**Дипломная работа**

**Тема: Психосоциальная работа с инвалидами, имеющими хронически протекающие психические заболевания (в условиях ГСУ СО «Анжеро-Судженский психоневрологический интернат»)**

**Содержание**

Введение

Глава I Теоретические аспекты психосоциальной работы с инвалидами

1.1 Понятие инвалидности и ее виды

1.2 Общая характеристика законодательной базы в отношении инвалидов

Глава II Организация психосоциальной работы с инвалидами, имеющими психические заболевания хронического протекания

2.1 Основные принципы, цели и задачи, содержательные проблемы психосоциальной работы с инвалидами

2.2 Психосоциальные проблемы реабилитации инвалидов с хроническими психическими заболеваниями

Глава III Экспериментальное изучение особенностей психосоциальной работы с инвалидами, имеющими хронически протекающие психические заболевания

3.1 Цель и задачи эксперимента

3.2 Организация эксперимента

3.3 Описание полученных данных

Заключение

Список литературы

Приложение

# Введение

В докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире (2001) подчеркнуто, что психические расстройства поражают более 25% всех людей в определенные периоды их жизни. По частоте инвалидизации психическая патология вышла на 3-е место после легочных и сердечно-сосудистых заболеваний и составила 9,5 % от общего числа инвалидов.

Основными причинами роста заболеваемости психической патологией являются неблагоприятная социально-экономическая обстановка в стране, социальная незащищенность, безработица, межнациональные и этнические конфликты, вынужденная внутренняя и внешняя миграция и другие факторы, которые способствуют развитию стрессовых и непсихотических состояний. Сюда же следует отнести имеющуюся на сегодняшний день несогласованность действий и решений органов исполнительной власти федерального и регионального уровней в области психопрофилактики и психогигиены.

Психические болезни – это результат сложных и разнообразных нарушений деятельности различных систем организма человека с преимущественным поражением головного мозга, особенно его высших отделов.

Психическая болезнь рассматривается как дисгармония, энтропия, качественные изменения психических процессов, которые искажают привычный ансамбль психосоциального функционирования, самовыражения и коммуникации личности, грозят опасностью регресса, спада или утраты общей продуктивности и иных жизненно важных способностей.

Ряд психических заболеваний развивается быстро и заканчивается полным выздоровлением. Это – некоторые алкогольные психозы (белая горячка), острые психозы при общих инфекционных заболеваниях, острые реактивные состояния.

Другие заболевания характеризуются длительным течением, причем многие из них отличаются постепенным появлением и нарастанием психических нарушений. По терминологии ст. 21 УК РФ это так называемые хронические психические расстройства.

В течении хронических психических заболеваний различают несколько стадий. Стадия предвестников характеризуется симптомами, общими для самых разнообразных болезней в этом периоде: головными болями, раздражительностью, тревожностью, снижением умственной работоспособности, ощущением недомогания, нарушением сна и т. п. В дальнейшем появляются симптомы, которые характерны для данного заболевания. Это начальная стадия, или дебют болезни. Начальная стадия может развиваться постепенно или быстро, остро и характеризуется такими симптомами, как бредовые идеи, галлюцинации, рече-двигательное возбуждение и т. п. В дальнейшем наблюдается развернутая картина болезни, которая также характеризуется определенными закономерностями течения. Темп нарастания болезненных симптомов может быть быстрым, тогда говорят о злокачественном течении болезни, или медленным, длительным, с постепенным расширением болезненных проявлений при прогрессирующих заболеваниях, приводящих к психическому дефекту (шизофрения, эпилепсия и др.).

Хронические психические заболевания могут протекать непрерывно с постепенным нарастанием психического дефекта и появлением специфического слабоумия и в виде приступов, которые перемежаются состояниями улучшения (ремиссии) с большей или меньшей сохранностью психических функций в эти периоды. Обычно после повторных приступов болезни появляются все более заметные признаки дефекта и психической инвалидизации. Прогрессирующие психические болезни не всегда приводят к слабоумию. В некоторых случаях возникают изменения личности и характера человека. Трудоспособность и достаточно правильное поведение больного сохраняются. Благодаря лечению при хронических психических болезнях могут развиваться периоды улучшения и даже наступить практическое выздоровление.

Периоды улучшения (ремиссии) бывают различными по продолжительности – от нескольких недель до нескольких лет. Различаются они и по своему качеству. Современные методы терапии уменьшают число тяжелых исходов болезни. При некоторых периодически повторяющихся психозах не отмечается каких-либо признаков психического дефекта.

Повышение внимания к психологическим и социальным аспектам психических расстройств делает необходимым создание условий для активного вовлечения в процесс лечебно-реабилитационной деятельности наряду с психиатрами, психотерапевтами и медицинскими психологами также специалистов по социальной работе, на вооружении которых имеются специфические технологии социальной адаптации отдельных лиц, семей и социальных групп. Их участие необходимо для устранения социальных факторов, влияющих на возникновение и развитие заболевания, создания социальных условий с целью более эффективного лечения, включая обеспечение материальных потребностей пациента и его семьи, оптимизацию сотрудничества и социального взаимодействия специалистов разного профиля в оказании социальной помощи.

Современная социально-экономическая ситуация в России, децентрализация государственной системы социальной защиты населения, повышение роли регионов в планировании и организации ее деятельности, изменение потоков финансирования обусловили необходимость проведения коренных реформ в организации, управлении и деятельности государственных специализированных стационарных учреждений социального обслуживания (далее – Учреждения, Учреждения психоневрологического профиля).

За последние 15-20 лет значительная часть пациентов с хронически протекающими психическими болезнями переместились из отделений психиатрических больниц в учреждения психоневрологического профиля.

Федеральный закон “О социальной защите инвалидов в Российской Федерации”, утвержденный 24 ноября 1995 г. за № М 181-93, определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов в России, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, а также в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права.

Закон определил комплексную реабилитацию инвалидов как одно из важнейших звеньев в системе социальной защиты этих граждан.

Основным механизмом осуществления реабилитации инвалидов является индивидуальная программа реабилитации инвалида. Социальная реабилитация инвалидов в этой программе выступает как система и процесс восстановления способностей инвалида к самостоятельной общественной и семейно - бытовой деятельности.

В научной литературе опубликованы единичные работы, посвященные вопросам организации социально-медицинской помощи больным, находящимся в этих Учреждениях (Шахматов Н.Ф. с соавт.; Дементьева Н.Ф. с соавт. 1982-2005; Зозуля Т.В.,1998; Акопов Л.М.,2001; Свистунов Е.А., 2005). Опыт работы учреждений изучен недостаточно. Отсутствуют методические подходы по оценке качества реабилитационных мероприятий, проводимых данному контингенту.

В настоящие время процесс социальной реабилитации является предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания. Например, Дементьева Н.Ф. и Холостова Е. И. работали над раскрытием теоретических аспектов социальной реабилитации, её сущности и содержания. К.К. Платонов занимался вопросами социальной реабилитации военнослужащих.

Для систематизации мер социальной реабилитации, обеспечение контроля над ходом реабилитационного процесса, возможности внесения корректив и т.д. необходима индивидуальная комплексная программа реабилитации. В ней должны быть отражены основные аспекты (звенья) реабилитации, задачи каждого аспекта, меры реабилитации, их объем, сроки проведения и контроля, а также методы реабилитаций. Необходимы также данные о реабилитационном потенциале, под которым понимается совокупность имеющихся физиологических, психических и физических особенностей и задатков, позволяющих при создании определенных условий в той или иной степени компенсировать или восстанавливать нарушенные сферы жизни и деятельности.

Необходимость изучения особенностей психосоциальной работы с инвалидами с целью повышения эффективности медицинской, социальной и трудовой реабилитации больных психическими заболеваниями в условиях учреждений системы социальной защиты населения, обусловило актуальность настоящего исследования.

Объектом исследования являются инвалиды, имеющие хронически протекающие психические заболевания.

Предмет исследования - психосоциальная работа с инвалидами, имеющими хронически протекающие психические заболевания.

Цель исследования: изучить особенности психосоциальной работы с инвалидами, имеющими хронически протекающие психические заболевания.

Задачи исследования:

1. Исследовать теоретические аспекты проблемы
2. Проанализировать особенности организации психосоциальной работы с инвалидами, имеющими хронически протекающие психические заболевания.
3. Экспериментально изучить специфику организации психосоциальной работы с инвалидами, имеющими хронически протекающие психические заболевания.

Гипотеза исследования.

Мы предполагаем, что комплексное изучение эффективности психосоциальной работы с инвалидами, имеющими хронически протекающие психические расстройства, позволит выделить оптимальные пути и факторы, влияющие на процесс реабилитации пациентов.

# Глава I Теоретические аспекты психосоциальной работы с инвалидами

## 1.1 Понятие инвалидности и ее виды

Рассмотрим социальные аспекты проблемы инвалидности. Термин «инвалид» восходит к латинскому корню (volid - «действенный, полноценный, могущий») и в буквальном переводе может означать «непригодный», «неполноценный».

В российском словоупотреблении, начиная со времен Петра I, такое название получали военнослужащие, которые вследствие заболевания, ранения или увечья были неспособны нести воинскую службу и которых направляли для дослуживания на штатские должности [6, с.26].

Характерно, что в Западной Европе данное слово имело такой же оттенок, то есть относилось в первую очередь к увеченным воинам. Со второй половины XIX в. термин распространяется и на штатских лиц, также ставших жертвами войны, - развитие вооружений и расширение масштабов войн все более подвергали мирное население всем опасностям военных конфликтов.

После Второй мировой войны в русле общего движения по формулированию и защите прав человека в целом и отдельных категориях населения в частности происходит формирование понятия «инвалид», относящегося ко всем лицам имеющим физические, психические или интеллектуальные ограничения жизнедеятельности [37, c.88].

Сегодня инвалиды относятся к наиболее социально незащищённой категории населения. Их доход значительно ниже среднего, а потребности в медицинском и социальном обслуживании намного выше. Они в меньшей степени имеют возможности получить образование, не могут заниматься трудовой деятельностью. Большинство из них не имеет семьи и не желает участвовать в общественной жизни. Всё это говорит о том, что инвалиды в нашем обществе являются дискриминируемым меньшинством.

Анализ истории развития проблемы инвалидности свидетельствует о том, что, пройдя путь от идей физического уничтожения, изоляции «неполноценных» членов общества до концепций привлечения, их к труду, человечество подошло к пониманию необходимости реинтеграции лиц с физическими дефектами, патофизиологическими синдромами, психосоциальными нарушениями.

В связи с этим возникает необходимость отвергнуть классический подход к проблеме инвалидности как к проблеме «неполноценных людей» и представить ее как проблему, затрагивающую общество в совокупности [6, с.28].

Иными словами, инвалидность - это проблема не одного человеками даже не части общества, а всего общества в целом [33, c.87].

Сущность ее заключается в правовых, экономических, производственных, коммуникативных, психологических особенностях взаимодействия инвалидов с окружающим миром.

Такой генезис общественной мысли объясняется соответствующим развитием экономических возможностей и уровнем социальной зрелости различных исторических эпох.

«Инвалид, - говорится в Законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограниченной жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты».

«Ограничение жизнедеятельности, - поясняется в этом же законе, - это полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью» [5, с.30].

Слепые, глухие, немые, люди с нарушенной координацией движения, полностью или частично парализованные и т. п. признаются инвалидами в силу очевидных отклонений от нормального физического состояния человека. Инвалидами признаются также лица, которые не имеют внешних отличий от обычных людей, но страдают заболеваниями, не позволяющими им в разнообразных сферах так, как это делают здоровые люди. Например, человек, страдающий ишемической болезнью сердца, не способен выполнять тяжелые физические работы, но умственная деятельность ему вполне по силам.

Все инвалиды по разным основаниям делятся на несколько групп:

1. По возрасту - дети-инвалиды, инвалиды-взрослые.

2. По происхождению инвалидности: инвалиды с детства, инвалиды войны, инвалиды труда, инвалиды общего заболевания.

3. По степени трудоспособности: инвалиды трудоспособные и нетрудоспособные, инвалиды I группы (нетрудоспособные), инвалиды II группы (временно нетрудоспособные или трудоспособные в ограниченных сферах), инвалиды II группы (трудоспособные в щадящих условиях труда).

4. По характеру заболевания инвалиды могут относиться к мобильным, маломобильным или неподвижным группам [13, с.132].

В зависимости от принадлежности к той или иной группе решаются вопросы трудоустройства и организации быта инвалидов. Маломобильные инвалиды (способные передвигаться только с помощью колясок или на костылях) могут работать на дому или с доставкой их к месту работы. Это обстоятельство обусловливает много дополнительных проблем: оборудование рабочего места на дому или на предприятии, доставка заказов на дом и готовых изделий на склад или потребителю, материально-сырьевое и техническое снабжение, ремонт, профилактика оборудования на дому, выделение транспорта для доставки инвалида на работу и с работы и т. д. [40, c.12].

Еще сложнее ситуация с неподвижными инвалидами, прикованными к постели. Они не могут без посторонней помощи передвигаться, но способны работать умственно: анализировать общественно-политические, экономические, экологические и иные ситуации; писать статьи, художественные произведения, создавать картины, заниматься бухгалтерской деятельностью и т. п.

Если такой инвалид живет в семье, многие проблемы решаются относительно просто. А если он одинок, такой инвалид нуждается и в повседневном уходе, начиная с утреннего туалета и кончая обеспечением продуктами.

Для того чтобы выяснить содержание процесса реабилитации, нужно проанализировать сущность социальных ограничений, рассмотреть те барьеры, которые воздвигает перед человеком инвалидность.

Социальные ограничения, порожденные дефектами здоровья, носят комплексный характер и поэтому особенно трудно поддаются компенсации. В первую очередь можно говорить о физическом ограничении, или изоляции инвалида, - это обусловлено либо физическими, либо сенсорными, либо интеллектуально-психическими недостатками, которые мешают ему самостоятельно передвигаться и/или ориентироваться в пространстве [36, c.110]. С другой стороны, факторы внешней среды могут усугубить либо, наоборот, компенсировать влияние этих индивидных недостатков. В этом аспекте принято говорить не только о безбарьерной среде для инвалида, но также о дружественной или недружественной среде (современная городская или промышленная среда может быть недружественной не только к инвалиду, но также к ребенку, пожилому человеку, вообще любому индивиду). Это ограничение влечет за собой многие последствия, осложняющие положение инвалида, и требует принятия специальных мер, устраняющих пространственную, транспортную, бытовую изоляцию инвалида, эмоциональную депривацию и обеспечивающих возможность трудовой адаптации [27, с.34].

Второй барьер - это трудовая сегрегация или изоляция инвалида: из-за своей патологии индивид с ограниченными возможностями имеет крайне узкий доступ к рабочим местам или не имеет его вовсе. В ряде случаев инвалид абсолютно не способен к трудовой деятельности, даже самой простой. Однако в других ситуациях инвалидам представляются (или оказываются доступны) рабочие места, требующие низкой квалификации, предусматривающие монотонный, стереотипный труд и невысокую заработную плату. Такое положение обусловлено не только (или не столько) ограниченностью их индивидуальных физических или интеллектуальных ресурсов, сколько неразвитым характером рынка труда для лиц с особыми нуждами. В условиях «дикой» рыночной экономики адаптация рабочих мест для таких индивидов рассматривается работодателями как невыгодная и нежелательная [1, c.8; 19, c.78].

Поэтому естественно, что третьим барьером в жизни инвалидов выступает малообеспеченностъ, которая является следствием социально-трудовых ограничений: эти люди вынуждены существовать либо на невысокую заработную плату, либо на пособие (которое тоже не может быть достаточным для обеспечения достойного уровня жизни индивида).

Важным и труднопреодолимым барьером для инвалидов является лространственно-средовой. Даже в тех случаях, когда лицо с физическими ограничениями имеет средство передвижения (протез, кресло-коляска, специально оборудованный автомобиль), сама организация жилой среды, транспорта не является пока дружественной к инвалиду. Недостает оборудования и приспособлений для бытовых процессов, самообслуживания, свободного передвижения. Люди с сенсорными нарушениями испытывают дефицит специальных информационных средств, извещающих о параметрах окружающей среды. Для лиц с интеллектуально-психическими ограничениями отсутствуют возможности ориентироваться в среде, безопасно передвигаться и действовать в ней [31, с.38].

Для всех типов инвалидов важное препятствие представляет информационный барьер, который имеет двусторонний характер. Инвалиды затруднены в получении информации как общего плана, так и имеющей непосредственное значение для них (исчерпывающие сведения о своих функциональных нарушениях, о мерах государственной поддержки инвалидов, о социальных ресурсах их поддержки). Это вызвано и экономическими причинами (например, невозможность купить или отремонтировать телевизионный или радиоприемник, выписать газету), и дефицитом специальных носителей информации (телепередачи с сурдопереводом, книги брайлевского шрифта, кассеты и диски для слепых и т. д.), и неразвитостью современных глобальных информационных систем (типа Интернет) [21, c.156].

С другой стороны, существует информационный барьер, который отгораживает общество от инвалида: лицам с ограниченными возможностями гораздо труднее презентовать свои взгляды и позиции, донести до общества свои нужды и интересы. Поэтому могут возникать искаженные представления о потребностях инвалидов, особенностях их личности. На основе таких искаженных представлений возникают предрассудки и фобии, что затрудняет коммуникации между инвалидом и социумом.

Эмоциональный барьер также является двусторонним, то есть он может складываться из непродуктивных эмоциональных реакций окружающих по поводу инвалида - любопытства, насмешки, неловкости, чувства вины, гиперопеки, страха и т. д - и фрустрирующих эмоций инвалида: жалость к себе, недоброжелательство по отношению к окружающим, ожидание гиперопеки, стремление обвинить кого-то в своем дефекте, стремление к изоляции и т. д. [24, c.33]. Подобный комплекс является ретардирующим, т. е. затрудняющим социальные контакты в процессе взаимоотношений инвалида и его социальной среды. И сам индивид с ограниченными возможностями, и его ближайшее окружение остро нуждаются в том, чтобы эмоциональный фон их взаимоотношений был нормализование.

Наконец, комплексный характер имеет коммуникативный барьер, который обусловлен кумуляцией действия всех вышеперечисленных ограничений, деформирующих личность человека. Расстройство общения, одна из наиболее трудных социальных проблем инвалидов, является следствием и физических ограничений, и эмоциональной защитной самоизоляции, и выпадения из трудового коллектива, и дефицита привычной информации [14, c.66]. Поэтому закономерно, что восстановление нормальных для возраста и социального статуса коммуникаций является одной из наиболее нагруженных целей социальной реабилитации инвалида.

Таким образом, основные барьеры, которые воздвигает перед человеком инвалидность: физический, барьер трудоустройства, финансовый, пространственно-средовый, информационный, эмоциональный, коммуникативный.

## 1.2 Общая характеристика законодательной базы в отношении инвалидов

Мировым сообществом социальная защита инвалидов рассматривается как проблема первостепенной важности. Инвалиды составляют особую категорию населения, численность которой неуклонно возрастает. Так, в Российской Федерации рост граждан с ограниченными возможностями составляет порядка 8 % ежегодно [18, с.16].

Принятый в 1995 году Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» определил государственную политику в области социальной защиты инвалидов, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации.

Установил систему социальной защиты населения, состоящую из двух основных блоков:

1. Обеспечение жизнедеятельности инвалидов и реабилитация инвалидов, направленных на восстановление или развитие компенсации нарушенных функций с целью уменьшения ограничений жизнедеятельности и социальной дезадаптации;

2. Обеспечение психологической и социальной поддержки, создание условий для реализации инвалидами потребностей в достижении независимой жизни [15, c.128].

Федеральный Закон от 22.08.2004 года № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием Федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных органов) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», вступивший в силу с 1 января 2005 года в значительной степени изменил идеологию Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [19, с.17].

Основная масса натуральных льгот, предоставляемых инвалидам, для обеспечения жизнедеятельности, суть которых заключалась в усилении мер и мероприятий реабилитационного характера, устанавливаемых государством в целях активной интеграции инвалидов в общество, заменена денежной выплатой, размер которой колеблется в зависимости от степени ограничения способности к трудовой деятельности от 500 рублей до 1400 рублей в месяц.

Основной целью создания новой системы социальной защиты был переход от принятия полной государственной ответственности за социально-экономическое обеспечение инвалидов к признанию лиц с ограниченными возможностями полноценными гражданами страны.

Инвалиды из объекта должны были превратиться в полноправного субъекта, стоящего в центре процесса реабилитации, позволяющего достигнуть и поддерживать оптимальный физический, интеллектуальный, психический и социальный уровень, предоставив им тем самым средства для изменения их жизни и расширения рамок их независимости [2, c.45].

Вместе с тем, анализ состояния и проблем реализации законных прав и интересов инвалидов в условиях новой системы социальной защиты выявил множество недостатков, а именно:

1. Полярные изменения, образующиеся в уровне социальной обеспеченности инвалидов в различных субъектах Российской Федерации.

Состояние экономики и позиция администраций субъектов Российской Федерации к проблемам инвалидов не позволяют предоставлять равные возможности инвалидам для их участия в жизни общества, что не отвечает конституционным принципам Российской Федерации, декларирующим равенство прав и свобод гражданина на всей территории Российской Федерации.

2. Отход от социальной модели инвалидности.

Социальная модель инвалидности понимается как совокупность многих факторов, приводящих к ограничению жизнедеятельности инвалидов. Взамен этого при определении материальных выплат, необходимых для жизнеобеспечения инвалидов, в принятом Федеральном законе № 122-ФЗ, по существу было предложено использовать только один фактор - ограничение способности к трудовой деятельности, что привело к нарушению прав и законных интересов некоторых категорий инвалидов [8, c.66].

Так, к 1 января 2006 года более тысячи инвалидам по зрению I группы органы медико-социальной экспертизы установили II степень ограничения способности к трудовой деятельности. Вследствие этого инвалиды I группы по зрению, в том числе тотально слепые, лишились права на получение второй путевки (для сопровождающего) на санаторно-курортное лечение, права на бесплатный проезд к месту лечения и обратно для сопровождающего его лица.

Кроме того, установление II степени ограничения способности к трудовой деятельности предполагает, что инвалид при этом должен быть обеспечен возможностью трудиться в специально созданных условиях с использованием вспомогательных технических средств и (или) с помощью других лиц. На практике же органы МСЭ устанавливают инвалидам по зрению II степень ограничения способности к трудовой деятельности без учета реальной возможности их трудоустройства. Особенно это касается инвалидов, проживающих в сельской местности.

3. Снижение возможности в области реальной реабилитации.

Установленные инвалидам ежемесячные денежные выплаты взамен ряда льгот не компенсируют в полной мере затрат инвалидов (особенно с тяжелыми заболеваниями) на необходимую медицинскую и социальную реабилитацию (лекарственные средства, санаторно-курортное лечение и проезд к месту лечения и обратно). Более того, в силу различных причин получаемые инвалидами вместо льгот ежемесячные денежные выплаты тратятся не на реабилитационные цели, а на повседневные нужды. В связи с чем, растет вероятность утяжеления групп инвалидности [8, c.67; 10, c.89].

Наряду с этим значительно изменены нормы, предусматривающие обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации. Так, федеральный Перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалидам бесплатно, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 года № 2347-р носит ограничительный характер. Исключение права определенных категорий инвалидов на предоставление специального автотранспортного средства, при отсутствии альтернативных средств передвижения (социальное такси, специальные приспособления в общественном транспорте) фактически лишило их возможности на реальную реабилитацию. Ряд позиций указанного распоряжения носит общий характер и нуждается в дополнительном толковании, без которого возникают определенные трудности при его применении.

4. Отсутствие координации деятельности различных служб и учреждений в области реабилитации инвалидов.

Из Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» исключена статья 12, определявшая не только понятие, но и систему Государственной службы реабилитации инвалидов, роль и место в этой системе реабилитационных учреждений, что нарушает сущность организации управления в области реабилитации инвалидов, как на федеральном, так и на региональных уровнях.

В этой связи возникает вопрос о необходимости разработки и принятия федерального закона «О реабилитации инвалидов», который позволит объединить обширный правовой материал о реабилитации инвалидов, привести его в соответствие с новым этапом развития общества, повысить качество правового регулирования, завершить процесс формирования новых видов и форм реабилитации инвалидов, установить основы управления системы реабилитации инвалидов, закрепить ведущую роль реабилитационных учреждений в практике интеграции инвалидов в общество [38, c.80].

5. Снижение возможностей инвалидов в области трудоустройства.

Увеличена численность работников организаций, для которых устанавливаются квоты с 30 до 100 человек, исключена норма, предусматривающая внесение работодателями ежемесячной обязательной платы за каждого нетрудоустроенного инвалида в случае невыполнения установленной квоты (размер обязательной платы и порядок ее внесения определялся субъектами Российской Федерации) [19, с.82].

Принятые изменения обуславливают сокращение имеющихся рабочих мест для инвалидов, рост безработицы среди данной категории граждан, невозможность создания в субъектах Российской Федерации новых рабочих мест для их трудоустройства, в том числе специальных.

6. Отсутствие четко установленных критериев ограничения способности к трудовой деятельности. Поскольку установление ограничения способности к трудовой деятельности имеет особое значение в связи с определением размера пенсионного и иных видов материального обеспечения (в том числе единовременных денежных выплат), а также других видов социальной поддержки инвалидов, требуется разработка и утверждение специального раздела, устанавливающего подробные медико-социальные критерии определения степени ограничения способности к трудовой деятельности.

Существующие на сегодняшний день критерии ограничения способности к трудовой деятельности, предусмотренные разделом IV приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 августа 2005 года № 535 «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» обуславливают ряд ошибок в экспертно-реабилитационной работе, способствуют неверному трактованию в значимых законодательных и подзаконных документах федерального и регионального уровня, порождая организационные проблемы и нарушение законных прав инвалидов [17, c.20; 20, c.90].

Так, правовая ошибка, связанная с определением способности к трудовой деятельности, допущена в Федеральном законе от 17 июля 1999 года №178-ФЗ «О государственной социальной помощи». Статьей 6.2 названного закона установлено право граждан, в том числе инвалидов, на получение набора социальных услуг. При этом абзацем вторым подпункта 2 пункта 2 указанной статьи установлено право отдельных категории инвалидов (детей-инвалидов и инвалидов, имеющих III степень ограничения способности к трудовой деятельности) на бесплатный проезд и получение второй путевки на санаторно-курортное лечение для сопровождающего. Необходимость сопровождения инвалида возникает при ограничении его способности к передвижению и самообслуживанию III степени, что не связано с ограничением способности к трудовой деятельности. Таким образом, реализация указанной формулировки закона ухудшает положение инвалидов, исключая из круга лиц, имеющих возможность получить поддержку, граждан действительно нуждающихся в сопровождении.

Резюмируя, можно отметить следующее. Изменения, внесенные Федеральным законом № 122-ФЗ, коснулись практически всех сфер жизнедеятельности инвалидов. В новой системе социальной защиты граждан с ограниченными возможностями четко прослеживается тенденция утраты государством перспективы полноценной реабилитации данной категории населения. Положение, сложившееся на сегодняшний день в Российской Федерации, на фоне общей негативной демографической ситуации в значительной мере снижает возможность включения в активную экономическую деятельность значительного количества трудоспособных инвалидов, сокращается возможность увеличения доходной части бюджетов всех уровней [34, с.88; 39, c.140].

В связи с этим, необходима коррекция действующего законодательства с учетом внедрения на практике принципа включенности инвалидов в социальные структуры, предназначенные для здоровых граждан и связанные с различными сферами жизнедеятельности человека - учебой, культурой, спортом, профессиональной подготовкой, посильным и приносящим удовлетворение трудом, общественной деятельностью.

Вывод по главе:

1. Инвалидом считается лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограниченной жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

2. Статус инвалида определяется правовыми и ведомственными документами, такими как Декларация ООН « О правах инвалидов» и другими документами.

3. В работе с инвалидами можно выделить следующие направления: медико-социальная помощь; медико-социальная экспертиза; медико-социальные услуги, оказываемые специальными отделениями помощи на дому и ЦСО; услуги, предоставляемые отделениями срочной социальной помощи; социально-бытовая, медицинская, психологическая консультация и др.

# Глава II Организация психосоциальной работы с инвалидами, имеющими психические заболевания хронического протекания

## 

## 2.1 Основные принципы, цели и задачи, содержательные проблемы психосоциальной работы с инвалидами

Деятельность в сфере социального обслуживания строится на следующих принципах:

- соблюдение прав человека и гражданина;

- предоставление государственных гарантий в сфере социального обслуживания;

- обеспечение равных возможностей в получении социальных услуг и их доступности для граждан пожилого возраста и инвалидов;

- преемственность всех видов социального обслуживания;

- ориентация социального обслуживания на индивидуальные потребности граждан пожилого возраста и инвалидов;

- приоритет мер по социальной адаптации граждан пожилого возраста и инвалидов;

- ответственность органов государственной власти, органов местного самоуправления и учреждений, а также должностных лиц за обеспечение прав граждан пожилого возраста и инвалидов в сфере социального обслуживания [28, c.67; 30, c.90].

Государство гарантирует человеку возможность получения социальных услуг на основе принципа социальной справедливости независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и других обстоятельств.

Право на социальное обслуживание, осуществляемое в государственном, муниципальном и негосударственном секторах системы социального обслуживания, имеют граждане пожилого возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) и инвалиды (в том числе дети-инвалиды), нуждающиеся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию и (или) к передвижению [16, c.50].

Социальное обслуживание осуществляется по решению органов социальной защиты населения в подведомственных им учреждениях либо по договорам, заключаемым органами социальной защиты с учреждениями социального обслуживания иных форм собственности.

При получении социальных услуг граждане пожилого возраста и инвалиды имеют право на:

· уважительное и гуманное отношение со стороны работников учреждений социального обслуживания;

· выбор учреждения и формы социального обслуживания в порядке, установленном федеральным органом социальной защиты населения субъектов Российской Федерации;

· информацию о своих правах, обязанностях и условиях оказания социальных услуг;

· согласие на социальное обслуживание;

· отказ от социального обслуживания;

· конфиденциальность информации личного характера, ставшей известной работнику учреждения социального обслуживания при оказании социальных услуг;

· защиту своих прав, в том числе в судебном порядке [22, c.167; 23, c.89].

В соответствии с указанным Федеральным законом «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» определяются следующие формы социального обслуживания:

1) социальное обслуживание на дому, включая социально-медицинское обслуживание;

2) полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания;

3) стационарное социальное обслуживание в стационарных учреждениях социального обслуживания (домах-интернатах, пансионатах и других учреждениях социального обслуживания независимо от их наименования);

4) срочное социальное обслуживание в целях оказания неотложной помощи разового характера остро нуждающимся в социальной поддержке;

5) социально-консультативная помощь, направленная на адаптацию граждан пожилого возраста и инвалидов в обществе, ослабление социальной напряженности, создание благоприятных отношений в семье, а также обеспечение взаимодействия личности, семьи, общества и государства. Данная форма ориентирована на психологическую поддержку, активизацию усилий пожилых людей и инвалидов в решении собственных проблем. В качестве одной из мер предусмотрена помощь в обучении, профессиональной ориентации и трудоустройстве инвалидов [25, c.145; 32, c.70].

Данный Федеральный закон регламентирует порядок оплаты надомного, полустационарного и стационарного обслуживания в государственных и муниципальных учреждениях социального Обслуживания. В ст. 36 Закона перечислены права социальных работников и льготы для специалистов сферы социального обслуживания.

К государственным учреждениям социально-бытового обслуживания инвалидов относятся дома-интернаты для престарелых и инвалидов, положение о которых утверждено приказом Министерства социального обеспечения РСФСР от 27 декабря 1978 г. В соответствии с данным приказом «дом-интернат» является медико-социальным учреждением, предназначенным для постоянного проживания престарелых и инвалидов, нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании. В доме-интернате для осуществления лечебно-трудовой и активирующей терапии создаются лечебно-производственные (трудовые) мастерские, а в доме-интернате, расположенном в сельской местности, кроме того, и подсобное хозяйство с необходимым инвентарем, оборудованием и транспортом.

Другое учреждение данного типа - психоневрологический интернат, определяемый как медико-социальное учреждение, предназначенное для постоянного проживания престарелых и инвалидов, страдающих психическими хроническими заболеваниями и нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании. В психоневрологический интернат принимаются лица с умственной отсталостью в степени выраженной дебильности, имбецильности и идиотии, а также лица, страдающие затяжными формами психических заболеваний, состояние которых характеризуется отсутствием острой психической симптоматики, наличием слабоумия или грубых проявлений психического дефекта [12, c.34; 26, c.12].

В целях дальнейшего совершенствования системы социально-бытового обслуживания и в соответствии с приказом Минсоцзащиты России от 20 июля 1993 г. создаются центры социального обслуживания, которые являются учреждениями социальной защиты населения, осуществляющими на территории города или района организационную и практическую деятельность по оказанию различных видов социальной помощи престарелым гражданам, инвалидам и другим группам населения, нуждающимся в социальной поддержке. Структура центра предусматривает наличие различных подразделений социального обслуживания, в том числе отделения дневного пребывания престарелых и инвалидов, социальной помощи на дому, службы срочной социальной помощи и др.

Основными задачами центра социального обслуживания, действующего совместно с государственными и общественными организациями (органами здравоохранения, образования, миграционной службы, комитетами Общества Красного Креста, ветеранскими организациями, обществами инвалидов и т.д.), являются:

- выявление престарелых, инвалидов и других лиц, нуждающихся в социальной поддержке;

- определение конкретных видов и форм помощи лицам, нуждающимся в социальной поддержке;

- дифференцированный учет всех лиц, нуждающихся в социальной поддержке, в зависимости от видов и форм требуемой помощи, периодичности ее предоставления;

- предоставление различных социально-бытовых услуг разового или постоянного характера лицам, нуждающимся в социальной поддержке;

- анализ уровня социально-бытового обслуживания населения города, района, разработка перспективных планов развития этой сферы социальной поддержки населения, внедрение в практику новых видов и форм помощи в зависимости от характера нуждаемости граждан и местных условий;

- привлечение различных государственных и негосударственных структур к оказанию социально-бытовой помощи нуждающимся и координация их деятельности [4, c.48; 11, c.140].

Отделение социальной помощи на дому создаётся для осуществления постоянного или временного (до 6 месяцев) социально-бытового обслуживания в надомных условиях пенсионеров и инвалидов, нуждающихся в посторонней помощи вследствие частичной утраты способности к самообслуживанию; отделение дневного пребывания предназначено для бытового, медицинского, культурного обслуживания пенсионеров и инвалидов, организации их отдыха, привлечения к посильной трудовой деятельности и поддержания активного образа жизни; служба срочной социальной помощи оказывает неотложную помощь разового характера, направленную на поддержание жизнедеятельности граждан, остро нуждающихся в этом. К основным направлениям деятельности службы наряду с предоставлением бесплатного горячего питания или продуктовых наборов, одежды, обуви и других предметов первой необходимости относится также предоставление необходимой информации и проведение консультаций по вопросам социальной помощи, содействие в получении временного жилья и оказание экстренной психологической помощи, в том числе по «телефону доверия».

Вместе с тем вся эта система не в состоянии в настоящее время компенсировать и преодолеть трудности, с которыми сталкивается инвалид, особенно на первых этапах адаптации к новым условиям существования и жизнеобеспечения. Как правило, для большинства из них инвалидность связана с ухудшением материального положения, утратой прежних социальных связей и статуса; это положение усугубляется ощущением оторванности от внешнего мира, психологической подавленности и одиночества. Психологические проблемы при этом испытывают не только инвалиды, но и их близкие, родственники [3, c.67; 7, c.3] .

С наступлением инвалидности возникают реальные трудности как субъективного, так и объективного характера, связанные с адаптацией к новым жизненным условиям. Инвалиду во многом затруднен доступ к образованию, трудоустройству, культурным и спортивным мероприятиям; общественный транспорт практически не приспособлен для инвалидов - все это еще в большей степени способствует возникновению у них ощущения оторванности от мира. Инвалид как бы обособлен от общества, остается один на один со своими собственными проблемами. Замкнутое пространство, ограниченность общения приводят к возникновению у инвалидов нервных расстройств, что вносит дополнительные трудности в их обслуживание.

Помочь инвалиду преодолеть это состояние, приспособиться к новой среде жизнеобитания и призвана социальная работа, и в первую очередь, в области реабилитации.

## 2.2 Психосоциальные проблемы реабилитации инвалидов с хроническими психическими заболеваниями

Психосоциальная реабилитация – это процесс, который открывает людям, страдающим психическими расстройствами возможность достичь своего оптимального уровня самостоятельного функционирования в сообществе [1, c.18; 9, c.33].

В соответствии с современными подходами к проблеме лечения хронических психических заболеваний именно реабилитация должна стать тем звеном в общей структуре психиатрической помощи, которое необходимо для реализации комплексного вмешательства. В отличие от узконаправленной (только лекарственной или только социальной) помощи, комплексный подход имеет ряд преимуществ, так как затрагивает сразу все стороны жизнедеятельности пациентов и их ближайшего окружения. Это крайне важно, так как позволяет задействовать сохранные стороны личности больных и создать на этой основе достаточно высокий уровень мотивации к позитивным изменениям, сформировать сознательное отношение к лечению и ответственность за свое поведение [2, c.33]. Практически психосоциальная реабилитация начинается с первого контакта больного с медицинской службой и продолжается до тех, пор пока не будет восстановлен его социальный и профессиональный статус [15, c.112]. Подобный подход оправдывает себя в различных странах и является экономически более выгодным по сравнению с чисто медицинской моделью оказания психиатрической помощи.

В прошлом акцент делался на трудовой терапии и реабилитации. Действовали лечебно-трудовые мастерские, в которых работало значительное количество больных, была развита внутриотделенческая трудотерапия. Изменение экономической ситуации в стране привело к практически полному разрушению системы трудовой терапии. С другой стороны, современная действительность ставит очень высокие запросы к способности пациентов жить независимо. Крайне усложнились процедуры получения документов, расчета и выплаты пенсий и пособий, изменилась система взимания коммунальных платежей, возникли совершенно новые проблемы с оформлением права собственности на жильё, другие юридические проблемы. В таких условиях и человеку, не имеющему психиатрических проблем нелегко адаптироваться, что говорить о психически больном человеке.

В связи с этими изменениями, в российской психиатрии, начиная с 90-х годов, произошел переход от чисто медицинской модели оказания помощи к биопсихосоциальной модели, на которой и базируется современная реабилитация.

Биопсихосоциальная модель включает следующие этапы:

* Медико-психиатрический (биологический).
* Психотерапевтический (психологический) [29, c.78].

Социальный:

1. Медико-психиатрический (биологический) этап включает в себя психофармакотерапию, направленную на стабилизацию состояния больных, купирование выраженных поведенческих нарушений, назначение препарата длительной терапии [29, c.79]. А также при необходимости биологические методы воздействия (ЭСТ, инсулинотерапия и пр.).

Обращает на себя внимание, что сочетание терапии атипичными нейролептиками с когнитивно-поведенческой психотерапией, семейной психотерапией и психосоциальной терапией более эффективно, чем терапия классическими нейролептиками в комбинации с рациональной психотерапией, так как в первом случае выраженность негативных расстройств достоверно ниже, что повышает социальную адаптацию и трудоспособность пациентов [35, c.71].

2. Психотерапевтический (психологический) этап биопсихосоциальной модели. Его основными задачами являются: предотвратить раннюю инвалидизацию, распад семьи, разрыв социальных связей, сохранить социальное функционирование пациента, помощь в преодолении чувства вины, безнадежности, неприязни. Психотерапия может потенцировать антипсихотическое действие биологических метолов лечения.

В условиях перехода к оказанию помощи с опорой на сообщество особенно важно активизировать родственников пациентов, добиться их участия в лечении и реабилитации, поскольку именно на ближайшее окружение пациентов выпадает наибольшая нагрузка по лечению и уходу. Психообразовательные программы для родственников душевнобольных повышают компетентность участников программ в вопросах лечения и ухода за пациентами, способствует появлению неформальных объединений «бывших» участников программ.

Для психотерапии больных шизофренией используются следующие подходы: долговременная индивидуальная психоаналитическая терапия, семейная терапия, кратковременное периодическое кризисное вмешательство, длительная коммуникативно-корригирующая групповая терапия [11, c.28]. Различные формы могут применяться последовательно, одновременно или избирательно, что определяется всей совокупностью клинических, психологических и социальных представлений о больном и болезни [13, c.56].

Групповая психотерапия позволяет сфокусировать лечебное воздействие на одной из самых болезненных сторон существования психически больного человека – нарушение межличностного общения. Стимулирование эмоциональности, социальная активизация и налаживание коммуникаций осуществляется с помощью различных вербальных и невербальных групп творческой активности (арт-терапия, музыкотерапия, театротерапия, психогимнастика, пантомима, активирующая психотерапия с использованием свободной импровизации диалогов и игровых моментов) [5, c.30]. Коммуникативно-корригирующая психоаналитически ориентированная психотерапия успешно используется для хронических больных.

Чаще всего лечение больных шизофренией осуществляется в терапевтических группах, в которых участвуют больные, страдающие другими психозами и пограничными состояниями (включая больных неврозами), что позволяет использовать стимулирующую роль непсихотических пациентов. Следовательно, группы не однородны по нозологическому составу, а также возрасту, полу, образованию, продолжительности болезни и психотерапевтическому опыту.

Кратковременное периодическое кризисное вмешательство, ставящее перед собой «реалистические и скромные цели» разъяснения пациенту причин и механизмов ухудшения его состояния и оказания помощи в приобретении нового опыта, который позволит ему лучше справиться с кризисной ситуацией и максимально сокращает время пребывания пациента в клинике [13, c.56].

Семейная психотерапия в данном случае это работа со всеми членами семьи (включая детей) в связи с проблемами, возникающими при наличии в семье душевнобольных. Некоторые авторы определяют семейную психотерапию как особую форму психотерапии, направленной на изменение межличностных связей. Её цель – устранение эмоциональных нарушений в семье, связанных с неприятием факта болезни одного из членов семьи, помощь в преодолении чувства вины, формирование адекватного отношения к болезни, психообразование.

Сочетание шизоидных черт, астенических конституционных характеристик с низким стремлением к сексуальным взаимоотношениям и эмоциональным привязанностям характеризует особенности социально-семейной адаптации лиц с шизофренией. Часто у таких больных отмечается неправильное воспитание, болезненные внутрисемейные отношения. Улучшение семейной адаптации выступает защитным фактором от аутоагрессивных тенденций. Риск суицидального поведения меньше для состоящих в браке пациентов. Холостые пациенты достоверно чаще совершают парасуициды [9, c.33].

Применяется также метод групповой психотерапии, когда врач работает одновременно с несколькими семьями.

Одно из крупных направлений в психотерапии шизофрении представлено гуманистической психологией (экзистенциально-гуманистическая психотерапия, недирективная психотерапия, гештальт-терапия и др.). Одним из основных её положений является тезис об ответственности человека за то, что с ним происходит: что бы ни происходило с пациентом, ответственен за это сам пациент, и именно он способен изменить существующее положение дел.

Другим из основных постулатов гуманистической психологии является отношение к пациентам как к полноценным, заслуживающим уважения личностям и как просто к «другим». Станислав Гроф в одной из своих не столь давних работ писал: «Нынешняя психиатрия с её социально оскорбительными ярлыками, ужасными госпитальными условиями и терапевтическими процедурами создала атмосферу, в которой невозможна искренняя обратная связь». Врач и пациент как бы находятся по разные стороны баррикад. И когда стремишься перешагнуть эти «баррикады», что выражается, главным образом, в отношении к пациенту как к полноценной, но просто другой личности, это оказывается достаточно неожиданным даже для самих пациентов. Большинство из них продолжают заученно повторять, что им нужно избавиться от страхов, «голосов» и т. п. [35, c.80; 40, c.13]

Пациенты, страдающие шизофренией аутичны, а отсюда крайне пассивны. Необходимо принимать это как данность. Часть пациентов в исходе более или менее длительного участия в группе спонтанно начинают активнее включаться в процесс. Другие, оставаясь по-прежнему замкнутыми, нередко не произнося ни слова за время терапии, реально извлекают из групповой работы не меньше, а то и значительно больше, чем остальные участники (о чем свидетельствует обратная связь, которую они дают в конце психотерапии). Психотерапия шизофрении эффективна «особенно когда многое достигнуто медикаментозной терапией и подготовлена почва для применения психотерапии в комплексном лечении» (И. Я. Завилявский). Адекватно подобранной психотерапией удается повысить мотивацию больных к продуктивной деятельности и снизить частоту рецидивов, а также сократить общие расходы на лечение и содержание больных шизофренией [7, c.56].

Эффективность психотерапевтического лечения зависит от взаимоотношений врача и пациента, от психотерапевтического альянса. Правильно построенные взаимоотношения врач - больной зависят от многих факторов, среди которых не последнее место занимают опыт и искусство врача. Психотерапия не может и не должна стоять вне клиники, а психотерапевт должен быть прежде всего грамотным клиницистом.

Конечными целями психотерапии шизофрении являются: формирование адекватного отношения к заболеванию, предотвращение возможных рецидивов, снижение частоты госпитализаций, повышение ответственности пациентов за своё социальное поведение и процесс лечения.

3. Социальный этап биопсихосоциальной модели реабилитации.

Основными его задачами являются: патронаж больных, трудовая реабилитация, участие в восстановлении социального положения больных (получение льгот, пенсий), социально-правовая защита).

Психосоциальная терапия направлена на совершенствование социальных навыков пациента, расширение круга восприятия и межличностного общения. Для сохранения и поддержки коммуникативных навыков, навыков самообслуживания и самостоятельного проживания служат различные треннинговые программы (выработка адекватных форм поведения, тренировка общения и повышение уверенности в себе). Установлено, что при одинаковой степени выраженности процессуального дефекта сохранность трудоспособности находиться в отчетливой зависимости от уровня самосознания [11, c.68].

Психосоциальная приспособляемость – эффективная адаптация к социальному окружению. Адаптационные возможности пациентов с шизофренией во многом определяются клинико-динамическими особенностями их заболевания и способностью к формированию компенсаторных механизмов, относительно охраняющих личность от прогрессивного распада. Предпосылками для адаптации служат:

1) внутренние факторы (достаточно благоприятное течение заболевания)$

2) внешние факторы:

* семейные
* социально-средовые (принадлежность к какому-либо социальному классу общества) [6, c.43].

Социально-трудовая реабилитация во многом определяется типом ремиссии (или типом дефекта)

Наиболее благоприятным для социальной реабилитации считается неврозоподобный (псевдоневротический, включающий астенический и ипохондрический) тип. Неблагоприятными в социально-трудовом плане считаются следующие типы ремиссий: апато-абулический, параноидный и психопатоподобный (псевдоорганический дефект с дезорганизацией целенаправленной активности по Д. Е. Мелехову). В течение заболевания псевдоневротическая симптоматика может смениться на апато-абулическую, в этом случае социальное функционирование больных снижается [10, c.78]. Среди больных шизофренией около 50% не имеют инвалидности и работают в условиях обычных предприятий. Больные II группы могут работать в лечебно-трудовых мастерских при психоневрологических диспансерах. Больные III группы могут работать в специально созданных условиях. При невозможности заниматься прежней работой больной может пройти профессиональное обучение и овладеть новой специальностью. Подбор видов труда для больного проводится врачом-психиатром с учетом его психического состояния и прежней профессиональной подготовки.

Среди больных шизофренией высока распространенность злоупотребления психоактивными веществами. При раннем манифесте есть тенденция к злоупотреблению несколькими психоактивными веществами. Поэтому часто в первую очередь необходимо решать проблему сформированной зависимости от этих веществ [9, c.77].

Накопление в течение нескольких поколений психиатрической патологии вытесняет наших пациентов в более низкие социальные слои общества. Пребывание в низших слоях само по себе замыкает порочный круг социальной дезадаптации. Принадлежность к относительно высокому социальному уровню и супружеский статус благоприятно отражается на исходе заболевания вследствие сопутствующих этому стимулирующих ожиданий окружения.

Осуществление реабилитационных программ необходимо в амбулаторных условиях, непосредственно в обществе, а также в стационарах на всех этапах постманифестного течения болезни [6, c.80].

Переход к биопсихосоциальной модели оказания помощи больным привел к созданию при ряде диспансеров полипрофильных бригад, куда входят врач-психиатр, психолог и социальный работник. Бригадное ведение больных позволяет получить более полное представление об уровне социального функционирования и качества жизни больного. Такая форма обследования больных на дому выявляет реальные жизненные обстоятельства пациентов путем получения сведений от родственников, других лиц, контактирующих с больными [4, c.55].

Применяемые реабилитационные программы позволяют смягчить психопатологическую симптоматику и социально-трудовую дезадаптацию, восстановить, до некоторой степени, утраченные в результате болезни социальные связи и способность к независимому проживанию и выписать из психиатрических больниц большие группы пациентов с затяжным течением заболевания. Однако в подавляющем большинстве случаев такие больные могут удержаться в экстрамуральных условиях только при постоянной помощи психиатрических служб и поддержке общества.

# Глава III Экспериментальное изучение особенностей психосоциальной работы с инвалидами, имеющими хронически протекающие психические заболевания

## 

## 3.1 Цель и задачи эксперимента

Целью практической части исследования является анализ особенностей психосоциальной работы с инвалидами в условиях психоневрологических интернатов (на примере ГСУ СО «Анжеро-Судженский психоневрологический интернат»).

Этапы исследования:

1. Знакомство с ГСУ СО «Анжеро-Судженский психоневрологический интернат», с реабилитационным отделением.

2. Изучение особенностей социальной адаптации лиц с ограниченными (психическими) возможностями.

3. Проведение анкетирования среди сотрудников и больных интерната.

4. Обработка и анализ полученных результатов.

5. Определение направлений работы для дальнейшей адаптации и реабилитации больных в реабилитационном отделении.

Базой исследования является реабилитационное отделение ГСУ СО «Анжеро-Судженский психоневрологический интернат».

ГСУ СО «Анжеро-Судженский психоневрологический интернат» это медико-социальное учреждение для мужчин престарелых и инвалидов, нуждающихся в уходе, бытовом и медицинском обслуживании. В интернате проживает 580 человек в возрасте от 18 до 60 лет и старше.

Учреждение ГСУ СО «Анжеро-Судженский психоневрологический интернат» является некоммерческой организацией, создано в соответствии с требованиями Гражданского кодекса РФ, является юридическим лицом, в соответствии с целями деятельности может от своего имени приобретать и осуществлять имущественные и личные неимущественные права, нести обязанности, быть истцом и ответчиком в суде. Учреждение имеет в оперативном управлении обособленное имущество, самостоятельный баланс, лицевой счет в отделении федерального казначейства, печать и штампы, бланки с фирменным наименованием учреждения и наименованием органа, в ведении которого оно находится. Учреждение финансируется за счет бюджета Кемеровской области. Имеет годовую смету расходов и штатное расписание, утверждаемое директором учреждения в пределах выделенных лимитов бюджетных обязательств. Учреждение имеет в своем составе отделения и другие подразделения, не являющиеся юридическими лицами. Учреждение создается без ограничения срока действия. Основными целями создания и деятельности учреждения являются:

* осуществление стационарного социального обслуживания граждан, проживающих в учреждении, путем материально-бытового обеспечения, создания для них достойных условий жизни и благоприятного микроклимата;
* организация ухода и наблюдения за проживающими гражданами, их отдыха и досуга, оказание им медицинской помощи, проведение лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий по обеспечению санитарно-противоэпидемического режима;
* осуществление мероприятии по социально-медицинской реабилитаций (в том числе и лечебно-трудового характера), социальной адаптации проживающих с целью восстановления или компенсации утраченных или нарушенных способностей к бытовой, социальной и профессиональной деятельности.

Направления деятельности - социальная поддержка людей с ограниченными умственными возможностями в условиях психоневрологического интерната.

Структурные подразделения - три отделения милосердия, геронтопсихиатрическое отделение, общепсихиатрическое отделение, реабилитационное отделение и изолятор.

Реабилитационное отделение, на 100 коек, было открыто в 1995 году. В работе реабилитационного отделения акцент идет на социально-бытовую адаптацию и интеграцию в общество лиц с ограниченными психическими возможностями.

На реабилитационном отделении работают: заведующая реабилитационным отделением, старшая медсестра, старший воспитатель, дежурный воспитатель и 4 воспитателя на группах (3 группы девушек и 1 юношей). На отделении существуют студии: изобразительного искусства, бисероплетения, вышивки, аппликация, изонить, театральная, танцевальная, домоводство, обучение грамоте и спортивно-оздоровительная студии. Инвалиды принимают участие в культурно - массовых мероприятиях, посещают драмтеатр, картинную галерею, краеведческий музей; совершают экскурсии. На областных и городских конкурсах художественного творчества ребята реабилитационного отделения всегда занимают призовые места.

В практической части работы были использованы методы: анализ информации и анкетирование.

Анкетирование - метод получения информации на основании ответов на подготовленные и соответствующие основной задаче вопросы. В основе метода анкетирования лежит заранее разработанная анкета, а ответы респондентов на все позиции вопросника составляют искомую эмпирическую информацию.

Анализ документов один из широко применяемых и эффективных методов сбора и анализа первичной информации. Анализ документов дает исследователю возможность увидеть многие важные стороны социальной жизни, помогает установить нормы и ценности, свойственные определенному кругу людей в определенный период, получить сведения, необходимые для описания тех или иных структур, проследить динамику взаимодействия между различными группами и отдельными людьми и т. д Анализ документов это - изучение фактов общественной жизни, которые зафиксированы разными способами: словесно, цифрами, рисунками, фото, кино и телесъёмками. Информацию, содержащуюся в документах, принято разделять на первичную и вторичную. В первом случае речь идёт об описании конкретных ситуаций, об освещении деятельности отдельных субъектов. Вторичная информация носит более обобщённый, аналитический характер; в ней, отражены более глубоко социальные связи. Документы нередко выступают в качестве главного источника информации, дополняемой анкетой или наблюдением.

Для определения активности участия инвалидов ГСУ СО «Анжеро-Судженский психоневрологический интернат» в реабилитационных мероприятиях, была разработана специальная анкета. Анкета состоит из 14 вопросов. При составлении анкеты использовались:

- закрытые вопросы № 1-4, 8-12, 14;

- открытые вопросы № 5, 13;

- полузакрытые вопросы № 6 и 7.

Все вопросы анкеты можно разделить на три блока. Первый блок вопросов анкеты посвящён профессиональной ориентации. Это вопросы с № 2 по № 7. Второй блок вопросов относится к взаимоотношениям с обслуживающим персоналом. Это вопросы с № 8 по № 10. И третий блок вопросов посвящён участию инвалидов в общественной жизни интерната. Это вопросы с № 11 по № 14. Выборку составляют инвалиды реабилитационного отделения, проживающие на территории интерната и за её пределами 10 человек. Средний возраст респондентов 30-34 года. Большинство (50%) проживает в интернате 10 и более лет, менее года и больше одного года проживают в интернате по 20% респондентов, 5 лет и более это 10% респондентов.

Таким образом, изучение особенностей психосоциальной работы включало:

- использование специально разработанной анкеты, состоящей из следующих разделов: социально-гигиенический портрет обследуемого; сведения об основном диагнозе, инвалидности; социально-медицинская адаптация обследуемого и пункты содержащие информацию об основных социально-демографических показателях;

- анализ документации социального работника.

## 3.2 Организация эксперимента

На этом этапе нами было осуществлено анкетирование сотрудников и изучение особенностей психосоциальной работы на материалах социально-медицинской адаптации инвалидов.

Таблица 1

**Экспертная карта оценки социально-медицинской адаптации больных по результатам анкетирования**

|  |  |
| --- | --- |
| Индикаторы (критерии) | Оценка |
| А. Участие в общественной жизни интерната: |  |
| - самоуправление и активное участие в составе культурно-бытовой комиссии  учреждения, староста отделения + активное участие в самодеятельности,  областной специальной олимпиаде. | 1 |
| - постоянные поручения в общественной жизни интерната (староста жилой  комнаты, сопровождение больных вне интерната), участие в художественной  самодеятельности, спортивных мероприятиях в учреждении , кружковой  работе с выполнением поделок (работ) | 0,75 |
| - периодическое участие в самодеятельности, оказание помощи медицинскому и  обслуживающему персоналу в сопровождении больных в пределах интерната,  приглашение больных по вызову сотрудников, родственников. | 0,5 |
| - привлекается к обучению навыкам социального поведения, самодеятельности,  физкультуре, дежурного по отделению, к участию в кружковой работе. | 0,25 |
| - не участвует в общественной жизни | 0 |
| В. Регулярность посещения библиотеки: |  |
| - ежедневно (чтение периодической печати и художественной литературы) | 1 |
| - 1-3 раза в неделю (чтение периодической печати или художественной литературы) | 0,75 |
| - 1-3 раза в месяц (чтение детской и художественной литературы) | 0,5 |
| - регулярно посещает для просмотра картинок в журналах и книгах | 0,25 |
| - не интересуется | 0 |
| С. Просмотр программ телевидения и кинофильмов (кинозал, видеотека) : |  |
| - ежедневно (просмотр сериалов, новостей с последующим обсуждением) | 1 |
| - 2-3 раза в неделю (новости, сериалы) | 0,75 |
| - 1 раз в неделю (организованный просмотр кинофильмов в видеотеке) | 0,5 |
| - 1-3 раза в месяц (организованный просмотр кинофильмов в кинозале) | 0,25 |
| - не интересуется | 0 |
| D. Выход за пределы интерната: |  |
| - постоянный пропуск на право ежедневного выхода | 1 |
| - самостоятельно в выходные дни (разовый пропуск) | 0,75 |
| - только в составе группы (разовый пропуск) | 0,5 |
| - только в сопровождении родственников, персонала (разовый пропуск) | 0,25 |
| - не имеет права выхода | 0 |
| Е. Регулярность психотерапии: |  |
| - индивидуальная не проводится, коллективная 1 раз в месяц | 1 |
| - индивидуальная не чаще 1 раза в 2-3 месяца, коллективная 1 раз в месяц | 0,75 |
| - коллективная 1 раз в месяц, индивидуальная 1-2 раза в месяц | 0,5 |
| - коллективная 1 раз в месяц, индивидуальная - не чаще 1 раз в неделю | 0,25 |
| - коллективная 1 раз в месяц, индивидуальная - 2-3 раза в неделю | 0 |
| F. Пользование отпуском к родственникам (сотрудникам): |  |
| - 1-2 дня еженедельно (имеет постоянное право на отпуск к родственникам, с поездкой в общественном транспорте, сотрудникам с разрешения администрации) по личному заявлению больного и родственников | 1 |
| - 2-3 дня 1 раз в месяц (к родственникам, сотрудникам по их заявлениям) в  сопровождении и с разрешения администрации | 0,75 |
| - 2-3 дня в квартал (к родственникам по их заявлениям) в сопровождении с  разрешения администрации | 0,5 |
| - 1 раз в год (к родственникам) в сопровождении и с разрешения администрации | 0,25 |
| - не пользуется | 0 |

Таблица 2

**Распределение больных различными психическими заболеваниями по уровню социального функционирования с помощью интегрированного показателя**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Уровень  адаптации | Интегриро-ванный показатель | Эпилепсия | Шизофрения | Органическая  деменция | Биполярное  аффективное  расстройство | Умственная отсталость  легкая | Умственная отсталость  умеренная | Умственная  отсталость  тяжелая | Др формы  умственной  отсталости | Абсолютное  количество  чел. | % |
| Низкий | 0,13 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 7 | 1,1 |
| 0,17 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 1 | 9 | 0 | 20 | 3,1 |
| 0,21 | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 3 | 22 | 0 | 34 | 5,2 |
| 0,25 | 0 | 13 | 0 | 0 | 0 | 2 | 17 | 0 | 32 | 4,9 |
| Всего: | 0 | 35 | 0 | 0 | 0 | 6 | 52 | 0 | 93 | 14,3 |
| Средний интегрированный показатель = 0,21 | | | | | | | | | | |
| Удовлетво-  рительный | 0,29 | 0 | 18 | 0 | 0 | 1 | 8 | 19 | 0 | 46 | 7,1 |
| 0,33 | 0 | 15 | 3 | 2 | 4 | 16 | 27 | 1 | 68 | 10,4 |
| 0,38 | 2 | 15 | 1 | 1 | 3 | 22 | 19 | 1 | 64 | 9,8 |
| 0,42 | 2 | 19 | 6 | 0 | 1 | 34 | 16 | 1 | 79 | 12,1 |
| 0,46 | 6 | 10 | 2 | 0 | 3 | 27 | 8 | 1 | 57 | 8,7 |
| Всего: | 10 | 77 | 12 | 3 | 12 | 107 | 89 | 4 | 314 | 48,1 |
| Средний интегрированный показатель = 0,38 | | | | | | | | | | |
| Достаточ-  ный | 0,5 | 2 | 8 | 1 | 0 | 9 | 34 | 8 | 1 | 63 | 9,7 |
| 0,54 | 2 | 6 | 2 | 1 | 6 | 26 | 5 | 0 | 48 | 7,4 |
| 0,58 | 3 | 6 | 1 | 1 | 10 | 28 | 4 | 1 | 54 | 8,3 |
| 0,63 | 3 | 5 | 0 | 0 | 13 | 13 | 2 | 1 | 37 | 5,7 |
| Всего: | 10 | 25 | 4 | 2 | 38 | 101 | 19 | 3 | 202 | 31,0 |
| Средний интегрированный показатель = 0,55 | | | | | | | | | | |
| Высокий | 0,67 | 0 | 1 | 0 | 1 | 5 | 13 | 0 | 0 | 20 | 3,1 |
| 0,71 | 2 | 3 | 2 | 0 | 3 | 4 | 0 | 0 | 14 | 2,1 |
| 0,75 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 6 | 1,0 |
| 0,79 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0,3 |
| 0,83 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,1 |
| Всего: | 2 | 5 | 2 | 2 | 13 | 19 | 0 | 0 | 43 | 6,6 |
| Средний интегрированный показатель = 0,7 | | | | | | | | | | |
|  | Итого:  чел. | 22 | 142 | 18 | 7 | 63 | 233 | 160 | 7 | 652 | 100,0 |

Для определения активности участия инвалидов реабилитационного отделения в реабилитационных мероприятиях, была разработана специальная анкета (в анкетировании принимали участие 10 человек). После обработки результатов анкетирования можно сделать следующие выводы.

Первый блок вопросов:

работало в ЛТМ;

6 чел.

помогало на

отделении;

5 чел.

оказывало помощь

в уборке

территории;

2 чел.

участвовало в работе

студий;

7 чел.

**Рисунок 1 - Как ты участвуешь в жизни интерната?**

Таким образом, видно, что наши клиенты активно участвуют в трудовой жизни интерната.

Таблица 3

**О самостоятельности выбора трудовой деятельности, которой инвалид в данный момент занимается в интернате**

|  |  |
| --- | --- |
| Да | 9 (90%) |
| Нет | 0 |
| Затрудняюсь ответить | 1 (10%) |

Таким образом, большинство инвалидов ответили, что они самостоятельно выбирали трудовую деятельность, которой в данный момент занимаются в интернате.

Таблица 4

**«Нравиться ли тебе твоя работа?»**

|  |  |
| --- | --- |
| Да | 9 (90%) |
| Нет | 0 |
| Затрудняюсь ответить | 1 (10%) |

Большинство инвалидов ответили, что им нравиться их работа и только один из респондентов затруднился ответить.

маляр

10%

сварщик

10%

прачка

30%

поварт

30%

никакой

20%

**Рисунок 2 - Какой трудовой деятельностью в интернате ты хотел бы заниматься ещё?**

Таким образом, видно, что среди большинства инвалидов пользуются популярностью профессии прачки и повара.



**Рисунок 3 - Профессии, по которым хотели бы обучаться инвалиды**

Таким образом, большинство инвалидов хотели бы получить профессию столяра или повара, наименьшей популярностью пользуются профессии сварщика, сапожника, электрика и плотника.

Таблица 5

**Работаешь ли ты в городе?**

|  |  |
| --- | --- |
| Нет | 8 (80%) |
| Да | 2 (20%) |

Из ответов на этот вопрос можно сделать вывод, что в городе работают 20% респондентов.

Из ответов на вопросы первого блока можно увидеть, что большинство респондентов активно участвуют в трудовой жизни интерната, свою трудовую деятельность выбирали сами, но с удовольствием прошли обучение на другую, новую профессию.

Второй блок вопросов:

Таблица 6

**Как к тебе относится персонал интерната?**

|  |  |
| --- | --- |
| Постоянно заботится, уделяет много внимания | 6 (60%) |
| Мало заботится, редко уделяет внимание | 3 (30%) |
| Совсем не заботятся, им нет до меня дела |  |
| Не знаю | 1 (10%) |

Таким образом, большинство инвалидов считают, что персонал интерната постоянно заботится, уделяет много внимания 60% , 30% считают, что мало заботятся о них и редко уделяют внимание, 10% респондентов затруднились с ответом.

Таблица 7

**Степень контроля над инвалидом со стороны персонала**

|  |  |
| --- | --- |
| Полный контроль | 3 (30%) |
| Контролируют, но предоставляют некоторую свободу в действиях и принятии решения | 5 (50%) |
| Не вмешиваются | 1 (10%) |
| Не знаю | 1 (10%) |

Таким образом, большинство инвалидов считают, что персонал интерната их контролирует, но предоставляют некоторую свободу в действиях и принятии решения, 30% респондентов ощущают над собой полный контроль, 10% респондентов считают, что персонал не вмешивается в из жизнь, 10% респондентов затруднились с ответом.

Таблица 8

**Получаешь ли ты необходимое лечение, лекарства, заботу и уход во время болезни?**

|  |  |
| --- | --- |
| Да всегда | 3 (30%) |
| Иногда | 3 (30%) |
| Нет, я сам о себе забочусь | 4 (40%) |

Таким образом, большинство инвалидов ответили, что во время болезни они сами о себе заботятся это 40%, 30% респондентов считают, что получают всё необходимое лечение в интернате и 30% респондентов ответили, что получают лечение, но иногда.

Из ответов на вопросы второго блока можно увидеть, что большинство респондентов считают, что персонал интерната постоянно заботится о них и уделяет достаточно много внимания.

Респонденты ощущают постоянный контроль со стороны персонала, но с некоторой свободы в своих действиях. В тот же момент респонденты хотели бы получать больше внимания во время болезни.

Третий блок вопросов:



**Рисунок 4 - Участие инвалидов в общественных мероприятиях, которые проводятся вне интерната**

Таким образом, большинство инвалидов ответили, что чаще всего они участвуют в выставках декоративно прикладного творчества и в концертах, меньше участвуют в экскурсиях и редко посещают музеи.



**Рисунок 5 - Какие студии по интересам, ты посещаешь и как часто?**

Таким образом, большинство инвалидов ответили, что чаще всего они посещают студии бисероплетения, рисования, дартс, шашки; менее посещаемыми являются студии аппликации, изонити, вязания; совсем неинтересными инвалиды считают студию гарденотерапии.

Спортивных

30%

Танцевальной

20%

Музыкальных

20%

Кулинария

20%

Выжигания

10%

**Рисунок 6 - Каких студий не хватает в реабилитационном отделении**

Таким образом, большинство инвалидов считают, что на нашем реабилитационном отделении не хватает спортивных студий, кулинарии, музыкальных и танцевальной студии.

Таблица 9

**Необходимость студии по интересам на реабилитационном отделении**

|  |  |
| --- | --- |
| Да | 9 (90%) |
| Нет | 0 |
| Затрудняюсь ответить | 1 (10%) |

Большинство инвалидов считают, что на реабилитационном отделении нужны студии по интересам.

Таким образом, большинство инвалидов считают, что наиболее интересными из проводимых мероприятий в последнее время были музыкально – развлекательные программы.

Таблица 10

**Наиболее запомнившиеся мероприятия которые посетили в 2008 году**

|  |  |
| --- | --- |
| Музыкально – развлекательные мероприятия | 5 (50%) |
| Новый год | 3 (30%) |
| Экскурсии | 2 (20%) |

Таблица 11

**«Какие мероприятия ты считаешь, нужно еще проводить в нашем интернате?»**

|  |  |
| --- | --- |
| Экскурсии | 5 (50%) |
| Дискотеки | 3 (30%) |
| Спортивные | 2 (20%) |

Большинство инвалидов считают, что нужно больше организовывать экскурсий это 50% респондентов, 30% респондентов считают дискотеки и 20% респондентов хотели бы увеличить число спортивных мероприятий.

Таблица 12

**Какую помощь в организации новых мероприятий ты мог бы оказать?**

|  |  |
| --- | --- |
| Участвовал в мероприятии | 5 (50%) |
| Помогал в проведении | 2 (20%) |
| Затрудняюсь ответить | 3 (30%) |

Таким образом, большинство инвалидов ответили, что они просто участвовали в мероприятии это 50%, 20% респондентов помогали в проведении мероприятия и 30% респондентов затруднились ответить на вопрос.

Таблица 13

**Свободное временя на отдых и досуг**

|  |  |
| --- | --- |
| Да | 9 (90%) |
| Нет | 1 (10%) |
| Не знаю | 0 |

Большинство инвалидов считают, что у них имеется свободное время на отдых и досуг.



**Рисунок 7 - Как ты проводишь свободное время?**

Таким образом, большинство инвалидов ответили, что в свободное время они ходят по магазинам или слушают музыку, 20% проводят свободное время в гостях у знакомых и 10% просто отдыхают в комнате.

Таблица 14

**Как ты оцениваешь свою жизнь в интернате?**

|  |  |
| --- | --- |
| Все устраивает, и не хотел бы ничего менять | 0 |
| Устраивает, но кое-что изменил бы | 3(30%) |
| Привык, смирился совсем | 5 (50%) |
| Не устраивает, все бы поменял | 2 (20%) |

Большинство инвалидов ответили, что они уже привыкли и смирились совсем, 30% ответили, что их всё устраивает, но кое-что бы они изменили, 20% респондентов жизнь в интернате не устраивает и они бы все поменяли.

Из ответов на вопросы третьего блока можно увидеть, что чаще всего респонденты участвуют в выставках декоративного творчества и в концертах. Наибольшим интересными и чаще посещаемыми с точки зрения респондентов являются студии: дартс, шашечная студия, изо студия, студия изонити и студия вязания. В тот же момент вообще неинтересны респондентам студия гарденотерапии и малоинтересны, студи аппликации и развития речи. Многие респонденты считают, что на отделении мало студий активного спорта. Больше всего респондентам запоминаются музыкально – развлекательные мероприятия, проводимые на отделении. Респонденты хотели как можно чаще выезжать на экскурсии. У респондентов достаточно много времени на отдых и досуг, во время которого они ходят по магазинам или слушают музыку. Многие респонденты смерились со своей жизнью в интернате и ничего бы менять не стали.

Из этого можно сделать вывод что:

* большинство респондентов занимаются трудовой деятельностью в интернате, их работа им нравиться, но они хотели бы обучиться ещё одной новой профессии,
* инвалиды ощущают на себе заботу персонала, но в некоторых моментах хотели бы её увеличить,
* многие из респондентов очень активно участвуют в общественной жизни интерната, но в тот, же момент многие из инвалидов смирились со своей жизнью в интернате, и менять в ней, ни хотят ничего им и так хорошо.

## 

## 3.3 Описание полученных данных

Интегрированный показатель является среднеарифметическим значением 6 разделов экспертной карты социально-медицинской адаптации и является показателем социально-медицинской адаптации пациента на момент исследования.

Значения интегрированного показателя социально-медицинской адаптации, также как каждого раздела экспертной карты, находится в пределах от 0 до 1, и по уровню оценивалось следующим образом:

- высокий – 1,0 – 0,65;

- достаточный – 0,64 – 0,5;

- удовлетворительный – 0,49 – 0,3;

- низкий – 0,29 и менее

установлено, что в общественной жизни учреждений участвует 439 (87,3%) больных.

Библиотеки регулярно посещают 424 человека, или 85,0% от общего количества обследованных больных. Из них 101 человек являются неграмотными и посещают библиотеку для просмотра картинок в книгах, журналах, бесед с культработниками.

В свободное время 322 (49,4%) больных ежедневно получают информацию от просмотра телепередач. Проявляют интерес к просмотру телепередач и кинофильмов с регулярностью от 2 до 3-х раз в неделю 212 (32,5%) больных. 110 (16,8%) человек проявляют интерес к просмотру кинофильмов только при организованном их показе в кинозалах Учреждений.

Правом выхода за пределы учреждения имеют 504 человека или 96,5% от общего количества обследованных больных.

Ежемесячно привлекались на собрания проживающих, где разбираются общие проблемы, социальное поведение, обучение конструктивным навыкам общения – 552 (100,0%) больных.

Установлено, что 55 (8,4%) человек - не нуждались в индивидуальном проведении психотерапевтических воздействий, 53 (8,1%) человека - нуждались крайне редко. Нуждались в регулярных беседах по коррекции поведения, в групповой коррекции по повышению уровня социальной адаптации, обучению навыкам конструктивного общения, преодолению конкретных конфликтных ситуаций - 477 (73,1%) больных. Индивидуальную работу в связи с асоциальным поведением проводили с 67 (10,4%) больными.

Использовали право на ежегодный отпуск, сроком на 1 месяц, 97 (14,9%) больных. В отпусках на 2-3 дня, пользуясь правом свободного передвижения - 38 (5,8%) человек.

При подробном аналитическом исследовании установлено, что в группу с высоким уровнем социально-медицинской адаптации (интегрированный показатель – от 1,0 до 0,65 балла, средний 0,7 балла) вошли 43 больных (6,6%) от общего количества обследованных (табл.2).

Достаточный уровень социально-медицинской адаптации (интегрированный показатель – от 0,64 до 0,5 балла, средний 0,55 балла) отмечен у 202 больных (31,0%) от общего количества обследованных.

С удовлетворительным уровнем социально-медицинской адаптации (интегрированный показатель – от 0,49 до 0,3 балла, средний 0,38 балла) выявлено 314 больных (48,1%) от общего количества обследованных.

Низкий уровень (интегрированный показатель – 0,29 балла и менее, средний 0,21 балла) отмечен у 93 больных (14,3%) от общего количества обследованных. Этот уровень адаптации представлен больными с тяжелой умственной отсталостью (55,9%) и шизофренией (37,6%).

отмечается, что у больных эпилепсией достаточный и удовлетворительный уровень социально-медицинской адаптации выявлен у 20 пациентов, по 10 (45,4%) человек соответственно. Высокий - у 2 (9,1%) больных эпилепсией (табл.2).

В группе больных шизофренией, большее количество пациентов приходится на уровни социально-медицинской адаптации: удовлетворительный – 77 (54,2%) человек и низкий – 35 (54,2%).

Среди больных (7 чел.) биполярным аффективным расстройством, соотношение между высоким, достаточным и удовлетворительным уровнями социально-медицинской адаптации, примерно равное.

В нозологической группе больных с легкой умственной отсталостью, высокий уровень социально-медицинской адаптации выявлен у 13 (20,6%) больных, достаточный у 38 (60,3%), удовлетворительный у 12 (19,1%) больных.

В группе больных с умеренной умственной отсталостью, высокий уровень социально-медицинской адаптации выявлен у 19 (8,1%) больных, достаточный у 101 (43,3%), удовлетворительный у 107 (45,9%), низкий уровень у 6 (2,6%) больных.

Среди больных с тяжелой умственной отсталостью, высокий уровень социально-медицинской адаптации отсутствует, что связано с тяжестью основного заболевания. Достаточный уровень социально-медицинской адаптации выявлен у 19 (11,9%) человек, удовлетворительный у 89 (55,6%), низкий уровень у 52 (32,5%) человек.

В нозологической группе больных с шизофренией, высокий уровень социально-медицинской адаптации выявлен у 5 (3,5%) больных, достаточный у 24 (16,9%), удовлетворительный у 78 (54,9%) и низкий уровень адаптации у 35 (24,7%) больных.

Среди больных с другими формами умственной отсталости соотношение между достаточным и удовлетворительным уровнями социально-медицинской адаптации примерно одинаковое.

2 (11,1%) пациента с органической деменцией имеют высокий уровень социально-медицинской адаптации, 4 (22,2%) - достаточный, 12 (66,7%) – удовлетворительный.

Высокий уровень социально-медицинской адаптации (интегрированный показатель > 0,65), свидетельствует о владении больными навыками социального поведения в обществе (пользование общественным транспортом, умение ориентироваться в окружающей обстановке), освоении элементарных правил межличностных и деловых отношений. Эти пациенты привлекаются к общественным и спортивным мероприятиям, интересуются художественной литературой, родственники поддерживают с ними постоянные отношения. Они не нуждаются в лечении психотропными препаратами. Эти больные могут проживать в условиях учреждений общего типа и находиться на свободном режиме содержания.

Больные, интегрированный показатель социально-медицинской адаптации которых оценивается как достаточный уровень (в пределах 0,64 – 0,5) составляют группу, которая характеризуется тем, что приобретенные навыки общения позволяют больным ориентироваться в ситуации, производить покупки, пользоваться транспортом, самостоятельно и в составе группы выходить за пределы Учреждения. Этот уровень отражает владение навыками общения, социального поведения (при психосоциальной коррекции) и позволяет проживать в отделении свободного режима учреждения психоневрологического профиля. Больные с интегрированным показателем близким к верней границе этого уровня (0,64-0,6), при создании определенных условий (врачебный контроль психиатра, систематическое наблюдение обслуживающего персонала, проведение психосоциальной работы, медикаментозная коррекция поведения), могут проживать в отделении психоневрологического профиля учреждения общего типа.

В число лиц, с удовлетворительным уровнем социально-медицинской адаптации (0,49 – 0,3) относятся больные, при постоянной психосоциальной работе с которыми, удается адаптировать их к совместному проживанию, проведению досуга. Постоянная активация приобретенных навыков социального поведения позволяет этим больным ориентироваться в ситуации, овладевать элементарными коммуникативными навыками, под контролем, в составе группы, посещать учреждения культуры, торговли. Эти больные нуждаются в периодическом поддерживающем лечении, для профилактики рецидивов основного заболевания.

Пациенты с низким уровнем социально-медицинской адаптации (0,29 и ниже), при постоянной ежедневной психосоциальной работе со стороны персонала вовлекаются в полезно-общественную деятельность, а также им прививаются элементарные навыки общения, общей культуры и поведения. Эти больные также нуждаются в периодическом поддерживающем лечении, для профилактики рецидивов основного заболевания.

высокий уровень социально-медицинской адаптации (интегрированный показатель > 0,65), свидетельствует о владении больными навыками социального поведения в обществе (пользование общественным транспортом, умение ориентироваться в окружающей обстановке), освоении элементарных правил межличностных и деловых отношений. Эти пациенты привлекаются к общественным и спортивным мероприятиям, интересуются художественной литературой, родственники поддерживают с ними постоянные отношения. Они не нуждаются в лечении психотропными препаратами. Эти больные могут проживать в условиях Учреждений общего типа и находиться на свободном режиме содержания.

Больные, интегрированный показатель социально-медицинской адаптации которых оценивается как достаточный уровень (в пределах 0,64 – 0,5) составляют группу, которая характеризуется тем, что приобретенные навыки общения позволяют больным ориентироваться в ситуации, производить покупки, пользоваться транспортом, самостоятельно и в составе группы выходить за пределы Учреждения. Этот уровень отражает владение навыками общения, социального поведения (при психосоциальной коррекции) и позволяет проживать в отделении свободного режима Учреждения психоневрологического профиля. Больные с интегрированным показателем близким к верней границе этого уровня (0,64-0,6), при создании определенных условий (врачебный контроль психиатра, систематическое наблюдение обслуживающего персонала, проведение психосоциальной работы, медикаментозная коррекция поведения), могут проживать в отделении психоневрологического профиля Учреждения общего типа.

В число лиц, с удовлетворительным уровнем социально-медицинской адаптации (0,49 – 0,3) относятся больные, при постоянной психосоциальной работе с которыми, удается адаптировать их к совместному проживанию, проведению досуга. Постоянная активация приобретенных навыков социального поведения позволяет этим больным ориентироваться в ситуации, овладевать элементарными коммуникативными навыками, под контролем, в составе группы, посещать учреждения культуры, торговли. Эти больные нуждаются в периодическом поддерживающем лечении, для профилактики рецидивов основного заболевания.

Пациенты с низким уровнем социально-медицинской адаптации (0,29 и ниже), при постоянной ежедневной психосоциальной работе со стороны персонала вовлекаются в полезно-общественную деятельность, а также им прививаются элементарные навыки общения, общей культуры и поведения. Эти больные также нуждаются в периодическом поддерживающем лечении, для профилактики рецидивов основного заболевания.

Результаты исследования показали, что в нозологических группах заболеваний (шизофрения, тяжелая и умеренная умственная отсталость, деменции) имеются группы больных характеризующиеся высоким и достаточным уровнями социально-медицинской адаптации, которые не характерны для основной группы больных. У них длительные, более 5 лет, ремиссии и их пребывание в депривационных условиях не способствует их социализации.

В практике реабилитационной деятельности Учреждений больший акцент необходимо делать на организации трудовой терапии, в самих учреждениях и за их пределам. Социальная значимость заключается в том, что приобщение больных к трудовой деятельности очень важно для утверждения личности.

При исследовании установлено, что 142 (21,7%) человека в справке медико-социальной экспертизы имели трудовые рекомендации, остальные 510 (78,3%) признаны нетрудоспособными и не имеют рекомендаций службы медико-социальной экспертизы по их трудоустройству и реабилитации. У них также отсутствуют индивидуальные программы реабилитации.

Социальная интеграция лиц с умственной отсталостью, шизофренией зависит не только от достигнутого уровня социально-медицинской адаптации. Существенное значение приобретают социальные факторы: наличие жилья, семьи, родственников и близких людей, готовых и способных помочь им на первых этапах интеграции в общество.

Таким образом, вопросы социализации лиц с психическими расстройствами, их анализ и пути совершенствования свидетельствуют о ее важной роли в жизнедеятельности этой категории инвалидов. Их длительное пребывание в депривационных условиях Учреждений психоневрологического профиля, оказывает негативное влияние на их социализацию и создает препятствие для интеграции в общество.

## Выводы по главе:

Контингент учреждения психоневрологического профиля состоит в основном из больных с умственной отсталостью (49,0 % от общего числа больных) и больных шизофренией (30,0%). Больные с органическими психическими заболеваниями (сосудистые, посттравматические и др.) составляют - 14,1%, эпилептической болезнью и другими психическими расстройствами – 6,9%.

К больным с психическими расстройствами, находящихся в условиях учреждения психоневрологического профиля, с учетом результата интегрированного показателя, применимы различные уровни социально-медицинской адаптации: высокий, достаточный, удовлетворительный, низкий.

Уровни социально-медицинской адаптации больных свидетельствуют о неравных стартовых возможностях лиц с психическими расстройствами для интеграции в общество, о неодинаковых предпосылках для ее успешности.

Группа больных, характеризующаяся высоким уровнем социально-медицинской адаптации, при отсутствии обострений и длительности ремиссии более 5 лет, может проживать дома или в учреждениях общего типа.

Больные шизофренией и умственной отсталостью с удовлетворительным и низким интегрированным показателем социально-медицинской адаптации нуждаются не только в ежедневной психосоциальной работе со стороны персонала, но и в периодическом поддерживающем лечении с целью профилактики рецидивов основного заболевания.

В целях совершенствования работы в учреждении психоневрологического профиля целесообразно, ориентируясь на интегрированные показатели социально-медицинской адаптации, формировать однородные группы больных, что с учетом характера адаптивно-компенсаторных возможностей пациентов позволит оптимизировать формы психосоциальных воздействий и направлений реабилитации.

В социальной адаптации больных с психическими расстройствами существенное значение приобретают также такие факторы, как наличие жилья, семьи, родственников и близких людей, готовых и способных помогать сотрудникам учреждения по их социализации.

Рекомендации:

1. Для успешной социализации пациентов с хроническими психическими расстройствами необходима организация направленного образа жизни, целью которой является формирование санитарно-гигиенических и хозяйственно-бытовых навыков, вовлечение в трудовую деятельность в лечебно-трудовых мастерских, обучение элементарным профессиональным навыкам и грамоте, обучение общению.

2. Для развития коммуникативных навыков у инвалидов, обучения их производить покупки, пользоваться транспортом, самостоятельно выходить за пределы учреждения для посещения зрелищных и спортивных мероприятий, специалистам учреждения необходимо проводить постоянную психосоциальную работу по программе индивидуальной реабилитации.

3. В процессе реабилитации больных в Учреждениях целесообразно соблюдать следующую последовательность психосоциальных воздействий:

- первый этап реабилитации и психотерапии в психологическом аспекте это восстановительная терапия, предотвращающая формирование психического дефекта, явлений так называемого «госпитализма»;

- на втором этапе, этапе реадаптации, представляется целесообразным делать особый упор на дифференцированную трудовую терапию с обучением и переобучением больных новой профессии;

- третий этап - реабилитация в собственном смысле этого слова. Восстановление в правах, индивидуальной и общественной ценности больного.

4. В практике реабилитационной деятельности учреждения необходимо обеспечить организацию и разнообразие трудовой терапии, как в самом учреждении, так и за его пределами, в соответствии с индивидуальными программами реабилитации.

Следовательно, гипотеза подтвердилась.

# Заключение

Основные сферы жизнедеятельности человека - труд и быт. Здоровый человек приспосабливается к среде. Для инвалидов же особенность этих сфер жизнедеятельности состоит в том, что их надо приспосабливать к нуждам инвалидов. Социальная поддержка и реабилитация инвалидов - процесс сложный и противоречивый. Инвалид нуждается в постоянном повышенном внимании и защите со стороны общества. В целях их социальной защиты принимаются законы, выделяются средства на организацию лечения, реабилитации, образования и досуга, предпринимаются меры по безбарьерному доступу в различные структуры и обеспечению информацией. Для людей с ограниченными возможностями здоровья предусматриваются дополнительное питание, летний отдых и т.п. Однако любых усилий государства будет недостаточно, если не проводить целенаправленную социальную работу с самими инвалидами, имея в виду возможную активизацию их жизнедеятельности и обеспечение посильной интеграции в общество.

Реабилитация больных с психическими расстройствами в условиях ПНИ является эффективной формой позволяющей расширить сферы жизнедеятельности человека, имеющего психическое расстройство, в типовых жизненных ситуациях, в трудовой и профессиональной деятельности. Клиенты получают медикаментозную терапию, трудотерапию, арттерапию, социальную помощь, с ними проводятся релаксационные занятия, индивидуальные психотерапевтические занятия, осуществляется индивидуальная работа с родственниками. Большая часть клиентов довольны условиями пребывания ПНИ.

Психоневрологические интернаты это государственные специализированные медико-социальное учреждения, предназначенные для постоянного проживания и обслуживания граждан пожилого и инвалидов, страдающих психическими хроническими заболеваниями и нуждающихся в постоянном уходе. В состав интерната могут входить структурные подразделения, обеспечивающие основную задачу по приёму и размещению клиентов, предоставлению им всех видов социальных услуг, лечебно - производственные (трудовые) мастерские, а в интернатах, расположенных в сельской местности, кроме того, подсобные сельские хозяйства, необходимые для осуществления лечебно-трудовой и активирующей терапии.

В психоневрологических интернатах проживают инвалиды I и II групп, страдающие психическими заболеваниями различного генеза, особенностью которых является отдаленный этап течения, хронические стадии и необратимость болезненных явлений; нуждающиеся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию, в возрасте от 18 и до конца жизни.

Методики активной социальной работы с инвалидами зафиксированы в индивидуальной программе реабилитации, которая представляет собой систему и процесс восстановления способности к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности.

# Список литературы

1. Адаптационные технологии // Социальные технологии. Справочное пособие: Пер. с англ. - М.-Белгород, 1995.
2. Данакин А. Проблемы социальной работы в России. - М., 1994.
3. Добровольская Т.А., Шабалина Н.Б. Инвалиды – дискриминируемые меньшинства? // Социологические исследования. – 1992. - №5.
4. Дыскин А.А., Танюхина Э.И. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых людей. - М., 1996.
5. Взаимосвязь социальной работы и социальной политики. - М., 1997.
6. Иванов В.А. Социальные технологии в современном мире. – М., 1996.
7. Доступная среда и возможности занятости инвалидов: итоги социологического исследования // Отечественный журнал социальной работы. - 2004. - №4.
8. Жуков В.И. Займышев И.Г. Теория и методика социальной работы. В 2 томах. - М., "Союз", 2001.
9. Исправительная (пенитенциарная) педагогика. / Под ред. А.И. Зубкова, М.Б. Стуровой. - Рязань: МВД РФ, 1993.
10. Кадомцева С.В. Социальная защита населения. - М.: РАГС, 2000.
11. Кодекс социального работника // Национальное объединение социальных работников. - М., 1998.
12. Коныгина М.Н. Этика социальной работы в многонациональном регионе. Программа спецкурса и методические рекомендации. - Ставрополь, 1999.
13. Лекции по технологии социальной работы / Под ред. Е.И. Холостовой. - Ч. 3. – М., 1998.
14. Люди с ограниченными возможностями // Российская энциклопедия социальной работы. - Т.1. – М.: Институт социальной работы, 1997.
15. Медведева Г.П. Этика социальной работы. Учебное пособие для студентов. - М., 1999.
16. Пинкус А. Минахан. Практика социальной работы (форма и методы). - М., 1993.
17. Политика инвалидности: стратегии социального гражданства инвалидов // Инвалидность в контексте становления гражданского общества в России. Материалы межд.конференции 26-27 октября 2006 года. - Ставрополь: СевКавГТУ, 2006.
18. Политика инвалидности в современной России // Социально-экономическая политика в России: приоритеты и результаты. - Саратов: Саратовский государственный технический университет, 2004.
19. Проблемы независимой жизни инвалидов // Регионология. – 2004. - №4.
20. Проблема социальной защиты пожилых людей и инвалидов. Теория и методика социальной работы. - М., 1994.
21. Развитие социальной реабилитации в России / Под ред. А.Н. Дашкина и др. - М., 2000.
22. Российская энциклопедия социальной работы. - Т. 1-3. - М., 1997.
23. Социальная работа: теория и практика: Учеб. пособие/Отв.ред. д.и.н., проф. Е.И.Холостова, д.и.н., проф. А.С. Сорвина. – М.: ИНФРА-М, 2002.
24. Социальная работа в различных сферах жизнедеятельности / Под ред. П.Д. Павленка. - М., 2006.
25. Социальная работа / Под ред. В.И. Курбатова. - Ростов н/Д., 1998.
26. Социальное конструирование инвалидности // Социологические исследования. – 1999. - №4.
27. Социальная работа: теория и практика: Учеб. пособие / Отв. ред. проф. Е. И. Холостова, проф. А. С. Сорвина. - М.: ИНФРА-М, 2001.
28. Социальная работа / Под ред. В.И. Курбатова. - Ростов н/Д., 1998.
29. Социальные технологии. Толковый словарь. - М., 1995.
30. Стратификационный анализ инвалидности // Социальная стратификация: история и современность. - Сыктывкар, 1996.
31. Теория и методика социальной работы / Под ред. В.И. Жукова и др. - Ч. 1,2. - М., 1994.
32. Технологии социальной работы с инвалидами // Лекции по технологиям социальной работы. - М.: Ин-т социальной работы, 1998.
33. Технология социальной работы: Учебник / Под общ. ред. проф. Е. И. Холостовой. - М.: ИНФРА-М, 2001.
34. Фирсов М.В., Шапиро Б.Ю. Психология социальной работы: Содержание и методы психосоциальной практики.- М., 2002.
35. Холостова Е.И. Профессиональный и духовно-нравственный портрет социального работника. - М., 1993.
36. Ярская-Смирнова Е.Р., Нечаева С.М. Качество жизни инвалидов // Человеческие ресурсы. - 2004. - №4.
37. Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. Изд-е 2-е, доп. Рек.УМО вузов по социальной работе. – СПб.: Питер, 2004.
38. Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. - Саратов: Саратовский гос.тех.университет, 2003.
39. Ярская-Смирнова Е. Профессиональная этика социальной работы. Учебник. - М., 1998.
40. Ярская-Смирнова Е.Р. Инвалидность и семья: ресурсы и барьеры в повседневной жизни // Государственная семейная политика. - М.: МГСУ, 2004.

**Приложение 1**

**СОЦИАЛЬНАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА**

1. Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Психоневрологический диспансер № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Дееспособность (дееспособен, недееспособен решением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_суда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

4. Опекун для недееспособных (нет, опека оформляется, опекун имеется, добросовестный, недобросовестный) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Наличие квартиры (есть, нет, дополнительная информация о квартире: нужна, не нужна) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если квартира есть, то вид собственности (частная, муниципальная) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если частная, то кто является собственником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если собственников несколько, то вид собственности (долевая, совместная) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кто прописан в квартире \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кто реально проживает в квартире \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жилищно-бытовые условия (в обследовании не нуждается, обследование проводилось – когда, кем, результаты) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возможна ли выписка домой (да, нет, возможна при условии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если квартиры нет, то где ранее был прописан больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имеется ли документальное подтверждение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Ближайшее окружение (известно, неизвестно, отсутствует) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Посещения больного (указать приблизительную периодичность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Контакт посетителей с врачами отделения (конструктивный, с безразличным отношением к проблемам пациента, препятствие к выписке, отсутствует)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Наличие инвалидности (с указанием срока переосвидетельствования)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Наличие пенсии (с получением на почте, переводом в сберегательные учреждения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Дата последнего получения пенсии (для получающих пенсию на почте) месяц \_\_\_\_\_, год \_\_\_\_\_, со слов пациента, со слов родственников, по официальной информации от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, неизвестно)

12. Доверенность на пенсию (генеральная, ежемесячная, отсутствует) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Активное диспансерное наблюдение

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Наличие паспорта (в больнице, дома, у родственников, неизвестно, утерян, старого образца, восстанавливается) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Формулировка основной социальной проблемы больного и намеченный социальный маршрут \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. Проведенные мероприятия

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение 2**

**РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА**

1. Навыки личной гигиены (достаточные, отсутствуют, необходимо развивать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Навыки планирования времени (достаточные, отсутствуют, необходимо развивать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Навыки планирования бюджета (достаточные, отсутствуют, необходимо развивать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Навыки ведения домашнего хозяйства (достаточные, отсутствуют, необходимо развивать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Навыки общения (достаточные, отсутствуют, необходимо развивать)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Хобби \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Профессия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Взаимоотношения в семье (доверительные, конфликтные, формальные, неустойчивые, нет семьи) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Ожидаемая поддержка семьи (высокая, низкая, контакты отсутствуют) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Знание Закона о психиатрической помощи (знает, хотел (а) бы узнать, не желает знать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Управление болезнью (управляет, хотел (а) бы управлять, не желает управлять) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Взаимоотношения с лечащим врачом (доверительные, формальные с позитивной окраской, формальные с негативной окраской, неустойчивые, недоверие) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Прием лекарств (без напоминаний, с напоминаниями, только под контролем, отказ, безразличие, изменение схемы приема лекарств по собственному усмотрению)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Анамнез (в каких мероприятиях по психосоциальной реабилитации участвовал ранее) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. План (в каких мероприятиях по психосоциальной реабилитации мог бы принять участие во время настоящей госпитализации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

16. Отчет (в каких мероприятиях был задействован во время настоящей госпитализации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение 3**

**ЖУРНАЛ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ**

Отделение № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Месяц, год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Ф.И.О. инструктора по трудовой терапии | |
| 1 | 2 | 3 |
| Благоустройство территории | Благоустройство отделения | Внеплановые работы |
| 1. Ф.И.О. пациента |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Прогулки | Стирка, глажение | Посещение магазина |
| 1. Ф.И.О. пациента |  |  |
|  |  |  |
| Утренняя зарядка | Занятия спортом | Посещение библиотеки |
| 1. Ф.И.О. пациента |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| АРТ-студия | АРТ-терапия | Психообразование |
| 1 смена |  |  |
| 1. Ф.И.О. пациента |  |  |
|  |  |  |
| 2 смена |  |  |
| 1. Ф.И.О. пациента |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Тренинги коммуникативных навыков | Тренинги социальных навыков | Занятия танцами, пение под караоке |
| 1. Ф.И.О. пациента |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Телефонные звонки | Просмотр видеофильмов | Другое |
| 1. Ф.И.О. пациента |  |  |