**Министерство социального развития опеки и попечительства**

**Иркутской области**

Областное государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Дом-интернат для престарелых и инвалидов п. Усть-Ордынский»

****

**Программа реабилитации и абилитации инвалидов с нарушением функций опорно-двигательного аппарата**

****

**Программу составила:**

**Главная медицинская сестра**

 **Борхоева Н.Н.**

п. Усть-Ордынский, 2023 г.

# Содержание

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Паспорт программы………………………………………………….. |  |
| 2. Пояснительная записка………………………………………………. |  |
| 2.1. Актуальность программы………………………………………. |  |
| 2.2. Целевая группа………………………………………………….. |  |
| 2.3. Цель программы………………………………………………..... |  |
| 2.4. Задачи программы………………………………………………. |  |
| 2.5. Формы работы и методы работы………………………………. |  |
| 3. Этапы и сроки реализации программы………………………………3.1. Этапы реализации технологии…………………………………...3.2. Срок реализации программы……………………………………..3.3. Механизм реализации технологии……………………………….3.3.1. Основные направления работы…………………………… |  |
| 4. Ресурсы ……………………………………………………………….. |  |
| 4.1. Кадровые ресурсы……………………………………………….. |  |
| 4.2. Материально-технические ресурсы……………………………. |  |
| 4.3. Информационные ресурсы……………………………………... |  |
| 5.Эффективность реализации программы……………………………...5.1. Ожидаемые результаты………………………………………….5.2. Средства оценки эффективности реализации программы…..5.2.1. Средства оценки эффективности проводимы реабилитационных мероприятий……………………………………… 5.2.2. Средства оценки эффективности реализации технологии………………………………………………………………… 5.2.3. Мониторинг реализации технологии…......................  |  |
| 6. Список использованных источников и литературы……………….. |  |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 1………………………………………………………….ПРИЛОЖЕНИЕ 2…………………………………………………………. ПРИЛОЖЕНИЕ 3………………………………………………………….  |  |

1. **Паспорт программы**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование Учреждения | Областное государственное бюджетное учреждение социального обслуживания«Дом-интернат для престарелых и инвалидов п. Усть-Ордынский» |
| Направленность программы | Системная реабилитация и абилитация |
| ФИО составителя программы и должность | Борхоева Нина Николаевна, главная медицинская сестра  |
| Должность работников, реализующих программу | Специалист по социальной реабилитации, специалист по социальной работе, психолог, культ-организатор, инструктор по труду, врачи-специалисты, медицинская сестра, медицинская сестра по массажу, медицинская сестра по физиотерапии, инструктор по адаптивной физической культуре, инструктор ЛФК |
| Должностное лицо, утвердившее программу | Колыхалова Ольга СергеевнаДиректор ОГБУСО «Дом-интернат для престарелых и инвалидов п. Усть-Ордынский» |
| Практическая значимость | Полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций опорно-двигательного аппарата (ОДА) |
| Цель программы | Создание условий для проведения успешной реабилитации и абилитации инвалидов с нарушением функций опорно-двигательного аппарата. |
| Задачи программы | * Определение компонентов реабилитационного потенциала инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата
* Aктивизация внутренних ресурсов, формирование мотивации на восстановительные занятия и поддержание оптимальной заинтересованности инвалида к успешному процессу реабилитации и адаптации.
* Реализация системной реабилитации с учетом потребностей инвалидов в процессе протезирования и обучения ходьбе на протезах.
* Формирование и восстановление мобильности, сохранение и стимулирование двигательной активности
 |
| Целевая группа | Инвалиды с нарушением функций опорно-двигательного аппарата, полученных в результате травм или заболеваний.  |
| Cроки реализации | Бессрочная |
| Эффективность реализации программы | 1. Своевременное проведение комплекса мероприятий по программе в полном объёме (100% выполнение мероприятий программы); 2. Улучшение психоэмоционального состояния инвалидов у 82% участников программы; 3. Обучение ходьбе на протезах не менее, чем у 90% участников программы; 4. Овладение инвалидами навыками самообслуживания и передвижения не менее, чем у 80% участников программы; 5. Повышение уровня физической и социальной активности инвалидов не менее, чем у 79% участников программы; 6. Выработка стереотипа продвижения и доведение до автоматизма навыков ходьбы не менее, чем у 67% участников программы; 7. Удовлетворённость получателя социальных услуг полученными услугами (отсутствие жалоб со стороны получателей социальных услуг и наличие благодарностей в «Книге отзывов и предложений») не менее, чем 99% участников программы. |

# 2. Пояснительная зaпиcка

* 1. **Актуальность программы**

Одной из важнейших задач существующей системы социальной защиты населения является реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья. Социальная политика в отношении граждан, имеющих ограничения жизнедеятельности, определяется необходимостью обеспечения равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества, социальной и правовой защищенности, поддержания достойного жизненного уровня, создания условий для активной трудовой деятельности.

Мировой опыт и деятельность по адаптации инвалидов убедительно показывают, что системная реабилитация является наиболее действенным средством физической, социальной и психологической реабилитации инвалидов, их интеграции в современное общество. Систематические занятия не только повышают адаптацию инвалидов к изменяющимся жизненным условиям, расширяют их функциональные возможности, помогая оздоровлению организма, но и благоприятно воздействуют на психику инвалидов, мобилизуют их волю, возвращают людям чувство социальной полноценности.

Болезни костно-мышечной системы занимают в России пятое место среди причин инвалидизации населения.

Инвалидность, связанная с поражениями опорно-двигательного аппарата, может возникать вследствие разнообразных заболеваний, врожденных дефектов, травматических повреждений костно-суставного аппарата и нервно-мышечной системы. Наибольший «вклад» в формирование контингента инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата вносят травмы всех локализаций (позвоночника, верхних и нижних конечностей), дегенеративно-дистрофические заболевания костей и суставов, ДЦП, в меньшей степени — врожденные недоразвития и аномалии конечностей. Инвалиды с поражениями опорно-двигательного аппарата составляют до 1/5 всего контингента инвалидов, что определяет значимость проведения всех мер эффективной реабилитации, показанных этому контингенту инвалидов. Важнейшей составной частью программы реабилитации инвалидов с поражениями опорно-двигательной системы является системная реабилитация и абилитация.

С целью организации качественной социальной помощи и реабилитации инвалидов, имеющих ограничения в жизнедеятельности и быту, обеспечения равной доступности в получении необходимых для жизнеобеспечения социальных услуг, в учреждении проведена следующая организационная работа:

* сформирована база данных инвалидов с нарушением функций опорно-двигательного аппарата;
* определен круг специалистов Учреждения для организации деятельности по программе;
* разработаны анкеты, формы контроля за состоянием получателей социальных услуг во время прохождения комплекса мероприятий
* разработан комплекс упражнений по направлениям деятельности программы;
* разработаны брошюры, буклеты, памятки для участников программы

 - заключены соглашения о взаимодействии учреждения с центром протезирования и ортопедии ООО «Салют Орто», Федеральное государственное унитарное предприятие "Иркутское протезно-ортопедическое предприятие" Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации по вопросам совместной деятельности по реабилитации и абилитации инвалидов.

Для выполнения в полном объеме мероприятий социального раздела индивидуальной программы реабилитации и (или) абилитации инвалида, в учреждении сформирована программа системной реабилитации и абилитации инвалидов с нарушением функций опорно-двигательного аппарата.

# Целевая группа

Инвалиды с нарушением функций опорно-двигательного аппарата, полученных в результате травм или заболеваний.

# Цель программы

Создание условий для проведения успешной реабилитации и абилитации инвалидов с нарушением функций опорно-двигательного аппарата.

# Задачи программы

1. Определение компонентов реабилитационного потенциала инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата;
2. Aктивизация внутренних ресурсов, формирование мотивации на восстановительные занятия и поддержание оптимальной заинтересованности инвалида к успешному процессу реабилитации и адаптации;
3. Реализация системной реабилитации с учетом потребностей инвалидов в процессе протезирования и обучения ходьбе на протезах;
4. Формирование и восстановление мобильности, сохранение и стимулирование двигательной активности;

# 2.5. Формы и методы работы

Tаблица 1 – Формы и методы работы программы

|  |  |
| --- | --- |
| **Формы работы** | **Методы работы** |
| *Индивидуальная:*консультация, практическое занятие, индивидуальная диагностика, урок, сеанс.*Групповые:* лекция, творческая мастерская, диспут, тренинг, семинар. | *Организационный:* планирование, информирование, инструктирование. |
| *Практический:* беседа, объяснение, консультирование, дискуссия, тестирование. |
| *Аналитический:*анализ, оценка, сравнение, графический и компьютерный метод. |

# 3. Этапы, cроки, механизм реализации программы

Реализация программы осуществляется на постоянной основе с момента поступления в учреждение инвалидов с нарушением функций опорно-двигательного аппарата и до полного восстановления.

# Этапы реализации технологии:

1. Организационный этап
2. Практический этап
3. Аналитический этап

Таблица 2 – Содержание этапов реализации программы

|  |  |
| --- | --- |
| **Этап** | **Содержание деятельности** |
| Организационный | * определение круга специалистов Учреждения для организации деятельности по программе;
* выявление нуждающихся в реабилитации в соответствии с индивидуальной программой реабилитации и (или) абилитации инвалида;
* разработка анкет, форм контроля за состоянием получателей социальных услуг во время прохождения комплекса мероприятий;
* разработка комплексов упражнений по направлениям деятельности программы;

- разработка брошюр, буклетов, памяток для участников программы |
| Практический | - проведение практических занятий и мероприятий с инвалидами целевой категории;- проведение коррекционных мероприятий после промежуточной оценки реабилитационных мероприятий |
| Аналитический | * Анализ результатов эффективности реабилитационных мероприятий (промежуточный, итоговый);
* Разработка индивидуальных рекомендаций;
* Подведение итогов деятельности по программе (ежегодно).
 |

* 1. **Срок реализации программы:** бессрочная.

# Механизм реализации технологии:

Системная программа реабилитации и абилитации инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата является цикличной, по мере поступления получателей социальных услуг на социальное обслуживание в Учреждение, и реализуется по направлениям:

* социально-психологическое сопровождение;
* социально-реабилитационное сопровождение;

## Основные направления работы

Проведение системных адаптивно-реабилитационных мероприятий для успешной реабилитации и абилитации инвалидов с нарушением функций опорно- двигательного аппарата к новым средовым условиям, а также выявление и актуализация внутренних психологических ресурсов для компенсации утраченных ими психофизиологических функций по направлениям:

**Hаправление 1 «Cоциально-психологическое сопровождение»**

Cоциально-психологическое сопровождение направлено на восстановление (формирование) психологической способности инвалида успешно ему выполнять различные социальные роли и осуществлять реальное включение в разные сферы социальных отношений и жизнедеятельности, и состоит из:

* психологической диагностики;
* психологического консультирования;
* психокоррекционной работы.

Для инвалидов психологи разрабатывают индивидуальные мероприятия психологической реабилитации, которые являются частью индивидуальной карты комплексной реабилитации.

Работа психологов Учреждения с инвалидами целевой категории проводится по несколькими направлениями:

* формирование навыков саморегуляции;
* коррекция индивидуально – психологических свойств личности;
* развитие коммуникативных способностей.

Социально-психологическое сопровождение осуществляется в индивидуальной и групповой форме в соответствии с планом:

# Таблица 3 - План реализации социально -психологического сопровождения процесса реабилитации и абилитации инвалидов с нарушением функций опорно-двигательного аппарата

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Мероприя тие** | **Цели и задачи** | **Кол-во часов** | **Форма и метод работы** (приложение 2**)** | **Материалы и оборудование** | **Результат** |
| Психодиаг ностика | ***Цель:*** Изучение личностных ресурсов инвалидов с нарушением функций опорно-двигательного аппарата, составляющих их реабилитационный потенциал для планирования форм психологического сопровождения. ***Задачи:***1. Определить психоэмоциональное состояние.
2. Выявить уровень притязаний посредством диагностики компонентов мотивационной структуры личности.
3. Изучить иерархию системы ценностных ориентаций инвалида и содержательную направленность основы его отношений к окружающему миру, к другим людям, к себе самому.
4. Оценить уровень реактивной и личностной тревожности инвалида.
5. Исследовать уровень субъективного контроля, готовность инвалида брать на себя ответственность за то, что происходит с ним и вокруг него.
 | 1 час. 30 мин. | Форма работы: индивидуальная.*Метод работы:*1. Наблюдение
2. Беседа;
3. Интервью;
4. Опрос;
5. Анкетирование
 | 1. Бланк опросника САН (Самочувствие, активность, настроение)(2.Опросник «Оценка уровня притязаний**»** (В.К.Гербачевский)1. Методика «Ценностные ориентации» (М. Рокич)
2. Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности (Ч.Д. Спилберг, Ю.Л. Ханин)
3. Тест-опросник

субъективного контроля (УСК) Дж. Роттера1. Протокол психологического мониторинга инвалида
 | 1. Определение эмоционального состояния инвалидов с нарушениями функций опорно- двигательного аппарата.
2. Определение уровня притязаний, посредством диагностики компонентов мотивационной структуры личности инвалида.
3. Выявление иерархии системы ценностных ориентаций инвалида и содержательную направленность основы его отношений к окружающему миру, к другим людям, к себе самому.
4. Оценка уровня реактивной и личностной тревожности инвалида
5. Исследование уровня субъективного контроля, готовности инвалида брать на себя

ответственность за то, что происходит с ним и вокруг него. |
| Индивидуа льное консультир ование | ***Цель:*** Формирование мотивации инвалида к реабилитационному процессу и актуализация внутренних психологических ресурсов.***Задачи:***1. Создать в процессе взаимодействия с клиентом атмосферу доверия, принятия и понимания.
2. Способствовать в осознании инвалида его собственного жизненного опыта с учетом разнообразия важных причинно-следственных связей происходящего в его жизни.
3. Сформировать мотивацию инвалида к реабилитационному процессу.
4. Исследовать и актуализировать внутренние

психологические ресурсы. | 40 мин. | Форма работы: индивидуальная.*Методы:*1. Беседа;
2. Наблюдение;
3. Активное и эмпатическое слушание;
4. Метод гештальт- терапии;
5. Метод экзистенциально- гуманистического

консультирования | Кабинет психолога | 1. Создание в процессе взаимодействия с клиентом атмосферы доверия, принятия и понимания.
2. Повышение степени осознания инвалидом его собственного жизненного опыта с учетом разнообразия важных причинно- следственных связей происходящего в его жизни.
3. Наличие сформированного уровня мотивации инвалида к реабилитационному процессу
4. Актуализация внутренних психологических ресурсов.
5. Изменение отношения инвалида к
 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1. Способствовать изменению отношения инвалида к психологической проблеме в позитивную сторону или в сторону объективного восприятия.
2. Сформировать в системе ценностей инвалида положительное отношение к здоровому образу жизни.
3. Показать важность способностей внимания, осознавания, ответственности, самостоятельного и адекватного жизненным событиям принятия решений.
 |  |  |  | психологической проблеме в позитивную сторону или в сторону объективного восприятия.1. Сформированное в системе ценностей инвалида положительное отношение к здоровому образу жизни.
2. Признание важности способностей внимания, осознавания, ответственности,

самостоятельного и адекватного жизненным событиям принятия решений. |
| Психокорр екция | ***Цель:*** Актуализация и раскрытие внутренних психологических ресурсов инвалидов с нарушением функций опорно-двигательного аппарата для компенсации утраченных ими психофизиологических функций.***Задачи:***1. Способствовать психоэмоциональному освобождению от подавленных чувств.
2. Сформировать чувство уважения и любви к себе, выражаемого во внимании к своим потребностям, интересам и т.д.
3. Сформировать способность объективно оценивать воспринимаемые явления и события.
4. Выработать умение делать осознанный и ответственный выбор, умение ставить достижимые цели, а также решать проблемы эмоционального, межличностного и экзистенциального характера.
 | 40 мин. | Форма работы: индивидуальная.*Техники:*«Точка равновесия»; Амплификация;«Пустой стул»; Техника работы с амбивалентностями; Монодрама;«Воплощение в действие»;Созидающая визуализация; Шестишаговая постановка цели;«Тренинг стрессоустойчивости»;«Прощальное письмо к симптому»; Нейрологические уровни; «5ценностей»; Терапевтические метафоры;«Субмодальный сдвиг»;«Лингвосемантическое управление ответственностью» | Кабинет психолога | 1. Психоэмоциональное освобождение от подавленных чувств.
2. Сформированное чувство уважения и любви к себе, выражаемого во внимании к своим потребностям, интересам, ощущениям, чувствам и т.д.
3. Сформированная способность объективно оценивать воспринимаемые явления и события.
4. Повышение способности и умения делать осознанный и ответственный выбор, умения ставить достижимые цели, а также успешно и экологично решать проблемы эмоциональ- ного, межличностного и экзистенциального характера.
 |

Социально-психологическое сопровождение, направленное на формирование мотивации на восстановительные занятия и поддержание оптимальной заинтересованности инвалида к успешному процессу реабилитации и адаптации в новых средовых условиях, формирование интереса к саморазвитию и самомотивации осуществляется в несколько этапов:

# Этап

На первом этапе психологического сопровождения инвалида осуществляется:

А) Первичная диагностика и обследование личности с целью определения психоэмоционального состояния.

Используется следующий психологический инструментарий - наблюдение; интервью; опрос (с применением разработанных внутри Учреждения опросников, направленных на изучение открытости (готовности) принимать помощь психологов); беседа; опросник САН (изучение самочувствия, степени жизненной активности, настроения получателя социальных услуг, на основании его оценки, которые определяют реабилитационный потенциал); опросник УСК (изучение уровня субъективного контроля, локуса каузальности).

Б). Психологическое просвещение.

С каждым инвалидом психолог Учреждения проводит беседу, на которой объясняется польза положительного настроя на адаптацию, хорошего самочувствия и глубокой личной заинтересованности в освоении ходьбы с протезом. Проводятся лекции, направленные на повышение психологической грамотности; выдаются методические материалы, освещающие важность психологической составляющей на пути освоения навыков использования протеза; памятки, знакомящие его с широким арсеналом способов психоэмоциональной саморегуляции; демонстрируются научно-популярные и документальные фильмы, направленные на повышение мотивации к активности, показывающие ценность здорового образа жизни, преимущество позитивного мышления и возможности отказа от вредных привычек.

Психологическими критериями возможности перехода ко второму этапу, а также прогнозируемого успешного прохождения второго этапа являются готовность к личностной работе в партнерстве с психологом, инициативность и заинтересованность в адаптивных тренировках, позитивное представление перспектив применения в жизни приобретенных навыков ходьбы на протезах, оптимальный жизненный

тонус.

# этап

На втором этапе психологического сопровождения инвалида проводятся:

* мониторинг психоэмоционального состояния инвалида (в том числе в процессе периодического патронажа, бесед, интервью, наблюдения поведения);
* психологические консультации, в процессе которой инвалид актуализирует свои проблемы, определяет цель психологической работы и совместно с психологом, достигает понимания путей преодоления собственных психологических затруднений;
* психокоррекционная работа осуществляется при наличии у инвалида признаков посттравматического стрессового расстройства (например, подавляемые эмоции, нарушение режима сна и бодрствования, а также процесса удовлетворения жизненно значимых потребностей и др.). В результате психокоррекции достигается эмоциональная стабилизация, на фоне которой обретает благоприятную выраженность мотивационная сфера личности, т.е. интерес к жизни;
* психологический патронаж на период проживания в Учреждении в целях наблюдения его психоэмоционального состояния и поведения, свидетельствующих о его настрое на успешное прохождение второго этапа адаптации.

C инвалидами, имеющими стагнированные убеждения, которые ограничивают их возможность получения психологической помощи, проводится косвенная работа по мотивированию к активной жизнедеятельности.

Психологическими критериями возможности перехода к третьему этапу, а также прогнозируемого успешного прохождения третьего этапа являются открытая доверительная позиция по отношению к психологам и другим специалистам, уверенность в успешности физических тренировок, инициативность и целеустремленность по отношению к адаптивным тренировкам, оптимальный жизненный тонус, достаточный для повышения интенсивности физических нагрузок, уверенность в собственных силах.

# этап

B связи с существенным повышением двигательной активности в процессе реабилитации, на третьем этапе могут наблюдаться снижение психоэнергетического запаса и необходимой внутренней мотивации для

продолжения тренировок. Это может привести к замыканию в себе и отказу от психологической помощи. В таких случаях вновь обретает значимость: психологическая консультация, психокоррекция, сеансы релаксации предоставляются по запросу получателя социальных услуг.

Психологическими критериями возможности перехода к четвертому этапу, а также прогнозируемого успешного прохождения четвертого этапа являются открытая доверительная позиция по отношению к психологам и другим специалистам, уверенность в успешности физических тренировок, инициативность и целеустремленность по отношению к адаптивным тренировкам, оптимальный жизненный тонус, достаточный для повышения интенсивности физических нагрузок, уверенность в собственных силах.

# этап

На этом этапе проводятся психопрофилактические мероприятия. По запросу инвалида предоставляются такие услуги, как психологическая консультация, психокоррекция, сеансы релаксации в сенсорной комнате, групповые тренинги.

Психологическими критериями успешного завершения четвертого этапа являются открытая доверительная позиция по отношению к психологам и другим специалистам, уверенность в успешности применения полученных навыков, оптимальный жизненный тонус, позитивное представление перспектив применения в жизни обретенных навыков ходьбы на протезах и не только, а также уверенность в собственных силах.

# этап

После завершения четвертого этапа проводится заключительное психодиагностическое обследование. Используется тот же психологический инструментарий, что и на первом этапе. По результатам обследования даются индивидуальные рекомендации.

**Направление 2 «Социально-реабилитационное сопровождение»**

Социально-реабилитационное сопровождение осуществляется с учётом потребностей инвалидов:

## Реализация мероприятий социально-реабилитационного сопровождения включает 4 блоков:

1. Социальная реабилитация, включающая социально-средовую реабилитацию и социально-бытовую адаптацию.
2. Социально-медицинская реабилитация.
3. Социально-педагогическая и социально-культурная реабилитация.
4. Физкультурно-оздоровительные мероприятия.

# 1 Блок: «Социальная реабилитация, включающая социально- средовую реабилитацию и социально-бытовую адаптацию».

*Социально-средовая реабилитация включает:*

* содействие в решении личных проблем;
* консультирование по правовым вопросам;
* обучение навыкам проведения досуга и отдыха;
* оказание помощи в определении жизненных перспектив и выборе способов их достижения;
* развитие коммуникативных навыков.

*Социально-средовая реабилитация* имеет своей целью создание оптимальной среды жизнедеятельности инвалида за пределами его жилища, восстановление способности инвалида жизни в обществе.

Социально-средовая реабилитация подразумевает два процесса: приспособление социальной среды к специфическим возможностям инвалидов, устранение препятствий к независимому существованию в условиях окружающей среды и в производственной сфере, с одной стороны, и обучение инвалида жить в обычном социуме и быть интегрированным в общество - с другой. При таком подходе в полной мере реализуется процесс социализации личности, т.е. вхождение или возвращение инвалида в общество. Инвалид со своей стороны должен выполнять все необходимое, чтобы снизить социальные последствия своего заболевания.

*Социально-бытовая адаптация* – это система и процесс определения оптимальных режимов общественной и семейно-бытовой деятельности инвалидов в конкретных социально-средовых условиях и приспособления к ним инвалидов.

*Социально-бытовая адаптация включает следующие направления:*

* обучение, информирование и консультирование инвалида по различным вопросам, возникающим в процессе жизнедеятельности;
* содействие в обеспечении инвалида техническими средствами реабилитации;
* адаптационное обучение инвалида навыкам пользованию техническими средствами реабилитации, а также различными приспособлениями;
* обучение инвалида персональному уходу (самообслуживанию), персональной сохранности, овладению социальными навыками;
* содействие в протезировании.

*Социально-бытовая адаптация* имеет конечной целью приспособление человека к бытовым условиям в его новом статусе

«инвалид». В этом процессе участвует не только специалист, помогающий адаптироваться человеку с изменившимися физическими возможностями к осуществлению жизнедеятельности в привычных условиях, но и сам инвалид, который самостоятельно должен стремиться найти способы достижения относительно независимого образа жизни.

# 2 Блок: «Социально-медицинская реабилитация»

Медицинская реабилитация инвалидов направлена на полное или частичное восстановление здоровья, на замедление патологического процесса, предупреждение осложнений, обострений и рецидивов заболеваний.

*Социально – медицинская реабилитация инвалидов включает в себя следующие этапы:*

**1этап:** первичная и промежуточная диагностика физического и психоэмоционального состояния граждан (в результате сбора информации об анамнезе, основном диагнозе, текущем состоянии здоровья), консультирование врачей-специалистов (врач-терапевт, врач- физиотерапевт, врач-невролог);

1. **этап:** разработка индивидуальной карты комплексной реабилитации инвалидов (с учетом диагноза и текущего состояния здоровья получателя социальных услуг), с назначением лечебно- оздоровительных мероприятий;
2. **этап:** сам процесс лечебно-оздоровительных мероприятий, который можно разделить на следующие модули:

*фармакотерапия*

Лечение и профилактика заболеваний с использованием фармацевтических препаратов: таблетированных и инъекционных. Для функционирования данного блока в учреждении оборудованы процедурный кабинет и пост медицинской сестры.

*ЛФК*

ЛФК препятствует образованию очагов торможения в коре больших полушарий. Останавливает развитие патологических условно-рефлекторных связей. Улучшает процессы торможения и возбуждения. Нормализует соматические и вегетативные функции организма. В результате работы мышц увеличивается кровоток и улучшается лимфообращение. Поврежденные ткани быстрее и лучше восстанавливаются. Усиливается трофика, работоспособность. И также это действенная профилактика осложнений.

ЛФК упреждает появление контрактур и тугоподвижности в суставах, развивает компенсаторные способности организма. Кроме того, регулярная физическая нагрузка способствует позитивному настрою, что в разы ускоряет реабилитацию после повреждения ОДА.

Формы ЛФК при повреждениях ОДА:

* утренняя гигиеническая гимнастика;
* лечебная гимнастика;
* тренировка в ходьбе;
* механотерапия;
* спортивно-прикладные упражнения;
* Трудотерапия.

Лечебная гимнастика назначается врачом, который оценивает риски для организма и выявляет возможные противопоказания для занятия ЛФК.

В связи с изменением задач и методики занятий на различных этапах лечения травм опорно-двигательного аппарата различают три периода ЛФК:

*Первый (иммобилизационный) период* длится до образования неплотной костной мозоли при переломах, начала формирования рубцовой ткани при ранах, разрывах мышц и сухожилий соответствует времени иммобилизации. Занятия ЛФК следует начинать как можно раньше с целью ликвидации проявлений общей реакции организма на травму и предупреждения явлений гиподинамии. При консервативном лечении переломов занятия начинают после наложения постоянной иммобилизации, на 2–3-й день после травмы. К этому времени боли обычно перестают беспокоить больного, его общее состояние улучшается. При оперативном лечении травм занятия следует начинать в первые сутки после операции. Однако при тяжелых общих проявлениях травмы, сопровождающихся шоком, занятия физическими упражнениями можно начинать лишь после того, как больного выведут из шокового состояния.

Общие задачи первого периода:

1. Повышение жизненного тонуса, улучшение функций сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, пищеварительного тракта, обменных процессов.
2. Предупреждение посттравматических осложнений (воспаленилегких, ухудшение перистальтики кишечника, задержка мочеиспускания, тромбоз вен).
3. Общее укрепление организма и повышение его адаптации к возрастающей физической нагрузке.

Специальные задачи первого периода:

1. Улучшение трофики иммобилизованной конечности.
2. Ускорение процессов рассасывания кровоизлияния и процессов регенерации поврежденной ткани.
3. Предупреждение атрофии мышц и тугоподвижности в суставах.
4. Формирование двигательных компенсаций.

Для реализации большинства общих задач используются общеразвивающие упражнения, охватывающие все мышечные группы, а также дыхательные упражнения статического и динамического характера. По мере адаптации больного к физическим нагрузкам вводят упражнения на координацию, равновесие, с дозированным сопротивлением и отягощением, упражнения с гимнастическими предметами.

Для решения специальных задач применяют упражнения для симметричной конечности; упражнения в свободных суставах иммобилизованной конечности; идеомоторные движения и изометрические напряжения мышц.

В этом периоде больные также овладевают навыками самообслуживания, умением пользоваться бытовыми приборами.

Противопоказания к назначению ЛФК:

* общее тяжелое состояние больного, обусловленное кровопотерей, шоком, инфекцией, сопутствующими заболеваниями;
* стойкий болевой синдром;
* опасность кровотечения или возобновление кровотечения в связи с движениями;
* наличие инородных тел вблизи крупных суставов, нервов и других жизненно важных органов.

*Второй (постиммобилизационный) период* начинается с момента снятия иммобилизации и образования неплотной костной мозоли при переломах кости или снятия швов при ранах и длится до полного восстановления анатомической целостности поврежденной ткани.

Общие задачи второго периода:

1. Подготовка больного к вставанию (при условии постельного режима).
2. Тренировка вестибулярного аппарата и опороспособности здоровой конечности.
3. Обучение навыкам передвижения на костылях.
4. Нормализация осанки.
5. Общее укрепление организма улучшение функций внутренних органов.

Специальные задачи второго периода:

1. Нормализация трофических процессов, улучшение крово- и лимфообращения в зоне повреждения.
2. Восстановление полноценного строения поврежденной
3. Укрепление мышц, увеличение подвижности в суставах.
4. Восстановление двигательных функций поврежденной конечности.

Во втором периоде возрастает физическая нагрузка за счет увеличения количества упражнений и их дозировки. В занятиях используют дыхательные упражнения, упражнения в равновесии, статические упражнения, упражнения в расслаблении мышц, и с предметами. На фоне общеразвивающих упражнений проводят специальные: активные движения во всех суставах конечности (одновременно и попеременно), изометрическое напряжение мышц (экспозиция 5–7 с), статическое удержание конечности, тренировке осевой функции.

Упражнения лучше выполнять из облегченных исходных положений (лежа, сидя) с подведением под конечность скользящих плоскостей (например, роликовых тележек), уменьшающих силу трения. Также в этот период используют различные элементы трудотерапии и массажа.

*Третий (восстановительный) период* завершает лечение.

В этом периоде ликвидируются остаточные явления после травм и нормализуются функции поврежденного органа, осуществляется полное восстановление строения и функций травмированной области и всего организма, адаптация к бытовым и производственным нагрузкам. В отдельных случаях, когда лечение не заканчивается выздоровлением, совершенствуются двигательные компенсации.

Процедура ЛГ при травмах опорно-двигательного аппарата строится по общепринятой схеме и состоит из трех частей: подготовительной, основной и заключительной.

*В подготовительной части* выполняются упражнения, оказывающие умеренное общетонизирующее воздействие на организм с целью подготовки его к осуществлению главных задач основной части: простые гимнастические и прикладные общеразвивающие упражнения. На подготовительную часть отводится 10–20 % всего времени.

*В основной части* используются гимнастические, прикладные и спортивные упражнения специального воздействия, которые чередуются с общеразвивающими упражнениями. В случае необходимости включаются паузы для отдыха. Основная часть занимает 60–80 % всего времени.

*Заключительная часть* должна не только снизить уровень протекания вегетативных функций, но и обеспечить эффективное последействие упражнений, что достигается специальными гимнастическими упражнениями (дыхательными и на расслабление), игровыми заданиями и ходьбой. Продолжительность заключительной части 10–20 % времени занятия.

При выборе физических упражнений и их комплексов ориентируются на общие принципы применения физических упражнений с учетом локализации, характера и тяжести травм, применяемого метода лечения, общего состояния больного и особенностей течения заболевания. Вопрос о допустимости болевых ощущений при занятиях лечебной физкультурой должен решаться, за редким исключением, в пользу безболезненности упражнений, так как боль при движениях вызывает рефлекторные изменения в организме, способные снизить или нейтрализовать их положительное действие. Появление боли обычно служит сигналом чрезмерности применяемых нагрузок и учитывается как фактор для коррекции дозировки движений.

*физиотерапия*

В учреждении имеется широкий ассортимент физиотерапевтического оборудования:

* Электрофорез. Процедура, во время которой медикаменты вводятся под кожу под действием тока, и именно в то место, которое беспокоит пациента болями.
* Магнитотерапия. Процедура, при которой на проблемное место производится воздействие магнитного импульса. Создается круговое движение заряженных частиц в этой области. Такое действие расширяет сосуды, стимулирует кровообращение.
* Лазеротерапия. Процедура, при которой на зону с поражением направляют потоки световой энергии. Это тоже положительно влияет на процесс кровообращения, дополнительно питает ткани и убирает сильную боль. Есть терапия различных волн, программы для купирования болевого синдрома, а есть непосредственно с лечебной целью.
* УВЧ - Это физиотерапевтический метод лечебного применения электрического поля ультравысокой частоты.

*массаж.*

В основе лечебного действия процедуры лежит механическое воздействие на ткани организма с использованием специальных массажных приемов. В ходе процедуры лечебного массажа при различных заболеваниях улучшается кровообращение и оказывается благоприятное воздействие на организм, благодаря чему, многие получатели социальных услуг отмечают улучшение самочувствия после первого сеанса.

Эффект массажа характеризуется комплексным воздействием на ткани организма, среди которых:

- обезболивающий эффект;

- улучшение секреторной функции;

- улучшение лимфо- и кровообращения;

- повышение тонуса кожи и мышц;

- улучшение метаболизма;

- благотворное воздействие на нервную систему;

*адаптивная физическая культура*

Адаптивная физическая культура (АФК) – это методика занятий, разработанная для людей с ограниченными возможностями здоровья с целью их реабилитации и адаптации.

Адаптивная физическая культура — это подход к физической активности, который учитывает индивидуальные особенности людей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и помогает им справляться с ограничениями, вызванными различными заболеваниями, травмами или возрастными изменениями.

 Адаптивная физическая культура и спорт способствуют развитию физических возможностей людей с ОВЗ, улучшению их физической формы, их интеграции в социальную среду, улучшению их психологического состояния и созданию условий для их полноценного участия в жизни общества.

Адаптивная физкультура выполняет различные функции:

* Реабилитационную: АФК помогает людям с ОВЗ восстанавливать их физические способности.
* Социальную: АФК помогает улучшить коммуникативные навыки во время проведения занятий в групповом формате или спортивных мероприятий.
* Психологическую: АФК помогает улучшать эмоциональное состояние людей с ограниченными возможностями здоровья.
* Коррекционно-педагогическую: АФК помогает людям с ОВЗ преодолевать психологические и физические барьеры, которые возникли вследствие инвалидности, травм или заболеваний.
* Профилактическую: АФК помогает предотвратить развитие ряда заболеваний, например, болезни сердца, сахарного диабета, артрита и ожирения. Регулярные занятия адаптивной физической культурой помогают укрепить иммунную систему, улучшить кровообращение и снизить уровень стресса.

**Блок: социально-педагогическая и социокультурная реабилитация**

Социально-педагогическая реабилитация – процесс освоения инвалидами соответствующих образовательных программ, знаний, навыков, стереотипов поведения, ценностных ориентаций, нормативов, обеспечивающих их полноценное участие в общепринятых формах социального взаимодействия.

Обучение инвалидов основным навыкам пользования персональным компьютером, работе в текстовых редакторах, пользованию сетью Интернет, общению в программах Skype и социальных сетях.

Социокультурная реабилитация – это комплекс мероприятий и процесс, имеющий целью помочь инвалиду достигнуть и поддерживать оптимальную степень участия в социальных взаимосвязях, необходимый уровень культурной компетенции, реализации культурных интересов и запросов, что обеспечивает ему средства для позитивных изменений в образе жизни и наиболее полную интеграцию в общество за счет расширения рамок его независимости.

В ходе приобщения инвалидов к культурным ценностям, к культурно-творческой деятельности повышается их духовность, культурный уровень, ускоряются процессы социализации личности и вхождения индивида в социум путем усвоения общечеловеческих ценностей и социокультурных норм. В соответствии с выявленными потребностями инвалида организуется обучение навыкам проведения отдыха и досуга; обеспечение учебно-методической, справочно- информационной, периодической и художественной литературой; содействие участию в фестивалях, экскурсиях, слетах, выставках и т.д.; в посещении театров, кинотеатров, музеев, выставок и других культурных мероприятий.

Одной из составляющей социокультурной реабилитации является трудовая реабилитация. Комната инструктора по труду пользуется большой популярностью, где инвалиды находят себе занятие по душе: рисование, лепка и пр. Они могут овладеть такими техниками как: оригами, декупаж, лоскутное шитье, бисероплетение, изготовление мягкой игрушки, изготовление изделий из слоеного теста, пластилина и др.

# Блок «Физкультурно-оздоровительные мероприятия»

Физкультурно-оздоровительные мероприятия создают условия для реализации реабилитационного потенциала, позволяет активизировать компенсаторные механизмы, способствует улучшению качества жизни. Физические упражнения способствуют сохранению двигательной активности инвалида, и сокращают длительность восстановительного периода после травм. Физкультурно-оздоровительные мероприятия с инвалидами формируется строго индивидуально с учетом степени нарушения функций жизненно важных систем организма.

Инструктор по адаптивной физической культуре осуществляет информирование и консультирование по вопросам физической культуры и спорта; проведение занятий физической культурой и спортом (при отсутствии медицинских противопоказаний); содействие занятиям на тренажерах в учреждении, участию инвалидов в организуемых и проводимых физкультурно-спортивных мероприятиях.

Инструктор по адаптивной физической культуре применяет в своей работе традиционные и нетрадиционные методики оздоровления, в зависимости от возможностей инвалидов, такие как: занятия йогой; скандинавская ходьба и др.

Также обучает ходьбе на протезах. При хорошей тренированности мышц культи и физической подготовленности, особенно в молодом возрасте, во время занятий могут быть использованы упражнения разных этапов, направленные на разрешение той или иной задачи, сроки освоения протеза могут быть сокращены.

Как показывает практический опыт, четкая выработка стереотипа передвижения устанавливается только к 3-4 месяцам после начала пользования протезом.

# 4.Ресурсы

* 1. **Кадровые ресурсы**

Таблица 4 - Кадровое обеспечение программы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Должность** | **Кол-во единиц** | **Функции** |
| Директор | 1 | - контроль за ходом реализации программы |
| Заместитель директора | 1 | * координирует работу специалистов;
* осуществляет контроль качества социальных услуг;
* оценивает результаты проведённых мероприятий
 |
| Заведующий отделением | 1 | * организует и контролирует выполнение мероприятий;
* содействует взаимодействию специалистов, участвующих в реализации программы;
* контролирует ведение документации
 |
| Психолог | 2 | * организует и проводит мероприятия по психологическому направлению;
* оказывает помощь специалистам Учреждения в организации и проведении мероприятий;
* отслеживает и анализирует эмоциональное состояние получателей социальных услуг
 |
| Специалист по социальной реабилитации | 2 | * организует и проводит плановые мероприятия социального направления программы;
* осуществляет взаимодействие с предприятиями и учреждениями различных форм собственности по вопросам совместной деятельности по реабилитации и адаптации инвалидов;
* организует и проводит плановые мероприятия социального направления программы;
* обучает инвалидов самообслуживанию
 |
| Специалист по социальной работе | 2 | * Организация и проведение работы по социальной реабилитации проживающих, направленной на восстановление утраченных гражданином социальных связей, социального статуса, устранение или возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности.
* Проведение социальной диагностики.
* Планирование действий по достижению целей оказания социальных услуг и социальной поддержки проживающим.
* Определение необходимого объема услуг по реализации индивидуальной программы предоставления социальных услуг и мер социальной поддержки.
* Организация занятости проживающих.
* Проведение работы по сохранению общественно полезной активности проживающих.
* Содействие активизации потенциала и собственных возможностей проживающих, расширению возможностей самопомощи и взаимопомощи.
 |
| Врач-специалист | 3 | * проводит медицинский осмотр: первичный, промежуточный, заключительный,
* разрабатывает индивидуальную карту комплексной реабилитации,
* организует и проводит профессиональное медицинское консультирование,
* даёт указания среднему медицинскому персоналу по проведению назначенных реабилитационных мероприятий,
* проводит санитарно-просветительную работу по поддержанию и сохранению здоровья,
* проводит диагностику эффективности реабилитационных мероприятий и коррекцию, при необходимости
 |
| Медицинская сестра пофизиотерапии | 1 | * выполняет процедуры, в соответствие с назначением врача,
* оказывает экстренную медицинскую помощь (в случае необходимости),
* проводит санитарно-просветительную работу по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни,
* оказывает необходимую помощь получателям социальных услуг при одевании, раздевании во время посещения процедур
 |
| Медицинская сестра/братпо массажу | 1 |
| Медицинская сестра |  |
| Инструктор по адаптивной физическойкультуре (АФК) | 1 | * проводит первичную, промежуточную и итоговую диагностику;
* разрабатывает индивидуальный план реабилитации с учётом подбора методик;
* организует и проводит реабилитационные занятия, спортивные мероприятия;

- готовит отчётную документацию |
| Инструктор по труду | 1 | * проводит занятия по трудотерапии;
* привлекает получателей социальных услуг к определенным видам трудотерапевтической деятельности с учетом физического состояния

получателя социальных услуг |
| Культорганизатор | 1 | * поводит музыкальные занятия;
* проводит познавательные и развлекательные программы
* составляет планы занятий, сценарии;
* проводит мероприятия, практические занятия
 |

# Материально-технические ресурсы

Для реализации программы используется имеющаяся материально- техническая база ОГБУСО «Дом-интернат для престарелых и инвалидов п.Усть-Ордынский»

# Информационные ресурсы

1. Издание брошюр, буклетов для граждан целевой категории.
2. Размещение информации о реализации технологии на официальном сайте Учреждения, в аккаунтах и социальных сетях.

# Эффективность реализации программы

* + 1. **Ожидаемые результаты**
1. Своевременное проведение комплекса мероприятий по программе в полном объёме (100% выполнение мероприятий программы).
2. Улучшение психоэмоционального состояния инвалидов у 82% участников программы.
3. Обучение ходьбе на протезах не менее, чем у 90% участников программы.
4. Овладение инвалидами навыками самообслуживания и передвижения не менее, чем у 80% участников программы.
5. Повышение уровня физической и социальной активности инвалидов не менее, чем у 79% участников программы.
6. Выработка стереотипа продвижения и доведение до автоматизма навыков ходьбы не менее, чем у 67% участников программы.
7. Удовлетворённость получателя социальных услуг полученными услугами (отсутствие жалоб со стороны получателей социальных услуг и наличие благодарностей в «Книге отзывов и предложений») не менее, чем 99% участников программы.

# Средства оценки эффективности реализации программы

* + - 1. **Средства оценки эффективности проводимых реабилитационных мероприятий:** систематическое наблюдение за состоянием здоровья (сбор жалоб, визуальный осмотр, промежуточная диагностика). Результаты отражаются в индивидуальной карте комплексной реабилитации.
			2. **Средства оценки эффективности реализации технологии:** результаты опроса инвалидов в дневнике эффективности реабилитационных
			3. **Мониторинг реализации технологии** 1 раз в квартал.

# 6. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Российской Федерации;
2. Федеральный закон РФ от 10.12.1995 г. №195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в РФ»;
3. Федеральный закон РФ от 24.11.1995 г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ»;
4. Федеральный закон РФ от 02.08.1995 №122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов";
5. ГОСТ Р 53059-2008 Социальное обслуживание населения. Социальные услуги инвалидам;
6. Абрин С.Г., Ланеев П.И. Протезирование ампутированных с культей бедра. М.: Медгиз, 1957. - 136 с.
7. Андреева Е.В. Определение энергетического режима ходьбы как метод количественной оценки эффективности реабилитации при протезировании нижних конечностей /Травматология и ортопедия России.

-М., 2006.- №4.-С. 17-20.

1. Беленькой В.Е, Куропаткин Г.В. Что такое ходьба //Вестник травматологии и ортопедии. 2004. - № 4. - С.57-61.
2. Белова А. Н., Шепетова О. Н. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями:– М., 1998. – 224с.
3. Белоусов П.И. Лечебная гимнастика для профилактики и устранения двигательных нарушений . Л.: Медицина, 2005.
4. Бирюков А.А. Массаж. М.: Физкультура и спорт, 2008. -176 с.
5. Винокуров Д.А. Частные методики лечебной физической культуры. -Л.: Медицина, 2000.-216 с.
6. Евсеев СП., Курдыбайло С.Ф., Сусляев В.Г. Материально- техническое обеспечение адаптивной физической культуры: Учебное пособие // Под. ред. проф. СП. Евсеева. — М.: Советский спорт, 2000. — 152 с.
7. Журавлев С.М. Статистика инвалидности вследствие травм и заболеваний опорно-двигательной системы //Ортопедия, травматология, протезирование, 2003. № 4. - С. 54-58.

Приложение 1 к программе

# Форма и методы работы социально-психологического сопровождения инвалидов с нарушением функций опорно-двигательного аппарата

* 1. **Психодиагностическое направление**

Диагностика личностных особенностей человека с ограниченными возможностями является ключевым аспектом планирования работы и точкой отсчета всего последующего процесса психологического сопровождения.

Целью нашей диагностики стоит в изучение личностных ресурсов инвалида, мотивации, ценностных ориентаций, определение уровня тревожности, уровня субъективного контроля.

# Методы психодиагностики:

1. Сбор анамнеза (анамнез жизни, болезни, профессиональный, социальный, семейный).

а) Объективный анамнез – осуществляется в форме бесед с другими людьми, хорошо знающими обследуемого получателя социальных услуг;

б) Субъективный анамнез – беседа с самим обследуемым;

в) Изучение дополнительной информации: документации, медицинской карты, ИПРА (индивидуальной программы реабилитации и абилитации) и др.

1. Интерактивные методы:
* Диагностическое интервью;
* Метод визуального наблюдения;
* Беседа.
1. Метод изучения экспрессии:
* Анализ особенностей речевого поведения;
* Анализ мимики и пантомимики.
1. Объективные методы:
* Личностный опросник Айзенка;
* Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности (Ч.Д. Спилберг, Ю.Л. Ханин);
* Методика САН (самочувствие, активность, настроения)
* Тест УСК (изучение уровня субъективного контроля)
* Многоаспектная методика СМИЛ (стандартизированный многофакторный метод исследования личности);
* Методика «Ценностных ориентаций» М. Рокича;
* Опросник мотивации В.К. Гербачевского (оценка уровня

притязания)

1. Проективные методы:
* «Незаконченное предложение»;
* «Несуществующее животное»;
* «Рисунок семьи»;
* «Дом, дерево, человек».
1. Психоаналитические методики:
* Модифицированный портретный тест Л.Сонди
* Восьмицветный тест Люшера.

Определив путем диагностики степень выраженности мотивации инвалидов, рассматривается его принадлежность к одной из характерных групп, с последующим планированием психологического сопровождения.

# Практическое направление

Данное направление включает индивидуальное консультирование, психокоррекцию, сеансы релаксации, психопрофилактику, психологическое просвещение, фасилитацию, социально-психологический патронаж, мониторинг значимых личностных показателей. Перечисленные мероприятия способствуют: раскрытию дополнительных духовных ресурсов, в дальнейшем проявляющиеся в их активной жизненной позиции; формированию у получателя социальных услуг чувства защищенности, адекватной самооценки и уровня притязаний.

# Формирование мотивации

Психологическое сопровождение организуется в зависимости от степени выраженности мотивации индивида к реабилитационному процессу таким образом, чтобы у инвалида на протяжении всего периода реабилитации был выбор предлагаемой психологической помощи в изучении и актуализации внутренних психологических ресурсов, имелось максимум информации о собственных возможностях и условий практического доступа к ним.

Так, психологическое сопровождение инвалидов начинается с предоставления ему информации о психологических аспектах ситуации человека с ограниченными возможностями, о важности психологической работы над собой и получении компетентной психологической поддержки со стороны, о простых способах саморегуляции, о превентивных мерах относительно возможных стрессогенных ситуаций. Работа с данной группой строится путем регулярного психологического патронажа, во время которого ведется мониторинг психоэмоционального состояния (ПЭС) и достижений получателя социальных услуг в процессе его адаптации. Если обратная связь инвалида содержит удовлетворительные комментарии относительно ПЭС и оценки достижений на адаптационных занятиях, к нему применяется техника позитивного подкрепления для

выработки устойчивого стремления к повторению успешного опыта. В случае содержания в его отзывах информации о неудовлетворительном ПЭС, неодобрении своих усилий или неудачах в процессе реабилитации, с инвалидом проводится беседа (консультация), с предложением психокоррекционных мероприятий при актуальности таковых.

Психологическое сопровождение инвалидов со средней мотивацией включает в себя выше перечисленную работу. И помимо описанных форм психологического сопровождения работа над созданием нужной мотивации и других желательных психологических условий включает регулярную фасилитацию посредством проведения лекционной работы, демонстрации познавательных научно-популярных фильмов и мотивирующих видеороликов, предоставления методического материала для психологического просвещения, рекомендаций инвалиду другими специалистами (при наблюдении факта снижения его реабилитационного потенциала) обратиться к психологам.

По-иному организуется работа с инвалидами, имеющими низкую мотивацию к участию в запланированных мероприятиях по адаптации. Нередко инвалиды с низкой мотивацией при работе с вопросами тестов отвечают неискренне, стараясь получить социальное одобрение, что в результатах дает картину личностных качеств, вступающих в противоречие с наблюдаемым вербальным и невербальным поведением данных субъектов (имеются случаи обратной несогласованности фактов поведения и результатов тестирования). В связи с этим первый шаг делается в направлении построения аутентичных отношений с инвалидом. Этому благоприятствуют человеколюбие, справедливость и искренность, как психолога, так и всех специалистов, взаимодействующих с получателем социальных услуг. Важно воздержание в отношениях с инвалидом от демонстрации лести, приторной вежливости, принужденного внимания, а тем более пренебрежения, брезгливости, «негативных» прямых или трансфертных эмоциональных реакций.

В работе с инвалидами, имеющими низкую мотивацию, именно фасилитация является ведущим направлением психологического сопровождения, так как стимулирует получателя социальных услуг к психофизиологической активности в особых случаях, когда:

* несмотря на все инициативы психологического воздействия на индивида, он сохраняет невосприимчивость к информации извне, а его мотивация остается низкой;
* на лицо психологическая самоизоляция получателя социальных услуг;
* имеют место стагнированные рациональные установки, выступающие дериватами пессимизма и состояния подавленности;
* присутствуют возрастные или психопатологические особенности инвалидов, влияющие как на способность адекватно воспринимать

ценности здорового образа жизни, так и на его готовность осознать свои безграничные возможности личностного совершенствования.

В процессе мониторинга ПЭС, когда получатель социальных услуг демонстрирует расположенность к восприятию информации, преподносимой психологом, согласовывается время консультативной встречи. Если получатель социальных услуг отзывается неудовлетворительно о ПЭС и отношении к результату своей работы или говорит о неудачах в процессе реабилитации, в беседе с ним анализируются психологические причины неуспеха с предложением психокоррекционной работы при ее актуальности.

При заявке получателя социальных услуг с низкой мотивацией на психокоррекцию, проводится беседа на предмет определения степени его готовности к психокоррекционной работе, наличия оснований к психокоррекции. При игнорировании этого существует довольно серьезный риск потерять доверие к психологу, к помощи извне вообще и шансу исправить свой жизненный сценарий. В случае если психокоррекционная работа в настоящий момент потребует от индивида больше усилий, чем тот арсенал, который он готов был применить и который ему казался достаточным, отсутствие ожидаемого результата спровоцирует разочарование и выраженные реакции эготизма.

# Психокоррекция

Так как предметом психокоррекции выступают проявления разнообразной внутриличностной рассогласованности, картина результатов психодиагностики получателя социальных услуг может содержать такие признаки ПТСР, как:

* внутриличностный конфликт,

- ретрофлексированные эмоциональные реакции на травмирующие жизненные события,

* ограничивающую рационализацию,
* телесно-эмоциональные блокировки,
* дискомфортные или болезненные ощущения,
* неадекватность самооценки,
* повышенная личностная или ситуативная тревожность,
* экзистенциальная дезориентация,
* поведенческие стереотипы,
* трудности в осознавании приоритетных потребностей,
* нарушения здорового режима жизнедеятельности,
* ослабленный иммунитет,
* нарушения течения сна
* и другие.

Дело в том, что внутриличностные и психофизиологические признаки ПТСР в контексте определения курса коррекционной работы с индивидом имеет общий знаменатель. Сам факт случившегося подавления чувств запускает скриптинговый процесс, вследствие которого строятся фиксированные убеждения, стереотипное поведение и черты характера, с окраской торможения процессов ВНД и запрета личностью себе в самореализации. Вообразив амплифицированные перспективы такой личности, можно видеть человека, накладывающего табу на свои потребности, интересы, мотивы, стремления выразить себя в реальной жизни.

Поэтому курс психокоррекционной работы держится на депривационных процессах тех самых запретов человеком самому себе: интересоваться, увлекаться, стремиться, двигаться к чему-либо прекрасному, желать чего-то нужного и др. Коррекционная интервенция, проводится посредством осознавания получателем социальных услуг в настоящем времени своего бессознательного поведения в прошлом, и реформирования модальностей первичного перцептивного образа. Изменения происходят не только на уровне психоэмоционального состояния в настоящем времени. Также путем рескриптинга формируется перспектива сознательного адекватного контакта с новыми или с аналогичными проблемным ситуациям прошлого событиями. Такая психокоррекционная работа способствует:

* появлению у личности выбора взаимодействия с окружающим миром по-новому;
* обретению психоэмоциональное освобождение от подавляемых чувств;
* нахождению индивида в состоянии спокойствия при воспоминании или размышлении о ранее травмирующих фактах прошлого;
* появлению чувства уважения и любви к себе, выражаемой во внимании к своим потребностям, интересам, ощущениям, чувствам и т.п.;
* открытости к получению новой информации и пониманиюее;
* объективности восприятия жизненных событий;
* заинтересованности в ЗОЖ;
* возможному осмыслению собственной экзистенциальной позиции

и т.д.

**Методы и техники** работы:

* Активное слушание: раппорт; парафраз; отзеркаливание; маркировка; речь без отрицаний; постепенное снижение темпа речи; отражение колебаний ритма речи получателя социальных услуг; использование трюизмов; использование предположений (пресуппозиций); использование иллюзии выбора; использование побуждений, скрытых в вопросах;
* «Точка равновесия»; Амплификация; «Пустой стул»; Монодрама; «Воплощение в действие»; Созидающая визуализация; Шестишаговая постановка цели; «Тренинг стрессоустойчивости»; «Прощальное письмо к симптому»;

Приложение 2 к программе

# Комплекс упражнений

**при односторонней ампутационной культе**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Исходное положение** | **Упражнение** | **Число повторе ний** | **Методические указания** |
| ***Л Е Ж А Н А С П И Н Е*** |
| ***1.*** | Руки внизу | Поднимая руки вперед-вверх – вдох, руки через стороны вниз- выдох | 4-6 раз | Темп медленный; вдох через нос, выдох через сомкнутые губы |
| **2.** | Сгибание и разгибаниепальцев на руках и ноге | 10 раз | Темп средний, большие пальцы рук товнутри, то снаружи кулака |
| **3.** | Сгибание и разгибание стопы | 8 раз | Темп средний, ногу в колене не сгибать |
| **4.** | Руки согнуты в локтях | Круговые движения кистями и стопой | 6 раз | Темп средний |
| **5.** | Руки внизу | Сгибание и разгибание здоровой ноги | 10 раз | Темп средний; дыхание не задерживать |
| **6.** | Правая рука вверху, леваявнизу | Менять положение рук | 6 раз | Темп средний; руки прямые, напряжены; дыхание равномерное |
| **7.** | Руки внизу | Поднять здоровую ногу и вернуть в исходное положение | 10 раз | Нога прямая, носок на себя |
| **8.** | Руки внизу | Поднять культю вверх и вернуть в исходное положение | 10 раз |  |
| **9.** | Руки перед грудью, ладони вниз | Развести руки в стороны ладонями вверх – вдох; и.п. – выдох | 8-10 раз |  |
| **10.** | Руки разведены | Отведение культи в сторону. То же здоровой ногой | 8-10 раз | Темп средний, выполнять поочередно |
| **11.** | Руки согнуты в локтевых суставах, локтиприжаты к туловищу | Прогнуться в грудной части позвоночника | 6 раз | Опираться на локти, голову и плечи, таз не поднимать, дыхание не задерживать |
| **12.** | Руки внизу, культя поднята вверх | Круговые движения культи | 6-10 раз | Темп средний. Выполнять по часовой и против часовой стрелки |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **13.** | Здоровая нога согнута, стопа на поверхности | Поднять культю до уровня колена здоровой ноги, задержать в этом положении исосчитать до 10 | 6-10 раз | Дыхание не задерживать |
| **14.** | Здоровая нога согнута, стопа на поверхности | Упражнение «мостик». Поднять таз, затем вернуться в исходное положение | 6-10 раз | При поднимании таза, стремиться к ровной линии от плеч до бедер |
| **15.** | Ноги прямые, руки внизу | Обернуть бедра полотенцем и растягивать их в стороны, преодолевая сопротивлениеполотенца | 6-10 раз | Темп медленный, акцентировать внимание на внешней стороне бедер. Дыхание не задерживать |
| **16.** | Ноги прямые, руки внизу | Положить подушку между бедрами и равномерно давитьна нее обеими ногами | 8-10 раз | Темп медленный, акцентировать внимание на внутренней стороне бедер. Принапряжении – выдох. |
| ***Л Е Ж А НА Ж И В О Т Е*** |
| **17.** | Руки согнуты в локтях, ладони на плоскости опоры | Отведение культи назад-вверх | 8-10 раз | Темп средний; таз не поднимать |
| **18.** | Руки вверху | Поочередное поднимание правой руки и левой ноги, затем — левой руки и правой ноги | 8-10 раз | Темп медленный; руки и ноги прямые |
| **19.** | Руки согнуты в локтях, ладони на плоскости опоры | Приподнимание верхней части туловища («отжимание») | 10 раз | Темп медленный, спина прямая |
| **20.** | Руки внизу | Одновременное поднимание вверх культи и здоровой ноги | 10 раз | Темп медленный; дыхание не задерживать, в и.п. расслаблять мышцы |
| ***С Т О Я*** |
| **21.** | Держась руками за опору | Наклоны туловища вправо и влево | 6-8 раз | Темп средний; наклоняться точно в сторону, на каждый наклон выдох |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **22.** | Держась руками за опору | Приседание на здоровой ноге с одновременным отведением культи в сторону | 6-10 раз | Темп медленный. Сесть – вдох, встать – выдох |
| **23.** | Держась руками за опору | Боковые маховые движения культей бедра с максимальным отведением и приведением | 20 раз | Темп быстрый |
| **24.** | Держась руками за опору | Поднимание на носок | 10-15 раз | Темп медленный, спина ровная, выше на носок |
| **25.** | Держась руками за опору | Круговые движения культей по часовой и против часовой стрелки | 10-15 раз | Темп быстрый |



# КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ ПРИ ДВУСТОРОННИХ АМПУТАЦИОННЫХ КУЛЬТЯХ ГОЛЕНЕЙ

1. И.п. – лежа на спине. Приведение (прижимание) бедра к животу и к груди.
2. И.п. – лежа на спине. Отведение бедра в сторону с вытянутой культей голени.

1. И.п. – лежа на спине. Круговые движения бедром вправо и влево.
2. И.п. – лежа на спине, ноги вытянуты. Скрестные движения («ножницы»).
3. И.п. – лежа на боку. Отведение бедра, затем опускание до поверхности.
4. И.п. – лежа на спине. Поднимание таза вверх с опорой на культи, согнутые под прямым углом в коленных суставах.
5. И.п. – лежа на боку. Маховые движения

бедром – максимальное сгибание и разгибание в тазобедренном суставе.

1. И.п. – лежа на спине. Поднимание таза вверх с опорой на одну культю, согнутую под

прямым углом в коленном суставе.

1. И.п. – лежа на животе. Поочередное отведение культи назад.
2. И.п. – лежа на спине. Сгибание бедра с резиновой лентой.
3. И.п. – стоя на колене. Маховые движения.
4. И.п. – стоя на коленях. Ходьба вперед и назад.
5. И.п. – стоя на коленях. Ходьба боком вправо и влево.
6. И.п. – стоя на коленях. Глубокие приседания.
7. И.п. – стоя на коленях.

Поочередное отведение бедра.

1. И.п. – стоя на коленях.

Круговые движения бедром вправо и влево.

1. И.п. – стоя на коленях. Осторожное привставание на конец культи, разогнутой в коленном суставе.

# http://pomoga.1bb.ru/uploads/000b/7f/b7/425-2-f.jpgКОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ ПРИ ДВУСТОРОННИХ АМПУТАЦИОННЫХ КУЛЬТЯХ БЕДЕР

1. И.п. – лежа на спине.

Поочередное поднимание культей.

1. И.п. – лежа на спине. Поочередное сгибание ног с помощью рук.
2. И.п. – лежа на спине. Поднимание ног и туловища вверх над головой.
3. И.п. – лежа на спине. Сед руки вперед.
4. И.п. – лежа на спине. Скрестные движения.
5. И.п. – лежа на спине.

Круговые движения культей.

1. И.п. – лежа на животе. Отведение культи назад.

8 И.п. – лежа на животе. Имитация

движений плавания стилем «брасс», «кроль».

1. И.п. – лежа на животе.

Отведение культи назад с грузом.

1. И.п. – лежа на животе, руки за головой. Поднимание туловища.
2. И.п. – лежа на животе, руки вверху. Одновременное отведение рук, ног, туловища назад.
3. И.п. – лежа на животе. Растягивание резинового жгута.
4. И.п. – сидя, руки впереди. Наклоны вперед.
5. И.п. – сидя, руки за головой. Повороты туловища, левый локоть

к правой ноге и наоборот.

1. И.п. – сидя, ноги и руки в стороны.

Повороты туловища с наклоном к противоположной ноге.

1. И.п. – сидя.

Наклоны туловища вправо и влево.

1. И.п. – сидя, упор руками сзади.

Подъем таза вперед-вверх с опорой на культи.

## ТРЕНИРОВКА РАВНОВЕСИЯ И ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ФУНКЦИИ

Эти упражнения направлены на выработку устойчивого равновесия на сохраненной конечности. Активная тренировка вестибулярного аппарата заключается в выполнении поворотов туловища влево и вправо поочередно в положениях «сидя», «стоя», наклонов вперед, назад, в стороны, вращений, а также наклонов, поворотов, вращений головой с открытыми и закрытыми глазами. Упражнения для тренировки функции равновесия выполняются в комплексе с другими видами упражнений.

1. И.п. – стоя.

Поднимание прямых рук через стороны вверх.

1. И.п. – стоя, руки в стороны.

Наклоны туловища вправо и влево.

1. И.п. – стоя, руки за головой.

Наклоны туловища вправо и влево.

1. И.п. – стоя, руки на пояс. Наклоны вперед.
2. И.п. – стоя. Наклон вперед, культю назад, руки назад.
3. И.п. – стоя. Приседания.
4. И.п. – стоя. Подбрасывание и ловля мяча.
5. И.п. – стоя, руки вверху. Поднимание на носки.

## УСТРАНЕНИЕ КОНТРАКТУР И ТУГОПОДВИЖНОСТИ В СУСТАВАХ УСЕЧЕННОЙ КОНЕЧНОСТИ

Контрактура сустава – ограничение движения в суставе, вызванное рубцовой деформацией кожи, мышц, сухожилий, сустава.

Для пользования протезом необходимо, чтобы культя хорошо отходила назад, давая возможность заднего толчка и шага сохранившейся конечности. Наличие контрактуры препятствует протезированию и удлиняет сроки реабилитации.

Для профилактики контрактур необходимо располагать культю в выпрямленном положении как можно больше времени. Если долго держать культю в согнутом состоянии, мышцы будут укорачиваться, и подвижность культи снижаться. В течение дня по 10-15 минут с усилием разгибать коленный или тазобедренный суставы.

Как определить наличие контрактуры? При культе голени нет полного разгибания в коленном суставе. При культе бедра для выявления контрактуры необходимо согнуть сохранившуюся конечность (при двусторонней ампутации бедер – вторую культю) и прижать ее к животу. Если при этом культя прижимается к поверхности, то контрактура отсутствует; образовавшийся угол, определяет величину контрактуры культи бедра.

Разрабатывают контрактуру культи бедра лежа в положении на спине и животе, путем растяжения сухожилий грузом и активными разгибательными движениями в положении лежа на боку, или стоя на костылях. В положении на спине сохранившуюся конечность (или вторую культю) фиксируют к туловищу широким мягким поясом, а на конец культи укладывают мешок с песком весом от 1 до 3 килограммов. В таком положении находиться до первых признаков утомления, онемения. В положении лежа на животе, под конец культи необходимо положить толстую мягкую подкладку, а на ягодицу на стороне ампутации мешок с песком.

Культю голени обычно разрабатывают в положении сидя, для чего также используют мешок с песком. Перед разработкой контрактуры необходимо выполнить комплекс общеразвивающих упражнений и интенсивные разгибательные движения культей. В промежутках между

циклами разработки контрактуры 1-2 раза проводится самомассаж культи, что улучшает условия питания мягких тканей культи и способствует скорейшему рассасыванию имеющегося отека.

Следует помнить, что успех разработки зависит не от веса мешка, а от систематичности и длительности разработки.

**УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ОПОРНО-**

**ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА НАХОДЯЩИХСЯ В ИНВАЛИДНОМ**

**КРЕСЛЕ.**

**Упражнение №1.**

Исходное положение - сидя в инвалидном кресле.

Выполнение - поворачиваем голову влево-вправо. Далее совершаем наклоны полукруговыми движениями по 5 раз в каждую сторону (если кружится голова, уменьшите количество движений).

Количество выполнения 10 раз. Движения очень плавные без рывков!

**Упражнение №2.**

Исходное положение - тоже самое.

Выполнение заканчиваем вращения, когда руки опущены вниз.

Количество выполнения 10 раз.

**Упражнение №3.**

Исходное положение - сидя в инвалидном кресле.

Выполнение - переплетаем пальцы, вывернутыми руками тянемся к потолку.

Количество выполнения 10 раз.

**Упражнение №4.**

Исходное положение - тоже самое.

Выполнение - делаем наклон вперед, чтобы грудь располагалась на коленях. В это время сцепляем руки за спиной и поднимаем как можно выше - 5-6 раз.

Количество выполнения - 10 раз.

**Упражнение №5.**

Исходное положение - сидя в инвалидном кресле, туловище прямо.

Выполнение - согнуть руку, заводим за затылок и опустить вдоль спины, стремясь как можно ниже.

Количество выполнения - каждой рукой до 8 раз.

**Упражнение №6.**

Исходное положение – сидя в инвалидном кресле.

Выполнение - упражнение необходимо выполнять с предметами с небольшим весом или гантелями примерно по 1 кг. Берём гантели и опускаем их между ног, чтобы большие пальцы, указывали на пол. Далее по диагонали разводим руки в стороны и поднимаем гантели до уровня плеч.

Количество выполнения – 10 раз.

**КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ**

**ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

**Упражнение № 1**

I. Исходное положение - руки перед грудью ладонями наружу.

2. Руки вперед с силой (имитация отталкивания), медленно отвести руки в стороны – назад (имитация раздвигания), опуская руки сзади, сплести пальцы.

3. Прогнуться, голову назад, руки максимально отвести назад и удерживать позу 10с

(считать до 10).

4. Медленно наклониться вперед, руки отвести назад и удерживать в крайне высоком положении, мышцы шеи расслаблены, колени не сгибать (удерживать позу 20 с).

5. Руки вверх, прогнуться.

6. Исходное положение.

Повторить 3 раза.

После упражнения - глубокий вдох через нос (3 с) и медленный выдох через сомкнутую ротовую щель (4 c).

**Упражнение № 2**

1. Исходное положение - стойка ноги врозь, руки в стороны.

2. Наклон влево, левой рукой коснуться левого колена, прямая правая рука над головой, смотреть на кисть правой руки (мышцы напряжены, удерживать позу 20 с).

3. Исходное положение - глубокий вдох-выдох.

4. 5, 6. То же в другую сторону.

Повторить 3 раза, увеличивая угол наклона.

**Упражнение № 3**

I. Исходное положение - основная стойка, руки на пояс.

2. Наклон вперед (удерживать позу в течение 5 с).

3. Наклон вправо (удерживать позу 5 с).

4. Наклон влево (удерживать позу 5 с).

5. Исходное положение.

7-10. То же в другую сторону.

Повторить 3 раза, выполнять медленно с постепенным увеличением амплитуды наклона.

**Упражнение № 4**

1. Исходное положение - основная стойка, руки вверх, ладонями внутрь – потянуться.

2. Медленный наклон влево, руки параллельно полу (удерживать позу 15 с). Расслабиться,

3 - 4 глубоких вдоха-выдоха.

3. Медленный наклон вправо, руки параллельно полу (удерживать позу 15 с).

Повторить 3 раза, увеличивая угол наклона до максимального.

**Упражнение № 5**

1. Исходное положение - основная стойка, руки расслаблены.

2. Медленный вдох через нос, одновременно выпятить живот, развернуть плечи,

задержать дыхание на 5 с.

3. Выдох через полуоткрытый рот, втянуть живот, расслабить плечи и руки, выдох

производить медленно в течение 10 с.

Повторить 4-5 раз.

**Упражнение № 6**

1. Исходное положение - основная стойка.

2. Руки вверх, прогнуться, вытянуться, посмотреть на кисти рук.

3. Медленно наклониться вперед.

4. Руки в замок за коленями, стремиться коснуться лбом коленей, удержать позу 15с.

5. Руки вверх, расслабиться, глубокий вдох-выдох,

6. Исходное положение.

Повторить 3 раза.

**Упражнение № 7**

1. Исходное положение - стойка ноги врозь.

2. Руки вперед, встать на носки.

3. Поворот туловища влево на 90°, смотреть на кисти рук.

4. Опускаясь на пятки, наклон влево, коснуться правой рукой носка левой ноги, левая рука в сторону - смотреть на кисть левой руки, держать позу 20 с. Вернуться в исходное положение.

5. То же в другую сторону.

Повторить 3 раза.

**Упражнение № 8**

1. Исходное положение - основная стойка, руки над головой, ладони вместе, локти

согнуты и разведены в стороны.

2. Медленно подняться на носки.

3. Медленный присед на носках, ягодицами коснуться пяток.

4. Исходное положение.

Повторить 4-5 раз, приседание и подъем выполнять в медленном темпе, примерно за 8-10с.

**Упражнение № 9**

1. Исходное положение - сидя, ноги вперед, руки вверх, прогнуться, смотреть на кисти рук.

2. Медленный наклон вперед, пальцами рук коснуться носков ног, колени не сгибать, стремиться лбом коснуться коленей. Удерживать позу 15 с. Можно руками взяться за голень и притягивать голову к коленям, мягко используя силу.

Повторить 3 раза.

**Упражнение № 10**

1. Исходное положение - сидя, правую ногу поставить на пятку за коленом прямой левой ноги, прогнуться, поворот туловища вправо, упор левой рукой.

2. Левая рука занесена через правое колено, и, держась за левое колено, локтем давить на правое бедро, подбородок касается правого плеча. Удерживать позу 20 с.

3-4. То же в другую сторону, поменяв положение ног.

Повторить 2 раза.

**Упражнение № 11**

1. Исходное положение - сидя на пятках, руки на бедрах.

2. Отведя руки назад, принять упор сидя сзади, голову назад, прогнуться, удерживать позу 15 с.

3. Исходное положение - расслабиться,

Повторить 3 раза.

**Упражнение № 12**

1. Исходное положение - сидя на пятках, руки на пояс.

2. Медленный наклон вперед, коснуться лбом пола, не отрывая ягодиц от пяток.

Повторить 4-6 раз.

Методическое указание: если выполнение упражнений невозможно из-за слабой физической подготовки или недостаточной гибкости коленных и голеностопных суставов, следует посидеть на пятках до 20 с и более. Способность выполнить упражнения наступит через несколько занятий.

**Упражнение № 13**

1. Исходное положение - сидя на пятках, колени врозь, руки в замок над головой.

2-3. Медленный наклон вправо-вперед, стремиться коснуться левым локтем пола за

правым коленом, не отрывая ягодиц от пяток.

4. Исходное положение.

Повторить 3 раза.

**Упражнение № 14**

1. Исходное положение - лежа на спине, руки вытянуты горизонтально, расслабиться (5 с).

2. Напрячь мышцы спины, ног, рук, носки ног "взять на себя", стремиться себя растянуты: руки тянутся в одну сторона, ноги, пятками вперед, в другую. Напряженную позу удерживать 10 с.

3. Исходное положение.

Повторить 3 раза.

Методическое указание: выполнение упражнения снимает боли в позвоночнике.

**Упражнение № 15**

l. Исходное положение - лежа на спине, руки в стороны.

2. Плавно поднимая правую ногу вверх-влево, стремиться коснуться носком ладони левой руки, обе лопатки прижаты к полу, голова максимально повернута вправо - смотреть на кисть правой руки; удерживать позу 20 с.

**Упражнение №16**

1. Исходное положение- лежа на спине, руки вытянуты вверх.

2. Поднять грудную клетку, одновременно отклонив голову назад, сделать вдох, удерживать позу 5с.

3. Вернуться в исходное положение, расслабляя мышцы, сделать выдох.

Повторить 3 раза.

**Упражнение №17**

1. Исходное положение- лежа на спине, руки вытянуты вверх.

2. Поднять таз, сделать вдох, держать позу 5с.

3. Вернуться в исходное положение, расслабляя мышцы, сделать выдох.

Повторить 3 раза.

**Упражнение №18**

1. Исходное положение-лежа на спине, руки вдоль туловища.

2. Сделать глубокий вдох, набирая максимальное количество воздуха.

3. Медленно поднять голову и верхнюю часть туловища, одновременно делая выдох, посмотреть на стопы. Держать позу 10с.

4. Исходное положение.

Повторить 3 раза.

**Упражнение №19**

1. Исходное положение- сидя с согнутыми ногами, спина круглая, голова касается коленей, руки обхватывают колени (положение группировки).

2. Перекатиться на спину или даже на шею.

3. Исходное положение.

Повторить 4-6 раз.

**Упражнение №20**

1. Исходное положение-лежа на спине, руки вдоль туловища.

2. Медленно поднимая ноги, качнуться с достаточным толчком для бедер, чтобы оторваться от пола. Руки в упоре на полу локтями поддерживают бедра, подбородок прижат к груди, ноги выпрямлены- стойка на лопатках, держать позу 30 с.

3. Пальцами ног коснуться пола за головой. Держать позу 10с.

4. Исходное положение- расслабиться.

Повторить 2 раза.

**Упражнение №21**

1. Лежа на спине, руки в «замок» за головой, носки ног на себя.

2. Вращая тазом, имитировать шагание, поочередно вытягивая то одну, то другую ногу. Работает крестцовый отдел позвоночника; 20 с.

**Упражнение №22**

1. Исходное положение- лежа на спине, руки в «замок» за головой, ноги согнуты в коленях, стопы одна от другой расположены на расстоянии голени.

2. Не отрывая стопы от пола, коленом левой ноги стремиться коснуться пятки правой ноги, держать позу 10 с.

3. Исходное положение.

4. То же другой ногой.

Повторить 3 раза.

**Упражнение №23**

1. Исходное положение- лежа на животе, руки согнуты в локтях, расположены на уровне плеч.

2. Медленно прогнуться назад, подняв голову и плечи, одновременно выпрямляя руки.

3. Вернуться в исходное положение, расслабиться.

Повторить 3 раза.

Методические указания: при выполнении упражнения ноги не отрывать от пола. Упражнение следует начинать с движения головы, потом плеч и т.д. Возвращаться в исходное положение в обратной последовательности (живот, грудь, плечи, голова).

**Упражнение №24**

1. Исходное положение- лежа на животе, руки вдоль туловища.

2. Прогнуться назад, вдох через нос.

3. Медленный поворот головы влево, посмотреть на правую стопу, выдох через полуоткрытый рот.

4. Исходное положение- расслабиться.

5. То же в другую сторону.

Повторить 2 раза.

**Упражнение №25**

1. Исходное положение- лежа на животе.

2-3. Поднять голову и плечи, одновременно захватывая согнутые в коленях ноги за голеностопные суставы. Прогнуться (положение «натянутого лука»), держать позу 5 с.

4. Исходное положение- расслабиться.

Повторить 3 раза.

Методические указания: при первых попытках ноги развести немного в стороны, захватывая согнутые ноги за стопы. По мере повышения гибкости ноги соединить, а захват приближать к голеностопным суставам.

**Упражнение №26**

1. Исходное положение- лежа на животе, руки вытянуты вперед.

2. Поднять руки, голову и плечи, одновременно прогибаясь, поднять ноги над полом как можно выше, держать позу 10 с.

3. Исходное положение- расслабиться.

Повторить 3 раза.

Методические указания: туловище прогнуто дугой, голова наклонена назад, ноги выпрямлены, носки вытянуты. Упражнение развивает мышцы спины, бедер.

**Упражнение №27**

1. Исходное положение- лежа на животе, руки согнуты в локтях, на уровне подбородка, пальцы сплетены, подбородок на пальцах рук.

2. Поднять голову, плечи, прогнуться, правую ногу согнуть в колене, левую поднять, положить левое колено на стопу правой ноги. Держать позу 10 с.

3. Исходное положение- расслабиться.

4. То же другой ногой.

Повторить 3 раза.

**Упражнение №28**

1. Лежа на животе, руки на затылке.

2. Наклонить голову руками до касания подбородком груди, держать позу 10 с.

3. Руки в упор, запрокинуть голову как можно дальше назад, прогнуться, держать позу 10 с.

4. Подбородок обхватить правой рукой, левую на затылок. Наклонить голову максимально влево.

Держать позу 10 с.

5. То же в другую сторону.

**Упражнение №29**

1. Исходное положение- стоя, ноги врозь.

2. Вытянуть шею вперед, подбородок выдвинуть вперед.

3. Исходное положение.

Повторить 8 раз.

1-2. Плавные круговые движения головой влево, вправо.

Повторить 3 раза.

Приложение 3 к программе

# Дневник эффективности реабилитационных мероприятий

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п\п** | **Показатель** | **Количество****мероприятий** | **Количество****предоставленных услуг** | **Результат.****Рекомендации** |
| **1.** | **Социальная реабилитация, включающая социально-средовую реабилитацию и социально-бытовую****адаптацию** |
| **1.1** | Способность к передвижению |  |  |  |
| **1.2** | Способность ксамообслуживанию |  |  |  |
| **1.3** | Состояние культи/конечности |  |  |  |
| **1.4** | Навыки пользования ТСР |  |  |  |
| **2.** | **Социально-медицинская реабилитация** |
| **2.1** | Состояние здоровья получателясоциальных услуг |  |  |  |
| **2.2** | Участие в медицинско-оздоровительных мероприятиях |  |  |  |
| **2.3** | Состояние вестибулярногоаппарата, координации движений |  |  |  |
|  | Состояние двигательнойактивности инвалида |  |  |  |
| **3.** | **Социально-психологическая реабилитация** |
| **3.1** | Стабильностьпсихоэмоциального состояния |  |  |  |
| **3.2** | Оптимизация самооценки |  |  |  |
| **3.3** | Уровень депрессии |  |  |  |
| **3.4** | Динамика адаптационногопотенциала |  |  |  |
| **4.** | **Социально-педагогическая и социокультурная реабилитация** |
|  | Участие в творческойдеятельности |  |  |  |
|  | Участие в трудовойдеятельности |  |  |  |
|  | Участие в клубной и кружковой работе |  |  |  |
| **5.** | **Физкультурно-оздоровительные и спортивные мероприятия** |
| **5.1** | Участие в физкультурно- оздоровительных и спортивных мероприятия |  |  |  |
| **ИТОГО:** |  |  |  |
| **ОБШИЙ РЕЗУЛЬТАТ:** |  |
| **РЕКОМЕНДАЦИИ:** |  |
| **Дата и подписи членов****Реабилитационного совета Учреждения** |  |