

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**ВИЗНАЧЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПОТРЕБ ОСІБ
ІЗ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ ТА СКЛАДАННЯ
ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПЛАНІВ ДОГЛЯДУ**

(Методичні рекомендації)

Київ–2007

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

«УЗГОДЖЕНО»

Заступник Міністра охорони
здоров'я України

_____ В.Г.Бідний

«____» _____ 2008 р.

**ВИЗНАЧЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПОТРЕБ ОСІБ
ІЗ РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ ТА СКЛАДАННЯ
ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПЛАНІВ ДОГЛЯДУ**

(Методичні рекомендації)

Київ–2007

Визначення індивідуальних потреб осіб із розумовою відсталістю та складання індивідуальних планів догляду (Методичні рекомендації). – Київ: МОЗ України, 2007. – 26 с.

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:

Міністерство охорони здоров'я України

Український інститут громадського здоров'я МОЗ України

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»

УКЛАДАЧІ:

Жданова Мирослава Петрівна – директор Департаменту розвитку медичної допомоги МОЗ України

Дудіна Олена Олександрівна – завідувач відділу Українського інституту громадського здоров'я, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник

Зінченко Олена Миколаївна – головний спеціаліст відділу спеціалізованої медичної допомоги Департаменту розвитку медичної допомоги МОЗ України, кандидат медичних наук

Ігнатів Михайло Юрійович – завідувач відділу соціальної, клінічної і експериментальної наркології Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, кандидат медичних наук

Коллякова Ольга Михайлівна – начальник відділу спеціалізованої медичної допомоги Департаменту розвитку медичної допомоги МОЗ України

Кузнцов Валерій Миколайович – завідувач кафедри психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика

Підкоритов Валерій Семенович – керівник відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України, доктор медичних наук, професор

Пінчук Ірина Яківна – головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Психіатрія», кандидат медичних наук

Пилягіна Галина Яківна – професор кафедри дитячої, соціальної та судової психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, доктор медичних наук

Слабкий Геннадій Олексійович – в.о. директора Українського інституту громадського здоров'я, доктор медичних наук, професор

РЕЦЕНЗЕНТИ:

1. Карагодіна О.Г. – завідувач кафедри соціальної роботи та практичної психології Академії праці і соціальної роботи ФПУ, доктор медичних наук

2. Михайлов Б.В. – головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Психотерапія», «Медична психологія», доктор медичних наук, професор

3. Чуприков А.П. – завідувач кафедри дитячої, соціальної та судової психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, доктор медичних наук, професор

Затверджено рішенням Вченої ради Українського інституту громадського здоров'я. Протокол № 65 від 13 листопада 2007 року.

Розраховано на організаторів охорони здоров'я, лікарів медико-соціальних експертних комісій, лікарів-психіатрів, соціальних працівників, соціальних та корекційних педагогів, реабілітологів.

З М І С Т

ВСТУП	4
Визначення основних понять, термінів, що вживаються в методичних рекомендаціях	5
Об'єкти, що можуть задовольняти індивідуальні потреби осіб із розумовою відсталістю	7
Визначення об'єктів застосування методичних рекомендацій	7
Застосування методичних рекомендацій для оцінки та визначення індивідуальних потреб осіб із розумовою відсталістю	8
Процедура оцінки та визначення індивідуальних потреб осіб із розумовою відсталістю	18
Основні засади виконання визначених індивідуальних потреб осіб із розумовою відсталістю за методикою їх оцінки.....	20
Додаток «Перелік індивідуальних потреб осіб із розумовою відсталістю	22
ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	25

ВСТУП

Методичні рекомендації з визначення індивідуальних потреб осіб із розумовою відсталістю та складання індивідуальних планів догляду (далі Методичні рекомендації) розроблені на виконання розпорядження Кабінету Міністрів України від 25 серпня 2004 року № 619-р «Про затвердження Концепції соціальної адаптації осіб з розумовою відсталістю» для оцінювання та визначення індивідуальних потреб і складання індивідуального плану догляду осіб із розумовою відсталістю, які потребують медичної, психологічної, педагогічної, соціальної, а також сторонньої допомоги внаслідок розумової відсталості та порушень у особистісному й соціальному пристосуванні різного ступеня вираженості.

Основними нормативно-правовими засадами оцінювання та визначення індивідуальних потреб осіб із розумовою відсталістю є: Закони України «Про охорону дитинства» «Про психіатричну допомогу», «Про освіту», «Про дошкільну освіту», «Про реабілітацію інвалідів в Україні», «Про соціальні послуги», постанови Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 р. №1686 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів» та від 23.05.2007 р. №757 «Про затвердження Положення про індивідуальну програму реабілітації інваліда», Концепція соціальної адаптації осіб із розумовою відсталістю, затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 25.08.2004 р. №619-р, наказ МОЗ України від 09.10.2007 р. №623 «Про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та Порядку їх складання».

Визначення індивідуальних потреб таких осіб координується лікарем-психіатром, оскільки розумова відсталість є медичною проблемою, тобто психічним розладом, згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду (МКХ–10), і встановлюється на основі медичного (клініко-психопатологічного) та психолого-педагогічного обстеження з метою

визначення потреби в адаптованій навчальній (абілітаційній) програмі, соціальному психолого-педагогічному супроводі, соціальній реабілітації тощо. Наслідком такого психічного розладу є потреба у спеціалізованій медичній (психіатричній, психотерапевтичній, медико-психологічній) допомозі, освітній програмі, корекційній педагогіці та соціальній реабілітації. У методичних рекомендаціях індивідуальні потреби осіб із розумовою відсталістю визначаються як з точки зору власне медичних, так і медико-психологічних, соціальних і педагогічних способів їх задоволення. Це насамперед має позитивно впливати на психічний стан даної особи з розумовою відсталістю (не погіршуючи його) та основні патогенетичні складові цього розладу.

Медичні потреби осіб із розумовою відсталістю до досягнення дитиною повноліття визначаються фахівцями лікарсько-консультативних комісій.

Психолого-педагогічні потреби дітей з таким недугом визначаються фахівцями лікарсько-консультативної комісії із залученням представників органів управління освіти і науки, психолого-медико-педагогічних консультацій (наказ МОЗ України від 09.10.2007 р. №623).

Індивідуальні потреби всіх категорій повнолітніх (дорослих) осіб із розумовою відсталістю встановлюються медико-соціальними експертними комісіями.

Психологічні, освітні та соціальні потреби визначаються спеціалістами державних (або недержавних) реабілітаційних установ.

Визначення основних понять, термінів, що вживаються в методичних рекомендаціях

Розумова відсталість – стан затримки або недорозвитку психіки, що як у дитячому віці, так і протягом життя характеризується головним чином недостатністю навичок, які визначають загальний рівень інтелекту (тобто когнітивних, мовних, мовленнєвих, рухових і соціальних здібностей). Розумова відсталість може бути діагностована як окреме захворювання, але

здебільшого вона діагностується як синдром у наслідку інших психічних чи соматичних (переважно неврологічних) розладів.

Догляд осіб із розумовою відсталістю – забезпечення задоволення фізіологічних (харчування, сон, руховий режим, особиста гігієна), психологічних і соціальних потреб, належних санітарно-гігієнічних та побутових умов проживання таких людей задля безпеки життєдіяльності, здорового способу життя, попередження захворювань, поліпшення стану здоров'я при наявності розладів функцій організму, уникнення кримінальних ситуацій, вирішення правових і психологічних питань та взаємин у родині.

Індивідуальні потреби осіб з розумовою відсталістю – необхідні складові (умови) задоволення фізіологічних, психологічних, соціальних потреб, доступного рівня освіти та догляду цих осіб для досягнення належного рівня життєдіяльності і соціальної адаптації або їх поліпшення.

Оцінювання та визначення індивідуальних потреб осіб із розумовою відсталістю – виявлення рівня незадоволення фізіологічних, психолого-педагогічних, соціальних та побутових потреб даної категорії населення з формулюванням основних складових (умов) їх задоволення, характеру і обсягу необхідної сторонньої допомоги (у т.ч. професійної, спеціалізованої) з метою досягнення належного рівня життєдіяльності і соціальної адаптації або їх поліпшення.

Задоволення індивідуальних потреб осіб із розумовою відсталістю – комплекс медичних, реабілітаційних, психологічних, освітніх, правових, економічних та інших заходів, спрямованих на надання сторонньої допомоги таким особам, а також догляд, поліпшення або відтворення умов їх життєдіяльності, подолання або вирішення (пом'якшення) життєвих труднощів, соціальної адаптації та відтворення належного рівня життєдіяльності.

Реабілітація осіб із розумовою відсталістю – система медичних, освітніх, професійних, соціальних заходів, спрямованих на надання таким людям допомоги у відновленні порушених функцій організму, компенсації

обмежень життєдіяльності та підтримці оптимального фізичного, психічного, соціального рівнів та якості життя для досягнення соціальної і матеріальної незалежності, соціально-професійної адаптації, інтеграції в суспільство, підтримання якості життя.

**Об'єкти, що можуть задовольняти індивідуальні потреби осіб
із розумовою відсталістю**

Державні та комунальні спеціалізовані підприємства, установи та заклади медичного, соціального обслуговування, освіти, підпорядковані центральним (Міністерству охорони здоров'я України, Міністерству праці та соціальної політики України, Міністерству освіти та науки України, Міністерству у справах сім'ї, молоді та спорту України), місцевим органам виконавчої влади та органам місцевого самоврядування (територіальні центри обслуговування пенсіонерів, інвалідів та одиноких, установи соціальної служби тощо), реабілітаційні установи, що створені відповідно до законодавства і не мають на меті отримання прибутку (недержавні об'єднання громадян), фізичні особи.

Визначення об'єктів застосування методичних рекомендацій

Методичні рекомендації застосовуються для осіб, яким визначено діагноз з рубрики F7 згідно з діагностичними критеріями МКХ–10 (глава F): інвалідів, дітей-інвалідів та осіб із розумовою відсталістю без групи інвалідності.

Індивідуальні потреби всіх категорій повнолітніх (дорослих) осіб із розумовою відсталістю встановлюються медико-соціальними експертними комісіями

За участю самої особи із розумовою відсталістю та/або її законного представника фахівцями-лікарями, психологами медико-соціальних експертних комісій складається медична частина індивідуальних планів догляду, медичного нагляду осіб із розумовою відсталістю: лікувальні, медико-реабілітаційні заходи, план заходів з відновної терапії, медико-

психологічної корекції, особливостей догляду з урахуванням стану здоров'я, особливостей супутніх захворювань тощо. Соціальними працівниками складається частина індивідуальних планів догляду з визначенням заходів соціальної абілітації та реабілітації, напрямів вирішення питань соціальної допомоги у побуті, соціального захисту, правових питань тощо як для осіб із розумовою відсталістю, так і для тих, які доглядають за ними.

Для дітей із розумовою відсталістю визначення індивідуальних потреб та складання індивідуальних планів догляду проводиться лікарсько-консультативною комісією згідно з чинним законодавством.

При визначенні індивідуальних потреб усіх категорій таких осіб медико-соціальні експертні та лікарсько-консультативні комісії керуються чинним законодавством України, зокрема, нормативно-правовими документами, зазначеними у п. «Загальні положення», та даними методичними рекомендаціями.

Відповідні фахівці медико-соціальних експертних та лікарсько-консультативних комісій формують індивідуальні плани догляду осіб з розумовою відсталістю. Ці плани відповідають індивідуальній програмі реабілітації інвалідів та дітей-інвалідів (згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 р. №1686 «Про затвердження Державної типової програми реабілітації інвалідів») у межах бюджетного фінансування та з урахуванням державного замовлення на виконання індивідуальних програм реабілітації інвалідів та дітей-інвалідів.

Застосування методичних рекомендацій для оцінки та визначення індивідуальних потреб осіб із розумовою відсталістю

Основою для проведення якісної оцінки та повноцінного визначення індивідуальних потреб усіх категорій таких осіб, які визначаються медико-соціальними експертними та лікарсько-консультативною комісіями, є встановлення на основі комплексного обстеження усіх систем організму конкретної особи із розумовою відсталістю її узагальненого функціонального діагнозу, визначення ступеня втрати здоров'я і обмеження її життєдіяльності,

причини і часу формування. А також рекомендацій щодо можливих для особи за станом здоров'я видів трудової діяльності та умов праці, потреби у сторонньому догляді, санаторно-курортному лікуванні і соціальному захисті для найповнішого відновлення усіх функцій її життєдіяльності. Формулювання узагальненого функціонального діагнозу базується на дослідженні та діагностичній оцінці основних патогенетичних складових розумової відсталості: ступеня недостатності загального рівня інтелекту та ступеня обмеження загального функціонування особи. Це є важливим базисом для формування індивідуальних планів медичного нагляду (лікування, заходів відновлюваної терапії при потребі), догляду, медико-соціальної, медико-психологічної та освітньої реабілітації таких пацієнтів.

Основною складовою узагальненого функціонального діагнозу є функціональний клінічний діагноз, який базується на діагностичних критеріях багатовісьової МКХ-10. Це дає змогу з медичної точки зору встановити не тільки клінічні характеристики розумової відсталості, але й врахувати особливості функціонування такого пацієнта в середовищі.

Клінічний діагноз розумової відсталості визначається лікарем-психіатром на підставі діагностичних критеріїв МКХ-10 (для цього вживаються діагностичні критерії вісі III «Рівень інтелекту», рубрика F7 та її підрубрики), клінічної оцінки проявів дизонтогенезу, порушень психофізичного розвитку з визначенням клінічних ознак недостатності загального рівня інтелекту (його когнітивних, мовленнєвих, рухових складових), на підставі психолого-педагогічних висновків, оцінки навичок соціального пристосування і самообслуговування та узагальненої оцінки порушень здібностей до належного функціонування особи.

Ступінь недостатності загального рівня інтелекту (його когнітивних, мовленнєвих, рухових складових) визначається стандартизованими психометричними тестами у межах експериментально-психологічного і клініко-психологічного обстеження згідно з результатами психологічного тестування за стандартизованими тестами виміру інтелекту

(переважно за тестом Д. Векслера «Визначення IQ» – кількісної оцінки рівня інтелекту, тестом Дж. Равена «Прогресивні матриці Равена», тестами якісної оцінки мислення, уваги, пам'яті, рухових проб тощо). У ранньому дитячому віці (до трьох років) затримка психофізичного розвитку (її вираженість, особливості) визначається у межах клінічного і клініко-психологічного огляду згідно з результатами обстеження за стандартизованими тестами (шкала розвитку дитини від 2 до 42 місяців «KID» (Чистович, Рейтер, Шапиро, 2000), шкала розвитку дитини «RSDI-2000» (Шапиро, Чистович, 2000), «Гном») або іншими психолого-педагогічними методиками.

У межах психологічного обстеження дітей психолог має визначити рівень розвитку таких складових загального інтелекту:

- мовлення, зокрема, наявність та розвиток експресивного мовлення, а в разі його відсутності – розуміння мови та мовлення, використання мовлення як засобу комунікації (до цієї частини обстеження також потрібно залучати корекційного педагога-логопеда);

- крупної моторики та зорово-рухової координації;

- сенсорного розвитку (рівень знань кольорів, форм, величин, розуміння прохань тощо);

- комунікативного розвитку (рівень комунікативних здібностей, здатність до розуміння емоцій своїх та інших, до ігрової діяльності, вміння наслідувати дорослого тощо);

- набутих знань, навичок та компетенції, а також потенціалу можливості набуття нових знань, навичок та компетенцій, тобто визначення «зони найближчого розвитку».

Діагностичним аспектом оцінювання та визначення індивідуальних потреб осіб із розумовою відсталістю є встановлення супутнього діагнозу (за його наявності). Він може бути важливою частиною функціонального діагнозу особи із розумовою відсталістю під час визначення її індивідуальних потреб, бо супутні захворювання можуть впливати на загальні порушення здоров'я пацієнта, його психічний стан, ступінь

обмеження життєдіяльності та порушень трудової і соціальної адаптації. Інші супутні хвороби визначаються лікарями певних спеціальностей (терапевт, невропатолог, ендокринолог тощо). При наявності супутніх психічних розладів для їх діагностики використовують критерії вісі I «Клінічні психопатологічні синдроми» та вісі II «Специфічні розлади психічного розвитку», їх рубрик та підрубрик. За наявності супутніх соматичних захворювань кодування відбувається відповідно до рубрик вісі IV «Соматичні порушення» за МКХ–10, що найчастіше сполучені з психічними розладами.

Звичайно супутні психічні чи соматичні розлади в осіб з легкою розумовою відсталістю (IQ 50-69; у дорослих психічний вік становить 9–12 років) мають не дуже важкий характер і зустрічаються відносно рідко. Частіше такі сполучені хворобливі стани діагностують при помірній розумовій відсталості (IQ 35-49; у дорослих психічний вік складає 6–9 років). З коморбідних психічних розладів у таких пацієнтів частіше зустрічаються емоційно-поведінкові порушення, енурез, енкопрез, тики, мовні та інші психічні, неврологічні (зокрема епілепсія) і соматичні порушення. Особи з такими порушеннями які потребують додаткового догляду та сторонньої допомоги. При тяжкій (IQ 20–34; у дорослих психічний вік становить 3–6 років) та глибокій (IQ нижче 20; у дорослих психічний вік складає менше 3 років) розумовій відсталості нерідко спостерігаються вроджені важкі вади розвитку дитини та значні неврологічні розлади. Це часто унеможливорює самостійне пересування та самообслуговування таких хворих. У частини з них виявляються значні порушення зору та слуху. Такі стани визначають передусім потребу в адекватному медичному супроводі (лікування за необхідністю) та постійному догляді хворих.

Вираженість порушень загального функціонування, соціальної дезадаптації та порушень пристосування згідно з МКХ–10 визначається за критеріями вісі V «Супутні аномальні психосоціальні ситуації» та вісі VI «Загальна оцінка порушень психосоціальної продуктивності». Таким

чином, визначаються медико-соціальні аспекти індивідуальних потреб осіб із розумовою відсталістю.

Діагностичні критерії вісі V «Супутні аномальні психосоціальні ситуації» включають такі рубрики, важливі для оцінки загального функціонування осіб із розумовою відсталістю та визначення їх індивідуальних потреб:

- аномальні стосунки у родині;
- неадекватне спілкування у родині;
- аномальне виховання (зокрема, неадекватний батьківський нагляд і контроль за дитиною та тиск на неї);
- аномалії найближчого оточення (зокрема, ситуація виховання в аномальній родині, побутові умови, які створюють потенційно небезпечну психологічну ситуацію);
- несприятливі події життя (зокрема, негативні зміни моделі відносин у родині, події, що обумовлюють втрату почуття власної гідності);
- соціальні стресові події (зокрема, бути об'єктом дискримінації і переслідування);
- хронічний міжособистісний стрес, пов'язаний з навчанням чи роботою (зокрема, конфліктні відносини та нехтування з боку однолітків).

За допомогою вісі VI «Загальна оцінка порушень психосоціальної продуктивності» визначають особливості психо-соціального і трудового функціонування особи з розумовою відсталістю на момент проведення оцінки її індивідуальних потреб. Таке визначення включає стан за останні три місяці перед обстеженням та безпосередньо може застосовуватися для осіб з розумовою відсталістю. Оцінка здійснюється на основі аналізу соціального функціонування, яке спостерігається у пацієнта в контексті його соціальних можливостей на момент обстеження. Оцінка порушень психосоціальної продуктивності базується на визначенні ступеня:

- дисгармонійності відносин особи з розумовою відсталістю з членами родини, іншими людьми;

- підтримання чистоти й охайності відповідно до віку і соціальних обставин; виконання посильних обов'язків у родині;
- здатності до самостійного пересування та самообслуговування;
- здібностей до навчання (засвоєння шкільної програми, робочих обов'язків, занять відповідно до віку, рівня інтелекту, об'єктивних умов);
- здатності до колективної діяльності; різноманітності інтересів у вільний час.

Згідно з віссю VI «Загальна оцінка порушень психосоціальної продуктивності» розрізняють:

- відмінне або достатнє соціальне функціонування (в усіх соціальних сферах). Хороші міжособистісні відносини з родиною, однолітками та дорослими поза родиною; ефективне подолання всіх соціальних ситуацій; різноманітність занять та інтересів у вільний час);

- задовільне соціальне функціонування (у цілому середнє за якістю соціальне функціонування з періодичним виникненням незначних труднощів в одній чи двох сферах, тоді як функціонування в деяких інших сферах може бути відмінним);

- легкі порушення соціального функціонування (адекватне функціонування в більшості соціальних сфер при наявності незначних труднощів не менш ніж в одній чи двох сферах: наприклад, у дружніх відносинах, обмеженні соціальної активності/інтересів, сімейних відносинах, менш ефективне контактування з однолітками або дорослими поза родиною);

- помірні порушення соціальної продуктивності (періодично виникають важкі порушення соціальної продуктивності в деяких сферах при наявності незначних труднощів);

- порушення соціальної продуктивності (важкі порушення соціальної продуктивності не менш ніж в одній чи двох сферах: наприклад, суттєва неадекватність у відносинах з однолітками, відсутність або обмеженість друзів, нездатність долати нові соціальні ситуації чи неможливість ходити до школи);

– загальне порушення соціальної продуктивності (постійні порушення соціальної продуктивності в більшості сфер);

– нездатність до продуктивного функціонування в більшості сфер (дитина для підтримки повсякденного функціонування потребує певного поточного нагляду та догляду з боку сторонніх; відсутність здатності долати повсякденні потреби самостійно);

– важке загальне порушення соціальної продуктивності (дитина періодично не в змозі підтримувати елементарну особисту гігієну чи потребує постійного догляду, щоб уникнути нанесення шкоди собі чи іншим, або у неї є важке порушення всіх можливих способів спілкування);

– глибоке загальне порушення соціальної продуктивності (постійна нездатність підтримувати особисту гігієну чи постійний ризик нанесення важкої шкоди собі чи іншим або повна відсутність спілкування).

Визначення рівня соціальної дезадаптації особи з розумовою відсталістю за такими критеріями дає можливість формулювати адекватні рекомендації щодо розробки індивідуального плану догляду пацієнтів.

Ступінь соціальної дезадаптації та порушень пристосування визначає лікар-психіатр за поданням відомостей соціальним працівником на підставі оцінки загального рівня функціонування особи, порушень її пристосування, ступеня й характеру обмеження життєдіяльності у соціальній активності, побутовому аспекті і в самообслуговуванні (зокрема, визначення виразності таких порушень самообслуговування, як самостійне пересування і харчування).

Соціальний працівник має визначити якість умов життя; ступінь порушення життєдіяльності та соціальної адаптації родини внаслідок опіки над особою із розумовою відсталістю; характер участі осіб, що доглядають за такими пацієнтами, дотримання пацієнтами планів лікування, абілітації та реабілітації.

До оцінки загального рівня функціонування особи (особливо для дітей та неповнолітніх осіб із розумовою відсталістю) слід залучати соціального

педагога, який визначає рівень життєвих навичок, соціальної компетентності, порушення яких не дає змоги такій особі адекватно виконувати норми та правила поведінки, що прийняті в суспільстві, оптимально адаптуватися до різних соціальних умов. До них належать:

- соціальні компетентності та рівень їх порушень, обмежень (характер комунікації, взаємодії з оточенням, життям суспільства, соціальною діяльністю особистості, а також здатність до співпраці; вміння вирішувати проблеми в різних життєвих ситуаціях; комунікативні навички та навички взаєморозуміння; вміння функціонувати в соціально гетерогенних групах; участь у житті громади; вміння визначати особисту роль в суспільстві тощо);

- мотиваційні компетентності та рівень їх порушень, обмежень (інтереси, індивідуальний вибір особистості, зокрема, навички адаптуватися та за необхідністю змінювати адаптаційні настанови; бажання змінити життя на краще та певні дії для цього; вміння робити власний вибір та встановлювати особисті цілі тощо);

- функціональні компетентності та рівень їх порушень, обмежень (набутий рівень загальних знань, навичок та компетенцій, уміння оперувати знаннями та фактичним матеріалом, зокрема, здатність ефективно використовувати мовлення та символи, знання й отриману інформацію у різних ситуаціях).

Крім того, соціальний педагог, як і соціальний працівник, може визначати рівень обмеження функціонування у:

- навичках самообслуговування (дотримання гігієнічних норм, вміння самостійно одягатися, турбота про зовнішній вигляд, охайність, догляд за особистими речами, вміння готувати їжу, користуватися столовими приборами та побутовими електроприладами);

- особливостях взаємодії з батьками, родичами, особами різних вікових груп; навчальній діяльності (ставленні до навчання, показниках успішності, відповідності досягнень у навчанні можливостям дитини або

неповнолітньої чи молодій особи, потенціалі щодо набуття нових знань, навичок та компетенцій);

– самоконтролі емоційного стану (типових емоційних реакціях дитини або неповнолітньої чи молодій особи, особливостях емоційних реакцій у стресових ситуаціях, адекватності емоцій дитини або неповнолітньої чи молодій особи певній ситуації);

– колі захоплень та інтересів особи (способах проведення вільного часу, улюбленій справі, відвідуванні соціальних заходів, організацій, а для дитини – гуртків, секцій).

Залучення психолога (практичного психолога, медичного психолога, лікаря-психолога) до оцінки загального рівня функціонування особи з розумовою відсталістю та визначення рівня її соціальної дезадаптації шляхом клініко-психологічного обстеження може надати важливу інформацію на підставі оцінки наявного при огляді загального рівня функціонування особи (характеру самообслуговування, порушень соціального контактування, засвоєння соціальних правил та норм поведінки тощо), на підставі визначеного рівня загального інтелекту та його складових. Для цього додатково застосовують такі методики: Doll E.A. Vineland Social Maturity Scale, condensed manual of directions (Circle Pines MN, American Guidance Service Inc., 1965), Індекс загального задоволення життям (Index of Overall Life Satisfaction), Аналогову шкалу якості життя (Quality of Life – QL 100 mm Analogue Scale), Індекс задовільності соціальною підтримкою (Social Support Satisfaction Scale), Шкалу щоденної активності (Katz Activities of Daily Living).

Узагальнений функціональний діагноз особи із розумовою відсталістю є важливим базисом формування індивідуальних планів медичного нагляду (лікування, заходів відновлюваної терапії при потребі), догляду, медико-соціальної, психолого-педагогічної реабілітації таких пацієнтів.

До інших важливих критеріїв, що безпосередньо впливають на характер індивідуальних потреб осіб із розумовою відсталістю, є:

Вік особи, який слід враховувати при складанні індивідуальних планів догляду та реабілітації пацієнтів, насамперед, медико-психологічних та медико-педагогічних заходів. Розподіл за віком щодо цього має бути таким: дитячий вік – 0–18 років, який, своєю чергою поділяється на ранній дитячий, дошкільний та шкільний вік; дорослий вік – 18–55 років для жінок та 18–60 років для чоловіків; старші вікові групи – понад 55 років для жінок та понад 60 років для чоловіків.

Побутові умови життя, обсяг і характер соціального захисту осіб із розумовою відсталістю впливають на визначення характеру догляду, медико-соціальної та соціальної складової індивідуальних планів щодо задоволення індивідуальних потреб таких осіб.

Рівень соціального функціонування родини особи із розумовою відсталістю впливає на умови життя та загальне функціонування такого пацієнта. Якісна оцінка проблем у функціонуванні родини, специфіки взаємовідносин та характеру догляду за особою з розумовою відсталістю надає важливу інформацію щодо проведення соціально-психологічної роботи з родичами хворого. Такі послуги можуть надавати як соціальні працівники, так і співробітники недержавних організацій.

Процедура оцінки та визначення індивідуальних потреб осіб із розумовою відсталістю

Встановлення індивідуальних потреб особи із розумовою відсталістю проводиться:

– при визначенні медико-психологічних потреб шляхом медичного огляду та психологічного обстеження особи (дитини) у відповідних лікувальних закладах або аналізі наявної медичної документації, результатів психологічного обстеження, що дає змогу адекватно оцінити медико-психологічні потреби хворого;

– при визначенні соціально-побутових потреб за місцем їх фактичного проживання в родинних умовах, установах системи соціального забезпечення або закладах постійного та тимчасового перебування різних форм власності на підставі висновків визначення ступеня обмеження життєдіяльності та ступеня соціальної дезадаптації (за необхідності до такого обстеження залучається практичний психолог або соціальний педагог);

– при визначенні потреб у спеціалізованій освіті шляхом аналізу наявної медичної документації та результатів психологічного обстеження, які засвідчують ступінь розумової відсталості та особливості затримки психофізичного розвитку дитини (особи), а також співбесіди з нею під час роботи психолого-медико-педагогічної консультації (медико-соціальної експертної комісії для дорослих осіб з розумовою відсталістю за потребою).

Комплексне обстеження особи з розумовою відсталістю проводиться виключно на прохання його законного представника чи самої особи. Будь-які висновки комісії доводяться до відома законного представника особи із розумовою відсталістю та самої особи. Подальший розгляд комплексного обстеження особи з розумовою відсталістю чи висновків комісії проводиться медико-соціальними чи лікувально-консультативними комісіями (або психолого-медико-педагогічними консультаціями) тільки після згоди законного представника чи самої особи.

Важливим аспектом є періодичність визначення потреб осіб із розумовою відсталістю з відповідним внесенням змін до індивідуальних планів догляду таких пацієнтів. Це зумовлено урахуванням можливого поліпшення рівня загального функціонування особи після (у ході) проведення адекватних реабілітаційних заходів: медичних, психологічних, соціальних, навчальних; або (в деяких випадках) погіршення загального функціонування особи чи ступеня обмеження її життєдіяльності внаслідок поглиблення проявів дисфункції організму, супутніх захворювань, невиконання плану догляду тощо.

Доцільною є така періодичність перегляду і затвердження індивідуальних потреб осіб із розумовою відсталістю та їх індивідуальних планів догляду:

- для дітей із затримкою психічного розвитку віком до 3 років та дітей з розумовою відсталістю віком 3–6 років – двічі на рік;
- для дітей з розумовою відсталістю віком 6–18 років – щорічно;
- для осіб з розумовою відсталістю віком 18–55 років у жінок та 18–60 років у чоловіків – один раз на три роки;
- для осіб з розумовою відсталістю віком понад 60 років – щорічно.

Узагальненням результатів комплексного обстеження особи з розумовою відсталістю та висновків медико-соціальної експертної чи лікувально-консультативної комісії при визначенні індивідуальних потреб таких осіб є формулювання висновків щодо певних потреб. Ці висновки мають складатися з трьох розділів.

До першого розділу «Психічний та фізичний стан особи з розумовою відсталістю» мають увійти дані щодо клініко-динамічних особливостей когнітивної недостатності, коморбідних психічних та поведінкових розладів, фізичного стану та обмежень, наявності хронічних соматичних захворювань, ступеня їх компенсації і обмеження життєдіяльності, ступеня соціальної дезадаптації даних осіб внаслідок наявних психічних і фізичних розладів.

Другий розділ «Індивідуальні потреби осіб із розумовою відсталістю медичного характеру» має складатися з переліку обґрунтованих спеціальних потреб таких осіб у медичних дослідженнях, медичному нагляді, медикаментозному лікуванні, засобах гігієни та інвалідному обладнанні, профілактичних заходах, спрямованих на запобігання погіршенню стану психічного та соматичного здоров'я, особистісного й соціального функціонування.

Третій розділ «Індивідуальні потреби осіб із розумовою відсталістю в соціальних та освітніх послугах» має містити визначення потреб зазначених осіб і тих, які їх доглядають, у спеціальних реабілітаційних, соціальних

послугах (відвідуванні центрів денного перебування, інтернуванні, зміні соціальних форм догляду, патронажі тощо), освітніх послугах (визначенні форм і методів навчання, їх наданні) та прогностики – визначення тенденцій до інтеграції осіб з такою недугою у суспільство. Для дітей із розумовою відсталістю цей розділ заповнюється лікувально-консультативними комісіями. Для дорослих при заповненні цього розділу медико-соціальні експертні комісії беруть до уваги рекомендації реабілітаційних комісій при реабілітаційних установах.

Основні засади виконання визначених індивідуальних потреб осіб із розумовою відсталістю за методикою їх оцінки

На підставі визначених індивідуальних потреб осіб із розумовою відсталістю та зроблених з цього висновків медико-соціальні експертні та лікувально-консультативні комісії встановлюють індивідуальні плани догляду та гарантовані обсяги реабілітаційних послуг для таких осіб. Визначення індивідуальних потреб осіб із розумовою відсталістю, складання індивідуальних планів догляду та затвердження гарантованих обсягів реабілітаційних послуг проводиться зазначеним вище групам осіб та членам їхніх родин з урахуванням різних програмно-цільових стратегій медичної, психологічної, освітньої та соціальної реабілітації, наявності особливих потреб у соціальних послугах.

Виконання індивідуального плану догляду зазначеного контингенту має здійснюватися органами управління та самоврядування, закладами та установами систем Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти та науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту і у співпраці з недержавними суб'єктами, робота яких безпосередньо спрямована на надання послуг особам з розумовою відсталістю із залученням їхніх законних представників.

З визначеною періодичністю медико-соціальні експертні та лікувально-консультативні комісії переглядають визначені потреби з відповідним внесенням змін до індивідуальних планів догляду таких осіб.

Характер догляду осіб із розумовою відсталістю згідно з індивідуальним планом, обсяг та якість надання їм необхідних послуг (медичних, психологічних, соціальних, педагогічних), відповідність проведення реабілітаційних заходів тощо мають періодично перевіряти представники місцевих органів самоврядування, Міністерства охорони здоров'я України та недержавні органи, які надають послуги таким людям та захищають їхні права.

Перелік індивідуальних потреб осіб із розумовою відсталістю

Медичні потреби:

- у спеціалізованій психіатричній допомозі (при емоційно-поведінкових розладах, агресивних, аутоагресивних тенденціях, психотичних та розладах зі спектру загальних порушень розвитку (мовленнєвих, навичок самообслуговування і тощо), прогресуванні ступеня когнітивних порушень);
- у спеціалізованій медичній допомозі з приводу хронічних соматичних розладів;
- у забезпеченні прийому медичних препаратів згідно з чинним законодавством;
- у відновній терапії, санаторно-курортному лікуванні чи інших профілактичних заходах.

Психологічні потреби:

- у психологічній діагностиці – визначенні інтелектуального розвитку з метою визначення індивідуальних особливостей розвитку пізнавальних процесів, рис особистості;
- попередження емоційного дискомфорту у осіб з розумовою відсталістю;
- у розвитку соціально-психологічних компетенцій та самоактуалізації;
- у створенні мотивації до їх активності й самостійності;
- у формуванні довільно спрямовувати свою увагу на власні емоційні почуття та здатності відповідати адекватними почуттями іншим людям;
- у розвитку впевненості, комунікативних навичок, здатності до саморегуляції поведінки і підготовці до інтеграції у соціум.

Соціальні потреби:

– у безпосередній матеріальній допомозі (при повній залежності як інваліда, так і опікуна від розміру пенсії чи грошової допомоги, потребі у цілодобовому догляді та неможливості опікуна працювати);

– у соціальних послугах по догляді за інвалідами (у допомозі соціального працівника по догляді, що дає змогу опікуну мати вільний час для вирішення соціально-побутових питань);

– у соціальних послугах щодо можливості особистісного і соціального пристосування (спеціалізованому обладнанні для адаптації житлових приміщень; навчанні основних соціальних навичок; соціально-побутовому та забезпеченні спеціальними засобами для орієнтування, спілкування і обміну інформацією);

– у трудовій реабілітації шляхом визначення рекомендованого робочого місця, органу працевлаштування, відповідального за його забезпечення, в разі неможливості працевлаштування – визначення виду денної зайнятості;

– у спеціальних транспортних послугах (для рухово-розгальмованих інвалідів, інвалідів із значним порушенням моторних функцій);

– у юридичному супроводі, зокрема, при вирішенні питань власності, а також дієздатності та опіки;

– у фізкультурно-спортивній реабілітації тощо.

Освітні потреби:

«Педагогічна реабілітація передбачає запровадження комплексу заходів (у т.ч. відповідних форм і методів навчання), які створюють передумови для оволодіння особами з розумовою відсталістю системою знань, умінь і навичок, застосування яких сприяє подальшому розвитку особистості: підвищенню освітнього, кваліфікаційного рівня, здатності до самостійної трудової діяльності, організації побуту, адекватного планування самостійного життя шляхом організації:

- абілітаційного навчання (формування навичок охайності, самообслуговування, спілкування за допомогою методик спрощеної комунікації, формування мотивації до праці, здобуття трудових навичок, розвитку емоційно-вольової сфери в комплексі з іншими реабілітаційними послугами);

- навчання: у загальноосвітньому навчальному закладі (інтегроване, інклюзивне навчання), у спеціально організованих умовах (спеціальній загальноосвітній школі, школі-інтернаті, спеціальному класі (групі у відповідному навчальному закладі), за спеціальною навчальною програмою, при щадному режимі навчання тощо); організації професійної підготовки відповідного рівня з урахуванням стану здоров'я та рекомендацій лікарів;

- корекційно-розвивальної роботи: розвитку слухового, зорового сприймання; мовлення; корекції пізнавальної діяльності; формування навичок просторового, соціально-побутового орієнтування; формування компенсаційних способів діяльності; практичного використання знань, умінь і навичок (предметно-практичної діяльності); розвитку комунікативної діяльності і творчості; фізичного розвитку.

При цьому важливо забезпечити специфіку процесу комплексної реабілітації осіб з розумовою відсталістю, оскільки вони характеризуються соціальною дезадаптацією і потребують фахового супроводження і підтримки на всіх етапах.

Примітка: соціальні, освітні та частково психологічні потреби визначаються та задовольняються установами і закладами, підпорядкованими відповідним міністерствам та відомствам.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Детская психоневрология (Под ред. Л.А. Булаховой). – К.: Здоров'я, 2001. – 496 с.
2. Глозман Ж.М., Потанина А.Ю., Соболева А.Е. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте. – СПб.: Питер, 2006. – 80 с. С ил.
3. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – К.: Факт, 1999. – 272 с.
4. Коррекционная педагогика: Основы обучения и воспитания детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Б.П. Пузанов, В.И. Селиверстов и др. – 3-е изд., доп. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 160 с.
5. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10.– М.: Смысл, СПб.: Речь, 2003. – 407 с.
6. Патология психического развития //Руководство по психиатрии (Под ред. А.С.Тиганова). – М.: Медицина, 1999.– Т.2. – С.607–721.
7. Практическая психодиагностика. Методики и тесты (Под ред. Д.Я. Райгородского). – Самара: Быхрах, 1998. – 672 с.
8. Специальная педагогика: Учеб. Пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л.И. Аксенова, Б.А. Архипов, Л.И. Белякова и др.; Под ред. Н.М. Назаровой. – 2-е изд., стереотип. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 400 с.
9. Чистович И., Рейтер Ж., Шапиро Я. Руководство по оценке развития младенцев до 16 месяцев на основе русифицированной шкалы KID. Второе издание. СПб. Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства. 2000. – 50 с.
10. Шапиро Я., Чистович И. Руководство по оценке уровня развития детей от 1 года 2 месяцев до 3 лет 6 месяцев по русифицированной шкале RCDI-2000. СПб. Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства. 2000. – 62 с.
11. Шапиро Я., Чистович И. Руководство по оценке уровня развития детей от 1 года 2 месяцев до 3 лет 6 месяцев по русифицированной шкале RCDI-2000. Приложение. Инструкция пользоателя программного обеспечения и банка данных об оценке развития детей по шкалам KID<R> и RCDI-2000. СПб. Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства. 2000. – 17 с.