

ISSN 1311-3321

РУСЕНСКИ УНИВЕРСИТЕТ „Ангел Кънчев“
UNIVERSITY OF RUSE „Angel Kanchev“

Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“

Faculty of Public Health and Healthcare

Секция „Здравна промоция и превенция“

Section Health promotion and prevention

СБОРНИК ДОКЛАДИ

на

СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ – СНС’14

СБОРНИК ДОКЛАДОВ

СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ СЕСИИ – СНС’14

PROCEEDINGS

of

the SCIENTIFIC STUDENT SESSION – SSS’14

Рyse
Ruse
2014

Сборникът включва докладите, изнесени на студентската научна сесия **СНС'14**, организирана и проведена във факултет „**Обществено здраве и здравни грижи**” на Русенския университет “Ангел Кънчев”.

Докладите са отпечатани във вида, предоставен от авторите им.
Доклады опубликованы в виде, предоставленном их авторами.
The papers have been printed as presented by the authors.

ISSN 1311-3321

Copyright ©

- ♦ **СТУДЕНТСКАТА НАУЧНА СЕСИЯ** се организира от **АКАДЕМИЧНОТО РЪКОВОДСТВО** и **СТУДЕНТСКИЯ СЪВЕТ** на **РУСЕНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ** с цел да се предостави възможност на студенти и докторанти да популяризират основните резултати от своята учебноизследователска работа и да обменят опит.
- ♦ **ОРГАНИЗАЦИОНЕН КОМИТЕТ:**
 - **Съпредседатели:**
проф. д-н Христо Белоев, DHC mult. –
РЕКТОР на Русенския университет
Елена Захариева
ПРЕДСЕДАТЕЛ на Студентския съвет
elena_zaharieva91@abv.bg; 082-888 390
 - **Научни секретари:**
проф. д-р Ангел Сфрикаров –
Зам.-ректор на Русенския университет
ASmrikarov@ecs.uni-ruse.bg; 082-888 249
Габриела Попова –
Член на Студентския съвет
Gabriela_popova_@abv.bg; 082-888 390
 - **Членове:**
 - **Факултет „Аграрно-индустриален”**
доц. д-р Калоян Стоянов
kes@uni-ruse.bg; 082-888 542
Гергана Везирска
geri_vezirska@yahoo.com
 - **Факултет „Машинно-технологичен”**
доц. д-р Стоян Стоянов
sgstoyanov@uni-ruse.bg; 082-888 572
Мариета Станоева
mstanoeva@uni-ruse.bg
 - **Факултет „Електротехника, електроника и автоматика”**
доц. д-р Теодор Илиев
tiliev@ecs.uni-ruse.bg; 082-888 839
Георги Цанков
g.tsankov93@gmail.com

- **Факултет „Транспортен”**
доц. д-р Валентин Иванов
vdivanov@uni-ruse.bg; 082-888 373
Димо Иванов;
dimich@abv.bg

- **Факултет “Бизнес и мениджмънт”**
доц. д.ик.н. Дянко Минчев,
dminchev@uni-ruse.bg; 082 888 357
Елизар Станев
eastanev@uni-ruse.bg

- **Факултет „Юридически”**
гл. ас. д-р Кремена Раянова
k_raynova@abv.bg; 0889 205921
Боян Войков
bvoykov@abv.bg

- **Факултет „Природни науки и образование”**
доц. д-р Емилия Великова
evelikova@uni-ruse.bg; 082/ 888 848
Йоана Тасева
ioana.taseva@abv.bg

- **Факултет „Обществено здраве и здравни грижи”**
доц. д-р Стефан Янев
snyanev@uni-ruse.bg ; тел. 082-821 883
Емануил Панайотов
emo7700@abv.bg

- **Филиал Разград**
доц. д-р Цветан Димитров
tz_dimitrow@abv.bg; 0887-631 645
Живка Иванова
ivanova_jivka@abv.bg

- **Филиал Силистра**
доц. д-р Тодорка Георгиева
knidor@abv.bg; 086 821 521
Доника Костадинова
doni_ss91@abv.bg

СЕКЦИЯ
„Здравна промоция и превенция”

С Ъ Д Ъ Р Ж А Н И Е

1. Превенция на паданията при хора в напреднала възраст.....	7
автори: Владислав Йорданов, Елица Великова научен ръководител: гл. ас. Петя Минчева	
2. Обзор на „хълбочно-изправяща, притискащо-месеца“ терапия – Юмейхо.....	14
автор: Мелен Хайдинов научен ръководител: ас. Радослава Делева	
3. Биопсихосоциален подход в рехабилитацията на пациенти с хронични болки в кръста.....	18
автор: Кристиела Василева научен ръководител: гл. ас. д-р Ирина Караганова	
4. Културно компетентната супервизия в социалната работа.....	25
автор: Дилиана Пеева научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев	
5. Фактори, обуславящи трудовата интеграция на хора с психични заболявания в Холандия.....	30
автори: Мария Маркова, Борислав Дойков научен ръководител: гл. ас. д-р Лилия Тодорова	
6. TheraSuit Method – иновация в лечението на детската церебрална парализа.....	36
автор: Виктория Добрева научен ръководител: доц. Пенка Баракова, д.п.	
7. Достъпът до образование – условие за интеграция на хората с увреждания.....	40
автор: Стефка Костова научен ръководител: гл. ас. Анелия Цанова	
8. Фармацевтични грижи и фармакотерапевтични подходи при обгрижването на гериатрични пациенти.....	46
автор: Любен Григоров	
9. Човешките права и ролята на средата при хора с физически увреждания в Маастрихт, Холандия.....	52
автори: Мария Маркова, Борислав Дойков научен ръководител: гл. ас. д-р Лилия Тодорова	
10. Онлайн супервизията в социалната работа	55
автор: Гизям Чолакова научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев	
11. Участие в програма Еразъм.....	59
автори: Явор Стоянов, Йоана Негрова, Емануил Панайотов научен ръководител: доц. д-р Стефан Янев	

12. **Профилактични методи при лица с хронична болка в гърба и кръста..** 63
автор: Юлияна Пашкунова
научени ръководители: проф. д-р Николай Попов, доц. д-р Стефан Янев
13. **Съвременни теории за етиологията на детската церебрална парализа.....** 72
автор: Виктория Добрева
научен ръководител: доц. Пенка Баракова, д.п.
14. **Участие в интензивна програма Еразъм „Иновации и креативност за живот“.....** 76
автори: Венцислав Николов, Габриела Георгиева
научен ръководител: гл. ас. д-р Лилия Тодорова

Превенция на паданията при хора в напреднала възраст

Автори: Владислав Йорданов, Елица Великова
Научен ръководител: гл. ас. Петя Минчева

Fall prevention in elderly people: Falls are a major threat to the health and independence of older adults, people aged 65 and older. They are not an inevitable consequence of aging, but falls do occur more often among older adults because fall risk factors increase with age and are usually associated with health and aging conditions. Usually two or more risk factors interact to cause a fall. Home or environmental risk factors play a role in about half of all falls. Understanding these risk factors is the first step to reducing older adult falls. The paper presents the presence of risk factors by elderly, placed in an institution, and gives particular recommendations for fall prevention.

Key words: Falls, elderly, fall prevention

ВЪВЕДЕНИЕ

Във всяко общество съществува не малка част от хора, чиито възможности за запазване на независим начин на живот са ограничени. Към тях спадат и хората в напреднала (късна) възраст, при които ограниченията произлизат от естествените физиологични промени, свързани със стареенето.

Остаряването представлява динамичен процес, характеризиращ се с биофизични и биохимични промени, засягащи целия организъм. Според Световната здравна организация (СЗО), късната възраст започва на 60 години и обхваща периодите на късна зряла възраст (60 – 69 г.), старческа възраст (70 – 90 г.) и дълголетици (над 90 г.), [5].

По данни на Националния статистически институт, текущата демографска ситуация в страната ни се характеризира с продължаващо застаряване и намаляване на населението. Броят на възрастните и стари хора се увеличава. В края на 2013 г., лицата на 60 и повече навършени години са 1 935 718 или 26.7% от населението на страната, [4].

С наложилата се тенденция към увеличаване броя на възрастните хора, се увеличава и броя на техните проблеми, свързани със стареенето. В процеса на остаряване, ролята на нервната система превишава значително промените, които се наблюдават в другите системи и органи.

Установява се атрофия на клетки в кората на главния мозък. По отношение на сърдечно-съдовата система се наблюдава мастна дегенерация на миокарда и намаляване на съкратителните му способности. Усвояването на кислород намалява, което затруднява основната обмяна и рефлектира върху функционирането на храносмилателната и отделителната система.

Силно изразени са промените в опорнодвигателния апарат. Наблюдава се остеопороза. Особен интерес представлява намалената способност на възрастния човек да се адаптира към заобикалящата го среда при прекъсването на активна трудова заетост.

Геронтолозите отчитат, че посочените промени водят до значително обездвижване на възрастния, намаляване на способностите за запазване на равновесие и развитие на страхова реакция по време на самостоятелно придвижване. Нарушенията в постуралния контрол и походката, както и влошените равновесни реакции стоят в основата на паданията при хората над 60 годишна възраст, [1,3].

По данни от литературата, на година внезапно падат 30% от хората над 65 годишна възраст и 45% от тези над 80 години; 50% от тях претърпяват второ падане, което прави тях и близките им несигурни и това допълнително засилва обездвижването им.

Половината от хората, живеещи в домове за възрастни падат всяка година поне веднъж, [5].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Световната здравна организация дефинира падането като последствие от всяко едно събитие, в резултат на което пациентът попада на земята против неговата воля, [8].

Касае се за значим проблем, който може да има последствия върху здравето и независимата грижа при хора в напреднала възраст. Може да доведе до сериозен травматизъм, ограничение на активността, намалени функционални способности, емоционално разстройство, инвалидизация, страх от последващо падане, депресия и високи разходи за здравно обслужване.

Данните сочат, че 1% от хората, претърпели падане, получават фрактура на бедрената шийка, 25% умират в следващите 6 месеца, поради усложнения, свързани с продължителното залежаване, при 60% се наблюдава намалена подвижност, а 25% от хората остават функционално зависими от грижата на своите близки, [6].

Кои са най-застрашени от падане?

- Представители на женския пол;
- Хора над 80-годишна възраст;
- Хора, при които е налице значителна зависимост при изпълнението на различни дейности от ежедневието (напр. трудности при самостоятелно изправяне от стол);
- Хора, приемащи повече от три вида медикаменти (психотропни, лекарства за понижаване на кръвно налягане и кръвна захар) на ден поради наличието на определена патология;
- Хора, страдащи от слухови и/или зрителни увреждания;
- Хора, страдащи от хронични, неврологични или ставно-мускулни заболявания;
- Хора, при които изпълнението на дейности е затруднено поради фактори на физическата среда;
- Хора, които са падали поне веднъж.

Най-често срещаните последици от падане са: Фрактури; хематоми; мекотъкни увреди; травматични увреди на главата (субдурален хематом); смърт; страх от падане, който води до намалена подвижност и социална изолация и представлява сериозна опасност за независимостта на възрастните хора.

Рискови фактори: Остро заболяване; нарушено равновесие; нарушено зрение; неправилна походка; чести падания; мускулна слабост; артроза; неизползване на помощни средства; депресия; възраст над 80 години; бариери във физическата среда; ортостатична хипотензия; прием на медикаменти и други, [2].

Роля на ерготерапевта в превенцията на паданията:

Ерготерапевтът играе важна роля в оценяването на способностите на възрастните хора, които са важни за постигането на тяхната максимална самостоятелност. В много от случаите проблемите, които водят до ограничаване на тяхната самостоятелност са в резултат от падане.

Ерготерапевтичната превенция в тази насока включва няколко аспекта, като някои от тях представляват терапевтични програми с упражнения за укрепване на

мускулатурата и подобряване на равновесието, инструкции относно правилната употреба на помощи и адаптирани средства, консултиране на клиента за подходящ прием на храни и лекарства, адаптиране и обезопасяване на околната среда. Увеличаването на мускулната сила, подобряването на равновесието и походката, адекватния прием на лекарства, правилната употреба на помощните средства и обувките, се считат като основни фактори в превенцията от падане, [7].

Целта на настоящото проучване е да се идентифицира и анализира наличието на рискови фактори за падане в старческа възраст при група от хора, живеещи в институционална среда. Задачите свързани с посочената цел са:

- Да се подбере група от хора, при които са налице проблеми, породени от падане;
- Да се проведе изследване, с подходящи методи и средства, което да покаже рисковите фактори, довели до падане;
- Да се изготви наръчник с препоръки за превенция на паданията при възрастни.

Проучването се проведе в Дом за възрастни хора с физически увреждания (ДВХФУ) „Милосърдие“. Домът е основан през 1932 г. като приют за бездомни и хора с увреждания с капацитет 42 души.

От 1982 г., капацитетът на Дома се увеличава на 82 души и се осъществява домашен социален патронаж за 120 души. През 1997 г. ДВХФУ „Милосърдие“ се разполага в две сгради – в гр. Русе, ул. „Белмекен“ № 16 и кв. Средна Кула, ул. „Бачо Киро“ № 16.

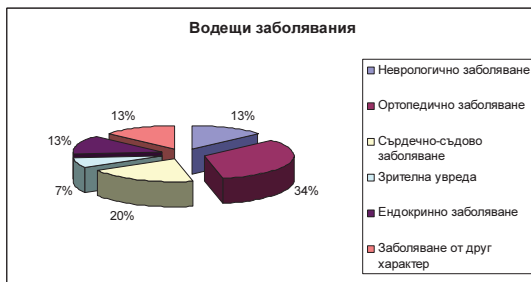
Характеристика на изследвания контингент:

Таблица 1: Характеристика на изследвания контингент

Характеристика на изследвания контингент	Опитна група
Общ брой изследвани потребители	15
Мъже	7
Жени	8
Средна възраст /мъже/	67 г.
Средна възраст /жени/	79 г.
Брой потребители с водещо <i>неврологично</i> заболяване	2
Брой потребители с водещо <i>ортопедично</i> заболяване	5
Брой потребители с водещо <i>сърдечно-съдово</i> заболяване	3
Брой потребители с водещо <i>зрителна</i> увреда	1
Брой потребители с водещо <i>ендокринно</i> заболяване	2
Брой потребители с водещо <i>заболяване от друг характер</i>	2

Общият брой потребители, взели участие в настоящото проучване е 15, от които 8 жени (53%) и 7 мъже (47%), настанени в сградата на институцията в кв. Средна Кула. Средната възраст на жените е 79 год., а на мъжете – 67 год.

Заболяванията, от които страдат клиентите, участващи в проучването са представени в процентно съотношение на Диаграма 1.



Диаграма1. Разпределение на изследваните според водещо заболяване.

Методика на изследването:

1. Интервю – вербалният контакт с потребителите е основно средство, с което се получава информация за субективното им състояние. То е непрекъснат процес и неотменна част от ерготерапевтичното изследване. В случая, интервюто трябва да бъде насочено към проучване на начина, по който заболяването и престоят в институция рефлектират върху потребителя, промените в неговото ежедневие и възможностите му за самообслужване.
2. „История на паданията“ – уточняват се мястото и обстоятелствата, симптомите свързани с падането, приема на медикаменти и наличие на проблеми със ставането.
3. Проба за статично равновесие – метод на изследване, при който се отчита времето, за което изследваният успява да запази равновесие при стоеж на един крак. Пробата се повтаря три пъти от всяка страна, като се отчита най-доброто постигнато време. За нормално (ненарушено) статично равновесие говорим, когато изследваният е в състояние да задържи описаната позиция за 5 и повече секунди.

Забележка: Изследването се провежда без помощно средство.

4. Проба за динамично равновесие „GET UP AND GO TEST“ – представлява тест, с който се оценява динамичното равновесие на изследвания. Провежда се по следния начин: на три метра от стена се поставя стол, изследваният е инструктиран да заеме изходно положение седеж на стола, да се изправи и да върви в права линия до стената, след като я достигне – да се завърти, да се върне обратно към стола и да заеме отново изходно положение седеж. За нормално (ненарушено) динамично равновесие говорим, когато времето за изпълнение е не повече от 10 секунди. При резултат повече от 20 секунди е налице нарушено динамично равновесие с увеличен риск от падане.
5. Изследване на средата – използван е „Формуляр за оценка на безопасността в домашна среда“, чрез който се добива представа за състоянието на подовата настилка, наличие и височина на прагове, ниво на осветеност, условия в санитарните помещения и други.

Резултати и анализ

Интервю

Резултатите от проведеното интервю отразяват наличието на субективна симптоматика, проявяваща се при стоеж, при голяма част от изследваните: световъртеж, гадене, обливане с топли вълни и чувство за безпокойство. Само малка част от потребителите, участвали в нашите изследвания изявяват желание за участие в групови дейности и разнообразяване на ежедневието им. Също така,

малцина напускат пределите на дома. Придвижването на останалите е свързано с кратки разходки по коридорите, посещения в съседни стаи и задоволяване на основни физиологични потребности. Контактите им са ограничени и рядко биват посещавани от близки и приятели. Социалната изолация, съчетана с обездвижването и вторичните ефекти от медикаментозното лечение, са предпоставки, които водят до задълбочаване на рисковите за падане фактори. Разбиването на този порочен кръг стои в основата на ерготерапевтичната интервенция, чията цел е превенцията на паданията.

История на паданията

Посредством направеното проучване са установени конкретните рискови фактори, довели до падане при изследваната група. Анализът на резултатите показва, че най-често те са комплексни, т.е. повече от един. Факторите, които се открояват като причини за падане са предимно бариери във физическата среда, съчетани със забавените равновесни реакции. Това са: препъване в ръба на балатума; лошо осветление; неправилна употреба на помощни средства; подхлъзване в банята; употреба на неподходящи домашни чехли вместо обувки; загуба на равновесие при изправяне от седнало положение.

Девет от изследваните са падали повече от веднъж, откакто са настанени в институция.

Проба за статично и динамично равновесие

Таблица 2

Име (жени):	Статично равновесие	Динамично равновесие	Име (мъже)	Статично равновесие	Динамично равновесие
П.В.Ф.	Отрицателна	Отрицателна	Л.Б.В.	Отрицателна	Положителна
И.П.Ц.	Отрицателна	Положителна	А.В.Н.	Отрицателна	Отрицателна
В.С.Д.	Положителна	Отрицателна	Д.Б.Д.	Положителна	Положителна
В.В.В.	Отрицателна	Положителна	Ц.П.Ц.	Отрицателна	Отрицателна
Е.И.П.	Отрицателна	Отрицателна	Д.Г.Д.	Положителна	Положителна
Т.М.Н	Отрицателна	Отрицателна	Р.М.Б	Отрицателна	Отрицателна
Р.Х.Г.	Положителна	Положителна	М.И.Т.	Отрицателна	Отрицателна
П.С.К.	Отрицателна	Отрицателна			

Резултатите от проведеното изследване за оценка на статичното равновесие при потребителите **от женски пол** отразяват, че е налице възможност за задържане на центъра на тежестта на тялото в областта на опорната площ само при две от тях. Отрицателната оценка обясняваме със световъртежа, настъпващ при опора на един крак и невъзможността за използването на помощно средство по време на тестването, т. е. налице са рискови фактори за падане.

Пробата за динамично равновесие е положителна при три от потребителите и отрицателна при пет от тях. Придвижването с помощни средства дава сигурност, увеличава опорната площ и успява да компенсира наличните деформитети в областта на долните крайници. Въпреки това, по време на теста наблюдавахме намалена дължина на крачката, нарушена съпътстваща подвижност на горните крайници и отклоняване от мислената права линия. В резултат на това, тестът бе завършен за повече от 10 секунди.

Резултатите от проведеното изследване за оценка на статичното равновесие при потребителите **от мъжки пол** показват добро статично равновесие само при двама от тях. Както и при потребителите от женски пол и тук се установява

световъртеж и невъзможност за запазване на равновесие на един крак без употребата на помощно средство.

Пробата за динамично равновесие показва положителен резултат при трима души и отрицателна при четири. Наблюдавахме същите особености, както и при пробата за динамично равновесие при жените, в придвижването на тези, с отрицателен резултат.

Изследване на физическата средата

Анализът на резултати от направеното проучване на условията в институцията показва, че средата е неблагоприятна по отношение на рисковите фактори, които биха могли да доведат до падане. Установи се лошо състояние на настилката. Подът е покрит с балатум, който е нахъсан, на места се забелязват прагове и кабели около вратите на стаите, а това са предпоставки за препъване и евентуално последващо падане. Липсват парапети от двете страни на стълбището и в коридорите, което затруднява придвижването на потребителите. Осветлението е слабо, на места дори липсващо. Стаите са малки, обикновено се обитават от двама или трима потребители, пространството за придвижване е ограничено, тъй като е налице претрупаност на вещи. Леглата са без странични бордове, около и над тях липсват ръкохватки, за поетапна вертикализация. В баните липсват дръжки около душовите, както и гумирани подложки под тях, които да лимитират риска от подхлъзване и съответно загуба на равновесие. Мивките са нестабилни и липсват опори. Тоалетните са тесни, което ги прави неизползваеми от възрастни, които се придвижват с помощта на инвалидна количка. Височината на тоалетните чинии е ниска, не се използват приспособления за повдигането им. Всички столове са без подлакътници, което, съчетано със слабия постурален контрол при възрастни и затрудненото им преминаване от седнало в изправено положение и обратно, е рисков фактор за падане.

Освен рисковите, в средата са налице и някои фактори, които благоприятстват превенцията на паданията. Това са: наличие на полегата рампа на входа на институцията; осигурени необходими помощни средства за придвижване на потребителите; наличие на парапети от едната страна на стълбището на различно ниво, според височината на възрастните. Монтирани са ръкохватки от двете страни на тоалетните чинии с цел улесняване и обезопасяване на преминаването от изправено в седнало положение и обратно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На база на направеното проучване и анализа на резултатите са идентифицирани основните рискови фактори, които водят до падане при хора в напреднала възраст, настанени в институция. Отстраняването или свеждането до минимум на тези фактори стои в основата на предотвратяването на последващ инцидент. С цел повишаване на информираността на потребители и персонал по отношение на значимостта на проблема, свързан с паданията при възрастни, е изготвен наръчник с конкретни препоръки за превенция на паданията.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Душков, В. Спортна медицина, 2010.
- [2] Лекционни материали, предоставени от преподаватели – ас. Минчева П., Ерготерапия при хора в напреднала възраст.
- [3] Лекционни материали, предоставени от преподаватели – доц. Венова Л., Кинезитерапия в гериатрията.
- [4] Национален статистически институт, 2014, Население и демографски процеси през 2013 (окончателни данни), публикувани на:

http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/Population2013_AUIT2RS.pdf

[5] Топузов, И., Ерготерапия, трета част (специална), София, 2009.

[6] Fuller, G., USA, Washington, Falls in the Elderly, 2000:
<http://www.aafp.org/afp/2000/0401/p2159.html>

[7] Lewis, S., 2003, Elder Care in Occupational therapy, second edition, Chapter 16 – Falls, Fear of Falling and Fall Prevention

[8] World Health Organization, Falls, 2012:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>

За контакти:

Владислав Йорданов, студент I курс, Магистърска програма „Ерготерапия в общността”, РУ „Ангел Кънчев”, E-mail: vladislavjordanov_kt@abv.bg

Елица Великова - студент I курс, Магистърска програма „Ерготерапия в общността”, РУ „Ангел Кънчев”, E-mail: el_velikova@abv.bg

Научен консултант: Петя Минчева – гл. асистент, катедра Обществено Здраве и социални дейности, РУ „Ангел Кънчев”, E-mail: pmincheva@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран!

Обзор на „хълбочно-изправяща, притискащо-месеца“ терапия – Юмейхо

Автор: Мелен Хайдинов
Научен ръководител: ас. Радослава Делева

***Yumeiho is a therapeutic method** by which actions are performed with the hands on the entire human body in order to maintain or improve health.*

The method includes the technique 100 performed on the patient's body.

Key words: Yumeiho

ВЪВЕДЕНИЕ

Мануалната профилактика “Юмейхо” терапия е метод за увеличаване жизнените сили на организма чрез завръщане към Природата, метод на източен специален Божествен масаж изграден като система от Масаюки Сайонджи.

Основни положения в масажната техника на японският учен и терапевт Сайонджи върху които е изградена неговата оригинална система е определена като „Хълбочно-Изправяща, Притискащо-Месеца Терапия”.



Фиг. 1.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Какво е Юмейхо?

Юмейхо включва в себе си масажни и наместващи техники, гимнастически упражнения и вътрешни практики, целящи да съвместят центъра на тежестта с енергийния център на човека.

Юмейхо профилактиката е лечебен метод за изправяне на костите на цялото тяло, отпускането на неговите мускули и съединителна тъкан и за радикалното премахване на болести, причинени от разместванията на тазовите кости, които са център на тялото.

Нейната базова техника е подредена в изключително правилна и логична последователност. Най-важното е доказаната теория за центъра на тежестта!

Тази теория работи върху гръбнака, органите, върху цялото тяло на клетъчно ниво.

Ако се прилага теорията за центъра на тежестта за лечение резултатите са невероятни.

Юмейхо –Цели и Възможности

Основна цел на Юмейхо е да възстанови естествения баланс в тялото, заложен му от природата. Това се постига чрез сложна система от похвати за наместване и фиксиране на костите, чрез теглене, изправяне и вертикален натиск, които възвръщат първоначалната симетрия в стойката и носят висок лечебен ефект. За Юмейхо терапевта всички болести намират своето начало в ненормалното положение на хълбочните кости. Преди всичко трябва да се намести изкълчената става и да се нормализира равновесието на костите и мускулите на тялото. Хълбочно-наместващата профилактика е най-подходяща. Тя има за цел да възстанови телесното равновесие чрез мобилизиране на жизнените оздравяващи сили и така да върне здравето на болния. Целта на метода е да облекчи болката и да изкорени болестите. Това е причината методиката да се нарича "основна профилактика".



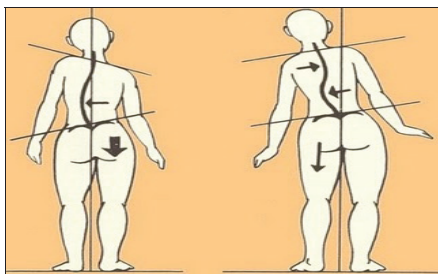
Фиг. 2.



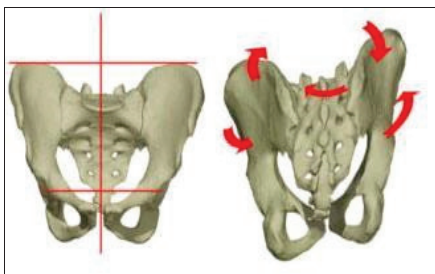
Фиг. 3.

Човешкото тяло и симетрията

Колкото по-сериозен е дисбалансът, толкова по-трудно е лечението и по-тежка е болестта. Ето защо от профилактичната терапия е добре да се възползват както хора в зряла възраст, така и младежи, юноши и деца. Юмейхо диагностиката бива сетивна и зрителна. При прав стоеж човешкото тяло е почти симетрично по отношение на вертикалната линия, следваща гръбнака. При здрав организъм тази вертикална линия се пресича с раменната и хълбочната, с които образува прави ъгли. Всяко изкълчване нарушава тази симетрия. Тези ъгли вляво или вдясно, стават остри или тъпи. Едното рамо е по-високо от другото, единият хълбок е по-висок от другия, единият крак е по-къс от другия. Само един от тези признаци е достатъчен за становището на лечителя.



Фиг. 4.

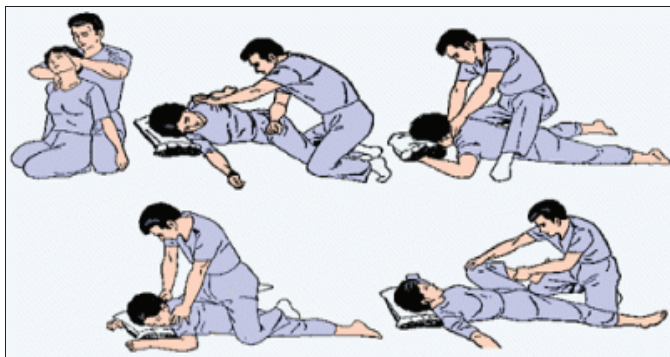


Фиг. 5.

Омесването, притискането, разтриването, наместването са главни средства за нормализиране на разстроените стави, на втвърдените мускули и на лимфния

кръвен застой. Чрез тях се постига премахване на болките и възстановяване на физиологичните функции в техните нормални граници.

Методът изисква тотална профилактика на цялото тяло. Най-напред той решава проблемите с ортопедичен характер: изправяне изкълчените стави на таза, гръбнака, колената и др. В същото време, поради характера на самата техника, върху целия организъм се отразява неговото многостранно въздействие - сегментарно, зонално и пр.



Фиг. 6.

Сайонджи обръща внимание на феномена “пукане в ставата”, като израз на лечебен ефект. При наместването на ставите, които и да са те на пръстите на ръцете или краката, на колената, на талията или прешлените винаги се очаква да се чуе звукът „пукане”. Липсата на този феномен показва, че мускулите и съединителната тъкан са ригидни, ставите имат ограничено сгъване. Авторът описва 100 масажни манипулации, с които ангажира цялата структура на човешкото тяло.



Фиг. 6.

Клиничните противопоказания, при които не бива да се правят наместващи похвати:

1. Заболявания и аномалии на a.vertebralis.
2. Тежки форми на остеопороза.
3. Тежки дегенеративни изменения.

4. Деструктивни процеси вследствие тумор или туберкулоза.
5. Възпалителни процеси.
6. Хиперподвижност.
7. Травми с нарушение на анатомичните структури.
8. Много тежки форми на остро лумбаго- суспектни за сериозен дисков пролапс.
9. Тежки форми на ювенилна остеохондроза.
10. Психични нарушения.

Масаюки Сайонджи (18.11.1943 – 01.03.2005)

Основателят на Юмейхо терапията – Масаюки Сайонджи е роден в Токио на 18.11.1943г. Той е директор на Международния институт по профилактична медицина. Преподавайки китайски език и калиграфия, Сайонджи се запознава с Оно Хидеказу, изследовател по възстановителна терапия по Шаолин. По-късно Сайонджи влиза в японското училище по терапия за ръчен масаж, където по обстойно изучава теорията. След дипломирането си прилагайки някои методи и на Народната медицина той създава оригинален лечебен метод „хълбочно-изправяща, притискащо-месеца терапия“, като по този начин систематизира природното лечение. Под негово ръководство японското дружество по „хълбочно-изправяща, притискащо-месеца терапия“ постига очевиден успех. На 01.03.2005 година, при автомобилна катастрофа, внезапно напусна този свят Създателят на Юмейхо.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Терапията Юмейхо изправя костната система на цялото тяло, отпуска неговите мускули, подобрява кръвообръщението, лимфооросяването и радикално премахва много проблеми, причинени от разместванията на тазовите кости, които са център на нашето тяло, повишава имунитета и премахва умствената и физическа умора. Тялото става по-еластично и по-високо. Подобряват се половите функции на организма. Човекът става по-красив и по-здрав.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Превод от Есперанто д-р Никола Донев, Хелиопол 1999

За контакти:

Мелен Хайдинов, студент II курс, специалност „Кинезитерапия“ към катедра „Обществено здраве и социални дейности“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“, email: melenskie@abv.bg

ас. Радослава Делева, Русенски университет „Ангел Кънчев“ Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, email: rdeleva@abv.bg

Докладът е рецензиран!

Биопсихосоциален подход в рехабилитацията на пациенти с хронични болки в кръста

Автор: Кристела Василева

Научен ръководител: гл. ас. д-р Ирина Караганова

Kinesytherapy program in chronic low back pain: *Chronic pain in the lumbar spine is preceded by the alternation of individual attacks with periods of complete absence of pain. Usually, persons aged between 35 and 65 years suffer from the pain of varying intensity. There is a misconception that this disease affects primarily persons engaged in heavy physical labour. It is rather the impetus to emergence of chronic pain in the lumbar spine provides long incorrect posture in the workplace in conjunction with age-related changes. A sedentary lifestyle promotes outbreaks of disease, apparently, that is to say sedentary work, lack of movement and exercise.*

Key words: *kinesytherapy, low back pain, lumbar spine, disease, age-related changes*

ВЪВЕДЕНИЕ

Превенцията и ограничаването на социално-значимите заболявания, сред които сърдечно-съдови, мозъчно съдови болести и захарен диабет, заемат челно място в здравните стратегии на страната.

От друга страна, на фона на повишената обществена загриженост за нарастващия брой на тези състояния, болките в гърба и по-голямата част от свързаните с труда заболявания остават извън здравните и социални политики за подобряване здравето на уязвимите групи, [1].

Болка, дискомфорт и загуба на функционалност в гърба са едни от най-често срещаните проблеми при работещите хора. Нещо повече, статистическите данни показват, че почти всеки човек се е сблъсквал с тези разпространени оплаквания поне веднъж в своя живот, [2 - 4].

Болката в кръста, която се дефинира като неспецифично, епидемиологично състояние, може да бъде резултат от различни увреди. Тя не представлява заболяване, а симптом, при който в много от случаите етиологията е неизвестна. Болката често рецидивира, което я превръща в хронична, [3, 5].

Прогресирането на болковата симптоматика може да бъде повлияно от разнообразни фактори. Най-често цитираните рискови фактори за хронифициране на болките в гърба са свързани с генетична предопределеност и соматични фактори като бременност, менструация и наднормено тегло, [1].

Специфичните заболявания на гръбначния стълб, сред които дискова херния, дископатия, радикулит, лумбалната спондилоза и други са сред най-често търсените медицински проблеми при оплаквания от болки в гърба, [5].

Смята се, че злоупотребата с алкохол и тютюнопушене също допринасят за поява на болки в гръба.

Друга група рискови фактори са тези на работната среда, включващи големи физически натоварвания, нефизиологична поза на тялото и други.

По-нови изследвания върху болките в кръста сочат, че психологичните фактори също имат съществена роля в етиологията на болка и нейното персистиране. Характерът на пациента, постоянното психическо напрежение и стрес и негативните социалните аспекти на неговия живот, могат да бъдат първична причина за болки в гръбнака. От друга страна, силната и продължителна болка нарушава емоционалната сфера на пациента и провокира вторично тревожно или депресивно разстройство, [6].

Така се оформя порочен кръг – така нареченото **биопсихосоциално заболяване**, трудно поддаващо се на лечение.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Все по-активно се разпространяват изключително сложни и скъпо струващи методи за преодоляване на болките в кръста. Лечебните практики варират от самолечение, медикаментозна терапия, въздействие с физиотерапевтични средства, лумбални корсети, мануална терапия до лазертерапия и оперативни техники за корекция. Широко използвани са и различни алтернативни методи на терапия като билколечение, хомеопатия, пилатес и йога, [4, 5].

Независимо от успеха на лечебните методи, според оценката на специалистите в близо 15% от случаите болката е рецидивираща.

Това се дължи на факта, че във фокуса на лечението най-често попадат отделни симптоми и състояния, а не човекът в неговата цялост.

Целта на медицинският подход в лечението на кръстната болка е насочена главно към облекчаване на симптомите.

При биопсихосоциалният подход отношението към пациента е различно. Най-важна при анализа на функционалното състояние е оценката на взаимосвързката между физически, психосоциални и професионални рискови фактори. Целта на терапията е не само облекчаване на симптомите, но и постигане на контрол върху болката и дългосрочно възстановяване на нарушената функция, [6].

Биопсихосоциалният подход в рехабилитацията на пациенти с хронични болки в гърба поставя ударението върху взаимодействието между биологичното (напр. болест, травми, увреждания на гръбначния стълб), психологичното (напр. нагласи, тревожност) и социалното (напр. работни изисквания, семейна подкрепа) и представлява един полезен начин за оценяване причините и планиране на лечението, [6].

В основата на терапията стои преодоляването на страха от болката чрез създаването на положителна умствена нагласа за психически и физически комфорт.

Голяма част от хората с болки в гърба съзнателно избягват движението, шофирането и други ежедневни трудови и битови дейности с убеждението, че не могат да ги изпълнят или от страх за изостряне на болковата симптоматика. Това от своя страна е предпоставка за постепенно отслабване на мускулатурата, скованост в ставите и общо неразположение на тялото и духа.

Противно на всеобщото поведение на пасивност, съществуват убедителни доказателства, че пациентите следва да запазят дееспособността си и да се върнат към обичайната си дейност, колкото е възможно по-скоро, [5, 6].

В тази връзка, една комбинация от оптимално клинично управление, програма за рехабилитация и обучение в професионална хигиена на труда и е много по-ефективна, отколкото всеки елемент поотделно.

Резултатите от редица изследвания показват, че упражняването на ежедневните двигателни дейности с постепенно увеличаване на физическата активност въздейства върху чувството на болка и помага на хората да осъзнаят, че могат да изпълняват нормално ежедневните си двигателни дейности.

Някои критици на биопсихосоциалния модел се фокусират върху възможността личностните фактори и повишена загриженост към пациента да увеличат и затвърдят поведението му на пасивност и да го окуражат да възприеме ролята на болен.

Въпреки това, доказателствата в литературата са много по-силно наклонени към ефективността на биопсихосоциалния модел и неговата роля за справяне с болките в кръста както в клинична, така и в работна среда, [6].

Основавайки се на успешните резултати от мултидисциплинарния подход в лечението на хроничните болки в кръста, приложихме в клинична обстановка примерна методика комбинираща познавателно-поведенчески компонент и физически упражнения за овладяване на болезнените движения.

Целта на проучването е да се сравнят промените в степента на болковата симптоматика, функционалното състояние и способността за изпълнение на ежедневните трудови и битови дейности при включване на поведенческа двигателна терапия в рехабилитационния план на пациенти с хронични болки в гърба.

Контингент и методика на проучването

Проучването стартира от месец октомври на календарната 2013 година и продължава до настоящия момент. То се провежда в СБАЛФРМ „Медика“ и отделение по „Физикална и рехабилитационна медицина“ към МБАЛ-Русе – АД.

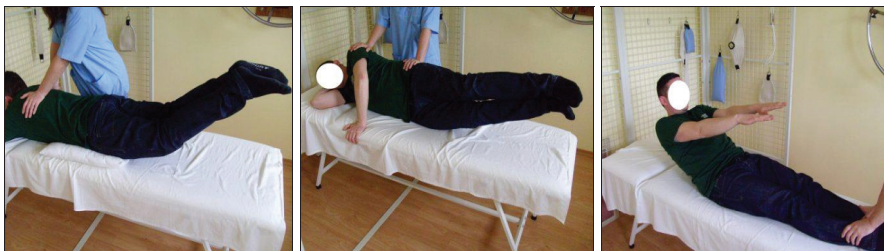
Обект на изследване са пациенти с хроничен болков синдром и функционални ограничения в лумбалната област. До момента в проучването са включени 20 болни с различен произход на болки в кръста (дископатия, коренчеви увреди, спондилоза, дискова херния и др.).

Пациентите са разделени на две групи: **контролната група А**, в която вземат участие 10 пациента (8 жени и 2 мъже) на средна възраст 42,5 г. и **работна група Б**, включваща 10 пациента (6 жени и 4 мъже) на средна възраст 41,25 г.

Методи за изследване

За проследяване и оценка на резултатите са използвани три групи тестове

- **модифициран тест на Краус-Вебер за лумбална дискова болест (по В. Желев и Л. Венова, 1979) в две части: динамична част** – изградена от пет тестови движения, осигуряващи информация за подвижността на лумбалния дял на гръбначния стълб и **статична част** – съставена от девет изометрични тестови позиции, даващи информация за силата и издръжливостта на мускулите, които формират поясния “мускулен корсет” и за наличния мускулен дисбаланс;



Снимка 1, 2 и 3. Статична част на теста на Краус Вебер

- **тест за определяне на степента на болката по метода на Мерл О. Добине** – използващ шест степенна скала за оценка на болката в степени от 0 до 5 (цит. по Д. Костадинов, 1998);
- **тест за определяне на степента на намалена способност при пациенти с болки в поясно-кръстцовата област на гръбначния стълб на Owstri** - чрез теста се степенува силата на болката, възможността за самообслужване, вдигане на тежки премети, ходене, седане на стол, стоене в право положение, сън, сексуален живот, социален живот и пътуване. Използва се шест степенна скала за оценка от 0 до 5.

Подборът на функционални тестове бе съобразен с етиологията, клиниката на заболяването и насоката на рехабилитационния план, а именно повлияване на болковата симптоматика при извършване на ежедневните двигателни дейности.

Биопсихосоциалния модел изисква психичните и социални фактори също да бъдат разгледани като част от рехабилитационния процес.

В тази връзка, използваната тестова батерия имаше за цел да установи индивидуалните биологични и психосоциални рискове, влияещи върху персистирането на болката и следователно да предостави възможност за избор на оптимални средства за лечение на пациента.



Снимка 4. Том-Майер



Снимка 5. Ляв страничен наклон



Снимка 6. Проба на Шобер

Методика на лечебните програми при хронични болки в кръста

Кинезитерапевтичната програма на контролната група А включи комплекс от активни упражнения, упражнения с голяма гимнастическа топка, упражнения на шведска стена, упражнения от тилен, лицев и страничен лег, дихателни и изометрични упражнения, прилагани ежедневно в рамките на клиничния рехабилитационен курс.



Снимка 7, 8 и 9. Стандартни упражнения при хронични болки в гърба

Лечебната програма при експерименталната група Б включи същите средства на терапевтично въздействие, приложени под формата на когнитивно-поведенческа двигателна терапия.

Тъй като когнитивно-поведенческата терапия е чисто психотерапевтичен подход, използващ най-вече поведенчески техники за промяна на мисленето и решаване на проблеми свързани дисфункционални емоции, поведения и възприятия, ние използвахме тази част от терапията свързана с практическото упражняване на затруднените физически функции (и в частност болезнени двигателни активности), така че те да станат естествени и обичайни за пациента.



Снимка 9, 10 и 11. Упражнения при хронични болки в гърба

Фокусът на лечението е в постепенното упражняване на тези двигателни дейности, които пациентът избягва поради болката.

Пациентът трябва да осъзнае, че болката не се засилва при рутинна физическа активност, а подпомага нейното редуциране и постигане на физически комфорт.

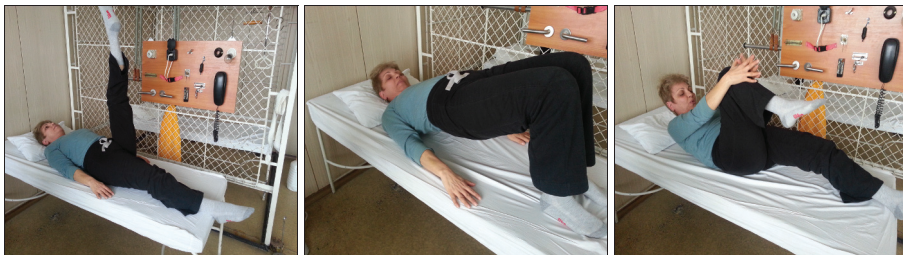


Снимка 11, 12 и 13. Обучение в правилно натоварване на гръбначния стълб при хронични болки в гърба

Поддържането на активността е важно както за предпазването, така и за лечението на болките в гърба. Бързото връщане към ежедневните двигателни активности спомага за предотвратяване на хроничната гръбна болка. Постепенното адаптиране към различни битови и работни натоварвания може да ускори възстановителния процес и да намали риска от усложнения.

Така целта на терапията е постигане на активен самоконтрол над признаците и симптомите чрез усвояване на навици за правилно извършване на физическите активности.

Този подход включва съвети и редица относително прости хигиенни мерки за справяне с болките в гърба, които пациента да следва с цел предотвратяване на повторна проява и рецидив.



Снимка 14, 15 и 16. Упражнения при хронични болки в гърба

Резултати и обсъждане

Проведеното начално анамнестично проучване показва, че професиите на повечето от пациентите и от двете групи са свързани с продължителна седяща позиция и претоварване на едни и същи мускулни групи. Всички участници в изследването са с доказан клиничен проблем, тоест болките в кръста могат да се класифицират като специфични.

Тъй като проучването е все още незавършено, не могат да бъдат изведени категорични изводи за ефективността на двигателната терапия върху физическото и психосоциално здраве на пациентите.

Наблюденията до момента показват по-голяма редукция на болката при работната група лица.

Системното упражняване на затруднените двигателни дейности дава относително по-добри резултати по отношение на повишаването на способността за самообслужване и ДЕЖ.

Тези резултати са определящи за въздействието на предложената методика и оправдават продължаване на проучванията в тази насока.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Днес, хроничната кръстна болка е една от основните причини за загуба на трудоспособност, обездвижване и влошаване на социалния статус.

Въз основа на доказателствата, че психо-социалните фактори са определящи за хроничността и неспособността при хора с болки в гърба, се аргументира и необходимостта от по-различен рехабилитационен подход, насочен към справяне с биопсихосоциалните препятствия, които забавят или пречат на очакваното възстановяване. -

Тъй като болките в гърба не са болест, която може да се лекува чисто физически, а доказателствата, че превенцията е възможна, са недостатъчни, то фокусът на лечението трябва да бъде по-скоро върху постепенното адаптиране към обичайните битови и трудови натоварвания и възвръщане на желаното ниво на активност.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Ванев, М. Дискогенни радикулити. София, Медицина и физкултура, 1972
- [2] Костадинов, Д. Болки в гърба и кръста, София, 2000
- [3] Каранешев, Г. Ръководство за практически упражнения по лечебна физкултура, София, Медицина и физкултура, 1991
- [4] Костадинов, Д. Лумбосакрален синдром, София, Медицина и физкултура, 1983
- [5] Миланов, Ив., Ст.Янчева. Неврология за общопрактикуващи лекари, София, 2009
- [6] Lakhan, S. E. The biopsychosocial model of health and illness, 2006

За контакти:

Кристела Васкова Василева, студентка IV курс, специалност „Кинезитерапия“ към катедра „Обществено здраве и социални дейности“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“, email: krisy112@abv.bg

гл. ас. д-р Ирина Мончева Караганова, Русенски университет „Ангел Кънчев“ Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, email: karaganovai@abv.bg

Докладът е рецензиран!

Културно-компетентната супервизия в социалната работа

Автор: Диляна Пеева

Научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев

Summary: *The report highlights the importance of cultural competence in the field of social work. Analyzed are the roles and function of cultural competent supervision and their contribution to improving the quality of social services.*

Key words: *concept of culture, cultural competence, sensitive to cultural social work, supervision, culturally-competent supervision*

ВЪВЕДЕНИЕ

В съвременните условия на социална и демографска криза, все по-ясно се откроява значението на културната компетентност на социалните работници. Тя се разглежда като важен компонент на професионалната компетентност и като решаващ фактор за ефективността и антидискриминационната насоченост на социалните услуги. Възприемането на културните норми на общността в хода на социализацията води до изграждане на увереност, че „така трябва“, „това е правилното“.

Културата, която носи индивидът, е тясно свързана с етническата му идентификация. Макар в ежедневието хората рядко да си дават сметка за това, езикът, религията, институциите са все белези на етническата принадлежност. Понятието „културен фашизъм“ се разглежда, като резултат от приемането на идеята, че има културна непълноценност на една раса и обратното – превъзходство на друга. В противовес, идеята за културната компетентност се основава на признаване равнопоставеността на различните култури, чувствителност към културните различия и отстояване ценността на всяка от тях, [2].

Развитие на културната компетентност започва от осъзнаването на собствените културни корени, за да прерасне в съзнание за другите култури, съзнание за разликите между членовете на една култура, за да се развива културнокомпетентна практика. Добрите специалисти умеят да адаптират работния процес към културните особености на клиента, а не налагат механично своята гледна точка.

ИЗЛОЖЕНИЕ

1. Културно-компетентната социална работа

От голямо значение за издигане на професионализма на социалните работници и супервизорите е реализирането на чувствителна към културата на клиента подпомагаща дейност и културно-компетентна супервизия. Културната компетентност не е абсолютно качество, а се развива през целия професионален път на социалните работници при съзнателно вглеждане в културното многообразие, в богатството от културни правила, форми, навици, обичаи, установки, ценности, институции, в материалните въплъщения на културния процес.

Притежаването на културна компетентност не е повърхностно демонстриране на толерантно отношение. Ако социалният работник не знае какво значение имат за клиента му различните вещи, знаци и отношения, той трудно би могъл да чуе неговите послания, да интерпретира и разбере информацията, която получава от него, [6].

Формирането на културна компетентност е непрекъснат и интензивен процес на обучение, професионална подготовка и усъвършенстване. Тя има ярко изразена антидискриминационна насоченост и допринася за развитие и утвърждаване на способността на социалните работници:

- да бъдат отговорни за благосъстоянието на всички клиенти, независимо от техния етнически или расов произход, пол, възраст, увреждане, сексуална ориентация, религия, социално-икономически статус и др.;
- да разбират богатството и ограниченията на социално-културния контекст;
- да действат по начин показващ на клиентите им че ги приемат, уважават и разбират тяхната култура, и едновременно с това допринасят за развитието на етническото, социалното, културното и езиковото разнообразие;
- да проявяват отзивчивост към различните културни, етнически, езикови и други характеристики на индивиди, семейства, групи и общности, [3].

Лицата и групите, чиито проблеми и състояние са обект на социалната работа от една страна тласкат обществото към зоната на несигурност и дестабилизация, а от друга – са източник на, проводници или среда на различни субкултури или на деструктивни културни прояви, което предполага прилагане на широк спектър възпитателни действия от страна на социалния работник, както и усложняване на неговата посредническа роля от съответните социални институции към хората и обратно, с оглед постигане на положителен тласък в тяхното мислене и поведение към по-високи културни детерминанти.

Разглеждайки ролята на културата за формиране и усъвършенстване на социалната работа, стигаме до извода, че става въпрос преди всичко за активизиращата роля на съвременната култура по отношение на човешкото мислене и поведение.

В последните десетилетия, в условията на задълбочаваща се криза, в България настъпи масово обедняване на хората. Често те са принудени да вземат решения и да действат противоположно на своите принципи, възгледи и нагласи. Нестабилната структура на обществото и породилото се чувство за безперспективност, предизвиква у хората объркване и пасивност.

Много лица и социални групи избягват поемането на каквато и де е инициатива и се дистанцират от разбирането за променената ситуация. Масово явление е прагматичното поведение, при което хората са заети в решаването само на най-близки и непосредствени проблеми. Така се стига до състояние на обществото, което М. Шилер дефинира като „демокрация на настроенията“. Разглеждайки този феномен, Ив. Стефанов изтъква, че *„става дума за неадекватна форма на демократично съществуване, при което определящи се оказват тотални нагласи за индивидуален и групов негативизъм“*. Демокрацията на настроенията увеличава хаоса и безпорядъка в обществото, засилва случаите на негативно мислене и поведение. Една от основните задачи, стояща пред социалния работник, е да противодейства на появата и мултипликацията на демокрацията на настроенията в обществото, изпаднало в състояние на отклоняващо се поведение, или на проявите на т. нар. култура на бедността в част от общността. Последната се определя като специфична форма на възприемане на света, свързана главно с целите на всекидневното оцеляване, с минимизирането на сферата на потребностите и социалните очаквания, с понижено социално самочувствие и индиферентност към социалните оценки, [1].

От гледна точка на социалната работа все повече хора и социални групи придобиват нисък социален статус и се натоварват с проблеми, които ги превръщат в субекти, нуждаещи се от социално подпомагане и социални услуги.

От друга страна тези промени в обществото предизвикват значително трансформиране на ролята и функциите на социалния работник. Нараства необходимостта от обучението му за справяне с по-широк кръг проблеми в обществото, които да може успешно да разрешава с методи на социологията, психологията, правото, педагогиката, медицината. Високият му професионализъм

трябва да бъде съчетан с развито креативно мислене, прилагане на интердисциплинарни подходи и възможност за бързо и адекватно справяне с различни критични ситуации.

Това е свързано не само с притежаването на съответни личностни качества и висок морал, но и със значителна психическа устойчивост. Специалистът по социални дейности е човек, който трябва не само да вдъхне увереност и сила на своите клиенти, но и да е в състояние сам или в екип оптимално да разработва краткосрочни и по-дългосрочни политики и стратегии спрямо нуждаещите се лица, групи и общности. Той трябва в най-голяма степен да играе ролята на социален терапевт в обществото, притежавайки висока лична култура и издигайки на високо ниво културата на своите клиенти, [1].

При формирането на културно компетентни социални работници, особено важна роля и функцията изпълнява супервизията.

2. Културно-компетентната супервизия в сферата на социалната работа

За супервизията в отделните направления на социална работа в България няма единна нормативна регламентация и стандарти. Тя е задължителна само за някои от тях (социалната работа с деца и семейства в риск). Необходимостта от въвеждането на нормативна база и единни стандарти за културно-компетентна супервизия във всички полета на социалната работа е ясно изразена, и е предпоставка за повишаване качеството на предлаганите социални услуги.

През последните години интересът и търсенето на супервизия в социалните дейности е рязко повишен. Това развитие се дължи от една страна на новото възприемане на социалната проблематика, а от друга – на кризата на традиционните форми на социална интервенция. Специалистите по социална работа се справят с комплексни трансакции между индивиди, семейства и общности в съответствие със социални, правни и икономически системи, за да се стигне до социална промяна.

Професията социална работа разполага с голям спектър за интервенции: съветване, грижа, работа със семейството, комбинирани с работа в мрежа, посредничество и защита, за да се постигне качествена услуга, откриване и мобилизиране на ресурси (вътрешни и външни). Социалните работници реагират на кризи и всекидневни проблеми, за да помогнат на клиента да се справи с неблагоприятния и болезнен ситуации, които изискват комплексно решение, като се вземат под внимание рискът, законът и етиката.

Природата на социалната работа изисква добри умения, знания и ценности за да се защитят човешките права. Развитието на супервизията в социалната работа, трябва да събере заедно тези приоритети и обучението на професионалисти да е съобразено с контекста, структурата и културата на различните общности. *„Приоритетите в практиката по социална работа може да са различни с тези от държава до държава и зависят от културата, историята и социално-икономическото състояние“.* (Международна федерация на социалните работници), [5].

Супервизията е ориентирана към процеса на помагане чрез рефлексия (осмисляне на практическия опит на познавателно и емоционално ниво) и рационален диалог за реконструкция на опита от обучението и практиката. Тя се използва за обучение и подкрепа на стартиращи професионалната си дейност социални работници и като средство за повишаване и контрол на качеството на предоставяните социални услуги. Супервизията се свързва с грижата и отговорността да се следи, наблюдава и помага на подготвящи се млади специалисти и практикуващи социални работници да изпълняват професионалната си дейност и задължения на ниво, отговарящо на стандартите на социалната работа. В по-тесен и конкретен

тен аспект супервизията се определя като „наставничество“, „корекционно консултиране и помощ“, процес на преподаване и усвояване на ценности, знания, умения и професионален опит, в чиято основа стои диалогичността с присъщата ѝ интерактивност и сътрудничество между супервизор и супервизиран, [4].

В нейните условия и технологичен контекст специалистите имат възможност да усвояват модели на поведение, знания, умения и компетенции, позволяващи им да участват активно в реализирането на собствените и на службата цели по отношение на културна компетентност и ефективност. Тя играе важна роля в емоционалното развитие на социалния работник.

Супервизията помага на участващите да анализират и осмислят собствените си действия, психични състояния и отношения. Постигнатата промяна и развитие ни дава основание да считаме супервизията за дейност, позволяваща на социалните работници и техните институции да се справят успешно с предизвикателствата на културното многообразие в съвременното глобално общество. Тази функционална специфика на супервизията може да се постигне единствено в служби и заведения, които поставят на преден план елементи, като ученето, промяната, растежа, толерантността и недискриминирането.

В организационната структура на службата или заведението предоставящи социални услуги, супервизията се определя като непряка услуга. Супервизорът не предоставя директно услуга на клиента, а контактува индиректно с него, чрез социалния работник, на когото предоставя подкрепа, за да му помогне да преодолее затруднения от най-различен характер. По този начин с дейността си супервизорът индиректно въздейства върху качеството на социалните услуги, предоставяни пряко от социалния работник и неговата служба или заведение.

За културно-компетентната супервизия са характерни следните основни моменти:

- културата се разглежда като активен и непрекъснато променящ се фактор, изискващ особено внимание в осъществяването на супервизията;
- клиентите, социалните работници и супервизорите често са повлияни от различни култури (групови, общностни, местни, регионални, национални и глобални);
- супервизорите трябва да имат достатъчно голям опит и знания, за да разбират, оценяват и да отговарят по професионално адекватен начин на груповите, общностните, местните и широкоразпространените култури, осигуряващи определен контекст и влияещи върху изразяването, поведението, менталните и емоционалните процеси на клиента и супервизирания;
- всяка подкрепа и свързана с нея супервизия имат епистемологична основа, която е културно базирана и изискваща интегриране в супервизията, [7].

Културно-компетентната супервизия играе важна роля за оценяването на нагласи, поведение, знания, умения и осъзнаването и преодоляването на собствените предразсъдъци и стереотипи от персонала на заведения за предоставяне на социални услуги и е важен елемент от капацитета им за развиване на културна компетентност, а така също и предпоставка за предоставянето на сензитивни, недискриминиращи, достъпни, качествени и ефективни услуги на клиенти от различни култури.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В съвременното българското общество и професионалната социална работа с особена актуалност се откроява необходимостта от културно-компетентни социални работници. В условията на нарастващ относителен дял на клиентите с различна култура те трябва да притежават високо ниво на културна компетентност,

допринасящо за подобряване на качеството и ефективността на предоставяните услуги, развитието на службите и на самите тях като чувствителни към културата и недискриминации. Важна роля и функция в тази насока изпълнява културно-компетентната супервизия.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Димова, Д., Кусев, И., Социална политика и социални дейности, Тракия – М, София, 2003
- [2] Нешев, П., Проблеми на социалната психология, изд. УНСС, София, 2010
- [3] Нунев, С., Антидискриминационна и антипотискаща социалната работа. Съвременна теория и практика. Изд. "Парадигма", София, Изд. "Парадигма", 2009.
- [4] Нунев, С., Основи на социалната работа, изд. "Антос", Шумен, 2001
- [5] Жигарова, Б., Ръководство супервизия за работещите в сферата на социалните услуги
- [6] Карагяурова, Д., Приложна психология и социална практика, изд. к-ща СТЕНО, Варна, 2010
- [7] Nunev S.T. Opportunities for development of culturally-competent supervision in social work. Science and Education: III International research and practice conference, Vol. II, Munich, 2013 / publishing office Vela Verlag Waldkraiburg – Munich – Germany, 2013 – 444 p.

За контакти:

Диляна Пеева, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност „Социални дейности“, I курс, редовна форма на обучение, тел.: 0898 361 105, e-mail: diljana@data.bg

доц. д-р Сашо Нунев, Русенски университет „Ангел Кънчев“, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел: 0886 802 466, e-mail: sasho_nunev@abv.bg

Докладът е рецензиран!

Фактори, обуславящи трудовата интеграция на хора с психически заболявания в Холандия

Автори: Мария Маркова, Борислав Дойков
Научен ръководител: гл. ас. д-р Лилия Тодорова

Factors influencing the people with mental illnesses' vocational rehabilitation: *The following paper has been designed for the organization of Rehabilitation Limburg (Relim) Heerlen, the Netherlands.*

An assignment from this organization has been received with the aim to find in the literature which factors are crucial and have influence on the people with psychiatric illnesses to find and maintain their jobs.

Key words: *factors, labour market, people with mental illness*

ВЪВЕДЕНИЕ

Този проект е част от обучителния интернационален модул European Enabling Employability for All (EEE4All) с участието на университети от Холандия и България. Целта на проекта бе да се създаде доклад с препоръки по реално задание от холандската организация, целящ да подобри дългогодишната ѝ работа в интегрирането на хора с психични разстройства на трудовия пазар. Методите за постигане на тази цел включват проучване на литературни източници, които описват главните фактори, оказващи негативно отношение върху трудовата реализация на тази група хора. По този начин местната организация може да систематизира работата и съсредоточи усилията си за по-ефикасното справяне с тези проблеми. Освен това бе необходимо да се интервюират работодатели – партньори на организацията, с цел да се установи тяхното отношение по въпроса кои фактори затрудняват включването на специфичната група хора в условията на трудовия пазар.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Международния модул European Enabling Employability for All е акредитиран към холандския Zuyd University of Applied Sciences през 2010 г. и тазгодишната му тема бе насочена към проблемите на хора с психични разстройства, които изпитват затруднения в намирането и запазването на работни позиции. В сътрудничество с холандския университет бе и Русенският Университет „Ангел Кънчев“, представляван от двама студенти и двама преподаватели по Ерготерапия, както и местна холандска организация с името Relim, чиито основни функции е да подпомага трудовата интеграция на хора с психични разстройства. В модула участваха и 6 студенти от холандския университет, също по Ерготерапия. Продължителността на модула бе 10 седмици, първите 8 от които бяха проведени дистанционно. През този период бе съставен план за провеждането на литературен обзор, интервюта с холандски работодатели – партньори на Relim, както и анализ на резултатите от изследването. През последните 2 седмици от проекта работата продължи в базата на университета в Холандия до приключването на доклада. В същото време няколко холандски преподаватели насочваха екипа от студенти по време на целия процес.

Заданието от Relim бе с фокус върху факторите, повлияващи заетостта на хората с психични разстройства, които възпрепятстват връщането им към активен трудов живот.

В началото бяха формулирани две основни направления. Първото се състои в литературно проучване по два основни въпроса:

1. Кои факторите, описани в литературата, влияят върху трудовата интеграция на хората с психични проблеми и зависимости?
2. Как е отразена тази тема в европейските и холандските законодателства?

Второто направление се състои в качествено изследване посредством интервюта с местни работодатели, позоваващо се на въпроса: Кои фактори според работодателите играят роля в наемането на хора, свързани с Relim?

За осъществяването на успешно литературно проучване с нашите холандски партньори беше използван модел за съставяне на програма за промоция на здравето – Health Promotion Program Planning. Чрез неговите стъпки бе изграден последователен план от задачи, които систематизираха и организираха нашата работа. Освен това бяха формулирани критерии за литературен подбор, които съдържат изисквания към литературата – да обхваща конкретни теми, свързани с психиатрията и рехабилитационни програми, да не е по-стара от 25 г., да бъде под формата на научни статии, академична литература и от специализирани бази данни. Така бяха подбрани повече от 60 източника, които бяха подложени на критичен анализ.

Много от водещите европейски и някои национални холандски закони бяха приложени към доклада за Relim с цел запознаване по основните стратегии, фондове и правомощия при наемането на хора с психически увреждания. Като основен закон послужиха Универсалната декларация за правата на човека, Европейският план за действие, както и Законът за активна политика на пазара на труда.

След качествен анализ бе съставено специално интервю за работодатели, свързани с организацията, чрез което бе събрана достатъчно актуална информация по темата. След това бяха открити редица групи от фактори, систематизирани по следния начин:

Опасения на работодателите

За кандидатите с увреждане:

Работодателите предпочитат да наемат хора с физически увреждания пред такива с психически. Много от работодателите имат опасения относно симптомите на заболяванията – могат временно да загубят разсъдък си или да се оттеглят в своя собствен свят, могат да станат непредвидимо опасни и агресивни. Отделно от тези типични симптоми те забелязва и че тези работници имат по-слаба памет, показват слаба преценка, имат странно поведение, липсва им ентузиазъм и инициативност, не обръщат внимание на детайлите в работата, не поддържат външния си вид, не се справят със стреса, имат слаба координация и др. Освен това, има и индивидуални фактори като негативно отношение, неспособност да боравят с пари, не пазят конфиденциална информация и др.

Основните опасения на работодателите са свързани с уменията на хората с психични разстройства. По отношение на комуникативните умения те се отнасят до невъзможност за поемане на инициатива да се справят в ситуация с клиенти. Също така е възможно да им липсват общи междуличностни умения, което работодателите намират за важно. Друг фактор е възрастта. Литературата показва, че хората на възраст над петдесет години имат по-големи бариери пред заетостта, свързани с компютърни познания и поддържане на междуличностни отношения на работното място. Друга пречка пред заетостта включва ниската производителност и свързаните с нея умения. Работодателите държат най-много на комуникативните умения и необходимата за работа квалификация. Освен това те имат притеснения относно изпълнението на работата от хора с психично заболяване, което може да доведе до неприемливо количество и качество на продукцията, както и небезопасно манипулиране, което представлява риск за здравето на работника или колегите му.

Работодателите също са имали притеснения относно ценностите на хората с психични заболявания. Те са загрижени за ценности като доверие и старание, които

са много важни за тях. По-малко важни аспекти от гледна точка на работодателя са добрият външен вид и личното излъчване.

Работодателите също демонстрират загриженост относно ценностите на служителите по отношение на работата, например да не идват навреме на работа, да не се гордеят с работата си, да отсъстват често поради необясними причини, да не се появяват за редовните смени, да не зачитат по-високопоставени от тях, да не следват инструкциите, да не са надеждни, да не се разбират с колеги и супервайзори, да не общуват с другите и др. Те също така губят мотивация, ако придобивките, свързани с увреждането се губят, когато лицето работи.

За колегите:

Работодателите имат притеснения за служителите, които работят заедно с хора с психични разстройства. Негативните нагласи на колегите са основна пречка за наемането на хора с психично-здравни проблеми. Хората с увреждания имат трудности да бъдат приети от страна на клиентите и колегите си. Хората с увреждания не желаят да разкриват пред останалите информация за своите нужди, особено ако почувстват, че могат да бъдат дискриминирани поради своето състояние. Те също така се опасяват, че ще бъдат мишена за клюки и отхвърляне. Останалите служители също не могат да бъдат използвани да се справят с лица с психично разстройство, което е допълнително безпокойство от страна на работодателите.

За законодателството:

Правителството не е достатъчно подкрепящо чрез програмите за заетост на хората с психични заболявания. Работодателите съобщават, че се нуждаят от финансиране от страна на правителството, за да наемат хора в неравностойно положение.

Също така те мислят, че администрацията не е в състояние да глоби или уволни лицето с увреждане, след като веднъж го е наела. Тези лица не са в състояние да изразват в организацията, нуждаят се от отпуск за медицински прегледи, не се приемат от колегите, обществото или клиентите и изискват допълнителни разходи за застрахователните дружества и данъкоплатците.

Умения на работодателите

Други фактори, които влияят на работодателите да наемат хора с психично-здравни проблеми, са уменията на самите работодатели. Литературата посочва като основни пречки комуникативните умения, социалните умения и знанията.

Работодателите се чувстват комфортно да разговарят с работниците и служителите по въпроси, свързани с психичното здраве, но не се чувстват много удобно да говорят с кандидати за работа по темата „увреждане“. Те се страхуват, че ако направят или кажат нещо погрешно, когато интервюират човек с психично заболяване, биха могли да бъдат обвинени в дискриминация.

В литературата също така се съобщава, че работодателите имат известни познания за наемането и работата с хора с психични заболявания, но се нуждаят от повече знания и информация за това. Тези умения и знания не са достатъчно добри, затова работодателите се нуждаят от по-точна информация по отношение на наемането на хора с психично-здравни нужди.

Тези, които имат предишен опит в наемането на хора с психични увреждания, са с по-положителни нагласи, отколкото тези, които никога не са наемали, поради което е малко вероятно да започнат да наемат лица с такова състояние. Освен това повечето работодатели нямат представа какви са разходите, тъй като хората с психично разстройство не изискват по-големи финансови инвестиции за

установяване и адаптиране на работното място. Хората с психични заболявания приемат добре всяка работа и не претендират за повишения. Освен това работодателите съобщават, че им липсват познания относно законите.

Също така работодателите не са наясно, че дори и лицата с най-сериозни психични разстройства искат да работят и могат да се справят на работни места, изискващи високо ниво на функциониране.

Понеже в голяма степен работодателите не са информирани за психичните заболявания, те заявяват, че голяма част от трудоспособната работна ръка се губи, защото не знаят как да се справят с психичното здраве на работното място.

Убеждения и стигма

Друг фактор, който играе важна роля при наемането на хора с увреждания, това са убежденията или стигмата. На пазара на труда има задължителни изисквания като възраст, пол и образование. Според литературата, някои работодатели смятат, че хората с психични разстройства са отговорни за своето състояние, и по тази причина е по-малко вероятно да наемат човек със здравословни проблеми. На лицата, употребяващи наркотици се гледа като по-отговорни за поведението си, отколкото към хората, злоупотребяващи с алкохола. И на двете групи обаче се гледа като по-отговорни за състоянието си, отколкото на хората с други психични разстройства. Доказано е, че жените, вземали наркотици, срещат повече бариери за заетост в сравнение с мъжете и е по-малко вероятно да бъдат наети след лечение, което може да се дължи на стигма от страна на работодателите.

На работното място е налице висока степен на незнание и липса на подготовка от страна на работодателите да се справят с проблеми с психичното здраве. Този вид негативни нагласи отразява по-широките обществени възгледи, че хората с психични разстройства са некомпетентни. Това кара работодателя да отсъжда неточно възможностите и пригодността за заетост на работниците и служителите с психични проблеми. Това прави прехода към по-предизвикателна трудова среда труден за хора с психични проблеми. Работодателите смятат, че тази група от хора са ненадеждни служители и че поемат риск при наемането им в публично- или клиент-насочени роли.

Работодателите считат, че потенциалните служители трябва да разкриват проблемите си, свързани с психичното здраве, преди наемането на работа. Работодателите също така заявяват, че наличието на риск от рецидив е основното им безпокойство и че възприемането на човек с увреждане може предизвика страх у колегите и клиентите. Като се имат предвид тези опасения, те са по-склонни да отхвърлят кандидат, признал, че има някакво психично разстройство.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трудовата заетостта може да се счита за един от най-важните фактори за мотивиране и насърчаване на хората с психично разстройство да продължат своето възстановяване и социално включване. Работата осигурява не само финансова независимост, но и смисъл и принадлежност, възможности за общуване и развитие на нови отношения, чувство за идентичност, самоуважение и смисъл в живота. Те искат да се развият и да възвърнат своята роля и лична идентичност чрез възстановяване на живота си, възвръщане на приятелите и наличието на работа.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Auer P., Coping with the consequences of globalization, ILO/EMP Analysis, 2004/2005

- [2] Bacon J., Employability interventions for people with mental health problems, WHO
- [3] Baron R., Accounting for unemployment among people with mental illness, Leuven, 2010
- [4] Bellini J., Invisible disability disclosure in an employment interview impact on employers' hiring decisions and views of employability,
- [5] Berendsen E., Wajong monitor: first report, UWV Employee Insurance Agency, 2010
- [6] Boardman J., Work and employment for people with psychiatric disabilities
- [7] Briggs D., Employer and employment agency attitudes towards employing individuals with mental health needs, 2010
- [8] Brohan E., Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace
- [9] Burns T., The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial
- [10] Catty J., Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial
- [11] Corrigan P., Chinese and American employers perspectives regarding hiring people with behaviourally driven health conditions: The role of stigma
- [11] Diksa E., Employer concerns about hiring persons with psychiatric disability: Results of the employer attitude questionnaire
- [12] Dubois N., Health Promotion Program Planning, The Health Communication Unit at the Centre for [13] Health Promotion, University of Toronto, 2001
- [14] Final report of the Ad Hoc Committee on a Comprehensive and Integral International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities, General Assembly resolution 60/232
- [15] Gilbride D., Identification of the characteristics of work environments and employers open to hiring and accommodating people with disabilities
- [16] Groothoff M., Influence of efforts employer and employee on return-to-work process and outcomes
- [17] Hand C., Small business employers' views on hiring individuals with mental illness
- [18] Henderson C., Mental health problems in the workplace: changes in employers' knowledge, attitudes and practices in England 2006-2010)
- [19] Hernandez B., Reflections from employers on the disabled workforce: focus groups with healthcare, hospitality and retail administrators
- [20] Lagerveld S., Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: A comparative outcome study
- [21] Manning C., Attitudes of employers to the mentally ill, Psychiatric Bulletin, 1995, vol. 19:541-543
- [22] Marwaha S., Schizophrenia and employment
- [23] Marwaha S., Views and experience of employment among people with psychosis. A qualitative descriptive study
- [24] Mechanic D., Employing persons with serious mental illness
- [25] O'Connor J., Strategies states can use to employ persons with mental illness, NGA Center for Best Practices, 2003
- [26] Ozawaa A., Employer attitudes toward employing persons with psychiatric disability in Japan
- [27] Rinaldi M., First episode psychosis and employment: a review
- [28] Secker J., Promoting mental health through employment and developing healthy workplaces: the potential of natural supports at work

[29] Trojanowski L., Examining the factors associated with paid employment of clients enrolled in first episode of psychosis programs, 2012

[30] Tsang W.H., A cross-cultural study of employer's concern about hiring people with psychotic disorder: implications for recovery, 2007

[31] United Kingdom Equality Act 2010, The Stationery Office Limited, 2010

[32] Walker S., Supporting people with mental illness in training and employment, City & Guilds Center for Skill Development, 2010

[33] Woodley A., Employer attitudes towards employing disabled people: Employer perspectives on recruiting people with disability and the role of Disability Employment Services

За контакти:

Мария Маркова, студент III курс, специалност „Ерготерапия“ към катедра „Обществено здраве и социални дейности“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“

Борислав Дойков, студент III курс, специалност „Ерготерапия“ към катедра „Обществено здраве и социални дейности“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“

гл.ас. д-р Лилия Асенова Тодорова, Катедра “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски Университет „Ангел Кънчев“, тел.: 082/821993, e-mail: litod@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран!

TheraSuit Method – иновация в лечението на детската церебрална парализа.

Автор: Виктория Добрева

Научен ръководител: доц. Пенка Баракова, д.п.

Summary: *This report focus on a new part of the treatment of children with cerebral palsy. TheraSuit Method was created by Izabela and Richard Koscielny. The purpose of that method is to keep the body in the correct position. It's based on an intensive and specific exercise program. The elimination of pathological reflexes and establishing new correct and functional patterns of movements is of significant importance.*

Key words: *Paralysis Cerebralis, TheraSuit Method, treatment, children, movement*

ВЪВЕДЕНИЕ

Церебралната парализа описва група от постоянни нарушения на развитието на движението и позата, причинявайки ограничение в дейността, които се отнасят към непрогресивни нарушения, появяват в развиващия се плод или в мозъкът на новороденото, [1].

Във връзка с честота и медико- социалната значимост на заболяване започват да се търсят различни методи за лечението на тази паталогия. Водещи специалисти в лечението и рехабилитацията търсят начини за намаляване на инвалидизацията и преодоляване на последващите усложнения.

Ранното диагностициране и навременното лечение на заболяването дава възможност за овладяване на болестния процес и правилна интеграция в обществото.

В последните няколко години в практиката започна да се прилага все още експериментално новия Thera Suit метод. Методът се състои от „костюм“ позволяващ правилно алиниране на тялото в пространството. Това е интензивна програма (метод) за индивидуално лечение на деца с детска церебрална парализа, които приложен в процедурите по физикална терапия води до функционален напредък в двигателното развитие, [2, 3, 5].

Цел: Целта на настоящето съобщение е да ни запознае с този иновативен метод в медико-социалната рехабилитация на децата с церебрална парализа.

ИЗЛОЖЕНИЕ

TheraSuit методът е създаден от Isabella и Richard Koscielny, въз основа на техният многогодишен личен опит. Методът използва различни инструменти и универсални упражнения. Един от тях е меката динамична проприоцептивна ортеза нарича TheraSuit. Меките презрамки извършват контрол върху стойката, за да се даде възможност за изолирани упражнения в рамките на нормалния модел на движение.

Костюмът, които се използва при него дава възможност за привеждане на тялото възможно най-близо до нормалните двигателни модели. Възстановяването на правилната ортостатична позиция играе решаваща роля за нормализиране на мускулния тонус, сетивната и вестибуларната функция, [5, 7].

TheraSuit – методът се състои от три компонента: мек олекотен костюм, наречен TheraSuit, програма от универсални упражнения – Universal Exercise Unit и Spider Cage, [5].

Първият компонент е съставен от: шапка, жилетка, къси панталони, наколенници и приспособления за обувки, които са свързани помежду си чрез система от еластични ленти.

Therasuit представлява мека динамична ортеза и е сигурен, ефективен инструмент, използван в комбинация с интензивна тренировъчна програма и UEU за ускоряване на напредъка на детето, [5].



Фиг. 1, 2. Therasuit костюм

Втората компонента – The „Spider Клетката“, е динамична отворена система от еластични въжета, даваща възможност за независими движение, докато тялото се поддържа механично от система от ролки, ремъци и шини, с което е възможно да се извършват определени движения.

Гравитационните сили се елиминират чрез системата от скрибци и колани, с тях се ограничават патологичните синкенизии и се осигурява изпълнение на сравнително чиста локомоция. Така се осигурява постоянна динамична средна линия, която винаги насочва движението към центъра, за да настане то обичайно и функционално, [5].



Фиг. 3. и 4. Spider Клетката

Третата компонента представлява програма от **универсални упражнения**.

Универсалното звено от упражнения има за цел да обучи детето да извършва изолирани желани двигателни модели, различни от патологичните и да засилва определени мускулни групи, [9].



Фиг. 5., 6. Универсалните упражнения

Методът позволява на децата да изградят правилни модели на движение и да редуцират патологичните патерни и синкинезии.

Той е подходящ не само за деца с церебрална парализа, но и при: изоставане в двигателното развитие, състояния след черепно- мозъчни и гръбначно – мозъчни травми, състояния след мозъчно-съдови инциденти (инсулти), spina bifida аперта, сетивни нарушения, някои генетични увреждания, като синдром на Даун.

Методът се прилага два пъти седмично по три часа.

Преди започване на тренировките на децата се прилагат при нужда топлинни процедури и аналитичен масаж на мускулите, [9].

Очакваните резултати са: намаляване на хипертонуса, намаляване патологични модели на движение, увеличаване активни модели на движение, укрепването на определени мускулни групи, отговорни за функционално движение, обучение в осъществяване контрол на координация и издръжливост, подсилване ефекта на възможните функционални дейности и обучение в походка, [4, 7, 8].

Изследванията показват , че методът е добра стратегия в процеса на обучението в ходене.



Фиг. 7. Масаж на тялото



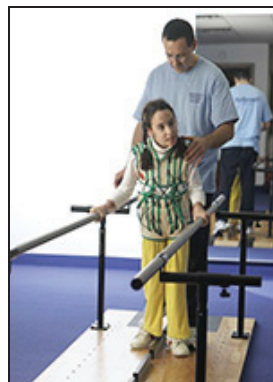
Фиг. 8. Стречинг



Фиг. 9. Обучение в ходене

Ползите от метода са, че се подобрява цялостната координация на тялото в пространството, регулира мускулният тонус, преодолява контрактурите, подобрява костната плътност и увеличава издръжливостта и силата на мускулите; стимулира мозъка да преквалифицира централната нервна система, осигурява тактилна и

сензорна стимулация, алинира тялото, осигурява външна стабилизация и подкрепя слаби мускули, подобрява походката, [7, 9].



Фиг. 10. Стабилизация на позата **Фиг. 11.** Координация **Фиг. 12.** Ходене по успоредка

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проучванията и клиничната значимост на TheraSuit метода продължават. На този етап изследванията показват, че методът е по – ефективен, когато се прилагат трите му компоненти едновременно, а не по отделно. Наблюденията показват подобряване на неврологичното и поведенческо развитие на децата с церебрална парализи. Продължават изследванията за приложението му при други заболявания на ЦНС.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Donders, J., S. Hunter. Principles and Practice of Lifespan Developmental Neuropsychology University Press 2010
- [2] Espinosa, J. Guia Esencial de Rehabilitacion Infantil / Essential Guide to Children, 2010, Editorial medica panamericana;
- [3] Dössel, O. World Congress on Medical Physics and Biomedical Engineering, Springer 2009
- [4] www.genius4kids.com/Main/4-TheraSuit%20Method-E.pdf
- [5] <http://www.kidtherapy.nj.com/therasuit>
- [6] www.littletesoros.com/programs.html
- [7] <http://www.olinek.com.pl/en/index.php?o=therasuite>
- [8] <http://www.suittherapy.com/images/TheraSuit%20Article.pdf>
- [9] <http://www.thetherapyplace.org/therasuit-method/>

За контакти:

Виктория Добрева, РУ „Ангел Кънчев, тел.: 0885803772, e-mail: dobrevaa@abv.bg
Доц. Пенка Баракова, д.п., тел.: 0899955088; e-mail: mrsbarakova@abv.bg

Докладът е рецензиран!

Достъпът до образование – условие за интеграция на хората с увреждания

Автор: Стефка Костова

Научен ръководител: гл.ас. Анелия Цанова

Subject of this report is the application of the electronic training for people with disabilities. It was a review of the status of the problem, and normative documents and regulations governing this type of training. Contribution of the design is the analysis of survey conducted in 8 pcs. Institutions, covering children and adults with special needs.

Key words: People with disability, Access to education, Integration.

ВЪВЕДЕНИЕ

В съвременното глобализиращо се информационно общество все повече се налага електронното обучение, което осигурява гъвкавост, икономичност, разширяемост и стандартизация в образованието.

В различни литературни източници могат да се открият различни формулировки на понятието „електронно обучение“.

В основата на всички формулировки обаче се открива съчетанието и взаимодействието на следните компоненти: дейности за учене и преподаване чрез различни електронни медии. Следователно, от съществено значение в процеса на разработване на един курс за електронно обучение са познаване както на педагогическите така и на технологичните измерения на електронното обучение.

Съществуват две основни тенденции в изследванията, свързани с електронното обучение.

- Технологичен подход – акцентиращ на средствата на информационните и комуникационните технологии(ИКТ)
- Педагогически подход – акцентиращ на дидактическите и психологически аспекти на електронното обучение.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Който гледа с една година напред, сее градина. Който гледа с десет години напред, сее дърво. Който гледа далеч в бъдещето, образова народа си и социализира хората с увреждания.

Хората с физически увреждания са национален приоритет, които изисква постоянно политическо и обществено внимание, както и максимална степен на координация на политиките, отнасящи се до тях.

Съгласно изследвания на ЕК един на шест граждани на ЕС е човек с увреждане или това около 80 милиона от общото население на съюза, което е приблизително 16%. Установено е, че при хората с увреждания степента на бедност е 70% по-висока от средната главно поради ограничен достъп до заетост, професионално образование и достъпна среда.

В конвенцията от ООН за правата на хората с увреждане се разглежда като универсален каталог от минимални стандарти, които държавите следва да предвидят, за да гарантират равенството на хората с увреждания в страната и подходите за тяхното разрешаване.

На 26 януари 2012г. Народното събрание на Република България ратифицира със закон Конвенцията. По този начин държавата се присъединява към мнозинството от страните-членки на Европейския съюз, за които този важен инструмент по правата на човека е пряко приложимо право.

1.Електронното обучение в средното образование

Общо прието е разбирането, че деца със специално образователни потребности(СОП) са децата, които не се справят с приетия в масовото училище образователен минимум поради едно или няколко от следните състояния:

- ❖ Сезонно увреждане(зрително или слухово);
- ❖ Физическо увреждане;
- ❖ Множествено увреждане;
- ❖ Интелектуална недостатъчност;
- ❖ Езиково-говорно нарушение.

Най-общото определение за интегрирано обучение е форма за обучение на деца СОП. Включването на децата със специални потребности в общо образователната системна среда е процес, който се подпомага и реализира чрез изграждането и функционирането на съответната подкрепяща среда. Елементите на тази среда са:

- ❖ Подходящи архитектурни и солно-битови условия;
- ❖ Екип за комплексно педагогическо оценяване;
- ❖ Специални учебно-технически средства и апаратура;
- ❖ Програми за обучение, подходящи дидактически материали и помагала.

Държавната политика в областта на образованието поставя сред приоритетите си постепенното въвеждане и осигуряване на интегрирано обучение на деца със СОП в обикновения клас на общообразователното училище, а мерките в тази насока са една от актуалните задачи в дейността на Министерството на образованието и науката и модернизиранието на образованието като цяло.

Основен проблем за хората с увреждане в ранна възраст е липсата на адаптирана за нуждите им достъпна среда във всички училища. Формата електронно обучение е решение на този проблем. За тази цел е необходимо да се създаде адаптивна среда за електронно обучение в средните училища.

Този въпрос подробно е разгледан в дисертацията на Тодорка Глушкова.

Тя поставя въпроса за адаптивно електронно обучение в средните училища, като разглежда различни аспекти на адаптивността и възможностите за тяхната формализация и реализация чрез потребителския, педагогическия и модела на предметната област в цялостна система за електронно обучение.

Моделът се базира на дефиницията за електронно обучение като качествено нов процес на обучение.

Той осигурява индивидуализация на учебния процес без ограничение от гледна точка на време и място, като се предоставят нужните обучителни ресурси при поискване от обучаемия в резултат на осъзната необходимост.

Изследвани са възможностите за влияние на адаптивността върху тези основни характеристики, като се предлагат конкретни модели и технологии за реализация.

Показано е, че трите базови модела на системата за електронно обучение-потребителския, педагогическия и този на предметната област, могат да се разглеждат като имплементация на адаптивността на обучителната среда и да се използват като конкретни форми на управление на различни нейни аспекти.

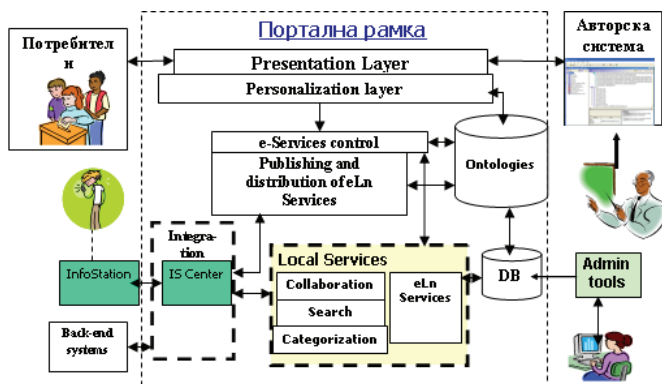
По своята същност идеята за адаптивното учене не е нова. Нейното начало трябва да се търси още в трудовете на Скинер и Краудер.

През годините тази идея е непрекъснато разширявана и обогатявана успоредно с развитието на информационните технологии.

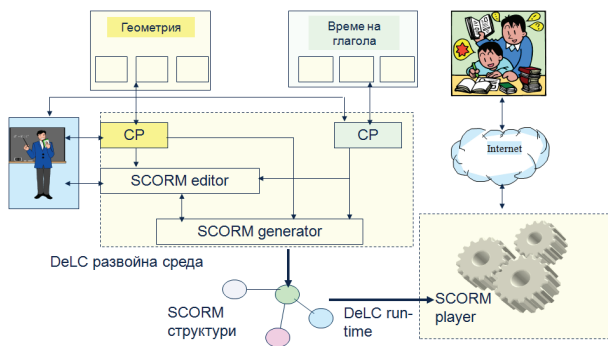
➤ Макро-адаптивен подход за обучение- налице е адаптация на обучението на макро ниво, позволяваща използването на различни алтернативи в избора на няколко основни компоненти като цели на обучението и достигнати нива в структурите на учебния план.

➤ Взаимодействие по отношение на способностите (Aptitude-treatment interaction)- този подход предлага използването на различни типове обучение и различни медии за различните потребители, в зависимост от техните способности като- стил на учене, предварителни знания, мотивация и др.

Модел на интелигентен образователен портал за средното училище. Архитектурна рамка на образователния портал е представена на схемата, [4]:



Една най-често срещана система за електронно обучение е SCORM, схематично представена на фигурата:



Един от начините за реализация на педагогическия модел е създаването на шаблони и еталони, гарантиращи постигането на методическите и педагогически цели на обучението, съгласно Държавните образователни изисквания.

Удачно е да се създаде специализиран XML- базиран език за описание на шаблоните като структури, за тяхното категоризиране, търсене, извличане, модифициране и използване.

2. Електронна форма на обучение във висшето образование

Дистанционна форма на обучение, базирана на електронна платформа е създадена в по-голяма степен, във ВУЗ-ове с преобладаващи специалности по степени:

Бакалавърски

Счетоводство и одит - ДО
 Бизнес администрация - ДО
 Екология и опазване на околната среда - ДО
 Финанси - ДО
 Маркетинг - ДО
 Преподавател по чужд език (английски, немски и руски език) - ДО
 Туризм - ДО

Магистърски

Културен туризъм ДО
 Бизнес комуникации - ДО
 Международен алтернативен туризъм ДО
 Бизнес администрация ДО
 Банков мениджмънт ДО
 Управление на туризма - ДО
 Национална и международна сигурност
 Киберсигурност ДО
 Дизайн на електронни издания и уеб сайтове - ДО (на английски език)

Поради увеличаващото се на специалисти в областта на техниката през последните 5 години стартира приложението на електронната форма на обучение и в техническите висши учебни заведения.

В ТУ-Габрово стартира проект BG051PO001-4.3.040054 "Развитие и внедряване виртуални технологии за устойчиво развитие на дистанционното обучение в ТУ-Габрово". Проектът се осъществява с финансовата подкрепа на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” съфинансирана от Европейския социален фонд на Европейския съюз.

Платформата използвана в ТУ-Габрово MOODLE е доработена и приспособена към спецификата на университета. Тази платформа е свободна за използване, разпространение и развитие в системата за ДО.

Предимства: Лесна е за използване;интерфейса е преведен на български език; позволява да се провежда обучение което включва взаимодействие с обучаемите; преподавателят има пълен контрол върху настройките на курсовете включително да позволява или ограничава достъпа до тях.

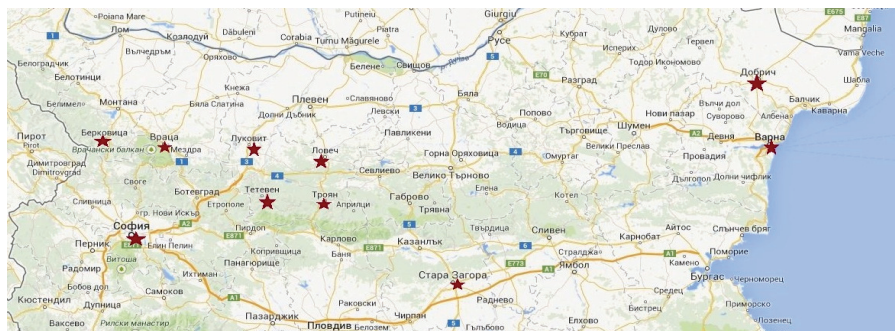
Чрез потребителската регистрация може да се проследи работата на всеки обучаем (да ли е решава тест, чел задание, писал във форма и т.н.), колко време е бил в системата и др.Системата позволява работа с различни формати като: Word,PowerPoint,PDF,Flash,Видео,Звук и др.

Така онагледеният материал позволява достъп на потребители представители на хора със СОП.

Недостатъци:Необходим е предварителен курс на обучение за пълноценно използване на платформата.

Поради липсата на връзка между основно използваните платформи в средното и висшето образование липсва приемственост между отделните платформи.

3.Анализ на потребностите на представителна извадка от институции на територията на РБ- за да бъде направен анализът бяха подбрани 10региона.



От разглежданите региони са подбрани институции за хора с увреждания. Анализирани са техните потребности от обучение възоснова на анонимни анкети. Изводите които можем да си направим са:

1. Ниска информираност за възможните форми на обучение;
2. Липсата на мотивация за продължаване на обучението в по-голяма част от анкетиранияте;
3. Налице е висока възрастова граница с ниска образователна степен;
4. Наличие на ограничени социални контакти;
5. Преминването от социален дом към защитено жилище води до крачка напред към интеграцията на хора с увреждания.

Институция	Видове групи	Брой	Завършена степен на образование	Информираност за формите на образование	Изявена желана форма на обучение	Изявено желание за продължаване на образование
ДОМ ЗА ДЕЦА ЛИШЕНИ ОТ РОДИТЕЛСКИ ГРИЖИ АСЕН ЗЛАТАРОВ Адрес: ВРАЦА, ул. Авлига 1	До 4-ти клас До 7-ми клас До 12-клас	28	12	8	7	16
СОЦИАЛЕН ДОМ ЗА МОМЧЕТА Адрес: БЕРКОВИЦА, ул. Стефан Стамболов 34	До 4-ти клас До 7-ми клас До 12-клас	21	12	6	6	20
ДОМ ЗА ВЪЗРАСТНИ С ФИЗИЧ УВРЕЖДАНЯ С ОТДЕЛЕНИЕ ЗА РЕХАБИЛИТАЦИЯ Адрес: Стара Загора, ул. Хан Аспарух 47	До 4-ти клас До 7-ми клас До 12-клас	180	65	55	121	150
ДОМ ЗА ОТЛЕЖДАНЕ И ВЪЗПИТАНИЕ НА ДЕЦА ЛИШЕНИ ОТ РОДИТЕЛСКА ГРИЖА ДЪГА Адрес: ДОБРИЧ, ж.к. Дружба 57	До 4-ти клас До 7-ми клас До 12-клас	33	16	12	6	15
ДОМ ЗА ДЕЦА С ФИЗИЧЕСКИ УВРЕЖДАНЯ Адрес: гр.Луковит, ул. Княз Борис I №54	До 4-ти клас До 7-ми клас До 12-клас	39	9	7	7	39
ЗАЩИТЕНО ЖИЛИЩЕ ЗА МЛАДЕЖИ С ФИЗИЧЕСКИ УВРЕЖДАНЯ Адрес: гр.Луковит	До 4-ти клас До 7-ми клас До 12-клас	8	4	7	7	8
ЦЕНТЪР ЗА СОЦИАЛНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ И ИНТЕГРАЦИЯ Адрес:гр.Троян с.Д.Дол	До 4-ти клас До 7-ми клас До 12-клас	26	19	26	24	26
ДОМ ЗА МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ГРИЖИ ЗА ДЕЦА Адрес: ТЕТЕВЕН, ул. Звразец 19	До 4-ти клас До 7-ми клас До 12-клас	25	17	23	20	25

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитието на електронното обучение в страната за всички степени на образование допринася в дългосрочен план за интеграцията на хора с увреждания.

По този начин хора с различни интереси могат да добият умения, квалификация и достъп и конкурентоспособност на трудовата борса.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Тупаров, Г., Д. Дурева, Електронно обучение. Технологии и модели. Университетско издателство „Неофит Рилски, Благоевград, 2008.

[2] Кузов, О., А. Смикаров, Виртуалното образователно пространство в България – състояние и перспективи, ISBN 954-712-255-X, Copyright., „АВАНГАРД ПРИНТ“ ООД, С. 2005

[3] Тодоров, Г.Георгиева, А.Смикаров. Влияние на информационните и комуникационните технологии върху развитието на висшите училища. Сборник трудове на научната конференция РУ'2002, Русе, 2002.

[4] Glushkova T., Framework for eLearning in Secondary school by application of DeLC system, 2nd International Workshop on eServices and eLearning, Smolian, Bulgaria, 2004, page 93, ISBN-3929757761

[5] http://www.ced.bg/uploads/project/SaveTheChildren_Final1.pdf

[6] <http://www.bvu-bg.eu/VOP.pdf>



За контакти:

Стефка Стефанова Костова, Студент: Технически колеж – Ловеч, гр. Ловеч, ул. „Съйко Съев“ №31, спец. „Компютърни системи и технологии“, курс II

GSM: 0878508566, e-mail: stefka_kostova@mail.bg

<https://www.facebook.com/stefchetynnever>

<https://www.youtube.com/user/StefkaKostova/videos>

Докладът е рецензиран!

Фармацевтични грижи и фармакотерапевтични подходи при обгрижването на гериатрични пациенти

Автор: Любен Григоров

Pharmaceutical care and pharmacotherapeutic approaches in the care of geriatric patients

Geriatric patients represent a population requiring special attention in service in pharmacy and in the implementation of the concept of pharmaceutical care because their pharmacotherapy possess features which should be tailored by the pharmacist

Key words: *geriatric patients, treatment, pharmaceutical care, pharmacotherapy*

ВЪВЕДЕНИЕ

В глобален мащаб се констатира значително увеличаване на популацията от населението над 65 години, [2].

Проблемите на възрастното население за изключително актуални, поради прогнозната статистика, която сочи, че до 2050 броят на хората на 65 и повече години в ЕС се очаква да нарасне със 70%, а на тези на възраст над 80 години – със 170%. Това поставя сериозни предизвикателства: да се посрещнат повишените нужди от здравеопазване; да се адаптират здравните системи към нуждите на застаряващото население, като в същото време се поддържа тяхната устойчивост в обществa с по-малко на брой работещи, [5].

Световната банка прогнозира, че до 2025 год. населението на повечето страни в Източна Европа ще бъде най-старото в света. Според данни на бюрото за преброяване в САЩ, от 25-те страни с най-възрастно население, 23 са в Европа – България е една от тях. Проучване в България сред медицинските специалисти показва, че те не желаят да работят със стари хора, ако имат други възможности, [4].

Възрастните хора показват важни разлики от по-младите и тези на средна възраст пациенти и всички, които се грижат за тази група пациенти, вкл. и фармацевтите, трябва да са наясно с тези разлики, [1].

ИЗЛОЖЕНИЕ

Здравните проблеми и потребности на възрастните хора са комплексни и множествени. След промяната на икономическата система в България, възрастните хора попаднаха в групата на най-слабите и незащитени слоеве на населението. Необходимо е специализираните работещи с възрастни да познават потребностите и здравето им състояние, [5].

Фармацевтични грижи и фармакотерапия

Въпреки че целта на фармацевтичните грижи е еднаква за всички възрастови групи пациенти, специфичните съображения, свързани със здравето и качеството на живот при възрастните хора, ще насочат фокуса върху подобряване на физическото, психологичното и социалното им функциониране и преди всичко здраве.

Броди и кол. предлагат дефиниция, според която фармацевтичните грижи не означават само да се определи необходимостта от лекарство за даден пациент, респ. да му се даде необходимото лекарство, но също така да му се окаже необходимата подкрепа преди, по време и след лечението, която да гарантира оптимално ефективна и сигурна лекарствена терапия. Тази дефиниция включва и механизъм за обратна връзка, който осигурява продължаване на грижите, [1].

Възрастните индивиди имат различни и често хронични заболявания и те са основният потребител на лекарства, [2].

Процесът, чрез който магистър-фармацевтите осъществяват и осигуряват фармацевтични грижи, включва сътрудничество с пациента и с другите здравни

специалисти за планиране, внедряване и наблюдение на терапевтичния план, който ще гарантира специфични за болния терапевтични резултати. Нещо повече, фармацевтичната грижа включва „определяне, разрешаване и предотвратяване на лекарствено свързаните проблеми“, [1].

Лекарствено свързани проблеми при възрастните

Двата съществени и в същото време потенциално предотвратими лекарствено предизвикани проблеми, които могат да се срещнат често при лекарствената терапия на възрастни пациенти, са неадекватна (неподходяща) лекарствена терапия – терапевтичен неуспех или провал и НЛР (нежелани лекарствени реакции), [1].

Количеството и броят на НЛР нараства с напредването на възрастта, като те стават около три пъти повече през осмото и деветото десетилетие в сравнение с възрастта под 50 год. Това показва необходимостта от съобразяване дозирането на лекарствата преди всичко с особеностите на фармакокинетиката още при пациенти в напреднала възраст, [3].

Смята се, че НЛР при възрастните пациенти, лекувани при домашни условия, са един от 5-те най-важни проблеми на качеството на грижите за възрастни болни и са свързани със значими стойности на медицински разходи, заболяемост и смъртност, [1].

Основните фактори, които могат да предизвикат по-висока честота на НЛР и токсичност при пациенти в напреднала възраст са: физиологичните промени, засягащи терапевтичния отговор към лекарството; хроничните заболявания, които изискват продължителна терапия; полипреагмазията и ограниченото или липсващо съучастие на пациента в лечението (комплайънс) и самолечението, [2].

Лекарствени взаимодействия при терапията на възрастни пациенти

Броят на предписанията на глава растат с напредването на възрастта и са 3 пъти повече за тези над 65 години спрямо тези пациенти под 65 години. Като с увеличение на броя на приеманите лекарствени препарати от един възрастен пациент се увеличава и вероятността да се наблюдават лекарствени взаимодействия. Дори при комбинирането на два лекарствени препарата за даден болен се налага внимателно проучване на ефекта. Например назначаването на симетидин може да промени чернодробния метаболизъм и бъбречната екскреция на други лекарства. Представете си какви лекарствени взаимодействия са възможни, когато болният приема над 3 до 10 лекарствени препарата на ден, [1].

Допълнително, съществуват много промени в СЧТ, които повлияват лекарствената резорбция, [3].

С напредване на възрастта може да се промени разпределението на лекарствата и степента на свързване с плазмените протеини. Особено значение за проява на токсични ефекти има понижаването на концентрациите на албумин при хора в напреднала възраст, наличието на съпътстващи заболявания, недохранването, [2].

Лекарственият метаболизъм и екскреция стават по-малко ефективни, [3].

С напредване на възрастта скоростта на гломерулна филтрация може да се понижи до 50%, [2].

Поради това намалява капацитетът за елиминиране, което е една от причините за повишена чувствителност към лекарства в старческа възраст. Разликите в реактивността по отношение на лекарствата в старческа възраст са толкова големи, че те вероятно се дължат и на променена чувствителност и намален брой (плътност) на рецепторите, особено в ЦНС и в други структури, върху които действат лекарствата, [3].

Голям брой фактори повишават риска от лекарствено свързани проблеми при възрастните пациенти - неподходящо предписване, грешки в лечението (проблеми при отпускането или приемането на лекарствата) и нонкмплайънса на болните (както съзнателен (умишлен), така и несъзнателен), [1].

Къмплайънсът с терапията

Съучастието на пациента (patient's compliance) представлява спазването на предписания фармакотерапевтичен режим и стил на живот. То има огромно значение за постигане и поддържане на желаня терапевтичен ефект, [3].

Къмплайънсът се дефинира като степента, в която поведението на индивида съвпада с медицинските или лекарствените препоръки (включващо вземането на лекарство, спиране на пушенето, спазване на диетата). Проучванията разкриват, че от 25 до 60 % от амбулаторните пациенти не спазват лекарствените инструкции. Нонкмплайънсът е обичаен проблем при възрастните. Докладват се нива от 40 до 70 % или средното ниво е 50 %. Общоприето е, че нонкмплайънсът при възрастните е много по-висок в сравнение с този при младите и може да достигне до 75%, [1].

Неподходящото предписване

Неподходящото предписване, дефинирано като предписване на лекарствен препарат, който не е в съответствие с възприетите медицински стандарти, се среща често при възрастните пациенти. Критична оценка на литературата обобщава, че при над 51 % от случаите на лекарствена терапия на възрастни болни се касае за „свърхупотреба“ и при над 90% лекарствата са „неизползвани“. Друго проучване чрез използване на изрични критерии за 20 лекарствени препарата, чието прилагане трябва да се избягва при възрастни пациенти, установи, че 23,5 % от лицата над 65 години са приемали 1 или повече от тези лекарства, [1].

Освен това, статистическите проучвания говорят за значимо нарастване на НЛР при увеличаване броя на едновременно прилаганите лекарства, поради което полипрагмазията крие сериозни опасности, [3] особено при възрастни пациенти.

Оптимизиране на лекарственото използване от амбулаторни възрастни пациенти

Има голям брой фактори, които фармацевтът от откритата аптека трябва да отчете, когато осигурява фармацевтични грижи за възрастни болни. Стъпките, включени в осигуряването на фармацевтични грижи за амбулаторни възрастни пациенти са следните:

1) Снемане на историята на пациента

Процесът на фармацевтични грижи започва със снемане на обхватна медицинска и лекарствена история от болния, неговия придружител или и от двамата.

Съществуват някои трудности, когато това се прави с възрастни пациенти: проблеми с общуването (увреден слух и зрение); по-ниско ниво на докладване (познавателни увреждания, здравни вярвания); неясни или неспецифични симптоми (променени представяния, презентации); голям брой болести и лекарства; доверие в грижещия се за болния относно историята му; липса на записи, които да потвърдят установеното.

Независимо от тези трудности фармацевтите трябва да съберат тази важна информация. Информацията за всички POM (prescription only medicine) лекарствени препарати или ОТС трябва да включва: име на лекарствения препарат, концентрация, дозова форма, докладвано количество и честота на прием, знанията на болния за целите на лекарственото лечение.

Полезно е да се попита болния и за това, какви методи използва, за да спазва лекарствен режим, или ползва нечия помощ, много внимателно да го разпитва за рисковите фактори и за проблемите, свързани с нонкътплейнс (влошен слух, зрение, познавателни способности, способност да използва лекарствения препарат, да отвори кутията). Както и при други възрастови групи, е уместно да се информира за употребата на алкохол, тютюнопушене, лекарствени алергии, минали и настоящи НЛР и за всякакви проблеми, свързани или имащи отношение към лекарственото лечение, [1].

Оптималната употреба на медикаменти при възрастните и стари хора е свързана с добро познаване на физиологичните и патофизиологичните промени в организма с напредване на възрастта, както и промените в някои важни характеристики на лекарствата при тези условия, [2].

2) Анализ и оценка на лекарствения режим

След като е събрана информацията за историята на лекарствената терапия на пациента, е важно да се оцени дали има фактори, които могат да повишат риска за болния да преживее някакъв лекарствено свързан проблем. Това фармацевтът прави чрез преглед на лекарствения режим, [1].

Формулирането на общи принципи за лечение на пациентите в напреднала възраст създава предпоставка за по-добра употреба на медикаментите. Те се свеждат до някои важни аспекти, свързани с физиологичните особености на по-възрастните и спецификата на фармакокинетичните и фармакодинамичните характеристики на лекарствата. Някои от тези принципи включват:

1) да се избягва ненужната лекарствена терапия;

2) ефект на лечението върху качеството на живот – целта на лечението при възрастните е не само удължаване на живота, но и подобряване качеството на живот. В този смисъл изборът на подходящо значение е изключително важен;

3) да се лекува нарушението, а не симптоматиката; Симптоматичното лечение без изяснена диагноза е лоша практика и понякога носи повече вреда, отколкото полза;

4) Лекарствена анамнеза – пациентът следва добре да ви уведоми за използваните медикаменти;

5) придружаващи заболявания – сърдечните нарушения, бъбречната и чернодробната функция са най-важните при определяне на риска от нежелани лекарствени ефекти;

6) Избор на лекарство и лекарствена форма – изборът се прави въз основа на неговата ефикасност, безопасност и пригодност за пациента;

7) избор и титриране на дозата – по принцип възрастните пациенти изискват сравнително по-ниска доза, отколкото младите;

8) пакетиране и означения – повечето възрастни са затрудни при отварянето на плътно затворените контейнери, във връзка опазването им от деца или вземането на лекарства от неподходящи блистери;

9) добра информация за пациента и мониториране на терапията, [2].

Най-обичаен и важен проблем на предписването при възрастните пациенти е дозирането на лекарствата. Този проблем обикновено се дължи на недостатъчно внимание към свързаните с възрастта промени във фармакокинетиката и фармакодинамиката на лекарствения препарат и ефектите му върху болестта и намалени хемостатични механизми на лекарствата. Има голям брой лекарства, чийто чернодробен метаболизъм е намален, [1].

Метаболизмът на лекарствата, които подлежат на биотрансформация от ензимите на фаза 2 е по-слабо засегнат и затова те са предпочитани при по-възрастни пациенти, [2].

Има много лекарствени препарати, чието бъбречно елиминиране е намалено при възрастните пациенти, както и много лекарства, към които възрастните пациенти показват повишена чувствителност.

За всички тези лекарствени препарати трябва предпазливо да съобразим използване на по-ниски дози или по-дълги между дозови интервали. Важно е да отбележим обаче, че възрастните пациенти могат да се нуждаят от по-високи дози от лекарствения препарат, към който те показват намалена чувствителност, като бета-адренергични агонисти, антагонисти и блокери на Са-каналите.

3) Документиране на проблемите и разработване на терапевтичния план;

След анализа на лекарствения режим трябва веднага да се документират откритите проблеми, да се разработи терапевтичен план за тяхното разрешаване и да се подредят логично крайните терапевтични резултати. Това документиране трябва да се извърши в писмено или компютърно досие на болния и ще е достъпно при бъдещи интервенции за ползване.

4) Консултиране с лекаря;

В отделни случаи може да се наложи консултиране с лекаря на пациента по някои проблеми или съображения, които са открити и документирани

5) Отпускане на лекарствени препарати. Консултиране на пациента и подслъжение на кърмилънс;

След консултирането с лекувания лекар на болния и разрешаване на проблемите започва внедряването на терапевтичния план за разрешаване проблемите на болния. Преди отпускането на лекарствения препарат трябва да се подсили кърмилънсът на болния чрез модифициране на графика на лечението, така че да съответства на стила на живот на болния, съобразяване с генеричните (INN) продукти, за да се намалят разходите за лекарствени продукти, отпускане на лесни за гълтане лекарствени форми и лесно отварящи се опаковки и използване на по-едро изписани етикети и спомагателни етикети. Когато се отпускат нови лекарствени препарати или има промени в старите, трябва да се даде устна и писмена информация и за болния, и за семейството му, тъй като епидемиологични данни показват, че много пациенти в напреднала възраст ползват едни и същи лекарства в продължение на 5,10 или повече години, [1, 2]

6) Документиране на интервенциите и мониториране на напредъка на болния.

След изпълнение на всички тези етапи трябва да се документират предприетите интервенции. Това ще се ползва в бъдеще, за да се предпази болният от пречки, които могат да му навредят. При повторни контакти трябва да се пита болният дали има някакви проблеми или въпроси за някои лекарствени препарати и дали са постигнати предварително поставените терапевтични цели.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Възрастните пациенти представляват група, изискваща специално отношение при обслужване им, както и извършването на специфични фармацевтични грижи, свързани с особеностите на тази група, както и с характеристиките на фармакотерапията им.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Димитрова, Зл., В. Петкова; Ст. Георгиев. Фармацевтични грижи; 2-ро издание; Университетско изд. „Св. Климент Охридски“; София 2009

[2] Караиванова, М. Константинов Сп.; Фармакотерапия и проблеми на клиничната фармация; изд. Софтрейд София 2014

[3] Ламбев Ив., Н. Бояджиев. Фармакология за студенти по хуманна медицина; първо издание – под ред. на доц. Д-р Ив.Ламбев и проф. Н. Бояджиева; Медицинско издателство АРСО; София

[4] Ненчева С., М. Стайкова. Удовлетвореност на възрастните от престоя и грижите за тях в домовете за стари хора; Наука и Младост – сборник научни съобщения от конкурсни сесии 2012; ; изд. МУ Пловдив 2012

[5] Шюкря А., В. Кафадарова; Д. Кирева. Медико-социални проблеми на възрастните в България; Сборник доклади: Юбилейна научна сесия за преподаватели и студенти „70 години Медицински Колеж Пловдив – традиции и бъдеще“ 9-10 май 2012; изд. МУ Пловдив 2012

За контакти:

Любен Данчов Григоров, студент в спец. Фармация; МУ Пловдив, 0896837275;
e-mail: lgrigorov_pd@abv.bg

Докладът е рецензиран!

Човешките права и ролята на средата при хора с физически увреждания в Маастрихт, Холандия

Автори: Мария Маркова, Борислав Дойков
Научен ръководител: гл. ас. д-р Лилия Тодорова

Human rights and the role of the environment for people with physical disabilities in Maastricht, the Netherlands: *The following paper has been designed for the associations of Stichting Kompas Nederlands (SKN) and Platform Gehandicaptenbeleid Maastricht (PGBM) located in Maastricht, the Netherlands.*

An assignment from these associations has been received with the aim to find in the literature how the human rights are applied in other countries and to search for accessible public buildings – hotels and shops in Maastricht, as well as find out whether this community places are accessible enough for people with various disabilities, such as wheelchair users, visually and auditory disabled persons.

Key words: *human rights, environment, people with physical disabilities*

ВЪВЕДЕНИЕ

Провеждането на това проучване бе част от пред дипломен стаж по програма Еразъм. Целта бе създаване на доклад, предназначен за реално съществуващи асоциации, работещи с хора с физически увреждания, относно достъпността на средата и човешките права. За работата по този проект бе необходимо да се направи литературно проучване, свързано с темата за достъпност на физическата среда, както и добри практики от прилагането на Декларацията на ООН за правата на човека. Освен литература бе необходимо да се събере информация и от самите хора с физически увреждания – клиенти, членове и доброволци в асоциациите *Stichting Kompas Nederlands (SKN)* и *Platform Gehandicaptenbeleid Maastricht (PGBM)*. За тази цел бе създаден ръководство под формата на интервю, което бе използвано в рамките на проучването.

Изхождайки от събраната информация, бе съставена оценка на средата и познанията на хората, свързани с техните права.

ИЗЛОЖЕНИЕ

За провеждане на проучването, бе необходим екип, създаден в сътрудничество между две асоциации и студенти по Ерготерапия. В него са включени асоциациите, работещи с хора с увреждания в Холандия - *Stichting Kompas Nederlands (SKN)* и *Platform Gehandicaptenbeleid Maastricht (PGBM)*, както и студенти по ерготерапия от два европейски университета – *Zuyd University of Applied Sciences* и Русенски университет “Ангел Кънчев”.

Провеждането на теоретичното обучение, както и супервизията, свързана с екипните срещи, бе осъществена с участието на подпомагащ преподавател от холандския университет.

Проучването, свързано с достъпността на средата и човешките права, бе част от съвместната практика на екипа от студенти и включваше изследване достъпността на известни хотели в Маастрихт, както и част от най-посещаваните магазини в центъра на града. За тази цел бе необходимо да се проучи доколко сградите са достъпни за хора, използващи инвалидни колички като средство за придвижване, както и дали са съобразени с нуждите на хора с увредено зрение, както и глухонеми потребители.

Част от интерактивното обучение бе възможността да се събират данни чрез електронно устройство – iPad, чрез който данните от съответния хотел биват препращани към сайта <http://www.ongehinderd.nl/>, където да бъде достъпна информацията за потребителите с дадено физическо увреждане. Информацията е

систематизирана във въпросник, в който се попълват данните за достъпност, придружени със снимки и съответни измервания, направени в стаите.

Проучването на достъпността на магазините бе направено на база външен вид на входа – дали е достатъчно широк и дали има “препятствия” за посетителя с физическо увреждане. За тази цел бяха направени снимки на над 50 магазина, включени в проучването.

Относно информираността за прилагането на човешките права бе необходимо да се подбере подходяща литература, както и мнения на гражданите. Литературата бе изследвана чрез специфични критерии в научни бази данни, съпоставяйки практиката в Холандия спрямо други страни от Европейския съюз, САЩ и Канада.

Интервютата с членовете и доброволците на двете асоциации бяха провеждани чрез използването на създаден за целта въпросник. Всички участващи изразиха своето отношение по въпроса за човешките права и дискриминацията.

В резултат от проведените изследвания са изведени следните заключения:

- повечето магазини, участващи в проучването, са достъпни за потребители с физически увреждания, макар някои от тях да са разположени в стари сгради, където трудно би било възможно да се направи допълнителен ремонт за увеличаване нивото на достъпността;
- изследването на хотелите показва, че повечето от проучените сгради имат известни адаптации (стаи, маркировка, персонал), които биха могли да предоставят на клиента благоприятна и достъпна среда;
- резултатите от интервютата показват, че повечето участници не са запознати с човешките си права, както и че нямат достатъчно информация за това как тези права могат да бъдат в тяхна полза, що се касае за защита от дискриминация;
- изследването също така откри, че хората, работещи в (не)правителствени организации са по-запознати с правата на хората, отколкото индивидите, работещи в други области;
- интервюираните лица споделят, че най-често срещат дискриминация по отношение на работата си – увреждането е “бариера” за тях и често биват отхвърлени от работодателите, които в повечето случаи смятат, че физическото увреждане непременно е придружено с изоставане в умственото развитие.

Проектът, част от пред дипломния стаж по Ерготерапия, бе полезен по отношение на придобитата нова информация, както и начина на работа в чуждестранна асоциация, свързана с хората с увреждания. В рамките на 3 месеца българските студенти по Ерготерапия имаха възможност не само да подобрят нивото си по английски език, но и да си сътрудничат с чуждестранни партньори.

Основните моменти по време на работата бяха:

- работа по реален проект за съществуваща организация;
- изследователска дейност;
- възможност за наблюдение в реална среда;
- разпределяне на задачите и вземане на решения;
- интерактивен начин за събиране и обработка на данни (iPad);
- подобряване на професионалните компетенции;
- създаване на рапорт;
- обогатяване на езикови познания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Работата по проекта, организиран от холандските асоциации, съвместно с двата университета бе ползотворна и за двете страни. Студентите имаха възможност да изучават по-отблизо средата, която едновременно е достъпна и ограничаваща хората с увреждания. Студентите също така имаха възможност да проучат в литературата за добри практики на човешките права, както и да разберат какво се знае за тях в конкретна среда – град Маастрихт, Холандия.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Ashley Stein M., J.S. Stein P., (2007) Beyond Disability Civil Rights, Hastings Law Journal, vol. 58:10203
- [2] Ashley Stein M., (2007) Disability Human Rights, Faculty Publications, College of William and Marry Law School
- [3] Buljevac M., Majdak M., Leutar Z., (2012) The stigma of disability: Croatian experience, Disability and Rehabilitation, vol. 34(9), pp. 725-732
- [4] Francescutti C., (2011) UN convention on the rights of persons with disability, eligibility criteria and the International Classification of Functioning Disability and Health, BMC Public Health
- [5] Grondwet B., (2008) Constitution of the Kingdom of the Netherlands, Ministry of the Interior and Kingdom Relations, Constitutional Affairs and Legislation Division in collaboration with the Translation Department of the Ministry of Foreign Affairs
- [6] Hurst R., (2003) The International Disability Rights Movement and the ICF, Disability and Rehabilitation, vol. 25, No. 11-12, pp. 572-576
- [6] Silvers A., Francis L., (2013), Human Rights, Civil Rights: Prescribing Disability Discrimination Prevention in Packaging Essential Health Benefits, Journal of Law, Medicine and Ethics, pp. 781-791
- [7] United Nations Human Rights, Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR): <http://www.ohchr.org/en/issues/pages/whatarehumanrights.aspx>
- [8] Equality and Human Rights Commission (EHRC): <http://www.equalityhumanrights.com/human-rights/what-are-human-rights/the-human-rights-act/protection-from-discrimination/>
- [9] Occupational Focus Conceptual Frameworks: <http://www.woerafrica.org/ftpfolder/Occupational Focus Conceptual frameworks/lecture.html>
- [10] United Kingdom Equality Act (Great Britain 2010): <https://www.gov.uk/definition-of-disability-under-equality-act-2010>
- [11] Universal Declaration of Human rights (UDHR): <http://www.un.org/en/document/udhr/>
- [12] World Health Organization (WHO): <http://www.who.int/topics/disabilities/en/>

За контакти:

Мария Маркова, студент III курс, специалност „Ерготерапия“ към катедра „Обществено здраве и социални дейности“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“
Борислав Дойков, студент III курс, специалност „Ерготерапия“ към катедра „Обществено здраве и социални дейности“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“
гл.ас. д-р Лилия Асенова Тодорова, Катедра “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски Университет „Ангел Кънчев“, тел.: 082/821993, e-mail: litod@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран!

Онлайн супервизията в социалната работа

Автор: Гизям Бафирова Чолакова

Научен ръководител: доц. д-р Сашо Нунев

Abstract: *The purpose of this article is to report, how does supervision work and how do we know it. Based on this critical understanding that supervision is learned and performed in various levels and varies from supervisor to supervisor, it is important to explore necessary skills and characteristics of supervision. I will explore the keys to effective online supervision. And at the end - what advantages and disadvantages have it.*

Key words: *supervision, online supervision, online supervision for social workers, advantages to online supervision*

ВЪВЕДЕНИЕ

Супервизията в социалната работа е важна част от процесите за развитие на социалните работници и повишаване на качеството и ефективността на предоставяните социални услуги. Тя е ключова дейност за социалния работник през цялата му професионална кариера.

Алфред Кадушин и Даниел Харкнес определят супервизията в социалната работа като "процес на наблюдаване, ръководене, координиране, повишаване и оценяване на ефективността на дейността на работниците, за които супервизорът е отговорен", [2].

Супервизията се използва за обучение и подкрепа на започващи професионалната си дейност социални работници и като средство за контрол на качеството на предоставяните на социални услуги.

Все повече развиващата се технология днес ни дава възможност за усъвършенстването ѝ. Постепенно супервизията лице в лице се заменя от онлайн супервизията.

ИЗЛОЖЕНИЕ

1. Същност на онлайн супервизията

Супервизията в социалната работа е идентифицирана като един от най-важните фактори в детерминиране на качеството на подпомагане на клиентите. Тя се извършва по-скоро в полза на клиента, отколкото на самия социален работник. Първият задълбочен опит за разработване на супервизията като теория и практика в сферата на социалната дейност прави през 1936 година В. Робинсън. Алфред Кадушин е другият изследовател, който разграничава административна, образователна и подкрепяща супервизия.

Днес онлайн супервизията става все повече използвана от професионални организации на помагачи специалисти, които я приемат и включват в своите стандарти като възможно допълнение на супервизията лице в лице. Тя се осъществява с помощта на софтуерни продукти (електронна поща, Skype, Yahoo Messenger; Google Talk; AIM (AOL Instant Messenger); ICQ; Adobe Contact и др.) за комуникация чрез обмен на текстови съобщения в различен формат по електронна поща, аудио/видео конферентна връзка (в Skype или чрез камери, мултимедийни монитори и софтуер за осъществяване на комуникация лице в лице) и провеждане на разговор по телефон, [1].

Онлайн супервизията, осъществявана чрез едновременно звукова и визуална комуникационна връзка, дава възможност двете страни да възприемат сигналите (вербалните и невербалните), реакциите на поставени въпроси или дадени отговори и изразяването чрез тях чувства и преживявания. Предоставя възможност за изразяване на емоционална подкрепа и съпричастност чрез т.н. телеприсъствие -

telepresence (виртуална комуникация с висока резолюция, която наподобява жива среща), благодарение на високото качество на звука, видеото и обкръжаващата среда), [1].

Съществува възможност да се проведе онлайн супервизия със звукова комуникационна връзка, без споделяне на визуална информация, но при нея се ограничават възможностите за пълноценен контакт и се изисква от двете страни да се фокусират върху характеристиките и динамиката на вербалните съобщения.

При тях липсва незабавна обратна връзка и директен контакт, но се изисква точност, логичност и яснота, плюс е, че има повече време за подбор на думи. Но има и отрицателни черти като липса на ритмичните и интонационните особености на гласовата реч и за модалностите на невербалното общуване, но то може да се замени чрез комбиниране с изразни средства на писмената реч и чрез пиктограми (символни и картинни емотикони), разкриващи определена емоция.

Обменът на писма по електронната поща, от една страна, позволява изпращане на писмени текстове в удобен за двете страни час, но от друга страна е възможно да отнеме повече време, да включва трудно за разбиране съдържание, да е съпроводен с по-големи паузи при получаване на писмата и по този начин да повлияе върху разрешаване на проблемите и поддържането на ефективна обратна връзка.

Съществен недостатък се явява ограничаването на пълния достъп до комуникационни връзки и сигнали, свързани с невербалното поведение и езика на тялото.

За да се извлече максимална полза от процеса на онлайн супервизия, както за супервизора, така и за социалният работник, тя трябва да отговаря на определени критерии:

- добри умения за онлайн навигация и за комуникативни умения по интернет пространството;

- познания за онлайн сигурност и поверителност на споделяната информация; развити умения за устна и писмена комуникация – ефективната комуникация зависи от правилното разбиране на следните фактори: целта на комуникацията, получателят и неговите възприятия, езикът на комуникацията; тя трябва да бъде гладка, ясна, добре структурирана и съответстваща на обстоятелствата устна и писмена реч, която подпомага може да разбере; откроява се смисъла, който комуникаторът лично придава; непринуденост и лекота в общуването; използване на подходящи изразни средства; ясно и аргументирано устно или писмено описание, чийто стил е съобразен с условията и динамиката на работния контекст; умение за компенсиране на липсата на невербални сигнали чрез използване на други комуникационни и изразни средства; своевременно коригиране на допуснати неточности и неясноти в устната и писмената комуникация;

- умения за себеизразяване чрез устна и писмена реч – използване на думи, изрази и изречения, които по ясен, достъпен и разбираем начин разкриват смисъла, чувствата и преживяванията на онова, което субектът (комуникатор или реципиент) желае да предаде; подготвяне и реализиране на устно или писмено изложение с ясна структура и логически връзки, което е разбираемо по отношение на изразявани мисли, чувства и преживявания; използване на знаци за изразяване на емоции и чувства, съобразени с начина на комуникиране; участниците в този процес трябва да бъдат в състояние да изразят себе си и чрез писаното слово;

- способност за самостоятелно формулиране и изразяване на идеи и концепции чрез устна и писмена комуникация;

- спазване на изискванията за поверителност на информацията - избягване на съхраняването на незащитени текстови или звукови файлове на диска на компютъра; използване на инициали при назоваване на клиенти и други лица, без да

се разкриват лични данни;

- определяне на граници – време и продължителност на онлайн контактите; регламентирани възможности за съобщения и онлайн контакти извън планираните.

Всеки участник в този процес трябва да притежава добри комуникативни и правописни умения. Тъй като текстът е средство за комуникация, при използване на време за отговор, потокът на промените в комуникация може да бъде погрешно изтълкуван като се разсейва от външни елементи.

Комуникация може да придобие съвсем различно значение от това, което е замислено. При липсата на невербални сигнали, потенциалът за недоразумение е голям и може да има съществено влияние върху този процес.

„Езиковата основа“ на консултацияния диалог между супервизор и супервизиран допринася за обогатяване и обновяване на подходите на супервизора към клиента, към самия него и към помагация процес като основа за промяна, растеж и развитие. „Езикът“ трябва да съответства на целта и задачите на интеракцията, също така и на потребностите на клиентите. Затова супервизорът и супервизираният трябва да се стремят да създават и използват професионално издържан език.

3. Предимства и недостатъци на онлайн супервизията

Предимства на онлайн супервизията:

- лесна и достъпна процедура за запознатите с онлайн навигацията и с развити комуникативни умения и култура;
- супервизорът и супервизираният имат възможност за взаимодействие по всяко време;
- осъществяване на групов супервизия в реално време, когато супервизираните работят на различни места, като се използва подходяща видео и аудио комуникационна връзка;
- за някои супервизираните представянето на проблеми и даването на отговори на въпроси онлайн се приема като по-лесно в сравнение със срещата лице в лице. Например обсъждането онлайн на въпроси, свързани с чувства, породени у супервизираните в резултат на трудности при решаването на проблеми на клиента;
- възможността аудио и видео записите на онлайн сесии на супервизията да бъдат записани, позволяващо многократно да се използва информация и да се предприемат свързани с нея необходими действия;
- възможност неразполагашите със супервизор в собствената служба/заведение или работещи в отдалечени населени места да използват супервизията от специалисти с продължителен стаж и добър опит;
- понижение на времето и средствата за пътуване на супервизори, осъществяващи пътувания на територията на община или област, но същевременно разполагачи с ограничено време бюджетни средства за пътуване;
- справяне с бариери, свързани с пътуване на големи разстояния при провеждане на супервизията лице в лице и по-големи възможности за избор на супервизираните по отношение на по-подходящи обекти и места за учене и придобиване на нов опит.

Недостатъци на онлайн супервизията:

- комуникация в областта на медиите, ограничаваща възможността за достатъчна и точна невербална информация за субектите в комуникирането (напр., жестове, мимики и емоционално състояние). Пораждат се затруднения при използването на вербална комуникация (електронната поща или чат), свързани с ясно, постижимо и понятно изложение на проблеми, схващания, емоции и преживявания, изисква използването на видео контакт;
- установяването на отношения на доверие, съпричастност и откритост

допринася за предотвратяването на такива проблеми като риск от възникване на чувства на затвореност, объркване, тревожност или несигурност и бариери в комуникацията;

- прикриването на важна информация, както и преднамереното ѝ изкривяване от страна супервизирания, може да нанесе непоправими вреди и да лиши от смисъл работното взаимоотношение;

- може да създаде проблеми при привикването към аудио-визуална комуникация при необходимост от преминаване към писмена комуникация (електронна поща и чат), изразяващи се в пречка при изразяване на чувства и изживявания;

- усложнение на компютърната сигурност, електронното предаване на защитени информация, съхранение на ненадеждно защитени данни и информация, технически проблеми в осигуряването на интернет и телекомуникационна свързаност;

- технологични проблеми и недостиг на опит с компютърна техника и информационни технологии;

- съществуване на по-дълги паузи в чат комуникирането и в процеса на обмен на електронни писма може да се интерпретира като липса на интерес и внимание;

- разсейване, отвлечане на вниманието, когато не се използва самостоятелно помещение за провеждане на онлайн супервизия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Супервизията е един от основните елементи в развитието и поддържането на висок стандарт в практика в социалната работа. Тя е важна и за качеството на предоставяните услуги, а също така и за професионалното развитие на практикуващите социални работници.

Основната цел на професионалната супервизия е да се даде възможност, гарантираща и повишаваща хуманната, компетентната, независимата практика в социалната работа.

Поради наличието на ред предимства онлайн супервизията е по-ефективна за кореспонденция между супервизор и социален работник.

Това допринася за по-често нейно приложение в практиката.

В тази насока социалната работа и социалните работници у нас биха могли да се възползват от нейните условия и възможности.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Нунев, С. Основи на социалната работа. Изд. "Антос", Шумен, 2001.
- [2] Kadushin, A., & Harkness, D. (2002). *Supervision in social work* (4th ed.). New York, NY: Columbia University Press.
- [3] Nelson, J. A., Nichter, M., & Henriksen, R. (2010). On-line supervision and face-to-face supervision in the counseling internship: An exploratory study of similarities and differences. Retrieved from http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas10/Article_46.pdf.

За контакти:

Гизям Бафирова Чолакова, Русенски университет „Ангел Кънчев“, специалност „Социални дейности“, I курс, редовна форма на обучение, тел.: 0883 367 594, e-mail: gcholakovaa@abv.bg

доц. д-р Сашо Нунев, Русенски университет „Ангел Кънчев“, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел: 0886 802 466, e-mail: sasho_nunev@abv.bg

Докладът е рецензиран!

Участие в програма Еразъм

Автори: Явор Стоянов, Йоана Негрова, Емануил Панайотов
Научен ръководител: доц. д-р Стефан Янев

Abstract: Erasmus is part of the largest European program for education and training - "Lifelong Learning" (Lifelong Learning Programme - LLP). The program started on January 1, 2007 and will continue until December 31, 2013. Already planned its extension, in a renewed form after 2013. Currently participate are the 27 EU Member States, Iceland, Liechtenstein, Norway, Turkey, Switzerland and Croatia.

Keywords: Erasmus, learning, education

ВЪВЕДЕНИЕ

Програма Еразъм спомага за изграждането на Европейското пространство за висше образование.

Програмата има за цел:

- Да подобри качеството и да повиши мобилността на студентите и университетските преподаватели в рамките на Европа, като допринесе за постигането на 3 милиона индивидуални студентски мобилности по програма "Еразъм" до 2010 г.;
- Да повиши качеството и да насърчи сътрудничеството между висшето образование и бизнеса;
- Да благоприятства разработването и трансфера на иновативни практики във висшето образование, включително от една европейска държава в друга;
- Да съдейства за разработването с помощта на компютърните технологии на иновативни съдържание, услуги, методи на преподаване и практики за Учене през целия живот.
- Да повиши качеството и да стимулира многостранното сътрудничество между висшите образователни институции в Европа;
- Да подобри прозрачността и съпоставимостта на придобитите в рамките на Европа квалификации във висшето образование;



Education and Culture DG

Lifelong Learning Programme

Гърция, Дания, Естония, Ирландия, Испания, Италия, Кипър, Латвия, Литва,

Люксембург, Малта, Полша, Португалия, Румъния, Словакия, Словения, Унгария, Финландия, Франция, Холандия, Чехия, Швеция), както и Исландия, Лихтенщайн, Норвегия и Турция. Програмата за обмен Еразъм стъпва на българска земя през 1999 г.

Днес програма „Еразъм” е с нови, по-богати възможности. Тя обхваща следните мобилни дейности:

- Студентска мобилност с цел обучение;
- Студентска мобилност с цел практика;
- Преподавателска мобилност;
- Обучение на университетските преподавателски и преподавателски състав в европейски висши училища и компании;
- Обучение на служители от компании в чуждестранни университети;
- Интензивни програми.



ИЗЛОЖЕНИЕ

Кратко описание на мобилността:

Пътуването по Еразъм е преживяване, което за няколко месеца ви „изселва“ от собствения ви живот, пренася ви в една нова, непозната реалност и поставя пред вас непрекъснати преमेждия.

Не, не става дума за филм на ужасите, а за уникалната възможност да откриете неподозирани хоризонти в собствената ви душевност, които неизменно ще изплуват заради културния шок, заради самотата, заради всичките пъстри хора, които ще срещате непрекъснато и навсякъде в чуждата страна...

Това е период от живота ви, в който може да ви се наложи да плачете много – от чувство на безсилие или от неизмеримо щастие, но след него погледът към собствената ви държава, както и към вас самите, ще бъде нов, някак по-обоснован, по-истински и значително по-зрял.

Ще познавате по-добре себе си, защото за 5-6 месеца или година ще сте създали толкова много нови приятели, с помощта на които ще сте надниквали дълбоко в душите си. Ще се научите да цените всичко, което имате тук, в България, тъй като ще сте го били изгубили безследно...

Програма „Еразъм” ти помогна за придобиването не само на много знания и опит, но и за създаването на много контакти. Според нас програма „Еразъм” е не просто обучение, а цялостно изживяване, комбиниращо забавление, опит, пътуване,

опознаване, култура. Напълно отговорно мога да твърдя, че „Еразъм” променя животи, разбирания и представи

През 2013 година с колегите ми Йоана и Емануил изкарахме своя Еразъм с цел практика в Белгия, град Брюж в местната болница AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV. Това което мога да споделя като общо впечатление, е не само, че всеки от нас работи във високо-функционална и високо-технологична среда, но всеки се разви на едно професионално и индивидуално ниво.

Смятам, че от гледна точка на теория-практика покрихме всички изисквания, като дори придобихме нови знания и умения , който тепърва предстоеше да научим в България.

Лично аз смятам че опита придобит в различна обстановка от нашата тук в България остава за цял живот, като ти помага не само да се изградиш като личност, дава ти самоувереност и самочувствие, но ти помага и за по-нататъчното реализиране в живота било то в нашата държава или в чужбина.

Нещо което прави огромно впечатление са уникално сплотения колектив, спокойната и организирана работа и най-вече удовлетвореността на пациентите от лечението.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Животът и обучението по програма Еразъм ти дават не само необходимите професионални качества за едно добро начало на своята кариера, но те кара да промениш своите възгледи и да преосмислиш начина по който се работи и преуспява в друга среда, различна от своята.



Работата в приятна обстановка и с добронамерен колектив те потиква да се развиваш и да ти помага да реализираш целите си.

За контакти:

Явор Стоянов, специалност „Кинезитерапия“, РУ „Ангел Кънчев“, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел. 0885352357; e-mail: qvor.stoqnov@gmail.com

Йоана Негрова, специалност „Ерготерапия“, РУ „Ангел Кънчев“, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел. 08833922 73; e-mail: ioana_negrova@abv.bg

Емануил Панайотов, специалност „Кинезитерапия“, РУ „Ангел Кънчев“, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел. 0878484779; e-mail: емо7700@abv.bg

доц. д-р Стефан Янев, РУ „Ангел Кънчев“, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел. 082-821 993, e-mail: snyanev@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран!

Профилактични методи при лица с хронична болка в гърба и кръста

Автор: Юлияна Пашкунова

Научни ръководители: проф. Николай Попов, доц. Стефан Янев

Профилактични методи при лица с хронична болка в гърба и кръста: целта на доклада е да се предложат профилактични методи при лица, страдащи от хронична болка в гърба и кръста. Прилагането на програми за обучение, модификация на риска, модификация на работната поза, намаляване на телесното тегло са факторите, които могат да предпазят един пациент без симптоматика от появата на болки в гърба и кръста, а също така и да намалят честотата и продължителността на последващи болкови пристъпи при пациенти с болки в кръста.

Ключови думи: гръбначен стълб; болка в гърба и кръста; абдоминална мускулатура; механика на повдигне; наднормено тегло.

ВЪВЕДЕНИЕ

Гръбначният стълб и структурите около него са много важни за нашата активност и всекидневни изяви. Той ни позволява да ходим, да стоим изправени, да сядаме, да се навеждаме напред, назад, встрани, да носим тежки предмети, да се включваме в разнообразна трудова дейност, да спортуваме и пр.

Натоварени с толкова различни дейности, гръбначния стълб и структурите около него често се увреждат и боледуват, причиняват болка и това нарушава ритъма на живот и дейност на човека.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Много от дейностите, извършвани ежедневно в нашия живот, могат да се разглеждат като болестни фактори, увеличаващи напрежението в гръбначния стълб: начин на спане, носене на обувки, носене на корсети, джинси, недостатъчно движение, неправилно използване на свободното време, упражняване на някакъв спорт и др.

Пътуване и работа при гръбно болни

Не трябва да се носят обувки без биологична основа (свод), особено при жените, които носят високи токове. Ходенето на босо е за препоръчване.

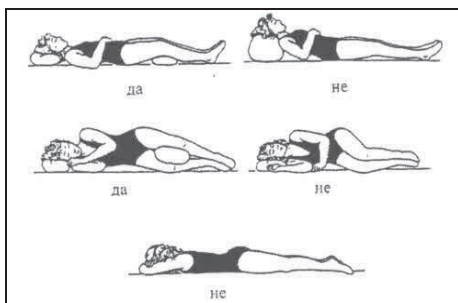
Най-добре е да се ходи бос върху мек, естествен терен, като затревени площи или пясък. Носенето на тясно бельо и облекло не е за предпочитане. Тялото на човек не е свободно в такива облекла.

Спането заема една трета от човешкия живот. Видът на леглото, матраците върху които спим и начинът по който се лежи имат голямо значение за оплакванията в лумбалната област. Изследванията показват, че не трябва да се спи по корем със завъртян таз, [2].

На фиг. 1. са показани положенията, които са за предпочитане и тези, които не трябва да използваме.

Твърде меките или много твърдите матраци не са подходящи за спане. Препоръчва се да се спи на твърд и еластичен матрак, покрит с вълнена или памучна материя. Възглавницата трябва да е удобна за спане.

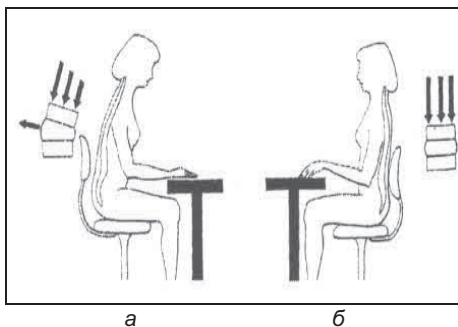
Твърде меките или много твърдите матраци не са подходящи за спане. Препоръчва се да се спи на твърд и еластичен матрак, покрит с вълнена или памучна материя. Възглавницата трябва да е удобна за спане.



Фиг.1. Положения на тялото: да – правилно, не – неправилно

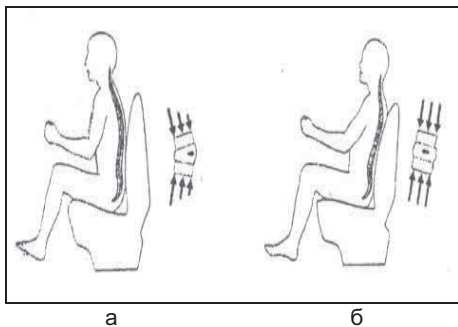
Неправилният седеж с приведен гръб и изгладена лумбална лордоза води до неправилно натоварване на лумбо-сакралния отдел на гръбначния стълб. Най-добре столът да бъде с права облегалка, гръбът на болния да е винаги добре изправен и опрян на облегалката на стола.

Краката да са сгънати в коленни и тазобедрени стави, стъпалата да са поставени на подложка така, че коленете да са по-високо от тазобедрените стави.- фиг.2, [2].



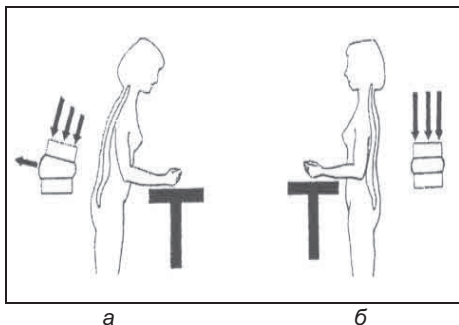
Фиг.2. Седеж: а) неправилен; б) правилен

Неправилното седене и каране на кола води до неправилно натоварване и постоянно напрежение на последните лумбални дискове - фиг. 3, [2].



Фиг.3. Седеж в лек автомобил: а) неправилен; б) правилен

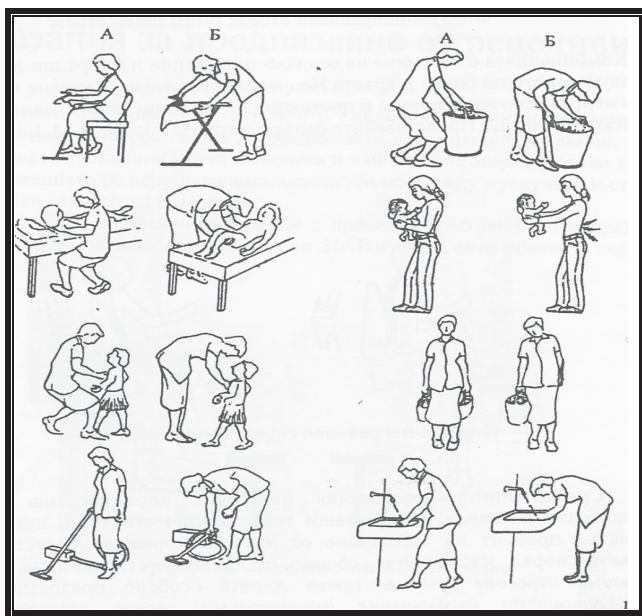
Неправилния приведен стоеж, води до неправилно натоварване на лумбалните дискове, изглажда се лумбалната лордоза - фиг.4, [2].



Фиг.4. Стоеж: а) неправилен; б) правилен

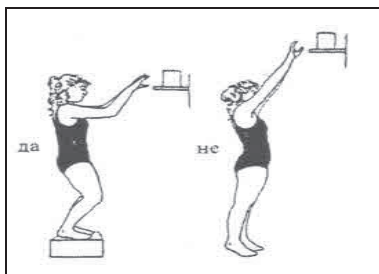
Допълнително увреждащи фактори, оказващи влияние върху гръбнака и крайниците идват от ежеднезната домакинска работа. Гръбначния стълб се натоварва още повече при неправилно навеждане, повдигане, носене, грижи за децата, седеж, стоеж и др. Жената трябва да си разпределя работата, трябва да се обърне внимание на дължината на дръжките, на маркучите за прахосмукачки и др. за облекчаване на работата.

На фиг.5. са показани дейности от ежедневието на жената, които се изпълняват правилно – А и неправилно - Б.

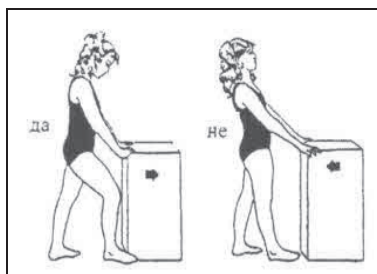


Фиг. 5. А-правилно изпълнение; Б – неправилно изпълнение

Свалянето на предмети, стоящи над главата на човек, не трябва да става с опънато тяло и ръце, а да се стъпи на нещо, което ще доближи предмета до равнището на главата - фиг. 6, [2].



Фиг. 6. Сваляне на предмет



Фиг. 7. Бутане на предмет

Лумбалния дял на гръбначния стълб се натоварва повече от нормалното, когато някакъв предмет се дърпа, а правилното е той да се бута - фиг. 7, [2].

От голямо значение за намаляване на лумбалните болкови синдроми е биомеханиката на повдигането.

Повдигането на тежки предмети предизвиква значително натоварване на множество мускули на трупа и крайниците. То подлага на значителен компресионен, тензионен и ножичен стрес цялото тяло и особено долната част на гръбначния стълб.

В много ситуации този стрес може да прехвърли границите на механичната здравина на структурите в тази област – зигоапофизарни стави, междупрешленни дискове, мускули, лигаменти.

Силите, генерирани от екстензорите на гръбначния стълб при повдигане, са в тясна зависимост със силите, натоварващи инертните структури (ставни капсули, лигаменти, фасции, сухожилия, междупрешленни дискове и др.).

За това основния въпрос е как мускулното действие може да бъде модифицирано с оглед намаляване на натоварването върху инертните структури.

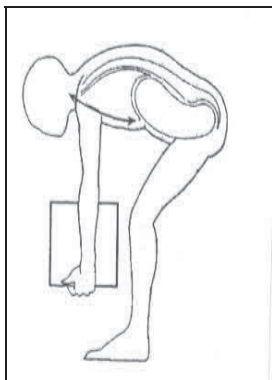
През 1957г. D. Bartering публикува становище, че маньовърът на Valsalva (на името на италианският анатом Valsalva 1666-1723), който се развива при вдигане на тежки предмети може би предизвиква намаляване на натоварването на гръбначния стълб.

Маньовърът на Valsalva представлява значително увеличаване на интраабдоминалното налягане чрез силова контракция на абдоминалната мускулатура при затворен глотис.

Това предизвиква механичен ефект на надут под налягане балон. Така се формира ригидна вертикална интраабдоминална колона, която е притисната нагоре към диафрагмата и надолу към тазовото дъно.

Според Bartelink тази колона поема част от натоварването и така се намалява обременяването на екстензорите на гръбначния стълб, а от там и компресионното натоварване в междупрешленните дискове, [6].

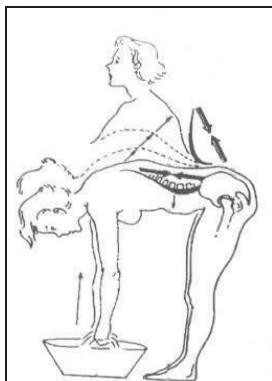
Интраабдоминалното налягане действа срещуположно на таза и диафрагмата и осигурява допълнително отбременяване на гръбнака – фиг. 8, [1].



Фиг. 8. Механизъм на интраабдоминално налягане

Стабилността на лумбалния гръбнак зависи от координираното взаимодействие на тазобедрените екстензори при голямо усилие, параспиналната мускулатура при изпълнение на по-леки дейности и на абдоминалната мускулатура за балансиране на участието в движенията на лигаменти и гръбнак. При повдигането от наведено положение тялото пивотира с двата крака и се получава затворена кинетична верига. Тежестта на трупа и тежестта на повдигания предмет създават съпротивление, което се балансира от активността на екстензорите в ТБС, гръбната, гръдната и коремната мускулатура.

При навеждане с изправени колена, последвано от опит за повдигане на предмет от земята, *m. sacrospinalis* причиняват хиперекстензия (увеличена лордоза) в лумбалния гръбнак - фиг. 9. [1].



Фиг. 9. Навеждане с изправени колена

Има редица изследвания насочени към проучването на най-ефективните и безопасни техники на повдигане. Те показват, че нито една техника не може да се възприеме като абсолютно безопасна и сигурна при всички хора и при всички ситуации на повдигане. Основните техники на повдигане са две – чрез наклон или чрез клякане. За техниката с наклон е характерно, че повдигането се извършва чрез екстензия в ТБС и лумбалния дял, докато коленете остават само леко сгънати. При

тази техника, в началото на повдигането лумбалния дял е силно флектиран. Техниката с наклон създава най-голямо външно рамо между горната част на трупа и лумбалния дял и между повдиганият товар и лумбалния дял. Това изисква развитие на по-голям момент от екстензорите на лумбалния дял. Така, заедно с флектираната позиция на лумбалния гръбнак се създават пределни компресионни и ножични натоварвания на междупрешленните дискове, което е предпоставка за тяхната увреда. Повдигането с клякане започва с максимално флектирани колена. При повдигането коленете се екстензират под действието на квадрицепса. В зависимост от вида на товара и степента на клякане, лумбалният дял може да бъде с увеличена, нормална или леко изгладена лордоза. Може би най-голямото предимство на тази техника е това, че товарът се повдига право нагоре от позицията между стъпалата. На теория се намалява рамото на действие на горната част на трупа и на повдигания товар, което респективно води до намалено усилие от страна на екстензорите. За това техниката за повдигане чрез клек се счита по-безопасна по отношение на лумбалния гръбнак. Не бива да се забравя обаче, че тя предизвиква натоварване на пателофеморалните стави, поради силовата контракция на квадрицепса, т.е. щаденето на лумбалния гръбнак води до претоварване на коленете. При преценка за използване на една или друга техника на повдигане трябва да се вземе предвид и фактът, че техниката с наклон е 23 до 34% по-ефективна от метаболитна гледна точка, т.е. при нея се използва по-малко енергия. Това се дължи на фактът, че при техниката с клякане ОЦТ се спуска по-ниско и съответно трябва да бъде издигнат повече, т.е. налага се извършване на повече работа. Насоките за безопасност на повдигането са обобщени на табл. 1, [5].

Таблица 1

НАСОКА	ОБОСНОВКА	КОМЕНТАР
Задържане на повдигнатия товар максимално близко до тялото.	Намаляване на външното рамо на действие на товара и респ. на флекссионния въртящ момент.	Задържане на товара между коленете при повдигане е идеалният вариант, но не винаги е осъществим.
Повдигане с поддържане на нормална лордоза. Избягване на прекаленото изглаждане или увеличаване. Точната позиция се определя от усещането за комфорт.	Задържането на нормална лордоза предпазва гръбнака от прекалена флексия или екстензия. Силната контракция на лумбалните екстензори при флектиран гръбнак може да предизвика увреда на междупрешленните дискове. Значителната контракция на тези мускули при прекалена екстензия пък може да увреди зигопофизарните стави.	Повдигането с нормална лордоза е добър вариант при здрави хора, с опит в повдигането на товари. Лекото до умерено изглаждане или увеличаване на лордозата може да има следните биомеханични последствия: 1) Леката до умерена флексия увеличава пасивната тензия, генерирана от дорзалната капсуло-лигаментарна система и евентуално намалява необходимото усилие на лумбалните екстензори.
При повдигане максимално да се използват екстензорите в ТБС и коляното и така да се намали натоварването на лумбалните екстензори.	Прекаленото усилие на лумбалните екстензори може както да увреди и самите тях, така и да претовари и увреди междупрешленните дискове	2) Лекото до умерено увеличаване на лордозата предизвиква компресия и заключване на
Намаляване на вертикалното и хоризонталното разстояние, на което трябва да се измести обекта.		
Избягване на усукването на трупа при		

повдигане. Повдигането трябва да е максимално бавно и плавно. Повдигане с леко увеличена опорна площ (леко раздалечени ходила). При възможност да се използват помощни механизми или помощ от други хора.	Намаляването на разстоянието на изместване намалява и цялостната работа, която трябва да се извърши и така намалява както умората, така и обема на движение в лумбалния гръбнак и ставите на долните крайници. Усукването на междупрешленните дискове при повдигане е предпоставка за тяхната увреда. Това намалява пиковите стойности на натоварването на мускулите и съединителната тъкан. Това подобрява стабилността на тялото и намалява опасността от подхлъзване и падане. Това намалява натоварването.	зигоапофизарните стави и по този начин се постига по-добра стабилност в областта. Тази насока е подходяща за хора с проблеми в ТБС и коленете. Повдигането с клякане улеснява гръбначните екстензори, но като цяло увеличава енергоразхода. Уместно е използването на дръжка и повдигаща се платформа. Правилната ергономия на работното място намалява необходимостта от усукване при повдигане на товари. Използването на лост, механизъм на повдигане или помощ е уместно и възможно в много случаи.
--	--	---

В миналото профилактиката на болките в кръста се е заключавала основно в засилване на мускулите от поясния мускулен корсет – коремни и паравертебрални мускули. Съвременните изследвания показват, че здравето на лумбалния гръбнак зависи от множество фактори, [4]:

- *Кардио-васкуларен фитнес.* Редовното упражняване в аеробен режим и с циклични упражнения за подобряване на общото кръвообръщение, подобрява и локалното кръвообръщение на междупрешленните дискове, поддържайки тяхната функция.
- *Подвижност на поясния дял.* Намаляването на подвижността на лумбалния гръбнак води до претоварване на тазобедрената област при наклони и оттам до развитие на мускулен дисбаланс и болкови синдроми.
- *Еластичност на ишиокруралната мускулатура.* Нормалната еластичност на ишиокруралните мускули позволява нормално увеличаване на инклинацията на таза при наклон напред. Ако това не е така при наклон се претоварват поясните прешлени и постепенно се предизвиква лумбална болка.
- *Еластичност на флексорите в ТБС.* Нормалната еластичност на флексорите в ТБС дава възможност на тазът да заеме правилна поза при стоене. Ако тези мускули са скъсени, тазът ще стои в увеличена инклинация, което ще доведе до увеличаване на поясната лордоза и оттам ще се развие болков синдром.
- *Сила и издръжливост на коремните мускули.* Нормалната функция на тези мускули допринася за правилната позиция на таза, който е основата върху която

стои гръбначния стълб. Те също така обтягат торако-лумбалната фасция, чрез което допълнително стабилизират лумбалния гръбнак

- *Сила и издръжливост на паравертебралната мускулатура.* Правилната функция на тези мускули определя добрата стабилизация на лумбалния гръбнак при стоеж и наклон напред. Неправилната им функция предизвиква увеличена компресия върху лумбалните прешлени.

Наднормено тегло и болките в гърба

Колкото наднорменото тегло на човек е по-голямо, толкова вероятността за поява на болка в гърба се увеличава. Всеки килограм в повече поставя допълнителни изисквания към междупрешлените дискове и стави, към мускулния и свързочния апарат.

Например, едно наднормено тегло от 30-40 кг, може да се сравни с постоянно носене на една раница, тежка около 25-30 кг. Това обременява не само гръбначните структури, но и тазобедрените, коленните, глезенните стави и ходилата.

Тези стави също заболяват. Това разстройва допълнително гръбначните структури. Хората с наднормено тегло имат най-често различни проблеми с гърба.

По-добре е да се яде няколко пъти дневно, но в по-малки количества, отколкото 2-3 пъти, но в големи количества особено вечер.

Дневния калораж на приетите храни не трябва да надвишава 1000-1500 калории. В САЩ широко рекламират здравословна диета, представена под формата на пирамида - фиг. 10, [3].

Препоръчва се на лицата с наднормено тегло да се задоволят с храни от долната част на пирамидата и да ограничават рязко консумирането на продукти от горната.

Медиите често поднасят „рецепти“ за бързо отслабване. Но постепенното отслабване в резултат на сполучливо съчетание между хранителен и двигателен режим има най-добър и траен ефект. Ако човек с наднормено тегло отслабва само с 400 грама седмично, за една година „сваля“ над 20 кг, което е едно добро темпо без никакви рискове за здравето, (Д. Костадинов, 2000).



Фиг. 10. Ръководство за здравословно хранене и отслабване

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Недостатъчните знания за профилактиката на болките и тяхното лечение също допринасят за трудната борба с този проблем. Радио, телевизия, преса често ни

информират за застрашаващи живота на човека заболявания (сърдечно-съдови, ракови и др.) и съвсем не достатъчно за проблемите на гърба. Болните трябва да знаят повече за гръбначния стълб, тъканите около него и причините за тези болки. Да се интересуват както от причините, така и как да се предпазят от нов пристъп на болки. Ако това им се обяснява, те ще се включат по-активно в лечебните мероприятия.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Желев, В., Воядзис, Х., Леану, Е. Допълнен тест за лумбална дискова болест. В: сп. „Кинезитерапия и рехабилитация“, бр. 1-2 2004, стр. 17-19.

[2] Желев, В. Физиотерапия при неврологични, неврохирургични и психични заболявания, 2012, 251, 274-281.

[3] Костадинов, Д. Болки в гърба и кръста. М & МИКРОПРИНТИНГ, С., 2000, 11, 23, 84-92.

[4] Попов, Н. Кинезитерапия в спортната практика. НСА – ПРЕС, С., 2006, 97-104.

[5] Попов, Н., Вакрилова, М., Воядзис, Х. Биомеханика на повдигането: значение на лумбалните болкови синдроми. В: сп. „Кинезитерапия и рехабилитация“, бр. 3-4., 2008, стр. 5-10.

[6] Bartelink, D. The role of the abdominal pressure in relieving the pressure on the lumbar intervertebral disks. Bone Joint surg, 1957, 39, 718-725.

За контакти:

Юлияна Пашкунова, ЦСРИ „Детелина“, гр. Борово, тел. 0889/255 301, e-mail: juli.pashkunova@abv.bg

проф. д-р Николай Попов, катедра “Теория и методика на кинезитерапията”, Национална спортна академия “Васил Левски”, тел.: 0887 299 568; e-mail: nikiporov1@abv.bg

доц. д-р Стефан Янев, РУ „Ангел Кънчев“, катедра „Обществено здраве и социални дейности“, тел. 082-821 993, e-mail: snyanev@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран!

Съвременни теории за етиологията на детската церебрална парализа

Автор: Виктория Добрева- докторант
Научен ръководител: доц. Пенка Баракова, д.п.

This report focuses on current theories about the development of cerebral palsy and risk factors pertain to it. The etiology of cerebral palsy is very diverse, but still authors from around the world looking for reasons pertain to it.

Key words: *aetiology, paralysis cereбрalis, risk factors, etiology, causes*

ВЪВЕДЕНИЕ

Според Световната здравна организация ДЦП е полиетиологично непрогресиращо заболяване на ЦНС, което възниква в периода на бременността, раждането и 30 дни след него, като се увреждат предимно структурите на развиващият се мозък, отговорни за движенията и положенията на тялото (1). Причините за развитие на детската церебрална парализа са изключително разнообразни, научни институти, клиники и отделни автори правят задълбочени проучвания върху етиопатогенезата на заболяването.

Цел: Целта на настоящето съобщение е да представи някои от съвременните теории върху етиологията на детската церебрална парализа.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Както е известно най-общо причините за това заболяване се разделят в три основни групи: пренатални, перинатални и постнатални причини.

Пренатални рискови фактори

Различни заболявания на майката по време на бременността /ендокринни, инфекциозни, органични от различен произход/, тежки токсикози по време на бременността, увреди на плацентата, кръвна несъвместимост на родителите /обикновено от RR тип/. Също така заболявания на майката като токсоплазмоза, рубеола, цитомегаловирус, херпес симплекс вирус, сифилис, които са от група вируси, можещи да причинят увреждане на централната нервна система на плода по време на вътреутробното развитие.

S. Jarvis (2003), M. Torp и съавтори (2004), Sv. Glinianaia и колектив (2006) смятат, че вътрематочното ограничаване на растежа може да доведе до увреда на ЦНС.

Перинаталната инфекция също се взема в съображение за развитие на церебрална парализа. Изследвания през 2004 година показват, че свързаните възпалителни цитокини са възможни причини за мозъчна травма.

Според G. H. Chambers (2004), P. V. Mohan и колектив (2004) рискът за церебрална парализа при недоносени новородени между 32-37 гестационни седмици се увеличава около пет пъти спрямо риска за децата, родени на термин.

Н. Радкова изследва недоносени деца и установява, че новородените недоносени под 25 гестационна седмица и с тегло под 1500 грама са с висок риск за развитие на церебрални парализи, поради исхемични и хеморагични поражения на ЦНС.

В това число тя включва перивентриколарната левкомалация и интравентриколарния кръвоизлив. В нейни и на други автори проучвания между 10 и 20 % от преживелите новородени изискват специални грижи, поради сериозни увреждания, включително гърчове, дихателни проблеми и др. Новородените

недоносени, родени по рано от 28 гестационна седмица са с 50 пъти по – голям риск. Много проучвания доказват, че при Rh отрицателна майка и дете с Rh положителен може да се развие тежка анемия (еритробластоза феталис), тежка жълтеница, епилептични припадъци.

G. H. Chambers (2004), P.V Mohan (2004) установяват, че увеличаването на многоплодните бременности през последните години, особено в Съединените щати, и увеличеното използване на репродуктивни лекарства са причина за отключване на патологията.

Според Н. Мумджиев (1998, 2004) и Р. Райчев (2002) значение имат екзоинтоксикации на майката – алкохолна, медикаментозна, наркотична злоупотреба, радиационни облъчвания върху плода /особено между 8 и 15 гестационна седмица/. Поглъщане на токсични вещества като олово, живак, отрови, или някои химикали може да доведе до неврологични увреждания. St. Flanagan, A. Moroz, H. Zatersky (2011) приемат, че симптоматични интоксикации, като фетален алкохолен синдром, подкрепят до голяма степен пренаталната етиология.

Според Ch. Panteliadis (2004) вродени мозъчни малформации – като агенезия на мозолесто тяло (корпус калозум), кистарни малформации, синдром Dandy-Walker, вродена хидроцефалия, първична микроцефалия, rachygyria, microgyria, agyria, хромозомни дефекти, вродени инфекции на централната нервна система, фамилен предразположеност отключват развитието на детската церебрална парализа.

Перинатални рискови фактори

Към перинаталните рискови фактори се отнасят редица ситуации, водещи до асфиксия на плода, като форсирано раждане, раждане с форцепс, раждане с увита около шията пъпна връв, седалищно предлежание на плода, всички родови усложнения. Паренхимното включване на интравентриколарният кръвоизлив и/или перинатален церебрален инфаркт при новородени, особено деца в риск (родени с тегло под 1000 грама, на възраст 28 гестационни седмици и др.) са с предпоставка за развитието на церебрална парализа. В последните години като най- честата причина за развитие на церебрална парализа при този контингент са исхемични и хеморагични поражения на ЦНС с прояви на дихателна и сърдечна недостатъчност, чести епилептични гърчове.

Риска за трайни увреждания в следствие на споменатите патологии изискват сериозни, интензивни перинатални грижи за да се осигури преживяемост на тази рискова категория. Така новите хирургически техники коригират органните аномалии, венозното парентерално хранене за продължителен период, осигуряват нормален растеж и развитие на новородените в риск. За съжаление в случаите на сериозни увреждания на ЦНС с последваща тежка патология – забавяне на психомоторното развитие, централни парализа и др. остават почти непроменени през последните 15-20 години.

Постнатални рискови фактори.

Причините за развитие на церебрална парализа в периода след раждането и първите три- четири години от живота на децата са сравнително най- добре изяснени. Проучените от нас автори приемат, че в етиологията за развитие на церебрални парализи влизат в съображения: менингити, енцефалити, менингоенцефалити, черепно-мозъчни травми, чести тежки епилептични припадъци, температурни гърчове и др.

Според R. Bjorklund (2007), Р. Райчев (2002) някои наследствени (генетични), дистрофични заболявания на ЦНС в ранна детска възраст също водят до церебрални парализи.

W. L. Minear (1956) приема, че лезията при отстраняване на тумори в мозъка, също се счита за един от етиологичните фактори за церебрална парализа.

Хориоамнионитът също се свързва с патогенезата на детската церебрална парализа, въпреки, че дискусиите по този въпрос продължават.

Хистологичните признаци на хориоамнионит могат да бъдат открити в повече от 50 % от жените, които раждат преждевременно. Според авторите субклиничен и клиничен хориоамнионит може да доведе до възпалителен отговор на плода, и това възпаление да допринесе за неонатална мозъчна травма с последваща церебрална парализа.[13].

На базата на проведени нови изследвания се доказва, че 1.5% от случаите на церебрална парализа са **унаследени в рецесивен модел**. Проучванията в малките общности в Швеция установяват, че детската церебрална парализа е по-честа при тези популации, при които има бракове между роднини.

Фамилната предразположеност авторите смятат, че се отнася до класическият вид наследственост, като най-типичен е примера с вродената атаксия, при която всички засегнати деца са с церебрална парализа имат умерена или тежка степен на умствена изостаналост и поведенчески проблеми.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Независимо от етиологичните фактори синдромокомплексите на детската церебрална парализа са вече определени: изоставане в психомоторното развитие, развитие на спастични парализи, непрогресиращи промени в статомоториката и възможност за определена степен на възстановяване след системна ранно започваща физиотерапевтична интервенция.

Търсенията по отношение на етиопатогенезата на церебралните парализи и рисковете за тяхната поява и развитие, както и въпросите относно обема и интензивността на медицинските (в конкретният смисъл на думата) и физиотерапевтични стратегии продължават да са обект на активни дискусии.

Може да се каже, че медико-социалната рехабилитация на децата с церебрална парализа поражда редица морално етични въпроси в съвременното ни общество.

ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Желев, В.. Физиотерапия при неврологични, неврохирургични и психични заболявания. Авангард Прима, 2012
- [2] Мумджиев, Н., Педиатрия: Как да постъпвам при?... , МИ Арсо, София, 2006
- [3] Р.Райчев, И.Райчев, Основи на неврологията, АРТИК, 2002
- [4] Н.Радкова, Ранна физиотерапевтична интервенция при недоносени деца с исхемични и хеморагични поражения на централната нервна, 2014
- [5] Minear,W.Pediatrics official journal of the American academy of pediatrics, 1956,American Academy of Pediatrics;
- [6] Dodge.N., Neurodevelopmental Disabilities: Clinical Care for Children and Young Adults, 2011, Springer Science +Business Media B.V.2011
- [7] Jervis.S, Cerebral palsy and intrauterine growth in single births: European collaborative study, 2003
- [8] Jenkins S., Sports Science Handbook: The Essential Guide to Kinesiology,Sport and Exercise Science , Simon P. R. Jenkins, 2005
- [9] Glinianaia SV. et all, Intrauterine growth and cerebral palsy in twins: a European multicenter study, 2006
- [10] Panteliadis.Ch.N.M.Strassburg, Cerebral palsy:Principles and Management, Thieme,2004, ISBN:3-13-1400-21-8,ISBN1-588 90 – 259-1

[11] Patel.D. et all, Neurodevelopmental Disabilities: Clinical Care for Children and Young Adults, Springer Scienci+Business Media B.V. 2011

[12] Tandon.p, R.Ramamurthi, Ramamurthi & Tandon's:tehtbook of neurosurgery, 2012, Jaype Brothers Medical Publishers

[14] спис. JAMA 2000

За контакти:

Виктория Добрева, РУ „Ангел Кънчев” - Русе, тел.: 0885803772, e-mail: dobreva@abv.bg

Доц. Пенка Баракова, д.п., тел.: 0899955088; e-mail: mrsbarakova@abv.bg

Докладът е рецензиран!

Участие в интензивна програма Еразъм „Иновации и креативност за живот“

Автори: Венцислав Николов, Габриела Георгиева
Научен ръководител: гл. ас. д-р Лилия Тодорова

The multi-professional course "Innovation and Creativity for Life" is a programme aiming at developing multi-professional and intercultural competences in which students are able to invent, create idea's/products/prototypes or assistive technology to improve quality of life in living, learning, working and playing for individuals, communities, populations, intercultural society. This intensive programme will focus on both theoretical and practical competences in creativity, innovation and entrepreneurship towards future solutions related to human occupation & participation in daily life.

Key words: innovation, creativity, assistive technology, quality of life, communities, inclusion, daily life.

ВЪВЕДЕНИЕ

Интензивната програма „Иновации и креативност за живот“ се проведе в град Оверпелт, Белгия, между 13 и 26 януари 2014 година. Тя събра студенти от Финландия, Дания, Великобритания, Белгия, Литва и България, които се обучават в инженерни и компютърни специалности, Ерготерапия, Медия и дизайн. От всяка страна взеха участие по пет студенти. Лектори бяха преподаватели от Coventry University във Великобритания, University College of Northern Denmark в Дания, University of Applied Sciences в Литва, Oulu University of Applied Sciences във Финландия, Русенски университет в България и Hogeschool PXL в Белгия.

Подготвителна част от програмата:

Студентите от споменатите държави бяха разделени на групи, които в рамките на два месеца преди срещата в град Оверпелт, Белгия, работиха дистанционно върху задача да направят портфолио, което представя тяхната професия – Ерготерапия или Инженерен дизайн. Като обща платформа за виртуални срещи и споделяне на всяко портфолио се използва социалната мрежа Фейсбук.

Съвместна работа в гр. Оверпелт, Белгия.

Студенти и преподаватели се събраха за съвместна работа в гр. Оверпелт. Там студентите бяха разделени наново по групи, този път със смесен състав – всяка група се състои от 4 ерготерапевти и двама дизайнери/рехабилитационни инженери. Интензивният курс беше структуриран така, че да обхване целия процес от генериране на иновативна идея до нейното реализиране и послужи като ръководство за студентите през всички етапи от този процес.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Централно място в интензивния курс заемат новите технологии в Ерготерапията, които да повишат качеството на живот и независимостта на клиентите. Всяка група от студенти получи казус с реален клиент (клиенти) и неговите затруднения и задачата да разработи нови решения или технологии за повишаване на участието и мотивация за промяна.

Разработването на иновативен продукт (прототип, асистираща технология), като процес премина през няколко етапа разпределени в рамките на 2 седмици. Той започна с генерирането на иновативно решение и приключи с бизнес план за внедряването на готовото решение.

1. Генериране на идея – „Дайте ми идея, моля“

Студентите бяха запознати с основните стъпки при генерирането на идея – създаване на идея, оценка на идеята, инкубация и описание и практическо реализиране на идеята.

След теоретичната част, участниците в групите бяха провокирани да разчупят традиционното мислене. Конкретният проблем трябваше да бъде погледнат през призмата на вертикалното, латералното и хоризонталното мислене. При вертикалното мислене проблема се дълбае още по-надълбоко, при латералното се правят нови „дупки“ (търсят се нови, неопитвани начини за решаване на проблема), докато при хоризонталното мислене се използват тези знания, които нямат логическа връзка с проблема. В резултат на тези три начина на мислене групите подхождаха към съответните казуси от гледна точка на други професии. Например, за да реши проблема, какво би направил един дърводелец, банкер, шофьор на камион и пр.

На този етап се направи анализ на потребностите на клиентите, за които се разработва решение, какво е направено до момента и какво би могло да се предложи като идеи.

2. Продуктов дизайн

Реализирането на една идея изисква визия за това какво ще представлява и как ще изглежда готовият продукт. Затова студентите се запознаха с петте фази на разработването на един продукт:

- Планиране – какво проектираме, какъв е нашият продукт?
- Проучване
- Дизайн на концепцията
- Разработване на дизайна на концепцията
- Реализиране и тестване

Тук беше мястото да се изяснят кои от идеите ще бъдат реализирани и кои от тях ще бъдат разработени, какъв продукт ще се предложи и как евентуално ще изглежда.

3. Социално включване и интеркултурни аспекти

Много важен етап, при който се наблегна на ключовата роля на иновативните технологии като средство в ерготерапевтичната интервенция. А именно – съдействие за социално включване на клиентите. Известно е, че участието в общността е от решаващо значение за благополучието на всеки човек, както и за неговото здраве. Благоприятният ефект от социалното включване е както за отделния човек, така и за общността като цяло.

С оглед на внедряването им в практиката разработваните от групите идеи трябваше да бъдат съобразени с културните особености на всяка от държавите участнички. Ударението беше поставено върху социалната страна на иновациите – социалните иновации са нови идеи, които посрещат социалните нужди и създават нови социални връзки и сътрудничество.

4. Медицински технологии и етика

Съществено внимание бе отделено на етичната страна на решенията, които всяка група предлага. Направен бе преглед на съществуващите технологии в сферата на грижата за хората както в болници и центрове за грижа в общността, така и в домашна среда.

Някои от въпросите, които си зададохме относно нашия казус:

- Идентифициране на етичните въпроси – какво знаем и какво трябва да знаем за нашия случай?
- Как можем да включим други хора, с различни гледни точки и идеи, в процеса

на вземане на решения?

- Кои организации/хора засягаме с нашите решения?
- Как щях да се чувствам аз, ако бях на мястото на този човек?
- Какви са евентуалните краткосрочни и дългосрочни последици?
- Как бихме обосновавали решенията си пред колеги, обществото?

Отново се обърна внимание на тенденцията към промоция на здраве и разрастване услугите в общността, насърчаващи здравето и благополучието.

5. Модел на бизнесплан

След като всички работни групи преминаха през горните стъпки, всяка от тях разполагаше с дизайн на конкретни технологични концепции на продукти, които ще помогнат за независимостта и подобряване участието в дейностите от ежедневието на клиентите.

Необходимо беше само да бъде подредено всичко в един бизнесплан. Той даде яснота как ще се реализират идеите си, тъй като включва в себе си:

- Ключови партньори
- Ключови дейности
- Ключови ресурси
- Ключови приложения
- Канали
- Връзки с клиентите
- Структура на разходите
- Сегменти
- Приходи

6. Роботите – поглед напред

В последните дни от интензивния курс студентите бяха запознати с най-новите технологии в областта на рехабилитацията, както и ползата от технологиите в областта на Общественото здраве – подобряване качеството на работата и минимизиране на разходите и ресурсите.

В края на интензивния курс всички групи представиха иновативните продукти и идеи. Отделено беше време за дискусии и обратна връзка относно силните страни и евентуалните възможности за усъвършенстване на готовите проекти.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Участието в това двуседмично интензивно обучение беше изключителна възможност, за нас като студенти, да работим в интеркултурна среда и да реализираме придобитите знания в професионалното направление, в което се обучаваме. Придобихме ценен опит в сътрудничеството с колеги от други страни и актуализирахме практическите си умения за работа с хора със затруднения сравнявайки нашето ниво с това на нашите колеги.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Bratanov B., Robotic vision
- [2] Madsen J. –UCN, I have an idea –vertical and lateral thinking, Idea-scouting – Lateral and horizontal thinking in depth, Creativity – give me an idea, please
- [3] O'Neill S., M. Lander, Multimedia for Life
- [4] Paajanen K., MSc, Entrepreneurship
- [5] Todorova L., Inclusion and intercultural aspects of innovation for life
- [6] Valusyte R., Product design and developement
- [7] Waters S., Healthcare Technology and Ethics

За контакти:

Венцислав Николов, специалност Ерготерапия, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: 0988813916, e-mail: noble_17@mail.bg

Габриела Георгиева, специалност Ерготерапия, Русенски университет „Ангел Кънчев“, тел.: 0896750707, e-mail: gabi_921@abv.bg

Научен ръководител:

Венцислав Николов, студент III курс, специалност „Ерготерапия“ към катедра „Обществено здраве и социални дейности“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“

Габриела Георгиева, студент III курс, специалност „Ерготерапия“ към катедра „Обществено здраве и социални дейности“ на Русенски университет „Ангел Кънчев“

гл.ас. д-р Лилия Асенова Тодорова, Катедра “Обществено здраве и здравни грижи”, Русенски Университет „Ангел Кънчев“, тел.: 082/821993, e-mail: litod@uni-ruse.bg

Докладът е рецензиран!

**РУСЕНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
“АНГЕЛ КЪНЧЕВ”**



СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ СНС'15

П О К А Н А

**Русе, ул. "Студентска" 8
Русенски университет
"Ангел Кънчев"**

**Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“
Секция „Здравна промоция и превенция“**

**СБОРНИК ДОКЛАДИ
на
СТУДЕНТСКА НАУЧНА СЕСИЯ – СНС’14**

Под общата редакция на:
гл. ас. д-р Ирина Караганова

Отговорен редактор:
проф. д-р Ангел Смикаров

Народност българска
Първо издание

Формат: А5
Коли: 5,125
Тираж: 20 бр.

ISSN 1311-3321

ИЗДАТЕЛСКИ ЦЕНТЪР
на Русенския университет “Ангел Кънчев”