



ЮГОЗАПАДЕН УНИВЕРСИТЕТ „НЕОФИТ РИЛСКИ“

БЛАГОЕВГРАД

ФАКУЛТЕТ: ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ, ЗДРАВНИ ГРИЖИ И СПОРТ

КАТЕДРА: „МЕДИКО-СОЦИАЛНИ НАУКИ

ЙОАНА КРАСИМИРОВА НЕГРОВА

**МЕДИКО – СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ НА ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИТЕ ПОДХОДИ
ПРИ РАБОТА С ДЕЦА И МЛАДЕЖИ С ПСИХИЧНИ УВРЕЖДЕНИЯ**

АВТОРЕФЕРАТ

На дисертационен труд за придобиване на образователна и научна степен „Доктор“.

Професионално направление 3.4.Социални дейности.

Докторска програма „Организация и управление на социалните дейности“.

НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ:

1. доц. д-р Никола Събев, д.н.
2. проф. д-р Париз Паризов д.н.

БЛАГОЕВГРА

2021 г.



ЮГОЗАПАДЕН УНИВЕРСИТЕТ „НЕОФИТ РИЛСКИ“

БЛАГОЕВГРАД

ФАКУЛТЕТ: ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ, ЗДРАВНИ ГРИЖИ И СПОРТ

КАТЕДРА: „МЕДИКО-СОЦИАЛНИ НАУКИИ

ЙОАНА КРАСИМИРОВА НЕГРОВА

**МЕДИКО – СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ НА ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИТЕ ПОДХОДИ
ПРИ РАБОТА С ДЕЦА И МЛАДЕЖИ С ПСИХИЧНИ УВРЕЖДАНИЯ**

АВТОРЕФЕРАТ

На дисертационен труд за придобиване на образователна и научна степен „Доктор“.

Професионално направление 3.4.Социални дейности.

Докторска програма „Организация и управление на социалните дейности“.

РЕЦЕНЗЕНТИ

БЛАГОЕВГРАД

2021 г.

Дисертационният труд е обсъден и предложен за публична защита на заседание на катедра „Медико – социални науки“ на факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“ към Югозападен университет „Неофит Рилски“, Благоевград.

Дисертационния труд е оформен в три части: въведение, три глави (вкл. 47 фигури), приложения.

Общ обем: 131 стр.

Цитирана литература (66 заглавия): 5 страници.

Приложения (20 на брой): 20 страници.

Докторант: Йоана Красимилова Негрова

Тема на дисертационен труд: „Медико – социални аспекти на ерготерапевтичните подходи при работа с деца и младежи с прихични увреждания“

Материалите са на разположение в канцеларията на факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“ в Югозападен университет „Неофит Рилски“ Благоевград.

ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Актуалност на проблема

Обществото у нас, а и по света все повече започва да се интересува от условията на живот на хората с увреждания. Търсят се начини за подкрепа и предоставяне на по – добри възможности за реализация на потенциала на тези лица. Хората с увреждания, както всички членове на обществото имат право на достойнство, независимост и пълноправно участие в цялостния социален живот. Важни за всеки един индивид са възможността и степента на включване в обществото и неговите структури, като хората от рисковите групи и техните семейства следва да имат шанс за активно участие в многообразните аспекти на социално-икономическата формация, към която те принадлежат. Психичното здраве е от основно значение за съществуването на здрав индивид. То е състояние, при което индивидът има възможностите да живее свободно, да взема важните за него решения, да реализира потенциала си, да се труди и грижи сам за себе си, да допринася за живота на общността, в която живее.

Психичното здраве е взаимовръзката между психо - емоционалното състояние на индивида и неговото социално поведение.

Децата и младежите са важна част от обществото, която е натоварена с изискванията за създаване на здрава социална среда. Затова техните интереси трябва да бъдат защитавани, а полаганите за тях грижи да са адекватни и отговарящи на нуждите им. Необходимо е за всяко дете или младеж с психично отклонение, да се намери специфично спрямо неговото състояние, решение. Уникалността на психичното заболяване, заедно с уникалността на детето, създава необходимост от осигуряването на подходяща помагача среда, която да подкрепя развитието му в положителна посока.

През последните години се увеличават данните за наличие на психични разстройства сред обществото, като заедно с това се наблюдава чувствително намаляване на възрастовата граница при тези заболявания. Изследват се взаимовръзките между психичното здраве и соматичните заболявания като се обобщава, че честите нарушения в соматичното състояние водят до влошаване на цялостната психологична характеристика на личността[3]. Изследвания показват нарастване на броя на диагностицираните деца със задръжка в развитието и синдроми, които го засягат. Такъв е синдромът на Аспергер

и синдромът на ранен детски аутизъм. С израстване в годините тези проблеми могат да създадат усложнения и липсата на адекватни мерки да предизвика тежки последствия. Забавянето в диагностиката, лечението и рехабилитацията, предизвиква намаляване на шансовете за социално включване. Социализацията е процес, който протича под влиянието на много фактори – социална среда, семейство, училище, връстници и приятели. Тя е процес на възприемане, усвояване и възпроизвеждане на социален опит[4,5]. Именно нарушението на социалните функции, както и проявените дисфункции във възприемането на околната среда - семейна и училищна, водят до отрицателен житейски опит и психично страдание. Последствията ограничават способностите на детето и младежа да изпълнява своите дейности от ежедневието, както и ефективното включване в социалния живот.

Умствената изостаналост, шизофренията, биполярното афективно разстройство, депресивните състояния и поведенческите проблеми, са част от възможните усложнения. Необходимо е включването на различни специалисти като психолози, социолози, педагози, психотерапевти в работата с тази група хора с увреждания. Усилията следва да се насочат към навременното откриване на патология и стартиране на интервенционни дейности с детето, с цел редуциране на последствията от пропуснатата или забавена терапевтична реакция. Необходимо е обединяването на усилия от страна на много институции и услуги. Нужно е уеднаквяване на изискванията на семейното и институционалното възпитание, както и формиране на предпоставки за лесно вграждане в социалната и трудовата среда на здравите лица.

Основно право на всеки човек е личният стремеж към благополучие. Проблемите на психичното здраве са проблеми не само на индивида, но и на общността, към която принадлежи и на обществото, на което е член.

Интересът към тази проблематика определи и посоката на изследователските намерения, свързани основно с няколко неща:

1. **Първо:** изследване и анализ на възможностите за повлияване и подобряване на социалното включване при деца и младежи с психични проблеми.
2. **Второ:** внедряване на изработени скали, които улесняват оценяването на двигателното, емоционално – поведенческото развитие, възможности за справяне с ежедневните дейности, социалното включване, познавателното и комуникативното при лица с тежки увреждания.

3. **Трето:** прилагане на ерготерапевтични методи и подходи и последващ анализ на въздействието им върху психо – емоционалното и психо – социалното състояние на потребителите.
4. **Четвърто:** изследване и оценяване на въздействието на мултидисциплинарен подход при работата с този контингент. Основно се акцентира върху подобрене на социалното функциониране и самостоятелността в ежедневието.

Предизвикателството в настоящото изследване, което е с научно - приложен характер е да се създаде начин за първоначално и последващо оценяване на умения и способности при лица със затруднения в ежедневието функциониране. В дисертационния труд се посочва значението на различните професионални дейности, изпълнявани от специалисти в мултидисциплинарен екип и в частност на ерготерапевта.

СТРУКТУРА И ОСНОВНО СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Дисертационният труд “Медико – социални аспекти на ерготерапевтичните подходи при работа с деца и младежи с психични увреждания” се състои от въведение, четири глави, литература и приложения.

Във въведението се обосновава актуалността на темата на дисертационното изследване. Интересът към проблемите на психичното здраве определя и посоката на изследователските намерения, очертани в тази част на дисертационното изследване. Посочено е притеснителното понижаване на възрастовата граница при диагностициране на психично – здравни проблеми. В тази връзка се посочва и необходимост от установяване на влиянието, върху децата и младежи с психични проблеми, когато в работата с тях се внедри мултидисциплинарен подход..

В първа глава е представен литературен обзор свързан с изследователския проблем. Осъществен е анализ на литературните източници по отношение на основните аспекти на психичното здраве, психично – здравните проблеми, факторите за развитие, влияние на психичните увреждания върху ежедневието и диагностицирането на психична болест в детско – юношеска възраст. Също така е акцентирано върху значението на мултидисциплинарния екип в специфичната работа с този контингент и в частност, ролята на ерготерапевта в него.

Във втора глава са описани концептуалните основания за изследователския проблем, на базата, на който са формулирани процедурно - методическите параметри на дисертационното изследване: обект, предмет, цел, задачи и хипотеза, както и използваните изследователски методи, период на проучване, контингент и организация на изследователската работа.

В трета глава се посочват единиците и критериите за наблюдение, периода на проучване, терапевтичните дейности, използвани в работата на мултидисциплинарния екип и по – конкретно ерготерапевта. Също така е осъществен анализ на резултатите, придружени със съответните диаграми(фигури).

В четвърта глава са представени изводи и заключения на дисертационния труд. Посочени са приносите му, както и използваните литературни източници.

ПЪРВА ГЛАВА: ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. Психични заболявания. Същност

В дисертационния труд е засегнато значението на укрепването, опазването и поддържането на психичното здраве, като то следва да бъде приоритет не само на индивида като гражданин, то трябва да е приоритет на социалната група и на обществото в лицето на хората, реализиращи социалната и здравната политика. Важно е активизирането на общностите за участие в повече здравни и социални програми, провокиращи интерес към здравната промоция и опазване на психичното здраве. От водещо значение за социалната и здравната политика е здравното поведение, здравната мотивация и здравословният начин на живот. Промоцията на психичното здраве има за цел да подкрепя, да рекламира, да предприема съвременни действия за повишаване на индивидуалната отговорност за грижа към личното психично здраве и опазването му за околните. С помощта на различни методи и подходи, се стреми към подпомагане и поддържане на психичното благополучие на индивида, семейството и общността. Психичните увреждания са групи от заболявания, които причиняват леки и тежки разстройства, смущения в емоциите, вниманието, сензорния синтез, възприятията, концентрацията, мисленето, паметта, съзнанието, интелекта, ориентацията, психомоториката, общуването и поведението. Тези нарушения водят до неспособност за справяне с ежедневните и обичайни изисквания на околната среда. Някои от често

срещаните разстройства, засягащи психиката са депресивните състояния, тревожните и афективните разстройства като биполярно афективно разстройство, шизофрения и дементни състояния.

1.1. Фактори, провокиращи появата на психични разстройства

Ежедневието на лицата с психични проблеми, често е съпроводено с агресия, лошо отношение, насилие, стрес, тревога, чиито последствия водят до нарушение в психичното и физическото им здраве, което е съпътствано от социални и поведенчески нарушения. Става ясно, че една от основните причини, влияещи върху състоянието на психичното здраве и здравето като цяло, е нездравословният начин на живот.

Множество резултати от експертни проучвания, вкл. на СЗО показват какъв принос и тежест имат основните фактори (детерминанти) на здравето:

- медицинско обслужване – 10%;
- биологични (генетични) фактори – 20%;
- природно - географски (екологични) фактори – 20%;
- стил и начин на живот и социални фактори на здравето – 50%. [1]

Посочват се три групи фактори, които оказват влияние върху психичното здраве. Групира се според начина им на въздействие като предразполагащи, провокиращи и поддържащи. Като те от своя страна, се подразделят на биологически, личностни и социални фактори.

Фактори, провокиращи появата на психични разстройства:

1. Предразполагащи фактори

- Генетична предразположеност на индивида
- Личностните качества и защитни механизми на индивида
- Фактори на околната социална среда

2. Провокиращи фактори

- Наличие на биологични фактори (болести и травми)
- Личностни преживявания на психологически травми и конфликти в близкото обкръжение
- Условия за живот в социалната среда на глобално ниво

3. Поддържащи фактори

- Биологична обусловеност на психичното здраве на индивида
- Ресурси на личността
- Ниво на социална помощ, от която индивидът има нужда

1.2. Психични разстройства в детско – юношеска възраст

В етапа на изследване и диагностициране се анализират всички поведенчески прояви, които според възрастовия период са различни и особени. Необходимо е ясно разграничаване на нормата от патологията в детското развитие. Работата с деца носи отговорност към подготовката за реализиране на пълния им потенциал като личности, затова е важно да се уточни, че третирането на психичните заболявания оказва влияние на психо – социалното им функциониране. Показателно е значението на ранното разпознаване и диагностициране на заболяване. Изучаването на заболяемостта в детско – юношеската възраст е важно за предприемането на мерки за ограничаване на инвалидизацията. С покачване на възрастта, следва повишаване на нетрудоспособността, което носи рискове на индивидуално и национално – икономическо ниво. Представата за детските заболявания и факторите на въздействие, дават яснота за необходимите профилактични дейности, нужни за намаляване на негативната тенденция към хронифициране на болестите.

За описание на психичните разстройства при децата и юношите, тяхното класифициране, диагностициране, лечение и терапия, са необходими познания за психичното развитие в тази възрастова периодика. В ранното детство нервно - психичното развитие се характеризира с интензивност на формиране и развитие на отделните психични процеси и функции [10]. При децата развитието е процес на приспособяване към изискванията на средата и социалния кръг. Характерно за периодизацията, е намирането на една основна за детето дейност, чрез която то се свързва с околната среда [2]. Смята се, че периодът между детството и ранната зряла възраст е юношеството, като физическите промени се изразяват в растеж, промяна в различни външни белези и навици. През този период протичат процеси на социално развитие. В детска и юношеска възраст, социализацията при младежите се осъществява чрез създаване на полезни социални контакти, връзки с околни, които допринасят за израстването му. За това е важно децата да се подкрепят в етапа на развитие. На тях трябва да се гледа като на цялостна личност с уважение и зачитане [9].

2. Психичното заболяване като проблем

В обществения живот хората с психични проблеми без съмнение изпитват затруднения във всеки един аспект от ежедневието си.

- психично – здравни проблеми в училищата, опазване на детско – юношеското психично здраве;
- психично – здравни проблеми на работното място, съхранение на психичното здраве;
- социално приобщаващи психични здравни услуги за хора с психични разстройства [6].

2.1. Психично – здравни проблеми в училищата - опазване на детско – юношеското психично здраве

До голяма степен тревожните, депресивните, невротичните и психотичните състояния се дължат на неадекватна семейна и социална среда. Липсата на условия за развитие и за правилно социално функциониране за детето, предизвиква емоционален дисбаланс, с което то само трудно може да се справи. При ненавременни взети мерки в ученическа възраст, психотичните разстройства могат да създадат множество проблеми, чието преодоляване налага включването на професионалисти от различни области. Колективната работа на училището и родителите на децата и младежите е най-ефективният начин за насърчване на благополучието и психичното здраве на учениците, като това изисква развитието на грижовна и подкрепяща училищна атмосфера, партньорски отношения с родителите и общност, както и разработване на програми на различни нива, с акцент върху социалните и емоционалните проблеми. Чрез сътрудничество с училищата, чрез търсене на подкрепа и сътрудничество с училищни социални работници и училищни психолози, както и с други членове на мултидисциплинарен екип, по-лесно могат да се идентифицират стресовите фактори в училищната среда и да се ограничат рисковете за децата и юношите в нея.

2.2. Психично – здравни проблеми на работното място, съхранение на психичното здраве.

Възможностите за професионална реализация при лицата с психични проблеми са малки и това силно затруднява социалната им интеграция. Болестната симптоматика и

развитието на заболяването при хора с психични проблеми, често предизвиква самоизявен отказ от трудова ангажираност. Наблюдава се и намаляване на усилията по разкриване на възможности за включване на хората с проблеми в различни трудови дейности. До момента, съществуваща подобна програма е Заетост и обучение на хора с трайни увреждания (ЗОХТУ). Чрез нея се обучават хора с увреждания в професионални компетентности като се цели улеснено включване в заетост, съгласно Националния план за действие по заетостта за съответната година. Главна цел е преодоляването на социалната им изолация. За участие в програмата е необходима регистрация в „Бюро по труда“. В програмата се включват като партньори: Областни и общински администрации, общински предприятия, дирекции „Социално подпомагане“, частни и/или държавни предприятия, други фирми и институции, юридически лица с нестопанска цел, включително организации за и на хората с увреждания, специализирани предприятия и кооперации за хора с увреждания, дирекции „Бюро по труда“ [7]. Въпреки минали реализирани се програми и настоящи проекти, проблемът с трудово професионалната квалификация на лицата с ментални проблеми е все още актуален. Реализацията им е трудно постижима поради личностни затруднения, свързани с изявите на заболяването и съществуващи социо – културни бариери.

2.3. Психично – здравни и социални услуги за хора с психични увреждания.

Социалните услуги предоставят дейности за подкрепа на лицата за превенция и/или преодоляване на социалното изключване, за реализиране на права и подобряване качеството на живот. До момента, в който влиза в сила „Закон за социалните услуги“ (ЗСУ) на 01.07.2020 г., социалните услуги се разделят в три групи: *„социални услуги в общността“*, *„социални услуги в общността от резидентен тип“* и *социални услуги в специализирани институции*.

Социални услуги в общността

- Дневен център (дневен център за деца, пълнолетни лица и/или възрастни хора с увреждания).
- Дневен център за възрастни хора с увреждания – седмична грижа.
- Дневен център за деца с увреждания – седмична грижа.
- Дневен център за стари хора.

- Център за социална рехабилитация и интеграция.
- Социален учебно-професионален център.
- Звено „Майка и бебе“.
- Център за обществена подкрепа.
- Център за работа с деца на улицата.
- Приемна грижа.
- Обществени трапезарии.

Социални услуги в общността от резидентен тип, след влизане в сила на ЗСУ се определят като „Социални и интегрирани здравно - социални услуги за резидентна грижа“:

- Център за настаняване от семеен тип (център за настаняване от семеен тип за деца/младежи без увреждания).
- Център за настаняване от семеен тип за деца/младежи.
- Център за настаняване от семеен тип за възрастни хора с психични разстройства или деменция.
- Център за настаняване от семеен тип за възрастни хора с физически увреждания.
- Център за настаняване от семеен тип за възрастни хора с умствена изостаналост.
- Център за настаняване от семеен тип за стари хора).
- Център за временно настаняване.
- Кризисен център.
- Защитено жилище (защитено жилище за хора с психични разстройства).
- Защитено жилище за хора с умствена изостаналост.
- Защитено жилище за хора с физически увреждания).
- Приют.

2.4. Обществени нагласи за хората с увреждания

Липсата на достатъчно информация провокира негативните възприятия към хората с психични проблеми. Мнението на обществото заема важна позиция в изграждането на грешна представа за тях и създава предпоставка за разширяване на стигматизиращите и дискриминиращите практики. Социалната изолация при тях се характеризира с липса на комуникация и социални контакти, предпочита се воденето на затворен начин на живот, което допълнително утежнява тяхната ситуация, с все по-трудно опровергаване на

наложеното обществено мнение. Ограниченията във физическата и социалната среда пораждаат трудности в изпълнението на ежедневните дейности. Към настоящия момент, реинтеграцията на лицата с психични проблеми е възможна единствено чрез терапевтични, психо – социални рехабилитационни техники и активна социална подкрепа. Осигуряването на подкрепяща среда е сред основните фактори в подобряването на психичното здраве. Тя оказва въздействие върху психо - емоционалното и поведенческото развитие на всеки индивид. Основно се състои от социален кръг, съставен от близки хора, роднини, приятели, колеги. Физическата среда определя жилищните условия, сгради, предмети и заобикалящи елементи в ежедневието. Особено важно е в процеса на социална адаптация, промените да се случват постепенно и в синхрон между социалната и физическата среда.

2.5. Специалисти в МДЕ работещи с лица с психични увреждания

Психолог - Професионалната дейност на специалиста подпомага отделната личност в процеса на самостоятелното ѝ взаимодействие със средата, в ситуации на избор и преодоляване на проблемите като трудности в обучението, в общуването, избор на бъдеща професия, избор на вариант на поведение в конфликтна ситуация. Психологът се бори за поддържане на психичното здраве и намаляване на влиянието на стресовите фактори чрез различни техники на работа.

Ерготерапевт - Борава с дейностите като средство за терапия, чрез които се стреми към възстановяване, изграждане и подобряване на способностите за водене на независим и самостоятелен живот. Основна цел е стимулирането на активно участие на хората с увреждания в обществени дейности и подобряване качеството на личния живот. Обект на ерготерапията са всички хора с увреждания, нуждаещи се от подкрепа и рехабилитация с цел възстановяването и връщането им в обществото като пълноценни хора.

Социален работник - Социалната работа е дейност, която се основава на правата на човека, на социалната справедливост и е насочена към подкрепа на отделния човек, семейство, групи или общности. Основната функция на всеки социален работник, независимо от полето на реализиране на дейността, е да подпомага взаимодействието между индивида и неговата социална среда [8]. Целта на работата е да се понижи нивото на социалната изолация.

Педагог - Процесът на обучение е целенасочено преподаване и учене, което има за цел да бъдат усвоени различни знания, умения и навици от учащите и довежда до прогресивни личностни промени. При обучението на децата, целта е възможно най-много възпитателни и обучителни способности да бъдат придобити, чрез различни дейности, индивидуално подбрани според детето

2.6. Видове терапии и терапевтични техники използвани често за подкрепа на лица с психични увреждания.

Групова терапия - Тя е ефективно средство за личностно израстване и развитие, както и за откриване на вътрешни ресурси и силни страни. Свързана е с получаването на подкрепа и разбиране, практикуване на нови умения, както в групата, така и във всекидневните взаимоотношения. Груповата интервенция позволява самоизява и дава възможност за самостоятелно вземане на решения.

Арт терапия - Тя е ефективна при лица с психични увреждания и най-вече при тази част от тях, които изпитват несигурност в общуването, трудно показват емоции и се ограничават в изразяването си. Тази терапевтичната практика използва набор от образователни, психодинамични, когнитивни, и други терапевтични техники за решаване на емоционални конфликти, създаване на социални умения, контрол на поведението, решаване на проблеми.

Музикотерапия - Терапия, която действа върху емоционалното състояние. В груповите занимания с музика се наблюдава повишаване на социалната активност. Чрез танци се насърчава включването на голям брой деца в колективни танцови занимания и игри като това стимулира двигателната активност, координацията, пространствената ориентация, възприетията за околна среда и проприорецепцията. Музикалната терапия работи с психодинамични, рехабилитационни и терапевтични технологии за помагане на клиентите да постигат по – добри резултати.

Психотерапия - Психотерапевтичните методи целят установяване на комуникация между личността и терапевта, като това от своя страна води до подобро социално включване и развитие на индивидуалните умения за социално функциониране.

Игротерапия - Игротерапията е терапия, която подпомага познавателното развитие. В ерготерапията се използват различни игри, често това са настолни, активни и

състезателни игри, които ангажират вниманието и концентрацията. При тях от значение е приучаването към следване на инструкции и спазване на правила. Играта позволява на децата да изразяват емоции и споделят, което улеснява терапевта в оценяването на затрудненията и поставянето на точни и подходящи цели.

3. Ерготерапия.

Ерготерапията като понятие включва в себе си „лечение“ от латински (therapia) чрез „работа и дейности“ от гръцки (ergon). Понятието посочва значението на работата и дейностите, в които участва индивидът. Чрез ангажиране в различни по смисъл и с различна цел дейности, съзнанието, вниманието и мислите биват заемани от конкретното изпълнение, а това допринася за постигането на поставена лечебна цел.

3.1. Ерготерапия – същност

Ерготерапията е професия, която реализира дейността си изцяло на базата на холистичния подход. Тя активно се занимава с достигане на пълна или частична автономност и самостоятелност на хората с увреждания, осигурявайки възможност за възвръщане и поддържане на способностите им за справяне с ежедневните дейности, трудоспособността и оползотворяване на личното време.

Главните задачи на ерготерапията е да се създадат, поддържат и подпомагат уменията за изпълнение на възможно по – голям набор от дейности. Поради разнообразието от ежедневни задачи, които са строго индивидуални за всеки, ерготерапията групира дейностите в три сфери, като те служат за опорни точки в работата на всеки ерготерапевт:

- сфера на самообслужване,
- сфера на продуктивни дейности,
- сфера на свободно време и развлечения.

Ерготерапията се стреми към компенсиране на загубени или изграждане на нови способности за пълноценно участие в социалния живот. Това е възможно чрез употреба на основния елемент на ерготерапевтичната практика – дейността. Дейността е съвкупност от действия, с индивидуална, социална и културна стойност, има различно название в различните култури и способства за пълноценно участие в обществения

живот. Дейностите са изградени от конкретни смислени, целенасочени и водещи до резултат действия. Правилното прилагане на дейностите в ерготерапевтичната работа спомага активното участие на хората с увреждания във всички сфери на ежедневието (самообслужване, продуктивност, свободно време).

3.2. Ерготерапия при хора с психични увреждания

Терапевтът спомага възстановяването на загубените способности като с това допринася за подобряване на здравословното състояние и възвръщане на нормалността в социалния живот. При всеки индивидуален случай, ерготерапевтът заема различна роля спрямо установените нужди. Той притежава компетенциите да реализира ръководна дейност като водещ на случай или водещ на професионален екип. Често осъществява консултантска дейност с близките и роднините на клиента. Явява се като организатор на дейности и като участник в тях. Професионалният опит на ерготерапевта позволява в определени ситуации да координира и управлява условията на дейността. Съвместната работа на ерготерапевта с други професионалисти насърчава възстановяването на правилното функциониране. Области на терапевтична работа са: обучение в житейски умения, домакинска работа, игри и забавления, подкрепена заетост, подкрепено образование, обучение за развиване на социални умения. Самообслужването и личната независимост са съставени от дейности като хранене, лична хигиена, облекло, външен вид и др. Изградените умения тези дейности да се изпълняват самостоятелно, допринасят за личното достойнство и чувството на удовлетвореност.

Осигурената работа е от значение за финансовото състояние на клиента, за него е важно да има начин, чрез който да е в полза за неговата общност и обществото като цяло.

Свободното време включва дейности, които носят удоволствие при изпълнението им. Това са социални контакти, организация на почивните дни, лични интереси, хобита и предпочитания. Образованието е важна част от терапевтичната работа с хора с психични увреждания, особено с децата. Взимането на превантивни мерки срещу отпадане от училищна среда е от значение. Работа със семейството, учителите, преподаватели и съученици, насърчава доброто отношение към детето от околните, и от детето към околните. Социалните контакти са важен компонент от социалното функциониране. Това е причина за намаляване на ограниченията при достъпа до социално взаимодействие на хората с увреждания. Чрез социалните контакти те изразяват своите желания, нужди и

потребности. Ерготерапията е помагача професия осигуряваща непрекъсната подкрепа на клиентите да живеят пълноценно и активно в средата, която искат и към която принадлежат.

3.3. Ерготерапия за деца и младежи с психични увреждания

Специалистите по ерготерапия имат възможност да се включат в терапевтичен процес, когато се наблюдават отклонения от нормалните функции при детето. С израстването е важно да се изследва способността за концентрация и следване на инструкции. Оценява се влиянието на околната среда – физическата (жилищната и училищната сграда и ограничения, ако налага такива) и социалната (семейството, персонала, доставчици на грижи от различни институции). За ерготерапевтите е важно ранното идентифициране на признаците на психичните заболявания. Когато детето преминава през различните възрастови етапи е важно да се оценят реакциите спрямо изискванията на околната среда и способността за социално участие. Много е важна подкрепата при прехода от юношеска към зряла възраст, тъй като през този период се наблюдава сблъсък между личността и социалната среда. Тогава е необходимо укрепване на самочувствието и умението за самоопределяне, тъй като то е необходимо при реализиране на ролите в обществото [11]. Възрастовите периоди, през които минават децата и младежите се бележат от множество психо – емоционални и поведенчески промени. Участието на ерготерапевтите е от ключово значение за развитието на всички ограничени и нарушени функции, особено когато са необходими в училищната среда. Като членове на група от специалисти, работещи във фокуса на детско – юношеска психиатрия, ерготерапевтите имат възможност да оказват помощ на екипа като ги консултират, с цел идентифициране и прилагане на модификации на дейностите и средата.

ВТОРА ГЛАВА: ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

2. Цел

Проучване на потребностите на деца и младежи с психични увреждания с последващ анализ на въздействието на комплексна ерготерапевтична работа и оценка на нейната роля и място в мултидисциплинарен екип.

2.1. Задачи

1. Проучване на състоянието на деца и младежи с психични увреждания, потребители на социални услуги.
2. Оценка на алтернативите за повлияване и подобряване на социално-адаптивните им възможности.
3. Прилагане на специфичен ерготерапевтичен инструментариум за въздействие за тригодишен период.
4. Анализ на резултатите от комплексна мултидисциплинарна работа с акцент върху процесите на социализация и подобряване на функционалната самостоятелност на индивидуално ниво.

2.2. Формулирана научна хипотеза

В периода на подготвяне на разработката и извършване на изследователската работа е оформена хипотеза, центрирана върху очакването за подобряване на:

- общия статус на потребителите,
- възможностите им за самостоятелност и независимост,
- поведенческите реакции и стереотипи,
- възможностите за адаптация и социализация,
- устойчивостта и реактивността към средата.

2.3. Методика на изследване

При набиране на първичната информация се използват следните методи:

- Документален,
- Социологическо наблюдение:
 - външно явно и
 - вътрешно явно
- Анкетен метод

2.4. Формиране на извадката

- Потребители на два дневни центъра за социални услуги на територията на гр. Русе.

- Дневен център за пълнолетни с увреждания – 29 потребителя.
 - Момичета – 11
 - Момчета – 18
- Дневен център за деца и младежи с увреждания – 25 потребителя.
 - Момичета – 12
 - Момчета – 13
- Изследваните лица са разпределени в две възрастови категории – до 17 г. и от 18 до 35 навършени години.

2.5. Период на проучване

- Първото проучване е проведено през месец януари 2015 г.
- Второ проучване: януари – февруари 2018 г.

2.6. Статистическа обработка на резултатите

Използват се методите на:

- Описателна статистика
- Сравнителен анализ
- Корелационен анализ
- Графичен анализ

2.7. Единици и критерии за наблюдение

- **Техническа единица на наблюдението:**
 - Специализиран дневен център за деца с увреждания гр. Русе.
 - Специализиран дневен център за младежи с увреждания гр. Русе.
- **Логическа единица на изследването**
 - Деца до 17 годишна възраст с увреждания и проблеми в развитието.
 - Младежи от 18 до 35 годишна възраст с увреждания и задръжка в развитието.
- **Критерии на наблюдение на логическите единици**
 - Двигателна активност.
 - Емоционално – поведенческо развитие.
 - Дейности от ежедневието.

- Социално включване и интеграция.
- Познавателно развитие.
- Общуване/комуникативни умения.

ТРЕТА ГЛАВА: АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

В продължение на три години се провеждат терапевтични дейности. Провеждането и изпълнението им цели оценяване на възможностите за промяна. Анализирани са силните страни на клиентите и техните затруднения, в резултат на които се установиха седем проблемни области. Дейностите, използвани от ерготерапевта са насочени към развитие на способности и умения, необходими за водене на пълноценен начин на живот на потребителите. В двата дневни центъра се използват методи, подходи и средства, които насърчават самостоятелността на децата и младежите. Въвеждат се следните критерии за наблюдение и оценяване на възможностите на клиентите, обединени в седем скали, включващи от три до пет модула с отделни показатели:

1. Двигателна активност.
2. Емоционално – поведенческо развитие.
- 3.1 Дейности от ежедневието – самообслужване.
- 3.2. Дейности от ежедневието – продуктивност.
4. Социално включване и интеграция.
5. Познавателно развитие.
6. Комуникативни умения.

Сравнителният анализ на получените данни от проучванията през 2015 година и 2018 година дава следните резултати:

I. Оценка на двигателна активност

Оценката на двигателната активност на потребителите се извършва по скала, съставена от три отделни модула:

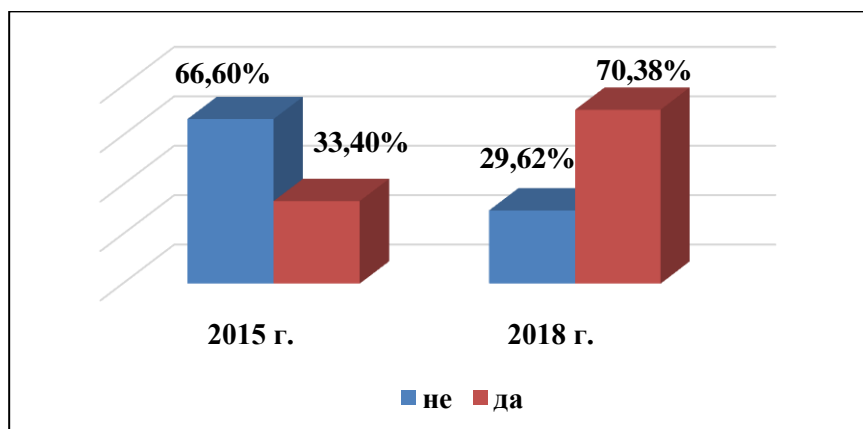
- **Участие в активна гимнастика (самостоятелно) в неспециализирано помещение и на открито**

- **Участие в индивидуални занимания във фитнес/спортна/гимнастическа зала със съоръжения**
- **Участие в колективни и организирани игри с уреди**

В началото се извършва преценка на участието на потребителите в активна гимнастика (самостоятелно) в неспециализирано помещение и на открито, като се проследява тяхната възможност за:

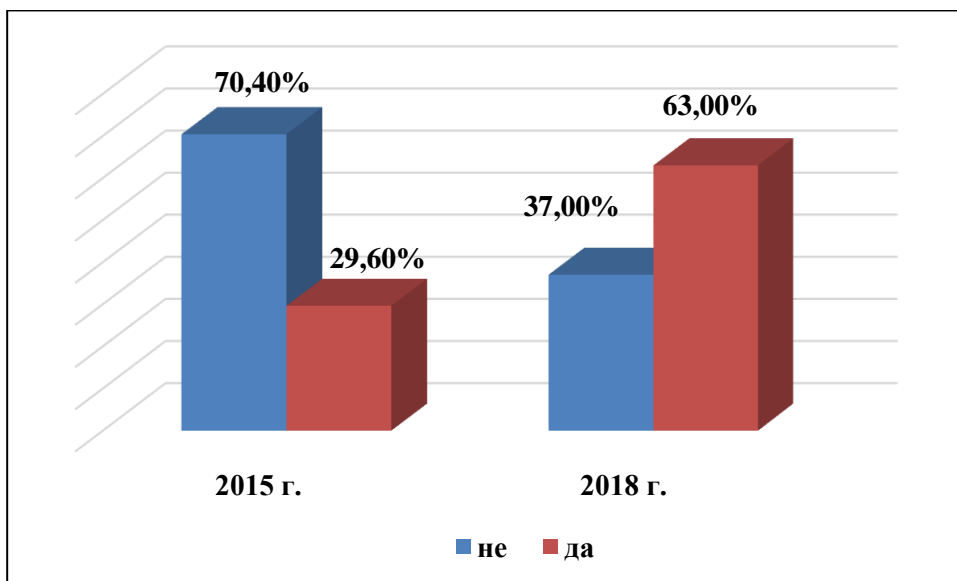
1. Раздвижване частите на тялото при демонстрация от терапевт (повтаряне на движенията);
2. Извършване на подскоци на място (скачане на едно място с два крака);
3. Ходене / бягане по неравна повърхност (пътека от модули);
4. Самостоятелен ход напред / назад след подадена команда от терапевт;
5. Слизане / качване на стълби.

Резултатите показват значимо нарастване на относителния дял на изследваните лица през тригодишния период на работа с тях. Докато през 2015 г. една трета (33,4%) успяват да повторят показани движения от страна на терапевта, то през 2018 г. 70,38% се справят с този тип упражнения (фиг. 2).



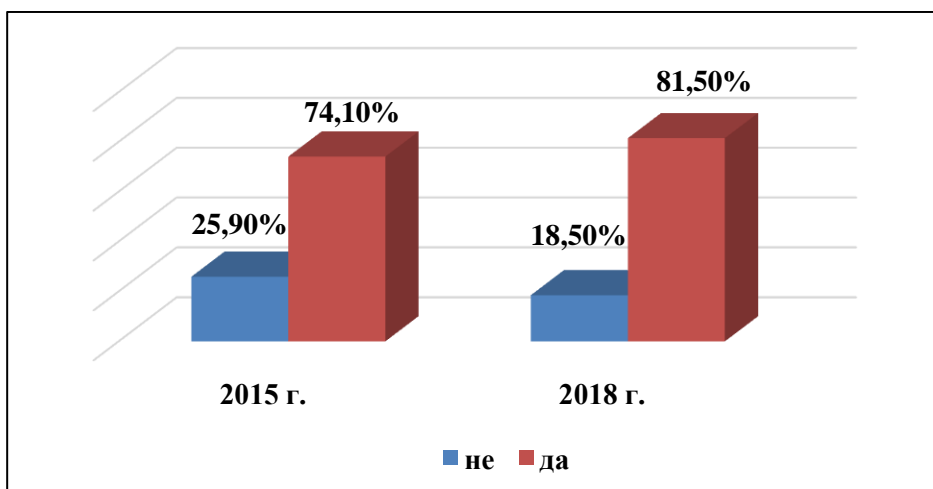
Фиг. 2 Самостоятелни движения след демонстрация

Изследвана е способността на потребителите за ходене и бягане по неравна повърхност, включително с изкуствени препятствия от различни модули. Данните показват нарастване на самостоятелното ходене в две посоки – напред и назад (не кръгом) и имат висока статистическа значимост (фиг. 4) $p < 0,0001$.



Фиг. 4 *Ходене и бягане (напред и назад) по неравна повърхност и модули*

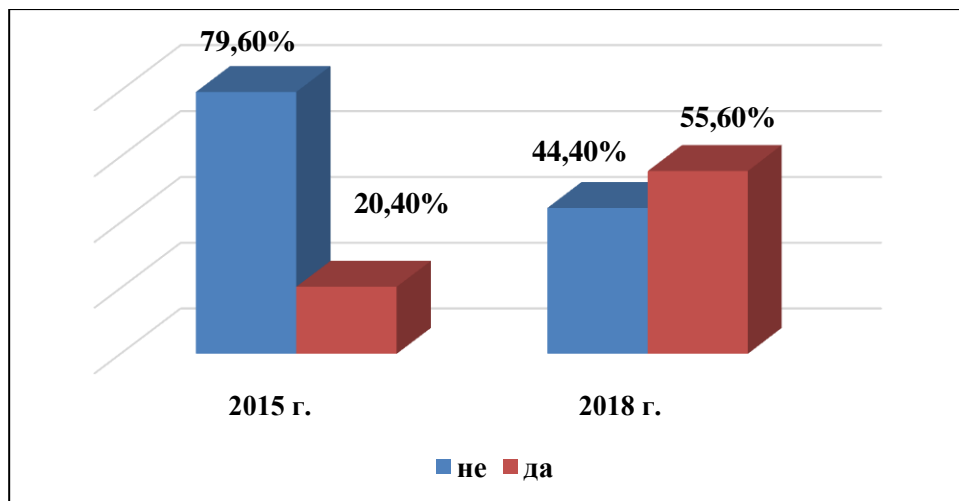
Данните относно извършване на самостоятелен ход напред и назад след подадена команда от терапевт показват динамика в положителна посока, но нямат статистическа значимост ($p=0,125$; фиг. 5)



Фиг. 5 *Самостоятелен ход напред / назад след подадена команда от терапевт*

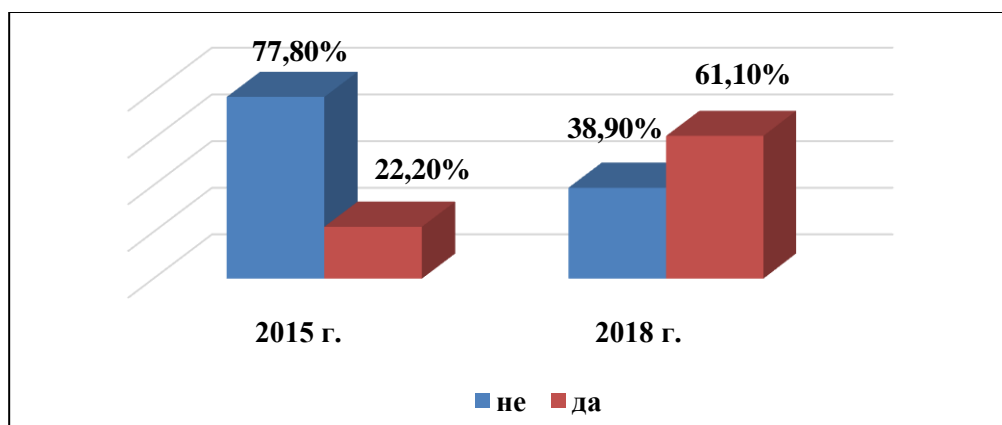
В рамките на проучването се оценява възможността на потребителите за извършване на самостоятелни физически упражнения в гимнастически салон или фитнес зала, оборудвани с уреди и съоръжения (втори модул от първата скала за оценка на двигателна активност). При сравняване на участието в занимания на велоергометър в двете

изследвания през 2015 и 2018 г. се намират данни, сочещи значимо нарастване на активността и самостоятелността на изследваните лица (фиг. 7). Данните са с висока статистическа значимост ($p < 0,0001$).



Фиг. 7 Самостоятелни упражнения на велоергометър

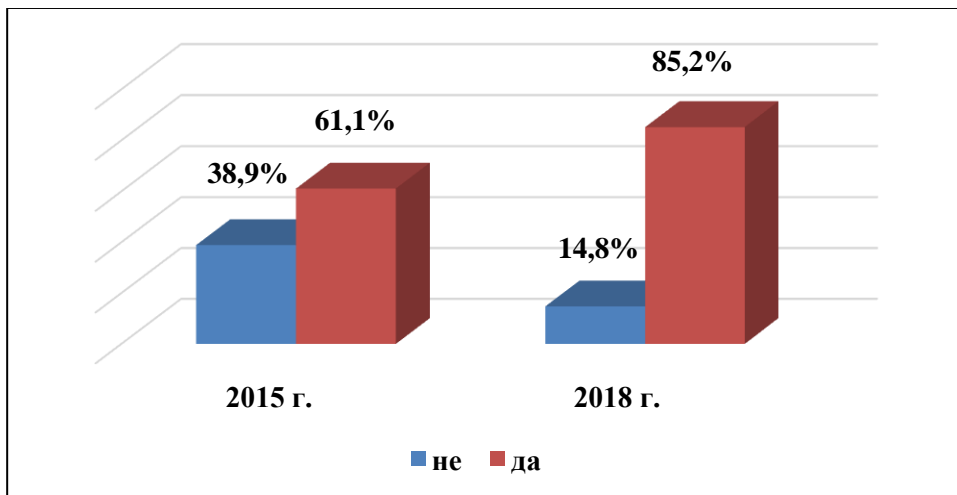
Сходни са данните, получени при физически упражнения на степер. Забелязва се значимо нарастване на самостоятелното участие в занимания на това спортно съоръжение от страна на изследваните. Данните също са с висока статистическа зависимост при тяхното сравняване през периода на провеждане на проучването, $p < 0,0001$, (фиг. 8).



Фиг. 8 Самостоятелни упражнения на степер

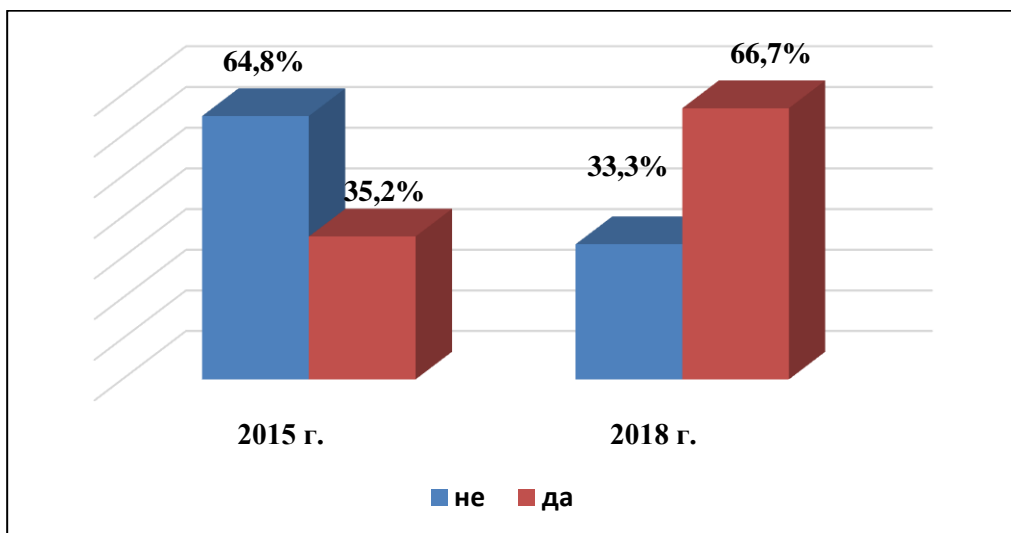
В третия модул от скалата за оценка на двигателната активност се акцентира върху възможностите за участие в колективни и организирани игри с уреди. Видно от

графиката, показана на фиг. 11 се наблюдава значимо нарастване ($p < 0,0001$) на активността и възможностите на потребителите за включване в колективни занятия и игри с различни уреди, например ритане и подаване на топка между повече от двама участника.



Фиг. 11 Игри с топки (ритане, подхвърляне)

Значимо нараства възможността на изследваните лица относно изпълнение на по-сложни упражнения като скачане на въже, задвижвано от двама, а третият участник извършва подскоци (фиг. 12). Данните също показват висока статистическа зависимост и показателят $p < 0,0001$.



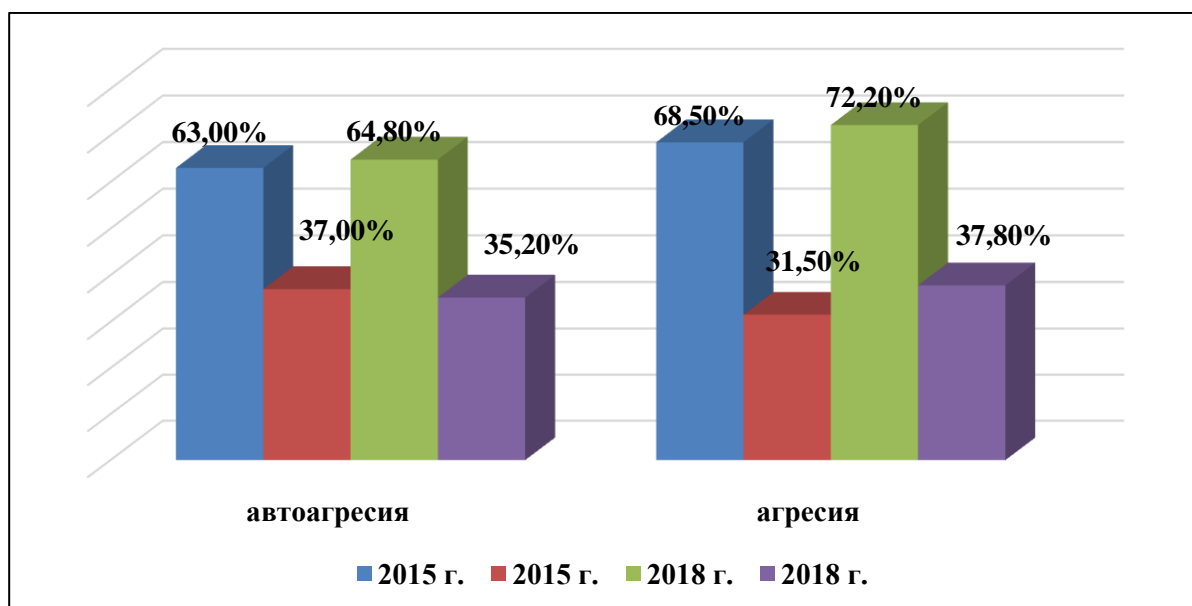
Фиг. 12 Игри с въже (скачане)

II. Оценка на емоционално - поведенческото развитие

Скалата за оценка на емоционално-поведенческото развитие е съставена от пет модула:

- Проява на автоагресия
- Проява на агресия
- Осъществяване на зрителен контакт
- Осъществяване на физически контакт
- Стереотипни движения

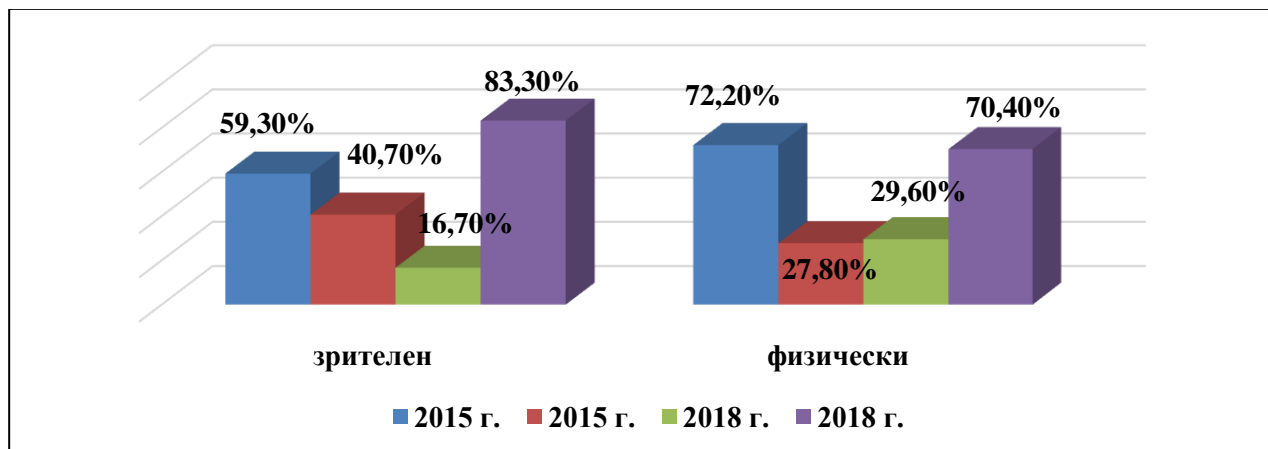
Агресията се проявява с посягане и/или нанасяне на удари по други потребители и персонал. Данните от изследването по този показател сочат известно подобряване в посока спад на проявяваната автоагресия/агресия в случаи на отказ от страна на персонала да съдейства или изпълни конкретно желание на потребителя (фиг. 16), но те нямат статистическа значимост (p се движи в границите от 0,134 до 1,0) и са в твърде тесни граници.



Фиг. 16 Проява на автоагресия/агресия при отказ на персонала за извършване на желано действие от потребителя

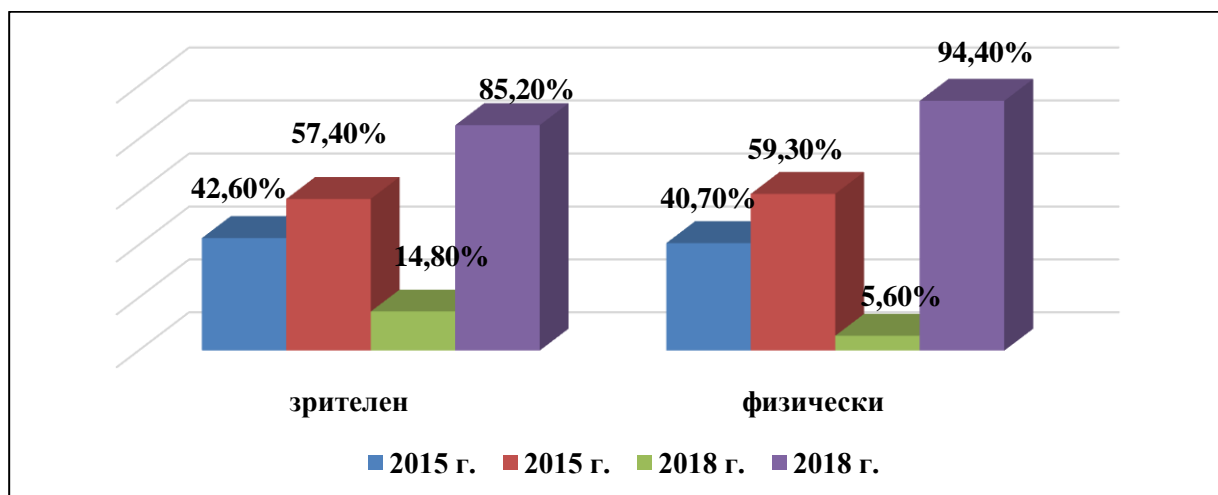
Интерес за проучването е осъществяването на зрителен и физически контакт с изследваните лица при лично обръщение/повик от страна на персонала към тях. Забелязва се значима динамика на този показател в посока на нарастване (над двукратно)

на реализацията както на зрителен, така и на физически контакт, като данните са с висока статистическа значимост. Показателят $p < 0,0001$ (фиг. 19).



Фиг. 19 Осъществяване на зрителен и физически контакт при лично обръщение към потребителя (повик)

Сходна е ситуацията с реализиране на зрителен и физически контакт след осъществяване на тактилно стимулиране (с допир) на потребителите. Резултатите сочат статистически значимо нарастване по този показател в рамките на изследването 2015/2018 г. (фиг. 20, $p < 0,0001$).



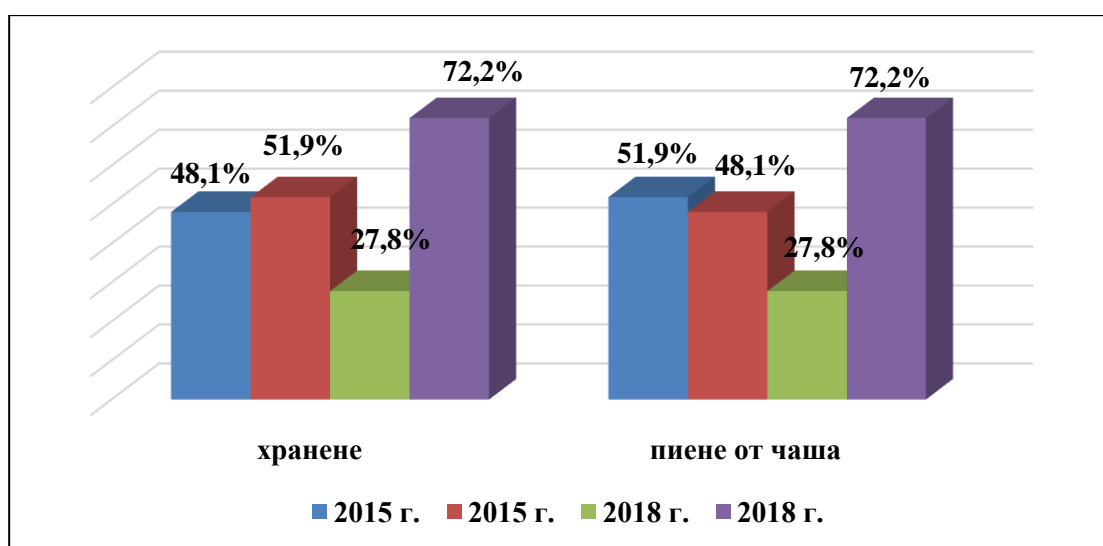
Фиг. 20 Осъществяване на зрителен и физически контакт при тактилно стимулиране към потребителя (допир)

III. Скала за оценка на самообслужването като елемент от ежедневните дейности

Скалата за оценка на самообслужването е съставена от три модула, изследващи самостоятелното (или след вербална и физическа подкрепа) извършване на следните дейности:

- **Хранене**
- **Пиене от чаша**
- **Употреба на тоалетна**
- **Миене на ръце**
- **Обличане/събличане**
- **Обуване/събуване**

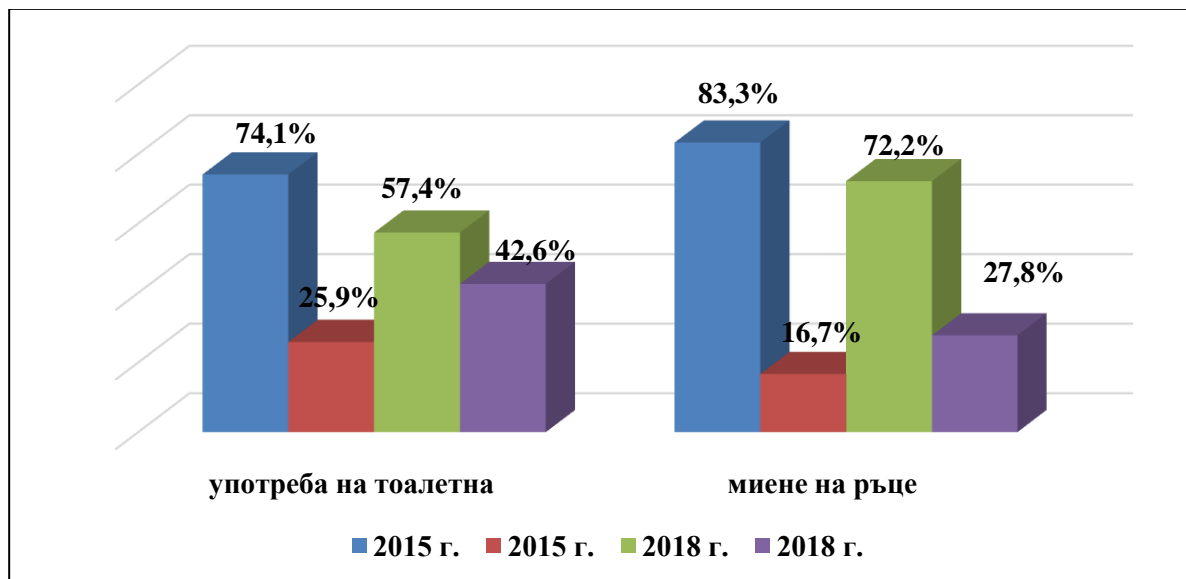
Проучването показва нарастване на самостоятелността при извършване на упоменатите в скалата за оценка на самообслужването като елемент на ежедневните дейности, като спада зависимостта и нуждата от допълнителна вербална или физическа подкрепа. Данните, отнасящи се за самостоятелно хранене и пиене от чаша са с висока статистическа значимост и показателят p показва стойности съответно 0,003 и 0,001. (фиг. 23).



Фиг. 23 Самостоятелно хранене и пиене от чаша сред потребителите

Самостоятелното ползване на тоалетна и миене на ръце също показва тенденция към нарастване сред потребителите за периода на проведеното изследване. В рамките на проучването самостоятелността по тези два индикатора статистически значимо се

повишава, като резултатите имат статистически значими стойности. Показателят p е със стойности съответно 0,012 и 0,031 (фиг. 24).



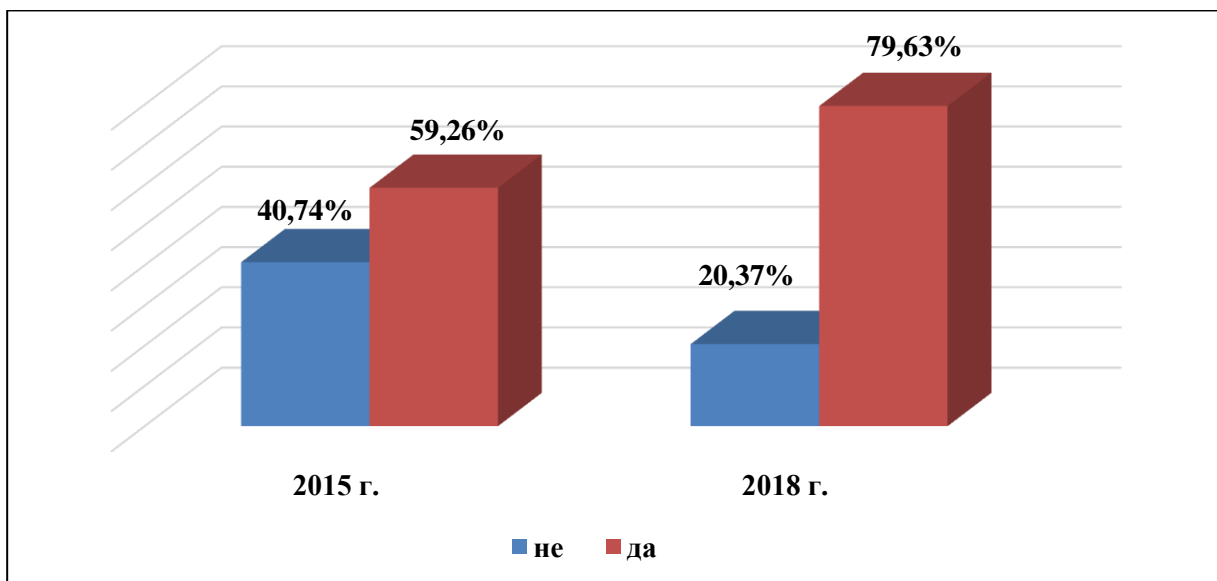
Фиг. 24 Самостоятелна употреба на тоалетна и миене на ръцете

IV. Скала за оценка на продуктивността като елемент от ежедневните дейности

Скалата за оценка на продуктивността е съставена от четири модула (всеки модул включва по три показателя), изследващи включването и/или извършването на следните дейности:

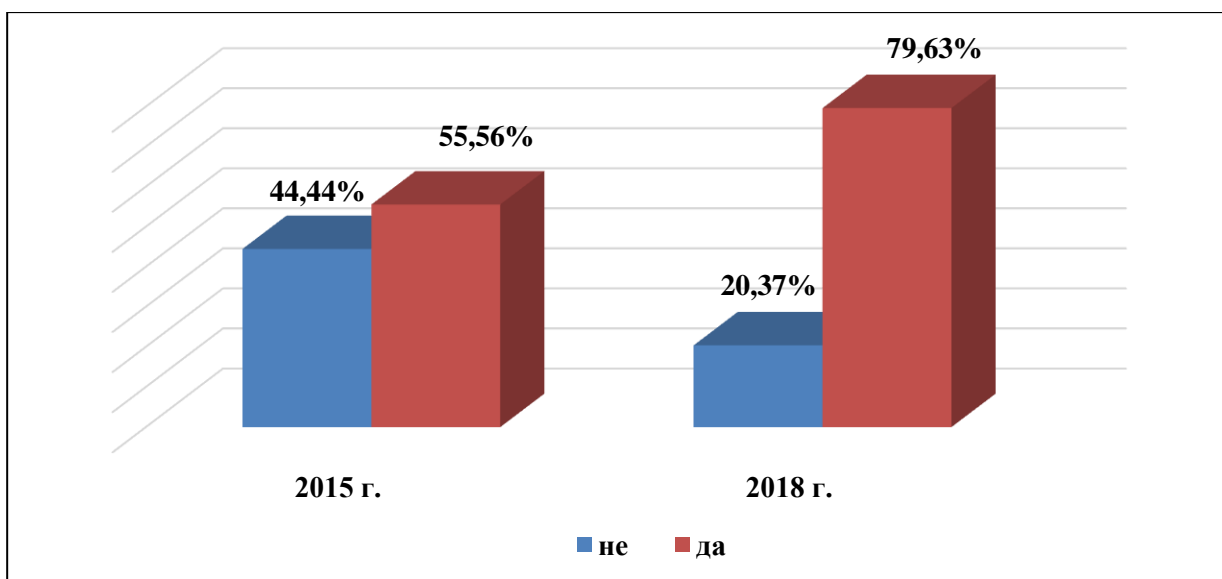
- **Участие в изработване на арт терапевтични изделия**
- **Участие в почистване на работното място/място за хранене**
- **Участие в почистване на дворното пространство**
- **Участие в приготвяне на хранителни изделия**

. При изследването на динамиката на възможностите за изработване на различни изделия от хартия се получават данни, сочещи значимото (статистически значимо, $p=0,001$) им нарастване през 2018 година (фиг. 26). Потребителите се включват в разнообразни дейности, свързани с придобиване на сръчности и умения като: сгъване под различни ъгли, рязане – свободно и по шаблон, декупаж и други подобни.

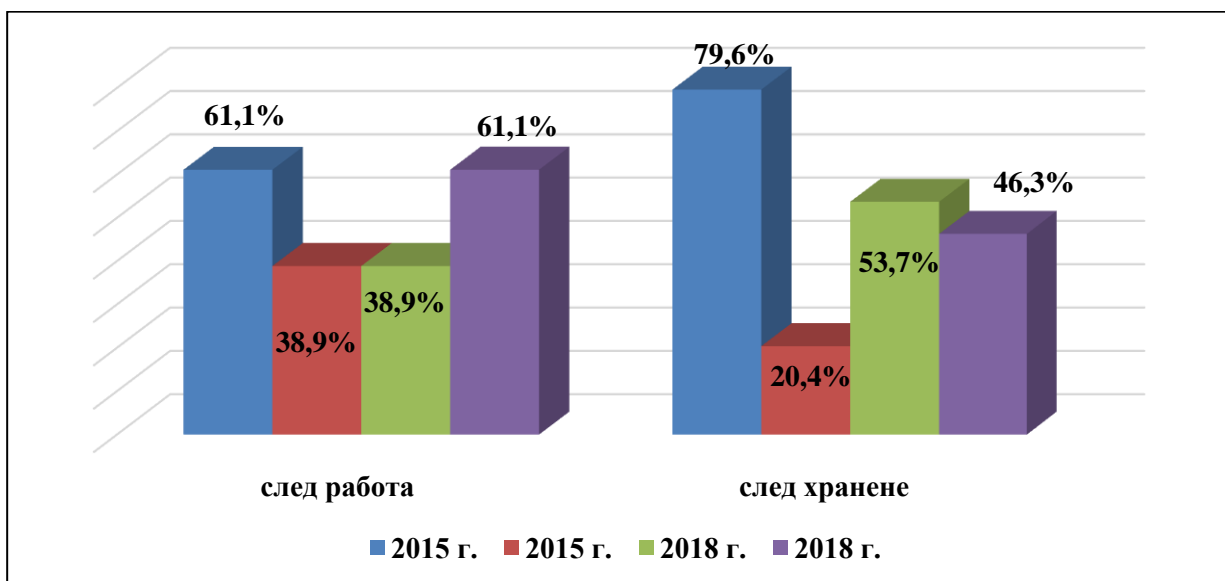


Фиг. 26 Изработване на изделия от хартия

Вторият модул от тази скала е свързан с участие в подреждане и почистване на работното място/място за хранене. Дейностите включват подреждане на използваните материали и пособия след работа, избърсване на повърхностите, измитане на подови настилки, измиване на ползваните за храна съдове и прибори. Получените данни сочат нарастване на активността и възможностите на изследваните лица в тази дейност, като се установява висока статистическа значимост. (Показателят $p < 0,0001$, видно от фиг. 28 и фиг. 29).

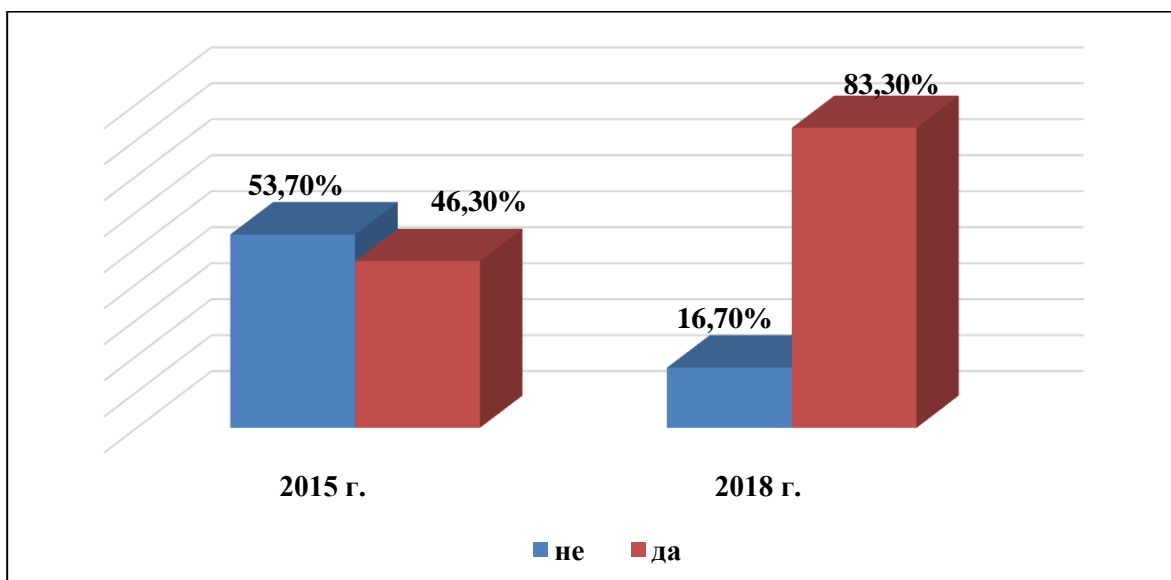


Фиг. 28 Подреждане на материалите по местата им след работа



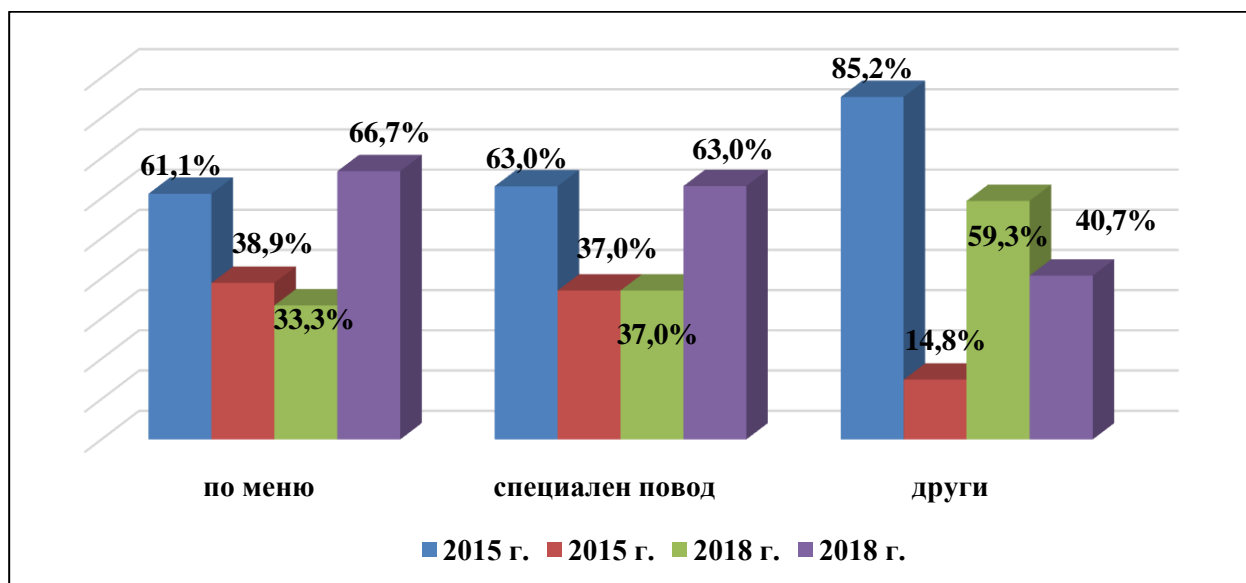
Фиг. 29 Почистване на местата след работа и след хранене

Висока е статистическата значимост на данните, сочещи подобряване и нарастване на уменията на потребителите при полагане на грижи за цветни насаждения (дворни и саксийни). На фиг. 31 се визуализира ефектът от комплексните въздействия като се наблюдава почти двойно подобряване на резултатите през 2018 година.



Фиг. 31 Полагане на грижи за цветя (дворни и саксийни)

Четвъртият модул от настоящата скала проучва участието в приготвяне на хранителни изделия по различни поводи: 1. за ежедневно хранене по предварително изготвено меню; 2. по специални поводи и празници; 3. за приготвяне на други хранителни изделия, извън менюто – сладкиши, тестени изделия и др. Набраните при проучването данни сочат висока статистическа значимост и са свързани с подобряване при трите изследвани показателя. ($p < 0,0001$, фиг. 32).



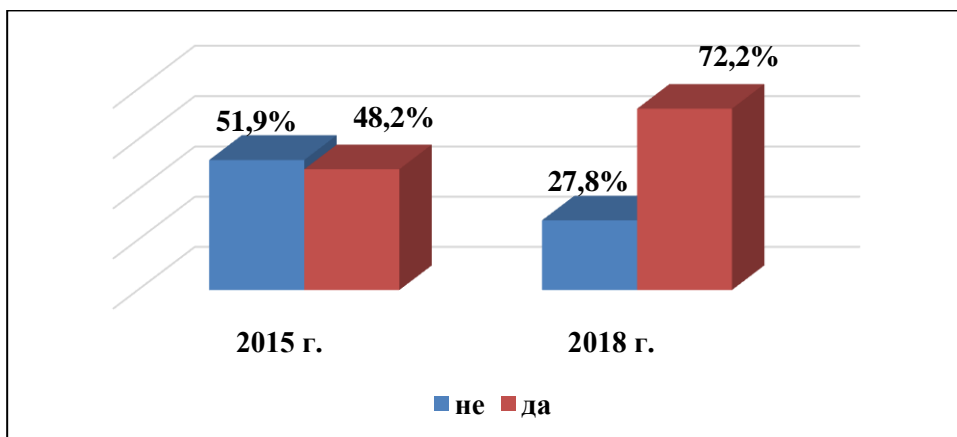
Фиг. 32 Приготвяне на храна по меню, по специален повод и извън обявено меню

V. Скала за оценка на социалното включване

Скалата за оценка на социалното включване е съставена от четири модула, като всеки е изграден от три до пет отделни индикатора:

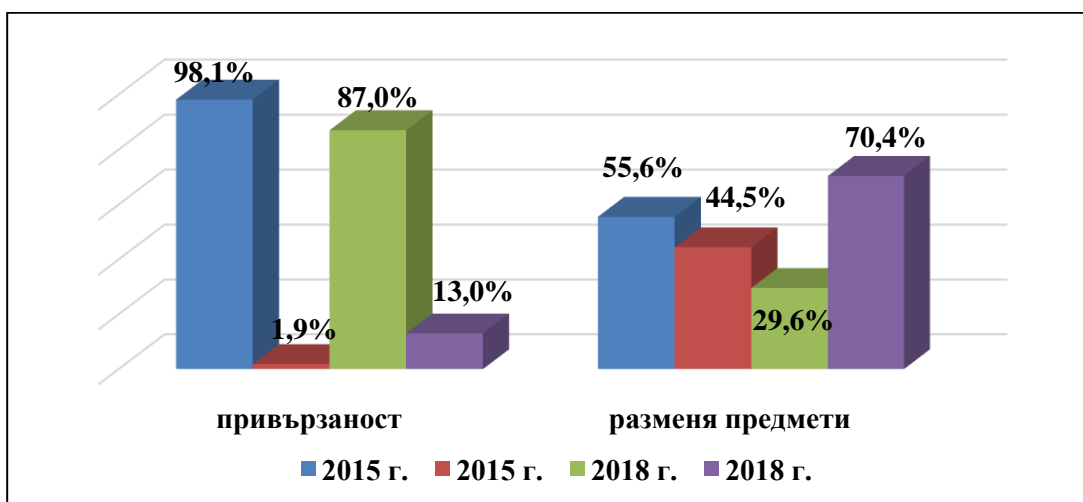
- Осъществяване на контакт с други потребители
- Осъществяване на контакт със служители (персонал, специалисти)
- Участие в групови дейности, организирани в дневния център
- Осъществяване на дейности в общността

Изследвани са възможностите на потребителите за осъществяване на групови дейности – събиране в група от три и повече лица (подпомагани и насочвани от ерготерапевт) за извършване на арттерапия, приказкотерапия, ателиета. Резултатите показват съществено подобряване на наблюдавания показател, като данните са с висока статистическа значимост (фиг. 33, $p < 0,0001$).



Фиг. 33 Участие в групови дейности

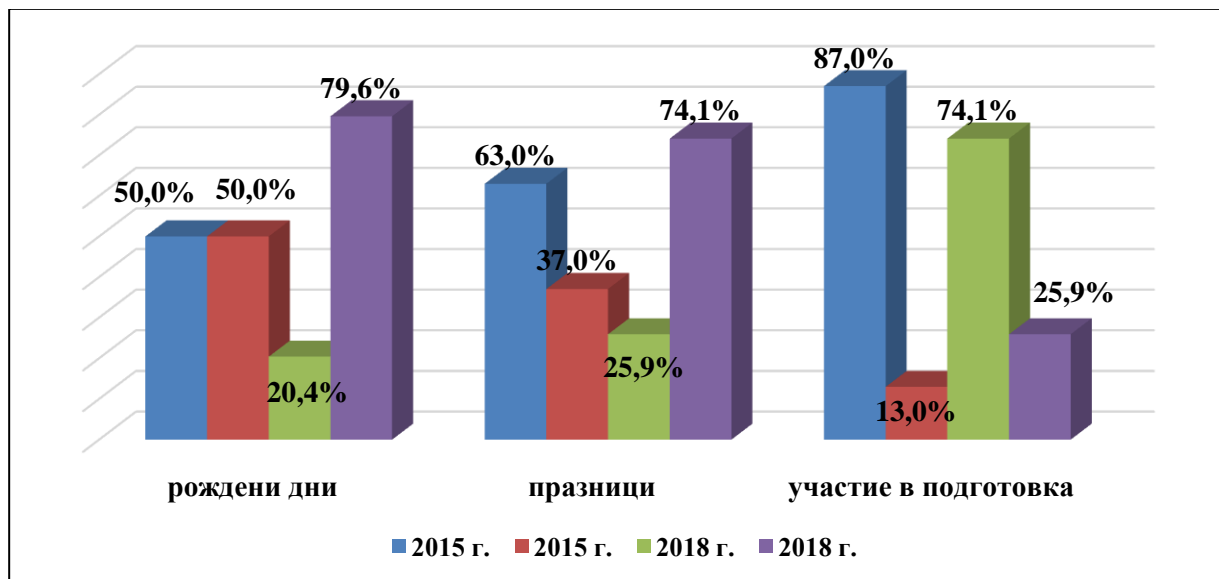
Интерес за проучването представлява динамиката на проява на привързаност към други потребители и участие в размяна на предмети, необходими при извършването на различни арттерапевтични дейности. В рамките на наблюдавания период се отчита подобряване по този показател, като получените данни дават статистическа значимост и показателят p е съответно 0,031 и 0,0001 (фиг. 34).



Фиг. 34 Проява на привързаност и размяна на предмети между потребители

Социалното включване на потребителите е наблюдавано и в рамките на участието им в различни тържества, организирани в дневния център (рождени дни, Баба Марта, Коледа, Великден и др.). Прави впечатление, че нараства тяхната активност през периода на изследване, като данните за включването им в празници (рождени дни, други празници и

тържества) показват висока статистическа значимост ($p < 0,0001$), докато участието им в подготовката на тези тържества е с по-ниска активност ($p = 0,016$), видно от фиг. 37.



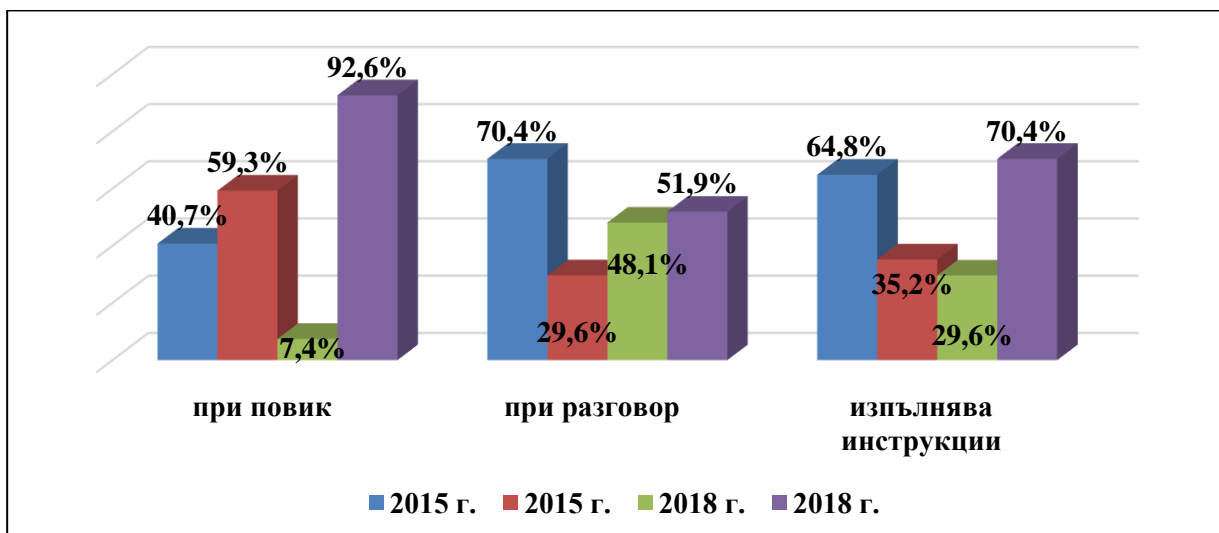
Фиг. 37 Участие в групови дейности, организирани в дневния център

VI. Скала за оценка на познавателното развитие

Скалата за оценка на познавателното развитие е съставена от пет модула, като всеки се състои от три отделни индикатора:

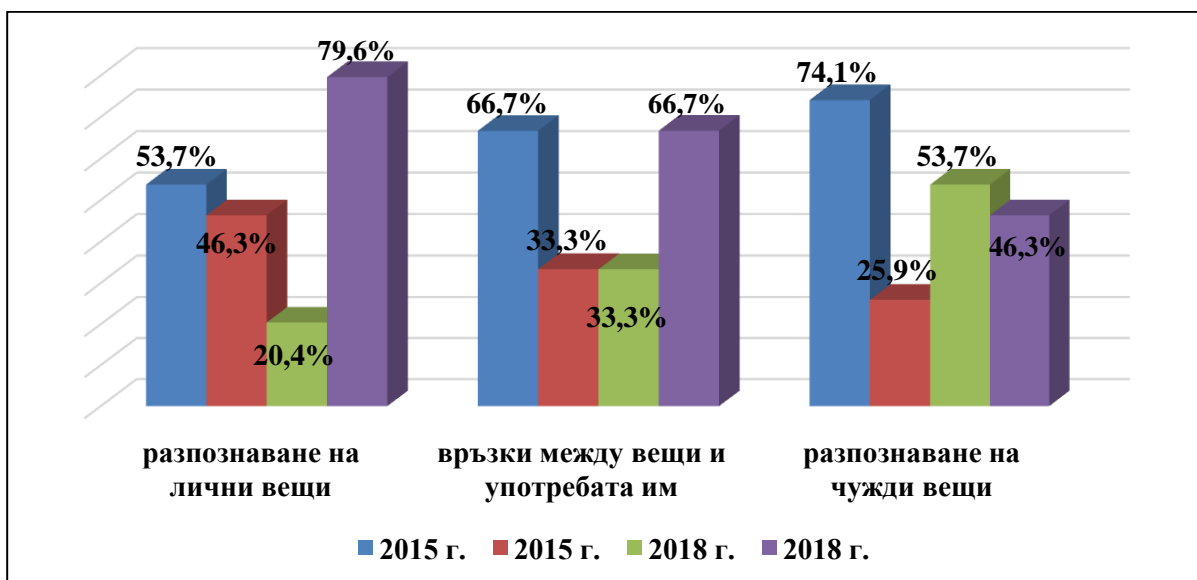
- Познава името си и реагира адекватно
- Разпознава личните си вещи
- Разпознава другите участници
- Разпознава личности от персонала
- Разпознава предмети от околната среда

В рамките на проучването е наблюдавана и оценена възможността на потребителите да познават името си и да реагират адекватно при повик от страна на персонала, както и да реагират адекватно за включване в нови дейности или да изпълняват определени разпореждания и инструкции. Данните сочат статистически значимо нарастване на възможностите за реакция при произнасяне на личните имена на изследваните лица, които се включват в съответствие с дадени вербално инструкции или разпореждания от страна на служители от мултидисциплинарния екип ($p < 0,0001$; фиг. 39).



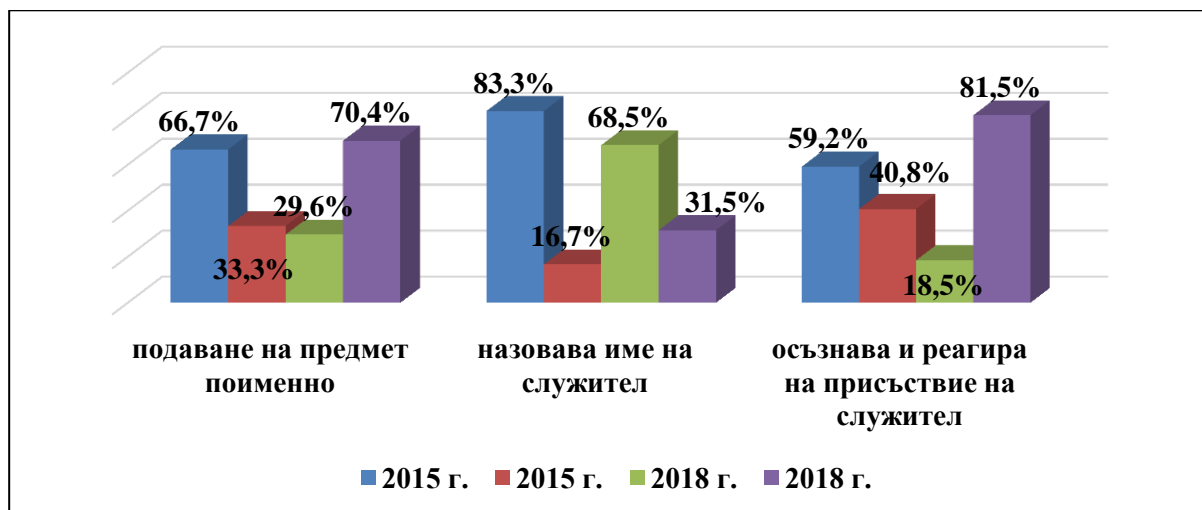
Фиг. 39 Познавателно включване/адекватен отговор при повик и инструкции

Значително нарастване на възможностите на потребителите се наблюдава по отношение разпознаване на личните вещи. Изследват се три показателя – лични вещи; създаване на причинно-следствени връзки между вещи и тяхното приложение/употреба; разпознаване на чужди вещи и техния притежател. Статистически значимо подобряване се установява по изброените показатели, като то е с най-висока степен при първия и втория: $p < 0,0001$, а при третия $p = 0,003$ (фиг.40).



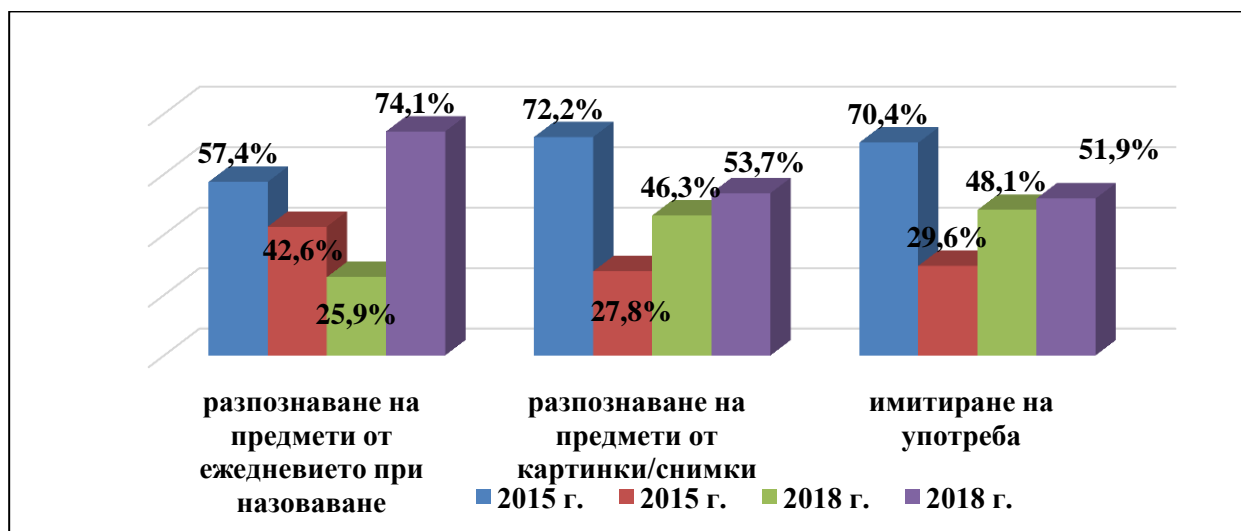
Фиг. 40 Разпознаване на вещи (лични и чужди) и връзки с тяхното приложение

Изследвани са връзките и реакциите на потребителите по отношение на служители и друг персонал. Показателите са аналогични с предходния модул и набраните данни дават статистически значимо подобрене, като показателят $p < 0,0001$ при първия и третия и е със стойност 0,008 при втория (фиг. 42).



Фиг. 42 Разпознаване и реакция на близостта на други участници/служители

Петият модул от тази скала е свързан с разпознаване на различни предмети от околната среда - предмети от ежедневието, които се определят и подават при поискване от страна на персонала; разпознаване на предмети при показването им като картинки и снимки (назоваване, посочване, съединяване като части на пъзел); имитиране/демонстриране на употребата им. Тук също се установява статистически значимо подобряване в рамките на периода на наблюдение, като данните са със стойности на $p < 0,0001$ (фиг. 43).



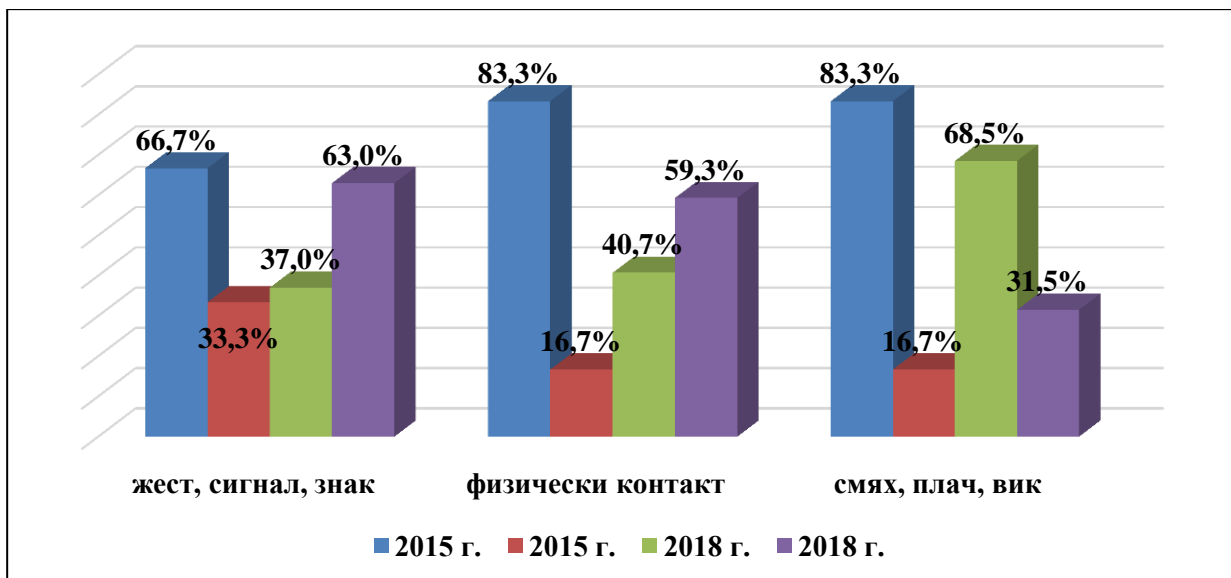
Фиг. 43 Разпознаване на предмети от околната среда (директно и от символи)

VII. Скала за оценка на комуникативното развитие

Скалата за оценка на комуникативното развитие е съставена от четири модула, като всеки се състои от три отделни индикатора:

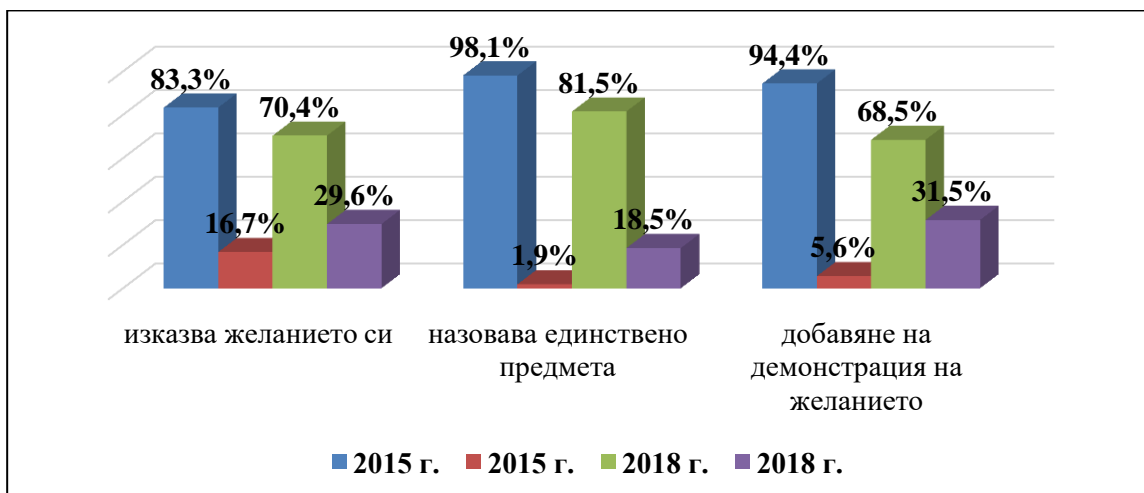
- **Невербално изразяване на желания**
- **Вербално изразяване на желание**
- **Целенасочено произнасяне на малък обем от думи**
- **Произнасяне на случайни думи, срички и звуци**

При направеното проучване по първия модул, свързан с начина на невербалното изразяване на определени желания (за храна, вода, разходка), се обръща внимание на следните индикатори: чрез жест, знак или сигнал; чрез осъществяване на физически контакт с лице от персонала; чрез издаване на нечленоразделни звуци (невербални елементи на говор – смях, плач, вик). Набраните данни показват значително подобрене в стойностите на тези показатели, като се установява и статистическа зависимост. Показателят $p < 0,0001$ за първите два индикатора и е равен на 0,021 за третия (фиг. 44).



Фиг. 44 Невербално изразяване на желания

При изследване на вербалното изразяване на желания (втори модул от настоящата скала) се наблюдават три индикатора: споделяне на желание (напр. „искам да отида да пия вода“); назоваване единствено на предмета, свързан с конкретно желание (напр. „вода, хляб, бисквита“); включване на жест във вербалния израз (демонстрация на действието).



Фиг. 45 *Вербално изразяване на желания*

ИЗВОДИ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ПРИНОСИ

ИЗВОДИ

В подкрепа на заложената хипотеза на настоящата разработка, могат да бъдат направени следните изводи:

1. Резултатите, констатирани чрез проведените социологически наблюдения, показват подобряване на общия статус на потребителите, което се изразява в нарастване на позитивните компоненти на техния емоционален фон, както и в спадане на броя на психо-емоционалните кризи, проявявани през време на престоя им в съответния център.
2. Статистически значимо нарастват възможностите на потребителите за самостоятелно и независимо извършване на дейности от ежедневието (самообслужване и продуктивност) в рамките на проведените сравнителни проучвания за тригодишен период.
3. Наблюдава се положително повлияване на поведенческите реакции и стереотипи, отразяващо се в намаляване броя и честотата на: самоизолация, извършване на стереотипни движения, проява на апатия, като се констатира нарастващо желание за участие в дейности в група и включване в колективни занятия, спорт и игри.

4. Адаптационните възможности и способностите за социализация бележат позитивна тенденция, изразяваща се в по-бързо справяне с конкретни ситуации, наличие на обогатен поведенчески репертоар и изразни средства (вербални и невербални).
5. Нараства устойчивостта на потребителите към неблагоприятните фактори на външната среда, като се установява подобрена адекватност на техните реакции и усвояване на оптимизирани модели на поведение.
6. Установена е необходимост от прилагане на екипен подход, насочен към изпълнението на конкретна цел в определена област, като компетентното прилагане на ерготерапевтични техники, включени в различни групи от дейности, допринася за пълноценното и цялостно развитие на потребителите.
7. Прилагането на комплексен подход показва значимо нарастване възможностите на изследваните лица, съпроводено от усъвършенстване и подобряване на техните двигателни умения.
8. Въз основа на приложени различни игри и поведенчески модели в ателиетата, при потребителите се наблюдава промяна, която се изразява в нарастване на самостоятелността в самообслужването. Наравно с това се установява спад на зависимостта и нуждата от допълнителна вербална или физическа подкрепа.
9. Уменията за извършване на продуктивни дейности пораждаат усещане за значимост и удовлетворение у потребителите. Системното включване на децата и младежите в конкретни задачи, насърчава старанието им в прецизно и детайлно изпълнение на дейностите.
10. Включването на децата и младежите в групови дейности и дейности в общността, насърчава желанието за социализация и създаване на социален кръг. Това води до повишаване на самооценката и самочувствието на потребителите, нараства желанието за самостоятелност и независимост при подобро социално включване на изследваните лица.
11. Груповите занимания подобряват двигателната активност и стимулират общуването между участниците. При ежедневно изпълнение на възложени задачи с когнитивна насоченост се наблюдава положителна промяна в паметта, мисленето и разбирането. Развива се творчеството и въображението, като се подпомага естествената комуникация и речта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Достъпът на децата и младежите до адекватни здравни, образователни социални грижи и услуги още в ранна детска възраст е от особено значение за тяхното правилно функциониране и развитие. Необходимо е да бъдат създадени подходящи условия и предпоставки за предоставяне на възможности за децата и младежите с психично – здравни проблеми да бъдат приети от обществото и успешно да водят самостоятелен живот. Време е обществото и неговите институции (здравни, образователни, държавни), както и специалисти и експерти да осъзнаят, че психичните проблеми съществуват и засягат не само възрастни, но и деца. Важно е да бъде възпитано едно общество, което да приема различието. Наличието на психичен проблем не следва да води до проява на стигматизиращо поведение и дискриминационни практики. Всеки човек, всяко дете има право да живее и да развива своя потенциал в обществото. Здравословният проблем влияе върху цялостното психо – емоционално и социално развитие, променя психиката и нарушава взаимоотношенията с околните. Често срещани са негативните характерови особености, които влияят отрицателно на междуличностните отношения и това води до проява на агресивност и автоагресивност. За съжаление агресията все по-често е основна изява на заболяването, в сравнение с нейното ниво при останалите (без психични отклонения) деца и младежи.

Децата и младежите много често се поддават на външно влияние и външни фактори. Психо – емоционалното им състояние е колебливо, а това е предпоставка за задълбочаване на проблемите при тях. По-голямата част от участниците в изследването са деца от институции или познати още като социални услуги от резидентен тип, т.е. потребители, лишени от родителска грижа. Това е фактор, затрудняващ работата с тях. Поради дефицита на внимание и грижа, те се определят като нежелани и необичани. Запълването на празнотите в ежедневието и правилното функциониране в средата, изисква усилен професионална и качествена дейност. Професионалната дейност е съвкупност от компетентно приложени методи, които се прилагат с оглед необходимостта от медико-социалните нужди на индивида. Тези методи се прилагат от мултидисциплинарен екип, изработил специален комплексен подход на работа в социалната услуга.

В екипа задължително участие взема ерготерапевтът. Той, съобразно нуждите на потребителите, включва игри и дейности в ежедневието, което стимулира автономността им. Ерготерапевтът е професионалист, който притежава знания във всяка сфера от живота, които прилага с цел подпомагане на индивидите да водят качествен и пълноценен живот.

Своевременната превантивна работа и адекватни подходи за преодоляване на трудности при децата и младежите с психични заболявания са от първостепенно значение за ефективността на цялостната профилактична, терапевтична и рехабилитационна дейност чрез включване на широк спектър от професионалисти още в ранна възраст, като гарант за постигане на желаните крайни резултати.

ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Окончателните резултати от настоящия труд дават основание да се изведат следните приноси, базирани на принципите на медико-социалната работа:

1. Адаптиране на прилаганите дейности със средата – социална и физическа, като се поставя акцент върху социалното функциониране и адаптация на потребителите съобразно променящите се условия.
2. Използване на полимодален подход – наличие на богат и непрекъснато усъвършенстващ се инструментариум от подходящи технологии за работа и въздействие, съобразен с характеристиките (нозологични, интелектуално-мнестични, емоционални, волеви) на потребителите.
3. Солидарно и всеобхватно прилагане на подобрите средства в съдействие с различни институции, организации и структури, ангажирани с обсъжданата проблематика.
4. Преместване на акцента на работа и въздействие от болестта и болния индивид, върху съхранените заложи и качества на потребителя, с цел тяхното конструктивно стимулиране.
5. Континуитетност и перманентност на интервенционните методи, с цел разгръщане на съхранения потенциал и осигуряване на устойчивост на постигнатите положителни резултати.

ПРИНОСИ С ТЕОРЕТИЧЕН ХАРАКТЕР

1. Представен е литературен анализ, свързан с проучване на значението на ерготерапията при работата с хора от различни възрастови групи, страдащи от психични заболявания.
2. Прецизиране на мястото и ролята на ерготерапията като тясна специалност в здравните дейности, свързани с промоцията на здраве, профилактиката на болести, лечението, рехабилитацията и ресоциализацията на пациентите.
3. Доказване на значимостта на ерготерапевта в мултидисциплинарен екип чрез включването му като специалист в комплексния подход, допринасящ за постигане на положителна промяна при потребители от различни възрастови групи.

ПРИНОСИ С ТЕОРЕТИКО - ПРИЛОЖЕН ХАРАКТЕР

1. Разработена и внедрена в работата с деца и младежи с увреждания, „Скала за оценка“, за включването на потребителите в дейности, насочени към физическата активност, емоционално-поведенческото развитие, дейностите от ежедневието, социалното включване, езико – говорното развитие, познавателното развитие.
2. Внедряване на предложените методи за изследване с последващ корелационен анализ на получените резултати. Постигане на висок корелационен коефициент за всички показатели в подкрепа на въвеждането на ерготерапията като задължителен елемент в цялостната работа при лица с увреждания.
3. Установяване на значимостта на всички специалисти за постигане на напредък по отношение подобряване на социализацията и цялостното функциониране на деца и младежи с психични проблеми с акцент върху ерготерапията като една клиент-центрирана и резултат-ориентирана дейност, насочена към подобряване здравето на потребителите на социални услуги.

Литература

1. Ангелова – Барболова Н. (2013), *Психично здраве (избрани теми)*, Русе, Хелт Консулт Русе, ЕООД

2. Барутчиева Л. (2009). *Развитието на психиката в детско-юношеската възраст.*
3. Витанова Н., (2004) *Форми на агресивно поведение при учениците и учителите, Превенция на агресията сред децата, Издателство Веда Словена – ЖГ*
4. Митова Е. (2001), *Алтернативни форми на социална адаптация и обучение на деца от 0 до 3 год., отглеждани в дом за медико-социални грижи за деца, Благоевград*
5. Митова Е., (2016), *Медико-социален статус на деца от домовете за медико-социални грижи за деца. Минало, настояще, бъдеще. Психосоциалните и медицински проблеми на децата от ДМСГД. Благоевград*
6. Национална здравна стратегия 2020. *Публикувана 2015.* Министерство на здравеопазването.
7. Национална програма за заетост и обучение на хора с трайни увреждания – ЗОХТУ. Удължена със Заповед РД01-96 ОТ 11.02.2020 г. на министъра на труда и социалната политика. Министерство на труда и социалната политика.
8. Нунев С. (2015). *Актуални теоретико – приложни аспекти на социалната работа в общност.* Научни трудове на Русенския университет том 54, серия 8.1.
9. Радославова К. (2002). *Ранната диагностика и Войта терапия решаваща стъпка в лечението на децата рискови за церебралната парализа.* „Децата с церебрална парализа – наръчник за родители”, под редакцията на Ив. Чавдаров, CARE-sm, Кеър Интернешънъл България, 16-18с., монография.
10. Татъзов Т. (1999). *Психодиагностика на ранното детство.* Издателство “Макрос 2001“. ISBN 9547020430.
11. More D. (2014). *The role of occupational therapy with children and youth.* The Early Intervention & School Special Interest. Section Standing Committee for the American Occupational Therapy Association. Fact sheed for the American occupational therapy association.

Списък с научните публикации свързани с дисертационния труд

1. Негрова Й. (2018). “Ерготерапевтични методи за групова работа при лица с психични увреждания”. *XVI-th International conference. Knowledge International journal, No 5 Vol.22, № 5., pp. 1285 – 1287, ISSN 2545 – 4439; 1857-92. 16-18.03.2018 Serbia.*
2. Негрова Й. (2018) . “Мултидисциплинарен подход в системната медико-социална работа при лица с психични увреждания”. *XVII-th International conference. Knowledge International journal, Knowledge International journal, Vol.23, № 2., pp. 567 – 570, ISSN 2545 – 4439; 1857-92. 24-27.05.2018 Montenegro.*
3. Негрова Й. (2019). “Защита на детско – юношеското психично здраве в училищна среда”. *XIV-th International Scientific conference. Knowledge International journal, Knowledge International journal, Vol.34, № 4., pp. 1071 – 1074, ISSN 2545 – 4439; 1857-92. Kavala, Greece.*
4. Негрова Й. (2020). “Психо - социална оценка при деца в риск – роля и място на социалния работник”. Списание „GP News“, бр. 9. ISSN 1311-4727.

Конференции

1. Участие с презентация (без публикация) в регионален форум с международно участие „Добри образователни и професионални практики в областта на социалните дейности“ – 28 – 29.03.2019 г. Русенски университет „Ангел Кънчев“. Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“ Катедра “ Обществено здраве и социални дейности“.
2. Участие с презентация (без публикация) в интернационална научна конференция по Ерготерапия „От корените до плодовете на Балканските страни“ 31.05 – 01.06.2019 г. Русенски университет „Ангел Кънчев“.