

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

„ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН“

Катедра „Здравни грижи“

СТЕЛА ГЕОРГИЕВА МАРИНКОВА

**МЕДИЦИНСКИ И СОЦИАЛНИ ПРОБЛЕМИ ПРИ ДЕЦА
СЪС СЕНЗОРНО ИНТЕГРАТИВНА ДИСФУНКЦИЯ**

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР“

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт“

Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве“

**Научна специалност „Социална медицина и организация на здравеопазването и
фармацията“**

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:

ДОЦ. АНТОАНЕТА ЗОГРАФОВА ТЕРЗИЕВА, ДМ

СОФИЯ, 2022

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ.....	7
-----------------------	----------

I. ГЛАВА ПЪРВА

Литературен обзор.....	9
-------------------------------	----------

1. <u>Сензорна интеграция.....</u>	9
1.1. Определение и същност на сензорната интеграция.....	9
1.2. Нива на сензорна интеграция.....	11
1.3. Нормално развитие на детето – периоди.....	12
1.4. Значение на сензорно интегративните процеси и навременното им подпомагане за нормалното развитие на детето.....	14
2. <u>Сензорно интегративна дисфункция (СИД).....</u>	17
2.1. Предразполагащи фактори за настъпване на СИД.....	17
2.2. Определение, същност и разпространение на СИД.....	18
2.3. Класификация на сензорните дисфункции.....	19
2.4. Признаци на СИД.....	22
2.5. Сензорни затруднения, които могат да се наблюдават при отделните възрасти.....	23
2.6. Социални аспекти на СИД.....	24
2.7. Наличие на признаци на СИД при други разстройства в развитието на децата.....	24
2.8. Диагностични подходи за установяване на сензорни дисфункции.....	30
3. <u>Терапевтични подходи при деца със СИД.....</u>	38
3.1. Същност и значение на сензорно интегративната терапия (СИТ).....	39
3.2. Подхода на Уилбаргер (Wilbarger Approach).....	42
3.3. Значение на игрите в терапевтичния процес.....	43
3.4. Проучвания по отношение на ефективността на СИТ.....	46
3.5. Други приложни терапии при деца със СИД.....	49
4. <u>Обучения и допълнителни квалификации на специалистите, работещи в областта на детската рехабилитация.....</u>	63
4.1. Качество и оценка на медицинските услуги.....	63

4.2.	Същност и значение на обучението на човешките ресурси.....	69
4.3.	Същност и значение на обучението и допълнителните квалификации на специалистите, работещи в областта на детската рехабилитация.....	78
	Изводи от литературния обзор.....	82

II. ГЛАВА ВТОРА

Цел, задачи и методология на изследването.....83

1.	Цел.....	83
2.	Задачи.....	83
3.	Работни хипотези.....	84
4.	Материал и методика на изследването.....	84

III. ГЛАВА ТРЕТА

Резултати и обсъждане.....93

1.	Анализ на резултатите по отношение на проведена скринингова оценка на СМР на деца в предучилищна възраст.....	93
2.	Анализ на резултатите относно водещи медико-социални проблеми при деца с установени признаци на СИД в рамките на други разстройства в развитието, проучени в МЦ „Деца с проблеми в развитието“, гр. София.....	97
3.	Анализ на резултатите относно информираността, интересите и мненията на студентите от специалност кинезитерапия, ерготерапия, специална педагогика и логопедия по теми, засягащи СМР при децата.....	101
4.	Анализ на резултатите относно водещи медицински и социални проблеми при децата със СИД по мнението на техните родители.....	110
5.	Анализ на резултатите по отношение на необходимостта от допълнително обучение и квалифициране на специалистите, работещи в областта на детската рехабилитация и тяхното отражение върху качеството на предлаганите услуги.....	123

IV. ГЛАВА ЧЕТВЪРТА

Мениджмънт на медицинските и социалните проблеми при деца със СИД – предложения и стратегии за тяхното преодоляване.....129

1. Алгоритъм за превенция на СИД при деца в предучилищна възраст.....129
2. Концептуален модел за терапевтичен подход при деца с установени признаци на СИД в или извън рамките на други разстройства в развитието.....144
3. Обучителни курсове, които препоръчваме на специалистите, практикуващи в областта на детската рехабилитация.....149
4. Учебна програма за следдипломно обучение.....151
5. Програми за теоретико-практически семинари.....155

ИЗВОДИ.....165

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....167

ПРЕПОРЪКИ.....168

ПРИНОСИ.....170

БИБЛИОГРАФИЯ.....172

ПРИЛОЖЕНИЯ.....184

СПИСЪК НА НАГЛЕДНИТЕ СРЕДСТВА.....207

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

1. **ВТУ** – Великотърновски университет
2. **ВУЗ** – Висше учебно заведение
3. **ДЕЖ** – Дейности от ежедневиия живот
4. **ДГ** – Детска градина
5. **ДМСГД** – Дом за медико-социални грижи за деца
6. **ДУЗ** – Детско учебно заведение
7. **ДЦП** – Детска церебрална парализа
8. **МБАЛ** – Многопрофилна болница за активно лечение
9. **МКБ – 10** – Международна класификация на болестите 10-та ревизия
10. **МУ** – Медицински университет
11. **МЦ** – Медицински център
12. **НБУ** – Нов български университет
13. **НСА** – Национална спортна академия
14. **НСИ** – Национален статистически институт
15. **ОПЛ** – Общопрактикуващи лекари
16. **ПУ** – Пловдивски университет
17. **РАС** – Разстройства от аутистичния спектър
18. **РУ** – Русенски университет
19. **СЗО** – Световна здравна организация
20. **СИ** – Сензорна интеграция
21. **СИД** – Сензорно интегративна дисфункция
22. **СИТ** – Сензорно интегративна терапия
23. **СМР** – Сензомоторно развитие
24. **СОДЦСИИ** – Столичен общински център за социална интеграция на инвалиди
25. **СОП** – Специални образователни потребности
26. **СУ** – Софийски университет
27. **УЗ** – Учебно заведение
28. **ФНОИ** – Факултет по науки за образованието и изкуствата
29. **ФОЗ** – Факултет по обществено здраве
30. **ЦНС** – Централна нервна система
31. **ADHD** – Attention Deficit Hyperactivity Disorder

32. **AOTA** – American Occupational Therapy Association
33. **ASD** – Autism Spectrum Disorders (разстройства от аутистичния спектър – РАС)
34. **ASI** – Ayres Sensory Integration (сензорна интеграция по Айрис)
35. **DCO – 3** – Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood
36. **DIR** – Developmental, Individual Differences, Relationship-based
37. **DSM** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
38. **GAS** – Goal Attainment Scale
39. **GMFCS** – Gross Motor Function Classification System (класификационна система за груба моторна функция – КСГМФ)
40. **IAHP** – Institutes for the Achievement of Human Potential (институти за развитие на човешкия потенциал)
41. **QST** – Qigong Sensory Training
42. **SIPT** – Sensory Integration and Praxis Test
43. **SPD** – Sensory Processing Disorder (разстройство в сензорната преработка)
44. **TLP** – The Listening Program
45. **VBIS** – Vestibular bilateral integration and sequencing
46. **WFOT** – World Federation of Occupational Therapists

ВЪВЕДЕНИЕ

Сензорната интеграция (СИ) е сложен процес, теорията за който се основава на редица изследвания в областта на невронауките. Най-голям принос за развитието на тази теория има американската ерготерапевтка д-р Джийн Айрис (Dr. Jean Ayres), която започва своите проучвания по темата още през 1950 г.

СИ може да се определи като ефективно взаимодействие между човека и непрекъснато променящата се околна среда, което се основава на успешното интерпретиране на сетивните впечатления. Тези впечатления постъпват в нервната система под формата на информация от сетивните системи (зрителна, слухова, обонятелна, вкусова, тактилна, проприоцептивна, вестибуларна и интероцептивна). Там тя се обработва и подрежда, а като резултат нервната система е готова да даде отговор. Този отговор се нарича адаптивен отговор и помага на индивида да се реализира успешно по отношение на неговото вътрешно усещане, моторика, емоции и поведение.

Когато процесът на СИ е нарушен в някой от неговите етапи, осъществяването на адаптивен отговор е затруднено. Това състояние се нарича сензорно интегративна дисфункция (СИД) или още разстройство на сензорната преработка. Клинично, сензорно интегративните дисфункции могат да са свързани с прояви на забавено психомоторно развитие на детето, емоционален дисбаланс, поведенчески проблеми, затруднения по отношение на ученето, комуникацията и социалните умения.

Признаци на СИД може да се проявяват самостоятелно или като част от картината на редица клинични състояния като: новородени с повишен риск; разстройства от аутистичния спектър; хиперактивност с или без дефицит на вниманието; синдром на чупливата X хромозома; деца с обучителни затруднения; мозъчни увреди; институционализирани деца; някои генетични синдроми и други. Широкото разпространение на СИД сред често срещани и тежки патологии като детски аутизъм, детска церебрална парализа, недоносени и други, я превръщат в състояние с характерна социална значимост.

Основен подход в терапията на деца със СИД е сензорно интегративната терапия (СИТ), която е един от приемите на съвременната ерготерапия при децата.

В България, за СИ, нейните отклонения и начините за тяхното повлияване са теми, които се разискват през последните не повече от 20 години. Поглед към проблемите на

децата със СИД се обърна след завършването на първият за страната випуск от специалност „Медицински рехабилитатор ерготерапевт“ към Медицински Университет – София през 2009г., както и след сертифицирането на първите за страната специалисти в подхода на СИТ през 2014г. Редица частни и държавни институции, неправителствени организации, центрове и др., отвориха врати и започнаха да работят с деца със СИД. За съжаление, обаче информираността по отношение на естеството на проблемите на СИ, както и подходите за терапия при нейните дисфункции, остава крайно недостатъчна. В дефицит са и квалифицирани кадри, които да работят с този контингент в посочените учреждения. Като нови за нашето общество, медицинските и социални аспекти на СИД са изключително актуални.

С настоящия труд имаме личното и професионалното желание за популяризиране на медицинските и социалните проблеми на деца със СИД и доказване на необходимостта от превенция, ранна диагностика и качествени терапевтични интервенции още при първи признаци на СИД. Той е насочен с особено отношение към родители, учители, медицински и немедицински специалисти, работещи в или извън рамките на нозологичната единица и има за цел не само да им спомогне да разпознаят и разберат признаците на СИД, но и да ги насочи как да подпомогнат специфичните нужди на децата, посредством своите лични и професионални компетентности и кога е необходимо да ги пренасочат към провеждането на специализирана СИТ. Съществуват редица научни доказателства по отношение на това, че провеждането на терапевтични интервенции още в най-ранна възраст при деца с различни дефицити в развитието имат по-голяма успеваемост. Разбирането на децата със СИД, навременната и точна оценка, както и подходящата целенасочена терапия биха спомогнали за подобряване на тяхното състояние, превенция от бъдещи усложнения, успешното адаптиране в социалната среда и живота като цяло.

ГЛАВА ПЪРВА

ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. Сензорна интеграция (СИ)

1.1. Определение и същност на сензорната интеграция

Jean Ayres (1979) определя сензорната интеграция като процес на подреждане и преработка на сетивни дразнения, при който мозъкът предизвиква адекватен и целенасочен отговор от страна на организма, както и осмислени възприятия, емоционални реакции и мисли. Сензорната интеграция е процесът на превръщане на усещането във възприятие. Тя сортира, подрежда и обединява всички сетивни усещания на индивида в пълноценна мозъчна реакция. [69]

Днес теорията за СИ е известна като Ayres Sensory Integration (ASI). [80]

СИ започва своето развитие вътреутробно и продължава през целия живот на човека, но нейните основи се изграждат през първите седем години. Това е период през който децата се научават да се придвижват в пространството и да влизат във взаимодействие с обкръжаващата ги среда и хора. Малките деца нямат изградено абстрактно мислене или идея за нещата. Те са заангажирани основно от усещанията си и движенията на тялото си във връзка с тези усещания. Този адаптивен отговор е повече мускулен или двигателен, а след това ментален. Поради това, първите седем години от живота се наричат години на **сензомоторно развитие (СМР)**. С порастването на детето, менталните и социалните отговори заменят някои от сензомоторните дейности, т.е. менталните и социалните функции на мозъка се базират върху основата на сензомоторните процеси. СИ, която възниква през движението, говоренето и играта е основа за изграждането на по-сложна СИ, която е необходима за четене, писане и добро поведение. Ако сензомоторните процеси са добре организирани през първите седем години, детето ще има по-добри обучителни и социални умения в по-късен етап от живота. Според Айрис всеки човек се ражда с потенциала да развие СИ, но не всеки успява да развие добра СИ. Авторката отбелязва също, че слабо развита СИ може да се наблюдава и при деца с типично развитие и интелигентност. Въпреки това, при някои новородени първите признаци за проблеми в сензорната интеграция са свързани с двигателното им развитие – не се обръщат, заемат седеж, изправят или прохождат в съответната за това възраст. Децата със затруднения в сензорната интеграция може да

изглеждат тромави и непохватни, често да се препъват, или да имат затруднения в извършването дори на елементарни дейности от ежедневието, като да си обуят чорапите, а по-късно и в по-сложни дейности като рязане с ножица или каране на колело без помощни колела. Те не играят умело, а общуването с други деца е затруднено. [70]

Fisher and Murray (1991) представят теорията за сензорна интеграция чрез „Спираловиден Процес на Себеразвитие“ (схема 1).

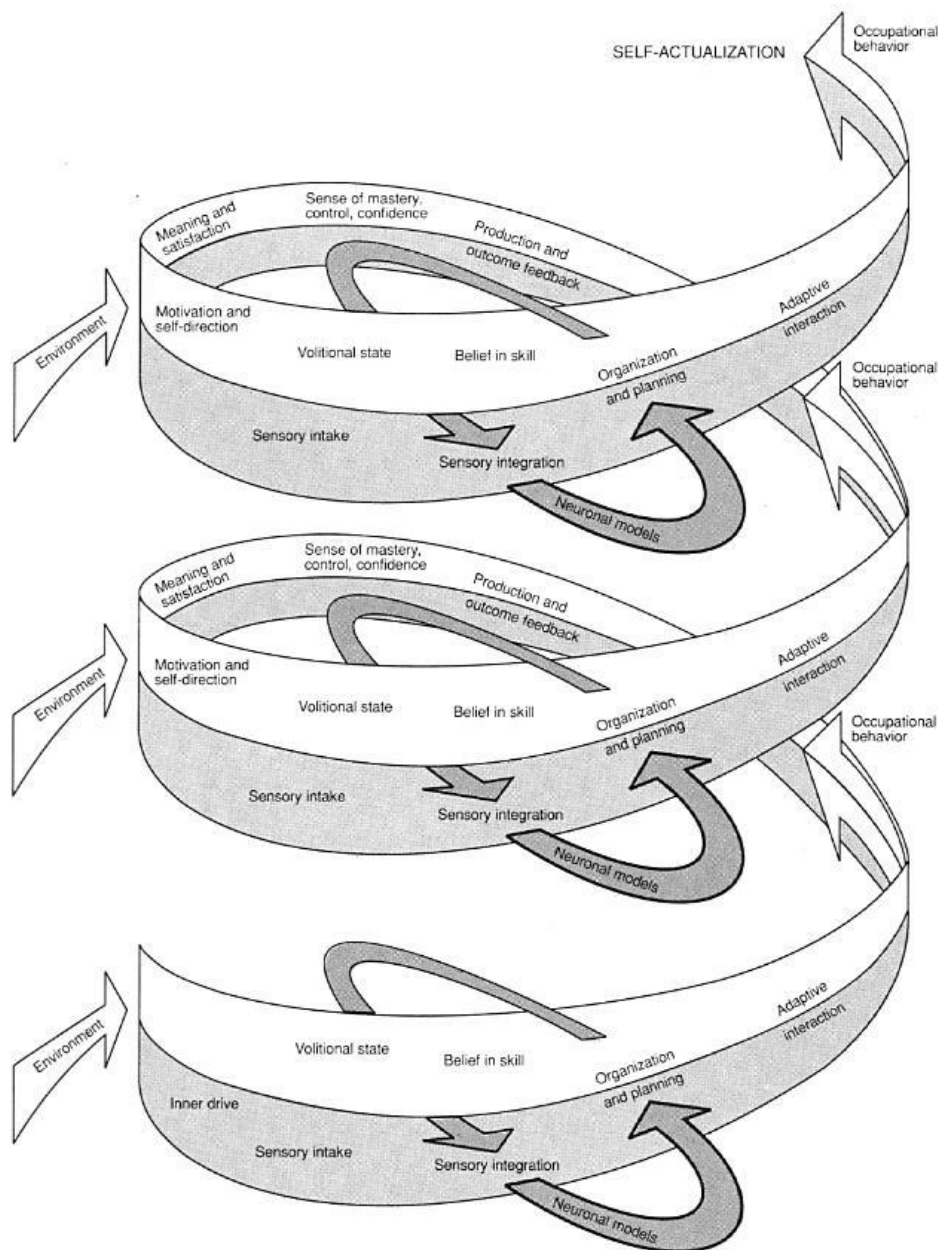


Схема 1. Спирален модел на СИ (Spiral process of SI, източник: Bundy & Lane 2020)

Чрез спираловидния процес на себеразвитие се представя как СИ заедно с представите за себе си и волята допринасят за адаптивните взаимодействия, а те на свой ред продуцират организирани и ефективни дейностни поведения като самообслужване, игра или академично представяне. Така, докато децата развиват контрол над средата и вярата в собствените си умения, взаимодействието със средата става значимо и носи удовлетворение, при което те стават все по-склонни да се ангажират в подобни дейности и занимания многократно. Смесването на психологически конструкции с тези на сензорно интегративната теория, както е представено в спираловидния процес, допълва картината на силните страни на детето и неговите нужди, с което се полагат по-широки основи за провеждането на терапевтични интервенции. [80]

1.2. Нива на сензорна интеграция

Д-р Айрис описва четири нива на сензорна интеграция:

- 1-во ниво (първични сензорни системи) – включва докосване, баланс, движение и позиция на тялото;
- 2-ро ниво (сензо-моторни умения) – схема на тялото, използване на двете половини на тялото, моторно планиране, формиране на предпочитана ръка;)
- 3-то ниво (перцептивни двигателни умения) – слухова и зрителна дискриминация, развитие на говор и език, око-ръка координация, целенасочена дейност;
- 4-то ниво (академична готовност) – академични умения, сложни двигателни умения, регулация на вниманието, организация на поведението, самоконтрол и самочувствие. [105]

По време на детството се наблюдава ангажираност към всяко едно ниво на СИ, като не се различават ясни граници между тях. Докато по-горните нива започват да се изграждат, долните продължават да се доразвиват. Въпреки това за отделните възрасти може да се определи превес в развитието на някое от нивата.

В периода до едногодишна възраст, СИ функционира на 1-во (активни са тактилна и обонятелна сетивни системи) и 2-ро (активизират се проприоцептивна и вестибуларна система) ниво. На първо ниво се дължи способността на бебето да суче и да се храни, както и осъществяването на връзката майка-дете. Действията се извършват по рефлекторен път. Ако има нарушение в преработката на сетивна информация на това

ниво могат да настъпят емоционални или комуникативни проблеми, както и затруднения в инициацията.

Второто ниво се характеризира с: активности като пълзене, лазене; зрялост на рефлексите; начало на праксисни умения; подобрява се вниманието и емоционалната сигурност. При нарушения в това ниво се наблюдават затруднения в дейности, изискващи координация между двете телесни половини като свирене на барабан или танцуване. Децата имат затруднения в позиционните реакции и локомоция, както и в равновесието. Те имат понижен мускулен тонус, лесно се уморяват, а движенията им са сковани и забавени.

В периода от 1 до 5 годишна възраст се активира и 3-то ниво (включват се по-осезаемо вече и слухова и зрителна сетивни системи) на СИ. Когато детето е достигнало това ниво на своята СИ, то може да разбира езика и да комуникира чрез говор. Подобряват се пространствените възприятия за хората и обектите, както и зрително-моторната интеграция. Детето може да задържа лъжица, да хвърля и хваща топка, да рисува, да реди пъзели, или да се катери. Това е период в който започва индивидуализирането (напр: детето може да се облича само).

След 5 годишна възраст, детето трябва вече да е достигнало на четвъртия етап от развитие на СИ. Това е период през който се формира абстрактното мислене, доразвива се грубата и фината моторика, развива се ориентацията за време (вчера, днес, довечера) и социалната компетентност (ролеви игри, създаване на приятелства). Децата вече могат да се справят с дейности по самообслужването. [70, 105]

1.3. Нормално развитие на детето – периоди

Развитието на детския организъм се характеризира с количествени и качествени промени, които настъпват в него. Количествените промени се означават като растеж (увеличаване на размерите и телесната маса), а качествените като съзряване (усъвършенстване на морфологичната и функционалната организация). [33]

Всяко дете се развива в три области – физическа (тяло), интелектуална (ум) и социална (комуникация и взаимоотношения с околните). Всяка от тези области се характеризира с усвояване на умения, които се изграждат стъпка по стъпка в определен ред. [6]

Основни периоди в развитието на детето са:

- *Период на новороденото и кърмачето.* Този период започва от раждането и продължава до края на първата година. Това е период на най-интензивно физическо и нервно-психическо развитие. През първата година бебето обикновено започва да придобива все повече контрол върху своето тяло, прогресивно от главата надолу: контрол на главата – контрол на тялото (сядане и балансиране) – прохождение и стоене. Периода се характеризира и с непосредствено емоционално общуване с възрастните и необходимостта за постоянен контакт с тях. Тези контакти най-вече с родителите са необходима предпоставка за всяко следващо приспособяване на детето към опита на възрастните.

- *Период на ранна детска възраст.* Това е възрастта от 1 до 3 навършени години. Темповете на растеж остават относително високи. Настъпва стабилизиране на функциите на всички органи и системи, включително и самоконтрол на тазовите резервоари. Налице е бурно развитие на двигателната и нервната система. В края на периода детето ходи стабилно и може да извършва фини двигателни манипулации. Двигателната култура се характеризира с: емоционално и вербално мотивирана двигателна активност; системно практикуване на здравно-хигиенни навици; използване на двигателни навици в по-широки жизнени ситуации; ориентиране в пространството спрямо себе си. Водещи дейности са предметно-манипулативните, чрез които детето усвоява начините за използване на вещите от обкръжаващата го действителност.

- *Период на предучилищна възраст* – от 3 до 7 години. През тази възраст темповете на растеж и съзряване се забавят, но се наблюдава физиологично издължаване за сметка на крайниците. През периода се усъвършенстват двигателните и психическите процеси. Интелектуалното развитие е интензивно с усложняване на игрите и придобиване на трудови навици. При игра се формират въображението и символичното мислене и подготвяне на почвата за усвояване на знакова, буквена дейност като предпоставка за обучението в училище. Двигателната култура за възрастта от 3 до 5 години се характеризира с: първоначални прояви на интерес към физическите упражнения с тенденция към формиране на потребност от системни занимания; усъвършенстване на моториката при формиране на изпълнителската част на двигателното действие; целенасочена двигателна активност. За възрастта от 5 до 7 години, двигателната култура се характеризира с: повишена съвместна двигателна

активност; целенасочено усъвършенстване на моториката чрез разнообразни двигателни игри и упражнения; ефективност на двигателно-моторната дейност.

- *Период на училищна възраст* – обхваща възрастта от 7 до 14 навършени години. Основната дейност за периода е обучението. Периода се характеризира с по-бавно, но устойчиво развитие и растеж – най-вече на мускулно-скелетната система, а пропорциите на тялото се доближават до тези на възрастните. Нарастват интелектуалните възможности. Втората половина на периода се характеризира с настъпването на пубертета.

- След 14-та година настъпва юношеството (до 18 годишна възраст), което се характеризира с усъвършенстване на висшата нервна дейност. [6, 33, 54, 43]

1.4. Значение на сензорно интегративните процеси и навременното им подпомагане за нормалното развитие на детето

Джийн Айрис не е единствената изследователка в областта на педагогиката, педиатрията и невронауките, която разкрива и проучва важността на сензорните възприятия върху цялостното развитие на детето. Други имена, свързани с изучаването на тези процеси, работили и творили дори преди нея, са Мария Монтесори и Глен Доман, чиито методи за въздействие са известни и в България.

Вдъхновявайки се от трудовете на Е. О. Съоген и Фридрих Фрьобел, италианската педагожка Мария Монтесори създава възпитателен метод, основаващ се главно върху развитието на усещанията, който е официално публикуван през 1909г. Възрастта между 2 и 7 години се определя като период на бързо физическо развитие и образуване на видовете психо-сензорна дейност. Ето защо според Монтесори най-ранната възраст е най-подходящото време за „сензорното възпитание“, което се осъществява чрез общуването на децата с природата посредством „упражнения-игра“. За целите на това възпитание, децата трябва да прекарват повече време на открито или да бъдат създадени условия в детските градини, да носят просто и удобно облекло, да изследват и наблюдават заобикалящата ги природа (животни, растения, птици и хора), да имат занимания, свързани с ръчен труд или иначе казано „децата да могат да изострят чувствителността си за възприемане на света“. [22]

През 1940 г. американският физиотерапевт Глен Доман (Glenn Doman) започва съвместна работа по проблемите на пациенти с мозъчни увреди заедно със своя ментор,

известния неврохирург д-р Темпъл Фей (Dr. Temple Fay). През 1955 г., Доман основа първият от Институтите за развитие на човешкия потенциал (ИАНР – Institutes for the Achievement of Human Potential). Основната цел на института е да обучава родителите за развитието на мозъка на детето. Според Доман, развитието на мозъка е динамичен и непрекъснато променящ се процес, който може да бъде спрял, забавен или обратното – ускорен. За да ускорят този процес, Доман пише, че това което правят той и неговите колеги е да осигурят визуална, слухова и тактилна стимулация и подходяща двигателна възможност с повишена честота, интензитет и продължителност. В своя подход за ранно детско развитие, Доман акцентира именно върху прилагането на подходяща сензорна програма. А крайната цел на програмата е да се подобрят всички аспекти на растежа и развитието – здраве и благополучие на физическото, интелектуалното и социалното израстване. [160, 88, 89]

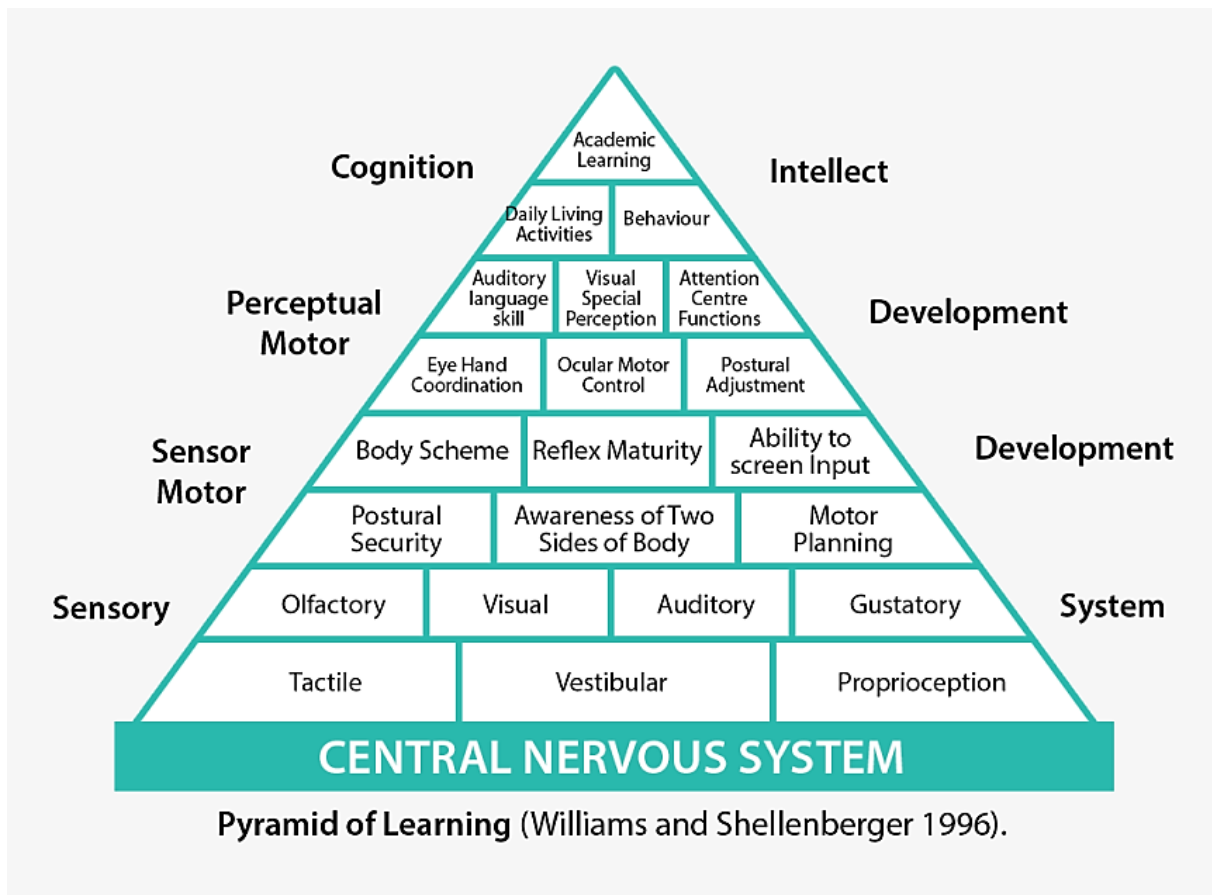


Схема 2. Пирамида на ученето (Pyramid of Learning, Williams & Shellenberger, 1996), (източник: www.icdl.com)

Американските ерготерапевтки Mary Sue Williams & Sherry Shellenberger са авторите на известната и у нас пирамида на ученето, в чиято основа са разположени сетивата и свързаните с тях процеси в ЦНС, следвани по пътя към върха от сензомоторното развитие, перцептивното двигателно развитие, а на самия връх се разполагат когницията и интелекта, които са непосредствено свързани с ученето (схема 2). С тази пирамида може по изключително добър илюстративен начин да се покаже значението на сензорно интегративните процеси за цялостното развитие на детето.

Според Катлийн Морис (2011) най-важните фактори за развитието на детето са здравословна храна, социални контакти, любяща грижа от възрастните и активно изучаване на околната среда. Всяко дете има естествена потребност да приема информация чрез сетивата си чрез движение, пипане, гледане, усещане, чуване, опитване на вкус и мирис на всичко, до което може да достигне. Децата го правят, защото тази информация е важна „храна“ за техните развиващи се мозъци. През целият период на развитие те имат нужда от тази информация, за да се научат как да реагират на обкръжаващата ги среда. Сетивният опит, най-вече за допир и движение, допринася за растежа и развитието на децата, а отсъствието на такъв опит има сериозни последици. Когато всичките сетива работят заедно позволяват на човешкото тяло да се развива и усъвършенства на естествени етапи по време на детството. Това позволява на децата да се справят с предизвикателствата на живота и полага основа за израстването им като функционални възрастни. Морис подчертава, че изследванията показват, че 80% от растежа на мозъка на възрастен човек се осъществява през първите две години от живота му. Сензорно интегративната теория от своя страна се базира на невропластичитета. Пластичността на нервната система представлява способността на мозъка да се модифицира и променя от 2 до 7 годишна възраст. От тук следва, че е от решаващо значение с какво се храни детето и как се стимулира мозъкът му от раждането до 7 годишна възраст. [32]

Областите в детското развитие, които могат да бъдат подпомогнати чрез навременна стимулация са:

- Движение, контрол на тялото, баланс и сила – те ще помогнат на детето да се придвижва, да играе, да извършва своите ежедневни потребности.
- Използване на ръцете – контролът над ръцете и координацията в пространството съобразно обстановката ще помогне на детето да развие основните умения по-нататък.

- Сетивата: особено зрението, слуха и усета.
- Комуникация – слушане, разбиране на чутото и говор или изразяване по друг възможен начин.
- Взаимодействие с други хора – игра, поведение, „свикване” с другите.
- Основни дейности от ежедневието – хранене, пиене, обличане, контрол над тазовите резервоари. Тези умения за самостоятелност ще помогнат на детето да бъде по-независимо.
- Наблюдение, разсъждение, действие – да се научи да взима интелигентни решения. [6]

Според Велева и Николова (2016) сензорните занимания са изключително важни както при работата с деца със специални образователни потребности, така и при деца в норма. [15]

Минчева (2016) споменава, че процесът на СИ е част от нормалното развитие на детето и важна предпоставка за заучаване на нови умения и дейности. Ето защо авторката подчертава необходимостта да се следи развитието на СИ и да се работи при наличие на нарушение. [29]

2. Сензорно интегративна дисфункция (СИД)

2.1. Предразполагащи фактори за настъпване на СИД

Според Kranowitz (2005), причини за настъпване на СИД могат да бъдат:

- 1) генетична или наследствена предразположеност;
- 2) пренатални: химична или медикаментозна интоксикация на плода; употреба на алкохол, наркотици или цигари по време на бременността; усложнения по време на бременността (вирусни заболявания, стрес, проблеми с плацентата); многоплодна бременност;
- 3) ниско тегло при раждането; преждевременно раждане;
- 4) родова травма; обстоятелства налагащи цезарово сечение; липса на кислород или операция скоро след раждането;
- 5) след родови обстоятелства: замърсена околна среда; прекомерна стимулация; недостатъчна стимулация и ограничени възможности за движение, игра и

взаимодействие с други; продължителна хоспитализация; институционализиране. [105]

Групата на Шнайдер, работеща с нечовекоподобни примати са предоставили неоспорими доказателства, че СИД – свръхреагиращ подтип има връзка с наличието на стрес на майката по време на бременността, употребата на алкохол и/или наркотици по време на бременността, както и с постнатална експозиция на олово. [116, 134, 135, 136, 167] При стрес се отделя в голямо количество главният представител на хормоните на стреса – глюкокортикоида кортизол от кората на надбъбречните жлези. По време на бременност, той преминава през плацентарното кръвообращение в плода и оказва влияние върху пренаталното му развитие, вкл. и върху това на мозъка му. [41]

Някои автори, включително и български намират пряка корелация между първичните рефлексии и сензорната интеграция. Волеманова (2020) пише, че ако първичните рефлексии продължават да действат, често наблюдаваме проблеми и в СИ, и обратно – при наличие на проблеми в СИ се наблюдава често персистирание и на примитивните рефлексии. Ето защо е трудно да се каже кой е първоизточника на проблема. Но авторката отбелязва нещо по-важно за практиката, а именно, че чрез инхибиране на първичните рефлексии можем едновременно да подобрим и СИ. [19]

Sally Goddard (2005) определя задържаните примитивни рефлексии като симптом на непълно кортикално инхибиране. Също така, че те са само един от признаците за проблем в развитието, които след това могат да бъдат придружени от дисфункции в обработката на слуховата информация, зрителната информация, вестибуларното функциониране и др. Авторката допълва, че зад цялостния проблем като вероятни причини могат да бъдат редица фактори. Един от тях е лошото хранене, при което се приема често т.нар. „junk food”, изключително лишена от полезни витамини и минерали, което може да се определи като нова форма на недохранване. Други фактори, които могат да допринесат са: алергии; вредна социална среда; емоционална несигурност; генетични или биохимични влияния и психологични проблеми. [94]

2.2. Определение, същност и разпространение на СИД

Намалената способност да се обработват и интегрират усещанията, може да доведе до трудности при продуцирането на подходящо действие, което от своя страна да попречи на ученето и поведението. [80] Това състояние се определя като сензорно интегративна

дисфункция (СИД) или още като разстройство в сензорната преработка (Sensory Processing Disorder – SPD). [106]

Jean Ayres определя СИД като „неврологично задръстване“, което пречи на определени части на мозъка да получат информацията, необходима за правилното интерпретиране на сензорната информация. Човек със СИД се затруднява да обработва и действа въз основа на информация, получена чрез сетивата, което създава предизвикателства при изпълнението на редица ежедневни задачи. Децата със СИД могат да изпитват затруднения във всички сфери на ежедневието, особено децата с нарушения в няколко сензорни системи. [29] Двигателна тремавост, поведенчески проблеми, тревожност, депресия, неуспех в училище и много други проблеми могат да повлияят на тези, които нямат ефективно лечение. [167]

Много родители, учители, лекари и други здравни професионалисти имат затруднения в разпознаването на СИД. Те често бъркат състоянието с поведенчески или емоционални проблеми, обучителни разстройства, ниско самочувствие или прояви на хиперактивност. [105]

Нарушенията на сензорната обработка са свързани с трудности в регулирането на емоциите и поведението, както и с двигателните способности в отговор на сензорна стимулация, които водят до увреждане на развитието и функционирането. Според Райс и съавтори (2017, 2020), СИД засяга между 5 и 16 % от децата в училищна възраст. [125]

Според някои източници, признаци на СИД се наблюдават сред около 5 % от децата в предучилищна възраст [3, 130]

Проучване на Ан и колеги от 2004 г. показва, че поне 1 на всеки 20 деца в ежедневието си е засегнато от СИД. [63] Друго изследователско проучване на Алис Картър и колеги предполага, че 1 на всеки 6 деца изпитва разлики в сензорната преработка, които могат да бъдат достатъчно значителни, за да засегнат различните аспекти на функционирането им в ежедневието. [74]

2.3. Класификация на сензорните дисфункции

Д-р Луси Милър класифицира СИД в три категории: разстройства в сензорната модулация; разстройства в сензорната дискриминация; и сензорно-базирани моторни разстройства. [105]

Разстройствата в сензорната модуляция се характеризират с неадекватна реакция на индивида спрямо даден сетивен стимул или комбинация от стимули. Тази реакция се определя като хиперреактивност, хипореактивност или сензорно търсене. В зависимост от нея се определя и поведението на детето. При хиперреактивност усещанията се възприемат прекалено силно. Децата проявяват избягващо поведение (сензорна защита). Те са много активни, не могат да се концентрират, импулсивни са, лесно раздразнителни и агресивни. Прекалено силната чувствителност към стимулите ги прави плахи към заобикалящата ги среда (чувстват се застрашени). Не обичат да бъдат докосвани, не понасят определени материали, избягват силна светлина или шум, приемат трудно някои дейности от ежедневието като къпане, ресане или изрязване на нокти. Определят се като деца със сензорна свръхреакция (хиперсетивност). При хипореактивност се наблюдава забавено адаптиране към даден стимул. Децата изглеждат безучастни и мудни, докато някой по-силен, по-ярък или по-интензивен дразнител не ги събуди. Много често такъв тип деца се бъркат с деца с умствена изостаналост. При третия подтип – сензорно търсене, сетивната информация не винаги се разпознава добре от нервната система. Децата се нуждаят от още и още сензорна стимулация, която да е по-интензивна и продължителна, за да се получи адекватен адаптивен отговор. Децата се определят като „търсачи на сензорни стимули“. Състоянието им се характеризира с хиперактивност, висок праг на болка, екстремност в действията, груб контакт с околните, харесват силни звуци и светлини. Определят се като деца със сензорна хипореактивност (хипосетивност).

Разстройствата в сензорната дискриминация се определят с нарушение в интеграцията на качеството на стимула, както и разграничаването на един стимул от друг. Наблюдават се затруднения в пространствената ориентация и осъществяването на дейности от ежедневието.

Към **сензорно-базираните моторни дисфункции** се отнасят постуралните разстройства и диспраксията. При постуралните разстройства, контрола на позата на тялото в покой и при движение е слаб. Децата нямат добре развит баланс и координация, тремави са, несръчни, падат лесно, имат слаб захват и понижен мускулен тонус. При диспраксията са на лице: проблеми, свързани с идеацията и планирането при извършването на нови дейности; трудности в самоорганизацията и решаването на проблеми, както и в пренасянето на вече научени модели. Децата имат затруднения в грубо-моторното планиране (ритане, хвърляне или хващане на топка), фино-моторните умения на ръцете (писане), на очите (слаба око-ръка координация) и на устата (хранене,

дишане, не могат да държат устата затворена, проблеми в артикулацията и говора след три годишна възраст). [105, 107, 115]

Bundy & Lane (2020) описват две главни категории на СИД: диспраксия и дисфункция на сензорната модулация. Към всяка от тези категории, те дефинират различни подтипове. Към диспраксията отнасят затрудненията във вестибуларно билатералната интеграция и секвениране (vestibular bilateral integration and sequencing – VBIS) и соматодиспраксията. Към дисфункция на сензорната модулация отнасят сензорната свръхреактивност (т.е. сензорна защита, гравитационна несигурност и агресивни реакции при движение) и понижената сензорна реактивност. [80]

Bundy & Lane (2020) предлагат схематично представяне на хипотетичната връзка между сетивните системи и поведенческите прояви при СИД (схема 3). Важно е да се отбележи, че в крайните лява и дясна колони на схемата са отбелязани поведенчески прояви, които се приемат като признаци на затруднения съответно в сензорната модулация или праксисните умения, а не като директни индикатори за СИД. [80]

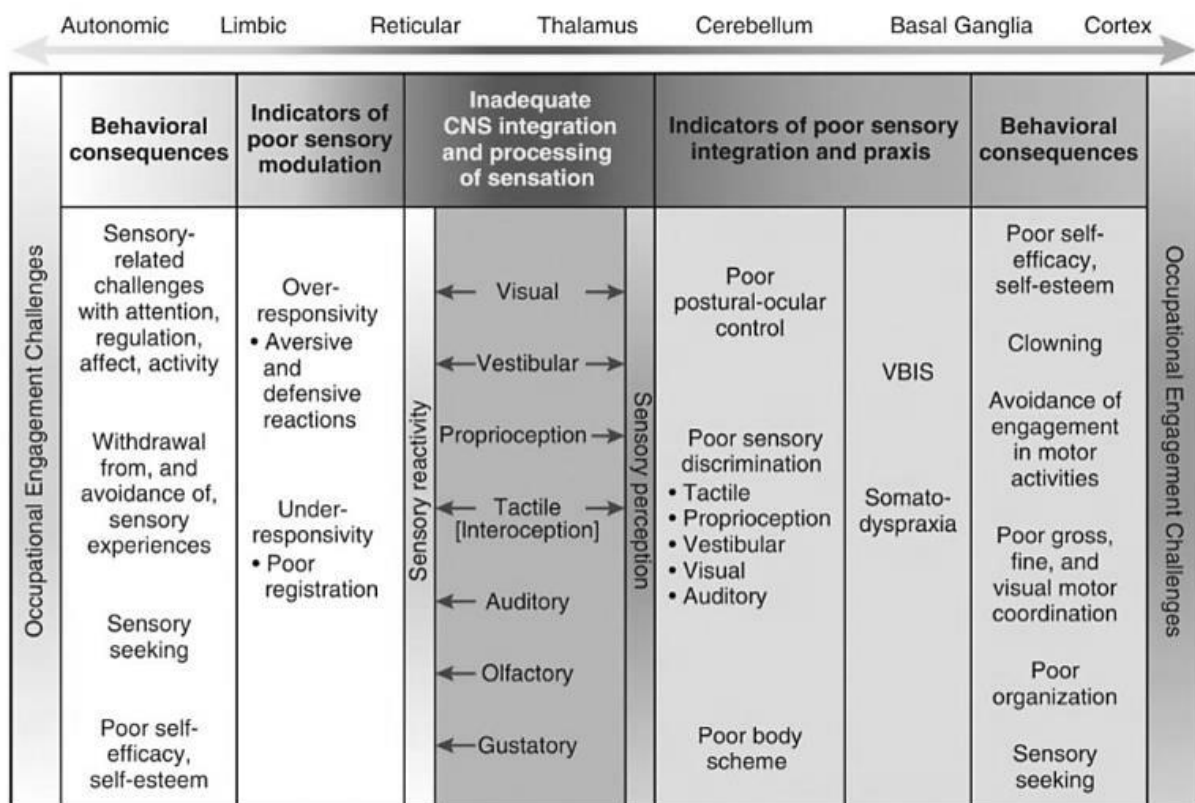


Схема 3. Комплексно представяне на СИД (Complex representation of sensory integrative dysfunction, Bundy & Lane 2020).

2.4. Признаци на СИД

Според Sensory Integration International (Международната Сензорна Интеграция) основните симптоми, характеризиращи СИД са следните:

- свръхчувствителност към допир, движение, зрение или слух;
- понижена чувствителност към допир, движение, зрение или слух;
- специфични обучителни трудности и/или забавяне в овладяването на академичните постижения;
- затруднения в осъществяването на преходи от една ситуация към друга;
- склонност към бързо разконцентриране и ограничен контрол на вниманието;
- ниво на енергичност, което е необичайно високо или необичайно ниско;
- наличие на социални или емоционални проблеми;
- трудно заучаване на нови движения;
- забавяне в развитието на речта, езика или моторните умения;
- физическа непохватност или очевидна невнимателност;
- импулсивност и липса на самоконтрол;
- неспособност за отпускане или успокояване;
- слаба аз-представа и слабо развит усет за тялото. [144]

Процесът на СИ започва още от раждането и нарушения може да се наблюдават в най-ранна възраст. Някои промени в поведението на детето, както и специфично изоставане, може да са показател за СИД. [29]

Георгиева и Темникова (2010) определят като симптоми на сензорно-интегративни нарушения и като причини кога да се мисли за терапия следните състояния:

- чести „сцени“ на раздразнителност;
- малък обем на паметта;
- проблеми при хранене, свързани с поглъщане на различен тип консистенции;
- затруднени социални и комуникативни умения;
- лошо равновесие и баланс, непохватност;
- затруднена последователност от движения (например при каране на колело, при връзване на обувки и др.);
- самонараняващо се поведение;
- груба игра с другите деца;
- трудно се разделят с любима играчка;

- затруднения във фината моторика и графоуменията;
- ниска чувствителност към болка; и др. [23]

2.5. Сензорни затруднения, които могат да се наблюдават при отделните възрасти

Катлийн Морис категоризира основните симптоми на СИД за отделните възрасти по следния начин:

- при деца от 0 до 12 месечна възраст (кърмаческа възраст) – раздразнителност при промяна на позицията на тялото; дискомфорт от светлина, звуци или дрехи; плачат когато бъдат гушнати и се опитват да се измъкнат; прекомерно неспокойни или с понижена активност; нарушение в ритъма сън – бодърстване; проблеми с храненето, плюене или наличие на рефлукс;
- при деца от 2 до 3 годишна възраст – неспокойствие на определени места или при смяна на обкръжаващата ги среда; забавяне в двигателното развитие; слаб контрол върху тазовите резервоари; слаб контрол в управлението на ръцете (не могат да задържат прибор, чаша или играчка); не могат да имитират елементарни движения;
- при деца от 3 до 5 годишна възраст – затруднения в дейности по самообслужването (хранене, обличане, тоалет); трудности в дейности като каране на триколка или люлеене на люлка; използват прекомерна сила, когато играят с играчки; забавен говор и езикови умения; затруднения в общуването с други деца;
- при деца от 6 до 12 годишна възраст – затруднения в самообслужването, моторните умения, академичните умения, речевите и езиковите умения, управление на поведението си;
- при деца от 12 до 19 годишна възраст (през юношеството) – понижено внимание върху дейностите; ниска двигателна култура по отношение на спорт, танци или боравене с музикален инструмент; ниска концентрация поради неспособността да изолират страничните шумове; склонност към тревожност или депресивни състояния; чувство за неловкост в социална среда; лесна избухливост. [32]

Изследванията показват, че признаците на СИД (и по-специално тези на сензорна свръхреактивност), наблюдавани при деца в ранна детска възраст (1-3 години)

продължават да присъстват и на 8 – годишна възраст, ако децата не бъдат лекувани. [75, 168] Също така, че при хората със сензорна свръхчувствителност е 4 пъти по-вероятно да развият тревожност и 3 пъти по-вероятно да имат проблеми с агресията. [74, 168]. Освен това, при възрастните със СИД се демонстрират социално – емоционални затруднения и влошаване качеството на живот (напр. повишени симптоми на тревожност, намалено чувство за жизненост, намалено социално функциониране, намалено общо здраве и повишена телесна болка). [103, 168]

2.6. Социални аспекти на СИД

Много често деца със сензорни дисфункции са диагностицирани погрешно и/или неправилно лекувани. Нелекуваната СИД, която продължава в зряла възраст, може да повлияе на способността на индивида да успее в брака, работата и социалната среда в общността.

Доказано е, че симптомите на СИД засягат не само индивидуалните взаимоотношения, но и ангажираността на семейството в лични и социални рутини. За разлика от семействата с типично развиващи се деца, в семействата с дете със СИД се наблюдават следните проблеми:

- намалена честота на водене на дете със СИД на посещение при приятели или друго семейство, за хранене в ресторант, за посещение на обществено събиране;
- изтощение на родителите и родителски стрес;
- нарушение на семейния живот при семейства с дете със СИД – свръхреагиращ подтип, дори в по-голяма степен отколкото в сравнение с други диагнози в областта на психичното здраве и със социално-икономически риск; [81]
- намалено чувство за компетентност в ролята на родител. [84]; [167]

2.7. Наличие на признаци на СИД при други разстройства в развитието на децата

Някои проучвания предполагат, че СИД може да се прояви както самостоятелно, така и съвместно с други клинични състояния.

Отделни изследователски групи в различни райони на САЩ съобщават, че много хора със симптоми на СИД – свръхреагиращ подтип нямат други разстройства (между 37% и 80% от тях).

Интересен е факта, че според пилотно проучване на института STAR в САЩ, признаци на СИД се срещат при 35% от талантливите (надарените) деца, като това може да повлияе негативно върху тяхното когнитивно, емоционално, социално и двигателно развитие. Според проучванията на Пола Джарард по темата, разстройствата на сензорната модулация е най-често срещаният подтип на СИД, но много често надарените деца имат и диспраксия. [167]

Според Крановиц (2005), признаци на СИД се срещат най-често при следните състояния: новородени с повишен риск; разстройства от аутистичния спектър; хиперактивност с или без дефицит на вниманието; синдром на чупливата X хромозома; деца с обучителни затруднения; мозъчни увреди; някои генетични синдроми и други. [105] Reis et al. (2020) също споменават, че освен при аутизъм, някои автори свързват проявата на проблеми в сензорната преработка и при други състояния като хиперактивност с дефицит на вниманието, поведенчески разстройства и нарушения на ученето. [125]

В следващите редове ще разгледаме характерните признаци на СИД при две големи категории заболявания, които са изключително разпространени, а от тук и с голямо социално значение – групата на аутистичния спектър и ДЦП.

Честотата на разпространение на ДЦП сред популацията ни е средно около 2,5 на 1000 деца, което я превръща в изключително сериозен проблем. [45]

СЗО определя ДЦП като „ *Полиетиологично, непрогресиращо заболяване на ЦНС, което възниква в периода на бременността, раждането и 30 дни след него, като уврежда предимно структурите на развиващия се мозък, отговорни за движението и положението на тялото. Освен това се засягат често говора, зрението, интелекта, усещанията, поведението и са налице гърчове*“. [9]

Нарушенията в моториката като цяло владееят клиничната картина на децата с ДЦП, но в редица случаи към тях се прибавят и други смущения като: епилептични пристъпи, изоставяне в психичното развитие, емоционални и личностни отклонения и други разнообразни по характер дисфункции на централните команди. Те от своя страна се отразяват също на говорното развитие, изграждането на практически сръчности и умения, а вторично и на езиковото развитие и цялостната социална адаптация на детето. [45]

Още през 1950г., д-р Айрис поставя въпроса за сензорната основа на двигателните разстройства, тъй като ги проучва във връзка с присъствието им при някои от децата с обучителни проблеми, които са всъщност най-големия обект на всичките и научни разработки. Въпреки, че авторката не успява да проучи до край естеството на функционалните дефицити при децата с церебрални увреди по време своята кариера, тя проправя път на останалите специалисти в областта да приложат някои от принципите на развитата от нея теория за сензорната интеграция при децата с невромоторни разстройства. Изследователите днес вече знаят, че при ДЦП се наблюдават както моторни, така и сензорни дефицити. [110, 117] През последните десетилетия това е подкрепено и от редица емпирични проучвания в областта [85, 150, 155] и много терапевти взимат в предвид наличието на сензорните дефицити в своята практика. [77, 78, 86, 154] Ако това не се случи, често резултатите от терапията им са ограничени откъм успех. [127]

При много от децата с ДЦП, при които се наблюдават сензорни дисфункции и праксисни нарушения, функционалните им ограничения са много по-големи в сравнение с тези, до които може да доведе самото двигателно разстройство. [127]

Оценката на сензорните процеси и праксиса при децата с ДЦП е трудна задача, защото много от поведенческите прояви, характеризиращи деца със СИД без наличието на невромоторни разстройства, могат да произтичат от невромоторното разстройство при децата с ДЦП. Ето защо един от най-практичните принципи при оценка е да се следи за нетипичен отговор на детето при прилагане на терапевтични стратегии, насочени към двигателното разстройство. Също така е възможно обратното – някои от специфичните сензорни дефицити да бъдат маскирани от невромоторното увреждане като например: нарушения в моторното планиране при деца с хемиплегия; нарушения в сензорната регистрация и/или модулация при деца със спастична квадриплегия; повишаване на гравитационната несигурност и функционални ограничения при деца със спастична диплегия; СИД асоциирана с малкомозъчна атаксия, атетоза или хипотония. [127]

Някои по-често срещани признаци на СИД при децата с ДЦП са:

- Признаци на тактилна защита или хиперреактивност при тактилни стимули ако детето:
 - бута ръцете на терапевта от тялото си;

- избягва да „цапа“ ръцете си с различни материали като боя, пясък и др.;
- бори се ако го задържат;
- възразява да му се лепят стикери по кожата;
- много лесно се стряска ако някой го докосне леко или неочаквано;
- други.
- Слаба тактилна дискриминация и/или хипореактивност ако детето:
 - не може да локализира мястото на докосване;
 - има непрекъснато нещо в устата си;
 - наслаждава се при разресване на косата му;
 - обича да бъде боричкано и докосвано;
 - не забелязва, когато дрехите са усукани около тялото му;
 - не се усеща, когато лицето или ръцете му са мръсни;
 - харесва вибрации.
- Проприоцептивна преработка – ако детето:
 - хапе или дъвче нехранителни обекти (играчки, дрехи др.);
 - щипе или удря други хора или себе си;
 - увисва се на ръцете на терапевта по време на изпълнението на някои терапевтични техники;
 - не успява да стабилизира тялото си при смяна на позицията;
 - демонстрира увеличен, намален или променящ се постурален тонус;
 - скърца със зъби.
- Вестибуларна преработка
 - Хиперреактивни към гравитацията и/или движения – ако детето:*
 - изпитва страх когато е поставено върху голяма терапевтична топка;
 - протестира когато краката му не са на опорна повърхност или на земята;
 - има свръхреакция когато се движи в пространството;
 - страхува се да подскача или да се люлее;
 - не харесва внезапни или бързи движения;
 - Хипореактивни към движения – ако детето:*
 - наслаждава се да бъде местено или люляно от друг;
 - тонуса на екстензорите му не успява да се повиши, дори при линейно движение;
 - търси възможности да пада, без да мисли за безопасността си;

- не забелязва или не реагира когато се движи в пространството;
- не изглежда замаяно от дейности, при които другите обикновено реагират така;
- обича да бъде грубо или се движи с по-голяма интензивност спрямо другите деца;
- наслаждава се да го държат надолу с главата по време на игра, дори и за кратък период от време;
- ако има двигателните възможности, детето обича да се върти, ако не – някой друг да го прави. [127]

Според Centers for Disease Control and Prevention (2016), честота на разпространение на деца от аутистичния спектър е 1 на 68. Някои автори определят аутизма като международен проблем, свързан с детското здраве. [3, 82, 99] По отношение на назоваването на състоянието аутизъм има голямо разнообразие от диагнози, като според официалното за страната ни диагностично ръководство за психичните и поведенческите разстройства – МКБ 10, категорията генерализирани разстройства на развитието включва следните подкатегории: детски аутизъм; атипичен аутизъм; синдром на Рет; друго дезинтегративно разстройство в детството; хиперактивно разстройство, съчетано с умствено изоставане и стереотипни движения; синдром на Аспергер; други; неуточнени. Като други категории са включени също: други разстройства на психологичното развитие и неуточнени разстройства на психологичното развитие. [3]

Към момента няма научно доказано лечение на аутизма, а по отношение на установяването на причините за неговата етиология липсва яснота. Herbert (2010) пише, че се натрупват все повече данни по отношение на взаимодействието между гените и средата като още на вътреутробно ниво то може да повлияе върху физиологията на мозъчните функции. Някои от тези фактори са: пренатални инфекции; пренатален стрес; нарушения на имунния баланс; гастроинтестинални нарушения и др. Според Аваджиева и колектив (2014), генетична причина за разстройства от аутистичния спектър се установява при 5% - 20% от случаите, като в скринингово изследване на 83 български деца се установява генетична причина при 14% от децата. [1, 3, 98]

Разстройствата от аутистичния спектър като цяло се характеризират с:

- *качествени нарушения в социалната интеракция* – отсъствие на невербалното поведение, липса на очен контакт, непоглеждане при повикване, липса на комуникативни жестове и мимика, невъзможност за започване на разговор и др.;
- *качествени нарушения в комуникацията* – отсъствие или особености в експресивната реч (стереотипни повторения, разбираема само от близките реч, ехолоална реч, особености в мелодиката и пунктуацията на речта);
- *ограничени и репетитивни поведения, дейности и интереси* – нефункционално боравене с играчки, настояване за едно и също, стереотипни движения.

Според различните източници, честотата на сензорно интегративните нарушения сред хората с аутизъм може да варира: между 42% и 88% (Pfeiffer et al., 2013); 95% (Tomchek & Dunn, 2007); между 30% и 100% (Iarocci & McDonald, 2006). [3]

Според изследване на Брумли и колеги при децата с аутизъм се установява хиперсензитивност към звуци при 71% от децата, към докосване – при 52%, към миризми – при 41%, към вкусови дразнителни – при 40%, към болка – при 23%, а хипосензитивност към болка – при 45%. [3]

Според Шааф и колеги (2011) всяко дете с аутизъм има индивидуални сензорни нужди и е необходимо да се оцени начинът, по който то преработва сензорната информация, за да се подберат и модифицират заниманията с него спрямо тези особености. [3]

Сензорните нарушенията, които отчитат авторите при децата аутизъм могат да бъдат: в регистрирането на сензорните стимули, в модуляцията или дискриминацията на сетивните постъпления, както и в постуралния контрол или праксиса. Някои от характерните поведенчески прояви при децата с аутизъм във връзка с тези нарушения могат да бъдат:

- самостимулиращо се поведение – клатене на тялото, неспецифични движения с ръцете, въртене на обекти, издаване на специфични звуци;
- имат предпочитания към храни или към тяхната консистенция;
- неспокойни са при ресане, къпане;
- превъзбуждат се при движение;
- непрекъснато създават шум, чувстват се дискомфортно при определени шумове, разсейват се в шумна обстановка, или не реагират на определени звуци;

- търсят силен натиск;
- проявяват самонараняващо се поведение;
- лесно се фрустрират;
- често са тревожни;
- признаци от страна на двигателните функции – нарушения в грубата или фината моторика, атипични движения и пози, нарушения на равновесието или координацията;
- прояви на диспраксия;
- нарушено функциониране по отношение на дейностите от ежедневието (самообслужване, учене, свободно време, грижа за здравето, взаимоотношенията). (Tomchek & Dunn, 2007; Gal et al., 2007; Ornitz, 1989; Baranek, 2002; Атанасова, 2018)

Според Auges (1979) целта на сензорно интегративния подход при деца с аутизъм е да се подобри сензорната преработка, така че усещанията да бъдат по-ефективно регистрирани и модулирани, и да се насърчат децата към формирането на прост адаптивен отговор, който ще им помогне да учат и да се самоорганизируют. [127]

2.8. Диагностични подходи за установяване на сензорни дисфункции

Карол Крановиц (2005) описва седем причини, които пречат СИД да бъде разпозната като диагноза:

- 1) Симптомите на СИД много често съвпадат с тези при други проблеми (напр: хиперактивност и дефицит на вниманието);
- 2) Много често педиатри, учители или други специалисти, работещи с деца, не са запознати със СИД. Те не са чували за това състояние и не го определят като важно;
- 3) Дори когато родителите са разбрали нещо за СИД, те често отричат, че този проблем се отнася за техните деца;
- 4) Понякога родителите са „твърде приемащи“. Удовлетворява ги развитието на детето и го обичат такава каквото е. Те нямат големи амбиции за него, а в резултат не му дават необходимата подкрепа за проблема, който има;
- 5) Понякога децата със СИД придобиват умения, които са характерни за деца в по-късна възраст (напр: може да чете, но не си играе с пясък; прохожда, но не е лазило). Това погрешно се приема от родителите, че те дори са по-умни и се развиват по-рано от

връстниците си, а всъщност детето преди да отиде на училище трябва да може да си играе;

6) „Детето ми е умно, какво като не може да си връзва връзките на обувките?“. Децата със СИД могат да са експерти в различни области, но да имат слабости в самообслужването, спорта или почерка. Понякога учителите и родителите ги определят като „мързеливи“ по отношение на ученето на нови умения;

7) „Прави всичко добре, ако иска.“. Но всъщност дезорганизацията на поведението не е въпрос на желание от страна на детето. [105]

Д-р Лин Балцер – Мартин (Dr. Lynn Balzer – Martin) е една от първите студентки на д-р Айрис, която с безпокойство осъзнава, че децата се насочват към диагностициране и терапия едва към шест, седем годишна възраст, когато се появяват и затрудненията в училище или у дома. Ето защо, тя насочва вниманието си към възможностите за скрининг на децата в по-ранна възраст. Д-р Балцер – Мартин стои зад идеята, че нервната система на децата в предучилищна възраст се развива много бързо, а мозъкът е по-възприемчив именно когато се развива, т.е. това е времето в което шанса и ползите от прилагането на терапевтични интервенции са по-добри. Ако още на 3, 4 или 5-годишна възраст, СИД бъде установена, тези деца биха получили индивидуализирана терапия, която би спомогнала и за превенцията на появяващите се в по-късен етап социални и академични затруднения. [71, 105]

Въпреки, че нарушенията на СИ съставляват основна диагностична категория в диагностичната класификация на психичното здраве и нарушенията в развитието на кърмачетата и ранното детство (Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood): DCO – 3, те все още не са валидирани от диагностичния и статистически наръчник за психични разстройства (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – DSM. В последното издание на DSM, сензорно интегративните дисфункции са включени само като един от диагностичните критерии за разстройства от аутистичния спектър. Въпреки че СИД трябва да бъде допълнително проучвана като диагноза, има такива проучвания, които потвърждават, че СИД е валидна диагноза и че има индивиди със СИД, които не отговарят на критериите за друго известно разстройство. [125]

Диагностицирането на СИД включва всички области на детското развитие – функционално, поведенческо и социално – емоционално. Оценката на кърмачетата и малките деца трябва да съдържа три основни компонента: детето, физическата среда и социалната среда (семейството и връстниците). Оценката на всички тези компоненти осигурява изчерпателна информация по отношение на специфичните силни страни и нужди, които са в основата на функцията и дава насока за интервенция. [127]

Важна част от цялостната оценка на сензорната преработка са оценките на два нейни компонента: сензорната модулация (способността да се регистрират сензорните стимули) и сензорната дискриминация (способността да се възприемат сензорните постъпления). [153]

Важна част от оценката е провеждането на **интервю** с родителите на детето. Чрез него изследващия може да получи важна информация относно способността на детето да модулира сензорните постъпления в различни ситуации. [153] Изследващия събира информация от родителите за „сензорната диета“ на детето (Wilbararger 1995, Williams & Shellenberger 1996). Сензорната диета оформя профилът на естествените дейности, които се случват през деня, осигуряват сензорните постъпления и оказват влияние върху регулацията на детето по отношение на неговата възбуда, внимание, афект и действие. Някои от ситуациите, които могат да ни помогнат да добием по-ясна представа за сензорната модулация са свързани с ежедневни дейности като: къпане, хранене, обличане или игра. Някои от представените по-долу въпроси могат да ни служат като отправна точка при провеждането на интервю с родителите. Те трябва да се използват селективно въз основа на текущите нужди на детето и неговото семейство.

- Как протича един обичаен ден за Вас?
- Какви сензорни занимания харесва и какви не харесва Вашето дете?
- Как се справя детето Ви при промяна в ежедневието му?
- Има ли част от деня или дейност, за които може да се предвиди, че детето Ви ще бъде най-много или най-малко организирано?
- Ежедневните дейности и задачите по самообслужване на Вашето дете затруднени ли са поради сетивни или двигателни проблеми?
- Вашето дете има ли навици или рутини, които му помагат да се справя в ежедневието си?
- Детето Ви включва ли се в игра с други деца? [153]

Някои по-често използвани **тестове** за оценка на деца с признаци на СИД са: Sensory Integration and Praxis Test (SIPT) (Ayres, 1989); DeGangi-Berk Test of Sensory Integration (TSI) (Berk-DeGangi, 1983); Test of Sensory Functions in Infants (TSFI) (DeGangi & Greenspan, 1989); Miller Assessment for Preschoolers (MAP) (Miller, 1988); Screening Test for Evaluating Preschoolers (First STEP) (Miller, 1993); Sensory Profile (Dunn, 1994, 1999); Touch Inventory for Preschoolers (TIP) (Royeen, 1987); Functional Emotional Assessment Scale (Greenspan, 1996) и др. [127]

SENSORIMOTOR HISTORY QUESTIONNAIRE FOR PRESCHOOLERS (G. A. DeGangi & L. A Balzer – Martin).

Сензомоторния въпросник за деца в предучилищна възраст на ДеГанги и Балцер-Мартин се състои от 51 въпроса, категоризирани в 5 области: саморегулация (ниво на активност и внимание); сензорна преработка при допир; сензорна преработка при движение; емоционално развитие; и двигателно развитие (моторно планиране и координация). Въпросника е валидиран като скринингов инструмент за деца от 3 до 5 годишна възраст. Той може да бъде приложен от учител, родител или терапевт, запознат с функционирането на детето в разглежданите области. Децата, показващи подозрителни резултати в една или повече области, включващи сензорна преработка или моторно планиране, трябва да бъдат пренасочени към ерготерапевт за по-нататъшно тестване на сензорната интеграция и двигателните умения. Децата, показващи подозрителни резултати в общото поведение и емоционалните области, трябва да бъдат насочени към клиничен психолог или специалист по ранна интервенция, запознат с тестването и лечението на проблемите в тези области. [153]

Sensory Profile 2 (Winnie Dunn)

Sensory Profile 2 представлява набор от стандартизирани инструменти за оценка на моделите на сензорна преработка на детето в контекста на ежедневието. Тази информация спомага по уникален начин да се определи как сензорната преработка оказва влияние (подпомага или пречи) на участието на детето в ежедневните дейности. Когато се допълни от друга информация за детето в контекста, професионалният план може да бъде ефективна интервенция за подпомагане на общуването между децата, техните семейства и учителите в ежедневието. [90]

Sensory Profile 2 се състои от набор с въпросници, които се попълват по преценката на грижещите се за детето хора или неговите учители.

- **Infant Sensory Profile 2** се състои от 25 въпроса за бебета от раждането до 6 месечна възраст.
- **Toddler Sensory Profile 2** се състои от 54 въпроса за деца от 7 до 35 месечна възраст.
- **Child Sensory Profile 2** се състои от 86 въпроса за деца от 3 години и 0 месеца до 14 години и 11 месеца.
- **Short Sensory Profile 2** се състои от 34 въпроса за деца от 3 години и 0 месеца до 14 години и 11 месеца.
- **School Companion Sensory Profile 2** се състои от 44 въпроса за деца от 3 години и 0 месеца до 14 години и 11 месеца.

В основата си, всеки от въпросниците има някаква комбинация от резултати по отношение на сензорни системи, поведение и сензорни модели:

- Резултати на сензорните системи – обща, слухова, зрителна, тактилна, на движенията, позицията на тялото и орална;
- Поведенчески резултати – поведение, социално-емоционално участие, внимание;
- Резултати на сензорните модели – търсене/търсач, избягване/избягващ, чувствителност/чувстващ, регистриране/регистриращ (тези модели са основани на рамката за сензорна преработка на Дън – Dunn’s Sensory Processing Framework);
- Резултати на училищните фактори (само за School Companion Sensory Profile 2) – поддръжка, осъзнатост, толерантност и наличност. [90]

SIPT (Sensory Integration and Praxis Test) представлява серия от тестове, създадени от Айрис през 1989г. Те са златен стандарт в тестирането на сензорната дискриминация и праксиса (Gal et al.,2007; Shaaf et al., 2012). [3] SIPT се състои от 17 теста, предназначени за деца от 4 години и 0 месеца до 8 години и 11 месеца, за които се очаква, че имат сензорно интегративно разстройство. Функциите на СИ се измерват посредством SIPT, като могат да бъдат категоризирани в четири припокриващи се области, към които се отнасят и съответни тестове според изследваните функции :

- 1) Зрително – пространствено възприятие, зрително – моторна координация, и зрителен праксис – тест за разграничаване на фигура от фон (Figure Ground);

тест за копиране на прости и сложни двуизмерни модела (Design Copying); конструктивен праксис; тест за двигателна точност (око – ръка координация, моторен контрол);

- 2) Тактилно възприятие и дискриминация – пръстова идентификация; локализация на тактилни стимули; графестезия; стереогнозис (Manual Form Perception);
- 3) Praxis – билатерална моторна координация; праксис тест за имитиране на двигателни последователности на ръцете и пръстите (Sequencing Praxis); постурален праксис; праксис по вербална команда;
- 4) Вестибуларна и проприоцептивна преработка – кинестезия; статичен и динамичен баланс на един или два крака, с отворени или затворени очи (Standing and Walking Balance – SWB); пост – ротаторен нистагъм. [80]

Към момента нито един от изброените тестове за оценка на СИД не е стандартизиран за България.

В зависимост от индивидуалните особености и проблеми на всяко дете се подбират и допълнителни, по-строга специфични инструментариуми.

Стандартизирани диагностични тестове за България, които се използват в психологичната практика и не само са:

1) Cognitive Assessments: WISC (Wechsler Intelligence scale for Children)

Скалата за интелигентност WISC е клиничен инструмент, предназначен за оценка на когнитивни способности на деца от 6 до 16г. възраст. Изследва обща интелигентност, както и работна памет, скорост на преработка на информацията, вербално мислене, образно мислене.

2) CAB (Clinical Assessment of Behavior – клинична оценка на поведението)

CAB е инструмент за клиничната оценка, диференциална диагноза и поведенчески скрининг на деца и юноши. Той е теоретично базиран на диагностичните критерии от DSM-IV TR и критериите на IDEA за деца със специални образователни потребности.

В клиничен аспект, идентифицира както интернализирани и екстернализирани проблеми и критични поведения, така и цялостната психо-социална адаптация.

В неврологичен аспект, оценява когнитивното функциониране (адаптивно поведение, умствено изоставане, интелектуална надареност) и сигнализира за затруднения в ученето или ексекутивното функциониране.

3) Behavioral questionnaire (Conners Behavioral Scale) – за психолози

Рейтинг-скала за оценка на разстройство на вниманието и хиперактивност. Използва се за оценяване на нарушението на активността и вниманието и коморбидните симптоми и разстройства.

4) TEMAS (Tell – Me – A – Story)

Мултикултурен тематичен аперцептивен тест, който е разработен за оценяване на деца и юноши на възраст от 5 до 18 години. TEMAS се фокусира върху личностните функции, които се проявяват в междуличностните отношения и постепенно биват интернализирани от детето.

5) Wisconsin Card Sorting Test (WCST) – за психолози

WCST е средство за измерване на ексекутивните функции на мозъка.

Изследва абстрактно мислене и способността за избор и прилагане на различни когнитивни стратегии в отговор на настъпили промени в околната среда.

6) DESK 3-6 R (Дортмундски скрининг тест на детското развитие) – освен от психолози е подходящ да се прилага и от логопеди, специални педагози и ерготерапевти.

DESK 3-6 R е инструмент за ранна детекция на нарушения в развитието на деца в предучилищна възраст с цел навременна интервенция. Тестът е съобразен с изискванията на PISA, децата да получат първоначална подготовка (равен старт) преди да тръгнат на училище. Освен това, чрез него могат да се открият сигнали за потенциални проблеми в поведението – екстернализирани (агресия) и интернализирани (тревожност). DESK 3-6 R е базиран върху т.нар. landmark principle (Michaelis, 2004) – умения, които трябва да бъдат овладени от 90 to 95% от децата на съответната възраст, за да преминат успешно към следващия етап на своето развитие.

7) DP – 3 (Developmental Profile – 3) – освен от психолози теста е подходящ да се прилага и от логопеди, специални педагози и ерготерапевти.

8) TAVS (Test of Auditory and Visual Skills) – теста е подходящ да се прилага от психолози и логопеди.

Тест за оценка на умения за слухова и визуална преработка. Изследва се и фонологично осъзнаване.

9) R I A S – 2 (REYNOLDS INTELLECTUAL ASSESSMENT SCALE) - само за психолози.

Тест за изследване на интелигентността от 3 до 93г. възраст.

10) Тест за изследване на училищна готовност - за психолози и логопеди.

11) Denver – 2 - подходящ е да се прилага от различни специалисти, работещи с деца.

DENVER II е скрининг тест за развитието на деца от 0 до 6 годишна възраст. Той е най-широко използвания тест в световен мащаб. Тестът е ценен при скрининг на деца, при които липсват симптоми за проблем в развитието, при потвърждаване на налични съмнения чрез обективно изследване и при периодично наблюдение на деца с риск за развитието. Теста включва оценка на различни показатели от 4 много важни области на развитие: личностно-социална сфера; фина моторика и адаптивност; говор; и груба моторика. Освен това се оценява и цялостното поведение на детето и как то използва уменията си. Изследването протича под формата на игра, в присъствието на родител, който също взема активно участие в процеса на оценяване. [61]

12) CARS 2 (Childhood Autism Rating Scale 2) – подходящ за използване от: клинични психолози, училищни психолози, детско-юношески психолози, логопеди, специални педагози, ерготерапевти, детски психиатри, невролози.

CARS 2 е рейтинг скала за диагностика и оценка на сериозността на състояния от аутистичния спектър. Тя е предназначена за оценка на лица над 2-годишна възраст.

Рейтинг скалата има две версии:

- CARS2–ST – стандартна скала, оценяваща аутизъм;
- CARS2–HF – скала за оценка на високо функциониращи деца, проявяващи аутистични симптоми. [159]

Фондация "Хестия" е единствената организация, оторизирана от ОС България ООД да предлага инструментите на компанията и да организира обучения за работа с тях. [159]

От 2018 г. Джунти Психометрикс България е новото име на ОС България, като подразделение на международната група Giunti Psychometrics S.R.L. Към момента това е единствената за страната фирма, която осигурява на публични организации, частни компании и практикуващи специалисти психометрични тестове с високо качество, отговарящи на най-високите международни научни стандарти и най-вече адаптирани към местните културни особености. [158]

За оценка на грубо моторните умения при деца с церебрална парализа, в България, най-често се използва **Gross Motor Function Classification System (GMFCS)**, а за оценка на най-ранното двигателно развитие на деца в норма или централно координационно разстройство – **Войта диагностиката**. Класификационната система за груба моторна функция (КСГМФ) за нуждите на церебралната парализа се основава върху самоиницираното движение с насоченост върху седенето, различните начини за преместване и подвижността. [121]

3. Терапевтични подходи при деца със СИД

След щателно обследване и провеждане на стандартизирани тестове, както и интервюта с родители и учители, терапевтите определят къде е проблема и какви са нуждите на детето. Според Айрис, някои деца се нуждаят от елементарни двигателни преживявания, други от по-осезаеми сензорни постъпления, а трети от това да се научат да модулират постъпващата в мозъка сетивна информация. Авторката подчертава, че всички деца със СИД се нуждаят от преживявания, които да доведат до адаптивен отговор, но всяко дете се нуждае от различен тип адаптивен отговор. [70]

Въз основа на събраната информация, терапевта трябва да изготви терапевтичен план, с който да се доизградят силните страни и да се подобрят областите на нужда. Модела на поведение на кърмачето и малкото дете е в основата за организиране на интервенциите на три различни нива: да се помогне на родителите да разберат деца си; да се улесни взаимодействието между детето и заобикалящата го среда; и преодоляване на проблемите, свързани със сензорната преработка и саморегулация и/или техните поведенчески изяви. [127]

3.1. Същност и значение на сензорно интегративната терапия (СИТ)

Основен терапевтичен подход при СИД е ерготерапията и в частност сензорно интегративната терапия (СИТ).

Въз основа на предполагаемите връзки между теоретичните конструкции, Айрис развива СИТ. Когато тя наблюдава промените в ученето и поведението на децата, които провеждат интервенции, тя предполага, че подобренията са отражение на напредък в СИ и засиленото невронно функциониране. [80]

Bundy (2020) описва 4 предположения, свързани със СИТ.

- Невропластичността на ЦНС - способността на мозъка да се променя структурно и функционално, посредством целенасочено стимулиране. Тази способност е особено характерна за растящия детски мозък. [126]
- Мозъкът функционира като интегрирано цяло – Айрис смята, че СИ се осъществява главно в подкоровите центрове, докато кортикалните центрове са отговорни за абстрактното мислене, възприятията, езика и ученето. Днес обаче знаем, че и коровите и подкоровите структури заедно допринасят за СИ.
- Адаптивните взаимодействия са от решаващо значение за развитието на СИ – ЦНС е отворена система, способна да се самоорганизира, саморегулира и променя. Адаптивните взаимодействия стимулират СИ, а качествената реакция на детето е отражение на СИ. Активните движения дават обратна сензорна връзка, която формира основата на неврологичния модел за това „как се чувстваш“, когато се движиш. [139]
- Децата имат вътрешен стремеж да развиват сензорната си интеграция, чрез участието си в сензомоторни дейности – Айрис смята, че децата със СИД имат по-малко от този вътрешен стремеж, а чрез интервенциите на СИТ той се засилва, те започват да търсят повече самоактуализиращи се дейности, които от своя страна подобряват СИ. [68]

СИТ включва активно възприемане на усещанията в контекста на смислени, самонасочени адаптивни взаимодействия. Нейни цели са подобряване на позата, билатералната интеграция, праксиса, саморегулацията и сензорната модулация. [80]

СИТ включва терапевтични сензорни преживявания, които оптимизират развитието на тялото и мозъка. Чрез нея се активира вътрешния подтик, който е заложен във всяко дете. Това е подтик към придобиването на нови познания и умения на базата на

преживяното и натрупания сетивен опит. В терапията се акцентира върху тактилния, проприоцептивния и вестибуларния опит. Д-р Айрис описва сетивните постъпления като „храна за мозъка“, необходима за неговото пълноценно развитие. [70]

Според Sterten (2013) целта на СИТ е да се подобри баланса в нивото на възбуда на нервната система, за да може вниманието да функционира нормално. В терапията се използват активности, насочени към интеграция на сетивата – за допир, за баланс, за движение, усещанията от мускулите на тялото (проприоцептивна сетивност). [3, 145]

Според Parham и колеги, СИТ се ръководи от следните **принципи**:

- да се осигури физически безопасна среда за детето;
- да се предоставят разнообразни сензорни възможности;
- да се подпомогнат уменията на детето за саморегулация в областта на възбудата, вниманието и емоциите;
- да се тренират позата, движението, зрително-моторната координация;
- да се подпомогнат праксисните умения и възможностите за организация на поведението;
- да се преценява степента на предизвикателство, от която се нуждае детето в определен момент;
- сътрудничество с детето при избора на дейности;
- осигуряване на успех;
- създаване на контекст за игра;
- поддържане на терапевтичен съюз с детето. [3, 131]

Крайна цел на СИТ е формирането на зряла и ефективна организация на процесите в централната нервна система и постигането на пълноценна адаптация на индивида във времето и пространството, по отношение на моторика и поведение.

Основни задачи на терапията са: нормализиране на процесите на сензорна преработка и нивото на възбуда; подобряване на мотивацията, инициацията, концентрацията и двигателното планиране.

Сесиите се провеждат в специално подготвена среда, според определените за съответното дете цели, на базата на неговите силни и слаби страни и установени нужди. В терапията детето е водещ, а терапевта го следва. Прехода между дейностите е плавен, като се акцентира върху игровия характер в заниманията и положителния психо-емоционален комфорт между детето и терапевта. Прилага се голямо разнообразие от средства, като техният подбор е в зависимост от възрастта и потенциала на детето. Най-

важното средство в терапията е *играта*. Някои от материалите, които могат да се използват в терапията са: меки модули; материали с различна повърхност; вибриращи устройства; люлки; хамаци; наклони; батут; място за катерене; средства за придвижване; конструктивни играчки; игри за фини моторни умения; музикални инструменти; уреди и др. Терапевта има за задача не само да определи от какви сетивни постъпления има нужда детето, но и кои са подходящите активности по отношение на тях и точната им дозировка. Те трябва да са желани от детето, да го организират поведенчески и да водят до положителна емоция и усещане за успешност. Терапевта, семейството и детето трябва да са партньори в терапевтичния процес и заедно да определят целите на терапията. Включването на родителите и грижещите се за детето хора в терапията е от съществено значение. Те са тези, които ще му помогнат, то да пренесе наученото и да го развие в неговата естествена социална среда, а именно в дома и семейството, а след това и извън неговите рамки. [111]

Според Минчева, работата с родителите на деца със СИД трябва да започне още от изследването на този тип дисфункции. Необходимо е да се разграничат кои нетипични признаци са нарушения и кои са специфични особености на детето. Обучението и консултирането на родителите е необходимо да включва: разпознаване на симптомите и стратегии за намаляване на тяхното влияние; спазване на определена сензорна диета; обучение в основните принципи на СИ и как може тя да бъде приложена в ежедневието. [30]

Поставянето на цели и измерването на напредъка при работа с деца със СИД може да бъде предизвикателство. Това на практика е точно така, особено когато опитите са насочени към измерване на напредъка в група от деца, които имат много специфични нужди и индивидуализирани цели. През последното десетилетие авторите определят, че GAS (Goal Attainment Scale) е придобила популярност именно като средство за определяне на индивидуализирани цели, което я прави подходяща за прилагане и при СИТ. [80] Редица автори на теоретични и практически проучвания (Cohn and Cermak 1998, Pfeiffer et al. 2011, Kirusek & Sherman 1968) се превръщат в застъпници на GAS като най-подходящо средство за проследяване на ежедневните затруднения, които имат децата, посещаващи терапията. [80, 83, 104, 124]

3.2. Подхода на Уилбаргер (Wilbarger Approach)

За много терапевтични програми е по-подходящо да бъдат отнесени като сензомоторни, а не като сензорно интегративни, както се случва често в практиката. Въпреки че тези програми включват активности на сензорни преживявания, понякога те са само сензорни стимулации, защото включват прилагането на пасивни усещания по определен начин. Ето защо Parham & colleagues (2011) изготвят труд, в който определят критериите за СИТ (или за ASI – Ayres Sensory Integration). [80]

Подобна, често приложима програма, включително и в България е т.нар. сензорна диета.

Сензорната диета е част от Подхода на Уилбаргер (**Wilbarger Approach**), който представлява програма с професионални насоки за повлияване на сензорната защита. Подхода се състои от три компонента: обучение (взаимно споделяне на информация и подкрепа с родителите и грижещите се за детето); сензорна диета (вградена в ежедневието); и терапевтично пресиране – Therapressure (програма, включваща дълбок натиск със специална четка (брашинг) и ставни компресии през регулярни интервали).

Сензорната диета представлява стратегия за изготвянето на индивидуализирана програма за възрастни, която е практична, внимателно планирана и базирана на концепцията, че контролираното сензорно въвеждане може да повлияе на функционалните способности. Wilbarger (1993) я определя като терапевтичен план, който включва терапевтично използване на усещанията в контекста на ежедневните дейности за справяне със сензорната защита. [152] Сензорно-базираните дейности, които се прилагат през определен интервал, са така подбрани, че да засилят постъпването на усещания като например от дълбок натиск, проприоцепцията и движенията. [68, 69, 151] В програмата е важно да се има в предвид колко дълго може да се очаква определена дейност да предизвиква адаптация и да влияе върху поведението. Чрез диетата се цели оптимално функциониране в заобикалящата среда и намаляване на смущенията в ежедневни дейности като обличане, тоалет или преход от една дейност в друга.

Therapressure Program включва специфични терапевтични техники на дълбок натиск и проприоцепция. Авторите препоръчват използването само на една определена четка, която е създадена специално за целите на терапията – Therapressure Brush. Също така подчертават, че само при нейното коректно използване може да се постигне дълбок натиск без триене, гъделичкане или надраскване. Дълбокото пресиране се прилага върху горните и долните крайници и върху гърба на детето. Не се прилага върху

корема, слабините, задните части, главата или лицето. Дълбокото пресиране винаги се следва от ставни компресии на тялото, горните и долните крайници. Процедурите е добре да се прилагат на всеки 90 минути до 2 часа, но честота се определя така също и според индивидуалните нужди на детето. За да се случва всичко това у дома, обаче е необходимо практическо обучение на грижещите се за детето от специалист в областта. Стратегиите в Therapressure Program включват, но не се ограничават до пряка индивидуална интервенция, използвайки традиционния подход за сензорна интеграция или други допълващи подходи, като например: терапии, основаващи се на звуци – напр. Therapeutic Listening® [91]; или включващи работа на тялото – напр. Craniosacral Therapy [147]. [80]

3.3. Значение на игрите в терапевтичния процес

В редица терапии, свързани с подпомагане на сензомоторното развитие при децата, включително и при СИТ се подчертава значението на игрите.

Според Г. Каранешев, игрите подпомагат развитието и усъвършенстването на нервната система много повече, отколкото другите средства на лечебната физкултура. В много случаи обстановката се мени постоянно, което налага играещия да реагира с най-различни движения и комбинации от двигателни навици – не само предварително заучени, но възникнали в момента, често да сменя процесите на възбуждане и задържане, да активизира едни центрове и да потиска други. Всичко това упражнява в най-голяма степен пусковите, координиращите и коригиращите механизми в кората на главния мозък. По време на играта кората на главния мозък изпраща импулси до една или друга част на тялото за започване и спиране на нейната дейност, координира усилията на отделните органи и системи, като често за кратко време многократно променя отношенията и изискванията към тях, коригира непрестанно променящите се нужди. Това създава голяма пластичност в кората на главния мозък, обогатява я с много нови условни връзки, което води до лесното им и бързо образуване. Играта заангажира почти всички анализатори, което води до тяхното непосредствено упражняване и усъвършенстване. [27]

Според Крайджикова, игрите имат голямо значение за децата от предучилищна възраст като средство за опознаване на околната среда, за инициативността, за преодоляване на трудностите, умението да владеят себе си и т.н. Под влияние на подвижните игри

децата много по-бързо и по-добре усвоят двигателните навици, подобрява се физическото им развитие, коригира се неправилното телодържание, подобрява се мускулният тонус, апетитът и сънят. [28]

Р. Паскалева и съавтори (2015) определят играта като мощен лечебен фактор при децата с церебрални увреди, когато се провежда под ръководството и напътствието на обучени специалисти като: педагози, възпитатели, логопеди, рехабилитатори, ерготерапевти и др. [38]

За да разберем, дали една дейност е игра, Трошева – Асенова (2018), поставя като необходимост, да си отговорим на следните въпроси:

- Осъществява ли се взаимодействие?
- Детето по собствено желание ли осъществява дейността или под натиск?
- Приятна и интересна ли е дейността за детето?
- Отворена, креативна, откривателска ли е тази дейност?
- Част от реалния живот ли е тази дейност? [50]

Авторката разглежда редица проучвания на други автори, по отношение на значението на играта за детското развитие. Някои от тези значения и твърдения са:

- Играта стимулира нервни структури в мозъка и е от решаващо значение за нормалното развитие (Stein & Kendall, 2004; Perry & Szalavitz, 2006);
- Интензивната сензорна и физическа стимулация по време на игра помага на мозъчните вериги и предотвратява загубата на неврони (Perry, 1997; 2006);
- Играта дава богати възможности за преодоляване на неврологични проблеми в развитието. Тя увеличава способността на детето да учи, което води до чувство на успех и компетентност (Homeyer & Morrison, 2008);
- Ученето и развитието се насърчават най-добре именно чрез тази дейност (Russ, 2004);
- Самото участие на детето в играта е изключително важен фактор свързан с развитието му. Тя дава възможност на децата да изследват заобикалящата ги среда и да придобият умения, които ще използват в живота си. Децата развиват компетентност и опит, които след това ги мотивират да търсят предизвикателства и да развият по-съвършени умения (по Askins & col., 2013);
- Чрез играта децата овладяват социални умения за комуникация, водене на преговори и умения за слушане. Чрез свободата, самоконтрола и избора,

проявени в играта, те научават повече за себе си и света около тях. Тези умения са от съществено значение за формирането на самочувствие и увереност и са свързани с емоционалната интелигентност (Webb, 2003). [50]

Според Vulgarelli & Bianquin (2016), игрите могат да се класифицират според когнитивни или според социални показатели. Според когнитивните показатели игрите биват: практическа; символна; конструктивна и игра с правила. Според социалното участие, те биват: пасивни – безучастност и наблюдение; и активни – самостоятелна, паралелна, свързана и съвместна (кооперативна).

Във връзка с развитието и подпомагането на СИ, с особен интерес ще разгледаме накратко т.нар. практическа игра.

Практическата игра включва два основни аспекта:

- Прости движения или експерименти със собственото тяло (движения с ръце, пръсти, крака, глава и лице, вокализация и т.н.);
- Визуално и тактилно експериментиране с предмети (децата могат да изследват обекти със сетивата си, могат да манипулират с тях, да практикуват и използват предметите по предназначение). Освен това децата могат да изследват причините и следствията (например – хвърлят предмет и слушат звука, който се чува при падането). Според авторите този тип игра е характерна за първата и втората година от живота. [50]

Според Piaget (2001), практическата игра е характерна за развитието на децата от сензомоторния стадий (2 – 10 месеца). Автора я характеризира като процес на асимилация и зараждаща се акомодация. Реакциите в сензомоторните етапи не са мотивирани или повлияни от конвенционални действия или символи, както се случва при въображаемата игра и играта с правила. Практическата игра е провокирана единствено от получаването на удоволствие. Многократното повтаряне на дейностите Пиаже обяснява с радостта от тях, с необходимостта от учене или усъвършенстване, за приспособяване към средата.

Casper & Theilheimer (2009) я описват като игра, която се случва, когато децата от всякаква възраст изследват света на сетивно ниво и са мотивирани да използват формиращите се нови физически качества по начин, който им дава сензорна обратна връзка. Когато тази игра е съзнателна, децата използват действията си, за да изследват или да общуват. [50]

Бернард Окутюрие (2019) пише за играта:

Играта е най-чистото, красивото и благородно изобретение на Човека. Играта е свободно изкуство за отдалечаване от всичко, наложено на детето и на нас.....Възпитатели, майки и бащи, децата крият съкровище в себе си. Не ги оцелявайте, като се опитвате да ги научите на много неща!Оставете ги да се изразяват, да живеят и да обичат живота, докато играят. [36, с.31]

3.4. Проучвания по отношение на ефективността на СИТ

Айрис разработва теорията за СИ и интервенциите, свързани с нея, предвиждайки ги при работа с деца с обучителни проблеми, а по-късно и при деца с аутизъм. Въпреки това в много практики и научни разработки тези граници се минават. През 2004 г. Перхам и колеги правят систематично представяне на изследване, свързано с ефективността на СИТ, в което те откриват много малко проучвания, едва 61, в които са спазени принципите на сензорно интегративната теория.[122] През 2011 г. Perham и колеги дефинират специфични критерии за СИТ с цел да се потвърди или отхвърли истинността на получените резултати, именно по отношение на ефективността на терапията в редица проучвания. Когато терапевтите прилага сензорно интегративната теория по начин различен от предвидения, те винаги трябва да процедират с голямо внимание. А когато научните изследвания заявяват, че проучват ефективността на СИ, те трябва да гарантират, че процедурите им отговарят на принципите на теорията. Когато те критикуват теорията през мета-анализите или чрез систематично представяне, те трябва да са сигурни, дали в действителност разработката им включва СИ или не. Защото често се случва, включените техники да засилват усещанията, но да не отговарят на критериите на Perham и колеги за СИТ. Т.е. прилаганите интервенции е по-подходящо да бъдат определени като сензорни стимулации, а не като сензорно интегративни. Пример за такъв случай е публикуваното през 2012 г. систематично представяне на Lang и съавтори, озаглавено „Sensory Integration Therapy for Autism Spectrum Disorders” („Сензорно интегративна терапия при разстройства от аутистичния спектър“). В 9 от 25 случая, които те представят, изследват ефективността на тежки жилетки, като пример за прилагането на тактилна стимулация (т.е. сензорна стимулация), а не СИ. Въпреки това, некоректно Lang и неговите колеги от получените

резултати заключават, че няма достатъчно доказателства в подкрепа на прилагането на СИТ при деца с ASD. [80]

Изучавайки ефективността на СИТ, Айрис я разглежда в нейната цялост и като изкуство и като наука. Положителни ефекти от терапията се отчитат не само в нейните разработки, но и в тези на редица други автори като: Ottenbacher (1982); Vargas and Samilli (1999) и др. В тези ранни мета-анализи се отчита напредък не само в езиковите и академичните умения на деца с обучителни затруднения, но и подобряване на техните двигателни възможности.

През 1995 г. Темпъл Грандин пише, че натиск върху тялото като част от СИТ е полезен за всички хора с аутизъм. [3, 95]

През 2002 г. Varanek отчита позитивен ефект от терапията в своите емпирични изследвания, особено при деца със свръхреактивност. [3, 72]

През 2015 г. в своите проучвания, Schaff & Mailoux отчитат положителен ефект от СИТ, както върху структурата и функцията на тялото (т.е. билатерална интеграция, баланс), така и върху практическото участие като крайна цел. [133]

През 2019 г. в строго систематично представяне, Shoen et al. установяват ефективността от ASI при деца с аутизъм, базирайки се на резултатите от три различни изследвания (Iwanga, et al., 2014; Pfeiffer, et al., 2011; & Schaff, et al., 2015). Всички те отчитат значителен напредък в децата на които им се провежда сензорно интегративна терапия по Айрис в сравнение с контролните групи. [100, 124, 133, 137]

Бънди и Лейн (2020) правят заключение, че най-новите рандомизирани и контролирани проучвания, които подобно на Айрис, остават верни на всички принципи на ASI, демонстрират нейната ефективност. Според същите авторки, неуспехът в отчитането на положителни ефекти от СИТ, може да се дължи на грешки при определяне на най-подходящата мярка за отчитане на резултатите. [80]

При групови сравнения се оценява ефективността на СИТ спрямо дейности от ежедневието като хранене, сън, тоалет, обличане, игра и взаимодействие с връстници. Според Schaaf & Miller (2005) основен методологичен проблем при междугруповите сравнения е хетерогенността на групите, което повишава вътрегруповата дисперсия и намалява шанса да се регистрират статистически значими различия между групите. Ето защо, те препоръчват използването на индивидуално поставени значими цели и физиологични мерки за промяна. Според същите автори, около половината от

изследванията твърдят, че терапията е ефективна, а останалите, че е толкова ефективна колкото и други терапевтични подходи. [3, 130]

Според Атанасова, въз основа на направеният от нея обзор на емпирични изследвания по темата за ефективността на СИТ, все още не са налице достатъчно силни и неоспорими доказателства, които да демонстрират терапевтичния ефект, особено трайно във времето. Въпреки това, авторката препоръчва включването на сензорно-двигателни терапевтични интервенции при хора с аутизъм след провеждането на подробна клинична оценка. Също така препоръчва, избраните техники да се прилагат краткосрочно и да се оценява ефективността им във всеки отделен случай. [3]

Във връзка с разработването на дисертационен труд, С. Велева (2019) провежда емпирично изследване за възможностите на сензорната стимулация и ерготерапията при работа с деца с разстройство от аутистичния спектър. За целите на проекта, авторката разработва и прилага иновативен модел, наречен SSOT (Sensory Stimulation and Occupational Therapy). Резултатите от проучването демонстрират, че децата с РАС имат развитие на социалната си компетентност по скалите „комуникация“, „поведение“ и „сензорика“, като при децата с по-тежка симптоматика ефекта е незначителен. [16]

Shamsoddini (2008) провежда проучване с което да изследва ефектите на СИТ по отношение на грубо-моторните умения при деца с церебрална парализа. В проучването са участвали 24 деца с диплегична спастична форма на церебрална парализа на възраст между 2 и 6 години, разделени на случаен принцип в две групи: първа група, на която е провеждана СИТ; и контролна, на която е подадена само домашна програма. Продължителността на лечението и за двете групи се е провеждало по 1 час, 5 пъти в седмицата за период от 12 седмици. За отчитане на резултатите, в началото и в края на изследването е направена оценка на грубо-моторните умения на децата с помощта на GMFM, за търкаляне, седене, пълзене, стоеж и ходене. Резултатите за първата група демонстрират значително подобрене по отношение на седежа, пълзенето и стоежа, но разликата с контролната група е незначителна по отношение на търкалянето и ходенето. В заключение, автора отчита значителен положителен ефект на СИТ върху грубо-моторните умения при деца с диплегична спастична форма на церебрална парализа, и като цяло положителния ефект на сензорната интеграция и вестибуларната стимулация при деца с церебрална парализа. [138]

3.5. Други приложни терапии при деца със СИД

Въпреки че, СИ може и често се използва в практиката по класическия начин, като самостоятелен специализиран подход, тя не е единствения инструмент от асортимента с възможности на ерготерапията. Дори самата Айрис пише, че с прилагането на терапията не се елиминира нуждата от включването и на други симптоматични подходи, и че терапията може да се разглежда като допълнително средство, а не като заместител на стандартното обучение. [68]

В книгата си „Sensory Integration: Theory and Practice”, авторките Anita Bundy и Shelly Lane представят осем от безброй програми, чиито концепции се основават на принципите на теорията за СИ. Те отбелязват, че тяхното прилагане при сензорно интегративни дисфункции може да бъде от полза, стига да бъде по разумен начин. Това са:

- 1) The Wilbarger Approach to Treating Sensory Defensiveness (by Julia Wilbarger & Patricia Wilbarger);
- 2) The Alert Program ® for Self-Regulation (by Mery Sue Williams, Sherry Shellenberger, & Molly McEwen);
- 3) Aquatic Therapy (by Gudrun Gjesing);
- 4) Interactive Metronome ® (by Beth Osten);
- 5) Astronaut Training Program (by Mary Kawar);
- 6) Infinity Walk Training (by Mary Kawar);
- 7) Therapeutic Listening ® (by Sheila Frick);
- 8) Applying Suck / Shallow / Breathe Synchrony Strategies to Sensory Integration Therapy (by Patricia Oetter & Eileen Richter). [80, с. 425]

В зависимост от спецификата на състоянието на всяко дете, други терапии, които могат да се прилагат са: говорно-езикова терапия; зрителна терапия; слухови тренинги; хиропрактика; кранио-сакрална терапия; хипотерапия; музикотерапия; арт терапия; физиотерапия; психотерапия и др. [105]

Според **DIR approach**, цялостната програма с интервенции при деца със специални нужди трябва да включва работа по емоционалните взаимоотношения между детето и семейството с цел да се подкрепят критичните области на неговото развитие и свързаните с тях съществуващи различия. Концепцията на DIR (Developmental,

Individual Differences, Relationship-based) подхода, авторите са я илюстрирали като пирамида (схема 4), където всяка една от нейните компоненти се гради въз основа на друга. [96]



Схема 4. Пирамида на интервенциите за деца със специални потребности (The Intervention Pyramid for Children with Special Needs, Greenspan 2003)

Този подход е с особено доказана ефективност при деца с разстройства от аутистичния спектър. [162] DIRFloortime е подкрепен от проучване на Binns & Cardy (2019) като социално-прагматичен подход с положително влияние върху развитието на деца с аутизъм. [76]

Според Allman (2010) подхода е насочен основно към родители на деца с аутизъм и целта му е към това да ги обучи да взаимодействат с детето си, играейки с него, а не в това да се учат на определени умения. [65]

Основател на метода е американският психиатър Стенли Грийнспан. Неговата теоретична основа се базира на разбирането на автора за шест основни етапите, през които всяко типично развиващо се дете минава през първите години от живота си и развива определени, ключови умения. Това са: първи етап – справяне със сензорната информация от външния свят; втори етап – свързан е с очния контакт и реакцията на в своите проучвания гласа на родителите (основата за отношенията на привързаност); трети етап – детето трябва да разбере смисъла на комуникацията чрез думи и невербално поведение; четвърти етап – комуникацията се усложнява като се обогатява с думи и жестове, които детето разбира и умее да използва; пети етап – развитие на по-сложна форма на игра – игра на уж, която подпомага разбирането на емоциите и формира идеи за света; шести етап – детето да направи връзката между играта и реалния свят. За децата с аутизъм преминаването през тези етапи трябва да бъде подпомогнато. [3]

Асоциацията на ерготерапевтите в Америка (АОТА - American Occupational Therapy Association), получават редица въпроси от специалисти, родители и други, относно доказателства за прилагането на редица терапевтични техники. Ето защо Barrett et al. (2016) от St. Catherine University изготвят проект, основан на доказателствата по отношение на терапевтични интервенции, базирани на рефлексите, които се прилагат при деца с аутизъм и други увреждания в развитието. Терапиите, които са разгледани в проекта са представени в таблица 1.

Таблица 1. Интервенции, представени в проект за практика, основана на доказателства (*Interventions Reviewed in the Evidence Based Practice Project*)

(източник: Barrett et al., 2016)

General Category	Specific Interventions
Listening Therapies	Auditory Integration Therapy The Listening Program Therapeutic Listening
Movement Therapies	Brain Gym Interactive Metronome Makoto Therapy
Reflex Integration Therapies	Masgutova Method (MNRI) Reflex Integration Rhythmic Movement Training
Sensory/Manipulative Therapies	Wilbarger Therasuit Craniosacral therapy

Повече информация за проекта, включените в него терапевтични интервенции и свързаните с тях научни проучвания, можете да намерите на: https://sophia.stkate.edu/ma_osot/11

При деца с проблеми в слуховата преработка се препоръчва прилагането на програми за слухов тренинг. В следващите редове накратко ще разгледаме някои от тях.

SoundSory е програма, която е разработена от учени на базата на музика и движения, които имат функцията на неврофизиологична тренировка, стимулираща създаването на нови невронни връзки. Тя представлява 40 – дневна програма, при която се използват специални слушалки. Музиката, която се използва е специално съставена, за да подчертае ритъма, използва патентован динамичен филтър, за да привлече вниманието, и костната проводимост за стимулиране на цялата слухова система. Упражненията, които са заложили в програмата са от пресъздаването на примитивни рефлексии до сложни повтарящи се движения. Очакваните резултати са подобряване на сензорната

преработка, емоционалната регулация и когнитивните умения. Тази мултисензорна терапия може да се прилага и в домашна обстановка. [62, 166]

The Listening Program® (TLP) е музикален метод, базиран на звуковото възприятие, който въздейства на мозъчната дейност като стимулация, с цел подобряване на успеваемостта в дейностите в училище, на работа и в ежедневието.

Систематичното обучение се осигурява чрез слушане на психоакустична променена класическа музика, която тренира мозъка да обработва звука по-ефективно. Това води до подобрения в:

- ученето;
- вниманието;
- говора и езиковите компетенции;
- четенето и слушането;
- сензорната преработка и интеграция;
- социалната ангажираност;
- поведението и саморегулацията;
- музикалните способности;
- мозъчната дейност;
- ежедневието.

Тя е синтез на музикалното изкуство и сериозни научни изследвания. Майсторските изпълнения са на Камерния ансамбъл Arcangelos Chamber Ensemble. Използвани са модерни технологии за аудио обработка, за да се осигури ненадминато изживяване. Многобройни проучвания по целия свят, включително изследвания в Университета в Шефилд, Великобритания предоставят емпирични доказателства, в подкрепа на ефикасността на програмата за слухова стимулация (The Listening Program®). [156]

In Time (Ин Тайм) е персонализирана звукова програма за слухов тренинг, която включва различни ежедневни забавни движения с тялото, специален барабан и гласът ви. Всичко това е с цел да ви помага да поддържате ритъм и да се движите в такт с ежедневието.

Създаден от експерти, Ин Тайм е органична компилация от авторски композиции, на базата на смес от световната музика с разнообразни перкусии, струнни и духови инструменти, които акцентират силата на ритъма и звукови честоти.

Ин Тайм включва музика от различни краища на света и е изцяло композирана и изпълнявана от Начо Аримани, който смесва ритми и различни инструменти по невероятен начин: стари и нови, от различни култури и региони по целия свят. Отличителният звук на Ин Тайм се постига чрез майсторски акцентирани оркестрирани ударни ритми и определени звукови честоти следвайки зоните на Томатис. Те играят ролята на основа за богата мелодична и хармонична структура. Записите са направени в High Definition звук в рамките на специална акустична среда, за да се улови звука и духа на над 100 инструменти; включително мембранни барабани от Западна Африка и Близкия изток, глинени барабани от Нигерия, Южна Индия и Южна Америка, инструменти от Колумбия и Бразилия, Мали, Перу, вьетнамски дървени жаби, тибетски купи, индийски камбани, и мексикански свирки, заедно с чинели, гонгове, китара, чаранго, арфа, пиано, орган, перкусии, глас, и много повече. Всички заедно създават красивата, мощна и ефективна музиката на Ин Тайм. [64, 156]

Релационната психомоторика е метод за работа с деца и възрастни. Тя се провежда групово или индивидуално. В някои ситуации може да се работи с членове на семейството (напр. в двойката депресивен родител и дете с аутистична симптоматика).

Основна цел на релационната психомоторика е подпомагане, възстановяване и подобряване на връзката на детето, индивида със: собственото тяло; другите; групата; обектите от света (от лат. „relacio” връзка). Чрез нея може да се постигне овладяване на езика, вербализиране на преживяванията, улесняване на комуникацията.

Релационната психомоторика подкрепя и благоприятства развитието на детето както в норма, така и с нарушения в развитието. Тя е особено подходяща за работа с деца с проблеми и разстройство в развитието, деца със СОП (специални образователни потребности), хиперактивни и агресивни деца, деца и възрастни с увреждания, деца и възрастни с проблеми в психо-емоционалния статус и др. [13]

В зависимост от състоянието и нуждите на детето, в неговия терапевтичен план може да бъде включена индивидуална работа с различни специалисти (специален педагог, логопед, медицински рехабилитатор ерготерапевт, клиничен психолог, кинезитерапевт и др.).

Специалния педагог е подготвен за работа с деца от ранна, предучилищна, начална училищна възраст и от прогимназиалния курс в специалните учебно-възпитателни и

медико-социални заведения за възрастни индивиди с физически и психически нарушения. Предмет на дейност са закономерностите в обучението, възпитанието и рехабилитацията на зрително затруднените, лицата с множествени увреждания и сляпо-глухите.

Сред специфичните *задачи на специалната педагогика са:*

- Проучване на отражението на сензорните дефицити върху учебния процес. Практическите проблеми свързани с бедния сензорен опит, трудностите в ориентирането и контролът на околната среда.
- Разработване на начините за прилагане в обучението на методите за корекция и компенсация на затрудненията произтичащи от зрителните, слуховите и/или интелектуални дефицити.
- Подкрепяща среда за семейството и програми за ранно въздействие и подготовка на родителите.
- Адаптира дидактичните методи и средствата за обучение.
- Подпомага формирането на умения за самостоятелен и независим живот.
- Разработване на програми и методи за самостоятелно ориентиране и придвижване в околната среда (по отношение на зрително затруднените).
- Разработва методи и средства за ефективно използване на слабото зрение.

Дейността на завършилите „специална педагогика“ е диференцирана в зависимост от това какви деца точно ще обслужват, какво е основното нарушение, имат ли децата съпътстващи нарушения, как ще се работи с тях – индивидуално или групово. [169]

Логопедът извършва диагностична, корекционно – терапевтична и профилактична дейност във връзка с всички видове езикова и говорна патология. Той работи в тясно сътрудничество с педагогическите, медицинските, парамедицинските специалисти и със семействата на лицата с комуникативни нарушения.

Логопедите могат да работят с деца и възрастни с всички форми на езикова и говорна патология. Знанията и уменията им за работа с комуникативните нарушения при децата са особено задълбочени.

Допълнителните им *компетенции* се простират в следните области:

- диагностика и терапия на комуникативните нарушения на развитието;
- работа в диагностичен екип по идентификацията и оценката на тези нарушения;
- експертна консултантска дейност, свързана с детската езикова и говорна патология;
- работа по ранна превенция на детските комуникативни нарушения;

Обект на работа са деца и възрастни с всички форми на речева патология: гласови и артикулационни нарушения, нарушения при вродени цепнатини на устните и небцето, нарушения на речевата плавност (заекване, запъване и др.), неврологични езикови и говорни нарушения при деца и възрастни (специфични езикови нарушения, афазия, дисфагия, дизартрия – на развитието и придобита), комуникативни нарушения при психична девиантност (аутизъм, шизофрения и др.), интелектуална и сензорна недостатъчност (умствена изостаналост, нарушения на слуха и зрението и др.). [169]

Според WFOT (World Federation of Occupational Therapists), „ерготерапията е клиент-центрирана здравна професия, насочена към промоция на здравето и благополучието чрез участие в дейности“. [48]

Предмет на дейността на *медицинския рехабилитатор ерготерапевт* при работата му с деца с проблеми в развитието са следните *задачи*:

- ❖ Развитие и укрепване на двигателните функции – груба и фина моторика;
- ❖ Развитие на умствените и паметовите способности;
- ❖ Развитие на психичните процеси – възприятие, мислене и внимание;
- ❖ Подпомагане и развитие на сензорно интегративните процеси.

Ерготерапията в цялостната рехабилитационна програма има следните *цели*:

- Да се подобри психо-емоционалното състояние;
- Да се подобри контрола и баланса на трупата;
- Двигателната активност на крайниците и ориентация в пространството;
- Самостоятелност, самоувереност, независимост;
- Създаване на определени двигателни навици, които биха подпомогнали обучението на децата в ДЕЖ (дейности от ежедневиия живот);

- Подобряване на психичните способности – възприятието, мисленето и концентрацията на вниманието;
- Да се акцентира върху тренировката и на по-засегнатия крайник при децата с парези – да се включва по-пълноценно в заниманията, да не се изолира от детето;
- Да се подобрят сензорните възприятия и адаптивните отговори, свързани с тях.

Въз основа на рехабилитационния потенциал на децата, за всяко едно от тях се изготвя *индивидуален ерготерапевтичен план*. В него са включени допълнителни задачи, специфични за всяко дете, както и методите и средствата чрез които бихме могли да ги постигнем.

Основни *методи*, използвани по време на заниманията са: игротерапия; ДЕЖ; подвижни и полуподвижни игри; СИТ; работа с инструменти и други пособия. [49]

В дейността на *клиничния психолог* са заложили следните основни *цели*:

- ранна диагностика;
- ранни интервенции;
- консултации и обучения на семейства.

Основните *направления* в които работи клиничния психолог при работата си с деца с проблеми в развитието са клинично наблюдение и психодиагностика.

Кинезитерапията действа основно чрез активизиране и нормализиране на обменните процеси, тонизиране и стимулиране на нервните процеси, психо-емоционално повлияване (чрез зрителни и слухови дразнения), възстановяване и обучение на всички естествени двигателни навици, характерни за дадената възраст. [44] Тя играе важна роля за изграждане, усъвършенстване и автоматизиране на системи от условно-рефлекторни връзки. [20]

Кинезитерапията и свързаните с нея дейности са неразделна част от комплексната терапия при деца с проблеми в развитието. Особеностите, които различават кинезитерапията при деца от тази при възрастни се дължат на следните фактори :

- Недостатъчната зрелост на детския организъм, проявяваща се с характерно протичане на отделните функции и на психиката.

- Бурният растеж и развитието на детския организъм и огромната роля на физическите упражнения за тяхното регулиране и стимулиране.
- По-различното протичане на заболяванията в детската възраст, голямата реактивност и свръхчувствителност на децата и различието на някои специфични за детската възраст болести.
- Естествения стремеж на децата към движение и игри и голямата чувствителност на детския организъм спрямо обездвижването. [26]

Главната особеност на кинезитерапията при децата е, че трябва да се решават не само лечебно-профилактичните задачи, но и да допринася за правилното им психомоторно развитие. На второ място нейните средства, форми, методи, както и подходът, трябва да съответстват на техните анатомио-физиологични особености и функционална дееспособност от една страна, а от друга – на характера на самото заболяване. [26]

Работата на кинезитерапевтите с деца изисква широки познания – от детска психология до двигателен контрол и обучение. Кинезитерапевтите, работещи в тази област, трябва да импровизират и да насочват терапевтичното въздействие чрез игрови и занимателни прийоми. За разлика от малките деца обаче, при подрастващите се включва и социален елемент. [42]

Кинезитерапията се прилага като основна терапия при деца с детска церебрална парализа. Тук целта на кинезитерапията е постигане на двигателна активност, максимално близка до възможностите на здравето дете от същата календарна възраст. Чрез поставените си задачи, съответно се избират методики и средства, които са най-подходящи за детето. Много често се прилагат концепцията Бобат или Войта терапия. От съществено значение е методиките и средствата да подпомагат естествения ход на психо-моторното развитие на децата, без да прескачат отделните етапи на това развитие. [26]

В кърмаческата възраст се започва с пасивни и рефлексни упражнения. Постепенно се преминава към позиционно предизвиканите с помощ и стимулирани с играчки упражнения, за да се стигне в края на втората и началото на третата година до речевото инструктиране. Въпреки, че децата през първите месеци не разбират речта, кинезитерапевтът винаги трябва да съчетава упражненията с думи, тъй като това има много положителна стимулираща роля върху развитието на детето. [26]

Пантелеева (2007) определя двигателния и вестибуларния анализатор като „постамента“ в кинезитерапията. Авторката препоръчва прилагането на ранна кинезитерапия с цел пълноценно двигателно развитие на бебето при: всички здрави доносени бебета; всички доносени, родени с по-ниско тегло; недоносените с тегло над 2200 гр.; бебета, при които след раждането се констатират патологични състояния от ортопедичен тип – всякакви деформации, както и от неврологичен тип – пареза на мишничния сплит, мускулен дисбаланс, обща хипотрофия и др. [37]

Концепцията Бобат е разработена през 1940 година за деца болни от детска церебрална парализа, от д-р Карел и г-жа Берта Бобат.

Това е един цялостен подход към проблемите на деца и възрастни с неврологични проблеми. Използването на терапевтични техники за улесняване на движенията, сами по себе си са просто един от аспектите, тъй като Бобат подходът обхваща цялото ежедневие на детето.

В самото начало стои предварителния анализ на терапевта, който трябва да определи какви са възможностите на детето, какви действия е способно да извършва и как, какви са основните ограничения. Тук се има предвид не просто действия като обръщане, пълзене, изправяне, а и възможностите за общуване, хранене, самостоятелност.

Въз основа на анализа, използвайки потенциала на детето, терапевта му помага да постигне и заучи най-добрия модел на движение, възможен за него, който в последствие детето може да приложи във функционалната си среда. Терапевта търси да извлече максималния потенциал и да постигне по – високо качество на живот на децата с проблеми в развитието.

Концепцията на Бобат се основава на развитието на нервната система, неврологичния дефицит и хода на развитие на детето. В тази методика с детето се работи спрямо календарната му възраст, независимо дали функционално е достигнало този етап. Извършва се улеснено, рефлукторно отключено движение. Прилага се за развитие на автоматични реакции (изправяне, равновесие). [93]

Принципът на Войта е разработен между 1950 и 1970 година от детския невролог д-р Вацлав Войта (Vaclav Vojta).

Терапията по Войта се базира на постурални и локомоционни закономерности , като пълзенето (стар филогенетичен двигателен елемент) и рефлекторното обръщане. Спазва се нормалната последователност на локомоционното развитие независимо дали детето е надраснало този етап.

При метода Войта нормалната последователност в движенията, например протягане и хващане, изправяне и ходене, не се учат или тренират като такива. Войта терапията по-скоро стимулира мозъка, активирайки „вродени, съхранени двигателни модели“, които след това се „отключват“, като координирани движения. [18, 149]

Войтатерапията, с нейните спонтанни движения има позитивно влияние върху цялостната координация на детето, водеща до подобрения в изправянето, запазването на равновесие, походката, хващането, говора и други функции.

Пациент със затруднения в движенията също придобива по-добро умение да инициира контакт и да комуникира. Войтатерапията може да бъде използвана, като база за други терапии и да помогне на едно дете да се справи със задачите поставени му от психолог, специалист в ранното обучение, логопед, терапевт, учител и т.н.

За да бъде успешна Войтатерапията трябва да се провежда по няколко пъти на ден. Процедурата продължава между 5 и 20 минути. Тъй като родителите провеждат терапията всеки ден, те играят важна роля в изпълнението ѝ.

През цялата продължителност на терапията, която може да продължи седмици, месеци или години, войтатерапевта обучава родителите как да изпълняват терапията и ги подкрепя. Терапевтичната програма, количеството, паузите от терапията и т.н. са регулярно преглеждани и обновявани в зависимост от развитието и прогреса на детето. [102]

Brain Gym е американски израз и означава гимнастика на мозъка.

Това е метод, развит от д-р Пол Деннисон, за подобряване на способностите ни за учене. Тази гимнастика на мозъка се базира на знанията и опита на кинезиологията, психологията на ученето, изследването на мозъка и китайското учение за меридианите. Brain Gym е една поредица от 26 двигателни упражнения, с които се предизвиква активиране на определени области в кората на мозъка. По този начин се развиват нашите способности да се учим, да мислим и да се движим. [164]

Brain Gym упражненията могат да помогнат на всеки от нас да постигне максимално добри резултати в ежедневието си. Тези упражнения са особено подходящи за:

- Деца в ранна възраст, за да се стимулира развитието на мозъка им.
- Деца в ученическа възраст, за да се облекчат в процеса на ученето. Особен ефект има при деца с дислексия (дисграфия и дискалкулия).
- Деца с двигателни проблеми, за подобряване на координацията.
- Юноши, за по-добро справяне с проблемите на развитието в тази възраст.

Чрез метода на Brain Gym се постига:

- по-добра съвместна работа на двете полукълба на мозъка;
- премахване на енергийни блокади;
- подобряване на постиженията в училище;
- подобряване на позата на тялото. [87, 97]

Alert Program е уникален подход за улесняване на саморегулацията както при деца, така и при възрастни за да бъдат по-внимателни и фокусирани докато учат, играят, работят или общуват. Тя съдържа сложна теория, за да създаде прости, практични решения, които могат да се включат в ежедневието. Програмата е създадена от американските ерготерапевтки Mary Sue Williams & Sherry Shellenberger, които през дългогодишния си професионален път са се фокусирали върху разработването на практически начини да научат хората от всички възрасти как да включат теорията на СИ във всекидневния живот. [157]

Дело на двете авторки е и известната пирамида на ученето (схема 2), която споменахме по-рано в настоящата разработка, в основата на която са залегнали сензорните възприятия.

Творческите дейности намират широко приложение сред деца с различни проблеми в развитието като част от арт-терапевтичните дейности. Според Трошева - Асенова и Михайлова (2021) чрез тях се постига придобиване на сензорен опит, подобряване на фините моторни умения, на координацията око-ръка, на когнитивните и познавателните умения, както и използването на изкуството като изразно средство, за

удоволствие и игра. Съществува голямо разнообразие от средства с които могат да се осъществяват тези дейности, но ние бихме отличили заниманията с бои и глина като най-интригуващи по отношение на сензорно въздействие. За рисуването с ръце, авторките отбелязват, че ще помогне на детето да натрупа сензорен опит, да изпита кинестетично удоволствие от рисуването и да експериментира с усещанията за собственото си тяло. [51]

Qigong Sensory Training (QST) е алтернативен метод за лечение, който се основава на чи-гонг масажа и китайската медицина. Повече от 2000 научни изследвания доказват положителния ефект на този масаж върху физиологичните системи. [128] Методологията QST е създадена и разработена през 80-те години на миналия век от Anita Signolini. [140] В продължение на 7 години, научно проучване е изследвало ефекта на QST върху 46 деца с аутизъм, които са под 6 годишна възраст. Терапията е била с продължителност 5 месеца и е включвала 20 директни сесии на децата със специалистите и ежедневно провеждане на специфичния масаж от техните родители. Оценката е поставена в две среди: предучилищна – от учителите; и домашна – от родителите. Оценката на учителите включва подобрене в социалните и езиковите умения и намаляване на аутистичното поведение спрямо контролните групи. Тези констатации са потвърдени и от родителите. Ето защо QST е предложен да се прилага като ранна интервенция при деца със сензорни проблеми и проблеми със саморегулацията, които са често срещани и при деца с аутизъм. [143]

Три по-малки проучвания показват подобрения в сетивността, храносмилането, нарушенията на съня, както и подобряване по отношение на признаците на аутизъм. Авторите на тези изследвания предполагат, че поради подобренията във физиологичен аспект се очаква, децата да бъдат по-спокойни и по-осъзнати в социални ситуации и следователно по-способни да придобиват социални и езикови умения. [140, 141, 142]

4. Обучения и допълнителни квалификации на специалистите, работещи в областта на детската рехабилитация.

4.1. Качество и оценка на медицинските услуги

Качеството на медицинската грижа е едно от предизвикателствата в българското здравеопазване в период на реформа и на динамично развитие на медицинската наука и практика. [40]

Според определението на СЗО качеството на медицинската помощ е предоставяне на всеки пациент на достатъчно видове диагностични и терапевтични дейности, които да осигурят най-добър резултат за здравето, адекватен на актуалното състояние на медицинската наука, при най-добра цена на същия резултат, при минимален ятрогенен риск и достигане най-голямо удовлетворение по отношение процедури, резултати и хуманно отношение. [12, 14, 21]

Основни аспекти на качеството са адекватност, ефикасност, ефективност, икономичност и безопасност. [12]

Адекватността отчита съответствието между здравната дейност и здравните потребности на населението, както и използваемостта на наличните ресурси – материални, човешки, време и други.

Ефикасността показва вероятната полза от прилагането на дадена медицинска технология при идеални условия. Измерването на ефикасността се осъществява чрез контролирани клинични опити.

Ефективността е установената полза от прилагането на дадена медицинска технология при обичайни реални условия (полученият полезен резултат).

Икономичността ни представя съотношението между използваните ресурси и фактическите резултати (каква е продуктивността от осъществяваната здравна дейност).

Безопасността ни показва степента на здравния риск.

Основна цел на лечебните заведения е подобряване и усъвършенстване на медицинските услуги, които да доведат до оптимално подобряване на здравословното състояние на пациентите. [7, 31, 59]

За да се измери качеството на здравното обслужване, обаче трябва да се вземат в предвид и редица фактори, които го обуславят като: квалификация; организация на труда; заплащане; управление (контрол) на качеството; здравна култура на пациента;

етика и др. [12] Т.е. качеството се формира от различни параметри, но липсва универсален начин за неговото определяне и оценка. [7, 21]

Измерването на качеството представлява всъщност неговата **оценка**. А тя от своя страна е основа за неговото управление.

Поради всеобхватността на качеството на здравните услуги, неговата оценка се прави въз основа на поредица от **критерии** като: безопасност; достъпност; адекватност; удовлетвореност на пациента; икономичност и социална ефективност; равенство на шансовете (социална справедливост); достъпна цена; крайни резултати на здравното обслужване (здравен статус, комфорт на пациентите и др.). [7, 10, 11, 12]

За да бъде осъществена **цялостната оценка на качеството**, трябва да се оцени здравното обслужване по отношение на неговата медицинска, социална и икономическа ефективност. [7, 12, 56, 57]

При извършването на оценката възникват редица **трудности**. От една страна, те могат да възникнат поради спецификата в отделните здравни услуги, а от друга поради присъствието на субективен елемент в оценката. [7, 53, 79]

В. Борисов разделя трудностите при оценка на качеството в две групи: такива свързани с някои митове за качеството в здравеопазването и такива, изхождащи от полисистемната същност на здравеопазната дейност.

Митове за качеството в здравеопазването са:

- 1) Качеството на здравното обслужване е видимо. Поради отдалеченият във времето ефект от приложените здравни дейности зад привидната видимост се крие “айсберг” на тяхната качествена характеристика, който е трудно видим не само от пациентите, но и от специалистите, а дори и от самите здравни мениджъри.
- 2) Всяка нова медицинска технология (медикамент, инструмент) означава по-добро качество.
- 3) Качеството зависи от цената. По-скъпите услуги са по-качествени.
- 4) Техническата наситеност на медицинския труд е гарант за по-високо качество, а не самия здравен специалист.
- 5) Решаваща роля за качеството играят само лекарите, докато останалите медицински специалисти са само фон.
- 6) Удовлетвореността на пациентите е решаващ критерий за оценка на качеството.

Трудности по отношение на някои от аспектите на здравеопазната дейност:

- технически – нивото на медицинските познания и медицинските технологии;
- организационни и икономически – организационна структура в здравеопазването и разходите за определен резултат;
- човешки (социалнопсихологически) – взаимоотношенията между самите медицински специалисти и на тези между тях и пациентите.

За да бъде обективна и най-точна оценката на здравните дейности трябва да се вземат не отделните критерии, а всички общо. Т.е. необходим е един комплексен подход, който да включва отчитане и на отсрочените във времето резултати от прилаганите здравни дейности. [12]

Подходите за осъществяване оценка на качеството в здравеопазването най-общо могат да се разделят на традиционни и нови. [12]

- *Традиционните подходи* се основават най-вече на *технически* и *количествени* критерии. До голяма степен към момента се е акцентирало повече на техническите нововъведения, отколкото на социалнопсихологическите аспекти в здравното обслужване като показател за по-високо качество. Тук е момента където трябва да се разсеят някои от митовете за качество в здравеопазването посочени по-горе. Оценката на технологиите от друга страна сама по себе си дава представа по-скоро за процеса на обслужването, а не толкова до резултатите на здравеопазната дейност. Количествените критерии от своя страна могат да ни дадат информация относно различни сфери в здравеопазването под формата на цифри. Тези цифри обаче не винаги ни помагат да оценим качеството на здравните услуги.
- *Новите подходи* са насочени към една по-цялостна и глобална оценка на качеството на здравните услуги и съответно на неговото управление.

Оценката има за цел да отчете до колко са постигнати целите в здравеопазването, а именно до колко се е подобрило качеството на здравното обслужване, което от своя страна се отразява в здравния статус и функционалната дееспособност на населението, в психо-социалното благополучие и удовлетвореността на пациентите.

Като ***нови*** могат да се разгледат следните ***подходи***: структурен подход; анализ на процеса (изпълнението); и анализ на изходните параметри (резултатите).

- *Структурния подход* се фокусира върху анализа на ресурсите (входните параметри). Те от своя страна обаче не са в пряка зависимост с резултатите от здравното обслужване. Ето защо ресурсите до голяма степен не биха могли да бъдат гарант за по-добро качество.
- *Анализа на процеса (изпълнението)* включва оценка на прилаганите медицински познания и технологии в сферата на здравното обслужване, с идеята че колкото те са в по-пълнен обем, толкова ефекта от тях ще бъде по-голям. От друга страна при анализа на изпълнението се отчитат и някои количествени критерии като брой лекарски прегледи и др., които не са достоверен критерии за качество на здравните услуги.
- *Анализа на изходните параметри (резултатите)* се фокусират върху оценката на окончателния резултат от проведените здравни услуги, които са най-големият показател за тяхното качество, защото чрез тях може да се отчете полезният им ефект като: снижаване на заболяемостта, инвалидността, смъртността, подобряване на физическото развитие на пациентите и др. При този анализ се счита, че при наличие на постигнати добри крайни резултати, количеството на вложените начални ресурси не е от толкова съществено значение.

В практиката се прилага комплексен подход за оценка на качеството, който се нарича **мениджмънт на цялостното качество (Total Quality Management)**. Той включва различни елементи от посочените подходи, като акцентира най-вече върху анализа на процеса.

Новите подходи за оценка на качеството в здравеопазването трябва да имат следните **цели**:

- да не се акцентира предимно на мнението на лекарите;
- да се взема под внимание мнението на другите медицински специалисти;
- мнението на пациента да има приоритетна роля;
- да се фокусира върху цялостния процес на лечението;
- мотивиране на всички участници в процеса за подобряване на качеството и повишаване на тяхната отговорност.

Според В. Борисов, основни **методи за оценка** на качеството на здравните дейности са:

- 1) *Оценка чрез стандарти* – на базата на официално приети медицински стандарти (протоколи-образци) за специфични медицински дейности се сравняват новополучените резултати.
- 2) *Медицински одит* – професионална проверка на съществуващата медицинска практика. Тук се включва оценка на цялостния процес (анамнеза, диагностициране, лечение, рехабилитация, медико-социални грижи за пациента) като резултатите се сравняват с общоприети медицински стандарти. Правят се изводи за силните и слабите страни на процеса след което се дават и препоръки за по нататъшното управление на предлаганите здравни услуги.
- 3) *Проучване мнението на пациентите* – чрез провеждане на научни изследвания, анонимни анкети и стандартизирани интервюта.
- 4) *Кръгли маси и други научни форуми* за обсъждане на проблемите в здравната система.
- 5) *Акредитация* – оценка на дейностите на лечебните заведения по общоприети и законодателно определена система от критерии и стандарти. Акредитация в буквален превод от английски означава официално признание, гаранция за качество. Стандартите при акредитация са оптимални. Акредитацията на лечебните заведения в България е задължителна и се осъществява от специализиран орган по акредитация към Министерството на здравеопазването – Висш акредитационен съвет. Акредитационната оценка за извършването на медицинските дейности се дава за срок от една до пет години.

Оценката на качеството на здравните услуги зависи от предварително определени **стандарти**. Тези стандарти в здравеопазването се развиват на базата на натрупан опит и обобщени оценки. Те се разработват на различни нива: институционални, системни, национални и международни.

Могат да се разграничат *три типа стандарти*:

- идеални – разработват се на базата на идеални условия (това се случва много рядко);
- резонабилни (опционални, избираеми) – най-добрите възможни при дадени конкретни условия;
- минимални – най-ниско ниво за оказване на дадена медицинска помощ.

Типологията на стандартите за качество на здравните услуги според В. Борисов може да се представи по следния начин:

1) Поведенчески стандарти:

- изява на отношение към проблема на пациента;
- ефективно общуване – вербална и невербална комуникация.

2) Организационни стандарти:

- условия за професионална практика – общуване с пациента, екипност, координация и др.;
- стимулиране – организираност, възнаграждение и др.;
- научност и перманентно обучение;
- съучастие на пациента – в процеса, в оценката на резултата, в оценката на качеството;
- надеждна документация.

3) Измерване на надеждната практика:

- диагностичен и терапевтичен разговор с пациента;
- психологическа подкрепа;
- специфични клинични критерии и индикатори

В здравеопазването като цяло съществува необходимостта от създаването на медицински стандарти. Добър пример за медицински стандарт за качество са *клиничните пътеки*, като се има в предвид тяхната характеристика. Основна характеристика на клиничната пътека, която я прави изключително ценна е нейната мултидисциплинарна насоченост. Нейния подход включва специалисти от различни области: клиницисти, анестезиолози, патоанатоми, психолози, рехабилитатори и др. [12]

В заключение може да се каже, че най-добра оценка на качеството на предлаганите медицински услуги може да се постигне чрез прилагането на единен комплексен подход, който да обединява различните методи за оценка и техните елементи. Необходимо е да бъдат оценени всички части на медицинското обслужване, като добре би било да се акцентира върху резултатите, особено тези с отсрочен ефект. Т.е. да се даде възможност за едно динамично проследяване на качеството (напр: състоянието на пациент след по-дълъг период). Необходимо е така също: да се отчетат успехите и неуспехите, да се измерят социалните ефекти (подобряване на социалното

функциониране на хората), както и да бъде измерен културния импакт (успехът на медицината). И всичко това трябва да бъде с цел да се постигне едно по-добро качество на здравните услуги и неговото по-добро управление, като никога не трябва да се забравя, че: *“Качеството е нещото, което търси пациента”* /Том Ратуел/.

4.2. Същност и значение на обучението на човешките ресурси

Обучението на човешките ресурси е стратегическа функция на управлението на човешките ресурси. То е в непосредствена връзка с растежа и конкурентоспособността и обуславя професионалното израстване на персонала. Инвестирането в обучението е равнозначно на инвестирането в приоритетността и устойчивото развитие на компаниите и техните човешки ресурси. В Европа компаниите отделят между 2% и 4% средства за обучение, като през последните години се наблюдава тенденция към увеличаване на инвестициите в обучение. [55]

В същността на обучението на човешките ресурси са застъпени следните идеи и нагласи:

- обучението трябва да бъде системен (непрекъснат) процес;
- обучението променя знанията, уменията и нагласите за работа;
- обучението подобрява трудовите резултати;
- обучението е в тясна връзка с работната позиция (длъжността);
- мотивацията е предпоставка за обучението и резултат от него.

От тук може да се изведе дефиницията, че *„обучението е системен процес на придобиване на знания, умения и нагласи на работещите в организацията с цел подобряване на работата и мотивацията“*. [55]

По отношение на мотивацията, Паунов (2008) в своя труд „Организационно поведение и корпоративна култура“, я дефинира като „съвкупност от психични процеси, определящи силата и посоката на поведението, предизвикващи насочването и поддържането на доброволни целенасочени действия“. Автора разделя в най-общ план теориите за мотивацията в организационното поведение в два основни класа: теории за потребностите и теории за мотивационния процес. Потребностите биват разглеждани като източник на желания (стремеж за постигане или притежаване на нещо) и цели (специфични и определени изисквания), които формират поведението. [39]

Една от най-популярните класификации на потребностите е тази на Маслоу, според която потребностите се разделят на пет общовалидни категории в следната йерархия:

- 1) Физиологически – потребностите от кислород, храна, вода и секс.
- 2) Свързани със сигурността – потребностите от защита срещу опасност и лишаване от възможността да се задоволят първата група потребности.
- 3) Социални – потребностите от любов, внимание и чувство за принадлежност към някаква група.
- 4) Свързани с оценката – потребностите от стабилна висока оценка за собственото аз (самочувствие) и от уважението на другите (престиж).
- 5) Свързани със себerealизацията (самообновяването) - потребностите от развиване на потенциалните способности и умения, от постигане на това, което индивидът смята, че е способен да постигне. [39, 113]

От друга страна, при теориите за мотивационния процес, обект на внимание са: очакванията; постигането на цели; поведенческият избор и чувството за равенство. При тях акцента е по-скоро върху психичните процеси, протичащи при мотивацията, а не толкова върху потребностите. Тези теории се разглеждат като практически по-полезни по отношение управление на човешките ресурси и са в основата на прилаганите мотивационни техники. [39]

Динамиката в технологиите, в научните открития и внедряването им в производствата и практиките предизвиква неизбежно необходимостта от обучение. Основната цел на програмите за обучение е да се повиши образователно – квалификационното равнище на персонала, за да се реализират ефективно фирмените цели, а фирмите сами по себе си да станат по-успешни и печеливши. [109]

Целите на обучението на човешките ресурси трябва да бъдат достатъчно важни за да заслужат вниманието на организацията. Те трябва да са измерими и да служат като средство за успех. Чрез тях трябва да може да се предоставя информация, необходима за бъдещото по-добро обучение на човешките ресурси. [55]

Някои от целите на обучението на човешките ресурси са:

- осигуряване на своевременно и качествено изпълнение на трудовите задачи;
- обогатяване знанията, уменията, нагласите за предприемане на по-сложни, по-отговорни и нестандартни задачи в бъдеще;
- осигуряване на възможности за кариера;

- повишаване на мотивацията;
- намаляване на текучеството на висококвалифицирани специалисти. [55]

Преди самото обучение и свързаните с него цели се извършват редица **дейности** по:

- определяне на нуждите от обучение;
- проектиране, организиране и реализиране на обучението;
- оценяване на резултатите от обучение. [55]

Правилното и последователното осъществяване на тези дейности водят до оптимизиране на **положителните резултати от обучението** като:

- подобряване на качеството на предлаганите услуги;
- работната сила става по-гъвкава като се разширява квалификационно-образователната област;
- придобиване на нови знания, умения и техники;
- подобряване на системата за организация и контрол във фирмата;
- подобряване на работния климат, поради подобряване на комуникация;
- увеличаване на удовлетвореността от труда, чрез предоставянето на по-интересни, по-разнообразни и по-отговорни задачи след обучението;
- активизиране на творчеството и експериментирането;
- повишаване на самоконтрола при извършване на труда;
- нарастване на паричните възнаграждения (повишава се цената на труда);
- повишаване на ангажираността към организационните цели и постигането на по-добри трудови резултати;
- нарастване имиджа на организацията, която привлича и професионалисти;
- професионално утвърждаване на кадрите;
- възможност за издигане в йерархията. [55]

Анализът на обучението и развитието на работниците и служителите може да се разглежда като събиране, обработване и оценяване на информацията за разкриване на състоянието на практиката в съответната област, за установяване на фактическите и/или на потенциалните несъответствия в нея, за определяне на причините, които са ги породили, и за предлагането на мерки за тяхното отстраняване. [60]

Анализът на нуждите от обучение се извършва като се започва от индивида, преминава се през длъжността и завършва на равнище организация. Цялостния анализ на нуждите от обучение на трите равнища позволява да се определи в каква степен

организацията и нейните структурни звена постигат поставените цели и в каква степен обучението на персонала е фактор за подобряване на резултатите (таблица 2). Основни инструменти за определяне нуждите от обучение са: анкетна карта, беседа и анализ. [114]

Таблица 2. Определяне на нуждите от обучение (източник: Харизанова 2004, с. 146)

Анализ	Етапи на анализа	Характеристики
На ниво организация	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Комплексен анализ на състоянието – цели, планове на развитие ▪ Определяне на структурните звена и длъжностите ▪ Определяне на силните и слабите страни на работната сила 	<ul style="list-style-type: none"> - Определяне на съответствието на поставените цели между организацията и нейните звена - Определяне на резултатите от обучението
На ниво длъжност	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Определяне на изискванията към трудовото представяне ▪ Определяне на количествените и качествените стандарти на изпълнение ▪ Определяне на качествените характеристики на изпълнителя 	<ul style="list-style-type: none"> - Определяне на желаното равнище на трудово представяне - Определяне на изискванията към знания, умения и поведение
На ниво изпълнител	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Определяне на реалното образователно – квалификационно равнище ▪ Усъвършенстване на знания и умения ▪ Определяне на равнището на трудовото изпълнение съгласно изискванията 	<ul style="list-style-type: none"> - Определяне на лицата подлежащи на обучение - Дефиниране на конкретни знания и умения, които следва да се усъвършенстват

В резултат от проведения анализ се дефинират нуждите от обучение на човешките ресурси, като се определя и в кои структурни звена, за кои групи длъжности и кои кадри, определя се цена и се изготвя програма.

Разработването на програмите за обучение включва:

- ❖ Структуриране съдържанието на учебния материал – съдържанието зависи от целите на обучението.
- ❖ Определяне на продължителността на курса – зависи от нуждите от обучение.
- ❖ Определяне на мястото на провеждане – може да бъде на или извън работното място.
- ❖ Избор на форми (техники) на обучение. Те са много разнообразни и са свързани със ситуацията, в която се провежда обучението, както и от вида на нуждите за обучение, които се стремим да задоволим. При техния избор се акцентира върху мотивацията на обучаваните, тяхното окуражаване и информирането им за резултатите в процеса на обучение. [55]

Методите за обучение се разделят на три групи:

- 1) Обучение без прекъсване на работа. Предимството е че се осъществява в реална работна среда, степента на предаване на знания е по-висока и не се изискват отделни помощни средства и съоръжения.
- 2) Обучение с прекъсване на работа, но на работното място. Този метод е подходящ за програми за след работно време и програми за допълване и усъвършенстване на уменията на служителите, тъй като им позволява да извършват редовните си трудови задължения.
- 3) Обучение с прекъсване на работа извън работното място. Тези методи на обучение може да бъдат приложени и организирани на индивидуална или групова основа. Чрез тях се усвояват комплексни знания и умения, усъвършенстване на междуличностните комуникации, изграждане на екипи и тренинг упражнения. [55]

Оценяването е важна част от цялостния процес на обучението, за да се определи неговата ефективност по отношение не само на постигнатите резултати, но и за планирането на бъдещи обучения. Извършва се преценка на силните и слабите страни на проведеното обучение, обосновават се разходите на организацията за него и ползите, получени в резултат на обучението: промяна в качеството на работата, по-висока производителност, по-висока ангажираност за изпълнение на фирмените цели. [25]

За *оценка на ефективността от обучението* се използват следните *подходи*:

- ✓ *Анализ на разходите и ползите* – съпоставят се финансовите разходи, направени за обучението и финансовите приходи от реализирания процес;
- ✓ *Оценка на степента на постигане на целите на обучение* – прави се оценка на индивидуално ниво и на организацията като цяло, оценка на резултатите в качествено и количествено отношение;
- ✓ *Комплексна оценка на ефективността от обучението* – включва оценка на реакциите на обучаваните, на това, което са научили, на настъпилите промени в трудовото им представяне и на въздействието върху производителността [4]. [55]

Обучението на човешките ресурси се характеризира с редица *особености*, някои от които са:

- чрез него се реализира стратегията на организацията;
- то е част от политиката на организацията – професионално израстване на наличния състав;
- то е част от управлението на организацията и в частност от управлението на човешките ресурси;
- обучението е процес, който се състои от взаимосвързани етапи – определяне на нуждите от обучение, провеждане на обучението (лекции, курсове и др.), оценка на ефективността от проведеното обучение (трябва ли да се промени нещо в бъдещи обучения и какво);
- обучението е непрекъсната дейност, която включва активното участие на заетите в организацията;
- обучението е процес, който засяга целия персонал на организацията (схема 5);
- трябва да бъде ефективна за организацията дейност – целите на обучението трябва да се постигат при оптимален разход на организационни ресурси;
- обучението на човешките ресурси се осъществява в тясна връзка с изискванията на трудовото законодателство, в частност с Кодекса на труда и колективните трудови договори в организациите [4];
- обучението се осъществява чрез разнообразни методи и процедури, чието приложение зависи от конкретната ситуация. [55]

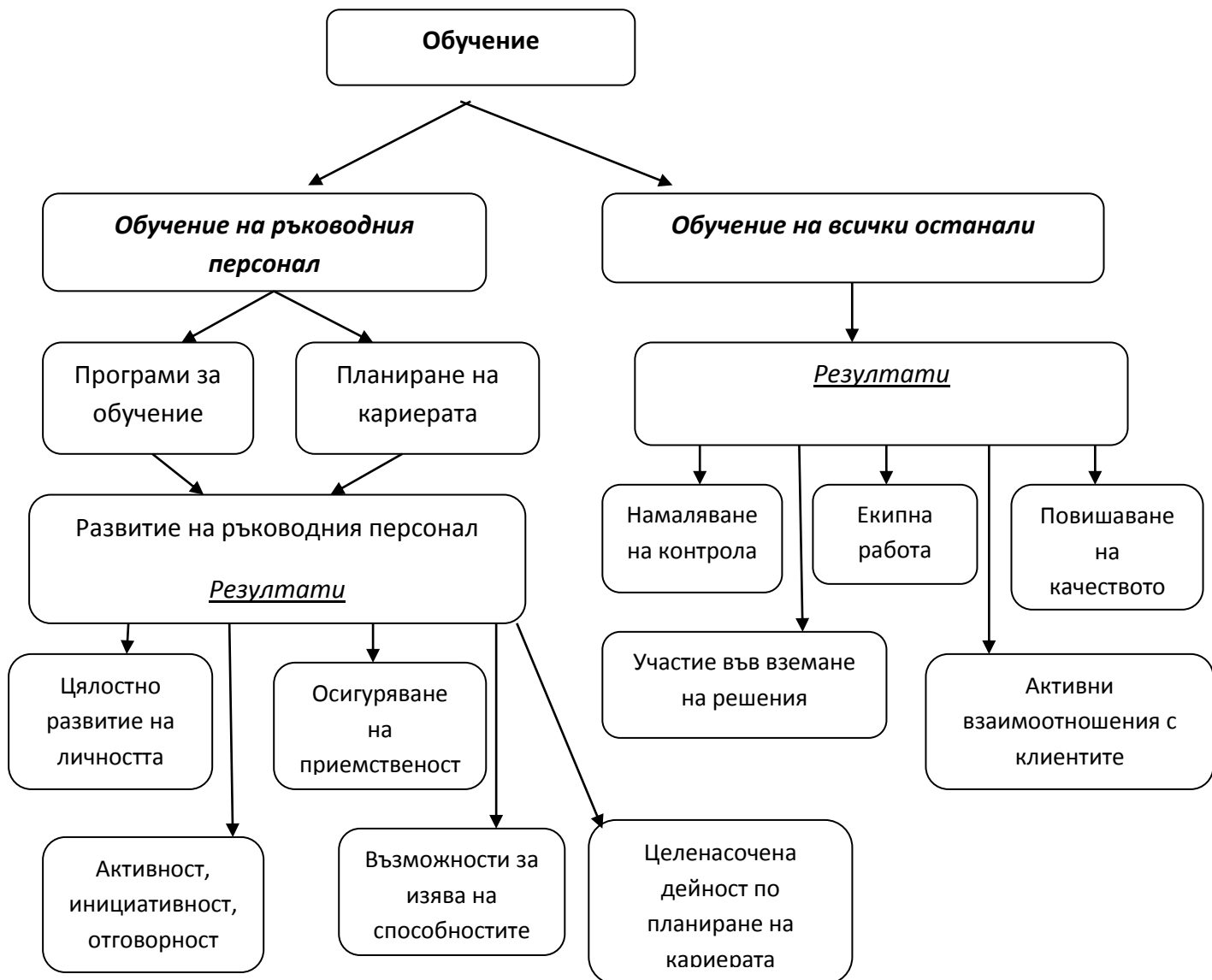


Схема 5. Обучение и развитие на човешките ресурси (източник: Харизанова 2004, с.

140)

За да бъде успешно едно обучение, *Армстронг* формулира 10 условия:

- обучаваният трябва да бъде мотивиран;
- обучаваният трябва да получава задоволство от процеса;
- пред обучавания трябва да се поставят стандарти за изпълнение и цели за постигане;
- обучаваният се нуждае от насочване и от обратна информация за това как се справя;

- обучението е активен, а не пасивен процес, затова е добре да има заложили практически техники, а не учащите се само да слушат;
- техниките трябва да се подберат съобразно целите на програмата и нуждите на индивида;
- методите на обучение трябва да се разнообразяват, за да се поддържа интересът;
- трябва да се остави време за да се асимилира наученото;
- обучаваният се нуждае от подкрепата на правилното поведение;
- като процес обучението може да действа на много различни нива на комплексност в зависимост от работата, и програмите и техниките за обучение трябва да се приспособяват съответно с тях. [2]

За да бъде процесът на обучението на човешките ресурси ефективна дейност, трябва да се приложи системният подход. Този подход включва непрекъснато обучение за постигане на организационните цели.

Цялостният процес на обучение на човешките ресурси е представен схематично на схема 6.



Схема 6. Процес на обучение на човешките ресурси (източник: Харизанова 2004, с.

4.3. Същност и значение на обучението и допълнителните квалификации на специалистите, работещи в областта на детската рехабилитация.

Детското здраве може да се разглежда като мерило за здравния статус на населението, то е отражение на неговата здравна култура и адекватността на функционирането на здравната система в държавата. От социално-медицинска гледна точка най-големият проблем за общественото здраве са хроничните заболявания, в това число и детската инвалидност. Значението им се определя от широкото разпространение на тези заболявания и голямата социална и икономическа тежест до която те водят в резултат. [17]

По данни на НСИ на Р. България през 2019г. броя на освидетелстваните деца до 16 – годишна възраст, на които са признати вид и степен на увреждане, е 3915, или 3,7 на хиляда. Като водеща причина на 1 – во място са психичните и поведенческите разстройства с 23,3%. [35] Неизменна част за интеграцията на тези лица в общността е социалното участие на всички обхванати от процеса, чиито модели зависят от редица фактори сред които са и образованието, допълнителните курсове, степента на увреждане и др. [67, 129]

Тук е мястото където можем да отправим поглед и към редица програми, насочени към промоция на здравето и превенция на заболяванията в детска възраст. На сайта на министерство на здравеопазването (www.mh.government.bg) може да се намери актуална информация в „Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2021 – 2030 г.“. В програмата са заложили следната стратегическа цел и приоритети.

Стратегическа цел: подобряване на ключовите показатели, свързани със здравето на бременните жени, майките, децата и подрастващите, чрез подобряване на достъпа до здравни услуги извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, промоция на здраве и осигуряване на подкрепа за добри практики в областта на интегрираните здравно- социални услуги.

Приоритети:

- 1) Промоция на здраве, включително в областта на репродуктивното здраве, семейното планиране и детското здраве.
- 2) Повишаване на качеството и обхвата на медицинските грижи в областта на майчиното и детско здравеопазване.

- 3) Подобряване на компетенциите на медицинските и немедицински специалисти, работещи в областта на майчиното и детско здраве.
- 4) Усъвършенстване на механизмите за събиране и анализ на данни, свързани с майчиното и детско здраве.
- 5) Развитие на здравни и интегрирани здравно-социални услуги с цел превенция на усложненията при деца с хронични заболявания и увреждания. [165]

Според Отавската харта, приета през 1986г., промоция на здравето може да се дефинира като „процес на създаване на възможности хората да контролират и подобряват своето здраве“. [34, 119] Промоция на здравето е качествено нов подход за подобряване на личното и общественото здраве. То може да се разглежда като нов тип социална и здравна политика, ориентирана към повишаване на личната и обществената отговорност за здравето. Неговата крайна цел е повишаване нивото на позитивното обществено здраве, чрез създаването на здравословен стил на живот, който е практическо отражение на високата здравна култура на населението. А тя включва: здравни познания, убеждения и здравно поведение. Здравното възпитание е съществена част от промоцията на здравето и има за цел да го повишава, поддържа и възстановява, именно чрез формирането на добра здравна култура. [12, 34] То трябва да бъде насочено към всички негови аспекти: физическо (двигателен режим, хранене, сън и почивка, медицински грижи, контрол върху употребата на вредни субстанции), емоционално (справяне със стреса); социално (семейството, обкръжението); интелектуално (образование, кариера); духовно (любов, надежда, благотворителност). [66] Мисия на всеки здравен специалист е да бъде и възпитател на населението, с цел да повиши неговата здравна култура. Тази задача включва не само информираност, но и ценностна система. А тя се формира в ранната възраст на човека. В здравното възпитание участие трябва да вземат не само семейството, но и общността (здравните служби, социалните и професионалните групи, педагози, журналисти, политици и др.) и всички те да бъдат партньори в този процес. [12, 101]

От друга страна, профилактиката по своята същност представлява комплекс от медицински и немедицински дейности, които се провеждат сред обществото с цел да се постигне по-добро здраве чрез предотвратяване на заболяванията, техните последици и преждевременните умирения. [8, 9, 24] Профилактичните прегледи и изследвания са насочени към ранно откриване на заболяванията. Профилактиката бива: първична, вторична и третична. [17]

Първичната профилактика е насочена към предотвратяване на физически, умствени и сетивни увреждания и също така към влиянието на рисковите фактори върху индивида. [34]

Вторичната профилактика включва дейности насочени към предотвратяване на физически, психически и социални последствия при вече съществуващо налично увреждане. Тя е насочена към заболяването в предклиничния стадий, т.е. има за цел откриване на заболяването още преди появата на първите клинични симптоми. Основен инструмент за вторична профилактика е скринингът. [34]

Скринингът е профилактичен метод за установяване разпространението на определен признак, симптом или заболяване сред групи от здравото население. Той може да се извършва при следните условия: скринираното заболяване е значим обществен и здравен проблем; съществуват утвърдени методи и средства за диагностика и лечение; заболяването може да се установи в ранен стадий; съществува механизъм за по-нататъшно диагностично уточняване и лечение; използваните методи за скрининг са лесно приложими и безопасни за населението; провеждането на скрининга е икономически ефективно. [163, 165]

Третичната профилактика (рехабилитация) е насочена към клинично изявено заболяване. Тя има за цел да се предотврати от прогресия на заболяването, настъпването на усложнения и/или инвалидизирането на пациента. [34]

Своевременното и ранното лечение на заболяванията в детска възраст, комплексната рехабилитация в профилираните санаториуми, специализираните училища и центрове допринасят за крайната ресоциализация на увредените деца и тяхната адаптация в живота. Рехабилитацията като медико-педагогически и социален процес, представлява особен интерес поради своята ефективност и социално-икономическа значимост. [46, 47]

За да се случи всичко това обаче е необходимо да бъдат налице редица фактори: съгласуваност между институциите; финансова подкрепа от страна на държавата и частни лица; силна мотивация от страна на семейството и самото дете; и разбира се екипен подход, който да се осъществява от висококвалифицирани и компетентни кадри. [111] Ето защо от изключително важно значение е висшите училища, обучаващи такива кадри, както и лечебните заведения и центрове, предлагащи техните услуги, да осигуряват качествено образование и квалификации. Към кадрите работещи в сферата

на детската рехабилитация се отнасят лекарите по физикална и рехабилитационна медицина, клиничните психолози, логопедите, кинезитерапевтите, медицинските рехабилитатори ерготерапевти, специалните педагози, социалните работници, както и редица други медицински и немедицински специалисти, свързани с проблемите на детската рехабилитация. По-високото ниво на подготовка сред специалистите предполага по-добро качество на услугите, които предлагат и съответно постигането на по-добри резултати при прилагането на съответните рехабилитационни програми. [112]

ИЗВОДИ ОТ ЛИТЕРАТУРНИЯ ОБЗОР

- Първите седем години от живота на човека са най-важни за формирането на добра сензорна интеграция, която е в основата на неговото пълноценно функциониране, себеусещане и щастие.
- Макар СИД, все още да не е призната като официална диагноза, това е състояние, което е често срещано както сред децата в норма, така и в клиничната практика, което изисква вниманието на родители и специалисти по отношение на нуждата от по-специални грижи и терапия.
- Обучението и допълнителното квалифициране на специалистите в областта на детската рехабилитация е от съществено значение за подобряване на качеството на предлаганите услуги, а от тук и повишаване на успехите в общия терапевтичния план.
- В международен план и с особен превес в САЩ се провеждат множество проучвания в областта на СИ, които спомагат за изграждането на адекватни стратегии в решаването на проблемите, свързани със СИД.
- За България като пионер в разглежданата област можем да отбележим, че:
 - липсват статистически данни по отношение на разпространението на СИД както сред децата в норма, така и сред децата с други разстройства в развитието;
 - липсват каквито и да е други научни проучвания и/или данни по отношение на децата със СИД в България;
 - повечето автори, които разглеждат сензорно интегративните дефицити, ги определят само като част от картината на други проблеми в развитието, а предлаганите методи за тяхното повлияване най-често се основават на директни сензорни стимулации, а не на сензорно интегративния подход, който е с най-високо доказана ефективност при тези състояния.
 - липсва цялостна концепция в подхода за грижи, лечение и превенция на сензорните дисфункции.

ГЛАВА ВТОРА

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

1. Цел

Настоящото проучване има за цел да анализира някои медицински и социални аспекти от живота на деца със СИД с оглед установяване нуждата от превенция на състоянието, развитие на единен терапевтичен подход при наличие на признаци на СИД, както и от повишаване на информираността относно същността и значението на сензорно интегративните процеси сред родители, учители и специалисти и да се предложат подходящи методи и стратегии за тяхното удовлетворяване.

2. Задачи

- 1) Събиране на епидемиологични данни по отношение на СИД сред децата в предучилищна възраст.
- 2) Анализ на статистически данни по отношение на СИД сред деца с други проблеми в развитието.
- 3) Проучване мнението на специалистите относно децата със СИД.
- 4) Проучване на информираността, интересите и мнението на студенти от различни специалности (кинезитерапия, ерготерапия, логопедия и специална педагогика), които биха могли в професионалното си бъдеще да работят с деца с различни проблеми в развитието, по отношение на теми, свързани със СМР при децата.
- 5) Проучване мнението на родители на деца с установени признаци на СИД в или извън рамката на нозологичната единица по отношение на някои медицински и социални проблеми при техните деца и семейства.
- 6) Проучване мнението на специалисти, работещи в областта на детската рехабилитация, по отношение на теми, свързани с качеството на предлаганите услуги – обучения, допълнителни квалификации, условия на работа и мотивация в грижите за деца с проблеми.
- 7) Проучване мнението на родители на деца с различни проблеми в развитието по отношение на качеството на предлаганите медицински и немедицински услуги.

3. Работни хипотези

- Признаците на СИД сред децата в предучилищна възраст са често срещани, но неидентифицирани като проблем.
- Нарушенията в сензорната преработка, като част от клиничната картина при други нарушения в развитието, са често negliжирани в общия терапевтичен план.
- Информираността на родители, учители, медицински и немедицински специалисти по проблемите свързани със СИД е недостатъчна.
- Допускаме, че провеждането на подходящи обучения, както и скрининг на децата за признаци на СИД биха спомогнали за ранното идентифициране на състоянието и превенция на неговите усложнения, а навременната и качествената му терапия – за по-успешната ресоциализация на децата в семейството и общността.

4. Материал и методика на изследването

Обект на проучването

Обект на проучването са дейностите по разпознаване, оценка, терапия и превенция на деца със СИД в или извън рамките на нозологичната единица.

Предмет на изследването

Медицинските и социалните проблеми при деца със СИД

Технически единици на наблюдението

Техническите единици на наблюдение за отделните групи респонденти са категоризирани и описани в точка „време и място на проучването“. Най-общо това са:

- избрани държавни и частни детски градини на територията от цялата страна;
- избрани държавни и частни лечебни заведения и кабинети, профилирани за работа с деца с различни проблеми в развитието;

- определени висши учебни заведения.

Логически единици на изследването:

- деца в предучилищна възраст;
- студенти от следните специалности: кинезитерапия; ерготерапия; специална педагогика и логопедия;
- специалисти, практикуващи в областта на детската рехабилитация;
- родители на деца с различни проблеми в развитието, включително и на деца със СИД.

Признаци на наблюдение на логическите единици:

- признаци, свързани с установяването на сензорни дисфункции;
- признаци, свързани с установяване нуждата от превенция при децата със СИД;
- признаци, свързани с потребността от повишаване на информираността и провеждането на допълнителни обучения сред студентите и родителите по отношение на СИ;
- други признаци, свързани с медицинските и социалните проблеми при деца със СИД;
- признаци, свързани с качеството на предлаганите услуги в областта на детската рехабилитация.

Обем на проучването

Участието на всички респонденти в проучването е напълно доброволно и анонимно. Тяхното количествено разпределение е представено в таблица 3.

Таблица 3. Респонденти, взели участие в проучването

Респонденти	Брой	Отн. дял (в %)
Деца в предучилищна възраст	126	23,6
Студенти от специалност: кинезитерапия; ерготерапия; специална педагогика и логопедия	139	26
Родители на деца с установени признаци на СИД	200	37,5
Специалисти, практикуващи в МЦ „Деца с проблеми в развитието“	12	2,2
Родители на деца с различни проблеми в развитието	25	4,7
Специалисти, работещи в областта на детската рехабилитация	32	6
Общо	534	

Време и място на проучването

Според обхванатите от проучването респонденти времето и мястото за събиране на данни е както следва:

1) За децата в предучилищна възраст

- Време – от март до октомври 2021г.
- Място – редица детски учебни заведения, като тези за Софийска област съставляват 77 % от разгледаните случаи, а останалите 23 % са на деца от други области на страната, включващи следните градове: Пловдив (7,1 %); Бургас (4%); Варна; Асеновград; Борово; Разлог; Перник; Димитровград; Петрич; Смолян; Сливен; Казанлък; Сливница; Велико Търново; и Кърджали.

Част от УЗ са: 68 ДГ „Ран Босилек“; 10 ДГ „Чебурашка“; ДГ „Детелина“; 50 ДГ „Зайчето Куики“; ДГ „Зора“; ЦДГ „Малък Принц“; 22 ДГ „Великденче“; ДГ „Елица“; 70 ДГ „Пролет“; „Sweet sweet home“; „Pappelkiste“; ДГ „Райна Княгина“; ДГ „Орфей“; 78 ДГ Детски свят“; ДГ „Звънче“; 100 ДГ „Акад. Пенчо Райков“; 93 ДГ „Чуден свят“; 123 ДГ „Шарл Перо“; ДГ „Славейче“; 191 ДГ

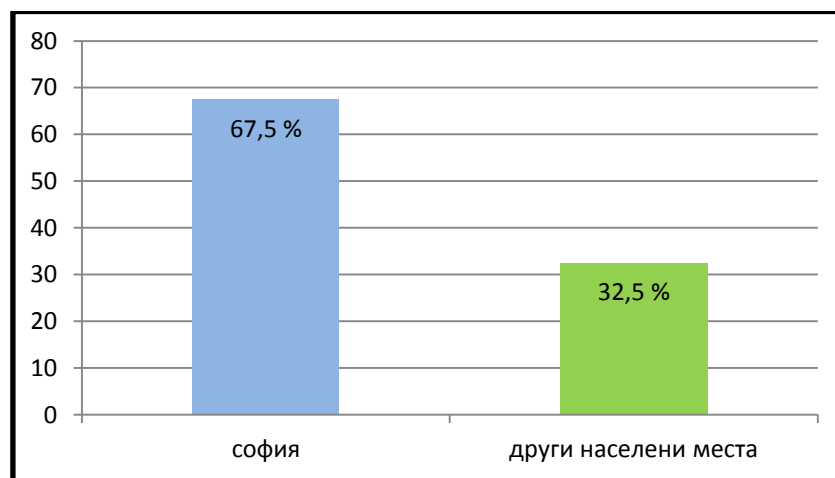
„Приказка без край“; ДГ „Елица“; родителски кооператив; ДГ „Ален Мак“; ДГ „Средец“; ДГ „Сарагоса“; ДГ „Фънки Кънки“; 13 ДГ „Калинка“; 86 ДГ „Асен Босев“; 64 ДГ „Първи Юни“; ДГ „Слънце“; 49 ДГ „Радост“; ДГ „Феникс“; 98 ДГ „Слънчево зайче“.

2) За студентите от специалност кинезитерапия, ерготерапия, специална педагогика и логопедия

- Време – от март до октомври 2021г.
- Място – СУ „Св. Климент Охридски“ – ФНОИ; НСА „Васил Левски“; РУ „Ангел Кънчев“; ВТУ „Св. Св. Кирил и Методий“; НБУ; ПУ „Паисий Хилендарски“; МУ – София – ФОЗ „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“.

3) За родителите на деца с установени признаци на СИД

- Време – от 13.09.2021г. до 15.10. 2021г.
- Място – населените места от които са респондентите на тази част от проучването са представени графично на фигура 1 и таблица 4.



Фиг. 1. Разпределение на родителите на деца с установени признаци на СИД според населеното място

Таблица 4. Разпределение на родителите на деца с установени признаци на СИД по градове

Населено място	Относителен дял (в %) за всеки от посочените градове
София	67,5
Варна	5
Пловдив	3
Стара Загора, Перник	2
Ямбол, Сливен, Шумен, Казанлък	1,5
Кюстендил, Враца, Плевен, Свищов, Русе, Габрово, Благоевград	1
Асеновград, Радомир, Видин, Петрич, Елин Пелин, Чернооково, Пазарджик, Сливница, Ловеч, Монтана, Горна Оряховица, Камено, Нови Искър, Бургас, Хасково	0,5

- 4) За специалистите, практикуващи в МЦ „Деца с проблеми в развитието“
- Време – месец октомври 2021г.
 - Място – МЦ „Деца с проблеми в развитието“, гр. София
- 5) За специалистите, работещи в областта на детската рехабилитация и родителите на деца с различни проблеми в развитието
- Време – от септември до ноември 2019г.
 - Място – респондентите, взели участие в тази част от проучването са от следните населени места: София, Русе, Бургас, Добрич, Благоевград и Момин проход.

Учрежденията, в които практикуват, включените в проучването специалисти са: МЦ „Деца с проблеми в развитието“, гр. София; Център за социална рехабилитация и интеграция „Детелина“, гр. Борово, област Русе; Ресурсен

център, гр. София; Логопедичен център „Милеа”, гр. София; СОДЦСИИ – Слатина, гр. София; Център за настаняване от семеен тип за деца и младежи с увреждания, гр. Благоевград; Ресурсен център гр. Добрич; ДМСГД гр. Бургас; Център за психично здраве гр. София; Първо помощно училище, гр. София; МБАЛ Токуда Болница, гр. София; Образователен център за деца с нарушен слух „Яника”; и Специализирана болница за рехабилитация – Момин проход.

Органи на наблюдение

Всички дейности по организирането, провеждането и анализирането на събраните данни по настоящия научно-изследователски труд са извършени самостоятелно. За разпространението на изготвените за целите на проучването въпросници потърсихме съдействието на редица: директори на ДУЗ; преподаватели на ВУЗ; колеги, работещи в областта на детската рехабилитация и разбира се сътрудничеството на родители както на деца в норма, така и на деца със СОП.

Етапи на цялостния изследователски процес

1) Подготвителен етап:

- ❖ Критичен анализ и синтез на научна литература по темата;
- ❖ Подготвяне на методиките за изследване и определяне на извадката, а именно:
 - скринингова оценка на сензомоторното развитие на деца в предучилищна възраст;
 - анализ на статистически данни по отношение на СИД сред деца с други проблеми в развитието и на данни от проведени интервюта в МЦ „Деца с проблеми в развитието;
 - анкетно проучване на студентите от следните специалности: кинезитерапия; ерготерапия; специална педагогика и логопедия ;
 - анкетно проучване на родителите на деца с установени признаци на СИД;
 - анкетно проучване на специалистите, практикуващи в областта на детската рехабилитация;
 - анкетно проучване на родителите на деца с различни проблеми в развитието.

2) Изследователски етап

Включва събирането на данни по избраните методики, което се осъществи в периода от септември 2019г. до октомври 2021г.

3) Заключителен етап:

- Обработка и анализ на всички данни;
- Изготвяне на изводи, заключение и препоръки въз основа на цялостно осъществения научно-изследователски труд;
- Разработване на „Алгоритъм за превенция на СИД при деца в предучилищна възраст“;
- Разработване на концептуален модел за терапевтичен подход при деца с установени признаци на СИД в или извън рамките на други разстройства в развитието;
- Изготвяне на списък с примерни обучителни курсове, подходящи за специалистите, практикуващи в областта на детската рехабилитация;
- Разработване на учебна програма за следдипломно обучение на медицински и немедицински специалисти, работещи в областта на детската рехабилитация на тема „Терапевтични подходи в грижите за деца със СИД“;
- Разработване на програми и организиране на теоретико-практически семинари на различни теми в областта на СИ като:
 - 1) „Кинезитерапевтичен подход при деца със сензорно интегративна дисфункция“ – предназначен за студентите от специалност „кинезитерапия“ и практикуващи кинезитерапевти;
 - 2) „Насоки за превенция на сензорните дисфункции в домашни условия при деца с различни проблеми в развитието“ – предназначен за родители на деца с различни проблеми в развитието;
 - 3) „Значение на сензомоторното развитие в първите години от живота на детето“ – предназначен за бъдещи и настоящи родители на деца до 7 годишна възраст; *Вариант 2:* лекция на тема „Значение на сензомоторното развитие в първата година от живота на детето“ – за бременни.

Методи, приложени в проучването

1) Методи за събиране на емпиричния материал:

- **документален метод** – събиране на информация от специализирана научна литература по изследвания проблем;
- **сензомоторен въпросник за скринингова оценка** на деца в предучилищна възраст (SENSORIMOTOR HISTORY QUESTIONNAIRE FOR PRESCHOOLERS) на G. A. DeGangi & L. A. Balzer – Martin. Този въпросник е международно използван, скринингов инструмент, който е валидиран за деца от 3 до 5-годишна възраст включително. Получените резултати са на база дадените от родителите отговори и са изчислени по точкова система за всяка от разглежданите области на СМР (прил. 1). С цел да бъде по-лесно разпространен и по-достъпен, въпросникът бе предварително преведен и подготвен в Google формуляр.
- **социологични методи:**
 - ❖ **полуструктурирани интервюта** със специалисти (прил. 2);
 - ❖ **анкетно проучване** сред:
 - студентите от специалност кинезитерапия, ерготерапия, специална педагогика и логопедия (прил. 3);
 - родители на деца с установени признаци на СИД (прил. 4);
 - специалисти, работещи в областта на детската рехабилитация (прил. 5);
 - родители на деца с различни проблеми в развитието (прил. 6).

2) Методи за обработване на емпиричния материал

Първоначалната обработка и събирането на данни за част от приложените методики се осъществи с помощта на алгоритъм, заложен в използваните от нас **Google forms**. Тези форми станаха предпочитани от нас поради лесното им изготвяне, бързото им разпространение и връщане на отговор, запазване на анонимност и автоматично обобщаване на получените данни.

За обработка на друга част от получените в изследването данни се използва специализиран статистически пакет **SPSS – 13-та версия**.

Използваните **статистически методи** са:

- Описателни статистически методи:
 - Таблични – едномерни таблици за честотно разпределение;

- Графични – кръгова диаграма за честотното разпределение.
- Непараметрични статистически методи, доказали своята пригодност в социологическите проучвания:
 - непараметрични методи за търсене на зависимости;
 - непараметричен корелационен анализ;
 - непараметричен вариационен анализ;
 - дисперсионен анализ;

Статистическо заключение – проверка на статистически хипотези (проверка за нормалност на разпределението), посредством непараметричен тест на Колмогоров-Смирнов (Nonparametric Test of Kolmogorov-Smirnov).

Статистически достоверни различия са приети при $p < 0,05$

ГЛАВА ТРЕТА

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

1. Анализ на резултатите по отношение на проведена скринингова оценка на СМР на деца в предучилищна възраст

Общия брой на децата, на които успяхме да направим скринингова оценка на СМР за периода е **126**, като за 113 от тях е посочено, че са в норма, а за останалите 13, че са със *специални образователни потребности (СОП)*. Резултатите за двете групи ще бъдат разгледани поотделно.

От всички родители на децата, включени в проучването, **20% не са пожелали обратна връзка** за получаване на резултатите от оценката. При 76% от тези случаи, установихме, че децата имат риск в една или повече области на СМР, но това не бе възможно да бъде споделено с родителите.

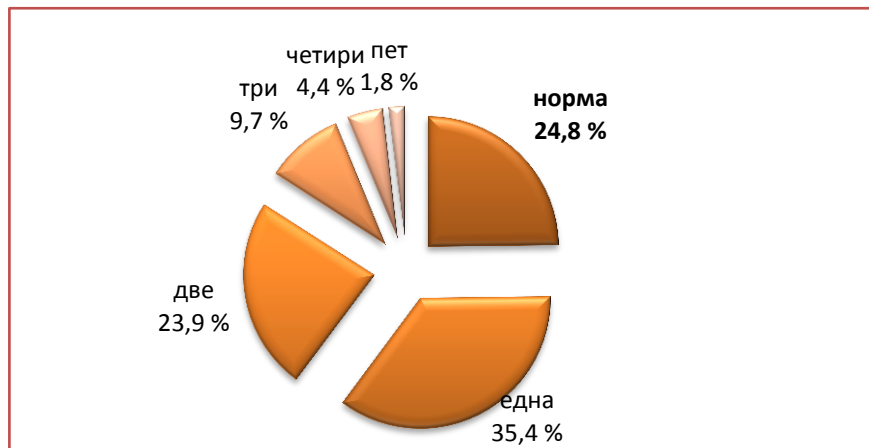
Нито един от родителите, включително и тези на децата, при които установихме риск в някои от областите на тяхното СМР, не пожела повече информация, допълнителна оценка или някакъв друг вид съдействие от нас по установения проблем.

Анализ на резултатите при децата в норма



Фиг. 2. Участие по пол при децата в норма

Обхванатите от скрининга деца в норма са **113**, като от тях 65 са момчета, а останалите 48 – момичета. От общия брой деца в норма, само **8,8% са недоносени**, поради което не можем да правим статистически извадки и/или да търсим зависимости по отношение на този показател.



Фиг. 3. Брой на засегнатите области на СМР при децата в норма

От включените в проучването деца в норма, **само при 24,8 %** от тях **не се установява риск** по отношение на разглежданите области на сензомоторното им развитие. Този изключително нисък относителен дял като резултат е от съществено значение за доказване на необходимостта от провеждането на превантивни мерки спрямо признаците на СИД сред децата в предучилищна възраст.

При останалите **75,2%** се наблюдава **риск** в една или повече области на СМР. Най – висок е относителния дял на децата в риск поне в една от областите на СМР – 35,4%, следвани от тези с риск в две области – 23,9%.

Тези резултати би следвало да заинтригуват в голяма степен родители, учители и редица специалисти по детското здраве, чиято намеса е с особена важност.

Таблица 5. Честота на засягане за отделните области на СМР при децата в норма, които са с установен риск

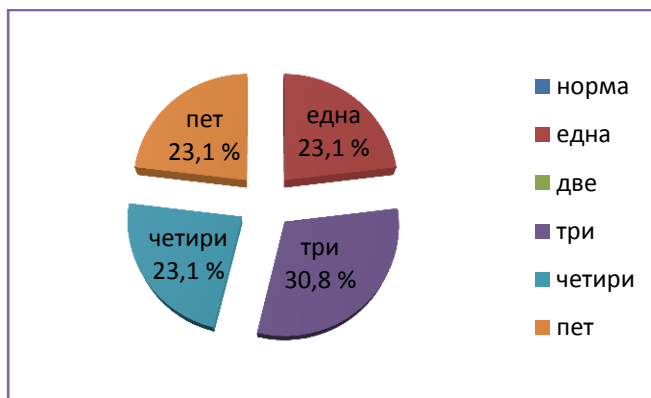
Област на СМР	честота на засягане (отн. дял в %)
Саморегулация (ниво на активност и внимание)	47,1
Сензорна преработка при допир	15,3
Сензорна преработка при движение – хипореактивност	29,4
Сензорна преработка при движение – свръхреактивност	51,7
Емоционално развитие	30,6
Двигателно развитие (моторно планиране и координация)	22,3

Резултатите показват, че при децата в предучилищна възраст, най-често се наблюдава риск в сензорната им преработка при движение и по-точно в това, че проявяват свръхреактивност при определени двигателни стимули – при малко повече от половината разгледани случаи (51,7%). На второ място се отчита риск по отношение на саморегулацията (ниво на активност и внимание) – при 47,1% от разгледаните случаи, а на трето място – риск в емоционалното развитие с 30,6% честота на засягане.

Тези резултати демонстрират необходимостта от подкрепа на децата в преодоляването на посочените затруднения, както и в подготовката им за придобиването на академични и социални умения в следващите етапи от своето развитие.

Анализ на резултатите при децата със СОП

Обхванатите от изследването деца със СОП са 13, от които 3 момичета (23,1%) и 10 момчета (76,9%). Относителния дял на недоносените е 15,4%, което е почти двойно по стойност в сравнение с този при децата в норма.



Фиг. 4. Брой на засегнатите области на СМР при децата със СОП

Резултатите от скрининговата оценка показват, че **при всички деца със СОП се установява риск в СМР**. Признаци на дисфункции се наблюдават най-често в поне три от разглежданите области – в 30,8% от случаите.

Таблица 6. Риск на засягане за отделните области на СМР при децата със СОП

Област на СМР	Риск (в %)
Саморегулация (ниво на активност и внимание)	61,5
Сензорна преработка при допир	38,5
Сензорна преработка при движение – хипореактивност	30,8
Сензорна преработка при движение – свръхреактивност	61,5
Емоционално развитие	69,2
Двигателно развитие (моторно планиране и координация)	76,9

При децата със СОП най-често се наблюдава риск в областта „двигателно развитие – моторно планиране и координация“ – в 76,9% от разглежданите случаи. На второ място е риск в емоционалното развитие с 69,2%, а третото място е за саморегулацията и сензорната преработка при движение (свръхреактивност) с по 61,5%.

Резултатите при децата със СОП предопределят необходимостта от **задължителна превенция** на състоянието при тях, както и от провеждането на специализирани терапевтични грижи с акцент върху праксисните им умения, емоционалното им развитие и способностите им за саморегулация.

2. Анализ на резултатите относно водещи медико-социални проблеми при деца с установени признаци на СИД в рамките на други разстройства в развитието, проучени в МЦ „Деца с проблеми в развитието“, гр. София

Таблица 7. Новорегистрирани пациенти за МЦ „Деца с проблеми в развитието“, според диагнозата си по МКБ – 10, за периода 2018 – 2020 година.

Наименование на болестите по МКБ – 10	2018	2019	2020
<i>Общ брой</i>	84	109	69
Психични и поведенчески разстройства	24	37	17
• Специфични разстройства в развитието	16	31	13
• Генерализирани разстройства в развитието	8	6	4
Болести на нервната система	24	36	21
• Енцефалит, миелит и енцефаломиелит		1	
• Епилепсия, епилептичен статус	2	9	1
• Детска церебрална парализа и други паралитични синдроми	22	26	20
Болести на органите на кръвообращението			1
• Мозъчносъдови болести			1
Някои състояния, възникващи през перинаталния период	27	24	25
• Увреждания на плода и новороденото от патологични състояния на майката, усложнения на бременността, раждането и родоразширението		1	
• Забавен фетален растеж, хипотрофия на плода и разстройства, свързани със скъсяване срока на бременността и ниско тегло при раждане	23	23	23

• Родова травма	4		2
Вродени аномалии (пороци на развитието), деформации и хромозомни аберации	8	12	5
• Вродена хидроцефалия и spina bifida	1	5	1
• Други вродени аномалии (пороци на развитието) на нервната система	6	4	2
• Вродени аномалии (пороци на развитието) и деформации на костно-мускулната система	1	2	
• Синдром на Down		1	2
Травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини	1		
• Травми на главата и шията	1		

По отношение на сензорните дисфункции при отделните болестни категории, присъстващи в медицинския център с най-голям относителен дял за разглеждания период, можем да представим данни за: децата, изследвани за СИД; децата, при които са се установили сензорни дисфункции; и за децата, които са започнали да провеждат СИТ (табл. 8).

Таблица 8. Данни за СИД в МЦ „Деца с проблеми в развитието“

Болестна категория	Общ брой нови случаи за периода 2018-2020	Отн. дял (в %) на Децата, изследвани за СИД	Отн. дял (в %) на Децата, за които са се установили сензорни дисфункции	Отн. дял (в %) на Децата, които са започнали да провеждат СИТ
Психични и поведенчески разстройства	78	94	96	93
Болести на нервната система (от които 84% с ДЦП)	81	47	66	32

Някои състояния, възникващи през перинаталния период (от които 91% са недоносени)	76	74	86	39
Вродени аномалии (пороци на развитието), деформации и хромозомни аберации	25	80	75	87

От представените данни се вижда, че най-висок е относителния дял (94%) на децата изследвани за признаци на СИД от категория „Психични и поведенчески разстройства“, от които при 96% се установяват и налични дисфункции. От тези деца, почти всички (93%) са започнали да провеждат СИТ.

С най-нисък относителен дял (47%), изследвани за признаци на СИД са децата от категория „Болести на нервната система“, където най-голям дял имат децата с ДЦП. От тях при 66% са се установили дисфункции, но само 32% са започнали специализирана терапия.

Високи относителни дялове на СИД се установяват при децата с вродени аномалии (75%) и при недоносените (86%). И докато голяма част (87%) от децата с вродени аномалии започват провеждането на СИТ, то при недоносените на преден план остават други терапевтични подходи и само 39% от тях се включват в занимания по сензорна интеграция.

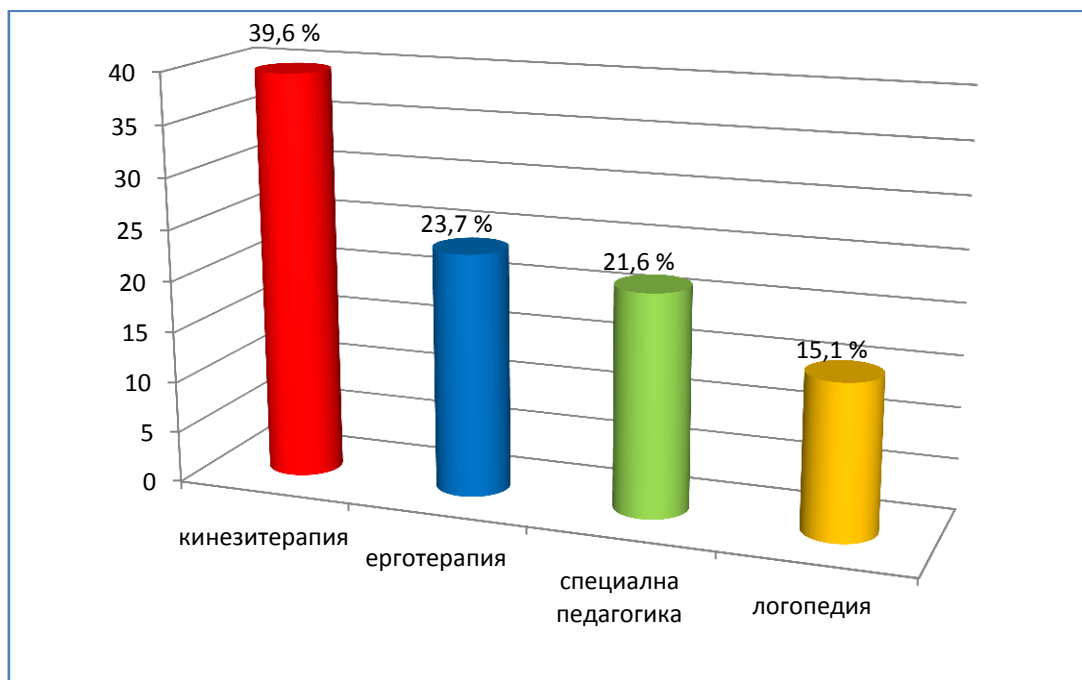
От проведените **интервюта със специалистите** (кинезитерапевти, логопеди, специален педагог, клиничен психолог и медицински рехабилитатори ерготерапевти), практикуващи в същия медицински център можем да представим в обобщен вид част от тяхното мнение и гледни точки, относно проблемите, свързани със СИД.

- ❖ Независимо от различията в контингента с който работят отделните специалисти, те наблюдават признаци на сензорни дисфункции в по-малка или по-голяма степен при всички деца.
- ❖ С изключение на кинезитерапевтите, всички специалисти имат един или друг вид допълнително обучение в областта на СИ и при наличие на сензорни дисфункции прилагат техники за тяхното повлияване.
- ❖ Някои от възможните причини според специалистите, децата със СИД да не провеждат специализирана терапия са:
 - не пълното разбиране на проблема от страна на родителите;

- negliжиране на проблема от страна на родителите;
 - наличие на водещи двигателни нарушения, при което родителите не разбират връзката за тяхното повлияване чрез въздействие върху сетивните системи, т.е. липса на информираност;
 - недостиг на финанси за допълнителни терапии;
 - неизяснени дефицити, т.е. проблема не е диагностициран;
 - недостиг на квалифицирани кадри (особено в провинцията);
- ❖ Направления в които специалистите наблюдават подобрене сред децата, провеждащи в допълнение към основната си терапия и специализирана терапия спрямо признаците на СИД са:
- емоционално-поведенческата сфера;
 - саморегулация;
 - концентрация и внимание;
 - ориентация в пространството;
 - дейностно изпълнение;
 - социални взаимодействия;
 - когнитивни умения (вкл. академични умения);
 - постурален контрол;
 - двигателни умения;
 - баланс;
 - координация.
- ❖ Някои от препоръките на специалистите са:
- провеждане на подходящи обучения на специалистите, практикуващи във всички области на работа с деца;
 - формиране на тренинги специално за родители;
 - да се „говори“ повече за СИ и свързаните с нея проблеми, тъй като родителите не са наясно с нейната същност и значение;
 - да се осигурят повече квалифицирани кадри, вкл. и в детските градини;
 - да има повече специалисти в образователната система.

3. Анализ на резултатите относно информираността, интересите и мненията на студентите от специалност кинезитерапия, ерготерапия, специална педагогика и логопедия по теми, засягащи СМР при децата

При проучване на информираността, интересите и мнението на студентите относно темите, свързани със сензомоторното развитие при децата, най-голям интерес и активност проявиха тези от специалност „кинезитерапия“ с общ относителен дял от 39,6%, следвани от студентите от специалност „ерготерапия“ – с 23,7% (фиг. 5).



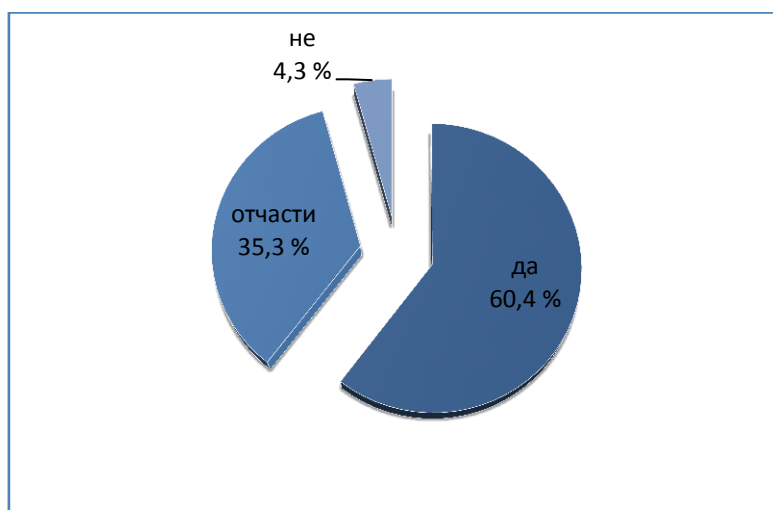
Фиг. 5. Участие на студентите според специалността

Този резултат бихме казали, че е изключително удовлетворяващ за нас, тъй като именно от тези специалисти се очаква най-много в бъдещ професионален план да бъдат ангажирани с дейности, включващи елементи от СИТ при деца със СИД. Познанията на специалните педагози и логопедите в областта, далеч не твърдим, че са излишни, а по-скоро, че са им необходими до толкова, че да градят върху тях своите по-специфични практики и техники.



Фиг. 6. Участие на студентите според курса на обучение (отн. дял в %)

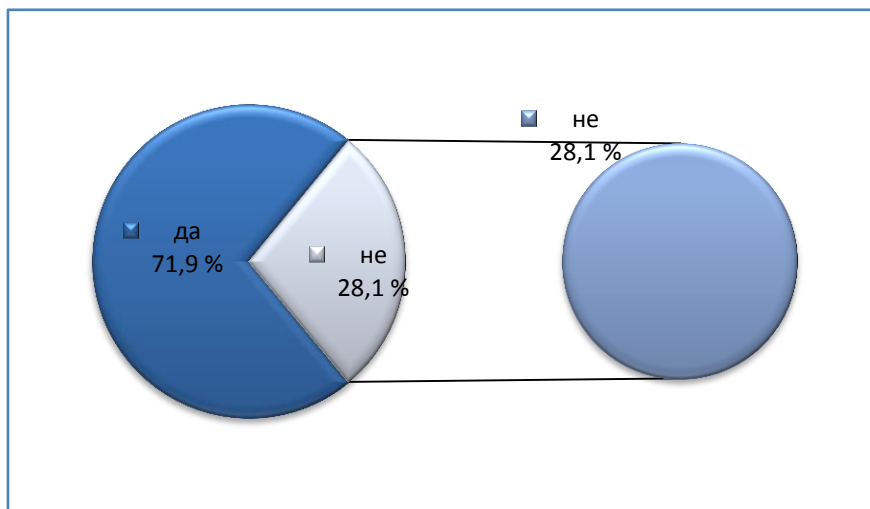
Една от препоръките при провеждане на изследването бе в него да вземат участие студенти от по-горните обучителни курсове. Целта бе да се проучи мнението преди всичко на тези студенти, които в една или друга степен вече са запознати с разглежданата тема, за да не се допуснат грешки именно в изводите и анализите. Радваме се, че тази препоръка бе спазена и се постигна висок относителен дял на участие на студентите от трети курс, четвърти курс и магистри с общ сбор от 80,6 %.



Фиг. 7. Доколко са запознати студентите със сензомоторното развитие

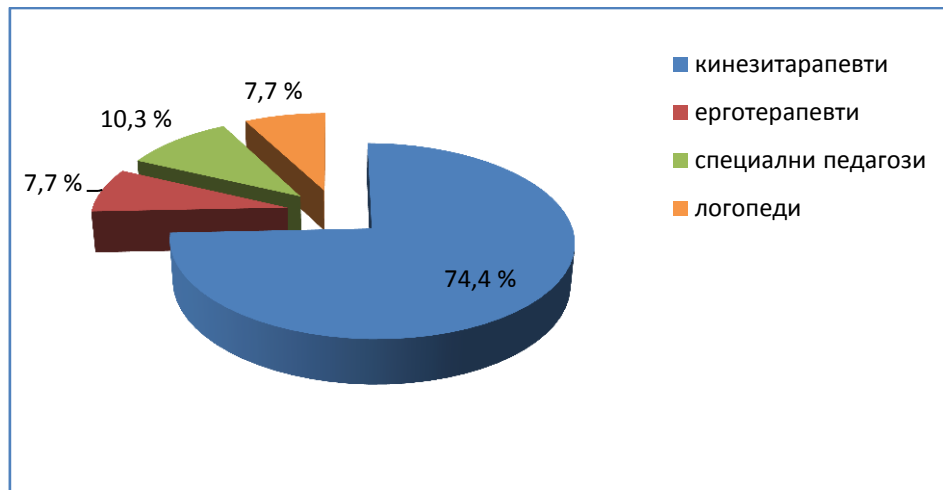
Въпреки, че малко повече от половината (60,4%) от студентите, взели участие в проучването твърдят, че са запознати със сензомоторното развитие, остава не малък

общ относителен дял (39,6%) на тези, които не са достатъчно уверени в своите познания – 35,3% са отговорили, че са запознати отчасти и 4,3%, че не са запознати. Ето защо проблемите, които разглеждаме в областта бихме ги определили като актуални и сред студентите от включените специалности. Ние считаме, че техните познания са от съществено значение за по-нататъшното решаване на проблемите на СИД в професионалната им практика. А основата на тези познания и интересите към тях трябва да се градят още в най-ранните етапи на професионалното им обучение, което е добре да се случи именно в университета.



Фиг. 8. Запознати ли са или не студентите със същността на СИ и СИД

От всички студенти, участващи в проучването 28,1% са посочили, че не знаят какво е СИ и СИД (фиг. 8). Въпреки, че посоченият процент не е изключително висок, за нас представлява интерес студентите от кои специалности го съставляват. След допълнителни анализи установихме, че с най-висок относителен дял в това отношение са кинезитерапевтите със 74,4%, на второ място са специалните педагози с 10,3%, а ерготерапевтите и логопедите са с равен относителен дял от по 7,7% (фиг. 9). Първото място на кинезитерапевтите е причина да мислим в посока на това, че те най-много се нуждаят от допълнително модулно или курсово обучение в разглежданата област.



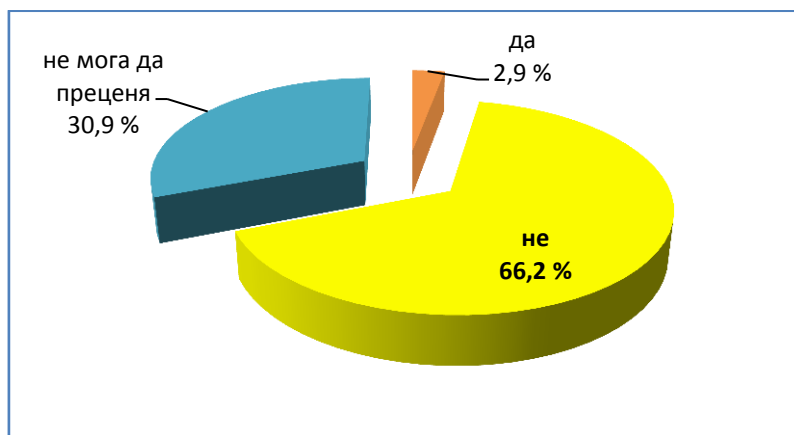
Фиг. 9. Относителен дял на студентите по специалности, които не са запознати със СИ и СИД

От всички студенти, които са посочили, че не знаят какво е СИ и СИД, 2,9% са отбелязали обаче, че знаят, че признаци на СИД освен при типично развиващи се деца са често срещани и при деца с ДЦП, деца от Аутистичния спектър, деца със СОП, недоносени и др. Това разминаване в процентното съотношение от дадените отговори ни кара да смятаме, че познанията на тези студенти са незадоволителни и повърхностни.

Включването на анкета за студенти в цялостното ни изследване е не само с цел да проучим тяхното мнение, да определим нивото на техните познания в областта, но и да им привлечем вниманието, да ги мотивираме и да ги ангажираме. Част от въпросите, включени в анкетата за студенти са изготвени с цел да провокират у тях по-скоро теми за размисъл относно проблеми свързани със СИД, отколкото да получим от тях мнение като директни наблюдатели или участници в разглежданите процеси. Крайната цел е формирането на причинно-следствени връзки и повишаване на тяхната мотивация да участват активно в решаването на проблемите на СИД в професионалното си бъдеще.

Ангажираността на децата в ДГ с физически занимания, подвижни игри и активности, според 64% от студентите **не** са достатъчни. Според 18,7% от тях смятат, че децата са достатъчно ангажирани с такива дейности, но за съжаление само в частните учебни заведения. Една от идеите, която се обосновава с този резултат е, че трябва да се разширят двигателните дейности на децата, особено на тези в държавните УЗ.

Осигуряването на достатъчно възможности на децата да си взаимодействат с естествено заобикалящата ги среда от техните родители, според повечето студентите (74,1%) се осъществява само от малка част от тях. Според 17,3% от студентите родителите не осигуряват достатъчно такива възможности, а според 8,6% – такива възможности се осигуряват от голяма част от родителите. От получените резултати можем да заявим необходимостта от това родителите да бъдат информирани повече относно нуждите на децата във връзка с тяхното пълноценно сензомоторно развитие. Повече от половината от анкетиранияте студенти (65,5%) посочват, че сензомоторното развитие може да се развие еднакво добре както в селата, така и в градовете. Като специалисти в областта, това твърдение можем да го подкрепим за вярно, но при условие, че на децата им бъдат осигурени именно такива възможности. В противен случай, по-добро сензомоторно развитие се очаква да получат децата живеещи на село, където естествения им контакт с природата в чистия и неподправен вид е по-голям и по-значим. Разликата в отговорите е незначителна с 1,5% в полза на тези, които смятат, че в селата може да се развие по-добра сензомоторика (18 %) спрямо тези според, които това се случва по-добре в градовете (16,5%).

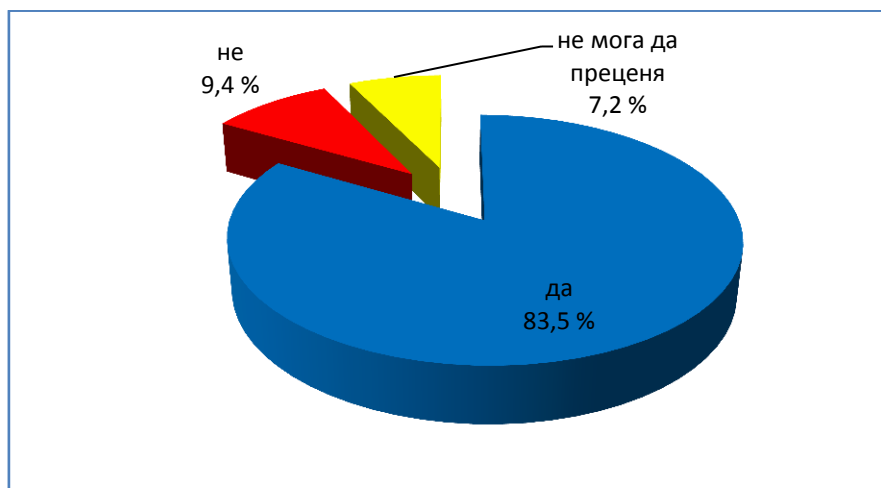


Фиг. 10. Мнение на студентите, дали в България се осъществява достатъчно промоция на здраве и превенция на болестите в детска възраст

През последните десетилетия темите свързани с промоция на здравето и превенция на болестите са изключително актуални. Непрекъснато се осъществяват различни кампании от държавните или някои частни неправителствени организации във връзка с различни социално значими заболявания. Когато се касае, обаче за детското здраве

смеем да твърдим, че усилията на всички ни трябва да бъдат още по-големи в тази насока. Това е така, защото то е не само мерило за здравната култура на обществото, както го определят някои автори, а е и отражение на личното ни отношение към бъдещето.

Повече от половината (66,2%) от бъдещите специалисти по детско здраве са на мнение, че в България не се осъществява достатъчно промоция на здравето и превенция на болестите сред децата, 30,9% не могат да преценят, а едва 2,9% смятат, че това което се прави на национално ниво е достатъчно. Този въпрос по-късно ще бъде сравнен и с мнението на родителите, които имат по-директни наблюдения върху тези тенденции. Важността на въпроса изхожда от това да установим нуждата от предприемането на стратегии в тази посока.

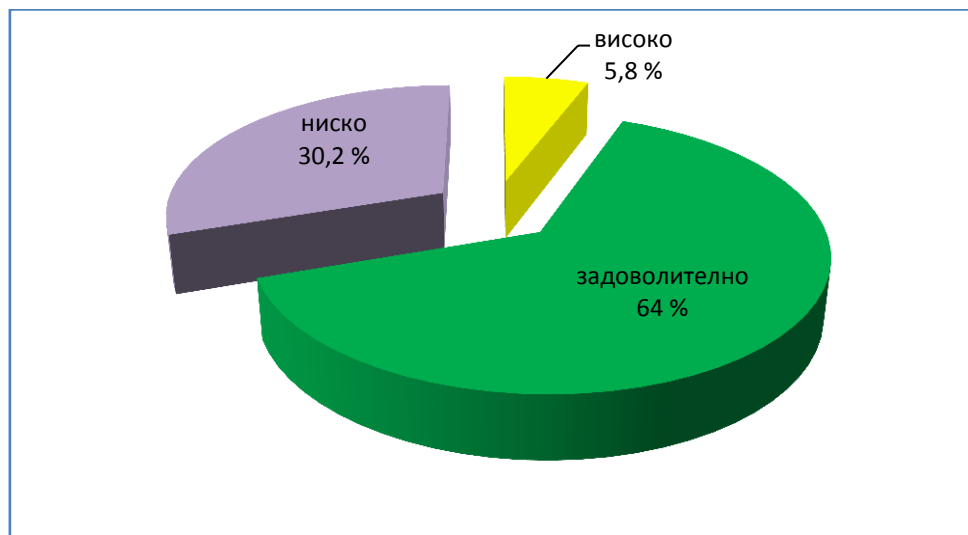


Фиг. 11. Доколко студентите се чувстват мотивирани да работят с деца със специални потребности в професионалното си бъдеще

През 2020г. председателят на Националната асоциация на ресурсните учители в България прави изказване, че децата и учениците със СОП в страната ни са приблизително 25 000. Според него данните на СЗО сочат, че всяко десето дете в света е с различна степен на увреждания или със специални потребности. [170] Въз основа на тази статистика считаме, че съществува крайна необходимост от наличието на различни професионалисти, които да поемат грижата за здравето и образованието на тези деца, освен разбира се на първо място тези на техните родители. Да имаш мотивация в работата с деца със специални потребности е водеща сила за постигането

на желаните резултати. Без мотивация няма успех. За съжаление, такива специалисти в страната ни продължават да бъдат в дефицит.

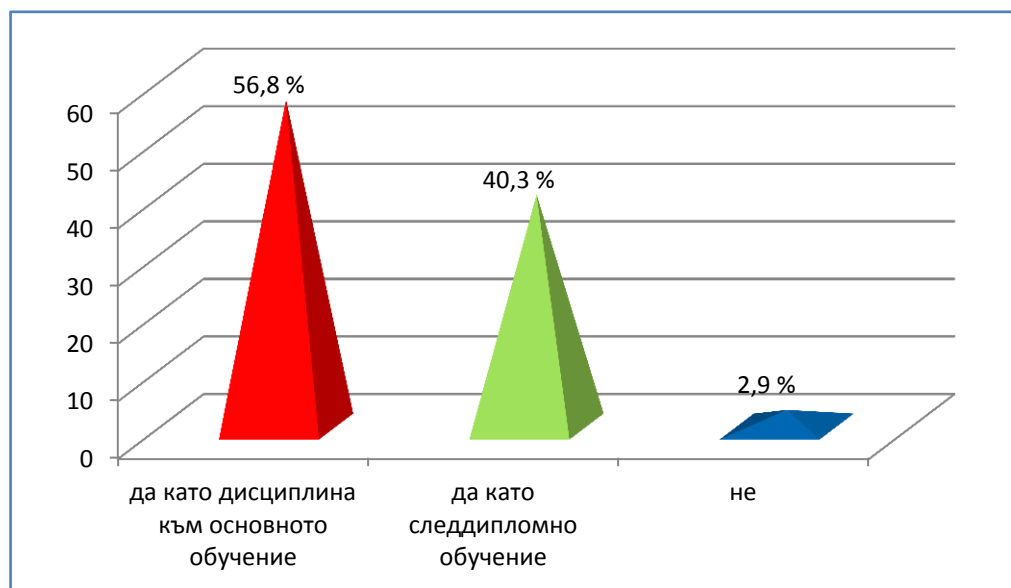
От проведената анкета, обаче резултатите сочат, че най-висок е относителният дял на студентите, които са отговорили, че са мотивирани да работят с деца със специални потребности в професионалното си бъдеще – цели 83,5%. Този резултат може само да ни радва и да се надяваме, че специалните деца на България ще намерят подкрепа в тяхно лице. Но подкрепа следва да получат и студентите и то най-вече с осигуряване на възможности за придобиване на познания на високо професионално ниво. Делът на студентите, които не се чувстват мотивирани е 9,4%, а останалите 7,2% – не могат да преценят.



Фиг. 12. Самооценка на студентите за нивото на техните знания и квалификации по отношение на сензомоторното развитие при децата и неговите отклонения

Самокритичността е едно от задължителните качества, които трябва да притежава всеки добър професионалист независимо от сферата в която работи. Само когато човек е критичен към себе си може да бъде отворен и към това да надгражда над своите познания, умения и възможности и по този начин да постига желаните успехи и признанието на околните. В проведената анкета над половината от студентите (64%) оценяват личните си познания в разглежданата област на задоволително ниво. Сериозен е относителният дял и на тези, които ги оценяват на ниско ниво – 30,2%, а най-нисък е относителният дял на тези, които ги определят на високо ниво – 5,8%. От тези

результати можем да кажем, че почти всички студенти (94,2%), включени в изследването притежават самокритичност, която би им помогнала в тяхното професионално израстване. Тук можем само да споменем мисълта на Зенон за кръга на знанието сред морето на незнанието, според която „Колкото по-голям е кръга на нашите познания, толкова повече са допирните ни точки с незнанието“.



Фиг. 13. Интерес на студентите да разширят своите компетенции с обучение в областта на СИ

При почти всички студенти (97,1%) отчитаме интерес към провеждането на евентуално обучение в разглежданата област, като 56,8% от тях посочват, че биха желали то да е включено към основното им обучение, а останалите 40,3% предпочитат да е под формата на следдипломно обучение. Само 2,9% от студентите или само 4-ма от 139 студента включени в проучването са посочили, че не биха разширили компетенциите си с подобно обучение. Тези резултати ни показват, че сме провокирали интерес сред студентите и следва той да бъде удовлетворен с организирането на подходящи обучения в областта според различните специалности.

Като специалисти в областта смятаме, че ако подобно обучение бъде включено като дисциплина към основното обучение, то материалът заложен в него трябва да обхваща основните линии и направления на теорията за СИ. А ако бъде организирано като

следдипломно обучение, материалът заложен в него трябва да включва не само основата и разбирането за СИ, но и повече насоки за оценка и приложни техники за повлияване на дисфункциите на СИ.

Подобно следдипломно обучение бихме го препоръчали на специалисти, които не само са се насочили към работата с деца, но и които биха заложили на този подход като основа, на която да стъпят след това и прилаганите от тях, други подходящи терапевтични техники и методи в практиката им.

Прилагането на който и да е терапевтичен подход трябва да бъде систематичен, с разбиране и участие на родителите на децата, приятен за самите деца и с възможности за индивидуализиране, а постигнатите резултати от него да са с приложен в ежедневието характер. Това са много важни принципи, от които трябва да се ръководи всеки специалист при избора си на подход в работата. Ето защо смятаме, че и той е този, който трябва не просто да определи, а да вярва, че това което ще препоръча или провежда като терапия в различните клинични случаи от своята практика, ще доведе до успех. Когато говорим за терапия при деца, обаче успех би се постигнал не само с постоянство в терапията от страна на терапевта, но и с такова от страна на родителите им.

4. Анализ на резултати относно водещи медицински и социални проблеми при децата със СИД по мнението на техните родители

От проведеното проучване отчитаме, че е най-висок относителния дял на участие на родителите на деца на възраст между 6 и 12 години, малко повече от половината – 53,5%, а най-нисък е този на децата до 2 годишна възраст – 3,5% (таблица 9).

Таблица 9. Относителен дял на участие на родителите според възрастта на детето им

Възраст на детето	Относителен дял (в %)
от 0 до 2 годишна възраст	3,5
от 3 до 5 годишна възраст	18,5
от 6 до 12 годишна възраст	53,5
от 13 до 18 годишна възраст	24,5

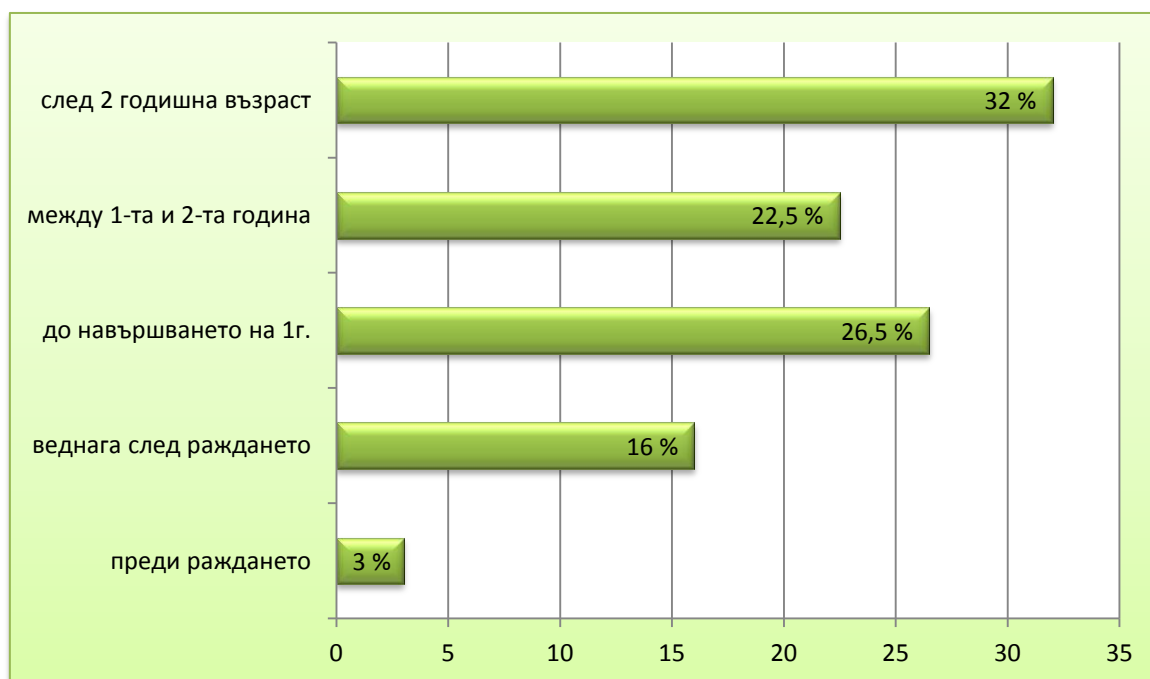
Предположенията ни за по-ниското участие на родители на деца до две годишна възраст са обвързани и с по-ниското им диагностициране в този период.

Таблица 10. Разпределение на проучваните семейства според проблемите в развитието на детето, като водеща диагноза

Проблем в развитието	Относителен дял (в %)
ДЦП	28
Други проблеми в невромоторното развитие	17
Аутистичен спектър	36
Други говорни нарушения	12
Други психо-емоционални разстройства	3
Обучителни нарушения	4

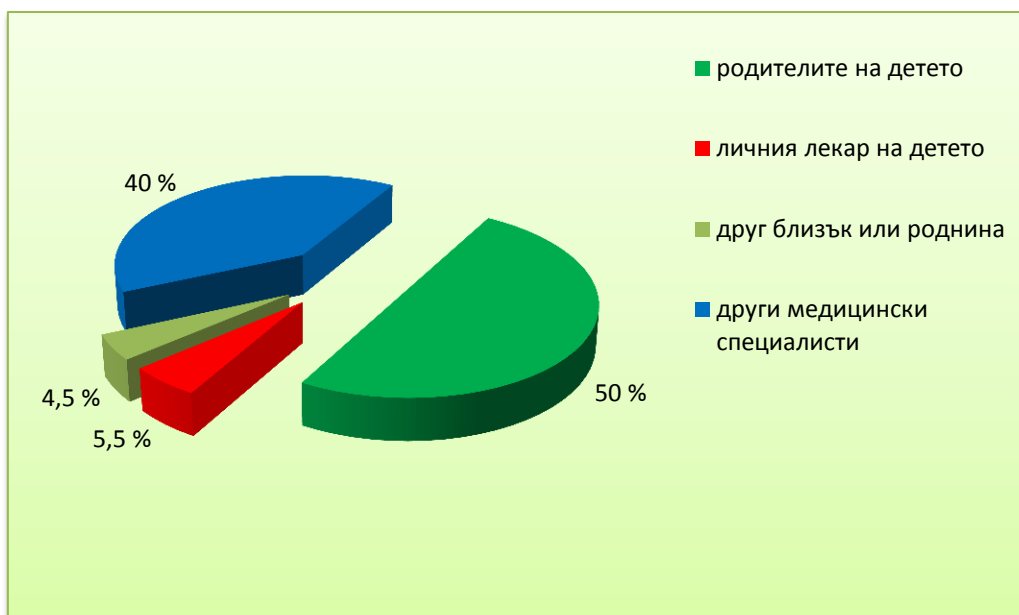
Тъй като СИД не е обособена като самостоятелна диагноза е важно да отчетем при какви диагностични състояния се установяват признаци на сензорни дисфункции. Най-висок е относителния дял на децата със сензорни дисфункции, чиито родители са отбелязали, че техните основни проблеми в развитието се отнасят към аутистичния спектър (36%), на второ място като водещ проблем са отбелязали ДЦП (28%), а на трето място са посочили „други проблеми в невромоторното развитие“ (17%).

Много важно тук е да отбележим, че повече от половината от родителите (62%) са посочили, че са срещнали затруднения при установяване на диагнозата на тяхното дете.



Фиг. 14. Възраст на детето, когато е установено наличието на проблем

От получените данни установяваме сравнително висок относителен дял (32%) на децата, при които е установено наличието на проблем едва след 2 годишна възраст. Този резултат е притеснителен не само от гледна точка на това, че нито родителите, нито техните лични лекари са забелязали проблеми в по-ранен етап, а и от това, че е изгубено ценно време за терапия през най-подходящият за това период от развитието на детето.

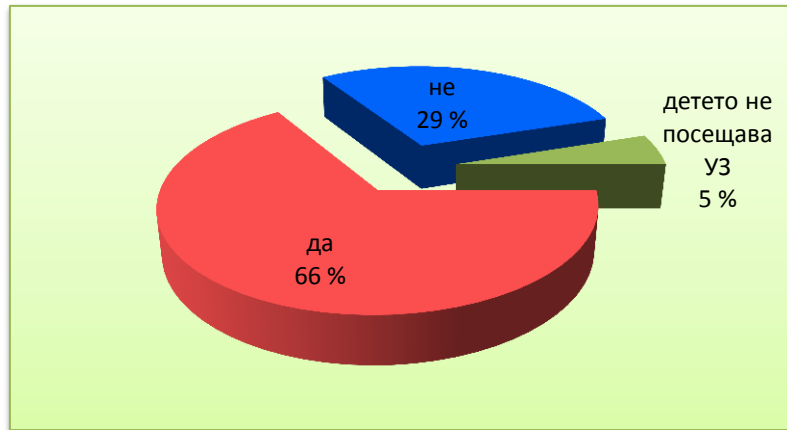


Фиг. 15. Разпределение на хората, които първи са установили наличието на проблем в развитието на детето

Въпреки изложените по-горе данни родителите са тези, които в 50% от случаите първи са забелязали, че детето им има проблем. За съжаление, обаче личните лекари на децата са с изключително нисък относителен дял в това отношение, само в 5,5% от разгледаните случаи те са установили наличието на проблем. С относителен дял от 40% са другите медицински специалисти, а в 4,5% от случаите наличието на проблем е забелязан от други близки или роднини.

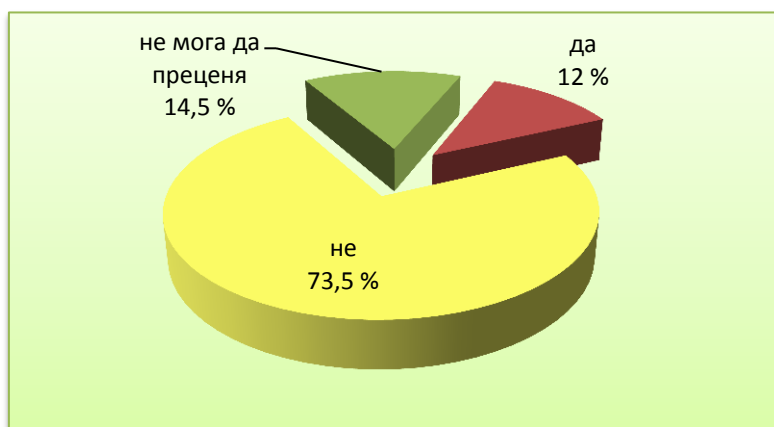
От тези резултати не можем да не споделим мнението си, че не само родителите на децата се нуждаят от повече информираност относно критериите, по които трябва да следят за пълноценното развитие на техните деца, но и необходимостта от организирането на допълнителни обучителни курсове и семинари за личните им лекари, на различни теми и проблеми, свързани с детското развитие. До голяма степен, те имат най-голяма отговорност като здравни специалисти за селектирането и/или диагностицирането на проблеми сред децата в най-ранните етапи от тяхното развитие, по време на извършваните от тях детски консултации. При съмнение за наличие на определен проблем се очаква именно те да насочат родителите към най-подходящите специалисти за неговото доизясняване. Ако те не са достатъчно запознати с определени състояния, твърде вероятно е това да не се случи, проблемът да не се забележи, а при съмнения от страна на родителите дори да се отрече, и така докато проблема не се

задълбочи и не стане явен. За съжаление, като специалисти в областта на СИ смеем да твърдим, че това е често срещана практика, поради което терапиите на децата със СИД и не само да са изключително забавени във времето.



Фиг. 16. Срещат ли затруднения родителите при посещаването на детето им в УЗ

Повече от половината от родителите (66%) са посочили, че срещат затруднения при посещаването на детето им в УЗ. Въпреки усилията и множеството програми в посока на интегриране на децата със специални потребности в образователната система виждаме, че все още съществуват проблеми в това отношение. От включените в проучването родители, 5% са отбелязали, че детето им не посещава учебно заведение. Причините за това можем да търсим със следващите ни въпроси.

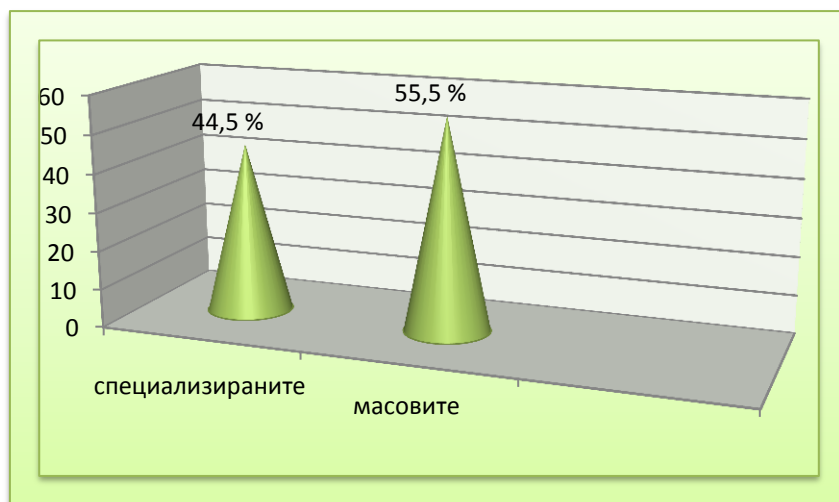


Фиг. 17. Мнение на родителите, доколко персонала в ДУЗ има необходимата подготовка за да посрещне адекватно нуждите на техните деца

Нуждата от допълнителни обучения и квалификации на персонала в ДУЗ винаги е била една от темите на дневен ред сред обществото ни. Доколко това се осъществява, обаче зависи не само от Министерството на образованието, което е добре да финансира периодично това, но и от управлението на отделните УЗ и разбира се от личната мотивация на персонала, независимо от длъжността, която изпълнява.

Изключително висок е относителният дял на родителите, които смятат, че персонала в ДУЗ нямат необходимата подготовка за да посрещне адекватно нуждите на техните деца, цели 73,5%. Само 12% от родителите отбелязват, че персонала има необходимата подготовка, а 14,5% не могат да преценят това.

Тези резултати могат да се разгледат като една ниска оценка, която се поставя от родителите на децата със специални потребности върху образователната ни система. Те явно заявяват недоверието си към нея и става ясно, че не усещат достатъчно подкрепа от нейна страна в така или иначе трудното отглеждане на своите деца.



Фиг. 18. ДУЗ, които са по-подходящи за децата със специални потребности според техните родители

Желанието на родителите, учителите и обществото като цяло винаги е било децата със СОП да бъдат интегрирани успешно сред децата в норма. Ето защо въпреки, предходните резултати, мнението на родителите по отношение на вида УЗ, което е по-добре да посещава тяхното дете е в полза на масовите УЗ спрямо специализираните, макар и с минимална разлика от 10%.

Таблица 11. Хора и специалисти от които получават помощ и подкрепа, включително психологическа, родителите на деца с установени сензорни дисфункции

отговор	относителен дял (в %)
от никой, разчитаме само на себе си	27,5
от близки и роднини	19,5
от личния лекар на детето	0
от терапевтите на детето	28
от социални работници	1,5
от други родители на деца със сходни проблеми	19
от възпитателите в детските учебни заведения	1,5
от психолог	3

Родителите на деца с проблеми в развитието, независимо от тяхната характеристика са подложени на изключително висок ежедневен стрес и натовареност. Освен да работят и да се грижат за домакинството, както всички останали родители, те имат и редица допълнителни задължения и отговорности, свързани с техните по-специални деца. Някои от тези задължения са: хранене и тоалет дори и при вече по-големи деца; придружаване на детето по време на учебни дейности; водене на детето на различни видове терапии; работа с детето вкъщи по зададени от специалистите програми и др. Понякога родителите не успяват да издържат на това натоварващо физическо и психическо темпо, а в резултат наблюдаваме раздяла на родителите като двойка, прекъсване на терапиите, липса на мотивация да работят с децата си вкъщи и редица други негативни за детето и родителя последствия. Ето защо това, тези родители да бъдат подкрепяни във всичките им усилия за по-доброто бъдеще на техните деца трябва да бъде приоритет на всички ни, не само като специалисти, но и като общество.

Резултатите, обаче сочат друга реалност. Цели 27,5% като относителен дял от родителите посочват, че не получават помощ и подкрепа от никой, а разчитат само на себе си. Тези, които все пак получават такава отбелязват, че тя идва най-често от терапевтите на детето (28%), от близки и роднини (19,5%) или от други родители на

деца със сходни проблеми (19%). Тук можем да отбележим, колко е важно терапевтите на детето, независимо от спецификата на областта в която работят, да имат нужната подготовка и за работа с неговите родители. Ако те се справят успешно в това отношение, поне половината от целите, които си поставят в терапията с детето ще бъдат постигнати. Изключително нисък е относителния дял на родителите, които са посочили, че най-често получават помощ и подкрепа от възпитателите в ДУЗ (1,5%), както и от социалните работници (1,5%), а личния лекар на детето не е посочен като източник на подкрепа от нито един от 200-те анкетирани родителя. От всички родители само 3% посочват, че получават професионална помощ от психолог. В България, за съжаление хората все още подхождат с един или друг вид скептицизъм в това да потърсят професионална помощ от психолог за себе си или за близките си. С това си обясняваме ниският относителен дял в това отношение от една страна, а от друга стои и финансирането в оказването на такава подкрепа. Родителите много често пренебрегват личното си физическо и психическо здраве пред това на децата, свеждайки „разходите по себе си“ до минимум. Тази стратегия, обаче не винаги е правилната дори и за благополучието на самите деца.

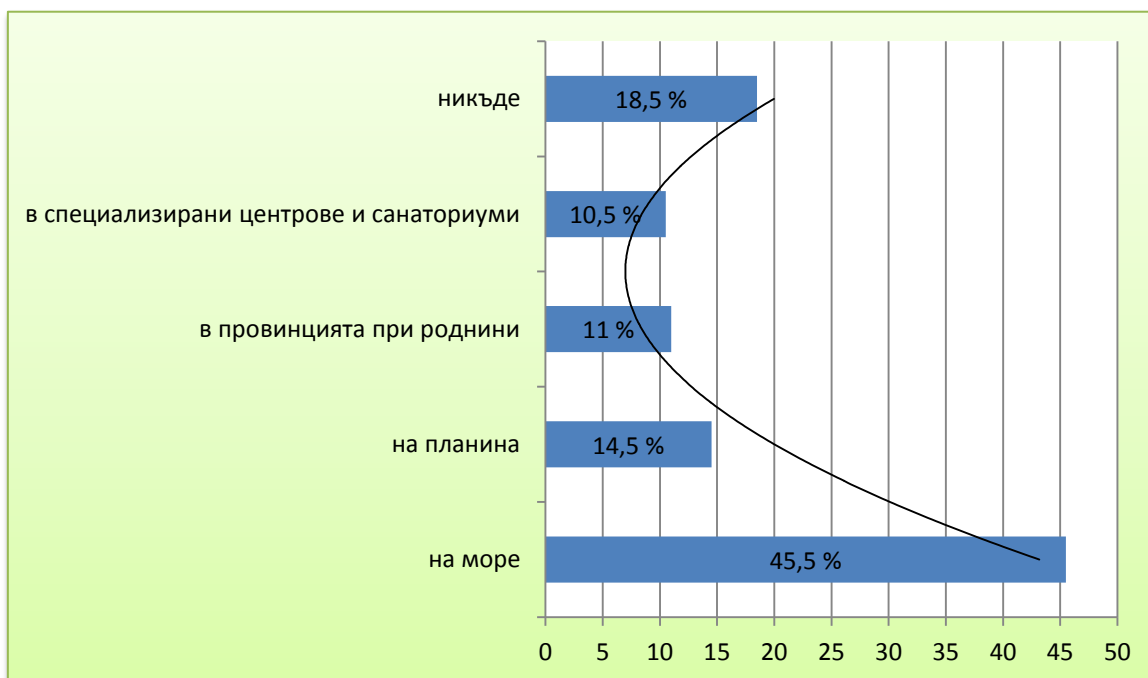
Таблица 12. Трудова заетост на родителите на деца със СИД

отговор	относителен дял (в %)
да на пълен работен ден	31,5
да на половин работен ден	14
да, но от къщи	9
да като личен асистент на детето	23
не работя	22,5

Разходите на семействата с дете с проблеми в развитието са изключително високи. Въпреки, че тези семейства получават определена финансова подкрепа от Държавата, както и възможности за терапии по някои клинични пътеки, това не е достатъчно за да посрещнат нуждите си ако и родителите не изкарват допълнителни доходи. Балансирането между грижи за детето и работата е трудно и не при всички семейства това е възможно, при което само единият от родителите може работи. От всички

включени в проучването родители с относителен дял от 22,5% са тези, които са отбелязали, че не работят. Другите 77,5% са отбелязали, че работят, като 31,5% на пълен работен ден, 14% на половин работен ден, а 9% от вкъщи. През последните години се създаде възможността за част от родителите да работят като лични асистенти на своите деца. Въпреки, че тази алтернатива не е високо платена, родителите често я търсят за да съчетаят грижите за детето си с възможността да увеличат семейният си бюджет. От анкетираните родители 23% са посочили, че работят като лични асистенти на детето си.

Въпреки високият относителен дял на родителите, които работят (77,5%), голяма част от тях посочват, че средствата с които разполагат не са им достатъчни – почти половината от анкетираните (41,5%). Останалите отбелязват, че семейният им доход е достатъчен за да покрие месечните им разходи, включително и тези по лечението, терапията и обучението на детето им, като 39% от тях обаче отчитат, че това е възможно само ако се ограничават. На допълнителни средства за терапия от благотворителни кампании като „Българската Коледа“ и други са посочили, че разчитат също не малък процент от родителите – 34,5%.



Фиг. 19. Места с подходящи условия за почивка на децата със СИД и техните семейства

Според получените данни, семействата определят морските курорти като места с най-подходящи условия за почивка на детето им. Това са отбелязали почти половината от анкетираниите – 45,5%. На второ място посочват условията в планинските курорти, но едва 14,5% от отговорилите, а на трето място с 11% класират тези в провинцията при роднини. Малка част от родителите – 10,5%, определят като места с най-подходящи условия за почивка, тези в специализираните центрове и санаториуми. А според 18,5% от родителите такива условия няма никъде.

От представените резултати става ясно, че условията за почивка на съответните места трябва да се подобрят, за да станат по-достъпни и предпочитани от семействата. Това от своя страна ще им осигури и по-голямо разнообразие от възможни дестинации за физическа и психическа отмора от натовареното им ежедневиe.

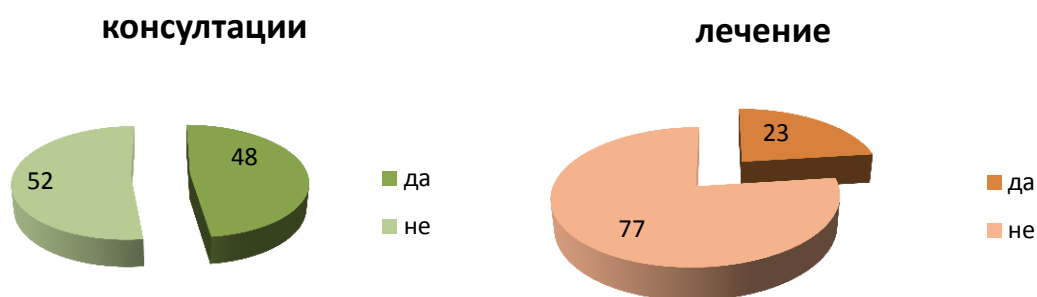
Таблица 13. Социално участие на децата със СИД и техните семейства

Тема	Отговор (Отн. дял в %)	
	Да	Не
Дали семейните посещения на различни културни мероприятия са възпрепятствани.	59,5	40,5
Дали детето с проблем е подложено на дискриминация от страна на другите деца.	63	37
Дали детето има достатъчно социални контакти.	26,5	73,5
Дали родителите членуват в асоциации или други организации.	30	70

Социалните взаимоотношения и социалното участие на всеки човек са изключително важни аспекти за пълноценен живот. С някои от включените въпроси в анкетата за родители на деца със СИД се опитахме да засегнем някои социални теми. От получените резултати отчитаме, че: повече от половината от семействата (59,5%) имат затруднения при посещенията си на различни културни мероприятия; голяма част от родителите (63%) са на мнение, че техните деца са подложени на дискриминация от

страна на децата без проблеми; 73,5% от родителите посочват, че децата им нямат достатъчно социални контакти; а при 70% от родителите отчитаме, че не членуват в асоциации или друг вид организации, учредени с цел подпомагане на децата с проблеми в развитието.

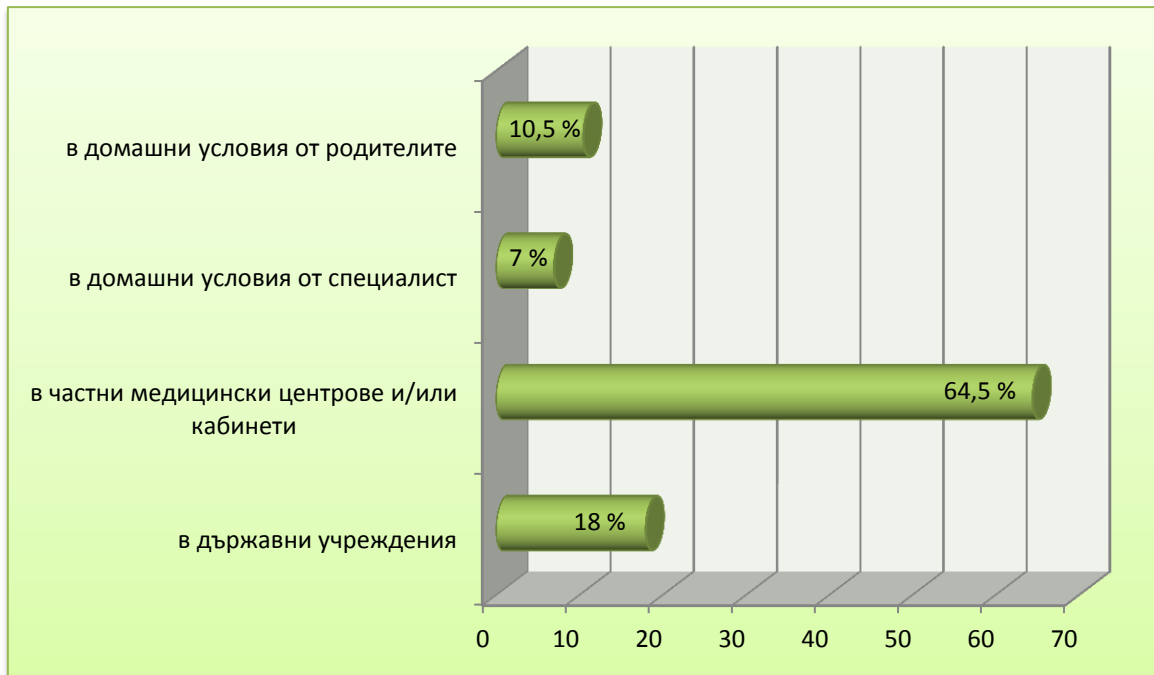
Тези резултати демонстрират една обща незрялост и затвореност на обществото по отношение на децата с проблеми и техните семейства от една страна, но и на самите тях от друга. Много често те също се само изолират по един или друг начин от обществения и социален живот. Родителите да членуват в различни сдружения е една от първите стъпки към социализиране, но за да се постигне и така желаното интегриране на децата, усилията трябва да са на доста по-високо ниво. Не е достатъчно да се определят „бройки места“ за деца със СОП в масовите детски градини и училища, където те „някак си“ да се адаптират. Необходимо е и учителите, децата в норма, дори и техните семейства да бъдат подготвени за това какво да очакват, как да помогнат за този процес, как да общуват с детето и неговото семейство и още много други неща, защото не бива да забравяме, че отношението се възпитава.



Фиг. 20. Консултации със специалисти от други държави и/или лечение в чужбина (отн. дял в %)

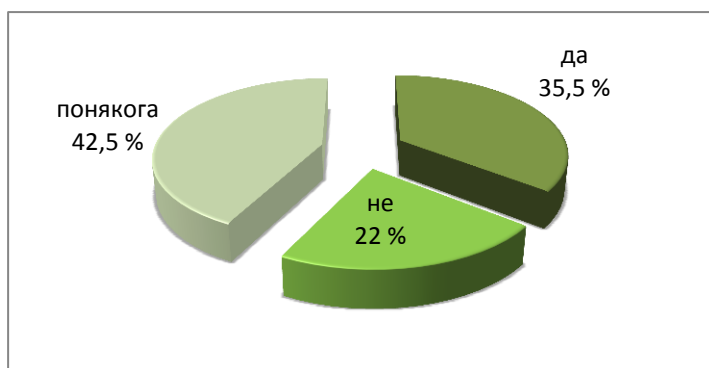
Родителите като такива се чувстват длъжни да дадат и да направят всичко възможно за здравето на детето си. В търсене на отговори за неговото състояние, понякога те подхождат с недоверие към компетентността на българските специалисти и често търсят повече професионални мнения, включително и от чужбина. От получените резултати установяваме, че почти половината от родителите – 48% са провели консултации относно състоянието на детето им със специалисти от други държави. Но

само 23% от тях са посочили, че са провели терапевтичен курс на лечение в чужбина. От разговори с родителите, обаче този сравнително нисък относителен дял го отдаваме повече не на липсата на желание от тяхна страна, а по-скоро на финансовата невъзможност да го осъществят.



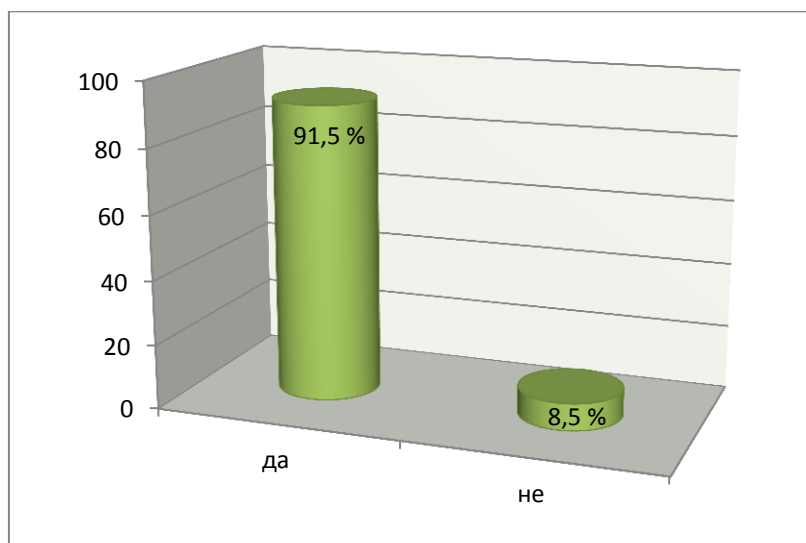
Фиг. 21. Места на които се провежда основно терапията на децата (в %)

При голяма част от децата с проблеми в развитието, провеждането на един или друг вид терапия е задължителна част от тяхното ежедневие. От проведеното проучване установяваме, че при повече от половината от децата – 64,5%, тя се извършва основно в частни медицински центрове и/или кабинети, докато в държавните учреждения относителният дял е доста по-нисък – само 18%. От този резултат можем да заключим, че Държавата не предлага търсените услуги и/или не задоволява в достатъчна степен здравните потребности на тези деца. С нисък относителен дял е също и провеждането на терапия в домашни условия от родителите на детето (10,5%). Така представените резултати предопределят и по-големи разходи на семейството за провеждане на терапия на детето.



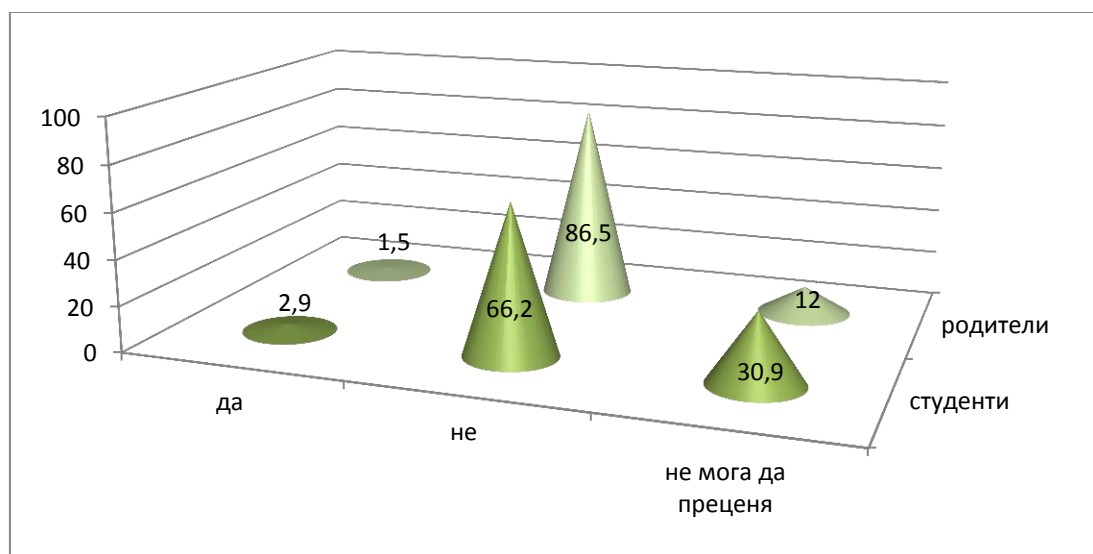
Фиг. 22. Участие на родителите по време на терапевтичните процедури

Участието на родителите по време на терапевтичните процедури е от съществено значение. До голяма степен, особено при децата с различни проблеми в развитието, родителите са техният свят, а светът е такъв, какъвто те им го представят. Важно е родителите да се научат по правилен начин да комуникират с децата си, да играят с тях по полезен начин, и да разберат пътя по който те ще успеят да се справят по-добре сами в ежедневието си, пренасяйки наученото в „кабинета“ у дома, навън или в училище. От резултатите се вижда, че при не малка част от родителите (35,5%) това участие е практика. При не малка част от родителите, обаче това изобщо не се случва (22%), а при най-голяма част от родителите (42,5%) се случва само понякога. Ето защо една от важните задачи на терапевтите е да повишат мотивацията на родителите да участват и да ги включат активно в терапевтичния процес.



Фиг. 23. Интерес на родителите да бъдат обучени в някои техники на СИТ

От включените в проучването родители, почти всички (91,5%) са изразили интерес да бъдат обучени от специалист относно същността на сензорните дисфункции и начините за тяхното повлияване в домашни условия. Готовността на родителите да продължат терапевтичния процес с децата си и у дома е важна стъпка за крайния успех на терапията, но по-важно е разбирането и усвояването на нейните принципи. За да се случи всичко това по-най-добрият начин е необходимо родителите да преминават през подходящ за целите обучителен курс на достъпно ниво, а след това с изготвянето на индивидуализирана програма за тяхното дете от специалист да приложат наученото.



Фиг. 24. Съпоставка между мнението на анкетираниите студенти и родители относно осъществяването в България на достатъчно промоция на здраве и превенция на болестите в детска възраст (отн. дял в %)

Мнението на родителите относно провеждането на промоция на здраве и превенция на болестите в детска възраст в България затвърждава и това на студентите, което разгледахме по-рано в хода на анализите от нашето проучване. Родителите, като по-директни наблюдатели върху тези процеси са още по-категорични, че те не са достатъчни – цели 86,5% са на това мнение. Само 1,5% от родителите са на мнение, че са достатъчни, а 12% от тях не могат да преценят. Според изведените резултати е явна нуждата от предприемането на дейности по промоция на детското здраве и превантивни мерки спрямо признаците на редица проблеми в детското развитие. Ясният поглед на студентите в това отношение ни обнадеждава, че новото поколение от здравни професионалисти ще разширят и подобрят тези дейности.

5. Анализ на резултатите по отношение на необходимостта от допълнително обучение и квалифициране на специалистите, работещи в областта на детската рехабилитация и тяхното отражение върху качеството на предлаганите услуги

5.1. Резултати от проучване мнението на родители на деца с различни проблеми в развитието

Всички родители, участващи в проучването са на категоричното мнение, че специалистите работещи в областта на детската рехабилитация имат нужда от допълнителни квалификации след завършване на висшето си образование по специалността за да практикуват на добро професионално ниво. Всички анкетирани са доволни от услугите, които предлагат терапевтите на техните деца, но са категорични, че е добре те да продължат да разширяват своите компетенции. Интересно е да се отбележи, че в над 90% от случаите, родителите **не** са наясно какви са допълнителните квалификации на специалистите, работещи с децата им.

По отношение на провеждащите се терапии, с над 50% относителен дял са родителите, които посочват, че те сами определят какви терапии да посещава детето им. Като във всички засегнати от проучването случаи, децата провеждат повече от две терапии едновременно, а родителите твърдят, че ако имат възможност биха включили още терапии. С относителен дял от 77% родителите са на мнение, че терапиите които посещават децата им се допълват взаимно.

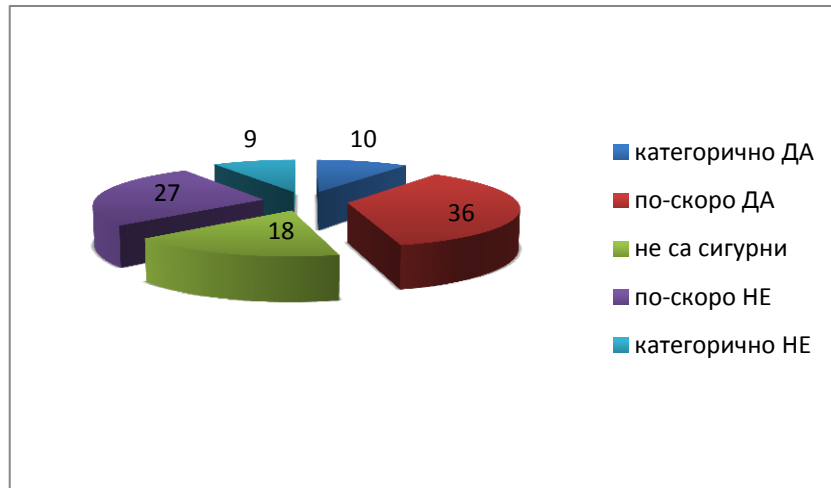
След провеждане на допълнително обучение на терапевтите, работещи с децата им, 63% от родителите са на мнение, че **не** се е подобрила комуникацията им с терапевтите. Също толкова родители (63%) са посочили, че **не** се е повишила цената на услугите, които получават от съответния специалист. С относителен дял от над 90% от анкетираните са препоръчали услугите на съответния специалист и на други родители.

При 75% от родителите, участващи в проучването, отчитаме положителното им мнение по определени характеристики във връзка с проведено допълнително обучение на специалист, работещ с детето им. Някои от резултатите са представени в таблица 14.

Таблица 14. Положително мнение на родителите във връзка с проведено допълнително обучение на специалист, работещ с детето им

	ХАРАКТЕРИСТИКА	РЕЗУЛТАТ Отн. дял (%)
1	Подобрила се е комуникацията на детето с терапевта.	63
2	Терапевта проявява повече творчество в работата си.	> 80
3	Терапевта експериментира повече в работата си.	> 90
4	Терапевта е станал по-мотивиран.	> 50
5	Терапевта е разширил полето на своите дейности.	75
6	Терапевта е успял да внедри новите си познания и умения в процедурите.	75
7	Терапевтичната програма се е обогатила.	75
8	Детето е повишило желанието си да посещава терапията.	65
9	Подобрило се е физическото състояние на детето.	90
10	Подобрило се е психо-емоционалното състояние на детето.	> 80
11	Детето е станало по-активно в заниманията.	80
12	Работната обстановка се е подобрила.	63
13	Родителите се включват по-активно в заниманията.	75
14	Родителите са по-мотивирани по отношение на терапията.	> 80

От таблицата се вижда, че след проведеното обучение, родителите отчитат най-много позитиви (с относителни дялове над 80%) по отношение на това, че: терапевтите са започнали да проявяват повече творчество в работата си; подобрило се е физическото и психо-емоционалното състояние на детето им; детето им е станало по-активно в заниманията; на самите тях им се е повишила мотивацията по отношение на терапията.



Фиг. 25. Повишаване на посещаемостта на децата след допълнително квалифициране на техните терапевти

С най-голям относителен дял са родителите, които посочват, че децата им са увеличили броя на посещенията си при терапевта с който работят, след като той е провел обучение за допълнително квалифициране в областта на практиката си – 46% (отговорилите: по-скоро да и категорично да). Общия относителен дял на родителите, които смятат, че това не се е случило е 36% (отговорилите: по-скоро не и категорично не). Родителите, които са отговорили, че не са сигурни са с относителен дял от 18%.

5.2. Резултати от проучване мнението на специалисти, работещи в областта на детската рехабилитация

След проведената анкета, резултатите сочат, че над 50% от специалистите се чувстват квалифицирани в работата си, но са категорични, че образованието им в университета не е достатъчно за да практикуват на високо професионално ниво.

С висок относителен дял (84%) са специалистите, които посочват, че посещават ежегодни семинари в тяхната област. Също така отчитаме, че в над 50% от организациите се провеждат вътрешнофирмени обучения и в 78% от случаите, организациите отделят средства за обучение на персонала. От друга страна е висок и относителния дял на специалистите, които сами инвестират средства за обучението си в различни курсове – 72%.

От проучването се отчита, че през последната година, над 90% от анкетираните са имали някакво обучение. В повечето случаи, то се е провело извън работното място и е протекло с продължителност средно 2-3 дена, като при повече от специалистите не се е наложило прекъсване на работа. В 94% от случаите, специалистите са усвоили нови знания и умения.

След като са преминали конкретно обучение, само половината от специалистите (50%) са на мнение, че то се е отразило положително върху здравето състояние на децата, докато останалите не са сигурни. Специалистите не отчитат съществена промяна в посещаемостта на децата с които работят и не могат да преценят, дали тяхната допълнителна квалификация е довела до по-голям интерес от страна на родители, чиито деца не посещават занимания им.

След проведено обучение, при половината от специалистите (50%) са се променили отговорностите на работното им място, но само при 35% от специалистите – обучението се е отразило положително на работния им статут. Важно е да отбележим и че в 80% от случаите допълнителните обучения на специалистите не са довели до увеличение на паричните им възнаграждения.

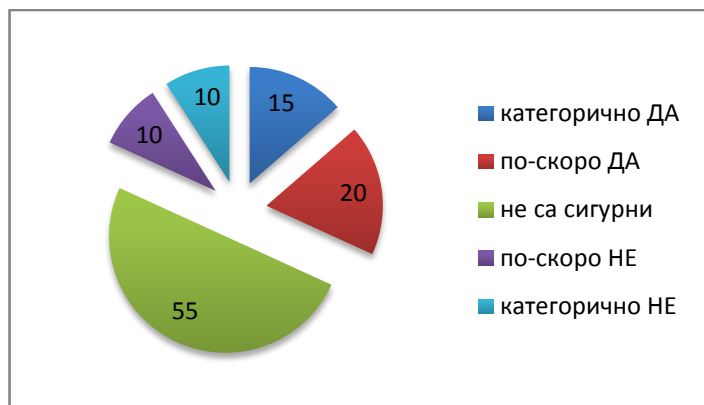
С висок относителен дял (75%) са специалистите, които отчитат, че се е подобрило качеството на предлаганите от тях услуги, след като са преминали някакво допълнително обучение.

Всички анкетираните специалисти са на мнение, че допълнителните квалификации се отразяват положително върху професионалното им развитие и ще продължават да разширяват своите компетенции, чрез различни обучения. Някои от получените резултати, отчитащи положителното мнение на специалистите по признаци, отразяващи качеството им на работа, които са се подобрили след проведено допълнително обучение са представени в таблица 15.

Таблица 15. Положителното мнение на специалистите по признаци, отразяващи качеството им на работа, които са се подобрили след проведено допълнително обучение.

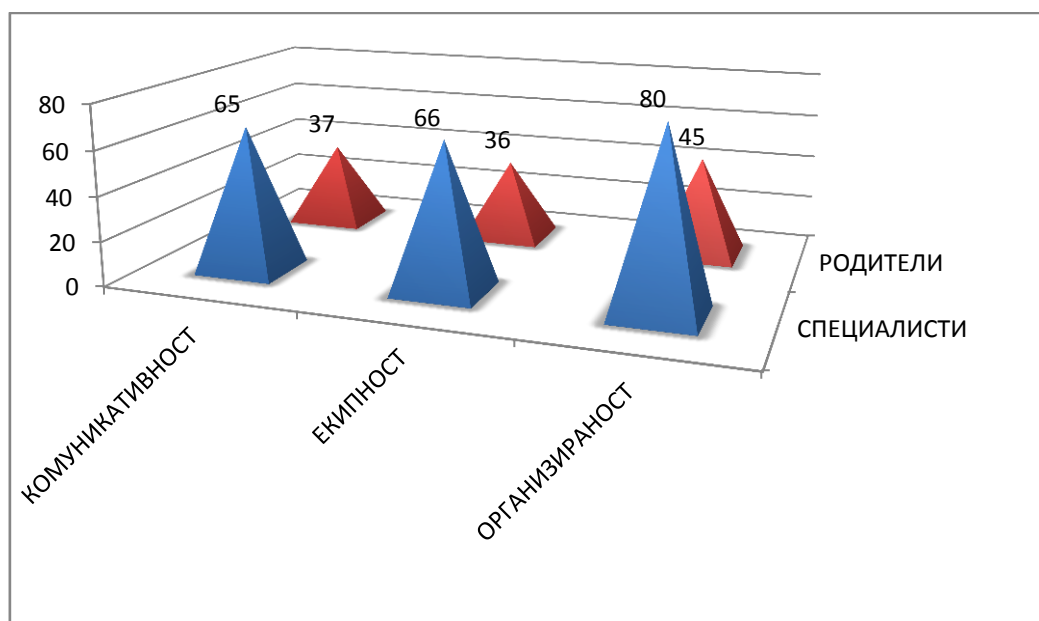
ПРИЗНАК	РЕЗУЛТАТ (отн. дял в %)
Мотивация	88
Ангажираност към целите на организацията	55
Удовлетвореност	80
Инициативност	> 50
Творчество	90
Експерименталност	85
Увереност	80
Доверие на родителите към тях	85
Самоконтрол	> 50
Продуктивност	65

Според специалистите, качеството им на работа се е повишило най-много (с относителни дялове над 80%) по отношение на следните признаци: мотивация, творчество, експерименталност и доверие на родителите към тях.



Фиг. 26. Повишаване имиджа на организациите след допълнително квалифициране на специалистите в тях

Малко над половината (55%) от специалистите не са сигурни дали след като са повишили професионалната си квалификация с допълнително обучение, се е повишил и имиджа на организацията в която работят.



Фиг. 27. Подобрени качества на специалистите според личното им мнение и това на родителите (отн. дял в %)

От представените резултати се вижда, че специалистите отчитат в по-голяма степен подобрение в своята комуникативност, екипност и организираност спрямо мнението на родителите. По своята същност тези качества са изключително важни за цялостното качество на предлаганите от тях услуги.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА

МЕНИДЖМЪНТ НА МЕДИЦИНСКИТЕ И СОЦИАЛНИТЕ ПРОБЛЕМИ ПРИ ДЕЦА СЪС СИД – ПРЕДЛОЖЕНИЯ И СТРАТЕГИИ ЗА ТЯХНОТО ПРЕОДОЛЯВАНЕ

Алгоритъм за превенция на СИД при деца в предучилищна възраст

Децата от една до шест години се смятат за деца в предучилищна възраст, защото това е стадият, в който те се подготвят (вкл. и поведенчески) за началното училище. [52] Важна роля в тази подготовка имат родителите, педагозите от ДГ и всички други грижещи се за детето възрастни. Ето защо процесът на превенция на СИД (схема 7) в този период трябва да се осъществява с участието на всички, засегнати в отглеждането и възпитанието на детето лица.



Схема 7. Алгоритъм за превенция на СИД при деца в предучилищна възраст

Превантивния подход спрямо признаците на СИД за децата в предучилищна възраст има следните цели:

- ❖ предотвратяване от настъпване на СИД;
- ❖ предотвратяване от настъпване на усложнения при наличие на СИД;
- ❖ подпомагане за развитието на добра сензорна интеграция

Задачи:

- да бъде насочен преди всичко към родителите и педагозите в ДГ;
- да спомогне за идентифицирането на ранни признаци на СИД;
- да даде насока от необходимите действия при решаване на някои от проблемите на СИД;
- да даде идеи за практически занимания за превенция на СИД.

Наблюдение за признаци на СИД

При наличие на дисфункции в определени области на сензомоторното развитие могат да се наблюдават в детето, характерни поведенчески прояви, които да насочат вниманието на родителите и/или педагозите в ДГ към съществуващия проблем. Някои от тях са представени в таблица 16.

Таблица 16. Поведенчески прояви при наличие на сензомоторни дисфункции

ОБЛАСТ НА СЕНЗОМОТОРНИ ДИСФУНКЦИИ	ХАРАКТЕРНИ ПОВЕДЕНЧЕСКИ ПРОЯВИ
Тактилна преработка	<ul style="list-style-type: none"> • обича/не обича да се гушка • има предпочитания към материята на дрехите • обича/не обича да ходи босо • има предпочитания към текстурата на храната • има проблеми при къпане, ресане, подстригване • може да играе грубо с играчки или други деца • не реагира адекватно при болезнени преживявания • предпочита дрехи само с къси или само с дълги

	<p>ръкави/крачоли, независимо от климатичните условия</p> <ul style="list-style-type: none"> • обича/не обича да се „цапа“ • демонстрира нужда да докосва определен материи (повърхности, играчки, коса и др.) • не може да разпознае предмети само с докосване • често се чеша, драска, наранява по кожата • има прекалено изявен гъдел • при докосване реагират с отдръпване или агресия • затруднени са сръчностите с ръцете (закопчаване, връзване, нанизване на мъниста)
<p>Проприоцептивна преработка (преработка на усещанията, идващи от мускулите и ставите)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • има лош постурален контрол • изглежда схванат или отпуснат • затруднение в балансирането, често се спъва, пада • движи се некоординирано, тромаво • бързо се изморява и предпочита занимания без много движение • избягва катерушки или ходене по неравности • държи се за парапета когато се качва/слиза по стълби • често се удря в хора или предмети • по време на игра не мисли за безопасността си • обича да скача от високо, харесва му да пада • ходи на пръсти • трудно извършва някои дейности без зрителен контрол (напр: при обличане) • държи предметите прекалено силно или недостатъчно силно, демонстрира несръчност • затруднени са фино-моторните умения • дъвче дрехите си или други предмети (напр: молив) • цапа се много докато се храни • орално-моторни проблеми – проблеми при хранене (често се задавя, повръща), говорене (говори неразбрано), устата

	<p>стои отворена</p> <ul style="list-style-type: none"> • предпочита познати дейности и избягва нови предизвикателства
<p>Вестибуларна преработка (преработка при движение)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • харесва да се вози на въртележки, въртящи се люлки, столове или да се върти в кръг или около себе си, но не му се завива свят • обича да тича, да виси надолу с главата • обича да скача на трамплин • обича да се люля силно и за дълго време • демонстрира нужда да е в непрекъснато движение (клати се докато седи; главата, ръцете и пръстите също ги движи непрекъснато) • не може да седи мирно на едно място, на стол или докато се храни • избягва люлки, други движещи се съоръжения или пързалки • има страх от високо, дори не обича да отлепва краката си от земята • трудно запазва баланс и често пада • не обича да изпробва нови движения • бързо му се завива свят • прилошава му при возене в кола • изпада в паника ако някой го повдигне внезапно • изглежда объркан когато смени посоката си на движение • има трудности в планирането и изпълнението на определена последователност от движения • затруднени са грубо-моторните умения (тичане, катерене, скачане)
<p>Саморегулация (мултисензорна)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • лесно се разсейва от гледки, звуци или движението на околните

<p>преработка)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • трудно се концентрира и не може да остане спокойно на едно място • чести сцени на гневни изблици • трудно се успокоява • плаче често • не може да се самоорганизира и е необходимо непрекъснато да е с някой • не задържа за дълго вниманието си върху една дейност, а преминава към следваща • бързо губи търпение, не може да чака • лесно се превъзбужда при дейности с движение • често се губи дори и на познати места • не задържа урина дори след 3-годишна възраст • нарушен е ритъма сън-бодърстване, често се буди нощем
<p>Емоционално развитие</p>	<ul style="list-style-type: none"> • избягва очен контакт • не търси контакт с близките си • затруднено е общуването му с връстници, трудно създава приятелства • предпочита да играе само • не играе на въображаеми игри • не спазва правила на поведение • често проявява инатлив характер • страхува се от непознати или може да отиде при всеки • има страхове, които му пречат в ежедневните дейности • лесно се привързва • нужда се подкрепа и защита • има ниска самооценка, склонно е към самокритика • реагира несъответно за възрастта си в дадени ситуации • силно тревожно е

Според реакцията и поведението си към определени сензорните стимули и постъпления, децата със СИД могат да се определят като: свръхреагиращ, слабореагиращи, търсещи допълнителни стимули, имащи слабо изразена дискриминация за стимула или деца с прояви на диспраксия. Определянето и подхода при различните подкатегории на СИД е в компетенциите единствено на сертифицирани в областта специалисти.

Плана за превенция на СИД включва подпомагане в придобиването на нови сензомоторни умения, социално-емоционални и поведенчески компетенции, посредством активности и занимания за въздействие върху сетивните възприятия, с цел изграждане на успешна сензорна интеграция в първите 7 години от живота на детето. В края на този предучилищен период от живота на детето се очаква постигането на академична готовност и зрялост на СИ (схема 8), които да спомогнат за неговото пълноценно физическо, емоционално, личностно и социално развитие в живота като възрастен.



Схема 8. Зрялост на сензорната интеграция

В целево и практично отношение плана за превенция на СИД се различава в зависимост от възрастта на детето, както и от наличието на други проблеми в развитието (схема 9 и схема 10). За неговото осъществяване се препоръчва осигуряването на подходяща материална база. Лицето провеждащо заниманията по СИ е добре да бъде специалист по сензомоторното развитие или от специалист (педагог, специален педагог, ерготерапевт, логопед, психолог, кинезитерапевт и др.), обучен в основните принципи

на СИТ. Важно е да се отбележи, че прилаганите занимания и активности често имат мултисензорно въздействие, а не изолирано – само върху една конкретна област от СМР. Също така, че най-важният елемент в тях е игровият характер и положителните емоции.

В превантивния подход, освен елементи от СИТ, могат да се включат и подходящи елементи от други терапевтични подходи (напр: сензорно стимулиране; техники за повлияване на примитивните рефлексии; кинезитерапия), чиито методи и средства също биха допринесли, в положителен аспект за сензомоторното развитие.

подпомагане развитието на СИ чрез въздействие върху определени сетивни възприятия:	придобиване на нови сензомоторни умения, социално-емоционални и поведенчески компетенции	активности и занимания за въздействие
<ul style="list-style-type: none"> • тактилни • проприоцептивни • вестибуларни 	<ul style="list-style-type: none"> • игрови умения • социални взаимодействия • саморегулативни умения • начало на праксисни умения/ моторно планиране • стабилизиране на локомоцията и равновесието • изграждане схема на тялото • координация между двете телесни половини 	<ul style="list-style-type: none"> • активности с различни тактилни материали за ръцете и краката; • активности с движение - пълзене, лазене, търкаляне, прескачане; • люлеене; • дейности с въртене; • дейности с бутане/дърпане; • дейности с разтягане; • докосване на отделните части на тялото; • активности, ангажиращи двете ръце - игра с топка и др.; • дейности в ритъм; • дейности с последователности; • манипулиране с различни неща - вадене, прибиране, преподреждане, вгмездяване; • дейности по самообслужването - хранене с лъжица, задържане на чаша с течност; • оставяне на следа - с молив, боя, пана и др.

Схема 9. План за превенция на СИД при деца в яслени групи – от 1 до 3 годишна възраст (ранна детска възраст)

подпомагане развитието на СИ чрез въздействие върху определени сетивни възприятия:	придобиване на нови сензомоторни умения, социално-емоционални и поведенчески компетенции	активности и занимания за въздействие
<ul style="list-style-type: none"> • тактилни • проприоцептивни • вестибуларни • зрителни • слухови 	<ul style="list-style-type: none"> • усложнени игрови умения (ролеви игри) • повишаване на вниманието и концентрацията • регулация на възбудно-задръжните процеси • емоционална стабилизация • доусъвършенстване на езика и речта • усложняване на социалните взаимодействия (създаване на приятелства) • ориентация за време • подобряване на постуралния контрол • доусъвършенстване на грубо моторните умения • око-ръка координация • усложняване на праксисните умения • целенасочено функциониране и манипулиране • развитие на фино моторни умения 	<ul style="list-style-type: none"> • активности с различни тактилни материали за ръцете и краката; • активности с движение - пълзене, лазене, търкаляне, прескачане; скоци; подскоци с два крака, на един крак; катерене; • дейности, свързани с "тежка работа" - бутане, дърпане; • каране на колело (триколка → колело за баланс → колело с помощни колела → колело без помощни колела); • активности, ангажиращи лява и дясна телесни половини; • активности, ангажиращи горна и долна телесни части; • люлеене - върху различни видове люлки; • визуално-моторни дейности; • дейности в ритъм; • дейности с последователности; • игри с проследяване; • дейности за ловкост и точност; • манипулиране с дребни обекти за развитие на фино моторни умения; • дейности за подобряване на графоуменията - оцветяване в контур; • дейности по самообслужването - преобличане; тоалет; хранене с вилица; наливане на течност в чаша; • сложни двигателни дейности - рязане с ножица; връзване на връзки за обувки и др. • терапевтично слушане.

Схема 10. План за превенция на СИД при деца в грдинските групи – от 3 до 6 годишна възраст (предучилищна възраст)

При наличие на сензорни дисфункции се наблюдават затруднения в посочените сензомоторни умения, социално-емоционални и поведенчески компетенции за съответния възрастов период. След потвърждаване на проблема от специалист, в тези случаи се налага провеждането на целенасочена терапевтична работа с детето и неговото семейство.

Примерно оборудване и материали за провеждане на заниманията, подпомагащи СМР

В зависимост от пространството и възможностите на средата се подбира и асортимента от материали, които биха могли да се използват в заниманията. Всеки един от посочените материали е с определено предназначение за въздействие върху различните сетивни постъпления и подпомагане на двигателните и праксисните умения. Някои от тях са:

- *Тактилни материали* – материали с различни повърхности; сензорна пътека; модули и предмети с различна твърдост; други (боб, ориз, памук, пясък, пяна за бръснене, копчета, топчета, семена, платове) и др.
- *Проприоцептивния материали* – басейн/ракла с топки; дюшеци, големи меки модули; тежки модули; трамплин; вибриращи устройства; вибрираща платформа; масажори; тунел.
- *Материали за въздействие върху вестибуларната система* – различни видове люлки (правоъгълна с пръчки за захващане; кръгла; тип утроба; тип боксова круша; хамак; тип тунел от еластични пластове наслоени един върху друг; виска); „тролей“; други висящи уреди; въртящ се стол; скейтборд; наклон/рампа; модули за баланс.
- *Материали за подпомагане на праксиса* – стена за катерене; шведска стена; въжена стълба; велоергометър; движеща се пътека; други уреди; стълби; различни препятствия като възглавници и др.; различни видове конструктори.
- *Други материали* – огледало; различни по форма и големина топки (физиорол, швейцарска топка и др.); гири; ластици; ракети; балони; въжета; пъзели и др.

Примерни дейности, включващи директно сензорно стимулиране (сетивните постъпления са резултат от пасивно прилагане на стимули, а не чрез самоинициирани активности както е при СИТ):

- Четкане на крайниците с различни четки, гъби и др.;
- Брашинг;
- Ставни компресии;
- Носене на тежка жилетка или други тежести;
- Пресиране на тялото или отделните крайници с топки, дюшеци и др.
- Целенасочено люляне на детето;
- Въртене на детето;
- Упражнения срещу съпротивление (мануално или механично);
- Имитация на движения или дейности;
- Задаване на маршрут с препятствия и задачи (за ловкост, точност, памет).

Средства от кинезитерапията, подходящи за превенция на СИД

В кинезитерапията има богат асортимент от средствата (под формата на упражнения), които могат да се прилагат с цел превенция на СИД, като техният подбор се определя от възрастта и възможностите на децата. Чрез тяхното прилагане се осъществява стимулиране на сетивните системи, а от там и положително въздействие върху сензорно-интегративните процеси. Средствата могат да се категоризират по следния начин: упражнения за отделните части на тялото; изправителни (коригиращи) упражнения; упражнения за равновесие и координация; упражнения за хвърляне и хващане; упражнения срещу съпротивление; упражнения за моторното планиране. Осъществяването на посочените упражнения може да става без, с или на уреди.

Упражнения за отделните части на тялото – тук се отнасят:

- ***Упражнения за главата*** – примери:
 - навеждане на главата напред, назад, вляво и вдясно;
 - извивки на главата вляво и вдясно;
 - кръгове с главата (циркумдукция);
 - упражнения за лицевата мускулатура – имитиране на мимики.
- ***Упражнения за горните крайници и раменния пояс*** – могат да се изпълняват от различни изходни положения, движенията могат да се извършват едновременно с двете ръце или последователно, еднопосочно или разнопосочно. Примери:

- повдигане и снемане на горните крайници – нагоре, надолу, напред, назад;
 - сгъване и разгъване на горните крайници;
 - кръгове;
 - махове – напред, назад, встрани.
- **Упражнения за долните крайници** – изпълняват се от различни изходни положения, в различните възможни посоки, едновременно или последователно от двата долни крайника. Примери:
 - повдигане и снемане;
 - сгъване и разгъване;
 - кръгове;
 - махове;
 - *Други упражнения за долните крайници:*
 - клекове;
 - прескоци, подскоци, скокове;
 - маршируване (участват и горните крайници) – на място, движейки се;
 - ходене – обикновено, с високо повдигане на колената, с кръстосване на краката, по равен терен или по наклон (нагоре, надолу).
 - **Упражнения за мускулите на трупа**
 - **Упражнения за коремната мускулатура** – примери:
 - от стоеж – ръцете са горе, следва наклон на тялото напред със стремеж пръстите на ръцете да докоснат пода; ръцете са на кръста, следват извивки на тялото вляво и вдясно с изнасяне на ръката;
 - от опорен седеж – повдигане на двата крака нагоре едновременно или последователно; описване на кръгове с краката;
 - от тилен лег – повдигане на краката нагоре; долините крайници се свиват и се обхващат с ръце към гърдите; преминаване в седеж;
 - детето е по гръб върху голяма топка, терапевта го хваща за ръцете и то се изправя в положение до седеж.

- **Упражнения за гръбната мускулатура** – примери:
 - от лег с опънати горни крайници нагоре към главата се извършва повдигане на крайниците (горни и долни, само горни или само долни, кръстосано);
 - от лег с ръцете опънати встрани следва повдигане на трупа нагоре;
 - детето е върху голяма топка по корем, държано от терапевта за краката, при което се опитва с опънати напред ръце да хване определен по-високо стоящ от главата му обект;
- **Упражнения за тазовото дъно** – примери:
 - повдигане на таза от изходно положение тилен лег, при свити долни крайници;
 - ходене с малки кръстосани стъпки, като ходилата се поставят едно пред друго.
- **Други упражнения за мускулите на трупа**
 - наклони на трупа;
 - извивки на трупа;
 - кръгове.

Изправителни (коригиращи) упражнения – упражненията целят преди всичко изграждане на добър мускулен корсети, отбременяване и увеличаване подвижността на гръбначния стълб. Изходните положения са от съществено значение за правилно изпълнение на тези упражнения.

- упражнения за коремна и гръбна мускулатура;
- извивки на трупа;
- пълзене, провиране;
- висове;
- „котешки гърбове”;
- дихателни упражнения;

- упражнения за равновесие и координация – те спомагат за изграждане на правилни тонични реакции – пози (положение на главата, раменния пояс, тазовия пояс и др.).

Упражнения за равновесие и координация – тренирането на равновесно-координационните възможности при децата е от съществено значение за изграждането на естествените двигателни навици като ходене, ставане, сядане, повдигане на предмети, самообслужване, игра и др. Не бива да се забравя, че всеки правилно изграден двигателен навик представлява координирано движение.

- ***Упражнения за равновесие*** – примери:
 - ходене в права линия с ръцете в страни – напред, назад;
 - ходене по неравен терен;
 - ходене по наклон – нагоре, надолу, с лице, с гръб, със свободни ръце встрани или опънати напред, държащи тояжка;
 - изкачване и слизане по модули, подредени като стъпала или раздалечени един от друг;
 - прескачане на модули като ръцете държат топка, тояжка и др.;
 - изкарване от равновесие – терапевта бута детето отпред, отзад или отстрани;
 - стоеж на един крак – ръцете може да са напред, на кръста или встрани;
 - лазене в колянна опора върху клатеща се платформа;
 - ходене по клатеща се платформа;
 - трениране върху балансър; и др.
- ***Упражнения за координация*** – могат да ангажират само горни, само долни или горни и долни крайници. В някои от упражненията могат да се зложат елементи от Брейн Джим, свързани с пресичане на средна вертикална и/или хоризонтална линия. Примерни упражнения за координация са:
 - от тилен лег повдигане на лява ръка и десен крак, връщане в изходно положение, следва повдигане на дясна ръка и ляв крак;

- от седеж повдигане встрани и сваляне последователно на лява и дясна ръка;
- от стоеж повдигане нагоре на лява ръка и десен крак, сгънат в коляното, връщане в изходно положение, следва повторение с другите крайници;
- от стоеж повдигане на лява ръка нагоре и дясна встрани, връщане в изходно положение, следва повдигане на лява ръка встрани и дясна нагоре;
- лазене в колянна опора – напред, назад;
- бутане на топка по наклон нагоре – детето може да е на колене или в стоеж;
- катерене и слизане по гимнастическа стена;
- ходене на ръце, като терапевта държи краката на детето
- блъскане в стена или тупкане на голяма топка с двете ръце
- хващане и хвърляне на топка с две ръце;
- пляскане с двете ръце отстрани по бедрата си 3 пъти, след това пляскане с ръцете пред гърдите 3 пъти;
- пляскане с ръцете на терапевта – редуване положението на ръцете в супинация и пронация; пляскане на дясна ръка на детето с лява ръка на терапевта, следва лява ръка на детето с лява ръка на терапевта;
- докосване на ляво коляно с дясна ръка, дясно коляно с лява ръка (коленете се повдигат);
- докосване на ляво стъпало с дясна ръка, на дясно стъпало с лява ръка (краката не трябва да се сгъват в колената);
- бутане на топка с точилка, хваната с двете ръце; и др.

Упражнения за хвърляне и хващане – допринасят за трениране функцията на горните крайници, развиват координацията, тренират силата, упражняват хвата и др. За тези упражнения най-често се използват различни по големина, повърхност и тежест топки. Примерни упражнения:

- хвърляне с две ръце;
- хвърляне с лява/дясна ръка;
- хвърляне странично над главата;
- хвърляне над главата;
- хвърляне с двете ръце между краката;
- хвърляне в цел;
- хващане с двете ръце напред;
- хващане с лява/дясна ръка;
- обратно хващане;
- хващане над главата; и др.

Упражнения срещу съпротивление – прилагат се за увеличаване на мускулната сила.

Примери:

- упражнения, извършвани срещу съпротивление от страна на терапевта;
- упражнения с уреди – ластиси, гирички, тежести и др.;
- упражнения на уреди – напр: каране на статично колело срещу съпротивление; и др.

Упражнения за трениране на моторното планиране – включва последователно извършване на действия за осъществяване на определена задача. Спомагат за развитието на грубите двигателни умения и усвояването на нови дейности. Примери:

- последователно повтаряне на елементарни движения, показани от терапевта;
- преодоляване на препятствия за да стигне до определена цел (препятствията може да се прескачат, заобикалят или да се стъпва върху тях);
- маршрут – напр: ходене по модули, провиране през тунел, покатерване по шведска стена и бутане на топка, която е прикрепена на нея, следва връщане по обратния път; и др.

КОНЦЕПТУАЛЕН МОДЕЛ ЗА ТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД ПРИ ДЕЦА С УСТАНОВЕНИ ПРИЗНАЦИ НА СИД В ИЛИ ИЗВЪН РАМКИТЕ НА ДРУГИ РАЗСТРОЙСТВА В РАЗВИТИЕТО

От проведеното от нас изследване, включващо и скринингова оценка на сензомоторното развитие при деца в предучилищна възраст се установи риск от СИД при всички деца със СОП. Тези резултати, както и направения литературен обзор, ни кара да смятаме, че при децата със СОП е необходимо задължително провеждане на превантивни занимания или директни терапевтични интервенции спрямо признаците на СИД, в зависимост от индивидуалните нужди и особености на съответното дете.

Цел

Настоящия модел за терапевтичен подход при деца с установени признаци на СИД се базира на принципите на СИТ има за цел да даде практическа насока на специалистите от медицинските центрове и детските учебни заведения при работата им с такива деца.

Задачи:

- да се даде насока в организирането на общия терапевтичен план, включващ и други терапевтични интервенции;
- да се даде насока по организирането на индивидуалния терапевтичен план, насочен към повлияване на сензорните дисфункции;
- да се очертаят основните линии по отношение на оценка на състоянието, начините за провеждане на терапевтичните интервенции и принципите на работа с деца със СИД.

Модела има три основни компонента – оценка, терапевтични интервенции с елементи от СИТ и реоценка. Към предложения модел за терапевтичен подход, освен елементи от СИТ е включено и прилагането на други терапевтични методики, опирайки се на идеята, че СИТ е само един от инструментите на съвременната ерготерапия, и че може да се разглежда не само като самостоятелен подход, но и като допълнително средство към основната терапия на децата с различни проблеми в развитието (схема 11).

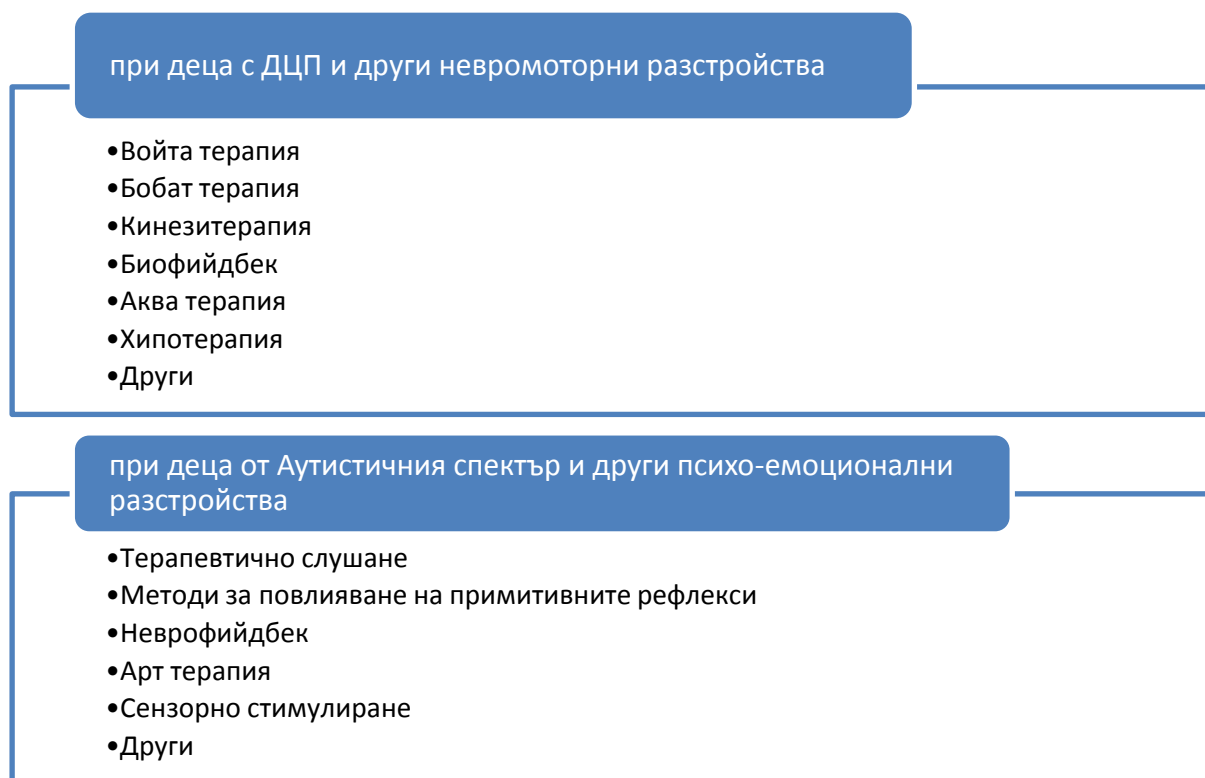


Схема 11. Концептуален модел за терапевтичен подход при деца с установени признаци на СИД в или извън рамките на други разстройства в развитието

Препоръчва се терапевтичните интервенции да се провеждат от специалист по СИ в специално оборудвана среда, като се спазват основните принципи на СИТ (схема 12).

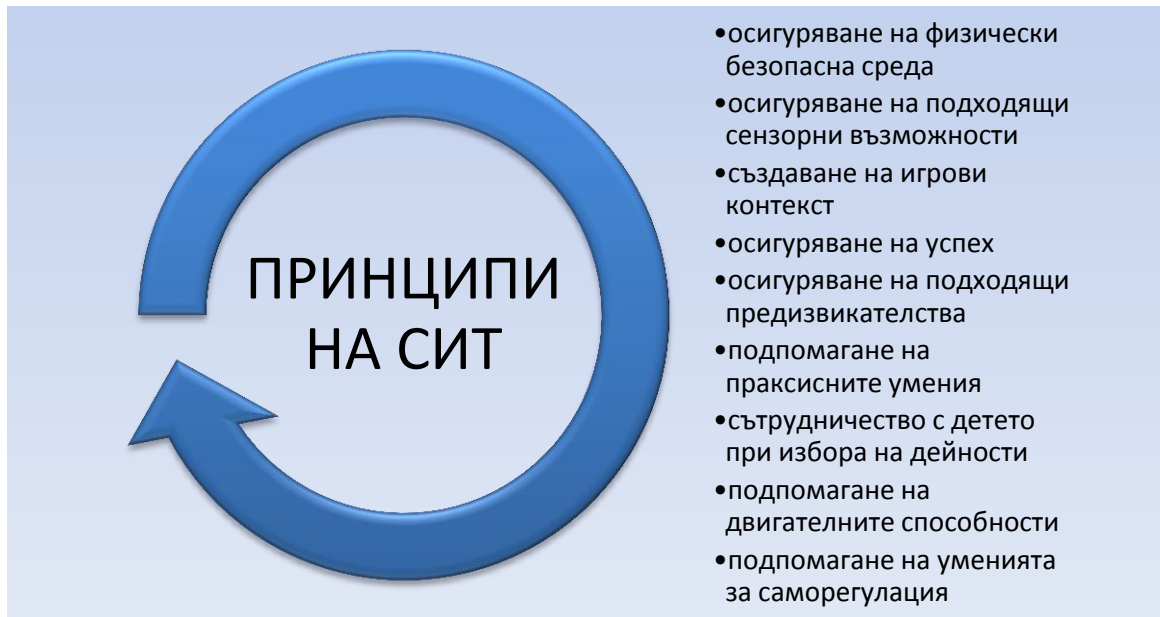


Схема 12. Принципи на сензорно интегративната терапия

Нашето предложение е терапевтичният подход да включва **практическа работа** под формата на:

1) Индивидуални сесии

В тези сесии, целите и задачите на интервенциите са насочени изцяло към индивидуалните особености и потребности на детето, определени посредством приложените методи за оценка (сензорен профил; проведени тестове и проби за постурален контрол, баланс и координация; оценка на грубо- и фино- моторни умения; проверка за наличие на персистиращи примитивни рефлексии; наблюдение върху конструктивните, имитационните и игровите умения; психологическа оценка на поведенческите особености; и др.). Работи се основно за намаляване и/или преодоляване на установените сензорни затруднения – тактилни, вестибуларни или проприоцептивни дисфункции, използвайки практически елементи от СИТ. Също така, интервенциите са насочени към надграждане на двигателните възможности и праксисните умения на детето.

2) Групови занимания

В зависимост от състоянието на съответните деца се определя и броя на участниците в групата. Целта на тези занимания е сензорните преживявания и

активности да бъдат споделени с връстници и да се акцентира върху социалното взаимодействие, инициацията и имитацията при неговото осъществяване.

3) Семейни практики

Тук акцента отново е върху социалното взаимодействие, но в рамките на семейството. Идеята е отделните членове от семейството (майка, баща, брат, сестра, друг близък или роднина) да се включат в общи занимания с детето, което е във фокуса на терапията. Целта е да се създаде двустранно усещане за споделеност както в детето, така и в неговите близки, по отношение на един общ процес – този на играта и свързаните с нея положителните емоции, усвояване на новости, изграждане на увереност и желание за още активности. Това е от съществено значение, защото зад успеха на всяка подобна терапия е участието и подкрепата на цялото семейство. Те трябва да са наясно не само с целите на терапията, но и с това „Как могат да участват активно в нея?“, защото единствено с тяхна помощ наученото в „кабинета“ ще може да се пренесе и в други социални среди.

4) Практики за обучение на родителите

Родителите, като такива имат не малко задължения и отговорности по отглеждането и възпитанието на своите деца. Когато става въпрос, обаче за родители на деца с определени затруднения, техните отговорност нарастват още повече. Ние сме далеч от мисълта, че родителите трябва да се превръщат в терапевти на своите деца, но зад успехите на децата е задължително да съществува разбирането и подкрепата на родителите. Ето защо смятаме, че е напълно оправдано и необходимо да бъдат организирани практики по тяхното обучение. Добре е то да включва: наблюдение на терапевтичните занимания; разяснение на наличните дефицити и затруднения; разяснение на прилаганите методики и какви са техните цели; включване на родителя по време на заниманията в директна интеракция с детето; и други дейности. Важна част от обучението е предлагането на практически съвети за провеждането на сензорни занимания у дома, както и такива за подпомагане на ежедневните дейности на детето. Препоръката ни е родителите и терапевта да са в екипни отношения за да се постигат поставените цели, които също е добре да бъдат определяни съвместно с ясна идея, концепция и постижим план за изпълнение в конкретни срокове.

Текущ протокол за оценка на сензомоторното развитие (СМР)

Това е важна част от реоценката на децата с проявени признаци на СИД, според която се обновяват целите и задачите в терапевтичния план. Протокола е добре да се изготвя периодично, като в него се включва оценка на всички аспекти от СИ – сензорна преработка, развитие на сензомоторни и перцептивни двигателни умения, както и оценка на академичната готовност и зрялост на СИ.

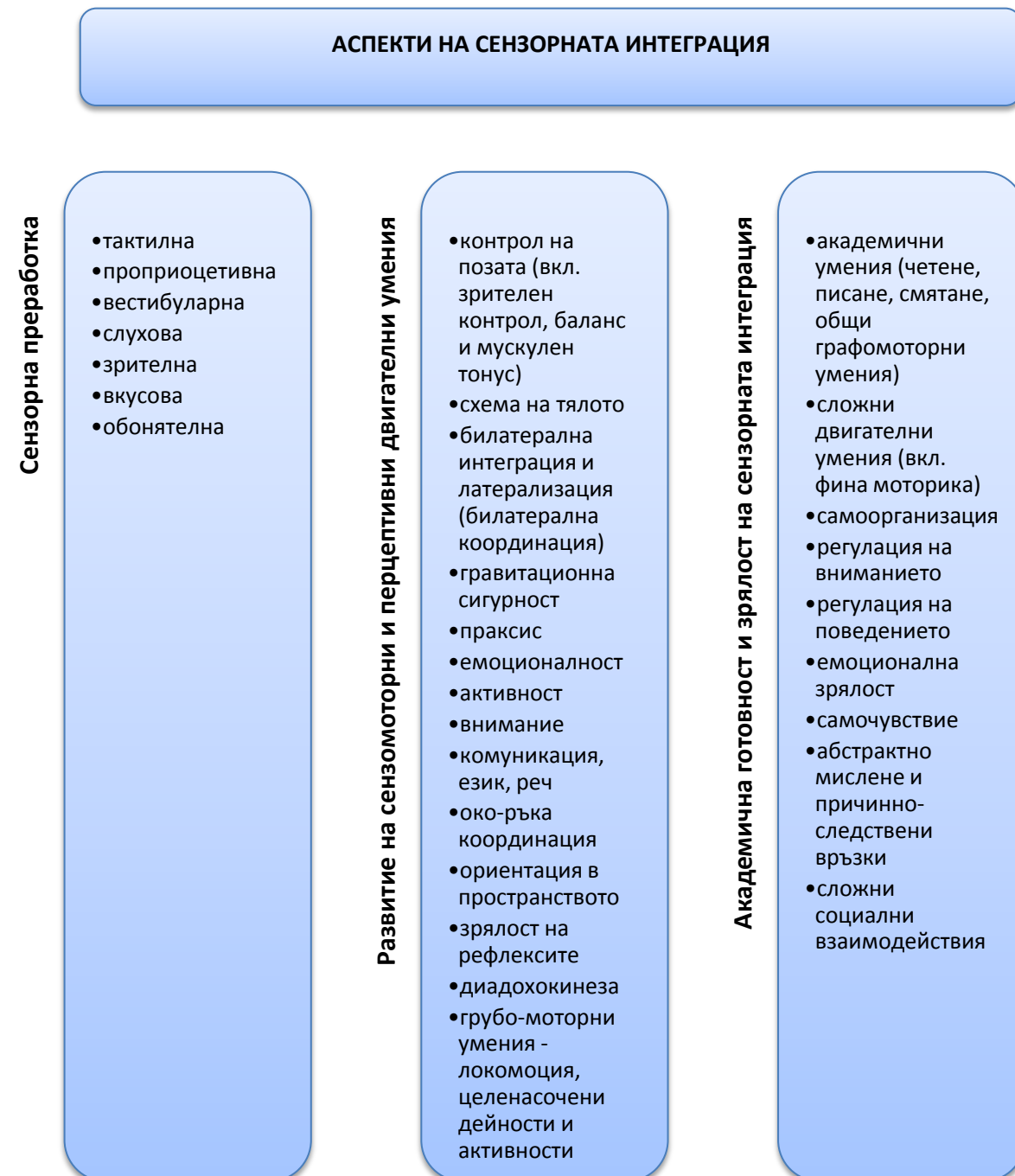


Схема 13. Аспекти за оценка на сензорната интеграция

**ОБУЧИТЕЛНИ КУРСОВЕ, КОИТО ПРЕПОРЪЧВАМЕ НА СПЕЦИАЛИСТИТЕ, ПРАКТИКУВАЩИ
В ОБЛАСТТА НА ДЕТСКАТА РЕХАБИЛИТАЦИЯ**

В таблица 17 сме представили някои от актуалните методи за терапия при деца с различни проблеми в психо-моторното си развитие, включително и при деца със СИД. Обучителните курсове към тях целят повишаване на професионалните компетенции на съответните специалисти, коректна оценка на състоянието на децата и постигането на оптимални резултати в общия терапевтичен план за лечение.

Всеки специалист, практикуващ в областта на детската рехабилитация, в зависимост от основната си специалност, може да придобие по-тясна специализация в някои от посочените терапевтични подходи.

Таблица 17. Препоръчителни обучителни курсове за специалистите, практикуващи в областта на детската рехабилитация

Обучителен курс в...	Специалисти за които е подходящо обучението
Sensory Integration Ayres Therapy	ерготерапевти
Концепцията Бобат	кинезитерапевти
Принципът на Войта	кинезитерапевти
Brain Gym	ерготерапевти, логопеди, специални педагози, психолози и кинезитерапевти
DIR Floortime	ерготерапевти
Masgutova Neurosensorimotor Reflex Integration (MNRI Method)	ерготерапевти
Кинезиотейпинг	кинезитерапевти
Biofeedback Therapy	ерготерапевти и кинезитерапевти
Боуен терапия	кинезитерапевти
Метода Фелденкрайс	кинезитерапевти
Метода на Монтесори	специални педагози, психолози и ерготерапевти

Кранио-сакрална терапия	кинезитерапевти
Релационна психомоторика	ерготерапевти, специални педагози и психолози
Терапия на гълтането като орално – моторна техника за постановка на звукове	логопеди
Concept of Castillo Morales	логопеди и ерготерапевти
InTime program	ерготерапевти, логопеди, специални педагози и психолози
The Listening program	ерготерапевти, логопеди, специални педагози и психолози
Alert Program	ерготерапевти, специални педагози и педагози
АВА Therapy	ерготерапевти, логопеди, специални педагози, педагози и психолози
Практическа арт терапия при деца със СОП	специални педагози и психолози
Психодрама	психотерапевти
Арт терапия	психолози, логопеди, специални педагози
Музикотерапия	Психотерапевти или музикални педагози, които са преминали специално обучение по музикотерапия
Игрова терапия	психотерапевти
Когнитивно – поведенческа терапия	психолози
Психоанализа	психолози
Гещалт терапия	психолози

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
„ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН“

Утвърждавам:

/...../

УЧЕБНА ПРОГРАМА
ЗА
СЛЕДДИПЛОМНО ОБУЧЕНИЕ

„ТЕРАПЕВТИЧНИ ПОДХОДИ В ГРИЖИТЕ ЗА ДЕЦА СЪС
СЕНЗОРНО ИНТЕГРАТИВНА ДИСФУНКЦИЯ“

София
2022

ОПИСАНИЕ НА ОБУЧЕНИЕТО

АНОТАЦИЯ

Сензорно интегративната дисфункция (СИД) като широко разпространено състояние самостоятелно или като част от клиничната картина на деца с обучителни затруднения, детска церебрална парализа, аутизъм, хиперактивност с/без дефицит на вниманието и др., налага нуждата от повече квалифицирани специалисти в областта. За целта е изготвена програма за следдипломно обучение с което да се постигне не само информираност сред специалистите, но и по-задълбочено изучаване на медицинските и социалните проблеми на децата със СИД и практическите възможности за тяхното повлияване.

ЦЕЛ

Целта на обучението е специалистите в областта на детската рехабилитация да повишат професионалните си компетенции в грижите за деца с установени признаци на СИД.

ЗАДАЧИ

Задачите на обучението са свързани с придобиване на определени познания и практически умения сред специалистите като:

- разпознаване на признаците на СИД;
- осъществяване на оценка и анализ на състоянието и потребностите на детето;
- определяне на адекватни според възможностите на детето цели на терапията съвместно с неговите родители;
- изготвяне на индивидуален терапевтичен план, включващ интервенции за въздействие върху сензорните дисфункции;
- прилагане на средства за превенция на усложненията на СИД.

ЦЕЛЕВА ГРУПА

Обучението е подходящо за специалисти, практикуващи в областта на детската рехабилитация като: кинезитерапевти; ерготерапевти; логопеди; специални педагози; психолози и др. Изискването е специалистите да имат завършено обучение по специалността на образователно квалификационна степен бакалавър и/или магистър и три години трудов стаж в работата с деца със СОП.

ОПИСАНИЕ НА ПРОГРАМАТА

1. Структура на програмата:

- Първи модул – теория (35 учебни часа)
- Втори модул – практика (45 учебни часа)

Общ брой часове – 80 учебни часа разпределени в 10 дена.

2. Форми и методи на обучението – лекции, гледане на видеоматериали, решаване на казуси, упражнения, дискусии, практическа работа с деца, задачи за самостоятелна подготовка.

3. Разпределение на учебния материал по модули, теми и часове

МОДУЛ	ТЕМИ	БРОЙ ЧАСОВЕ	ФОРМА НА ОБУЧЕНИЕ
I – ви ТЕОРИЯ			
	1. Теоретични основи на сензорната интеграция	5	Лекции
	2. Сензорно интегративна дисфункция – същност, класификация, разпространение	10	Лекции
	3. Диагностични подходи за установяване на сензорни дисфункции	5	Лекции
	4. Терапевтични подходи при деца със СИД	15	Лекции
	5. Гледане на специално подбрани видеоматериали за работа с деца	5	Упражнения
II – ри ПРАКТИКА			
	1. Практическо обучение в някои терапевтични техники – междугрупови тренинги	10	Упражнения
	2. Решаване на казуси – изготвяне на текущ протокол за оценка и терапевтичен план	10	Упражнения
	3. Практически занимания с деца от аутистичния спектър	8	Практика
	4. Практически занимания с деца с ДЦП	8	Практика
	5. ОБОБЩЕНИЕ – време за въпроси и дискусии	4	Упражнения

4. Полагане на изпит

След провеждане на обучението в рамките до един месец се полага изпит, който се състои от две части:

- теоретична – тест от 50 въпроса (отворени и затворени);
- практическа – представяне на собствен клиничен случай (под формата на презентация).

5. Препоръчителна литература

Ayres, J., *Sensory Integration and the Child: Understanding hidden sensory challenges*, 25th anniversary ed., Los Angeles: Western Psychological Services, 2013.

Bundy, A., Lane, Sh., *Sensory Integration – Theory and Practice*, third edition, F.A. DAVIS, Philadelphia, 2020

Kranowitz, C., *The out-of-sync child: Recognizing and coping with sensory processing disorder*, New York: Perigee, 2005.

Kranowitz, C., *The Out-of-Sync Child Has Fun, Activities for Kids with Sensory Processing Disorder*, New York, Perigee, 2006

Marinkova, S., *Sensory integrative approach in children from infancy to preschool age – guideless for prevention, early diagnosis and intervention at first signs of sensory integrative dysfunction*, Knowledge international journal, Vol.38, Skopje, 2020

Roley, S., Blanche, E., Schaaf, R., *Understanding the nature of sensory integration with diverse populations*, Texas: PRO-ED, 2001

Автори на програмата:

Доц. А. Терзиева, преподавател в МУ – София, ФОЗ, катедра „Здравни грижи“

Стела Маринкова, докторант към МУ – София, ФОЗ, катедра „Здравни грижи“

„Кинезитерапевтичен подход при деца със сензорно интегративна дисфункция“

Лектор: **Стела Маринкова** – медицински рехабилитатор ерготерапевт, кинезитерапевт и специалист по сензорна интеграция

АНОТАЦИЯ

Най-голям принос за развитие на теорията за сензорна интеграция (СИ) има американската ерготерапевтка Jean Ayres, със своите проучвания още през 50-те години на миналия век. Според авторката, СИ е процес при който се обединяват всички сетивни усещания на индивида в пълноценна мозъчна реакция. Тази реакция се определя като адаптивен отговор, чрез който се осъществява успешното взаимодействие между индивида и заобикалящия го свят. Ayres определя сетивните постъпления като „храна“ за мозъка, която при децата, развиващи се в норма се набавя чрез вътрешният им стремеж да развият сензорната си интеграция, чрез участието си в сензомоторни дейности. Днес теорията за СИ е известна още като Ayres Sensory Integration (ASI). В резултат на добре развита СИ, децата функционират успешно по отношение на моторика, поведение, учене, емоции и социални умения. При нарушение в сензорно интегративните процеси, обаче могат да се наблюдават клинични изяви във всяка една от тези области на развитие.

Първоначално, Ayres насочва проучванията си относно СИ и терапевтичните интервенции при нейните дисфункции при деца с обучителни затруднения, а в по-късен етап и сред деца от аутистичния спектър. Днес можем да определим сензорно интегративната дисфункция (СИД) като социално значим проблем, тъй като нейни признаци се установяват не само самостоятелно, но и при редица широко разпространени състояния като: новородени с повишен риск; разстройства от

аутистичния спектър; хиперактивност с или без дефицит на вниманието; деца с обучителни затруднения; мозъчни увреди; някои генетични синдроми и други.

Информираността и допълнителното квалифициране на кинезитерапевтите по проблемите на децата със сензорни дисфункции в или извън рамките на други разстройства в развитието би допринесло съществено за тяхното пълноценно физическо, психическо и социално адаптиране и обучение.

ЦЕЛЕВА ГРУПА – обучението е предназначено за студентите от специалност „кинезитерапия“ и практикуващи кинезитерапевти.

Място на провеждане – МЦ „Деца с проблеми в развитието“, адрес: Студентски град, бл.11 – ниско тяло, по предварително записване и формиране на групи до 12 човека

За актуална информация следете на: www.facebook.com/medicalcenterdpkids или ни потърсете на тел.0899575389

В този информационен семинар с практическа насоченост, специалистите по кинезитерапия ще научат:

- Какви са характерните особености и неврологични основи на СИ?
- Какви могат да бъдат признаците на СИД при нарушение в преработката на сетивната информация и/или отделните области на сензомоторното развитие (СМР)?
- Какви са основните принципи на сензорно интегративната терапия (СИТ)?
- С кои от средства на кинезитерапията биха подпомогнали изграждането на добра и успешна СИ?

ПРОГРАМА

Продължителност на семинара – два дена (16 учебни часа)

Разпределение на часовете по теми

Ден	Тема	Брой часове	Форма на обучение
	1) СИ – същност, значение, неврологични основи.	1	Лекция
	2) Етапи в сензомоторното развитие при децата.	1	Лекция

1-ви ден	3) СИД – определение, разпространение, класификация.	1	Лекция
	4) Признаци на СИД при други разстройства в развитието.	1	Лекция
	5) Диагностични подходи при СИД.	1	Лекция
	6) Въведение в основните принципи на СИТ.	1	Лекция
	7) Някои проучвания относно СИ и терапевтичните интервенции, свързани с нея.	1	Лекция
	8) Прилагане на други терапевтични подходи при СИД, включително и кинезитерапия.	2	Лекция
2-ри ден	1) Преглед на видеозаписи с практическа насоченост. Обсъждане.	1	Практика
	2) Междугрупов тренинг за прилагане на елементи от СИТ.	1	Практика
	3) Междугрупов тренинг за прилагане на други подходи при СИД (техники за повлияване на примитивните рефлексии; сензорно стимулиране).	1	Практика
	4) Междугрупов тренинг за прилагане на средства от кинезитерапията при СИД.	1	Практика
	5) Решаване на казус – практическа работа с дете от аутистичния спектър*.	1	Практика
	6) Решаване на казус – практическа работа с дете с ДЦП*.	1	Практика
	7) ВРЕМЕ ЗА ВЪПРОСИ И ДИСКУСИИ.	1	

**Практическата работа с деца от аутистичния спектър и ДЦП се осъществява при наличието на желаещи такива, както и с писменото съгласие и в присъствието на родителите. В противен случай, решаването на казусите се осъществява по двойки без присъствието на дете.*

ТЕОРЕТИКО-ПРАКТИЧЕСКИ СЕМИНАР

„НАСОКИ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА СЕНЗОРНИТЕ ДИСФУНКЦИИ В ДОМАШНИ УСЛОВИЯ ПРИ ДЕЦА С РАЗЛИЧНИ ПРОБЛЕМИ В РАЗВИТИЕТО“

Лектор: **Стела Маринкова** – медицински рехабилитатор ерготерапевт, кинезитерапевт и специалист по сензорна интеграция

АНОТАЦИЯ

По своята същност, сензорната интеграция (СИ) може да се определи като сложен неврологичен процес, при който се приема, подрежда и преработва, постъпващата в мозъка сетивна информация, след което се изготвя подходящ адаптивен към средата отговор (двигателно действие, емоция, поведение). СИ стои в основата на психомоторното развитие и е от съществено значение за емоционалната стабилност, академичните и социалните умения. При нарушение в някои от етапите на СИ, настъпват т.нар. „сензорно интегративни дисфункции“ (СИД), при което се наблюдават затруднения в упоменатите области на функциониране. СИД е с изключително важно социално значение, тъй като се среща във високи проценти самостоятелно (между 5% и 16% от децата в училищна възраст) или сред други проблеми в развитието (при над 70% от децата от аутистичния спектър; при над 20% от децата с ДЦП).

Ранното разпознаване, определяне и терапия на признаците на СИД сред децата с различни проблеми в развитието от специалистите и родителите би допринесло за превенция от настъпването на усложнения, както и за подпомагане на ефективността от прилагания основен терапевтичен подход.

ЦЕЛЕВА ГРУПА – обучението е предназначено за родители на деца с различни проблеми в развитието.

Място на провеждане – МЦ „Деца с проблеми в развитието“, адрес: Студентски град, бл.11 – ниско тяло, по предварително записване и формиране на групи до 12 човека

За актуална информация следете на: www.facebook.com/medicalcenterdpkids или ни потърсете на тел.0899575389

В този информационен семинар с практическа насоченост, родителите ще научат:

- Какво е сензорна интеграция (СИ)?
- С какво се характеризират основните видове сензорно интегративна дисфункция (СИД)?
- Какви могат да бъдат признаците на СИД при деца от аутистичния спектър?
- Какви могат да бъдат признаците на СИД при деца с ДЦП?
- Кога и защо е необходимо провеждането на специализирана терапия по СИ.
- Как могат да подпомогнат сензомоторното развитие на децата си у дома



(снимка: www.5pod5.com)

ПРОГРАМА

Продължителност на семинара – два дена (16 учебни часа)

Разпределение на часовете по теми

Ден	Тема	Брой часове	Форма на обучение
1-ви ден	<ul style="list-style-type: none"> Същност и значение на сензорната интеграция за цялостното развитие на детето. 	1	Лекция
	<ul style="list-style-type: none"> СИД – същност, разпространение, класификация. 	1	Лекция
	<ul style="list-style-type: none"> Видове поведение базирано на сетивата. 	1	Лекция
	<ul style="list-style-type: none"> Признаци на СИД при деца от аутистичния спектър. 	1	Лекция
	<ul style="list-style-type: none"> Признаци на СИД при деца с ДЦП. 	1	Лекция
	<ul style="list-style-type: none"> Основни елементи от сензорно интегративната терапия (СИТ). 	1	Лекция
	<ul style="list-style-type: none"> Други терапевтични подходи при СИД. 	1	Лекция
2-ри ден	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Практически съвети за прилагане на елементи от СИТ в домашни условия. 	2	Практика
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Практически съвети за прилагане на елементи от други подходящи методики в домашни условия. 	2	Практика
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Тренинг с реални казуси – практическа работа с дете от аутистичния спектър. 	2	Практика
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Тренинг с реални казуси – практическа работа с дете с ДЦП. 	2	Практика
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ВРЕМЕ ЗА ВЪПРОСИ И ДИСКУСИИ. 	1	

ТЕОРЕТИКО-ПРАКТИЧЕСКИ СЕМИНАР

„Значение на сензомоторното развитие в първите години от живота на детето“

Лектор: **Стела Маринкова** – медицински рехабилитатор ерготерапевт, кинезитерапевт и специалист по сензорна интеграция

АНОТАЦИЯ

Сензомоторното развитие (СМР) започва още вътреутробно и е най-изявено до 7-та година на детето. То е началото и най-важната част от т.нар. „сензорна интеграция“ (СИ), която продължава през целия живот на човека. Новороденото и малките деца се учат, опознават света около тях и се адаптират към него чрез възприятията от сетивата си и движенията на тялото си, също провокирани в резултат от тези възприятия. Всички тези процеси се случват по естествен път чрез общуването на детето с родителите си, другите деца и манипулирането с обектите около тях, но понякога те биват нарушени поради различни фактори. Ако това се случи, в този или по-късен етап от своето развитие децата започват да изпитват затруднения в редица умения като: учене; внимание; памет; постурален контрол; баланс; координация; фина и груба моторика; говор; праксис; емоционална стабилност; саморегулация; самочувствие; социални взаимодействия и др.

Информираността на родителите по отношение на сензомоторното развитие, разпознаването на неговите отклонения, както и подпомагането му чрез подходящи занимания е от съществено значение за успешното функциониране на детето не само в ежедневието му, но и в живота като цяло.

ЦЕЛЕВА ГРУПА – обучението е насочено към бъдещи и настоящи родители на деца до 7-годишна възраст.

Място на провеждане – МЦ „Деца с проблеми в развитието“, адрес: Студентски град, бл.11 – ниско тяло, по предварително записване и формиране на групи до 12 човека

За актуална информация следете на: www.facebook.com/medicalcenterdpkids или ни потърсете на тел.0899575389

В този информационен семинар с практическа насоченост, родителите ще научат:

- Кои са характерните особености на отделните етапи от сензомоторното развитие на децата?
- Какво е сензорна интеграция (СИ) и сензорно интегративна дисфункция (СИД)?
- Какви могат да бъдат първите признаци на СИД?
- Как могат да подпомогнат сензомоторното развитие на децата си?
- Кога е необходимо да потърсят квалифицирана помощ?



(снимка: личен архив)

ПРОГРАМА

Продължителност на семинара – два дена (16 учебни часа)

Разпределение на часовете по теми

Ден	Тема	Брой часове	Форма на обучение
1-ви ден	<ul style="list-style-type: none">• Особенности в СМР на деца до 7-годишна възраст.• Новородени с повишен риск. Характеристика на недоносените деца.• Същност и значение на СИ за нормалното развитие на децата.• Признаци на СИД, характерни за отделните възрастови периоди.• Разпространение и значение на СИД.• Превантивни подходи при СИД.	1	Лекция
		1	Лекция
		1	Лекция
		1	Лекция
		1	Лекция
		1	Лекция
		1	Лекция
2-ри ден	<ul style="list-style-type: none">➤ Практически съвети за подпомагане на СМР на деца до 1-годишна възраст.➤ Тренинг в методи за повлияване на СМР при деца от 1 до 3-годишна възраст.➤ Тренинг в методи за повлияване на СМР при деца от 3 до 7-годишна възраст.➤ ВРЕМЕ ЗА ВЪПРОСИ И ДИСКУСИИ.	1 + 2	Лекция + Практика
		1 + 2	Лекция + Практика
		1 + 2	Лекция + Практика
		1	Практика

Вариант 2

Лекция на тема „**Значение на сензомоторното развитие в първата година от живота на детето**“

Лектор: **Стела Маринкова** – терапевт по сензорна интеграция и рехабилитация

Целева група – бъдещи родители, бременни

Място на провеждане – училище за родители към различни частни и държавни заведения за оказване на родилна помощ

Форма на обучение – лекционен материал, поднесен присъствено или онлайн чрез zoom

Продължителност – 1,30 ч.

УЧАСТИЕТО Е БЕЗПЛАТНО!



По-важни акценти:

- Характеристика на основните етапи на сензомоторното развитие (СМР) в първата година от живота на детето.
- Деца с повишен риск от настъпване на сензорно интегративна дисфункция (СИД).
- Профилактика и хигиена на СМР.
- Практически съвети за подпомагане на СМР.

ИЗВОДИ

1. Изключително високият относителен дял на децата в норма, за които се установява риск в една или повече области на СМР (75,2%) като резултат от проведеното проучване е съществен за доказване на значимостта на разглеждания проблем, както и за доказване на необходимостта от превенция на СИД сред децата в предучилищна възраст.
2. Над половината от децата с установен риск проявяват признаци на сензорна свръхреактивност – прекалено активни са, импулсивни, с прояви на агресия, ниска концентрация, с избягващо поведение (сензорна защита), с ниски нива на взаимодействие с околната среда и др. Тези деца недвусмислено се нуждаят от подкрепа в преодоляването на подобни състояния, за да се чувстват по-добре със себе си и заобикалящия ги свят и да бъдат подготвени в придобиването на академични и социални умения в следващите етапи от своето развитие.
3. Сред децата с установени признаци на СИД, включени в изследването, тези с ДЦП като водеща диагноза се нареждат на второ място след тези от аутистичния спектър. Въпреки това отчитаме, че този контингент не се изследва достатъчно за признаци на СИД и съответно при него рядко се провежда специализирана терапия.
4. Като водещи причини, децата със СИД да не провеждат специализирана терапия, специалистите определят липсата на информираност сред родителите, неизяснени налични дефицити, недостиг на финанси, както и недостиг на квалифицирани кадри.
5. Социалното участие на децата със СИД и техните семейства е изключително засегнато. Като водещи проблеми отчитаме: неподходящи условия за почивка на семействата; затруднения при посещенията им на различни културни мероприятия; затруднения при посещаемостта на децата в УЗ; прояви на дискриминация от страна на децата без проблеми; недостатъчно социални контакти на детето и семейството като цяло.
6. Държавните учебни и лечебни заведения не разполагат с добре подготвени кадри, които да предоставят търсените услуги и да посрещнат адекватно

здравните и образователните потребности на децата със СИД, поради което интереса на родителите е насочен към частните учреждения.

7. При студентите от специалност „кинезитерапия“ и практикуващите кинезитерапевти се установяват най-много пропуски по отношение на тяхното обучение и подготовка за работа с деца със СИД.
8. При почти всички от включените в проучването студенти и родители отчитаме интерес към провеждането на обучения в разглежданата област.
9. Необходимостта от допълнителни обучения и повишаване на квалификациите сред специалистите, практикуващи в областта на детската рехабилитация е установена както от самите тях, така и от техните работодатели. Ето защо и двете страни са активни в този процес и влагат ресурси (време, средства) и желание в него. Това от своя страна има напълно своята възвращаемост, тъй като отчитаме подобряване качеството на предлаганите услуги по отношение на тяхната адекватност, ефективност и икономичност. Ефектът от допълнителните обучения на специалистите е положителен върху всички засегнати в процеса – организацията като цяло, работодатели, терапевти, родители и деца. Като краен продукт от този процес се явява здравето на децата, който е и основен критерий по който може да се направи адекватна оценка на качеството на предлаганите услуги.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицинските и социалните проблеми при децата със СИД може да ги съотнесем към едно от двете дефицитни направления, които установихме в хода на нашето проучване, а именно:

- Необходимостта от извършването на превантивни мерки в детските учебни заведения спрямо бъдещите усложнения на СИД, като значим и често срещан проблем сред децата в предучилищна възраст.
- Необходимостта от изграждането на ясна концепция в грижите и терапията на деца със сензорни дисфункции в рамките на други разстройства в развитието.

Въз основа на получените резултати успяхме да разработим някои стратегии за преодоляването на тези и други проблеми сред децата със сензорни дисфункции. Като осигуряването на квалифицирани кадри, по наше мнение е ключов фактор както в менажирането на проблемите, така и в прилагането на предложените от нас стратегии.

Не може да не отбележим и необходимостта от провеждането на допълнителни проучвания, които да разширят и задълбочат анализите в разглеждана област, както и от въвеждането на стандартизирани за страната ни, подходящи оценъчни инструменти.

Като родители, учители или специалисти по детското здраве, нашето участие в изграждането на сензорната интеграция на децата е неизбежно. Ето защо, повишаването на информираността ни по проблемите на СИД, както и адекватното ни участие в тяхното преодоляване са от първостепенно значение за успешното развитие и реализация на децата в бъдеще.

Осигуряването на подходяща среда и активности са водещи в подкрепа на сензомоторното развитие, което се явява важна базова част от цялостното развитие на човека като многофункционално, социално, емоционално и мислещо същество.

Дори и да не сме специалисти в областта, това което можем да направим, за да се подпомогнат тези така важни процеси в развитието на детето е да му дадем възможности за свобода – свобода да се движи, да играе, да изследва света около себе си, да се учи през себе си и усещанията си, а ние ще сме там, до него за да го мотивираме, подкрепяме и обичаме.

ПРЕПОРЪКИ

1. КЪМ МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

- Изготвяне на програма за промоция на детското здраве, обхващаща сензомоторното развитие на деца до 7-годишна възраст.
- Въвеждане на задължителен скрининг на децата в детските градини, относно сензомоторното им развитие.
- Стандартизиране за страната ни на подходящи инструменти за скрининг и оценка на сензомоторното развитие.
- Осигуряване на подходящи обучителни курсове на ОПЛ/педиатрите, следящи развитието на децата в неговите най-ранни етапи, относно същността и значението на СИ, основните признаци на СИД, за които трябва да се съблюдава в различните възрастови периоди, както и в насоки за навременна превенция или специализирана помощ.

2. КЪМ МИНИСТЕРСТВОТО НА ОБРАЗОВАНИЕТО

- Осигуряване на повече специалисти в образователната система.
- Осигуряване на подходяща база и обучени специалисти в детските градини за осъществяване на сензомоторни активности и превенция на СИД.
- Включване в учебната програма на децата от детските градини и началното училище на повече физически занимания, подвижни игри и активности като задължителни, а не като допълнителни и/или свободноизбираеми.
- Висшите учебни заведения да осигуряват на желаещите специалисти повече възможности за следдипломно обучение в областта на детската рехабилитация (включително и по отношение на сензорно интегративния подход) от български или чуждестранни лектори, а също така и повече бази за практическа работа с деца с различни проблеми в развитието.

3. КЪМ СПЕЦИАЛИСТИТЕ

- Да се информират относно иновативни терапевтични подходи и свързаните с тях проучвания за доказана ефективност.

- Да разширяват и повишават професионалните си компетенции, чрез подходящи обучителни курсове.
- Да насочат вниманието си към установяване на СИД при деца с различни проблеми в развитието, включително и при деца с ДЦП и при недоносени.
- При наличие на сензорни дисфункции да осъществяват навременно включване, в общия терапевтичен план, на подходящи подходи за тяхното повлияване или да насочват децата към провеждане на СИТ.
- Да са в тясно сътрудничество с родителите и да ги мотивират да участват активно в терапевтичния процес.

4. КЪМ РОДИТЕЛИТЕ

- Да се информират и наблюдават децата си относно тяхното развитие във всичките му аспекти: физическо; психическо; емоционално; когнитивно и социално.
- Да осигуряват на децата си достатъчно възможности за изследване на заобикалящата ги среда (у дома или на открито).
- Да намират „време за игра“ със своите деца, според техните интереси, възможности и нужди.
- Да не се страхуват да потърсят квалифицираното мнение или намеса на специалистите, дори и при най-малките си притеснения за съществуващ проблем.



(снимка:
PowerPoint
themes)

ПРИНОСИ

1) Приноси с научно-познавателен характер

- Осъществен е критичен анализ и синтез на международна научна литература относно същността и значението на сензорната интеграция, нейните нарушения и терапевтичните подходи за тяхното преодоляване.
- Проучено е значението на обучението и допълнителното квалифициране на специалистите с цел подобряване качеството на предлаганите медицински и немедицински услуги в областта на детската рехабилитация.
- Проведено е комплексно изследване и оценка на водещи медицински и социални проблеми при децата със СИД като: идентифициране на проблема; информираност сред родители, учители, медицински и немедицински специалисти относно състоянието; грижи и терапия за децата със сензорни дисфункции; психо-емоционалното и социалното състояние на семействата с дете със СИД; желание и готовност на родители, бъдещи или вече практикуващи специалисти за повишаване на компетенциите им в областта на СИ.
- Установени и представени са епидемиологични данни за деца в риск от СИД сред децата в предучилищна възраст на територията на нашата страна, въз основа на проведена скринингова оценка на тяхното СМР.
- Извършен е статистически анализ за наличието на признаци на СИД сред деца с други разстройства в развитието и провеждането на специфични терапевтични интервенции при тях.

2) Приноси с научно-приложен характер

- Разработен е „Алгоритъм за превенция на СИД при деца в предучилищна възраст“.
- Разработен е „Концептуален модел за терапевтичен подход при деца с установени признаци на СИД в или извън рамките на други разстройства в развитието“
- Изготвен е списък с обучителни курсове, подходящи за специалистите, практикуващи в областта на детската рехабилитация

- Изработена е учебна програма за следдипломно обучение на медицински и немедицински специалисти, работещи в областта на детската рехабилитация на тема „Терапевтични подходи в грижите за деца със СИД.
- Изработени са програми за теоретико-практически семинари, целящи информираност и обучение в следните теми:
 - ✚ „Кинезитерапевтичен подход при деца със сензорно интегративна дисфункция“ – предназначен за студентите от специалност „кинезитерапия“ и практикуващи кинезитерапевти;
 - ✚ „Насоки за превенция на сензорните дисфункции в домашни условия при деца с различни проблеми в развитието“ – предназначен за родители на деца с различни проблеми в развитието;
 - ✚ „Значение на сензомоторното развитие в първите години от живота на детето“ – предназначен за бъдещи и настоящи родители на деца до 7 годишна възраст; Вариант 2: лекция на тема „Значение на сензомоторното развитие в първата година от живота на детето“ – за бременни.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Аваджиева, Д., Хаджидекова, С., Рукова, Б., и др. Резултати от генетичен скрининг при български пациенти с разстройства от аутистичния спектър. Доклад на Национална конференция по детска неврология и психология на развитието с международно участие, 23-25 октомври, София, 2014
2. Армстронг, М. Наръчник за управление на човешките ресурси. Делфин прес, Бургас, 1993
3. Атанасова, А. Диагностика и оценка на разстройства от аутистичния спектър. Университетско издателство „Св. Климент Охридски“, София, 2018, с. 144-173, 351, 397-399
4. Атанасова, М. Подбор и обучение на персонала. Тракия – М, София, 1997
5. Ачкова, М. Психиатрия. Знание, София, 1996
6. Бекиров, Е. Работа с детето, семейството и общността – наръчник за здравни работници, рехабилитатори и родители. Ай Ди Тийм ООД, Видин, 2008, 11-15
7. Богданова, К. Качество на здравните грижи в лечебното заведение. Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „доктор“, МУ – София, 2018, с. 21-22, 41-45
8. Борисов, В. Ново обществено здравеопазване, Акваграфикс ООД, София, 1998
9. Борисов, В. Здравна политика и мениджмънт, График Консулт ООД, 1998
10. Борисов, В. Качество на здравното обслужване, В: Социална медицина. Учебник за медицинските колежи, Акар ПРИНТ, София, 2004, с. 125-127
11. Борисов, В. Мениджмънт на качеството в здравеопазването, В: Здравен мениджмънт. Том 1-ви, Филвест, София, 2004, 243-258
12. Борисов, В. Здравен мениджмънт. София, 2005
13. Бранева, И. Релационна психомоторика. Лекционни материали, обучителен курс, София, 3-4 декември 2011
14. Василева, Н., Терзиева, А., Георгиева С., Стоянова Е. Затруднена ефективност при медицинско обслужване на деца с аутизъм в болнична обстановка, София, сп. „Практическа педиатрия“, бр.5, 2015, с.18 – 20
15. Велева, С., Николова, С. Техники и подходи за сензорна интеграция при деца с генерализирани разстройства на развитието, Научна конференция с международно участие „Интердисциплинарни логопедични практики“, София, НБУ, 04 – 06 Ноември 2016

16. Велева, С. Изграждане и развитие на социална компетентност при деца с разстройства от аутистичния спектър. Автореферат на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „доктор“, Шумен, 2019, свалено от: www.shu.bg на 6.10.2021 10:47
17. Воденичаров, Ц., Попова, С. Социална медицина. ГорексПрес, София, 2009, с. 130 – 137
18. Войта, В., Петерс, А. Принципът на Войта. Превод от второто немско издание, Медицина и физкултура, София, 2003
19. Волеманова, М. Запазените примитивни рефлексии. Пренебрегван фактор при проблеми с обучението и поведението. Кибеа, 2020, с. 127-128
20. Гачева, Й. Физикална терапия и рехабилитация на заболяванията в детска възраст. Медицина и физкултура, София, 1987, с. 14
21. Георгиева, Е., Георгиева, Л. Качество на лабораторните медицински услуги като елемент на цялостното качество на здравните дейности. Варненски медицински форум, том 3, приложение 4, МУ – Варна, 2014, с. 62-65
22. Георгиева, Е., Драголова, Е. Сензорно възпитание по метода на М. Монтесори. Теоретико-приложно пособие за предучилищна възраст. Димант, София, 2008, с. 10-12
23. Георгиева, О., Темникова, Ж. Да разпознаем, разберем и помогнем на децата със сензорна дезинтеграция, Център за приобщаващо образование, София, 2010, с. 9-10
24. Грънчарова, Г. Социална медицина. ВМИ – Плевен, 2002
25. Евгениев, Г. Трудови стандарти. УИ „Стопнаство”, София, 2006
26. Каранешев, Г. Теория и методика на лечебната физкултура. Медицина и физкултура, София, 1983, с. 294 -295
27. Каранешев, Г. Ръководство за практически упражнения по лечебна физкултура. Медицина и физкултура, София, 1991, с. 21
28. Крайджикова, Л., Маврудиева, Н., Генчева, Н. Подвижни игри в кинезитерапията в детско – юношеска възраст. НСА – ПРЕС, София, 2007, с. 34
29. Минчева, П. Ерготерапия в педиатрията. РУ „Ангел Кънчев“, Русе, 2016, с. 28
30. Минчева, П. Работа с родители на деца с увреждания в ранната ерготерапевтична интервенция. МЕДИАТЕХ, Плевен, 2016, с. 67

31. Младенов, Р., Сыбева, Е., Янакиева, А. Больница през призма рынка. Сб. Статии: Международна научна школа „Парадигма“, т.4, ISBN 978-619-7142-07-5, 2015, S. 229-232
32. Морис, К. Да разберем и да работим с деца със затруднения в сензорната интеграция. Лекционни материали, Семинар, София, 22. 03. 2011г.
33. Мумджиев, Н. Детски болести. СИЕЛА, София, 2000, с. 13 – 15
34. Мутафова, М. Социална медицина. АРСО, София, 2007, с. 174 – 181
35. Национален център по обществено здраве и анализи към министерството на здравеопазването на Р. България (2020). Здравеопазване 2019, София, НСИ, с.10
36. Окутюрие, Б. Действаме, играем, мислим. Колибри, 2019, с. 31
37. Пантелеева, Д. Пълноценно двигателно развитие на бебето. Хермес, Пловдив, 2007, с. 6 – 8
38. Паскалева, Р., Павлова В., Иванова, В. Ерготерапия и игротерапия при деца с церебрални увреди. Варненски медицински форум, МУ-Варна, 2015, т.4, приложение 3, с. 108-112,
39. Паунов, М. Организационно поведение и корпоративна култура. УИ „Стопнаство”, София, 2008, с. 87, 93
40. Петрова, З. Разработки във връзка с качеството и безопасността на грижите за пациента, 2018,
Retrieved from <https://www.m.zdrave.net> , 12.07 / 09:10:43
41. Пирьова, Б. Невробиологични основи на детското развитие. НБУ, София, 2017, с. 225
42. Попов, Н. Въведение в кинезитерапията – основни средства и методи. НСА – ПРЕС, София, 2009, с. 264
43. Русинова, Е., Баева, М., Гюров, Д., Гюрова, В. Програма за възпитание на детето от две до седем годишна възраст. Даниела Убенова, София, 1995
44. Слънчев, П. Ръководство по кинезитерапия. Медицина и физкултура, София, 1986
45. Терзиева, А. Социално-медицински проблеми на деца с детска церебрална парализа. Дисертационен труд, МУ – София, 2014, с. 24-25
46. Терзиева, А. Грижи за деца с церебрална парализа. София, ЦМБ МУ – София, ISBN: 978-954-9318-62-3, 2015

47. Терзиева, А., Василева, Н., Чанева, Г., и Благоева, Д. Грижите за деца с детска церебрална парализа, предизвикателство за екипа от професионалисти по здравни грижи. Практическа педиатрия, бр.5, София, 2015, с. 9 – 11
48. Тодорова, Л. Теоретични основи на ерготерапевтичния процес. РУ „Ангел Кънчев“, Русе, 2012, с.5
49. Топузов, И. Ерготерапия, трета част (специална). РИК “Симел”, София, 2009
50. Трошева – Асенова, А., Играта и децата със специални образователни потребности. ИК „Феномен“, София, 2018, с. 10 – 24
51. Трошева – Асенова, А., Михайлова, С. Ролята на творческите дейности и материали в работата с деца с двигателни нарушения. Доклад във Втора Научно-Практическа Конференция „Образование и Изкуства: Традиции и Перспективи“, София, 11-12 ноември 2021
52. Уайкоф, Дж., Юнел, Б. Как без крясъци и шамари да приучим детето на дисциплина. ИК „Колибри“, 2008
53. Узунова, Ю. Маркетингов мениджмънт. Унив. Изд. на ИУ – Варна, 2012
54. Флеминг, И. Нормално развитие на кърмачето и неговите отклонения, ранно разпознаване и ранно лечение. Медицина и физкултура, София, 1987
55. Харизанова, М. Управление на човешките ресурси. ИСК при УНСС, София, 2004, с. 131-167
56. Чанева, Г. Качество на сестринските грижи като приоритет. Артик, София, 2001, 2008, с. 47
57. Чанева, Г. Критерии за качество на здравните грижи. В: Управление на здравните грижи под ред на С. Попова. Филвест, София, 2003, с. 89-93
58. Чанева, Г., Стамболова, И. Качество на здравните грижи. Протокол за здравни грижи. В: Управление на здравните грижи под ред. на С Попова. Филвест, София, 2003, с.15-21
59. Чанева, Г. Качество на сестринските грижи в болницата. Дисертационен труд, МУ – София, 2006, с. 173
60. Шопов, Д. Анализ и проектиране на системи за управление на човешките ресурси. УИ „Стопнаство“, София, 2007, с. 108
61. Янева, Т. DENVER II – скрининг тест на детското развитие. Публикувано онлайн на 19 Юли 2020 на: www.tyaneva.com

62. ADMIN. Разстройство на сензорната обработка – кои дейности стимулират мозъка да интерпретира сензорната информация. Публикувано онлайн на 27.06.2019 на: www.neuro-therapy.eu
63. Ahn, R. R., Miller, L. J., Milberger, S., & McIntosh, D. N. Prevalence of parents' perceptions of sensory processing disorders among kindergarteden children. *American Journal of Occupational Therapy*, 2004, pp. 58, 287-293
64. Allen, Sh., Arimany, N., Doman, A. In *Time – Guidebook. Advanced Brain Technologies*, Centerville, 2014
65. Allman, T. *Diseases & Disorders. Autism*. Lucent books, Gale, Gengage Learning, 2010
66. *American Journal of Health Promotion*, 1898
67. Ang, S. Social participation and health over the adult life course: Does the association strengthen with age? *Social Science & Medicine*, 2018, doi: 10.1016/j.socscimed.2018.03.042.
68. Ayres, A. J. *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1972
69. Ayres, A. J. *Sensory integration and the child*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1979, p. 130
70. Ayres, J., *Sensory Integration and the Child: Understanding hidden sensory challenges*. 25th anniversary ed., Los Angeles: Western Psychological Services, 2013, pp. 3-25 , 47-60, 139-168
71. Balzer-Martin, L., & Kranowitz, C. *The Balzer-Martin Preschool Screening Program Manual*. Washington, 1992, DC: St. Columba's. www.stcolumbadc.org
72. Baranek, G. Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2002, 32, pp. 397-422
73. Barrett, H., Benson, A., Boucher, A., Burch, S., Cash, A., Creger, A., Dusek, L., Feyen, M., Garcia, K., & Bass, J.D. Reflex based interventions for children with autism and developmental disabilities: An evidence-based practice project. 2016, Retrieved from <https://sophia.stkate.edu/>
74. Ben-Sasson, A., Carter, A.S., & Briggs Gowan, M.J. Sensory over-responsivity in elementary school: prevalence and social-emotional correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2009, pp. 37, 705-716.

75. Ben-Sasson, A., Carter, A.S., & Briggs-Gowan, M.J. The development of sensory over-responsivity from infancy to elementary school. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2010, 38 (8), pp. 1193-1202.
76. Binns, A., Cardy, J.O. Developmental social pragmatic interventions for preschoolers with autism spectrum disorder: A systematic review. *Autism and Developmental Language Impairments*, 4(1), 2019, pp. 1–18.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2396941518824497>
77. Blanche, E., & Burke, J. Combining neurodevelopmental and sensory integration approaches in the treatment of the neurologically impaired child: Parts 1 and 2. *Sensory Integrational International Quarterly*, 1991, 19(2), pp. 1-6
78. Blanche, E., Botticelli, T., & Hallway, M. Combining neurodevelopmental treatment and sensory integration principles. Tucson, AZ: Therapy Skill Builders, 1995
79. Brown, B. Meta-competence: recipe for reframing the competence debate? *Brue Greg Six Sigma for Small Business. Personal Review*, 2008, 22 (6), pp. 26-37
80. Bundy, A., Lane Sh. *Sensory Integration – Theory and Practice*. Third edition, F.A. DAVIS, Philadelphia, 2020, pp. 3; 5; 15-17; 209-210; 361; 425; 428-429; 569-575
81. Carter, A. S., Ben-Sasson, A., & Briggs-Gowan, M. J. Sensory over-responsivity, psychopathology, and family impairment in school-aged children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2011, 50(12), pp. 1210-1219
82. Centers for Disease Control and Prevention. Autism spectrum disorder. 2016,
Retrieved from <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html#references>
83. Cohn, E. S., & Cermak, S. A. Including the family perspective in sensory integration outcomes research. *American Journal of Occupational Therapy*, 1998, pp. 52, 540-546
84. Cohn, E., May-Benson, T.A., Teasdale, A. The relationship between behaviors associated with sensory processing and parental sense of competence. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 2011, 31(4): pp. 172-181
85. Cooper, J., Majnemer, A., Rossenblatt, B., & Birnbaum, R. The determination of sensory deficits in children with hemiplegic cerebral palsy. *Journal of Child Neurology*, 1995, 10(4), pp. 300-309
86. DeGangi, G. Perspectives on the integration of neurodevelopmental treatment and sensory integrative therapy, Part 1, 2 and 3. *Neurodevelopmental Treatment Association Newsletter*, 1990, pp. 1-4, 1-6, 1-5
87. Dennison, G., Dennison, P. *Brain Gym. Teacher’s Edition*, Edu – Kinesthetics, Inc., Ventura, California, 1994

88. Doman, G, Doman, J. How to multiply your baby's intelligence. More gentle revolution. Avery Publishing Group, NY, 1994
89. Doman, G. What to do about your brain-injured child. IAHP, Square One Publishers, NY, 2002, pp. 7
90. Dunn, W. Sensory Profile 2. USER'S MANUAL, PsychCorp, Bloomington, 2014, pp. 1-2
91. Frick, S. M., & Young, S. R. Listening with the whole body: Clinical concepts and treatment guides for Therapeutic Listening®. Madison, WI: Vital Links, 2009
92. Gal, E., Cermak, Sh., Ben-Sasson, A. Sensory processing disorders in children with autism – nature, assessment, and intervention. NY: Guildord Press, 2007
93. Georgiadou, A., Yfantis N. Introduction to the Bobath – NDT concept. Course, Sofia, 23.03.2014
94. Goddard, S. Reflexes, Learning and Behavior. A Window into the Child's Mind. Fern Ridge Press, USA, 2005, pp. 130-131
95. Grandin, T. How people with autism think. In: learning and cognition in autism, edited by E. Schopler and G. Mesibov. NY: Plenum Press, 1995
96. Greenspan, S., Wider, S. Clinical Practice Guidelines: Redefining the Standards of Care for Infants, Children and Families with Special Needs. Chapter 4. Principles of Clinical Practice for Assessment and Intervention, ICDL, 2003, pp. 65, 67
97. Heath, A. Educational Kinesiology Foundation. Seminar in Brain Gym, Sofia, May 2014
98. Herbert, M. Contributions of the environment and environmentally vulnerable physiology to autism spectrum disorder. Current opinion in neurology, 2010, DOI: 10.1097/WCO.0B013E328336A01F
99. Hoogenboom, M., Woodward, B. Autism. Holistic Approach. Third Edition, Cornwall: Floris Book, 2013
100. Iwanaga, R., Honda, S., Nakane, H., Tanaka, K., Toeda, H., Tanaka, G. Pilot study: Efficacy of sensory integration therapy for Japanese children with high-functioning autism spectrum disorder. Occupational Therapy International, 2014, 21(1), pp. 4-11
101. Kahan, B., Goodstadt, M. Best Practices in Health Promotion Interactive Domain Manual. Toronto: Center for Health Promotion, 2002
102. Kessler, M. Information about the "Vojta Prinzip". Seminar, Sofia, 12.10.2013

103. Kinnealey, M., Koenig, K.P., & Sinclair, S. Relationships between sensory modulation and social supports and health-related quality of life. *American Journal of Occupational Therapy*, 2011, 65(3), pp. 320-327
104. Kirusek, T. J., & Sherman, R. E. Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs, *Community Mental Health Journal*, 1968, pp. 4, 443-453
105. Kranowitz, C. *The out-of-sync child: Recognizing and coping with sensory processing disorder*. Perigee, New York, 2005, pp. xxiv, 3-79, 193-198, 219-225, 299-303
106. Kranowitz, C. *The Out-of-Sync Child Has Fun: Activities for Kids with Sensory Processing Disorder*. Perigee, New York, 2006, pp. 4
107. Kull-Sadacharam, K., Wiesbauer, C. Sensorisch – Integrative Ayres Therapie (SIAT®), *Kinderärztkliche Praxis* 83, Heft 2, 2012, seite 95-102
108. Lang, R., O'Reilly, M., Healy, O., Respoli, M., et al. Sensory integration therapy for autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2012, pp. 6, 1008-1018
109. Laurie, B., McMurer, D. Training investment can mean financial performance. *Traning and Development*, May 1998
110. Lesny, I., Stehlik, A., Tomasek, J., Tomankova, A., & Havlicek, I. Sensory disorders in cerebral palsy: To-point discrimination. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 1993, pp. 35, 402-405
111. Marinkova, S. Sensory integrative approach in children from infancy to preschool age – guidelines for prevention, early diagnosis and intervention at first sign of sensory integrative dysfunction. *Knowledge international journal*, Vol.30.4, UDK 37, ISSN: 2545-4439, 1857-923X, Skopje, 2019, pp.799 – 804
112. Marinkova, S., Terzieva, A. Training and additional qualification of specialists working in the field of child rehabilitation in order to improve the quality of the services offered. *Knowledge international journal*, Vol.38.4, UDK 37, ISSN: 2545-4439, 1857-923X, Skopje, 2020, pp. 923-928
113. Maslow, A.H. *Motivation and Personality*. Harper & Row, New York, 1954
114. Milkovich, G., Boudreaw, I. *Personnel Human Resources Management. A Diagnostic Approach*, 1998
115. Miller, L., & Filler, D. *Sensational Kids: Hope and Help for Children with Sensory Processing Disorder*. Perigee, New York, 2007

116. Moore, C.F., Gajewski, L.L., Laughlin, N.K., Luck, M.L., Larson, J.A., Schneider, M.L. Developmental lead exposure induces tactile defensiveness in rhesus monkeys (*Macaca mulatta*). *Environmental Health Perspectives*, 2008, 116(10):1322-6.
117. Moore, J. The neuroanatomy and pathology of cerebral palsy. In selected proceeding from the Barbro Salek Memorial Symposium, 1984, pp. 3-60
118. Ornitz, E. Autism at the interface between sensory and information processing. In: Autism. Nature, diagnosis and treatment. Edited by G. Dawson, Guildford Press, New York, 1989
119. Ottawa Charter for Health Promotion, 1986
120. Ottenbacher, K. Sensory integration therapy: Affect or effect? *American Journal of Occupational Therapy*, 1982, pp. 36, 571-578
121. Palisano, R., Rosenbaum, P., Bartlett, D., Livingston, M. Gross Motor Function Classification System. Expanded and Revised, McMaster University, Hamilton, Canada, 2007
122. Parham, L. D., Cohn, E. S., Spitzer, S., Koomar, J., Miller, L., Burke, J. P.,...Summers, C. A. Fidelity in sensory integration intervention research. *American Journal of Occupational Therapy*, 2007, pp. 61, 216-227
123. Parham, L., Roley, S., May-Benson, T., et al. Development of a fidelity measure for research on the effectiveness of the Ayres Sensory Integration® intervention. *American Journal of Occupational Therapy*, 2011, pp. 65, 133-142
124. Pfeiffer, B. A., Koenig, K., Kinnealey, M., Shepard, M., Henderson, L. Effectiveness of sensory integration interventions in children with autism spectrum disorders: A pilot study. *American Journal of Occupational Therapy*, 2011, 65, 76-85, doi:10.5014/ajot.2011.09205
125. Reis, J., Queiroga, L., Rodrigues, R., Ferreira B., Vieira F., Farinha M., and Caldeira da Silva P. Sensory Processing Disorders and Psychopathology. *European Psychiatry*, Volume 41 , Issue S1: Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry, April 2017, pp. S216 - S217, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.2196> , Published online by Cambridge University Press: 23 March 2020
126. Reynolds, S., Lane, S. J., & Richards, L. Using animal models of enriched environments to inform research on sensory integration intervention for the rehabilitation of neurodevelopmental disorders. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 2010, 2 (3), pp. 120-132

127. Roley, S., Blanche E., Schaaf, R. Understanding the nature of sensory integration with diverse populations. PRO-ED, Texas, 2001, pp. 275-311, 345-348
128. Sancier, K. Qigong and energy medicine database. Los Altos, CA: Qigong Institute, 2007
129. Sattoe, J., Hilberink, S., van Staa, A., & Bal, R. Lagging behind or not? Four distinctive social participation patterns among young adults with chronic conditions. *Journal of adolescent health*, 2014, 54(4), pp. 397 – 403, doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.09.017
130. Schaaf, R., Miller, L. Occupational Therapy using a Sensory Integrative Approach for Children with Developmental Disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, 2005, pp. 11, 143-148
131. Schaaf, R., Hunt, J., Benevides, T. Occupational therapy using sensory integration to improve participation of a child with autism: A case report. *American Journal of Occupational Therapy*, 2012, pp. 66, 547-555, <http://dx.doi.org/10.5014/ajot2012.004473>
132. Schaaf, R. C., Benevides, T., Mailoux, Z., Faller, P., Hunt, J., Van Hooydonk, E, et al. An intervention for sensory difficulties in children with autism: A randomized trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2014, 44(7), pp. 1493-1506, doi:10.1007/s10803-013-1983-8
133. Schaaf, R. C., & Mailoux, Z. A clinician's guide for implementing Ayres Sensory Integration®: Promoting participation in children with autism. Rockville, MD: American Occupational Therapy Association, 2015
134. Schneider, M.L., Moore, C.F., Gajewski, L.L., Laughlin, N.K., Larson, J.A., Gay, C.L., Roberts, Converse, A.K., & DeJesus, O.T. Sensory processing disorders in a nonhuman primate model: evidence for occupational therapy practice. *The American Journal of Occupational Therapy*, 2007, pp. 61, 247-253.
135. Schneider, M.L., Moore, C.F., Gajewski, L.L., Larson, J.A., Roberts, A.D., Converse, A.K., & DeJesus, O.T. Sensory processing disorder in a primate model: evidence from a longitudinal study of prenatal stress effects. *Child Development*, 79(1), 2008, pp. 100-113.
136. Schneider, M.L., Moore, C.F., Larson, J.A., Barr, C.S., DeJesus, O.T., & Roberts, A.D. Timing of moderate level of prenatal alcohol exposure influences gene expression of sensory processing behavior in rhesus monkeys. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 2009, pp. 3, 30.

137. Schoen, S., Lane, S. J., Mailoux, Z., May-Benson, T. A., Parham, L. D., Roley, S., & Schaaf, R. C. A systematic review of Ayres Sensory Integration intervention for children with Autism. *Autism Research*, 2019, pp. 6-19, Doi: 10.1002/aur.2046
138. Shamsoddini, A. Effect of sensory integration therapy on gross motor function in children with cerebral palsy. *Iranian Journal of Child Neurology*, 2008, pp. 43-48
139. Shmidt, R. A., & Lee, T. D. *Motor control and learning: A behavioral approach* (5th ed.). Champaign, IL: Human Kinetics, 2011
140. Silva, L. M. T., & Cignolini, A. A medical qigong methodology for intervention in autism spectrum disorder: A case series. *American Journal of Chinese Medicine*, 2005, pp. 33, 315-327.
141. Silva, L. M. T., Cignolini, A., Warren, R., Skowron-Gooch, A., & Budden, S. Improvement in sensory impairment and social development in young children with autism following an original qigong massage methodology. *American Journal of Chinese Medicine*, 2007, pp. 35, 393-406.
142. Silva, L. M. T., Ayres, R., & Schalock, M. Outcomes of a pilot training program in a qigong massage intervention for young children with autism. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(5), 2008, pp. 538-546.
143. Silva, L. M. T., Schalock, M., Ayres, R., Bunse, C., & Budden, S. Qigong massage treatment for sensory and self-regulation problems in young children with autism: A randomized controlled trial. *American Journal of Occupational Therapy*, 2009, pp. 63, 423-432, Downloaded from <http://ajot.aota.org> on 08/24/2019 Terms of use: <http://AOTA.org/terms>
144. Sorgen, C. Help for Sensory Intergation Disorder in kids. WebMD, 2004
145. Sterten, M. Autism and the Senses. In *Autism. A Holistic Approach*. M. Hogenbboom and Bob Woodward., Third Edition, Cornwall: Floris Book, 2013
146. Tomchek, S., Dunn, W. Sensory processing in children with and without autism: A comparative study using the short sensory profile. *American Journal of Occupational Therapy*, 2007, pp. 61, 190-200
147. Upledger, J. E., & Vredevoogd, J. *Craniosacral therapy*. Seattle, WA: Eastland Press, 1983
148. Vargas, S., & Camilli, G. A meta-analysis of research on sensory integration treatment. *American Journal of Occupational Therapy*, 1999, pp. 53, 189-198
149. Vojta, V. *Das Vojta-Prinzip: Muskelspiele in Reflexfortbewegung und motorischer Ontogenese*. Springer Medizin Verlag Heidelberg, 2007

150. Wann, J. The integrity of visual-proprioceptive mapping in cerebral palsy. *Neuropsychologia*, 1991, 29(11), pp. 1095-1106
151. Wilbarger, P., & Wilbarger, J. Sensory defensiveness in children aged 2-12: An intervention guide for parents and other caregivers. Denver, Co: Avanti Educational Programs, 1991
152. Wilbarger, P. Sensory defensiveness, Videotape, Hugo, MN: PDP, 1993
153. Williamson, G., Anzalone, M., Hanft, B. Clinical Practice Guidelines: Redefining the Standards of Care for Infants, Children and Families with Special Needs. Chapter 8. Assessment of Sensory Processing, Praxis, and Motor Performance. ICDL, 2003, pp. 157; 162-163; 181-184, <https://www.icdl.com/dir/bookstore/icdl-clinical-practice-guidelines>
154. Windsor, M. Incorporating sensory integration principles into treatment of children with cerebral palsy. American Occupational Therapy Association Developmental Disabilities Special Interest Section Newsletter, 1986, pp. 3-4, 9
155. Yekutiel, M., Jariwala, M., & Stretch, P. Sensory deficits in the hands of children with cerebral palsy: A new look at assessment and prevalence. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 1994, pp. 36, 619-624
156. www.advancedbrain.com
157. www.alertprogram.com
158. www.giuntipsy.bg
159. www.hestiabg.com
160. www.iahp.org
161. <https://www.icdl.com/dir/bookstore/icdl-clinical-practice-guidelines>
162. www.icdl.com/research
163. www.lex.bg
164. <http://medicalcenter.dpkids.org>
165. www.mh.government.bg
166. www.neurotherapy.eu
167. www.sensoryhealth.org/basic
168. <https://sensoryhealth.org/basic/latest-research-findings>
169. www.uni-sofia.bg
170. www.bg.m.wikipedia.org (публикация на БНР от 10.09.2020, посетена на 03.02.2021)

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

СЕНЗОМОТОРЕН ВЪПРОСНИК ЗА ДЕЦА В ПРЕДУЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ ¹

Име на детето: _____

Пол: М F

Дата на попълване: _____

Дата на раждане: _____ Възраст: _____

Попълнено от: _____

УКАЗАНИЯ: Въпросникът може да бъде приложен от учител, родител или терапевт, запознат с функционирането на детето в разглежданите области. Въпросникът е валидиран като скринингов инструмент за деца от 3 до 5 годишна възраст. Сумирайте точките за всяка подскала, след което въведете резултатите в предназначените за това полета. Децата, показващи подозрителни резултати в една или повече области, включващи сензорна преработка или моторно планиране, трябва да бъдат пренасочени към ерготерапевт за по-нататъшно тестване на сензорната интеграция и двигателните умения. Децата, показващи подозрителни резултати в общото поведение и емоционалните области, трябва да бъдат насочени към клиничен психолог или специалист по ранна интервенция, запознат с тестването и лечението на проблемите в тези области.

Подскала	Нормално	Рисково
А. Саморегулация <ul style="list-style-type: none">Ниво на активност и внимание	0-2	3-6
Б. Сензорна преработка при допир	0-2	3-6
В. Сензорна преработка при движение <ul style="list-style-type: none">хипореактивностсвръхреактивност	0-2 0	3-4 1-7
Г. Емоционално развитие	0-2	3-10
Д. Двигателно развитие <ul style="list-style-type: none">моторно планиране и координация	0-3	4-15

A. САМОРЕГУЛАЦИЯ (НИВО НА АКТИВНОСТ И ВНИМАНИЕ)				
	Вашето дете е:			Точки
1.	Често раздразнително?	Да – 1	Не – 0	
2.	Лесно се привързва?	Да – 1	Не – 0	
3.	Прекалено активно и трудно се успокоява?	Да – 1	Не – 0	
4.	Прекалено развълнувано от гледки, звуци и др.?	Да – 1	Не – 0	
5.	Разсейващо се от гледки и звуци?	Да – 1	Не – 0	
6.	Неспокойно е и не може да седи на едно място по време на дейности при които се изисква тишина и концентрация?	Да – 1	Не – 0	
ОБЩ БРОЙ ТОЧКИ:				
Б. СЕНЗОРНА ПРЕРАБОТКА ПРИ ДОПИР				
	Дали вашето дете :			Точки
1.	Не харесва да бъде къпано или да му се мият ръцете, лицето или косата?	Да – 1	Не – 0	
2.	Оплаква ли се, че другите хора се „блъскат“ в него?	Да – 1	Не – 0	
3.	Не харесва твърди храни (хрупкави, дъвчащи и др.) и избягва да опитва нови хранителни текстури?	Да – 1	Не – 0	
4.	Предпочита определени дрехи и се оплаква се от етикетите им, че някои са прекалено стегнати или че го сърби от тях?	Да – 1	Не – 0	
5.	Често блъска или бута други деца и играта може да му бъде твърде груба?	Да – 1	Не – 0	
6.	Предпочита възможно най-малко дрехи или предпочита дълги ръкави и панталони, дори в топло време?	Да – 1	Не – 0	
7.	Изглежда, че има прекалено много гъдел?	Да – 1	Не – 0	
8.	Има прекомерна или недостатъчна реакция на физически болезнени преживявания?	Да – 1	Не – 0	

9.	Склонно е да страни от група или изглежда раздразнително в тесни помещения?	Да – 1	Не – 0	
ОБЩ БРОЙ ТОЧКИ:				
В.	СЕНЗОРНА ПРЕРАБОТКА ПРИ ДВИЖЕНИЕ			
В.1.	Дали Вашето дете:			Точки
1.	Предпочита бързо движещи се атракциони, въртележки и въртящи се съоръжения и не му се завива свят от тях или изглежда, че му действат по-малко от на другите деца?	Да – 1	Не – 0	
2.	Често се вози на въртележката където другите деца тичат около нея за да поддържат платформата да се върти?	Да – 1	Не – 0	
3.	Много харесва ситуации с движение къщи като например да скача по мебелите, да се люлее на люлеещ се стол или да се върти във въртящ се стол?	Да – 1	Не – 0	
4.	Забавлява се когато е надолу с главата?	Да – 1	Не – 0	
ОБЩ БРОЙ ТОЧКИ:				
В.2.	Дали Вашето дете:			Точки
1.	Склонно е да избягва люлки, пързалки или ги използва плахо?	Да – 1	Не – 0	
2.	Изглежда, че се страхува да отлепи (вдигне) стъпала от земята (да се качи на стол или игри със скачане) и предпочита да бъде близо до земята по време на игра?	Да – 1	Не – 0	
3.	Често пада и изпитва затруднение в запазването на равновесие (например когато изкачва стълби)?	Да – 1	Не – 0	
4.	Има страх от височини и катерене?	Да – 1	Не – 0	
5.	Обича движения, които то само инициира, но не харесва да бъде местено от други, особено когато движението или премесването е неочаквано?	Да – 1	Не – 0	
6.	Не обича да изпробва нови движения или се затруднява при научаването им?	Да – 1	Не – 0	
7.	Става му лошо при пътуване с кола, самолет или асансьор?	Да – 1	Не – 0	

ОБЩ БРОЙ ТОЧКИ:				
Г.	ЕМОЦИОНАЛНО РАЗВИТИЕ			
	Дали Вашето дете:			Точки
1.	Играе на въображаеми игри с кукли, колички и други, с последователности и сюжети в играта (напр. куклата става, облича се, закусва и т.н.)?	Да – 0	Не – 1	
2.	Въвлича Ви в игри, които то си измисля или иска да играе?	Да – 0	Не – 1	
3.	Търси привързаност и играе ролеви игри (игри на ужким), в които то ще се грижи за куклата напр.?	Да – 0	Не – 1	
4.	Играе въображаеми игри, които включват себеотстояване, изследване или агресия (състезания с коли, бой с войници или пътуване до къщата на баба)?	Да – 0	Не – 1	
5.	Разбира правила като, да изчака да му кажете да пресече улицата?	Да – 0	Не – 1	
6.	Разбира, че има последствия от неговото поведение (ако се държи добре вие сте доволни, ако е непослушно - бива наказано)?	Да – 0	Не – 1	
7.	Затруднява се да превъзмогне внезапно избухване или ядосване (отнема му повече от 10 минути)?	Да – 1	Не – 0	
8.	Затруднява се да играе с връстници?	Да – 1	Не – 0	
9.	Не обича промени в режима му и предпочита нещата да са си същите всеки ден?	Да – 1	Не – 0	
10.	Изглежда не забелязва опасностите и поема твърде много рискове, често се наранява?	Да – 1	Не – 0	
ОБЩ БРОЙ ТОЧКИ:				
Д.	ДВИГАТЕЛНО РАЗВИТИЕ (МОТОРНО ПЛАНИРАНЕ И КООРДИНАЦИЯ)			
	Дали Вашето дете:			Точки
1.	Използва двете си ръце за задачи, които изискват две ръце	Да – 0	Не – 1	

	като например да задържи листа при рисуване или да държи чашата докато я пълни?			
2.	Затруднява се при обличане?	Да – 1	Не – 0	
3.	Избягва да изпробва нови игри и предпочита да играе такива в които се чувства сигурно?	Да – 1	Не – 0	
4.	Има затруднения да използва ръцете си при боравене с играчки и справяне със закопчалки (нанизване на мъниста, закопчаване на копчета)?	Да – 1	Не – 0	
5.	Изглежда тромаво и се блъска често в разни неща?	Да – 1	Не – 0	
6.	Затруднява се да хване топка с две ръце?	Да – 1	Не – 0	
7.	Затруднява се в активности, изискващи големи мускулни усилия като каране на триколка или скачане на два крака?	Да – 1	Не – 0	
8.	Седи отпуснато на стола или отчасти е извън него?	Да – 1	Не – 0	
9.	Има затруднения да седи мирно на стол и сякаш се движи много бързо (тича вместо да ходи)?	Да – 1	Не – 0	
10.	Усещате го отпуснато или „увиснало“, когато го повдигате или му местите крайниците, за да му помагате при обличане?	Да – 1	Не – 0	
11.	Има трудности при натискане/завъртане на копчета или дръжки, които изискват известен натиск (повече усилие)?	Да – 1	Не – 0	
12.	Има слаб захват за предмети като ножици, моливи или неща които носи?	Да – 1	Не – 0	
13.	Има доста силно, стегнато хващане на предмети?	Да – 1	Не – 0	
14.	Спонтанно избира да прави неща, изискващи употребата на „инструменти“, като пастели, флумастери, ножици?	Да – 0	Не – 1	
15.	Яде, цапайки себе си и всичко около себе си?	Да – 1	Не – 0	
ОБЩ БРОЙ ТОЧКИ:				

Източник: ICDL Clinical Practice Guidelines, Part Three: Motor and Sensory Functioning, Chapter 8. Assessment of Sensory Processing, Praxis, and Motor Performance, Appendix B, 181; <https://www.icdl.com/dir/bookstore/icdl-clinical-practice-guidelines>

ВЪПРОСНИК

Настоящия въпросник е разработен във връзка с провеждането на индивидуални полуструктурирани интервюта със специалистите, практикуващи в МЦ „Деца с проблеми в развитието“, гр. София.

Проучването има за цел да събере и анализира мнението и гледните точки на специалистите, работещи с деца с различни проблеми в развитието, вкл. и със СИД, относно някои от проблемите, свързани с това състояние.

Някои от насочващите въпроси са:

1. Каква е Вашата специалност?
2. От колко време работите в областта на детската рехабилитация?
3. При деца с какви проблеми в развитието във Вашата практика най-често срещате признаци на сензорни дисфункции?
4. Каква част от децата с установени признаци на сензорни дисфункции посещават специализирана терапия за тяхното повлияване?
5. Бихте ли посочили предполагаемите от Вас причини, поради които децата със СИД не провеждат специализирана терапия?
6. Вие самите прилагате ли техники за повлияване на сензорните дисфункции?
7. Имате ли допълнително обучение в областта на сензорната интеграция?
8. В какви направления наблюдавате подобрение в децата, които провеждат специализирана терапия спрямо признаците на СИД?
9. Бихте ли искали да споделите нещо друго в областта на разглежданата тема?

АНКЕТНА КАРТА

С настоящата анкетна карта имаме за цел да проучим информираността, интересите и мненията на **студентите** от специалност кинезитерапия, ерготерапия, специална педагогика и логопедия, относно теми, свързани със сензомоторното развитие при децата. **Благодарим Ви за участието!**

1. Запознати ли сте какво представлява сензомоторното развитие?

- а) да
- б) отчасти
- в) не

2. Знаете ли какво е сензорна интеграция (СИ) и сензорно интегративна дисфункция (СИД)?

- а) да
- б) не

3. Знаете ли, че признаци на СИД освен при типично развиващи се деца са често срещани и при деца с ДЦП, деца от Аутистичния спектър, деца със СОП, недоносени и др.?

- а) да
- б) не

4. Смятате ли, че децата в детските учебни заведения са ангажирани с достатъчно физически занимания, подвижни игри и активности?

- а) да
- б) да, но само в частните
- в) не

5. Смятате ли, че родителите на децата в съвременното общество им осигуряват достатъчно възможности да си взаимодействат с естествено заобикалящата ги среда?

- а) да голяма част от родителите
- б) да, но само малка част от родителите
- в) не

6. Според Вас къде децата могат да развият по-добра сензомоторика?

а) в градовете

б) в селата

в) навсякъде

7. Според Вас в България осъществява ли се достатъчно промоция и превенция на детското здраве?

а) да

б) не

в) не мога да преценя

8. Чувствате ли се мотивирани да работите с деца със специални потребности в професионалното си бъдеще?

а) да

б) не

в) не мога да преценя

9. На какво ниво оценявате знанията и квалификацията си по отношение на сензомоторното развитие при децата и неговите отклонения?

а) високо

б) задоволително

в) ниско

10. Бихте ли разширили своите компетенции с обучение в областта на СИ?

а) да като дисциплина към основното ми обучение

б) да като следдипломно обучение

в) не

Моля, посочете:

Вашата специалност.....Курс на обучение.....

ВУЗ.....Населено място.....

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми родители, с настоящата анкетна карта имаме за цел да проучим някои медицински и социални проблеми при деца с установени сензорно интегративни дисфункции в или извън рамките на други заболявания. Проучването се провежда анонимно и е във връзка с разработването на научен труд в разглежданата област. **Предварително Ви благодарим за участието и оказаното съдействие!**

- 1. Срещнахте ли затруднения при установяване на диагнозата на Вашето дете?**
 - А) да
 - Б) не

- 2. Към кои проблеми в развитието се отнасят тези на Вашето дете?**
 - А) ДЦП
 - Б) други проблеми в невромоторното развитие
 - В) аутистичен спектър
 - Г) други говорни нарушения
 - Д) други психо-емоционални разстройства
 - Е) обучителни нарушения

- 3. Кой установи, че детето Ви има проблем?**
 - А) вие като родител
 - Б) личния лекар на детето
 - В) друг медицински специалист
 - Г) друг близък или роднина

- 4. Кога се установи, че детето Ви има проблем?**
 - А) още преди раждането
 - Б) веднага след раждането
 - В) до навършването на 1 година
 - Г) между 1-та и 2-та година на детето

Д) след 2 годишна възраст

5. Срещате ли затруднения при посещението на детето Ви в детските учебни заведения?

А) да

Б) не

6. Според Вас персонала в детските учебни заведения има ли необходимата подготовка за да посрещне адекватно нуждите на детето Ви?

А) да

Б) не

В) не мога да преценя

7. Според Вас специализираните детски учебни заведения по-подходящи ли са за децата със специални потребности?

А) да

Б) не

8. От кого получавате най-често помощ и подкрепа, включително психологическа?

А) от никой, разчитаме само на себе си

Б) от близки и роднини

В) от личния лекар

Г) от терапевтите на детето

Д) от социални работници

Е) от други родители на деца със сходни проблеми

Ж) от възпитателите в детските учебни заведения

З) от психолог

9. Работите ли?

А) да на пълен работен ден

Б) да на половин работен ден

В) да, но от къщи

Г) да като личен асистент на детето ми

Д) не работя

10. Семейният Ви доход достатъчен ли Ви е за да покриете месечните си разходи, включително и тези по лечението, терапията и обучението на детето Ви?

А) да

Б) да като се ограничаваме

В) не

11. Разчитате ли на допълнителни средства за терапия от благотворителни кампании като „Българската Коледа“ и други?

А) да

Б) не

12. Според Вас къде има най-подходящи условия за почивка на Вашето дете?

А) на планина

Б) на море

В) в провинцията при роднини

Г) в специализирани центрове и санаториуми

Д) никъде

13. Състоянието на детето Ви възпрепятства ли семейните Ви посещения на различни културни мероприятия?

А) да

Б) не

14. Според Вас детето Ви подложено ли е на дискриминация от страна на другите деца?

А) да

Б) не

15. Смятате ли, че детето Ви има достатъчно социални контакти?

А) да

Б) не

16. Членувате ли в асоциации или друг вид организации, учредени с цел подпомагане на децата с проблеми в развитието?

А) да

Б) не

17. Консултирали ли сте се относно състоянието на Вашето дете със специалисти от други държави?

А) да

Б) не

18. Провеждали ли сте терапевтичен курс на лечение в чужбина?

А) да

Б) не

19. Къде се провежда основно терапията на Вашето дете?

А) в държавни учреждения

Б) в частни медицински центрове и/или кабинети

В) в домашни условия от специалист

Г) в домашни условия от родителите

20. Вземате ли участие по време на терапевтичните процедури на Вашето дете?

А) да

Б) не

В) понякога

21. Бихте ли искали да бъдете обучени от специалист относно същността на сензорните дисфункции на Вашето дете и начините за тяхното повлияване у дома?

А) да

Б) не

В) не мога да преценя

22. Според Вас в България осъществява ли се достатъчно промоция и превенция на детското здраве?

А) да

Б) не

В) не мога да преценя

Моля, посочете:

1) Възрастовата граница към която се отнася Вашето дете

А) от 0 до 2 годишна възраст

Б) от 3 до 5 годишна възраст

В) от 6 до 12 годишна възраст

Г) от 13 до 18 годишна възраст

2) Населено място.....

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми колеги, като специалисти, практикуващи в областта на детската рехабилитация, с настоящата анкетна карта бихме искали да проучим мнението Ви относно нуждата от допълнителни обучения и квалификации, както и отражението им върху качеството на предлаганите от Вас услуги.

Молим за Вашето съдействие и обективност при отговаряне на въпросите, като посочите с цифра най-близкия до Вашето мнение отговор в определените за целта квадратчета, използвайки следната скала:

5 – категорично ДА

4 – по-скоро ДА

3 – не мога да преценя

2 – по-скоро НЕ

1 – категорично НЕ

Предварително Ви благодарим за отделеното време и участие!

ВЪПРОС	ОТГОВОР
1. Каква е Вашата специалност?
2. Работите ли с деца?	<input type="checkbox"/>
3. От колко време работите в областта?
4. Чувствате ли се достатъчно квалифицирани в работата си?	<input type="checkbox"/>
5. Имате ли изкарани допълнителни обучения и/или квалификации във връзка с работата Ви с деца? Ако да, какви са те?

<p>6. Смятате ли, че образованието, което сте получили в университета Ви е достатъчно за да практикувате на добро професионално ниво?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>7. Посещавате ли ежегодните семинари / конгреси / конференции, които се организират във Вашата област?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>8. Провеждат ли се вътрешнофирмени обучения на Вашето работно място?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>9. Финансирате ли се сами за да повишавате своята квалификация?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>10. Вашият работодател отделя ли средства за обучение на персонала?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>11. Кога за последно сте били на обучение, свързано с работата Ви? На каква тема беше то?</p>	<p>.....</p>
<p><i>Отговорете на следващите въпроси по повод на изкарано от Вас обучение.</i></p>	
<p>12. Къде се проведе обучението? (на работното място / извън работното място)</p>	<p>.....</p>
<p>13. Наложил ли се да прекъсвате работа по повод на обучението си? (ДА / НЕ)</p>	<p>.....</p>
<p>14. Каква беше продължителността на обучението?</p>	<p>.....</p>

15. Колегите подкрепиха ли обучението Ви?	<input type="checkbox"/>
16. Усвоихте ли нови знания и умения след проведеното обучение?	<input type="checkbox"/>
17. Подобри ли се работата Ви в екип?	<input type="checkbox"/>
18. Подобри ли се комуникацията Ви с колегите?	<input type="checkbox"/>
19. Подобри ли се комуникацията Ви с децата?	<input type="checkbox"/>
20. Чувствате ли се по мотивирани в работата си?	<input type="checkbox"/>
21. Смятате ли, че сте станали по-ангажирани към целите на организацията?	<input type="checkbox"/>
22. Чувствате ли се по-удовлетворени от работата си?	<input type="checkbox"/>
23. Считате ли, че сте станали по-организирани в работата си?	<input type="checkbox"/>
24. Считате ли, че сте станали по-инициативни в работата си?	<input type="checkbox"/>
25. Проявявате ли повече творчество в терапията, която прилагате?	<input type="checkbox"/>
26. Експериментирате ли повече в	

прилаганата от Вас терапия?	<input type="checkbox"/>
27. Новите Ви знания / умения отразиха ли се положително върху физическото състояние на пациентите?	<input type="checkbox"/>
28. Новите Ви знания / умения отразиха ли се положително върху психо – емоционалното състояние на пациентите?	<input type="checkbox"/>
29. Станахте ли по-уверени в прилаганата от Вас терапия?	<input type="checkbox"/>
30. Считате ли, че се увеличи доверието на родителите към Вас и Вашата работа, след като разширихте компетенциите си?	<input type="checkbox"/>
31. Придобитата от Вас допълнителна квалификация отрази ли се положително на работния Ви статут (издигнаха ли Ви в йерархията)?	<input type="checkbox"/>
32. Придобитата от Вас допълнителна квалификация доведе ли до интерес от страна на родители на деца, които не посещават Вашата терапия?	<input type="checkbox"/>
33. Разширяването на компетенциите Ви, доведе ли до увеличаване броя на посещенията от страна на децата, с които вече работите?	<input type="checkbox"/>
34. След прекараното обучение, увеличиха	

ли се отговорностите на работното Ви място?	<input type="checkbox"/>
35. След прекараното обучение увеличи ли се паричното Ви възнаграждение?	<input type="checkbox"/>
36. Считате ли, че сте увеличили самоконтрола си?	<input type="checkbox"/>
37. Считате ли, че отчитате по-добре резултатите от своята работа?	<input type="checkbox"/>
38. Считате ли, че сте станали по-продуктивни?	<input type="checkbox"/>
39. Считате ли, че допълнителните квалификации се отразяват положително на професионалното Ви развитие?	<input type="checkbox"/>
40. Проведеното обучение отговори ли на очакванията Ви?	<input type="checkbox"/>
41. Увеличи ли се имиджа на организацията в която работите?	<input type="checkbox"/>
42. Считате ли, че се е подобрило качеството на предлаганите от Вас услуги?	<input type="checkbox"/>
43. Планувате ли за в бъдеще да посещавате и други обучителни курсове, с които да разширите професионалните си компетенции?	<input type="checkbox"/>
Моля, посочете Вашето населено място

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми родители, с настоящата анкетна карта имаме за цел да проучим Вашето мнение относно качеството на медицинските и/или немедицинските услуги, които получавате в терапията на Вашето дете.

Моля, отбележете най-близкият до Вашето мнение отговор в поставените за целта кръгчета като използвате следната скала:

5 – категорично ДА

4 – по-скоро ДА

3 – не мога да преценя

2 – по-скоро НЕ

1 – категорично НЕ

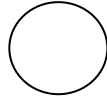
Предварително Ви благодарим за отделеното време и съдействие!

ВЪПРОС	ОТГОВОР
1. Каква е диагнозата на Вашето дете?
2. На каква възраст е Вашето дете?
3. Кога разбрахте, че то има проблем?
4. Провеждате ли някакви терапии? Какви са те?
5. От кога провеждате терапии?
6. Какви специалисти посещава Вашето дете?
7. Кой определя какви терапии да посещава Вашето дете?
8. Ако имате възможност бихте ли включили	

и други терапии в програмата на Вашето дете? Какви биха били те?
9. Считате ли, че специалистите работещи с деца имат нужда от допълнителни квалификации, след образованието си в университета, за да практикуват на добро професионално ниво?	<input type="radio"/>
10. Доволни ли сте от услугите, които предлагат терапевтите на Вашето дете?	<input type="radio"/>
11. Специалистите, които работят с Вашето дете имат ли допълнителни квалификации? Знаете ли какви са те?
12. Специалистите, които работят с Вашето дете работят ли в екип, един с друг?	<input type="radio"/>
13. Терапиите, които посещава Вашето дете допълват ли се взаимно?	<input type="radio"/>
<i>Отговорете на следващите въпроси по повод на обучение, изкарано от терапевта на Вашето дете. Моля, отбележете неговата специалност.</i>
14. Преди колко време беше обучението?
15. На каква тема беше обучението?
16. След обучението, подобри ли се комуникацията между Вас и терапевта?	<input type="radio"/>

17. Подобри ли се комуникацията между терапевта и детето Ви?	<input type="radio"/>
<i>Считате ли, че терапевта на Вашето дете след обучението ...</i>	
18. ...стана по-организиран в работата си?	<input type="radio"/>
19. ...проявява повече творчество в работата си?	<input type="radio"/>
20. ...експериментира повече в работата си?	<input type="radio"/>
21. ...стана по-мотивиран в работата си?	<input type="radio"/>
22. ... разшири полето на своите дейности?	<input type="radio"/>
23. ...успя да внедри новите си познания и умения в терапевтичната програма на Вашето дете?	<input type="radio"/>
24. ...отчита по-добре резултатите от работата си?	<input type="radio"/>
25. ... работи по-добре съвместно с другите терапевти на Вашето дете?	<input type="radio"/>
26. Обогати ли се <i>терапевтичната програма</i> на детето Ви?	<input type="radio"/>
27. Увеличи ли се желанието на детето Ви да посещава съответните процедури?	<input type="radio"/>
28. Отчитате ли по-голям напредък във физическото състояние на детето си?	<input type="radio"/>

29. Отчитате ли подобрене в психо-емоционалното състояние на детето си?	<input type="radio"/>
30. Детето Ви стана ли по-активно в заниманията, свързани с терапията?	<input type="radio"/>
31. Подобри ли се работната обстановка по време на процедурите?	<input type="radio"/>
32. Вие, включвате ли се по-активно по време на процедурите?	<input type="radio"/>
33. Повиши ли се Вашата мотивация по отношение на терапевтичната програма?	<input type="radio"/>
34. Увеличихте ли броя на посещенията си при съответния специалист?	<input type="radio"/>
35. След придобиването на нови компетенции, увеличи ли се доверието Ви към съответния специалист и неговата терапия?	<input type="radio"/>
36. Препоръчахте ли услугите на съответния специалист на други родители на деца с проблеми в развитието?	<input type="radio"/>
37. След като се квалифицира допълнително, повиши ли се цената на услугите, които предлага терапевта на Вашето дете?	<input type="radio"/>
38. Отчитате ли положителни резултати от обучението, изкарано от съответния специалист?	<input type="radio"/>

<p>39. Резултатите от обучението, съответстват ли на очакванията, които имахте? Какви бяха те?</p>	<p>.....</p>
<p>40. Считате ли, че ще е добре терапевта на Вашето дете да продължи да разширява своите компетенции?</p>	
<p>41. Моля, отбележете населеното място в което живеете.</p>	<p>.....</p>
<p>42. Моля, отбележете населеното място в което провеждате рехабилитационни занимания.</p>	<p>.....</p>
<p>43. Моля, отбележете вида на лечебното заведение и/или организация, които посещава Вашето дете за терапия. /частен център, държавно учреждение, друго/</p>	<p>.....</p>

СПИСЪК НА НАГЛЕДНИТЕ СРЕДСТВА

I. Схеми

Схема 1. Спирален модел на СИ (Spiral process of SI).....	10
Схема 2. Пирамида на ученето (Pyramid of Learning, Williams & Shellenberger, 1996)	15
Схема 3. Комплексно представяне на СИД (Complex representation of sensory integrative dysfunction).....	21
Схема 4. Пирамида на интервенциите за деца със специални потребности (The Intervention Pyramid for Children with Special Needs).....	50
Схема 5. Обучение и развитие на човешките ресурси.....	75
Схема 6. Процес на обучение на човешките ресурси.....	77
Схема 7. Алгоритъм за превенция на СИД при деца в предучилищна възраст.....	129
Схема 8. Зрялост на сензорната интеграция.....	134
Схема 9. План за превенция на СИД при деца в яслените групи – от 1 до 3 годишна възраст (ранна детска възраст).....	135
Схема 10. План за превенция на СИД при деца в грдинските групи – от 3 до 6 годишна възраст (предучилищна възраст).....	136
Схема 11. Концептуален модел за терапевтичен подход при деца с установени признаци на СИД в или извън рамките на други разстройства в развитието.....	145
Схема 12. Принципи на сензорно интегративната терапия.....	146
Схема 13. Аспекти за оценка на сензорната интеграция.....	148

II. Таблици

Таблица 1. Интервенции, представени в проект за практика, основана на доказателства (Interventions Reviewed in the Evidence Based Practice Project).....	52
Таблица 2. Определяне на нуждите от обучение.....	72
Таблица 3. Респонденти, взели участие в проучването.....	86
Таблица 4. Разпределение на родителите на деца с установени признаци на СИД по градове.....	88
Таблица 5. Честота на засягане за отделните области на СМР при децата в норма, които са с установен риск.....	95
Таблица 6. Риск на засягане за отделните области на СМР при децата със СОП.....	96

Таблица 7. Новорегистрирани пациенти за МЦ „Деца с проблеми в развитието“, според диагнозата си по МКБ – 10, за периода 2018 – 2020 година.....	97
Таблица 8. Данни за СИД в МЦ „Деца с проблеми в развитието“	98
Таблица 9. Относителен дял на участие на родителите според възрастта на детето им.....	110
Таблица 10. Разпределение на проучваните семейства според проблемите в развитието на детето, като водеща диагноза.....	110
Таблица 11. Хора и специалисти от които получават помощ и подкрепа, включително психологическа, родителите на деца с установени сензорни дисфункции.....	115
Таблица 12. Трудова заетост на родителите на деца със СИД.....	116
Таблица 13. Социално участие на децата със СИД и техните семейства.....	118
Таблица 14. Положително мнение на родителите във връзка с проведено допълнително обучение на специалист, работещ с детето им.....	124
Таблица 15. Положителното мнение на специалистите по признаци, отразяващи качеството им на работа, които са се подобрили след проведено допълнително обучение.....	127
Таблица 16. Поведенчески прояви при наличие на сензомоторни дисфункции.....	130
Таблица 17. Препоръчителни обучителни курсове за специалистите, практикуващи в областта на детската рехабилитация.....	149

III. Фигури

Фиг. 1. Разпределение на родителите на деца с установени признаци на СИД според населеното място.....	87
Фиг. 2. Участие по пол при децата в норма.....	93
Фиг. 3. Брой на засегнатите области на СМР при децата в норма.....	94
Фиг. 4. Брой на засегнатите области на СМР при децата със СОП.....	96
Фиг. 5. Участие на студентите според специалността.....	101
Фиг. 6. Участие на студентите според курса на обучение.....	102
Фиг. 7. Доколко са запознати студентите със сензомоторното развитие.....	102
Фиг. 8. Запознати ли са или не студентите със същността на СИ и СИД.....	103
Фиг. 9. Относителен дял на студентите по специалности, които не са запознати със СИ и СИД.....	104

Фиг. 10. Мнение на студентите, дали в България се осъществява достатъчно промоция на здраве и превенция на болестите в детска възраст.....	105
Фиг. 11. Доколко студентите се чувстват мотивирани да работят с деца със специални потребности в професионалното си бъдеще.....	106
Фиг. 12. Самооценка на студентите за нивото на техните знания и квалификации по отношение на сензомоторното развитие при децата и неговите отклонения.....	107
Фиг. 13. Интерес на студентите да разширят своите компетенции с обучение в областта на СИ.....	108
Фиг. 14. Възраст на детето, когато е установено наличието на проблем.....	111
Фиг. 15. Разпределение на хората, които първи са установили наличието на проблем в развитието на детето.....	112
Фиг. 16. Срещат ли затруднения родителите при посещаването на детето им в УЗ.....	113
Фиг. 17. Мнение на родителите, доколко персонала в ДУЗ има необходимата подготовка за да посрещне адекватно нуждите на техните деца.....	113
Фиг. 18. ДУЗ, които са по-подходящи за децата със специални потребности според техните родители.....	114
Фиг. 19. Места с подходящи условия за почивка на децата със СИД и техните семейства.....	117
Фиг. 20. Консултации със специалисти от други държави и/или лечение в чужбина.....	119
Фиг. 21. Места на които се провежда основно терапията на децата.....	120
Фиг. 22. Участие на родителите по време на терапевтичните процедури.....	121
Фиг. 23. Интерес на родителите да бъдат обучени в някои техники на СИТ.....	121
Фиг. 24. Съпоставка между мнението на анкетираните студенти и родители относно осъществяването в България на достатъчно промоция на здраве и превенция на болестите в детска възраст.....	122
Фиг. 25. Повишаване на посещаемостта на децата след допълнително квалифициране на техните терапевти.....	125
Фиг. 26. Повишаване имиджа на организациите след допълнително квалифициране на специалистите в тях.....	128
Фиг. 27. Подобрени качества на специалистите според личното им мнение и това на родителите.....	128