

Руска Паскалева

**ИНОВАТИВНИ ЕЛЕМЕНТИ В ОБУЧЕНИЕТО
ПО КИНЕЗИТЕРАПИЯ, АРТ-ТЕРАПИЯ
И ЕРГОТЕРАПИЯ
ЗА СТУДЕНТИТЕ РЕХАБИЛИТАТОРИ**

 **ИЗДАТЕЛСТВО
ЕКС-ПРЕС**

Габрово, 2012

**ИНОВАТИВНИ ЕЛЕМЕНТИ В ОБУЧЕНИЕТО ПО КИНЕЗИТЕРАПИЯ,
АРТ-ТЕРАПИЯ И ЕРГОТЕРАПИЯ ЗА СТУДЕНТИТЕ РЕХАБИЛИТАТОРИ**

Руска Паскалева, дм

Научен консултант:

проф. д-р Ивет Борисова Колева-Йошинова, дмн

Рецензенти:

доц. д-р Тройчо Динев Троев, дмн

доц. д-р Юлияна Крумова Маринова, дм

Най-сърдечно благодаря на научните ръководители на дисертацията ми проф. д-р Ивет Колева и доц. д-р Коста Костов за неограничената помощ и съпричастност.

Специални благодарности на проф. д-р Теодор Попов за идеите и съвместната работа.

Изказвам искрената си благодарност на доц. д-р Христина Милчева и на колегите от специалност „Рехабилитатор” – Марияна Петрова и Катя Моллова за съпричастността и колегиалната подкрепа.

Сърдечни благодарности на доц. д-р Юлиана Маринова за помощта и допълнителните идеи; на доц. д-р Светлана Димитрова за иновациите и напътствията; на колегите от катедра „Социална медицина и здравен мениджмънт” към МФ за съдействието.

Най-искрени благодарности на семейството ми за разбирането и безрезервната подкрепа .

© Руска Паскалева, дм – автор, 2012

© Издателство “ЕКС-ПРЕС” – Габрово, 2012

ISBN 978-954-490-341-1

Руска Паскалева, дм е родена през 1964. От 1986 е Рехабилитатор – специалист от Медицински колеж – Пловдив. През 1998 завършва бакалавърска степен по специалност „Кинезитерапия” във Факултета по Кинезитерапия на Национална спортна академия – София. През 2009 се дипломира като Магистър по специалност „Обществено здраве и здравен мениджмънт” – Здравен мениджър във Факултет „Обществено здраве” на Медицински Университет – София. През 2012 придобива *образователна и научна степен „Доктор” по научна специалност 03.01.53. Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията – защитава дисертация на тема: „Влиянието на съвременните характеристики на обучението по кинезитерапия, арт-терапия и ерготерапия върху професионалните компетенции на завършиващите рехабилитатори от Медицински колеж – Стара Загора”, с научни ръководители проф. И.Колева и доц. д-р Коста Костов, дм.*

От 1986 до 1990 работи като рехабилитатор в Санаторно-курортен филиал Баня, община Панагюрище; от 1990 до 1996 – в Отделение по физикална и рехабилитационна медицина на Окръжна болница – Стара Загора и като кинезитерапевт (от 2000 и досега) в Център за рехабилитация „Кинези-3”. От 1996 и досега работи като преподавател на студентите и ръководител на специалност „Рехабилитатор” в Медицински колеж при Тракийски университет – Стара Загора. Преподава специалните дисциплини: Кинезитерапия, ММТ, Ерготерапия и Клинична практика. Утвърден преподавател с изразени компетенции и в областта на учебно-клиничната практика и преддипломния стаж.

Автор е на сериозен брой публикации и участия в български и международни издания и научни форуми – по теми от областта не само на обучението /което е предмет на настоящата разработка/, но и в областта на клиничната рехабилитационна практика.

Настоящият труд на кинезитерапевт РУСКА ПАСКАЛЕВА на тема: *„ИНОВАТИВНИ ЕЛЕМЕНТИ В ОБУЧЕНИЕТО ПО КИНЕЗИТЕРАПИЯ, АРТ-ТЕРАПИЯ И ЕРГОТЕРАПИЯ ЗА СТУДЕНТИТЕ РЕХАБИЛИТАТОРИ”* е продължаване на работата по дисертационната разработка. Съдържа общо 120 страници и е илюстриран с 34 фигури и 2 таблици. Библиографията включва общо 171 заглавия, от които: 82 на кирилица и 89 на латиница.

Темата за обучението в областта на рехабилитацията е актуална и социално-значима. Ситуирана е интердисциплинарно (на границата между кинезитерапия, рехабилитация и педагогика), което превръща работата по темата в сериозно научно-приложно предизвикателство.

Работата е логично структурирана. Общият обем от 120 страници е разпределен както следва: съдържание – 3 страници, списък с използвани съкращения – 1 страница, *въведение* – 3 страници, *Глава 1 – Основни и иновативни елементи в обучението по кинезитерапия, арт-терапия и ерготерапия* – 48 страници, *глава 2 – Приложение на съвременните методи на обучение по кинезитерапия, арт-терапия и ерготерапия. Резултати от собствени проучвания* - 17 страници; *Глава 3 – Резултати от проучване мнението на студенти и наставници относно иновативните елементи в обучението на студентите* – 28 страници; *Глава 4 – SWOT-анализ на обучението на студентите от специалност „Рехабилитатор” в МК – Стара Загора* – 3 страници, *Заключение* – 1 страница; *ползвана литература* – 11 страници.

Първа глава на работата обобщава класически и съвременни теории по темата, като се акцентира върху съвременните концепции относно *рехабилитация, кинезитерапия, ерготерапия, арт-терапия, Международна класификация на функционирането, уврежданията и здравето*. Цитирани са традиционно наложените концепции за обучението, с акцент върху организацията на учебно-клиничната практика и преддипломния стаж. Авторката е дискутирала и проблема *мултидисциплинарен рехабилитационен екип*, като се обръща особено внимание на ролята и мястото на студента – рехабилитатор и работата в екип с наставниците в учебно-клиничните бази. Обсъдени са мнения на над 70 чужди автори, зачетени са и публикации на български специалисти, работещи в тази област. *Втора и трета глави* обобщават собствените проучвания върху ефекта от въвеждане на иновативни елементи в преподаването. Резултатите от наблюденията са детайлно изложени и богато онагледени. Особено ценен е даденият в отделна глава SWOT-анализ на специалността „Рехабилитатор” в Медицински колеж – Стара Загора.

Моето дълбоко убеждение е, че представеният от кинезитерапевт РУСКА ПАСКАЛЕВА монографичен труд на тема: „ИНОВАТИВНИ ЕЛЕМЕНТИ В ОБУЧЕНИЕТО ПО КИНЕЗИТЕРАПИЯ, АРТ-ТЕРАПИЯ И ЕРГОТЕРАПИЯ ЗА СТУДЕНТИТЕ РЕХАБИЛИТАТОРИ” може да бъде използван в ежедневната преподавателска работа и ще бъде полезен за преподаватели и студенти, които работят в областта на рехабилитацията.

21.06.2012

Изготвил представянето:

***проф. д-р Ивет Колева, дмн
Научен консултант***

СЪДЪРЖАНИЕ

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ	8
ВЪВЕДЕНИЕ	9

Глава първа. ОСНОВНИ И ИНОВАТИВНИ ЕЛЕМЕНТИ

В ОБУЧЕНИЕТО ПО КИНЕЗИТЕРАПИЯ,.....	12
1. Рехабилитация	12
1.1. Съвременни концепции за ФРМ.....	13
1.2. Контингенти и групи за рехабилитация	13
1.3. Мултидисциплинарен рехабилитационен екип	14
2. Кинезитерапия	15
2.1. Терапевтични задачи и терапевтично повлияване.....	15
2.2. Въздействие на Кинезитерапията.....	19
2.3. Предимства на Кинезитерапията.....	22
2.4. Кинезитерапията - основна дисциплина, изучавана от студентите в специалност „Рехабилитатор”	23
2.5. Форми на кинезитерапията и тяхната методика	24
2.6. Класификация на физическите упражнения, използвани в кинезитерапията	26
2.7. Общо въздействие на физическите упражнения, използвани в кинезитерапията върху организма.....	29
2.8. Дозировка на физическите упражнения	32
3. Международна класификация на функционирането, уврежданията и здравето (МКФ).....	35
4. Здраве и физиопрофилактика	39
5. Ерготерапия	40
5.1. Същност на ЕТ	40
5.2. Основни принципи на ЕТ:.....	41
5.3. Главни цели на ерготерапията:.....	41
5.4. Разновидности на ЕТ:.....	42
5.5. ЛОДИ – моделът в Ерготерапията	43
5.6. Ерготерапевтичната програма	43
5.7. Самообслужване и дейности от ежедневиия живот (ДЕЖ)	44
5.8. Ерготерапевтично оценяване качеството на живот	45
5.9. Занаяти използвани в ерготерапията.....	46
5.10. Показания за провеждане на ЕТ	47
5.11. Противопоказания за прилагане на ЕТ	48
6. Арт-терапия	48
6.1. Същност и приложения.....	48
6.2. Форми на арт-терапевтичната работа	53

Глава втора. ПРИЛОЖЕНИЕ НА СЪВРЕМЕННИТЕ МЕТОДИ НА ОБУЧЕНИЕ ПО КИНЕЗИТЕРАПИЯ, АРТ-ТЕРАПИЯ И ЕРГОТЕРАПИЯ.....	60
1. Професионалните компетенции на студентите от специалността.....	60
2. Приложение на Арт-терапията в обучението и клиничната практика.....	64
3. Иновации в обучението по Ерготерапия и приложението им в клиничната практика.....	66
4. Организация и провеждане на клиничната практика.....	68
5. Място и роля на мултидисциплинарния рехабилитационен екип при обучението на студентите.....	74

Глава трета. РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОУЧВАНЕ МНЕНИЕТО НА СТУДЕНТИ И НАСТАВНИЦИ ОТНОСНО ИНОВАТИВНИТЕ ЕЛЕМЕНТИ В ОБУЧЕНИЕТО НА СТУДЕНТИТЕ.....	77
1. Резултати от анкетното проучване на студентите.....	77
1.1. Мотиви на студентите за избор на специалност.....	77
1.2. Удовлетвореност на студентите от обучението в Медицински колеж.....	78
1.3. Ниво на обучението по Кинезитерапия според студентите.....	80
1.4. Приложимост на обучението по КТ в учебно-практическите бази - според студентите.....	81
1.5. Новости в обучението по КТ – мнение на студентите.....	82
1.6. Оценка на студентите за обучението по Арт-терапия.....	82
1.7. Място и приложение на Арт-терапията в клиничната практика – според студентите.....	83
1.8. Оценка на качество на обучението по Ерготерапия.....	85
1.9. Приложение на Ерготерапията (ЕТ) в клиничната практика за студентите.....	86
1.10. Определяне от студентите на рехабилитационния потенциал на пациентите.....	87
1.11. Усъвършенстване на професионалните компетенции на студентите по време на клиничната практика и преддипломния стаж.....	88
1.12. Желание за реализация на обучаваните студенти.....	89
2. Резултати от анкетното проучване на наставниците.....	90
2.1. Удовлетвореност на наставниците от работата екип със студентите.....	90
2.2. Мнение на наставниците за приложимостта на обучението по КТ в учебно-практическите бази.....	91

2.3. Становище на наставниците за приложение на Арт-терапията в обучението по КТ.....	92
2.4. Място на Ерготерапията в клиничната практика – мнение на наставниците.....	93
2.5. Способност на студентите за оценяване на рехабилитационния потенциал на пациентите – мнение на наставниците.....	94
2.6. Възможности за усъвършенстване на професионалните компетенции на студентите по време на клиничната практика и преддипломния стаж – мнение на наставниците.....	96
2.7. Качества, необходими за успешната професионална реализация на студентите – мнение на наставниците	97
3. Сравнителен анализ на резултатите на анкетното проучване на студентите и наставници.....	98
3.1. Сравнителен анализ между студенти и наставници относно обучението в Медицински колеж.....	98
3.2. Сравнителен анализ между студенти и наставници относно работата в екип.....	99
3.3. Сравнителен анализ между студенти и наставници относно обучението по Кинезитерапия.....	100
3.4. Сравнителен анализ между студенти и наставници относно приложението на Арт-терапията в клиничната практика.....	101
3.5. Сравнителен анализ между студенти и наставници относно приложимостта на обучението по ЕТ в клиничната практика.....	101
3.6. Сравнителен анализ между студенти и наставници за извършване на кинезиологичен и патокинезиологичен анализ на пациентите	102
3.7. Усъвършенстване на професионалните компетенции по време на клиничната практика и преддипломния стаж	103
Глава четвърта. SWOT АНАЛИЗ НА ОБУЧЕНИЕТО НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „РЕХАБИЛИТАТОР” В МЕДИЦИНСКИ КОЛЕЖ – СТАРА ЗАГОРА	105
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	108
ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА.....	109

СПИСЪК НА ИЗПОЛЗВАНИТЕ СЪКРАЩЕНИЯ

<i>ЕДИ</i>	<i>Единни Държавни Изисквания</i>
<i>ЗВО</i>	<i>Закон за висшето образование</i>
<i>ДЕЖ</i>	<i>Дейности на ежедневиия живот</i>
<i>МКФ</i>	<i>Международна класификация на функционирането, уврежданията и здравето</i>
<i>ДКЦ</i>	<i>Диагностично-консултативен център</i>
<i>ЕТ</i>	<i>Ерготерапия</i>
<i>КТ</i>	<i>Кинезитерапия</i>
<i>КФРМ</i>	<i>Клиника по физикална и рехабилитационна медицина</i>
<i>ЛГ</i>	<i>Лечебна гимнастика</i>
<i>ЛФК</i>	<i>Лечебна физкултура</i>
<i>МЗ</i>	<i>Министерство на здравеопазването</i>
<i>МК</i>	<i>Медицински колеж</i>
<i>МРиЕТ</i>	<i>Медицинска рехабилитация и ерготерапия</i>
<i>МЦ</i>	<i>Медицински център</i>
<i>НЗОК</i>	<i>Национална здравно-осигурителна каса</i>
<i>ОФРМ</i>	<i>Отделение/я по физикална и рехабилитационна медицина</i>
<i>РФ</i>	<i>Рискови фактори</i>
<i>СЗО</i>	<i>Световна здравна организация</i>
<i>Тр.У</i>	<i>Тракийски Университет – Стара Загора</i>
<i>УМБАЛ</i>	<i>Университетска болница за активно лечение</i>
<i>ФРМ</i>	<i>Физикална и рехабилитационна медицина</i>
<i>ФТ</i>	<i>Физикална терапия</i>
<i>ФТР</i>	<i>Физикална терапия и рехабилитация</i>
<i>НС</i>	<i>Нервна система</i>
<i>ЦНС</i>	<i>Централна нервна система</i>
<i>ПНС</i>	<i>Периферна нервна система</i>

ВЪВЕДЕНИЕ

Обучението на студентите от Медицински колеж (МК) към Тракийски университет – Стара Загора е основа за подготовката на бъдещите здравни специалисти, работещи в системата на здравеопазването. Това обучение е организирано и се провежда съобразно всички държавни изисквания, съобразено е със стандартите на Европейския съюз и новите реалности и потребности в условията на здравната реформа. Програмите на отделните специалности са съобразени с Единните Държавни Изисквания (2008) и Закона за висше образование, съвременните изисквания за професионална подготовка на бъдещите специалисти. След завършване на колежа младите специалисти продължават образованието си във Факултетите по обществено здраве

На преден план в обучението на студентите се извеждат социалният и етичният аспекти. Комплексното възприемане на пациента – като личност с всички съпътстващи проблеми, налага нов подход, а именно холистичният подход. Рехуманизацията на здравните грижи и стремежът към по-високо качество на обгрижване са сред приоритетните цели в обучението на медицинските специалисти [49, 50, 66, 67].

Обучението на медицинските специалисти е процес на динамично взаимодействие между преподаватели и студенти, в което всички участници постоянно творят и учат. То е преднамерено, обмислено и планирано. Има много измерения и се разглежда като вътрешна присъща функция на учебния предмет и като средство за дидактическо общуване [10].

Обучението на студентите от специалност „Рехабилитатор” изисква непрекъснато усъвършенстване на преподаването и практическата подготовка, съобразно новите условия в системата на здравеопазването и европейските изисквания за качествени здравни грижи за пациента и неговото семейство. Това определя основните приоритети на обучението:

- *Добра теоретична и практическа подготовка;*
- *Формиране на практически умения и професионални компетенции за бъдещата им работа;*
- *Развитие на критично мислене на студентите;*
- *Формиране на ново отношение към пациента и възприемането му като личност с всички негови потребности;*
- *Непрекъснато усъвършенстване на образователните програми в крак с новите реалности в системата на здравеопазване;*

- *Обучение на работещите рехабилитатори през целия живот, вкл. чрез курсове, самообучение и усъвършенстване на професионалните компетенции;*
- *Подобряване функциите на рехабилитационния екип и етиката във взаимоотношенията в системата на здравеопазването.*

В Медицински колеж – Стара Загора специалност „Рехабилитатор” е създадена през 1995. Акредитирана е за първи път през 2003 с оценка „добър” за период от 6 години. През 2011 бе извършена нова акредитация с много добра оценка. В настоящия момент в колежа се обучават около 155 студенти от специалността.

Обучението на студентите от специалността е регламентирано с Единните държавни изисквания (2008) за придобиване на висше образование по специалностите от професионално направление „Здравни грижи” – за образователно-квалификационна степен „Професионален бакалавър” с професионална квалификация „Рехабилитатор” и по учебен план има продължителност 3 години, съответстващи на 6 семестъра (5 семестъра лекции, упражнения и учебно-клинична практика, а в края – VI^и семестър – преддипломен стаж)

Обучението на студентите от специалност „Рехабилитатор” отговаря на целите на Медицински колеж, а именно: *„да формира висококвалифицирани здравни професионалисти, притежаващи необходимите компетенции, за да работят във всички структури на здравеопазването, регламентиран с Закона за лечебните заведения, включително и в условията на самостоятелна практика”* [49, 50]. То е организирано съгласно академичния календар на Тракийския Университет и е регламентирано със ЗВО, ЕДИ и Правилата за учебна дейност, приети с решение на Академичния съвет на ТрУ.

Учебният план за специалност „Рехабилитатор”, влязъл в сила през учебната 2008/2009г. е изготвен в съответствие с европейските стандарти за регулираните професии и действащото законодателство в Република България (ЕДИ, ЗВО).

Добрата теоретична подготовка е основа за практическото приложение на натрупаните знания в учебно-практическите бази и останалите практически занимания, а така също и подготовка за работа в мултидисциплинарния рехабилитационен екип.

Практическото обучение, включващо клинична практика и преддипломен стаж, представлява 50.18% от общия хорариум. Качеството на обучението се определя от съвместната дейност на студенти, преподаватели и наставници.

Работата в екип между студенти, наставници, лекари и други специалисти, е стратегия за клиничното обучение и фактор, който повишава качеството на клиничната практика и определя бъдещото професионално поведение на завършилите рехабилитатори. [49]

Динамично променящата се действителност [политиката на СЗО за европейския регион („Здраве-21”) и приемането на България в Европейския съюз] поставят нови и трудно разрешими проблеми пред ежедневната практическа дейност.

През последните години в клиничната практика се наложиха принципите на медицината, основана на доказателства, при интегриране на индивидуалния клиничен опит с резултатите от съвременни клинични и систематични научни проучвания (при задължителен информиран избор на пациента). [19, 20, 57, 58] В теоретичен план това означава завишени изисквания към научните проучвания, в практически план – съобразяване и с икономически фактори, а в личностен план – обучение и преобучение на болния човек при съобразяване с мнението и волята му. [34]

Освен това все повече се налага изискването за непрекъснато подобряване на качеството т.е. определят се философията, методите и възгледите, оттам и дейностите на всяка организация за управление на качеството, респективно създаване възможности за неговото непрекъснато усъвършенстване. [69, 70, 71, 72] При този процес на осигуряване на качеството се прилага т.нар. *цикъл на Деминг*, основаващ се на схващането, че производството на всеки продукт или услуга (вкл. здравна) трябва да се разглежда като процес, подлежащ на последователно подобрене, стъпка по стъпка. Крайната цел тук е развитие на съответната организация по пътя към съвършенството. [26, 27] Процесът се оценява съгласно критериите на Европейския съвършен модел от три последователни нива, а именно: ниво за начинаещи (поет ангажимент за съвършенство) → средно ниво (съвършенство) → финалисти (европейска награда за качество).

Приложението на тези постановки към казуса КТ би следвало да означава провеждане на целесъобразна ФТР, оптимална за клиничната форма и стадий на основното страдание, съобразена с наличните придружаващи заболявания на болния, индивидуализирана според неговото желание и възможности, като при минимум вложения от страна на обществото да се получи максимален резултат за качеството на живот на пациента. [11, 12]

Г л а в а п ъ р в а

ОСНОВНИ И ИНОВАТИВНИ ЕЛЕМЕНТИ В ОБУЧЕНИЕТО ПО КИНЕЗИТЕРАПИЯ, АРТ-ТЕРАПИЯ И ЕРГОТЕРАПИЯ

1. РЕХАБИЛИТАЦИЯ

Според СЗО рехабилитацията представлява „използване на всички средства, насочени към редуциране на степента на нетрудоспособност и инвалидност, както и към обучение на хората с трайна нетрудоспособност да получат оптимална социална интеграция”. Рехабилитацията е комплекс от съвместно и координирано провеждани медицински, социални, педагогически и професионални мероприятия при лица с намалена трудоспособност (поради заболяване или други увреди) с оглед постигане на възможната максимална физическа, психична и трудова годност. Основни раздели са: медико-психологична, трудово-професионална, социално-правна рехабилитация. Според съвременните схващания рехабилитацията представлява функционална терапия, базирана на прецизна функционална оценка [22,23,24, 32].

Рехабилитацията, като основен дял на клиничната ФРМ, има важна роля в преморбидния период; в условията на острата фаза на заболяванията; във възстановителната фаза (с цел максимално функционално възстановяване и ефективна ресоциализация); през време на хроничната фаза (поддържане на функционалното състояние и ограничаване на патологичните последствия) [35, 36]. През всички фази на възстановителния процес основни задачи са: проследяване на ефекта от приложеното комплексно лечение и рехабилитация с оценка на рехабилитационния потенциал; осигуряване качество на живот на заболелите чрез навременен, компетентен и правилен подбор на физикални средства и методи; участие в изготвянето на медицинската експертиза за разрешаване на професионалните и социалните проблеми на застрашените от инвалидизиране лица [19, 20, 21, 32].

Основна цел на рехабилитацията е да оптимизира социалното участие и да подобри качеството на живот на пациентите. Това включва подпомагане на болния да достигне възможните нива и патерни на автономност и независимост, вкл. участие в професионални, социални и почивни дейности, които са неразделна част от неговите човешки права.

Задачи на рехабилитацията са: лечение на съществуваща патология; редуциране на нетрудоспособността или увреждането; превенция и лечение на усложненията; подобряване функционирането и активността; стимулиране на участието на пациента в различни видове дейности.

ФИЗИКАЛНАТА И РЕХАБИЛИТАЦИОННА МЕДИЦИНА (ФРМ), според определението на секцията по ФРМ към Европейската общност на лекарите – специалисти, представлява „независима медицинска специалност, насочена към промоция на физическото и когнитивно функциониране, дейности, участие и промяна на личностовите фактори и факторите на околната среда [37]. ФРМ е отговорна за мениджмънта на превенцията, диагностиката, лечението и рехабилитацията на хората със здравно обусловени увреждания и коморбидност от всички възрасти.” [30, 31, 32, 33]

1.1. Съвременни концепции за ФРМ

С провъзгласяването на 2003 година за Европейска година на хората с увреждания Съветът на Европа отново потвърди, че правото на достъп до рехабилитация вследствие увреда или заболяване е основно човешко право. [22,23,24]

Според *Бялата книга по ФРМ* лекарят-специалист по ФРМ е учител на пациента с временна или трайна нетрудоспособност, обусловена от увреда или заболяване. Той има обучаващи функции при рехабилитацията на пациента, особено в контекста на новите концепции за пластичност и двигателно обучение и преобучение (European Academy of Rehabilitation Medicine, European Federation of PRM, 1989). Той трябва да е запознат с функционалната анатомия, с принципите на адаптацията и пластичността (B.Dobkin, 2002; J.Didier, 2004) и да вниква детайлно в принципите на преподаването и обучението. Крайната цел е индуциране придобиването на умения, необходими за ежедневието на пациента, т.е. инструкции от типа „как да се извърши определена работа” и „как да се осъществи определена задача [30,31,32,33].

1.2. Контингенти и групи за рехабилитация

Рехабилитация се извършва при лица с намалена трудоспособност поради заболяване, травма или вродена аномалия (това е съдържанието на понятието *болен* – според рехабилитацията). Такива лица с ограничено социално функциониране са [32]:

Групирането на подлежащите на рехабилитация се извършва според няколко критерия: медицински подбор и прогноза (според лекуващия лекар); вероятни възможности за ресоциализация; сформирани на различни *групи* по нозология, възраст, трудоспособност и приоритет (предимство). Основните *групи по нозология заболявания и увреди* на:

- *Моторната система*: на централна и периферна нервна система (ЦНС и ПНС); на опорно-двигателния апарат (ОДА) – травматични и ортопедични, артро-ревматологични; хирургични;
- *Сърдечно-съдовата система (ССС)*: ХИБС; М. hypertonicus и усложнения; ревматични кардиомиопатии; вазопатии (артериални и венозни); хирургични, увреди и аномалии на СССР;
- *Дихателната система (ДС)*: хронични и тежки заболявания на горни и долни дихателни пътища, паренхима; специфични пулмопатии; хирургични, увреди и аномалии на дихателните пътища и белия дроб;
- *Други*: гастро-ентерологични и чернодробно-жлъчни; бъбречни и урогенитални; ендокринно-обменни; хематологични; на сетивните органи; психични заболявания. [26,27,28, 104, 105]

1.3. Мултидисциплинарен рехабилитационен екип

Екипът включва следните кадри: лекуващ лекар – специалист по ФРМ, други лекари (ОПЛ и специалисти – кардиолог, невролог, ортопед); рехабилитатор, медицинска сестра; кинезитерапевт; социолог; логопед; клиничен психолог; пациент (чието активно участие в рехабилитационния процес е основна предпоставка за успешно лечение). Всеки един от членовете на рехабилитационния тим има определена роля и активното му участие в рехабилитационния процес е важна предпоставка за успешно лечение. Екипната работа с пациента и с неговото семейство е насочена към поставяне на свойствени, реалистични и индивидуализирани цели и задачи на всеки етап от лечението.

В рехабилитацията при екипната работата се стимулира функционирането и участието на пациента (респективно инвалида) чрез координирано осигуряване на източници на информация. Действа като катализатор при подпомагане на пациента и семейството му. [30, 31, 96, 97] В задълженията на участващите в рехабилитационния екип кадри влиза както отговорното провеждане на всички рехабилитационни диагностични и терапевтични процедури (вкл. психотерапевтични), така и застраховката и пазенето на пациента (от всякакъв вид проблемни ситуации). [32, 33, 98, 99]

Съществуват определени изисквания към професионалната подготовка (теоретични знания, практически умения, компетенции) на различните категории персонал: *Лекуващият лекар - специалист по ФРМ* отговаря за структурирането на комплексната ФТР програма и за извършването на някои високо-специализирани диагностични и терапевтични методики. Той би следвало да има задължителна допълнителна квалификация за високо-специализирани дейности по основните дялове на клиничната рехабилитация (вкл. особености на медикацията, кинезиологичен анализ, високо-специализирани КТ методики, електродиагностика и електростимулация, мануална диагностика, манипулации, рефлексотерапия) при най-честите социално-значими заболявания. [34, 35, 36, 85] *Рехабилитаторът и медицинският рехабилитатор – ерготерапевт* отговарят за конкретното провеждане на комплексната ФТР-програма. Те би трябвало да имат допълнителни квалификации, респективно умения и сръчности за провеждане на високо-специализирани методики (ПНМУ, тракции, мобилизации). [26, 27, 28]

2. КИНЕЗИТЕРАПИЯ

2.1. Терапевтични задачи и терапевтично повлияване

Кинезитерапията (КТ) е самостоятелна научна и медицинска дисциплина с голямо практическо приложение. Означава буквално лечение чрез движение. Произхожда от гръцката дума „*кинезис*” – движение и „*терапия*” – лечение. До 1990 в България се използва терминът „Лечебна физкултура” по примера на тогавашния Съветски съюз. [15,16,61]

КТ е основен раздел от Физикалната и рехабилитационна медицина /ФРМ/, който използва един от естествените физикални фактори – движението. Тя е наука, която изучава активното и пасивното движение на живия организъм в здраве и болест, с цел профилактика, лечение и рехабилитация на здравия и болния човек. [19, 20, 21]

Кинезитерапията се дефинира като научно-приложна дейност, в която се интегрират познанията от редица фундаментални области – физиология, анатомия, биомеханика, патология, педагогика и др., и отделни медицински направления и дисциплини – ортопедия и травматология, кардиология, неврология, педиатрия, гериатрия и др., с цел подобряване и поддържане здравословното състояние, повишаване на функционалната годност, профилактика на рецидиви и усложнения, създаване на психо-физически комфорт на личността. [61,62]

КТ е основен раздел от рехабилитацията, който използва един от основните естествени физикални фактори – движението. Кинезитерапията е наука, която изучава активното и пасивно движение на живия организъм в здраве и болест. Основната цел на КТ е профилактика, лечение и рехабилитация на здравия и болния човек. [26, 27, 29, 106, 107] Тя е в тясна връзка с науките биомеханика и патобиомеханика, функционална анатомия, кинезиология и патокинезиология, като използва техните знания, методи и средства (особено кинезиологичния и патокинезиологичния анализи, прилагани както с цел кинези-диагностика, така и с цел кинезитерапевтично повлияване). [29, 32, 88, 89].

Съвременната КТ има по-голямо практическо значение в сравнение с лечебната физкултура, която използва по-ограничен набор от средства. Като наука КТ има свой предмет, задачи и методи на изследване, а като метод на лечение, профилактика, възстановяване и рехабилитация разполага със собствени средства и методики. Същевременно се опира на постиженията на всички останали медицински дисциплини и на теорията и методиката на физическата култура и спорта [79,80].

Като терапевтичен метод кинезитерапията си служи с педагогически средства и методи, насочени към възстановяване и укрепване здравето на болния.

Предмет на КТ са методиките за лечение, профилактика, възстановяване, корекция и рехабилитация, по-пълното физическо и духовно развитие на лицата с отклонения в здравето, физическото развитие и по-особени физиологични състояния [37, 38].

Следователно, ***обект на КТ е пациентът*** в различни периоди от неговото лечение или възстановяване, след травми на опорно-двигателния апарат, заболявания на нервната система и заболявания на вътрешните органи при деца и възрастни.

В активната ***КТ основно средство за въздействие е физическото упражнение*** във всичките му разновидности – пасивни, активни, подпомагани, със съпротивление, с уреди и без уреди и пр. [61, 62] Физическите упражнения представляват методически правилно подбрани и прилагани целенасочени и осмислени движения или комбинация от движения, с които се постига определена задача – лечебна, спортна, профилактична. [61, 62]

В основата на кинезитерапията стои движението, но не само активното движение, а всичките му разновидности. Тук се включват и пасивните упражнения, масажът, мекотъканните техники, заемане на пози, специализирани техники и др. [38, 39, 40, 41]

Появата и развитието на КТ са обуславяни от няколко причини.

1. Емпиричен подход

В древността по пътя на случайно установени факти главно жените са забелязали, че някои движения, пози, топлина или студ подобряват състоянието на болни, ранени и деца. Плачещото дете се успокоява, след като се погали, което всъщност е успокояващото действие на пасажните прийоми.

2. Здравни причини

Доброто здравно състояние винаги е интересувало както отделния индивид и обществото, така и медицинската наука. Основни причини свързани със здравословното състояние са:

- **Висока заболяемост и леталитет**

Разпространението и смъртността на редица заболявания на ССС и НС, поражда използване на нови естествени средства и методи за по-ефективно лечение и превенция на лица с повишен риск на съвременния етап. Ефективната профилактика, лечение и рехабилитация на болните е невъзможна без кинезитерапия.

- **Бавно и дълго протичащи заболявания.** В редица случаи възстановяването на болните е бавен и продължителен процес и кинезитерапията е задължителна за запазване функционалното състояние на болните.

- **Висок процент рецидиви.** При лечението на редица заболявания са възможни рецидиви, като кинезитерапията е едно от най-важните средства за профилактика на рецидивите и общото укрепване на организма, наред с медикаментозната терапия.

- **Негативният ефект на имобилизацията.** Кинезитерапията успешно противодейства на усложненията след имобилизация, като поддържа мускулния и общ метаболизъм, съдейства за съхраняване на мускулната сила, стимулира и поддържа на трофиката, съхранява дихателната функция и интелектуалния статус на болния.

3. Социални причини.

Загубата на трудоспособността вследствие заболяване води до намаляване или прекъсване на социалните контакти на болния, но редовното прилагане на кинезитерапия има ресоциализиращ ефект и го стимулира за социални действия свързани със собствения му живот.

4. Етични фактори

Те са свързани с развитието на обществото. С хуманизацията на обществото се променя отношението към възрастните хора и де-

цата, като кинезитерапията се явява като модератор за реализиране на определени програми за тази част на обществото.

5. Икономически и финансови причини.

Използването на кинезитерапията за профилактика и лечение е сравнително евтин метод, прилаган съвместно с лекарствената терапия.

6. Психологически причини.

Като активен терапевтичен метод кинезитерапията поставя болния в активно състояние, като той сам участва в лечебния процес и изпълнява методическите указания на специалиста. [61, 62, 64, 65, 92, 111, 112]

Всяка една от причините е стимулирала в определена степен развитието на кинезитерапията от дълбока древност до наши дни.

Задачите на КТ са:

1. *Да изучава влиянието на физическите упражнения (самостоятелно и в съчетание с другите терапевтични средства) върху човека – здрав или болен, в период на ограничена работоспособност и настъпващите във връзка с това приспособителни изменения.*

2. *Да изучава промените в организма под влияние на обездвижването (хипокинезия, хиподинамия), като резултат от имобилизация, хоспитализация и други причини.*

3. *Да изучава патологичните изменения в двигателните функции на организма.*

4. *Да разработва научно обосновани и ефективни методики за прилагане на физическите упражнения при различните заболявания в зависимост от възрастта, пола, професията и условията на живот.*

5. *Да създава методи и тестове за установяване на приспособимостта на болния организъм към физическо усилие, за диагностиране на нарушените функции на опорно-двигателния апарат и за отчитане ефективността на програмите по Кинезитерапия.*

6. *Да проучва проблемите за мястото и ролята на кинезитерапията за всестранно усъвършенстване на личността и укрепване не само на неговото физическо, но и психическо здраве.*

7. *Да изучава проблемите и създава методика по Кинезитерапия при цялостната рехабилитация на хората с увреждания.*

8. *Да разработва теоретичните, хигиенните, ергономичните и организационните въпроси, свързани с нейното прилагане и подготовка на кадри.*

9. *Да проучва нуждите на населението от КТ, като определя и профилактични мероприятия.*

КТ решава лечебни, профилактични, възстановителни и рехабилитационни задачи. Постигането им с помощта на физическите упражнения се осъществява чрез стимулиране и активизиране на оздравителните процеси. [60, 79, 80, 108, 109, 110]

За разбиране на терапевтичното въздействие на физическите упражнения трябва да се познава онова, което отличава организма на здравия от организма на болния човек. Всъщност последният е подложен на атаките на два основни фактора: на болестния процес и на обездвижването.

Болестният процес се изразява с общи и местни прояви, с нарушения и изменения на отделните физиологични функции и изменения в структурата на тъканите. Наред с това се мобилизират защитните сили на организма, развиват се редица защитно-приспособителни реакции.

Продължителното обездвижване се отразява неблагоприятно върху жизнените процеси в организма. Намалява се лабилността на нервната система. Намаляването на информацията, която постъпва от отделните анализатори /включително и двигателния/, затруднява централната нервна система в изпълнението на нейните регулиращи функции и създава допълнително нервно-психично напрежение. Липсата на дразнения, идващи от страната на двигателния анализатор /недостиг на проприоцептивни дразнителни/, понижава способността на органите и системите да приспособяват своята дейност към външните дразнителни, което от своя страна става причина за функционални нарушения. [15, 64, 65, 114, 115]

Лечебно-възстановителното влияние на КТ е многостранно и може да се изрази в различни насоки – в зависимост от състоянието на болния и методиката на приложение.

2.2. Въздействие на Кинезитерапията

2.2.1. Психотерапевтично въздействие

КТ може да тонизира психоемоционалното състояние или да успокои, да отпусне и да намали нервното напрежение. Самото назначаване на КТ, особено при тежко болни, по пътя на втората сигнална система предизвиква приятни емоции, укрепва вярата в

оздравяването. Всеки болен знае, че физическото усилие се разрешава само на тези, при които изходът от заболяването е благоприятен. Заниманията по КТ имат и психотерапевтичен ефект, те отклоняват вниманието на болния от болестта [30,31, 113].

2.2.2. Тонизиращо въздействие

Всички средства, които повишават жизнения тонус на организма, се включват в т. нар. тонизиращи терапии. Жизненият тонус е състояние, при което се постига оптимална възбудимост на мозъчната кора, достатъчна функционална активност на мозъчните центрове и ретикуларната формация, съгласуваност и целесъобразност на вегетативните функции (дишане, кръвообращение, обмяна, храносмилане и др.), целесъобразна хомеостаза и пр.

При редица заболявания в резултат на патологичния процес и обездвижването може да се получи понижаване на жизнения тонус. В такъв контекст активната КТ стимулира възстановителните процеси, нормализира реактивността, повишава устойчивостта на организма и с това съществено подпомага оздравяването. Това се постига чрез повлияване на подкорковите центрове, ретикуларната формация и кората и нормализиране на отношенията кора – подкорие. [43, 44, 45, 118]

Към тонизиращото влияние на заниманията с КТ се отнасят и положителните емоции, които възникват при нейното провеждане.

2.2.3. Структурно (морфологично) повлияване на тъканите и органите

С помощта на физическите упражнения може да се подобри кръвообръщението на отделните органи и системи, да се стимулират трофичните процеси, да се улесни регенерацията и се повлияят дегенеративните и дистрофичните процеси.

При възпалителните и раневите процеси физическите упражнения чрез подобряване на кръво-лимфообръщението допринасят за разнасяне на ексудата, стимулират трофиката и регенерацията на тъканите. [43, 45, 126]

2.2.4. Функционално повлияване

КТ е функционална терапия, който нормализира и усъвършенства функциите – както на отделните органи и системи, така и на организма като цяло.

В един случай функционалното влияние може да е пряко – при заболявания на опорно-двигателния апарат, кръвообръщението, и дишането, а в други е косвено – при заболявания на храносмилателната, отделителната и други системи.

Общото функционално повлияване се изразява главно с повишаване на физическата дееспособност на организма и подобряване на приспособителните му възможности спрямо физическите усилия. От своя страна функционалното повлияване на отделните органи и системи при прилагане на КТ се проявява в нормализиране, поддържане, усъвършенстване и преустройство на функциите. [19, 20, 47, 122, 123]

2.2.5. Поддържащо повлияване (поддържаща терапия)

При лечението и възстановяването на болните в много случаи не е достатъчно да се полагат грижи само за постигане на необходимия оздравителен ефект. Създаването на повишена приспособимост спрямо физическото натоварване и поддържане на изградените двигателни навици в резултат от системната тренировка могат лесно да бъдат загубени, ако заниманията с кинезитерапия се прекратят. Ето защо в такива случаи е необходимо да се осигури системно и непрекъснато прилагане на средствата на кинезитерапията, което да поддържа постигнатото преустройство на организма на определено равнище.

След нормализирането на функциите и достигането на равнището им от преди заболяването физическите упражнения могат да допринесат за по-нататъшното усъвършенстване на организма. При деца и подрастващи могат да оказват стимулиращо и коригиращо влияние при различни проблеми на опорно-двигателния апарат и нервната система. [79, 80, 124]

Понякога се налага постигане на компенсаторно усъвършенстване на други звена в организма, които да заместят някои отпаднали или отслабени функции.

С помощта на КТ се постига и преустройство на една или друга функция. Например при загуба на горни крайници редица действия от самообслужването могат да се заместят от долните крайници (след съответно преобучение). Преустройството може да се осъществи и чрез включване в действие на механизми, които са имали значение в предходни етапи на формиране на функционалните системи.

В основата на структурните и функционалните изменения, получавани в резултат от системно прилагане на активна КТ, стоят общобиологичният закон за взаимната връзка и обусловеност между функция и структура, законът за структурното усъвършенстване на функционално натоварените органи на Jean Baptiste Lamarque, както и принципът на функционалните системи, изградени на базата на безусловните и условните връзки [15, 32].

Няма друго средство, което да е в състояние така пълно и по естествен път да мобилизира резервите на организма като КТ.

Със своето психотерапевтично, тонизиращо, функционално, трофично и други въздействия кинезитерапията може да постигне и други терапевтични ефекти, които да имат не по-малко значение за болния. Известен е успокояващият болката ефект на дихателните упражнения при стенокардия, язвена болест, при комозио на мозъка и др.

Със своето релаксиращо и успокояващо влияние КТ може да има и спазмолитичен ефект, т. е. да премахва спазъма в някои звена /кръвоносни съдове, бронхи, уретери, стомах, черва и др./. Нейният незаменим профилактичен ефект я поставя на едно от първите места в превенцията на редица заболявания.

Влиянието на КТ може да се определи като специфично и като неспецифично.

Физическото усилие е специфичен дразнител за много органи и системи, в резултат на което те реагират с изменения от адаптивно-трофичен характер, чрез който се осъществява оздравителния ефект.

Наред със специфичните за тренировката изменения в организма се наблюдават и някои неспецифични като усъвършенстване на терморегулаторните механизми, повишаване устойчивостта срещу токсичните вещества, хипоксемия и други вредни фактори. В този смисъл физическите упражнения са и средство за неспецифична профилактика.

2.3. Предимства на Кинезитерапията

2.3.1. КТ е активен метод на лечение, при който пациентът пряко участва в лечебния възстановителен процес. Това води до неговото мобилизиране и повишава ефекта от терапията и рехабилитацията. Отнася се за дълбоко осъзнаване на същността на лечебния процес, самоконтрол върху протичането на жизнените функции, също и своевременно и правилно информиране на лекуващия лекар и рехабилитатор [31,32,33, 130, 131, 132].

2.3.2. Кинезитерапията има широки граници за приложение при почти всички заболявания (в един или друг стадий на тяхното протичане, най-често възстановителния), няма възрастови показания и отрицателни (странични) въздействия, когато се прилага правилно.

2.3.3. КТ е сравнително достъпен, лесно приложим и с малко разходи метод, с изразен здравен, икономически и социален ефект. [25]

2.4. Кинезитерапията – основна дисциплина, изучавана от студентите в специалност „Рехабилитатор”

Кинезитерапията е една от основните дисциплини, изучавани от студентите по време на тригодишния курс на обучение, тъй като голяма част от бъдещата им лечебна дейност ще е КТ на пациенти с различни заболявания.

Рехабилитаторът трябва задълбочено и основно да усвои теорията и практиката на различните методики на КТ. Той трябва да познава физиологията и ефективността на физическите упражнения върху организма на болния. Трябва основно да се запознае с невро-физиологичните основи на лечението чрез движение, да открива и да може да изследва патологичните находки при увреждания на опорно-двигателния апарат, нервната система, дихателната система и сърдечно-съдовата система, както при възрастни хора, така и в детска възраст. Трябва да познава съвременната Кинезиология и Патокинезиология, да владее КТ методики при отделни заболявания, да познава техническите пособия и съоръжения по КТ. [21, 22]

Рехабилитаторът трябва да извършва:

- Функционална диагностика при различни заболявания;
- Да изготвя кинезиологичен и патокинезиологичен анализ, като съставя и провежда комплекси от физически упражнения с болните;
- Да прилага методиките на Проприоцептивното нервно-мускулно улесняване (ПНМУ), редресиращи манипулации, мануална мобилизация на периферни стави;
- Да владее и прилага Постизометричните релаксиращи (ПИР) техники;
- Да прилага творчество и инициативност при подбора и прилагането на средствата на Кинезитерапията, Арт-терапията и Ерготерапията;
- Да организира работата в кабинетите по кинезитерапия и да работи съвместно с останалите членове на рехабилитационния екип;
- Да води необходимата документация за хода на лечението на болния.

При обучението по Кинезитерапия се използват теоретични и практически занимания, клинична практика, летни стажове и преддипломен стаж.

Дисциплината се изучава от студентите пет семестъра, като след всеки семестър се провеждат теоретичен и практически изпит. Клиничната практика по Кинезитерапия се провежда в учебно-практически бази с продължителност пет седмици и завършва с колоквиум. По-голяма част от преддипломния стаж на студентите е по Кинезитерапия в различни сектори, като завършва с курсова работа по съответен кинезитерапевтичен проблем [55, 56].

Обучението на студентите от специалност „Рехабилитатор” завършва с държавен изпит по Кинезитерапия – практичен (клинична работа с пациент) и теоретичен изпит. Учебните програми по дисциплината – стара и усъвършенстваната нова програма са посочени в Приложения №1 и №2.

2.5. Форми на кинезитерапията и тяхната методика

Формите за провеждане на Кинезитерапия са различни. Те се определят от вида на кинезитерапията, състоянието на болния, от болестния процес, от средствата, които се използват, от целта, която е поставена, и от мястото на провеждането им.

Различават се следните форми:

Лечебна процедура. Това е основната форма за прилагане на различните видове кинезитерапия, която може да се използва при всички случаи и в различни лечебно-профилактични учреждения за осъществяване на лечебни и профилактични задачи.

Лечебната процедура по своето съдържание и обем не е нещо постоянно. Нейният вид се променя в зависимост от състоянието, възможностите на болния, особеностите на заболяването, неговото протичане и функционалните смущения. При всеки пациент подбора на средствата на кинезитерапията е индивидуален, съответно в най-подходящата за него форма. [79, 80]

Различаваме следните видове процедури:

1. Кинезитерапевтична процедура, която е най-честата форма на приложение на лечебната гимнастика. При назначаването и особено внимание трябва да се отдели на общото въздействие на физическите упражнения върху организма. За отчитане на физиологичната натовареност се използва пулсовата крива. Макар че тя е недостатъчна, за да характеризира физиологичната реакция на организма при физическото натоварване, все пак за общото ориентирание се препоръчва от много автори .

Резултатите от много изследвания за настъпващите физиологични изменения при процедурите с кинезитерапия показват, че най-добрата форма за провеждане на лечебната процедура, когато графично пулсовата крива нараства постепенно. В средата на процедурата достига най-високата си точка и след това постепенно слиза надолу, докато пулсът стигне до изходното си ниво. Пулсовата крива обикновено се качва в първата четвърт на процедурата, задържа се в средата, като се колебае съобразно с характера на упражненията, и в последната четвърт спада .

Кинезитерапевтичната процедура има три части: **подготвителна, основна и заключителна.**

Подготвителната част заема началото на процедурата. През това време целта е да се подготви пациента за физически натоварвания и да се подготви организма за следващите по-големи натоварвания. В нея се дават строевите упражнения, ако процедурата е групова, а след това елементарните подготвителни общоразвиващи упражнения за всички мускулни групи. В подготвителната част се обръща особено внимание на съсредоточаването на вниманието на пациента върху процедурата и правилното дишане. Подготвителната част заема около 20-25% от времето на процедурата.

Основната част обхваща по-голямата част от процедурата – около 70% от времето и. В нея се осъществяват основните лечебни задачи, поставени съобразно болестния процес. В тази част се прилагат специални и целенасочени упражнения, които според естеството на болестния процес трябва да заемат по-голяма или по-малка част от процедурата. Тези упражнения, разбира се се прилагат на фона на общоразвиващите упражнения. Специалните упражнения трябва така да се подбират, така че в зависимост от тяхното физиологично въздействие да се получи вълнообразна пулсова крива с най-висок връх в средата.

Заключителната част обхваща последните 5-15% от времето на процедурата. В тази част трябва да се дават заключителни елементарни упражнения, които се редуват с дихателни. Пулсовата крива трябва постепенно да се понижава и пулсът да достигне изходна стойност.

Времетраенето на отделните части на процедурата зависи от физическите възможности и от степента на тренираността на болния. В началото подготвителната и заключителната част са по-дълги, а когато болният се тренира достатъчно – по-къси. [79, 80]

При подбора на упражненията и подготвянето на процедурата трябва да се вземат предвид индивидуалните особености на болните, физическите им възможности, техният пол, възраст и болестният процес.

Успешното провеждане на процедурите зависи до голяма степен от отношението на лекуващия персонал. Особено голямо значение имат отчитането на положителните резултати и съобщаването им на болните, което поддържа у тях желанието им да се занимават.

2. **Утринната хигиенна гимнастика** е друга, често прилагана форма на занимания по кинезитерапия.

3. **Игрова лечебна процедура.** Това е форма, която намира най-голямо приложение главно при занимания с деца или в детските учреждения. Съобразно с поставените задачи се подбират или съставят подходящи игри.

4. **Самостоятелни лечебни занимания на болните.** Процедурите по кинезитерапия обикновено се провеждат по 1 път на ден. В много случаи това не е достатъчно и се налага прилагане на упражненията, особено на специалните, много пъти дневно. Те се състоят от малко на брой характерни упражнения и се провеждат под контрола на рехабилитатор.

5. **Организиран игрови лечебни занимания.** Обикновено тук се използват подходящи игри. Тази форма на занимание по кинезитерапия се прилага най-често в санитарно-курортните учреждения и е предназначена да създаде разнообразие и да повиши психоемоционалния тонус на пациента.

6. В другите видове кинезитерапия се прилага най-често формата на **лечебната процедура** (по масаж, дозирано хранене, механотерапия, екстензионна терапия, мануални манипулации и др.) със специфичната методика и техника за съответния вид кинезитерапия. [30, 31, 79, 80, 116, 117]

2.6. Класификация на физическите упражнения, използвани в кинезитерапията

Според различните им признаци и специфично въздействие физическите упражнения биват:

- I. Според същността си.*
- II. Според физиологичната си характеристика.*
- III. Според терапевтичното си въздействие.*

I. Физически упражнения според същността си

1. Гимнастически упражнения:

- **Според анатомичния признак** – според включените в упражненията мускулни групи /лицева, раменна, коремна, седалищна, гръбна и пр./, за малки и големи мускулни групи.
- **Според формата и структурата** – опори, висове, строеви упражнения, ловене, хвърляне, катерене, провиране и др.
- **Според използването на уреди** – без уреди, с уреди и на уреди.
- **Според активността на болния** – пасивни, активни с помощ, активни без съпротивление и активни със съпротивление и др.
- **Идеомоторни** – мислено се включва нервно-рефлекторната верига без краен моторен отговор.
- **Според изходното положение** – от различни изходни положения.
- **Според сложността на упражненията** – прости и сложни/ дву или четиритактови/.
- **Според мястото им в процедурата** – в подготвителната, основната или заключителната част.
- **Според броя на занимаваните болни** – индивидуални, по двойки или групови.
- **С обременяване/ срещу съпротивление/** – мануално, с уреди, апарати, ластици тежести и др.
- **Автокоригиращи** – автопасивни, авторедресации и др.
- **Подводни** – извършвани във водна среда.

2. Приложни упражнения:

- **Локомоторни или упражнения с придвижване** /пъззене, бягане, провиране, ходене и др./
- **Трудови** /функционално възстановителни, занимателни, професионални и др./
- **Битови** / миене, ресане, хранене, тоалет и др./

3. Спортове и елементи от спортове:

- Плуване;
- Колоездене;
- Гребане;
- Тенис;
- Волейбол и др.

4. Игри:

- **Забавно-мисловни** /отвлечащи вниманието на пациентите/;
- **Функционално-трениращи** /с различна интензивност/

- **Туризъм** – използва се пешеходния туризъм във ниска или средно висока планина, като се използва съчетанието на климатичния фактор с физическото натоварване.
- **Народни хора и танци.** Не се използват при болни с заболявания на ССС и ДС, поради опасност от претоварване.

II. Упражнения според физиологичната си характеристика

1. Според структурата на движението:

- *Циклични* /ходене ,бягане, скачане и др./
- *Ациклични* / баскебол, ханбал, футбол и др/
- Смесени / плуване гръб, бруст и др./

2. Според развиваните качества:

- *За бързина;*
- *За сила;*
- *За издръжливост;*
- *За координация и равновесие;*
- *За гъвкавост и др.*

3. Според характера на мускулното съращение:

- Изотонични;
- Изометрични;
- Смесени.

III. Упражнения според терапевтичното си въздействие

1. За въздействие върху дихателната система.

- Използват се за подобряване функцията на дихателната система;
- Проходимостта на горни дихателни пътища;
- За обучение в правилно дишане;
- За трениране на дихателната мускулатура;
- За въздействие върху плеврата и др.

2. За въздействие върху сърдечно – съдовата система:

- Разнасяне на отоци от сърдечен произход;
- Подобряване на трофиката на тъканите;
- Нормализиране на артериалното налягане;
- Подобряване функцията на сърдечния мускул и др.

3. За въздействие върху опорно-двигателния апарат:

- Трениране на скелетната мускулатура;
- Подобряване подвижността на ставния апарат;
- Корекция на деформацията;
- Подобряване функцията на гръбначен стълб;
- Намаляване на болката от мускулен и ставен произход;
- За стимулиране на остеогенезата.

4. **За въздействие върху нервната система:**
 - Укрепване на основните нервни процеси – възбуждане и задържане;
 - За психо-емоционално стимулиране;
 - За регулиране на мускулния тонус;
 - За безусловно-рефлекторни въздействия.
5. **За въздействие върху гастро-интерстиналния тракт и отделителната система:**
 - Подобряване на перисталтиката на червата;
 - Подобряване на функцията на органите в коремна кухина;
 - Подобряване на перисталтиката на червата;
 - Подобряване на функцията на бъбреците;
 - Намаляване на венозния застой в малкия таз.
6. **За стимулиране на растежа и психофизическото развитие на детето:**
 - Упражнения и други средства за подпомагане психо-моторното развитие на детето;
 - Упражнения и други средства за закаляване;
 - Упражнения и други средства за профилактика на гръбначните изкривявания. [61, 62]

2.7. Общо въздействие на физическите упражнения, използвани в кинезитерапията върху организма

По същността си КТ може да се причисли към неспецифичната терапия. Физическите упражнения, с които тя си служи за лечение, спада към вътрешните биологични дразнители на централната нервна система и могат да доведат до изменения в целия организъм. Промените в състоянието и положението в мускулатурата се приемат чрез двигателния анализатор, рецепторите на които си намират в мускулите, сухожилията и в околоставните тъкани. От тях по аферентен път се получават сигнали в кората на главния мозък в определени кинетични клетки, в които настъпва дразнение. В тях се създават съответните двигателни импулси, които по ефектен път стигат до определени мускули и предават движения на дадени части от тялото.

Кинетичните клетки в кората на главния мозък имат многобройни и сложни връзки с всички клетки и центрове на кората, където са представени разнообразните външни и вътрешни анализатори. Това дава възможност на кинетичните клетки чрез кората на главния мозък и подкорията да се свързват с всички вътрешни органи и системи, които имат там представителство.

В основата на въздействието на физическите упражнения лежи нервнорефлекторен механизъм. При тяхното прилагане се включват всички звена на НС, което дава възможност за наместване в нейната дейност, като се изменя динамиката на процесите, разигравщи се в нея, променя се реактивността ѝ в една или друга посока.

Кората на главния мозък притежава много голяма функционална пластичност. Поради това тя може да регулира физиологичните процеси според нуждите, възникнали при натоварването с физически упражнения. Така се получава взаимодействие между процесите в кората и физическите упражнения.

Мускулните движения имат огромно значение за функционалното развитие и дейността на мозъка, а следователно и за развитието на организма на човека като цяло. Без движение не е възможно опознаването на средата и природата, заобикаляща човека, а още по-малко нейното преустройство, нито пък усъвършенстването на самия човек в процеса на нейното преустройство.

Функционално дейността на главния мозък се характеризира с два противоположни един на друг основни процеса на възбуждане и задържане. От тяхната подвижност, сила и равновесие зависи регулиращата роля на кората на главния мозък върху всички органи и системи. Физическите упражнения допринасят за регулирането на тези процеси в кората.

По начало физическите упражнения повишават възбудимостта на кората на главния мозък като резултат от тяхното прилагане създаването на рефлексните връзки в нея става по-пълноценно.

При редовно извършване на физически упражнения се получават непрекъснати потоци от аферентни и еферентни импулси. Те поддържат създадените условнорефлекторни връзки, засилват избледняващите и може да се създадат нови такива. Това дава възможност да възникнат заместителни функции в известни центрове, когато близки по функция на тях центрове са увредени или, както се казва, да се създадат функционално нови центрове. Това е възможно благодарение на голямата функционална пластичност на кората на главния мозък.

Физическите упражнения са фактор, чрез който могат да се постигнат изменения във функциите на цялата нервна система. Поради голямата функционална пластичност на кората на главния мозък те са в състояние да изменят и да регулират основните корови процеси и да възстановяват хармонията между ЦНС и вегетативната нервна система и вътрешните органи.

В кората на главния мозък се създават нови условнорефлекторни връзки с всички органи и системи в организма. Това се отразява благоприятно върху протичането на интимните процеси в тъканите. Общото въздействие на физическите упражнения се отразява благоприятно на функцията на дихателната, сърдечно съдовата и други системи, на обмяната на веществата. То повдига общия тонус на организма и повишава неговата реактивност, съпротивителни сили и работоспособност.

КТ въздейства върху организма освен чрез първата, още чрез втората сигнална система. Второто въздействие много често е по-силно и по-дълбоко. То прави дейността на НС у човека много по-богата и разнообразна и с много по-големи възможности, отколкото тази на другите висши бозайници. Въздействието по пътя на втората сигнална система се осъществява чрез обясненията, показването, представите. Така се осигурява съзнателността в изпълнението на физическите упражнения, а това е много важно условие за създаване на тренираност, за изработване на двигателни навици и пр.

Втората сигнална система влияе благоприятно върху психиката на здравия и болния човек, у когото има вече изработени условни рефлексии за усещанията от физическите упражнения и удоволствието, което се изпитва от тях. Със самото назначаване на КТ у болните се забелязва настъпване на чувство на бодрост, увереност, започва се психическо преустройство. Те започват активно да участват в процеса на лечението си и във възстановяването на своята трудоспособност. Това стимулира оздравяването.

Освен общо въздействие върху организма физическите упражнения оказват и локално въздействие върху онези части от човешкото тяло, които се упражняват. Първата промяна, която се открива, е рефлексното разширение на кръвоносните съдове в работещите тъкани. Това подобрява кръвоснабдяването им и увеличава притока на кислород и хранителни вещества към тях. Тези местни изменения често пъти са по-силно изразени от общите. От друга страна, общите промени влияят в благоприятна насока върху тях. По същество те се състоят в локално повишаване обмяната на веществата, в подобряване на регенеративните процеси в тъканите и на тяхната функция / наедряване на мускулните влакна с увеличаване на тяхната сила и издръжливост/. Това местно въздействие физическите упражнения е от много голяма важност за КТ, тъй като осъществява повлияване конкретно на самите увредени тъкани и органи.

Когато организмът остане по-дълго време в покой намаляват или преспиват да текат аферентните и еферентните импулси между проприорецепторите и кората на главния мозък, поради което избледняват или угасват условнорефлекторните връзки. Във важни центрове на нервната система могат да се развият процеси на потискане; физиологичните процеси в организма се намалят до жизнения минимум.

2.8. Дозировка на физическите упражнения

Дозата на лечебното средство е най-важното условие при всякакъв вид терапия. Това се отнася и за дозировката по Кинезитерапия. За разлика от медикаментозната терапия, при която дозировката е сравнително проста, в кинезитерапията е много трудна и изисква много знания, умение и опит. Дозирането на физическите упражнения зависи от известни условия, при които те трябва да бъдат изпълнявани [3].

Големина и брой на участващите в упражненията мускулни групи. Дозировката на физическото натоварване твърде много зависи от големината на мускулната група, която се упражнява. Колкото тя е по-малка, толкова и натоаоването е по-малко и обратно. Това дава възможност да се осъществява принципът на постепенност в дозировката, т. е. от по-малки към по-големи дози, като се започва с упражняване на малки мускулни групи и се отива към по-големи.

Разсеяност при даване на физически упражнения. Това е също важно условие за дозиране на натоварването и има особено голямо значение за дозиране на локалното натоварване. Ако физическите упражнения се концентрират само върху една група мускули, те скоро ще се изтощят – за тях дозата на натоварване ще бъде голяма. Затова е необходимо физическите упражнения да се разпределят последователно върху цялата мускулатура, като по няколко пъти се включват отделните мускулни групи. По този начин на мускулните групи, особено на отслабналите, се дава възможност да отпочинат.

Брой на повторение на упражненията. Това е най-простият начин за изменение на дозировката. Колкото повече се повтаря едно упражнение, толкова дозировката е по-голяма. От друга страна, колкото по-малка група мускули са включени в упражненията, толкова повече пъти то може да се повтаря и обратно.

Темп на извършване на упражненията. Темпът, с който се изпълняват упражненията, е от голямо значение за дозировката. Той

може да бъде бавен, среден и бърз. Определя се съобразно патологичния процес, общото състояние на болния и големината на упражняваната мускулатура.

От темпа зависи големината на дозата на общото физическо натоварване на организма. Например по-бързият темп ускорява повече кръвообращението и увеличава натоварването. Не всякога обаче бързият темп значи по-голямо натоварване. Има случаи, когато той дава инерция на движението и то се изпълнява по-леко, защото се получава мах, който облекчава движението, а при бавния темп често се изисква по-голямо напрежение на мускулите за преодоляване тежестта на частта от тялото — следователно дозата на физическото натоварване се увеличава [3].

Ритъмът, спазен при изпълняване на упражненията, намалява дозировката. При ритмичното изпълняване на упражненията – ритмично свиване и разпускане на мускулатурата, се изработва по-скоро двигателен навик, укрепват се нервните центрове. Ритмичността в упражненията подобрява кръво- и лимфообращението, което е също фактор, намаляващ дозировката.

Амплитуда на движенията. Колкото по-пълно се съкращават при движение мускулите, толкова обемът на движенията е по-голям, следователно и дозата на физическото натоварване е по-голяма. Затова при намалена сила на мускулите винаги се започва с по-малка амплитуда и с увеличаване на силата им амплитудата се увеличава. За функционалното възстановяване на ставите и мускулите от голямо значение е извършването на движенията до крайната физиологично възможна амплитуда за дадена става [3].

Точност на изпълнението на упражненията. Колкото точно се изпълнява едно упражнение, толкова изпълнението е по-леко, защото за това има създаден стереотип. Понякога обаче (при парези, парализи, контрактури) при специалните упражнения за дадени мускули точното изпълняване на упражнението затруднява болните поради високата дозировка в дадения случай.

Простота и сложност на упражненията. Простотата и сложността на упражненията зависят, от една страна, от броя и вида на обхванатите мускули групи и, от друга, от координацията в тяхната дейност при извършването на упражнението. Сложните упражнения изискват голямо напрежение на волята и вниманието, т. е. те създават голямо натоварване, което води до бърза умора. Започва се винаги с по-простите упражнения и се преминава към по-сложните. При тренирането и изработването на двигателни сте-

реотипи особено много се използват упражненията за координация, равновесие, хвърляне и др.

Степен на усилието при изпълнение на упражненията. Простите и лесни упражнения не изискват големи усилия за тяхното изпълнение. При тях се получава малко физическо натоварване. В зависимост от функционалното състояние на опорно-двигателния апарат изпълнението на простите упражнения може да изисква голямо усилие от страна на болния и да се получи голямо натоварване (например при пареза на дадени мускули). Ето защо степента на усилието, което ще е нужно за изпълнението на дадено упражнение, трябва всякога да се има предвид при дозировката на физическите упражнения.

Изходно положение. Изходните положения, които се дават на тялото, имат голямо значение за правилното изпълнение на физическите упражнения и за физиологичния ефект от тях. Изходното положение може да опростява или усложнява упражненията и да ги прави по-леки или по-тежки или все едно да намалява или увеличава дозата на физическото натоварване.

Изходното положение се определя според характера на заболяването, органа, който трябва да се тренира, характера на упражненията.

Според характера на заболяването се определя онова изходно положение, което е най-целесъобразно при занятията по лечебна физкултура с оглед най-ефикасно въздействие.

При тренирането на отделни част и от тялото се избира онова изходно положение, при което тренировката е най-ефикасна.

Изходното положение се избира според характера на упражненията. Например при коригиращите упражнения се избира положение, при което гръбначният стълб е разтоварен от своята статична функция. Най-удобни изходни положения за гръбначния стълб са тилният лег и колянната опора.

В началния период на тренировката, когато физическите и функционалните възможности на болния са понижени, изходното положение трябва да бъде такова, че да опростява упражненията, а по-късно при подобряване състоянието на болните да усложнява и утежнява упражненията. В лечебната физкултура могат да се употребяват различни изходни положения, но най-често приложение намират изходните положения лег, седеж и стоеж, като положението лег се прилага най-често при болни на постелен режим, лег и седеж — при телесно по-слаби болни и при заболявания на долните крайници, а стоеж – при укрепнали амбулаторно болни, при заболявания на горните крайници [3].

Дихателните упражнения се използват като средство за понижаване на натоварването, т. е. за намаляване на дозата. Колкото повече дихателни упражнения има в една лечебна процедура, толкова натовареността ѝ е по-малка. Затова, като се преценява състоянието на болния, между физическите упражнения се вмъкват повече или по-малко дихателни упражнения. Съотношението на дихателните към гимнастическите упражнения може да бъде 1:1, 1:2, 1:3, 1:4, 1:5 и т. н., или едно дихателно упражнение се вмъква на 1, 2, 3, 4, 5 физически упражнения. Ако такова съотношение не е означено, тогава се назначава правилно дишане при изпълнение на физическите упражнения.

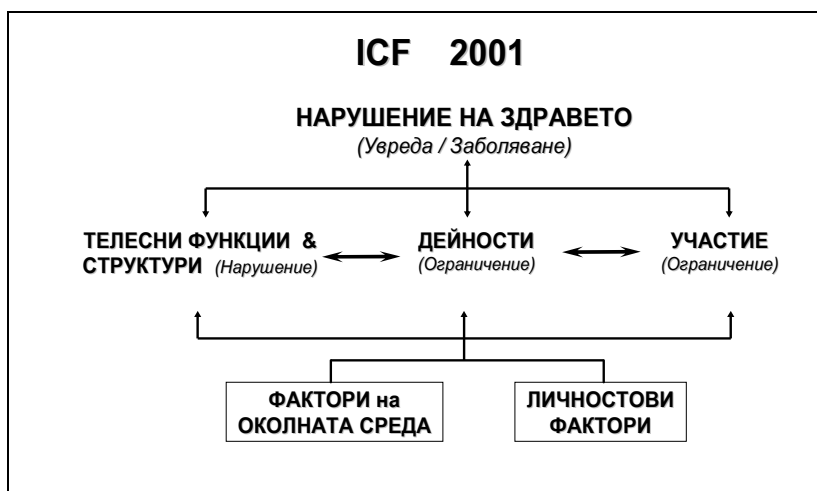
Емоционалност при занятията с физически упражнения. Заема важно място в лечебната физкултура. Колкото повече емоционалност има в една лечебна процедура, толкова тя е по-желана, по-леко се понася от болните и е по-резултатна. Положителните емоции премахват психогенното потискане и увеличават ефекта от лечебната физкултура. Сухите и скучни процедури изморяват болния и убиват в него желанието за занимание. Като фактори, съдействащи за по-голяма емоционалност, се използват различните игри, музиката, включването на уреди, разнообразяването на комплекса [3].

3. МЕЖДУНАРОДНА КЛАСИФИКАЦИЯ НА ФУНКЦИОНИРАНЕТО, УВРЕЖДАНИЯТА И ЗДРАВЕТО (МКФ)

МКФ е инструмент, създаден от СЗО за измерване на здравето и уврежданията – както на индивидуално, така и на популационно ниво. МКФ е официално приета от представители на 191 страни – членки на 54-та Асамблея на СЗО на 22 май 2001. Прилага се в страните – членки като интернационален стандарт за описание и оценка на здравето и уврежданията [28,29,30].

МКФ разглежда концепциите за здраве и увреда в принципно нова светлина. Тя приема, че всяко човешко същество може да има нарушение на здравето т. е. увреждане и оттам – да получи някакво ограничение на функционирането. Увреждането не е нещо, което се случва само на човешки малцинства. Затова МКФ приема опита на увреждането и го признава като универсален човешки опит. [31,32,33]. Чрез пренос на фокуса от причината към следствието се стига до подкреждане на всички човешки заболявания и увреди по начин, че да могат да бъдат сравнявани с еднаква мярка –

мярката на здравето и увредата. Отивайки още по-нататък – МКФ взема предвид и социалните аспекти на уврежданията, като не гледа на увреждането само като на медицинска или биологична дисфункция. Чрез включване факторите на околната среда, МКФ се насочва към анализ на въздействието на средата върху човешкото функциониране (фиг. 1).



Фиг. 1. Международна класификация на функционирането, уврежданията и здравето (МКФ)

Прилагайки МКФ, СЗО счита, че всяка година се губят 500 милиона години на пълноценен живот в здраве – поради увреждания в резултат на заболявания. Това е повече от половината от загубените години поради преждевременна смърт.

МКФ въздейства и ще въздейства върху медицинската практика, върху законодателството и социалната политика с цел да подобри лечението и достъпа до медицинска помощ, както и да защити правата на личността и на групите.

МКФ променя представите ни за инвалидността, която вече не е проблем на една малцинствена група и не се ограничава само до хората, засегнати от видими увреждания или седнали в инвалидни колички. Например, инфектирането с вируса на СПИН може да инвалидизира една личност и да ограничи активността ѝ в професията. В такъв случай МКФ предлага различни перспективи с цел осъществяване на мерки, насочени към възможностите на този човек да остане в активния живот и да участва цялостно в живота на общността. [28, 29, 30, 127, 128]

МКФ взема предвид социалните аспекти на инвалидността и предлага механизъм за оценка на ролята на физическата и социалната среда върху функционирането на една личност. Например, ако човек, засегнат от сериозно заболяване има трудности да работи в сграда без рампи за достъп или асансьори, МКФ позволява да се определи в каква насока да бъде извършена интервенцията (намесата) – към инсталиране на тези „удобства”, а не към изгонване на личността от работа поради лошо качество на труда. МКФ дава общ инструмент за измерване и оценка на този сериозен проблем. Докато традиционните индикатори се базират върху показателите на смъртността на популациите, МКФ пренася интереса си към „живота”, т.е. начина, по който хората живеят с тяхното заболяване и подобряват условията си на живот, за да имат продуктивен и интересен живот. [30, 31, 32, 33]

МКФ поставя под общ знаменател всички болести и патологии, независимо от причината за тях. Например: едно лице може да не е в състояние да отиде на работа поради хрема или ангина, но и поради депресия. Този неутрален подход поставя психичните нарушения на същото ниво като физическите патологии, като допринася за признаването на световния проблем за депресивните разстройства, който в момента е основна причина в света за големия брой загубени години поради увреждания.

МКФ е завършек на 7 години труд с участието на 65 страни. Стриктни научни проучвания са предприети с цел прилагането на МКФ независимо от принадлежността към различни култури, пол и възраст, с цел установяване достоверни и сравними критерии за оценка на здравословното състояние сред индивидите и популацията. [31, 32, 33, 133, 134]

СЗО провежда и в момента анкети в целия свят с цел получаване на данни, базирани върху МКФ. В частта за *телесни структури и функции* са подробно разгледани мозъчните функции (вкл. висши корови функции, като съзнание, енергия и ръководене; както и специфичните ментални функции – памет, език, смятане); сензорните функции и болката (глава 2); говорните функции (глава 3); функциите на сърдечно-съдовата, кръвотворната, имунологичната, дихателната, храносмилателната, метаболитната, ендокринната системи (глави 4-6); кожата и свързаните структури (нокти и коса – глава 8). Особено внимание се обръща на нервно-мускулно-скелетните и двигателните функции (глава 7 - движение и подвижност, включително функции на ставите, костите, рефлексите и мускулите.

На базата на детайлния анализ на телесните функции се преминава към *оценка на личностовите фактори, околната среда, дейностите и участията на пациента / клиента*.

Допълването в рехабилитационната практика на Международната класификация на болестите – X ревизия (МКБ-10) с МКФ би установило точни измерители за оценка на функцията и би подпомогнало за подобряване на контрола върху здравеопазната система, както и за подобряване качеството на рехабилитацията.[30, 31, 32, 33, 34]

В съвременната рехабилитация би следвало да бъде задължителен холистичния подход към пациента т.е. извършването на **комплексна оценка**, която да включва [32]:

- *познавателна способност* (ориентация, внимание, памет, способност за колаборация при осъществяване на лечебните интервенции; осъзнаване на предпазните мерки, които трябва да се спазват във връзка с основното неврологично страдание);
- *болка* (локализация, тип, сила /вербална или визуално-аналогова скала/; дейности, които водят до засилване на болката);
- *обем на движение* (активен и пасивен);
- *мускулна сила (слабост)*, наличие на двигателен дефицит;
- *координация* (статична, локомоторна и динамична атакия);
- *подвижност* (необходимост от помощни средства, уреди, инструменти и приспособления);
- *издръжливост* (поносимост към натоварвания, необходимост от почивки по време на изследването и функционалната активност);
- *тестуване на самостоятелността в ДЕЖ* (къпане, обличане, хранене, лична хигиена; необходимост от асистиране при самообслужването).

Би трябвало да бъдат оценени основните проблеми на пациента, а именно:

- *намалена издръжливост и поносимост към натоварвания, умора;*
- *двигателен дефицит;*
- *координационни смущения* (поза, походка, захват);
- *болка;*
- *познания за необходимостта от предпазни мерки;*
- *необходимост от помощни средства;*
- *трудности при изпълнение на ДЕЖ;*
- *затруднена и ограничена функционална подвижност* [32].

Крайната комплексна оценка би трябвало да бъде базирана на Международната класификация на функционирането и да включва:

- *функции на тялото* (болка, обем на движение, двигателен дефицит, координационни смущения);
- *дейности* (подвижност, ставане, ходене, транспорт, хващане на предмети, ДЕЖ);
- *участия* (семејни отношения, отдих и почивка, социален живот, участие в политическа дейност);
- *фактори на околната среда* (работно място, условия в дома и при транспортиране, семејство и приятели, здравно обслужване и осигуряване, социални отношения);
- *личностни фактори* (здравна култура, полиморбидност, възраст, пол). [30, 31, 32, 33, 34]

4. ЗДРАВЕ И ФИЗИОПРОФИЛАКТИКА

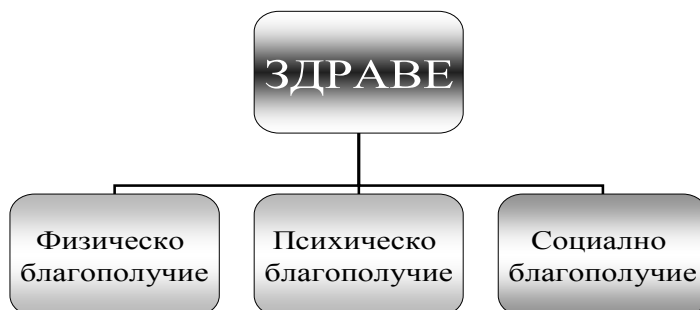
Medicus currat, Natura sanat.

Лекарят лекува, природата оздравява.

Хипократ

Според СЗО **здравето** представлява състояние на физическо, психическо и социално благополучие (фиг.2). В този смисъл се диференцират видове и нива на здравословно състояние, което предопределя възможността за профилактични и превантивни мерки и дейности, насочени към постигане по-високи нива на здраве, съхраняване на здравето и постигане по-добро качество на живот при всеки човек, а не само в случаите на отсъствие на болестен процес. [30, 31, 32, 140, 141]

*Дефиниция на Световната Здравна организация за ЗДРАВЕ
(World Health Organisation – WHO)*



Фиг. 2. Дефиниция на СЗО за здраве

Счита се, че **профилактиката** е система от механизми, целящи намаляване на риска от поява и развитие на болестен процес, заболяване, инвалидност или друго нежелано състояние, с оглед достигане на по-добро здраве на индивида, семейството, група от хора или обществото като цяло, чрез създаване на необходимите за това условия.

Физиопрофилактиката постига това чрез прилагане на естествени и преформирани ФФ.

Нивата на профилактика отговарят на съответните стадии на болестния процес: първична профилактика (закаляване – при здрави хора с висок риск или в предклиничен стадий), вторична профилактика (предпазване от усложнения – при пациенти в ранен стадий на заболяване) и третична профилактика (предпазване от инвалидизиране на пациенти в напреднал стадий на заболяването). [23, 24, 32, 144, 145, 146]

С цел стимулиране съпротивителните сили на организма, трениране на адаптивните реакции и стимулиране на саногенезни процеси се прилагат различни ФФ: движение, води (вкл. минерални), слънце, въздух. Основни таргети са социално-значимите заболявания (вкл. техните рискови фактори): сърдечно-съдова и мозъчно-съдова болест, ХОББ и бронхиална астма, обезитет и захарен диабет, зъбен кариес, остеопороза и рахит, болки в гърба (вкл. от мускулен дисбаланс) [30,31,32,33,34].

5. ЕРГОТЕРАПИЯ

5.1. Същност на ЕТ

Ерготерапията се проявява за първи път в англоезичните страни – САЩ и Великобритания под названието *Occupational therapy*. Понятието Осцирапiон означава да бъдеш зает, работещ, ангажиран с нещо.

Трудотерапията или Ерготерапията е активен кинезитерапевтичен метод, който според И. Колева (2008) използва специално подбрана (според заболяването и предпочитанията на пациента) целенасочена умствена и трудова дейност. Целта е вниманието на пациента да се фиксира върху резултата от работата, а не върху проблема му. ЕТ има благоприятно въздействие върху физическото възстановяване на болния, увеличава обема на движение в ставите, подобрява нервно-мускулната координация, укрепва психиката, подпоматга ресоциализацията на пациента. [26, 27, 28, 29, 32]

Ц. Пантева (2007) дефинира Ерготерапията, като дял от медицинската рехабилитация; физикално средство, което се обособява като самостоятелен метод поради своята специфика [60]. Занимава

се с прилагането на целенасочена дейност при хора с ограничени функционални възможности – поради наранявания или заболявания, с психо-социални нарушения и зависимости, забавено развитие, старост – с цел постигане на независимост в ежедневието, профилактика на предотвратимата инвалидност и превенция на здравето. [60, 100, 101, 102]

5.2. Основни принципи на ЕТ:

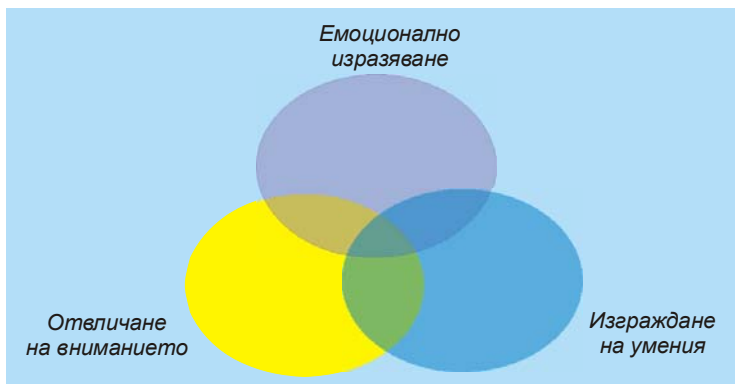
- предварително провеждане на детайлна функционална оценка;
- максимално ранно започване с по-леки дейности;

Определянето на трудотерапевтичната методика зависи предимно от медицинските показания и предпочитания на болния. **ЕТ е активен процес, при който пациентът се занимава с целенасочена дейност, емоционално удовлетворяваща го.** По този начин вниманието на пациента се насочва предимно към самата задача, отколкото към вътрешните процеси, необходими за извършването ѝ [23,24,25].

5.3. Главни цели на ерготерапията:

- *Отвличане на вниманието* – има за цел отклоняване вниманието на човека в друга посока, като го отклони от неговия здравословен проблем;
- *Емоционално изразяване* – това е творческа нагласа на личността навлязла в практиката от теорията на Зигмунт Фройд за самоанализата;
- *Изграждане на умения* – това е основна задача на ЕТ. Изпълнението на дейности е свързано с овладяването на умения. [26, 27]

Те са взаимно свързани и зависими по между си (фиг.3).



Фиг.3. Главни цели на Ерготерапията

Заниманията се провеждат индивидуално или групово; в различни условия – болница, амбулаторно, в рехабилитационни центрове, в дома на пациента, в училищата със задръжка в умственото развитие, в домовете за възрастни хора, в домове за психично болни. Пациентите са от различни възрастови групи, при съблюдаване на спецификата за всяка от тях.

Всяка възраст има свой модел на ежедневни дейности, характерен за дадения жизнен период. При децата дейностите се представят под формата на игри, при учениците – на учебен процес, при средната възраст – на работа, при старите хора – като самообслужване. [26, 27, 28, 29, 32]

5.4. Разновидности на ЕТ:

Обучение в самообслужване и в дейности на ежедневиия живот (ДЕЖ): обличане, събличане, хранене, тоалет (ресане, миене, бърснене); в съвременната ТТ се използват различни приспособления (за баня, за хранене, за лекарства, за повдигане и за ставане от леглото и от стола, за придвижване – проходилки, инвалидни колички, тунори, патерици, канадки); започва още в ранен стадий на заболяването, при леглото на болния;



Фиг. 4. Разновидности на Ерготерапията

- *Функционална или възстановителна ТТ* – насочена към повлияване на заболялата част (крайвик, орган, система), включва плетене, шиене, кошничарство, работа с кожа – в кабинет по ТТ
- *Професионална или професионално-ориентираща ТТ* – възстановяване на трудовите сръчности отпреди заболяването или

(ако е невъзможно) подготовка за нова трудова дейност (професионално преориентиране).

- *Занимателна, отвличаща или забавна ТТ* – с оглед психо-емоционално тонизиране на пациента; включва бродирание, шиене, рисуване, моделиране, изработване на художествени предмети и играчки [26, 27, 28,103, 120,121] (фиг. 4).

5.5. ЛОДИ – моделът в Ерготерапията

Според съвременните схващания, ТТ (наричана ЕТ) се разглежда от позицията на т.нар. ЛОДИ – модел (акроним от **Л**ичност, **О**колна среда, **Д**ейности, **И**зпълнение), който представя взаимодействието между личността (вътрешния фактор) и околната среда (външния фактор). [27, 125, 129] Вътрешният фактор включва психологически, емоционални, познавателни, невроповеденчески и духовни елементи. Външният фактор включва социалната поддръжка, социалната политика и становища, природните и строителни елементина околната среда, културните норми.

Вътрешният (личният) фактор включва психологически, емоционални, познавателни, невроповеденчески и духовни елементи. Външният фактор включва социалната поддръжка, социалната политика и становища, природните и строителните елементи на околната среда и културните норми и оценки. Всички тези фактори – лични и външни са в състояние да подкрепят и улеснят или обратно да пречат на изпълнението на дейностите, на задачите и ролите на индивида, на организацията на работата и на общината.

Ерготерапията с помоща на специалиста ерготерапевт може да промени и двата вида фактори в положителна посока – да повлияе на клиента , като го ангажира в процеса и да приспособи адекватно на нтуждите околната среда (физическа, социална и културна).

5.6. Ерготерапевтичната програма

Тя включва няколко съществени елемента, улесняващи ресоциализацията на индивида:

- *целенасочено овладяване на умения;*
- *включване на уменията в дейности;*
- *дейностите определят ролите на индивида;*
- *обучение в самообслужване, вкл. ДЕЖ;*
- *обучение в извършване на трудова дейност, занаяти, нова професия (професионално ориентиране);*
- *обучение в дейности, запълващи свободното време;*
- *прилагане на изкуства с оглед усъвършенстване на уменията и дейностите и насочване към творчество;*

- *транспортиране* (функционално, с обществен транспорт, с личен автомобил);
- *околна среда* – дейностите се извършват в пригодена за индивидуалните нужди и възможности, максимално използвана околна среда, предварително адаптирана към инвалида. [29, 32, 139, 156]

При специфичното ЕТ-обслужване се акцентуира върху: обучението в ежедневни дейности и самостоятелност, развитие на рецепторно-двигателни умения и сензорно-интеграционно функциониране; развитие на игрови умения; използване на специално изработени уреди за улесняване на действия и занаяти; адаптиране на домашната и социална среда и обучение на пациента в ползването ѝ.

Алгоритъмът на ЕТ-процес включва: Наблюдение; Изпращане; Преценка; Програмно планиране; Намеса; Преоценка; Приключване и документация.

5.7. Самообслужване и дейности от ежедневния живот (ДЕЖ)

Самообслужването и ДЕЖ са от изключително значение за самостоятелността на човека. Те са свързани със ставането сутрин, тоалета, закуската, храненето през деня, обличане, събличане, почистване на дома и др. Касае се за преместване на тялото в пространството със или без помощни средства.

При овладяването на ДЕЖ е необходимо точно определяне на рехабилитационния потенциал на пациента, точно определяне на двигателните му възможности и реално планиране на извършваните дейности. В зависимост от двигателните нарушения се определя вида на използваните помощни средства, определят се възможностите за използване на приспособления в домашна и работна среда за придвижване и самообслужване.

Според И. Топузов (2007) в *Ерготерапията се използват различни помощни средства*, които могат да се подразделят на две големи групи:

- *Близки до тялото помощни средства* – това са ортези (опорни и корегирани) и протези (заместващи загубени части на тялото). Те са строго индивидуални и трябва да се пригледят към индивидуалните нужди на клиента.
- *Далечни от тялото помощни средства* – чрез тях се използват остатъчните възможности на пациента за придвижване в пространството и самообслужване. Използват се различни патерици, канадки, бастуни, проходки, инвалидни колички и др.

5.8. Ерготерапевтично оценяване качеството на живот

Качеството на живот и неговите елементи имат множество определения и тълкувания. Те са субективни и обективни показатели на физическите, психологическите и социалните характеристики на болния. *Качеството на живот е едно широко разбиране за баланса между доброто и лошото в тялото, душата, и околната среда на индивида, както и неговия песимистичен или оптимистичен поглед върху живота [23,24,81].*

И. Топузов (2007) определя *качеството на живот, като синтез от стандарта на живота, личните интереси и тяхната реализация в стила на живота.*

На съвременния етап значението на качеството на живота изпъква поради следните особености:

- удължаване живота на хронично болните;
- усъвършенстване ролята на личността, а от там и до сложността на психологичните проблеми;
- променяне целите на здравеопазването и стремежа към здравно благополучие независимо от болест или увреждане;
- отчитане на медицинските ефекти относно лечението и качеството на живот, а не само удължаване на живота на болния [24,81].

*Качеството на живот е измеримо понятие, което включва като съставни елементи **стандарта на живота, личните интереси на индивида и тяхната реализация в стила на живота.***

Стандарта на живота се определя от количествени биологични, социални и икономически измерения на живота. Той е измерима оценка на здравето, материалните, интелектуалните и формалните интереси.

Показатели за стандарта на живота на един човек са:

- Здравен статус;
- Материална осигуреност;
- Професионална заетост;
- Структурата на материалната и културната консумация;
- Разпределение на служебно и свободно време;
- Обществена осигуреност и здравеопазване;
- Демократични гаранции за личността.

Личните интереси отразяват качествените и психосоциалните измерения на живота. Оценяват степента на задоволство, което изпитва личността от интелектуалните, културните, естетическите и моралните ценности.

Стила на живот е индивидуалния комплекс от стандарта на живот и личните интереси. Влияе се от традициите в страната, религията, която изповядва, политическия строй идеологическите и географските условия. Като събирателен израз на личността стилът на живот се влияе от био-психологичните особености на индивида [24,81].

Според съвременните автори в областта на ерготерапията, качеството на живот е по-важен фактор за отражение на увреждането върху личността, отколкото самото увреждане.

При хората с увреждания рисковете от влошаване качеството на живот са значително по-големи и зависят от следните *елементи на риска*:

- *Тежест на увреждането;*
- *Степен на функционален работен капацитет;*
- *Ниво на патологични изменения и симптоми;*
- *Субективно усещане за поносимо усилие*
- *Общо здравно самочувствие;*
- *Предшестващи увреждането професионални, социални и финансови проблеми.*

За оценяване качеството на живот се използват: медицински методи за оценяване и определяне на рехабилитационния потенциал на пациента (Клинична скала на качеството на живот в степени от 1 до 3); психологична оценка; сексологична оценка; социологична оценка; практическа оценка и комплексна оценка за качеството на живот, като обобщение на останалите оценки [81].

5.9. Занаяти използвани в ерготерапията

При изпълнение на дейностите в ерготерапията са необходими умения. Те се овладяват с цел изпълнение на задачите за самообслужване, извършване на производствена дейност или запълване на свободното време. *Умението се дефинира като компонент на изпълнението, което се включва в практиката, а изпълнението е външен израз на умението.*

Овладяването на занаяти и тяхното прилагане с лечебна цел има редица предимства, пред изпълнението на физическите упражнения:

- При прилагането на занаятчийка работа умората настъпва по-бавно;
- Отвлича се вниманието на пациента от неговото заболяване или увреждане;
- Постига се по-голяма издръжливост при упражняването;

- По-бързо се постига тренировъчен ефект чрез увеличаване обема на движение, мускулната сила и координация на движенията.

Занаятите подтикват към творчество, събуждат инициативата и стимулират творческата радост. Често те са бъдещата професионална реализация на пациента след увреждането.

Прилагането на занаяти с ерготерапевтична цел е част от комплексната терапевтична програма [81].

Видове занаяти:

- **Работа с кожа** – кожата се използва от хилядолетия в човешкия бит, в приложната изкуство, като се работи с естествена или изкуствена кожа в зависимост от изделието. Изработват се чанти, колани, обувки, папки, калъфи и др. По мнение на И. Топузов (2007) *работата с кожа е подходящо занимание за пациенти с увреди на горни крайници, като се прилагат в начална, средна и късна фаза на възстановяване.*

- **Работа с хартия** – това е една сравнително лесна дейност, която може да се извършва и от деца. Има занимателен характер и материалите намират приложение в ежедневието, бита, изкуството, и промишлеността. Предимство е свиваемостта на материала, лесно рязане, лепене, оцветяване и апликиране. *Работата с хартия се използва при пациенти с увреди на горни крайници, като се прилагат в начална, средна и късна фаза на възстановяване. При остатъчни трайни увреди е подходяща за професионална заетост и осигуряване на доходи.*

- **Работа с глина** – най-подходящия за моделиране материал, достъпна и евтина суровина за разлика от пластелина, восъка и парафина. Чрез моделиране се възстановяват мисловни функции и въображението, стимулират се физическите качества – сила, ловкост и координация. *Използва се при пациенти с увреди на горни крайници и проблеми на НС.*

5.10. Показания за провеждане на ЕТ

Такива има при наличие на: *двигателен дефицит* (парализи, парези; централни, периферни); *мускулна хипотрофия* или атрофия; *състояния след травми на ОДА*, особено при мускулен спазъм, мускулни и ставни контрактури; *нараняване на меки тъкани; метаболитни дисфункции; сърдечно-съдови и дихателни заболявания.*

5.11. Противопоказания за прилагане на ЕТ

Това са: заболявания в остър стадий, фебрилитет, опасност от хеморагия, инфилтрати и едеми на меките тъкани.

Ерготерапията е ефективно средство при медицински, емоционални, образователни, умствени и рехабилитационни проблеми. Намира приложение при обучението на студентите рехабилитатори, медицински рехабилитатори-ерготерапевти и др. От услугите на ерготерапията се ползват хора по цял свят, от всяка възраст, пол, религия, сами, семейно и дори групово. Наблюдават се и изключително добри резултати при работа с деца. В последните години този метод получава все по-голямо приложение и в България, а специалистите по медицинска рехабилитация и ерготерапия се увеличават [23,60, 147,148,149].

6. АРТ-ТЕРАПИЯ

„Крайната цел на изкуството е удоволствието.”
Лесинг

6.1. Същност и приложения

Коренът на понятието „арт-терапия” е от латински произход: „*art*” означава изкуство, а „*therapia*” – лечение, лекуване, медицинско грижене, или смисълът му е за лечение с или чрез изкуството.

Според *Асоциацията на британските арт-терапевти* [82] *АРТ ТЕРАПИЯТА* е „използването на художествени средства за себеизразяване и себе-осъзнаване в присъствието на обучен арт-терапевт. Клиентите, които биват насочени към арт-терапевт не се нуждаят от предишен опит или умения в областта на изкуствата; арт-терапевтът, от своя страна, не се стреми да направи естетическа или диагностична оценка на изображенията, създадени от клиента. Главната цел на практикуващия е да помогне на клиента да постигне промяна и развитие в личностен план чрез използването на художествени материали в една сигурна и подкрепяща среда. **Връзката** между терапевта и клиента е от ключово значение; и все пак арт терапията се различава от другите психологически терапии в това, че тя е тристранен процес между клиента, терапевта и изображението или артефакта. Така тя предоставя възможност за изразяване и общуване и би могла да бъде особено полезна за хора, които се затрудняват да изразяват своите мисли и чувства вербално. [150, 151]

Арт-терапевтите имат добро разбиране за същността на художествения процес, подплатено със солидни познания в областта на терапевтичната практика и работят както с групи, така и с индивиди в различни условия – било то институционално или в контекста на общността – като например: психиатрични заведения, помощни училища, детски и фамилни центрове, центрове за палиативни грижи, затвори и т.н.

Работата на арт-терапевта е понякога истинско предизвикателство; тя изисква умение и чувствителност и, следователно, онези, които биха искали да се реализират в областта на арт терапията трябва да бъдат зрели и гъвкави хора...

Според *Американската асоциация по арт-терапия* [82]: арт-терапията се основава на увереността, че креативният процес, свързан с правенето на изкуство е лечебен и носи позитивна жизнена промяна. „**Арт-терапията** е помагача професия, която използва художествените средства, образи, креативния процес и реакциите на пациента/клиента към създадения продукт като отражение на индивидуалното развитие, способности, личност, интереси, тревоги и конфликти. Арт-терапията се основава на познаване на теориите за човешкото развитие и психичен живот, които биват прилагани във всички видове диагностика и лечение, включително образователни, психодинамични, когнитивни, междуличностни и други терапевтични средства, за разрешаване на емоционални конфликти, подпомагане на себепознанието, развитието на социални умения, овладяване на поведението, решаване на проблеми, понижаване на тревожността, засилване на връзката с реалността и подобряване на самооценката”. [72, 170, 171]

Друга дефиниция гласи: „**Арт-терапия** е терапевтичната употреба на творческия процес в рамките на една професионална връзка при хора, преживяващи заболяване, травма или житейски несполуки, както и такива, търсещи личностно развитие. Творейки и рефлектирайки върху изкуството, което правят и процеса, през който преминават, хората получават възможност да обогатят своето познание за себе си и другите, да се справят със симптомите, стреса и травматичните преживявания; да повишат своите познавателни способности и да преживеят пълноценно жизнеутвърждаващото удоволствие от творчеството”. Арт-терапевтите са професионалисти, преминали през обучение в областта и на изкуството, и на терапията. Те притежават познание за човешкото развитие, психологическите теории, клиничната практика, духовните, културни и художествени традиции, както и за лечебния потенциал на

изкуството. Те използват изкуството за лечение, диагностика и изследване, и могат да консултират други професионалисти от областта на душевното здраве. Арт терапевтите работят с хора от всички възрасти: индивиди, двойки, семейни групи и общности. Те предлагат услуги индивидуално или като част от клинични екипи в здравни, рехабилитационни, медицински и съдебни институции; в програми за развитие на общностите, социални центрове, училища, домове за здравни и социални грижи; в корпоративни структури, както и в частни студия или на свободна практика.”

Според Т. Попов (2004) „*С основание днес приемаме арт-терапията като един от феномените на нашето съвремие. Явление, което има като същност уникалното използване на изкуството в неговите разновидности и огромно жанрово многообразие не само като средство за развлечение и естетическо въздействие, в чисто сдонистичен план. или пък като много мощно възпитателно средство и елемент от формирането на комплексната хармонична личност. Тук вече става въпрос и за приложението на изкуството и на неговите изключителни възможности и свойства директно за лечението на много широк кръг от заболявания*” [73,74,75].

Първоначално арт-терапията възниква като лечебно средство, а най-вече приложението ѝ е при различни пациенти с проблеми на нервната система. Постепенно става все по-голямо разширяване на кръга и сферите от клиенти (пациенти, но и здрави лица), които са подложени на арт-терапевтично въздействие и са включени в арт-терапевтичната дейност посредством формите и техниките на един или друг вид изкуство. Налага се и нейното използване като профилактично и терапевтично средство. Но тези направления далеч не изчерпват обсега на арт-терапевтичната работа. Днес тя успешно решава не само чисто медицински, но и педагогически, психологически и социални задачи, които са свързани както с отделни лица или групи хора, а така също и с обществото като цяло в един по-широк смисъл. [74,75]

Многоаспектно и сложно понятие, арт-терапията с подчертано голяма ефективност се прилага и в лечебната, но и в рехабилитационната дейност, и като корекционно средство. През последните десетилетия все по-често арт-терапията се използва и в социалната и в педагогическата области.

Напоследък арт-терапевтичната практика се разпростира с ускорени темпове и при лица, които са лишени от свобода и изтърпяват различни срокове присъди в съответните заведения (особено непълнолетни или малолетни правонарушители), бежанци, или

групи хора, подлежащи на ресоциализация и т.н. фактически това са нови направления на арт-терапията, които са изключително перспективни. На тях се отдава особено голямо внимание – и в практическото им приложение, и като теоретично осмисляне и разработване на проблема. [73]

Два са основните момента, определящи същността на арт-терапията:

- изкуството оказва неизчерпаемо въздействие и сила върху емоционалното състояние и развитие на индивида, както и при формирането на неговата личност;
- арт-терапията разчита на собствените сили на отделната личност, на нейните самолечебни свойства, както и на творческите ѝ възможности за адаптация и самосъхранение, а не на медикаментозно лечение или пък на други процедури. [73,74,75]

Преимущества на арт-терапията :

• *С арт-терапията могат да се провеждат занимания и процедури независимо от възрастта, пола, образованието на клиентите.* При нейното използване няма ограничения или противопоказания.

• *Арт-терапията е средство с предимно невербално общуване, защото чрез изкуството човек може да изрази най-точно и най-пълно себе си.*

• *При арт-терапевтичната работа има синхрон и свързване на дейността на различни специалисти - педагози, психотерапевти, психолози, лекари, социални работници, рехабилитатори и др.* А това осигурява както комплексен подход при разрешаването на различните казуси, така и една оптимална ефективност на въздействието.

• *Продуктите на човешкото творчество в областта на изкуството са обективно свидетелство за настроения и мисли, за емоционални състояния и те могат да се използват за ретроспективна или за динамична оценка на състоянието на конкретния пациент.*

• *Арт-терапията поражда положителни емоции у хората.* Тя подпомага преодоляването на апатия и на безинициативност, формира позитивна жизнена позиция. [73]

Арт-терапията служи за мобилизиране на творческия потенциал и се основа на това явление. Също така тя се базира на вътрешните механизми за мобилизация, активатизация, саморегулация и самосъхранение на индивида. [73,74]

Неоспорим факт е, че днес арт-терапията все повече навлиза в живота на съвременните хора – като научна област на познанието, като все по-налагаща се практическа дейност с голяма ефективност на въздействието и с множество и разнородни техники на арт-терапевтска работа, като теория и методология, като учебна дисциплина в различни учебно-възпитателни институции на различно ниво.

Провеждат се форуми на международно или на регионално равнище за обсъждането на проблематика, но и за търсенето на някакви по-обща критерии; правят се съвместни проекти, обединяващи в дейността си представителите на различни школи, направления, държави; осъществява се възможно най-ефективен обмен на информация; арт-терапевтите на национално и на международно равнище се обединяват в различни неправителствени организации; усилията са насочени към възможното уеднаквяване на методологията и на образователните програми.

Като резултат напоследък се налагат нови теории и практически модели на арт-терапевтична работа, които допълват, или обогатяват традиционните концепции. [73] Така някои автори я приемат като чисто психотерапевтична по своята същност, а други – като метод на терапия, чиято главна цел е телесното здраве. Това детерминира не само разнообразието при разработването на практическите методики и техники. Двигателните терапевти си поставят различни цели и задачи, формулират ги (често) по принципно различен начин, но и ги базират на различни подходи, философски принципи, естетически позиции, изходни познания (в много случаи според различното си обучение, теоретична подготовка и практическа насоченост). Може би и този факт обяснява наличието сега на няколко дузини широко практикувани методи и техники на двигателната терапия, непрекъснатата поява и утвърждаването на нови.

Според Попов (2004) обаче те са продиктувани от желанието оптимално и максимално ефективно да се използват латентните възможности на изкуството и на движението за оздравяването на хората, за тяхната хармонизация (както със самите себе си, така и с околните и със заобикалящата ги природа), за релаксацията, за намирането на начини за въздействие при различни ситуации, заболявания, в различни области и сфери. [73,74]

Има и един особено значим момент: това, че почти всички двигателни терапевти отчитат като основополагащ принцип в своята дейност единството между тялото и човешката психика, най-пря-

ката и директна връзка между тях. Приема се, че „телесноориентираната терапия е възникнала на основата на практическия опит и на многогодишните наблюдения за взаимовръзката между духовното и телесното във функционирането на организма”, на „... преодоляването на дуализма „. Така индивидът се възприема като единно функциониращо цяло, „сплав на тялото и психиката, при което измененията в едната област съпровождат измененията в другата” (пак там). [74,75]

6.2. Форми на арт-терапевтичната работа

При класификацията на формите на арт-терапията могат да се използват различни подходи. Отдиференцират се: клинична арт-терапия, психодинамична, хуманистична, транс-персонална и др.

Според Германския Форум за аналитична и клинична арт-терапия АКТ „Арт терапия е обобщено понятие за различни креативни практики, които са изключително многообразни в теорията, метода и приложението си. Като обща основа следва да бъде разглеждана една креативна художествена дейност, която се отнася до форми, образи и фигури. Тази изобразителна дейност свързва в себе си методи на хуманистичната психология (Гещалт-терапия, транзакционен анализ, клиент-центрирана психотерапия и т.н.), рационалната психология (НЛП, рационално-емотивна терапия и др.) и дълбинната психология (психоанализа, аналитична психология и т.н.). Всички тези теории и подходи биват прилагани за да може да бъде използвано съдържанието на творческата експресия с терапевтична цел.

Във всички разновидности на арт терапията, общият знаменател си остава работата с образи. Той служи за постигането на широк спектър от арт-терапевтични цели в практиката.” Прилагат се различни креативни или себеизразяващи методи: рисуване, изработване на колажи и маски, моделиране с пластелин или глина, бродирание, плетене, рисуване върху пясъка на морския бряг, различни движения (гимнастика, танци и др.).

Използваните арт-терапевтични форми се формулират и в зависимост от възрастта на контингента пациенти, с които се работи: арт-терапия с деца, с подрастващи, със зрели хора в трудоспособна възраст, с възрастни или престарели лица. Те могат да бъдат диференцирани и съобразно спецификата на подложените на терапия или профилактика лица, на тяхното състояние и здравен статус, например: арт-терапия с психически болни лица, с лица с гранични психически разстройства, пациенти със соматична патология, кли-

нически здрави лица, клиенти мотивирани за личностен „ръст“ и т.н. Естествено всяка от тези форми има своите разновидности, специфика и вътрешно структуриране” и деление. Като цяло обаче се е наложило делението на два основни вида арт-терапевтична работа: *индивидуална и групова арт-терапия*. [74]

За ефективността на арт-терапевтичната дейност безспорно от огромно значение са качествата на практикуващите арт-терапевти. тяхната квалификация и подготовка. Не по-малко важен обаче е подборът на различните техники, способности и методи, които те прилагат в арт-терапевтичната си работа. Подбират се такива способности и техники на арт-терапевтична дейност, които да отговарят най-адекватно на нуждите на конкретния клиент (пациент), най-точно да са насочени към конкретното заболяване или проблем, да са съобразени с възрастовите, индивидуалните и типологичните особености на лицата, които са обект на арт-терапевтичната практика. Съблюдаването на всичко това гарантира успех на терапевтичните сеанси, тяхното лечебно въздействие, или прилагането им като действено профилактично и превантивно средство. [74,75]

Т. Попов (2004) определя в контекста на търсенето и прилагането на различните форми и способности на арт-терапевтична дейност и с цел нейната оптимална ефективност и е редно да споменем и основните функции, които учените възлагат на арт-терапията като един наистина уникален феномен на нашето съвремие. А те са: компенсираща, развиваща и обучаваща*. По-конкретно ролята и значението на тези три главни функции на арт-терапевтичната дейност се фиксират по следния начин:

- *Компенсираща функция* – същността ѝ се състои в това, че с помощта и чрез възприемането на различните произведения на изкуството или посредством активното упражняване на някакъв вид или жанр на изкуството могат да бъдат компенсирани различните неразрешени личностни проблеми на подложения на рехабилитация.

- *Развиваща функция* – този аспект на арт-терапевтичната работа е в посока развитие на навици у клиентите чрез възприемането на изкуството или чрез прякото му упражняване, които по принцип съществуват при отделните индивиди, но не се използват от тях достатъчно активно и на необходимата степен.

- *Обучаваща функция* – тук арт-терапията се използва с цел формиране у субекта на нови навици, които по-рано той не е владел (пак там).

При класификацията на формите на арт-терапията могат да се използват различни подходи. Така например могат да се отидиференцират различни модели като: клинична арт-терапия, психодинамична, хуманистична, транс-персонална и др. [73, 74, 75]

Съдържанието и използваните арт-терапевтични форми могат да бъдат формулирани и в зависимост от възрастовия контингент клиенти с които се работи: арт-терапия с деца, с подрастващи, със зрели хора в трудоспособна възраст, с възрастни или престарели лица.

Формите на арт-терапевтичната дейност могат да бъдат диференцирани и съобразно спецификата на подложените на терапия или профилактика лица, на тяхното състояние и здравен статус: напр. арт-терапия с психически болни лица, с лица с гранични психически разстройства, пациенти със соматична патология, клинически здрави лица, клиенти мотивирани за личностен „ръст“ и т.н. Естествено, че всяка от тези форми има своите разновидности, специфика и вътрешно структуриране и деление. Като цяло обаче учените приемат съществуването на два основни вида арт-терапевтична работа: индивидуална и груповая арт-терапия. [73, 74, 75]

6.2.1. Индивидуална Арт-терапия

Индивидуалната арт-терапия може да се прилага успешно при много широк кръг клиенти. Нейното приложение е особено ефективно, когато става дума за въздействие при групи лица, които по една, или друга причина не се поддават на вербална комуникация - напр. олигофрени, психопати, престарели лица с нарушения в паметта и говора, синилност и пр. При тези категории клиенти не е възможно осъществяването на някакъв вербален способ или техника на психотерапия и пряка работа с тях, защото те нито могат да обяснят същността на своите проблеми, или пък да разговарят за това, което ги вълнува. [74]

Но форми на индивидуалната арт-терапевтична работа могат успешно да се прилагат и при лица, които имат добре развита способност за вербално общуване.

Продължителността при индивидуалната арт-терапевтична работа е различна. В зависимост от сложността на проблемната ситуация, от степента на заболяването и от характера му от различните външни и вътрешни детерминанти при отделните клиенти и пр. фактори.

6.2.2. Групова Арт-терапия

Различните форми на груповата арт-терапия понастоящем се използват много по-широко от индивидуалната. Прилага се не само в здравеопазването, в сферата на образованието, в социалната дейност, както и в още редица други области. При нея може да се работи едновременно с широк кръг клиенти, чувствително по-малка е зависимостта от арт-терапевта и се изработват по време на сеансите на множество комуникативни навици и определени способности за цялостната адаптация в обществото.[74]

Съществуват няколко форми на груповата арт-терапия, които се отличават помежду си главно по степента на груповото взаимодействие. *Различават се следните основни видове арт-терапевтични групи:*

- *Студийна открита група;*
- *Аналитично отворена група;*
- *Тематично ориентирана група.*

Арт-терапевтичен кабинет – в него се осъществява организирането и провеждането на арт-терапевтична работа посредством различни форми и техники на изобразителното изкуство. *Видове арт-терапевтични кабинети: Кабинети-студия; Кабинет за индивидуална работа; Кабинет за групов интерактивна работа.*

6.2.3. Двигателна терапия

„Възпитанието на тялото е процес на растеж, в който трябва да бъдат в равновесие телесното движение, душевната раздвиженост и духовната подвижност, за да се извърши превръщането на тялото от плът в инструмент.“

Мери Вигман

Александър-техниката се причислява към най-разпространените методи, практикувани с успех от десетилетия, то „двигателният анализ“ на Кари Рик се приема от мнозина като особено перспективен и много надежден, въпреки относително кратката история на съществуването му. [73] Методът е разработен в началото на XX век от родения в Австралия Фредерик Матиас Александър (1869 - 1955). Базира се на собствените наблюдения на автора върху движенията на човешкото тяло, на самонаблюденията му и на изпробването лично на различни варианти на комплекси от двигателни упражнения.

В теоретичните принципи на Ф. М. Александър залягат вижданията му за това, че на първо място всеки човек трябва да има ясна представа за това, какво може да направи, както и докъде се разпростират собствените му възможности. Съществен момент при прилагането на Александър-техниката е, че комплексите от използваните упражнения са съпроводени и от директния телесен контакт между арт-терапевта и пациентите, при което се осъществява и предаване, и обмен на енергия. Техниката на Александър има от десетилетия много успешно приложение в множество сфери: при обучението и в конкретната професионална реализация на артисти, спортисти, певци, танцьори, както и при лица с проблеми в мускулната и двигателната система, с болки в кръста и гърба. Има и подчертано голямо профилактично значение.

Често на метода на Александър се гледа само като на техника за корекция на осанката и на позите. Всъщност това е системен подход, който е насочен главно към осъзнаването на самия себе си, подчинен на желанието и стремежа за възвръщане на организма към загубеното психофизическо единство.

Както много други методики, и двигателният анализ на Кари Рик се основава на ясното и безусловно взаимодействие между моториката и психиката на човека. Теоретично се изхожда от това, че движението е индикатор на действията на тялото, които се ръководят от несъзнателните представи за собственото тяло. Тези инстинктивни вътрешни представи определят начина, по който всеки един човек се движи, а също така предопределят кои движения да се предпочетат, както и кои да бъдат пренебрегнати. И именно чрез метода на Кари Рик се разкриват всички движения, както и пътят към несъзнателната част на себепознанието чрез движение. Така и двигателният анализ цели използването на все повече движения, разработването на потенциалните моторни възможности на всеки организъм. Цялостният процес разкрива нови двигателни възможности, допуска различни експерименти. Като цяло тяхната интеграция води и до разширяване на себепознанието, включително и до интегрирането на нови двигателни и пространствени компоненти [73, 74, 75].

Биоенергетиката на А. Лоуен (А. Lowen) е концентрирана върху ролята на тялото в анализа на характера. Тя включва и методиката за дишането на В. Райх, както и много от елементите от неговата техника за емоционалното разкрепостяване. При нея се използват и основни принципи на съвременната психоанализа. При прилагането на биоенергетиката на Лоуен се използват допирът и

натискът върху напрегнатите мускули на фона на дълбоко дишане и при специални позиции на тялото на клиентите. Всичко това способства за разширяването на осъзнаването на тялото, за развитието на спонтанната експресия, подпомага психофизическата интеграция на организма. Тук трябва да се отбележи, че методиката на Лоуен сравнително рядко прибегва към мануално въздействие.

Някои от основополагащите принципи на А. Лоуен са:

- *причина за неврозите, депресиите и психосоматичните разстройства са потискането на чувства, които съпровождат хроничните мускулни напрежения, блокиращи от своя страна свободното протичане на енергията в човешкия организъм и водещи до изменения във функционирането на личността;*

- *игнорирането на собствените чувства води до заболявания;*

- *усещанията, които човекът изпитва от собственото си тяло, служат като ключ към разбирането на собственото емоционално състояние;*

- *чрез разкрепостяването на тялото индивидът придобива свобода от мускулното напрежение, което съпровожда свободната циркулация на жизнената енергия, а това води до дълбоки личностни изменения на пациентите;*

Всичко това води автора на тази методика до мнението, че отношението на човека към живота по принцип и към неговото поведение се отразява пряко на телодържанието, телосложението, на позите и жестовете, че между физическите параметри на човека и формирането на характера му съществува много тясна връзка и взаимозависимост. [73, 74, 75]

Сред основните прийоми на биоенергетиката са: различни манипулации за мускулатурата; гимнастика на дишането; техники за емоционално разкрепостяване; активни двигателни упражнения; вербални способности за освобождаване на емоциите; различни варианти на физически контакт между членовете на терапевтичната група и др. При това по време на целия цикъл от занимания се правят опити да се съотнесе телесното състояние на пациентите с техните обсъждани психологически проблеми [73].

На пръв поглед Розен-методът наподобява обикновен масаж. Всъщност това е дълбоко осъзнат физически и психически контакт между терапевта и клиента, разчитащ на двустранния соматичен резонанс. Първоначално пациентите лежат по корем, а след това по гръб, а целият сеанс продължава около 50 минути. Ръцете на терапевта през цялото време се намират в плътен контакт с тялото

на клиента, като се търсят тези участъци, където съществува напрежение. А тези участъци са най-вече слънчевият сплит, областта на диафрагмата, подути участъци на тялото вследствие на мускулни контракции. Индикатори за съществуващо вътрешно напрежение, за съкращаване на обема на движенията и за негативното им влияние върху кръвообращението могат да бъдат и изменения в температурата на тялото, цветът на кожата и тургорът. Позата на клиента също може да е показателна за наличието на вътрешно напрежение. [73, 74] Съпроводено е и с разговор, с въпроси за състоянието и самочувствието на клиента, с конкретни обяснения за това например върху какви конкретни групи мускули се въздейства, какво се цели, какво е въздействието. Търси се телесната реакция на пациентите.

Като цяло ефектът в процеса на работата е самите пациенти да се самопознаят, да открият истинските стойности за самите себе си. Това ново самоосъзнаване, както и присъствието на Розен-терапевта и осъществяваният физически контакт довеждат до състояние на дълбока релаксация с чувство на облекчение, равновесие и благополучие.

Г л а в а в т о р а

ПРИЛОЖЕНИЕ НА СЪВРЕМЕННИТЕ МЕТОДИ НА ОБУЧЕНИЕ ПО КИНЕЗИТЕРАПИЯ, АРТ-ТЕРАПИЯ И ЕРГОТЕРАПИЯ.

1. ПРОФЕСИОНАЛНИТЕ КОМПЕТЕНЦИИ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТТА

Психологическият аспект на интерпретацията на термина „компетентност“ е „комплексно свойство на личността ... със съответстващо на изискванията поведение в определени социални ситуации“.

В педагогическата наука терминът се среща като „интегритет, „интегративно понятие, а някои автори определят компетентността не само като „интегративно понятие...., изразяващо по-високо развитие на група способности“, но и като „теоретическа и практическа подготовка“ на личността. [46]

Според П. Маринова (2004) компетентността и компетенциите определят компетентността в роля на цел, а компетенциите – на средство за изпълнение на целта. Натрупването на знания формира умения, водещи до развитие на способности, които се трансферират в специфични свойства и се формира личностната, социална и професионална компетентност. [46]

Личностната и социална компетентност се развиват през целия живот, а професионалната се формира на един по-късен етап от развитието на личността след определен възрастов период.

Професионалната компетентност е формиране на знания, умения, отношение и поведение, надграждайки личностната и социална компетентност.

Предварителното изработване на компетенциите в отделните професионални области води до подобряване качеството на обучението:

- *Качествена подготовка на специалистите в обучавания период;*
- *Смяна на определени роли в един и същи екип;*
- *Оценка и самооценка на професионалното направление;*
- *Качествен и количествен контрол на извършените дейности.*

В тази връзка Кр. Митева (2010) определя професионалните компетенции на медицинските специалисти, като комплекс от знания, умения, отношения и личностни качества, които трябва да бъдат формирани в обучаваните. [53].

Професионалните компетенции, които трябва да притежават здравните специалисти са заложи в квалификационната им характеристика, която е основен документ към учебната документация и е в съответствие с приетата през февруари 2011 Наредба за професионалните компетенции на медицинските специалисти от професионално направление „Здравни грижи“ [57].

Съгласно квалификационната характеристика рехабилитаторът е специалист с висше медицинско образование, завършил Медицински колеж, който е признат от държавата и обучението в него съответства на единните държавни изисквания за обучение по образователно-квалификационна степен „професионален бакалавър по...“ с професионална квалификация – „Рехабилитатор“. Нивото на подготовката му трябва да отговаря на съвременните постижения по Кинезитерапия, Физикалната терапия и Лечебния масаж.

Рехабилитаторът работи съвместно и под контрол на лекаря по физикална и рехабилитационна медицина, във взаимодействие с лекуващия лекар – клиницист, личния лекар – при възстановяване и лечение на травматологични, ортопедични, детски, неврологични и др. заболявания.

Участва в изработването на КТ програми, като самостоятелно ги изпълнява. Работи в екип с други медицински специалисти: медицинска сестра, акушерка, логопед, психолог, трудотерапевт, социален работник и др.

За осъществяване на всички тези функции рехабилитаторът трябва да притежава висока професионална квалификация, обща култура и високи морално-етични качества. [26, 27] Тези изисквания са валидни за всички професионалисти в областта на рехабилитацията (лекари – специалисти ФРМ, рехабилитатори, медицински рехабилитатори ерготерапевти и т.н.). За рехабилитаторите, също и за медицинските рехабилитатори ерготерапевти е важно придобиването не само на теоретични знания, но и на практически умения; както и умения за работа в екип. [26, 27, 32]

Професионалните компетенции на студентите от специалност „Рехабилитатор“ са заложи в квалификационната им характеристика. Тя е усъвършенствана съобразно новите реалности, европейските изисквания и ЕДИ за степен „Професионален бакалавър“ от 2008. Квалификационната характеристика е основен документ към

учебната документация и в съответствие с приетата през 2011 Наредба за професионалните компетенции на специалистите от професионално направление „Здравни грижи“. [32]



Фиг. 5. Учебно-практическо занятие по Кинезитерapia



Фиг. 6. Формиране на проктически умения по време на учебно-практическо занятие по Кинезитерapia

По време на клиничната практика и преддипломния стаж студентите от специалността развиват, затвърждават и усъвършенстват множество теоретични знания, практически умения (фиг. 5 и 6), морално-етични качества и умения за работа в екип. Тези професионални компетенции са заложиени в новата програма по Клинична практика и Дневника на стажанта и създадени съгласно ЕДИ за приложение на средствата по Кинезитерапия, Физикална терапия, Лечебен масаж, Арт-терапия и Ерготерапия. Задълженията на бъдещите рехабилитатори (като част от мултидисциплинарния рехабилитационния екип) са дефинирани както следва:

- Активно участие на студентите в рехабилитационен екип съвместно с други специалисти;
- Участие на студентите в превенция, поддържане и възстановяване здравето на пациента;
- Извършване на функционална диагностика от студентите при различни заболявания чрез антропометрични измервания, гониометрия и ММТ;
- Прилагане на МКФ при оценка на рехабилитационния потенциал на пациентите (възрастни и деца) при различни заболявания и травми на ОДА и нервната система;
- Изготвяне на кинезиологичен и патокинезиологичен анализ след определяне на рехабилитационния потенциал на пациента;
- Участие на студентите в съставянето и провеждането на комплекси по Кинезитерапия при различни заболявания на опорно-двигателния апарат, нервна система, дихателна и сърдечно-съдова системи при деца и възрастни;
- Прилагане на ПИР при различни заболявания и травми на ОДА и нервната система при деца и възрастни;
- Прилагане на методиките на проприоцептивното-нервно мускулно улесняване (ПНМУ – методики на Кабат, Бобат и Войта);
- Прилагане на методиките и средствата на Арт-терапията и Ерготерапията при деца и възрастни пациенти;
- Прилагане от студентите на основните прийоми от класическия масаж върху отделните части на тялото;
- Познаване и изследване на рефлекторните зони, подлежащи на масажно действие;
- Познаване и приложение на масажните методи при различните заболявания;
- Познаване и приложение на естествените и преформирани физиални фактори за профилактика, лечение и функционално възстановяване;

- Приложение на основните преформирани фактори, включително методики на електролечение, светлолечение, магнитотерапия, ултразвук-терапия;
- Приложение на основните местни и рефлекторни методики на приложение на преформирани фактори, вкл. електростимулацията (при инактивитетни хипотрофии, при централни и периферни парези);
- Познаване и прилагане правилата за работа и инструкциите за безопасност на труда в специализираните кабинети по Кинезитерапия, Физикална терапия, Лечебен масаж;
- Усъвършенстване на професионалните компетенции на бъдещите рехабилитатори за прилагането на качествена превенция, диагностика и рехабилитация за здрави и болни;

Тези професионални компетенции имат първостепенно значение за практическата работа на студентите в учебно-практическите бази, за самостоятелната работа с конкретен пациент и за подготовка на курсовите работи по време на преддипломния стаж. По време на преддипломния стаж се осигуряват възможности за затвърждаване на придобитите практически умения и навици.

2. ПРИЛОЖЕНИЕ НА АРТ-ТЕРАПИЯТА В ОБУЧЕНИЕТО И КЛИНИЧНАТА ПРАКТИКА

През последните години Арт-терапията се прилага при лечението, кинезитерапията и рехабилитацията на редица заболявания и увреждания на нервната система при деца и възрастни. Като вид терапия се използва в социалната и в педагогическата области, като намира приложение в обучението на студенти от различни специалности – психолози, педагози, рехабилитатори, терапевти и др.

Като една специфична форма на терапевтично въздействие Арт-терапията се прилага при обучението на студентите по Кинезитерапия. Чрез нея се обогатяват познанията им относно въздействието на Арт-терапията, като творческия процес в рамките на една професионална връзка при хора, преживяващи заболяване, травма или житейски несполуки и намира приложение в клиничната практика.

В клиничната практика се използват преимуществата на арт-терапията:

- С арт-терапията се провеждат занимания и процедури независимо от възрастта, пола и образованието на клиентите;
- Чрез Арт-терапията се извършва предимно невербално общуване и това улеснява работата с различни контингенти;

- При арт-терапевтичната работа се осъществява синхрон и свързване на дейността на различни специалисти – лекари, социални работници, рехабилитатори, кинезитерапевти, ерготерапевти, педагози, психотерапевти, психолози, и др.;
- Чрез Арт-терапията се поражда положителни емоции у хората;
- Чрез Арт-терапията се мобилизира творческият потенциал и се извършва мобилизация, активизация, саморегулация и само-съхранение на индивида;
- Арт- терапията се използва за решаването не само на чисто медицински, но и на педагогически, психологически и социални задачи, свързани както с отделни лица или групи хора, а така също и с обществото като цяло.

Най-често в рехабилитацията и клиничната практика се използва Двигателната терапия (терапия чрез движение). Тя се причислява към най-популярните и широко използвани арт-терапевтични техники и методи на работа. Прилагат се с цел изменение на психическото функциониране на човека чрез премахването на мускулната скованост, напрежението, психическата съпротива, и ограничената ставна подвижност. Наблюдават се и изключително добри резултати при работа с деца. В последните години този метод получава все по-голямо приложение и в България, а специалистите по арт-терапия се увеличават.

През учебната 2009-2010 – зимен семестър бе включена АРТ-терапията в програмата по Кинезитерапия. Това е новост в обучението на студентите от специалността и се базира на познанието за човешкото развитие и психологията и се използва в най-различни терапевтични методи, засягащи способността за учене, психодинамиката, междуличностните отношения, социалните контакти, спомага при поведенчески проблеми, при ниска самооценка и самочувствие.

Арт-терапия бе приложена в практическото обучение на студентите в специализирания „Дневен център за деца и младежи с умствена изостаналост” в Стара Загора, който е един от малкото в страната, оборудван по международни проекти с кабинети за Кинезитерапия, Арт-терапия, Физикална терапия, Ерготерапия, специални сензорни и звукови зали, зали за игротерапия и водолечение. Там с помощта на наставниците се извършваше обучение на студентите в специални методики по Кинезитерапия за деца с ДЦП и се използваха различни художествени занаяти, като арт-терапевтични техники – тъкане, грънчарство, моделиране, рисуване и др.

Арт-терапията се използва като ефективно средство при медицински, емоционални, образователни, умствени и рехабилитационни проблеми. От услугите на арт-терапията се ползват хора по цял свят, от всяка възраст, пол, религия, сами, семейно и дори групово.

Включването на Арт-терапията в теоретичното и практическото обучение на студентите от специалност „Рехабилитатор” е нов подход относно рехабилитацията на деца и възрастни пациенти с функционални заболявания на нервната систем, травми и деформиращи артрази на ОДА.

3. ИНОВАЦИИ В ОБУЧЕНИЕТО ПО ЕРГОТЕРАПИЯ И ПРИЛОЖЕНИЕТО ИМ В КЛИНИЧНАТА ПРАКТИКА

С въвеждането на ЕДИ от 2008 обучението на студентите от специалността се разшири и обогати с включване на нови задължителни дисциплини – Ерготерапия /ЕТ/, Промоция на здравето, Долекарска помощ, Здравни грижи за пациента и нови свободни избираеми дисциплини. Чрез включването на новите елементи се повишиха знанията на студентите за теоретичните основи на рехабилитацията, ерготерапията, физикалната терапия, кинезитерапията и лечебния масаж, като терапевтични дейности за пациента. Приложи се и нов подход от грижи за пациента и неговото семейство с извършване на анализ на състоянието му и изработване на индивидуален план. Акцентира се върху промотивната и профилактична дейност, като водеща в квалификационна характеристика на рехабилитатора.

Като цяло се изработи и приложи нова учебна програма по дисциплината Ерготерапия, чиято цел бе усвояването на теоретичните и практическите аспекти за приложение на основните задачи, концепции и алгоритми на ерготерапевтичните дейности при лечение на различни заболявания. По време на обучението се усвоиха следните теоретични и практически умения:

- *Познаване и приложение на основните задачи на Ерготерапията;*
- *Усвояването на теоретичните и практическите аспекти на Ерготерапията;*
- *Организиране и провеждане на ерготерапевтичната дейност;*
- *Познаване и приложение на основните концепции и алгоритми на ерготерапевтичните действия;*
- *Извършване на физическо, функционално и ерготерапевтично оценяване на пациента;*

- *Прилагане на МКФ при ерготерапевтично оценяване на пациента;*
- *Обучение на пациентите в Дейности от ежедневиия живот \ДЕЖ\ – самообслужване, използване на помощни средства и подържане на хигиена;*
- *Усвояване на определени занаяти и изкуства, използвани в ерготерапевтичната дейност;*
- *Прилагане на ерготерапевтичните дейности при лечение на различни заболявания;*
- *Познаване и прилагане правилата за работа и безопасност на труда в специализираните кабинети за Ерготерапия.*

Включването на Ерготерапията в теоретичното и практическото обучение на студентите от специалност „Рехабилитатор” бе нов подход относно рехабилитацията на деца с церебрални увреди и на възрастни със заболявания на ОДА, централна и периферна нервна система.

Ерготерапията бе приложена по време на практическото обучение на студентите в специализираните центрове за рехабилитация за деца под формата на игротерапия, а при възрастни като двигателно преобучение и занимателна ерготерапия.

Най-добри условия за работа в областта на Ерготерапията намериха студентите от специалността в специализирания „Дневен център за деца и младежи с умствена изостаналост”, който е един от малкото в страната, оборудван по международни проекти с кабинети за Кинезитерапия, Физикална терапия, Ерготерапия, специални сензорни и звукови зали, зали за игротерапия и водолечение. Там с помощта на наставниците се извърши обучение на студентите в специални методики за диагностика, рехабилитация, ерготерапия и игротерапия за деца с церебрални увреди.

Студентите участваха в диагностиката, изработването и прилагането на рехабилитационни, кинезитерапевтични и ерготерапевтични програми, като ги изпълняваха самостоятелно и под контрол на лекаря по физикална и рехабилитационна медицина. Работиха в екип с други медицински специалисти: кинезитерапевти, медицински рехабилитатори и ерготерапевти, медицински сестри, акушерки, логопеди, психолози, социални работници и специални педагози.

Целта на заниманията по Ерготерапия бе насочване на вниманието на пациента върху резултата от работата, а не върху проблема му. Чрез ЕТ се постига благоприятно въздействие върху физическото възстановяване на болния, увеличава се обема на движение в ставите, подобрява се нервно-мускулната координация, укрепва се психиката и се подпомага ресоциализацията на пациента.

4. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕЖДАНЕ НА КЛИНИЧНАТА ПРАКТИКА

Добрата професионална подготовка на студентите от специалност „Рехабилитатор“ се постига чрез качествено практическо обучение, което отговаря на съвременните постижения в областта на Кинезитерапията, Физикалната терапия и Лечебния масаж с включване на Арт- терапия и Ерготерапия.

Практическото обучение на студентите от специалност „Рехабилитатор“ включва клинична практика, преддипломен стаж и летен стаж. Клиничната практика се провежда през петте семестъра, летният стаж – след втори и четвърти семестър, а преддипломният стаж – в шести семестър.

Характерните особености на клиничната практика и преддипломния стаж на студентите от специалността са:

- *провеждат се в учебно-практическите бази на територията на града;*
- *студентите работят с реален жив обект (пациент) под контрол на преподавателя или наставника;*
- *предоставят се възможности за прилагане на усвоените теоретични познания и практически умения;*
- *работата на студентите е в рехабилитационния екип под ръководството на наставниците;*
- *предоставя се възможност за комуникация на различни нива – с колеги, с пациента и неговото семейство;*
- *съществуват условия за прилагане и усъвършенстване на професионалните компетенции.*

Новост в практическото обучение на студентите е включването на Арт-терапията и Ерготерапията в обучението по клинична практика. Това е нов подход относно рехабилитацията на деца с церебрални увреди и на възрастни със заболявания на нервната система. Практическото обучение на студентите от специалност „Рехабилитатор“ се осъществява чрез практически занимания на студентите в специализираните кабинети под ръководството на преподавател и чрез клинична практика, летен и преддипломен стажове в учебно-практическите бази под ръководството на преподавател и с активното участие на наставник. Това обучение се организира и провежда съобразно всички държавни изисквания, съобразено е със стандартите на Европейски съюз в новите реалности и потребности в условията на здравната реформа.

По време на клиничната практика студентите развиват своите практически умения и критично мислене в една условно създадена реална ситуация. Показател за качеството на обучението на сту-

дентите е прилагането на придобитите знания – теоретични и практически умения в учебно-практическите бази съвместно с наставниците, участвайки в рехабилитационния екип и под методическото ръководство на преподавателите от Медицински колеж.

Таблица 1. Разпределение на часовете за клинична практика, преддипломен стаж и летен стаж по семестри

КЛИНИЧНА ПРАКТИКА ПРЕДДИПЛОМЕН СТАЖ		I-ви	II-ри	III-ти	IV-ти	V-ти	VI -ти
1905 часа		45ч.	180ч.	270ч.	285ч.	285ч.	600ч.
	Клинична практика						
1.	Вътрешно отделение	15ч.	-	-	-	-	
2.	Нервно отделение	15ч.	-	-	-	-	
3.	Хирургично отделение	15ч.	-	-	-	-	
4.	Кинезитерапия	-	60ч.	90ч.	95ч.	95ч.	
5.	Физикална терапия	-	60ч.	90ч.	95ч.	95ч.	
6.	Лечебен масаж	-	60ч.	90ч.	95ч.	95ч.	
	Преддипломен стаж						
1.	Неврологична клиника	-	-	-	-	-	200ч.
2.	Вътрешна клиника	-	-	-	-	-	200ч.
3.	Ортопедична клиника	-	-	-	-	-	200ч.
4.	Физикална терапия	-	-	-	-	-	200ч.
	Летен стаж						
1.	Летен стаж след II-ри семестър	-	120ч.	-	-		-
2.	Летен стаж след IV-ти семестър	-	-	-	120ч.		-

В практическото обучение на студентите от специалност „Рехабилитатор” се включва клиничната практика, преддипломен стаж и летен стаж. Клиничната практика се провежда през петте семестъра, летния стаж след втори и четвърти семестър, а преддипломния стаж в шести семестър.

Провеждането на клинична практика започва още в първи семестър (фиг.7), като студентите се обучават да прилагат Общи здравни грижи за пациента във вътрешни, хирургични, неврологични отделения и клиники в двете многопрофилни болници в града. От втори до пети семестър включително занятията по клинична практика се провеждат по пет седмици в секторите – Кинезитерапия, Физикална терапия и Лечебен масаж. В края на всеки семестър се провеждат практически изпити за клинична практика по трите дисциплини. Разпределението на часовете за практическото обучение е по семестри (табл. 1).

По време на клиничната практика студентите работят по определени практически задачи по кинезитерапия, физикална терапия и лечебен масаж по пет седмици за всеки сектор от втори до пети семестър. Те са отразени в програмата по Клинична практика. При работа в сектор кинезитерапия студентите изработват протоколи на пациентите в Дневник за клиничната практика. Всеки протокол включва – име и възраст на пациента; диагноза; анамнеза; измервания и изследвания за определяне на рехабилитационния потенциал на пациента; кинезиологичен и патокинезиологичен анализ; схема по КТ и комплекс по КТ. За всеки семестър се изработват минимум пет протокола. Оценката от протоколите е част от комплексната оценка на практическия изпит по Клинична практика.

Основни бази за практическо обучение на студентите от МК-Стара Загора са двете многопрофилни болници: МБАЛ „Проф. Д-р Стоян Киркович” АД и УМБАЛ – ЕАД, разполагащи със специализирани рехабилитационни отделения и кабинети, оборудвани със съвременна апаратура по физикална терапия и кинезитерапия. И двете болници са акредитирани и имат високо-квалифициран персонал.

Други бази, използвани за обучение на студентите, са: „ДКЦ-1”, Специализирани центрове за рехабилитация, „Дом за медико-социални грижи за деца” и „Дом за възрастни с физически увреждания и отделение за рехабилитация”. Всички те разполагат със специализирани кабинети за физикална терапия, кинезитерапия и разнообразна патология при работа с деца и възрастни.



Фиг. 7. Учебно-практическо занятие по клинична практика



Фиг. 8. Самостоятелна работа на студентите по време на преддипломния стаж в учебно-практическите бази

Особено важна за практическото обучение е работата на студентите в специализирания „Дневен център за деца и младежи с умствена изостаналост”, който е един от малкото в страната, оборудван по международни проекти с кабинети за Кинезитерапия, Физикална терапия, Ерготерапия, Арт-терапия, специални сензорни и звукови зали, зали за игротерапия и водолечение. Там с помощта на наставниците се извършва обучение на студентите в специални методики по Кинезитерапия за деца с ДЦП.

Всички учебно-практически бази са основни потребители на кадри от МК и дават много добра оценка за подготовката на студентите от специалността.

Летният стаж на студентите от специалността е с продължителност от 240 часа, като се провежда след втори и четвърти семестър. Това е особено полезна форма на практическо обучение, която доказва своята ефективност вече няколко поредни години и чиято необходимост е продиктувана от новите реалности на медицинската практика – откриване на СПА центрове и бъдещата реализация на завършилите специалността. Провежда се по предварително изготвени графици, във време определено от академичния календар в учебно-практическите бази /ПРО – гр. Павел баня, Старозагорски бани и медицинските центрове в града/, под контрол на наставниците.

Ежегодно по време на летния семестър се организират изнесени практически занятия в специализирани бази /ПРО – Павел баня/, с цел запознаване с добрата база и методиките за подводна гимнастика, водолечебните процедури и специализираните програми за хора с увреждания. Предстоят екскурзии и в други курортни центрове.

Преддипломният стаж на студентите е в шести семестър. Провежда се в определени клиники по учебен план, в учебно-практическите бази (фиг. 8). С цел повишаване критериите за оценка и контрол на стажантите е въведен Дневник на стажанта за ежедневно отчитане на извършената дейност и работа с различни пациенти под ръководство на наставниците.

Дневникът е и средство за самооценка по време на стажа. Студентът се задължава ежедневно да попълва дневника с всички извършени дейности за деня в зависимост от учебно-практическата база, сектора на работа и организацията на лечебния процес. За всеки раздел от преддипломния стаж се попълват минимум по два протокола на пациенти от съответните бази. След приключване на стажа в съответна база (клиника) наставниците поставят обобщено

мнение и оценка за професионалните компетенции на студента за съответния период. Чрез дневника се осъществява връзка между преподавателите на Медицински колеж и наставниците от базите за обучение.

По време на преддипломния стаж се провеждат колоквиуми по учебен план и се защитава Курсова работа на тема по избор в област Кинезитерапия. Курсовата работа на студентите е експериментална работа върху конкретен пациент по избор за един курс на лечение с извършване на комплексна диагностика и рехабилитация. При започване на процедурите се извършват измервания и изследвания, определя се рехабилитационния потенциал на пациента и се съставя комплексна рехабилитационна програма. Резултатите от проведената рехабилитация се отчитат в края на лечебния период, чрез повторна диагностика и в зависимост от постигнатите резултати се дават препоръки на пациентите за продължаваща рехабилитация в домашни условия или в специализираните центрове.

По време на клиничната практика студентите работят съвместно в екип с наставниците под контрол на лекаря – специалист по физикална и рехабилитационна медицина, във взаимодействие с лекуващия лекар – клиницист, при възстановяване и лечение на травматологични, ортопедични, детски, неврологични и други заболявания.

Наставникът е централна фигура в практическото обучение на студентите от специалността. Неговата основна задача е да подпомогне обучаваните в усвояване на професионалните компетенции, да ги запознае със закономерностите и условията, които осигуряват качествено здравеопазване, с грешки и пропуски в лечебния процес и с възможностите за тяхното преодоляване. Трябва да подпомогне студентите във формирането на умения, навици и етично отношение към пациента и неговите близки.

Ролята на наставника се изяснява чрез задачите, които се решават по време на обучението:

- Затвърждаване получените знания по пътя на повторението;
- Установяване на връзка между теорията и практиката;
- Придобиване на първоначални експериментални умения и навици;
- Формиране на професионални компетенции за самостоятелно решаване на практически задачи и формиране на личностни качества, необходими за осъществяване на професионалната дейност.

Добрият наставник работи съвместно със студентите:

- Вдъхва доверие и превръща практиката в увлекателно предизвикателство;
- Насочва ги към способностите, които не знаят, че притежават;
- Обяснява сложните неща по прост начини и ръководи студентите в реализацията им;
- Разкрива практическата стойност на това, което се преподава теоретически и съдейства за формирането на професионалните компетенции;
- Отделя допълнително внимание на тези студенти, които по-трудно се справят с материала;
- Да бъдеш наставник означава преди всичко да бъдеш внимателен и грижовен.

Преподавателят извършва педагогическа оценка, контролира усъвършенстването на придобитите знания, умения и навици. Съвместно с наставника поставя комплексна оценка на студентите по време на преддипломния стаж.

5. МЯСТО И РОЛЯ НА МУЛТИДИСЦИПЛИНАРНИЯ РЕХАБИЛИТАЦИОНЕН ЕКИП ПРИ ОБУЧЕНИЕТО НА СТУДЕНТИТЕ

В областта на здравеопазването екипната дейност е утвърдена като най-ефективна. При работата в екип се осъществява в най-голяма степен био-психо-социалния подход към здравето, болестта и болния човек. Такива са операционните екипи, реанимационни, рехабилитационни, екипите за спешна помощ и др. Медицинският екип има всички характеристики на малката социална група – обща цел и взаимосвързаност между членовете.

Целта на рехабилитационния екип е превенция, рехабилитация и цялостно възстановяване на пациентите с различни групи заболявания, облекчаване състоянието на терминално болни и подпомагане ресоциализацията на инвалидизираните болни. Работата в екип създава възможности за по-добра координация на дейностите, по-добро качество на грижите и по-лесно постигане на крайната цел – качествени здравни грижи. Ето защо И. Колева определя рехабилитационния екип, като мултидисциплинарен, защото включва: лекуващ лекар – специалист по ФРМ, други лекари (ОПЛ

и специалисти – кардиолог, невролог, ортопед); рехабилитатор, медицинска сестра; кинезитерапевт; социолог; логопед; клиничен психолог; пациент.

Всеки един от членовете на рехабилитационния тим има определена роля и активното му участие в рехабилитационния процес е важна предпоставка за успешно лечение. Екипната работа с пациента и с неговото семейство е насочена към поставяне на свойствени, реалистични и индивидуализирани цели и задачи на всеки етап от лечението.

Студентите от специалността се обучават най-добре на екипна работа по време на преддипломния стаж, тъй като той се провежда в определени клиники по учебен план, в учебно-практически бази, в рехабилитационни екипи с наставниците и под контрол на лекарите – специалисти по Физикална и рехабилитационна медицина.

Студентите се включват в работата на рехабилитационния екип под ръководството на лекаря по физикална и рехабилитационна медицина, съвместно с лекар – специалист по друга клинична специалност, в зависимост от основното заболяване на пациента, личен лекар – при възстановяване и лечение на травматологични, ортопедични, детски, неврологични и др. заболявания. Участват в изработването на рехабилитационни и кинезитерапевтични програми, като ги изпълнява самостоятелно и под контрол на наставниците. Работата в екипа включва взаимодействие с други медицински специалисти: медицинска сестра, акушерка, логопед, психолог, ерготерапевт, социален работник и специален педагог.

По време на преддипломния стаж са осигурени възможности за затвърждаване на придобитите практически умения и навици. Това е учебно време, в което стажантите работят в екип и изпълняват всички задачи свързани с екипната работа, като проявяват лична заинтересованост. Ето защо като основа за бъдещата реализация на студентите, наставниците степенуват по важност усвоените професионалните компетенции по време на клиничната практика и преддипломния стаж и ги определят по следния начин:

- Извършване на антропометрични измервания;
- Извършване на мануално мускулно тестване;
- Прилагане на помощни средства за позиционно лечение и за придвижване;
- Пилане на ранна рехабилитация на хоспитализирани пациенти;
- Обучение на пациентите в ползване на помощни средства за придвижване.

Студентите от специалността се обучават в новите реалности с усъвременени учебни планове и програми. Те са с нова визия и самочувствие, базирани на качествената професионална подготовка, която получават в Медицински колеж (фиг. 9).



Фиг. 9. Участие на студенти и преподаватели от специалност „Рехабилитатор” в Юбилейна конференция на Медицински факултет – май 2012 г.

Г л а в а т р е т а

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОУЧВАНЕ МНЕНИЕТО НА СТУДЕНТИ И НАСТАВНИЦИ ОТНОСНО ИНОВАТИВНИТЕ ЕЛЕМЕНТИ В ОБУЧЕНИЕТО НА СТУДЕНТИТЕ

Проучването бе извършено през периода от 2007 до 2011 на три етапа:

- **Първи етап: 2007-2008 академична година.** В проучването бяха включени общо 120 изследвани – студенти и наставници, от тях: 85 студенти от специалност „Рехабилитатор” на МК – Стара Загора и 35 наставници от учебно-практическите бази на територията на града преди въвеждането на новите елементи. Това е първата изследвана група за студенти и наставници.

- **Втори етап: 2009-2010 академична година.** В проучването участват общо 150 студенти от специалност „Рехабилитатор” от първи, втори и трети курс, след въвеждане на промените. Това е втора изследвана група за студентите.

- **Трети етап: 2010-2011 академична година – преддипломен стаж.** В проучването са обхванати общо 70 изследвани, от тях: 50 студенти (трета изследвана група студенти) и 20 наставници (втора изследвана група наставници).

1. РЕЗУЛТАТИ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВЕНЕ НА СТУДЕНТИТЕ

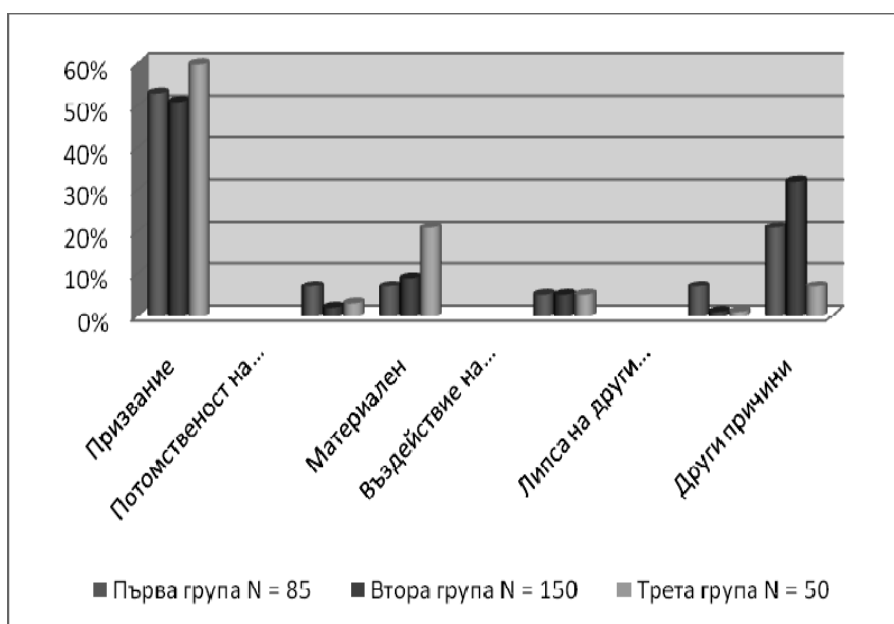
1.1. Мотиви на студентите за избор на специалност

При обсъждане на мотивацията имахме предвид многофакторната обусловеност на индивидуалния избор на специалност. Факторите, повлияващи избора, диференцирахме на: *личностови* (призвание, желание за практикуване на специалността, влияние на семейството), *икономически* (добро заплащане, много възможности за реализация), *културни* (религиозни подбуди, образователно ниво) и др.

Анализът на мотивацията за избор на специалност „Рехабилитатор” спомага да се получи представа за влиянието на факторите върху трите изследвани групи. Водещият мотив и през трите периода на изследване е призиванието да се помага на хората, като 56% от студентите са посочили този отговор (фиг. 10).

Останалите 20% посочват други причини. Основният аргумент е желание на анкетираните за придобиване на нови знания и практически умения. Това се осъществява чрез повишаване степента на образованието и наличните възможности за професионална реализация.

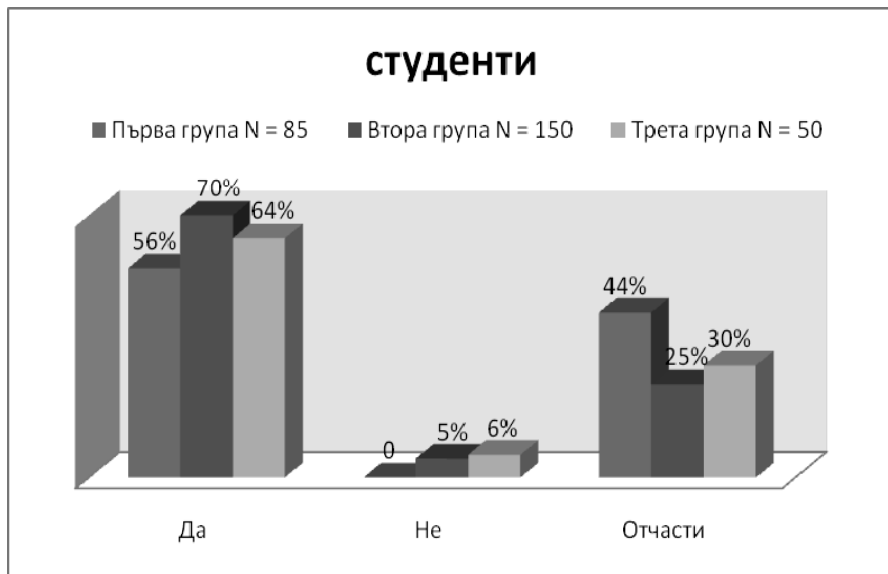
Малка част от анкетираните (общо 12%) посочват материалния мотив за основен. Сравнявайки резултатите през трите периода на изследването, установихме увеличаване на относителния дял на този мотив, като при третата изследвана група той е три пъти по-голям (21%) от този в първата група (7%).



Фиг. 10. Мотиви на студентите за избор на специалност

1.2. Удовлетвореност на студентите от обучението в Медицински колеж

Нивото на обучението, респективно удовлетворението на потребностите на обучаваните, е от съществено значение за утвърждаване на учебното заведение. Ето защо считаме, че сред най-важните данни от проучването е нивото на удовлетвореност на студентите от обучението в МК.



Фиг. 11. Удовлетвореност на студентите от обучението в МК

Анализирайки резултатите на трите изследвани групи (фиг. 11) установяваме, че преобладават положителните отговори от страна на анкетираните, като за целия изследван период те са средно 63%. Наблюдават се значителни разлики в частичната удовлетвореност на студентите, като 44% от първата изследвана група не са напълно удовлетворени и апелират за повишаване качеството на обучението.

Изразявайки частична неудовлетвореност от системата на обучение, тези резултати са важни като констатация и имат положителен ефект, тъй като отразяват възможностите на една образователна система да се подобрява и да бъде все по-актуална и полезна за студентите. Тази неудовлетвореност е свързана и с конкретни препоръки на студентите за подобряване нивото на провежданото обучение.

В следващите етапи на изследването, предвид промяната в учебните планове и програми и новите ЕДИ за степен „Професионален бакалавър”, е увеличен относителният дял на положителните отговори, като дялът е най-голям за втората изследвана група (70%), следван от третата (64%).

Тези данни са достатъчно ясно доказателство, че обучението на студентите в МК – Стара Загора се провежда на високо ниво и носи не само теоретични знания, но също и практически умения, даващи възможност за развитие и за професионална реализация. То-

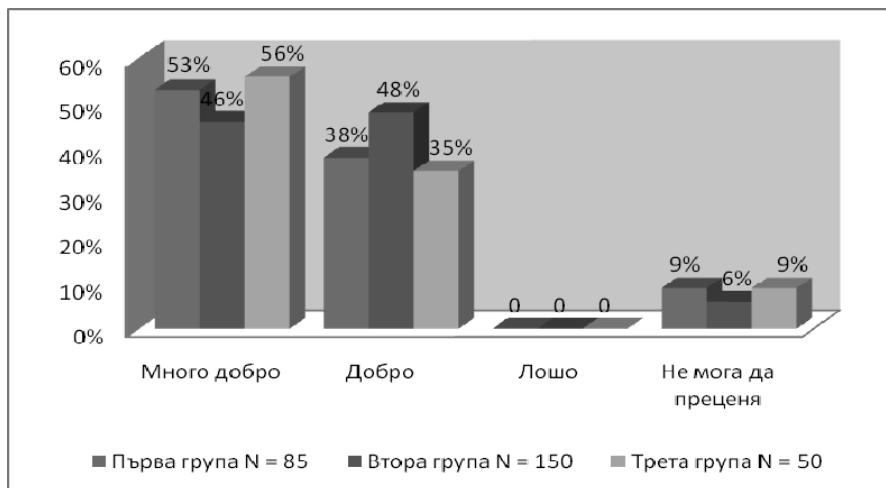
ва определя и качеството на обучение, което според по-голямата част от анкетиранияте студенти е високо и напълно отговаря на техните представи за качествено обучение.

Корелационната зависимост *между мотивацията и удовлетвореността на студентите от нивото на обучението* ($r=0,61$; $p<0,05$) е умерена. Добрата мотивация на студентите за избор на специалност е фактор определящ качеството на обучението и активното участие в него.

1.3. Ниво на обучението по Кинезитерапия според студентите

Дисциплината „Кинезитерапия (КТ)“ е водеща сред специалните дисциплини, изучавани от студентите по специалност „Рехабилитатор“ в МК. КТ има съществено значение: тя допринася за мотивиране на студентите, също и за усъвършенстване на практическите умения – важни при практикуване на специалност „Рехабилитатор“. КТ е база за формиране на професионалните компетенции и прилагането им в процеса на лечение и рехабилитация; основна е за функционалното възстановяване на болния, без ефективното ѝ приложение е невъзможна профилактиката на социално-значимите заболявания.

Резултатите от проучване мнението на студентите имат значение при оценяване качеството на обучението по Кинезитерапия, нивото на преподаване и приложението на познанията в клиничната практика.



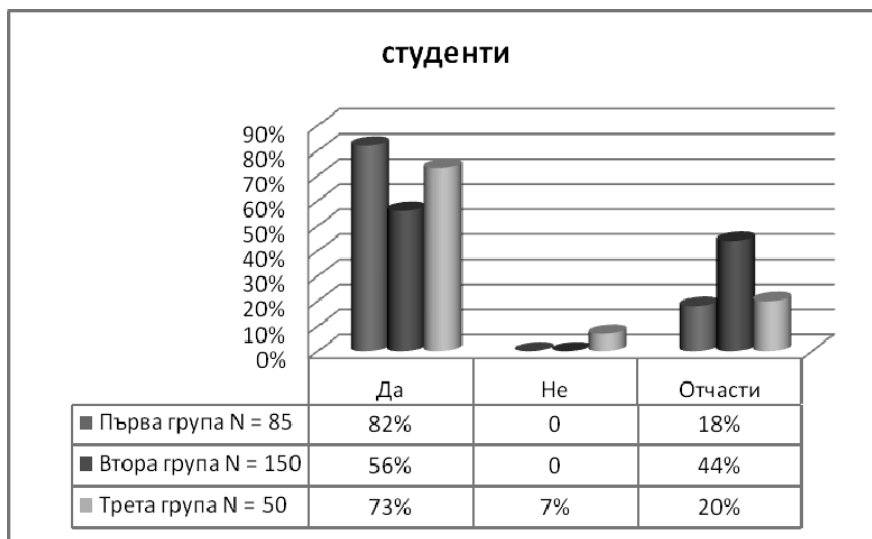
Фиг. 12. Мнение на студентите за нивото на обучението по КТ

От фиг. 12 се вижда, че анкетираните студенти имат силно изразена положителна оценка за качеството на обучението по Кинезитерапия (общо 92% от анкетираните дават много добра и добра оценки). Въпреки анонимността на анкетата напълно липсват негативни отговори, като само 8% от изследваните не са категорични в отговорите си.

Качеството на обучението по Кинезитерапия е гаранция за бъдещата професионална реализация на студентите в системата на здравеопазване, като те се тренират за работа в екип по време на клиничната практика и преддипломния стаж – в реална работна среда.

1.4. Приложимост на обучението по КТ в учебно-практическите бази – според студентите

Провеждането на учебна клинична практика (УКП) започва още в първи семестър, като студентите се обучават да прилагат *Общи здравни грижи за пациента* във вътрешни, хирургични, неврологични отделения и клиники в двете многопрофилни болници в града.

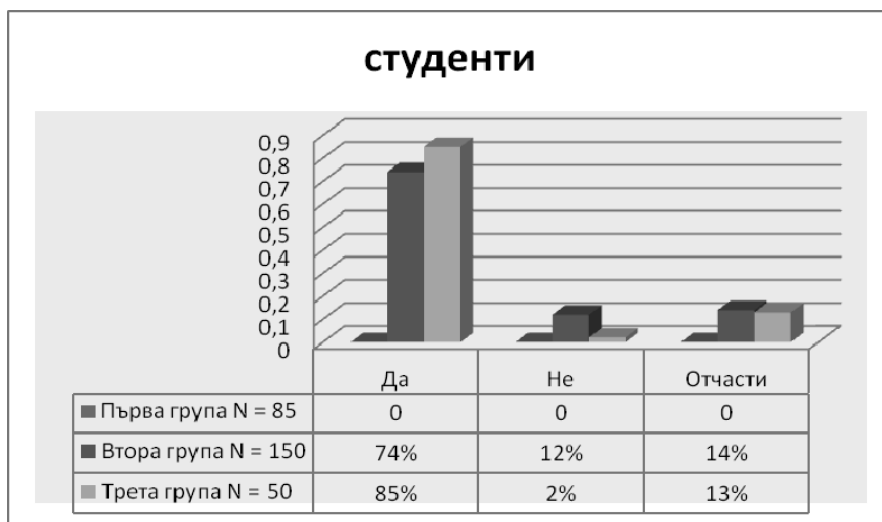


**Фиг. 13. Приложимост на обучението по КТ
в учебно-практическите бази – според студентите**

Анализирайки отговорите на анкетираните студенти (фиг. 13) относно приложението на КТ в клиничната практика и учебно-практическите бази установяваме, че отново преобладават положителните отговори и на трите изследвани групи – общо 71%.

1.5. Новости в обучението по КТ – мнение на студентите

Това е включването на АРТ-терапията в програмата по Кинези-терапия. Арт-терапията служи за мобилизиране на творческия потенциал, за отвлечане вниманието на пациента и за активното му включване във възстановителния процес чрез изкуството във различните му форми. Студентите от първата изследвана група не са изучавали Арт-терапия и затова липсват техните данни по този въпрос.



Фиг. 14. Приложение на Арт-терапията в обучението по КТ – мнение на студентите

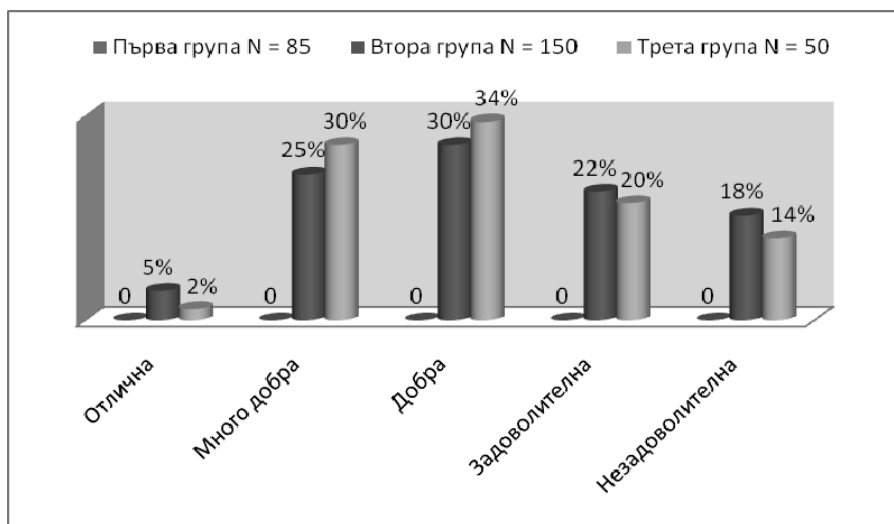
Приветствайки новостите в обучението, студентите подкрепят това начинание (фиг. 14) и общо 80% от двете изследвани групи смятат, че Арт-терапията намира приложение при лечението и възстановяването на деца и възрастни пациенти.

1.6. Оценка на студентите за обучението по Арт-терапия

От съществено значение за качеството на обучението по КТ е прилагането на придобитите знания, практически умения и компетенции в учебно-практическите бази, съвместно с наставниците и целия рехабилитационен екип.

При анализ на резултатите от изследването за обучението и приложението на Арт-терапията (фиг. 15) трябва да отбележим, че първата изследвана група не е изучавала тази дисциплина и липсва отговор по този въпрос. За втората група това е допълнение в обу-

чението по Кинезитерапия и около 55% от нея са дали добра и много добра оценки за обучението по Арт-терапия.



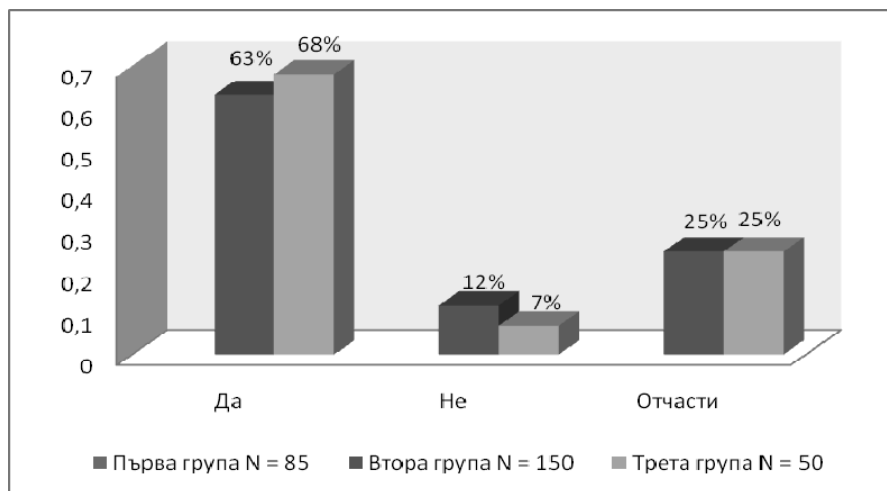
Фиг. 15. Оценка на студентите за обучението по Арт-терапия

Третата изследвана група има най-много опит при работа в учебно-практическите бази и прилагането на Арт-терапията за деца и възрастни, като 64% от участващите студенти са поставили добра и много добра оценки за обучението. Около 38% от двете изследвани групи са оценили обучението по Арт-терапия със задоволителна и незадоволителна оценки. Считаме това за показател за необходимостта от непрекъснато усъвършенстване на учебната програма.

1.7. Място и приложение на Арт-терапията в клиничната практика – според студентите

През последните години все повече се утвърждава и използва Арт-терапията при функционални смущения на нервната система при деца с депресивност или агресивност в поведението, прояви на капризи и инат, лесна раздразнителност, страхове и др. При тях се прилагат различни арт-терапевтични техники под формата на ролеви игри за ангажиране вниманието им и за стимулиране на нервно-психическото и физическото развитие. По време на клиничната практика и преддипломния стаж студентите участват в прилагането на различни Арт-терапевтични техники в специализираните

центрове за работа с деца: „Дом за медико-социални грижи за деца” и „Дневен център за деца и младежи с умствена изостаналост”. Там са създадени условия за приложение на арт-терапията при работа с деца.



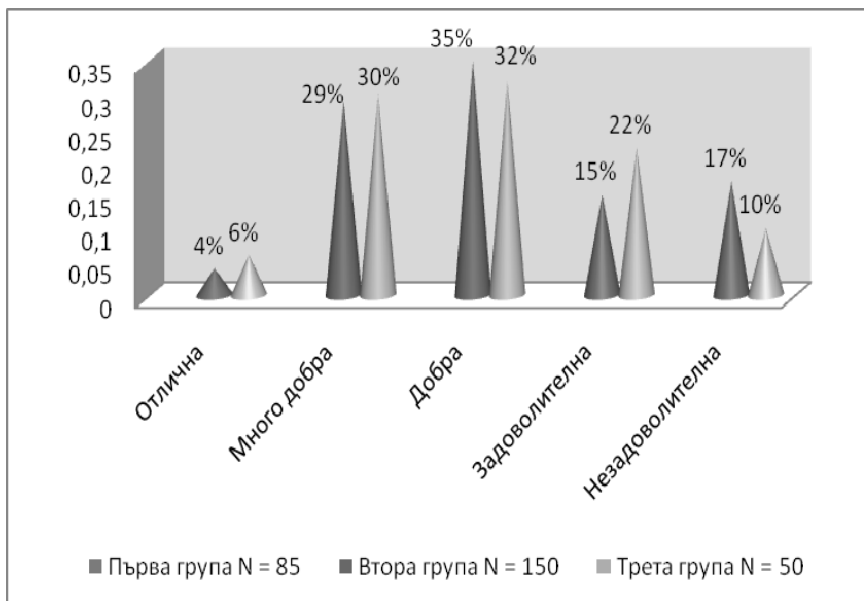
Фиг. 16. Приложение на Арт-терапията в клиничната практика – според студентите

Мнението на студентите относно заниманията с децата в тези бази е показано на фиг. 16. Повече от половината от анкетираните за двете групи (65%) са потвърдили значимостта на Арт-терапията в клиничната практика при работа с деца и възрастни. Този метод стимулира психо-емоционалното развитие на децата, въображението, двигателната активност и ангажира вниманието им. Само малка част от анкетираните (10%) не са убедени в крайния резултат, а 25% частично потвърждават тезата. Резултатите са ясно доказателство за положителната позиция на студентите относно новостите и приложението им в учебно-практическите бази.

Корелационната зависимост *между приложението на Арт-терапията в обучението по КТ и значимостта на Арт-терапията за клиничната практика* ($r=0,56$; $p<0,05$) е пряка. Теоретичните познания по Арт-терапия са гарант за качествено практическо обучение. *Прилагането им в клиничната рехабилитационна практика стимулира възстановителните процеси при деца и възрастни.*

1.8. Оценка на качество на обучението по Ерготерапия

Ерготерапията е активен кинезитерапевтичен метод, който използва специално подбрана целенасочена умствена и трудова дейност. Прилага се в учебно-практическите бази за подбор на помощните средства за обучение в ходене и обучение в ДЕЖ.



Фиг. 17. Оценка на качество на обучението по Ерготерапия от студентите

Целта е вниманието на пациента да се фиксира върху резултата от работата. Този метод намира приложение при рехабилитация, ресоциализация и при необходимост преквалификация на пациента.

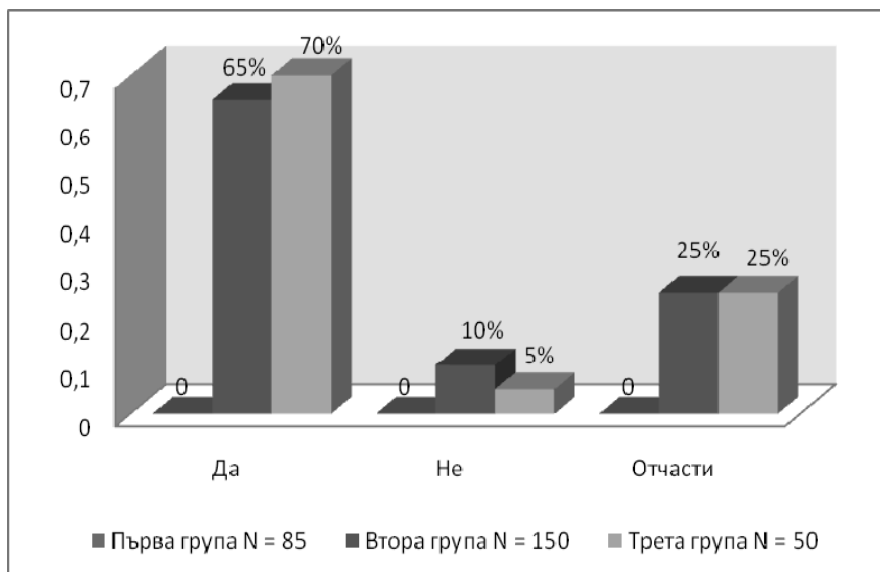
Качеството на обучението по Ерготерапия (фиг. 17) се определя съобразно мнението на изследваните групи, като около две трети от анкетиранияте поставят отлична, много добра и добра оценки (69%). Незадоволителна оценка са оставили само 10% от всички изследвани.

Най-добре се прилагат методите на ЕТ в специализираните центрове за работа с деца на територията на града.

Студентите участват в работата с деца с церебрални увреди, при които се използват различни занаяти (тъкачество, гърнчарство, градинарство) и се прилага Монтесори терапия за обучение в ДЕЖ и в други дейности.

1.9. Приложение на Ерготерапията (ЕТ) в клиничната практика за студентите

Ерготерапията намира приложение при децата с увреждания под формата на игротерапия, а при възрастните – като трудова дейност.



Фиг. 18. Приложение на Ерготерапията в клиничната практика за студентите

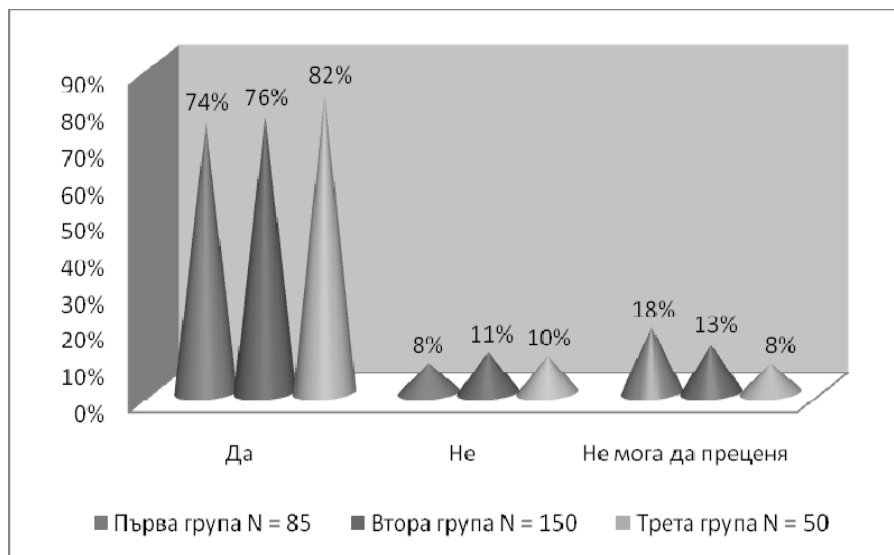
Тя все повече се прилага в учебно-практическите бази, в социалните центрове и в дома на пациента за приспособяване на социалната среда към неговите възможности и желание за занимания.

Впечатляващо е положителното мнение на около 70% от анкетираните (фиг. 18) за приложението на ерготерапията в клиничната практика. Това е във връзка с обучението в ДЕЖ, обучението в ходене с помощни средства и адаптирането на околната среда към нуждите на пациента.

Важно за практиката е определянето на корелационната зависимост между качеството на обучение по Ерготерапия и приложението ѝ в клиничната практика. Тя е ($r=0,59$; $p<0,05$) положително значителна и се базира на прякото влияние на обучението върху работата на студентите в учебно-практическите бази, обогатява познанията им и стимулира формирането на професионални умения.

1.10. Определяне от студентите на рехабилитационния потенциал на пациентите

По време на клиничната практика и преддипломния стаж студентите от специалността са затвърдили и усъвършенствали множество практически умения и професионални компетенции.

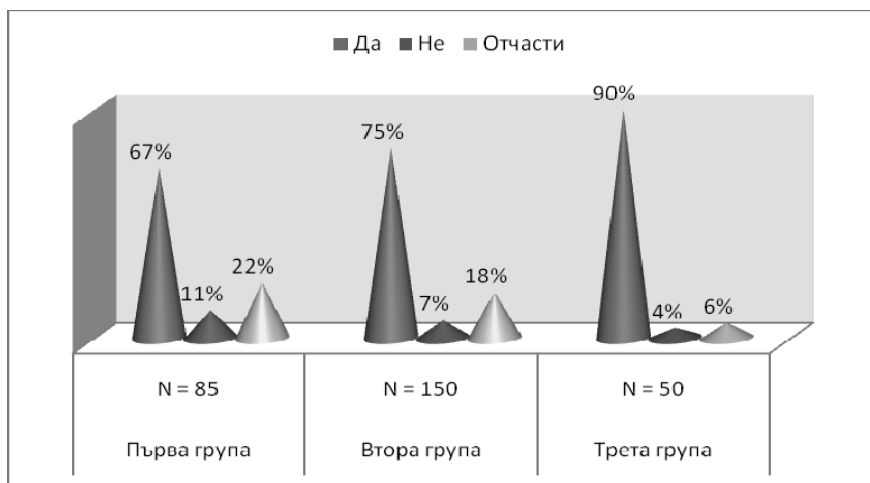


Фиг. 19. Определяне от студентите на рехабилитационния потенциал на пациентите

Те са заложили в новата програма по Клинична практика и Дневника на стажанта и създадени съгласно ЕДИ за приложение на средствата по Кинезитерапия, Физикална терапия, Лечебния масаж, Арт-терапия и Ерготерапия. Професионалните компетенции са свързани с превенция и рехабилитация на човека (болен или здрав) в различните области на медицинските нужди и услуги.

Резултатите от изследването на професионалните компетенции на студентите за определяне на рехабилитационния потенциал (фиг. 19) са ясно доказателство за формирането на практически умения. Общо от трите изследвани групи 77% са посочили положителен отговор, 13% не могат да преценят възможностите си и само 10% са дали негативен отговор.

1.11. Усъвършенстване на професионалните компетенции на студентите по време на клиничната практика и преддипломния стаж



Фиг. 20. Усъвършенстване на професионалните компетенции на студентите по време на клиничната практика и преддипломния стаж

Резултатите от фиг. 20 са ясно доказателство, че анкетираните са доволни от усвоените професионалните компетенции, като общо 77% от трите изследвани групи са дали положителна оценка за професионалните си умения, а 16% не са напълно удовлетворени от професионалните си компетенции.

Най-добри са резултатите на третата изследвана група – стажантите, 90% от които са дали положителни отговори. Считаме това за доказателство за професионалните компетенции на завършващите рехабилитатори.

По време на клиничната практика и преддипломния стаж студентите от специалността са затвърдили и усъвършенствали редица професионални компетенции: активно участие в рехабилитационен екип съвместно с други специалисти; превенция, поддържане и възстановяване на здравето на пациента; функционална диагностика при различни заболявания; извършване на кинезиологичен и патокинезиологичен анализ; съставяне и провеждане на комплекси по Кинезитерапия при различни заболявания.

Корелационната зависимост *между определянето на рехабилитационния потенциал и усъвършенстването на професионалните компетенции на студентите в учебно-практическите бази* е голяма ($r=0,73$; $p<0,05$). Оценката на рехабилитационния потенциал е

част от функционалната оценка на пациента и е пряко свързана със затвърждаването на практическите умения и усъвършенстването на професионалните компетенции по време на клиничната практика и преддипломния стаж.

1.12. Желание за реализация на обучаваните студенти

Анализирайки резултатите от анкетата по този въпрос ни обнадява мнението на анкетираниите относно бъдещата им реализация, която е на фона на подготовката в МК.

На табл. 2 е видно, че най-голям дял от всички анкетираните групи т.е. 30% от студентите желаят реализация в системата на болничната помощ, 26% – в СПА центровете и 15% – в ДКЦ. Предпочитанията за работа в СПА – центровете, е поради прекрасните условия на работа в тях, разнообразните процедури, извършвани от рехабилитатора и по-доброто заплащане в сравнение със заплащането в системата на здравеопазването. Прави впечатление и предпочитанието на студентите за работа в Домовете за медико-социални грижи за възрастни (около 5%) и в Центровете за работа с деца (6%). Това е обяснимо, предвид създадения на територията на Стара Загора Дневен специализиран център за работа с деца с умствени и физически проблеми, оборудван с модерна апаратура и средства за рехабилитация.

Трябва да отбележим и около 12 % от студентите, които желаят да работят извън страната. Включването на България в Евро-пейския съюз откри нови възможности за реализация на младите специалисти и съответни перспективи за работа.

Анализирайки резултатите и на трите групи поотделно прави впечатление увеличаването на относителния дял на студентите, желаещи да работят в системата на болничната помощ, които от първа до трета група са се увеличили с 10%, а с 8% са се увеличили желаещите за реализация в СПА центровете. Останалите показатели търпят незначителни промени. Това е много добър резултат за професионалната подготовка и мотивация на студентите. Желанията им се пораждат от активното им участие при работата в учебно-практическите бази и добрите взаимоотношения с наставниците по места. Процесът е двустранен и пряко влияе върху качеството на учебния процес, мотивацията на студентите и бъдещата им професионална реализация.

Корелационната зависимост *между усъвършенстването на професионалните компетенции и желанието за реализация на студентите* ($r=0,55$; $p<0,05$) е умерена. Усъвършенстването на

професионалните компетенции и познанията на студентите са в пряка зависимост с желанието им за реализация.

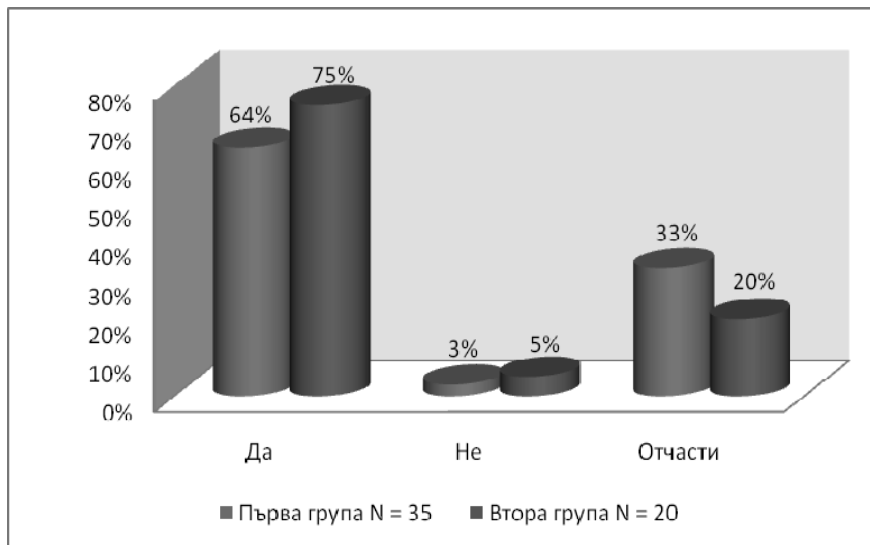
Таблица 2. Желание за реализация на обучаваните студенти

Месторабота	Първа група N = 85	Втора група N = 150	Трета група N = 50	Общо
В системата на болничната помощ	25%	30%	35%	30%
В ДКЦ	18%	15%	13%	15%
В СПА център	22%	27%	30%	26%
В козметичен център	6%	8%	5%	6%
В домове за мед. соц. грижи за възрастни	5%	5%	5%	5%
В центрове за работа с деца	8%	5%	5%	6%
Извън страната	16%	10%	10%	12%

2. РЕЗУЛТАТИ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА НАСТАВНИЦИТЕ

2.1. Удовлетвореност на наставниците от работата в екип със студентите

Работата в екип създава възможности за по-добра координация на дейностите, по-добро качество на грижите и по-лесно постигане на крайната цел - качествени здравни грижи. В рехабилитационния екип особено ценни са взаимоотношенията между студенти и наставници, ръководени от лекаря – специалист по Физикална и рехабилитационна медицина. Наставниците от учебно-практическите бази са доволни от работата на студентите по време на учебно-клиничната практика, преддипломния стаж и от съвместната работа в рехабилитационния екип (фиг. 21). Общо 70% от двете изследвани групи са удовлетворени от активността и желанието на студентите за работа в екип, частично доволни са 26% от наставниците и само 4% са недоволни.



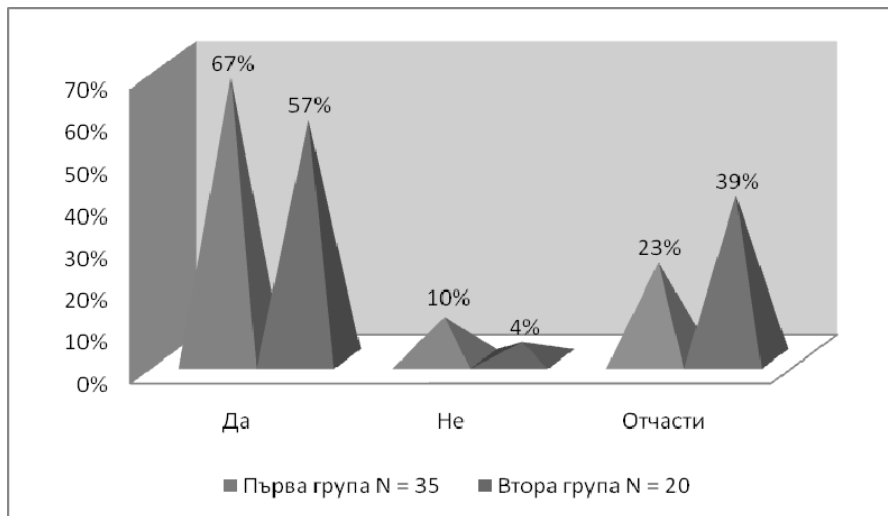
Фиг. 21. Удовлетвореност на наставниците от работата в екип със студентите

Сравнявайки двете изследвани групи се наблюдава тенденция към увеличаване относителния дял на положителните отговори от първа към втора група с 10% и закономерно намаляване на относителния дял на неопределените отговори с 13%. Тази тенденция е положителна и определя подобряването на съвместната работа в рехабилитационния екип между наставници и студенти.

Корелационната зависимост *между работата в екип със студентите и удовлетвореността от практическата им подготовка* ($r=0,59$; $p<0,05$) е пряка. Работата в екип е от особена важност за студенти и наставници. Там се затвърждават всички умения на участниците – теоретични, практически, комуникативни, общо-човешки и др. Екипната работа стимулира затвърждаването на професионалните компетенции на студентите и повишават нивото на практическата им подготовка.

2.2. Мнение на наставниците за приложимостта на обучението по КТ в учебно-практическите бази

Целта на едно обучение е не само да носи удовлетворение на всички – обучавани и наставници, но и да намира приложение в клиничната практика – в системата на болничната помощ, в СПА-център или в специализирани рехабилитационни центрове.



Фиг. 22. Мнение на наставниците за приложимостта на обучението по КТ в учебно-практическите бази

По-голяма част от наставниците (общо 62%) са категорични относно приложението на обучението по КТ в учебно-практическите бази (фиг. 22). Това е резултат от съвместната работа със студентите от специалност „Рехабилитатор” по време на целия курс на обучение: по време на клиничната практика, летните стажове и преддипломния стаж, с изготвянето на курсова работа при завършване на стажа. Частично доволни са 31% от наставниците – това е показател, че все още има какво да се направи за подобряване качеството на обучението и приложението им в реалната работна среда.

Корелационната зависимост на баланса между теоретичната и практическата подготовка по КТ и приложението и в учебно-практическите бази ($r=0,57$; $p<0,05$) е умерена. Балансът между практическата и теоретичната подготовка е гарант за приложение на теоретичните познания и практическите умения в учебно-практическите бази, съвместно с наставниците в рехабилитационния екип.

2.3. Становище на наставниците за приложение на Арт-терапията в обучението по КТ

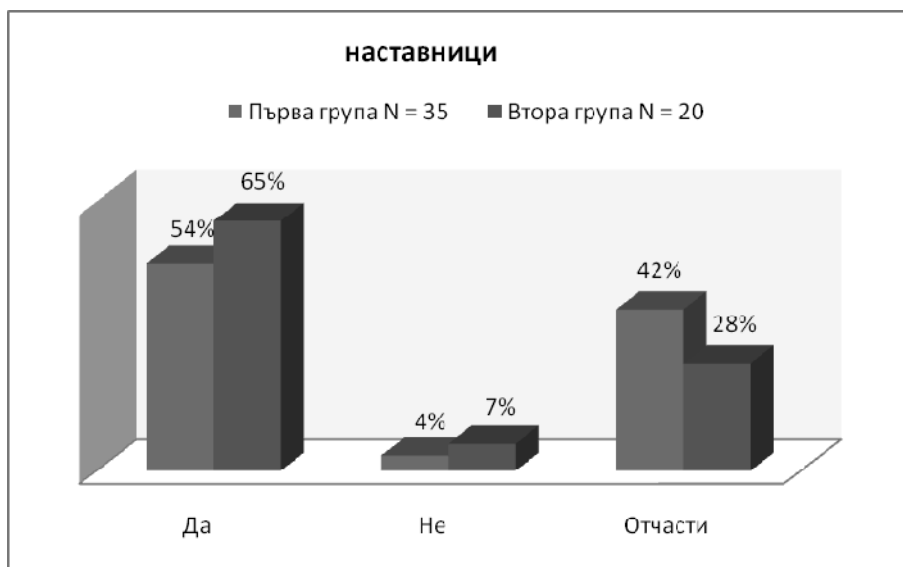
Арт-терапията е новост в обучението по КТ и буди интерес - особено у наставниците, работещи с деца в специализираните центрове за рехабилитация. Резултатите от изследването посочват

(фиг. 23), че 60% от всички изследвани наставници одобряват приложението на Арт-терапията в обучението по КТ.

Естествено е 35% от изследваните да са скептично настроени, поради непознаването на материята и приложението ѝ в рехабилитационната практика.

Арт-терапията все повече се утвърждава при работа с деца с церебрални увреди и травми на ОДА, при възрастни с проблеми на нервната система и ОДА.

Корелационната зависимост *между препоръките на наставниците относно обучението по КТ и приложението на Арт-терапията в обучението по КТ* ($r=0,64$; $p<0,05$) е умерена. Включването на Арт-терапията е нова методика, въведена като изпълнение на една от препоръките за обучението по КТ.



Фиг. 23. Приложение на Арт-терапията в обучението по КТ - становище на наставниците

2.4. Място на Ерготерапията в клиничната практика – мнение на наставниците

Включването на Ерготерапията в теоретичното и практическото обучение на студентите от специалност „Рехабилитатор” бе нов подход при рехабилитацията на деца с церебрални увреди и на възрастни със заболявания на ОДА, централна и периферна нервна система.



Фиг. 24. Мнение на наставниците за приложението на Ерготерапията в клиничната практика

Резултатите от изследването относно приложението на Ерготерапията в клиничната практика са показани на фиг. 24, като 88% от всички изследвани наставници са дали положителни отговори и само 5% от тях не са удовлетворени изцяло.

Тези резултати са показателни за приложимостта на Ерготерапията при възстановяването и подобряването на качеството на живот на деца и възрастни с увреждания – с цел обучение в ДЕЖ, ползване на помощни средства и приспособления в ежедневието; както и адаптиране на дома и семейството към нуждите на пациента.

Интерпретирането и точната оценка на резултатите от проучването налагат изследване на корелационната зависимост *между качеството на обучението по Ерготерапия и приложението ѝ в клиничната практика* ($r=0,75$; $p<0,05$) е голяма. Качеството на обучението по ЕТ предопределя компетенциите на студентите за приложение на ЕТ в учебно-практическите бази – съвместно с наставниците.

2.5. Способност на студентите за оценяване на рехабилитационния потенциал на пациентите – мнение на наставниците

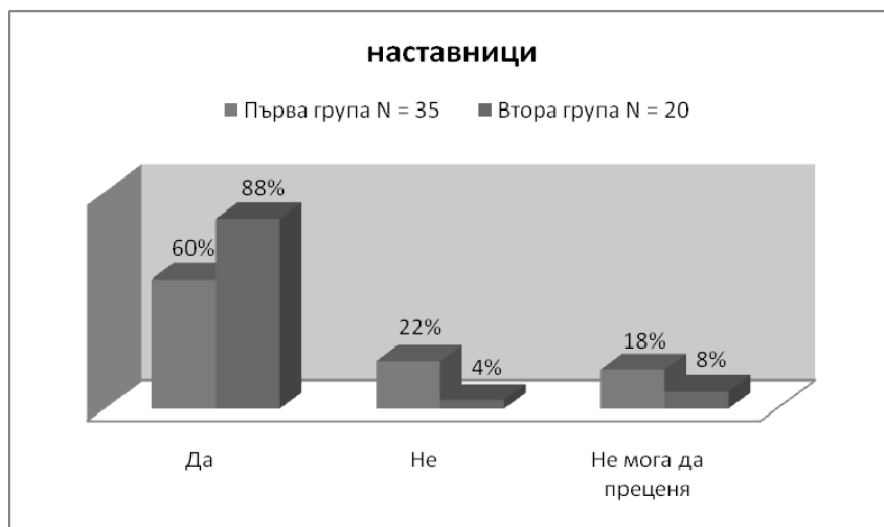
Наставниците определят усвоените от студентите професионални умения по време на клиничната практика и преддипломния стаж по следния начин:

- Извършване на антропометрични измервания и мануално мускулно тестване;
- Прилагане на средствата на Кинезитерапията, Физикалната терапия и Лечебния масаж при пациенти след определяне на рехабилитационния потенциал;
- Прилагане на помощни средства за позиционно лечение и за придвижване;
- Прилагане на ранна рехабилитация на хоспитализирани пациенти;
- Обучение на пациентите в ползване на помощни средства за придвижване.

След определяне на рехабилитационния потенциал на пациента се подбират средствата на лечение и възстановяване.

Резултатите от изследването на наставниците (фиг. 25) показват, че възможностите на студентите за оценяване на рехабилитационния потенциал са добри, като 60% от първата и 88% от втората изследвани групи са дали положителен отговор.

От приведените дотук данни стигаме до извода, че възможностите на студентите да определят рехабилитационния потенциал на пациента са добри и могат да се прилагат в клиничната практика.



Фиг. 25. Определяне на рехабилитационния потенциал на пациентите – мнение на наставниците

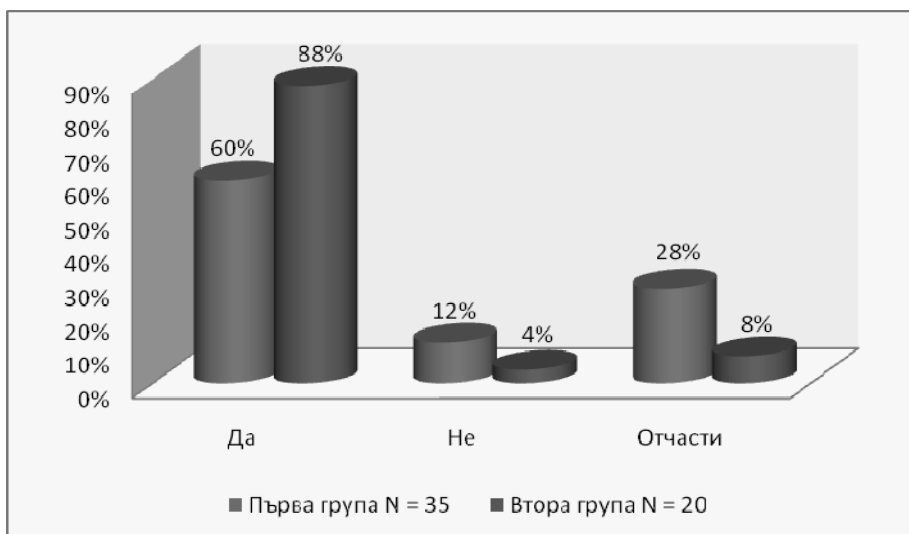
Корелационната зависимост между работата в екип и определянето на рехабилитационния потенциал на пациента от студентите ($r=0,78$; $p<0,05$) е голяма. Съвместната работа в екип между

студенти, наставници, лекари и други специалисти осигурява възможности за взаимодействие и усъвършенстване на професионалните компетенции на студентите. Те са насочени към определяне на рехабилитационния потенциал на пациента, правилен подбор на средствата за лечение и изготвяне на рехабилитационна програма.

2.6. Възможности за усъвършенстване на професионалните компетенции на студентите по време на клиничната практика и преддипломния стаж – мнение на наставниците

По време на клиничната практика и преддипломния стаж студентите от специалността работят съвместно с наставниците в рехабилитационен екип. С тяхна помощ са затвърдени и усъвършенствани множество практически умения и професионални компетенции, заложи в новата програма по УКП и Дневника на стажанта; като отговарят на изискванията на ЕДИ за приложение на средствата по Кинезитерапия, Физикална трапия, Лечебен масаж, Арт-терапия и Ерготерапия.

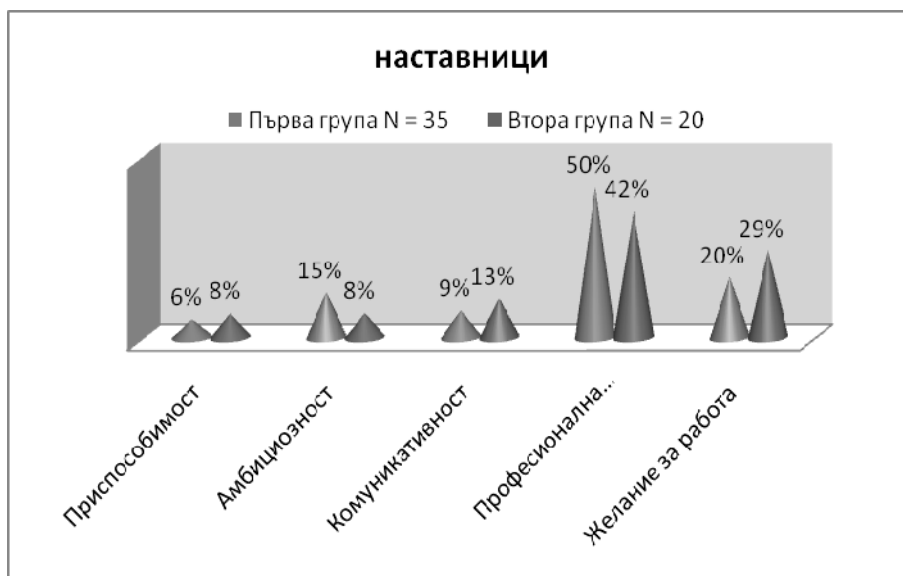
Тезата се потвърждава от анкетите на изследваните наставници (фиг. 26), които категорично посочват положителен отговор (74% средно за двете групи) на въпроса за усъвършенстване на професионалните компетенции на студентите по време на практическото обучение. Отбелязваме и факта, че 18% от изследваните не са напълно доволни.



Фиг. 26. Усъвършенстване на професионалните компетенции по време на клиничната практика и преддипломния стаж

2.7. Качества, необходими за успешната професионална реализация на студентите – мнение на наставниците

По време на УКП и преддипломния стаж се формират практически умения, осъществява се формиране на личностовите особености на студентите, но се възпитават и много важни професионални и морално-етични качества, необходими за успешна реализация.



Фиг. 27. Качества, необходими за успешна професионална реализация на студентите – мнение на наставниците

Изследваните наставници играят положителна роля при формирането на тези качества (фиг. 27), като ги степенуват по следния начин: професионална компетентност (42%), желание за работа (29%), комуникативност (13%), амбициозност и приспособимост (по 8%).

Корелационната зависимост между усъвършенстването на професионалните компетенции и качествата необходими за професионална реализация ($r=0,66$; $p<0,05$) е умерена. Усъвършенстването на професионалните компетенции по време на практическото обучение е успоредно с възпитаване на морално-етични качества, необходими за успешна професионална реализация.

3. СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ НА АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА СТУДЕНТИТЕ И НАСТАВНИЦИ

3.1. Сравнителен анализ между студенти и наставници относно обучението в Медицински колеж

Основно значение за нивото на всяко учебно заведение е удовлетвореността на обучаващите се от учебния процес като цяло.



Фиг. 28 Сравнителен анализ между студенти и наставници относно обучението в Медицински колеж

Разглеждайки резултатите от сравнителния анализ по този въпрос (фиг. 28) установяваме много близки по параметри положителни отговори, като 63% от студентите и 81% от наставниците са удовлетворени от обучението в Медицински колеж. Това е гарант за доброто равнище на обучението.

Наличието на ненапълно доволни от обучението – 18% студенти и 14% работещи, показва необходимостта от продължаващо усъвършенстване на учебния процес в съответствие с новите условия на системата на здравеопазването.

При сравняване на относителните дялове на студенти (63%) и наставници (81%) с отговори „да” относно *обучението в Медицински колеж* ($U < 1,95$; $\alpha < 0,05$) не съществува статистически значима разлика. Тези данни са показател за удовлетвореността на анкетиранияте от организацията и обучението в МК.

3.2. Сравнителен анализ между студенти и наставници относно работата в екип

Целта на рехабилитационния екип е превенция, рехабилитация и цялостно възстановяване на пациентите с различни групи заболявания, облекчаване състоянието на терминално болните и подпомагане ресоциализацията на инвалидизираните болни.

Работата в екип създава възможности за ефективна координация на дейностите и за по-добро качество на здравните грижи.

Основно значение за работата на студентите в екипа имат наставниците. При сравнителен анализ на двете анкетиранни групи за работата в екип установяваме, че положителните отговори на двете групи анкетиранни са отново с малки разлики (фиг. 29).

При сравняването дялове на студенти (59%) и наставници (70%) с отговори „да” относно *работата в екип* ($U < 1,96$; $\alpha < 0,05$) не съществува статистически значима разлика. Това е много добра оценка за работата в екип на студенти и наставници.

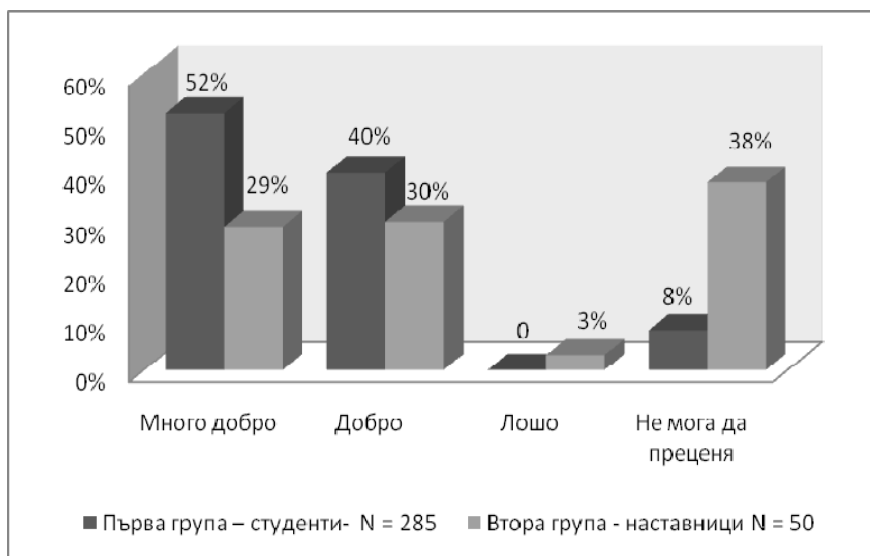


Фиг. 29. Сравнителен анализ между студенти и наставници относно работата в екип

Корелационната зависимост *между работата в екип и усъвършенстването на професионалните компетенции по време на клиничната практика за студенти и наставници* ($r=0,69$; $p < 0,05$) е умерена. Работата в екип и за двете изследвани групи усъвършенства професионалните компетенции.

3.3. Сравнителен анализ между студенти и наставници относно обучението по Кинезитерапия

Дисциплината „Кинезитерапия” е от основно значение за подготовката на студентите от специалност „Рехабилитатор”. Двете групи анкетирани оценяват обучението по Кинезитерапия (фиг. 30), като 59% от наставниците и 92% от студентите поставят *много добра* и *добра* оценки. Само 38% от наставниците и 8 % от студентите не могат да преценят качеството на обучението по Кинезитерапия.

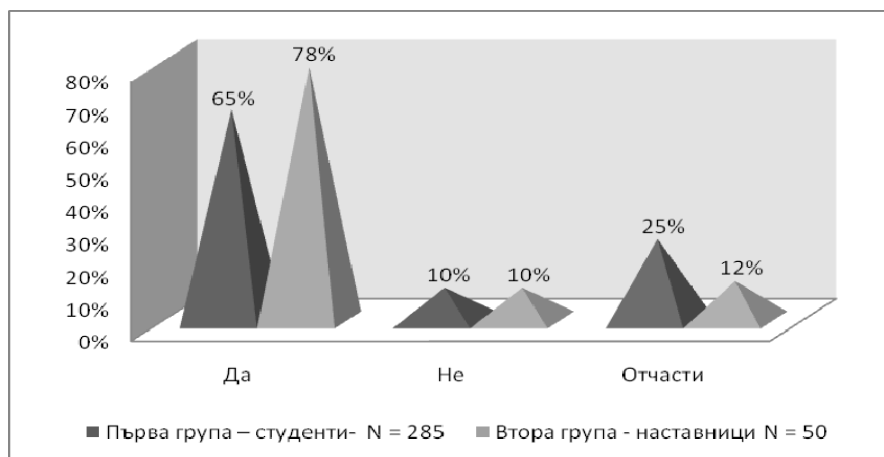


Фиг. 30. Сравнителен анализ между студенти и наставници относно обучението по Кинезитерапия

Анализът на резултатите показва по-добра оценка на студентите в сравнение с тази на наставниците. Вероятно наставниците са по-критични, предвид по-богатия практически опит и познания в съответната област. Качеството на обучението по КТ се определя от теоретичната и практическата подготовка, а също и от баланса между тях.

3.4. Сравнителен анализ между студенти и наставници относно приложението на Арт-терапията в клиничната практика

При сравняване дяловете (фиг. 31) на студенти (65%) и наставници (78%) с отговори „да“ относно приложението на *Арт-терапията в клиничната практика* ($U < 1,36$; $\alpha < 0,05$) не съществува статистически значима разлика. Тези резултати са ясно доказателство, че и двете изследвани групи одобряват иновациите. Наставниците от учебно-практическите бази съдействат на студентите за практическото им приложение при работа с деца и възрастни. Само малка част от сравняваните групи (по 10%) не може да определи мястото на Арт-терапията в клиничната практика.



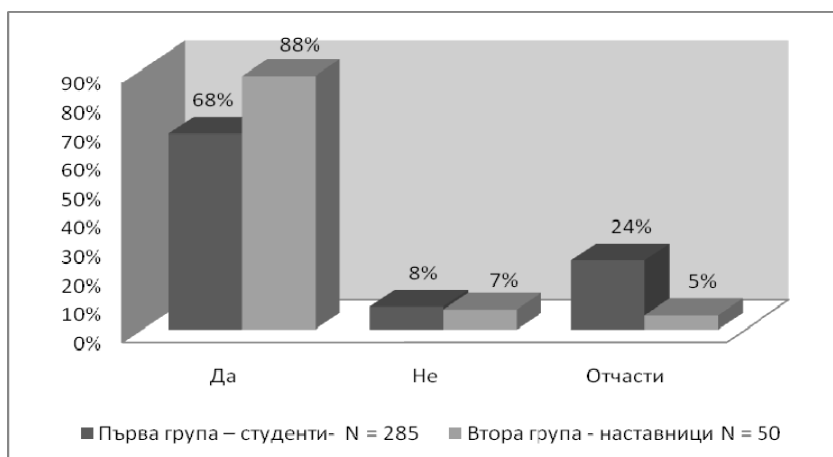
Фиг. 31. Място и приложение на Арт-терапията в клиничната практика

3.5. Сравнителен анализ между студенти и наставници относно приложимостта на обучението по ЕТ в клиничната практика

На съвременния етап Ерготерапията намира все по-толямо приложение в лечението и рехабилитацията на пациенти със заболявания на нервната система и ОДА. Чрез нея се извършва обучение в ДЕЖ, обучение в използване на помощни средства, дейности по самообслужване и трудови дейности.

Анализирайки резултатите от двете изследвани групи (фиг. 32) и сравнявайки относителните дялове – 68% от студентите и 88% от наставниците са дали положителен отговор, относно *приложението на ерготерапията в клиничната практика*, като ($U < 1,62$; $\alpha < 0,05$) не съществува статистически значима разлика. Тези резул-

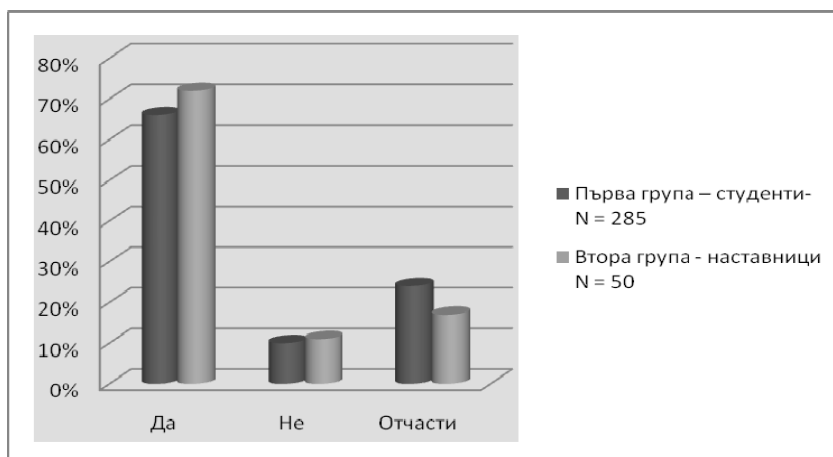
тати са доказателство за доброто приложение на ерготерапията в клиничната практика. Много малка част от двете изследвани групи са на противоположно мнение.



Фиг. 32. Приложение на Ерготерапията в клиничната практика – сравнителен анализ

3.6. Сравнителен анализ между студенти и наставници за извършване на кинезиологичен и патокинезиологичен анализ на пациентите

Студентите (с помощта на наставниците) изготвят протоколи на пациентите, извършват антропометрични измервания, гониометрия, ММТ и ДЕЖ.



Фиг. 33. Сравнителен анализ между студенти и наставници за извършване на кинезиологичен и патокинезиологичен анализ на пациентите

Резултатите от кинезиологичния и патокинезиологичния анализ определят рехабилитационния потенциал на пациента, на базата на който се структурира комплексна рехабилитационна програма и се извършва подбор на средствата по КТ, ЕТ, ФТ, ЛМ.

При оценка на способността на студентите за извършване на кинезиологичен и патокинезиологичен анализ на пациентите сравняваните дялове (фиг. 33) на студенти (66%) и наставници (72%) с отговори „да” ($U < 0,92$; $\alpha < 0,05$) не съществува статистически значима разлика. Тези резултати са потвърждение на доброто сътрудничество между двете анкетиранни групи и добрата съвместна работа.

3.7. Усъвършенстване на професионалните компетенции по време на клиничната практика и преддипломния стаж

Студентите, съвместно с наставниците, усъвършенстват редица професионални компетенции по време на клиничната практика и преддипломния стаж. Двете групи анкетиранни дават много добра оценка на усъвършенстването на професионалните компетенции (фиг. 34).

Сравнявайки относителните дялове на наставниците (85%) и студентите (77%) даващи положителни отговори „да” относно *усъвършенстването на професионалните компетенции по време на клиничната практика и преддипломния стаж* ($U < 1,33$; $\alpha < 0,05$) не съществува статистически значима разлика между сравняваните относителни дялове. Тези резултати са показател за доброто сътрудничество между анкетираните групи и добрата съвместна работа, защото много малка част от двете групи са посочили отрицателни и неопределителни отговори.



Фиг. 34. Усъвършенстване на професионалните компетенции по време на клиничната практика и преддипломния стаж

Корелационната зависимост между приложението на Арт-терапията и Ерготерапията в клиничната практика и усъвършенстване на професионалните компетенции ($r=0,82$; $p<0,05$) е голяма. Приложението на Арт-терапията и Ерготерапията в клиничната практика водят до допълване и усъвършенстване на професионалните компетенции на студентите рехабилитатори.

Г л а в а ч е т в ъ р т а

SWOT АНАЛИЗ НА ОБУЧЕНИЕТО НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „РЕХАБИЛИТАТОР” В МЕДИЦИНСКИ КОЛЕЖ – СТАРА ЗАГОРА

СИЛНИ СТРАНИ

- Обучението на студентите от специалност „Рехабилитатор” е регламентирано с Единните държавни изисквания /ЕДИ/ от 2008 г. за придобиване на висше образование по специалностите от професионално направление „Здравни грижи” за образовател-но-квалификационна степен „Професионален бакалавър”.
- То отговаря на целите на Медицински колеж – да *формира висококвалифицирани здравни професионалисти, притежаващи необходимите компетенции, за да работят във всички структури на здравеопазването, регламентирани със Закона за лечебните заведения, включително и в условията на самостоятелна практика.*
- Обучението е организирано съгласно академичния календар на Университета и е регламентирано със ЗВО, ЕДИ и Правилата за учебна дейност, приети с решение на Академичния съвет на Тракийски университет.
- Учебният план за специалност „Рехабилитатор”, влязъл в сила през учебната 2008/2009 г., е изготвен в съответствие с европейските стандарти за регулираните професии и действащото законодателство в Република България (ЕДИ, ЗВО).
- Съгласно новите стандарти и изисквания от академичната 2008/2009 г. бяха усъвършенствани учебните програми по Клинична практика, Кинезиология, Патокинезиология, Ерготерапия, Кинезитерапия с включване на АРТ-терапия и нови програми за свободно-избираеми дисциплини.
- Практическото обучение, обединяващо клиничната практика и преддипломния стаж, е над 50% от общия хорариум часове, което съответства на ЕДИ.
- Успешното практическо обучение се предопределя от ефективното сътрудничество между студенти, преподаватели и наставници.
- Практическото обучение, включващо клинична практика, преддипломен стаж и летен стаж се провежда в учебно-практически бази на територията на града.

- Работата в екип между студенти, наставници, лекари и други специалисти е много важна, като стратегия за клиничното обучение и като фактор, повишаващ качеството на клиничната практика.

- Провеждат се стажански практики за летен и преддипломен стаж извън града и района с посещение на специализирани центрове за рехабилитация.

СЛАБИ СТРАНИ

- Недостатъчен брой учебно-практически бази за клинична практика с включване на СПА и други центрове за рехабилитация;

- Недостатъчен брой хабилитирани преподаватели по специалността;

- Недостатъчно включване на студентите в рехабилитационните екипи във всички учебно-практически бази;

- Недостатъчно участие на студенти и преподаватели в национални проекти;

- Недостатъчно ангажиране на специалисти от различни центрове за рехабилитация като гост лектори.

ЗАПЛАХИ

- Динамично променящо се законодателство, регламентиращо здравната система;

- Недостатъчния брой специализирани рехабилитационни центрове;

- Динамика на факторите, повлияващи мотивацията на обучаваните студенти;

- Подценяване образованието по специалността от обществото.

ВЪЗМОЖНОСТИ

- Разширяване на професионалните компетенции на завършващите рехабилитатори;

- Разширяване възможностите за работа в специализирани центрове за рехабилитация с деца и възрастни.

- Увеличаване възможностите за работа в рехабилитационния екип;

- Увеличаване участията в научни форуми;

- Мобилност на преподаватели и студенти;

- Разширяване възможностите за съвместна работа с преподавателите от Медицински факултет и останалите звена на университета;
- Издигане престижа на професията чрез включване в различни европейски проекти;
- Засилване на мотивацията за повишаване на образованието;
- Разширяване на обществената подкрепа за специалността чрез активно включване на студентите.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведеното от нас проучване върху 285 студенти и 50 наставници е част от възможностите на обучението на студентите от специалност „Рехабилитатор” в Медицински колеж да се усъвършенства и обогатява във връзка с новите реалности в системата на здравеопазването и влизането на страната в Европейския съюз.

Въвеждането на иновативни елементи в обучението по КТ, Арт-терапия и ЕТ доведе до:

- Подобряване на практическата и теоретичната подготовка на студентите по КТ и ЕТ;
- Прилагане на теоретични знания и практически умения по КТ, Арт-терапия, МКФ и ЕТ в клиничната практика;
- Подобряване на практическата работа на студентите в учебно-практическите бази;
- Усъвършенстване на професионалните компетенции на студентите за определяне на рехабилитационния потенциал на пациента чрез МКФ.
- Подобряване възможностите на студентите за извършване на кинезиологичен и патокинезиологичен анализ на пациента.
- Стимулиране работата на студентите като членове на интердисциплинарния рехабилитационен екип;
- Всички иновативни елементи в обучението на студентите обогатяват познанията им и намират приложение в клиничната практика.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев М. Образование и общество. Педагогическа социология. – София: УИ „Св. Климент Охридски”, 1998.
2. Андонова, А., Наставникът – ключова фигура в практическото обучение, сп. ”Сестринско дело”, бр.1-2, 2011, с16-19.
3. Бонев Л. Л. Тодоров. Лечебна физкултура за рехабилитатори.- София: Медицина и физкултура, 1976, 17-22
4. Бонев Л. Л. Тодоров, Практическо ръководство по лечебна физкултура.- София: „Медицина и физкултура” 1977
5. Братоева Д., Т. Попов, Е. Драголова, Педагогическа и психологическа диагностика.- София: „Аскон-издат” 2007
6. Бусаров С. Основи на медико-социалната рехабилитация. – София: Медицина и физкултура, 1982.
7. Воденичаров Ц. Факултет по обществено здраве, сп. „Здравен мениджмънт”. София: Специален брой, 2005 , стр. 23-24.
8. Георгиева П., Висшето образование в процеса на обществена промяна в България, София, 2001 г., изд. на Национален институт по образование
9. Господинов Б., Ефективност на обучението, Пловдив: „Сема 2001” 1998
10. Желева, Е., Методика на практическата подготовка на медицинските специалисти, Габрово, „ЕКС-ПРЕС”,с.60-61, 2007.
11. Закон за здравето. ДВ, бр.70 / 2004.
12. Закон за професионално-съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина. ДВ, бр. 83 / 1998, загл.изм. ДВ, бр.76 / 2005.
13. Йошинов Р. Методи, модели и системи за оценка на придобити професионални знания в медицината. Дисертационен труд за придобиване на образователна и научна степен „Доктор” по научна специалност „Информатика”. Лаборатория по Телематика - БАН, София, 2011.
14. Йошинов Р, И.Колева. Под ред. проф. Колева. Иновации в обучението по рехабилитация. – София: РИК „СИМЕЛ”, 2011.
15. Каранешев Г. Трудотерапия. – София: Издателство на ВИФ, 1978.
16. Каранешев Г. Функционална трудотерапия. – София: Изд-во на ВИФ, 1985.
17. Каранешев Г., Соколов Б., Венова Л. и кол. Теория и методика на лечебната физкултура. Под ред.доц.Г.Каранешев. – София: Медицина и физкултура, 1987, 308 с.
18. Каранешев Г., Соколов Б., Венова Л. и кол. Ръководство за практически упражнения по лечебна физкултура. – София: Медицина и физкултура, 1991, 182 с.
19. Краев Т. Мануална мобилизация на периферните стави С. 2009.
20. Колева И. Физикални фактори за подобряване качеството на живот на пациентите. – Лекарска практика, 9, 2007, 2, 19 - 31.

21. Колева И. Мандатна програма „Развитие и дейност на Катедра по Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт в условията на здравната реформа”. – Рехабилитационна медицина и качество на живот, 1, 2007, 2, 57-60.
22. Колева И. Съвременни методи на неврорехабилитацията. II-ро допълнено и преработено издание. – София: РИК „СИМЕЛ”, 2007, 441 с.
23. Колева И. Неврорехабилитационни алгоритми. Второ допълнено и преработено издание. – София: РИК „СИМЕЛ”, 2011, с.241-345.
24. Колева И., Р. Йошинов. Специалност „Медицинска рехабилитация и ерготерапия”. – София: РИК „СИМЕЛ”, 2008, 187 с.
25. Колева И. Функционална оценка в медицинската рехабилитация и ерготерапията. Учебник за студенти по Медицинска рехабилитация и ерготерапия при Медицински университет – Плевен. – София: РИК „СИМЕЛ”, 2008, 154 с.
26. Колева И. Значимост на ерготерапията в неврорехабилитационната клинична практика. Клинична рехабилитация и балнеология, 3, 2008, 1-6, 4-9.
27. Колева И. Професионални компетенции на бакалаврите по медицинска рехабилитация и ерготерапия като членове на рехабилитационния екип. Превенция и рехабилитация, 2, 2008, 1, 2-7.
28. Колева И. Приложение на цикъла на Деминг за осигуряване на качеството в процеса на реструктуриране на клиниката по физикална и рехабилитационна медицина при Университетската болница в Плевен. Превенция и рехабилитация, 2, 2008, 1, 22-43.
29. Колева И. Неврорехабилитационни алгоритми и международна класификация на функционирането, инвалидността и здравето (МКФ): оценка на здравно-обусловеното качество на живот чрез МКФ. Неврорехабилитация, 3, 2009, 1-2, 2-25.
30. Колева И. Ерготерапията – философия и принципи. Превенция и рехабилитация, 3, 2009, 1-2, 53-58.
31. Колева И. Функционална оценка в неврорехабилитацията: роля на неврологичните стандартизирани скали и роля на Международната класификация на функционирането, инвалидността и здравето. - В: Българската физикална и рехабилитационна медицина – минало, настояще, бъдеще (материали от VI Национален конгрес с международно участие, организиран от Асоциация по Физикална медицина и рехабилитация, София, Октомври 2009, с. 96-101.
32. Колева И. Кратък курс по Кинезитерапия (за рехабилитатори). II-ро допълнено и преработено издание. Учебник за рехабилитатори от I курс на Медицински колеж при Медицински университет – София. – София: РИК „СИМЕЛ”, 2009, 168 с.
33. Колева И. Основи на физикалната терапия и рехабилитация (вкл. ерготерапия и medical spa). Учебник. – Плевен: МУ – Плевен, 2011, 342 с.
34. Колева И., Т. Троев, Ж Ленс, Н. Христодулу, И. Чавдаров, Е. Илиева. Специалност „Физикална и рехабилитационна медицина в България –

- адаптиране към Европейските изисквания. Превенция и рехабилитация, 3, 2009, 1-2, 49-52.
35. Костадинов Д., Гачева Й. Основи на физикалната терапия. – София: Медицина и физкултура, 1978, 440 с.
 36. Костадинов Д., Краев Т. Кротиотерапия. – София: Медицина и физкултура, 1987, 103 с.
 37. Костадинов Д., Тодоров Л., Пенева Й., Пантева Ц. Практическо ръководство по лечебна физкултура. – София: Медицина и физкултура, 1985, 276 с.
 38. Кочанков Д., Нинов В., Краваев Ст. Физиотерапия за рехабилитатори. – София: Медицина и физкултура, 1974, 224 с.
 39. Краев Т. Мануално мускулно тестване. – Във: Физикалните фактори в практичната медицина. Под ред. М.Маринкев. Пловдив: Издателство на ВМИ - Пловдив, 1999, 27-31.
 40. Краев Т. Изследване на мускулния дисбаланс. - Във: Физикалните фактори в практичната медицина. Под ред. М.Маринкев. Пловдив: Издателство на ВМИ - Пловдив, 1999, 31-36.
 41. Краев Т., Пантева Ц., Стоилова М., Левонян Е., Монева П. Учебник по лечебен масаж и постизометрична релаксация – обща част. Под ред. доц. Краев. – София: Веридия, 2005, 250 с.
 42. Краев Т., Тодоров Л. Ръководство по лечебен масаж. – София: Медицина и физкултура, 1989, 192 с.
 43. Лайдъл Л., Томас С., Кук К., Паркър А. Масаж – Пълно ръководство за източни и западни масажни техники. – София: Кибеа, 1996,
 44. Левит К., Заксе Й., Янда В. Мануална терапия в рамките на медицинската рехабилитация. Под ред. доц. Карел Левит. – София: Медицина и физкултура, 1981, 520 с.
 45. Марекон, М., Г. Каранешев, Кинезитерапия при вътрешни и нервни болести, Благоевград, 2000г.
 46. Маринова П. Професионални компетентност и компетенции (технологични насоки за изработване на компетенциите на специалистите по здравни грижи). – Здравен мениджмънт, 2004, № 2, 25-28.
 47. Медицински стандарт по Физикална и рехабилитационна медицина. Държавен вестник, 2004.
 48. Милков, Д. Информатика и математически методи в педагогиката. София, 1996.
 49. Милчева Хр. Аспекти на обучението в медицински колеж, Стара Загора, 2006
 50. Милчева, Хр., Етико-деонтологични аспекти на обучението, Стара Загора, 2006
 51. Министерство на здравеопазването. Доклад за здравето на нацията в началото на 21 век (Анализ на провежданата реформа в здравеопазването). – София, 2004.
 52. Министерство на здравеопазването. Национална здравна стратегия (По-добро здраве за по-добро бъдеще на България). – София, 2001, 104 с.

53. Митева Кр., Процесът на обучение за изграждане на професионалните компетенции на медицинските специалисти, сп. "Сестринско дело", бр.1-2, 2011, с 47-51.
54. Митова М., Воденичаров Ц. Педагогически проблеми на медицинското образование (Медицинска педагогика). – София: График консулт, 1998, 188 с.
55. Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите от професионално направление „Здравни грижи” за образователна и квалификационна степен „Специалист” (загл.изм. ДВ бр. 32 / 2005, ДВ, бр. 94 / 2005) Обн. ДВ. бр.108 / 1998, изм. ДВ бр.32 / 2005, изм. ДВ. бр.94 / 2005, изм. ДВ. бр. 95 / 2005.
56. Наредба за единните държавни изисквания по специалностите от професионално направление „Здравни грижи” за образователно-квалификационна степен „Професионален бакалавър по..”, ДВ. бр.87, 2008 г.
57. Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. – ДВ, бр. 15 от 18 февруари 2011 г.
58. Национална здравна стратегия 2007 - 2013 година.
59. Национална стратегия „Здраве за България”, 1995.
60. Пантева Ц. Възможности на съвременната медицинска рехабилитация и ерготерапия. Кинезитерапия и рехабилитация, 2007, 6, 1-2, 44-51.
61. Петков, И., Е.Димитрова, Д. Ганчев, Д. Попова, Основи на кинезитерапията - Средства и специални методики на кинезитерапията 2 част, Учебник, София, „Тип-топ Прес”, 2008, 300 с.
62. Петков, И., Е.Димитрова, Д. Ганчев, Д. Попова, Основи на кинезитерапията – Теоретични основи и обща методика на кинезитерапията 1 част, Учебник, София, „Тип-топ Прес”, 2008, 111 с.
63. Петров, П., Актуални проблеми на педагогическото общуване, сп. „Педагогика”, 1991 г., кн. 1.
64. Попов, Н. Гръбначен стълб функционална д-ка и кинезитерапия София, 2002, 250 с.
65. Попов,Н. Клинична патокинезиологична диагностика в ортопедията травматологичната кинезитерапия С. 2003 г.
66. Попов, Т., Студентът като субект на обучението /Едно проучване в системата на общественото здраве/, София, 2006 г., изд. „Везни”.
67. Попов, Т., Хр. Милчева, Г. Петрова, Принципи и методика на обучението, под ред. на Т. Попов, Ст. Загора, 2006 г., изд. „Кота принт”.
68. Попов, Т., За теоретичната и педагогическата подготовка на студентите в сферата на общественото здраве, сп. „Педагогика”, 2006 г., кн. 9, стр. 69 – 79.
69. Попов, Т., Г. Петрова, Въвеждане на иновационни технологии в обучението на бакалаври по здравни грижи, в сб. „Контакт 2006 г.”, София, 2006 г., изд. „Темпо”.

70. Попов, Т., Мотивация за учене на студентите, обучавани в сферата на общественото здраве, сп. „Здравен мениджмънт”, 2006 г., том 6, кн.2, стр. 55 – 59.
71. Попов, Т., В. Гюрова, И. Колева, съавт., Педагогика, втора част: Дидактика /теория на обучението, под науч. рък. и ред. на Т. Попов, Учебник за студенти от ФОЗ, София, 2005 г., изд. „Топографика”.
72. Попов, Т., Специфика на педагогическото общуване и педагогическото взаимодействие при обучението на студентите, Преподавателят във висшите учебни заведения, в сб. Гражданската идея в действие, София, 2005 г., изд. „Темто”, стр. 134-139.
73. Попов, Т., Терапия и профилактика чрез изкуство, София, 2004 г., изд. „Образование”. 9-39
74. Попов, Т., И пак, за танца....., София, 2005г.изд. „Образование” 2005, 79-91
75. Попов, Т., Арт-терапия при деца. София:”ДЕФЕКТО ЕООД” 2008, 13-23.
76. Попова, С., Личност и здраве, София, 1993 г., изд. „Контраст”.
77. Рязкова, М. Физикална терапия София. 2002 г.
78. Смирнов, С.Д., Педагогика и психология. От дейност к личности, Москва, 2003 г., изд. „Академия”.
79. Слънчев П., Бонев Л., Банков Ст. Ръководство по кинезитерапия. – София: Медицина и физкултура, 1986, 317 с.
80. Топузов И., Богданов П. Физиологични и кинезиологични основи на кинезитерапията. – Благоевград: Университетско издателство „Неофит Рилски”, 2001, 150 с.
81. Топузов И., Ерготерапия – първа част, София, РИК „Симел”, 2007, 309 с.
82. Троев Т., И. Колева. Място на неврорехабилитацията в контекста на специалността „физикална и рехабилитационна медицина”. – В: Материали (програма и резюмета) на Първа Национална конференция по Неврорехабилитация, Плевен, 2008. Неврорехабилитация, 2, 2008, 2, 12.
83. Ahronheim JC. Case studies in geriatrics for the house officer. Baltimore – Hong Kong - London – Sidney: Williams & Wilkins, 1990.
84. DeLisa JA. Physical Medicine and Rehabilitation – principles and practice. 4th Edition. – Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2005.
85. Department of Health. Consent: what you have a right to expect: a guide for adults, 2001. – Available at: http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID_4005204&chk_q9IGT, accessed 01.04.2006.
86. Department of Health. Reforming the Mental Health Act. White Paper Cm. 5016–I. London, TSO, 2000.
87. Department of Health. Health Services circular (HSC) 1998/153 Using electronic patient records in hospitals: legal requirement and good

practice. - London, DoH, 1998. Available at: [http:// www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/LettersAndCirculars/HealthServiceCirculars/HealthServiceCircularsArticle/fs/ en? CONTENT_ID_4004847&chk_ZdliPM](http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/LettersAndCirculars/HealthServiceCirculars/HealthServiceCircularsArticle/fs/en?CONTENT_ID_4004847&chk_ZdliPM), accessed 21.04.2006.

88. Dijkers M. Measuring quality of life. – In: M Furher Ed. Assessing medical rehabilitation practices. The promise of outcomes research. Baltimore: Brookes Publishing Co, 1997, 153-179.
89. Enderby P. Changing models of care delivery: effects on training programmes. - In: Abstracts Book of the 3rd World Congress in Neurological Rehabilitation, Venice, Italy, 2002, 44.
90. Fifty-Eight World Health Assembly: Resolution 58.23. Disability, including prevention, management and rehabilitation. – Geneva: World Health Organization, 2005.
91. Foundation for PM&R. The PM&R approach. Available at: <http://www.foundationforprm.org/approach.html>. [cited at January 26, 2008]
92. Gauthy R. Ergonomics and rehabilitation in a worker-centered perspective. – Proceedings of the 16-th European Congress of Physical and Rehabilitation Medicine (Brugge, Belgium, June 2008). Turin: Edizioni Minerva Medica, 2008, 3-4.
93. Gabe J. Health, medicine and risk: the need for a sociological approach. – In: J Gabe Ed. Medicine, health and risk (Sociological approaches), 1-18.
94. Georgiev B, Gotcheva N, Ivanov I. The criteria for normal weight, overweight and obesity knowledge of Bulgarian physicians. – In: From Prevention to Rehabilitation. N.Gocheva, B.Georgiev, A.Scalzini Eds. Proceedings of Cardiology Update 2006, September 2006, Albena Resort. Sofia: Havitis, 2007, 178-181.
95. Georgiev B, Gotcheva N, Baytcheva V, Ivanov I. Desirable blood pressure target levels in hypertensive patients with overweight. – In: From Prevention to Rehabilitation. N.Gocheva, B.Georgiev, A.Scalzini Eds. Proceedings of Cardiology Update 2006, September 2006, Albena Resort. Sofia: Havitis, 2007, 173-177.
96. Giglia E. To Google or not to Google, this is the question. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine, 2008, 44, 2, 221-227.
97. Goranova Z, Hechuin Liu, Koleva I. The Three Methods for Stage-treatment of Parkinson's disease in Western and Chinese Medicine. – In: Chinese therapeutic methods, volume II. (Proceedings of VI European Congress of Chinese Medicine „From the past to the future”, September - October 2006, Sofia). Sofia, 2008, 154-165.
98. Granger CV. Guide for use of the Uniform Data Set for medical rehabilitation. New York, Buffalo general hospital, 1986.
99. Grinyer A. Risk, the real world and naive sociology. – In: Gabe J. Ed. Medicine, health and risk (Sociological approaches). Oxford – Cambridge: Blackwell publishers, 1995, 31-52.

100. Hagedorn R. Occupational Therapy. Perspectives and process. – Edinburg: Chirchill Livingstone, 1995.
101. Hopkins H & HD Smith Eds. Willard and Spackman's Occupational therapy. 8th edition. - Philadelphia: JB Lippincott, 1993.
102. Kielhofner G. A Model of Human Occupation. Theory and application. – London: Williams & Wilkins, 1985.
103. Kielhofner G, Forsyth K. The Model of human occupation: an overview of current concepts. *British Journal of Occupational Therapy* 60, 1997, 3, 103–110.
104. Koleva I. Repetitorium physiotherapeuticum (basic principles of the modern physical and rehabilitation medicine). Book for English speaking students of Pleven Medical University. – Sofia: Publishing house „SIMEL”, 2006, 95 p.
105. Koleva I. The Bulgarian Neurorehabilitation School and the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): integrating ICF requirements into clinical practice. - *Journal of Biomedical and Clinical Research*, 2, 2009, 1, 8-18.
106. Koleva I, Goranova Z, Ivanova S, Yoshinov R. Electrodiagnostical and Electrographical Evaluation of the Efficacy of Reflexotherapy in Neuropathic Diabetic Foot. - – In: Chinese therapeutic methods, v.2. (Proceedings of VI European Congress of Chinese Medicine „From the past to the future”, September - October 2006, Sofia). Sofia, 2008, 32-42.
107. Koleva I, Ioshinov R. Automated system for Nosometric Studies, Diagnostics and Prescription of Rehabilitation Complex for Patients Suffering from Multiple Sclerosis. – In: Abstracts of the II Mediterranean Congress of Physical Medicine and Rehabilitation, May 1998, Valencia, Spain, 448.
108. Koleva I, Iochinov R. Physical-therapeutic and rehabilitation strategies for ameliorating quality of life of patients with amyotrophic lateral sclerosis. – In: Fostering Research on Rare Diseases in Eastern European Countries (Proceedings of Second Eastern European Conference on Rare Diseases and Orphan Drugs, September 2006, Plovdiv, Bulgaria), 121-123.
109. Koleva I, Iochinov R, Dikova M et al. Physical Therapy and Rehabilitation in Diabetic Polyneuropathy Patients. – In: Physical and Rehabilitation Medicine, WJ Peek & GJ Lankhorst Editors, MEDIMOND, Monduzzi Editore, 2001, 677-681.
110. Koleva Y, Yoshinov R, Edreva V. Introduction des principes de la psychométrie dans la balnéo et la climatothérapie des neuroses et des états neurotiques. - In: Proceedings of the XI Congress of World Hydrothermal Organization, Istanbul - Pamukkale, Turkey, May 1992, 327-330.
111. Koleva Y, Yoshinov R, Edreva V, Kouyoumdjieva M. Examens nosométriques chez des patients lombalgiques au cours d'une cure thermale. - In: Proceedings of the XI Congress of World Hydrothermal Organization. Istanbul, Turkey, May 1992, 15.
112. Koleva I, Iochinov R, Marinkev M, Stoyneva Z, Ilieva E, Iliev D. Comparative study of Different Rehabilitation Complexes in Diabetic Polyneuropathy Patients. – In: Reflection on Advances in Rehabilitation –

- Future Challenges. Abstracts Book of the 2nd World Congress of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM), Praga, Czech Republic, May 2003, 36.
113. Koleva Y, Ioshinov R, Kaneva T. Logiciel pour Diagnostic et Prescription de Cure Thermale et de Rééducation a des Malades Parkinsonniens. – In: Health Resort Medicine. Prof. Helmut Pratzel Editor. ISMH Verlag Geretsried, 1995, 207-209.
 114. Koleva I, Iochinov R, Stoyneva Z, Dikova M, Ontcheva G et al. Transcutaneous electroneurostimulation and fangotherapy in Diabetic Polyneuropathy Patients. – In: Abstracts Book of the 3rd World Congress in Neurological Rehabilitation, Venice, Italy, April 2002, 497.
 115. Koleva I, Kolev J, Stoeva S et al. Quantitative evaluation of the efficacy of the Physical Therapy and Rehabilitation in Diabetic Polyneuropathy Patients. – In: Abstract Book of the 1st Congress of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM I), Amsterdam, The Netherlands, July 2001. Monduzzi Editore, 139.
 116. Koleva I, Lishev N. Complex kinesitherapeutic program for patients with cerebro-spinal form of multiple sclerosis. – In: Abstracts of the 36rd International Danube Symposium for Neurological Sciences and Continuing Education, Sofia, September 2004, 66-67.
 117. Koleva I, Lishev N, Iochinov R et al. Manual-Therapeutic and Kinesitherapeutic Techniques in Patients with Cervically Related Headache. – In: Proceedings of 2nd World Congress of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM), Praga, Czech Republic, May 2003, 345-350.
 118. Larsen U. Stretch reflex and specific stretch techniques. – In: Special report: Training for speed, power & strength. Facilitated stretching sequence, 2005. Available at: www.stretchman.com/tutorial.html.
 119. Laver Fawcett AJ. Principles of assessment and outcome measurement for occupational therapists and physiotherapists: Theory, skills and application. – Chichester: John Wiley & Sons, 2007, 467 p.
 120. Law M. Evaluating activities of daily living: directions for the future. *American Journal of Occupational Therapy*, 47, 1993, 3, 233–237.
 121. Law M, Letts L. A critical review of scales of activities of daily living. *American Journal of Occupational Therapy* 43, 1989, 8, 522–528.
 122. Leahy D. Developments for people with disabilities. – In: Presentations of the Annual Forum 2006 of the European Computer Driving License Formation „Celebrating 10 years of success”, Dubrovnik, Croatia, November 2006.
 123. Lewit K. Postisometric relaxation in combination with other methods of muscular facilitation and inhibition. *Manual Medicine*, 1986, 2, 101-104.
 124. Lewit K. Manipulative therapy in the rehabilitation of the locomotor system. 2nd edition. – London: Butterworth, 1991, 30-32.

125. Macdonald EM. Occupational therapy in Rehabilitation. A Handbook for OTs, students and other interested in this aspect of reablement. – London: Balliere, Tindall and Cox, 1964.
126. Mayers C. The Mayers' Quality of Life Scale. York, York St John College, 2002.
127. Mayers C. Defining and assessing quality of life. *British Journal of Occupational Therapy*, 58, 1995, 4, 146–150.
128. Melvin JL. Physical and rehabilitation medicine: comments related to the White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2008, 44, 2, 117-119.
129. Model of Human Occupation. Introduction to MOHO, 2006. Available at: <http://www.moho.uic.edu/intro.html>. Accessed 10.08.2006.
130. Mosey AC. Activities therapy. - New York: Raven Press, 1973.
131. Negrini S, Frontera W. The Euro-American Rehabilitation Focus: a cultural bridge across the ocean. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2008, 44, 2, 109-110.
132. Phillips C. Evaluating health and social care. – London: Macmillan, 1994.
133. Pradat-Diehl P, Azouvi P. Fonctions exécutives et rééducation. – Paris: Masson, 2006.
134. Rehabilitation and integration of people with disabilities: policy and integration. 7th edition. – Strassbourg: Council of Europe Publishing, 2003, 369 p.
135. Rogers JC. Eleanor Clarke Slagel Lectureship – 1983: clinical reasoning: the ethics, science, and art. *American Journal of Occupational Therapy* 37, 1983, 9, 601–616.
136. Sarno J, Sarno M, Levita E. The functional life scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 54, 1973, 5, 214–220.
137. Skruppy M. Activities of daily living evaluations: is there a difference in what the patient reports and what is observed? *British Medical Journal*, 11, 1993, 3, 13–25.
138. Slater DY, Cohn ES. Staff development through analysis of practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 45, 1991, 11, 1038–1044.
139. Smith G. The Casson Memorial Lecture 2006: telling tales: how stories and narratives co-create change. *British Journal of Occupational Therapy*, 69, 2006, 7, 304–311.
140. Soderberg G. Kinesiology - Application to Pathologic Motion. 2nd edition. - Baltimore: Williams & Wilkins, 1997, 340-360.
141. State University of New York at Buffalo. Guide to use of the uniform data for medical rehabilitation (adult FIM). Version 4. Buffalo - New York: State university of New York at Buffalo, 1993.
142. Stewart S. The use of standardised and non-standardised assessments in a social service setting: implications for practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 62, 1999, 9, 417–423.

143. Stucki G. Current state of the application of the ICF in physical medicine and rehabilitation. – In: Proceedings of the 16th European Congress of Physical and Rehabilitation Medicine (Brugge, Belgium, June 2008). Turin: Edizioni Minerva Medica, 2008, 14-15.
144. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disability and Rehabilitation*, 2002, 24, 932-938.
145. Stucki G, Cieza A, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *Journal of Rehabilitation medicine*, 2007, 39, 279-285.
146. Stucki G, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of physical and rehabilitation medicine. *Journal of Rehabilitation medicine*, 2007, 39, 286-292.
147. Sykes J, Johnson R, Hanks G. ABC of palliative care: Difficult pain problems. *British Medical Journal*, 1997, 315, 867-869.
148. Turner A, Foster M, Johnson S. Occupational therapy and Physical dysfunction. Principles, skills and practice. Fifth Edition. – Edinburgh – London – New York – Philadelphia – St Louis – Sydney – Toronto: Churchill Livingstone, 2002, 666 p.
149. UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) 2005 / 14 final. European Definition of the Medical Act. Adopted in Munich, 21 - 22 October 2005. Available at: www.uems.net.
150. UEMS – PRM-section: Definition of Physical and Rehabilitation Medicine. Available at: www.euro-prm.org, 2005.
151. UNESCO. Universal Declaration on bioethics and human rights. October 2005.
152. Unsworth CA. Measuring outcomes using the Australian Therapy Outcome Measures for Occupational Therapy (AusTOMs-OT): data description and tool sensitivity. *British Journal of Occupational Therapy*, 68, 2005, 8, 354–366.
153. Wade DT. Measurement in Neurological Rehabilitation. – Oxford: Oxford University Press, 1992.
154. White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. Produced by the Section of Physical and Rehabilitation Medicine, Union Européenne des Medecins Specialistes (UEMS), the European Board of Physical and Rehabilitation Medicine and l'Academie Européenne de Medicine de Readaptation in conjunction with the European Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ESPRM). C Gutenberg, AB Ward, MA Chamberlain Editors. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2007, 1, Supplement 45, 1-48.
155. World Confederation for physical therapy. Description of physical therapy: what characterises physical therapy?, 2006. - Available at: <http://www.wcpt.org/policies/description/character>, accessed 24.06.2006.

156. World Federation of Occupational Therapy. Definitions of occupational therapy, draft 7. August 2005. - Available at: http://www.wfot.org/Document_Centre/default.cfm. Accessed 26.10.2005.
157. World Health Organization. Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. – Geneva: WHO, 1980.
158. World Health Organization. Department of Non-communicable Disease Surveillance, Geneva. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Report of a WHO consultation. – Geneva: WHO, 1999.
159. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Technical report Series 797. – Geneva: WHO, 1990.
160. World Health Organization. Health for all in the 21st century. - Geneva: WHO, 1998.
161. World Health Organization. Classification of Diseases. 10th Edition. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptors and diagnostic guidelines. - Geneva: WHO, 1992.
162. World Health Organization. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease. - Geneva, WHO, 1980.
163. World Health Organization. ICIDH-2 International Classification of Impairments, Activities and Participations: A Manual of Dimensions of Disablement and Functioning. Beta-1 Draft for Field Trials. - Geneva, WHO, 1997.
164. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). – Geneva: WHO, 2001.
165. World Health Organization. ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. - Geneva, WHO, 1992.
166. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Geneva, WHO, 2004. – Available at: http://www.who.int/occupational_health/publications/en/oehicd10.pdf. Accessed 14.10.2006
167. World Health Organization. The International Statistical Classification of Diseases and Health-Related problems ICD -10. Second Edition. - Geneva: WHO, 2005.
168. World Health Report 1998. Life in the 21st Century: a vision for all. - Geneva: WHO, 1998.
169. World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. - Geneva: WHO, 2002.
170. World Health Report 2006. Working together for health. - Geneva: WHO, 2006.
171. World Health Organization. Towards a Common Language for Function, Disability and Health: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva, WHO, 2002. – Available at: <http://www3.who.int/icf/beginners/bg.pdf>. Accessed 21.02.2006.

Руска Паскалева

**ИНОВАТИВНИ ЕЛЕМЕНТИ В ОБУЧЕНИЕТО
ПО КИНЕЗИТЕРАПИЯ, АРТ-ТЕРАПИЯ И ЕРГОТЕРАПИЯ
ЗА СТУДЕНТИТЕ РЕХАБИЛИТАТОРИ**

Българска
Първо издание

Научен консултант:

проф. д-р Ивет Борисова Колева-Йошинова, дмн

Рецензенти:

доц. д-р Тройчо Динев Троев, дмн
доц. д-р Юлияна Крумова Маринова, дм

Формат: 70/100/16

Печатни коли: 7,5

Печат: „ЕКС-ПРЕС” ООД – Габрово; тел.: 066/ 860 860
express2004@abv.bg

ISBN 978-954-490-341-1