

ГОДИШНИК НА СОФИЙСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“

ФАКУЛТЕТ ПО ПЕДАГОГИКА

Книга Социални дейности

Том 106

ANNUAIRE DE L'UNIVERSITE DE SOFIA "ST. KLIMENT OHRIDSKI"

FACULTE DE PEDAGOGIE

Livre Activites Sociales

Tome 106

ФУНКЦИОНАЛНА АВТОНОМИЯ В НАПРЕДНАЛА И СТАРЧЕСКА ВЪЗРАСТ– ОЦЕНЯВАНЕ И ПЛАНИРАНЕ НА ПОДКРЕПА И ГРИЖИ

ГИНКА МЕХАНДЖИЙСКА

Ginka Mehandjiiska. FUNCTIONAL AUTONOMY IN OLD AGE – ASSESSMENT AND PLANNING OF CARE AND SUPPORT

In the study the issue of functional autonomy in old age is analyzed in terms of recent and significant problems essential for social workers' practice. The emphasis is put on the approaches and tools for assessment of functional status of elderly clients. The main question is how assessment methods can adequately show balance between care needs on one hand and on the other – activity potential and independent living. According to assessment models the purpose is to be pointed out main methodological guidelines, principles and substantive areas of planning in gerontological social work. The implementation of models of support and caregiving plans is grounded – plans which are individually adequate to limitations as well as to the possibilities for clients' functional autonomy.

УВОД

Актуалните тенденции в организацията и методиката на социалните услуги за хора в напреднала и старческа възраст отреждат значима роля на оценяването на потребностите и индивидуалното планиране в процеса на подпомагане на социалното включване и разширяването на възможностите за водене на независим живот от обслужваните лица. По този начин като специфичен в професионално отношение и научно предизвикателен проблем се оформя търсенето и обосноваването на такива принципи, полезни методически изисквания, приложни техники и модели на оценяване и планиране, които да улес-

няват и оптимизират професионалните интервенции в подкрепа на независимостта и самостоятелността на живота на възрастните хора, за подобряване на състоянието и възможностите им да водят активен и автономен живот.

При подобна ориентация в социалните дейности като цяло, и по-конкретно в полето на услугите за хора от третата възраст, въпросът за функционалната автономия се оказва обикновено приоритетен – на способностите за самостоятелно справяне с ежедневните дейности се гледа и като на условие за водене на пълноценен и достоен социален живот от възрастните хора. А качеството и адекватността на оценяването на функционалните способности и планирането на съответните форми за грижи и подкрепа трябва да разреши един водещ проблем – проблемът за активността в третата възраст. Принципите и инструментите за оценяване по професионални и мултидисциплинарно съгласувани пътища трябва да изследват също така и потребностите и потенциала за социално функциониране, вътрешните мотиви за водене на активен живот, социалните и индивидуално-личностните условия на активността; възможностите на възрастния човек да се адаптира, да научава и развива умения. Правилата и моделите при планиране трябва да отварят пространство на индивидуално-адекватните и проактивно-ориентирани социални услуги, програми, методи както за рехабилитация, така и за поддържане и разширяване на автономията в ежедневието и в социалното функциониране като цяло.

Една от най-съществените функции на оценяването на функционалната автономия в процеса на социална работа по индивидуални случаи в геронтологичната практика е да детерминира основната посока, граници и нива на активност в индивидуалните планове на клиентите от третата възраст. Това именно е значим фокус в настоящия анализ, като по-конкретно се цели, изхождайки от моделите на оценяване, да бъдат посочени и основните методически насоки, принципите и съдържателните области на планирането, които да обосноват прилагането на такива модели на планове за подкрепа и грижи, които да бъдат индивидуално адекватни на ограниченията, но и на възможностите за функционална автономия на клиентите. Други задачи, на които е посветена разработката, са също така: уточняване на разбиранията за функционална автономия в напреднала и старческа възраст; интерпретиране на съотношението автономия–зависимост при оценките и изясняване на ролята на динамичното подхождане при планирането. Специален акцент в изложението е поставен и върху връзката на способностите за изпълнение на ежедневни дейности с възможностите за пълноценно социално функционално при хората в напреднала и старческа възраст.

Анализът следва да покаже и как разбирането на проблемите и потребностите се пречупва през оценката на функционалното състояние на клиента, с което на практика се илюстрира практическото обвързване на мултидисциплинарността, на биопсихосоциалния подход с методиката на извършване на оценяването и планирането на грижите и социалната подкрепа в геронтоло-

гичната социална работа. По-конкретно това означава да бъдат формулирани такива принципи и изисквания към планирането, които да създават възможността индивидуалните планове да подкрепят комплексно функционалната автономия на възрастните хора и така да я поддържат или да я разширяват съобразно потребностите на клиентите от активност и самостоятелност.

ФУНКЦИОНАЛНА АВТОНОМИЯ В НАПРЕДНАЛА И СТАРЧЕСКА ВЪЗРАСТ

Понятието функционална автономия

Функционалната автономия на хората в напреднала и старческа възраст присъства като приоритетна тема, обект на внимание, оценка, интервенции и подкрепа в интердисциплинарното приложно поле на социалната политика, социалната работа, геронтопсихологията, медико-рехабилитационните и медико-социалните дейности. Етимологията на понятието може еднозначно да се определи от значението на съставляващите го части:

- **Функция** (от лат. *functio, functus* – изпълнение, извършване) – тълкува се като дейност, употреба, работа (например на някакъв орган), задължение, поле на дейност; предназначение, длъжност, роля; означава още – явление, което е свързано с развитието на друго явление или произтича от него [1; 28].
- **Автономия** (от гр. *autos* – сам и *nomos* – закон) [6] – самоуправление, независимост, самостоятелност, свобода. В широк смисъл понятието автономия, според обобщението на G. Agich, се приема за еквивалентно на свобода, самоуправление, самоопределение, свободна воля, лично достойнство, неприкосновеност, индивидуалност, независимост, отговорност, самопознание; автономията се идентифицира още с отстояване на собствените права, критично мислене, свобода от задължения, липса на външна принуда, разбиране на собствения интерес, и е свързана с дейността на човека, неговите убеждения, причините за действията му, правилата, отношението му към волята на другите, неговите идеи и принципи [11, с. 6].

Автономията като способност за самоуправление предполага наличие на определен капацитет за оценяване и вземане на решения, способност за предвиждане и правене на избор. Автономия е и свободата на действие или свободата на личността да приеме или да откаже нещо по своя преценка. Автономията на човека зависи едновременно от неговия капацитет и от възможностите за свобода. Така например, когато в процеса на стареене когнитивният капацитет на възрастния човек се променя (влошава), това трябва да се съобрази и да му се обясни по определен начин [18, с. 91].

- **Функционална автономия** – според етимологията на съставните понятия и в разглеждания тук контекст, а именно – в социалната работа с хора в напреднала и старческа възраст, можем следователно да определим функционалната автономия като самостоятелност и самоуправление в работата на различните човешки органи и системи при използването на техните възможности и предназначение и при извършването на различни основни дейности в ежедневието.

Функционална автономия се нарича независимото и самостоятелно извършване на нещо, изпълнението на определени дейности, роли, задачи, задължения. Тъй като тук понятието се отнася до човешкото функциониране (а то в значителна степен е обусловено и социално, и материално, и технологично, и пр.), нормата за автономия винаги стои по един относителен начин. Това означава, че независимото справяне с определена дейност, дори и да не се нуждае от пряка чужда помощ, все пак винаги протича в едни или други по-благоприятни или по-сложни условия и обстоятелства, които неизбежно и динамично влияят върху степента на независимост. Също така функционалната автономия се отнася и до оптималната и независима дейност, употреба, работа на органите и частите на човешкото тяло, на психичните процеси.

В приложно отношение понятието покрива изцяло наложилото се в практиката на социалните услуги разбиране за „умения за самообслужване“. Функционалната автономия се отнася до нивото и качеството на уменията и способностите за изпълнение на основните дейности за поддържане на съществуването в човешкото ежедневие. Функционалните способности, по определението на S. Qualls и B. Knight, се отнасят до уменията за поддържане на независимост при самообслужването, самостоятелната грижа за себе си, функционирането в различна среда или изпълнението на основни дейности в човешкото ежедневие [26, с. 61]. Редица автори в тази област посочват две категории функционални умения:

- ✓ за извършване на основни ежедневни дейности (къпане, обличане, сресване и други);
- ✓ за извършване на инструментални ежедневни дейности (чистене, готвене, вземане на лекарства, използване на транспорт, управление на финанси и други) [2, с. 52; 26, 61–62; пак там, с. 209].

В геронтологичната практика, в сферата на социалните услуги, тези две области са основният фокус на оценяването на потребностите, като според установените ограничения или възможности, социалният работник планира и осигурява ресурсно необходимите грижи и подкрепа.

В терминологично отношение трябва да подчертаем, че понятието функционална автономия винаги се употребява и отнася преди всичко до независимото функциониране на човешкото тяло и психика в най-присъщите, обичайни ежедневни дейности и ситуации – така, както понятието се е утвър-

дило в медико-социалния си контекст. Когато в теорията и в практиката на работа с хора от третата възраст „говоренето“ за автономно функциониране е в по-широк смисъл, поставено е в сфери и дейности с по-широк обхват, обикновено се уточняват и конкретизират границите и съдържанието на понятието.

Интерпретации на функционалната автономия в социалната медицина и социалната работа

От гледна точка на социалната медицина функционалната автономия на хората от третата възраст се интерпретира в смисъла на „функционалните възможности на организма за самостоятелен живот и самообслужване“ [3, с. 167], като в зависимост от тях и от състоянието на здравето и способностите за упражняване на труд, така ориентираната оценка позволява категоризиране на хората от третата възраст в три подгрупи:

- „Група от лица със запазени жизненост, активност и трудоспособност и творчески възможности;
- Група от лица със запазени донякъде способности да водят самостоятелен живот, но боледуващи от някакви (едно или две) хронични заболявания, които са в компенсирано или субкомпенсирано състояние и които ограничават способностите им и ги правят зависими от много фактори;
- Група от лица, които изпитват старческа немощ и се нуждаят от грижи и гледане от близки хора, респективно съответни заведения“ [пак там].

Съвременните медико-социални разбирания за функционалната автономия в третата възраст се опират на такава концепция за болестта, която съвместява и социални аспекти и проекции. Доколкото **класическата концепция** е построена върху връзката *етиология-патология-симптоматика*, то **функционалната концепция** акцентира върху онези ефекти от болестта, които оказват влияние върху способностите на индивида да функционира адекватно и пълноценно в своята социална среда [20, с. 754–755]. В този смисъл и диагностиката трябва да доведе до функционална картина на болестта, до едно по-широко разбиране за областите на нарушени и съхранени функции. Крайната цел на интервенцията също от своя страна се измества и вече се преследва преди всичко „подобряване на функционирането на индивида и неговото качество на живот“ [пак там, с. 755].

В контекста на геронтологичната социална работа разбирането за функционална автономия трябва да отчита и съобразява:

- ✓ от една страна – оценките на състоянието и възможностите на възрастния човек, заключенията, целите, очакванията, плановете и програмите за социална работа;

- ✓ от друга страна – спецификата на старостта и закономерностите на процесите на стареене – (например възможностите за възстановяване на определени функции могат да са възрастово ограничени от стареенето; определени социални потребности също са възрастово специфични – усилват се, възникват или отпадат в процеса на стареене).

На практика *целите* (например тяхното съдържание; също така в много голяма степен – сроковете за реализацията им, темпове на измененията; адекватността, реалистичността и др.) *на социалната работа* с хора от третата възраст се обуславят и пречупват значително през функционалния статус на клиента.

От гледна точка на целевата и предметна област на социалната работа, функционалната автономия е способност на клиента за независимо от помощ и грижи самостоятелно извършване на основни дейности в ежедневието. Така както социалната медицина подхожда към функционалното състояние на индивида през разбирането за болестта и нейните ефекти, последствия и проявления, геронтологията, използвана като научнотеоретична обяснителна основа в социалната работа, предоставя интерпретации, извлечени от закономерностите, механизмите и факторите на процеса на стареене – закономерности, механизми и фактори които имат както биологични, така и социални, психологически, културни, икономически, правни, антропологически и т.н. аспекти. Какви по-точно **ключови разбирания и постановки** относно функционалната автономия можем да формулираме в геронтологично базираната социална работа:

- На първо място това е възгледът, че естествените процеси на стареене, и без да бъдат диагностицирани и класифицирани като болест, съвсем закономерно са съпътствани от функционални изменения.
- Във фокуса на социалната работа попада преди всичко социалното функциониране на личността и в този контекст (социалният) и в това поле (социалното) социалният работник оценява и интерпретира последствията и проявленията на всички функционални нарушения.
- Социалните функции обхващат изпълнението на дейности, свързани с общуване, осъществяване и поддържане на социални контакти, социално адаптиране, изпълнение на социални роли и т.н. – последствията от стареенето върху функционалните способности за справяне с ежедневни дейности са от значение и при изпълнението на социалните функции на личността.
- Областите на социално функциониране заемат значителен дял сред областите, в които може да бъде проявено и да се изследва качеството на живота, и в този смисъл *автономното функциониране като цяло* е значим фактор за удовлетвореността от качеството на живота.
- Психосоциалният аспект на функционалната автономия в напреднала и старческа възраст – това е например удовлетвореността на ли-

чността, *психосоциалният комфорт*, самочувствието, достойнството, чувството на възрастния човек, че е самостоятелен, пълноценен и полезен при справянето с обичайни дейности в ежедневието. Съответно нарушенията на функционалната автономия и зависимостта от чужди грижи може да повлияят негативно върху психосоциалния статус и да се съпътстват от преживяване на непълноценност, чувство за вина или дълг към другите, ниско самочувствие, неудобство, несигурност, страхове, самоизолация и други.

- Икономическият аспект на функционалната автономия се изразява в последствията от нейното изменение върху способностите за самоиздръжка, осигуряване на доходи, независимо функциониране на личността като субект на трудова дейност. В напреднала и старческа възраст способностите в това отношение са в значителна степен ограничени поради естествените процеси на възрастови изменения във функциите и способностите – каквото е и утвърденото социално възприятие и споразумение, стоящо например в основата на системите за пенсионно осигуряване. Макар и нерядко, обаче, възрастни хора имат потребност и са в състояние да поддържат такова ниво и качество на активно функциониране, което им позволява да продължават да практикуват трудова дейност и да си осигуряват и допълнителен доход.

Би било интересно да обърнем внимание и на разнопосочните възможности за настъпване на възрастово обусловени изменения на функционалните възможности в процеса на стареене. Могат да се развият следните тенденции:

- **Функционални изменения от негативен характер** – това са нарушения, разстройства, отслабване, отпадане на функции. Негативните по характер функционални изменения се обхващат в много голяма степен от диагностичните класификации на медицината.
- **Функционални изменения от позитивен характер** – подобряване, стабилизиране, натрупване, усиление на функции – най-често, или дори предимно, измененията в тази посока са от психосоциален характер – натрупване на житейски опит, мъдрост, способности за успешно справяне в проблемни социални ситуации; развитие на себепознание, което може да изпълнява балансираща функция в екзистенциално отношение; поемане и изпълнение на нови социални роли или усъвършенстване на изпълнението на досегашни.
- **Функционално съхранение** – това е поддържането на оптималното функциониране, запазването на нивото на способностите и качеството на изпълнение на различни роли и дейности.

Методите на социалната работа, социалните програми и услуги имат пряко отношение към превенцията, противодействието или компенсирането на

негативните изменения; към стимулирането на позитивните промени и към поддържането на условия, благоприятстващи използването на съхранените функции.

Доколкото нивото на функционална автономия се обвързва – и в теорията, и в практиката, с **качеството на живота**, което поддържа клиента, то ориентиращ и дори определящ критерий в това отношение следва да бъде **удовлетвореността** на човешките потребности в различни области – и базисни, и по-висши. Само по този начин нивото на функционалната автономия се явява фактор за удовлетвореност от качеството на живота, а удовлетвореността винаги има индивидуални измерения. Всеки клиент по свой индивидуален начин определя приоритетите сред потребностите си. Така в области с голямо значение за клиента функционалната автономия придобива особена значимост и загубата или ограничението ѝ тежи по-осезаемо, докато същото негативно развитие или нарушение в област, която няма такава ценност за клиента, има по-малък дял в общото чувство за удовлетвореност на личността.

Функционалната автономия се възприема също така като обособеност и независимост на изпълнението на необходими и значими за човешкото съществуване дейности спрямо *външни фактори*, условия, детерминанти. Като такива външни условия можем да разглеждаме например характеристиките на средата (оборудване, интериор, пособия, разположение на помещения, близост/отдалеченост и др.) Автономното функциониране предполага все пак възможност за удовлетворително и пълноценно съществуване независимо от конкретните характеристики на средата (по-скоро улесняващи или по-скоро затрудняващи).

Нивото на функционалната автономия е изключително зависимо, разбира се, и от *индивидуални характеристики и фактори* като например физическия, здравния, психичния статус на клиента. Неговото общо функционално състояние позволява самостоятелно и независимо изпълнение на едни или други дейности в различна степен и предполага съответно специфични потребности от подпомагане в конкретни сфери и ситуации.

В геронтологичната социална работа функционалната автономия се разглежда и оценява *предимно в по-тесен смисъл* като способност за самостоятелно и удовлетворително справяне с ежедневни дейности и задачи, попадащи в кръга на основните човешки потребности, осигуряващи едно основно ниво на удовлетворително и пълноценно качество на живот на възрастния човек. Така че, както виждаме от прегледа на разбиранията в сферата на социалните и медико-социалните дейности, функционалната автономия на възрастните хора се отнася в значителна степен към областта на уменията за изпълнение на ежедневни дейности, самообслужването, областите и ситуациите на ежедневното функциониране, удовлетворяването на базисни потребности.

Автономия и зависимост – баланс и динамика

Зависимостта е възникнало по принуда и необходимост, повече или по-малко желано и прието отношение с друго същество, обект, група, институция, чрез което се поддържа удовлетворяването на определена потребност [20, с. 755]. Според друга дефиниция зависимостта е частична или пълна невъзможност на възрастния човек да изпълнява без подпомагане основни жизнени дейности с физически, психически и социален характер, както и да се адаптира към своята среда [18, с. 91]. Зависимостта в напреднала и старческа възраст има разнообразни проявления, но разглеждана в по-тесен смисъл и във връзка със загубата на функционална автономия, тя се изразява именно във *функционални затруднения*, т.е. в невъзможност за самостоятелно справяне и нужда от чужда помощ за изпълнението на обичайните и базисни за човешкото ежедневие дейности (хранене, обличане, придвижване, поддържане на лична хигиена и т.н.).

Зависимостта има индивидуална специфика и в повечето случаи засяга едни функции, докато други остават автономни; в едни области справянето е ефективно и самостоятелно, а в други – зависимо от външна подкрепа и грижи. В този смисъл се използва и понятието *взаимозависимост* – способност за самостоятелно изпълнение на отделни дейности и задачи, докато за други лицето се нуждае от помощта на близки и съжителстващи лица, като в същото време то може и да ги подпомага в областите на собствените съхранени способности. Диференцира се частичното справяне с някои дейности, при което цялостното справяне зависи от помощта на други [14, с. 217]. По този начин се получава своеобразен баланс, реализира се специфично компенсирание на функции, умения, възможности за активност и така възрастни хора с нарушено функциониране в някои области, въпреки ограниченията са в състояние да поддържат удовлетворително качество на живота като цяло.

Във връзка със сложното и нееднозначно установяване на зависимото или независимото функциониране, R. Hebert обръща внимание, че за обгрижващите в помагашите професии „капанът“ е в това, че балансът автономия–зависимост е динамичен. Затова възможностите на клиента трябва безостатъчно, периодически да се преоценяват. „**Автономия–зависимост**“ – ключът към адекватните интервенции (лечение, профилактика, грижи, услуги и т.н.) е в точното построяване на това уравнение [20, с. 755].

Този баланс е основна предметна област при проследяването на случаите в геронтологичната социална работа. Особен предмет на наблюдение и внимание са също така и факторите за развитие на зависимостта. Като нейни причини най-често се посочват, освен *отслабването на функциите като естествена последица от стареенето*, така също и заболяванията – физически и психически, особено хроничните; хоспитализацията и институционализацията (на грижите) при възрастните хора; особеностите и условията на сре-

дата [18, 92–93]. Значими причини за загубата на автономия и ускоряването на развитието на зависимост в напреднала възраст могат да бъдат и начинът на живот, ограничената физическа активност, преживяването на инциденти, рискови последиствия от неподходящи медикаменти или неадекватно лечение [15, 129–130]. Последствията от възникването на зависимост в значителна част от областите на ежедневието засягат много силно удовлетвореността на психосоциалните потребности на личността. Променя се като цяло воденето на пълноценен живот, възникват рискове от злоупотреба и насилие над възрастните хора [пак там].

От гледна точка на социалната работа е важен фактът, че възрастните хора в положение на зависимост имат нужда едновременно от подпомагане в ежедневието и от медицински грижи. Ето защо е необходимо и уместно системите за социална работа по съгласуван начин да предоставят и социални, и здравни услуги [8, 13–14; 12, с. 211]. В този смисъл тенденцията на комплексност на услугите действително е актуална и основателна в сферата на подкрепата и грижите за хора в напреднала и старческа възраст. Отнесен към задачите и проблемите на социалната работа, този въпрос също така надхвърля областта на оценяването и изисква ясна визия и принципно провеждана практика на планиране и проследяване на случаите на възрастните потребители на грижи – както на институционални, така и на домашни. Обемът и съдържанието на грижите трябва да стимулира упражняването, поддържането и подобряването на съхранените способности.

Проследяването на баланса „автономия–зависимост“ в хода на помагания процес поставя и специфични методически изисквания. Така например уместен принцип, който се препоръчва и в *методиките на социалните услуги* в българската практика, е възможността за актуализиране на индивидуалните планове на потребителите на социални услуги не само в препоръчителния срок от шест месеца, а и по-рано при необходимост [4, с. 5]. Такава необходимост би възникнала не само при предполагаемо влошаване на функционалното състояние, а и при неговото по-бързо от очакваното укрепване и подобряване. Т.е. работните методики и процедури трябва да бъдат *гъвкави спрямо измененията в състоянието на зависимост* от подкрепа и грижи при възрастните хора, за да прецизират и адаптират интервенциите по възможно най-естествения начин и към измененията в потенциала за самостоятелно функциониране – при ограничения – да го допълват и подпомагат, а при укрепване – да се оттеглят в полза на автономното справяне.

Функционална автономия и социално функциониране

Социалното функциониране се отнася до социалния контекст на начина и смисъла на живота на индивида, до социалните умения или уменията за живот, качеството на отношенията с другите и социалното участие. Проявява

се в ролевото социално поведение, в участието и справянето с различни социални ситуации, разрешаването на междуличностни проблеми [10, с. 374]. Социалното функциониране намира израз и в степента на активност на личността в общуването, създаването или поддържането на социални контакти, включването в дейности съвместно с други хора.

Възможностите на възрастния човек за свободна инициатива, самостоятелно организиране и осъществяване на активност, задоволяване на потребностите в областите на социално функциониране предпоставят неговата автономност в това отношение.

Някои ограничения във функционалната автономия могат значително да повлияят и върху нивото и качеството на социалното функциониране. Най-често подобен ефект имат измененията в уменията за придвижване, при което ограничената мобилност, когато не е подсигурана от подходяща асистенция и грижи, много пряко влияе и ограничава възможностите за социални контакти, социален живот, социална активност. Ограниченията в автономното функциониране в ежедневието могат да имат и дезадаптивен характер и да бъдат свързани например с нова среда или непригодена към състоянието и възможностите и съответно – недостъпна среда.

Връзката между функционалния и здравния статус на клиентите в геронтологичната практика изглежда доста категорична. Съвсем не е еднозначно обаче взаимодействието между динамиката на здравословното състояние и изпълнението на социалните функции на личността. Изследванията показват например много по-слаба корелация на социалното приспособяване и социалното функциониране с физическите функции и телесните болести, в сравнение с взаимовръзките им с психичното здраве и жизнеността, където положителните корелации са значително по-високи и ясно изразени [31, с. 463].

Можем следователно да приемем, че възможностите за социално функциониране се затрудняват в по-голяма степен и по-трудно се компенсират при когнитивни и емоционални разстройства, но физическите нарушения, ограниченията във функционалната автономия на тялото и ежедневната дейност на възрастния човек по-слабо могат да възпрепятстват и възпят желанието за социална активност. Тук именно е много голяма **ролята на социалните услуги и практическата социална подкрепа**. В редица случаи в практиката се оказват достатъчни само частичните грижи, осигуряването на някои условия (като например помощни средства за придвижване или технически средства за дистанционно общуване, безопасна и достъпна среда, транспорт, придружаване), за да реализира и поддържа клиентът оттам нататък **автономно** социалните си контакти, социалните си роли и занимания. И още едно значимо съображение – става дума за мярката на социалната грижа и подкрепа. Тя не трябва да отнема и замества съхранената собствена воля и мотивация за самостоятелна социална активност, защото по този начин се запазва и подкрепя

независимото социално функциониране на възрастните хора – с подпомагане предимно по отношение на условията, и по-премерена и индивидуално-адекватна интервенция по отношение на автономията на личността.

Личностната детерминация на социалното функциониране се потвърждава и от изследване на G. Ranjith и съавтори, които измерват значимо факторно влияние на екстравертната ориентация на личността и тежестта на депресивните състояния върху качеството на социалното функциониране. Интересно е също да отбележим, че в същото изследване възрастта не показва статистически значимо въздействие [27, с. 75]. Подобно изследване при хора в напреднала и старческа възраст показва детерминиращо влияние и на семейството и социалната подкрепа върху социалното функциониране на изследваните лица [29].

Показателно за селекцията и посоката на подходящата социална услуга и подкрепа е съображението, че нарушенията във функционалната автономия сами по себе си не водят неизменно и пряко до рискове по отношение на автономното социално функциониране, ако то е подкрепено от подходяща социална грижа, условия, практическа или материална подкрепа.

ОЦЕНЯВАНЕ НА ФУНКЦИОНАЛНАТА АВТОНОМИЯ В ГЕРОНТОЛОГИЧНАТА СОЦИАЛНА РАБОТА

На какви задачи в социалната работа служи оценяването на функционалната автономия на възрастните хора?

Оценяването на функционалната автономия в третата възраст може да бъде разглеждано като част от професионалната компетентност на социалните работници във връзка с необходимостта (според Методиката на социалните услуги за възрастни хора, АСП, 2005 г.) „специалистите, работещи с възрастните хора, да познават потребностите им, промените в здравословното им състояние, рисковите фактори, свързани с тях, процеса на остаряване, специфичната им роля в обществото, както и правните възможности за гарантиране на правата им“ [4, с. 2].

В началния етап от социалната работа по индивидуални случаи оценяването на потребностите на клиентите е основна задача. В тази връзка функционалната автономия е и част от предметната област на мултидисциплинарното оценяване на статуса и потребностите на възрастните хора. Констатациите и заключенията от подобна оценка служат по-нататък в помагачия процес за договаряне и планиране на необходимите грижи в съответствие с установените ограничения в независимото справяне в едни или други сфери и ситуации от ежедневието. Според описан в научната литература модел [15, с. 133] сред конкретните области на мултидисциплинарната оценка са следните аспекти:

- медицинска оценка, събиране на информация за хронични заболявания и тяхното лечение, прави се преглед на употребяваните лекарства и имунизации, измерва се артериалното кръвно налягане, използват се лабораторни и други тестове;
- зрение, слух, дентално здраве, двигателни възможности и способност за задържане и дефекация;
- физически функции, където се включват способностите за равновесие, преместване, ходене, състоянието на костите и ставите, както и необходимостта от подходящи технически средства и помощно оборудване;
- психични функции, включително и депресивни симптоми, както и когнитивни функции;
- социални аспекти, включващи материално-битовите условия за живот, социалните контакти, евентуално – жилищни проблеми и финансови затруднения;
- начин на живот – от гледна точка на здравословния начин на живот се оценяват рисковете за здравето, вредните навици като тютюнопушене, употреба на алкохол; диети;
- оценка на безопасността дома с цел обезпечаване и предотвратяване на рискове, осигуряване на подходящ достъп, осветление, помощни средства и приспособления.

Въз основа на събраната информация фактическото оценяване се извършва чрез мултидисциплинарно обсъждане, в което участват общопрактикуващ лекар, социален работник, физиотерапевт, трудотерапевт, както и други специалисти при необходимост [пак там].

Предназначението на оценяването на функционалната автономия в социалната работа с възрастни хора се конкретизира също така в следните направления:

- оценката на способностите за справяне с дейности в ежедневието показва потребностите от грижи и в този смисъл става основа за изработване на плана за грижи като част от индивидуалния план в рамките на социалната услуга [4, с. 5];
- детайлизираните оценки на функционалната автономия служат за конкретизиране на дейности, действия, начини на оказване на помощ в ежедневието на възрастните хора, като показват още какви трябва да бъдат количеството, честотата, времетраенето на грижите или другите подпомагащи дейности;
- оценката на функционалната автономия се съгласува мултидисциплинарно във връзка с медицинските оценки, на които пък се базира т.нар. „лечебен план“, изготвян от медицинско лице и включващ „комплекс от психичноздравни грижи“ – също част от цялостния индивидуален план [пак там];

- оценката на функционалната автономия показва на социалния работник какви могат да бъдат възможностите на лицето за възстановяване, как да бъде прецизиран в целите и очакваните резултати при планирането потенциалът за подобряване на самостоятелното функциониране и воденето на независим живот;
- оценката на функционалната автономия служи и в текущата работа при проследяване на измененията в състоянието на способностите на възрастния човек за изпълнение на определени дейности в ежедневието.

За да служи на приоритетните в социалната работа принципи за подкрепа на активността, самостоятелността, поддържането и разширяването на потенциала на клиента за самостоятелно справяне, оценяването на функционалната автономия трябва да бъде конкретно, категорично, операционализирано. Индикаторите, според които се изготвя оценката, трябва да са наблюдаеми или да могат безспорно да бъдат установени или потвърдени от самия клиент и от негови близки.

Категоризирането на отделни нива на автономия позволява те да бъдат проследявани в динамичен план и напред във времето. Обикновено се използва категоризация, според която клиентите са:

- ✓ *напълно автономни* – способни са да се справят с всичко в ежедневието, да правят различни неща за себе си; ако ползват социални услуги, те сами организират и предприемат необходимите действия за това; вземат самостоятелно решения;
- ✓ *частично автономни* – тяхното независимо функциониране е нарушено в определени области или изпълняват различни действия и активност, но със затруднения;
- ✓ *неавтономни* – т.е. изцяло зависими от помощ и грижи [16, 48–49].

Не на последно място е от значение оценяването да позволява и едно по-задълбочено навлизане в изследването и установяването на индивидуално специфичните за конкретния случай условия и фактори за поддържане или подобряване на функционалната автономия. Например условия за усилване или подобряване на автономията могат да бъдат: наличието на различни компетентности; психичното равновесие, емоционалната стабилност; поддържането на социални връзки; желанието на клиента да види, че ситуацията се подобрява (това се свързва с мотивацията за промяна и предхожда действията); наличието на определено ниво на материално-битова сигурност и комфорт [пак там, 50–51]. Индивидуално-специфичните проявления на тези области при всеки конкретен случай в социалната работа също трябва да попадат в обхвата, в предметната област на оценяването. По този начин то ще покаже и пътищата и посоката на подходящите интервенции, които да бъдат планирани и осъществени в подкрепа на индивидуалната независимост и повишаване на удовлетвореността и качеството на живота.

Един от съществените въпроси при изработването в практиката на оценки на функционалната автономия на хората от третата възраст е оценява ли се като зависимост ползването на различни помощни (технически и други) средства? В практиката на социалните дейности възможностите за водене на независим живот се оценяват в значителна степен от независимостта от външна помощ и грижи. Но ако на клиента са осигурени адекватно подпомагане, помощни средства, подходяща среда, то тогава той би могъл да води самостоятелен живот, да се справя удовлетворително и сам в редица ситуации. В този смисъл, дори и при значително нарушение на отделни функции, компенсирането им чрез подходящи помощни средства, полезни пособия, улеснения в средата на съществуване и т.н. **всъщност повишава функционалната автономия**. Т.е. клиентът може да води пълноценен живот, той наистина като цяло е автономен в бита, в ежедневието си, като в същото време тази автономност се дължи на подпомагащите изпълнението на една или друга функция средства. Такава автономия е подпомагана и в действителност клиентът е *едновременно зависим от тези средства, но и автономен*, защото с тяхна помощ той вече става самостоятелен в ежедневието си, придобива самочувствието и преживяванията на самостоятелна във функционирането си личност. Например, веднъж осигурена и предоставена, инвалидната количка дава самостоятелност в придвижването; техническата възможност за бързо набиране на телефонния апарат освобождава клиент със зрителни затруднения от необходимостта да чете и набира телефонен номер и го прави независим от нечия помощ при желанието да се обади на някого – за спешна помощ или просто за да поддържа социални контакти с близки хора.

Инструменти за оценяване на функционалната автономия

В българската практика **модел на първична оценка** на функционалното състояние и степента на независимост в справянето с ежедневни дейности е регламентиран в ППЗСП (Приложение № 10 към чл. 40, ал. 4) [5]. Според изискването на чл. 40, ал. 4 социалната оценка на потребностите на лицето от социални услуги се извършва в 20-дневен срок въз основа на подадена молба и приложените документи, като молбата се подава до директора на дирекция „Социално подпомагане“ – за социалните услуги, които са делегирани от държавата дейности; до кмета на общината – за социалните услуги, които са общинска дейност; или до органа на управление, когато доставчикът на социалните услуги е физическо лице, регистрирано по Търговския закон, или юридическо лице [7].

Според процедурата и предписанията оценката се изготвя от социален работник; той удостоверява това и с подписа си. Озаглавена като „Социална оценка на потребностите на кандидат-потребителя (за ползване на социални услуги в общността или настаняване в специализирана инсти-

туция)“, формата обхваща приоритетно (освен основните данни за лицето и обичайните реквизити относно информираното съгласие) областите на функциониране в ежедневието (вж. Таблица 1). Можем да коментираме, че формата, въведена в нашата практика, дава възможност за оценяване на съотношението автономия-зависимост в ежедневно функциониране, доколкото в нея са предложени степени за диференциране на статуса и самото функциониране като:

- ✓ независимо;
- ✓ подпомагано от технически средства;
- ✓ асистирано [5].

Необходимостта от грижи е структурирана като заключителен пункт от оценката на социалния работник, с което логически последователно се аргументират връзките и препратките към възможните ресурси и услуги, подходящи, според оценявания, за кандидат-потребителя. В същото време тази заключителна част от оценката предлага и определението „независим“, с което се оценяват именно областите на автономно функциониране. Това при всички случаи дава възможности на социалния работник да извърши и някакъв тип консултативна или подкрепяща дейност (на клиента и неговите близки) и по отношение на съхранените функции.

Таблица 1. Области на оценяване според модела на социална оценка към чл. 40 на ППЗСП, ДВ, 63, 2011 [5].

СЕТИВНИ ФУНКЦИИ:	
Зрение	Зрение, добро за възрастта Намалено зрение Много влошено зрение Незрящ
Слух	Няма дефицит на слуха Дефицит на слуха – използва слухов апарат Глухота
Реч	Няма дефицит на речта Дизартрия – неправилна артикулация/неясен говор Афазия – загубена или увредена способност за създаване на езикова продукция
МОБИЛНОСТ:	
Области (За всяка област се оценява като „независим“, „с помощта на медицински изделия при увреждане на опорно-двигателния апарат“ или „с асистенция“):	
	В домашна обстановка Извън дома Позициониране

ПСИХОСОЦИАЛНО ЗДРАВЕ:

Чувство за инициатива/включване

- Лесно изпълнява планирани дейности
 - Води активен живот в семейна/институционална среда
 - Участие в обществени/групови дейности
 - Поставя собствени цели
-

Приспособимост

- Лесно взаимодейства с околните
 - Открито изразява отношението си към околните
 - Не се приспособява към промени в ежедневието
-

СОЦИАЛНО ВКЛЮЧВАНЕ:

Възможност за реинтеграция

- Желание за грижа от близки и роднини
 - Възможност за грижа от близки и роднини
 - Наличие на близки и роднини
 - Липса на близки и роднини, желаещи да полагат грижа
-

НЕОБХОДИМОСТ ОТ ПЕРСОНАЛНА ГРИЖА:

Области (Оценява се за всяка от областите като: „независим“, „с частична помощ“ или „с асистенция“):

- Персонални грижи
 - Мобилност в леглото
 - Личен тоалет
 - Обличане
 - Уриниране/дефекация
 - Прием на медикаменти
 - Хранене
-

Популярни в практиката и научната литература са и оценъчните методики ADL и IADL – това са инструменти, които са получили много широко митдисциплинарно признание. Представят се и се препоръчват за използване в научна литература и учебници, предназначени за различни по специалност професионалисти – психолози [26], медицински сестри [17, с. 892]. Уменията за ежедневна дейност са включени като предметна област и при психологическото оценяване [19, 52–53].

Оценяване на независимостта при извършване на ежедневни дейности [по 13, 13–14] – скалата ADL (Activities of Daily Living) (вж. Таблица 2). Скалата за оценяване на уменията за ежедневна дейност на ADL е изработена през 1963 г. от S. Katz. Особено популярна, приложима и използвана на практика е ревизията ѝ от 1976 г. [22].

Скалата е предназначена преди всичко за хора в напреднала и старческа възраст, както и за хронично болни пациенти. Оценява се тяхната независимост в изпълнението на 6 дейности – къпане, обличане, използване на тоалетна, преместване, задържане (континенция), хранене. Използва се 3-степенна скала за оценка, както и интервю. Препоръчва се и период от 2 седмици за

наблюдение, преди да се постави съответната оценка на състоянието и функционалните способности в съответната област. Степените за всяка област са 3 и диференцират основните състояния на пълна зависимост, частична зависимост и пълна независимост в изпълнението на оценяваната дейност [пак там, с. 74].

Таблица 2. Уменията за ежедневна дейност според Скалата „ADL“ [по 13, 13–14; 22, с. 74]

Къпане

Изисква цялостна помощ при къпане.

Нуждае се помощ при влизане, излизане от вана или вземане на душ..

Нуждае се от помощ при къпане за повече от една част от тялото.

Има нужда от частична помощ при къпане само за отделна част от тялото, като например гърба, гениталната област или увреден крайник.

Къпе се напълно самостоятелно.

Обличане

Трябва изцяло да бъде обличан.

Нуждае се от помощ при обличане.

Облича се самостоятелно. Възможно е да получава помощ за завързване на обувки.

Взема си дрехи от шкафове и чекмеджета. Облича дрехите, поставя си други части от облеклото, закопчава се.

Тоалет

Нуждае се от цялостна помощ за придвижване до тоалетна, за почистване, за използване на подлога или гърне.

Нуждае се от помощ само за повече от едно от необходимите действия (придвижване до тоалетна, повдигане, сваляне на дрехите, почистване, използване на подлога или гърне, привеждане на дрехите в ред).

Нуждае се от помощ само за едно от необходимите действия (придвижване до тоалетна, повдигане, сваляне на дрехите, почистване, използване на подлога или гърне, привеждане на дрехите в ред).

Отива до тоалетна. Повдига, сваля, привежда в ред дрехите си, почиства гениталната област без чужда помощ.

Придвижване

Трябва изцяло да бъде пренасян(а).

Нуждае се от чужда помощ за придвижване вътре от/към легло/стол.

Нуждае се от чужда помощ за придвижване навън.

Придвижва се вътре към и от легло или стол без чужда помощ, като използва механични помощни средства за придвижване.

Придвижва се навън без чужда помощ, като използва помощни средства за придвижване.

Придвижва се към и от легло или стол самостоятелно, без чужда помощ.

Придвижва се навън самостоятелно, без чужда помощ.

Задържане

Пълно незадържане от дебелото черво или пикочния мехур.

Частично незадържане от дебелото черво или пикочния мехур.

Упражнява пълен контрол над уринирането и дефекацията.

Хранене

Нуждае се от пълна помощ при хранене или изисква източник за хранене.

Нуждае се от частична помощ при хранене.

Взема приготвената храната от чинията и я поставя в устата си без чужда помощ.

Може да си приготвя храна и да се храни напълно самостоятелно.

Оценяване на уменията за справяне с инструменталните ежедневни дейности – IADL (Instrumental Activities of Daily Living) на M.Powell Lawton and Elaine M. Brody (вж. Таблица 3) [по 22]. Авторите изработват скалата през 1969 г. като част от „The Physical Self-Maintenance Scale“ (PSMS), която целят да използват като инструмент за оценяване във връзка с планирането и оценяването на резултатите от интервенциите при хора в напреднала и старческа възраст, живеещи в институция или в общността (като се нуждаят от грижи в домашна среда). В концептуално отношение скалата е базирана върху теориите за човешкото поведение и е построена чрез йерархично описание на възможните начини на изпълнение на комплекс от дейности, които човек извършва в ежедневието си. Теоретично построената йерархия включва:

- започва с физическото състояние и физическото здраве, необходимо за извършване на самообслужване (ADL);
- следва извършването на инструментални дейности (IADL);
- когнитивни способности, използване/прекарване на времето (хоби, социална активност);
- социални интеракции [пак там, с. 84].

Скалата на Лаутън и Броди е модификация на по-ранни подобни инструменти. Тя се състои от две части – първо включва 6 ADL айтема [пак там, с. 85] и след това – скала от 8 айтема за измерване на IADL. Предназначена е за хора над 60-годишна възраст. Скалата IADL използва 3-, 4- или 5-степенна скала за отговори. Последната категория за всяка от областите показва увреждане. За категории В и С по 2 от 4-те категории показват нарушение и зависимост. За област F – 4 от 5; за област G – 2 от 3 показват зависимост. При обработка чрез сумиране се получава рейтинг от 6 до 30 за ADL и от 8 до 31 за IADL [пак там, с. 86]. Изследванията чрез скалата са показали високи и значими стойности на корелация и съгласуваност, включително и чрез измервания по наблюдения на близки и обгрижващи (например при болни от Алцхаймер) [пак там, с. 87]. Препоръчва се при употреба на скалата да се преценяват по специфичен начин способностите на мъжете и жените, тъй като се смята, че в областите „приготвяне на храна“, „поддържане на дома“ и „пране“ мъжете обикновено показват по-ниски нива на умения дори и при отсъствие на увреждане и нарушени функции. Независимо от произхода на намалената

функционална способност, обаче, оценката на зависимо от грижи състояние при всички случаи предполага внимание към нуждите на клиента и осигуряване на необходимото от социалния работник. Скалата позволява също така всеки месец да се проследява изменението – както по отделните умения, така и общото състояние.

Таблица 3. Области на скалата за оценяване на уменията за справяне с инструменталните ежедневни дейности (Lawton – Brody, IADL) [по 22, с. 86]

Способност за използване на телефон (А)

1. Използва самостоятелно телефон, търси и набира номера
2. Набира някои телефонни номера
3. Отговаря по телефона, без да набира
4. Изобщо не използва телефон

Пазаруване (В)

1. Грижи се за всички свои нужди от пазаруване самостоятелно
2. Извършва самостоятелно само някои дребни покупки
3. Има нужда при всички случаи да бъде придружаван(а)
4. Напълно неспособен(на) да пазарува

Приготвяне на храна (С)

1. Планира, приготвя и сервира самостоятелно подходяща храна
2. Приготвя подходящо ядене, ако е снабден(а) с продукти
3. Притопля и си сервира готово ядене или приготвя, но неподходяща храна
4. Нуждае се от готова храна и обслужване

Поддържане на дома (D)

1. Поддържа жилището, като ползва помощ само в някои отделни случаи
2. Извършва леки ежедневни задължения като например миене на съдове, оправяне на легло
3. Извършва леки домашни задължения, но не може да поддържа приемливо ниво на хигиена
4. Нуждае се от помощ във всички дейности по поддържането на домакинството
5. Не участва в никаква домакинска дейност

Пране (Е)

1. Пере изцяло сам(а)
2. Пере дребни неща, например чорапи и др.
3. Прането трябва изцяло да се извършва от някой друг

Използване на транспорт (F)

1. Пътува самостоятелно с обществения транспорт или кара сам(а) автомобил
 2. Урежда си сам(а) пътуване с такси, но без да може да използва обществения транспорт
 3. Пътува с обществения транспорт, когато е подпомаган(а) или придружаван(а) от някого
 4. Пътуванията са ограничени до използване на такси или друг автомобил, но само с нечия помощ
 5. Изобщо не пътува
-

Вземане на лекарства (G)

1. Сам(а) отговаря за вземането на лекарства в точната доза и точното време
2. Справя се, ако лекарствата са подготвени предварително в отделни дози
3. Не е способен(на) да си взема сам(а) лекарствата

Способност за управление на финансови средства (H)

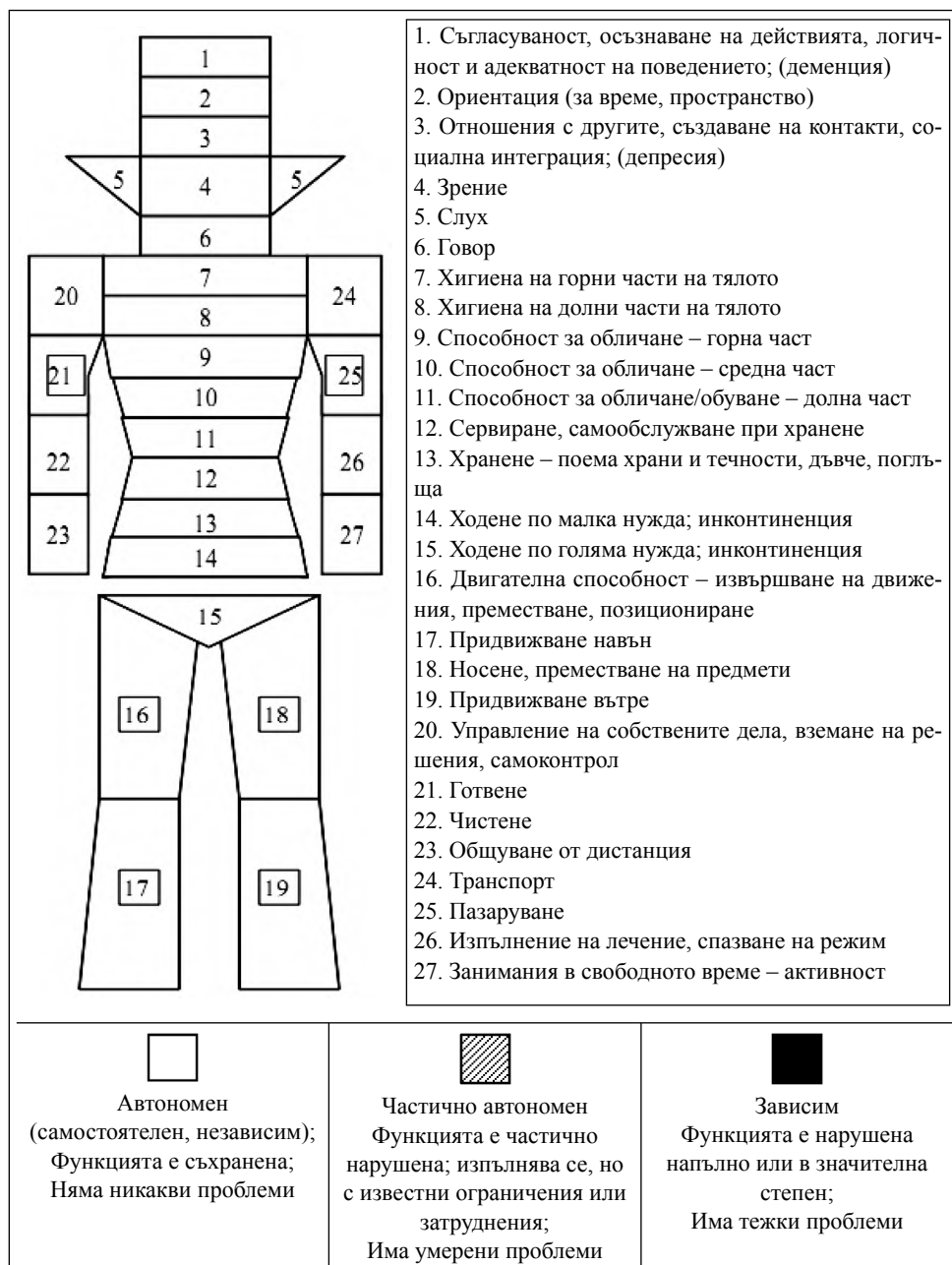
1. Ръководи самостоятелно финансовите си дела (личен бюджет, теглене на пари, плащане на наем, сметки, ходене в банката и др.); пази доходите и следи разходите си
 2. Управлява ежедневните си покупки, но има нужда от помощ при банкови операции, големи покупки и т.н
 3. Неспособен(на) да борави с пари
-

Двете скали са приложими и като комбиниран инструмент (ADL/IADL) за оценка на функционалната автономия в напреднала и старческа възраст (както и на съотношението автономия – зависимост) [25, с. 473]. Измерването по този начин показва обобщената картина на надграждащите се способности – за изпълнение на базисните дейности в ежедневието, свързани с основните жизнени потребности и грижите за себе си и разширените, надграждащи ги умения за извършване на инструментални дейности.

Оценяване на функционалната автономия с техниката „Geronte“.

Тази техника е широко използвана и препоръчвана във Франция и в редица други страни [30, с. 17]. Позволява лесно и бързо изготвяне на своеобразна картина на функционалното състояние на възрастния клиент в 27 области (вж. Фиг. 1.) Измерва три нива на функционална автономия – автономен, без никакви проблеми; частично автономен с умерени проблеми; зависим, с тежки проблеми в съответната област. Техниката дава възможност за бърза визуализация на общата тенденция в цялостното състояние [по 3, 168–169; 24, с. 1704; 23, с. 587]. Може да се използва и като част от инструментариум за проследяване на измененията в способностите за автономно функциониране, като оценката се прави неколкостранно през определен период от време. По този начин може да се преглежда цяла серия от „картини“ на функционалното състояние, уменията за самообслужване, способностите за водене на независим живот. При подобно проследяване лесно се открояват тенденциите – на влошаване, на подобряване или на запазване (поддържане) на състоянието на функционалните способности.

Фигура 1. Оценъчната техника „Geronte“¹ [по: 3, 168–169; 24, с. 1704; 23, с. 587].



¹ Техниката може да се използва и с различна символика за обозначаване на нивата на автономия – в черно-бяло и със заштриховане или чрез три различни цвята.

Използването на структурирани инструменти за оценяване на уменията за изпълнение на ежедневни дейности винаги е придружавано от наблюдения и интервюиране на възрастните хора. Много полезно е и използването на информация от близки на клиента, макар да се препоръчва „волята на лицето да има предимство пред тази на неговите роднини“ [18, с. 91]. Някои ситуации обаче изискват по-внимателен професионален подход при оценяването – собствените желания, изявления, намерения на възрастния клиент не винаги са адекватни на неговите възможности да им отговори [пак там]. Ето защо използването на специализирани техники в процеса на оценяване позволява въвеждане на една по-обективна (независима от личните гледни точки на специалисти, роднини и самото оценяване лице) картина на състоянието, която може да бъде използвана в обсъждането, разясняването и договарянето с клиента на въпросите за неговото състояние, реални способности и потребности от грижи.

ПЛАНИРАНЕ НА ГРИЖИ В ГЕРОНТОЛОГИЧНАТА СОЦИАЛНА РАБОТА

Основни положения и нормативни изисквания

Функционалната автономия намира проявление в изпълнението на разнородни дейности и в активността на личността. И доколкото в предметната област на социалната работа попадат феномените и съответно интервенциите, насочени към подкрепа и поддържане на активни социални функции или на такива нива на активност, позволяващи оптимално, удовлетворително, самостоятелно социално функциониране, то тогава основен в анализа става въпросът:

По какъв начин индивидуалните планове (и в частност плановете за грижи) диференцират тези области на активност (в ежедневието, в значимите за клиента ситуации на социално функциониране), в които клиентът е с ограничени възможности за самостоятелно справяне и за пълноценна активност, за да бъдат съответно предвидени и планирани вида, честотата, количеството и качеството на подходящите грижи?

Едно друго съображение дава основание и за още един основен въпрос. Планирането, разбира се, се опира изключително на установените възможности и ограничения в способностите за функциониране. И в същото време развиването на план за грижи върху неточна оценка на функционалната автономия създава рискове – от една страна за поставяне на клиента в затруднение и невъзможност да удовлетвори свои нужди, за които не са предвидени адекватни грижи и които той не може да изпълни сам, а от друга страна – за свръхобгрижване, което надхвърля реалните способности и потребности и по

този начин „иззема“ от клиента активност, въвежда го в такъв режим на функциониране, който е под възможностите му, ограничава го в реализирането и поддържането на пълния му съхранен потенциал за активност. Следователно въпросът е:

Как планът да бъде точен, но и оперативен, адаптивен, динамичен; как да бъде обслужващ и проактивен едновременно?

Това са базисни в практиката на работа с хора от третата възраст въпроси и съобразно тях би следвало да коментираме и преценяваме стойността на едни или други правила и модели за планиране.

Според нормативния регламент, трайно утвърден в нашата практика (ППЗСП, Чл. 40г) [8, с. 105; 5] „доставчиците на социални услуги изготвят индивидуален план след оценка на нуждите на всеки потребител и формулиране на целите, които трябва да бъдат постигнати“. Предвижда се планът да „включва дейности по задоволяване на:

1. ежедневни потребности;
2. здравни потребности;
3. образователни потребности;
4. рехабилитационни потребности;
5. потребности в свободното време;
6. потребности от контакти със семейството, приятелите, близки и други лица.“

Според изискванията в индивидуалния план на потребителя на социални услуги се набелязват и мерки за социално включване [пак там].

За задоволяване на здравните потребности на потребителите на социални услуги практиката и нормативните изисквания посочват нуждата от отделен план – това е писменият план за здравни грижи, който се изготвя от „лице с подходящо медицинско образование“ и „който включва:

1. медицинска история;
2. необходими превантивни мерки;
3. наличие на алергии;
4. потребности от зъболечение;
5. потребности от лечение или оздравителни програми;
6. имунизации и наблюдение;
7. хранене и диети;
8. рехабилитация;
9. лична хигиена“ [пак там].

Макар и извършвано отделно това планирането на лечебните дейности не може да не бъде съгласувано и съобразено и с психосоциалната оценка, както и с оценката на потребностите от грижи. То може да покаже на мултидисциплинарния екип в какви граници могат да бъдат очаквани такива подобрения

в здравния статус, които от своя страна да позволят в перспектива и улесняване на изпълнението на ежедневни дейности, и разширяване на социалните функции.

Нормативните изисквания задължават още доставчиците на дългосрочно предоставяни социални услуги да „оценяват изпълнението на плана по ал. 1 и при необходимост го актуализират на всеки 6 месеца“. Също така „при прекратяване предоставянето на краткосрочна социална услуга се оценява изпълнението на плана по ал. 1, за да се проследи дали са постигнати заложените в него цели, с оглед потребностите на потребителя, ефективността и ефикасността от ползването на услугата“ [пак там].

В Чл. 41 от ППЗСП, който тук няма подробно да цитираме, се изброяват детайлно (и с опит за операционализация) редица конкретни изисквания, на които трябва да отговарят социалните услуги, предоставяни в специализирани институции и в общността. Можем да приемем, че тази систематизация има принципно нормативно значение за изготвянето на индивидуалните планове на потребители, тъй като предлага един базисен вариант на стандарти и критерии, на които трябва да отговарят планираните дейности – а те са всъщност основното съдържание на индивидуалния план.

Как можем да резюмираме ролята на социалния работник в подпомагането на функционалната автономия на възрастните клиенти посредством адекватно и професионално изпълнено *планиране*? В геронтологичната практика социалният работник е ангажиран:

- да оценява и проследява динамиката на възможностите или ограниченията във функционирането на клиента;
- да подпомага автономността чрез обезпечаване на индивидуално приемливи, адекватни, полезни, ефикасни средства, условия, ресурси, които да разширяват и усилват независимостта, самоуправлението, самостоятелността;
- да подпомага адаптацията на клиента, тъй като това е още един път той да се почувства и реално да бъде по-независим в ежедневието и в социалните си изяви – това е път към постигане на независимостта „отвътре“, чрез ангажиране на собствените сили на личността, воля и желание на пълноценен живот. По пътя на адаптирането и собствените усилия например клиентът научава нови умения, намира нов смисъл, приема загуби, печели самоуважение, опит и мъдрост.

Изработване на индивидуален план за грижи – принципи и модел

Темата за индивидуалното планиране в социалната работа с лица в напреднала и старческа възраст нерядко се асоциира според обществените нагласи и мнения по един негативен начин, като идентифицира главно с дългосрочните грижи и се изобразява в различни картини на ограничаване и поставяне в

зависимо положение на възрастните хора. Както пише G. Agich в тази връзка, „образите на дългосрочните грижи са образи на слабост и отчаяние, на самота и нищета, и преди всичко на дълбоко чувство за загуба – загуба не само на вещи и принадлежности, но на това, което сме самите ние“ [11, с. 3]. Както институционалната, така и домашната грижа обаче може да бъде един поддържащ активността и качеството на живота механизъм и именно поради това значителен интерес и внимание в геронтологичната практика предизвикват въпросите, касаещи принципите и моделите на планиране. От планирането се очаква да подsigури и гарантира средствата и пътищата за поддържане, съхранение, подобряване на автономното функциониране на възрастния клиент.

Модел на индивидуален план по области – това е модел, в който една от областите на планиране е тази на *ежедневните потребности* (или потребности от грижи). Установеното за всяка тяхна разновидност съотношение автономия–зависимост показва какви точно „уравнения“ на самостоятелната активност и грижите да бъдат планирани от социалния работник. Подобен модел е едновременно ориентиран към потребностите на клиента, като в същото време негова неразделно част са и нуждите от грижи – по вид и степен такива, че да подкрепят клиента в ограниченията на неговата функционална автономия и в същото време да отварят възможности и условия за поддържане, самоорганизиране и активност по отношение на съхранените функции.

Предлаганият тук модел, който е построен съобразно анализиранияте проблеми и модели в оценяването на функционалната автономия, съдържа следните основни области:

- *Област „Здравни потребности“*. Тук се планират очакваните резултати и интервенциите за постигането им в областите на рехабилитационните потребности, медицинските (от лечение, медикаменти, медицински предписания); предвиждат се съобразно състоянието помощни средства, диетично хранене, интервенции във връзка с проблеми на съня и други.
- *Област „Психосоциални потребности“*. Това е основна област на планиране на задачи и интервенции. Тя обхваща дейности, насочени към удовлетворяване на образователни, интелектуални потребности; потребности от контакти, общуване, социална активност; емоционални потребности, включително потребност от преодоляване на депресия, самота; потребности от занимания за осмисляне на ежедневието и постигане на удоволствие, хоби, свободно време; адаптационни потребности; духовни потребности и др. По всяка област се поставят цели; планират се дейности, стъпки, мерки, интервенции, форми за подкрепа; конкретизират се срокове и честота; отговорници и изпълнители. Полето за мониторинг включва дата и легенда за отбелязване на решенията при изтичане на определен период на проследяване на

измененията (Дейността: 0 – Прекратява се; 1 – Продължава; 2 – Преразглежда се).

- *Област „Ежедневни потребности“* (от грижи). Планират се и се описват необходимите грижи в областите: къпане, обличане, използване на тоалетна, придвижване, задържане/дефекация, хранене, използване на телефон, пазаруване, приготвяне на храна, поддържане на дома/стаята, пране, използване на транспорт, вземане на лекарства, управление на финанси, управление на средата, безопасна среда. Планират се: цели, описание на грижата; срокове, честота, продължителност; отговорници и изпълнители на грижата; мониторинг.
- *Област „Материално-битови потребности“*. Съобразно нуждите на клиента се конкретизират потребности по вид, предназначение, описание, отговорник/изпълнител; срок/честота; предвижда се мониторинг.
- *Област „Рискове и трудности“*. Тази част от индивидуалния план се съставя на базата на оценени рискове и очаквани трудности (по вид и степен). Набелязват се задачи; мерки отговорник, изпълнител; срок и честота; мониторинг.
- *Заклучения, на които се базира планът*. Макар и поставена тук на последно място, в структурата на индивидуалния план това е основополагаща област, тъй като тя произтича директно от оценката и формулировката по случая. Подобни заключения създават аргументацията на всички останали дейности, стъпки и задачи. Тази област показва от какви съображения и най-вече – от какви прогнозни очаквания се ръководят социалният работник и мултидисциплинарният планиращ екип. Заклученията се структурират в подобласти като заключения относно възможностите за възстановяване, подобряване, развитие на: здравен статус, умения за ежедневна дейност; психосоциално функциониране.

Планиране, ориентирано към активност и функционална автономия

Функционалната автономия намира пресечна точка и проявление в дейността и активността на личността. А в предметната област на социалната работа попадат феномените и съответно интервенциите, насочени към подкрепа и поддържане на активни социални функции или на такива нива на активност, позволяващи оптимално, удовлетворително, самостоятелно ежедневно и социално функциониране. Ето защо моделите и принципите при планиране следва приоритетно да бъдат целево и съдържателно ориентирани към поддържане и подобряване на активността – физическа, психическа, социална. Етимологията на самото понятие ни насочва към разбиране за активността като изпълнение на дейности, включване в дейности, инициатива за дейности, ангажиране в дейности. Активността като изпълнение на дейности

може да бъде оценявана по посока на нейната продуктивност, интензивност. В качествено отношение високите нива на активност са силно обвързани с мотивацията на личността, отношението ѝ към извършваните дейности, преживяванията (например удоволствие, вдъхновение и т.н.) придружаващи изпълнението им.

Активността е такава характеристика на дейността на възрастните хора, която се проявява в отношението им към нея и разкрива вътрешните основания на техните занимания. Активната дейност е преди всичко свободна вътрешна необходимост от дейността; свързана е с потребностите и интересите. Активните хора от третата възраст се чувства като субекти на дейността. Активността е израз на себerealизация, възможности, способности [9].

При планирането, ориентирано към подкрепа на функционалната автономия и активността на хората от третата възраст, социалният работник може да следва една своеобразна „идеология“ на поставянето на целите на индивидуалната работа и подкрепа. Така според възможните ориентации на целите, планирането може да се осъществи по някоя от следните стратегии:

- *Планиране съобразно функционалния статус* – цели се поддържане, задържане; не се излиза от рамките на възможностите; съблюдают се ограниченията.
- *Планиране въпреки функционалния статус* – търсене на компенсаторни механизми, заместване – при нарушения в една област, планирането се опитва да активира в по-голяма степен функционирането в друга област.
- *Планиране срещу функционалния статус* – с цел подобряването му; планира се активна интервенция, интензивна терапия; подкрепа на социалната активност; обучение в нови умения.
- *Планиране под функционалния статус* – подобно планиране не покрива достатъчно и не предоставя възможности за активност, въпреки че клиентът е в състояние да извършва редица форми на дейност. Такъв тип планиране е характерен за ситуации, в които специалистите или просто не разполагат с ресурси, с подходящи услуги, с възможности за друг тип интервенция, или – много често – когато липсват условия за подходящи дейности и подкрепа, или когато не са оценени адекватно и точно реалното състояние и функционалните възможности на клиента. Това е често срещана в сферата на геронтологичната практика слабост или грешка при планиране, от което следва регрес, влошаване, дезинтеграция на функции, отслабване или загуба на способности.

Коя от тези стратегии или „идеологии“ ще следва в практиката си социалният работник, зависи от редица фактори – от качеството и точността на извършената оценъчна работа по случая; от наличните ресурси (организационни, човешки, професионално-личностни, финансови; налични услуги и

др.); от собствения професионален стил на работа; от мотивацията за активност на клиента; от качеството на сътрудничеството с клиента, с близките на клиента и т.н.

На какви принципни изисквания трябва да отговаря планирането, за да служи за съхраняване, подобряване, подкрепа на самостоятелността в ежедневието, активността и пълноценното социално функциониране въпреки закономерно възникващите с напредването на възрастта ограничения във функционалната автономия? Ето някои отправни разбирания и принципни положения:

- ✓ *По отношение на оценката* – определянето на актуално ниво и състояние на функционалните способности трябва да се обвързва логически и със заключения за възможностите за промяна. Това в действителност е своеобразна прогноза и често в практиката социалните работници се въздържат от подобен хипотетичен подход, но той е необходим за очертаване на обхвата и предела на целите. Подходът на прогнозното оценяване и планиране, разбира се, се подсигурава в професионално отношение от мултидисциплинарната екипна работа, от получаването на своевременна супервизия на оценката и планирането, от договарянето с клиента – всичко това ограничава вероятността от неточности и грешки.
- ✓ *По отношение на целите* – крайните цели трябва точно и индивидуално-адекватно да предвиждат коя е реалната възможност в конкретния случай:
 - о поддържане, съхраняване на нивото на функционална автономия;
 - о възстановяване на предишно ниво на функционална автономия;
 - о усилване и разширяване, развиване на функционалната автономия.

Обективността, конкретността, реалистичността на целите се повишават, когато те се поставят и формулират също така диференцирано – по отделни области на функционирането.

- ✓ *По отношение на ролята на клиента при планирането* – от значение за насърчаването на активността и собственото чувство за автономност е в хода на планирането на клиента да се предоставят възможности за избор, вземане на решения, поемане на ангажменти, отговорности – предназначението на този подход е изключително свързано с подкрепата и поддържането на чувството за съхранена самостоятелност, независимост, достойнство, дори и в случаите на тежки ограничения на независимото функциониране в ежедневието.
- ✓ *По отношение на актуализацията на индивидуалните планове* – изискванията за актуализиране означават всъщност необходимост и възможност за повторна оценка на случая. Смисълът на актуализирания план е главно в това – да бъдат обобщени наблюденията и заключе-

нията от проследяването на случай, от текущите резултати или ограничения в хода на работата; да бъде преосмислена информацията за измененията и актуалното състояние на клиента и именно според това да се построи **новата концепция за случая** и да се изготви актуалния план.

- ✓ *По отношение на формите, методите, мерките в полето на социалната работа* – те следва да поддържат функционалното състояние на възрастния човек колкото може по-малко зависимо от физическите трудности и нарушения, от индивидуално-личностните дисфункции и безпокойства или от материалните и социалните ограничения. В този смисъл, когато работим за:

- **запазване** на нивото на функционална автономия такова, каквото е – социалната работа търси и предлага дейности, възможности и условия за упражняване, използване на съхранените функции;

- когато се цели **възстановяване** на предишно ниво – последователен подход на програмирани терапевтични и рехабилитационни дейности с постепенно усилване на нивото на функциониране до възвръщане на пълния капацитет на клиента, след което се продължава с поддържаща активност; тук е от особено значение включването на подкрепа за такива занимания, които клиентът е преди практикувал и обичал;

- **развитие** на функционалната автономия – подходът при планиране на подходящи занимания и форми на активност изисква изключително точна и пълна картина на потенциалните възможности, на предвидимите области и капацитет на клиента за разширяване, усилване, подобряване на функционирането (на една или друга функция).

- ✓ *По отношение на ролята на социалния работник за реализацията на индивидуалния план* – сред приоритетите са подкрепата на социалното функциониране на клиента; създаването и поддържането на подкрепяща среда; осигуряването на ресурси от необходимото количество, качество, разновидности и по най-подходящия за клиента начин; готовност и възможност за осигуряване на психосоциална подкрепа (включително общуване, емоционална, морална подкрепа) както с помощта на подкрепяща среда, така и лично от социалния работник в хода на развитието и поддържането на помагачи взаимоотношения с клиента.

- ✓ *По отношение на дейностите и методите, които трябва да застъпва плана, ориентиран към активност и автономия* – принципно значимо място следва да заемат възможностите и условията за самопомощ, самоинициатива, самоорганизиране. Взаимната по-

мощ и социалната подкрепа също усилват чувството за сигурност и увереност, когато придружават (като главен или периферен ефект) планираните и практикувани дейности. Ценен в случаите на ограничени възможности за самоорганизиране и собствена инициатива е структурираният и програмен подход – т.е. следва да се планират организирани дейност, включване в програма за занимания, интервенции в група и други. Такъв подход обаче не е отстъпление от насърчаването на самостоятелната активност – постепенно се преследва и насърчава превъплъщаването на структурираните интервенции в подкрепяна, но собствена активност. Максимално (понякога и с много изобретателност от страна на социални работници и други специалисти) трябва да се използват възможностите на трудовата терапия, занимателната терапия, групите по интереси, групите за контакти, общуване и социална подкрепа; специализираните рехабилитационни програми; възможностите за заетост; възможностите на възрастния човек да извършва дейности, които имат принос, които носят полза на другите.

Значим принцип и критерий при планиране и осъществяване на подкрепящи дейности е да се цели, доколкото е възможно, повишаването на автономността на *всяка* една област на функциониране – от функционирането в ежедневието (изпълнение на ежедневни, битови дейности, самообслужване, поддържане на лична хигиена и др.) до автономия на по-висшите области на човешко функциониране (автономия на избора и вземането на решения, автономия на мотивите и т.н.). **Крайната цел** на работата по възстановяване, запазване и развитие на функционалните способности всъщност е да ги обвърже и постави „в услуга“ на човешките психосоциални потребности – т.е. клиентът да е автономен във всички базисни области на човешкото функциониране и при удовлетворяването на всички свои *индивидуално значими* психосоциални потребности.

Модел на трудотерапевтично планиране

Полезна преди финала на изложението би била и още една илюстрация – модел на такова трудотерапевтично планиране, което е ориентирано към поддържане на функционалната автономия и към подкрепа на активността и социалните функции (вж. Таблица 4). Представената тук форма е приложима преди всичко в практиката на домовете за стари хора. Възможно е да бъде полезна и в други социалните услуги, например в дневни центрове за възрастни хора.

Таблица 4. Модел на планиране на трудова и занимателна терапия [21, 59–61]²

Форма за индивидуално планиране на участието в трудова и занимателна терапия			
Клиент:			
Оценка			
Области на активност	Самостоятелна, спонтанна дейност, налични и поддържани интереси и навици	Потребност от помощ, съдействие	
Психична активност			
Физическа активност			
Социална активност			
Цели			
Цел 1.			
Цел 2.			
Цел 3.			
План на дейностите			
Области на активност – според ангажирането на съответните функции (психични, физически, социални)	Категории дейности	Избор на дейности	Честота
Психична активност	Развлекателни		
	Ежедневни		
	Творчески (изкуство)		
Физическа активност	Развлекателни		
	Ежедневни		
	Творчески (изкуство)		
Социална активност	Развлекателни		
	Ежедневни		
	Творчески (изкуство)		
Противопоказани дейности			

² С адаптация и допълнения по модела на А. Manoukian [21, 59–61].

При използването на модела е необходимо съобразяването с някои насоки при избора на дейности – например:

- развлекателна дейност, която стимулира психични процеси (когнитивни) е например решаването на кръстословица;
- също развлекателна, но физическа дейност е разходката;
- развлекателно-когнитивно, но и социално значение има например играта на карти; в кръга на развлеченията с карти, обаче, при поддръждане на пасианс социалният елемент отпада, запазва се когнитивният;
- заниманията с изкуство имат и физически и социален ефект при танца, а психически при четенето;
- ежедневна физическа дейност е например домашно почистване и поддръждане;
- дейности с аспект на психическа активност са – гледане, слушане, говорене; четене;
- дейности със социален аспект – съвместни дейности с други хора и т.н.

Честотата на извършване на дейностите може да се планира като: ежедневно или по-често; седмично или няколко пъти седмично и т.н.

Оценяват се и се отбелязват и противопоставания – противопоставани например могат да бъдат дейности, свързани с твърде много шум; голямо физическо натоварване, срокове, притискане от времето; прекомерно излагане на студ или горещина; предизвикване на страх; чувство на самота; неудобно облекло; чувство у клиента, че е използван и т.н. [пак там].

Моделът е ценен с възможността да обхване цялостно потребностите от активност на възрастния човек. Планирането по този начин насочва специалиста и клиента и към търсене на разнообразие, на новост. В същото време се осигурява и много добър баланс в насочването или превключването на полета на активност и съответно – на функции, което влияе позитивно върху автономното и интегрирано функциониране в ежедневието.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Професионализирането на социалната работа в сферата на подкрепата и услугите за хора от третата възраст определено отваря поле за търсене на специализация в подхода, интерпретациите и проекциите по проблемите на независимото функциониране при изпълнението на ежедневни дейности в по-тесните и по-частни граници на задачите и функциите на социалните работници. Геронтологичната социална работа интерпретира този въпрос в условията на мултидисциплинарните преноси и проекции на медико-социалните възгледи. Тези трансфери следват посоката, която задава разбирането, че, от една страна, функционалното състояние пряко обуславя възможностите и ограни-

ченията в социалното функциониране, активността, контактите, социалното включване, но от друга – независимо от нивото на функционална автономия динамично и компенсаторно ориентираното оценяване изисква и приложимостта на такива практически модели за планиране на грижите и подкрепата, които да са перспективни по отношение на поддържането и развиването на активност и автономия.

Анализът навежда към едно основно обобщение, което има принципно значение в практиката на оценяването и планирането на подкрепа и грижи в геронтологичната практика – от функционалната оценка произтича заключението и конкретната картина на индивидуалния баланс между активност и грижи. От това произтича и начинът, по който може да бъде осигурен в модела на планиране такъв набор от предписани и прецизирани дейности, форми и съответни нива на активност, форми и съответни степени на обгрижване, които да поддържат максимално потенциала за функционална автономия на личността.

Като ефективен се очертава именно динамичният модел на планиране, който е построен върху разбирането на способностите за ежедневно и социално функциониране като система – нарушение в определена област предполага функционални ограничения и в други области. Важно е, следователно, индивидуалните планове в геронтологичната социална работа да обезпечават поддържане и развиване на съхранени функции, които да компенсират, а също и да стимулират загубени, увредени функции. Фактори за поддържането на подобна практика могат да бъдат тези модели на оценяване, планиране и интервенции, които са ориентирани към самостоятелност и социална активност. И още – моделите на работа трябва да подпомагат възрастните клиенти в намирането на такъв *смисъл от съхранената функционална автономия*, който да надхвърля границите на ежедневното съществуване и да преминава в територията на психосоциалните феномени на *удоволствието и удовлетвореността* от качеството на живота.

ЛИТЕРАТУРА

1. Български тълковен речник. – www.t-rechnik.info – 27.02.2013.
2. Димитров, И., А. Капрелян, Б. Иванов, Н. Делева. Оценка на способността за справяне с ежедневните дейности при скрининг и диагноза на леко когнитивно нарушение и деменция. – *Известия на Съюза на учените – Варна*, Том XVII, 1, 2012.
3. Колева, Н. Социална медицина. С., 2004.
4. Методика на социалните услуги за възрастни хора. Агенция за социално подпомагане, Изх. №9100–122 от 05.07.2005 г. – www.asp.government.bg – 12.02.2013.

5. *Правилник за приложение на закона за социално подпомагане. – ДВ, 63, 2011.*
6. *Психологический словарь. 2000. – <http://dic.academic.ru/dic.nsf/psihologic/2025> – 27.02.2013.*
7. Решение № 265 на МС на РБ от 29 април 2011г. За: Разделение на дейностите, финансирани чрез общинските бюджети, на местни и делегирани от държавата дейности и за определяне на стандарти за финансиране на делегираните от държавата дейности през 2012 г. (на основание чл. 8, ал. 2 от Закона за общинските бюджети).
8. Симеонова, Р. Управление на социалната работа като дейност и система. С., 2011.
9. Словарь-справочник по социальной геронтологии. Самара, 2003.
10. Addington, J., H. Saeedi, D. Addington. Influence of social perception and social knowledge on cognitive and social functioning in early psychosis. – *British Journal of Psychiatry*, 189, 2006.
11. Agich, G. Dependence and autonomy in old age: an ethical framework for long-term care. Cambridge University Press, 2003.
12. Assous, L. Dependence. Soins et aides de longue duree aux personnes agees: une mise en perspective internationale. – *Revue francaise des affaires sociales*, 2, avril-juin, 2001.
13. Autonomie et dependance. Universite Medicale virtuelle francophone. 2008. – <http://umvf.univ-nantes.fr/geriatrie/> – 12.02.2013.
14. Bennett K., A. Stenhoff, J. Pattinson, F. Woods. Well If He Could See Me Now: The Facilitators and Barriers to the Promotion of Instrumental Independence Following Spousal Bereavement. – *Journal of Gerontological Social Work*, Vol. 53, No. 3, Feb, 2010.
15. Beswick, A., R. Gooberman-Hill, A. Smith, V. Wylde, S. Ebrahim. Maintaining independence in older people. – *Reviews in Clinical Gerontology*, Vol. 20, Issue 2, May, 2010.
16. Chauffaut, D., E. David. La notion d'autonomie dans le travail social : l'exemple du RMI. – *Cahier de recherche*, 186, Septembre, 2003. – <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C186.pdf> – 27.02.2013.
17. Cora, V. L. Elder Health. In: Community health nursing: caring for the public's health. Ed. by K.S. Lundy and Sh. Janes. Sudbury, 2009.
18. Corpus de Gériatrie. Tome 1. College National des Enseignants Geriatrie (France), Collectif, Ed. 2000.
19. Edelstein, B., N. Staats, K.D. Kalish, L.E. Northrop. Assessment of older adults. In: Psychological Treatment of Older Adults: An Introductory Text. Ed. by M. Hersen and V. B. van Haasselt. N.Y., 1996.
20. Hebert, R. L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes agees. – *Canadian family physician*, vol. 28, april, 1982.
21. Manoukian, A. Les soignants et les personnes agees. Edition Lamarre, 2007.
22. McDowell, I. Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires. Third Edition, Oxford University Press, 2006.
23. Morley, J. E. Clinical practice in nirsing homes as a key for progress. – *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, Vol. 14, Number 7, 2010.

24. Pathy's principles and practice of geriatric medicine. Ed. by A. J. Sinclair, J. E. Morley, B. Vellas. 5th ed., Wiley-Blackwell, 2012.
25. Perrig-Chiello, P., W. J. Perrig, A. Uebelbacher, H. B. Stahelin. Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. – *Psychology, Health & Medicine*, November, 11(4), 2006.
26. Qualls, S., B. Knight. Psychotherapy for depression in older adults. Hoboken, NJ, 2006.
27. Ranjith, G., A. Farmer, P. McGuffina, A. J. Cleare. Personality as a determinant of social functioning in depression. – *Journal of Affective Disorders*, 84, 2005.
28. Roeling, M. P. Functioning is the cornerstone of life. Assessing chronic impairment in social functioning. – *Journal of European Psychology Students*, Vol. 2, 2010. – <http://jeps.efpsa.org/> – 27.02.2013.
29. Shrestha, B., S. Sermsri, N. Hongkraitert. Self-efficacy, family support and physical-social functioning activity among Thai elderly. – *Journal of Public Health and Development*, Vol. 10, No. 3, September – December, 2012.
30. Use of the international classification of impairments, disabilities and handicaps ICDH in relation to elderly peoples. Ed. H. Gardent, Council of Europe, 1997.
31. Weissman, M., M. Olfson, M. Gameroff, A. Feder, M. Fuentes. A Comparison of Three Scales for Assessing Social Functioning in Primary Care. – *American Journal of Psychiatry*, 158, 3, March, 2001.

Постъпила април 2013 г.