

АКТУАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА СОЦИАЛНАТА РАБОТА

Васка
Станчева-Попкостадинова



АКТУАЛНИ
ПРОБЛЕМИ
НА СОЦИАЛНАТА
РАБОТА



АКТУАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА СОЦИАЛНАТА РАБОТА

**Съставител и научен редактор:
доц. д-р Васка Станчева-Попкостадинова**

АКТУАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА СОЦИАЛНАТА РАБОТА

Съставител и научен редактор:

© Васка Станчева-Попкостадинова

Благоевград, 2016

ISBN 978-954-00-0096-1

*Всеки автор носи отговорност за предоставените факти,
изказани становища или мнения.*

СЪДЪРЖАНИЕ

Въведение

Васка Станчева-Попкостадинова.....9

Югозападен Университет „Неофит Рилски“, Благоевград

Овластяването в социалната работа.....13

Мая Чолакова, Югозападен Университет

Югозападен Университет „Неофит Рилски“, Благоевград

**Ролята на Пъблик рилейшънс за популяризиране
на социалната работа**.....30

Виктория Сотирова

Югозападен Университет „Неофит Рилски“, Благоевград

**Професионална реализация на социалния работник
във Франция**.....50

Йоанна Цветанова

Югозападен Университет „Неофит Рилски“, Благоевград

**Проблеми и перспективи при регистриране случаи
на насилие и пренебрегване на деца**62

Васка Станчева-Попкостадинова, Елена Керанкова

Югозападен Университет „Неофит Рилски“, Благоевград

**Специфика на телефонната комуникация с хора в криза
и с представители на уязвими групи78**

Донка Петрова

Софийски университет „Св. Климент Охридски“, Философски факултет

**Качествени услуги в общността за хората с увреждания –
условие за успешна деинституционализация.....94**

Мария Стойкова

Югозападен Университет „Неофит Рилски“, Благоевград

Социални аспекти на епилепсията.....113

Росен Калпачки

Югозападен Университет „Неофит Рилски“, Благоевград

Клиника по нервни болести, УМБАЛ “Света Анна” София

**Социална подкрепа, качество на живот и самооценка при
възрастни хора с увреждания.....126**

Мария Стойкова, Мая Чолакова

Югозападен Университет „Неофит Рилски“, Благоевград

Превенция на самоубийствата в Румъния и България.....154

Лавиния Дуика, Университет Луциан Блага в Сибиу, Психиатрична болница
Преда, Сибиу, Румъния

Владимир Наков, Национален център по общественото здраве и анализи,
София

Михай Мутика, психиатър Галати, Румъния

Моника Кара, Университет по медицина и фармация, Крайова, Румъния

Михаил Пирлог, Университет по медицина и фармация, Университетска болница по невропсихиатрия, Крайова, Румъния

**Перинатални и неонатални рискови и протективни фактори
за развитието в ранното детство169**

Миодраг Игњатович

Институт майчино и детско здраве „Д-р В. Чупич“, Белград

CONTENTS

Introduction	9
<i>Vaska Stancheva-Popkostadinova</i> South-West University "Neofit Rilski", Blagoevgrad	
Empowerment in social work	13
<i>Maya Tcholakova</i> South-West University "Neofit Rilski", Blagoevgrad	
The role of Public Relations (PR) for promotion of the Social Work	30
<i>Victoria Sotirova</i> South-West University "Neofit Rilski", Blagoevgrad	
Professional realization of social worker in France	50
<i>Yoanna Cvetanova</i> South-West University "Neofit Rilski", Blagoevgrad	
Problems and perspectives in gegistration of child abuse and neglect cases	62
<i>Vaska Stancheva-Popkostadinova, Елена Керанкова</i> South-West University "Neofit Rilski", Blagoevgrad	

Specifics of telephone communication with persons in crisis and with representatives of vulnerable groups.....78

Donka Petrova

Sofia University “St. Kliment Ohridski”

Quality community services for people with disabilities - a condition for successful deinstitutionalization.....94

Maria Stoikova

South-West University ”Neofit Rilski”, Blagoevgrad

Social aspects of epilepsy.....113

Rosen Kalpachki

South-West University”Neofit Rilski”, Blagoevgrad

Clinic of Neurology, University Hospital “St. Anna” Sofia

Social support, quality of life, and self-evaluation in people with disabilities.....126

Maria Stoikova, Maya Tcholakova

South-West University”Neofit Rilski”, Blagoevgrad

Suicide prevention in Romania and Bulgaria.....154

Lavinia Duica, University of Sibiu, Sibiu, Romania, Dr. Gheorghe Preda

Psychiatric Hospital, Sibiu, Romania

Vladimir Nakov, National Centre of Public Health and Analyses, Sofia

Mihai Mutică, Elisabeta Doamna Hospital of Psychiatry, Galati, Romania

Monica Laura Cara, University of Medicine and Pharmacy of Craiova, Romania

Mihail Cristian Pîrlog, University of Medicine and Pharmacy of Craiova,
Clinical Hospital of Neuropsychiatry, Craiova, Romania

**Perinatal and neonatal risk and protective factors for
development in early childhood.....169**

Miodrag Ignjatović

Mother and Child Health Institute “Dr V. Čupić” of Republic
Serbia, Beograd

ВЪВЕДЕНИЕ

От самото създаване на специалност „Социални дейности“, подготовката на специалисти по социални дейности в ОКС „Бакалавър“, „Магистър“ и ОНС „Доктор“ в Югозападния университет „Неофит Рилски“ се реализира от катедра "Медико-социални науки".

Катедрата се утвърждава като инициатор и партньор в реализиране на добри практики в областта на социалната работа в България: съвременни модели за обучение на социални работници в рамките на различните образователни степени, ранна интервенция за деца с увреждания, работа с родители на деца с увреждания, превенция на насилие и др. Академичният състав на катедрата осъществява научни изследвания в сферата на социалната работа и социалната политика с интердисциплинарна ориентация.

Динамичното развитие в областта на социалната политика и в процеса на предлагане на съвременни модели за обслужване на индивиди и групи в риск мотивираха разработването на материалите, предложени в настоящия сборник.

В сборника се представят различни аспекти от социалната работа въз основа на теоретични обзори и резултати от проведени проучвания. Авторите на статиите са членове на катедра „Медико-социални науки“, преподаватели и практикуващи психиатри от Румъния (д-р Лавиния Дуика, д-р Михал Пърлог, д-р Моника Кара, д-р Михай Мутика); д-р Владимир Наков (главен експерт от Националния център за обществено здраве и анализи, София и хоноруван

преподавател към катедра Медико-социални науки“); д-р Миодраг Игњатович, неонаталог и дългогодишен консултатн по неонатология в Република Сърбия; д-р Донка Петрова от Софийския университет.

Всички статии, включени в настоящия сборник, са представени и дискутирани на заседанията на редовния академичен семинар на катедра Медико-социални науки „Актуални проблеми в социалната практика“ в периода 2015-2016 година.

Доц. д-р Мая Чолакова представя дефиниции и схващания за овластяването, с акцент върху социалната работа и в контекста на резултати от проучване на информираността и сензитивността към дискриминацията и потисничеството сред помагащи специалисти и потребители на социални услуги, проведено през 2014 г.

Гл. ас. д-р Виктория Сотирова дискутира същността, функциите, ролите, дейностите, които трябва да изпълняват PR-специалистите, съотнесени към особеностите на социалната работа

Ас. д-р Йоанна Цветанова споделя наблюдения върху спецификата в подготовката и реализацията на социалните работници във Франция.

Доц. д-р Васка Станчева-Попкостадинова и докторант Елена Керанкова представят резултати от проучване на проблемите на специалисти, свързани с приложението на Координационния механизъм за взаимодействие при работа в случаи на деца, жертви на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция, утвърден като инструмент за координиране на дейността на различните институции спрямо децата в риск.

Докторант Мария Стойкова прави обзор на основни предпоставки за предоставяне на качествени услуги в общността за хората с увреждания и техните семейства, което е ключово важно условие за постигане на успешен процес на деинституционализация и защита правата на хората с увреждания. Представени са водещи европейски подходи за определяне на качеството на социалните услуги.

Доц. д-р Мая Чолакова и докторант Мария Стойкова представят резултати от проучване на влиянието на социалната подкрепа върху качеството на живот и самооценката при възрастни хора с увреждания, ползващи социални услуги в общността.

Доц. д-р Росен Калпачки коментира медико-социалните аспекти на епилепсията, като акцентира на негативния ефект на стигмата върху качеството на живот.

Въз основа на основа на своя продължителен опит в работата на телефонни линии, предлагащи психологическо консултиране, ас. д-р Донка Петрова прави обобщение на ключови особености на телефонната комуникация и телефонното консултиране на хора в състояния на емоционална криза и представители на други уязвими групи, като хора с психични заболявания или социални затруднения.

Д-р Лавиния Дуика и екип от психиатри от Румъния и България представят епидемиологични данни за самоубийствата в Румъния и България. Поставя се акцент върху препоръките, свързани с отчитане слабостите на съществуващите системи за психично здраве и необходимостта от адаптиране на стратегии за

превенция на самоубийствата, съобразени с реалностите на съответната страна.

Д-р Миодраг Игнятович прави обзор на рисковите и протективни фактори в перинаталния и неонатален период, които оказват влияние върху развитието на детето. Акцентира се върху ранната интервенция като задължителна мярка за предотвратяване или намаляване на рисковете за развитието в по-късните етапи.

Считаме, че представените текстове ще бъдат полезни за практикуващи социални работници, както и за студенти от специалностите „Социални дейности“, „Социална педагогика“, „Психология“, „Медицинска сестра“.

От Редактора

ОВЛАСТЯВАНЕТО В СОЦИАЛНАТА РАБОТА

Мая Чолакова

*Югозападен университет „Неофит Рилски“, Благоевград
Катедра „Медико-социални науки“, E-mail: maya.tcholakova@gmail.com*

Резюме: Овластяването е централен концепт в много научни области и в широк кръг помагащи професии. В настоящата статия са представени дефиниции и схващания за овластяването с акцент върху социалната работа и в контекста на резултати от проучване на информираността и сензитивността към дискриминацията и потисничеството сред помагащи специалисти и потребители на социални услуги, проведено през 2014 г.

Ключови думи: помагащи специалисти; потребители на услуги; овластяване

Empowerment in social work

Abstract: Empowerment is a central concept in many scientific fields and in a range of helping professions. This article presents definitions and understandings of empowerment with a focus on social work and in the context of results of a survey of awareness and sensitivity to discrimination and oppression among helping professionals and social service users, conducted in 2014.

Keywords: helping professionals; service users; empowerment

Въведение

Овластяването е предмет на изследване и прилагане в областта на психологията на общностите, социалната работа, образованието, здравеопазването, организациите и пр. Освен в модерната дефиниция и в практиката на социалната работа, като понятие, процес и резултат то присъства в глобалните и местните политики, програми и проекти, насочени към социално включване на уязвими групи, и съдържа както личностен, така и групов и общностен смисъл. Овластяването е централен концепт в социалната работа, разгледана от позициите на марксистката теория, „педагогиката на потиснатите“ на Паоло Фрейре, феминистката перспектива и пр. и поставя фокус върху властта и безвластието, като мобилизира индивидите, групите и общностите за развитие на критично съзнание и промяна на социалните условия, които предизвикват проблемите. Базирана върху традициите на радикалната социална работа в рамките на теориите за конфликта, тази мобилизация не се изчерпва само с психологически процеси, но включва и работа за промяна на структурно и обществено ниво (Hutchinson & Oltedal, 2014).

Овластяването в контекста на социалната работа

Съгласно актуалното определение на Международната федерация на социалните работници (2014), „социалната работа е професия, базирана на практиката, и академична дисциплина, която насърчава социалната промяна и развитие, социалното сближаване и овластяването и освобождаването на хората. Принципите на

социалната справедливост, човешките права, колективната отговорност и зачитането на различията са в центъра на социалната работа. Основавайки се на теориите на социалната работа, социалните науки, хуманитарните науки и местните знания, социалната работа ангажира хората и структурите за справяне с предизвикателствата на живота и подобряване на благосъстоянието“¹.

Според Кри (2008), чрез привилегирвания си достъп до живота на хората и функционирането на обществото социалната работа има възможности да окаже позитивно влияние върху тях, а за да го постигне, „тя ще трябва да се приближи по-плътно до тези, от чието име посредници – бедните, социално изключените и тези с по-малко власт в обществото“ и да „покаже смелостта да говори за структурните проблеми на хората и за изключителната издръжливост, която трябва да проявяват с живота“ (Кри, 2008, с. 317).

Според антидискриминационната и антипотискащата перспективи, ефектите от дискриминацията и потисничеството са сред ключовите структурни проблеми, с които социалната работа е необходимо да се справя. За да решават тези проблеми ефективно, социалните работници следва да имат „добро обучение в съответното законодателство и да са осъзнали неговите ограничения и приложение в практиката“ (Мънби, 2008, с. 473), но така също и да виждат, че „дискриминацията и потискането са твърде често в центъра на проблемите“, с които те се сблъскват (Томпсън, 2008, с. 105). Нийл

¹¹ IFSW General Meeting and the IASSW General Assembly in July 2014

Томпсън обосновава необходимостта от трансформиране на традиционната практика на социалната работа чрез изместване на фокуса от „простото упълномощаване до точката на овластяване на хората“ (пак там, с. 108), където това представлява „средство за използване на собствената сила (и тази на други хора при общи усилия), за да преодолееш негодите на това да бъдеш член на маргинализирана социална група“ и „леgitимно използване на власт, за да се справим със злоупотребата с власт, присъстваща в дискриминацията и потискането“ (пак там, с. 108). Овластяването като термин в практиката на социалната работа се свързва с необходимостта от осигуряване на ефективни и отговорни услуги за представителите на малцинствени групи (Тодорова, 1999, с. 189).

Овластяващият подход е отговор на живеенето в постмодерния контекст, казват Lee & Hudson (2011, с. 157). Този подход осигурява една всеобхватна концептуализация, която свързва личното с политическото, социалната и икономическата несправедливост с личната болка и страдание, като уникалността му се състои тъкмо в съчетаването на индивидуалното/клиничното и политическото в директен практически подход, релевантен към бедните и потиснатите хора (пак там, с. 159-160). Понастоящем, твърдят авторите, „две силни течения захванват овластяващата теория в социалната работа: социалните/политическите/ икономическите движения и теориите за човешкото развитие/ клиничните теории, свързани с освобождаването на човешкия потенциал“ (пак там, с. 162).

Основната теза в овластяващия подход е, че потисничеството е феномен, който е структурно базиран и има дълготрайни вредни последици върху индивидите и общностите (Lee & Hudson, 2011). Става дума за всички форми на потисничество, от явните и бруталните до неявните, онези, които Harvey (2010) определя като „цивилизовано“ потисничество, въплътено в ежедневните процеси на потискане, често несъзнавано, но „коварно и широко разпространено“ (с. 14). Силните мрежи за подкрепа и добрата свързаност между хората могат да противостоят на интернализирането на стигмата и да спомогнат за развиването на позитивно чувство за идентичност и автономност, а решаването на проблемите, свързани с потисничеството, винаги изисква двоен фокус - едновременно върху промяна на средата и върху собственото укрепване (Lee & Hudson, 2011, с. 165).

Отправна точка в разбирането на овластяването се съдържа в дефиниции, които Perkins & Zimmerman (1995) обобщават като: „съзнателен непрекъснат процес, центриран в местната общност, включващ взаимно уважение, критична рефлексия, грижа и групово участие, чрез които хората, които нямат равен дял в ценните ресурси, получават по-голям достъп и контрол върху тези ресурси (Cornell Empowerment Group, 1989); или като процес, чрез който хората добиват контрол върху своя живот, демократично участие в живота на своята общност (Rapaport, 1987); и критично осмисляне на своята жизнена среда (Zimmerman, Israel, Schulz, Checkoway, 1992)“ (Perkins&Zimmerman, 1995, с. 570). Психологическото овластяване включва вътреличностни, интеракционни и поведенчески компоненти

(Zimmerman et al., 1993). Овластяването е многопластов конструкт, приложим както към отделните граждани, така и към организациите и съседските общности (кварталите) и предполага изучаването на хората в техния контекст (Rapaport, 1987).

Според Barbara Bryant Solomon (1976), която е създател на концепцията за овластяването в социалната работа (Lee & Hudson, 2011), то се занимава с определен вид преграда/ пречка пред решаването на проблеми, наложена от външното общество по силата на стигматизирана колективна идентичност (Lee & Hudson, 2011, с. 163). Наистина, овластяването се дефинира и измерва по много начинии “означава различни неща за различните хора” (Dustin & Montgomery, 2010), но обикновено поставя акцент на избора и контрола от страна на клиента и се отнася едновременно до процеса и резултата (Linhorst et al., 2002). В този смисъл, клиентът се овластява не само чрез резултатите от решенията, които взема, но и чрез активното си участие в процеса на вземане на решения (пак там, с. 425). Овластяването включва едновременно действия и резултати, което предполага, че действия като включване и участие ще доведат в резултат до овластяване на индивида сам да генерира промяна (de Hartog, 2012). Участието предполага партньорство, в което вземането на решения е повлияно от желанията и експертизата на клиента. На индивидуално ниво участието на клиента повишава самооценката, собствената стойност и ефикасност, което в социалната работа се определя като „овластяване на клиента“ (Staples, 1992, цит. по Mizrahi et al , 2009).

От гледна точка на перспективата на силните страни, помагащите отношения в социалната работа предполагат не само отчитане, но и стимулиране на потенциала на клиента и не само в позицията му на бенефициент, но и в качеството му на субект на собственото си развитие и активен участник в двустранния процес. Клиентът влиза в отношенията със своята история, преживявания, очаквания и оценки, които са силно повлияни от неговия опит и собствените му културни филтри. В клиничната практика социалният работник „подхранва, насърчава, подпомага, позволява, подкрепя, стимулира и отприщва силните страни в хората; осветява ресурситена средата, които са на тяхно разположение; и насърчава равнопоставеността и справедливостта на всички нива в обществото“ (Cowger, 1994, с. 264). Нещо повече, авторът е убеден, че клиентите, а не социалният работник притежават властта, която носи значимата промяна в клиничната практика, а социалният работник е „просто ресурсното лице с професионална подготовка за използването на ресурсите, ангажиран с овластяването на хората и готов да сподели с тях знанията си по начин, който да им помогне да реализират своята собствена власт, да поемат контрол върху собствения си живот и да разрешават собствените си проблеми“ (Cowger, 1994, с. 264). Процесът на овластяване е присъщ на личността, не на помагачия (Lee & Hudson, 2011); той може да възникне и да се поддържа само от онези, които търсят власт и самоопределяне, докато другите могат само да помагат и поощряват този процес (Simon, 1990, цит. по Lee & Hudson, 2011). Овластяващият подход поначало се базира на допускането, че хората са напълно

способни да решават непосредствените си проблеми и да анализират институционализираното потисничество, поддържащите го структури и влиянието му върху себе си, а основният принцип е, че хората се овластяват чрез индивидуална овластяваща работа, групова работа, ориентирана към овластяване, действия в общността и политически знания и умения (Lee & Hudson, 2011, с. 165).

В крайна сметка, овластяването е процес на вътрешна промяна и познавателно състояние, казва Тодорова (1999). Тази промяна дава възможност на индивидите, групите и общностите да получат власт чрез създаване на критично съзнание. Критичното съзнание е концепт от ключово значение за реализирането на антипотисническата практика (Sakamoto & Pitner, 2005). Критичното съзнание означава „яснота по отношение съществуващите властови отношения в обществото и начина, по който те формират индивидуалните си възприятия, че могат да вземат участие в социалната промяна“, и „спомога за овластяването, тъй като онези, които вярват, че могат да постигнат промяна, правят и повече опити да я постигнат“ (Тодорова, 1999, с. 189-190).

Нашето впечатление е, че макар овластяването да е част от понятийния и ресурсен апарат на социалната работа, то не е намерило своето адекватно разбиране и особено технологичното си превъплъщение в сферата на практиката. Трябва да се съгласим с Healy (2005) (цит. по Dustin & Montgomery, 2010, с. 389), че независимо от значението на възприятията и реалностите на властта в контекста на взаимоотношенията между социалните работници и потребителите на услуги, в образованието по социална работа и другите помагачи

професии властта е недостатъчно обсъждана концепция. А всъщност, както твърди Карагяурова (2010), помагачното взаимоотношение носи властови характер от самото си възникване; властта присъства във всички видове помощ, на всички етапи и независимо от начина, по който се реализира, както и от намеренията на оказващия и получаващия помощ, като най-ясно тя се проявява в сферата на социалната помощ и здравеопазването (Карагяурова, 2010, с.125-127). Нещо повече, „основанията да се оказва помощ са основания и да се упражнява власт над нуждаещите се“, като „помощта може да е другото лице на властовото отношение“ (пак там, с. 126).

Данни от емпирично изследване

Наше изследване върху антипотискащи аспекти на социалната работа, проведено през 2014 г. сред общо 253 помагачи специалисти и бенефициенти на социалната система, показва, че овластяването не е широко разпознато като стратегическа перспектива за повишаване ефективността и ефикасността на социалната работа (както от страна на социалните работници, така и от гледна точка на потребителите на услуги). Основания за този извод се съдържат в отговорите на въпроси, отнасящи се до схващанията и нагласите на работещите в системата и социалните клиенти във връзка с проявлението и влиянието на дискриминацията и потисничеството в обществото и в контекста на социалната работа². Например, в 64.3% от случаите помагачите

² Пълните резултати от изследването по проект SRP-B 12/14 „Антипотискащи аспекти на социалната работа: знания, нагласи, поведение на помагачите

специалисти не проблематизират обстоятелството, че като представители на власт оказват влияние върху поведението на своите клиенти, докато 24.8% от случаите не считат, че имат такава власт. В 10.1% от случаите специалистите не могат или не знаят как да се справят с това влияние. По отношение стратегиите и тактиките за насърчаване на участието на клиентите, онези с по-силен овластяващ и фокусиран върху ресурсите на клиента потенциал са по-малко избрани от специалистите, като например, поставянето на акцент върху схващанията и идеите (10.3%) и експертизата на клиента (12.5%), както и организирането на срещи между клиенти със сходни проблеми с цел борба за постигане на промяна в социалните условия (8.3%).

По отношение на собственото си овластяване като професионална общност с непрестижен статус (само 7.6% определят професията като престижна), специалистите не залагат на влиянието на практиката (в социалната работа) върху политиките (14.1%) и още по-малко смятат, че овластяването на представителите на уязвими групи за поемане на контрол върху живота им може да повиши ефективността и ефикасността на социалната работа (5.5%). В същата посока са и мненията на клиентите: едва 7.3% разчитат на овластяването на уязвимите групи и не повече от 15.3% считат, че практиката може да повлияе върху политиките. Няма статистически значими разлики в структурата на отговорите на въпроса ($F(4,19) <_{кр}(df)(3) = 7.81$ при $\alpha=0,05$).

специалисти и социалните клиенти“, финансиран от ЮЗУ „Н. Рилски“, се очаква да бъдат публикувани в друг източник.

От гледна точка на клиентите, едва 7.9% от анкетираните се чувстват партньори, не повече от 19.3% споделят, че мнението им се търси на всеки етап, а близо половината (49.6%) имат нужда от по-голямо участие в процеса на оценка и планиране на дейностите за подкрепа, които получават. 43.8% от бенефициентите очакват повече информация за своите права и за общностните ресурси. В същото време, едва 14% очакват повече окуражаване за самостоятелно справяне и контрол върху живота си, а за още 14.9% очакванията се свързват с повече обгрижване и помощ.

Тези резултати не могат да бъдат генерализирани, предвид обективните ограничения на конкретното изследване, но предизвикват загриженост и дават повод за размисъл по посока на разбирането и прилагането на овластяването в контекста на практиката в социалната работа.

Механджийска (2013) отбелязва, че „социалните работници често изслушват от своите клиенти такива обяснителни модели на трудното им социално положение, които изключват собствената им роля и значение както в причините, така и в промяната“, както и че „вярването в детерминацията и предопределеността на индивидуалното благополучие от социалните фактори и условия обрича клиента на безпомощност, на очакване нещо извън него да се случи, да се промени, да му се даде“ (с. 23). Вероятно тук обаче, има поле за такава намеса, която да подпомогне не само проактивното поведение, но и да разкрие други перспективи пред потребителите, за които те вероятно и не подозират. Както казва Sadan (2004), „във всяка потребност от

социални услуги съществува потенциална загуба на власт и опасност от влошаване по посока на постоянна и деструктивна безсилна зависимост. И обратно, във всяка интервенция в проблематична социална ситуация потенциално съществуват всички възможности на професионалната намеса – такава, която може да обезвласти хората и да ги доведе до безсилие, или такава, която да насърчи овластяването и да развива лични и общностни способности“ (с. 20). За целта обаче, е необходимо развитието на критично съзнание. Властта не е нито добра, нито лоша, но е опасно, ако не мислим за нея и за това как я използваме, твърдят Wendt & Seymour (2010) от пост-структуралистки позиции. Освен това, в процеса на помагачите взаимоотношения, когато не се осъзнава или се подценява, властовата им характеристика „може да „натовари“ процеса на помагане с негативни емоции дотолкова, че да стане пречка за успешното му приключване“ (Карагяурова, 2010, с. 127-128).

Наистина, овластяването „не е нещо, което социалните работници правят „за“ хората“, а по-скоро е нещо, което „потребителите на услуги постигат сами, възможно с помощ“, например, когато социалните работници „им помагат да осъзнаят структурните фактори, които им въздействат“ (Dustin & Montgomery, 2010, с. 390). Заявените в изследването потребности от участие и повече информация за правата и за ресурсите в общността директно засягат онова първо ниво на овластяване, което Hasenfeld (1987) (цит. по Еамон, 2008) определя като нивото на „практикуващ – клиент“ и което означава социалните работници да повишават властта на клиентите чрез

осигуряване на информация за общностните ресурси и чрез обучаването им в умения да се застъпват за самите себе си в други умения заподсигуряване на собствените си права, получаване на социални и икономически ресурси и постигане на личните си цели (с. 30).

Овластяването на социалните клиенти не е непостижима цел, ако се инвестира в осмислянето и използването на подходи, които стимулират участието и партньорството; базирани са на силните страни, зачитането на правата и уникалността на всеки клиент; поставят акцент върху знанието и експертизата на потребителите; окуражават съвместните усилия за постигане на промяна в социалните условия и пр., и всичко това в контекста на рефлексивни спрямо потисничеството процедури. Овластяването е преминаване от подчертано професионални или други форми на власт към равнопоставени и ценени партньорства, отспазване на дистанция спрямо клиентите и субординиране към работа в тясно сътрудничество, от зависимост към самопомощ, от болест към добро здраве, от облекчаване на проблемите, дефицитите и рисковите фактори към трансформиране и освобождаване на самия себе си, организацията и общността към компетентност, от фокусиране върху слабостите и обвиняване на жертвата към идентифициране и развиване на силните страни (Perkins&Zimmerman, 1995, с. 569-570).

За целта вероятно е необходимо обучение в концепциите и технологиите на една по-овластяваща и еманципираща практика. В този смисъл, Тодорова (1999) отбелязва, цитирайки Голдщайн (1995),

че „овластяването е обект на обучение” и „методите, с които това се постига, включват виждането за практиката като процес на обучение (развитие на съответни умения, формиране на чувство за ефективност и разбиране на значението на груповото членство); като процес на демократично участие (включване на участието на всички страни при разработване на социални услуги); като процес на надстройване върху силите на клиента или общността (т.е. анализ на практиките на функциониране на индивидите, семействата, групите и общностите с цел използване на наличните сили на получаване на власт) и др.” (Тодорова, 1999, с. 190-191). „Много от ограниченията на социалната работа биха отпаднали”, смята Тодорова „ако се стимулират жизнените сили и способностите на самите нуждаещи се” (пак там, с. 224).

Заклучение

Според Дейвис (1994) (цит. по Кри, 2008), „реалистично погледнато, социалната работа ще продължи да се отнася повече до помагане на хората да се приспособят към обществото, отколкото до променяне на обществото – тя ще бъде загрижена за поддържането, вместо за социалната революция“ (Кри, 2008, с. 316). Перифразирайки, иска ни се да вярваме, че в съвременните условия на екстремни глобални предизвикателства, възпроизвеждащо се социално неравенство и отсъствие на социална справедливост, социалната работа ще бъде по-загрижена за овластяването и еманципирането на индивидите, групите и общностите в интерес на нейната собствена еманципация.

Литература

- Карагяурова, Д. (2010). *Просоциалното поведение като междуличностно отношение*. Варна: СТЕНО
- Кри, В. Е. (2008). Социална работа и общество. *Антология Социална работа*. (съст. Мартин Дейвис). София: Университетско издателство „Св. Климент Охридски“, 305-317
- Механджийска, Г. (2013). Социална работа по случай – реконцептуализация на традиционните разбирания в съвременна приложна перспектива. *Е-списание СОЦИАЛНА РАБОТА 2013* (1) брой 1, 4-29
- Мънби, Т. (2008). Юридическата перспектива. *Антология Социална работа*. (съст. Мартин Дейвис). София: Университетско издателство „Св. Климент Охридски“, 471-480
- Томпсън, Н. (2008). Антидискриминационна практика. *Антология Социална работа*. (съст. Мартин Дейвис). София: Университетско издателство „Св. Климент Охридски“, 105-113
- Тодорова, Е. (1999). *Реалната помощ, Професионално институционализиране и практически аспекти на социалната работа*. Варна: ВСУ „Черноризец Храбър“
- Cowger, C. D. (1994). Assessing Client Strengths: Clinical Assessment for Client Empowerment. *Social Work*, Vol. 39, No. 3, 262-268
- De Hartog, J., "Including Social Service Clients in the Organizational Decision Making Process" (2012). College of Professional Studies Professional Projects. Paper 40.

- Dustin, D., Montgomery, M.R. (2010). The Use of Social Theory in Reflecting on Anti-Oppressive Practice with Final Year BSc Social Work Students. *Social Work Education* Vol. 29, No. 4, 386–401
- Eamon, M.K. (2008). Empowerment and Cognitive-Behavioral Methods; http://lyceumbooks.com/pdf/EmpoweringVulnerablePops_Chapter_03.pdf
- Harvey, J. (2010). Victims, Resistance, and Civilized Oppression. *Journal of Social Philosophy*, Vol. 41 No. 1, 13-27
- Hutchinson, G.S., Oltedal, S. (2014). Five Theories in Social Work. UiN---rapport nr.1/2014. ISBN: 978-82-7314-735-6. brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/96588/Hutchinson_GS.pdf
- Lee, J. A. B., Hudson, R. A. (2011). Empowerment Approach to Social Work Practice. *Social Work Treatment: Interlocking Theoretical Approaches*, Fifth Edition (Ed. Francis J. Turner). Oxford University Press
- Linhorst, D. M., Hamilton, G., Young, E., Eckert, A. (2002). Opportunities and Barriers to Empowering People with Severe Mental Illness through Participation in Treatment Planning. *Social Work*, vol. 47, No 4, 425 – 434, EBSCO Publishing
- Mizrahi, T., Humphreys, M. L., Torres, D. (2009). The Social Construction of Client Participation: The Evolution and Transformation of the Role of Service Recipients in Child Welfare and Mental Disabilities. *Journal of Sociology & Social Welfare*, Volume XXXVI, Number 2, 35-61

- Perkins, D. D., Zimmerman, M.A. (1995). Empowerment Theory, Research, and Application. *American Journal of Community Psychology*, Vol. 23, No. 5, 569-579
- Rappaport, J. (1987). Terms of Empowerment/ Exemplars of Prevention: Toward a Theory of Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, Vol. 15, No. 2, 121-148
- Sadan, E. (2004). Empowerment and Community Planning. E-book.
- Sakamoto, I., Pitner, R. O. (2005). Use of Critical Consciousness in Anti-Oppressive Social Work Practice: Disentangling Power Dynamics at Personal and Structural Levels. *British Journal of Social Work*, 35, 435-452
- Wendt, S., Seymour, S. (2010). Applying Post-structuralist Ideas to Empowerment: Implications for Social Work Education. *Social Work Education*, Vol. 29, No. 6, 670–682
- Zimmerman, M.A., Israel, B.A., Schulz, A. and Checkoway, B. (1992) Further Explorations in Empowerment Theory: An Empirical Analysis of Psychological Empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 20, 707-727.

РОЛЯТА НА ПЪБЛИК РИЛЕЙШЪНС (PR) ЗА ПОПУЛЯРИЗИРАНЕ НА СОЦИАЛНАТА РАБОТА

Виктория Сотирова

*Югозападен университет „Неофит Рилски“, Благоевград
Катедра „Медико-социални науки“, E-mail: vik_sotirova@abv.bg*

Резюме: Статията е посветена на важноста, която PR-специалистите заемат в популяризиране дейността на социалната работа. Без претенции за изчерпателност си поставяме за задача да изведем работна рамка, включваща същността, функциите и дейностите, които трябва да се реализират в социалната работа, с цел от една страна да се популяризира помагачката професия, а от друга да се информират, а при необходимост и мотивират различните групи бенефициенти – социално слаби, безработни, бедни, социално изолирани лица, за важноста, мястото и ролята на социалната работа – закрила и подкрепа в разрешаването на наболели социални проблеми.

Реализирането на основните за PR-специалистите дейности в помагачите професии, разкрива важната им ролята в социалната работа, именно да формират обществено социално мнение на база актуална, пълна и достоверна информация, защитавайки изконното право на всеки гражданин да бъде информиран.

Убедени сме, че важна роля за приемането на всяка социална структура *в* и *от* обществото има Пъбликрелейшънс, реализирайки на практика всички нейни комуникационни аспекти и това е така, защото

е трудно да се развива социална дейност без наличие на подкрепящо обществено мнение. Познавайки се на дейността на PR в обществото, социалните организации могат да използват целия арсенал от техники, които да подпомогнат информирането и мотивирането на всички групи бенефициенти – безработни, бедни, социално слаби, социално изолирани и др., по социалните въпроси, т.е., да „дообразоват“ обществеността, предоставяйки им полезна и нужна за тях информация.

Успехът зависи от подготовката както в теоретичен, така и в практичен план. Ето защо в теоретичен план в статията се набелязват важни за PR-специалиста компоненти, от изпълнението на които ще допринесат за повишаване на информираността на гражданската общественост, основана на достоверна информация и факти, относно социалната дейност в различните социални институции, работата на социалните работници с различните групи бенефициенти, състоянието на социалната политика и мениджмънт на социалните структури и др..

Познанието за същността, функциите, ролите, дейностите, които трябва да изпълняват PR-специалистите съотнесени към особеностите на социалната работа ще спомогнат за изграждане на една работеща рамка за реализиране на поставените цели.

Ключови думи: Пъбликрийлейшънс (PR), PR-специалисти, социална работа, социални работници

The role of Public Relations (PR) for promotion of the Social Work

Abstract: The article is dedicated of the importance, which the PR-specialists have in the promotion of the activities of the social work. Without claims for comprehensiveness we aim to extract a work frame, including the essence, functions and activities, which have to be implemented in social work, aiming, on one hand the promotion of the helping profession, and on the other, to inform, and motivate if needed, different groups of beneficiaries – socially disadvantaged, unemployed, poor, socially isolated people, for the importance, place and role of the social work – protection and support in solving of pressing social problems.

The realization of the main, for PR-specialists, activities in helping professions, reveals their important role in the social work, namely to form the public social opinion based on current, complete and reliable information, advocating the primordial right of every citizen to be informed.

We are confident, that important role for accepting one social structure in and from society is played by the public relations, realizing in practice all her communicative aspects, and so it is because it is hard to develop a social activity without supportive public opinion. Based on the activities of PR in society, social organizations can use the full arsenal of techniques, which can support informing and motivation of all groups of beneficiaries – unemployed, poor, socially disadvantaged, socially isolated ect., on social matters, i.e. to “further educate” the society, providing them with useful and needed information.

Success depends on preparation both in theoretical and in practical plan. That is why in the theoretical plan in the article are mentioned important for the PR-specialist components, implementation of which will contribute with the increase of awareness of the public society, based on reliable information and facts, about the social work in different social institutions, the work of the social workers with different groups of beneficiaries, the state of social politics and management of the social structures, ect..

The knowledge of the essence, functions, roles and activities, which PR specialists have to perform, referenced to the specifics of the social work will contribute for constructing a working frame for realization of the assigned goals.

Keywords: Public relations (PR), PR-specialists, social work, social workers

Въведение

През 2013г.-2014г. екип от научни работници от Факултет „Обществено здраве и спорт“, при Югозападен Университет „Неофит Рилски“ гр. Благоевград и експерти в областта на социалната работа, логопедията, кинезитерапията и спорта, реализираха Проект „Бизнес-иновационни подходи за създаване и актуализация на учебните програми за обучение на студентите по Социални дейности, Логопедия, Кинезитерапия и Спорт в съответствие с пазара на труда”³, чиято

³ 2013г.-2014г. - 28 май 2013 г. до 28 декември 2014 г., Схема BG051PO001-3.1.07: „Актуализиране на учебните програми във висшето образование в съответствие с изискванията на пазара на труда”, по Проект BG051PO001-3.1.07-0064 „Бизнес-иновационни подходи за създаване и актуализация на учебните програми за обучение на студентите по Социални дейности, Логопедия, Кинезитерапия и Спорт в съответствие с пазара на труда”, финансиран по Оперативна програма

основната цел бе актуализиране на учебни програми, по които се обучават студенти, както и разработване на нови в различните научни направления, отговарящи на потребностите на трудовия пазар (Сотирова, Балев).

Една от десетте програми за актуализация в направление „Социални дейности“, бе „Основи на социалния мениджмънт“. Разработването на нови теми, разкриващи теоретико-научните аспекти на PR в социалната работа, знанията за дейностите, изпълнявани от PR-специалиста в организацията, както и теоретичните аспекти на епистолярна професионална комуникация, изведоха на преден план актуален за съвременната социална работа проблем, а именно информираността (неинформираността) на нуждаещите се лица – безработни, бедни, социално слаби и изолирани и др., за социалната политика, социалната дейност и социалната работа. Считаме, че важна роля в този процес има PR-специалиста.

Пъблик рилейшънс - в социална работа

Всички сме убедени, че социалната работа е важна и необходима за добруването на лицата (бенефициенти), семействата и групите в нужда. Развитието на социалната политика, социалната дейност и социалната работа, в частност социална закрила и подкрепа в новото хилядолетие в България са вече факт. Разкриха се и продължават да се разкриват все нови и нови социални структури, предоставящи различни

„Развитие на човешките ресурси“ и съфинансиран от Европейския социален фонд на Европейския съюз

услуги, които да отговорят на потребностите на нуждаещите се социално слаби, безработни, бедни, социално изолирани и др. лица и техните семейства. Непрекъснато се актуализира, а при необходимост се създава нова нормативната база – закони, правилници, постановления, методични указания и др., регламентиращи дейността на социалната сфера. Социалната работа в научен и практичен аспект се развиват.

Практиката показва, а и много проучвания на различни автори (Леков 2003, Леков 2005, Леков 2006, Сотирова 2009), че гражданското общество не е достатъчно информирано, а понякога изобщо не е информирано за „непосредствената“, „превантивна“ и „закрила чрез контрол“, предоставяни в:

- Дирекция „Социално подпомагане“ - на социално слаби, социално изолирани, бедни лица и семейства, на деца в риск, на лица с увреждания и др.;
- Дирекция „Бюро по труда“ - на безработни, бедни, работещи, които искат да сменят работата си и/или да се преквалифицират и др.;
- социални институции, предоставящи услуги на деца и лица с увреждания (физически, психически, умствени).

Ето защо считаме, че е важно да се реализират все по ефективно и ефикасно функциите и различните дейности, които PR - специалистите реализират в процеса на своята работа по отношение на социалната дейност.

Същност, функции и дейности на PR- специалиста в социалната работа

Както социалната работа, така и Пъблик рилейшънс е преминал през различни етапи на развитие - от „реторика“, през „публичност и система от средства за масова информация и реклама“, за да достигне да се разглежда в модерните общества „като наука и изкуство за хармония между групи и организации“ (Стефанова, 2011:12).

Съществуват много определения, разкриващи същността на PR, но какво представлява той и защо е важен са социалната дейност и „нейните основни компоненти“ - социална работа и социална управление (Леков, 2003:4, Леков, 2006:14) е актуален и сложен по своята същност въпрос, на който без претенция за изчерпателност ще се опитаме да дадем отговорим.

Убедени сме, че българското общество трябва да бъде информирано относно разработените и реализирани социални политики и дейности в социалната сфера както и условията, на които трябва да отговорят нуждаещите се лица, семейства и групи, за ползване на различните видове социални помощи и услуги. Най-добрият начин за постигане на това е чрез дейността на PR - съветника, който не „убеждава и продава“, а „информира обществеността“, позовавайки се на достоверни „факти“ (Леков, 2005:70) за социалната дейност.

Няма да представяме цялата гама от определения, които различните автори са дали за Пъблик рилейшънс. За да постигнем поставената си цел ще разгледаме същността, функциите и дейностите

на PR, структурирани от Д. Стефанова (Стефанова, 2011:12-19), представяйки следните определения за PR:

<p>Здравко Райков (Райков,1999:27)</p>	<p>„управленска функция, която има за приоритета цел да оцени и спечели общественото одобрение чрез синхронизиране на организационната политика и интересите на различни обществени групи“.</p>	
<p>Д. Уилкокс, П. Аулт и У. Ейджи - (по Стефанова, 2011: 15)</p>	<p>„обособена управленска функция”, необходима за всяка на модерната организация“; „отговорност на всяко управление“, което „служи на обществените интереси“; „актуална“, „съобразява се с ефективно настъпващите промени в околната среда“, като „служи и за предвиждане на тенденциите“.</p>	
	<p><i>Целта</i> е да се: „установи и поддържа в перспектива взаимни линии на комуникация“; „разбирателство“; „приемане и сътрудничество със собствените си публики“.</p>	<p><i>PR включва:</i> „управление на проблемните и спорните въпроси“; „информационно осигуряване на мениджмънта и особено подчертаване на необходимостта той да е отзивчив към общественото мнение“.</p>

<p>Любомир Стойков (Стойков, 2007:27)</p>	<p>„квалифициран вид комуникационно управление, което с помощта на планирането, организирането, ръководството и контрола, осигурява взаимноизгодни интерактивни отношения с външните и вътрешните публики, гарантира общественото разбирателство, организационния успех или адекватно разрешава проблемни и кризисни ситуации”.</p>
<p>Димитрина Стефанова (Стефанова, 2011:54)</p>	<p>„управленска функция, която се явява в ролята на „открита социална технология“, която не трябва да се свежда само и единствено до „пасивна реакция на организацията под натиска на среда (външната и вътрешната)“, защото именно „управленската ѝ функция“ я доближава до нейното приложение в модерното общество“.</p> <p>Убедени сме, че тази „управленска функция“ „доближава“ Пъблик рилейшънс и до социалната работа.</p>

Всички автори са единодушни, че е PR е „управленска“ по своята същност дейност, насочена към различна общност, т. нар. „публика“ (Стефанова, 2011:72-73) – „група от хора, която една организация желае да достигне, за да ѝ повлияе по определен начин“ (Black, S., 1992:17), като нейните „членове откриват един и същ проблем, взаимодействат си лице в лице или посредством канали, посредници и се държат, като че ли са единно цяло” (Grunig, J., T. Hunt, 1984:21).

В социалната работа тази така наречена “група“ са различните социални клиенти и потребители на социални услуги – индивиди (безработни, бедни, социално слаби, социално изолирани, лица с увреждания и др.), семейства и групи, техните близки, цялата общественост, които се явяват „външна“ за институцията „публика“, т.е. „съвкупност от личности и организации, които по някакъв начин са свързани с организацията“ (Стефанова, 2011:72). Социалните работници, служителите в администрацията, „доставчиците“ на социални услуги, „всички представители в структурните звена на организацията“ (Стефанова, 2011:73), се явяват в ролята на „вътрешна публика“.

За да бъде ефикасна и качествена работата на помагачите специалисти и за да се повиши информираността е необходим както различен подход в работата, така и специфика в комуникацията и общуването (Сотирова, 2008, 2011), което е характерно и за Пъблик рилейшънс. Всички автори, работещи в PR сферата са убедени, че за да се постигне поставената от организацията цел е необходимо да е налице ефективна комуникация с външните и вътрешни публики, и да се спазват определени правила, което ще доведе до по-добро информиране и/или мотивиране.

В теорията и практиката на Пъблик рилейшънс са се обособили т.нар. „процеси“ или „етапи на управление на PR-процеса“ (Стефанова, 2011:55-57), чиито родоначалник е Едуард Бернайс. Разработеният от автора „модел“, според Д. Стефанова, е в основата на управленските етапи на Франк Джефкинс, Здравко Райков, Сам Блек, Ск. Кътлип, Ал.

Сентър, Гл. Бруум и др., като не се наблюдават съществени разлики в тях, както е видно от представената по-долу информация:

<p>Франк Джефкинс: (Джефкинс, 1993:271)</p>	<p>„преценка на ситуацията“; „определяне на целите“; „определяне на публиките“; „избор на медии и техники“; „определяне на бюджета“; „оценка на резултатите“.</p>
<p>Здравко Райков: (Райков, 2001:27)</p>	<p>„дефиниране на проблемите“; „програмиране (създаване на PR- стратегия)“; „планиране (създаване на PR-тактика)“; „реализация“; „оценка“.</p>
<p>Сам Блек: (Блэк, 1998:12)</p>	<p>„анализ, изследване и формулиране на проблеми“; „подготовка на програми за действия и бюджет“; „координация и изпълнение на програмите“; „контрол за резултатите и оценка“.</p>
<p>Ск. Кътлип, Ал. Сентър, Гл. Бруум: (Кътлип.,Сентър, Бруум, 1999:132)</p>	<p>„дефиниране на проблеми“; „програмиране и планиране“; „действие и комуникация“; „оценка“.</p>

Считаме, че за социалната работа най-подходящ е модела на Франк Джефкинс (Джефкинс, 1993), който се изразява във следното:

Първо и най-важно е „преценка на ситуацията“. Необходимо е да се определи:

- налици ли е „проблемна ситуация“ в социалната сфера?;
- до колко тя е проблемна?;
- в какво се изразява проблема, н-р има липса на информация, на пари, на доброволческа работа и др.?

Вторият важен момент е „определяне на целите“, т.е. какво е нужно за да се постигне:

- информираност на обществото и в частност различните групи бенефициенти – безработни, бедни, социално слаби и др.;
- набиране на средства;
- развитие на доброволческа работа и др..

Третият момент е „определяне на публиките“, т.е. за кого е предназначено информираното послание – за безработни, бедни, социално изолирани, социално слаби лица и семейства, за деца и лица с увреждания и др..

Четвъртият етап е „избор на медии и техники“ – според групата, за която е предназначено посланието се определят техниките и медиите – за хората от третата възраст – пресата, за по-младото поколение социалните мрежи и др..

Петият важен момент се явява „определяне на бюджета“ – т.е. колко средства са необходими за постигане на желания резултат,

максимата е „С максимално малко пари (или без пари ако е възможно), да се постигнат максимални резултати“.

Шестият последен, но не и по важност етап е „оценка на резултатите“ – да се анализира постигнатият резултат и да се отчете до колко поставените цели са реализирани.

Реализирането на поставените цели до голяма степен се определя и от функциите, които изпълнява PR в социалната работа. Юлия Узунова (Узунова, 2005:23), извежда две основни групи функции на PR:

- „стратегически“:
 - „корпоративно-имиджова“;
 - „корпоративно-изследователска и планово-одиторска“;
 - „комуникационно-интеграционна“;
 - „конфликтно-посредническа“;
- „тактически“:
 - „информационна функция“;
 - „престижна функция“;
 - „планово-коригираща функция“;
 - „бариерна“;
 - „предрекламна“;
 - „напомняща“.

Практиката показва, че ефективното прилагане на тези функции в помагащите професии ще допринесат за:

- формиране и поддържане на добро име на социалната институцията, превръщайки недоверието в доверие - „корпоративно-имиджова функция“;
- ефективно и качествено „проучване“, „изследване“, „обработване“ и „анализиране на наличната „информация“ като предстоящите социални дейности, „програми“ и „бюджети“ бъдат предварително „планирани“ и организирани - „корпоративно-изследователска и планово-одиторска функция
- координиране и регулиране на поставените социални дейности, социална политика и „стратегическите цели“ в процеса на взаимодействие между социалните организации и „нейните публики“ - „комуникационно-интеграционна функция“;
- постигане на договореност по щекотливи проблемни ситуации - „конфликтно-посредническа функция“;
- информиране на различните групи бенефициенти – социални клиенти и потребители на социални услуги както за социалната помощ, подкрепа и услуги, които предоставят различните социални заведения, така и за тяхното материално положение, знанията и уменията на специалистите, които работят в мултидисциплинарните екипи, постигнатите резултати възможностите за развитие на клиентите и социалната институция - „информационна функция“;
- изграждане на добро „име“ и поддържане на „висок имидж“ на предоставяне на социалните дейности и услуги – „престижна функция“;

- формиране на морален престиж и „име“ на социалната система и структура чрез представяне пред обществеността и различните групи бенефициенти на доказателствен материал за състоянието и дейността на социалната система - „планово-коригираща функция“;
- преодоляване на неконкурентното поведение в публичното пространство от страна на конкурентните социални институции, фирми и организации от правителствения и неправителствен сектор - „бариерна функция“;
- утвърждаване на пазара на нова социална структура, чрез създаване на условия за бързо и лесно възприемане от страна на нуждаещите се безработни, бедни, социално слаби и др., техните близки и цялата общественост - „предрекламна функция“;
- информиране и поддържане на интереса на нуждаещите се лица, семейства и групи и техните близки към функционирането на различните социални структури - „напомняща функция“.

PR-специалиста в организациите (в частност в социалните структури), изпълнява различни дейности, но най-важната от десетте изведени дейности – „писане и редактиране“; „взаимоотношения с медиите и поместване на материали“; „изследване“; „мениджмънт и администрация“; „консултиране“; „специални събития“; „публична реч“; „продукция“; „обучение“ и „контакти“ (Кътлип, Сентър, Бруум, 1999:30) и „задължителна“ според нас се явява „писането“ и умението да се прилага „епистоларна професионална комуникация“. В процеса на работа PR-специалистите изпълняват множество дейности и задачи

в организацията, но не всички те са релевантни за социалната работа, поради нейната специфика.

Считаме, че PR-дейността в социалната сфера се свежда до следните области:

- индивидуална и/или групова комуникация с бенефициенти в неравностойно социално положение и риск – безработни, бедни, социално слаби, лица с увреждания и др.;
- създаване и реализация на кампании за превенция, които се явяват важно средство за предотвратяване развитието на бедността, безработицата, социалната изолация и др.. Целта им е реализиране на ефективни информационни и комуникационни действия на помагащите специалисти към социалните клиенти за предотвратяване на възможни нежелани развития със социални последици;
- предоставяне на информация както за промени в законодателната рамка, така и за промени в начина на предоставяне и ползване на вече функциониращи или нови социални услуги;
- работа с местната и национална общественост, с цел по-широка информираност за работата на социалните институции за мотивиране и насърчаване към доброволческа дейност и съпричастност към проблемите на нуждаещите се;
- активен „диалог“ и работа с правителствени, неправителствени и доброволчески организации – студентски, ученически и др.;
- работа с различни браншови организации, с цел активизиране на социалната им отговорност и дейност;

- осъществяване на активна лобистка дейност както с местната власт, така и с държавната, с цел повишаване ефективността на социалната дейност, реализирана чрез законово-правната рамка;
- работата със средствата за масова комуникация – преса, радио, телевизия, социални мрежи, с цел повишаване на информираността както на бенефициентите, така и на хората в обществото, който според нас трябва периодично да се актуализират и/или допълнят в зависимост от спецификата на самите организации, предлагащи социални услуги.

Реализирането на изброените основни за PR-специалистите дейности в помагачите професии, разкрива важната им ролята в социалната работа, а именно да формират обществено социално мнение на база актуална, пълна и достоверна информация, защитавайки изконното право на всеки гражданин да бъде информиран.

Убедени сме, че важна роля за приемането на всяка социална структура *в* и *от* обществото има Пъблик рилейшънс, реализирайки на практика всички нейни комуникационни аспекти и това е така, защото е трудно да се развива социална дейност без наличие на подкрепящо обществено мнение. Познавайки се на дейността на PR в обществото, социалните организации могат да използват целия арсенал от техники, които да подпомогнат информирането и мотивирането на всички групи бенефициенти – безработни, бедни, социално слаби, социално изолирани и др., по социалните въпроси, т.е. да „дообразоват“ обществеността, предоставяйки им полезна и нужна за тях информация.

Заклучение

Успехът зависи от подготовката както в теоретичен, така и в практичен план. Ето защо в теоретичен план набелязахме важни за PR-специалиста компоненти, изпълнението на които ще допринесат за повишаване на информираността на гражданската общественост, основана на достоверна информация и факти, относно социалната дейност в различните социални институции, работата на социалните работници с различните групи бенефициенти, състоянието на социалната политика и мениджмънт на социалните структури и др..

Познанието за същността, функциите, ролите, дейностите, които трябва да изпълняват PR-специалистите съотнесени към особеностите на социалната работа ще спомогнат за изграждане на една работеща рамка за реализиране на поставените цели.

Друг е въпросът, в практически план как се случват нещата. До колко PR-специалистите в процеса на своето обучение са запознати с особеностите и нуждите на социалната дейност и са получили необходимите знания и умения за това, позовавайки се на „схемата за образованието на специалистите“, в центъра на която е поставена „специализацията“ („проявява се в конкретната практическа дейност на пбблик рилейшънс, т.е. разделение на работата и съответните задачи на това разделение“), т.е. „профилирани знания за предмета на дейност на организацията и бранша, в който работи тя и конкурентите й“ (Стефанова, 2011:38-41), както и до какви нива на управление в социалните структури има назначени и работещи PR-специалисти,

изпълняващи ефективно и ефикасно своята работа или им са вменени други дейности и отговорности?

Считаме, че отговор на тези въпроси предстои да се търси от научните работници и специалисти както в социалната сфера, така и в областта на Пъблик рилейшънс.

Изказвам благодарност на доц. д-р Д. Стефанова за помощта при разработване на настоящия материал.

Литература:

- Блэк, С., (1998), Введение в пъблик рилейшънс, Ростов на Дону
- Джефкинс, Фр., (1993), Въведение в маркетинга, рекламата и пъблик рилейшънс, Варна
- Кътлип Ск., Сентър Ал., Бруум Гл., (1999), “Ефективен пъблик рилейшънс” София
- Леков К. (2005) Социален мениджмънт, София
- Леков К. (2006), Основи на социалната дейност и работа, Благоевград
- Леков К. (2003), Основи на социалната работа, Благоевград
- Райков, Здр., (1999), Публична комуникация, София
- Райков, Здр., (2001), Технология и техники на публична комуникация, София
- Стефанова, Д., (2011), Стратегически компоненти на PR-планирането, Благоевград
- Сотирова, В., Ал. Балев, (2015) „Актуализиране на учебните програми

„Основи на социалната работа с професионална етика“ и „Основи на социалния мениджмънт“ в направление „Социални дейности““, под печат

Сотирова, В. (2011) – „Основи на социалната работа“, Благоевград

Сотирова, В., (2009), Социална работа – проблеми и перспективи, Благоевград

Сотирова, В., (2008), Социална закрила и подкрепа в работата с безработни лица, Благоевград

Стойков, Л., (2007), Управление на връзките с обществеността, София

Узунова, Ю., (2005), Интерактивният PR, София

Black, S., (1992), Public relation, Rev. Workbook, HTL pub. L.

Grunig, J., T. Hunt, (1984), Managing Rubric relation, Harcourt Brice Jovanovich Coll.Pub.

ПРОФЕСИОНАЛНАТА РЕАЛИЗАЦИЯ НА СОЦИАЛНИЯ РАБОТНИК ВЪВ ФРАНЦИЯ

Йоанна Цветанова

Югозападен университет „Неофит Рилски“, Благоевград

Катедра „Медико-социални науки“, E-mail: demetra_y2000@yahoo.com

Резюме. Безспорно е, че образователната система на Франция е с доказани значими традиции и с голяма международна известност. Също така е известно, че в контекста на европеизацията днес висшите училища са изправени пред необходимостта от фокусиране върху въпроса за трудова заетост за техните студенти. Предвид тези перспективи, търсенето на модели за образователна подготовка и добри практики, водещи до пълноценната реализация на студентите на пазара на труда може да се превърне във важен инструмент. Подготовката на социалните работници във Франция се отличава със своеобразие и специфика. В статията се представят *трите групи* социални работници във Франция с техните възможности за професионална реализация. Включени са и собствени идеи за насоки относно актуализиране на подготовката на специалистите в социалния сектор в България, с ориентация към по-голяма конкурентоспособност и пазарна реализация.

Ключови думи: социална работа, обучение, професионална реализация.

Professional realization of social worker in France

Abstract. Educational system of France has proven significant traditions and international reputation. In the context of Europeanization universities are facing the need to focus on the issue of employment for their students. Considering these perspectives, the demand for models for education training and good practice leading to the full realization of the students on the labour market can become an important tool. The preparation of social workers in France is characterized by originality and specificity. The article presents three groups of social workers in France with their included career opportunities are included and own ideas for guidance on updating the training of specialists in the social sector in Bulgaria, with orientation towards greater competitiveness and marketing.

Key words: social work, education, professional realization.

Въведение

През последните години интересът към явлението „социална работа“ нарасна значително в световен мащаб. Това е резултат от глобалните тенденции в съвременния свят, които обхващат всички основни сфери на обществения живот – икономическата, социалната, науката, образованието. Социално-политическите трансформации, социалните трудности, съществуващата политическа и икономическа нестабилност, увеличаването на социалната диференциация, бедността, процесът на застаряване на населението, растящите проблеми на международната миграция, породена от масова безработица, обхващаха

цялото земно кълбо. Постоянно се увеличава броят на хората, за които на преден план излизат потребностите и мотивите за намирането на по-добре платена и по-съдържателна работа и съответно място на живот независимо от националната принадлежност и гражданство. Разгръщат се процесите на интернационализация и унификация. При тези условия социалната работа, без да е изчерпала своите възможности за намеса „предлага уникално вникване в социалните, икономическите и политическите промени“ (Cree, 2008: 307). Това повишава актуалността на теоретичното осмисляне на нейната същност и изисква трансфер и адаптиране на опита на развитите страни в тази сфера.

Резултати от проучвания

Според анкета, публикувана от DREES (Дирекция за изследване, обучение, оценяване и статистики), професионалната реализация на новодипломираните социални работници във Франция е бърза и успешна, предвид съществуващите социални потребности. Повече от 80% от тях намират работа за по-малко от 3 месеца след дипломирането си. Секторът успява да създаде трайна заетост, заеманите длъжности са стабилни. Почти половината от завършилите упражняват професия, която отговаря на обучението им и за половината от тях продължителността на първата заемана служба обикновено е по-дълга от 2 години, т.е. 8 от всеки 10 дипломирани заемат работно място 3 години след получаването на диплома. Репутацията, че това е тежка професия, е неоснователна, като се вземат предвид предимствата и перспективата за кариера.

Необходимо е тук по целесъобразност да се представят и коментират *трите групи* социални работници във Франция с техните възможности за професионална реализация на национално равнище (Jaeger. M. 1999, 233):

В първата група се отнасят: *семеен асистент (DEAF)*, *медико-психологически помощник (DEAMP)*, *помощник в социалния живот (DEAVS)*, *монитор-възпитател (DEME)*, *техник за социално и семейно въздействие (DETISF)*.

За тези обучения не се изисква никаква диплома, освен приемния изпит за селекция, организиран от учебното заведение (предвидени са облекчения за титуляри на някои дипломи). Дипломите са достъпни също така по пътя на признаването на сертификат за придобиване на опит (чрез VAE).

Медико-психологическият помощник упражнява дейността си в специализирани заведения: *медико-възпитателни институти*, *специализирани центрове за помощ чрез труд*, *домове за възрастни хора*, *болничен сектор* и др. Тези помощници подпомагат ежедневието на възрастни хора с двигателни затруднения, умствена недостатъчност или с проблеми със зрителния/слухов апарат и развиват двигателните и интелектуалните възможности на лицето. Своите действия те насочват в направления като: *оказване на специализирана помощ на деца в риск* и *с поведенчески отклонения*, *социализация* и *ресоциализация* на тези деца. *Помощникът в социалния живот* подкрепя възрастни и болни лица, които не могат да изпълняват ежедневните си задачи. Повече от 80% от

помощниците в социалния живот работят в частния сектор (Degenaers, 2006).

Семейният асистент приема на домашния си адрес деца в рамките на Закрила на детето или при поемане на медико-социална или терапевтична отговорност (Oui: 2008). „Дясната ръка” на специализирания възпитател е *инструктор-възпитателят*, който е натоварен с внедряване и анимиране на възпитателни проекти (Gaberen & Perrard). Той благоприятства развитието, автономията и приобщаването на лица със затруднена интеграция.

Техникът за социално и семейно въздействие подпомага изолираните семейства, които са в ситуация на криза: хоспитализация, продължително боледуване, временна инвалидност, прекратяване на взаимоотношения, затвор, безработица, смърт. Асоциативният сектор и местните общини са основните работодатели на този социален специалист.

За този ансамбъл от професии от една страна е налице един своеобразен парадокс – подготовка на социални работници преди дипломиране в средно училище, но от друга страна, този парадокс става по-разбираем, когато се отчита възможността за предимствата, които предполага засиленото сътрудничество на професионален **терен и производството на завършени специалисти – изпълнителски и управленски кадри, тъй като образованието не е еднократен акт, а завършен процес.** Това положение противоречи на европейския контекст и води до представа за професията като недостатъчно обвързана с висшето образование, което предполага нейното

„сnižаване“ и ограничаването ѝ до изпълнителски функции. Тук обаче трябва да се има предвид, че социалната работа е с много по-широк обхват на проявление и има нужда от съчетаване на теория, компетенции, автономия и специалисти, способни да извършват изследователска работа.

Към втората група се отнасят: *социален асистент (DEES)*, *съветник по семейна икономика (DECESF)*, *възпитател на малки деца (DEEJE)*, *специализиран възпитател (DEES)* и *технически специализиран възпитател (DEETS)*.

Тези обучения са достъпни чрез матура или с ниво, оценено като еквивалентно (диплома от социални дейности + професионален опит). Кандидатите имат също задължението да преминат през изпити за подбор, организирани от всяко заведение за обучение. Дипломите също са достъпни по пътя на признаването на сертификат за придобиване на опит (чрез VAE).

Основната мисия на *социалния асистент* е да подпомага преодоляването на материални, психологически и социални трудности. Той се занимава с всякакви дейности: задължнялост, различни видове зависимости, насилие, малтретиране, заболявания, семейни и училищни проблеми. Информирайки лицето за неговите права, направлявайки го в постъпките му, асистентът цели да развие способностите му и да го направи самостоятелна личност. Притежателите на държавни дипломи за социален асистент се реализират предимно в общественения сектор, където получават статут на държавен служител. В обществения сектор работодатели са

предимно териториалните служби, бюрата за социална помощ или други структури. Социални асистенти се срещат и в полу-обществения сектор (напр. социалното осигуряване, социални и здравни заведения) (Lemoin & Rolland, 2009); (Le Bouffant & Guelamine: 2009).

Дейността на *специализирания възпитател* е фокусирана върху оказване помощ при възпитанието и придружаването на деца, юноши или възрастни, засегнати от физически или психически затруднения, неспособни да се развиват в интелектуален, личен, психологически и социален план, в развитието на техните възможности за социализация, автономия, интеграция и включване. Неговата намеса е както в социалната област, така и в училище, а също и в съдебната защита на младите хора. Голяма част (около 80%) от дипломираните специализирани възпитатели работят в асоциативния частен сектор.

* В обществения болничен сектор специализираните възпитатели могат да се реализират като *социо-възпитателни асистенти* и *социо-възпитателни кадри*.

* В обществения териториален сектор те могат да бъдат *социо-възпитателен териториален асистент* и *социо-възпитателен съветник*.

* В държавния обществен сектор специализираните възпитатели могат да работят като:

- специализиран възпитател в националните институти за глухи младежи и Националния институт за слепи младежи;
- възпитател в заведенията за съдебна защита на младежта;

- съветник по интеграция и пробация в заведенията за наказателна администрация (Министерство на правосъдието) (Bagate & De Maistre: 2009).

Техническият специализиран възпитател упражнява функциите си в здравни заведения и служби. Той допринася за социалната и професионална интеграция на хора, които са в неравностойно положение, като използва технически умения (Braganti & Mathieu-Fritz, 2004).

Функциите на *детския възпитател* се простират в три нива: *възпитание, превенция, координация*. Той съдейства за приемането на децата в различните заведения и служби, които могат да работят с тях. Ролята на детския възпитател се определя от: поемане на цялостна отговорност за малкото дете в тясна връзка с неговото семейство, намирането на неговото място в полето на социалната работа, функцията на възпитателната и социална експертиза на ранното детство. (Le Capitaine; A. Karpowicz: 2008).

Целта на *съветника по семейна икономика* е помощ във всички проблеми на ежедневието. Той дава на лицата в тежко затруднение средства, позволяващи им да подобрят ежедневието си. Съветникът по семейна икономика работи в социалните служби на местните общности, касите за социална сигурност, касите за семейни надбавки, болниците (Remondière & Rouagnou: 2005).

Третата група включва: *семеен медиатор (DEMF)*, *ръководни функции в звено за социално въздействие (CAFERIUS)*, *социален*

инженеринг (DEIS), Сертификат за функциите на директор на социално заведение (CAFDES).

Държавната диплома за *семеен медиатор (DEMF)* е необходима за практикуването на тази професия. Обучението продължава максимум 3 години. Тази диплома може да се получи по пътя на валидиране на професионалния опит (VAE).

Сертификатът за *ръководни функции в звено за социално въздействие (CAFERIUS)* е за бъдещите ръководни кадри в социалната сфера. Обучението включва теоретични и практически занятия. Продължителността и съдържанието варират в зависимост от дипломата и опита на кандидатите. Предназначена за бъдещи ръководни кадри в социалната сфера (от 2006 г. тази диплома замества DSTS) държавната диплома DEIS е атестат за експертни и ръководни компетенции в областта на социалните политики и дейности. Тя е приравнена към 2 годишна магистърска степен M2. Обучението включва теоретически и практически занятия. Продължителността и съдържанието варират в зависимост от професионалния опит и дипломата на кандидатите.

С професионален опит и допълнително обучение социалните работници могат да изпълняват *функциите на началник служба* или *директор на социално заведение*. Сертификатът за функциите на директор на социално заведение (CAFDES), датиращ от 1985 г. включва общо техническо и стратегическо обучение, което позволява добра управленска подготовка, както материална така и хуманитарна, а също така и широка обща култура на бъдещите директори. Обучението се

провежда за период от 3 години и е подходящо за социални работници с над 3 години трудов стаж.

Представянето на цялата палитра от специалисти в социалният сектор във Франция не беше самоцелно. Значението ѝ се състои в осмисляне на следните факти:

Съществуването на широката мрежа от обучения на специалистите в социалната сфера дават ценна информация за това, че във Франция тези специалности са преценени като необходими и самостоятелно съществуващи – сериозен аргумент в защита на съществуването например на специалностите Социална педагогика и Социални дейности у нас. Като следваме френският пример е приемливо и у нас да се лобира за по-голяма диференциация и специализация в подготовката на специалистите в социалния сектор. Франция е пример и за това, че чудесно съчетава целият конгломерат от професии в сборното наименование „социални работници“, тъй като всичките тези 14 на брой специалности, съобразени с Кодекса за социалната дейност и семействата подготвят „специалисти за едно общо поле – полето на работа с хора, нуждаещи се от социална помощ и подкрепа, за да живеят по-добре“ (Петрова, 2005: 338).

Възможно е да се следва френския пример и за разгръщане на едно по-широко ветрило от специалности в България, като разбира се „броят им ще бъде по-малък от тези във Франция по много причини: нито населението в тези страни е равно по численост, нито структурите на икономиките са близки, нито България заема подобно място в

европейската и световната икономика като Франция, нито пък връзките с бизнеса и държавата са толкова близки“ (Дуранкев, 2004: 47).

Заклучение

В заключение съобразно резултатите от настоящото изследване може да се приеме, че приоритет в подготовката на социалните работници във Франция е, че дипломите отговарят на точно определена професия, няма припокриване на работните полета, дипломирането за работа в социалната сфера гарантира реализирането в различни по естество и насоки длъжности.

Подготовката на социалните работници във Франция може да бъде използвана като ориентиращ модел и професионален стимул за социалните работници в България, с ориентация към по-голяма конкурентоспособност и пазарна реализация.

Литература

- Дуранкев, Б. (2004). Маркетингово управление на висшето образование в България. София: Университетско издателство „Стопанство“.
- Петрова, Н. (2005). Социалният педагог е или не социален работник? Социална педагогика и социални дейности (Кое е общото и различното?). Висшето педагогическо образование. Проблеми, постижения, тенденции. София: СУ „Св. Климент Охридски“.
- Bagate, A. & F. De Maistre. (2009). ESF Editeur – coll. 1 métier 1 diplôme septembre - 128 p.
- Braganti, T. & A. Mathieu-Fritz. (2004). Educateur technique spécialisé.

- Cree, V. (2008). Социална работа и общество. В: Антология Социална работа, М. Davies. София: Университетско издателство „Св. Климент Охридски“.
- Degenaeers, G. (2006). Auxiliaire de vie sociale. Editions ASH – coll. ASH Etudiants Métier – novembre, 141 p.
- Jaeger, M. (1999). Guide du secteur social et médico-social. Paris: Dunod, 3-eme Edition.
- Le Bouffant, C. & F. Guelamine. (2009). Guide de l'assistante sociale: Institutions, Pratiques professionnelles, Status et formation. Paris: Dunod.
- Le Capitaine, B. & A. Karpowicz (2008). Guide de l'éducateur de jeunes enfants : statuts et formation, institutions, pratiques professionnelles. Dunod - coll. Guides de l'action sociale- janvier- 294 p.
- Lemoine, R. & M. Rolland (2009). Devenir assistant de service social : le métier, le concours, le DEASS, les écoles. ESF Editeur – coll. 1 métier 1 diplôme- septembre, 125 p.
- Oui, A. (2008). Guide de l'assistant familial: statut et formation, institutions, pratiques professionnelles. Dunod - coll. Guides de l'action sociale - Paris - août - 217 p.
- Remondière, R., C. Rougagnou & P. Refalo.(2005). Conseiller en économie sociale et familiale. Editions ASH – coll. ASH Etudiants Métier – mai– 103 p.

ПРОБЛЕМИ И ПЕРСПЕКТИВИ ПРИ РЕГИСТРИРАНЕ СЛУЧАИ НА НАСИЛИЕ И ПРЕНЕБРЕГВАНЕ НА ДЕЦА

Васка Станчева-Попкостадинова, Елена Керанкова

Югозападен университет „Неофит Рилски“, Благоевград

Катедра „Медико-социални науки“

E-mails: v_stancheva@abv.bg, e.kerankova@gmail.com

Резюме: Насилието е сериозен проблем, който има тежки последствия върху детското развитие. Адекватните и своевременни действия по регистриране на случаите на насилие и пренебрегване на деца са от съществено значение за ефективността на предприетите мерки за закрила. Целта на доклада е да се представят най-често срещаните проблеми за ефективно прилагане на Координационния механизъм за взаимодействие при работа със случаи на деца, жертви на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция.

Направен е анализ на мониторингови доклади за приложение на Координационния механизъм (за периода 2013-2015 г.) и е проведено анкетно проучване сред задължително представени участници в мултидисциплинарните екипи от област Благоевград. Въз основа на резултатите се представят основните проблеми и перспективи при регистриране и работа по случаи на насилие над деца. Резултатите от проведеното проучване показват, че не всички случаи за насилие над деца стават известни на органите за закрила на детето. Съществуващата

система за регистриране на случаи на насилие над деца не дава възможност за тяхното проследяване и обратна връзка към заинтересованите страни. Това на практика възпрепятства реалното поддържането на база данни за тези случаи, което да е основа за разработване на мерки за превенция на тези случаи.

Дискутират се възможности за подобряване приложението на Координационния механизъм и се представя разработена система за наблюдение на случаи на насилие и пренебрегване на деца CAN-MDS.

Ефективността на системата за регистриране на случаи на насилие и пренебрегване на деца е в пряка зависимост от наличен алгоритъм и стандарти, както и от обучението на специалистите.

Ключови думи: насилие и пренебрегване на деца, Координационен механизъм за деца в риск, мониторинг, обучение

Problems and perspectives in registration of child abuse and neglect cases

Abstract: Violence is a serious problem that has severe consequences on child development. Appropriate and timely actions by registering cases of child abuse and neglect are essential to the effectiveness of the measures taken for protection. The aim of the paper is to present the most common problems to the effective implementation of the Coordination Mechanism for interaction with cases of children victims of abuse or at risk of abuse and for interaction in crisis intervention.

An analysis of monitoring reports for the implementation of the Coordination Mechanism (for the period 2013-2015) was carried out and an inquiry was conducted among obligatory participants in the multidisciplinary

teams from Blagoevgrad District. Based on the results, the main problems and prospects for registering and working on cases of child abuse are presented.

The results of the study suggest that not all cases of child abuse are known to child protection authorities. The existing system for registering cases does not allow for their follow-up and feedback to stakeholders. This prevents the actual maintenance of a database of those cases, which could be used for developing measures to prevent such cases. There are some discussions on improving the Coordination Mechanism effectiveness; the developed CAN-MDS child abuse and neglect monitoring system is presented. The effectiveness of the system for recording cases of child abuse and neglect is directly dependent on the available algorithm and standards, as well as on the training of specialists.

Keywords: child abuse, neglect, Coordination mechanism, monitoring, training

Въведение

Насилието е многоаспектен проблем, резултат от сложното взаимодействие между политически, социално-икономически, културални и личностни фактори (Станчева-Попкостадинова, 2004).

Международната практика показва, че разработването и прилагането на координиран механизъм за превенция и интервенции при насилие и пренебрегване на деца е дълъг и труден процес.

Затрудненията при регистриране случаи на насилие над деца са свързани с различни фактори, като естеството на насилието и

пренебрегването (продължително и повтарящо се, включващо много сектори и професионални групи, без добре установен общ език и канали за комуникация), както и критичните аспекти, необходими за ефективно действие на системата за наблюдение на случаите (отнасяща се до нейното приемане и споразумение на заинтересованите страни за събиране на информацията).

В последното десетилетие в България бяха извършени сериозни реформи в системата за закрила на деца и бяха предприети редица законодателни промени, вкл. и в областта на превенция на насилие над деца. Разписани и одобрени за приложение са и няколко споразумения за сътрудничество при работа по случаи на деца, жертви на насилие:

- Координационен механизъм за взаимодействие при работа по случаи на деца, жертва на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция (2010)
- Координационен механизъм за рефериране и обгрижване на случаи на непридружени деца и деца, жертви на трафик завръщащи се от чужбина (2010)
- Механизъм за противодействие на училищния тормоз (2012)

От 2009 г. е открита и функционира Национална телефонна линия за деца (НТЛД, тел. 116 111), която предоставя консултиране, информиране и помощ за деца по широк спектър от проблеми. Националната телефонна линия за деца е създадена от Държавната агенция за закрила на детето (ДАЗД) и се поддържа от екип на Фондация „Асоциация Анимус“. Номерът на линията е хармонизиран със страните от Европейския съюз. Линията е достъпна от територията

на цялата страна и функционира 24 часа в денонощието, седем дни в седмицата.

Координационен механизъм за взаимодействие при работа в случаи на деца, жертви на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция (2010)

Целта на Координационния механизъм (КМ) е да осигури междуведомствен подход и работа в мултидисциплинарен екип при предприемане на действия в случаи на насилие и злоупотреба с дете. По силата на подписаното през 2010 г. „Споразумение за сътрудничество и координиране на работата на териториалните структури на органите за закрила на детето при случаи на деца, жертви на насилие или в риск от насилие и при кризисна интервенция”, органите за закрила на детето на национално и местно ниво са ангажирани с прилагането на КМ. Сключеното споразумение е в изпълнение на чл. 6а от Закона за закрила на детето (ДАЗД, 2015b).

В мултидисциплинарните екипи (МДЕ) на местно ниво задължително участват представители на дирекция „Социално подпомагане” (отдел „Закрила на детето”), кмета на общината и районните управления на Министерство на вътрешните работи(МВР). В зависимост от спецификата на случая се включват допълнително лекар, педагог, районен съдия; районен прокурор, представител на доставчик на социална услуга.

Мониторинг по прилагането на Координационния механизъм за взаимодействие при работа в случаи на деца, жертви на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция

Ежегодно Държавната агенция за закрила на детето, в партньорство с МВР, АСП и Областните администрации извършва мониторинг по прилагането на Координационния механизъм за взаимодействие при работа в случаи на деца, жертва на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция. Мониторингът се извършва по утвърдена методология и използване на сравними индикатори. Това дава възможност за проследяване и оценка ефективността на работата, както и получаване на информация за проблемите при прилагане на КМ. Мониторингът дава възможност да се проследи ефективността на работа, да се идентифицират проблемите, както и да се предложат възможности за оптимизиране дейността на мултидисциплинарните екипи (ДАЗД, 2015b).

При преглед на данните от извършения мониторинг на КМ през периода 2013- 2015 г. се установява, че на местно ниво има създадени екипи за работа по Координационния механизъм (99,0%), които работят по приети и действащи правила и процедури за взаимодействие (ДАЗД, 2013, 2014, 2015a).

При сравнение на данните за 2014 и 2015 г. не се отчита нарастване на броя на сигналите, разгледани от мултидисциплинарните екипи. Като тенденция се очертава недостатъчното участие на представители на здравната система. Регистрира се намаляване броя на

случаите, по които е сигнализирана Районна прокуратура и е образувано досъдебно производство (ДАЗД, 2013,2014,2015а). На таблица 1 е представена обобщена информация за получените сигнали за насилие и източниците на информация.

Табл. 1. Данни от извършения мониторинг по прилагане на КМ (по данни на ДАЗД, 2013, 2014, 2015 а)

Година	Сигнали/организи- рани срещи на МДЕ	Източници на информация
2013 г.	770 сигнала/575 случая	Родители на детето (14%)- НТЛД (12%)
2014 г.	1102 сигнала/748 случая	Родители на детето (17 %) НТЛД (11%) Здравни заведения (2%) Лични лекари (<1%)
2015 г.	1104 сигнала/ 1367 срещи по случаи	Родители (16 %) НТЛД (14 %) Здравни заведения (7%) Лични лекари (1%)

Основните трудности, посочени в мониторинговите доклади по прилагане на Координационния механизъм (ДАЗД, 2013,2014,2015а) могат да се групират в следните области: материално и техническо обезпечаване на работата на МДЕ (липса на обособени места за предоставяне на полицейска закрила; липса на свободни места за

спешно настаняване на деца в кризисен център; нерегламентирани ангажименти при транспортиране на детето), услуги и кадрова обезпеченост (недостатъчни или липсващи социални услуги на територията на общината, липса на детски психолози и психиатри, както и др. специалисти), комуникация и сътрудничество (затруднена комуникация и взаимодействие между органите за закрила, между институциите и с родителите, поради агресивно поведение от тяхна страна и нежеланието им да съдействат; затруднения при осигуряване на съдействие от страна на лечебните заведения при първоначален преглед на детето, особено, когато то е изведено от семейството)

Проблеми при прилагане на Координационния механизъм.

Резултати от проучване в Благоевградска област

Проведено бе проучване сред 35 задължително представени участници в мултидисциплинарните екипи от област Благоевград: 17 представители на отделите „Закрила на детето“, 8 представители на Районно управление на полицията (РУП) и 10 представители на общините. В проучването не участват представители на здравната система. Целта на проучването бе да се проучат трудностите при прилагане на Координационния механизъм. За целта на проучването бе разработен въпросник, съдържащ 10 отворени въпроса, разпределени в следните области: познаване нормативната процедура, отнасяща се до съобщаване и регистриране на случаи на насилие над деца; оценка на взаимодействието със задължително представените участници в МДЕ ;

проблеми при работа по случаи на насилие над деца; необходимост от допълнително обучение.

Резултатите показват, че всички участници в проучването са запознати със задълженията по Чл. 7 от Закона за закрила на детето:

(1) Лице, на което стане известно, че дете се нуждае от закрила, е длъжно незабавно да уведоми дирекция "Социално подпомагане", Държавната агенция за закрила на детето или Министерството на вътрешните работи.

(2) Същото задължение има и всяко лице, на което това е станало известно във връзка с упражняваната от него професия или дейност, дори и ако то е обвързано с професионална тайна.

При 85,0 % от случаите на постъпване на сигнал за насилие над дете се свиква заседание на МДЕ.

Като най-добро се оценява взаимодействието между представителите на ОЗД и РУП. Част от участниците в проучването (40,0 %) посочват добро взаимодействие с представители на общините и алтернативно представените органи.

Участниците в проучването съобщават за следните проблеми при работа по случаи на насилие:

- Липса на кординираност на действията между ангажирани в процеса на установяване и регистриране случаите на насилие над деца (54,3%).
- Недостатъчни знания и умения на работещите в системата за закрила на децата за справяне със случаи на насилие и пренебрегване на деца (30,0%).

- Недостатъчна ангажираност на всички органи по ЗД (37,0%).
- Припокриване на отговорностите (48,0%).
- Затруднения при осигуряване на съдействие от страна на лечебните заведения (42,8%).

По-голямата част от участниците (60,0%) посочват необходимост от допълнително обучение, с оглед ефективно справяне със случаи на насилие.

Резултатите от проведеното проучване показват, че не всички случаи за насилие над деца стават известни на органите за закрила на детето.

Съществуващата система за регистриране на случаи на насилие не дава пълна възможност за тяхното проследяване и обратна връзка към заинтересованите страни. Това на практика възпрепятства реалното поддържане на база данни за тези случаи, което да е основа за разработване на мерки за превенция.

Система за наблюдение на случаи на насилие и пренебрегване на деца чрез минимална база данни (CAN-MDS)

Ефективен модел за регистриране и комуникиране по случаи на насилие над деца е разработената система за наблюдение на случаи на насилие и пренебрегване на деца (CAN-MDS) в рамките на проект „Координиран отговор към насилие и пренебрегване на деца чрез минимална база данни“ (“Coordinated Response to Child Abuse and

Neglect via Minimum Data Set” [JUST/2012/DAP/AG/3250]),
съфинансиран от програма Daphne III (2013 - 2015).

Моделът предоставя възможност действията на всички ангажирани специалисти да бъдат координирани, чрез въвеждане на информацията в унифицирана форма, Това което позволява да се правят справки и сравнения, необходими анализи на процеса на координацията и съответно за изготвянето на предложения до ръководните институции за промяна в практиката и модела на работа с цел повишаване на ефекта от дейностите и мерките при съвместната работа с децата, преживели насилие или в риск от насилие (Станчева-Попкостадинова, 2015).

Внедряването на системата (CAN-MDS) в практиката ще подобри координацията и комуникацията между всички отговорни специалисти, ангажирани в дейностите по закрила на детето и подкрепа на децата, преживели насилие.

Сигналът за насилие, както и последващите дейности и мерки, предприети от институциите за подкрепа на детето и семейството, ще се отразяват своевременно в електронната система и в реално време ще бъдат достояние на останалите участници в процеса.

Своевременното регистриране на сигнала ще предостави възможност в реално време за едновременни действия както на служителите от социалните служби, ангажирани с подкрепата на детето и здравните специалисти, така и на органите на разследването, ангажирани с издирването на извършителя и събирането на доказателства за Съда.

Тъй като системата (CAN-MDS) съкращава съществено времето за комуникация между специалистите, внедряването ѝ ще повиши ефекта от мерките, които се предприемат по отношение на детето. Освен това, системата предоставя възможност за достъп до информация за детето, ако в предишен период е имало проблеми с конкретното дете и неговото семейство, независимо от това кога и къде се е случило.

Заключение

Насилието над деца е комплексен феномен, който изисква мултидисциплинарни и интерсекторни интервенции, провеждани от добре подготвени специалисти.

България се стреми да провежда последователна политика, като реализира редица законодателни промени, разработва и приема стратегии и планове за действие, целящи защита правата на децата, вкл. и правото на защита от всички форми на насилие. Разписани са отделни секторни политики по отношение превенцията на насилие над деца. Създадени са социални услуги за настаняване и подкрепа на деца, жертва на насилие, но те не са равномерно разпределени между регионите. Осигурена е достъпна система за сигнализиране за деца в риск. Направена е сериозна стъпка за въвеждане на междуинституционален подход при работа по случаи на насилие над деца.

Адекватните и своевременни действия по регистриране на случаи на насилие и пренебрегване са от съществено значение в

работата с децата, преживели насилие и са гаранция за ефективността на предприетите мерки.

С подписаното през 2010 г. Споразумение за действие при деца в риск се регламентират ролите и отговорностите на отделните членове на мултидисциплинарните екипи за работа с деца, жертви на насилие.

Все още обаче липсват протоколи за оценка на риска и ръководства за работа на отделните специалисти, което затруднява дейностите на мултидисциплинарните екипи за работа с деца, жертви на насилие.

Необходимо е организиране и на интердисциплинарно обучение на участниците в мултидисциплинарните екипи със задължително включване на общопрактикуващите лекари и педиатри.

Ефективността на системата за регистриране на случаи на насилие и пренебрегване на деца е в пряка зависимост от наличен алгоритъм и стандарти, както и от обучението на специалистите от всички области, ангажирани със закрилата на деца. Прилагането на разработената система за регистриране случаи на насилие над деца (CAN-MDS) е възможност за преодоляване на проблемите по регистрация на случаите на насилие, координацията между институциите на местно и централно ниво, както и комуникацията на специалистите, работещи със случаи на насилие над деца (Станчева-Попкостадинова, 2015).

Литература

Закон за закрила на детето, ДВ, бр. 8 от 29.01.2016 г.

Държавна агенция за закрила на детето (ДАЗД, 2010). Споразумение за действия при деца в риск. Споразумение за сътрудничество и координиране на работата на териториалните структури на органите за закрила при случаи на деца, жертви или в риск от насилие и при кризисна интервенция

http://sacp.government.bg/media/filer_public/2015/12/28/15-03-2010.pdf
(достъп 15.03 2016)

Държавна агенция за закрила на детето (ДАЗД, 2013). Доклад „Мониторинг на прилагането на Координационния механизъм за взаимодействие при работа в случаи на деца, жертви на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция“,

http://sacp.government.bg/media/cms_page_media/22/Doklad_KM_2013.doc (достъп на 28.07.2016)

Държавна агенция за закрила на детето (ДАЗД, 2014). . Доклад „Мониторинг на прилагането на Координационния механизъм за взаимодействие при работа в случаи на деца, жертви на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция“,

http://sacp.government.bg/media/cms_page_media/22/Doklad_KM_2014.doc (достъп на 28.07.2016)

Държавна агенция за закрила на детето (ДАЗД, 2015а). Доклад „Мониторинг на прилагането на Координационния механизъм

за взаимодействие при работа в случаи на деца, жертви на насилие или в риск от насилие и за взаимодействие при кризисна интервенция“

https://sacp.government.bg/bg/wpcontent/uploads/2017/09/km_nasilie_2016-1.doc

Държавна агенция за закрила на детето (ДАЗД, 2015b). Доклад за дейността на Държавната агенция за закрила на детето.

<https://sacp.government.bg/sites/default/files/politics/politika-na-zakrila-na-deteto-289.pdf> (достъп 15.03 2016)

Министерство на образованието (2012). Механизъм за противодействие на училищния тормоз между децата и учениците в училище, <https://www.dnevnik.bg/file/2910611.pdf> (достъп на 12.05.2016)

Национална телефонна линия за деца 116111, <https://116111.bg>

Станчева-Попкостадинова (2004). Психохигиенни и психопрофилакични аспекти при насилие над деца, В: В. Станчева-Попкостадинова. Психохигиена и психопрофилактика. Университетско издателство, ЮЗУ “Неофит Рилски”, Благоевград, 178-197

Станчева-Попкостадинова В. (ред.). Система за наблюдение на случаи на насилие и пренебрегване на деца чрез минимална база данни. Политика и процедури. Наръчник. Проект „Координиран отговор към насилие и пренебрегване на деца чрез минимална база от данни“, програма DAPHNE III, Югозападен университет „Неофит Рилски“, Благоевград, 2015

Project “Coordinated Response to Child Abuse and Neglect via Minimum
Data Set”[JUST/2012/DAP/AG/3250] , www.can-via-mds.eu/

СПЕЦИФИКА НА ТЕЛЕФОННАТА КОМУНИКАЦИЯ С ХОРА В КРИЗА И С ПРЕДСТАВИТЕЛИ НА УЯЗВИМИ ГРУПИ

Донка Петрова

*Софийски университет „Св. Климент Охридски”,
Философски факултет, E-mail: d.petrova@phsl.uni-sofia.bg*

Резюме: Настоящият доклад представя някои ключови особености на телефонната комуникация и телефонното консултиране на хора в състояния на емоционална криза и представители на други уязвими групи – като хора с психични заболявания или социални затруднения. Във фокуса на внимание попадат начините за разпознаване на емоционалната криза, оценката на нивото на функциониране на обаждащите се, спецификите на вербалната и невербалната комуникация, като приложение в разглеждането на темата намира и теорията за редуцирането на несигурността, развита от Чарлс Бергер и Ричард Калабрезе. Анализът на темата е базиран на продължителен опит в работата на телефонни линии, предлагащи психологическо консултиране.

Ключови думи: криза, телефонна линия, психологическо консултиране

Specifics of telephone communication with persons in crisis and with representatives of vulnerable groups

Abstract: The current material presents some key aspects of telephone communication and telephone counseling of people in emotional crisis and from other vulnerable groups – like persons with mental illness or social challenges. The focus falls on how emotional crisis can be identified on the phone, the assessment of the callers' levels of functioning, the specifics of verbal and non-verbal communication; the topics are also presented in relation to the uncertainty reduction theory, proposed by Charles Berger and Richard Calabrese. The presented analysis and conclusions are based on continuous experience in working on helplines offering psychological counseling.

Key words: crisis, helplines, psychological counseling

Въведение

Като форма на грижа за психичното благополучие на хората телефонните линии, предлагащи консултиране и помощ, са ценни, тъй като са лесно достъпни, предлагат анонимност, обаждането изисква много по-малко усилия от уреждането на директна среща със специалист. Телефонната комуникация – и телефонното консултиране - обаче често са предизвикателни, тъй като клиентът просъства само като глас, той е „невидим“ - няма достъп до много от формите на невербални послания като жестове и мимики, на които силно разчитаме да ни дадат информация за емоционалното състояние на другия и промените в него, а дори и за неща като неговата възраст и други

характеристики. Друго предизвикателство в телефонното консултиране е ограниченото време на разговора (който при това да прекъсне внезапно, по решение на клиента или по технически причини) и фактът, че често няма продължение под формата на нови обаждания, обратна връзка за случая и прочее.

Настоящият материал⁴ се стреми накратко да представи особеностите на тази телефонна комуникация с уязвими групи клиенти – най-вече хора в състояние на емоционална криза и такива с ниско ниво на социално функциониране. Оценката на психологическата криза, различаването ѝ в някои случаи от други проблеми (психична болест, цялостно ниско ниво на функциониране) и адекватното и бързо реагиране са едни от най-трудните, но значими, умения, които консултантите следва да овладеят и развиват⁵.

Криза, кризисни състояния и реакции

Самото понятие „криза“ произлиза от гръцката дума “krisis”, означаваща повратна точка или важно решение. Джералд Каплан от Харвардския университет подема тази ниша (по Roal, 1990) и дава своя фундаментален принос за развитието на кризисната теория и интервенция, като той дава и различни дефиниции на криза: според него кризата се поражда, когато индивидът се сблъска с проблем, на който не може да намери решение и поне за известно време го

⁴ Материалът е базиран на опита на автора като дългогодишен консултант и след това учител на екипа на Горещата телефонна линия за пострадали от насилие към Фондация „Асоциация Анимус“

преживява като *непреодолим*, поне не и с наличните му начини за справяне; това води до период на напрежение и тежки емоционални преживявания. Възгледите на Каплан са базирани на разбирането, че хората търсят хомеостаза, равновесие със своята среда и когато се появят сили, вътрешни или външни, които застрашават това равновесие, то индивидът се стреми да възстанови равновесието. Решението на кризата може да възстанови предишното състояние на равновесие, но може да отведе индивида до по-високо ниво на функциониране (ако я използва като възможност за промяна и развиване на нови ресурси), или напротив – да го тласне към състояние на по-ниска ефективност и адаптивност (например, ако кризата го остави обезверен, озлобен, задълбочи убеждения, че е жертва и няма контрол върху живота си и не развие нови ресурси и умения за справяне).

Ключовото в това разбиране за кризата е, че нейната поява се обуславя от дисбаланса между възприятието на индивида за трудността и сериозността на ситуация и наличните негови ресурси, а това възприятие е изцяло субективно. Какво един човек в даден момент може да възприеме като надхвърлящо възможностите му за справяне и съответно, кризисно, може да бъде възприето като обичайна ситуация от друг (Poal, 1990).

Оценката на това има ли криза предполага ясно разпознаване на нейните особености и основни компоненти. Питър Сифнеос идентифицира през 60-те години четири основни компонента на кризата: 1) заплашително събитие (или житейска промяна, дори

развитийни промени и предизвикателства); 2) уязвимост на индивида (от това зависи дали ще се стигне до криза); 3) предшестваща ситуация или фактор (това, което изправя индивида пред заплашителното събитие, така че той да почувства, че не може да се справи/да го преодолее) и 4) същинското състояние на криза (по Roal, 1990).

Кризисните реакции са много интензивни, но и времево лимитирани – обикновено до 6-8 седмици. Влияние оказват характера на стимула, предизвикал кризата, личностовата структура и реактивност на индивида (Станчева-Попкостадинова, 2001). По време на кризи хората са много по-податливи на промяна и много по-отворени към външна помощ или влияние – нещо, което още Каплан отбелязва (1964). В такива моменти хората са много по-склонни да направят нещо, което докато се чувстват относително стабилни, не биха пробвали – например да потърсят психологическа помощ по телефон или лице в лице.

Ефектите от кризата са многостранни и описвани от различни автори (например Borgman, Edmunds & MacDicken, 1979; Aguilera, 1998) и могат да се обобщят накратко както следва:

- Мъчителни емоционални преживявания: стъписване, страх, усещане за надвиснала беда, обърканост, усещане като в капан, отчаяние, апатия, безпомощност, спешност.

- Промени в мисленето: дезорганизираност и фрагментраност, трудност в свързването на събития, причини и следствия; прескачане от тема в тема заради емоционалната превъзбуда, повторения на дни и същи думи, т.нар. състояние на “стеснено съзнание”, което е честа

пречка пред виждане на цялата картина какво се случва и как може да се намери изход.

- Враждебност и емоционално отдръпване: някои хора реагират на усещането за загуба на контрол, породено от кризата, с гняв, който се насочва към тези, които се опитват да им помогнат, защото това ги кара да се чувстват слаби и уязвими.

- Импулсивност: някои хора започват да действат импулсивно, предприемайки незабавни действия, които обаче, при съответните емоции и дезорганизирано мислене, има голям риск да не донесат разрешение, а усложняване на ситуацията.

Реакциите на кризата могат да варират при отделните индивиди, а понякога се наблюдават по-скоро парадоксални реакции – клиентът може да разказва за тежко и застрашаващо събитие, а да звучи спокоен и дори емоционално отдръпнат, което да обърка консултанта, особено ако не е опитен. Такива реакции, на пръв поглед действително парадоксални, могат да се появят като защита, „отцепване“ на травмата и свръхмощните негативни емоции и зад тази привидна овладяваност всъщност да стои наистина тежка криза.

Оценката на кризата по телефона е базирана на познаване на тези типични реакции и промени в мисленето, поведението, емоционалната експресия на хората в криза.

Някои от ключовите принципи за работа с хора в криза на телефона могат да бъдат описани както следва:

- бързо реагиране;
- започване със стандартна фраза, представяща линията;

- оценка на състоянието/начина на функциониране на клиента и дали има данни за криза;

- разговорът не се прекъсва и не се оставя клиента на изчакване, дори за да се направи консултация с по-опитен член на екипа, за да не се изгуби доверието на обаждания се и неговото объркване да се засили;

- (*при много сериозни случаи с висок елемент на риск*) събиране на данни, за да може да се осъществи контакт със служби и органите, които да се намесят на място (ако обажданият се е съгласен; ако има съпротиви или колебания, не следва да се притиска, за да не прекрати обаждането).

Какво трябва да включва оценката? Разпознаването на кризата е едно от ключовите умения в консултативната работа по телефона. То изисква събиране на информация в няколко направления (по Crisis Trainig Manual, 2012): относно предшестващо събитие, което може да се прецени като силно застрашаващо, кризисно, необичайно, тежко (инцидент на насилие, загуба, злополука); актуални житейски събития; източници на стрес и тяхната интензивност; други източници на уязвимост освен самата кризисна ситуация (липса на финанси, на подкрепящи близки, предишни травми и др.); злоупотреба с алкохол или психоактивни вещества; ресурси; източници на подкрепа; цялостно ниво на функциониране. Нивото на функциониране при всеки човек се влошава по време на криза – намаляват уменията за справяне с различни житейски ситуации, осмислянето на нещата в по-широк контекст, за символично и абстрактно мислене; фокусът на съзнанието

става много стеснен – фокусиран обикновено изцяло върху самото кризисно събитие, неговото припомняне и преживяване отново и отново. Именно това е част от пречките да се правят по-цялостни връзки и да се мисли за ресурси за справяне – човекът в криза е погълнат от критичното събитие, неговото преживяване отново и отново, съпътстващите го емоции и натрапчиви мисли, както и от усещането, че случващото се е непреодолимо. В такова състояние способността да се мисли за ресурси и нови подходи за справяне е толкова по-занижена, колкото по-силна е самата криза.

Оценката на нивото на функциониране и дали има влошаване в това отношение дава ценни ориентири дали става дума действително за човек в криза, или за някой, който като цяло има по-ниско ниво на функциониране – което може да има различни обяснения (психична болест, леки интелектуални дефицити, тежко социално занемаряване в детството, липса на адекватно образование и социални умения). Хора с принципно ниско ниво на функциониране – или с влошено такова заради психична болест, например – могат да звучат, особено по телефона, като хора в криза – да говорят фрагментарно, фокусът да съзнанието да е стеснен, мисленето да изглежда, че е по-скоро конкретно, да демонстрират лесно разстройване и фрустрация.

Оценката на нивото на функциониране следва да се фокусира върху няколко аспекта: дали индивидът се справя с ежедневните си задължения и може ли да се самоорганизира за тях (ходене на работа, грижи за деца и за себе си, за личната си хигиена и здраве и др.); храни ли се/спи ли нормално; склонен ли е към генерализации в мисленето си

като „Нищо няма смисъл“, „Никой не върши никаква работа“, „Никой не може да ми помогне“; забелязват ли се други индикатори на дистрес по време на разговора (внезапен смях или други несъответни емоции, плачливост, невъзможност за концентрация, за вземане на решения). Колкото повече от тези показатели се наблюдават, толкова по-дисфункционален е клиентът към този момент. Чрез изследване как се е справял клиента преди (в други трудни ситуации) и на какви ресурси може да разчита (социални контакти, стабилна работа, материални активи) обикновено може да се оцени дали цялостното му ниво на функциониране е ниско (и не се справя с неща като работа, ежедневни задачи, подаване на документи за социални помощи, например, грижа за близки) или става дума за момент на криза.

Каква психологическа подкрепа може да се осигури по телефона за индивида в криза?

- изслушване и валидизиране на емоциите, така че да се постигне известно успокоение и връщане към по-балансирано състояние;
- проучване дали клиентът се нуждае от някаква помощ на място;
- план за сигурност/за действие;
- проучване на ресурсите и насърчаване на клиента да ги ползва;
- подкрепа за обаждащия се да направи връзките между нещата, които му се случват и начина, по който се чувства.

Ключови комуникативни и консултативни умения: активно слушане, отразяване (назоваване) на емоциите; минимални вербални насърчения („да“, „мхм“); перифразиране; валидизиране и нормализиране на силните и често объркващи емоции, които изпитва.

Нивото на функциониране, независимо дали е влошено поради емоционална криза или е принципно по-ниско, определя също така какъв подход да се избере от страна на консултанта – дали по-скоро подкрепящ и овластяващ (ако нивото на функциониране е относително нормално) или по-директивен (ако нивото е ниско като цяло или занижено в момента). Хората в състояние на тежка криза или от уязвими групи имат нужда от малко *повече* насоки как да подхождат, за да се справят и какви ресурси могат да ползват – и как.

Вербална и невербална комуникация по телефона

Макар повечето от споменатите консултативни умения да имат отношение към вербалната комуникация, какво е съдържанието на разговора, невербалната комуникация е важна част от интеракцията между консултант и клиент и често особено ключова за съставяне на оценка. Макар при телефонните разговори да няма досег до така наречения „език на тялото“ – мимики, жестове, поглед и прочее, една важна част от невербалната комуникация е достъпна за анализ – а именно невербалната вокализация (наричана и паразик) – начина, по който човекът говори; не съдържанието на неговите думи, а как те звучат. Една от най-важните функции на невербалната комуникация по принцип е, че дава информация за афективните състояния на другия (по Hargie & Dickson, 2004). Лицевите изражения са един от най-значимите канали на такава информация, но тя се получава и от тона на гласа, интонацията, паузите, дори бързината на говорене. Така самият тон на обаждащия се може да ни даде понякога светкавична представа за

емоционалното му състояние – на гняв, тъга, униние, болка. Скоростта на говорене също е информативна – бързото говорене обикновено се свързва с повишена тревожност, докато бавното, протяжно такова може да говори за състояние на шок, ступор, невъзможност на клиента да се окопоти, емоционален блокаж. Паузите са често силно индикативни – пауза след определено изказване обикновено може да подсказва, че е било силно емоционално натоварено; честите паузи на различни места в изречението могат да показват фрагментарно мислене и трудност на обаждащия се да се концентрира, защото е силно разстроен или объркан. Мълчанието също може да се причисли към невербалната комуникация: моментите на мълчание в консултацията често също са свързани с особено емоционално натоварени моменти, след които клиентът се замисля и има нужда да остане с мислите си за малко; препоръчително е тези моменти да бъдат зачитани и уважавани – тоест да не бъдат запълвани с думи от страна на консултанта на всяка цена. Ако мълчанието продължи дълго, то той би могъл деликатно да напомни, че е на разположение и да валидизира потребността на клиента да помисли в мълчание или да потърси нужните думи, за да продължи.

Внимание на вербалната и невербалната комуникация обръща и една теория за комуникацията, която, макар и не пряко обвързана с консултативната практика, може да намери приложение в разбирането на особеностите на комуникацията с хора в криза или уязвимо състояние – теорията за редуциране на неистурността. Тя е първоначално развита през 70-те години на 20-ти век от Чарлс Бъргър

и Ричард Калабрезе. Според тях стремежът към намаляване на несигурността е сред водещите мотиви в интерперсоналната комуникация. Бъргър и Калабрезе дефинират несигурността специфично спрямо интерперсоналната комуникация като “броя алтернативни начини, по които всеки участник в интеракцията може да се държи” (1975, с. 100). В общуването хората са изправени пред трудността не само да анализират широкия контекст, но и да си обяснят защо другите се държат по определен начин. Това в особена степен се отнася за началните стадии на познанството/общуването, но бихме могли да допуснем, че се отнася и до моменти, в които индивидът се чувства слаб и уязвим (защото е в криза, например) или при хора, чиито социални умения не са достатъчно добре развити.

Според Бъргър и Калабрезе (1975) несигурността и потенциала за редуцирането ѝ в общуването са свързани със седем други комуникационни концепта: вербална продукция, невербална топлота, търсене на информация, себеразкриване, реципрочност, сходство и харесване. По-интензивната вербална комуникация води до спад в несигурността. Демонстрирането на топлота, приемане, добронамереност по невербален път води до редуциране на нивата на несигурност – което по телефона може да се случи чрез подходящ тон на гласа – мек и подкрепящ. Ситуации, натоварени с голяма несигурност, водят до търсене на информация: когато информация се предоставя на търсещия я (по подходящ начин), то неговото напрежение намалява. Колкото по-голяма несигурност съществува, толкова по-малко хората са склонни към себеразкриване и обратното.

Сходствата между индивидите намаляват несигурността, а различията я засилват. Колкото по-високи стават нивата на несигурност, толкова по-слабо е харесването и обратното – ако някой спомага за намаляване на несигурността ни, то сме по-склонни да го харесваме.

Централно за теорията за редуциране на несигурността е допускането, че при интеракциите, особено началните, основният стремеж на индивида е да намали несигурността и да увеличи степента на предвидимост по отношение на другите, самия себе си и ситуацията (Петрова, 2014). Тази теория може да бъде добра отправна точка към разбиране и осмисляне комуникационния подход към хора в криза – особено първите етапи от контакта с тях, етапите на изграждане на връзка на доверие, от което зависи дали изобщо консултация ще може да се проведе пълноценно. Индивидът в криза преживява силни усещания за несигурност, породена както от кризисната ситуация, така и от необходимостта от контакт с обикновено непознат професионалист. Установяването на връзка на доверие, съответно, може да се случи най-бързо и ефективно, ако професионалистът действа в посока намаляване несигурността на клиента. Как може да се приложи теорията за редуциране на несигурността в това отношение?

- 1) Да се дава още в началото на контакта подходяща информация. Това започва с информацията за самия професионалист и службата, която представлява. Началната информация следва да отговаря на въпросите *кой съм аз, каква програма представлявам, как мога да помогна, какво предстои да се случи*, за да се постигне начален спад в несигурността на клиента (Петрова, 2014). В стремежа си да преминат бързо към

решения дори опитни професионалисти могат да пренебрегнат това. Задаването на ясна отправна рамка на хора в състояние на обърканост и висока тревожност е възможност за тяхното успокояване. Неясните послания, от своя страна, водят до допълнителна несигурност - и могат да доведат до бързо и рязко прекратяване на всякаква комуникация, ако клиентът затвори. Същото се отнася и за хора, които са уязвими заради липсата си на социални умения или заболяването си и които често вече имат негативен опит в комуникацията си със служби и институции зад гърба си. Ако не получат бързо послание, което да ги успокои и да ги накара да възприемат консултанта като някой, който е готов да им помогне и да бъде на тяхно разположение, те лесно могат да изпаднат в още по-сериозна криза или да станат враждебни. Излъчвайки такива послания той става и в по-голяма степен предвидим. За да се постигне това е важна не само вербалната комуникация, но и невербалната, както вече беше коментирано по-горе.

Заключение

Оказването на подкрепа на индивида в криза или уязвим по някаква друга причина предполага разбиране на принципите на ефективната вербална и невербална комуникация, както и развиване на консултативни умения. С подходящата подкрепа на професионалист, с който може да изгради доверителна връзка, клиентът може да преодолее състоянието си на криза или да се почувства овластен и насърчен да поеме инициативи в социални свят. Макар и краткотрайно, телефонното консултиране може да бъде ценен източник на подкрепа,

информация и овластяване за тези групи клиенти – и често основен ресурс за бързо търсене на помощ.

Литература

- Петрова, Д. (2014). Теорията за редуциране на несигурността и приложението ѝ в комуникацията с хора в състояние на криза. Психологични изследвания. София: БАН, с. 284-290.
- Станчева-Попкостадинова, В. (2001). Кризисни интервенции. В: Р.Трашлиев, В.Станчева-Попкостадинова. Социална комуникация и адаптация . Университетско издателство „Неофит Рилски”, Благоевград , с. 51-60
- Aguilera, D. (1998). Crisis intervention: Theory and methodology (8th ed.). Mosby, St. Louis.
- Berger, C. & Bradac, J. (1979). Language and Social Knowledge: Uncertainty in Interpersonal Relations, Arnold, London.
- Berger, C. & Calabrese, R. (1975). Some Explorations in Initial Interaction and Beyond: Toward a Developmental Theory of Interpersonal Communication, Human Communication Research, vol. 1, pp 99-112.
- Borgman, R., Edmunds, M., MacDicken, R. (1979). Crisis Intervention: A Manual for Child Protection Workers, U.S. Department of Health, Education and Welfare, National Center on Child Abuse and Neglect.
- Caplan, G. (1964). Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books Inc, New York.

- Hargie, O. & Dickson, D. (2004). *Skilled Interpersonal Communication*.
Rutledge, London. 4th Ed.
- Poal, P. (1990). Introduction to the Theory and Practice of Crisis
Intervention. *Quaderns de Psicologia*, 10, pp. 121-140.
- Tennessee Department of Mental Health and Substance Abuse Services.
Crisis Training Manual.
Retrieved from: [https://tn.gov/assets/entities/behavioral-
health/attachments/Crisis_Services_Training_Manual.pdf](https://tn.gov/assets/entities/behavioral-health/attachments/Crisis_Services_Training_Manual.pdf)
- U.S. Department of Health and Human Services. Crisis Intervention in Child
Abuse and Neglect. Retrieved from:
<https://www.childwelfare.gov/pubs/usermanuals/crisis/crisis.pdf>

КАЧЕСТВЕНИ УСЛУГИ В ОБЩНОСТТА ЗА ХОРАТА С УВРЕЖДЕНИЯ - УСЛОВИЕ ЗА УСПЕШНА ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ

Мария Стойкова

Югозападен университет „Неофит Рилски“, Благоевград

Катедра „Медико-социални науки“, E-mail: mariastoikova234@abv.bg

Резюме: Деинституционализацията е резултат на промяна, протичаща в последните десетилетия, в парадигмата и нагласите, свързани с увреждането, хората с увреждания и техните права. За осигуряване на равни възможности и защита правата на хората с увреждания за достоен живот е необходимо осигуряване на качествени услуги в общността, които да отговорят на техните нужди и да им осигурят равен достъп до всички ресурси на средата. Без да претендира за изчерпателност, статията има за цел да очертае основните предпоставки за предоставяне на качествени услуги в общността за хората с увреждания и техните семейства, което е ключово важно условие за постигане на успешен процес на деинституционализация и защита правата на хората с увреждания. Представени са водещи европейски подходи за определяне на качеството на социалните услуги. Проучването на литературата в областта е част от по-голямо изследване, целящо установяване на ефективността на подкрепата за възрастни хора с увреждания и определящите я детерминанти в българските условия.

Ключови думи: социални услуги, качество на услугите в общността, хора с увреждания

Quality community services for people with disabilities - a condition for successful deinstitutionalization

Abstract: Deinstitutionalization results from the change that takes place in recent decades in the paradigm and attitudes related to disability, people with disabilities and their rights. To guarantee equal opportunities and protection of people with disabilities` rights is necessary to ensure quality services in the community to meet their needs and provide them with equal access to all environment resources. This paper aims to outline some basic conditions for providing quality services for people with disabilities and their families, which is essential to achieve a successful process of deinstitutionalization and protection of the rights of people with disabilities. Key elements of the leading European approaches to determine the quality of social services are presented. The study of the related literature is a part of a larger study aiming to determine the effectiveness of support for elderly people with disabilities and its determinants in Bulgarian conditions.

Keywords: social services, quality of community, people with disabilities

Въведение

Процесът на деинституционализация е резултат от променената парадигма на увреждането. Към него са насочени редица надежди,

свързани с увреждането и съпътстващите го проблеми. Институциите се разглеждат като причина за увреждане, а не като начин за посрещане на нуждите на хората с увреждания. Следователно процесът на деинституционализация се свързва с очаквания като намаляване на уврежданията, редуциране на цената на уврежданията, понасяна от хората с увреждания, техните семейства и обществото като цяло, както и повишаване на качеството на живот и благосъстоянието на хората с увреждания. Опитът на много страни в този процес демонстрира водещата роля на социалните услуги (Nøttestad, Linaker, 1999, с. 523-524).

Подходи към увреждането

В периодите на историческото си развитие, обществото променя своите виждания за увреждането и хората с увреждания (Patchner, 2005, с. 109-110). Тези виждания могат да се класифицират в три основни подхода: медицински, социален и био-психо-социален. Медицинският подход разглежда увреждането като физически или поведенчески проблем, който се нуждае от лечение. Този възглед приема увреждането като характеристика на личността и може да води до изключването ѝ от обществения живот, съпроводено от дискриминационно отношение към хората с увреждания. Социалният подход, който е резултат от активирането на хората с увреждания и последващите им движения за определяне и защита на правата им, възприема увреждането като резултат на негативното влияние на средата, изключва биологичните фактори и отдава водещо значение, за

наличието или отсъствието на увреждане, на средата. Според този подход увреждането може да се премахне чрез промяна на средата. Третият основен подход е био-психо-социалният, който разглежда увреждането като резултат от взаимодействието на личностните характеристики и факторите на средата. Този модел, приет от СЗО и известен като ICF модел (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO, 2001), постепенно увеличава разпространението си и се възприема от все повече страни при определяне и класифициране на увреждането. Той е инструмент за диагностика на увреждането, оценъчен инструмент за мониторинг на провежданите интервенции и служи за измерване ефективността на здравните и социални услуги за хората с увреждания. ICF моделът включва холистичните възгледи за личността, фокусира се към ограниченото функциониране, което е резултат от взаимодействието на личността със средата, и определя увреждането не като състояние, а като процес. ICF моделът има потенциал да служи като стандарт за правата на хората с увреждания (Simeonsson, 2009).

Разбирането за увреждането и приемането на определен модел влияе и дори определя политиките спрямо хората с увреждания и развитието на услуги, които да посрещат техните нужди. Животът в общността за хората с увреждания е съпроводен с много бариери, които са предимно свързани с взаимодействието с общността, организациите и хората, а не с наличието на медицински и психологични проблеми, изискващи медицински грижи, лечение и рехабилитация (Beaulaurier, 2002). Това налага необходимост от социална работа извън здравните

услуги. Без да се подценява ролята на медицинската рехабилитация, която цели възстановяването на организма, и която поставя хората с увреждания в ролята на обекти, за осигуряване на пълното им включване и участие в общността е необходим друг подход, който определя субектната им роля. Тази перспектива се основава на правата на хората с увреждания и те се разглеждат като субекти и „експерти” по отношение на собственото си състояние и нужда от лечение. (Beaulaurier, Taylor, 2001)

Социалните услуги през призмата на ICF модела и правата на хората с увреждания

Конвенцията за правата на хората с увреждания, приета от Общото събрание на ООН на 13 декември 2006 г. и ратифицирана със закон от 41-то НС на Република България на 26.01.2012 г., възприема био-психо-социалния модел и разглежда увреждането като динамичен, развиващ се процес, който е резултат от взаимодействието на личността със средата (World Report on Disability, WHO, 2011). По този начин се признава влиянието на личностните фактори и едновременно с това се определя значението на факторите на средата. Именно те са в основата на значението на обществените политики и действия в ролята на фактор, който модифицира средата на индивида и по този начин влияе на вида и степента на ефектите на увреждането върху функционирането на личността. Тези взаимни връзки между среда, личност и обществени политики определят водещо значение на социалните и здравни услуги във възможността си да отговорят на нуждите на хората с увреждания.

Конвенцията за правата на хората с увреждания насърчава, защитава и гарантира пълното и равноправно упражняване на всички права на хората с увреждания чрез зачитане на човешкото им достойнство. Принципите на Конвенцията са: зачитане на достойнството, самостоятелността, независимостта и свободата на личен избор на всеки; забрана на дискриминацията; пълноценно и ефективно участие и включване в общността; равни възможности, достъпност, равноправие, зачитане на развиващите се способности на децата и лицата с увреждания; зачитане правото им да запазят своята идентичност; уважение към различията и приемане на хората с увреждания като част от човешкото многообразие и човешкият род (Конвенция за правата на хората с увреждания, ООН, 2006).

Конвенцията е определяща за услугите в общността, защото обосновава правото на хората с увреждания да живеят в общността и да имат пълен и равен достъп до всички ресурси, а не да бъдат изолирани в институции (пак там). Социалните услуги предоставят помощ и подкрепа, които са необходими на хората с увреждания, за да запазят достойнството си и да се възползват от правото си на автономност, социално включване, равни права и участие в общността на равна основа с хората без увреждания (World Report on Disability, WHO, 2011).

Разглеждайки проблема за правото на хората с увреждания да живеят в общността и възможността на социалните услуги да подкрепят и осигуряват реализирането на това право, ключови компоненти са: социалната подкрепа, качеството на живот,

благосъстоянието и удовлетвореността на лицата с увреждания и достъпността, наличността на услугите, качеството на живот и благосъстоянието на семействата на хората с увреждания и на персонала, зает в услугите, осигуряващ социалната подкрепа и помощ.

В наличната литература има солидни данни, които доказват положителното взаимодействие между социалната подкрепа (възприемана, получавана и социално включване) и физическото, психичното здраве, благополучието и качеството на живот на личността (Cohen, 2004; Lakey, Cohen, 2000; Cohen, Janicki-Deverts, 2009)

Всичко това поставя редица изисквания към услугите в общността, за да могат да отговорят на нуждите на хората с увреждания и да им осигурят социално включване и участие в общността, достъп до образование, работа, независим живот и всички ресурси на общността на равна основа с другите участници.

Принципи и критерии за качество на социалните услуги

Въпреки че съществуват различия в приетите принципи за качество и в подходите за измерването му (Malley, Fernández, 2012), в литературата се очертават няколко основни критерия за качество на социалните услуги: клиент-центриран подход с включване на потребителите в процеса на планиране, осъществяване, контрол и оценка на услугите; приемане за ръководни принципите на самоопределянето и овластяването; ориентиране на услугата към резултатите, свързани с повишаване на качеството на живот на хората

с увреждания и техните семейства; запазване на човешкото достойнство и основни права на хората с увреждания, потребители на услугата; гъвкавост, всеобхватност и продължителност на предоставяне на услугата в общността с осигуряване на координираност между услугите и възможност за участие на всички заинтересованите страни; осигуряване на професионални умения на работещите в услугите с грижа за условията на труд и живот; осигуряване на прозрачно и ефективно управление; предоставяне на възможност за жалби и оплаквания (World report on disability, 2011; Quality approaches in social services at the European level, 2011; Disability High Level Group Discussion Paper, 2006; Quality of social and health services, Social NGOs' recommendations to EU decision makers, 2008)

Налице е известно припокриване и взаимна връзка между критериите и разбиранията за качество, демонстрирани от отделните организации, деклариращи работа в полза на хората с увреждания. Също така остава отворена дискусията относно качеството на социалните услуги, целите и подходите за измерване и оценка (Quality approaches in social services at the European level, 2011; Malley, Fernández, 2012). Поставянето на посочените критерии в светлината на правата на хората с увреждания предоставя добри предпоставки за осигуряване на качествени услуги, в резултат от които е осъществяването на социално включване, равни права и достъп до ресурсите на общността и повишаване на качеството на живот на хората с увреждания.

На различни нива се дискутира необходимостта от изготвяне на рамка за качество, която да включва основните критерии и стандарти, произтичащи от новото разбиране за увреждането и правата на хората с увреждания, и която да служи като ръководство при проектиране и предоставяне на социални услуги за хора с увреждания (Quality approaches in social services at the European level, 2011; World report on disability, 2011). На европейско ниво редица организации се фокусират и имат отношение към качеството на социалните услуги като средство за осигуряване правата на хората с увреждания. Европейската комисия определя децентрализацията, участието на частният сектор, запазване на регулиращата роля на публичния сектор, осигуряването на основни критерии за качество, като основни аспекти в процеса на реструктуриране на грижата за хората с увреждания. Подкрепя публично-частното партньорство и търсенето на допълнителни форми на финансиране. Включването на потребителите в процеса на организиране и управление се определя като основен критерий за качество. Комисията за социална защита счита за необходимо наличието на рамка за качество на социалните услуги, която да е достатъчно гъвкава, за да отговаря на спецификата на национално, регионално и местно ниво. Защита на човешките права, осигуряване равенство на всички членове на обществото и защита от дискриминация са основни цели на Съвета на Европа. Европейската фондация за подобряване на условията на живот и труд се фокусира върху оценката на материалното състояние, условията на живот и труд, степента на заетост, семейния и обществен живот на гражданите на

Европа, включително и на тези с увреждания. Европейската платформа на неправителствените организации в социалната сфера изготвя „Девет златни принципа за качество на социалните и здравни услуги от общ интерес”, подкрепени с критерии за оценка на качеството (Quality approaches in social services at the European level, 2011).

Disability High Level Group (2006), в сътрудничество с организации на хората с увреждания и заинтересовани страни, изготвят документ за качество на социалните услуги от общ интерес, приет през 2007 г., който да служи за ръководство за качество на социалните услуги, насочени към специфичните нужди на хората с увреждания. В посочения документ се определят следните ключови елементи за осигуряване на качество на социалните услуги за хората с увреждания: наличност и достъпност на социалните услуги, като в обхвата се включват всички аспекти на достъпа; съгласуваност на основните принципи за спазване на човешките права и свободи; съгласуваност на разбиранията за качество на всички нива, което се проявява в проектиране на съответните системи за качество, които са съобразени със съответния национален контекст. Правото на социална и професионална интеграция, насоченост към индивидуалните характеристики на личността, осигуряване правото на информиран избор и самоопределяне се определят като основни права и принципи. В критериите за качество са включени: личностно центрираният подход; участие на потребителите в процеса на проектиране, изпълнение и оценка на услугата; всеобхватност и продължителност на услугата; създаване на партньорски отношения с всички

заинтересовани страни; ориентиране на качеството към резултатите; отговорност, откритост, прозрачност, ефективност на управлението с участие на заинтересованите страни (Disability High Level Group Discussion Paper, 2006).

Извън изброените съществуват и други подходи, които се фокусират върху качеството на социалните услуги (Quality approaches in social services at the European level, 2011). Това очертава много съществена тежест на изложения проблем, произтичаща от усилията на страните да балансират между ограничените ресурси и постигането на социално включване и равно участие в общността за хората с увреждания. Насочвайки се към проблема за цената на увреждането, във фокуса на социалните услуги и проблема за качеството се включва неформалната грижа и ролята на услугата в подкрепа на тази грижа (World report on disability, 2011).

Неформалната подкрепа за хората с увреждания, оказвана от семейството и приятелите, е свързана с повишен стрес за грижещите се членове на семейството, с намаляване степента на тяхното социално включване и трудова заетост, засилена изолация, по-голяма натовареност на членовете на семействата и децата и намаляване на възможността за грижа с увеличаване възрастта на грижещите се. Социалните услуги, съдействащи с неформалната грижа, трябва да са насочени към подкрепа на семействата, така че да намалее тежестта на увреждането, което те понасят (пак там). Това сътрудничество е предизвикателство към услугата и поставят проблема за включване на

членовете на семейството в процеса на планиране и грижа (Mooney and Lashewiez, 2014).

В литературата един от основните принципи за качество, който е резултат от промяната на парадигмата за увреждането, е клиент-центрираният подход. В центъра на услугата е клиентът с наличните му затруднения и силни страни. Този подход предвижда включване на потребителите в процеса на проектиране, управление и оценка на услугата. Изисква се гъвкавост при проектиране на услугата, така че тя да може да посрещне специфичните нужди на всеки един потребител (World report on disability, 2011). Въвеждането му предполага адаптиране на услугата към нуждите на клиента, а не адаптиране на клиента към условията на услугата.

Осигуряване правото на клиента да взема решения за собствения си живот подобрява неговата автономност и увеличава възможностите му за по-активно участие в общността като цяло (Quality approaches in social services at the European level, 2011). От гледна точка на правата на хората с увреждания, лицето с увреждане се разглежда като най-добрия експерт по отношение на собственото си състояние и най-подходящия човек да взема решения за собствения си живот (Beaulaurier, Taylor, 2001). Правото на независим живот, определено в Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания, се разглежда от позицията на личността, която прави самостоятелен избор според собствените си потребности, както и определя сама своите нужди (Конвенция за правата на хората с увреждания, ООН, 2006). Независимостта се разглежда отвъд тесния смисъл на независимост от грижите на другите,

в светлината на правото на човек сам да взема решения за различните аспекти от живота си, включително и по отношение на вида и продължителността на лечение (Beaulaurier, Taylor, 2001), вида и степента на оказваната му помощ.

Правото на независимост е тясно свързано с концепциите за овластяването и самоопределянето. Самоопределянето се отнася до правото на хората с увреждания сами да проектират живота си, като вземат решения за него. Това изисква активност в процеса на вземане на решения, което включва идентифициране на проблема, определяне на потенциалните решения, силните и слабите им страни, възможни бариери и последствия. Овластяването е неразделна част от този процес като чрез него се увеличава възможността човек да осъществява контрол над живота си, което е негово право (Wehmeyer, 2010). В теориите за самоопределянето е подчертана ролята на средата в този процес на повишаване или намаляване на възможностите за самоопределяне (пак там). Всичко това определя овластяването като неразделна част от разбиранията за качеството на социалните услуги. В този смисъл социалната услуга се възприема като средство за промяна на условията на средата, успоредно с увеличаване на възможностите на лицето да поема отговорността да проектира сам собствения си живот (Wehmeyer, 2010; Beaulaurier, Taylor, 2001).

В литературата се открива съществена връзка между качеството на услугата и качеството на живот на професионалистите, заети в услугата и осъществяващи социалната подкрепа (Nota, Ferrari, Soresi, 2007). Преживяванията на качеството на живот рефлектират върху

процеса на осъществяване на услугата, което е пряко свързано с резултатите. Удовлетвореността, увереността на специалистите в собствените им умения се отразява върху възможностите им да изграждат продуктивни взаимоотношения с колеги. Също така като ключов елемент от помагачия процес са взаимоотношенията с потребителите. По-високата увереност в собствените умения позволява на специалистите да изграждат взаимоотношения, които насърчават овластяването и самоопределянето при потребителите (пак там). Качеството на живот е многоизмерен конструкт, който включва множество обективни и субективни преценки и е свързан с личностните характеристики на всеки човек. Като фактор, отнесен към качеството на услугата, качеството на живот се разглежда от неговата субективна страна, която е свързана с благополучието и удовлетвореността. Те са ключови мотивиращи елементи, влияещи на начина, по който работещите се отнасят към своите задължения, начина и степента на преодоляване на трудностите, упоритостта и нагласите за работа (пак там).

Широко отворена е дискусиата за измерване на качеството на услугите. Съществуват различни подходи, изборът на които се определя от целите. Дискутираните критерии са свързани с оценката на структурата, процеса и резултатите (Malley, Fernández, 2012 с. 4-8), като в голяма степен структурата и процесът влияят на резултатите. Без да се подценяват значенията на структурата на социалната услуга, която включва наличните ресурси, и на процеса, който обхваща различните взаимоотношения, оценката на резултатите се очертава като най-тясно

свързана с качеството на услугата. Подчертана е необходимостта от оценка на резултатите по отношение на всички участници в мрежата и от различна гледна точка (пак там, с. 2-8).

Качеството на живот е тясно свързано с качеството на услугата. Използва се като основен подход от Европейската асоциация на доставчиците на услуги за хора с увреждания, която го разглежда от гледна точка запазване на достойнството, осигуряване на равни възможности, подкрепа за независим живот, участие и принос към обществото на равна основа с всички останали. Необходимо е използването на обективни и субективни индикатори за изследването на различните области, включващи се в концепцията са качество на живот. Оценката на качеството на услугата се отнася към оценката на социалното, материалното и физическото благополучие, междуличностните отношения, личностното развитие, самоопределянето, социалното включване и реализирането на равни права (Quality approaches in social services at the European level, 2011).

Качеството на живот на потребителите е дискутирана мярка за измерване на качеството на социалната услуга, поради влиянието на фактори, които не са свързани с услугата (Malley, Fernández, 2012). Използването на този подход изисква внимателно изследване на всички фактори и преценка на тежестта на онези, които не са свързани с услугата.

В литературата се спори относно използването на удовлетвореността като критерий за измерване на качеството на живот, особено за хората с интелектуални увреждания (Hensel, 2001). Посочва

се, че удовлетвореността като критерий за качество може да се използва по два начина: удовлетвореност от услугата и удовлетвореност от качеството на живот като критерии за качество на услугата. Дискусията около използването ѝ като качествен метод на оценка произтича от неговата субективност и възможността да бъде повлиян от редица фактори, които не се отнасят нито към структурата, нито към процеса или резултатите на услугата. Такива фактори са примирението, личностните фактори, ниското ниво на критичност и вискателност. От друга страна, във връзка с поставянето на клиента в центъра на услугата, в съответствие с принципите на овластяване и самоопределяне, субективната оценка на личността, каквато е концепцията за удовлетвореността, е важен критерий за качество (Hensel, 2001; Malley, Fernández, 2012).

Заклучение

Деинституционализацията като процес, продиктуван от променената парадигма на увреждането, има за цел да осигури основното право на хората с увреждания да живеят в общността и да имат възможност за пълно и равноправно участие, на равна основа с всички останали. За реализирането на това право са необходими услуги в общността, които да отговарят на специфичните и динамичните потребности на всеки потребител. С приемането на био-психосоциалния модел на увреждането и Конвенцията за правата на хората с увреждания, пред социалните услуги се поставят нови предизвикателства, свързани с въвеждането на нови подходи, които да

осигуряват и гарантират правата на хората увреждания. Въвеждането на клиент-центрирания подход изисква адаптиране на услугата към нуждите на всеки един потребител, едновременно отчитайки спецификата на обкръжаващата го среда. Правото на хората с увреждания на пълноценно участие в общността изиска активното им включване в процеса на проектиране, осъществяване и оценка на социалната услуга. Това право кореспондира с правото на всяка личност на самоопределяне, което не винаги съответства с нагласите на общността. Процесът на овластяване е в основата на ефективната интервенция, която ще доведе до социално включване и равноправно участие. Всички тези характеристики са критерии за качество на социалната услуга, чиято най-висша цел е подобряване качеството на живот на хората с увреждания във всичките му аспекти.

Литература

- Конвенция за правата на хората с увреждания на ООН (2006).<http://www.mlsp.government.bg/index.php?section=CONTENT&I=647> (посетен на 22.09.2016)
- Beaulaurier, R. L., S. H. Taylor. (2001). Social Work Practice with People with Disabilities in the Era of Disability Rights. *Social Work in Health Care*, 32(4), 67-91
- Cohen, Sh., D. Janicki-Deverts. (2009). Can We Improve Our Physical Health by Altering Our Social Networks? *Perspect Psychol Sci.* 2009 Jul 1; 4(4): 375–378. doi: 10.1111/j.1745-6924.2009.01141.x

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2744289> (посетен на 28.08.2016 г.)

Cohen, Sh., (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 676 – 684

Hensel, El. (2001). Is Satisfaction a Valid Concept in the Assessment of Quality of Life of People with Intellectual Disabilities? A Review of the Literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 14, 311-326

Lakey, Br., Sh. Cohen. (2000). Social Support Theory and Measurement [http://www.psy.cmu.edu/~scohen/Lakey%20%26%20Cohen%20\(2000\).pdf](http://www.psy.cmu.edu/~scohen/Lakey%20%26%20Cohen%20(2000).pdf) (посетен на 25.09.2016 г.)

Malley, J., J. Fernández. (2010). Measuring Quality in Social Care Services. *Annals of Public and Cooperative Economics* 81(4), 559-582 [http://eprints.lse.ac.uk/30137/1/Measuring%20quality%20in%20social%20care%20services%20\(LSERO\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/30137/1/Measuring%20quality%20in%20social%20care%20services%20(LSERO).pdf) посетен на 14.09.2016 г.

Mooney, L. R., B. Lashewicz. (2014). Voices of Care for Adults with Disabilities and/or Mental Health Issues in Western Canada: What Do Families and Agencies Need from Each Other? *Health and Social Care in the Community*, 22(2), 178-186

Nota, L., L. Ferrari, S. Soresi. (2007). Self-efficacy and Quality of Life of Professionals Caring for Individuals with Intellectual Disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disability*, 4(2), 129-140

Nøttestad J Aa., O.M. Linaker. (1999). Psychiatric Health Needs and Services before and after Complete Deinstitutionalization of People with

- Intellectual Disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43(6), 523-530
- Patchner, L. S. (2005). Social Work Practice and People with Disabilities: Our Future Selves. *Advances in Social Work*, 6 (1), 109-120
- Simeonsson, R. J. (2009). ICF-CY: A Universal tool for documentation of disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disability*, 6, (2), 70-72
- Wehmeyer, M. L., (2010). Self Determination, <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/34/> (посетен на 23.08.2016 г.)
- Disability High Level Group Discussion Paper, 2006 http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/good_practis_en.pdf (посетен на 17.08.2016 г.)
- Quality approaches in social services at the European level, 2011 http://www.epr.eu/images/EPR/documents/policy_documents/Paper%20on%20QUALITY%20APPROACHES%20IN%20SOCIAL%20SERVICES.pdf (посетен на 17.08.2016 г.)
- Quality of social and health services Social NGOs' recommendations to EU decision makers, 2008 http://cms.horus.be/files/99907/MediaArchive/Policies/Services_of_General_Interest/ (посетен на 17.08.2016 г.)
- World health organization (2011). World report on disability. The world bank,

СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ НА ЕПИЛЕПСИЯТА

Росен Калпачки

Югозападен университет „Неофит Рилски“, Благоевград

Катедра „Медико-социални науки“,

Клиника по нервни болести, УМБАЛ “Света Анна” София

E-mail: neurozona@gmail.com

Резюме: Епилепсията е най-честото тежко неврологично заболяване познато от дълбока древност. Поради особената си природа освен клиничен това заболяване има и сериозен социален аспект. Социалната прогноза на болните с епилепсия не е така оптимистична като клиничната. Ролята на стигмата “епилепсия” за формирането на тази социална прогноза е много голяма. Проведохме проучване на отношението към болните с епилепсия сред 558 лица от цялата страна, техните познания за болестта и негативния ефект на стигмата върху качеството на живот на хората с епилепсия.

Ключови думи: епилепсия, социални аспекти, социална цена, стигма, качество на живот, обществено здраве

Social aspects of epilepsy

Abstract: Epilepsy is the most common serious neurological disorder worldwide, well-known from antiquity. By its unusual nature epilepsy is not just a clinical disorder but a social label. The social prognosis of epilepsy may be less optimistic than the clinical one. The role of stigma in forming the social prognosis of people with epilepsy is great. We review research

among 558 bulgarians, findings on the nature of stigma in epilepsy and the negative affect of stigma on the quality of life of people with epilepsy.

Keywords: epilepsy, social aspects, social value, stigma, quality of life, public health

Въведение

Епилепсията е едно от най-интересните заболявания познати на медицината въобще. Епилепсията е известна и е описана от дълбока древност и тогава е будила както страх и безсилие, така и силна почит. Въпреки, че прекрачихме в XXI-я век, за съжаление в съзнанието на хората представите за това заболяване не са се променили значително.

Като хронично заболяване епилепсията налага сериозни ограничения в социалното функциониране както на болните, така и на техните семейства. Според Българския национален консенсус за лечение на епилепсията болните в България са около 80000 души, много по-голямата част от които са деца. Ето защо немалко хора са засегнати от тези социални ограничения. Може да се каже, че е налице определена стигма (белязване) по отношение на тези хора. Информацията за болния човек трудно излиза от семейството. Защото това би го дискредитирало, ограничило, стигматизирало. Често не само болния с епилепсия, а дори неговите родители, деца, близки.

Епилепсията е често и многолико неврологично заболяване. В света от епилепсия боледуват над 50 милиона души. В последните десетилетия беше направено много за диагностиката и лечението на тези хора и днес в повечето случаи епилепсията представлява

доброкачествено заболяване с отлична клинична прогноза (Crocker et al. 1998). Едва при около една трета от болните пристъпите представляват терапевтичен проблем и се асоциират с висок риск от съпътстващи психически разстройства и влошено качество на живот (Dovidio et al. 2000). Въпреки това епилепсията поради особената си природа освен клиничен има и сериозен социален аспект (Scambler 1984). Социалната прогноза на болните с епилепсия не е така оптимистична като клиничната.

В своето описание на социалното представяне на епилепсията Temkin показва, че епилепсията с редки изключения представлява дискредитиращо заболяване независимо от това къде и кога се разглежда (Das 2001). Губейки контрол над себе си болните с припадъци изглеждат като “върнати към примитивното” и осъществяват своеобразен “безсловесен терор” върху здравите хора около тях. Демонстрирайки човешкото несъвършенство и непредвидимост по толкова брутално очевиден начин, те изглеждат като “уникално опасни” и се възприемат като обида на социалната подреденост (Kleck 1968). Гърчовете заплашват обществото със своята непредсказуемост, типичното си драматично представяне и чувството за безсилие, което поражда у околните (West 1979). Подобна нагласа постепенно изгражда стереотипа, че всички пристъпи са генерализирани, че всички болни са хронични и боледуват цял живот и не допуска идеята за разнообразието на епилепсиите.

Това, че повечето хора имат тези стереотипи се потвърждава от много проучвания (Arnston et al. 1986). Друг властващ стереотип счита

епилепсията за психическо заболяване, защото исторически в западната медицина дълго време психиатри са лекували епилепсията. В по-изостаналите страни и досега това е така. В контраст със социологичната класификация (Harrison and West 1977), категоризацията ѝ в човешкото съзнание е неясна – дори в 21 век във Великобритания немалка част от хората изглежда гледат на заболяването по-скоро като психическо, а не като соматично заболяване.

Много проучвания от друга страна показват, че с течение на годините има сериозно подобрене в гледната точка и на обществото, и на медицинските специалисти (Божинов и сътр., 2016) към епилепсията (Jacoby et al., 1996). Например в САЩ положителните отговори на въпросите “дали не бихте разрешили на децата си да играят с деца, болни от епилепсия” и “дали болните с епилепсия трябва да бъдат отделени от колегите си на работното място” са намалели от 24% и 35% през 1949г. до респективно 6% и 9% през 1979г. Интересното е, че въпреки този спад в недоверието спрямо епилептиците положителните отговори спрямо тях са повече в сравнение с такива заболявания като СПИН и психичните болести (Crandall and Moriarty, 1995).

Преживяната, възприетата стигма е четвъртата по значение от факторите определящи качеството на живот – след психологическия стрес, самотата и приспособяването. Клиничните величини в случая са по-слабо определящи по отношение на качеството на живот. Сред

възрастните с епилепсия стигмата е асоциирана с понижена самооценка, с липса на увереност в собствените възможности, силно изразено чувство на безпомощност, високо ниво на тревожност и депресия, соматична симптоматология и ниска удовлетвореност от живота (Scambler, 1984). Сред младежите стигмата е асоциирана с понижено самочувствие, въпреки че заключенията от това проучване не подкрепят няколкото хипотези за връзката между стигмата и пониженото самочувствие. Като пример може да посочим фокалните и неконвулсивните пристъпи, при които също има понижено самочувствие, но не би трябвало да водят до стигматизиране според общоприетите теории.

Като обобщение може да се каже, че стигмата е важна част от характеристиката на заболяването епилепсия, особено в по-бедните държави, където традиционните разбирания за произхода на епилепсията и опасността от припадъците допринасят за това. Голяма част от теориите за стигмата в епилепсията са стари и като цяло не са вземани под внимание в по-нататъшните проучвания по темата. Това, което е безспорно необходимо са проучвания на стигмата при епилептиците в мултикултурен аспект, както и развитието на мерки срещу стигматизирането на болните, които са общовалидни и приложими. Мерки които биха повишили качеството на живот на болните с епилепсия.

Методология на проучването

Цел: С цел да разкрием някои специфични за българите особености в отношението към болните с епилепсия през 2013 година завършихме голямо проучване сред хора от цялата страна като прицелна беше групата на преподавателите (учители) като хора, срещащи се с болестта сравнително най-често, с изключение на семействата на болните и медицинските лица (Калпачки , 2013, 2015а, 2015b).

Материал и методи: В анкетното проучване са включени 558 участници, като 10 от тях не са отразили половата си принадлежност, а 62 – своята възраст. Според наличните данни 102 (18,6%) са мъже и 446 (81,4%) жени със средна възраст $45,17 \pm 11,20$ години в интервала от 15 до 79 години. Статистическият анализ установи липса на сигнификантно различие във възрастовата структура на двата пола.

Въз основа на литературните данни и собствения опит от работата с близки на болни с епилепсия създадохме специфичен въпросник за оценка познанията (представите) на учителите за болестта епилепсия и отношението им към болните с епилепсия. Въпросникът се състои от 44 въпроса, разпределени в следните области: оценка познанията на учителите за епилепсията (19 въпроса), оценка отношението (нагласата) спрямо болните с епилепсия (12 въпроса); едновременна оценка на познанията и отношението (5 въпроса); оценка

представата на учителите за нивото на медицинската помощ за епилепсия в България (2 въпроса).

Резултати и анализ:

Около 39% от мъжете и между 26 и 33 % от жените в нашето проучване са категорично съгласни че „Болните с епилепсия могат да осиновяват деца”. Преподавателите между жените са с по-голям относителен дял на точните отговори, докато представителите на други професии са дали сигнификантно повече отговора “По-скоро да”. Имайки предвид, че в над 60 % от случаите при болните с епилепсия могат да се преустановят пристъпите дори с помощта само на един медикамент, то нищо не ограничава тези хора да могат да осиновяват деца. Ето защо считаме, че процентът на учителите с правилно мнение по въпроса е относително нисък.

Анализирането на отговорите на твърдението “Децата с епилепсия могат да учат в общи паралелки заедно с другите деца” сред нашите участници разкрива едно доста стигматизиращо отношение спрямо децата с епилепсия. От една страна все пак учителите са малко по-толерантни - процентът на съгласните с това твърдение при тях е 57% - по-висок от този при имащите други професии – 45%. В почти всички други държави обаче, в които са провеждани подобни допитвания, учителите имат много по-толерантно становище. Например над 75% от учителите в Пакистан, 84% от учителите в Сенегал, над 93% от учителите в Истанбул и повечето от анкетираните учители в Гърция и Великобритания смятат, че децата с епилепсия

могат да посещават нормални училища и паралелки и няма нужда да бъдат ограничавани от другите деца. Единствено учителите в Тайланд масово препоръчват децата с епилепсия да се обучават в специализирани паралелки. Това демонстрира според нас сравнително по-ниската толерантност на нашето общество спрямо болните с епилепсия, най-вече когато те общуват със здравите деца.

Аналогично е положението с отговорите на твърдението “Когато учат в нормални училища, децата с епилепсия влияят зле на съучениците си” - така мислят 52% от имащите други професии и 46% от преподавателите в нашето изследване, като разликата между тях има сигнификантен характер. Все пак учителите по-често от останалите българи не мислят така.

Верните отговори на твърдението “Болните с епилепсия трябва да бъдат ограничавани да имат деца” са значително по-малко. По-добро отношение като цяло са показали имащите други професии, а не учителите.

Статистически еднакво добре са ориентирани анкетираните по отношение на твърдението “Родителите на деца с епилепсия би трябвало да имат същите очаквания от децата си, каквито имат останалите родители – по отношение на учене, труд, послушание и т.н.” - около 38% верни отговори.

Сред участниците в нашето проучване е налице допускане, че болните с епилепсия са по-склонни към криминални прояви. Такова мнение имат почти двойно по-голяма част от учителите, в сравнение с хората с други професии. На твърдението “Лицата с епилепсия са по-

склонни към невъздържаност, хулигански прояви или криминално поведение” утвърдително са отговорили над 12% от учителите и по-малко от 7% от останалите ни участници. Вероятно това се дължи освен на лоша информираност, така донякъде и на общото влошаване на дисциплината в българските училища. Учителите се сблъскват с този факт всеки ден и това ги прави по-сензитивни към хулиганските прояви въобще. Не би било справедливо обаче подобно поведение да се свързва с болните с епилепсия, които в повечето случаи имат даже противоположно държание.

При следващото твърдение “Болните с епилепсия не трябва да бъдат ограничавани да се женят” най-често (между 60 и 67%) анкетираните са избирали отговори “Категорично съгласен” и “По-скоро да”. Напълно съгласни обаче са били едва 36.3% от учителите, докато близо 74% от техните колеги в Пакистан и над 90% от тези в Истанбул са смятали, че болните с епилепсия могат да се женят.

Обобщено преподавателите са по-толерантни от представителите на другите професии, но разликата е без статистическа значимост. Този факт е много обнадеждаващ, но е видимо, че е необходимо още да се работи в тази посока.

Мъжете и жените са еднакво толерантни към децата с епилепсия.

Анкетираните, в чието семейството има болен с епилепсия са значимо по-толерантни в сравнение с останалите и това показва, че личното засягане е много силен фактор за по-доброто отношение и съпричастност към болните.

Сигнификантно влияние на възрастта се установява единствено върху толерантността – анкетираните с възраст над 50 години са със значимо по-ниска толерантност от най-младите – под 40 години. Обяснението за това според нас до голяма степен идва от променения мироглед на хората родени и израстнали в демократичното общество, в което често има по-голяма толерантност към всичко по-различно. Още повече, че очевидно по-младите не са по-добре информирани.

Най-голяма толерантност към болните с епилепсия са показали имащите трудов стаж до 10 год. Оценката им по този показател е сигнификантно по-висока от тази на анекираните с над 30 год. трудов стаж.

Живеещите на село са малко по-нетолерантни от останалите, макар че разликата не е сигнификантно значима, а образованието не е фактор, от който зависи толерантността.

Резултатите от проучването показват наличие на правопрпорционална зависимост между познанията за болестта и отношението към болните, т.е. по-добрите познания предполагат и по-добро отношение към болните с епилепсия (както и обратното). Това доказва напълно нашите предварителни предположения и дава основание за бъдеща работа с цел повишаване познанията на българските учители и цялото общество за епилепсията. Това естествено ще доведе до повишаване на толерантността към болните и ще доведе до подобряване на качеството им на живот.

Заклучение

В резултат на нашата работа беше създаден специфичен въпросник на тема “Информираност и обществени нагласи към епилепсията”, който може да бъде използван и в бъдещи проучвания. Оценени бяха по степен на изразеност познанията на анкетиранията за болестта епилепсия и толерантността към болните с това заболяване, даващи възможност за сравнение с бъдещи изследвания в подобна или друга популация. Идентифицирани бяха основни фактори, повлияващи познанията и толерантността на учителите, свързани с епилепсията. Установена беше правопрпорционална, изразена по сила зависимост между познанията за болестта епилепсия и отношението към болните с тази диагноза. Тези доказателства са надеждна база за по-нататъшна работа за повишаване на познанията за епилепсия сред обществото с цел подобряване качеството на живот на болните с епилепсия.

Литература

- Божинов П., Божинова С., Цеков С., Калпачки Р. (2016) Епилепсия, бременност и развитие на детето, Арт Трейсър, Варна
- Калпачки Р. Оценка на познанията на българските учители за епилепсията и тяхното отношение към децата с това заболяване, Автореферат на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен “Доктор”, Медицински университет София, 2013
- Калпачки Р. (2015а). Епилепсия – проблеми и решения, ДАНИЕЛ-СИ, София

- Калпачки Р. (2015b). Обществени нагласи към епилепсията в България, Бетапринт, София
- Arnston P, Drodge D, Norton R, et al. (1986). The perceived psychosocial consequences of having epilepsy. In: Whitman S, Herman B, eds. Psychopathology in epilepsy: social dimensions. Oxford: Oxford University Press, 143–61.
- Crocker J, Major B, Steele C. (1998). Social stigma. In: Gilbert DT, Fiske ST, Gardner L, eds. The handbook of social psychology. Boston: McGraw Hill, 504–53.
- Dovidio JF, Major B, Crocker J. (2000). Stigma: introduction and overview. In: Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG, eds. The social psychology of stigma. New York: The Guilford Press, 1–30.
- Das V. (2001). Stigma, contagion, defect: issues in the anthropology of public health. Paper presented at US NIH conference on stigma and global health: developing a research agenda, Bethesda MD, <http://www.stigmaconference.nih.gov> (accessed Feb 2, 2005).
- Crandall CS, Moriarty D. (1995). Physical illness stigma and social rejection. *Br J Soc Psychol* 34: 67–83
- Harrison RM, West P. (1977). Images of a grand mal. *New Society* 40, 762–82.
- Jacoby A, Baker GA, Steen N, Potts P, Chadwick D. (1996). The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: findings from a UK community study. *Epilepsia*, 37, 148–61.
- Kleck RE. (1968). Self-disclosure patterns of non-obviously stigmatized. *Psychol Rep.* 23,1239–1248.

- Scambler G. (1984). Perceiving and coping with stigmatizing illness. In: Fitzpatrick R, Hinton J, Newman S, Scambler G, Thompson J, eds. The experience of illness. London: Tavistock, 203–26.
- West P. (1979). Investigation into the Social Construction and consequences of the label “epilepsy”. PhD thesis, University of Bristol.

SOCIAL SUPPORT, QUALITY OF LIFE, AND SELF-EVALUATION IN PEOPLE WITH DISABILITIES

Maria Stoikova, Maya Tcholakova

South-West University "Neofit Rilski", Blagoevgrad

Department of Medical-Social Sciences

Abstract: The aim of the paper is to measure the influence of social support on quality of life and self-evaluation in adult people with disabilities who use community social services.

Method: Three self-assessment tools were developed and applied: a Quality of Life Questionnaire; a Social Network and Social Support Questionnaire; and a Self-evaluation Questionnaire.

Results: The main results showed that friends' social support (Beta = 0.422) had the most significant influence on the quality of life. Social support as a general score (Beta = 0.384) and the external support, coming from outside the service (Beta = 0.471), had the highest influence on the self-evaluation.

Conclusion: Results revealed the significance of various sources of support for the quality of life and self-evaluation in people with disabilities, which has implications for the practice of social services in the community

Keywords: social support, quality of life, self-evaluation, people with disabilities, social services

Социална подкрепа, качество на живот и самооценка при възрастни хора с увреждания

Резюме: Цел на проучването да се изследва влиянието на социалната подкрепа върху качеството на живот и самооценката при възрастни хора с увреждания, ползващи социални услуги в общността.

Метод: Разработени и използвани са три инструмента за самооценка: Въпросник за оценка качеството на живот; Въпросник за оценка на социалната мрежа и социалната подкрепа; Въпросник за изследване на самооценката.

Резултати: Основните резултати показват, че подкрепата от приятели ($Beta = 0.422$) оказва най-значително влияние върху качеството на живот. Социалната подкрепа, като обща оценка ($Beta = 0.384$), и външната подкрепа, получавана извън услугите ($Beta = 0.471$), имат най-голямо влияние върху самооценката.

Заключение: Резултатите разкриват значението на различните източници на подкрепа за качеството на живот и самооценката при хората с увреждания, което има приложение за практиката на социалните услуги в общността.

Ключови думи: социална подкрепа, качество на живот, самооценка, хора с увреждания, социални служби

Introduction

The quality of life is defined as a multidimensional concept that includes both objective and subjective elements related to perceptions and

experiences of the individual (Costanza et al., 2008). Wehmeyer and Schwartz (1998, p. 4), referred to Schalock (1996), define emotional well-being, interpersonal relations, material well-being, personal development, physical well-being, self-determination, social inclusion, and rights as the core dimensions of the quality of life.

Cobb (1976) defines social support as the information that makes people believe they are loved and cared for, respected and valued, and that they belong to a certain network of mutual commitments. Social support refers to the functions and quality of social relationships (Schwarzer, Knoll, & Rieckmann, 2003). It is defined as a resource of social environment provided by other people (Cohen, 2004; Cohen & Syme, 1985); as a help with coping or resource sharing (Schwarzer et al., 2003).

There is evidence of the role of social support for the health (Cohen, 2004), the experience of the subjective well-being and the general quality of life in various populations (Bélanger, Ahmed, Vafaei, Curcio, Phillips, & Zunzunegui, 2016; Cechnicki, Wojciechowska, & Valdez, 2008; Costa, Sá, & Calheiros, 2012; Kang, Park, & Wallace, 2016; Mahmoud, Bema, & Gabal, 2017; Sharir, Tanasescu, Turbow, & Maman, 2007; Sultan, Malik, & Atta, 2016). Rosiak and Zagożdżon (2017, p. 932) said that “support and care shown by others causes a reduction of tension associated with stress and makes it easier to find a solution”. As Woods, Priest and Roush (2014, p. 675) mentioned, research results “repetitively demonstrate the benefits of feeling supported from friends, family, and broader social networks for an abundance of health outcomes, across the lifespan”. Social support “facilitates coping with crisis and adaptation to change” (Cobb, 1976, p. 302)

and promotes health behaviors (Ozbay, Johnson, Dimoulas, Morgan, Charney, & Southwick, 2007; Reblin & Uchino, 2008) and “fostering effective coping strategies” (Ozbay et al, 2007, p. 39).

A study of social support in people with physical disabilities shows associations between social network support and socio-demographic factors such as age and marital status (Setareh Forouzan, Mahmoodi, Jorjoran Shushtari, Salimi, Sajjadi, & Mahmoodi, 2013). Ozbay et al. (2007, p. 37) noted that “the optimal source of social support may depend on the developmental stage of the person who is receiving the support”.

Research demonstrates the link between social support and cognitive skills in elderly people (Zunzunegui, Alvarado, Del Ser, & Otero, 2003) and the experience of cognitive impairment and depressive symptoms (Milan-Calenti, Sanchez, Lorenzo-Lopez, Cao, & Maseds, 2013), as well as the connection between disability and social support in people with psycho-neurological diseases (Kamenov et al., 2016). Research also illustrates the essential role of the social support and empowerment approaches provided by the service for the life of people with mental illness in the community (Sakellari, 2008, p. 23).

There are different approaches to providing social support for people with disabilities and particularly for those with intellectual disabilities, which have the potential to ensure better outcomes in terms of social inclusion and quality of life (Hall, 2010).

In the relationship between social support and quality of life the way, in which the support is provided, has a decisive role. Nurullah (2012, p. 175) pointed out that “receiving social support can also have positive effect on

recipients` health and well-being”. However, received support may be associated with a decrease in self-esteem, a sense of inferiority, indebtedness, inefficiency, incompetence, and an increase in uncertainty, which explains why the perceived and invisible support would have a more positive effect (Bolger & Amareb, 2007). Referring to Antonucci & Israel (1986), Sarason, Sarason, Shearin and Plerce (1987, p. 498) mentioned that “people`s appraisal of the support that might be available to them may be even more important than their actual interpersonal contacts”. Rosiak & Zagożdżon (2017, p. 933) noted that excessive support may have a negative effect on the self-esteem and “may stimulate a feeling of being dependent from their environment”.

The literature discusses issues related to quality of life, social support, and self-esteem. A study found out high levels of correlation between perceived support and self-esteem (Goodwin, Costa, & Adonu, 2004). Another study of Lu, Yang, Skora, Wang, Cai, Sun and Li (2015) suggested that self-esteem predicted life satisfaction and social support and that social support and self-esteem predicted life satisfaction in both parents of children with disabilities and the control group. The same study showed that the self-esteem influences life satisfaction, both directly and indirectly, through the social support. A study of Smedema et al. (2015) of college students with disabilities found that self-esteem affected life satisfaction directly as well as through the mediating role of social support, perceived stress, and positive affect. A research of Yeldiz and Karadaş (2017) found that social support and self-esteem can decrease loneliness and increase life satisfaction. Senicar and Grun (2012, p. 80) found a “significant correlation between different

sources of social support and almost all areas of self-concept”. Research of Bogart (2014) found a significant correlation between disability self-concept (self-esteem, self-efficacy and identity) and life satisfaction.

This article analyses and discusses the relationship between perceived and received support from different sources, quality of life experienced, and self-evaluation of people with disabilities. Results presented and interpreted here, constitute a part of a larger study on the effectiveness of social services in the community for adults with disabilities.

Aim: This study aims to measure the influence of social support on the quality of life and self-evaluation in people with disabilities who use community social services.

Method: Three self-assessment tools were developed and applied: a Quality of Life Questionnaire; a Social Network and Social Support Questionnaire; and a Self-evaluation Questionnaire. Regardless of the availability of similar tools in the literature, the creation of authors’ own instruments better corresponds to the overall research objectives related to the assessment of the effectiveness of social support for the elderly with disabilities in community services. They are designed in a way allowing them to be used either together or separately depending on the purpose and the intellectual and personality capabilities of people to whom they are applied, which explains the partial overlap of some of the areas covered by the instruments. The latter differ in the way they are explored. In addition, the tools were adapted to the target group for which they are intended.

Quality of Life

The Quality of Life(QoL) self-assessment tool was structured in two parts that aimed to measure the experienced quality of life and the impact of the service on the latter from the subjective perspective of the service users with disabilities. The WHOQOL instruments to assess the quality of life and health (WHO, 1997) was used for orientation in identifying the areas of assessment. Based on the WHO's definition of the quality of life as „a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationship to salient features of their environment” (WHO, 1997), we studied the perceptions of quality of life regarding health, independent living, self-esteem, social support and lifestyle satisfaction.

The QoL common scale consisted of five subscales, measuring the experienced QoL in the following domains: health, independent living skills, self-esteem, perceived and received support and security, and lifestyle satisfaction. The Health subscale included items (n=3) to self-assess the health as a whole, the presence of physical limitations, access to health services, and the way of living regarding health. Independent Living Skills subscale (n=2) addressed the capacity to cope with everyday life and access to information, while the Self-esteem was measured by assessing the sense of fulfillment and significance, the presence of negative feelings and thoughts (about oneself), and the perception of being valued and respected by others (n=3). Perceived and Received Support and Security subscale consisted of three items that measure the perceptions of security, protection, and support. Lifestyle satisfaction included four items to assess the life

satisfaction as a whole, satisfaction with the private, intimate and family life and the relationships with others, as well as with the participation in activities for entertainment.

Items to assess the influence of the service on the quality of life were analogous to the set of subscales and items in the above-described scale.

The QoL assessment tool contained a total of 42 closed-ended questions, eight of which relate to the demographic characteristics: sex, age, education, family situation, as well as the type and duration of disability, type of service, and duration of the service use. Responses to all questions were coded on a rating scale, tailored to the specifics of each question, and rated all possible answers. Reliability of the instrument, through a calculated Cronbach coefficient, showed a high degree of reliability. The corresponding value of the reliability factor is $\alpha = 0.892$.

Social Network and Social Support

The quality and size of the social network and the received and perceived social support was measured through an instrument containing 30 items, 19 of which were closed-ended. The other 11 were open-ended allowing a free answer to provide additional or clarifying information. Responses to the closed-ended questions were scored on a six rank scale (5, "always," 4, "very often," 3, "often," 2, "seldom," 1, "hardly ever," 0, "never"). Domains assessed by the Social Network and Social Support questionnaire were identified based on the study of the relevant social network and support assessment tools: Interpersonal Support Evaluation List (Cohen & Hoberman, 1983); Social Support Questionnaire (Sarason et al,

1987; Sarason, Levine, Basham, Sarason, 1983) and The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988).

We studied the perceived and received support from four sources, including the family, friends, social service, and the community (sources outside the first three). The Social Network and Social Support scale composed of four subscales, measuring the size of the social network and the quality of support in the following domains: family social support, friends' social support, service social support, and external social support. Items ($n=5$) that aimed to measure the perceived and received support from the family targeted the general and emotional support received, as well as the perceived support in relation to the opportunities to discuss problems and difficulties encountered. Friends' support was assessed with a variety of simple questions ($n=4$) related to the availability and number of friends, within or outside the service, the kind of support received from them, etc. Support, perceived and received, in the service was measured through six questions addressed to the staff support, emotional support within the service, perceived and received help within the service, opportunity to discuss concerns and share positive and negative experiences. External support was measured by two items aimed at assessing the belief that there will be someone to help and the opportunity to get emotional support coming from a source outside the service. Reliability of the Social Network and Social Support Questionnaire was $\alpha = 0.821$.

Self-evaluation

Our understanding of self-evaluation includes self-esteem, perceptions of oneself regarding trust in others, close relationships, and satisfaction with life. Thus the Self-evaluation scale included the following four subscales: Self-esteem, Close Relationships, Trust in Others, Life Satisfaction. Self-esteem (n=8) items aimed at evaluating the individual's perceptions of themselves from both the subjective and the other people's perspectives. Trust in Others included three items related to the evaluation of people's sincerity, trust in people and in their willingness to contribute to one's personal well-being. Life Satisfaction comprised two items appraising one's own and the others' life satisfaction. The instrument included 16 items total, and the responses were rated on a four-degree scale, from 1 (never) to 4 (always). The reliability was good ($\alpha = 0.764$).

Domains assessed by the Self-evaluation questionnaire were identified based on the investigation of the literature on self-esteem (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003; Demo, 1985; Heatherton & Polivy, 1991; Tafarodi & Swann, 2001) and the relevant social network and support assessment tool as the Interpersonal support evaluation list (ISEL) (Cohen & Hoberman, 1983).

The results of the estimated reliability of the three instruments are presented in Table 1.

Table 1. Reliability of questionnaires

Questionnaires	Cronbach's Alpha
Quality of Life Questionnaire	0.892
General Quality of life	0.892
Health	0.892
Independent living skills	0.896
Self-esteem	0.890
Perceived and received support and security	0.889
Lifestyle satisfaction	0.891
Service impact on the Quality of life	0.891
Service impact on the health	0.892
Service impact on the independent living skills	0.891
Service impact on the self- esteem	0.890
Service impact on the perceived and received support and security	0.890
Service impact on the lifestylesatisfaction	0.891

Social Network and Social Support Questionnaire	0.821
General social support	0.808
Family social support	0.804
Friends' social support	0.811
Service social support	0.808
External social support	0.806
Self-evaluation Questionnaire	0.764
General self-evaluation	0.764
Self-esteem	0.767
Close Relationships	0.751
Trust in Others	0.764
Life Satisfaction	0.772

The three assessment tools contained clearly worded questions and answers in a comprehensible language, with no suggestions to direct the respondent to a particular or socially desirable answer. This was ensured by questionnaires being pretested on a small sample of people and discussed before and after the tryout with psychologists and social workers who worked with people with disabilities. Hence, the questions in the final version were adapted in style, language, difficulty, length, and so on.

Participants: Seventy-seven individuals recruited from eleven social services, six of which community-based daycare centers and five residential facilities, participated in the study. Fifty-one (66.23%) of the subjects used the community-based centers and 26 (33.77%) used the residential type

services. Participants had used the social service for over one year. Those services are intended for people with physical disabilities and mental disabilities, therefore the participants had a disability falling within one of the following categories: physical disabilities –29.87% ($n=23$); intellectual disabilities –32.47% ($n=25$), and mental disorders –37.66% ($n=29$). 38.96% of the above was congenital and the rest was acquired disabilities and conditions. Evidence of the intellectual and personal abilities required to participate in the study was obtained from the documentation available in the services. The criterion for inclusion in the study was intellectual abilities preserved to an extent that allows items comprehension and expression of views and appraisals, reflecting the individual's own experiences and feelings.

Demographic characteristics

Demographic characteristics of the participants are shown in Table 2.

Table 2. Demographic characteristics

<i>Demographic characteristics</i>	<i>%</i>
Gender:	
Males	53.25
Females	46.75
Age	
18 to 30 years of age	24.68
31 to 40 years of age	22.08
41 to 50 years of age	16.88

51 to 60 years of age	16.88
Over 60 years of age	19.48
Education	
No education	10.39
Primary education	6.49
Lower secondary education	41.56
Upper secondary education	36.36
Tertiary education	5.20
Family situation	
Unmarried	70.13
Married	14.29
Divorced	9.09
Widows/widowers	6.49

Organization and procedure: Data collection was made between February and May 2017 on the territory of the eleven centers. Prior to the study, the research ethics committee at the university was not fully operational, so the ethical approval was obtained retrospectively. The study complied with the ethical considerations for conducting studies with vulnerable populations. Sensitive issues were taken into account by strictly following the ethical rules of confidentiality, informed and voluntary consent, and privacy. During the study, the ethical principles of honesty, do no harm, respect for person, beneficence, and justice had been observed and a particular attention had been paid to the researcher-participant power relationship.

Initially, a permit was requested from the heads of each social service, on whose territory the study was carried out. The permit request was accompanied by detailed information about the aim and purposes of the study. The next step was to provide a privacy statement about the personal information received from the participants during the data collection. Everyone had been explained the study purpose, the right to withdraw at any stage, and to skip questions they do not wish to or cannot answer, and then the consent to participate was requested. Participation was entirely voluntary.

The study was conducted at a convenient place within the service at the time ranging from 09:00 to 16:00. The duration of the study was 30 to 60 minutes, depending on the respondent's condition, i.e. mental, emotional, physical condition, the attention span, etc. Data were collected in a single face-to-face interview in the following sequence: the Quality of Life questionnaire, the Social Network and Social Support questionnaire, and the Self-evaluation questionnaire. The participants had the right to ask questions in advance and during the process, to check the inquiry card, as well as correct any answer given by them. No problems with the motivation for participation were observed.

Data analysis: As the participants in the present study had different types of disability, we used a one-factor dispersion analysis and the Bonferroni criterion to determine the influence of the disability type on participants' self-reports regarding their quality of life, social support and self-evaluation. An influence of the disability type on some of the studied areas was found; however, it needs further investigation and is not discussed here.

Open questions in the Social Network and Social Support questionnaire examined the size and composition of the participants' social networks and the type of support received from different sources. Half of the participants lived and had day-to-day contacts with their families, while the other half either lived in a residential service or on their own. About one-fifth of the participants stated they did not maintain friendly and close relationships with anyone, and did not say why. As a significant other - a source of support, most often a member of the service staff or a family member was mentioned. Usually, participants received material support and less often counseling, emotional support, a sense of understanding and affiliation.

All three questionnaires were designed to evaluate each subscale separately and as a common score. A stepwise regression analysis was conducted to test the influence of the independent variable Social Network and Social Support as a common scale and as separate subscales, on the Quality of Life and Self-evaluation, as dependent variables. The source of support with the greatest influence on the quality of life and the self-evaluation was explored.

The stepwise regression analysis of the influence of the independent variables Social Network and Social Support and the four subscales on the Quality of Life as a dependent variable, showed that the subscale Friends' Social Support had the most significant influence on the quality of life (Beta = 0.422), while the subscales. Family Social Support (Beta = 0.242) and External Social Support (Beta = 0.242) had the lowest influence.

Table 3 shows the results of the influence of the social network support on the quality of life as a dependent variable.

Table 3. Influence of the Social Network Support on the Quality of Life

Coefficients^a							
Model			Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		social	B	Std. Error	Beta		
1	General support	social	.164	.040	.392	4.07	.000
2	Family support	social	.069	.029	.244	2.39	.019
3	Friends' support	social	.119	.027	.422	4.41	.000
4	Service support	social	.147	.038	.374	3.83	.000
5	External social support		.074	.032	.238	2.34	.021

a. **Dependent Variable: Quality of life**

The results of the stepwise regression analysis to examine the influence of the independent variables Social Network and Social Support and the four subscales on the Self-evaluation, as a dependent variable, showed that External social support (Beta = 0.471) and Social Network and Social Support, as a common scale (Beta = 0.384), had the highest influence on Self-evaluation. There was no statistically significant influence of Friends' Support on Self-evaluation (Beta = 0.156; t = 1.5; p > 0.137).

Table 4 shows the results for the influence of the independent variables associated with the social network support on the self-evaluation as a dependent variable.

Table 4. Influence of the Social Network Support on the Self-evaluation

Coefficients^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
General support	social	.337	.085	.384	3.97	.000
Family support	social	.180	.058	.309	3.08	.003
Friends' support	social	.090	.060	.156	1.50	.137
Service support	social	.251	.081	.311	3.10	.003
External social support		.308	.061	.471	5.10	.000

a. **Dependent Variable: Self-evaluation**

Discussion: The results reported on the impact of the social support on the quality of life are confirmed by several other studies conducted with different populations with disabilities (Costa et al., 2012; Mahmoud et al., 2017; Sharir et al., 2007; Sultan et al., 2016). The results proved that the support received from a variety of sources has a statistically significant influence on the quality of life. Research of Mahmoud et al. (2017, p. 71)

revealed significant correlations between social support from various sources and quality of life among psychiatric patients. Friends as a source of support have the greatest impact on the experienced quality of life. Research of Sharir et al. (2007) among psychiatric patients in residential homes demonstrates the relations between social support from friends and both objective and subjective quality of life.

General support as a combination of many sources and the support received from the service come next in influence. Family social support and that from external sources have the lowest influence on the quality of life experienced.

The results of this study show an impact of social support on the self-evaluation. There is evidence in the literature of the impact of support, mainly the perceived support, on self-esteem (Goodwin et al, 2004).

External support might be understood as an expression of one's capacity for self-fulfillment, creation and maintenance of relationships, problem-solving and coping with everyday life, thus influencing the quality of life. In this respect, support received from totally external sources (outside the service and the family) has the highest influence on the self-evaluation.

However, friendship is the result of a broadened circle of interactions and fulfillment outside the family, and this can explain the strong influence of the friends' support on the quality of life experienced.

Nonetheless, support from friends did not have a statistically significant influence on the self-evaluation. Data from our study of adults with various types of disability shows that family support has a strong influence on the self-evaluation, which includes both self-esteem and life

satisfaction, and evaluation of the relationships with others. Family relations provide feelings of security and belonging, acceptance and love, regardless of the disability type and skills. These perceptions are the ground for building and maintaining a positive self-evaluation.

Although the support received from the service did not have the greatest influence on either quality of life or self-evaluation, it had the highest average value. In addition, the impact of the service support on self-evaluation was very similar to that received from the family. Services are seen as an important source of support, both for the quality of life and self-evaluation. They can be a source of both informational and material support, as well as an environment for engaging in friendly interactions.

Support coming from outside the service had the strongest influence on the self-evaluation. This result might suggest that the relationships created both outside the service and family circle may have the greatest significance for the self-evaluation. The feeling of being able to get support from totally external sources may increase the self-esteem. It gives the reason to believe that positive perceptions of the environment as a potential source of support is of particular importance for people with disabilities.

The results obtained in this study stress on the role of the family as a source of support for both the self-evaluation of people with disabilities and their quality of life. Families can be considered the sure source of support regardless of the level of independent functioning. However, it should be taken into consideration that families also experience the burden of disability (World report on disability, 2011).

Both the evidence in the literature and the results of this study provides enough reasons to believe that modifying the environment and offering the right support may lead to a better quality of life.

Limitations of the study: This study covered a relatively small sample of people with disabilities. Therefore, the results cannot be applied to the general population. Furthermore, specifically developed tools for the study of quality of life, social support and self-evaluation are used, making it difficult to compare the results with those of other studies. However, this has its positive side in that, despite the use of different tools but exploring identical areas of studied phenomena, close and consistent results are obtained. On one hand, it confirms and contributes to the weight, validity and significance of the results and, on the other hand, shows the validity of the instruments. The third consideration is that the method involves structured questionnaires with close-ended questions and limited options for responses.

Conclusion

The social network, regarding the quality of relationships and interactions and as a source of social support, is a factor that affects both the quality of life and self-evaluation. Social services for people with disabilities are positively related to the experienced quality of life when they manage to promote different types of interactions, both inside and outside their own boundaries. The support received from friends strongly influences the quality of life but does not have a statistically significant influence on the self-

evaluation. The social support provided by various sources of the social network is most closely related to and influenced the self-evaluation.

References

- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does High Self-esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
- Bélanger, E., Ahmed, T., Vafaei, A., Curcio, C. L., Phillips, S. P., & Zunzunegui, M. V. (2016). Sources of social support associated with health and quality of life: a cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults. *BMJ Open*, 6(6), e011503. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011503>
- Bogart, K. R. (2014). The role of disability self-concept in adaptation to congenital or acquired disability. *Rehabilitation Psychology*, 59(1), 107-115. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035800>
- Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(3), 458-475. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.92.3.458>
- Cechnicki, A., Wojciechowska, A., & Valdez, M. (2008). The social network and quality of life of people suffering from schizophrenia seven years after the first hospitalization. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 31-38.

- Cobb, S. (1976). Social support as moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300 – 314.
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Cohen, S., &Hoberman, H. M. (1983). Positive Events and Social Supports as Buffers of Life Change Stress.*Journal of Applied Social Psychology*, 13(2), 99-125
- Cohen, S., &Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 3-22). San Diego, CA, US: Academic Press.
- Costa, D. C., Sá, M. J., &Calheiros, J. M. (2012). The effect of social support on the quality of life of patients with multiple sclerosis. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 70(2), 108-113. <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2012000200007>
- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., Danigelis, N. L., Dickinson, J., Elliott, C., Farley, J., Elliott Gayer, D., MacDonald Glenn, L., Hudspeth, T. R., Mahoney, D. F., McCahill, L., McIntosh, B., Reed, B., Abu Turab Rizvi, S., Rizzo, D. M., Simpatico, T., &Snapp, R. (2008). An Integrative Approach to Quality of Life Measurement. Research and Policy. Retrieved September 15, 2016 from <https://journals.openedition.org/sapiens/169>
- Demo, D. H. (1985). The measurement of self-esteem: Refining our methods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1490-1502. Doi:10.1037/0022-3514.48.6.1490

- Goodwin, R., Costa, P., & Adonu, J. (2004). Social support and its consequences: “Positive” and “deficiency” values and their implications for support and self-esteem. *British Journal of Social Psychology*, 43(3), 1-10. <https://doi.org/10.1348/0144666042038006>
- Hall, E. (2010). Spaces of Social Inclusion and Belonging for People with Intellectual Disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(1), 48-57. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2009.01237.x>
- Heatherton, T. F., & Polivy, J. (1991). Development and Validation of a Scale for Measuring State Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(6), 895-910
- Kamenov, K., Cabello, M., Caballero, F. F., Cieza, A., Sabariego, C., Raggi, A., ... & Ayuso-Mateos, J. L. (2016). Factors Related to Social Support in Neurological and Mental Disorders. *PLoS ONE*, 11(2), e0149356. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0149356>
- Kang, H.-W., Park, M., & Wallace, J. P. (2016). The impact of perceived social support, loneliness, and physical activity on quality of life in South Korean older adults. *Journal of Sport and Health Science*, 7, 237-244. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2016.05.003>
- Lu, M., Yang, G., Skora, E., Wang, G., Cai, Y., Sun, Q., & Li, W. (2015). Self-esteem, social support, and life satisfaction in Chinese parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 17, 70–77. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2015.05.003>
- Mahmoud, A. S., Berma, A. E., & Gabal, S.A.A.S. (2017). Relationship between Social Support and the Quality of Life among Psychiatric

- Patients. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*, 1 (2), 57-75 .
- Milan-Calenti, J.C., Sanchez, A., Lorenzo-Lopez, L., Cao, R., & Maseds, A. (2013). Influence of Social Support on Older Adults with Cognitive Impairment, Depressive Symptoms, or both Coexisting. *International Journal of Aging and Human Development*, 76(3), 199-214. <https://doi.org/10.2190/AG.76.3.b>
- Nurullah, A. (2012). Receiver and Provided Social Support: A Review of Current Evidence and Future Directions. *American Journal of Health Studies*, 27(3), 173-188.
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A. III, Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practice. *Psychiatry*, 4(5), 35-40.
- Reblin, M., & Uchino, B. N. (2008). Social and Emotional Support and its Implication for Health. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(2), 201–205. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f3ad89>
- Rosiak, K., & Zagożdżon, P. (2017). Quality of life and social support in patients with multiple sclerosis. *Psychiatr. Pol.*, 51(5), 923-935, *PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)* www.psychiatriapolska.pl DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/64709>
- Sakellari, E. (2008). Empowering mentally ill people A new health promotion challenge? *International Journal of Caring Sciences*, 1(1), 21-25. <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org>
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal*

of Personality and Social Psychology, 44(1), 127-139.
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>

Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., & Pierce, G. R. (1987). A Brief Measure of Social Support: Practical and Theoretical Implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4(4), 497-510. <http://dx.doi.org/10.1177/0265407587044007>

Schwarzer, R., Knoll, N., & Rieckmann, N. (2003). Social Support. In A. Kaptein & J. Weinman (Eds.) *Introduction to health psychology*. Oxford, England: Blackwell

Senicar, M., & Grum, D.K. (2012). Self-concept and Social Support among Adolescents with Disabilities Attending Special and Mainstream Schools. *Hrvatskarevijazarehabilitacijskaistraživanja*, 48(1), 73-83.

SetarehForouzan, A., Mahmoodi, A., JorjoranShushtari, Z., Salimi, Y., Sajjadi, H., & Mahmoodi, Z. (2013). Perceived Social Support Among People With Physical Disability. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(8), 663–667. <http://doi.org/10.5812/ircmj.12500>

Sharir, D., Tanasescu, M., Turbow, D. & Maman, Y. (2007). Social Support and Quality of Life among Psychiatric Patients in Residential Homes. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 11(1). 81-91

Smedema, S. M., Chan, F., Yaghmaian, R. A., DaSilva Cardoso, El., Muller, V., Keegan, J., Dutta, A., & Ebener, D. J. (2015). The Relationship of Core Self-Evaluations and Life Satisfaction in College Students with Disabilities: Evaluation of a Mediator Model. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 28(3), 341-358.

- Sultan, B., Malik, N.I., & Atta, M. (2016). Effect of social support on quality of life among orthopedically disabled students and typical students. *J Postgrad Med Inst*, 30(3), 254-258
- Tafarodi, R. W., & Swann, W. B. (2001). Two-dimensional self-esteem: Theory and measurement. *Personality and Individual Differences*, 31(5), 653-673. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00169-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00169-0)
- Wehmeyer, M., & Schwartz, M. (1998). The Relationship Between Self-Determination and Quality of Life for Adults with Mental Retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 33(1), 3-12
- Woods, S. B., Priest, J. B., & Roush, T. (2014). The Biobehavioral Family Model: Testing Social Support as an Additional Exogenous Variable. *Family Process*. 53(4), 672-685. <https://doi.org/10.1111/famp.12086>
- Yildiz, M. A., & Karadaş, C. (2017). Multiple Mediation of Self-Esteem and Perceived Social Support in the Relationship Between Loneliness and Life Satisfaction. *Journal of Education and Practice*, 8(3) ISSN 2222-1735 (Paper) ISSN 2222-288X (Online)
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- Zunzunegui, M.-V., Alvarado, B. E., Del Ser, T., & Otero, A. (2003). Social Networks, Social Integration, and Social Engagement Determine Cognitive Decline in Community-Dwelling Spanish Older

Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), S93–S100.

World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. (1997). WHOQOL: measuring quality of life. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/iris/handle/10665/63482>

World Health Organization, The World Bank. (2011). World report on disability. Retrieved October 17, 2017 from http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf

SUICIDE PREVENTION IN ROMANIA AND BULGARIA

**Lavinia Duica^{1,2}, Vladimir Venkov Nakov³, Mihai Mutică⁴, Monica
Laura Cara⁵, Mihail Cristian Pîrlog^{5,6}**

*¹Lucian Blaga University of Sibiu, Romania, ²Dr. Gheorghe Preda
Psychiatric Hospital, Sibiu, Romania, E-mail: laviniaduica@yahoo.com;*

³National Centre of Public Health and Analyses, Sofia, Bulgaria;

*⁴Elisabeta Doamna Hospital of Psychiatry, Galati, Romania; ⁵University of
Medicine and Pharmacy of Craiova, ⁶Clinical Hospital of Neuropsychiatry,
Craiova, Romania.*

Abstract: Suicide prevention represents a difficult challenge, suicidal phenomenon being induced by multiple factors. With a world-wide prevalence of 11.4 per 100,000 persons per year, in Romania suicide has prevalence of 10.5%, respectively 10.8% in Bulgaria. Epidemiological studies showed a bigger incidence of suicidal behavior in rural environment, among retired and unemployed people, unmarried and widows, with a secondary level of education. As method, the most frequent was hanging followed by poisoning with drugs. Suicidal behavior is described through multiple models, based on different types of risk factors (population, individual and environmental), and a correct assessment of each category could contribute in a significant way to the prevention of suicide. Strategies for prevention of suicide include mental health policies, greater accessibility to mental health care, restriction of access to means or medications commonly used in suicide, media interventions to reduce stigma toward

mental disorders and to raise awareness about mental health, substance use disorder and suicide. The action plan in the field of suicide prevention needs to coordinate services from the health and social sectors with strategies endorsed by other prevention plans in the mental health system. Thus, it becomes important to take into consideration the weakness of the current mental health systems, especially the lack of financial resources, and to adjust the strategies for suicide prevention to the realities of our countries.

Suicide prevention represents a worldwide difficult challenge for any of society and for any countries including Romania and Bulgaria. This happens because the suicidal phenomenon is not a disease induced by precise pathophysiological mechanisms, and thus we must focus on preventing and diminishing the risk factors, out of them the social risk factors are the ones that can be reduced only through strong state policies. However, there are profound convictions or emotional states that subjugate the individual hence the decision to die may become very firm.

Keywords: *suicidal behavior, mental health system, prevention strategy, action plan.*

Превенция на самоубийствата в Румъния и България

Резюме: Предотвратяването на самоубийствата е сериозно предизвикателство, тъй като суицидният феномен се индуцира от множество фактори. С общо разпространение в световен мащаб от 11,4 на 100 000 души годишно, в Румъния самоубийствата са 10,5%, а в България - 10,8%. Епидемиологичните проучвания показват по-голяма

честота на суицидно поведение в селските райони, сред пенсионирани и безработни хора, несемейни и вдовци, хора със средно образование. Като метод, най-често срещано е обесването, следвано от отравяне с лекарства. Суицидното поведение е описано чрез множество модели, базирани на различни видове рискови фактори (популационни, индивидуални и средови), както и на правилното определяне на всяка категория, което може да допринесе за превенция на самоубийствата. Стратегиите за превенция на самоубийствата включват политики за психично здраве, по-голяма достъпност до грижите за психичното здраве, ограничаване на достъпа до средства или медикаменти, които обикновено се използват при самоубийство, медийни интервенции за намаляване на стигмата към психичните разстройства и повишаване на осведомеността по въпросите на психичното здраве, злоупотребата с наркотични вещества и самоубийствата, Планът за действие в областта на превенцията на самоубийствата трябва да координира услугите от здравния и социалния сектор със стратегии, одобрени от други планове за превенция в системата за психично здраве. По този начин е важно да се вземат под внимание слабостите на съществуващите системи за психично здраве, особено липсата на финансови ресурси, и да се адаптират стратегии за превенция на самоубийствата към реалностите на съответната страна.

Предотвратяването на самоубийство представлява трудно световно предизвикателство за всяко общество и за всички страни, включително Румъния и България. Това се случва, тъй като суицидното явление не е болест, предизвикана от точни патофизиологични

механизми и по този начин трябва да се съсредоточим върху предотвратяването и намаляването на рисковите фактори, от които социалните рискови фактори са тези, които могат да бъдат намалени само чрез силни държавни политики. Има обаче дълбоки убеждения или емоционални състояния, които подчиняват индивида, следователно решението да умре може да стане много крайно.

Ключови думи: суицидно поведение, психичноздравна система, стратегии за превенция, план за действие.

Introduction

Statistical data about suicide indicate a world-wide prevalence of approximately 11.4 per 100,000 persons per year and a gender ratio Male/Female of 15:8. Between 2000 and 2012, the suicide rate has fallen by 9%, from 883 000 to 804 000 suicidal people. The lowest rates were found in the Central and South America, while the highest suicide rates were registered in Eastern European countries: Lithuania, Latvia, Estonia, Hungary and some former states of the Soviet Union. In Romania and Bulgaria were recorded prevalence rates of 10-15%, as in many other European countries, USA and Australia (WHO, 2012). In Romania and Bulgaria, the prevalence of finalized suicide is 10.5%, respectively 10.8% with a gender ratio almost twice higher in Romania (M/F = 6.34) than in Bulgaria (M/F = 3.13). In dynamics, there is a higher decrease in suicide rates in Bulgaria (4.7%) compared to Romania (0.8%) (WHO, 2012).

In Romania, a study conducted between 2009 and 2013 by the Romanian Institute of Statistics and *Mina Minovici* Forensic Medicine

Institute, revealed a M/F ratio of 5.52, with an average age of 49.82 years for people with suicidal behavior (finalized or attempts). Suicide proved to be more common in men than in women with age under 60 years, while suicidal behavior was statistically significant more frequently in rural environment, among retired and unemployed people; regarding the marital status and gender, there are significant differences in favor of unmarried men and widows, as there are for secondary level of education; the most frequent method used in both men and women was hanging (Dumitru et al, 2015) as it was also in Estonia, Latvia, Lithuania, Poland, between 1999 and 2004 hanging for 90% of men and 80% in women (Ajdacic-Gross V et al, 2008). In Bulgaria (six statistical region) the mean age for female and male suicides is around 57.5, respectively 55 years old, with highest rates in the rural areas, and, similar to Romania, hanging as the main suicide method and poisoning with drugs, especially among the persons with a secondary level education, unemployed and non-married (Nakov, Donchev, 2015). Also, compared to Romania, in Bulgaria (1990-1998) suicide that involve ingested pesticides it was estimated to be higher: about 6.8% suicide comparing with 1% (Gunnel D et al, 2007).

Regarding the age, suicide represents the second leading cause of death among 15-29 years age-group, after traffic accidents (WHO, 2012); among males, the highest suicide rate was recorded in the 45–59 years age-group in Europe, and over 60 years in the Western Pacific region (WHO, 2009).

Comparing the rates of suicides in different regions of the world, statistical data showed that 75.5 % suicides were recorded in low- and

middle-income states, and 23.9% in high income countries, within the last category, hanging (50% of the suicides), and use of the firearms (18% of suicides) being the most common methods (in the USA, firearms account for 46% of all suicides) (WHO, 2012).

Risk factors

These statistical data depict suicide, meaning the act of deliberately killing oneself (WHO, 2012). To evaluate the risk factors in order to prevent suicide we must refer to suicidal behavior, as a continuum, consisting of suicide related ideation, suicide related communications and suicide related behaviors (Silverman et al, 2007). The most important in evaluating the risk of suicide are the suicide related behaviors that are including three categories:

1. Without suicide intent (self-harm acts, unintended death);
2. Undetermined degree of the suicide intent;
3. With suicide intent (suicide attempts, suicide).

In the first category (self-harm acts) there is not a suicide intent, those individuals having other motivations than dying, as there are crying for help, having an emotional pain, been unable to express their feelings, auto-inducing a negative feeling state. On the other hand, in the case of attempted suicide there is an intent to die. Although, these concepts may appear very clear in theory, in the clinical practice there are multiple ambiguous situations when we cannot be sure if there is or there is not a suicide intent. It is very important to make such considerations about the suicidal behavior

because a good clinical management of the suicidal behavior represents one of the main directions for suicide prevention.

There were developed many etiopathogenetic models of the suicidal behavior, both psychological and psychopathological ones. A recent model (Turecki, Brent, 2015) states that there are three kinds of risk factors: population risk factors (lack of social cohesion), individual (predisposing, developmental and precipitating) and environmental risk factors (media reports, poor access to mental health care). The predisposing factors are primarily related with the family history (genetic factors) and early life adversities (epigenetic factors); developmental factors are related with the cognitive deficits (impaired memory and problem-solving deficits) and personality traits (anxiety, high impulsive aggression); the precipitating factors derived from life events or psychopathology that leads to hopelessness and depressive mood, suicidal ideas and suicidal behavior, and they can be related to substance misuse and, consequently, with behavioral disinhibition.

In this sense we can see the complexity of the roots of the suicidal behavior that delineate the directions to fight against it. If the individual factors can be “penetrated” by administrative and professional methods implemented within the mental health system, the population and environmental factors can be approached only by social and administrative measure outside the system.

Statistics show that the majority of the suicidal people come to their GP within few weeks before the suicide (Appleby et al, 1999), and 90% of the total number of suicides are the consequence of a mental health disorder

(Beautrais et al, 1996). Therefore, the identification of the suicidal risk inside the mental health system is crucial for life rescue. Whenever the clinicians are suspicious about the suicidal intentions of one patient it is necessary to take early and proper measures after the assessment of the suicidal risk. For example, the assessment of the suicidal risk in psychiatric settings has to include at least one assessment scale for suicidal risk as Suicide Intent Scale (Beck, Schuyler & Herman, 1974).

In general, prevention strategies of suicides are similar all over the world, and they refer to the relevant interventions for mental health system related with risk factors (WHO, 2012):

1. Mental health policies aim to strengthen effective leadership and governance for mental health (WHO, 2013)
2. Access to mental health care - accessible treatment for mental disorders in all services of the mental health system (WHO, 2013)
3. Restriction of access to means (Legislation restricting firearm - reduction in firearm suicide rates in Australia, Canada, New Zealand, Norway, United Kingdom) (Ajdacic-Gross, 2006) or restricting access to and availability of medications that are commonly used in suicide (Hawton, 2013)
4. Media interventions to reduce the stigma toward mental disorders and help-seeking for suicide using different types of exposure (e.g. television, print media, internet, social media, posters) (Reynders et al, 2014)
5. Raising awareness about mental health, substance use disorder and suicide - campaigns focus on suicide and related factors in order to

send the appropriate messages to the population (Matsubayash et al, 2014).

Suicide prevention

In the suicide prevention area, there is a need of an action plan with the role of coordinating the services from the health and social sectors and with close conceptual and strategies endorsed by other prevention plans in the mental health system. National Program for Preventing Suicide 2013-2018 has been created to respond to this issue (WHO, 2013), and Bulgaria has joined this plan from 2013.

A good accessibility of the services represents an important condition of the mental health system organization, and nowadays we assist to a shift of the model of care based on the traditional psychiatric hospitals to modern comprehensive community-based models (Caldas de Almeida, Killaspy, 2011). Neither Romania nor Bulgaria got a proper development of community-based services and supports for people with mental health problems. In severe mental health disorders, the treatment gap has been found differently across countries, from Portugal (34%) to Bulgaria (69%).

Suicide and alcohol consumption are highly correlated (Wasserman, Hadlaczky, 2009). Restricting access to alcohol or promoting more appropriate consumption of alcohol could contribute to fewer suicides. The level of consumption of alcohol in Bulgaria is situated between 9-12 liters/capital of pure alcohol, instead, in Romania is higher, between 12-15 liters/capita (Anderson et al, 2012). Alcohol consumption is a serious condition in Romania. The National Anti-drug strategy (NAS) 2005-2012

was the main strategic document of the national policy of drug demand and drug supply reduction in 2010 and the Action Plan for the implementation of NAS 2010-2012. The project is coordinated by the National Collaborating Centre for Drug Prevention together with the 5 countries participating in this project (UK, Italy, Spain, Hungary and Poland). The aims of this program consist in strengthening the influence of protection factors and reducing the influence of risk factors, by implementing specific awareness raising interventions in the general population (Reitox, 2013).

Studies about reflection of suicide in media showed both the measure in which irresponsible media reports can provoke suicidal behaviors (the “Werther effect”) or had a protective effect. About 1800 researches revealed how media reports tend to “advertise” dramatic and highly lethal suicide methods (burning, charcoal burning, shooting, jumping, railway and subway suicides), which are rare in real life and how they tend to exaggerate sensational suicides (Sisask M, Varnik A, 2012).

In Bulgaria, media tend to eschew dialogue, develop a retraction of some element to avoid presenting the wider reality of suicide, encourage the sensationalism of the suicide as a news (Kanev, 2015), similar situation being encountered in Romania. In the newspapers, the news is presented in a shocking manner; more than that, the author or the doctor who is treating the person gives sufficient information so that the person in question could be easily recognized by his family, friends, or colleagues (Cananau, Astarastoe, 2012).

In the last years, many cases of suicide or suicide attempt have been exposed on the Internet. It’s about accessing specific suicide-related

information, or communicating more or less explicit messages announcing a suicidal intention. These kind of messages (from media or Internet) can be dangerous for disturbed individual who find suicide related information (Marhan et al, 2012).

Media can have a valuable role in preventing suicide because it can demystify suicide, can help the professionals by providing an opportunity for public education in presenting the risk factors, education about the importance of the importance of safety belts (NIMH, 2005).

In terms of prevention strategies of suicides in Romania and Bulgaria it must take into consideration the weakness of the current mental health systems that include a strong stigma toward mental health disorders, and a lack of financial resources. Especially for Bulgaria we are talking about a resistance on behalf of the professionals, and in Romania there are, additionally, a lack of cooperation between health and social sectors and an insufficient integration of mental health in primary care (EU, 2016).

Conclusion

In conclusion, in Romania and Bulgaria suicide prevention is based on the same strategies as they are delineated by World Health Organization, but with some particularities depending on the social and cultural characteristics of the two countries. The epidemiological studies depict very alike results and this can contribute to a convergence of the administrative, political and professional efforts to change the current situation of the mental health systems.

References

- Ajdacic-Gross, V., Killias, M., Hepp, U., Gadola, E., Bopp, M., Lauber, C., Schnyder, U., Gutzwiller, F., ... Rössler, W. (2006). Changing times: a longitudinal analysis of international firearm suicide data. *American journal of public health, 96*(10), 1752-5.
- Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F, Rössler W. (2008). Methods of suicide: International suicide patterns derived from the WHO mortality database, *Bulletin of the World Health Organization, 9*:86.
- Anderson P, Moeler L, Galea G. (2012). Alcohol in the European Union - Consumption, harm and policy approaches, World Health Organization
- Appleby L, Dennehy JA, Thomas CS, Faragher EB, Lewis G. (1999). Aftercare and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide: A case-control study. *Lancet 353*:1397-1400.
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightengale (1996). Prevalence and co-morbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-controlled study. *American Journal of Psychiatry 153*(8), 1009-1014.
- Beck AT, Schuyler D & Herman I. (1974). Development of suicidal intent scales. In A. T. Beck, H. L. P. Resnik, & D. J. Lettieri (Eds.), *The Prediction of Suicide* (pp. 45-56). Bowie, MD: Charles Press
- Caldas de Almeida, J-M and Killaspy, H. (2011). Long-term mental health care for people with severe mental disorders, *European Union, 1*-20

- Cananau M, Astarastoe V. (2012). The concept of patient-doctor-media confidentiality relationship in mass media, *Romanian Journal of Bioethics*, 10(3), 138-147
- Dumitru MM, Papari AC, Sava NI, Papari I. (2015). Socio-demographic characteristics of suicides in Romania, *European Psychiatry*, 30(Suppl 1) 394, [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)30312-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)30312-6)
- EU compass for action on mental health and well-being (2016). Annual report of activities of member states and stakeholders.
- European Monitoring Centre for Drugs and drug addiction, National Anti-drug Agency (2013). National report (2012 data) to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point, Reitox
- Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. (2007). The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: Systematic review, *BMC Public Health* 7:357, <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-357>
- Hawton, K., Bergen, H., Simkin, S., Dodd, S., Pockock, P., Bernal, W., Gunnell, D., ... Kapur, N. (2013). Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. *BMJ (Clinical research ed.)*, 346, f403. doi:10.1136/bmj.f403
- World Health Organization (2013). Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe;

- Kanev P. Media, Death, Dialogue (2015). Social and Media Values in the Discourse about the "Family" Suicides in Bulgaria, *Communication Today*, 2:98-110.
- Marhan A, Saucan D, Popa C, Danciu B. (2012). Searching Internet: a report on accessibility, nature and quality of suicide-related information, *Procedia-Social and behavioral Sciences*, 33: 373-7.
- Matsubayash T, Sawada Y, Ueda M. (2014). The effect of public awareness campaigns on suicides: evidence from Nagoya, Japan. *J Affect Disord*, 152-154, 526-9.
- World Health Organization (2013). Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization
- Nakov V, Donchev T. (2015). Reasons and methods for suicide attempts in Bulgaria between 2009-2014, *Anthropological Research and studies*, 5, 39-40
- Nakov V, Donchev T. Suicides in Bulgaria 2009-2013 (2015). Military Medical Academy, Sofia
- National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, (2005). Suicide Prevention Resource Center-Media
- Reynders A, Kerkhof AJ, Molenberghs G, Van Audenhove C. (2014). Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 49(2):231-9.
- Silverman MM, Berman AL, Sanddal MD, O'Carroll PW, Joiner TE (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1: Background,

Rationale, and Methodology. *Suicide Life Threat Behav*; 37(3):248-63.

Sisask M, Varnik Airi (2015). Media roles in suicide prevention: A systematic review, *Int J Environ Res Public Health*; 9(1): 123-137.

Turecki G, Brent DA. (2015). Suicide and suicidal behavior, *Lancet*

Wasserman D, Hadlaczky G. (2009). Restriction of alcohol consumption in suicide prevention. In D. Wasserman and C. Wasserman (Eds.), *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective*. Oxford: Oxford University Press, 599-602.

World Health Organization (2012). Preventing suicide - a global imperative, WHO, Geneva.

PERINATAL AND NEONATAL RISK AND PROTECTIVE FACTORS FOR DEVELOPMENT IN EARLY CHILDHOOD

Miodrag Ignjatović

Mother and Child Health Institute "Dr V. Čupić" of Republic Serbia, Beograd

E-mail:miodrag.ignjat@gmail.com

Abstract: Development in early childhood is determined by biological, psychological and social / cultural factors.

Risk factors for child development in perinatal and neonatal period are related to demographic social factors (maternal age <16 or >40 yr, Illicit drug, alcohol, cigarette use, poverty, emotional or physical stress etc), mother's past medical history, previous and present pregnancy, labour and delivery and to the factors of the neonate itself (birth weight <2500 or >4000 g, birth before 37 or after 42 weeks of gestation, small or large for gestational age, congenital malformation etc). Cytogenetic disturbances, inborn errors of metabolism, congenital malformations of CNS, alcoholic fetal syndrome, congenital hypothyroidism, infections of CNS, intracranial haemorrhage, perinatal asphyxia - encephalopathy, stroke, bilirubin encephalopathy – kernicterus are high risk factors. .

Risk factors are associated with an increased probability of onset, greater severity and longer duration of major health problems, but the exposure to risk does not result inevitably in unfavorable outcomes or psychopathology.

Protective factors are: strong parent-child attachment and positive parenting, breastfeeding, care that helps to keep child healthy and safe, stable family relationship etc.

Impact of stress in pregnancy, perinatal period, early childhood and recognition of the importance of attachment, all make early intervention and prevention an imperative.

Keywords: perinatal, neonatal, risk factors, toxic stress, attachment, child development

Перинатални и неонатални рискови и протективни фактори за развитието в ранното детство

Резюме: Ранното детско развитие се определя от биологични, психологически и социални/културни фактори.

Рисковите фактори за развитието на детето в перинаталния и неонатален период са свързани с демографски и социални фактори (възраст на майката <16 или> 40 години, употреба на наркотици, алкохол, тютюнопушене, бедност, емоционален или физически стрес и т.н.), предшестваща анамнеза на майката, предишни и настояща бременност, раждане и фактори, свързани с новороденото (тегло при раждане <2500 или> 4000 г., раждане преди 37 или след 42-та седмица гестационна седмица, вродени малформации и т.н.). Високи рискови фактори са цитогенетичните смущения, вродените грешки на метаболизма, вродените малформации на ЦНС, феталния алкохолен синдром, вроден хипотиреоидизъм, инфекции на ЦНС, вътречерепен

кръвоизлив, перинатална асфиксия - енцефалопатия, кръвоизлив, билирубинова енцефалопатия - керниктер.

Рисковите фактори се свързват с увеличаване на вероятността от настъпване, с по-голяма тежест и по-голяма продължителност на здравни проблеми, но излагането на риск не води непременно до неблагоприятни последици или психопатология.

Защитните фактори са: силна привързаност между родители и деца и позитивно родителство, кърмене, грижа, която помага да се задържи вниманието на детето здравословна и безопасна, стабилна семейна връзка и т.н.

Влиянието на стреса по време на бременността, перинаталния период, ранното детство и признаването на значението на привързаността, налагат ранната намеса и превенцията като задължителна мярка.

Ключови думи: перинатални, неонатални, рискови фактори, токсичен стрес, привързаност, развитие на детето

Introduction

Developmental neuroscience shows how early biological and psychosocial experiences affect brain development. Professionals and scientists identified inadequate cognitive stimulation, stunting, iodine deficiency, and iron-deficiency, anaemia as risks factors. Identification of these factors enables prevention of congenital hypothyreosis, anaemia, and better support to child's physical and psychological development. Recent research strengthens the evidence for other risk factors including poverty,

low prenatal maternal nutrition, intrauterine growth retardation, malaria, lead exposure, HIV infection, maternal depression or stress, child institutionalization, and exposure to societal violence, war, and immigration. It also identifies protective factors such as breastfeeding and maternal education. Inequality between and within populations has origins in adverse early experiences. (Nelson et al 2007; Susan et al. 2011; ECAP 2014)

Children are the touch-stone of a healthy sustainable society and hence, future of sustainable development begins with safe-guarding the health of every child. In first 3 years of life, child development is dynamic and involves the maturation of interrelated functioning such as cognitive, physical and socio-emotional capabilities. It is a period marked by rapid physical and neurological development and requires proper nutrition in order for the child to achieve those capabilities so that the child can reach his/her full potential not only in quality of life, but also in terms of educational achievement and learning potential. (Ali 2013)

Advances in neuroscience, molecular biology, genomics, developmental psychology, epidemiology, sociology, and economics are contributing to better understanding of health and disease across the lifespan.

Eco-biodevelopmental framework emphasizes how the ecology of childhood (social and physical environments) interacts with biologic processes to determine the outcome and life trajectories. Early influences, particularly those producing toxic stress, affect the individual through modification of gene expression, without change in DNA sequencing. These epigenetic changes are a result of environmental insults. Stress responses may produce alterations in brain structure and function. These changes will

produce long-lasting effects on the health and well-being of individual and may pass on to future generations. (Shonkoff, Garner 2012; Feigelman 2016).

Development takes place through constant interaction between a changing child and changing world. (Bronfenbrenner 1979)

Biological, psychological, and social /cultural factors determine health. Biological factors are: genetics, pre-and perinatal factors, physical health, gender, trauma etc. Psychological factors are: relationship with parents – siblings, family dynamics, personality, resilience, adaptability etc. Social and cultural factors are: socioeconomic status, family stability, work – employment, neighborhood, housing, religion, health child policy, and health system. (Willis, Kraft 2012)

Supportive relationships, stimulating experience, and health-promoting environments support healthy development trajectory. Significant adversity impairs health development in first three years. Higher number of risk factors influence higher developmental delay in children.

Risk factors are characteristics that precede and are associated with a higher likelihood of negative outcomes.

Protective factors are characteristics associated with a lower likelihood of negative outcomes or reduce a risk factor's impact. Protective factors may be seen as positive countering events.

Some risk and protective factors are fixed: they don't change over time. Other risk and protective factors are considered variable and can change over time. Variable risk factors include income level, peer group, and employment status.

Risk factors tend to be positively correlated with one another and negatively correlated to protective factors. Risk and protective factors also tend to have a cumulative effect on development. Children with multiple risk factors have a greater likelihood of developing a condition that impact their physical or mental health. Risk and protective factors can have influence throughout a person's lifespan. (SAMHSA – CAPT)

Perinatal and neonatal risk factors

Perinatal and neonatal periods are well defined. The perinatal period (from Greek *peri*, "about, around" and Latin *nasci* "to be born") is "around the time of birth". In developed countries and at facilities where expert neonatal care is available, it is considered from 22 completed weeks (154 days) of gestation (the time when birth weight is normally 500 g) to 7 completed days after birth. In many developing countries, the starting point of this period is considered 28 completed weeks of gestation (or weight more than 1000 g). The antepartum period (from Latin *ante* "before" and *parere* "to give birth") is literally equivalent to prenatal (from Latin *pre-* "before" and *nasci* "to be born"). The neonatal period is defined as the first 28 days after birth (birth to 27 days, 23 hours and 59 minutes). (ICD-10 WHO 1990)

Perinatal and neonatal health care are regionalized and organized on three levels. Intensive care unit (subspecialty care) is for high-risk pregnancy and newborns. (AAP, ACOG 2002; Ignjatović 2011)

Risk factors are associated with an increased probability of onset, greater severity and longer duration of major health problems. Exposure to

risk does not result inevitably in unfavorable outcomes / psychopathology. (WHO 2004)

High-risk pregnancies are those that increase the likelihood of abortion, fetal death, preterm delivery, intrauterine growth retardation, poor cardiopulmonary or metabolic transitioning at birth, fetal or neonatal disease, congenital malformations, or mental retardation and other handicaps. Factors associated with high-risk pregnancy are: economic, cultural-behavioral, biologic-genetic, reproductive, and medical. (AAP, ACOG 2002)

Assisted reproductive technology (IVF - in vitro fertilization, intracytoplasmic sperm injection) increases the risk of perinatal mortality, infant morbidity, prematurity, low and very-low birthweight, and cerebral palsy, largely because of increase in multiple-fetus pregnancies with such technology. (Carlo, Ambalavanan 2016)

Many maternal conditions – disorders, and infections (bacterial, viral, parasites, fungi and prion) affect the fetus and newborn. Many agents – drugs acting on pregnant women may adversely affects the structure or function of the fetus or newborn infant. The occurrence of chromosomal abnormalities, congenital anomalies, inborn errors of metabolism, mental retardation, or any familial disease in blood relatives increase risk of same condition in the infant. (Carlo 2016; ESCAP 2014)

On the basis of the history 10-20% of pregnant women can be identified as being at high-risk. Assessing antepartum risk is important in reducing perinatal mortality and morbidity, some pregnancies become high risk only during labor and delivery. Careful monitoring is critical throughout the intrapartum course. (Ignjatović 2003a; Carlo, Ambalavanan 2016)

The term **high – risk infant** designates an infant who should be under close observation (diagnose and therapy) by experienced physician - neonatologist and nurses in neonatal subspecial or intensive care unit.

Factors that define an infant as being at high risk are some demographic / social factors, maternal health problems in past medical history, previous pregnancy, present pregnancy, labor and delivery, health problems of the neonate. (Carlo 2016; ESCAP 2014)

Demographic social factors are maternal age under 16 or over 40 years, unmarried, illicit use of drug, alcohol, cigarette, poverty, emotional or physical stress, low maternal education, third or more parity.

Maternal health problems are: genetic disorders, diabetes mellitus, hypertension, asymptomatic bacteriuria, rheumatologic illness (SLE), immune - mediated disease, long term medication, asthma, epilepsy.

Problems related to previous pregnancy are intrauterine fetal demise, neonatal death, prematurity, intrauterine growth restriction, congenital malformation, incompetent cervix, neonatal thrombocytopenia, hydrops, blood group sensitization, neonatal jaundice, inborn errors of metabolism.

Problems related to present pregnancy are poly / oligohydramnion, acute medical or surgical illness, inadequate prenatal care, familial or acquired hypercoagulable states, abnormal fetal ultrasonography findings, treatment of infertility, intrauterine infections (TORCH: toxoplasmosis, other, rubella, cytomegalovirus, herpes simplex virus), radiation, drugs, alcohol exposure, vaginal bleeding, sexually transmitted disease, multiple gestation, preeclampsia, premature rupture of membranes, and short inter-

pregnancy time, depression, anxiety, family stress. (Carlo 2016; Habebrand, Verhulst 2014)

Labor and delivery problems are premature labor (< 37 week), postdates labor (\geq 42 week), fetal distress, immature lecithin / sphingomyelin ratio, absence of phosphatidylglycerol, breech presentation, meconium-stained fluid, nuchal cord, cesarean section, forceps delivery, Apgar score < 4 at 1 min.

Problems of the neonate are birth weight < 2500 or > 4000 g; birth < 37 or \geq 42 week of gestation; small or large for gestational age, respiratory distress, cyanosis, congenital malformation, pallor, plethora, and petechiae, stress. (Ignjatović 2003a,b; Carlo 2016; Huang 2016; Panchaud 2016)

Many factors are involved in etiology of perinatal or postnatal (neonatal) brain injury: severe hypoxic-ischemic encephalopathy, intraventricular hemorrhage (IVH), periventricular leukomalacia (PVL), infections or inflammation, systemic inflammatory response syndrome (mother, fetus, newborn – infant), intrauterine infections (TORCH: toxoplasmosis, other, rubella, cytomegalovirus, herpes simplex virus), cerebrovascular diseases in newborns – stroke, bacterial meningitis, NEC etc. All these diseases are high risk factors and they are associated with adverse neurodevelopmental outcome. (CDHAC 2000; Ignjatović 2003b,c)

The list of high-risk factors is not closed, it is reasonable to expect new challenges like Human immunodeficiency and Zika viruses were. (Panchaud 2016)

Risk factors potentially influencing the development of mental health problems / disorders in children

Family / social risk factors are having a teenage mother / single parent, absence of father in childhood, advanced maternal age, maternal alcohol use, maternal tobacco use, family discord and violence, neglect in childhood, poor supervision and monitoring of child, harsh or inconsistent discipline, rejection, lack of warmth and affection, criminality in parent, parental substance abuse / mental illness, large family, and long term parental unemployment. Some life events and situations may be risk factors too: physical, sexual and emotional abuse, family break up / divorce, death of family members, poverty, social and cultural discrimination, neighbourhood violence and crime, lack of support services, emergency, natural disasters, conflict situation, war, and migration. (CDHAC 2000; WHO 2009; Huang 2016)

There is evidence that early experiences, both positive and negative, both biologic and behavioral, influence both short-and long-term outcomes in children born preterm. Newborn individualized developmental care and assessment program, auditory-tactile-visual-vestibular intervention, breastfeeding, skin-to-skin holding and kangaroo mother care method have beneficial effect on cognitive development. (Pickler 2010; WHO 2003)

Toxic stress is a highly potent and important high risk factor.

Toxic stress

Genetic variability, early experiences and environmental influences play role in stress reactivity. Maternal stress during pregnancy, early

postnatal experiences with adversity affect future reactivity to stress. Ecological context modulates the expression of one's genotype.

Physiologic responses to stress involve activation of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis and sympathetic-adrenomedullary system. Results are an increased level of stress hormones (corticotrophin-releasing hormone, cortisol, norepinephrine, adrenalin). Elevated inflammatory cytokines and response of the parasympathetic nervous system counterbalances sympathetic activation and inflammatory responses. Transient increase of stress hormones is protective and essential for survival. Extremely high levels or prolonged exposures to stress hormone can be harmful or toxic.

Stress responses in young children may be: positive, tolerable, and toxic. **Positive stress response** refers to a physiologic state that is brief and mild to moderate in magnitude, so parent can help the young child cope with stressor and, return stress response system back to normal status. This type of stress response are a growth-promoting element of normal development. **Tolerable stress response** is associated with exposure to non-normative experiences that present a greater magnitude of adversity or threat. The buffering protection provided by supporting adult greatly reduces the risk of excessive activation of stress response systems that leads to physiologic harm and long-term consequences for health and learning. **Toxic stress response** can result from strong, frequent, or prolonged activation of body's stress response systems in absence of buffering protection of supportive, adult relationship. It is the most dangerous form of stress response. Risk factors for toxic stress include child abuse or neglect, parental substance

abuse, and maternal depression. They are capable of inducing a toxic stress response which leads to disruption of brain circuitry and other organs, and metabolic systems, during sensitive developmental period. Such disruption may result in anatomic changes and/or physiologic dysregulations that are precursors of later impairments in learning and behavior as well as the roots of chronic, stress-related physical and mental illness. (Shonkoff 2012; Habeband, Verhulst 2014; Bogdanović 2016)

“Social-emotional buffering is the primary factor distinguishing level of stress”. (Garner In: Willis, Kraft 2012). Metric for adversity is the body’s stress response system. Toxic stress occurs when there is an absence of social-emotional buffering. Implications: “Toxic stress is the key intergenerational transmitter of social and health disparities” (Willis, Kraft 2012)

Protective factors to promote well-being

Protective factors are conditions or attributes in individuals, families, communities, or the larger society that, when present, mitigate or eliminate risk in families and communities that, when present, increase the health and well-being of children and families. Protective factors help parents to find resources, supports, or coping strategies that allow them to parent effectively, even under stress. Research has shown that protective factors are linked to a lower incidence of the stress. The protective factors are: pre / perinatal and neonatal health care; nurturing and attachment, breastfeeding – Baby Friendly Hospital; kangaroo method of mother care, knowledge of parenting and of child development; parental resilience; social connections; concrete

supports for parents; social and emotional competence of children (Pickler 2010). The attachment is one of the most important protective factors.

Attachment

In neonatal period marked physiologic transitions occur in all organ systems, and the infant learns to respond to many forms of external stimuli. Parents must attend to an infant signals and respond empathically.

Newborn on the mother breast can see the mother's face. Hearing is well developed. The initial period of social interaction (40 min.) is followed by period of somnolence. If a mother misses her baby's first alert-awake period, she may not experience a period of social interaction for several days.

Newborn infant must react appropriately to an expanded range of sensory stimulation. Infant must be become aroused in response to stimulation. Under-aroused infants are not able to feed and interact. Over-aroused infants show signs of autonomic instability (inconsolable crying, vomiting etc). (Olsson 2016)

There are mutual regulation between parents and infant, and it forms the basis for emerging psychologic relation between them.

Breastfeeding and skin-to-skin contact have very important role in attachment and mother-baby bonding.

The following few definitions of attachment provide good opportunity to understand better the real meaning of "attachment" (child to mother, primary carer).

Young child instinctively develops attachment, a special affective tie with his/her primary carer (attachment figure) who provides safety, security

and protection to the child. Attachment figure is secure base for the child. (Bowlby 1982)

Attachment in children is "a biological instinct in which proximity to an attachment figure is sought when the child senses or perceives threat or discomfort. Attachment behaviour anticipates a response by the attachment figure which will remove threat or discomfort". (Diane 2004)

Attachment refers to a biologically determined tendency of young child to seek proximity to the parent during times of stress and also to the relationship that allows securely attached children to use their parents to reestablish a sense of well-being after a stressful experience. Attachment may be: secure, insecure-avoidant, insecure-resistant and insecure-disorganized. Insecure attachment may be predictive of later behavioral and learning problems. (Bowlby 1988; Işpanovic-Radojković 2007; Işpanović-Radojković 2012; Feigelman 2016)

Attachment parenting (bonding of parent to child), is a style of caring for infant that brings out the best in the baby and the best in the parents. It is very important to learn how attachment parenting enable babies to grow up happier and healthier with these practices: birth bonding, breastfeeding, baby wearing, bedding close to baby.

Attachment parenting is a starter style, an approach - rather than a strict set of rules, responsive parenting, and a tool. The better knowledge of child, the more child trusts, and more effective the discipline will be. (Prior, Glaser 2006)

There are many **prenatal risk factors for attachment**: recent death of a loved one; previous loss of or serious illness in another child; prior

removal of a child;. history of depression or serious mental illness; history of infertility or pregnancy loss; troubled relationship with parents; financial stress or job loss; marital discord or poor relationship with other parent; recent move or no community ties; no friends or social network; unwanted pregnancy; no good parenting model; experience off poor parenting; drug and/or alcohol abuse;extreme immaturity. (Dixon 2000). Mother has to be with her infant – young child always during the hospitalisation.

References

- American Academy of Pediatrics, The American College of Obstetricians and Gynecologists (2002). Guidelines for Perinatal Care.5th ed.
- Ali SS. (2013). A brief review of risk-factors for growth and developmental delay among preschool children in developing countries. *Adv Biomed Res* 2: 91.
- Bogdanović R. (2016). Kako se uticaji socijalne sredine ugrađuju u biološku strukturu organizma. U: Bogdanović R. Radlović N. (Ed). XIX seminar pedijatrijske škole Srbije, Zbornik predavanja. Ud ruženje pedijatara Srbije. 3-19
- Bowlby, J. (1982). Attachment. Volume 1, 2nd ed. Basic Books
- Bowlby J. (1988). A secure base: clinical application of attachment theory. London: Hogarth Press
- Bronfenbrenner U. (1979). The Ecology of Human Development. Cambridge, Harvard: University Press,
- SAMHSA - CAPT (Center for the Application of Prevention Technology), 2016. Retrived from <http://www.samhsa.gov/capt/>

- Carlo WA, Ambalavanan N. (2016). High-Risk Pregnancies. In: Kliegman RM. (ed.). Nelson Textbook of Pediatrics. 20th ed. ELSEVIER. 802-6
- Carlo WA. (2016). The High–Risk Infant. In: Kliegman RM. (ed.). Nelson Textbook of Pediatrics. 20th ed. ELSEVIER., 818-31
- CDHAC - Commonwealth Department of Health and Aged Care; Camberra. Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health, 2000
- Diane B. (2004). Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. Paediatr Child Health. 9 (8): 541–545
- Dixon SD, Stein MT. Encounters with children: pediatric behavior and development, ed 3, St. Louis, 2000, Mosby, p 24
- Feigelman S. Biopsychosocial model and ecobiodevelopmental framework: model of development. In: Kliegman RM (ed). Nelson Textbook of Pediatrics, 20th ed. ELSEVIER. 2016; 48-54
- Feigelman S. Overview and Assessment of Variability. In: Kliegman RM (ed). Nelson Textbook of Pediatrics, 20th ed. ELSEVIER, 2016. 48-53
- Habebrand J, Verhulst F (ed) . ESCAP. October special issue: Prenatal risk and postnatal central nervous system function. Vol 23, issue 10, 2014
- Huang J, Zhu T, Qu Y, Mu D. Prenatal, Perinatal and Neonatal Risk Factors for Intellectual Disability: A Systemic Review and Meta-Analysis Published online 2016 Apr 25. doi: 10.1371/journal.pone.0153655
- Ignjatović M. Klinički pregled, nega i postupci sa novorođenim detetom (novorođenče u riziku). In: Banićević M at all (Eds). Primarna zdravstvena zaštita majke i deteta. UNICEF – Beograd, Institut zzz majke i deteta Srbije “Dr V. Čupić”, 2003a:245-63

- Ignjatović M. Najznačajnija patološka stanja novorođenčeta. In: Banićević M et all. (Eds). Primarna zdravstvena zaštita majke i deteta. UNICEF – Beograd, Institut zzz majke i deteta Srbije “Dr V. Čupić”. 2003b :265-87
- Ignjatović M. Novorođenče i polno prenosive bolesti. In: Banićević M at all. (Eds). Primarna zdravstvena zaštita majke i deteta. UNICEF – Beograd, Institut zzz majke i deteta Srbije “Dr V. Čupić”. 200c3:289-94
- Ignjatović M. Temelji savremene perinatalne zdravstvene zaštite u Srbiji. In: Zdravković D. (ed). Problemi u pedijatriji 2011: (32): 1-18
- Išpanović-Radojković V. Privrženost i poremećaji privrženosti u detinjstvu. In: Psihijatrija razvojnog doba: Bojanin. S, Popović Deušić S. (urednici). Institut za mentalno zdravlje, Beograd, 2012. 65 -72
- Išpanovic-Radojković V., Mentalno zdravlje i afektivna vezanost u detinjstvu. In: Hanak N., Dimitrijević A. (urednici). Afektivno vezivanje: teorija, istraživanja, psihoterapija. Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju - Centar za izdavačku delatnost, Beograd, 2007. 67-81
- Maternal Mental Health & Child Health Development, WHO 2009
Published online 2016 Apr.
- Nelson III CA, Zeanah CH, Fox NA et all. Cognitive Recovery in Socially Deprived Young Children: The Bucharest Early Intervention Project. Science, 2007; (318): 1937-40
- Olsson J.M. The Newborn. In: Kliegman R.M. (ed.). Nelson of Textbook of Pediatrics, 20th ed., ELSEVIER, 2016. 62-65

- Panchaud A, Stojanov M, Ammerdorffe A. et all. Emerging Role of Zika Virus in Adverse Fetal and Neonatal Outcome. *Clinical Microbiology Reviews* Jun 2016, 29 (3) 659-694; DOI: 10.1128/CMR.00014-16
- Pickler RH, Mc Grath JM, Peyna BA. et all. A Model of Neurodevelopmental Risk and Protection for Preterm Infants. *J Perinat Nurse*. 2010; 24 (4): 356-365
- Prior V, Glaser D. *Understanding Attachment and Attachment Disorders: Theory, Evidence and Practice*. London, Philadelphia: JKP, 2006
- Protective Factors to Promote Well-Being (www.childwelfare.gov)
- SAMHSA - CAPT (Center for the Application of Prevention Technology), 2016. <http://www.samhsa.gov/capt/>
- Shonkoff JP, Garner AS. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics* 2012; 129:e232-248
- Stein MT. *Encounters with children: pediatric behavior and development*, edition 3, St. Louis, Mosby. 2000
- Susan P. et all. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. www.thelanct.com Published Online September 23, 2011 DOI:10.1016/S0140- 6736(11)60889-1
- WHO International Classification of Disease - ICD-10 WHO (1990), Geneva.
- WHO Dept. of Reproductive Health and Research. *Kangaroo mother care: a practical guide*, WHO 2003 Geneva.
- WHO Prevention of Mental Disorders: Effective Intervention and Policy Options, Summery Report, WHO (2004), Geneva

WHO Maternal Mental Health & Child Health Development, Published online 2016 Apr. WHO (2009) Geneva.

Willis DW, Kraft C. Early Brain and Child development: Translating Science Into Advocacy. The American Academy of Pediatrics. Chapter Advocacy Summit 2012 Work Group

АКТУАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА СОЦИАЛНАТА РАБОТА

Съставител и научен редактор:

доц. д-р Васка Станчева-Попкостадинова

Рецензенти:

доц. д-р Стефка Чинчева

доц. д-р Христо Хинков

Формат: 60/84/16

Художник на корицата: Христо Шапкарев

Издавателство: Университетско издателство „Неофит Рилски“

Благоевград

Печатница: Печатна база при БПС ООД, София, Студентски град,

ул. Акад. Стефан Младенов, 2, партер

ISBN 978-954-00-0096-1