

## ЛОДИ – МОДЕЛЪТ В РЕХАБИЛИТАЦИЯТА

Ив. Топузов\*, Л. Николовска\*\*

\*Югозападен Университет “Неофит Рилски”, Благоевград

\*\* Университет “Гоце Делчев”, Шип, Македония

**ЛОДИ-моделът** е насочен към пациента и има за цел да обезпечи рехабилитацията му и изпълнението на неговите ежедневни нужди, съобразени със самия индивид, организациите и хората наоколо. Изборът на рехабилитационните дейности, тяхното изпълнение и участие, според ЛОДИ-модела представлява сложно взаимодействие между личността и околната ѝ среда. Това важи за всеки човек с неговите действия, задачи и роли, които са от значение за него. Моделът разглежда способностите, възможностите на личността (невроповеденчески, физиологични, психологични/емоционални и познавателни) и факторите на околната среда (природни и архитектурни, социална подкрепа, културални норми и оценки). ЛОДИ-моделът има четири основни компонента. Те показват какво човек иска и се нуждае да прави в своето ежедневие (дейностите му); действително извършеното (изпълнението на дейностите); дали личните му психологични, физиологични, невроповеденчески и познавателни способности си пасват с мястото за извършване на дейностите (околната среда), за да се стигне до успеха. Сполучливото взаимодействие между способностите на лицето, околната му среда и правилно подобрите дейности води до изпълнение на планираното и пълноценно участие в рехабилитацията.

## PEOP – MODEL IN REHABILITATION

Iv. Topouzov\*, L. Nikolovska\*\*

\*Southwest University “Neofit Rilski”, Blagoevgrad, Bulgaria

\*\*Goce Delcev University, Stip, Macedonia

The **PEOP – model** is a patient centered model organized to improve the rehabilitation, everyday performance of necessary and valued occupations of individuals, organizations, and populations and their meaningful participation in the world around them. The inclusion of rehabilitation occupations, performance, and participation in the PEOP - model reflects the complex interactions between the person and the environment in which people carry out the activities, tasks, and roles that are meaningful to them. The model describes an interaction of person factors (neurobehavioral, physiological, psychological/emotional, cognition) and environmental factors (natural and built environments, social support, societal policies and attitudes, cultural norms and values). The PEOP – model has four major components. They describe what people want or need to do in their daily lives (occupations); the actual of doing the occupation (performance); and how psychological, physiological, neurobehavioral and cognitive factors (person) combine with the places in which occupations are undertaken (environment) to influence success. The interaction of capacity, environment, and chosen activity lead to occupational performance and participation in the rehabilitation.

**КЛЮЧОВИ ДУМИ:** ерготерапия, клиент/пациент, умения, дейности.

**KEY WORDS:** occupational therapy, customer/patient, skills, occupations.

**Рехабилитацията** е сложен комплекс от взаимоотношения и въздействия, при изпълнението на които се допускат грешки, правят се пропуски. За да намалим опасността от такива, да предотварим или поне да намалим вероятността да сгрешим или пропуснем кардинални неща, ние използваме опростения, но доста ефикасен и прагматичен модел, използван в ерготерапията, т.н. **ЛОДИ-модел**, който е напълно приложим и при комплексната рехабилитация (4,10). По-долу го представяме накратко, пречупен през призмата на комплексната рехабилитация и осъществяващия я многолик и динамично променящ се рехабилитационен екип. Защото на рехабилитационния екип му трябва опростен модел, рамка, която да помогне на специалистите да навлязат в сложната същност на рехабилитацията, съблюдавайки кардиналните ѝ принципи и да ги предпази от съществени пропуски по пътя към крайната цел. ЛОДИ - моделът може да им послужи като такава рамка.

### **ЛОДИ – МОДЕЛЪТ В РЕХАБИЛИТАЦИЯТА**

Компонентите на ЛОДИ – модела са *Личност, Околна среда, Дейности и Изпълнение*, от чийто първи букви се образува и названието му (С. Christiansen, С. Baum, 2005):

- **Личност** - пациент, човек с увреждане, който се нуждае от рехабилитация;
- **Околна среда** – местата, където се осъществява рехабилитацията (болница, ДКЦ, амбулатория, кабинет по ФРМ, курорт, дом, салон по ЛФК, парк, плувен басейн, община, град и т.н.);
- **Дейности** – всичките многостранни дейности, планирани от специалистите в рехабилитационния екип за конкретния пациент;
- **Изпълнение** – реалното, практическо изпълнение, реализацията на предвидените по програмата рехабилитационни дейности.

Ако не включим всичките тези четири компоненти в нашата рехабилитационна програма, има сериозна опасност да сгрешим, да пропуснем някое от важните неща по пътя към постигане на целта – комплексна рехабилитация (4,5,6,7). Моделът представя взаимодействието между личността и околната среда. Значението му при осъществяване на рехабилитационния процес се дължи на следното:

- Моделът опростява, намалява сложността на рехабилитационната дейност, като показва нагледно и ясно четирите основни компоненти, на които трябва да се акцентува (които не бива да се пропускат);
- Моделът е рамка за разбиране личността на пациента/човекът с увреждане и нуждите му;
- Моделът показва, че човешките дейности и околната среда, в която се извършва рехабилитацията са комплекс и отношението между тях е динамично, като може да се промени в положителна насока;
- Моделът позволява използването на различни подходи, които са насочени за разрешаване на човешките проблеми, чрез комплексно въздействие върху всички тях и чрез творчество в ежедневната дейност.

### **Личността и нейните основни способности в контекста на рехабилитацията**

При изпълнението на дейностите, включени в рехабилитационната програма, например за човек, който трудно се придвижва е важно да има подходяща база за рехабилитация, архитектурна среда, апаратура и помощни средства. Но не по-малко важно е, с каква активност, ангажираност и енергия, с какво желание, амбиция и

интереси ще се включи той в рехабилитационния процес. Това зависи от редица личностни фактори, които произлизат от качествата, способностите на личността, както следва:

### ***1. Невроповеденчески способности***

Невроповеденческите способности на човека са свързани с функцията на неговите сетива - зрение, слух, вкус, обоняние, соматосетивност, в т.ч. проприорецепция. Сетивата, чрез които възприемаме информацията за света и двигателната система са пряко свързани с изпълнението на дейностите. Използваните при рехабилитацията интервенции са пряко свързани с техните функции.

Рехабилитацията, чрез терапевтичния процес има за задача да повлияе сетивата (възприемането на света) и движенията (локомоцията и координацията), за да стигне до желаното изпълнение на рехабилитационните дейности (крайната цел). Възможността за модулиране, координиране и интегриране на сетивната информация, за контрол на движението и компенсирание на сензо-моторните дефицити, влияе положително върху изпълнението на дейностите. Интервенциите, целят оптимизиране функциите на тези системи, което се отразява благотворно на изпълнението. Установено е, че ангажирането на индивида с изпълняването на дейности води до подобряване функциите на сетивата и двигателната активност.

### ***2. Физиологични способности***

Физическото здраве и физическата годност (фитнес) са необходими за изпълнение на дейностите, при които има извършване на движения, упражнения и физически усилия. По правило, физическата активност е жизнено-необходима на живите същества. Хората, които са физически активни, обикновено са по-здрави и живеят по-дълго, от онези, които са обездвижени. Включвайки се в рехабилитацията, пациентите се борят срещу обездвижването си. Кинезитерапевтите използват физически упражнения, а ерготерапевтите дейности, които трябва да са съобразени с физическите и функционални възможности на клиента, състоянието на здравето му, на неговите физически качества и желанието му.

### ***3. Познавателни (когнитивни) способности***

За да опознава, изучава света и да се научи на каквото и да е, човек трябва да може да възприема (чрез сетивата си), да притежава внимание (да се съсредоточава), да има памет (за да запомня, фиксира в мозъка си възприетото). Ако има дефицит в някои от тези елементи на заучаването, познанието се ограничава, а при определени ситуации, то става невъзможно.

По време на рехабилитацията трябва да се ограничи влиянието на дефектите и да се потърсят къси или обиколни пътища (подобни на байпас) за възприемане и запаметяване, т.е. за заучаване. При някои увреди, обучението става много трудно, с много повече усилия от страна на индивида, отколкото са обичайните.

### ***4. Психологически и емоционални способности***

Психологическите способности са основни при извършването на каквато и да е дейност. Съществено за изпълнението е желанието на личността - ***мотивацията***. Когато пациентът желае да се обучи или да изпълнява нещо, в т.ч. да извършва процедурите по рехабилитацията си, тогава е много по-лесно да се постигне поставената априори цел. И обратното !!!

Когато пациентът участва с желание в процедурите, той чувства по-голямо удовлетворение от успеха. Това е емоционалната страна, положителната ***емоция*** от извършваната дейност, съпровождаща се с подобро настроение, самочувствие и дори с творчески подход от страна на клиента.

Така, психологическите способности (мотивацията) и емоционалните (чувството на удовлетвореност) вървят "ръка за ръка" и ускоряват идването на успехите и

постигането на крайната цел. Самочувствието нараства с постиженията, а с тях и усещането за идентичност, уникалност, компетентност, опитност. Всичко това стимулира личността - така *психологията и емоцията си съдействат, подпомагат се взаимно* (4,9,10).

### **Околната среда и рехабилитацията**

Околната среда в широк смисъл е тази, в която пациентът живее и се рехабилитира. Тя е важна, защото дава възможности, но може и да пречи на изпълнението. Изпълнението е резултат от интегралното взаимодействие между лицето, дейността и околната среда. Околната среда се състои от следните по-важни елементи: географска и природна, физическа, културална, социална и икономическа среда.

#### ***1. Географска и природна среда***

Тя включва географските и природните дадености, като терен, надморска височина, часове на слънцегреене, температура, климат, характеристика на въздуха, водните басейни и т.н. Географските фактори са от значение при рехабилитацията, защото те могат да я улесняват, но при определени условия могат и да я затрудняват. Например студено време, неподходящо отопление или пък много горещо лято, липса на климатик и т.н. Планинските селища създават затруднения с терените си – движението е затруднено, поради релефа, понякога стръмно, каменисто, хлъзгаво, опасно. Отдалечените селища имат неудобството, че до тях често пътищата са лоши, неподдържани, трудно се пътува. Това се отнася до лицата с увреждания и до специалистите, които трябва да контактуват с тях.

Следователно, географската и природна среда могат да възпрепятстват рехабилитацията, но тези затруднения са обикновено известни предварително (освен при внезапни природни катаклизми) и те трябва да се приемат като даденост, като нещо известно и естествено. За тяхното преодоляване могат да се предвидят съответни мерки – отопление, вентилация, сигурни транспортни средства и т.н.

#### ***2. Физическа околна среда (материална, архитектурна)***

Физическата околна среда е най-дискутирана при рехабилитацията, защото човек може да я видоизменя, приспособява. Понякога физическата среда е решаваща за изпълнението, за успешното извършване на дейностите, но за да стане тя благоприятстващ факт, са необходими средства, проекти, инструментариум, екип от хора. Чрез тях тя може да се приспособи, да се направи по-достъпна и по-естествена. Касае се за базата за рехабилитация, апартурата, салона, уредите, дома, стаята, леглото, кухнята, двора и градината, алеята за придвижване, тротоара, магазина, обществените сгради, училището, университета и т.н. Хората с увреждания, най-често са затруднени при рехабилитацията си, трудно се придвижват до необходимите им бази и кабинети, предпочитат да са пасивни, поради това, че неловко си служат с уредите и пособията, а понякога въобще не са в състояние да ги използват и са зависими, дори и за своите *дейности от ежедневиия живот (ДЕЖ)*.

Задачата на специалистите от рехабилитационния екип е да им помогнат за това. Да приспособят базата за рехабилитация и средата в която изпълняват своите ДЕЖ, така, че да могат да ги достигат, дори и с инвалидни колички или помощни средства (патерици, канадки, бастуни). Да приспособят самите уреди, според нуждите, за да могат да си служат с тях (апарати, помощни средства, приспособления, в т.ч. и свързаните с ДЕЖ вилица и лъжица, химикалка, стол, легло, тоалетна и т.н.).

### ***3. Културална околна среда (отнасяща се до културата)***

Културата на един човек се определя от неговото поведение, навици, ритуали, традиции, обичаи, вяра. Те се предават от едно поколение на друго чрез семейната среда и обществото. Хората, притежаващи определена култура са наясно със своите роли в живота, те знаят какво им е позволено и какво не и обикновено се придържат към това. При рехабилитацията по-лесно се работи с културни хора, които съблюдават своите роли. Интервенциите при тях се планират с тяхното активно участие (проявяват разум), задачите се възприемат лесно, те разбират значението на рехабилитационния процес и ползата от него за тях. Съобразяват се с реалните възможности в момента и своите способности. При настъпили грешки в планирането и изпълнението, те лесно се коригират и препланират.

### ***5. Социална и икономическа околна среда***

Разбирай съществуващите социални взаимодействия в обществото и наличната в него социална подкрепа за хората. Тук влизат социалните закони, норми и правила, приети и съблюдавани от обществото и държавата. Те имат своето значение за лицето, особено когато в по-малка или по-голяма степен е загубило своята физическа и финансова независимост. Касае се за отпусканите на тези лица социални (парични) помощи, помощни средства (инвалидни колички, химически тоалетни, средства за придвижване и т.н.), чрез които те биват подпомагани от държавата или благотворителните организации. Ако рехабилитационния процес успее да възстанови трудовите способности на повече хора, това има положителни икономически последици и за самата държава.

***Следователно, околната среда може да улеснява, подпомага, стимулира лечението, тя самата е част от терапията!***

### **Дейностите при хората с увреждания**

Дейностите в широк смисъл са това, което ние вършим. Те ни ангажират със света около нас, тъй-като това, което правим ни дава възможност да преживеем и да поддържаме себе си. Те развиват нашите възможности и умения, позволяват ни да преследваме нашите интереси, позволяват ни да взаимодействаме с другите хора и да изразяваме нашата ценностна система. Те ни дават възможност да се идентифицираме от околния свят, да намерим своето място сред другите. Подобно на ***скулптор***, оформящ глина, така и дейностите са средството, чрез което по всяко време, ние оформяме нашата идентичност (8,9).

Дейностите при рехабилитацията имат *цели и характеристики*, свързани с поставени терапевтични задачи, те имат важно *значение* за лицето, ангажирано с тях. Те са насочени към лечение на заболяването/увреждането, положително повлияване на здравето, самообслужването и личната независимост на пациентите (1,2,3). Наред с всички процедури по лечебната програма, зададена от рехабилитационния екип (рехабилитация, като част от терапията), тук влизат и дейностите от ежедневието живот и запълване на свободното време, както и усвояването на трудови навици, евентуално нова професия, обект на ерготерапията (което е част от рехабилитацията).

Да не се забравя, че рехабилитационните дейности трябва да са така подбрани, че да стимулират, окуражават лицето и да му дават възможност да се включи съзнателно и отговорно в рехабилитационния процес. Те са ориентирани към личността и целят увеличаване на възможностите за изпълняване на повече дейности и приспособяване към реалната обстановка и околна среда. Рехабилитационните дейности трябва да предпазват от по-нататъшна загуба на умения, да развиват съществуващите (които са се запазили, въпреки увредата), да възвръщат загубените (но притежавани от лицето преди увредата) и да изграждат нови умения.

### Изпълнението на дейности

Изпълнението е четвъртият компонент на ЛОДИ-модела. Колкото и вярно и точно да са определени, програмирани, планирани и замислени дейностите по рехабилитацията, ако те не бъдат изпълнени – резултатът е нулев. Изпълнението е тяхното реализиране в практиката, реално извършеното дело. То е, което носи практическия резултат.

Специалистите от рехабилитационния екип са свързани с всички аспекти на изпълнението – терапевтичния, психологическия и познавателния. Тяхна първа задача е да подпомогнат пациентите/хората с увреждания, да разберат значението на дейностите по рехабилитацията, които са подходящи за тях, да начертаят обща стратегия. Желателно е, пациентът, да съумее да типизира своя здравен проблем (да разбере, че той не е единствения с такова увреждане) и да се включи съзнателно и активно в започващия експеримент (каквото е рехабилитационния процес). В комплексната рехабилитация, за разлика от спортната наука, под годност се разбира общата, тоталната годност на лицето, а не само физическата. Работейки с лицето, специалистите се стремят, освен да отстранят заболяването му и неговите последици, също така да увеличат неговата тотална годност – физическа и ментална. Тогава то се справя по-добре с поставените му задачи – повече възприема (ментално) и по-малко се уморява (физически). С други думи, повишавайки годността на пациента, издигаме на по-високо ниво индивидуалните му способности. Последните са съобразени и с реалната околна среда, която се приспособява за да улесни и подкрепи успешното изпълнение (4,6,11,12).

Изпълнявайки дейности, лицето напредва, справя се все по-добре, *достига съвършенство и майсторство*, справя се за все по-кратко време и с все по-сложни проблеми. *Например*, за да стигне и да напазарува в кварталния супермаркет, на една жена с хемиплегия в началото и е бил нужен помощник (съпруга ѝ) и време от 1,5 часа. Постепенно започва да се придвижва сама и успява да свърши всичко това за 40 минути.

Нерядко при изпълнението на планираните рехабилитационни дейности се появяват затруднения, дисфункции. Те могат да са свързани с:

- *неспособност* за справяне и приспособяване, въпреки очакванията на лекуващите
- неочаквани, *внезапно* настъпили промени
- стареене, деменция, хронично заболяване
- прогресиращо намаляване на възможностите, допълнителна загуба на умения, *неадекватност за посрещане на индивидуалните нужди*.

Да не забравяме, че изпълнението на рехабилитационните дейности трябва да е желано от пациента и той да участва съзнателно и активно, като съзнава, че това е важно за него като личност.

**В заключение**, пренасяйки ЛОДИ-модела от ерготерапията в комплексния рехабилитационен процес, ние смятаме, че той представя прагматично взаимодействието между *личността* и *околната среда*. Значението му се дължи на това, че той опростява, намалява сложността на рехабилитационната дейност, като показва нагледно и ясно четирите основни компоненти, на които трябва да се акцентува (които не бива да се пропускат). Личността - пациентът/човекът с увреждане, който се нуждае от рехабилитация, за който тя е планирана и на който се посвещава; Околната среда – местата, където се осъществява рехабилитацията; Дейностите по рехабилитацията – всичките многостранни дейности, планирани от специалистите в

рехабилитационния екип за конкретния пациент; Изпълнението – реалното, практическо осъществяване, реализацията на предвидените по програмата рехабилитационни дейности.

***Включвайки всичките тези четири компоненти на ЛОДИ-модела в рехабилитационната програма, има по-малка опасност да сгрешим, да пропуснем нещо от важните неща по пътя към постигане целта на екипа – комплексната рехабилитация.***

#### **БИБЛИОГРАФИЯ**

1. Илиева, Ел., Българската физикална и рехабилитационна медицина като част от европейското пространство, Физикална медицина, рехабилитация, здраве, 2, 2007, 6 – 11.
2. Колева, Ив., Физикална превенция, терапия и рехабилитация за подобряване качеството на живот на пациентите с невропатен тип диабетно стъпало, Физикална медицина, рехабилитация, здраве, 1, 2007, 23 – 27.
3. Маринкев, М., Съвременни проблеми пред физикалната и рехабилитационна медицина, Национална конференция по ФРМ, Плевен, 3 – 5 май 2007, 4.
4. Топузов, Ив., Ерготерапия – първа част (учебник), СИМЕЛ, София, 2006.
5. Топузов, Ив., Мястото на новата специалност “Медицинска рехабилитация и ерготерапия” в българското здравеопазване, Физикална медицина, рехабилитация, здраве, 3, 2007, 30-32.
6. Топузов, Ив. (под редакция) и сътр., Ерготерапия – втора част (специална), СИМЕЛ, София, 2008.
7. Топузов, Ив. (под редакция) и сътр., Ерготерапия – трета част (специална), СИМЕЛ, София, 2009.
8. Топузов, Ив., Ролята на околната среда при неврорехабилитацията на хората с увреждания, Превенция и рехабилитация, 2, 2008, 20 – 24.
9. AOTA Council on Standarts, Occupational therapy - its definition and function, Amer J. Occup. Therapy, 1972, 26, 204 - 205.
10. AOTA Representative Assembly, Minutes, Amer J. Occup. Therapy, 1981, 35, 792 – 802; AOTA – 1994, 1999.
11. Christiansen, C., C. Baum, Occupational therapy, Performance, Participation and Well-being, Slack, NJ, USA, 2005.
12. Pedretti, L. W., M. B. Early, Occupational therapy – Practice Skills for Physical dysfunction, Mosby, USA, 2005.
13. Reed, K., S. Sanderson, Concepts of Occupational Therapy, Lippincott W.& W., USA, 2004.

#### **Адрес за кореспонденция:**

проф. д-р Иван Топузов, дм, дпн  
Югозападен Университет – Благоевград

Ленче Николовска  
Университет “Гоце Делчев”  
Щип, Република Македония