

ИСТОРИЯ НА ОБУЧЕНИЕТО ПО ПРЕВАНТИВНА МЕДИЦИНА В ЕВРОПА ПРЕЗ ПЪРВАТА ПОЛОВИНА НА ХХ ВЕК

С. Бекярова, К. Докова, Н. Фесчиева

Общият напредък на науката, големите успехи на бактериологията и хигиената през втората половина на XIX век дават тласък на развитието на превантивната медицина. Нейните постижения имат изключително приложно значение за предпазване от болестите и подобряване на здравето на индивидите и популацията. В епохата на социалните реформи целите на превантивната медицина съвпадат със задачите на държавата и в нейно лице получават силна подкрепа за реализацията в европейските страни. [5] Развитието на обучението по превантивна медицина е едно от направленията, които държавата активно подкрепя през първата половина на ХХ век.

Погледът към този период от развитието на обучението по превантивна медицина е ценен за днешния ден поради следните причини:

- ▶ извежда отново вдъхновяващи и все така актуални идеи за развитието на лекарската професия;

- ▶ дава добри примери за развитието на медицинските професии – в отговор на новите здравни потребности с бързи темпове се появяват и утвърждават нови професии;

- ▶ показва как активното сътрудничество между европейските страни ускорява развитието на превантивната медицина – опитът на напредналите страни се анализира и адаптира от страните без утвърдени традиции. По този начин превантивната медицина стъпва на прогресивна основа с нови перспективи и възможности за по-голям размах в реализирането им.

През първата половина на ХХ век обучението по превантивна медицина в Европа е в процес на преход и бързо развитие. Изключително задълбочена и широкообхватна картина за тези промени ни дава серията от почетни лекции, изнесени през 1932 г. в Лондонското училище по хигиена и тропическа медицина от професор Карл Праусниц. [2] Те представят анализ на данни, събрани от посещенията в представените страни, а също и на документи на здравната секция на Обществото на народите.

В сравнение с отминалите епохи, първата половина на ХХ век бележи значителни успехи в подобряване здравето на човечеството – по-дълъг живот и живот в по-добро здраве; стабилно снижаване на смъртността във всички възрастови групи; край на епидемиите от шарка, холера, проказа; дельт на смъртността от ендемични заболявания като туберкулоза, тиф, дифтерия и скарлатина намалява; детската смъртност спада. В голяма степен това са успехи на напредъка на общественото здравеопазване. [3] От друга страна развитието на съвременната цивилизация още в първите десетилетия на ХХ век поставя пред превантивната медицина нови предизвикателства, свързани с урбанизацията, индустриализацията, жилищата на бедните в градовете, рисковете и монотонността на работата във фабриките, икономическите кризи, бедността и безработицата. [4] Първите негативни последици от тези явления бързо се появяват – увеличаване на случаите на туберкулоза, разпространение на венерическите заболявания, повишена смъртност в по-високите възрастови групи, „скрито“ гладуване на групи от населението. [5]

Това състояние на общественото здраве през първите десетилетия на ХХ век е твърде неблагоприятно. Работата на превантивната медицина в това време е правилно насочена, но се нуждае от огромно увеличение на размаха и интензивността. Най-големите предизвикателства са в по-бедните и неразвити страни и най-вече в техните селски райони. Почти всяка държава приема за свое задължение грижата за здравето на своето население. От тук произтича интересът на държавата да подпомага напредъка на превантивната медицина.

В термина превантивна медицина в първата половина на ХХ век се влага смисъл, който обхваща всички аспекти на

теоретичната и практическа работа в следните направления – лична хигиена, обществено здраве, санитарно инженерство (всички дейности по подобряване на селищния бит и санитарни условия), здравно законодателство и администрация. Основен принцип в развитието на превантивната медицина е единството на наука и практика. Този принцип произтича от разбирането, че резултатите от научните изследвания могат да се проверят единствено чрез приложението им в практиката; от друга страна практическят опит е най-плодотворния стимул за научните търсения. В този смисъл подкрепата на държавата за развитието на превантивната медицина означава стимулиране на изследователската работа.

Постепенно в почти всяка европейска страна в първите десетилетия на ХХ век се основават институти по хигиена. Първите институти са прикрепени към медицинските факултети на университетите и имат за цел както обучение на студентите, така и изследователска работа. Но в началото на ХХ век превантивната медицина се изправя пред нови проблеми, които изискват инвестиране на много по-голям ресурс. Въпросите на следдипломното обучение, обучението на подпомагащи санитарни специалисти, организацията и контролът на работата „на поле“, сътрудничеството с държавата в планирането на санитарните мерки налагат нов тип институти и училища по хигиена, първите от които са основани в Чехословакия, Германия, Великобритания, Гърция, Унгария, Италия, Полша, Русия, Испания, САЩ, Югославия. Почти всички от тях са под държавен контрол и получават издръжка от държавата.

В организирането на превантивната медицина държавите получават подкрепа с идеи и конкретни препоръки от специализираните структури на Обществото на народите. В изработването им участват водещи експерти по хигиена от различни страни – Полша, САЩ, Япония, Китай, Испания, Канада, Белгия, Италия, Русия, Турция, Индия, Великобритания и др. При прилагането на тези идеи всяка държава ги приспособява към своите местни особености и потребности. С цел постигане на по-добър отговор на местните потребности, повечето страни, в съгласие с предложението на експертите, допълнително децентрализират практическата работа чрез делегиране на по-голямата ѝ част на местните власти.

Близостта на практическата работа до местните условия създава най-добри възможности държавата да изпълни задълженията си към населението – да лекува индивида и да подобри жизнените и социални условия в общността. Утвърждаването на този подход превантивната медицина дължи на напредъка на социалната хигиена в първите две десетилетия на ХХ век. В това време социалната хигиена доказва взаимовръзката между болестта на индивида и социалните и икономически условия и по този начин разкрива необходимостта от нови методи при постигане на целите на превенцията. Благотворителността трябва да отстъпи място на социалната работа и социалното осигуряване. В икономическите и политическите условия от началото на ХХ век социалната работа се явява най-ефективния принцип на превантивната медицина. И по-точно социалната и обществено-здравната работа трябва да бъдат насочени към семейството – на първо място към майката и детето, после към работника и към болните.

Новите методи и принципи в превантивната медицина изискват нови структури за практическа работа. В първите години на ХХ век това са диспансерите, където съвети, помощ и в някои случаи лечение се предоставят безплатно и без оглед на материалните възможности на нуждаещите се. Те представляват специализирани центрове, където лекар оказва помощ на определена

група от населението със специфични нужди – диспансери за майки и деца; диспансери за ученици; диспансери за страдащи от туберкулоза, от душевни заболявания и др. Практиката показва, че извършваната от лекаря диспансерна работа трябва да бъде допълвана от посещения в дома на пациента. Тези посещения се възлагат на диспансерна сестра. Скоро след активното включване на диспансерната сестра става ясно, че нейният капацитет е недостатъчен за извършваната превантивна работа. Необходим е нов тип професионалисти, чиято компетентност да съчетава сестринство, социална работа и здравно възпитание. Постепенно започва обучението на нов клас специалисти за диспансерна работа и работа „на поле“ – здравните посетители. [2]

В следващите години специализацията на диспансерите спрямо определени контингенти води до поява на диспансери с нови профили. Достига се до голям брой посещения в семейството и припокриване на дейностите на различните диспансери. За да бъдат преодолени тези недостатъци, диспансерните услуги се свързват в обща услуга и всички посещения в едно семейство се възлагат на един здравен посетител. В работата си в семейството здравният посетител си сътрудничи със социален работник.

През първата половина на XX век сред големия брой разнообразни специалисти в практиката по превантивна медицина изпъкна централната роля на лекарите, диспансерните сестри, здравните посетители и социалните работници. Чрез техните допълващи се дейности става възможно реализирането на най-ефективния принцип на превантивната медицина – социалната работа. Взаимовръзката между болестта на индивида и социалната му среда – семейство, общност, социална група, работно място – изисква „социално изследване“, „социална диагностика“ и здравно-социална работа.

Фактът, че обучителните институции се основават в кратък период от време дава възможност за обмяна на опит при изработване на учебните програми и сближаване в подготовката на „новите“ професионалисти от областта на превантивната медицина

Общи тенденции има и в обучението на лекарите – напр. хигиената се включва като задължителен предмет в учебната програма. Препоръчва се дисциплината да се изучава в четвъртата или петата година от обучението, когато студентът медик е способен да осъзна истинското ѝ значение за бъдещата му работа. Съдържанието на дисциплината във всички страни, с изключение на Югославия и Русия, е подложено на критика. Като слаби страни на обучението се посочват отсъствието или беглото обсъждане на социалните аспекти на здравето и болестите и липсата на практическа работа „на поле“ в диспансерите и домовете на пациентите.

В обучението на здравни професионалисти се открояват Франция, Германия и Великобритания, поради своя дългогодишен опит.

Франция обучава медицинските сестри и здравните посетители в специални училища, признати от държавата. Търсенето им е голямо, тъй като диспансерите все още са организирани въз основа на принципа на специализация. Най-търсени са сестрите, работещи с майките и децата. Здравните посетители намират реализация както в туберкулозните диспансери, така и в тези, обгрижващи майките и децата. Обучението им продължава две години. Същевременно се подготвят и втори вид здравни посетители – поливалентни. Те трябва успешно да преминат изпит за болнични сестри, след което да работят в продължение на година в туберкулозни диспансери или в такива, обгрижващи майки и деца. Обучението им продължава с лекции в различните дялове на хигиената. Законът изисква на длъжностите за здравни посетители да се назначават единствено преминали съответното обучение. [2]

В края на 20-те години на XX век Франция разполага с 6 училища в областта на социалните въпроси, които обучават социални работници, включително и за работа в здравната

сфера. Тези социални работници работят с болнични пациенти и техните семейства, както и в диспансерите за психично болни. Обучението им не се регулира от държавата.

Германия обучава медицинските си сестри в признати от държавата специални училища, прикрепени към университетски клиники или други големи болници. По отношение на диспансерната работа с майките и децата държавата поставя отделни изисквания. Специализирани училища, регулирани от държавата, обучават семейни сестри за работа с деца. Тези училища са прикрепени към домове за грижи за деца. Тяхната учебна програма включва принципи на хигиената, грижа за бременните и децата, принципи на здравно обучение на децата, домакинска работа.

Към 1928 г. Германия разполага с 36 признати от държавата училища в социалната сфера. Едно от направленията, в които те обучават специалисти е социална хигиена. Специализацията в това направление започва във втората година на обучение и завършва с диплом за здравен посетител. Приемат се дипломирани медицински сестри или преминали поне една година на сестринско обучение. Учебната програма включва лична хигиена, обществено здраве, социална хигиена и психология, като половината от часовете в нея са за практическа работа в диспансери и за посещения в домове. Обучението завършва с едногодишен стаж. [2]

Обучението на медицински сестри във Великобритания преминава в специални сестрински училища, признати от държавата с 3-годишна продължителност. Сред категориите медицински сестри са: общи сестри, сестри, обгрижващи психично болни и сестри, обгрижващи болни деца. Изпитът, с който завършва обучението, включва въпроси от всички дялове на хигиената.

Здравните посетители са сертифицирани от държавата и трябва да отговарят на следните изисквания: да са преминали тригодишен срок на обучение в обща болница и да са завършили шестмесечен курс по обществено здраве; ако нямат сестринско образование е задължително да са преминали двугодишно обучение по обществено здраве. И двете групи кандидати трябва да са сертифицирани от централния съвет на акушерките. [2]

Полша, Унгария, Чехословакия, Югославия и Испания поставят основите на обучението по превантивна медицина в първите десетилетия на XX век.

През 1927 г. Полша основава Държавен институт по хигиена, чиито задачи са практическа и изследователска работа, както и обучение на професионалисти. Институтът има местни клонове – хигиенни институти в седем града. Обучението на медицинските сестри и здравните посетители се извършва в едни и същи специални училища. Медицинските сестри се насърчават да надграждат своето образование и да поемат постове на здравни посетители. Учебната програма включва лекции по бактериология и двойно повече часове по хигиена – лична и социална. Три месеца са заделени за практическа работа в здравни демонстрационни центрове. Тези центрове са основани във връзка с вече съществуващи диспансери по социална хигиена и извършват поливалентна диспансерна работа. Задачите им включват работа „на поле“, обучение на медицински сестри, здравни посетители и др. В рамките на деня здравните посетители извършват диспансерна дейност в центъра и посещения по домовете. Тези центрове са проектирани като модели и прототипи на здравни центрове за цялата страна, дори в отдалечените селски райони. Социалните работници се обучават в Полското училище за социална работа, основано през 1925 г. Учебната програма е с продължителност 2 години и завършилите я социални работници могат да предоставят грижи, свързани с индивидуалната и социална хигиена. Втората година е посветена предимно на практически занятия. Предварително условие за записване на желаещите в програмата е да са с най-малко една година опит в социалната работа.

През 1925 г. Унгария основава Държавен институт по хигиена. Негови задачи са следдипломно обучение и практическа работа по социална хигиена. Част от института е училището за медицински сестри. Кандидатите преминават програма с продължителност две години и половина и получават единна диплома за сестра и здравен посетител. През първата година от обучението се преподават теоретични дисциплини, включително хигиена. Практическото обучение на сестрите се извършва в болница, а на здравните посетители – в общинските диспансери и в селските здравни демонстрационни центрове. Последните са основани с водещото участие на Държавния институт по хигиена. Примерната структура на областен демонстрационен здравен център е следната – обществени бани, диспансери за майки и деца, за туберкулозно болни и болни от венерически заболявания, дентална поликлиника, офис за социална работа, помещения за студентите. Диспансерната работа във всеки център се извършва от двадесет и двама здравни посетители, седем от които са поливалентни. Законът допуска единствено дипломираните се като сестри и здравни посетители да заемат съответните постове. [2]

През 1925 г. със закон правителството на Чехословакия основава Държавен институт по хигиена, но до началото на 30-те години все още няма училище по хигиена.

Две училища в страната обучават медицински сестри с двугодишна програма, включваща дисциплината „Хигиена“. Здравните посетители се обучават в частно училище в една от специалностите – грижи за майките и децата или за туберкулозно болните. Тенденцията е обучението на здравните посетители да бъде обединено в единна програма за поливалентни здравни посетители, необходими за работа във все по-големия брой поливалентни диспансери в страната. С експертната подкрепа на Института по хигиена, в един от районите на град Прага се организира здравен демонстрационен център. Неговите дейности включват пренатални грижи, грижи за майки и деца, контрол на туберкулозата и венерическите заболявания, дентална клиника, предбрачни консултации и професионално насочване, борба с алкохолизма, училищна здравна работа, ваксинации срещу дифтерит и дребна шарка, здравно възпитание, обучение на здравни посетители. [2]

През 30-те години на XX век Югославия разполага с Централен държавен институт по хигиена и девет провинциални

института, както и с Държавно училище по хигиена. Под контрола на Държавното училище по хигиена е Училището за медицински сестри и здравни посетители. Обучението на медицинските сестри и здравните посетители трае три години и включва задълбочено преподаване на принципите на хигиената. Третата година преминава в практическа работа в общинските поликлиники за деца, училищните поликлиники, туберкулозните диспансери и селските здравни центрове. Примерна структура на селски демонстрационен здравен център е следната – диспансерен офис за здравния посетител и за ежеседмичните посещения на лекар, обществени бани, зала за лекции, стаи за студентите на практическо обучение. [2]

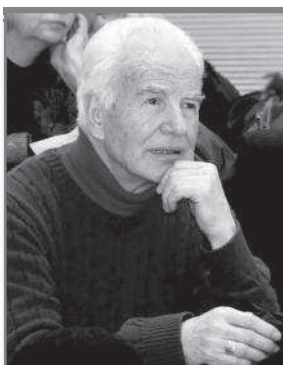
Обучението по превантивна медицина в Европа през 20-те и 30-те на XX век се развива на базата на идеите за обхващане на по-широки слоеве от обществото с предпазни мерки срещу съвременните болести, в т.ч. със здравно възпитание. Като организационна форма, най-добре отговаряща на тази цел, се представя и утвърждава диспансерът – място за оказване на безплатна профилактична, а в някои случаи и лечебна помощ на групи от населението със специфични потребности. Фокусът върху семейството се демонстрира чрез редуване работата на здравните специалисти както в амбулаторни, така и в домашни условия. Програмите за обучение, подчинени на тези потребности и на съвременните научни постижения, включват сестринство, социална работа и здравно възпитание. Новият тип професионалисти – „здравни посетители“ получават достатъчно солидно образование, за да изпълняват интегративни функции, насочени към намаляване на социалните здравни неравенства. По-нататъшно изследване върху развитието на диспансерния подход и образованието на здравните професионалисти, които го осъществяват, могат да разкрият факторите за неговия възход и по-късна стагнация.

Библиография

1. Condran G. Changing patterns of epidemic disease in New York City, 1625–1990. In: Rosner D, editor. Hives of sickness: public health and epidemics in NY City. New Brunswick (NJ): Rutgers University Press; 1995.
2. Prausnitz, C. The Teaching of Preventive Medicine in Europe. Oxford University Press, London, 1933
3. Rosen G. A history of Public Health, Baltimore, J. Hopkins University, 1993
4. Rosner D. Introduction. In: Rosner D, ed. Hives of sickness: public health and epidemics in NY. New Brunswick (NJ): Rutgers Univ Press; 1995;
5. Tulchinski T., E. Vavarikova, The new public health, Academic Press, 2014

Автори

Стефания Бежарова, Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“, МУ-Варна, steflb@yahoo.com
К. Докова, Н. Фесчиева



Почина проф. д-р Никола Запрянков

Загубихме проф. Никола Запрянков, един изключително трудолюбив и ползотворен труженник на полето на социалната медицина и историята на медицината. Роден е на 13.11.1929 г. в с. Конуш, Пловдивско. Завършва медицина през 1955 г.

Работи като селски лекар, инспектор и зам.-главен лекар на НЗ в ОНС Асеновград. Постъпва на работа в Катедрата по социална медицина под ръководството на проф. Тодор Захариев (1960). Там изминава пътя на асистент, ръководител на катедра, декан, зам.-ректор на ВМИ Пловдив. Става доцент (1971), доктор на мед. науки (1981) и професор (1983). Ръководи Катедрата по социална медицина за дълъг период

от време (1968-1995). Едновременно вървят преподавателската и научната му дейност, свързана с народната медицина, медицината на траките, организацията на селското здравеопазване и управлението на лечебните заведения. Натрупал богата култура, осмисля ежедневието си с разнобразен творчески труд – намира време за рисуване и литературни занимания – рисува икони, прави карикатури, пише есета и книги. Помагаше ни дългогодишно в списването на сп. „Социална медицина“ с ерудицията на широко скроен социалмедик, с уменията си на писател и карикатурист, с вярното си чувство за добронамерен хумор.

Загубихме колега и приятел, оставил видими следи в българската социална медицина.

Поклон пред паметта му!

Почивай в мир, проф. Запрянков!

от Редколегията на сп. „Социална медицина“