

**Medical University
Prof. Dr. Paraskev Stoyanov
VARNA, Bulgaria**

Scripta Scientifica Medica

**Vol. 43 (7), 2011
pp. (vii) 1 - (vii) 368**

SCRIPTA SCIENTIFICA MEDICA

An official publication of Medical University "Prof. Dr. Paraskev Stoyanov", Varna

Editor-in-Chief:

Prof. Anelia Klissarova, MD, PhD, DSc

Rector of Medical University of Varna

e-mail: klissarova@mu-varna.bg

Co-Editor-in-Chief:

Prof. Rossen Madjov, MD, PhD, DSc

Vice Rector of Medical University of Varna

e-mail: madjov@mu-varna.bg

Editorial Board:

Assoc. Prof. Peter Genev, MD, PhD

Department of Pathoanatomy

E-mail: peterghenev@yahoo.com

Assoc. Prof. Minko Minkov, MD, PhD

Head, Department of Anatomy, Histology and Embryology

e-mail: anatomia@mu-varna.bg

Prof. Krasimir Ivanov, MD, PhD, DSc

Head, Department of Surgery

e-mail: kivanov@gisurgery.com

Prof. Iskren Kotsev, MD, PhD, DSc

Department of Hepato - Gastroenterology

e-mail: uni@mu-varna.bg

Assoc. Prof. Marinka Peneva, MD, PhD

Dean, Faculty of Medicine

e-mail: marinka_peneva@mail.bg

Assoc. Prof. Vasil Svechtarov, DMD, PhD

Dean, Faculty of Dental Medicine

e-mail: svechtarov@yahoo.co.uk

Assoc. Prof. Diana Ivanova, MD, PhD

Head, Department of biochemistry molecular medicine and nutragenomics

e-mail: divanova@mu-varna.bg

Assoc. Prof. Emanuela Mutafova, PhD

Head, Department of Economics and Healthcare Management

e-mail: emoutafova@yahoo.com

Nikola Kolev, MD, PhD

Department of Surgery

University Hospital "St. Marina"

Assoc. Prof. Boriana Varbanova, MD, PhD

Department of Pediatrics and Medical Genetics

e-mail: dr_boriana_varbanova@abv.bg

Assoc. Prof. Zhaneta Georgieva, MD, PhD

Vice Rector University Hospital Coordination and Postgraduate Education

e-mail: zhana_georgieva@abv.bg

Assoc. Prof. Svetoslav Georgiev, MD, PhD

Department of Internal Medicine

e-mail: georgievs@pro-lan.net

Assoc. Prof. Negrin Negrev, MD, PhD

Vice Rector for Students Affair

e-mail: zam_rector_ud@mu-varna.bg

Assoc. Prof. Stoyanka Popova, MD, PhD

Dean, Faculty of Public Health

e-mail: popova@mu-varna.bg

Assoc. Prof. Violeta Tacheva, PhD

Head, Department of Language Teaching, Communications and Sports

e-mail: tachevai@mu-varna.bg

Assoc. Prof. Valentina Madjova, MD, PhD

Department of Family Medicine

e-mail: v_madjov@abv.bg

Assoc. Prof. Radoslav Radev, MD, PhD

Head, Department of Surgery

e-mail: radev@hotmail.com

Secretary:

Emilia Jordanova

IT Center

e-mail: cio_varna@yahoo.com

MEDICAL UNIVERSITY
“PROF. DR. PARASKEV STOYANOV”
VARNA
FACULTY OF PUBLIC HEALTH

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
“ПРОФ. Д-Р П. СТОЯНОВ” ВАРНА
ФАКУЛТЕТ
ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Proceedings

OF THE
10 YEARS ANNIVERSARY
CONFERENCE

**TOWARD HEALTHCARE
BASED ON KNOWLEDGE
AND SCIENTIFIC
RESULTS**

**October 7 - 8, 2011
V A R N A**

Under the auspices of
Prof. Anelia Klissarova, MD, PhD, DSc
Rector, Medical University
“Prof. Dr. Paraskev Stoyanov” Varna

Доклади

10 ГОДИНИ ФАКУЛТЕТ
ОБЩЕСТВЕНО
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

**КЪМ ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ,
БАЗИРАНО НА ЗНАНИЯ
И НАУЧНИ РЕЗУЛТАТИ**

**7 - 8 октомври 2011
B A R N A**

Под патронажа на
Проф. д-р Анелия Клисарова, дмн
Ректор на Медицински университет
“проф. д-р П. Стоянов” Варна

CONTENTS

ЗДРАВНАТА ПРОМОЦИЯ – ОСНОВНО ИЗИСКВАНЕ ЗА УСТОЙЧИВОСТ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА Чакърова Л.	9
РАЗЛИЧИЯ В ГОДИНИТЕ ПОТЕНЦИАЛНО ИЗГУБЕН ЖИВОТ ПОРАДИ ПРЕДОТВРАТИМА С МЕДИЦИНСКИ ИНТЕРВЕНЦИИ СМЪРТНОСТ МЕЖДУ СТРАНИТЕ ОТ ЦЕНТРАЛНА И ИЗТОЧНА ЕВРОПА И СТРАНИТЕ ОТ ЗАПАДНА ЕВРОПА ЗА 25-ГОДИШЕН ПЕРИОД (1980-2004 Г.) Велкова А., П. Христова, Й. Симеонова	13
EARLY DETECTION OF EYE DISEASES IN GENERAL PRACTICE Trifonova K., K. Slaveykov	17
БОЛКИТЕ В ГЪРБА ПРИ ДЕЦА И ПОДРАСТАВАЩИ - ДИАГНОСТИЧНИ ПРОБЛЕМИ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА В ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА Русева Ж., В. Маджова, П. Манчева, Св. Христова, А. Забунов	21
ОЦЕНКА И САМООЦЕНКА НА УМЕНИЯТА НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЗДРАВНА ПРОМОЦИЯ В УЧИЛИЩЕ Георгиева С., А. Велкова, М. Камбурова	25
ФИЗИЧЕСКАТА АКТИВНОСТ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ ФОЗ – ФАКТОР ЗА ПРОМОТИВНО ЗДРАВНО ПОВЕДЕНИЕ Младенова С.	29
ХЕМАТОЛОГИЧНИ ПОКАЗАТЕЛИ НА ДЕЦА НА 6 И 12 МЕСЕЧНА ВЪЗРАСТ ОТ ГРАД ВАРНА Порожанова Ст., К. Петрова	31
ЗДРАВΟΣЛОВЕН НАЧИН НА ЖИВОТ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТ Юстинианова Б., Е. Христова, Д. Димитрова	35
СОЦИАЛНО ИКОНОМИЧЕСКИ ФАКТОРИ И РЕПРОДУКТИВНИ НАГЛАСИ И ПОВЕДЕНИЕ НА ЖЕНИТЕ Рангелова Ж., К. Докова	39
ДЪРЖАВНИЯТ ЗДРАВЕН КОНТРОЛ В БЪЛГАРИЯ - ВЪЗНИКВАНЕ И РАЗВИТИЕ Попова С.	43
ПРОФИЛАКТИКА НА ЗАБОЛЯВАНИЯТА ЧРЕЗ СПЕЦИАЛИЗИРАНИ ФИТНЕС ПРОГРАМИ Попова К.	47
ГЛОБАЛИЗАЦИЯ И ИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ Ненова М.	51
ОСНОВНИ РИСКОВИ ФАКТОРИ, ВЛИЯЕЩИ ВЪРХУ ПРОТИЧАНЕТО НА ИНФЕКЦИОЗНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ БОЛНИ НА 60+ Господинова М.	57
ЕПИДЕМИОЛОГИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ЛЕПТОСПИРОЗАТА В ПЛЕВЕНСКИ РЕГИОН – НОВИ АСПЕКТИ Ганчева Г., М. Карчева, П. Илиева, М. Атанасова	63
ПАРОТИТНИ ПАНКРЕАТИТИ Карчева М., Г. Ганчева, М. Атанасова, П. Илиева	69
ПАРОТИТНИ ОРХИТИ Карчева М., Г. Ганчева, М. Атанасова, П. Илиева	73
ОЦЕНКА НА РАБОТНИЯ КАПАЦИТЕТ ПРИ ЛИЦА ОТ РАЗЛИЧНИ ПРОФЕСИОНАЛНИ ГРУПИ ЧРЕЗ ИНДЕКСА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА Кавалджиева Б., Т. Димитрова	77
ЗДРАВНИ ПРОБЛЕМИ ПРИ РАБОТА В КОНТАКТ С ПЛАСТМАСИ Йорданова И., М. Стойновска, В. Бирданова	81
ИЗУЧАВАНЕ НА НЕБЛАГОПРИЯТНОТО ВЪЗДЕЙСТВИЕ НА РАБОТНАТА СРЕДА ВЪРХУ ОРГАНИЗМА НА РАБОТЕЩИТЕ – МЕТОДИЧНИ ПОДХОДИ Стойновска М., В. Бирданова, И. Йорданова	85
ПРОУЧВАНЕ НА СУБЕКТИВНИ ПРОЯВИ НА УМОРА ПРИ СТУДЕНТИ ПО МЕДИЦИНА Сандева Г., П. Гидикова, М. Платиканова, Р. Делирадева	89
EMDR ТЕРАПИЯ В КОНТЕКСТА НА ТРУДОВАТА МЕДИЦИНА Коева Сн.	93
КОНСУЛТАНТИТЕ ПО КЪРМЕНЕ В ПОДКРЕПА НА ЕСТЕСТВЕННОТО ХРАНЕНЕ НА КЪРМАЧЕТАТА Ушева Н., А. Попиванова, Р. Панчева, С. Попова	97

ХРАНИТЕЛЕН СТАТУС, НАВИЦИ И ПОВЕДЕНИЕ НА ПОДРАСТВАЩИТЕ /10-14 Г. ВЪЗРАСТ/ В ИНДИВИДУАЛНА ПРАКТИКА ЗА ПМП И РОЛЯТА НА ОПЛ В ПРЕВЕНЦИЯТА НА НАДНОРМЕНОТО ТЕГЛО И ЗАТЪЛЪСТЯВАНЕТО	
Забунов А., В. Маджова, П. Манчева, Св. Христова, Ж. Русева, П. Герова, М. Петрова	101
BULGARIA AND THE OTHER NEW EU MEMBER STATES: TRENDS IN THE HEALTH STATUS AFTER TWENTY YEARS OF TRANSITION	
Koeva S.	105
STRUCTURE AND DYNAMIC OF MORTALITY IN BULGARIA	
Zlatanova-Velikova R..	111
ECONOMIC CONSIDERATIONS FOR MENTAL HEALTH POLICY DEVELOPMENT IN LITHUANIA	
Murauskiene L.	115
ДИСБАЛАНСИ В ЗДРАВНИТЕ РАЗХОДИ НА БЪЛГАРИЯ	
Делчева Ев.	121
ЕМПИРИЧНИ ЗАВИСИМОСТИ МЕЖДУ ЗДРАВНИТЕ РАЗХОДИ И БВП НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ	
Атанасов Н.	125
WHAT HAVE 13 YEARS OF HEALTH INSURANCE REFORMS BROUGHT ABOUT IN BULGARIA? RE-APPRAISING THE HEALTH INSURANCE ACT OF 1998	
Velichkovski R.	131
DEFAULT PARAGRAPH FONT; IS THERE A PLACE FOR AN INCREASED RELIANCE ON PATIENT CHARGES IN CENTRAL AND EASTERN EUROPEAN COUNTRIES?	
Pavlova M., W. Groot, Fr. van Merode and the team of project ASSPRO CEE 2007 (project funded by the European commission under FP7)	137
INFORMAL PATIENT PAYMENTS AND PUBLIC ATTITUDES TOWARDS THESE PAYMENTS: EVIDENCE FROM SIX CEE COUNTRIES	
Stepurko T., M. Pavlova, I. Gryga, W. Groot	143
ЕФЕКТА НА ПОТРЕБИТЕЛСКИТЕ ПЛАЩАНИЯ ВЪРХУ ДОМАКИНСКИТЕ БЮДЖЕТИ В БЪЛГАРИЯ	
Атанасова Е., Ем. Мутафова, Т. Костадинова	147
HOUSEHOLD HEALTH CARE SPENDING AND HEALTH CARE REFORMS IN SERBIA	
Arsenijevic J., M. Pavlova, W. Groot	151
ПРОМЕНИ В СТРУКТУРАТА НА ПРОФЕСИОНАЛНАТА ПАТОЛОГИЯ В УСЛОВИЯТА НА ФИНАНСИРАНЕ ОТ ИЗЗОК	
Димитрова Л., В. Несторова, Ив. Дждежев	155
ОСОБЕНОСТИ НА СЧЕТОВОДНОТО ОТЧИТАНЕ НА ПРИХОДИТЕ В ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ	
Коева-Димитрова Л.	159
ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТТА НА ГРИЖАТА В СЪВРЕМЕННАТА ОБЩА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА: РАМКА ЗА ИЗМЕРВАНЕ И ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ	
Парашкевова Б., Ю. Маринова, Г. Чамова, Св. Димитрова, Г. Петрова.	165
ПАЦИЕНТ-ЦЕНТРИРАНАТА КОМУНИКАЦИЯ - РЕАЛНОСТ ИЛИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО ЗА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ	
Балашкова М., Цв. Валентинова	169
ОБЩОПРАКТИКУВАЩ ЛЕКАР – НАЧИН НА ЖИВОТ	
Левтерова Б., Д. Димитрова, Г. Иванов, Р. Райчева.	173
СТРЕСЪТ ПРИ ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ – ИЗЯВИ И НАЧИНИ ЗА СНИЖАВАНЕТО МУ	
Валентинова Цв., М. Балашкова	177
SPECIALIZED OUTPATIENT MEDICAL CARE IN BULGARIA - STATE AND PROSPECTS	
Zlatanova T..	181
ИКОНОМИЧЕСКА ЕФЕКТИВНОСТ НА ПРОГНОЗИРАНЕТО ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗА	
Ганчева Г., П. Илиева, М. Карчева, М. Атанасова	185
ECONOMIC COST BENEFIT ANALYSIS OF REHABILITATION IN PATIENTS WITH LUMBAR INTERVERTEBRAL DISC DAMAGE WITH RADICULOPATHY	
Bakova D., N. Mateva	191
DYNAMICS OF BASIC PLANNING INDICATORS OF THE SURGICAL WARDS AT FIFTH MULTIPROFILE HOSPITAL FOR ACTIVE TREATMENT-SOFIA AD	
Yaneva R., V. Katzarov	195

ТЕОРЕТИЧНИ ОСНОВИ И ПРИНЦИПИ НА „МОДЕЛ ЗА ОКАЗВАНЕ НА ПОМОЩ ПРИ ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ”	
Г. Чамова, Ю. Маринова, Б. Парашкевова, Св. Димитрова, Г. Петрова	199
ОЦЕНКА И АНАЛИЗ НА КАЧЕСТВОТО В ЗДРАВНИТЕ ДЕЙНОСТИ. ОСНОВНИ ЦЕЛИ И ЕТАПИ	
Стойев Т.	203
НОРМАТИВНИТЕ ГАРАНЦИИ ЗА КАЧЕСТВЕНА МЕДИЦИНСКА И ДЕНТАЛНА ПОМОЩ	
Борисов Й., Д. Тонова	207
МЕДИЦИНСКИ ОДИТ, КАТО ВЪЗМОЖНОСТ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИЯ РИСК	
Петрова Зл.	211
INFORMATION SYSTEM FOR REGISTRATION AND ECONOMIC ASSESSMENT OF MEDICAL ERRORS - HEALTH MANAGERS' READINESS TO INTRODUCE	
Raycheva R., R. Stoyanova	217
МОТИВАЦИОНЕН ПРОФИЛ НА ЗДРАВНА ОРГАНИЗАЦИЯ	
Левтерова Б., Д. Димитрова	221
ВЛИЯНИЕ НА МОТИВАЦИОННИ ФАКТОРИ ВЪРХУ УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА ОТ ДЕЙНОСТТА ПРИ ЛЕКАРИ	
Цветкова, С., П. Христова, М. Карчева, С. Милева	225
ОРГАНИЗАЦИОННА КУЛТУРА И МОТИВАЦИЯ НА ПЕРСОНАЛА В ОТДЕЛЕНИЕ ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ	
Баева Н., А. Димова	231
HEALTH IMPLICATIONS OF SEX AND GENDER DIFFERENCES IN THE LABOUR MARKET	
Velichkovski R.	235
ИНФОРМАЦИОННИТЕ ТЕХНОЛОГИИ – ФАКТОР В ДЕЙНОСТТА НА НАСТОЯЩИТЕ И БЪДЕЩИ ПРОФЕСИОНАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ	
Атанасова В.	239
PUBLIC INFORMATION CAMPAIGNS IN THE FIELD OF PUBLIC HEALTH GENOMICS	
Dokova K, S. Popova	243
READINESS OF GENERAL PRACTITIONERS FOR EHEALTH IMPLEMENTATION	
Slaveykov K., K. Trifonova	247
ПРЕДИМСТВА И НЕДОСТАТЪЦИ ЗА ВЪВЕЖДАНЕ НА ЕДИННА ИНФОРМАЦИОННА СИСТЕМА ЗА ОБРАБОТКА НА БАЗИ ДАННИ И СЪЗДАВАНЕ НА ЕЛЕКТРОННИ ДОСИЕТА НА ПАЦИЕНТИТЕ В СПЕЦИАЛИЗИРАНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ – МНЕНИЕТО НА ЗДРАВНИТЕ РАБОТНИЦИ	
М. Атанасова.	251
УСТРОЙСТВО, РЕХАБИЛИТАЦИЯ И ИНТЕГРАЦИЯ НА ДЕЦА В ОБЩЕСТВОТО ОТ ДНЕВЕН ЦЕНТЪР ЗА РЕХАБИЛИТАЦИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ НА ДЕЦА ОТ 0 ДО 6 ГОДИНИ КЪМ ДОМ ЗА МЕДИКО – СОЦИАЛНИ ГРИЖИ ЗА ДЕЦА – ГР. ВАРНА	
Цветкова Т., Ст. Павлова, К. Генова	255
СОЦИАЛИЗИРАЩО ВЛИЯНИЕ НА МЕЖДУЛИЧНОСТНОТО ОБЩУВАНЕ	
Стойев Т., Б. Торньова.	259
АВСТРИЙСКИ ОПИТ В ПРИЛОЖЕНИЕТО НА СЕСТРИНСКИ ПРОЦЕС	
Драганова М., Н. Велева, Р. Колева-Коларова	261
РОЛЯ И ФУНКЦИИ НА АКУШЕРКАТА ПРИ ПОЛУЧАВАНЕ НА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ОТ ПАЦИЕНТКИТЕ В РОДИЛНА ЗАЛА	
Павлова Ст., В. Димитрова	265
СТРАТЕГИЯ ЗА УЧЕНЕ, СВЪРЗАНА С ИНДИВИДУАЛНА ОРГАНИЗАЦИЯ НА УЧЕБНИЯ ПРОЦЕС	
Петрова Г., Ю. Пеева	269
ABOUT SOME ASPECTS OF THE TRAINING OF HEALTHCARE PROFESSIONALS IN THE AREA OF GERIATRIC PRACTICE	
Balkanska P.	273
ОБУЧЕНИЕ ПО ЗЪБОТЕХНИКА В БЪЛГАРИЯ - РЕТРОСПЕКЦИЯ И НАСТОЯЩЕ	
Варнева М.	277
MEDICAL STUDENTS' OPINION CONCERNING THEIR FIRST IMPRESSIONS FROM THE PRACTICAL TRAINING IN CLINICAL BASES	
Milcheva Hr., M. Platikanova, A. Andonova, I. Mihov	281

ВЪЗМОЖНОСТ ЗА ПОВИШАВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ЧРЕЗ ПРИЛАГАНЕ НА АДАПТИРАН VIPs МОДЕЛ НА СЕСТРИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЯ	
Борисова С.	285
НЕОБХОДИМОСТ ОТ ВЪВЕЖДАНЕ НА КРИТЕРИИ ЗА РЕГИСТРАЦИЯ И ОТЧЕТ НА ДЕЙНОСТИТЕ ИЗВЪРШЕНИ ОТ МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА	
Борисова С.	289
АКТУАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА ОБУЧЕНИЕТО ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ НА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ	
Стамболова И., М. Димитрова, П. Бикова	293
СОЦИАЛЕН СТАТУС НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА	
Рангелова Ж., К. Докова	297
CLINICAL PRACTICE THROUGH THE EYES OF STUDENTS	
Andonova A., M. Nikolova	301
PRE-GRADUATE INTERNSHIP OF STUDENTS FROM SPECIALTY "REHABILITATION" - INNOVATION AND MOTIVATION FOR CONDUCTING	
Paskaleva R., I.Koleva, K.Kostov	303
НАГЛАСИ НА СТУДЕНТИТЕ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ ЗА НАУЧНОИЗСЛЕДОВАТЕЛСКА РАБОТА	
Стамова Кр., К. Тодорова	307
МОТИВАЦИЯ ЗА ИЗБОР НА ПРОФЕСИЯТА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА	
Стамова Кр.	311
МИГРАЦИОННИ НАГЛАСИ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТИ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА” И „УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИ ГРИЖИ”-БАКАЛАВЪР, КЪМ МУ-ПЛОВДИВ	
Стоянова Р., Н. Атанасов	317
ИЗТОЧНИЦИ НА СТРЕС ПРИ СТУДЕНТИТЕ ОТ ПЪРВИ КУРС - СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА” В МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ВАРНА	
Георгиева А., Цв. Димитрова	321
НАГЛАСИ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ ЗА НЕПРЕКЪСНАТО ОБУЧЕНИЕ, НАСОЧЕНО КЪМ ЕФЕКТИВНО ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА ПРОЦЕСА НА ИНФОРМИРАНОТО СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ	
Георгиева А.	325
INNOVATORY METHODOLOGICAL ASPECTS OF QUALITY IMPROVEMENT IN THE PRACTICAL PREPARATION OF THE STUDENTS IN NURSING SPECIALITY (1ST PART)	
Terzieva G., Zl. Lecheva, K. Popova	329
INTERACTIVE METHODS IN PRACTICAL TRAINING OF HEALTH CARE STUDENTS	
Miteva K.	333
VIDEO-ASSISTED TALK PLEURODESIS FOR THE IMPROVEMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MALIGNANT PLEURAL EFFUSIONS: SELF EXPERIENCE STUDY	
Novakov I., Mateva N.	337
АНТИБИОТИЧНА ПРОФИЛАКТИКА НА ИНФЕКЦИИТЕ НА ОПЕРАТИВНОТО МЯСТО – НЯКОИ ПОСЛЕДНИ УКАЗАНИЯ	
Дамянов Д., Р. Вачева, М. Тодорова, А. Кирчева, Ю.Дончева, Н.Хаджиева, Д.Първанов	341
THE HEALTH PEDAGOGY AS A SCIENTIFIC DISCIPLINE FOR HEALTH UPBRINGING AND TRAINING	
Vigerova A., M. Grudeva	347
СОЦИАЛНИЯТ ФЕНОМЕН “ЕВТАНАЗИЯ” - ЕДНА ЕПОХАЛНА ПРОМЯНА В РАЗБИРАНЕТО ЗА МИСИЯТА НА МЕДИЦИНАТА	
П. Манчева, В. Маджова, А. Забунов, Ж. Русева, Св. Христова.	349
ОСНОВНИ ЕТИЧНИ ИЗМЕРЕНИЯ НА АВТОРСТВОТО В БИОМЕДИЦИНСКАТА ПУБЛИКАЦИОННА ПРАКТИКА	
Керековска А., Н. Ушева	353
РОЛЯ, ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА И ПЕРСПЕКТИВИ ПРЕД ДЕЙНОСТТА НА МЕСТНИТЕ КОМИСИИ ПО ЕТИКА НА НАУЧНИТЕ ИЗСЛЕДВАНИЯ – НА БАЗА ОПИТА НА КЕНИ КЪМ МУ-ВАРНА	
Керековска А.	357
AUTOR'S INDEX	
PERMUTERM SUBJECT INDEX	
INSTRUCTIONS TO AUTHORS	

ЗДРАВНАТА ПРОМОЦИЯ – ОСНОВНО ИЗИСКВАНЕ ЗА УСТОЙЧИВОСТ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

Чакърва Л.

Summary: Grounds: In the article are given some tendencies concerning the health promotion in the context of the declared by UN Decade for education for sustainable development. In the concept for sustainability including the healthcare, health promotion aspect has to be put on the first place. But it must consider the change of the paradigm in medicine from humanist to social one and economical and from there the necessity of much more personal responsibility to health. The purpose of the study is to examine the opinion of health specialists in relation to some factors of sustainable development and health promotion. Material and method of examination is anonymous sociological questionnaire with students from the Faculty of Public Health – Sofia. Inquired were 35 students from the Master program of the faculty of Public health, MU-Sofia. The materials are set to processing and interpretation. Results show, that the inquired students are informed about the concept for sustainable development and share the opinion in which direction the reserves for our healthcare system have to be found.

Key words: sustainable development, health promotion, personal responsibility for health.

Проблемите на здравната система и новата култура за устойчивост, която се изисква, за да може човечеството да продължи да съществува и в бъдеще, стават все по-актуални и привличат вниманието на всички разумни хора по света. Ясно е, че светът не може да продължава да се развива по същия път и че е нужна нова концепция, която да отчита ограничеността на естествените ресурси и зависимостта на живота на човека от тях. Понятието „устойчиво развитие“ се появява за първи път в доклада „Нашето общо бъдеще“, представен от Международната комисия на ООН за опазване на околната среда и развитие, оглавявана от Гру Брундтланд, министър председателка на Норвегия. ”(10 С това се поставя началото на формирането на глобална култура на сътрудничество в тази насока, както и предпоставки за диалог по тези проблеми във всички части на света. Устойчиво развитие по дефиниция е това развитие, което отговаря на потребностите на сегашното поколение, без да ограничава възможността на бъдещите поколения да посрещнат и реализират своите потребности (2,3,4). Това означава преди всичко пестеливо използване на природните ресурси и възстановяване и поддържане на екологичното равновесие като естествена среда за съществуване на всичко живо. Организацията на Обединените Нации, от своя страна, обяви декадата 2005-2014 г. за образование за устойчиво развитие. То е част от предизвикателството да се възприемат нови практики и подходи към настоящите проблеми на човечеството, които да гарантират и по-сигурно бъдеще. Това включва преодоляване на съществуващата инерция към стремеж за удовлетворяване и на не напълно оправдани здравни нужди като съ-

щевременно се negliжира най-важното – здравната промоция на индивидуално и обществено ниво.

Устойчиво би било това здравеопазване, което използва природните ресурси по такъв начин, че едновременно да удовлетворява настоящите човешките нужди като същевременно и запазва естествения баланс с околната среда, така че тези потребности да могат да бъдат задоволявани както в настоящия момент, така и в далечно бъдеще (5). Опазването на околната среда като естественото място за живеене е другият акцент, на който трябва да се наблегне.

На всички е ясно, че с развитието на технологиите медицината е в състояние да извърши неща, които само до преди десетилетие бяха мечта, но сега всички усещаме бариерата на ресурсните ограничения, поради високата цена на всички тези постижения.

Устойчивото развитие е много тясно свързано с моралните ценности на обществото, защото включва в себе си създаване на материални и духовни блага, разумен начин на тяхното използване и принципа на справедливостта и всеобщото благоденствие (6).

Най-важната цел на устойчивото развитие на здравната система е опазването на здравето на населението, т.е. проблемите на здравната промоция. А устойчивата медицина е медицината на рационалността и лимитите, които обаче да се използват справедливо и равнопоставено. Основните характеристики на устойчивото развитие на здравната система са:

1. Осигуряване населението с медицинска помощ и здравни грижи на добро ниво, достатъчно, за да се даде на хората възможност за реализация през целия им живот.
2. Здравеопазване, което е справедливо разпределено и което обществото може да си позволи.
3. Здравеопазване, което има обществена подкрепа и стабилни здравни цели, както и лимитирани аспирации за прогрес и технологични иновации (7, с.35).

Address for correspondence:

Л. Чакърва, Факултет по обществено здраве, Медицински университет - София, ул. "Бяло море" № 8, 1527 София, България
e-mail: luchak@abv.bg

Освен икономически, устойчивата медицина има и психологически аспекти. Тя трябва да се съобразява с цикъла на човешкия живот и да възприема реалността на риска, болестите и смъртта. Възможности за влияние тук са в следните посоки:

1. Въвеждане на подхода на превенция, здравна промоция и прилагане на всички възможности за опазване на общественото здраве.
2. По-голяма лична отговорност за здравето т.е. целенасочена грижа за собственото здраве (7,35).

Не трябва да забравяме, че здравето в своята същност е основна потребност за човешките същества, която може да подлежи на експлоатация. Затова всички въпроси свързани със здравето се считат за социално значими, наред със здравната политика (5). Затова е толкова важно да се определят критериите, чийто изпълнение би гарантирало устойчиво развитие на здравеопазването. Това неминуемо ще изисква и всеобщ дебат по отношение на високите технологични постижения в медицината, необходимостта от мониториране и контролиране на изразходването на ресурсите, етиката и общественото очакване е за безкрайното повишаване на терапевтичните възможности и обхват за все по-голям брой нуждаещи се от лечение хора (7). Но бъдещето е с тенденция за промяна на парадигмата от хуманитарна към социална и в следствие към икономическа. Медицината вече като дейност е със силен комерсиален компонент и лекарят предоставя услуги на пациента като на клиент. Здравеопазването вече не е само медицина, а се е превърнало в политика. Изходът трябва да се търси в няколко направления. Освен разумното изразходване на вода, енергия и другите ресурси, вниманието трябва да се насочи и към формиране на отговорно, ценностно отношение към здравето, опазване на природата на планетата като ресурс за здраве и здравна промоция чрез „овластяване” на хората да поемат своя дял от здравно-промотивното поведение и др. (5). Друг акцент трябва да се постави върху финансите и въобще върху ограничеността на ресурсите, както и грешките в медицинската практика като разхищение на ресурс, което в бъдеще трябва специално да се изследва.

ЦЕЛ

Цел на изследването е да се установят нагласите на учащите се във ФОЗ - бъдещите медицински специалисти - по отношение на някои от признаците на устойчивост в българското здравеопазването и преди всичко с акцент върху здравната промоция.

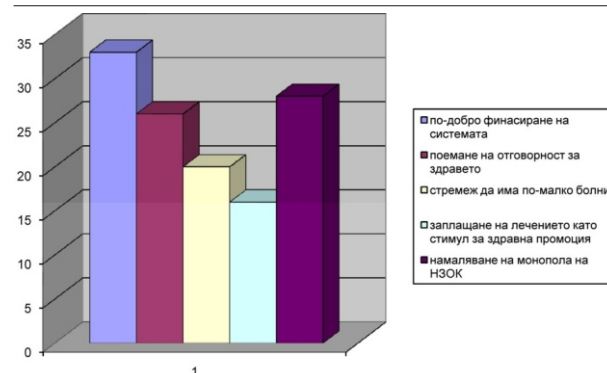
МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Проведено бе анонимно анкетно проучване с 35 учащи се в магистърската програма на Факултета по обществено здраве, МУ-София.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

На въпроса-”Каква е Вашата идея за устойчиво развитие в здравеопазването?” отговорите са следните: Всички участници 99% са съгласни, че здравната система трябва да бъде добре управлявана, за да бъде устойчива. Тя, според тях, не трябва да работи с цел печалба, а за задоволяване на здравните нужди на населението. За тази цел, според 76,47 % се изисква по-добро финансиране на системата.

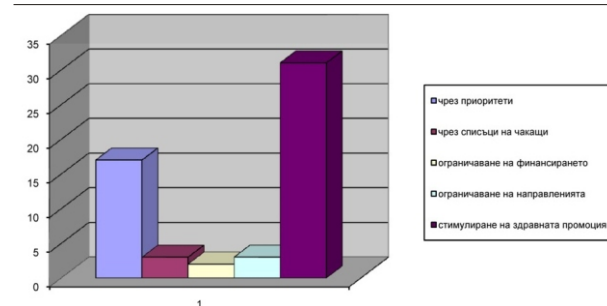
Хората, обаче, трябва да боледуват по-малко, според мнението на 58,82% от изследваните като един от начините за постигане на това е болните да си плащат лечението. 47,05% от допитаните са на мнение, че ако болният си плаща, ще бъде по-отговорен за здравето си. Най-много изразяват съгласие, че за да има устойчиво развитие в системата трябва да се премахне монополът на НЗОК – 82,35 % (Фиг.1).



Фиг.1: Отношение към някои от факторите на устойчивост

На въпроса относно начина на решаване на проблема с недостига на средства в здравната система, получихме следните отговори:

Чрез приоритети – 50 %, чрез списъци на чакащи 8,82 %, чрез ограничаване на финансирането – 5,88 %, чрез ограничаване на направленията – 8,82 %, чрез стимулиране на здравната промоция 91,17 % (Фиг. 2).



Фиг. 2: Отношение към разпределението на средствата в здравната система.

ИЗВОДИ

1. Анкетираният в пълно мнозинство /99 %/ изказват правилното мнение, че здравната система трябва да

бъде по-добре управлявана, за да има устойчиво развитие. За тази цел, според 82,35 % от респондентите, трябва да няма монопол на НЗОК.

2. Поемането на лична отговорност за здравето чрез здравна промоция и като резултат хората да са по-здрави, е правилното схващане с оглед гарантиране на устойчивостта на системата. Това мнение се споделя от 58,82 % от анкетираниите.
3. Заплащане на лечението като стимул за здравна промоция се споделя от по-малко от половината анкетирани /47,05 %/. Правилно 91,17 % от допитаните посочват, като изход стимулирането на здравната промоция.
4. Относно разпределението на средствата с цел тяхното най-рационално изразходване 50 % са на мнение, че това трябва да стане чрез приоритети. Другите видове ограничения не се възприемат добре.
5. Внасянето на ред чрез списъци на чакащи не се приема от мнозинството от допитаните. Само 8,82 % смятат това за приемливо. Същият процент са и за ограничаване на направленията. Това означава, че не се разбира механизма на регулиране на не спешните случаи и прозрачността на правилата.

Като цяло резултатите от изследването показват, че студентите от ФОЗ осъзнават основните насоки, в които трябва да се търсят резервите в нашата здравна сфера, така че тя да отговаря на изискванията за устойчиво развитие, а именно по-добро финансиране на система-

та, поемане на отговорност за собственото здраве, намаляване монопола на НЗОК и преди всичко стимулиране на здравната промоция.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нашето общо бъдеще. ДИ „Д-р П. Берон”, С.1989.
2. Горненски П., Устойчиво развитие и общесвено здраве. ГорексПрес, София, 2010.
3. Горненски П., В. Борисов., Устойчиво развитие – необходимата нова концепция за здравната реформа. Медицински меридиани. 1: 42-46,
4. MacNeil J., Sustainable development: What is it?: In Kegley, Ch. W., E. R. Wittkopf
5. The Global Agenda. Issues and Perspectives. 3-rd Ed. McGRAW-HILL, INC. 1992
6. Schoen R., Nachhaltige Gesundheitswesen fuer eine gesunde Zukunft, fuer eine zukunftfaehiges Gesundheitswesen. Zentrum BATS.1/48, August 2004 <http://www.bats.ch/bats/publicationen/2004-1>
7. Загорев О., Устойчивото развитие като цивилизационен избор на съвременното човечество. Сп. Понеделник. 3/4: 31-42. с 32
8. Попова С., Социалноетични измерения на здравния мениджмънт. С, 2004 г., 142 с.
9. Национална стратегия за устойчиво развитие на Република България Проект 2007 г. http://www.moew.government.bg/recent_doc/strate

РАЗЛИЧИЯ В ГОДИНИТЕ ПОТЕНЦИАЛНО ИЗГУБЕН ЖИВОТ ПОРАДИ ПРЕДОТВРАТИМА С МЕДИЦИНСКИ ИНТЕРВЕНЦИИ СМЪРТНОСТ МЕЖДУ СТРАНИТЕ ОТ ЦЕНТРАЛНА И ИЗТОЧНА ЕВРОПА И СТРАНИТЕ ОТ ЗАПАДНА ЕВРОПА ЗА 25-ГОДИШЕН ПЕРИОД (1980-2004 Г.)

Велкова А., П. Христова, Й. Симеонова

Катедра "Социална и превантивна медицина, медицинска статистика, педагогика и психология", ФОЗ, МУ - Плевен

Ключови думи: години потенциално изгубен живот, предотвратима с медицински интервенции смъртност, СЦИЕ

УВОД

Различията в здравния статус на страните от Централна и Източна Европа (СЦИЕ) и страните от Западна Европа (СЗЕ), измерени чрез смъртността на населението, стават очевидни още в края на 60-те години на XX век. С началото на социално-икономическия преход към развита пазарна икономика те се задълбочават, и независимо от подобряването на общественото здраве в СЦИЕ, продължават да са значими (1,15). Около една трета до една втора от съществуващите различия в смъртността между СЦИЕ и СЗЕ се дължат на причини, умиранията от които се приемат за потенциално предотвратими с медицински интервенции (лечение) при навременна и подходяща медицинска помощ (8,10). Концепцията за предотвратима смъртност е въведена през 1976 г. в САЩ и оттогава се използва като мярка за качеството на медицинската помощ (12). Редица проучвания изучават приносът на медицинската помощ за подобряване на здравето на популациите в СЦИЕ чрез сравняване на нивата на предотвратима смъртност с тези в СЗЕ (5,8,9,10). Годишните потенциално изгубен живот (ГПЗЖ) са синтетична мярка за смъртност, която взема предвид възрастта при умиране и дава по-голяма относителна тежест на умиранията в младите възрастови групи (11). Индикаторът се използва при оценка на обществените загуби от преждевременните умирания. Анализите на нивото и тенденциите на ГПЗЖ са необходими за определяне на приоритетите на здравната политика (3). Цел на настоящата научна разработка е да оцени количествено загубите поради преждевременна смъртност до 75-годишна възраст от предотвратими с медицински интервенции причини (ПМИП) в периода 1980-2004 г. в

10 СЦИЕ – новоприети членки на Европейския Съюз (ЕС) при процеса на разширяване от май 2004 г. и да ги сравни с тези в 14 СЗЕ – стари членки на ЕС.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Данните за броя на умиранията по причини, пол и възраст и за размера на популацията в изучавания период за отделните страни са извлечени от Базата данни за смъртността (Mortality Data base) на Световната здравна организация (17). Проучени са следните СЦИЕ: България, Естония, Латвия, Литва, Полша, Румъния, Словакия, Словения, Унгария, Чешка република. Групата на СЗЕ включва: Австрия, Белгия (1980-1996), Великобритания, Гърция, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Норвегия, Португалия, Финландия, Франция, Холандия, Швеция.

Проучен е период от 25 години (1980-2004 г.), като настъпилите промени в ГПЗЖ в резултат на смъртност от ПМИП са определяни и сравнявани срезово в началната и крайна година на периода. Възрастовите групи за изчисляване на ГПЗЖ са представени през 10-годишни интервали след 5-та година от живота (5-14, 15-24, ..., 65-74). Поради социалната значимост на умиранията през първата година и до 5-годишна възраст, са въведени групите до 1-годишна възраст (<1) и 1-4 г. Общият брой умирания от ПМИП е определян в отделните възрасти чрез сумиране на броя на умиранията от всяка причина.

За определяне на преждевременните умирания е приложена възрастова граница от 75 г. ГПЗЖ₇₅ са изчислявани чрез сумиране на произведенията от броя на умиранията в дадена възрастова група с броя години, оставащи от медианната за интервала възраст до навършване на 75 години, прилагайки класическия метод на Romeder and McWhinnie (11). За целите на представения тук сравнителен анализ са изчислени стандартизирани коефициенти за ГПЗЖ₇₅ (КГПЗЖ₇₅) на 100000

Address for correspondence:

Анжелика Велкова, Кат. "Социална и превантивна медицина", Медицински университет - Плевен, Ул. "Св. Кл. Охридски" №1, 5800 гр. Плевен
e-mail: avelkova@abv.bg

лица при използване на Европейската стандартна популация (16).

Оценени са загубите на години живот от 23 предотвратими с медицински интервенции причини за смърт (табл.1), подбрани от оригиналния списък на Rutstein (12) и от списъка, използван в проучването на Е. Nolte и М. McKee (10). Това са умирения, напълно или отчасти предотвратими с вторична профилактика (скрининг) или с лечение. Причините за смърт са класифицирани според Международната класификация на болестите – 9 ревизия (МКБ-9), която е прилагана в България и в повечето страни през изучавания период.

РЕЗУЛТАТИ

Преждевременните умирения от ПМИП причиняват съществен дял от загубите на години продуктивен живот за обществото. В 1980 г. относителният дял на загубите поради предотвратима с медицински интервенции смъртност до 75-годишна възраст при мъжете в СЦИЕ представлява около една трета от общото количество ГПЗЖ₇₅. В Румъния той достига 41,7%, а в СЗЕ е съответно 27,2%. При жените предотвратимата смъртност причинява около 50% от загубите в Унгария, Румъния и България, и 41% при жените в СЗЕ. За периода на наблюдение във всички страни относителният дял на ГПЗЖ₇₅ поради ПМИП намалява и в 2004 г. при мъжете в повечето СЦИЕ е 25-27%, с изключение на Румъния (35%), от общите загуби в резултат на преждевременна смъртност. При жените пропорцията на загубите от предотвратима смъртност също се ограничава и достига под 40% за всички СЦИЕ, отново без Румъния (52%).

Динамиката на нивата на КГПЗЖ₇₅ поради предотвратима с медицински интервенции смъртност при двата пола в началната и последната година на периода е представена в таблица 2.

При мъжете в 1980 г. най-високи КГПЗЖ₇₅ поради предотвратима смъртност имат Румъния и Унгария. Полша и България регистрират най-малка честота на загуби. Различията между отделните СЦИЕ и страната с най-ниско ниво на КГПЗЖ₇₅ (Полша) варират от 1,3% до 24,3%. Мъжете в СЗЕ имат 1,9 пъти по-нисък КГПЗЖ₇₅ от средното ниво за СЦИЕ като група. Различията в стойностите на КГПЗЖ₇₅ поради предотвратима смъртност между СЗЕ и отделните СЦИЕ са между 42% (с Полша и България) и 56% (с Румъния и Унгария). Мъжете във СЦИЕ имат 1,3-2,9 пъти по-големи стойности на коефициентите, в сравнение с жените. Западноевропейските мъже отбелязват 1,2 пъти по-високо ниво на КГПЗЖ₇₅ от съответното за жените в СЗЕ. Честотата на загубите поради преждевременна смъртност от ПМИП при жените в 1980 г. е най-ниска в Латвия и най-висока в Румъния. Стойностите на КГПЗЖ₇₅ в отделните СЦИЕ се отличават от най-ниското регистрирано ниво с 3% - 40%. Страните от Западна Европа имат при жените стойност на КГПЗЖ₇₅,

която е 1,6 пъти по-ниска от средната стойност на СЦИЕ като цяло. Различията в нивата на коефициентите за отделните СЦИЕ и западноевропейските страни варират от 19% до 52%.

Табл.1. Причини за смърт, предотвратими с медицинска помощ

№	Причина за смърт	Възраст	Код по МКБ-9
1.	Чревни инфекции	0-14	001-009
2.	Туберкулоза	0-74	010-018, 137
3.	Карцином на хранопровода		150
4.	Карцином на дебелото и правото черво	0-74	153-154
5.	Карцином на млечната жлеза	0-74	174
6.	Карцином на шийката на матката	0-74	180
7.	Карцином на матката	0-44	179, 182
8.	Левкемия	0-44	204-208
9.	Захарен диабет	0-49	250
10.	Хронична ревматична сърдечна болест	0-74	393-398
11.	Хипертонична болест	0-74	401-405
12.	Исхемична болест на сърцето	0-74	410-414
13.	Мозъчно-съдова болест	0-74	430-438
14.	Остри респираторни инфекции	1-14	460- 466
15.	Пневмония	0-74	480-486
16.	Язвена болест на стомаха и дуоденома	0-74	531-533
17.	Апендицит	0-74	540-543
18.	Холелитиаза и холецистит	0-74	574-575.1
19.	Нефрит и нефроза	0-74	580-589
20.	Майчина смъртност	Всички	630-676
21.	Вродени аномалии на сърдечно-съдовата система	0-74	745-747
22.	Някои състояния в перинаталния период	Всички	760-779
23.	Самоубийства и самонаранявания	0-74	E950-959

В 2004 г. всички изучавани страни регистрират и при двата пола по-ниски КГПЗЖ₇₅ поради смъртност от ПМИП. Най-високо ниво на КГПЗЖ₇₅ при мъжете тогава отбелязва отново Румъния, а Унгария вече заема 6-то място в низходящото класиране на страните по стойности на КГПЗЖ₇₅. Индикаторът има най-ниска стойност при мъжете в Словения, като разликите с ос-

таналите СЦИЕ са се увеличили в сравнение с изходната 1980 г. и са между 3,7% (с Чехия) и 55,1% (с Румъния). Страните от Западна Европа имат 2,48 пъти по-ниско ниво от средното за СЦИЕ като група, а различията с отделните СЦИЕ са нараснали в сравнение с 1980 г. Например, разликата в КГПЗЖ₇₅ поради смъртност от ПМИП между ЕС и България се променя от 42% в 1980 г. на 62% в 2004 г.

варира от 52% (Словения) до 11% (Литва). Жените отчитат най-значимо ограничаване на КГПЗЖ₇₅ поради смъртност от ПМИП в Чехия, а най-малко намаляване за периода на наблюдение постига Латвия. За същия период в СЗЕ загубите на продуктивен живот за обществото от преждевременна лечима смъртност намаляват наполовина и при двата пола.

Табл. 2. КГПЗЖ₇₅ поради смъртност от ПМИП по пол в СЦИЕ и СЗЕ, 1980 и 2004 г. (на 100000 ч.г.)

Страна	Мъже			Жени		
	КГПЗЖ ₇₅ 1980 г.	КГПЗЖ ₇₅ 2004 г.	Промяна (%)	КГПЗЖ ₇₅ 1980 г.	КГПЗЖ ₇₅ 2004 г.	Промяна (%)
България	5893,51	4408,17	-25,20	4602,76	3088,83	-32,89
Естония	7303,15	5242,06	-28,22	4453,62	2473,52	-44,46
Латвия	6505,55	5181,05	-20,36	3468,34	3139,82	-9,47
Литва	6233,04	5569,98	-10,64	3609,19	2727,07	-24,44
Полша	5885,65	3318,26	-43,62	3571,68	2034,38	-43,04
Румъния	7779,52	5839,4	-24,94	5877,93	4305,90	-26,74
Словакия	5021,74	3565,48	-29,00	3137,803	2178,28	-30,58
Словения	5452,49	2619,71	-51,95	3244,88	1852,53	-42,91
Унгария	7779,08	4271,15	-45,09	5517,91	2646,65	-52,04
Чехия	4802,45	2720,74	-43,35	3533,98	1647,14	-53,39
СЦИЕ	6567,12	4247,45	-35,32	4443,06	2609,41	-41,27
СЗЕ	3418,22	1712,47	-49,90	2793,98	1378,94	-50,65

Мъжете в СЦИЕ отново имат по-високи нива на загубите от предотвратима смъртност в сравнение с жените, като за периода в повечето страни различията между двата пола са се задълбочили. Намаляване на различията се установява само за Словения. В СЗЕ различията в стойностите на КГПЗЖ₇₅ между двата пола не се променят.

Жените в Чехия имат най-ниска стойност на КГПЗЖ₇₅ поради предотвратима смъртност сред всички СЦИЕ в 2004 г., като тя се доближава до стойността на СЗЕ и я надвишава със 16,3%. Румъния отново регистрира най-високо ниво на индикатора. Различията в КГПЗЖ₇₅ се задълбочават между отделните СЦИЕ. Разликата с най-ниското ниво на Чехия варира между 11% (със Словения) и 62% (с Румъния). В СЗЕ е постигнато средно ниво на КГПЗЖ₇₅, което е 1,89 пъти по-ниско от средното за групата на СЦИЕ. Наблюдава се увеличаване на разликите в стойностите на индикатора между СЗЕ и отделните СЦИЕ, които достигат 68% за Румъния.

Проследяването на промените в нивата на КГПЗЖ₇₅ поради предотвратима смъртност за целия 25-годишен период показва редуциране на загубите за всички страни. При мъжете в СЦИЕ намаляването на КГПЗЖ₇₅

ДИСКУСИЯ

Нашето проучване има за цел да оцени количествено промените за 25 годишен период в ГПЗЖ₇₅ поради предотвратима с медицински интервенции смъртност в новоприетите страни-членки на ЕС и да ги сравни с тези на 14 западноевропейски страни-членки на Съюза. Установява се, че изгубените години живот до 75-годишна възраст поради предотвратима с медицински интервенции смъртност представляват около една трета от общото количество изгубени години живот до 75-годишна възраст при мъжете и съответно между ? и S от загубите при жените. Подобни изводи правят и други автори, изследващи приноса на предотвратимата с лечение смъртност в Европейския регион (2,7). СЦИЕ отчитат по-високи нива на КГПЗЖ₇₅ и при двата пола в сравнение със СЗЕ. За целия 25-годишен период на изучаване загубите на години живот поради ПМИП намаляват и в двете групи страни, но с различни темпове, което води до задълбочаване на различията между тях. По-значимо увеличаване на разликите в

КГПЗЖ₇₅ между новоприетите и старите страни-членки на ЕС се отчита при мъжете.

Групата на СЦИЕ не е хомогенна по отношение загубите на години продуктивен живот поради предотвратимата смъртност. Румъния и Унгария заемат водещи позиции в началото на периода по стойност на КГПЗЖ₇₅. В 2004 г. двете страни се различават по своите позиции поради различните модели на развитие на предотвратимата смъртност в тях. Унгария споделя общ модел на развитие на смъртността от ПМИП със страните от Централна Европа и след 1994 г. показва ясна низходяща тенденция на смъртността. Румъния изостава в преодоляването на предотвратимата с лечение смъртност поради редица причини, свързани със структурата и функционирането на здравната система и запазва високи коефициентите на годините потенциално изгубен живот и при двата пола.

Двата пола са различават по загубите на години живот в резултат на предотвратимата смъртност (4,13). Мъжете в СЦИЕ имат до 3 пъти по-високи нива на КГПЗЖ₇₅ от жените, като различията между двата пола нарастват в повечето страни за този период, отразявайки по-неблагоприятните промени в предотвратимата смъртност при мъжете и засягането от причините за смърт на по-младите възрастови групи при тях. Липсата на промяна в различията между мъжете и жените в западно-европейските страни доказват установяването на благоприятен модел с ниски и намаляващи нива на смъртност от ПМИП при мъжете. Това се потвърждава и от изследванията на други автори (6,15).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Направеното сравнително проучване установява, че новоприєдинилите към ЕС страни от Централна и Източна Европа продължават да се различават по здравен статус от страните на Западна Европа. Измерени чрез КГПЗЖ₇₅, тези различия дори са по-големи в 2004 г. в сравнение с 1980 г. За да се преодолеят съществуващите между страните на ЕС неравенства в загубите на години живот поради преждевременна предотвратимата с лечение смъртност е необходима преоценка на дейността на националните здравни системи, на темповете на внедряване на нови медицински технологии и методи на лечение, на подобряването на финансирането и състоянието на човешките ресурси. Изучаването на специфичните характеристики на предотвратимата с лечение смъртност в отделните страни ще позволи да се усъвършенстват здравните политики и да се осигурят подходящи мерки за подобряване на здравната помощ и популационното здраве в ЕС.

КНИГОПИС

1. Dahl, E., G. Giarelli. Health and wealth in East and West: Divergence and convergence in Europe. *Soc Theory & Health*, **8**, 2010, 2, 127-133.
2. Dolea, C., E. Nolte, M. McKee. Changing life expectancy in Romania after transition. *J Epidemiol Community Health*, **56**, 2002, 6, 444-449.
3. Gardner, J.W., J.S. Sanborn. Years of potential life lost (YPLL) – what does it measure? *Epidemiology*, **1**, 1990, 322-329.
4. Humblet, P.C., R. Lagasse, A. Leveque. Trends in Belgian premature avoidable deaths over a 20 year period. *J Epidemiol Community Health*, **54**, 2000, 6, 687-691.
5. Koupilová, I., M. McKee, J. Holcik. Neonatal mortality in the Czech republic during the transition. *Health Policy*, **46**, 1998, 1, 43-52.
6. Marriotti, S., P. D'Errigo, S. Mastroeni, K. Freeman. Years of Life lost due to premature mortality in Italy. *Eur J Epidemiol*, **18**, 2003, 4, 513-521.
7. Milicevic, M.S., V. Bjegovic, Z. Terzic et al. Serbia within the European context: An analysis of premature mortality. *Population Health Metrics*, **7**, 2009, 12, 1-10.
8. Newey C., Nolte E., McKee M. et al. Avoidable mortality in the enlarged Europe. http://www.euractiv.com/28/images/ISS_Avoidable_Mortality_final_Nov_2004
9. Nolte, E., A. Brand, I. Koupilova et al. Trends in neonatal and postneonatal mortality in Germany since unification. *J Epidemiol Community Health*, **54**, 2000, 2, 84-90.
10. Nolte, E., M. McKee. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. *The Nuffield Trust*, London, 2004, 139 pp.
11. Romeder, J.M., J.R. McWhinnie. Potential Years of Life Lost Between Ages 1 and 70: An Indicator of Premature Mortality for Health Planning. *Int J Epid*, **8**, 1977, 2, 143-151.
12. Rutstein, D.D., W. Barenberg, T.C. Chalmer et al. Measuring the quality of medical care. *N Engl J Med*, **11**, 1976, 582-588.
13. Semerl, J.S., J. Sesok. Years of Potential Life Lost and Valued Years of Potential Life Lost in assessing premature mortality in Slovenia. *CMJ*, **43**, 2002, 4, 439-445.
14. Stuckler, D., Basu S., McKee M. Public health in Europe: Power, politics, and where next? *Publ Hlth Reviews*, **32**, 2010, 1, 213-242.
15. Treurniet, H.F., H.C. Boshuizen, P.P. Harteloh. Avoidable mortality in Europe (1980-1997): a comparison of trends. *J Epidemiol Community Health*, **58**, 2004, 4, 290-295.
16. Waterhouse et al. (eds.). Cancer incidence in five continents. Vol. 3. Lyon: IARC, 1976, p.456.
17. World Health Organization. WHO Mortality Database. (version November 2006) <http://www.who.int/whosis/mort/text/download.htm>

EARLY DETECTION OF EYE DISEASES IN GENERAL PRACTICE

Trifonova K., K. Slaveykov

Abstract: Most of the time general practitioners are the first to face an ophthalmologic complaint of a patient. Many of the eye diseases are more easily treated when caught in early stages and this brings up the importance of their early detection. However, the patient often does not have any complaints at the beginning of an eye disease, and does not know that he needs to see a specialist. Here comes the role of general practitioners who can look for risk factors and take part in eye screening. **Objective:** The aim of the study was to assess the knowledge of general practitioners about the risk factors for eye diseases and their readiness to take part in screening of eye diseases. **Methods:** Thirty randomly selected general practitioners were given written questionnaires **RESULTS:** 67% of the general practitioners that took part in the survey think that they know most of the risk factors for eye diseases and they also proved that knowledge of the most important ones in an open – ended question. Many general practitioners are confident and willing to take part in screening for eye diseases. **Conclusion:** General practitioners can play a significant role in early detection of eye diseases. They should be encouraged to look for risk factors and be included in screening programs.

Key words: general practitioner, risk factors, screening

BACKGROUND

Most of the time general practitioners are the first to face an ophthalmologic complaint of a patient. They can have a significant impact on their patients' visual health by screening for vision problems, aggressively controlling known risk factors for visual loss and by timely referral of specific patient populations to qualified eye care professional. (10) They can ensure that appropriate patients are screened for common serious eye diseases, such as glaucoma, and that patients with vision problems are assessed for treatable conditions, such as cataracts or refractive error.

OBJECTIVE

The aim of the study was to assess the knowledge of Bulgarian general practitioners about the risk factors for eye diseases and their readiness to take part in their screening

METHODS

Thirty randomly selected general practitioners were given written questionnaires. They included 10 different questions, 9 of which were closed, and one was open. The first 5 questions included passport information. The other 4 closed questions had yes or no option.

RESULTS

Results from the investigation show that 46 % of the participants were male, and 54% female. 66% were general medicine residents, and 24 % were specialists. The average work experience was between ten and twenty years and nearly half of them were between 35 and 45 year-old. 65% were working in towns and 35% in the village.

There are many risk factors for the vision that general practitioners should be aware of. For example hypertension has profound effects on various parts of the eye. It results in a series of retinal microvascular changes called hypertensive retinopathy. Furthermore, hypertension is one of the major risk factors for development and progression of diabetic retinopathy. In addition, several retinal diseases such as retinal vascular occlusion (artery and vein occlusion), retinal arteriolar emboli, macroaneurysm, ischemic optic neuropathy and age-related macular degeneration may also be related to hypertension.(3)

Data from population-based surveys indicate that one in 40 adults older than 40 years has glaucoma with loss of visual function, which equates to 60 million people worldwide being affected. Even in developed countries, half of glaucoma cases are undiagnosed. Glaucoma is mostly asymptomatic until late in the disease when visual problems arise. Vision loss from glaucoma cannot be recovered(12). Risk factors associated with open-angle glaucoma are higher age(over 40 years) and positive family history, myopia over 4 dioptres.(5) Vascular risk factors are also assessed for associations with glaucoma- like migraine, hypertension, (1), diabetes. Glaucoma is a common, insidious cause of blindness in the general population, especially in older patients. (2)Although much is still unknown about the symptoms and pathogenesis of this group of ocular diseases, primary care physicians can make a major difference in reducing vision loss by identifying high-risk patients at an early stage of disease (10)

Address for correspondence:

K. Trifonova, Stara Zagora, 47 Gen. Stoletov str, entr A, app 19, Faculty of medicine, Department of ophthalmology and general practice
e-mail: kali_tr@yahoo.com

Age-related macular degeneration is a late-onset, neurodegenerative retinal disease. Aging, hypercholesterolaemia, hypertension, obesity, arteriosclerosis, and smoking are risk factors associated with age-related macular degeneration. (8)

Refractive errors are one of the leading causes of visual impairment in children. The analysis reveal that family history of refractive error and hours of near-work are significantly associated with their occurrence. (14)

Diabetes mellitus is associated with microvascular complications, such as diabetic retinopathy which presents in more than 77% of patients with DM type 2 who survive for over 20 years with the disease. Many factors have been associated with the progression and severity of DR, such as its duration, the control of serum glucose levels, hypertension and gender. (7) According to an investigation made in Australia, 2011, people with diabetes with higher Body Mass Index and larger neck circumference are more likely to have DR and more severe stages of DR. (4)

In the written questionnaires that we gave to general practitioners, they were asked if they knew the most common risk factors for eye diseases and 67% of them answered yes. They proved their knowledge of the most important ones in the open – ended question, in which they were asked to list the ones they knew. 73% of the general practitioners pointed out at least diabetes or hypertension as risk factors for the vision, 52% have pointed out both risk factors. 37% knew some of the other risk factors as well like family history of eye diseases, smoking cigarettes, working environment and aging. 27% didn't list a single risk factor.

Population-based data from Baltimore have indicated that a significant proportion of people with undiagnosed ocular disease in the community are regular users of general medical services. This, combined with the high prevalence of chronic medical disorders known to be risk factors for ocular disease in such clinics, makes them an attractive site for screening. (13)

Timely identification and treatment of eye diseases can substantially reduce the incidence and prevalence of visual disability. Optimizing management of systemic diseases, such as diabetes, hypertension, and hyperlipidemia, significantly reduces the risk of related eye disorders. (11)

Family physicians have an essential role in assessing, identifying, treating, and preventing or delaying vision loss in the aging population. Approximately one in 28 U.S. adults older than 40 years is visually impaired. Adults older than 65 years should be screened for vision problems every one to two years, with attention to specific disorders, such as diabetic retinopathy, refractive error, cataracts, glaucoma, and age-related macular degeneration. (9)

Having in mind the importance of early screening for eye diseases in general practice, we asked the participants in the survey if they actively searched for risk factors for eye diseases and 63% of the general practitioners declared that they did. 63% thought that their ophthalmology training is good enough to take part in screening programs for early detection of eye diseases and 67% of the participants were willing to take part in such screening programs as well.

DISCUSSION

According to this investigation quite a significant part of Bulgarian general practitioners are aware of the risk factors of eye diseases and actively look for them. However, they don't know many of the risk factors, and some of them have no information at all. As in many cases the general practitioner is the first and only physician to meet the patient their part is essential in early screening and the lack of knowledge should be decreased in all possible ways.

CONCLUSION

Family physicians and their patients should be provided with more information about the risk factors for eye diseases in order better prevention of eye diseases to be performed. As most of them are willing to take part in vision screening and feel confident in their training, they should be included in such programs so that more people could be screened.

LITERATURE

1. Трифонов Зл., И. Кърнолки - Влиянието на артериалната хипертония върху еволюцията на глаукомния процес - *сп. "Медицински архив"* - **36**,3-4 , 1989,23-25
2. Нейчев Ив., Зл. Трифонов – Скринингови методи за диагноза на първичната откритоъгълна глаукома – *сп. "РБ- Офталмология"* **бп.4** ,23-26, 2003
3. Bhargava M, Ikram MK, J Hum Hypertens. 2011, Epub ahead of print
4. Dirani M, Xie J, Fenwick E, Benarous R, Rees G, Wong TY, Are Obesity and Anthropometry Risk Factors for Diabetic Retinopathy? The Diabetes Management Project (DMP Invest Ophthalmol Vis Sci. 2011 [Epub ahead of print]
5. Ekstrom C, Risk factors for incident open-angle glaucoma: a population-based 20-year follow-up study.,*Acta Ophthalmol.* 2010 [Epub ahead of print]
6. Goldweig C. , N. Wedger, C. McLean, P. Shekelle, Preventing and managing visual disability in primary care : clinical applications, JAMA, 2004 . **291**(12):1497-502
7. Jung KH, Chu K, Lee ST, Bahn JJ, Kim JH, Kim M, Risk of macrovascular complications in type 2 diabetes mellitus: endothelial microparticle profiles, Cerebrovasc Dis. 2011, **31**(5): 485-93
8. Kaarniranta K, Salminen A, Haapasalo A, Soininen H, Hiltunen M, Age-Related Macular Degeneration (AMD): Alzheimer's Disease in the Eye?, J Alzheimers Dis. 2011[Epub ahead of print]
9. Pelletier A., J. Thomas, F. Shaw Vision loss in older persons, Am Fam Physician, 2009, **79**(11):963-70

-
10. Podolsky M., Exposing glaucoma. Primary care physicians are instrumental in early detection, Postgrad Med, 1998,**103**(5):131-6
 11. Rowe, C. Mclean, P. Shekelle, Preserving visual loss from chronic eye disease in primary care, JAMA,2004, **291**:1487-1495
 12. Quigley HA, Glaucoma., Lancet. 2011, **377**(9774):1367-77
 13. Wang F, Ford D, Tielsch JM и др. Undetected eye disease in a primary care clinic population, Arch Intern Med. 1994 Aug 22, **154** (16):1821-8
 14. Yingyong P, .Risk factors for refractive errors in primary school children (6-12 years old) in Nakhon Pathom Province, J Med Assoc Thai., 2010 , **93**(11):1288-93

БОЛКИТЕ В ГЪРБА ПРИ ДЕЦА И ПОДРАСТВАЩИ - ДИАГНОСТИЧНИ ПРОБЛЕМИ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА В ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА

Русева Ж., В. Маджова, П. Манчева, Св. Христова, А. Забунов

Катедра по Обща медицина и клинична лаборатория, Медицински университет – Варна

РЕЗЮМЕ

Данните за детското здравеопазване през последните години показват висока честота на гръбначните изкривявания в детска и юношеска възраст. За решаването на тези здравно - промотивни проблеми в общата медицинска практика и извеждането им като приоритет на общественото здравеопазване е необходимо сформиране на широки и динамични екипи от физиотерапевти, ортопеди, кинезитерапевти и общо-практикуващи лекари. Проблемът с болката в гърба в училищната възраст налага гъвкаво менижиране и адекватен превантивен и терапевтичен подход, който се обуславя от рисковите фактори в ежедневието в дома и социалната среда на учениците. Основната роля в здравно-промотивното обучение на пациента и изграждане на двигателните навици е определена на общопрактикуващия лекар като лидер на екипа, поради близките контакти с учениците и техните семейства. Целта на обзора е да се акцентира вниманието на фамилните лекари относно ранното диагностициране, профилактика и лечение на проблема „болка в гърба“ при деца и подрастващи. Необходимо е да се вземат адекватни мерки за профилактика и лечение на по-често срещаните и неглижирани болки в гърба при децата и юношите.

Ключови думи: болка в гърба, сколиоза, здравно-промотивно обучение, екипна работа, кинезитерапия, общопрактикуващ лекар (ОПЛ)

Болката в гърба е проблем, който често води пациентите в кабинета на техните лични лекари. Тази патология обаче не е приоритет само на възрастните, но както показват резултатите от проведени проучвания, тя е с относително висока честота и при децата и юношите. Разпространението според различните изследователи варира в широки граници от 7% до над 50 (e.g. Jones et al. 2004, Kovacs et al. 2003, Roth-Isigkeit et al. 2003, Watson et al. 2002). Въпреки че точните цифри не са известни, има доказателства показващи постепенно увеличаване на проблема с възрастта (Harreby et al. 1997, Adams et al. 1999, Salminen et al. 1995). Остава неизяснен въпросът дали неспецифичната болка в гърба появила се в детството е свързана с болка в гърба в зряла възраст. Съществуват предположения, че децата, които страдат от болки в гърба имат оплаквания и като възрастни (Brattberg 2004). Ето защо началото на намесата за предпазване от болки в гърба трябва да започне още в детска възраст. Първичната превенция цели предотвратяване на основните причини за това още в ранна възраст.

За разлика от възрастните, при подрастващите органична или възпалителна увреда на гръбначния стълб и междупрешленните дискове, злокачествените заболявания и инфекции са сравнително редки причини за болка. В по-голяма част от случаите те са неспецифични и самоограничаващи се.

Едни от основните причини за болки в гърба при децата и юношите са порочната стойка и гръбначните изкривявания.

Нормална стойка се констатира при стоеж, когато са изразени шийната и поясната кривина на гръбначния стълб при едва забележимо свити коленни стави, изправена глава с прибрани крака и леко приведени напред рамене. За неправилни стойки се смятат онези, при които има отклонения от нормалните физиологични кривини на гръбначния стълб, но съотношенията между гръбначния стълб и линията на тежестта на тялото са запазени.

Гръбначните изкривявания представляват изкривяване на гръбначния стълб в сагиталната/кифоза и лордоза/ или фронталната равнина/сколиоза/. В 80 % от случаите сколиозата е идиопатична и се появява в училищна възраст. В хода на оформяне на сколиозата се наблюдава скъсяване и уплътняване на връзките и ставните капсули, а в последствие и на мускулите. В следствие на това се влошава функционалният капацитет на вътрешните органи- основно съце и бял дроб, което при тежките форми води до хронична хипоксия. Съществуват различни схващания за етиологията на сколиозата. В една от първите хипотези свързващи възникването на сколиозата с неправилната стойка, се подчертава че асиметричното натоварване на прешлените предизвиква тяхната деформация. Volkman установил експериментално, че продължителното заемане

на неправилна стойка при учениците довежда до асиметричен растеж на гръбначния стълб и поява на сколиотична деформация. Теорията за училищната деформация се поддържа от много автори (Турнер, Брузар, Чаклин, Манчева). Според тях асиметричното натоварване, слабостта и бързата уморяемост на нервно-мускулния апарат са причина за изграждането на лоша стойка, която може да прерастне в структурна сколиоза. По-късно е било доказано, че само този факт не е достатъчен за развитие на сколиотична деформация, но при наличието на някои все още неизяснени фактори предизвикващи заболяването, тя може да служи като важен отключващ механизъм.

Идиопатична сколиоза засяга 1-3% процента от децата и юношите. Тя може да бъде безболезнена, но според някои проучвания тя се съпътства от болки в гърба в до 23%. Така, нелекуваната навреме сколиоза може да бъде в последствие причина за болка в гърба.

Ето защо трябва да се търсят и отстраняват когато това е възможно рисковите фактори в ежедневните дейности в дома и училището на децата и юношите. Основните рискови фактори за поява на болка в гърба при подрастващите, могат да се обобщят така:

1. Фактори, определени от начина на живот: наднормено тегло или затлъстяване, вредни навици и хранителен режим, неправилно статично положение при продължително гледане на телевизор или работа с компютър, липса на физическа активност както и заседнал начин на живот;
2. Физиологични фактори: свързани с мускулно-скелетната система;
3. Фактори, свързани с учебния процес: носене на тежки раници, неудобни училищни мебели, неправилна стойка; носене на предмети и ученически чанти изключително с едната ръка;
4. Психосоциални фактори: семейство, социална среда, емоционални фактори, хиперактивност и поведенчески проблеми;

Всичко това дава основание да се направи извода, че болката в гърба при подрастващите е многофакторно обусловена.

Изключително важно е ранното диагностициране на порочната стойка и гръбначни изкривявания с оглед възможността за коригирането им чрез кинезитерапия. ОПЛ целенасочено трябва да търси тази патология и да извършва здравно - промотивно обучение за избягване на коригируемите рискови фактори. При всеки профилактичен преглед той трябва да направи:

1. Оглед на гърба и гърдите с проследяване на нивото на рамене, скапули, разположението на пъпа, на млечните жлези, оглед на профила на гърба и т.н.
2. Проследяване на процеси спинози по хода на гръбначния стълб.
3. Определяне подвижността на гръбначния стълб-наклон встрани и напред.
4. Преценка на талийните триъгълници.

Основен метод в лечението на гръбначните изкривявания е кинезитерапията под формата на изправителна

гимнастика. Тя играе основна роля при лечението на порочната стойка и сколиозата и включва:

1. Коригираща стойката и походката гимнастика;
2. Гимнастика, повишаваща подвижността на гръбначния стълб и тонуса на гръбната мускулатура;
3. Аналитична гимнастика;
4. Дихателна гимнастика;
5. Гимнастика повишаваща общия физически капацитет;

Освен това, в съображение влизат и други физиотерапевтични процедури, както и лечебен масаж. При структурните форми на сколиозата, когато процесът е обхванал с трайни промени прешлените и гръдния кош, консервативното лечение и по-специално средствата на лечебната физкултура имат по-слаб ефект, поради което е наложително комбинирането им с корсети и или оперативно лечение.

ОПЛ са първите, към които подрастващите или техните родители биха се обърнали при наличен вече проблем с болка в гърба. Откриването на причината за болката и поставянето на диагноза е голямо предизвикателство и изисква задълбочена анамнеза и изследвания. Образна диагностика до голяма степен може да бъде в помощ за изясняване на причината за болка в гърба при подрастващите, но основното все пак остава добре снетата анамнеза и изследване на физикалния статус.

Анамнезата трябва да включва:

1. Характеристика на болката (местоположение, характер, начало, продължителност, промяна по време на движение и покой, влошаващи или облекчаващи фактори, нощни болки);
2. Наличие на травма - остра или хронично повтаряща се;
3. Наличие на симптоми на възпаление (сутрешна скованост, подобряване при раздвижване);
4. Системни симптоми (повишена температура, нощно изпотяване, загуба на тегло);
5. Неврологични симптоми (радикулопатии, слабост на мускулатурата, дисфункция на пикочния мехур);
6. Походка;
7. Психосоциални фактори, фамилен анамнез, вредни навици;

По време на клиничния преглед, лекарят трябва да обърне внимание на стойката и походката, да се опита да възпроизведе болка на пациента, да отчете обема на извършваните активни и пасивни движения. Анализирайки подробно оплакванията на пациента, личния лекар по-лесно би се насочил към типа болка - специфичен или неспецифичен.

При установяване на гръбначно изкривяване ОПЛ трябва да спомогне за сформирание на екип от физиотерапевти, ортопеди и кинезитерапевти с цел навременно и адекватно лечение. За съжаление, тенденция в последните години е твърде късното диагностициране на гръбначните изкривявания, а е доказан факт, че колкото по-рано започне лечението, толкова по-ефективно е то. Основната причина за това се свързва с липсата на

наблюдение от училищните лекари, отпадането на групите по ЛФК и най-вече липсата на информираност на ОПЛ и обществото за това кой и къде може да проведе адекватно лечение.

Изпълнението на този лечебен план е приоритет на физиотерапевти и кинезитерапевти в тясна взаимовръзка с ОПЛ. Прогнозата на гръбначните изкривявания е в тясна зависимост от възрастта на детето, степента, етиологията на заболяването, анатомичните особености, локализация и др. фактори. Ето защо ранната диагностика, системното наблюдение и ранното и контролирано лечение организирано от ОПЛ може да доведе до недопускане на груби изкривявания на гр. стълб.

Особено важен е акцентът върху здравно-промотивното обучение на децата и юношите, което е приоритет на ОПЛ и се състои в оформяне на правилни двигателни навици за избягване на рисковите патологични пози на тялото в ежедневните дейности в дома и училището.

Основни елементи на здравно промотивното обучение са:

1. Правилна позиция на тялото при ежедневни дейности в дома (гледане на телевизия; работа на компютър и т.н)
2. При носене на предмети – разпределени в двете ръце, носене на раница
3. Сутрешна гимнастика
4. Спорт в свободното време (плуване)

В заключение може да се каже, че за профилактика на болките в гърба при подрастващите са необходими превантивни мероприятия, насочени към подходяща

физическа активност, насърчаване здравословния начин на живот и предотвратяване на мускулно – скелетните увреждания. При добра подготовка, ОПЛ и преподавателите в училищата трябва да разясняват рисковите фактори за възникване на гръбначни изкривявания и насочено да търсят всяко отклонение от нормалната стойка, което по-късно би довело до деформация.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Bernstein R. M., Cozen H., Evaluation of Back Pain in Children and Adolescents, Am Fam Physician, 2007, December 1; 76 (11): 1669-1676
2. Houghton Kr., Review for the generalist: evaluation of low back pain in children and adolescents, Pediatric Rheumatology, 2010, 8:28
3. Literature Research for the EU-funded Project: Pain in the back: Avoiding back pain in children and teenagers
4. Гачева Й., Бойкинов И., Сарафова Н., „Физикална терапия и рехабилитация на заболяванията в детската възраст”, изд. „Медицина и физкултура”, 1987
5. Каранешев Г., Черногорова С., Цакова Г., „Изправителна гимнастика”, изд. „Медицина и физкултура”, 1982
6. Костадинов Д., „Болки в гърба и кръста”, изд. „Медицина и физкултура”, 2007
7. Манчева Н., „Лечебна физкултура”, изд. „Медицина и физкултура”, 1960

ОЦЕНКА И САМООЦЕНКА НА УМЕНИЯТА НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЗДРАВНА ПРОМОЦИЯ В УЧИЛИЩЕ

Георгиева С., А. Велкова, М. Камбуrowa

*Катедра „Социална и превантивна медицина“,
Медицински университет – Плевен*

Abstract: Human health is formed by the influence of several positive and negative factors. The majority of them manifest their impact in childhood. The knowledge and control of these factors are important preconditions for improving public health. The responsibility is shared between parents, teachers, politicians, physicians. The role of school health workers in this process is very important. The aim of this study is to investigate the self-assessment of school nurses about their competency in the field of health promotion and evaluation of their work by health promotion experts at regional level. Data was collected by self-administered questionnaire among 105 school nurses in the region of Pleven. Most of the respondents report good self-assessment of their skills and motivation for work but they want to upgrade their knowledge in this field. There is a necessity of continuing education programs and improvement of infrastructure and resources for health promotion at school.

Key words: health promotion at school, school nurses, public health

УВОД

Здравния статус на популацията в много голяма степен се обуславя от фактори, чието въздействие започва в детството. Проучвания от различни страни през последните три десетилетия представят доказателства, че начинът на хранене, двигателната активност, условията на физическата среда и други фактори при децата са от значение за здравето им в активна възраст и през целия предстоящ живот. Въпреки разширяващите се познания за рисковите фактори в съвременното общество се утвърждава нездравословен модел на поведение, което обуславя широкото разпространение на хроничните неинфекциозни заболявания и тяхното водещо място сред причините за умиране и инвалидизиране (4).

Проявлението на вредните ефекти на рисковите фактори зависи от възрастта, на която започва тяхното въздействие, тъй като от това се определя продължителността на експозицията. Наличието на рискови фактори в ранните етапи от живота обуславя натрупването на риска с течение на времето и повишаване вероятността за развитие на заболяване в активна възраст. Ефективността на профилактичните мероприятия също се определя от момента на провеждането им. Значимо и трайно ограничаване на пандемията от хронични заболявания може да се очаква от здравно-промотивни и профилактични интервенции започнали в детството, поради техния радикален и дългосрочен ефект.

Познаването и контролирането на рисковите фактори в детска възраст е важна предпоставка за подобряване на общественото здраве. Отговорността за това се споделя от родители, педагози, политици, лекари, като особено важна в този процес е ролята на здравните професионалисти, работещи в училищата (2,3).

Основна фигура в училищното здравеопазване е училищната медицинска сестра, чиито функции, задължения и отговорности са многообразни и непрекъснато се увеличават, като изискват все по-високо качество на медицинските грижи и самостоятелност на сестринската професия (1,2). Въпреки, че традиционно медицинската сестра в училище е възприемана като отговорна за болните и пострадалите, все повече тя се налага и като водеща фигура за събиране на епидемиологични данни за различни заболявания и за идентифицирането на признаци на сериозни общественоздравни проблеми в училищната общност (употреба на алкохол сред учащите, наркомании, ранна и нежелана бременност). Разширява се участието и в осъществяването на здравновъзпитателни дейности чрез атрактивни и въздействащи форми и методи (4). Справянето с посочените дейности и задачи предполага повишаване на образователно ниво на училищните медицински сестри и придобиване на специфични познания и практически опит в сферата на здравната промоция.

ЦЕЛ

Целта на настоящото проучване е да отрази самооценката на училищните медицински сестри относно техните умения и мотивация за осъществяване на промоция на здраве в училище, както и мнението на експер-

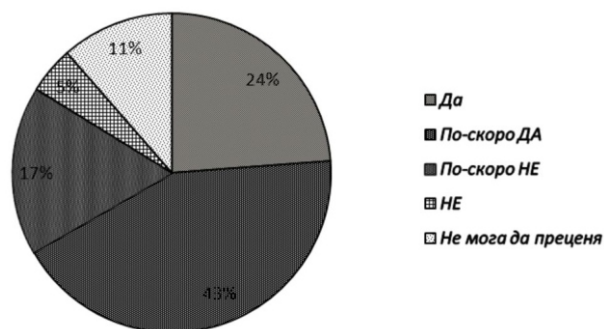
Address for correspondence:

С. Георгиева, гр. Плевен 5800, ул. „Братя Миладинови“ 28, ап. 4
e-mail: libra@mbox.contact.bg

тите по промоция на здравето към Регионална здравна инспекция (РЗИ), под чието ръководство работят училищните здравни кабинети.

Материал и методи: Проведена е пряка индивидуална анкета със 105 училищни медицински сестри и с 15 експерти по промоция на здравето от РЗИ в град Плевен. По-голяма част от участниците са на възраст над 50 години и с повече от 15-годишен трудов стаж. Сред медицинските сестри преобладават лицата с образователно-квалификационна степен “специалист”. Резултатите са обработени със статистическа програма SPSS for Windows v. 13.0.

Резултати и обсъждане: Резултатите от проучването показват че, две трети от анкетиранияте сестри смятат, че познават добре основните детерминанти на здравето и принципите на здравната промоция. Останалите 33% не са напълно убедени или не могат да дадат ясна преценка доколко добре са запознати с концепцията за промоция на здравето. Това в голяма степен се дължи на факта, че не са изучавали тази дисциплина в базисното си обучение за медицински сестри.



(Фиг. 1). Познавате ли добре основните принципи на промоцията на здравето?

Болшинството от анкетиранияте намират своята работа за важна и отговорна и вярват в ползата от промотивните дейности, което ги мотивира да работят с търпение и постоянство в тази област. Над 90% от тях са убедени до голяма степен, че усвояването на принципите на здравната промоция в училище е предпоставка за здравето и трудоспособността на децата в тяхната активна възраст. Това обяснява и тяхното желание и готовност да участват в следдипломни квалификационни курсове и проекти по промоция на здравето на училищно, общинско или национално ниво. Подчертан интерес се открива към проблемите на агресията в училище, хранене и сексуално възпитание на подрастващите.

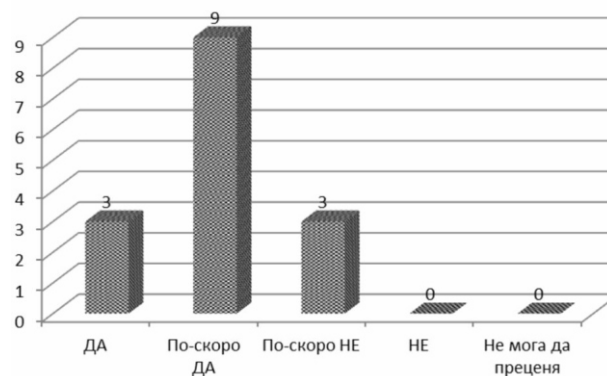
Медицинските сестри оценяват високо ролята си на здравен възпитател. Според 75% от анкетиранияте в училището, в което работят се провеждат достатъчно и системно здравновъзпитателни мероприятия, включващи както традиционните беседи, така и нагледни материали, прожектиране на филми, споделяне опыта на известни личности и други съвременни методи на здравно възпитание.

По-слаба е самооценката във връзка със събирането на информация за разпространението на заболявания и

рискови фактори сред учениците. Едва 30% от сестрите смятат, че имат достоверни данни за поведенческите рискови фактори на учениците от съответното училище, като информацията им се базира основно на лични наблюдения, данни на класния ръководител и по-малко на анкетни проучвания сред учениците.

Освен самооценката на медицинските сестри за тяхната квалификация и практическа работа, проучването изследва и мнението на експертите по промоция на здравето от РЗИ, които контролират и оказват методична помощ на работата на училищните здравни специалисти.

Експертите дават като цяло положителна оценка на работата на медицинските сестри в училище. Те смятат, че медицинската сестра може да се справи с всички задачи на училищен здравен специалист. Дванадесет от анкетиранияте 15 лица подкрепят твърдението, че медицинската сестра може да се справи успешно със разнообразните си задължения и отговорности. Нито един от тях не дава категорично отрицателен отговор на това твърдение.



(Фиг. 2). Смятате ли, че медицинската сестра може да се справи с всички задължения на здравен специалист в училище?

Едновременно с това обаче, те подчертават нуждата както от допълнителна теоретична подготовка, така и от усъвършенстване на практическите умения на медицинските сестри по промоция на здравето.

И двете групи анкетирани смятат, че медицинските сестри в училище могат да отделят нужното време за здравна промоция и да разпределят рационално времето си между различните си задължения и отговорности. Съобщават също за позитивна човешка среда и подкрепа от страна на началник, колеги, учители при осъществяването на такава дейност. По отношение достъпа до технически средства като интернет и телефон около 50% от анкетиранияте съобщават за такава наличност и също толкова за липсата им. Всички участници в проучването определят финансовите ресурси предвидени за здравна промоция като ограничени и недостатъчни.

ИЗВОДИ

Училищните медицински специалисти имат добра самооценка за познаване на основните

детерминанти на здравето и принципите на здравната промоция

Притежават добра мотивация за работа в областта на здравната промоция

Работата на училищните здравни специалисти се оценява добре от експертите по промоция на здравето в РЗИ

Медицинските сестри се нуждаят от подобряване на професионалната си квалификация в областта на промоция на здравето в училище. Те оценяват нуждата от това и изявяват желание и готовност да се включат в курсове и програми за повишаване на своите професионални компетентности

Съществува нужда от подобряване на материално-техническата и технологичната база на училищните здравни кабинети, както и система за обмен на опит и информация между професионалистите в тази област.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Промоцията на здравето като генерална концепция на общественото здраве е широко възприемана и прила-

гана в развитите страни. Въпреки редица трудности от организационен и финансов характер тя намира все по-широко приложение и в България, особено в сферата на детското и училищното здравеопазване. Инвестициите за позитивни ефекти върху здравето имат най-добър ефект и възвращаемост, когато са насочени към децата и подрастващите като бъдещото трудоспособно население на страната. Училищните здравни специалисти осъзнават добре своите отговорности в тази насока и се стремят да отговарят на повишените изисквания към техните професионални качества.

ЛИТЕРАТУРА

1. В. Борисов, С. Попова, К. Шопова, 1998 г. Промоция на здравето, 91-93
2. www.nursing-bg.com. Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи. Проблеми на детското и училищното здравеопазване – кръгла маса
3. *Journal of Advanced Nursing* **41(5)**, 490-498 Whitehead D.2003. Evaluating Health promotion: a model of nursing practice
4. WHO. 2005. The European Health Report. **Part 3**. Child and adolescent health and development.

ФИЗИЧЕСКАТА АКТИВНОСТ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ ФОЗ – ФАКТОР ЗА ПРОМОТИВНО ЗДРАВНО ПОВЕДЕНИЕ

Младенова С.

Summary: One of the factors of health promotion is the active sport activity.

Purpose of the study is to examine what is the physical activity of students, studying the specialty “Health care management” in the Faculty of Public health. Examined are also the possibilities for change of behavior into healthier one. **Material and method:** By means of an anonymous sociological questionnaire, we examined the health behavior of students of the specialty “Health care management”, from the full- and part-time form of education in relation to the physical activity. All students are with a base medical specialty from a Medical college and have worked or are working now in the county’s health system. In the study took part 73 students. **Results and discussion.** The received results are negative and show that the greater part of the inquired does not go in for sports and does not practice tourism.

Key words: physical activity, health promotion behavior, students

Един от факторите за подържане на човешкото тяло в добра кондиция е оптималната двигателната активност. Съвременния човек, който все повече се облагодетелства от постиженията на науката и техниката постепенно се обездвижва, а съчетаването с поемането на високо калорийна храна води до повишен риск от заболявания. В. Борисов определя здравословния стил на живот като „конкретен тип, система от жизнени дейности, целенасочен към съхранение и подобряване на здравето на отделния човек и на обществото. Здравословния стил на живот е синтезиран израз на основните, типичните за даден човек или група черти на позитивното здравно поведение” (1).

Според Е. Шипковенска „Физическата активност се определя като „движение на тялото осъществявано чрез мускулна сила и изразходване на енергия”. Тя се измерва със степента, до която изразходваната енергия надвишава базалния метаболизъм”.

Обездвижването е съществен рисков фактор за ССЗ, защото е възможно да провокира появата на заболявания като: затлъстяване, сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет тип II, метаболитни и злокачествени заболявания и др. (2).

ЦЕЛ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Целта на изследването е да се проучи каква е физическата активност на студентите от ФОЗ от специалността “Управление на здравните грижи” и какви са възможностите за промяна на поведението им към по-здравословно.

Address for correspondence:

S. Mladenova, Faculty of Public Health, Medical University - Sofia,
8 Bialo More, 1527 Sofia, Bulgaria
e-mail: sylvia_m@abv.bg

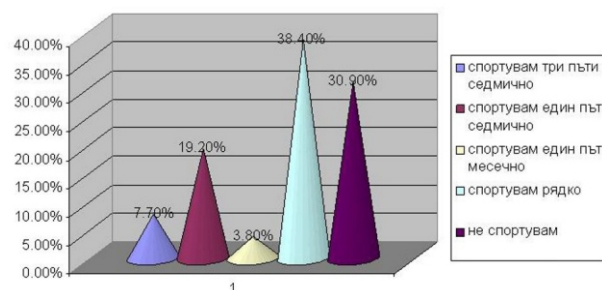
МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Чрез анонимна анкета е проучено здравното поведение на студентите от специалността „Управление на здравните грижи”, обучаващи се в редовна и задочна форма на обучение. Всички студентите са с базова медицинска специалност от Медицински колеж и са работили или в момента работят в здравната система на страна. В изследването са включени 73 студенти.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Получените резултатите са негативни и показват, че по-голяма част от изследваните не спортуват и през свободното си време не практикуват туризъм.

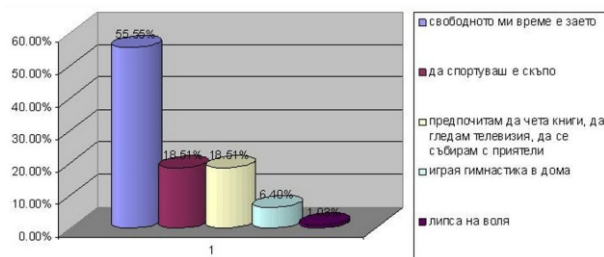
Спорта и физическата активност могат в значителна степен да подобрят здравният статус на студентите и да служат като превантивен фактор на много заболявания. Дали практикуват някакъв вид двигателна активност ни дава отговор на следния въпрос „Спортувате ли?”. Резултатите и на този въпрос не дават положителни индикации.



Фиг.1 Физическа активност на медицинските специалисти

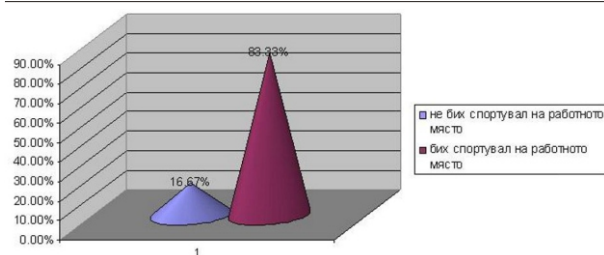
Най-висок е относителният дял 38,40% на групата, която спортува рядко по-малко от един път месечно, което показва, че спорта се практикува инцидентно от ан-

кетираните не е планиран и системен и ефективността у е много по-ниска, а понякога моментното натоварване може да стресираща организма и да има и отрицателен ефект. Следва групата, която изобщо не спортува /30,90%/ това е почти 1/3 от анкетираните и показва една отрицателна насока. Значително по-малък /19,20%/ почти 1/5 спортуват един път седмично, което показва, че е нисък относителният дял на тези, които практикуват някакъв вид спорт планомерно и системно. Три пъти в седмицата спортуват едва 7,70% от анкетираните, което показва, че е много нисък процент на тези, които имат добра двигателна активност. Най-нисък е дялът 3,80% на тези, които спортуват един път месечно.



Фиг. 2 Причини поради, които не се спортува

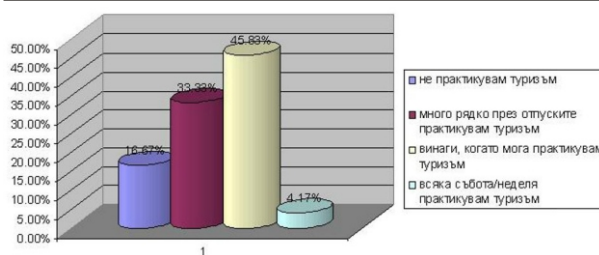
Интересно е какви са причините, за да не спортуват медицинските специалисти, затова бе зададен въпроса „Ако не спортувате активно или за удоволствие какви са причините за това?“



Фиг.3 Възможност за спортуване на работното място

Най-висок е относителният дял /55,55%/ на тези, които не спортуват, защото нямат свободно време, което в забързаното ежедневие е често посочвана причина, но много често зад нея се прикрива оправдание за нежеланието да се спортува. За 18,51% спорта е недостъпен понеже да спортуваш е скъпо, което говори за недостатъчни доходи. Същият относителен дял от анкетираните са посочили, че в свободното си време предпочитат да четат книги, да гледат телевизия и да се събират с приятели, което показва, че не считат, че спорта е необходим за добрият тонус на тялото. Малка част /6,40%/ играят гимнастика в дома и считат, че това е

достатъчно, за да поддържат добра физическа активност. Въпреки, че въпроса е от закрит тип 1,03% са посочили, че не спортуват поради липса на воля. Анкетираните бяха попитани дали биха спортували, ако имат подходящи условия на работното си място, положително е, че 83,33%, което е повече от 80% от респондентите отговарят позитивно, че биха спортували, ако имат тази възможност. На медицинските специалисти бе зададен въпроса “Практикувате ли туризъм през свободното си време и колко често?”. Отговорите показват, че най-голям е относителният дял на тези, които ходят на туризъм винаги когато могат, но това показва, че вероятно имат добри намерения и липсата на време се явява оправдание. Почти 1/3 от изследваните /33,33%/



Фиг.4 Възможности за практикуване на туризъм

практикуват туризъм много рядко през отпуските. Тези, които не ходят на туризъм са почти 1/3 от изследваните и показва отрицателна тенденция, че има здравни специалисти, които не отделят време и нямат за желание за физическа активност сред природата, която ще повиши мускулния тонус.

В заключение може да се направят следните изводи:

1. Физическата активност на студентите от специалността “Управление на здравните грижи” е ниска и те не могат да бъдат пример за подражание от населението.
2. Най-чисто изтъквана причина, за да не спортуват медицинските специалисти е голямата ангажираност.
3. При наличие на подходящи условия здравните кадри биха спортували на работното си място.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов В., С. Попова, Л. Георгиева, К. Шопова, Промоция на здравето, София, 1998, изд. Арсо, стр. 66-70.
2. Шипковенска, Е., Л. Георгиева, Г. Генчев, Пл. Димитров, Й. Борисова, Приложна епидемиология и медицина базирана на доказателствата, София, 2002, изд. “Делфи”, стр.21-36.

ХЕМАТОЛОГИЧНИ ПОКАЗАТЕЛИ НА ДЕЦА НА 6 И 12 МЕСЕЧНА ВЪЗРАСТ ОТ ГРАД ВАРНА

Порожанова Ст., К. Петрова

Катедра "Хигиена и БС" МУ Варна

Поддържането на нормално ниво на Хемоглобина е важен фактор за здравето на децата и за правилното им физическо и нервно-психическо развитие. Отчитайки важността на хематологичните показатели в България е въведено задължително им проследяване на 6, 12 и 36 месечна възраст.

Напаление на Хемоглобина и желязен дефицит настъпват най-често при неправилно, едностранчиво хранене и по късно захранване. В България по литературни данни (1,8,9) около 18-20% от децата са с латентен или изявен желязен дефицит.

Във връзка с актуалността на проблема си поставихме за задача да проучим и проследим динамиката на хематологичните показатели на деца на 6 и 12 месечна възраст от гр. Варна.

ПОСТАНОВКА И МЕТОДИ

Проучени са хематологичните показатели на 400 деца (205 момчета и 195 момичета) родени здрави, доносни, от едноплодна бременност. Обхванати са деца родени 2006 – 2009 година в гр. Варна. Хематологичните показатели са проследени на 6 и 12 месечна възраст. Определени са Hb, Eг, Ht, MCV, MCH, MCHC. Данните са взети от проведените задължителни профилактични прегледи.

Според литературните източници (4,5,9) нормата за Хемоглобин при деца на възраст 3-12 месеца е 107-131g/l. За нисък при деца на 6 и 12 месеца се прие хемоглобин под 107g/l.

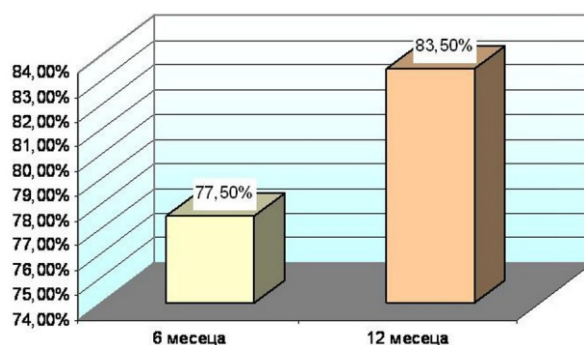
Данните са обработени по методите на вариационния и алтернативен статистически анализ.

РЕЗУЛТАТИ

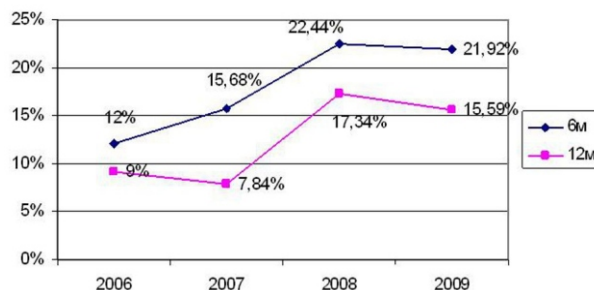
С нормален Хемоглобин на 6 месечна възраст са 77,5% от изследваните деца. На 12 месечна възраст относителният дял на децата с нормален Hb се увеличава достоверно и достига 83,5% ($p < 0,05$) (фиг.1).

Не се установяват статистически достоверни различия в хематологичните показатели при изследваните деца. Направи се проследяване на процента на децата с нисък Hb по година на раждане (от 2006 до 2009 г.). Уста-

новява се тенденция за постепенно увеличаване процента на децата с нисък Хемоглобин през проследения период както на 6 така и на 12 месечна възраст (фиг. 2). При проучване на броя на еритроцитите и хематокрита не се установиха промени за изследвания период.



Фиг. 1. Процент на децата с нормален хемоглобин на 6 и 12 месечна възраст



Фиг. 2. Процент на децата с нисък хемоглобин (под 107g/l) при профилактичен преглед

Направено е сравняване на параметрите на еритроцитите (брой (Eг), среден обем (MCV), средно съдържание на хемоглобин в един еритроцит (MCH) и средна концентрация на Hb в еритроцитите (MCHC)) между деца с нормален и с нисък хемоглобин. Установява се, че децата с хемоглобин под 107g/l имат по-ниски стойности по тези показатели от децата с нормален хемоглобин (фиг.3 и фиг.4). Статистическа достоверност ($p < 0,001$) се установява при децата на 12 месечна възраст.

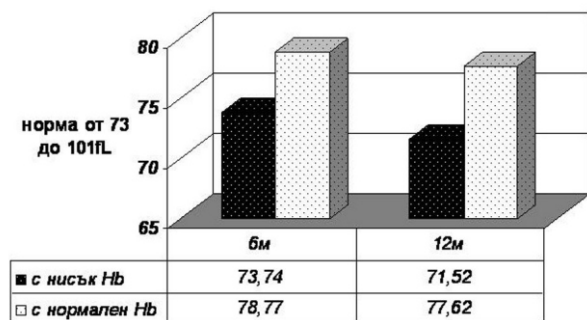
Тези резултати потвърждават, че водеща причина за нисък Hb в изследваната група е дефицит на желязо. При други хранителни дефицити (на Vit. B₁₂, фолиева киселина) MCV, MCH и MCHC се повишават.

Нормално е след 3 месечна възраст децата да увеличават хемоглобина си и през пубертета да достигнат нормите за възрастни. Установяваме, че при 19% от децата

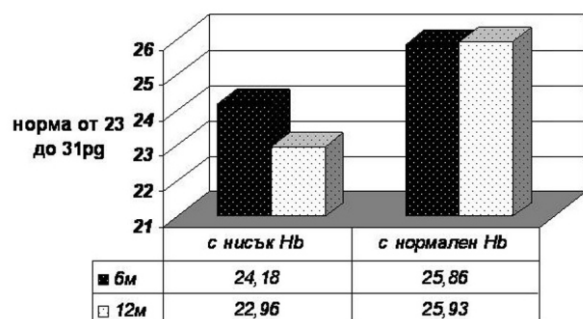
Address for correspondence:

Ст. Порожанова, Варна, кв. Младост, бл. 109, вх. 5, ет. 4, ап. 90
e-mail: staniela_porozhanova@abv.bg

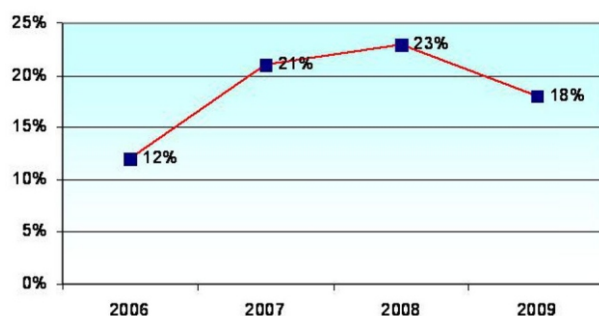
се наблюдава спад на хемоглобина на 12 месечна възраст спрямо 6 месечна. За спад приехме намаляване на хемоглобина с повече от 5g/l.



Фиг. 3. Среден обем на еритроцита при деца с нисък и нормален хемоглобин



Фиг. 4. Средно съдържание на Hb в 1 еритроцит (MCN) при деца с нисък и нормален хемоглобин



Фиг. 5. Процент на деца намалили Hb си с повече от 5 g/l на 12 месеца спрямо 6 месечна възраст

Установява се тенденция за покачване на процента на децата със спад на хемоглобина сред родените след 2006 г. Разликата обаче не е статистически достоверна (фиг. 5).

ОБСЪЖДАНЕ

Недоимъкът на желязо е най-честата причина за нисък хемоглобин в кърмаческа възраст (3,4,5,8,9). Майчината кърма е сравнително бедна на Fe (0,06-0,1mg/100ml). Високата усвояемост на желязото в нея (80-100%) и наличието на депа образувани в края на вътреутробния

период предпазват кърмачето от недоимък до удвояване на телесната му маса (4-5 месечна възраст).

Във връзка с директивите на СЗО за подпомагане на кърменето, през последните 3-4 години в България се промени схемата за хранене (2). На децата немлечни храни се включват на 5 месечна възраст за разлика от възприетата преди това схема с прием на плодов сок от 2 м. и зеленчуково пюре от 4 м. Това забавя включването на храни богати на лесно усвояемо Fe (жълтък, месо), както и на храни подобряващи резорбцията на Fe (плодове).

С това свързваме отчетените промени в хематологичните показатели след 2006 година.

За предотвратяване на Fe дефицит в много страни е прието в готовите храни за хранене да се добавят Fe соли. На нашия пазар също има фортифицирани инстантни кашки. Желателно е да се обогатяват насочено и други детски храни.

ИЗВОДИ

1. Установява се, че преобладаващата част от изследваните деца имат нормални хематологични показатели.
2. Наблюдава се тенденция за нарастване на процента на децата с нисък хемоглобин от 2006 до 2009 година.
3. При 19% от децата се установява намаляване на Hb на 12 м спрямо 6 месечна възраст, повече при децата родени след 2006 година.
4. Хематологичните показатели (Eg, MCV, MCH, MCHC) на деца с нисък хемоглобин са указание за наличие на Fe дефицит.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ангелова М., Стратегии за контрол на микронутриентните дефицити, Здравни грижи 2010, **бр.2**, стр. 35-42
2. Дойчинова А., Хранене на детето от 0 до 3 години, *Сестринско дело* 2009, год. XLI, приложение 1, стр. 10-37
3. Кертикова-Маринчева С., Профилактика на желязонеодоимъчните състояния в детската възраст, *Практическа педиатрия* 2006, **бр. 4**, стр. 2-6
4. Лисичков Т., Т. Мешков, Клинична хематология II част, София 2004
5. Михов Т., Т. Шмилев, Семиотика на детските болести, ИК-ВАП, 2005, стр.67-81
6. Петков Г., Ст. Пъпанов, В. Иванов и др. Върху желязната хомеостаза, *Педиатрия* 2008, **бр. 1**, стр. 29-34
7. Петрова К., Хемоглобинова концентрация при деца от 1 до 3 годишна възраст от район с развита химична промишленост, Сборник доклади от Юбилейна научна сесия на СУБ Пловдив, Пловдив 1999, стр. 61-64

-
- | | |
|--|---|
| 8. Петрова К., Оценка на риска от желязодефицитни състояния при деца от 1 до 3 годишна възраст от град Варна, <i>Хигиена и здравеопазване</i> 1998, 2/3 стр. 25-28 | 9. Тимев И., Хранително свързани анемии, <i>Наука Диететика</i> 2011, бр. 1 , стр. 11-15 |
|--|---|

ЗДРАВΟΣЛОВЕН НАЧИН НА ЖИВОТ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТ

Юстиниянова Б., Е. Христова, Д. Димитрова

Медицински университет - Варна

SUMMARY

A transversal inquiry study was conducted on the healthy way of life during pregnancy of 106 women with average age $28 \pm 5,1$ yrs., attending School for parents in the town of Varna. The following subjects have been studied: 1. Food consumption and nutrition behavior. 2. Negative behavior habits (consumption of alcohol and tonic beverages, smoking and taking drugs). 3. Some aspects of cavity-protection prophylactics. 4. Physical activity. 5. Information for healthy way of life. Generalized results of the study show that in the prevailing part of the pregnant women nutrition is healthy and is characterized with proper food consumption and nutrition behavior. Negative behavior habits as consumption of alcohol and tonic beverages, smoking and taking drugs are risk factors for pregnancy. The interviewed have pointed out that during pregnancy they do not smoke, do not consume alcohol, and do not use narcotic substances. 14% drink 1-2 cups of caffeinated coffee daily, 11% drink decaffeinated coffee, and 6,2% substitute coffee with Coca-Cola. According to 95,4% of the pregnant women the physician in dental medicine did not direct them to consumption of nutrition products with cavity-protective action. The interviewed have good oral hygiene. 77% of the women maintain physical activity, as 41,5% are practicing exercises for pregnant, 6,2% walk 3 km every day, 3,1% swim when they have the chance, 23% have pointed out that they do not maintain physical activity. They receive information for healthy way of life mainly from: friends (83,1%), specialized websites (81,5%), School for parents (63,1%). School for parents is an adequate form for improvement of health culture of pregnant women.

Key words: School for parents, pregnant women, nutrition, physical activity, negative behavior habits

Бременността е физиологично състояние и начинът на живот има съществено значение за здравето на жената и за нормалното развитие на плода. Здравословният начин на живот е лично поведение, което се изгражда върху научно обосновани норми и е процес насочен към усвояване на знания, навици и умения за балансирано хранене, физическа активност и поведенчески навици, съобразени с физиологичното състояние на жената по време на бременност.

Реформата в здравеопазването създаде необходимост от нови форми за съвременна пренатална подготовка на бременните организирани от частни лица, а по-късно и от лечебни заведения и неправителствени организации. В това отношение подходяща форма е Училището за родители, където жените получават информация и усвояват практики за пренатална подготовка (1). Оценявайки здравната и социална значимост на проблема си поставихме за цел да се проучат факторите на здравословния начин на живот при бременни жени, посещаващи Училище за родители.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проведено е трансверзално анкетно проучване на здравословния начин на живот по време на бременността на 106 жени, посещаващи Училище за родители в град Варна. Във връзка с поставената цел са изследвани:

1. Хранителен прием и хранително поведение.
2. Негативни поведенчески навици (консумация на алкохолни и тонизиращи напитки, тютюнопушене и прием на наркотици).
3. Някои аспекти на кариеспротективната профилактика.
4. Физическа активност.
5. Информираност за здравословен начин на живот.

Информацията е събрана чрез анонимна анкетна карта, попълвана индивидуално, която включва въпроси за възраст, социален и здравен статус, хранително поведение, вредни поведенчески навици, физическа активност, орална хигиена и др.

Статистическата обработка на данните е извършена със SPSS for Windows ver. 12.00.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

В Училището за родители курсовете по теория и практика следват философията на традиционната българска

Address for correspondence:

Б. Юстиниянова, Медицински университет, 9002 Варна ул.
Марин Дринов № 55
e-mail: bisera_23@abv.bg

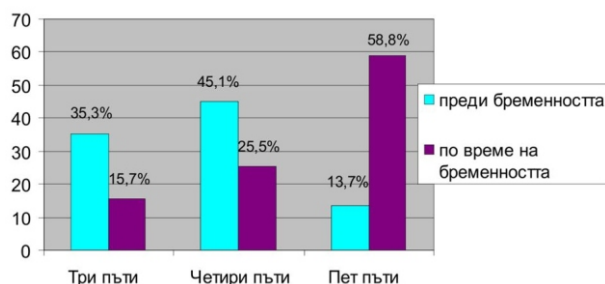
пренатална подготовка, съчетана с модерното виждане на европейските практики в тази област. В обучителните модули се включват партньори и близки на бременната жена, които съзнателно и отговорно планират бременността и родителството. Там се усвояват практики за пренатално здравословно поведение, запознават се и с особеностите в храненето при бременност (1).

Резултатите от проучването показват, че средната възраст на анкетираните жени е $28 \pm 5,1$ г., като най-висок е относителният дял на жените в репродуктивната възраст между 18 и 37 години (общо 90,8%). Преобладаващата част определят социално-икономическия си статус като добър (47,7%) и много добър (49,2%). С висше образование са 78,5% от жените и 21,5% са със средно специално образование. Омъжени са 60,7%, живеят на семейни начала 33,4% и 5,9% са неомъжени. Всяка втора анкетирана преценява месечния доход на семейството си като достатъчен, но при 12,3% е крайно недостатъчен. Настоящата бременност е първа за 69,2%, втора за 23,1% и трета за 7,7%. Бременността е желана и за двамата родители.

Данните от проследяване на бременността показват, че при 93,8% от жените е нормално протичаща, но за 6,2% е съпътствана с усложнения, като най-чести са контракции, гадене, повръщане и отоци.

Храненето на бременната има специфични особености в различните периоди на бременността. Хранителният прием трябва да бъде четирикратен през I триместър и петкратен през II и III триместър, като през последните два месеца се препоръчва 6-10 кратен, т.е. по-чести приеми на малки количества храна (3).

Кратността на хранителните приеми е представена на фиг. 1.



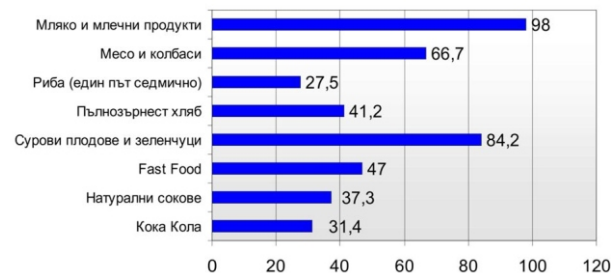
Фиг. 1. Режим на хранене (кратност на приемите)

Преди бременността преобладаващата част от жените (80,4%) имат три и четири кратен режим на хранене. По време на бременността се хранят четири пъти дневно 25,5%, а 58,8% - пет пъти, т.е. при 84,3% кратността на хранителните приеми е правилна. Поради съпътстващите бременността гадене и повръщане, установени при всяка трета от анкетираните бременни, се препоръчват по-чести приеми на неголеми количества храна за по-лесното ѝ усвояване. Според 25% от жените бременната трябва да се храни от 6 до 10 пъти дневно, въпреки това нито една от тях не спазва това правило, особено важно през трети триместър.

Бременността изисква промени в хранителното поведение и някои хранителни навици.

Сутрешната закуска е здравословен хранителен навик. Резултатите показват, че редовно закусват 70,6%, докато преди бременността са закусвали само 31,4% от жените. Гаденето и повръщането могат да бъдат причина за пропускане на сутрешната закуска, установено при 15,7% от бременните.

На фиг. 2 е представена честотата на консумация на различни хранителни продукти.



Фиг. 2. Ежедневна консумация на някои хранителни продукти(%)

Интерес представлява честотата на консумация на хранителни продукти, които са източници на пълноценни белтъци, влакнини, лесно усвоими биологично-активни вещества (калций, витамин D, хемово желязо, омега-3-мастни киселини и други микронутриенти).

Анализът на данните показва, че млякото и млечни продукти присъстват достатъчно в хранителния прием на бременните. Ежедневно приемат мляко и млечни продукти (сирене, кашкавал, извара) 98% от анкетираните. За ежедневна консумация на месо и колбаси съобщават 66,7%, като предпочитани са птичето месо от 98,1% и постните червени меса от 84,3%.

Според препоръките за здравословно хранене риба трябва да се консумира от два до три пъти седмично. Консумират риба само един път седмично 27,5% от бременните, а 66,7% от 2 до 3 пъти месечно. Негативна тенденция в българския модел на хранене е много ниската консумация на риба, което се потвърждава от нашите резултати и тези от други проучвания, в които се съобщава за недостатъчен прием на риба от бременни (2) и жени в репродуктивна възраст (4, 5).

Пълнозърнест хляб консумират 41,2%, въпреки че два пъти повече (82,4%) са посочили, че трябва да бъде включен в дневното меню на бременната.

Суровите плодове и зеленчуци са предпочитана храна от бременните, което е в съответствие със съвременните препоръки за хранене. Всеки ден приемат сурови плодове и зеленчуци 84,2% от анкетираните, като 96% са посочили, че ги включват задължително в някои от хранителните си приеми. Данните са близки до тези на други автори (2, 3). Ежедневно пият натурални сокове 37,3%. Интересен факт е, че 62,7% избягват консумацията им, вероятна причина за което е добавянето на захар, консерванти и оцветители.

Преобладаващата част от жените са посочили, че по време на бременността избягват да консумират нездравословни пържени и пикантни храни, пушени месни и рибни продукти, тестени и сладкарски изделия, fast food, газирани напитки. Нашите резултати се различават от данните на други автори (7) за ниски нива на консумация на плодове и зеленчуци, висок прием на fast food и безалкохолни газирани напитки.

Анкетираните бременни преценяват информираността си за здравословно хранене като много добра (56%) и добра (24%), а за 16% е удовлетворителна.

Негативните поведенчески навици като консумация на алкохол, тонизиращи напитки (кафе, кока коле), тютюнопушене и прием на наркотици са рискови фактори за бременността. Доказано е токсичното действие на алкохолните напитки и наркотичните вещества върху плода, поради което не се препоръчват по време на бременност. Тютюнопушенето е един от рисковите фактори за ниското тегло на новороденото. Нашите резултати показват, че анкетираните по време на бременността не консумират алкохол, не пушат и не употребяват наркотични вещества. Преди бременността ежедневно са пушили 18,5% от жените, като 6,2% от тях са изпушвали от 6 до 10 цигари дневно. Марихуана са употребявали 3,1% от анкетираните. След забременяването те са посочили, че не пушат никотинови цигари и марихуана.

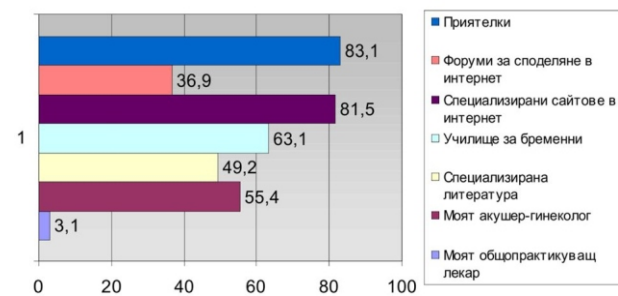
Неблагоприятното влияние на кофеина върху бременната и плода е свързано с повишен риск от спонтанни аборт, преждевременно раждане и анемия поради редуцираното усвояване на желязото от организма (3). По време на бременността 69,2% са посочили, че не консумират кафе. По 1-2 чаши дневно пият кафе с кофеин 14% и кафе без кофеин 11%, а 6,2% го заместват с кока коле.

Проучени са някои аспекти на кариеспротективната профилактика. Профилактични прегледи на оралния здравен статус редовно провеждат 44,6% от анкетираните, останалите 55,4% посещават лекар по дентална медицина само при болка, причинена от заболявания на устната кухина. Във връзка с профилактиката на зъбния кариес според 95,4% лекарят по дентална медицина не ги е насочвал към консумация на хранителни продукти с кариеспротективно действие. Само на 4,6% е обяснено кои храни са кариесогенни. Според 17,7% флуорната профилактика на зъбния кариес по време на бременност е полезна както за бременната, така и за плода. Анкетираните имат изградени оралнохигиенни навици като всички са посочили, че мият зъбите си сутрин и вечер с подходяща четка и паста за зъби, а 55,4% след всяко хранене изплакват устата с хладка вода.

Поддържането на физическа активност чрез подходящи упражнения, ежедневни разходки и плуване има доказан добър ефект върху здравето и психическото състояние на бременната (3). Тя действа превантивно върху увеличаването на теглото при бременни със затлъстяване и нормализирането му след раждането (6). Резултатите показват, че 77% от жените поддържат физическа активност. Правят специални упражнения

за бременни 41,5%, ежедневно ходят пеша около 3 км 6,2% и само 3,1% при възможност плуват. Не поддържат физическа активност 23% от анкетираните.

Информираността на бременните за факторите за здравословния начин на живот се преценява като много добра от 58,5% и добра от 24,6%. Недостатъчно са информирани 16,9%. Информацията получават основно от (фиг.3) приятелки (83,1%), специализирани сайтове в интернет (81,5%), Училище за родители (63,1%), акушер-гинеколог (55,4%). По-малко разчитат на специализираната литература и на общопрактикуващия лекар.



Фиг. 3. Източници на информация за здравословен начин на живот (%).

ИЗВОДИ

1. Преобладаващата част от анкетираните жени са с висше образование, добър и много добър социално-икономически статус. За 69,2% е първа бременност. При 93,2% бременността протича нормално, без усложнения.
2. При по-голямата част от бременните, посещаващи Училище за родители моделът на хранене е здравословен и се характеризира с правилен хранителен режим, хранително поведение и честота на консумация на пълноценни хранителни продукти. Недостатъчен е приемът на риба.
3. При анкетираните бременни не се установиха негативни поведенчески навици като консумация на алкохол, тютюнопушене и прием на наркотици. Някои от жените са запазили вредните си навици за консумация на fast food и тонизиращи напитки (кафе и кока коле).
4. Бременните имат добри оралнохигиенни навици, но не получават информация за кариесогенни храни и напитки от лекаря по дентална медицина.
5. Физическа активност поддържат 77% от бременните, предимно под формата на упражнения за бременни и ежедневни разходки.
6. Основни източници на информация за здравословен начин на живот по време на бременността са приятелките, специализираните сайтове в интернет и Училището за родители.
7. Училището за родители е подходяща форма за подобряване на пренаталната здравна култура на бременните.

КНИГОПИС

1. Димитрова Д., Пренатална и перинатална психология. Програми за родителска подготовка, Варна, 2011, 120-131.
2. Петрова К., Т. Димитрова, Н. Македонска., Хранителен прием, хранителни навици и поведение на бременни жени, Науката за хранене пред нови възможности и предизвикателства под ред. на Б. Попов, С., 2008, 121-123.
3. Петрова С., Препоръки за здравословно хранене преди и по време на бременност и при кърмене, Национален план за действие "Храни и хранене" 2005-2010, НЦООЗ, С., 2008, 3-17.
4. Юстиниянова Б., Д. Димитрова, Х. Бохчелян., Хранене и здравен риск за остеопороза при студентки, Науката за хранене пред нови възможности и предизвикателства под ред. на Б. Попов, С., 2008, 124-126.
5. Юстиниянова Б., П. Николова., Хранително поведение и антропометричен хранителен статус на студентки от медицински колежи, Медицински преглед, Сестринско дело, 2006, 38 том, 4, 3-10.
6. Mottola M. F., I. Giroux, R. Gratton et al., Nutrition and exercise prevent excess weight gain in overweight pregnant women, *Med Sci Sports Exerc.*, 2010, 42(2), 265-272.
7. Wen L.M., V.M. Flood, J.M. Simpson et al., Dietary behaviours during pregnancy: findings from first-time mothers in southwest Sydney, Australia, *Int J Behav Nutr Phys Act.*, 2010, **3**, 7,13.

СОЦИАЛНО ИКОНОМИЧЕСКИ ФАКТОРИ И РЕПРОДУКТИВНИ НАГЛАСИ И ПОВЕДЕНИЕ НА ЖЕНИТЕ

Рангелова Ж.¹, К. Докова²

1 Катедра по Икономика и управление на здравеопазването,

Медицински университет Варна,

2 Катедра по Социална медицина и организация на здравеопазването,

Медицински университет Варна

Въведение: Репродуктивното поведение е важен индикатор за общественото здраве. Национално-представителни проучвания в нашата страна показват, че идеален и желан е двудетният модел на семейство, но той се реализира във все по-малка степен за сметка на семейства с едно дете. Разкриването на доминиращите фактори за тази неблагоприятна тенденция е важна предпоставка за нейното преодоляване. **Материал и методи:** Анкетирани са 325 жени на възраст от 15 до 65 г. от североизточна България. Въпросникът съдържа 21 въпроса структурирани в четири основни групи: репродуктивните идеали, нагласи и реален брой деца; самооценка на социален статус, степен на образование, професия и трудова ангажираност; здравно поведение и информираност, достъп до здравни услуги; демографски фактори – възраст, семейно положение, етническа принадлежност, местоживее. Данните са обработени с SPSS 12.01. Връзката между качествените и рангово-скалирани променливи е оценена съответно чрез непараметричния анализ хи квадрат или корелационен анализ на Спирман. За ниво на доверителност е прието $b=0.05$. **Резултати и обсъждане:** Резултатите показват, че почти всички от изследваните фактори – семейно положение, степен на образование, наличие на подкрепа в семейството, имат голямо значение за разминаването между репродуктивни нагласи и реалният брой деца. Сред факторите с водещо значение са възрастта на респондентите и социално икономическият им статус.

Ключови думи: репродуктивно поведение, нагласи, социално-икономически фактори

ВЪВЕДЕНИЕ

Една от основните причини за дълбоката демографска криза, в която се намира България през последните две десетилетия е ниската раждаемост и плодовитост на населението. След 1997г. в страната е регистрирано най-ниското ниво на коефициент на сумарна плодовитост в Европа: намалял от средно 2.2 раждания на една жена през 1975—1980г. до само 1.09 раждания през 1997г. Особено тревожен е фактът, че това ниво е значително по-ниско от необходимото за просто възпроизводство на населението средно 2.1-2.2 деца на една жена.

Освен рязкото намаляване на раждаемостта, демографските данни разкриват и други промени в репродуктивното поведение на българското население - по-късна възраст за сключване на брак и раждане на дете, отлив от двудетния семеен модел и все по-широко навлизане на нови форми на семейство като съвместно съжителство.

Една от основните причини за ниската сумарна плодовитост в България е не толкова отказът от раждане на

дете, колкото отказът от второ и последващо дете. Факторите, които оказват значимо влияние върху нагласите и репродуктивното поведение са комплексни, но най-вече са с икономически и социален характер. Влиянието на икономическите проблеми – безработица, висока степен на несигурност за заетостта, ниски доходи се приемат безусловно. Теориите за значението на социалните фактори са по-слабо подкрепени с емпирични доказателства. Сред социалните фактори някои автори открояват значението на социалния капитал под формата на мрежата от социални контакти, като фактор който повлиява репродуктивните нагласи на населението и помага на хората да преживеят в периоди на несигурност. Колкото повече социални ресурси и подкрепа човек е в състояние да мобилизира толкова по-големи са шансовете му да преодолее трудна ситуация и период на аномия. Тези хора имат по-големи шансове да вземат положително решение за да отглеждат дете/деца.

ЦЕЛ

Целта на настоящата работа е да определи въз основа на събрания емпиричен материал какво е значението на социалния капитал за репродуктивните нагласи и поведение.

Address for correspondence:

Ж. Рангелова, Катедра "Икономика и управление на здравеопазването", Медицински университет - Варна, Ул. Марин Дринов No 55, гр. Варна, 9000
e-mail: Jana.Rangelova@abv.bg

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Анкетирани са 234 жени на възраст от 18 до 61 г. от източна България. Въпросникът съдържа 21 въпроса структурирани в четири основни групи:

самооценка на социален статус, степен на образование, професия и трудова ангажираност
репродуктивните идеали, нагласи и реален брой деца
здравно поведение и информираност, достъп до здравни услуги
демографски фактори – възраст, семейно положение, етническа принадлежност, местоживее

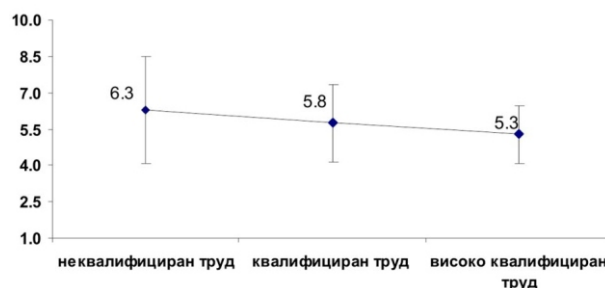
Данните са обработени с SPSS 12.01. Връзката между качествените и рангово скалирани променливи е оценена съответно чрез непараметричния анализ хи квадрат или корелационен анализ на Спирман. За ниво на доверителност е прието $\alpha=0.05$.

Резултати и обсъждане: Извадката е набрана сред пациентите на АГ отделения в болнични лечебни заведения в 8 населени места от източна България – Варна, Русе, Добрич, Шумен, Разград, Сливен, Силистра, Тервел. Почти две трети от респондентите живеят в голям град – 73%, от малък град са 22%, а 5% са жители на села. Средната възраст на изследваните е 35,5 г. Разпределението им според степента на образование е както следва: 32% са със средно или по-ниско образование, 40% имат степен бакалавър, а 28% степен магистър. По отношение на семейното положение – 68% са омъжени, 19% са неомъжени, 11% разведени и 1% вдовици. Сред респондентите преобладават тези с български етнически произход – 87%, 12% са се самоопределили като туркини, а 1% като роми. От всички анкетирани 28% извършват неквалифициран труд, най-голям е дялът на тези, които се занимават с квалифициран труд 44%, 20% от жените са заети на високо квалифицирани длъжности като лекари, юристи и др., 2% не са трудово заети, а 5% не са дали информация относно професията и длъжността която изпълняват.

Помолени да определят мястото си в социалната стълба между богатство и бедност по десет-степенна скала (1-богат, 10-беден) средната оценка на всички отговорили на въпроса е 5,8. Разликата в самооценката за мястото в социалната стълба между групите с различна степен на образование е статистически значима, но малка като стойност (фигура 1)

Само за 19% от участниците в настоящото изследване материалното положение се е подобрило през последните две години, което обясняват с повишаване на заплатата, сключване на втори договор, или работещ в чужбина съпруг. За 63% е материалното положение е останало без промяна, а за 17% се е влошило.

Ограничените финансови възможности са причина около 33% от участниците да се лишават от нова техника, 28% споделят че им се налага да се лишават от почивки и пътуване и още толкова – 28% ограничават купуването на нови дрехи.



Фиг. 1. Самооценка за мястото на семейството в социалната стълба между богатство и бедност (1=богат – 10=беден) в зависимост от степента на квалификация

Почти една трета (29%) живеят заедно с родители или други роднини в общо домакинство. Едва 39% от респондентите виждат перспектива за личното си развитие в страната. Останалите 61% са отговорили отрицателно. По отношение на здравното поведение – 53% са пушачи като средно пушат по 12 цигари на ден (SD 6,1) като минималния посочен брой е 2 а максималния 30 цигари на ден. Съществува статистически значима връзка между пушенето и степента на образование – 70% от респондентите със средно и по ниско образование са пушачи а сред тези със степен бакалавър или магистър дялът на пушачите е значително по-нисък 45,6%.

Повече от половината респонденти 56,6% изобщо не спортуват, а само 8,8% редовно спортуват.

Репродуктивното поведение и нагласи оценихме с въпроси относно реалния и желания брой на деца. В изследваната група 50% от жените имат по две деца, 39% едно, 7,3% са без деца, а 2,9% са с три и повече деца. Средният брой деца на жена от извадката е 1,49.

В същото време желаният брой деца е средно 3,1. Респондентите без деца желаят да имат средно две, тези с едно посочват като средно желан брой 3 деца, имащите две деца също биха желали да имат три. Единствено жените с три и повече деца почти са постигнали желания брой от средно 3,5 деца.

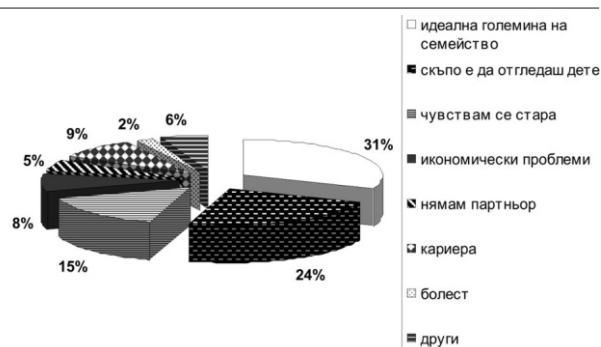
От всички 234 участнички в проучането само две споделят че имат повече от желания брой деца, а 95,6% биха желали да имат по-голям брой. От всички които биха искали да имат повече деца, 49% биха искали да имат с едно повече, 35,5% биха искали с две повече от реалния, а 15% биха искали да имат три и повече от реалния брой деца.

Установяваме статистически значима връзка между етническата принадлежност и постигането на желания брой деца: българките биха искали да имат средно с 1,7 деца повече от реалния, туркините биха желали средно още 1,39, а представителките на ромската етническа група не биха искали повече, защото са постигнали иделания брой. Нашите данни показват най-голям непостигнат потенциал за раждане на следващо дете сред българската етническа група.

Основните пречки, които се посочват за раждане на следващо дете са представени на фигура 2.

Респондентите, които са посочили че са постигнали идеалната големина на семейство имат средно 1,9 деца.

Тези които са изтъкнали икономически причини като пречка за следващо дете (32%) имат средно 1,3 деца.



Фиг. 2.

Респондентките без или с болен партньор имат средно по 0,8 деца, тези с желание за кариера имат 1,1 деца.

Една от основните теории за ниската раждаемост в Европа изтъква значението на социалния капитал и по-конкретно наличието на социална мрежа от роднини и приятели, чиято подкрепа дава чувство на сигурност и помагат на хората при вземане на решение да имат дете. На въпроса разчитате ли на помощ от роднини 63,7% отговарят утвърдително, 29% не разчитат на такава, а на 7,5% се налага самите те да оказват такава.

Най-често помощта, която хората очакват е във вид на финансови средства – 51%, една трета – 33% разчитат на помощ за отглеждане на дете/деца, а останалите 16% храна или в друг вид.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ограниченията на настоящото изследване свързани с начина на формиране на извадката и лимитирания брой въпроси в анкетната карта не ни дават възможност да формулираме конкретни изводи. Все пак резултатите очертават интересни насоки, които заслужават по-задълбочено последващо проучване в адекватно подобрени групи.

1. Голяма част от младите жени днес се стремят да повишат образованието си, което се очаква значимо да повлияе репродуктивното поведение в посока на още по-късно сключване на брак и отлагане на решението за първо и следващо дете.
2. Икономическите фактори, двадесет години след началото на политическия преход в България продължават да оказват важно негативно влияние върху репродуктивните нагласи и най-вече върху решението за второ и следващо дете.
3. Разширеното семейство се очертава като важен стимулиращ фактор за репродуктивното поведение.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Vassilev R., Bulgaria's Demographic Crisis: Underlying Causes and Some Short-Term Implications. Southeast European Politics 2005, Vol. VI, No. 1, pp. 14-27
2. Koytcheva E., Philipov D., Bulgaria: Ethnic differentials in rapidly declining fertility. Demographic research 2008, 19, pp 361-402 <http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol19/13/>
3. Philipov D., Fertility in times of discontinuous societal change: the case of Central and Eastern Europe MPIDR WORKING PAPER WP 2002-024 JUNE 2002

ДЪРЖАВНИЯТ ЗДРАВЕН КОНТРОЛ В БЪЛГАРИЯ - ВЪЗНИКВАНЕ И РАЗВИТИЕ

Попова С.

Медицински колеж, МУ - Варна

Ключови думи: обществено здравеопазване, санитарно – хигиенно и противоепидемично дело, държавен здравен контрол.

УВОД

Държавният здравен контрол в България е част от държавната политика, насочена към опазване на общественото здраве чрез осигуряване на здравословна животна среда, обучение за здравословен начин на живот и здравна профилактика. В контекста на настъпващите социално - икономически и политически промени, проблемът за човешкото здраве и благополучие през ХХI век поставя нови изисквания към развитието на здравеопазната дейност в страната.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

За целта на проучването са използвани: *исторически метод* - проучени са литературни източници за изграждане на общественото здравеопазване в страната, санитарно – хигиенното и противоепидемично дело в периода от Освободителната война 1877г. - 1878 г. до съвременността; *документален метод* – проучени са законодателни актове в областта на държавния здравен контрол в България.

РЕЗУЛТАТИ

Изграждането на обществено здравеопазване в България започва след Освободителната война под влияние руската земска медицина. Първият официален здравен документ в Княжество България, съставен през 1879 г. от д-р Димитър Моллов съобразно руското здравно законодателство, е “Временни правила за устройството на медицинската част в България” (1). С този документ, утвърден от княз Дондуков - Корсаков на 1 февруари 1879 г. се поставя началото на държавната политика за българското здравеопазване. Ръководството на здравното дело се поверява на Медицински съвет, а местни органи на здравната власт са окръжните и градски лекари. Значим принос за развитието на Медицинския съвет като консултативен и управляващ орган с

ранг на министерство има руският лекар д-р Иван В.Гримм (5). Назначен като „Генерал - инспектор” и ръководител на Медицинския съвет от 1881г. д-р Гримм е натоварен със задачата да изготви нови закони върху санитарното устройство на Княжеството и упражняване на висш надзор по медицинската част. През 1882 г. д-р Гримм допълва и актуализира „Временни правила” с нови седем “Граждански медицински закони”, регламентиращи работата на Медицинския съвет, на Генерал - инспектора по санитарната част, както и на главните, окръжните и градски лекари и волнопрактикуващите лекари в здравеопазването.

С приетия Санитарен закон от 1888 г. и Закона за опазване на общественото здраве от 1903 г. отговорността за здравеопазването като държавна функция се възлага на административните власти. Създават се Окръжни хигиенически съвети, като обществени органи за решаване на хигиенните проблеми и санитарно - полицейски отделения с контролни функции. Нов момент в здравно - законодателната дейност са здравната просвета, грижите за майката и детето и разширяването на хигиенно - противоепидемичната дейност, регламентирани със Закона за народното здраве от 1929 г. (4). Съществени промени в управлението на здравеопазното дело настъпват след 9.09.1944 г. Профилактиката се очертава като основна линия в здравеопазването. Новосъздаденото Министерство на народното здраве успява да осигури за здравеопазване през 1945 г. 3,6% от държавния бюджет, а през 1947 г. - 6,75 %. (3).

В борбата със заразните болести се включват всички здравни служби и заведения в страната. След прилагането на поливалентна противотифна ваксина броят на заболелите от кореман тиф през 1952 г. намалява около 6 пъти спрямо 1947г., а спрямо 1939 г. - близо 10 пъти. От 1950 г. започва използването и на противоморбилен серум, дело на Централния научно - изследователски институт по епидемиология, микробиология и серопроизводство в гр.София.

През 1949 г. се извършва реорганизация на периферните здравни служби и се създават 8 районни хигиенни института /в София, Пловдив, Стара Загора, Варна, Бургас, Русе, Плевен и Враца/. Тези институти осъществяват контрол по изпълнение на санитарно –хигиенните изисквания в комунални, хранителни обекти, трудовата и училищна среда, провеждат здравно - прос-

Address for correspondence:

Св. Попова, бул. "Цар Освободител" 84, Медицински колеж гр.Варна
e - mail: svenika@abv.bg

ветна дейност. Значителен е приносът им в борбата с маларията, /броят на заболялите през 1951 г. е намалял около 20 пъти, в сравнение с 1945 г./ възливостта и профилактичните имунизации (9).

За организирана и ефективна профилактична дейност в България можем да говорим след 1950 г., когато започва институционализирането на хигиенно - профилактичната мрежа. По примера на съветското здравеопазване е организирана Санитарно - епидемиологична станция и Държавна санитарна инспекция /1951/, което означава широко внедряване на санитарно - хигиенния и профилактичен принцип. Съобразно административното деление, в страната се изграждат четири вида санитарно - епидемиологични станции /СЕС/ - окръжни, градски, околийски и районни. След проведената териториално - административната реформа през 1959 г. в България има 28 окръга. Към всеки окръг се създава Окръжна санитарно - епидемиологична станция, а до 1963 г. се обособяват 73 филиала към СЕС. Основни приоритети в дейността на СЕС са борба със заразните заболявания, хигиенизиране и благоустрояване на населените места, и повишаване на здравната култура на населението. В резултат на упоритата и целенасочена дейност, през 1965 г. България е официално вписана в регистъра на Световната здравна организация, като страна ликвидирала маларията.

През 1966 г. се регламентират мерките за преустройство и подобрене на хигиенно - епидемиологичната мрежа: с Постановление № 15 на Министерски съвет съществуващите окръжни СЕС и техните филиали се преобразуват в 10 Хигиенно - епидемиологични института, разположени в най - големите стопански и културни центрове на страната: София - град, София - окръг, Пловдив, Варна, Бургас, Велико Търново, Плевен, Русе, Враца и Стара Загора./Яначков, И/. В други градове се разкриват клонове на ХЕИ и противоепидемични групи /ПЕГ/. Хигиенно - епидемиологичните институти придобиват статут на специализирани здравни заведения с профилактична насоченост. Правото на държавни санитарни инспектори се упражнява от всички сътрудници от хигиенно - епидемиологичните отдели на ХЕИ, както и голям брой лекари и фелдшери от лечебно - профилактичните заведения /селски здравни участъци, училищни здравни пунктове и др. (8). Годишна по - късно, поради осъзнатата значимост на здравния контрол и потребността от квалифицирани кадри, се разкрива специалността „санитарен инспектор“.

Недостатък на проведеното окрупняване на хигиенно - епидемиологичните заведения е, че по - малките населени места остават без пряка хигиенно - епидемиологична помощ. С оглед адаптиране дислокацията на ХЕС към здравните потребности на населението се провежда поредната реорганизация - с Разпореждане № 631 от 19.12.1971 г. на Министерски съвет, на мястото на 10 - те хигиенно - епидемиологични институти се създават 28 хигиенно - епидемиологични инспекции /ХЕИ/, просъществували до началото на 2005 г. (8). Във връзка с

присъединяването на страната ни към Европейския съюз, от 1999 г. започва нова административната реформа, насочена към хармонизиране на нормативните документи с европейското законодателство и практика, и изграждане на модерна администрация с нов тип административна култура, ориентирана към нуждите на българското общество. Първите стъпки в изпълнение на реформата са обнародването на Закон за администрацията /1998/, Закон за водите /1998/, Закон за храните /1999/, Закон за държавния служител /1999/ и др., и преобразуването на Хигиенно - епидемиологичните инспекции в 28 Регионални инспекции за опазване и контрол на общественото здраве (РИОКОЗ) с Постановление на МС № 351 от 17 декември 2004 г. (6).

Съгласно Закона за здравето, в сила от 1 януари 2005 г., органи на държавния здравен контрол са главният държавен здравен инспектор на Република България, Регионалните инспекции за опазване и контрол на общественото здраве и Националният център по радиобиология и радиационна защита (2). Регионалните инспекции за опазване и контрол на общественото здраве осъществяват провеждането на държавната политика по опазване на общественото здраве и държавния здравен контрол на територията на съответната област. Структурата на РИОКОЗ е изградена от две администрации: *обща*, организирана в Дирекция „Административно - правно, финансово и стопанско обслужване“ и *специализирана*, с четири дирекции - „Здравен контрол“, „Надзор на заразните болести“, „Лабораторни изследвания“ и „Опазване на общественото здраве“. С цел удовлетворяване на високите изисквания на обществото към администрацията е утвърдена Харта за клиента от 30.08.2006 г., съобразена с Наредба за общите правила на организацията на административното обслужване (Обн. ДВ бр.78/2006 г.).

При последната реорганизация през 2011 г. Регионалните инспекции за опазване и контрол на общественото здраве /РИОКОЗ/ и Регионалните центрове по здравеопазване /РЦЗ/ се преобразуват в Регионални здравни инспекции /РЗИ/ (7).

ДИСКУСИЯ

Законодателната дейност в областта на държавния здравен контрол е израз на стремежа към развитие на здравеопазна дейност, отговаряща на потребностите на населението и съответстваща на по - съвършените модели в други страни. В постмодерното общество новият акцент в дейността по държавен здравен контрол е промоция на здравето и хармонизиране на нормативните документи с европейското законодателство и практики. Поставени са по - високи на изпълнителите на държавния здравен контрол - от държавните служители се очаква не само повишаване на квалификацията, но и нова административна култура.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Държавният здравен контрол има ключова роля за здравето на нацията. Контролът над факторите на околната среда и обектите с обществено предназначение, профилактиката на заболяванията и промоцията на здравето имат определящо значение за увеличаване на продължителността и качеството на живота.

ЛИТЕРАТУРА

1. Големанова Ж., Временни правила за устройство на медицинската част в България, Освобождението на България и първи стъпки в изграждането на общественото здравеопазване, НЦООЗ, 2007, 81 - 84
2. Закон за здравето, Обн. *ДВ* **бр. 70** от 10 Август 2004г.
3. Константинов Н., Здравеопазването в България 1944 - 1952г. , С, 2006
4. Николова В., Законодателни основи на българското здравеопазване (1878 - 2000 г.) Освобождение-то на България и първи стъпки в изграждането на общественото здравеопазване, НЦООЗ, 2007, 73 - 77
5. Петкова М., Д-р Иван Василиевич Гримм в основополагането на здравната система в България, Освобождението на България и първи стъпки в изграждането на общественото здравеопазване, НЦООЗ, 2007, 91 - 96
6. Постановление на № 351 от 17 декември 2004 г. за преобразуване на хигиенно - епидемиологичните инспекции в регионални инспекции за опазване и контрол на общественото здраве , Обн. *ДВ* **бр.1** от 4 Януари 2005г.
7. Постановление № 1 за структурни промени в системата на здравеопазването, Обн. *ДВ* **бр.5** от 14 януари 2011 г
8. Тончева М., Стайкова Ж., 55 години грижа за общественото здраве в област Кърджали, С, 2005
9. Яначков И., Развитие на хигиенно –епидемиологичното дело в България - Ново обществено здравеопазване, под ред. Борисов В., Глутникова Зл., Воденичаров Ц., Драганов Л., С, Акваграфикс, 137 - 141

ПРОФИЛАКТИКА НА ЗАБОЛЯВАНИЯТА ЧРЕЗ СПЕЦИАЛИЗИРАНИ ФИТНЕС ПРОГРАМИ

Попова К.

ФОЗ - МУ - София

РЕЗЮМЕ

Все повече хора в съвременното ни търсят фитнес програми, които са насочени не само към тялото, но и към съзнанието. Те се обръщат към холистични форми на трениране, които имат за цел да развият цялостния човек. Йога и Пилатес са двете водещи форми на насочения към едновременно развитие на тялото и съзнанието фитнес, преподавани на Запад, а вече и у нас. Практикувани редовно, те могат да повлияят благоприятно върху всяка страна от живота ни, от осанката до настроението ни, от добрата ни физическа форма до изпитването на щастие и душевно спокойствие. Същевременно тези занимания са добра профилактика на редица заболявания, на първо място сърдечно - съдови, ставни, неврологични и гастроентерологични.

ЩО Е ЙОГА

Йога е практическа философия, а не религия, и не изисква придържане към каквото и да било конкретно вероизповедание. Думата йога произлиза от санскритския корен юдж, който означава - свързвам, съединявам, впрягам в ярем, или обединявам. Това е традиционна индийска философия, която се състои в съединяването на физическото и духовното, за да се почувстват здрави, успели и щастливи. Този синтез и неотделимост на тялото и съзнанието води до по - голямо осъзнаване на протичащото в нас.

В практиката на Йога тялото е свързано с движението, ума и дишането, за да се постигне усещане за равновесие, релаксация и хармония. Практикуващият използва тялото си, за да направи по - изтънчен ума си. Чрез тази цялостна тренировка на тялото и мисълта човек се учи да пробужда всяка клетка на своя Аз и душа.

Практикуването на физическите пози - асани, води до подобрение при проблеми с най - различни заболявания, засилва и тонизира мускулите и развива гъвкавост. Различните движения в позите водят до насищане на кръвта с кислород, подхранване и почистване и на най - отдалечените части на тялото. По отношение на психиката Йога повишава концентрацията, успокоява ума, способства за усещане на равновесие, умиротвореност и удовлетворение.

Разликата между Йога и други физически упражнения е очевидна. Йогическите асани са психо - физиологични, докато гимнастическите упражнения са чисто външни. Асаните развиват телесната осъзнатост, мускулите и гъвкавостта, както и пораждането на вътрешна осъзнатост и стабилизиране на ума. При гимнастическите упражнения движенията на тялото могат да бъдат

правени с прецизност, докато при Йога заедно с прецизността се пробуждат една по - дълбока осъзнатост, която води до уравновесеност в тялото и духа.

Айенгар е систематизирал над 200 йогически асани, в резултат на което се оформя т.нар. Айенгар - йога. Тази версия на йогическата практика е методична и постъпателна и набляга върху прецизността, правилното изпълнение до най - малките подробности и абсолютната безопасност. Позите са подредени и категоризирани така, че да се даде възможност на практикуващите с най - различно здравословно състояние и възможности да напредват сигурно и безопасно от елементарните до най - трудните пози и като го правят, да придобият гъвкавост, сила и чувствителност на тялото и духа.

Айенгар - йога, с нейното внимание към детайла, е предизвикателство както за главата, така и за останалата част от тялото, и позволява на тези, които я практикуват, да упражняват контрол и да внесат дисциплина във всички страни на живота си. Препоръчително е да се практикува всеки ден, но е лесно да приспособите програмите съобразно времето, с което разполагате. Най - добре е да практикувате в горе - долу едно и също време всяка сутрин или вечер и това да бъде част от вашата всекидневна програма. Ще се подобрят не само вашата осанка и гъвкавост, но и ще станете физически по - силни, както и по - спокойни и уравновесени.

Ако не сте практикували Йога преди, асаните могат да бъдат прилагани само под експертното ръководство на квалифициран учител. Посещаването на курс е мотивиращ и приятен начин за изучаване на позите и гарантира, че те ще бъдат практикувани правилно.

Всеки може да извлече полза от Йога - от хората в напреднала възраст и децата до хората с по - дребни или

по - сериозни заболявания и проблеми - както физически, така и психически.

Практикуването на асани и пранаяма /дишане/ с усърдие, разум и осъзнатост ще донесе яснота, енергия и спокойствие във всички аспекти на живота.

Айенгар - йога се концентрира върху правилното регулиране на тялото, така че то да може да се развива хармонично и анатомически съвършено. Ако практикувате разумно, много малко вероятно е да се стигне до травма или болка. Тъй като телата на всички са различни и хората имат специфични слаби места и срещани трудности, Айенгар - йога въвежда използването на различни помощни средства, с които практикуващите да постигнат най - доброто възможно изпълнение на позите в рамките на ограничените си възможности. Поради силната концентрация, която се изисква за подкрепянето на частите на тялото, както скелетно, така и мускулно, умът става съсредоточен и изострено наблюдателен, което води до своеобразна форма на медитация в движение. Практикуващите се стремят към това състояние на пълно телесно осъзнаване, проясненост на ума и върховна невъзможност.

Важен аспект на Айенгар - йога е последователността при изпълнението на позите. Когато позите се правят в определен ред, има натрупване на ефект и освен това е по - малка вероятността от травми и неправилно изпълнение. Айенгар - йога може да бъде използвана и терапевтично за лечение на различни заболявания.

Стилът Айенгар е разработен от йогачаря Б.К.С. Айенгар, един от най - уважаваните в цял свят познавачи на йога. Като дете той страда от различни заболявания, а на 16 г. започва самият той да практикува йога.

Прецизността и съвършенството в неговата практика се отразяват и при неговото преподаване, така броят на учениците му нараства. Той става известен и уважаван като учител по йога и по покана на Менухин започва да преподава йога в Англия и обучава много преподаватели от Западна Европа.

ОСЕМТЕ ЧАСТИ НА ЙОГА

Според Патанджали Йога се състои от осем звена. Всеки от тези етапи има свой собствен облик, но същевременно е част от цялото и когато всички бъдат интегрирани, тогава се стига до истинската Йога. Осемте части са:

1. Яма /социална дисциплина/.
2. Нияма /лична дисциплина/.
3. Асана /поза/.

Според една от сутритите на Патанджали позите донасят стабилността на тялото и уравновесеност на ума. Практикуването на асаните подобрява гъвкавостта, жизнеността и здравето и активизира органите - сърце, бели дробове, бъбреци, черен дроб, далак и панкреас. Обаче истинската значимост на позите, свързването на тялото и ума, така че те стават взаимно преплетени, откриващи пътя от физическата към духовната осъзнатост.

4. Пранаяма/контрол над дишането/.

Патанджали казва, че Пранаяма трябва да бъде практикувана само след изграждането на твърда, здрава основа с асаните. Практикуването на Пранаяма разтоварва напрежението в тялото, успокоява нервната система и поддържа ума умиротворен.

5. Дхарана /концентрация/.

6. Пратяхара.

След работата върху тялото с асаните , пречистването на ума чрез Пранаяма и обръщането на сетивата навътре в Пратяхара се стига до петия стадий - Дхарана. Тук умът е в състояние на пълно поглъщане и е концентриран върху една - единствена точка или задача - от която той е напълно погълнат. Колкото по - дълго остава умът в това състояние, толкова по - мощен става той.

7. Дхяна /медитация/.

Когато практикуващият поддържа непрекъснато съсредоточаване на вниманието в Дхарана, тя се превръща в Дхяна. В това състояние на дълбока концентрация и непоклатима медитация умът, тялото и духът стават едно и се сливат в едно.

8. Самадхи /осъзнаване на Аз - а/.

То е върхната точка на постиженията в Йога - истинско чувство на единение и покой. Това настройване на ума е същността на Йога, в което човек се издига над сетивата в резултат на пречистване както на тялото, така и на ума. Тялото и сетивата са в покой, сякаш заспали, умът и интелектът са нащрек, сякаш будуват , но все пак всичко е преминало отвъд съзнанието.

Първите пет звена /Яма, Нияма, Асана, Пранаяма и Пратяхара / се известни като дисциплината на Йога. Те подготвят тялото и проясняват ума и сетивата в готовност за следващите три звена/Дхарана, Дхяна и Самадхи/, които са известни като постиженията на Йога. Патанджали казва - изучаването на осемте члена на Йога води до пречистване на тялото, ума и интелекта; пламъкът на познанието се разгаря и се поражда способност за различаване.

Изискванията на модерния живот могат да донесат стрес, който води до болести и психични страдания. Доброто здраве е хармонията между тялото, ума и душата. То е резултат от балансирано хранене, упражнения и ум, който е освободен от стрес. В йога асаните възстановяват жизнеността на тялото, а Пранаяма носи усещане за спокойствие. Това помага за освобождаването на ума от отрицателните мисли, причинявани от бързото темпо на живота в съвременния свят. То ни насърчава да узнаем, че в този век на напрежение Йога разполага с отдавна установени стабилни практики за възстановяване на здравето и допринася за живот в щастие и хармония.

Асаните

Асаната не е поза, която заемате механично. Тя включва мислене, в края на което се постига равновесие между движение и съпротивление.

Практиката е крайно необходима за подобряване както на физическата, така и на психическата дисциплина. Няма правила кога, колко често или колко дълго трябва

ва да практикувате, но очевидно колкото по - редовна е практиката, толкова по - големи са ползите за практикуващия. Практиката трябва да бъде приспособена така, че да съответства на обстоятелствата, а интензивността и нивото на всеки сеанс трябва да отразява това.

Асани в стоеж

Позите в стоеж са динамични и зареждащи с енергия и са изходно положение за всички други пози. Чрез тях практикуващите опознават различни части от скелета и мускулите си и се научават да използват своя интелект за привеждане в действие и осъзнаване на тези части. Позите в стоеж развиват сила, издръжливост и решителност.

Тадасана/Планина/ учи как да стоите правилно. Врикшасана /Дърво/ тонизира и разтегля мускулите на краката и учи на балансиране. Последователната практика на равновесните пози ще подобри концентрацията и ще повиши мускулния тонус и общата уравновесеност. Уттхита триконасана/Разтеглен триъгълник/ засилва краката, прави хълбоците по - гъвкави и облекчава болки в гърба. Уттхита Паршваконасана /Разтеглена странична ъглова поза/ засилва краката и гръбнака и помага за разширяване на гръдния кош. Пълният напад усуква тялото, стимулира вътрешните органи и подпомага храносмилането и отстраняването на токсините. Друга поза - на войн - Вирахадрасана, засилва краката, огъвкава гръбните мускули, помага при скованост в раменете, гърба и шията, и тонизира коремните органи. При нея гръдният кош е добре обтегнат, а това на свой ред подобрява дишането. Ардха Чандрасана /полумесец/ засилва краката и подобрява равновесието. Редовната практика ще подобри концентрацията и координацията. Поради силното разтегляне на гръбнака тя помага за правилно подравняване и прави гърба гъвкав. Уттхита Хаста Падангушасана /повдигания на протегнат крак/ тонизира мускулите в

долната част на гръбнака и засилва краката. Вирахадрасана /Поза на войн/ е по - натоварващо продължение на Вирахадрасана. Тя тонизира коремните органи, засилва краката, прави гръбнака по - гъвкав и подобрява равновесието. Практикуващият добива по - голяма пъргавина както на тялото, така и на ума. Паривритта Трикосана /Завъртян триъгълник/ увеличава кръвотока към долната част на гърба и по този начин повишава гъвкавостта на гръбнака. Тя засилва също така краката и хълбоците и тонизира коремните органи. Паривритта Паршваконасана /Завъртяна странична ъглова поза/ е по - натоварващ вариант и затова и резултатите от нея са по - големи. Коремните органи са по - свити, което подпомага храносмилането и помага за прочистване на токсините от дебелото черво. Павритта трикосана /Завъртян триъгълник/ увеличава кръвотока към долната част на гърба и по този начин повишава гъвкавостта на гръбнака. Тя засилва също така краката и хълбоците и тонизира коремните органи. Паршвоттанасана /Силно обтягане от страна на гръдния кош/ помага за поддържане на подвижността в шията, раменете, лактите и китките, засилва коремните мускули. Тя подобрява гъвкавостта в гръбнака, хълбоците, и щом главата е надолу - успокоява и мозъка.

Съществуват редица други примери от източните практики, които са потвърдили положителното си влияние върху организма на човека и са предпазили от възникване на заболявания, нежелани психически състояния и стрес. Моля, убедете се сами и препоръчайте по - настойчиво на своите пациенти практикуването им в най - близкия фитнес!

ЛИТЕРАТУРА

1. Интернет
2. Стоян Стоянов, фитнес Атлетик, София.

ГЛОБАЛИЗАЦИЯ И ИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ

Ненова М.

*Катедра инфекциозни болести, епидемиология и тропическа медицина,
ФОЗ, МУ – Варна*

РЕЗЮМЕ

Увод: Инфекциозните болести /ИБ/ са неотменима част от нашето съвремие и са отговорни, както за здравето на индивида, така и за общественото здраве. **Цел:** Да проучим промените в спектъра, разпространението и протичането на инфекциозните болести, породени от процесите на глобализация в света. **Материал и методи:** Представени са дефинициите за глобализация и нейните елементи: екологични, демографски, урбанизация, транспорт на храни и стоки, религиозна нагласа, информационен и медицински технологичен напредък и тяхното отражение върху ИБ, отразени в научната литература. **Резултати:** Глобализацията е многоаспектна мрежа от процеси, действащи директно или индиректно върху общественото здраве, посредством естествени или антропогенни фактори. Промените в околната среда и социалната сфера, модифицирани от локални влияния и глобални сили водят до изменение в биофизикалните системи, включително и в същността на ИБ. Установяват се данни за промени в географския ареал и разпространението на някои трансмисивни инфекции, наличие на емергентни и реемергентни болести /маймунска вариола у хората, тежък остър респираторен синдром, нови борелиози и рикетсиози, птичи грип/. Увеличаването и застаряването на човешката популация при масова имуносупресия, широкото приложение на антибиотици при нарастваща резистентност на микроорганизмите са само част от причините за тези процеси. Протичането на ИБ е променено и във връзка с имунопрофилактиката, развитието на вътреболнични инфекции, синдром на хронична умора, инфекции при трансплантирани. Налице са данни за неравен достъп до медицинска помощ, свързана с профилактиката и лечението на ИБ. Процесите на глобализация изискват адекватност и на мерките за противоепидемичен надзор. **Заключение:** ИБ не трябва да се възприемат като глобално бремe, а като част от многообразните сфери на обществения живот. Дейностите по ограничаване на последиците от глобализацията върху ИБ са най-ефективната и спестяваща средства, интервенция в общественото здравеопазване.

Ключови думи: инфекциозни болести, глобализация, противоепидемичен надзор

УВОД

Политическите събития през последните десетилетия сринаха старите граници и поставиха началото на нова ера на безпрецедентно глобално движение на хората и взаимодействие между тях. Въпреки големите икономически възможности и растеж, богатата се разпределят неравномерно, което увеличава рисковете за здравето. Мобилността включва не само хора, продукти, храни и капитали, а и и патогенни микроорганизми, разпространяващи се с исторически мащаби. „Ние стоим на ръба на глобална криза при инфекциозните болести. Нито една страна не е защитена от тях и не бива да игнорира необходимостта от техния контрол” (13). Това стана основание за поставяне на цел, да проучим промените в спектъра, разпространението и протичането на инфекциозните болести, породени от процесите на глобализация в света.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Дефиниция: Глобализацията е многоаспектен комплекс от процеси, с противоречиво отражение върху човешкото общество (9), които:

1. Променят начина на взаимодействие между човека и различни сфери на дейност – икономически, политически, социални, технологични и екологични.
2. Разрушават всякакви граници, протичащи в три нива, свързани с времето, пространството и познанието. (9)
3. Движени от различни сили, действат директно или индиректно върху общественото здраве на различни нива:

Посредством влошаване/подобряване на стандарта на живот

Човешката мобилност

Недостиг на здравни ресурси /промени в макроикономиката/

Промени в здравните стандарти, поради интернационализиране т.е. глобализиране на ангажиментите

Подобряване или влошаване на здравето обслужване и разходите за него, съобразно географската локализация. Глобализацията може да доведе до негативен ефект върху част от населението в бедните страни включващ и повишен риск от ИБ.

и 13% от всички в света /Табл.1/. Заплахата се свързва с еволюционни промени в микроорганизмите, нарастваща антимикробна резистентност и появата на нови заболявания. Спешните състояния в инфектологията продължават да бъдат основна причина за леталитета от ИБ: токсинфекциозен шок с мултиорганна недостатъчност, Syndroma Waterhouse – Friderichsen, невроинфекции с мозъчен оток, вяли парализи, остри чревни

Табл. 1. Смъртност от инфекциозни болести
/По http://en.wikipedia.org/wiki/Infectious_disease#Historic_pandemics/

Причина	Загинали 2002 (в милиони)	% от всички загинали	Загинали 1993 (в милиони)	1993 %
Всички инфекциозни болести	14.7	25.9%	16.4	32.2%
Респираторни инфекции /пневмонии/	3.9	6.9%	4.1	1
ХИВ/СПИН	2.8	4.9%	0.7	7
Диарийни заболявания	1.8	3.2%	3.0	2
Туберкулоза	1.6	2.7%	2.7	3
Малария	1.3	2.2%	2.0	4
Морбили	0.6	1.1%	1.1	5
Пертусис	0.29	0.5%	0.36	7
Тетанус	0.21	0.4%	0.15	12
Менингити	0.17	0.3%	0.25	8
Сифилис	0.16	0.3%	0.19	11
Хепатит В	0.10	0.2%	0.93	6
Тропически болести	0.13	0.2%	0.53	9

Рисковете за човешкото здраве, свързани с развитието и икономическия растеж могат да се разгледат в две групи. Традиционните включват лоши санитарно – хигиенни условия, небалансирано хранене, недоразвито майчино и детско здравеопазване, тютюнопушене. Те довеждат до висока детска смъртност, кардиоваскуларни и респираторни болести, злокачествени новообразования. Модерните рискове прибавят още зависимости от алкохол, медикаменти и наркотици, обездвижване и затлъстяване, наличие на токсични вещества в околната среда, преумора и стрес. Експозицията на ИБ при тези условия, увеличава риска за здравето и живота на индивида.

Инфекциозните болести – глобално бремe: ИБ са отговорни както за здравето на индивида, така и за общественото здраве, не само в развиващите се, но и в развитите страни. Те са причина за 22% от всички смъртни случаи в света през 2000 г. и за 27% инвалидации (21). Най – засегнати са децата до 5 години и подрастващите в Африка, Латинска Америка и др. /съотв. 52% и 50%/, за разлика от развитите страни /11% и 5%/. Ежегодно Африка загубва около 5 мил., а Индия 2 мил. от своето население. Това отговаря на 70% от смъртните случаи, причинени от инфекциозни болести

инфекции с дехидратация и токсикоза в ранната детска възраст, остра чернодробна, бъбречна, сърдечна или дихателна недостатъчност, хеморагичен синдром.

Минало, настояще и бъдеще на глобализацията на ИБ: Минало: Глобализацията не е нов феномен. Трансконтиненталното придвижване и търговия датират от преди 2000 г. Търговските пътища в римската империя са донесли през 165 – 180 г. едрата шарка, периодично – бубонната чума на Антонинус, Юстиниановата чума /542 – 543 г./, унищожила 50-60% от населението на Европа, черната смърт през 14 век, след откриването на новия път на коприната от Китай по суша, убила 25-50% от тогавашното 500 милионно население на земята. Създаването на градовете в исторически план и струпването на големи човешки маси са благоприятствали разпространението на тези заболявания.

Настояще: Днес, глобализацията всъщност представлява интензификация на тенденциите на разпространение на ИБ в миналото.

Елементи на икономическата глобализация, влияещи върху ИБ:

1. Демографски:

- 1.1. Човешката мобилност е проява на глобализацията, която се основава на глобалния пазар и движението на капитали. Глобалната миграция е част от човешката история. Тя поставя пред индивида и обществото редица психологични, социално икономически и физиологични предизвикателства: бедност, стрес, липса на достъп до здравна помощ, лоши санитарно – хигиенни условия. Това допринася за увеличена честота на ТБК, грип и други респираторни заболявания, ХИВ/СПИН (10,17).
- 1.2. Урбанизацията е тясно свързана с човешката мобилност. Урбанистичната популация има своята специфика (15). В големите градове са особено силно изразени социалните различия и тенденцията за „изключване“ на цели групи от населението. „Изключването“ се състои от динамични, разнопосочни процеси, чийто двигател са икономически, политически, социални и културни причини с различни нива на прояв (14). Част от работещите са емигранти без социална протекция, работа и права. Неравнопоставеността в достъпа до здравни услуги е краен резултат от тези процеси. Заболяемостта от резистентна на лечение ТБК, ХИВ/СПИН и трансмисивни инфекции е значително по-висока сред тях (4,5). От 1999 до 2007 г. във Франция са доказани хронични и остри инфекции с *B. Quintana* у бездомници (5). Опасността от инфекциозни заболявания в градската среда става осезателна, когато тропическите болести станат „градски“. Лесното свързване на различните градски региони действа като епидемичен катализатор в разпространението на ИБ. Според СЗО „градът ще се превърща все повече в тест за адекватността на политическите институции, действията на държавните структури и за ефективността на програмите за борба със социалното изключване, за съхраняване и промоция на човешкото развитие. Това, което ще се случи в градовете, ще има отражение върху глобалното здраве на популацията“ (11).
- 1.3. Застаряване на населението в едни региони и висока детска смъртност в други

По данни на СЗО до 2050 г. 1/3 от населението на земята ще бъде във възрастта над 60 г. (12). В проект на ЕС се сочи, че през 2000 г. 16,1 % от популацията в България е била на 65+ ; в Италия 18,2%, в Гърция и Швеция 17,2% (12). Най-чести причини за смърт у възрастни са респираторните инфекции в комбинация с класически бактериални патогени. Според СЗО смъртността от грип у лицата над 65 г., усложнен с пневмония е 8 пъти по-висока в сравнение с млади индивиди (21). Поради по-честите хоспитализации е увеличена и честотата на нозокомиалните инфекции, вкл. и причинените от антибиотико - резистентни микроорганизми. Инфекции-

те с вируса на хепатит В, поради хронифициране, водят в 10-15% по-често до летален изход у възрастни (9). В периода на новороденото, у кърмачета и малки деца най-честите причини за смърт са свързани с респираторни и чревни инфекции. Около 2 милиона деца загиват годишно от холера, дизентерия, тифни и нетифни салмонелози, вирусни гастроентерити. В региони като Суб Сахара, само лечението на малария у децата възлиза на около 500 мил. долара годишно (9). Крайните възрастови групи се разглеждат като популации с имунен дефицит (1,2). България и в частност Варненски регион отразяват същата тенденция. За 10 годишен период са регистрирани 2 180 случая на инфекциозни заболявания във възрастовата група 60+. Най-голяма е честотата на заболяванията с диаричен синдром -1158, следвани от марсилската треска -436 и лаймборелиозата -191 (1,2).

2. Религиозни нагласи - Масовото придвижване на поклонници /Haj/ е най-ярката картина на религиозни прояви, допринасящи за тесен контакт между потенциални носители на инфекциозни агенти, от различни части на света, с широко разпространение, улеснено от бързия съвременен транспорт. Илюстрация за това са системните епидемии от менингококови инфекции, развиващи се по време или след поклонението, с вторични епидемични огнища с различни дестинации; респираторни инфекции; холера в централна Азия, донесена от Саудитска Арабия; хепатити; зоонози, свързани с екстензивно клане на животни в края на молитвените дни и други заболявания (6,7,8).
3. Транспорт. Транспорт на храни и стоки – През последните две столетия, скоростта на придвижване на населението се увеличи хилядократно, но инкубационните периоди на инфекциозните болести остават същите. Туризмът, новите транспортни технологии, позволяващи бързо трансконтинентално движение на източници на инфекция /хора, животни/ и на вектори на заразата осигуряват разпространението на ИБ (11,16). Пример за това е внасянето на Западно – Нилска треска през 1999 г. в САЩ, Европа, включително и в Румъния /векторите са комари/, както и появата на ТОРС /тежък остър респираторен синдром/ последователно в Азия, Америка, Европа. В миналото повечето храни са се произвеждали и консумирали локално. През последните две десетилетия, съобразно изискванията на потребителя, производството на храни се фрагментира географски, т.е. производството се осъществява в един регион, а се консумира в цял свят. Това драматично промени епидемиологията на хранителните токсинфекции. През 1995 г. WTO (World Trade Organization) създаде нови правила за търговия с хранителни продукти от животински произход, с цел, ограничаване на рисковете за здравето на потребителя. Тези действия бяха предизвикани от епидемията във Великобритания и Европа от спонгиозна енцефалопатия. Илюстрация е и

епидемията от ЕНЕС - хеморагичен колит с хемолитично уремичен синдром през април – май 2011 г. в Германия и други европейски страни. Продуктите от животни, отглеждани с хранителни добавки, съдържащи антибиотици, увеличава разпространението на резистентни микроорганизми.

4. Глобални промени в информационните и комуникационни технологии /ICIs/ Няколко са пътищата, по които ICIs могат да повлияят инфекциозната патология: ускоряване на локалния и интернационален отговор при поява на епидемии; своевременна информация за добри медицински практики и терапевтични режими, с образователна цел; развитие на телемедицината; преодоляване на различията в медицинското обслужване и улесняване на мерките за протиепидемичен контрол, имунопрофилактика и лечение на ИБ (17).
5. Медицински технологичен напредък . От една страна навлизането на нови технологии води до големи успехи в имунопрофилактика и контрола на ИБ. От друга, различни фактори на околната среда допринасят за развитие на имуен дефицит, синдром на хронична умора, инфекции при трансплантирани, вътреболнични инфекции, антибиотична резистентност и други негативни за общественото здравеопазване явления (17).
6. Промените в климата – отражение върху инфекциозните болести (23)

Табл. 2. Основни бариери пред ваксинациите
/По: Faculty of Medicine, University of Antwerpen;
www.vhpb.org, 2004/

Липса на информация	17%
Странични ефекти с продължително действие	13%
С кратко действие	13%
Болка при апликация	11%
Страх от заболяване, причинено от ваксината	10%
Липса на финансови средства	8%
Не е препоръчана от лекар	6%
Ваксинацията отслабва имунитета!?	4%
Сложна схема на ваксиниране	3%

Движението на капитали влияе косвено върху разпространението на ИБ. Икономическото и индустриално развитие доведоха до безпрецедентно влияние върху въздуха, водните и почвени ресурси, с огромно отражение върху здравето на населението. Това влияние е с позитивен и/или негативен ефект, в различните части на света. Промените в околната среда водят до промени в естествения свят и социалната среда, модифицирани от локални влияния /климат, бедствия от различен характер/ и глобални сили, водещи до промени в основните биофизикални системи в света. Локал-

ните и глобални промени имат естествен или антропогенен, с все по-голямо значение през последните 50 г., произход. Глобалното затопляне също се отразява върху ИБ. Днес се извличат около 3800 кубика вода от водните източници, което довежда до ограничаване на резервите от питейна вода и необходимост от създаване на нови водоеми – язовири, бентове, канали. Други важни фактори са обезлесяването и/или използването на растенията за развитие на фармакологичната индустрия и създаване на биогорива. Климатът оказва влияние по 2 пътя:

1. Природни бедствия, водещи до сриване на системите на здравеопазване и невъзможност за контрол и профилактика, което има особено тежко отражение върху държавите със слаба икономика.
2. Промени в екосистемите
Поява на т.н. “nuisance” микроорганизми в необичайни географски региони, водещи до епидемичен подем на чревни инфекции /холера, кореман тиф, гастроентерити/
Трансмисивни вирусни, бактериални и паразитни инфекции, поради, променена репродуктивна активност на векторите, повишено разпространение и разнообразие: денга и други хеморагични трески, вирусни енцефалити, кърлеж – преносими трески, малария, лайшманиоза и т.н.
Загуба на биоразличията

Глобализацията се свързва с появата на нови и възникнали отново инфекциозни болести /емергентност и ре-емергентност/ с пандемично разпространение, липса на адекватно етиологично лечение, липса на имунопрофилактика, обикновено тежко протичане с висок леталитет. Вероятни причини са прескачане на видовата бариера и поява на нови и/или мутация на вече известни патогени; развитие на резистентни на лекарства микроорганизми; състояние на снижен имунитет - болести, медикаменти, атомна енергетика; увеличаване на човешката популация; недохранване; лоши санитарно - хигиенни условия (9).

Глобализацията води и до промяна в същността на инфекциозните болести, поради появата на нови патогени в човешката популация; промени в качествата на микроорганизмите – вирулентност, патогенност, инвазивност; промени в човешкия индивид – значение на възраст, стрес, хранене, авитаминози, теренни и съпътстващи болести, имунитет; промени в околната среда и векторите на заразяване; промяна във ваксиналните щамове и в протичането на ИБ.

Бъдеще: Промените, породени от глобализацията не позволяват точна преценка на бъдещото разпространение, спектър и нозология на ИБ. Те са тясно свързани с усилията за успешен епидемичен надзор и имунопрофилактиката.

Ще изчезнат ли инфекциозните болести някога? След 1968 г. бяха открити причинителите на острите вирусни хепатити – HbsAg, HAV, HEV, HCV; 1973 г. – Rotaviruses, причинители на половината случаи на диария у кърмачета и деца до 5 години; през 1977 г. -

Ebola Virus и други агенти, причиняващи хеморагични трески; 1980 г. - HTLV – 1, причинител на левкемия, 1983 г. - HIV. Попълни се броят на херпесните вируси, грипните /сезонен, птичи, свински грип/; на етиологичните агенти на лаймборелиозата, ерлихиозите у човек, новите рикетсиози. Появи се ТОРС. Днес /2009 г./, 33,3 млн. човека живеят с ХИВ/СПИН, от които 2,5 млн. са деца до 15 години. Загинали от тях са 1,8 млн., сред които 260000 деца. Това заболяване се разпространи експлозивно в някои страни на Източна Европа и бившия СССР, като хипотезите за това се свързват и с процесите на глобалния пазар и движение на работна ръка и капитали. Едновременно с доказване на новите патогени, започна търсенето на средства за лечение и профилактика.

Имунопрофилактиката – непрекъснато предизвикателство: Създаването на СЗО, CDC, ECDC ускори изработването на директиви, препоръки, декларации на съгласие, ваксинални програми и други дейности за борба с ИБ. Преди 100 години ИБ бяха основна причина за смърт в целия свят. Днес са създадени ваксини срещу повече от 25 заболявания. През 1977 г. беше изкоренена вариолата. Между 1999 – 2003 г., леталитетът от морбили се снижи с 40%. След 1988 г. ваксините освободиха Европа от полиомиелита (2002г.) и спасиха 5 милиона човека от вяли парализи и от късните последици на болестта. През 2001г., в България бяха съобщени последните четири случая, свързани с див полиовирус (13). През 2000 г. РАНО /Панамериканска Здравна Организация/ оповести за появата на постваксинален паралитичен полиомиелит (VAPP, Vaccine associated Paralytic Polio). Оттогава до 2010 г. се наблюдават случаи на вяла парализа, причинена от ваксинални вируси, т.н. Vaccine-derived poliovirus (VDPV) в редица ендемични региони на света: Африка, Индия, Камбоджа, Китай, Индонезия, Филипините (22). Поради намаляване на ваксиналното покритие на населението по различни причини /Табл.2/, някои ваксинопредотвратими болести отново придобиха епидемичен характер: морбили /18, 19, 20/, дифтерия, резистентна на лечение туберкулоза и др.

Един от важните проблеми на новия глобален ландшафт е заплахата от биотероризъм. Борбата срещу него не е по силата на отделните национални ресурси. По решение на СЗО и ECDC (17), всяка страна днес съхранява резерв от ваксини, например срещу вариола. Това сочи, че все пак глобализацията има някакъв лимит, даже и на Европейско ниво.

ИЗВОДИ

1. Глобализацията предизвиква дълбоки, понякога непредвидими изменения в екологичните, биологични и социални условия, които променят значението на ИБ.
2. Индивидите и популациите понасят различни по степен загуби или изгоди, което изгражда различни рискови групи, по отношение и на ИБ.

3. Епидемичният контрол и мерките над ИБ трябва да се променят, съответно на промените, свързани с глобализацията.
4. Необходимо е да се насочи фокуса към актуални остри епидемични и ендемични ИБ, за адекватен отговор на общественото здравеопазване.
5. Необходимо е разработване на програми за противоепидемичен надзор, съобразен с различията между развитите и развиващите се страни по отношение на ИБ.
6. Влиянието на глобализацията върху ИБ изисква изработване на адекватни международни регулативни програми за профилактика, мониториране, контрол и лечение на ИБ.
7. Необходимо е обучение и практика по глобалните измерения на ИБ, поради непрестанната промяна в техния профил.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Необходимо е ИБ да се възприемат като част от процеса на глобализация и в тясна връзка с други сфери на обществения живот: търговия и инвестиции; големи инфраструктурни проекти; миграция; земеделие; транспорт и комуникации. Дейностите по ограничаване на последиците от глобализацията върху ИБ са най – ефективната, спестяваща средства, интервенция в общественото здравеопазване.

ЛИТЕРАТУРА

1. Господинова М., Структура на заразните заболявания сред старите хора във Варненски регион, *Сп. "Здравна икономика и мениджмънт"*, 2009, год.9, **бр.3**, стр.32-35.
2. Gospodinova M., K. Stoyanova, M. Nenova., Social determinants of infectious diseases in diverse age groups in Varna region, Bulgaria, *Scripta Scientifica Medica*, 2010; **vol. 42 (2)**, pp 7-10.
3. Nenova M., Gospodinova M., Mileva S., Socio-epidemiologic data about hospitalized patients with measles for 2009-2010 in Varna region. *JBCR*, 2010, **Vol.3**, 1; suppl.1, p.108 (Abstract).
4. Foucault C., K. Barrau, P. Brouqui and D. Raoult., 2002. Bartonella quintana Bacteremia among Homeless People. *Clin. Infect. Dis* 35: 684-689.
5. Brouqui P., Chronic Bartonella Quintana Endocarditis in Homeless N *Engl J Med*, 1999; 340:184-9
6. Gautret P., P. Parola and P. Brouqui., Risk factors for H1N1 influenza complications in 2009 Hajj pilgrims. *Lancet* 375(9710):199-200 (2010) .DOI:10.1016/S0140-6736(10)60093-1
7. Gautret P., Winnie Yong, G. Soula, P. Parola, P. Brouqui and Mary-Jo DelVecchio Good., Determinants of tetanus, diphtheria and poliomyelitis vaccinations among Hajj pilgrims, Mar-

- seille, France. *Eur J Public Health* (2010) 20 (4): 438-442. doi: 10.1093/eurpub/ckp196
8. Gautret P., P. Parola and P. Brouqui., Vaccination acceptability in hajj pilgrims. *J Travel Med* **18(3)**:226 (2011)
9. Knobler Stacey, Adel Mahmoud, Stanley Lemon, Leslie Pray., The Impact of Globalization on Infectious Disease Emergence and Control. Exploring the Consequences and Opportunities. Workshop Summary. Forum of microbial Treats. Board of Global Health. www.nap.edu
10. Infectious Disease Movement in a Borderless World. Workshop Summary. Board on Global health. Forum on Microbial Threats. March 12, 2010.
11. Globalization and Infectious Diseases: A review of the linkages. Special Topics N3. TDR/STR/SEB/ST/04.2. WHO, 20, Avenue Appia CH-1211 Geneva 27.
12. Avramov Dragana, Miroslava Maskova., Active Aging in Europe. D'mographie-Coucil of Europe Publishing, F-67075 Strassbourg Cedex, 2003 www.coe.int/t/e/social_cohesion/.
13. Kojouharova M.et al., Importation and circulation of poliovirus in Bulgaria in 2001. *Bulletin of WHO*, **vol. 81**, N7,2003.
14. Barten, Francoise., Urban Health - Europe - best practice. ECDC Workshop on Social Determinants and Communicable Diseases, 4-5 March, 2009, Sofia, Bulgaria
15. Alirol E., Getaz L., Stoll B., Chappius F., Loutan L., Urbanization and Infectious Diseases in a globalized world. *Lancet Infect. Dis.* 2011 Feb. 11 (2):131-41.
16. Leitmeyer K., European Risk assessment Guidance for Infectious Diseases transmitted on Aircraft - the RAGIDA Project. *Eurosurveillance*, **Vol. 16**, Issue 16, 21 April, 2011.
17. The Globalization of Infectious Diseases. Executive Summary. www.prcdc.org/files/infectious_diseases
18. Muscat M, Bang H, Wohlfahrt J, Glismann S, Molbak K, EUVAC.NET Group. Measles in Europe: an epidemiological assessment. *Lancet* 2009 Jan 31; **373**(9661):383-9. Epub 2009 Jan
19. P L Lopalco, R Martin., Measles still spreads in Europe: who is responsible for the failure to vaccinate? Editorials. Available from: www.eurosurveillance.org
20. Epidemiological Report. www.ncipd.org.
21. WHO. World health Report 2002, Geneva, 2002.
22. Global Polio Eradication Initiative. Current situation, prospects for 2010, and plans for the future. WHO. CDC. UNICEF, 2010 www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/en/index.html
23. R.S. Purves, N.R.J Hulton., A climatic-scale precipitation model compared with the UKCIP baseline climate International Journal of Climatology. **Vol.20**, Issue 14, 1809-1821. 2000DOI: 10.1002/1097-0088(20001130)20:14<1809::AID-JO C587>3.0.CO;2-R

ОСНОВНИ РИСКОВИ ФАКТОРИ, ВЛИЯЕЩИ ВЪРХУ ПРОТИЧАНЕТО НА ИНФЕКЦИОЗНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ БОЛНИ НА 60+

Господинова М.

Катедра инфекциозни болести, епидемиология и тропическа медицина, МУ-Варна

РЕЗЮМЕ

Увод: Българските демографи регистрират трайна тенденция към влошаване на възрастовата структура на населението, изразяваща се в остаряването на нацията. Процесът на застаряване има своите последствия във всички сфери на живота - здравеопазване, заетост, социална закрила и т.н. Старееенето е свързано с постепенно снижение на психичните и физическите функции. Ако към това се добавят и въздействията от допълнителни, твърде често неблагоприятни фактори се създава кръг от множество медико-социални проблеми, съпътстващи живота на лицата в напреднала и старческа възраст. **Цел:** Да проучим рисковите фактори и тяхното влияние върху протичането на инфекциозните заболявания при пациенти над 60 години. **Материал и методи:** Анкетирани са 54 болни на възраст от 64 до 85 години (средна възраст-73,87± 1,83 години), хоспитализирани в Инфекциозна клиника на МБАЛ "Св. Марина" - Варна, чрез стандартизирано индивидуално интервю по анкетна карта, разработена за целта на проучването. За обработка на информацията са използвани анкетен метод, вариационен и графичен анализ. **Резултати:** От проучените пациенти 50% са жени и 50% мъже, 64,82% живеят в град, 35,18% са от село. Семейни са 55,56%, 5,55% са разведени, а 38,89% са вдовци. Всички анкетирани болни са пенсионери. 83,33% от пациентите на 60+ живеят под линията на бедност. Храненето на възрастните пациенти е нездравословно, недостатъчно по количество, с неправилно съотношение на основните съставки. 37,04% от анкетираните са пушачи, а непушачите са изложени на рисковото въздействие на пасивното пушене. 11,11% от лицата на 60+ имат високо рискова алкохолна консумация. Нашите възрастни пациенти водят заседнал живот. Само 3,70% от тях са с препоръчаната от СЗО физическа активност (за поне 1 час дневно). Лицата на 60+ са подложени на ежедневен психосоциален стрес, 46,29% са били подложени на големи стресогенни въздействия. Възрастните пациенти в основната си част са с трайно ниско или променливо самочувствие. Повече от половината от анкетираните възрастни са хипертоници, а 2/3 от тях страдат от други СЗЗ. **Изводи:** Под линията на бедност живеят 83,33% от пациентите на 60+, което ограничава възможностите им за лечение, достъп до квалифицирана медицинска помощ и здравословен начин на живот. При всички тях се установи комбинираното въздействие на няколко рискови фактора.

Ключови думи: инфекциозни заболявания, възрастни, социални детерминанти

УВОД

Продължителността на живота е ограничена във времето за всички организми - от няколко минути при бактериите до хилядолетия при някои растения. Границата на живота е биологично определена, но върху нея оказват въздействие условията на средата. Някои автори считат, че това се отнася и за човека, тъй като в старческа възраст животът завършва почти винаги със заболяване (1, 8). Европа е и се предвижда да остане глобалната област в света, най-засегната от старееенето. Според Commission of the European communities на СЗО се очертава перспективата делът на децата да намалее на 14% в 2050 г., а делът на старите хора да се увеличи на 35%. Един на всеки трима ще бъде във възрастта 60 и повече години. Африка ще продължава да

има млада възрастова структура с 2 пъти повече деца – 24% и 12% стари хора (13). Редица данни сочат, че в наши дни покачването на частта на населението в старческа възраст в развиващите се страни е драматично по-бързо, отколкото покачването в индустриализираните държави(12). Българските демографи регистрират трайна тенденция към влошаване на възрастовата структура на населението, изразяваща се в остаряването на нацията. Процесът на застаряване има своите последствия във всички сфери на живота - здравеопазване, заетост, социална закрила и т.н. Старееенето е свързано с постепенно снижение на психичните и физическите функции. Ако към това се добавят и въздействията от допълнителни, твърде често неблагоприятни фактори се създава кръг от множество медико-социални проблеми, съпътстващи живота на лицата в

напреднала и старческа възраст. Липсват данни за значението на рисковите фактори, предразполагащи за инфекции при възрастните хора: начин на живот, хранене, физическа активност, съпътстващи заболявания. В тази връзка си поставихме за цел: Да проучим рисковите фактори и тяхното влияние върху протичането на инфекциозните заболявания при пациенти над 60 години.

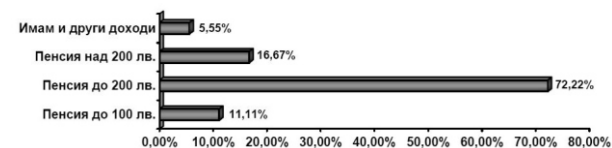
МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Анкетирани са 54 болни на възраст от 64 до 85 години (средна възраст-73,87±1,83 години), хоспитализирани в Инфекциозна клиника на МБАЛ "Св. Марина"-Варна, чрез стандартизирано индивидуално интервю по анкетна карта, разработена за целта на проучването. Почти всички въпроси са от затворен тип, като по-голяма част от тях изискват само един отговор. Съдържанието на включените въпроси е съобразено с препоръчваните от програмата CINDI (Country International Noncommunicable Disease Intervention)(интегрирана интервенционна програма за борба с хроничните незаразни болести) примерни въпросници. Половината от анкетиранияте болни са жени, 64,82% живеят в град, 35,18% са от село. Семейни са 55,56%, 5,55% са разведени, а 38,89% са вдовци. Самостоятелно със съпрузите си живеят 42,59% от анкетиранияте, с децата си живеят 27,78%, сами живеят 29,63%, като в тази група имат лек превес жените. За обработка на информацията са използвани анкетен метод, вариационен и графичен анализ.

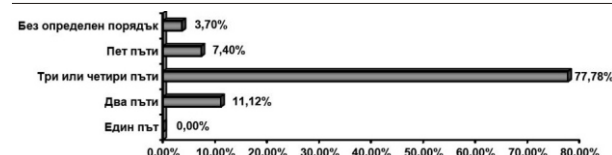
РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Бедността независимо от това дали се определя на базата на нивото на доходите, социално-икономическия статус, условията на живот или образователното ниво, се явява като една от най-важните детерминанти на влошеното здраве (1,6). Бедността води до повишаване на индивидуалните и екологичните фактори на риска, нарастваща заплахата от непълноценно хранене, лоши битови условия, намаляване на достъпа до информация, а така също и към намаляване на възможностите за получаване на необходимата медицинска помощ. Създава се порочен кръг. Влошеното здраве от своя страна води към бедност за сметка на снижената производителност, намалени доходи и влошено качество на живот. През 2008г. линията на бедност в България бе определена като 166 лв. 13,43% от българските домакинства живеят под относителния праг на бедност /определен като 60% от медианния еквивалентен доход, възприет от ЕВРОСТАТ и НСИ/. Делът на крайно бедните нараства между 2,3% /по оценки на НСИ/ и 7,9% /по оценки на Световната банка/ (6). Линията на бедност за 2009г. е 194 лв., а за 2011г. е определена на 211 лв. България е на трето място по брой на населението в ЕС, което се смята за бедно, показва проучване на Евробарометър. Пред нас са само Латвия и Румъния.

Средното ниво на бедност в ЕС е около 16,4%, а в България е 21%. Най-засегнати от риска за бедност са хората над 60 години и младежите.



Фиг. 1. Доходи на болните на 60+.



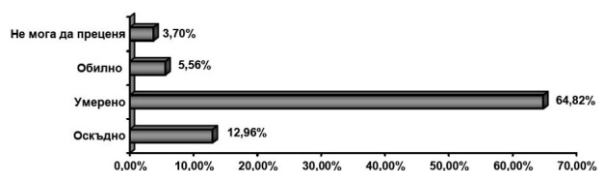
Фиг. 2. Честота на приема на храна при възрастните пациенти

В Доходи на болните на 60+ всички анкетирани от нас пациенти са пенсионери. 11,11% от тях имат доходи до 100лв., 72,22% са с доходи до 200лв., 16,67% са с доход над 200лв. И само 5,55% имат и други доходи освен пенсията, 35,18% разчитат на домашното стопанство (фиг.1). Резултатите показват, че 83,33% от анкетиранияте пациенти живеят с доходи под линията на бедност, определена от МС. Тези данни дават и отговор на въпроса: Има ли връзка между здравното състояние и доходите? България е на второ място в Европа по хронична заболяемост (5). Може ли посочената група от възрастни пациенти да си закупи необходимите медикаменти, да си осигури достъп до квалифицирана медицинска помощ, да се храни здравословно, да спортува, да има добро самочувствие?

Храненето е друг фактор, който силно влияе на здравето на човека. Физиологичните изисквания към храненето при стареене на организма са разработени въз основа на научните постижения по въпросите за същността на стареенето, биологичните основи на дълголетието и продължителността на човешкия живот (9). Те са в основата на съвременната наука за храненето на старите хора - геродиететика. Когато храненето е нездравословно, то води до редица болести: на органите на кръвообращението, някои видове рак, диабет, болести на храносмилателната система, а също и болести свързани с недохранването. Заедно с тютюнопушенето храненето се асоциира с около 70% от тежката хронична патология. Проучванията у нас през последните десетилетия установиха, че хранителният модел на населението е нездравословен и е един от основните проблеми на общественото здравеопазване: консумацията на мазнини от растителен и животински произход е висока (35 - 40 % от общия енергиен прием), недостатъчен е приемът на пресни плодове и зеленчуци през зимата и пролетта, ниска е консумацията на мляко и млечни продукти, на риба, висок е приемът на сол, нисък е средния дневен прием на витамини и минерали (4). Социално-икономическите промени в периода след 1989г. задълбочиха нездравословния начин на

хранене. Съществуващият дисбаланс в храненето на населението създава възможности за възникване на състояния на хранителен недоимък особено при старите хора, увеличаване на лицата с наднормено тегло и затлъстяване, утежняване на комбинациите от основни фактори на риска за редица болести, сред които храненето е един от тях. Малнутрицията (енергийна, протеинова, на микроелементи) е поне толкова важен фактор, колкото остаряването на имунната система. Парадоксално, но малнутрицията върви все по-често заедно със затлъстяването (11). Икономическото развитие и урбанизацията доведоха до бързи промени в хранителните навици с повишен прием на мазнини, животински продукти, рафинирани храни и понижен прием на пресни зеленчуци и фибри. Този феномен, наречен „хранителен преход“, е причина за по-високи степени на затлъстяване и хронични болести. Това от своя страна води до увеличаване на риска от инфекции сред старите хора, защото затлъстяването води до хронични болести като захарен диабет и дивертикулоза, които от своя страна водят до повишение на риска от инфекция и защото малнутрицията увеличава имунодефицита им (10,12). От друга страна либеризацията на производството, свободния внос на храни, липсата на достатъчно строги норми за контрол създава рискове за здравето от биологични, химични и радиоактивни замърсители на храните. Здравословните продукти не са достъпни до широката част от населението и особено за възрастните, които са с ограничени доходи.

Какво показват данните от нашата анкета за храненето на възрастните ни пациенти? По-голямата част от тях 77,78% имат здравословната привичка да закусват редовно всяка сутрин. По-често от трикратно се хранят само 7,40% от анкетираните; 11,12% се хранят 2 пъти дневно, а без определен порядък 3,70% (фиг.2). Умерено се хранят 79,62% (съпоставимо с данни от програмата CINDI - 81,3%) (3); 5,56% преценяват, че се хранят обилно (по-нисък е този процент в сравнение с програмата CINDI - 7,7%), а 11,12% - оскъдно (срещу 2,5% по CINDI) (3). Значително и статистически достоверно повече от нашите възрастни се хранят оскъдно, в сравнение с анкетираните по програма CINDI ($p < 0,001$) (фиг. 3).



Фиг. 3. Количество на приетата храна

Не са спазени препоръките за здравословно хранене: по-ниска е консумацията на пресни плодове и зеленчуци - само 3,70% консумират всеки ден пресни плодове и зеленчуци; 44,45%-един път седмично; 42,59%- два пъти седмично; 9,26% - три пъти седмично, което е крайно недостатъчно с оглед препоръките за 1-2 пъти дневно прием на тези продукти (фиг. 4). От анкетира-

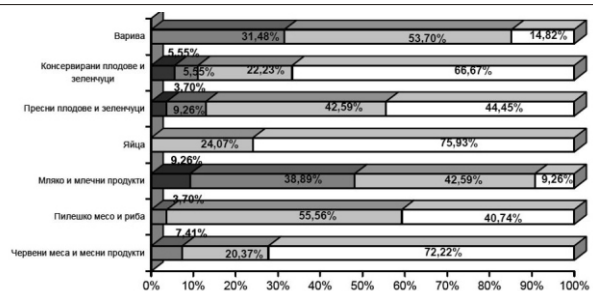
ните 66,67% консумират консервирани плодове и зеленчуци един път седмично; 22,23% - два пъти седмично; 5,55% - три пъти.

Намален е приемът на мляко и млечни продукти - ежедневно ги ползват само 9,26% от анкетираните; два пъти седмично - 42,59%; три пъти седмично - 38,89%; един път - 9,26%. Има намаление на тези показатели при анкетираните от нас болни и в сравнение с данните от програмата CINDI, въпреки че и там се забелязва тенденция на намаляване на приема на мляко и млечни продукти, но не така драстично (3).

За консумацията на червени меса и месни продукти един път седмично съобщават 72,22%; два пъти - 20,37% и само 7,40% - три пъти седмично.

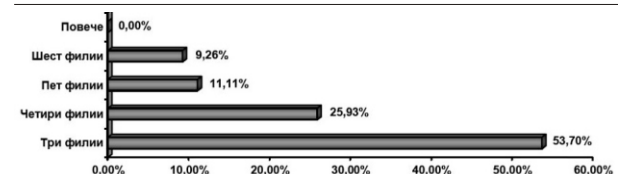
По отношение на пилешкото месо и риба: един път седмично консумират 40,74% от анкетираните; два пъти - 55,56% и само 3,70% - три пъти седмично, като основно са отговорили за консумация на пилешко месо и само 5,55% са посочили консумация на риба - един път седмично. 75,93% - консумират яйца един път седмично; 24,07% - два пъти седмично.

Повишена е употребата на варива - 31,48% ги консумират три пъти седмично; 53,70% - два пъти; 14,82% - един път. В качеството си на източник на растителни белтъци те се явяват като алтернатива на месото (фиг.4).



Фиг. 4. Седмична честота на прием на основните храни

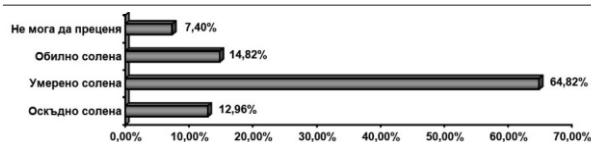
По три филии хляб дневно консумират 53,70% от анкетираните; 25,93% - по четири филии; 11,11% - по пет филии; 9,26% - по шест филии, като мъжете консумират повече хляб от жените (фиг.5). В сравнение с данните от анкетата CINDI (средно 5,1 филии дневно), нашите резултати бележат тенденция на намаление консумацията на хляб, което може да се обясни с продължаващото обедняване на пенсионерите и значително покачване цената на хляба (фиг. 5).



Фиг. 5. Консумация на хляб за един ден от болни на 60+

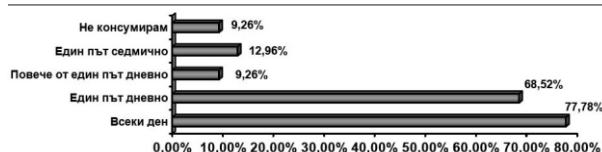
Сол се съдържа в много от готовите и полуготовите храни, поради което е трудно да се измери с достатъчна

точност нейната употреба, както е трудно да се установи и колко сол се поставя у дома и по време на ядене. Затова запитахме анкетираните, по отношение на солта каква храна употребяват? Приемът на сол сред интервюираните възрастни се оказва висок - само 12,96% консумират оскъдно солена храна; 64,82% - умерено солена; 14,82% - обилно солена (фиг.6). Различни анкети провеждани в годините по отношение на храненето на българина, показват, че солта за нас е "национално бедствие"(4). Българите консумират 1,5-2 пъти повече сол от европейците и американците (M.R.Law и сътр.)



Фиг. 6. Употреба на сол

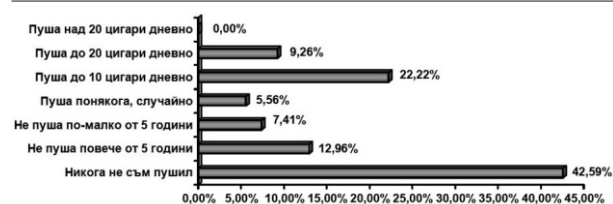
По отношение на сладки храни и захар: всеки ден консумират такива 77,78% от анкетираните, като 68,52% - един път дневно, най-често сутрин на закуска. 9,26% - употребяват сладки храни повече от един път дневно; 12,96% - един път седмично и само 9,26% избягват консумацията им (фиг.7). Консумацията на сладни храни и захар присъства стабилно в менюто на анкетираните възрастни, а това е една от основните причини за затлъстяване, диабет, атеросклероза и др.



Фиг. 7. Употреба на сладки храни и захар от болни на 60+

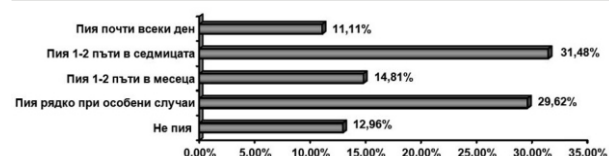
Тютюнопушенето е една от водещите причини за редица хронични заболявания и един от основните рискови фактори за ИБС и белодробен рак. Ясно доказаните взаимовръзки между тютюнопушенето и ИБС, както и между тютюнопушенето и белодробен рак, дават основание да се твърди, че тютюнопушенето е една от най-предотвратимите причини за смърт. Приблизително 90% от всички умирации от белодробен рак могат да се свържат с тютюнопушенето. Освен това то е основна допринасяща причина за хронично обструктивна белодробна болест, вкл. емфизем и хроничен бронхит, за мозъчен инсулт и за рак на фаринкса и хранопровода. Пушенето е широко разпространено. Различни анкети по проблема сочат, че около 43,50% от българското население са пушачи (4). В нашата анкета 37,04% са настоящи пушачи, като 5,56% са епизодични, а 31,48% са редовни. 42,59% от анкетираните никога не са пушили, 12,96% не пушат от повече от 5 години, 7,41% не пушат от по-малко от 5 години (фиг.8). Най-често причините за отказ са от здравно естество. От редовните пушачи 22,22% пушат по 10 цигари дневно, а 9,26% по 20 цигари дневно. Непушачите са

изложени на рисковото въздействие на пасивното тютюнопушене (у дома и другаде).



Фиг. 8. Тютюнопушене

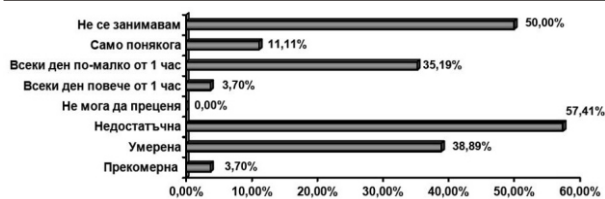
Консумацията на алкохол е значително разпространено явление сред българското население (3,4). Прекомерното пиене води до редица здравни проблеми: цирроза и рак на черния дроб, рак на устната кухина, гърлото и хранопровода, увеличен риск за мозъчен инсулт, повишено кръвно налягане, по-тежко протичане на инфекциозни заболявания. То допринася също и за психологични и социални проблеми. Въздържатели са 12,96% от нашите анкетирани. 29,62% употребяват алкохол при особени случаи, 1-2 пъти в месеца пият 14,81%, 1-2 пъти в седмицата-31,48%, 11,11%- почти всеки ден (фиг.9). Навикът за ежедневна консумация е по-чест сред мъжете, докато „пожизнените“ въздържа-тели се срещат по-често сред жените. В сравнение с данните от анкетата CINDI, групата на анкетираните с високо рискова алкохолна консумация е по-малка (11,11% срещу 19,40%), $p < 0,001$.



Фиг. 9. Употреба на алкохол

Физическата активност е друг фактор, който влияе върху здравето. Физически активният начин на живот е източник на добро здраве и предотвратява възникването на фактори на риска за него. Ниската физическа активност, от друга страна, се асоциира с редица болестни състояния на организма: затлъстяване, сърдечно-съдови заболявания, рак, диабет 2 тип и др., увеличава разходите в здравеопазването. Установено е, че намаляването на хиподинамията на ниво популация може да редуцира посочените заболявания (WHO, NFA, 2004). Ниската физическа активност в България е широко разпространен фактор и пореден проблем на общественото здравеопазване. Проучванията на НСИ през периода 1996-2001г. показват, че относителният дял нараства (4,6). При критерий за средно физическо натоварване поне 4 часа седмично (бягане или други спортове) и високо натоварване, се намира, че делът на лицата с висока и средна физическа активност в страната намалява от 64,4% на 59,9%. При мъжете намалението е по-силно в сравнение с жените (5,8% срещу 3,9%). Физическата активност сред населението в селата е по-висока в сравнение с тази в градовете (67%

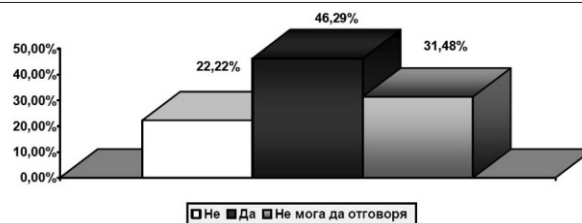
срещу 57,3%). Близки до посочените данни са и данните за нивото на физическа активност в зоните на програмата CINDI -България. Почти всеки втори мъж е с ниска, а всеки трети – със средна физическа активност по време на работа, ниска и средна е физическата активност и през свободното време. При жените ниската и средна физическа активност се срещат по-често отколкото при мъжете, както по време на работа, така и през свободното време. Каква е физическата активност на анкетираните от нас пациенти? 57,41% от тях я преценяват като недостатъчна, 38,89% - като умерена, а 3,70% - като прекомерна за тяхната възраст (фиг.10). На въпроса занимават ли се с физически упражнения и туризъм, 50% са отговорили, че не се занимават, 11,11% само понякога, 35,19% се занимават всеки ден, но по-малко от 1 час и само 3,70% - всеки ден, повече от 1 час. От тези, които всеки ден извършват физически упражнения по-голям е дялът на хората от село, така както сочат и други български проучвания (6). Комбинацията от ниска физическа активност с повишено кръвно налягане, повишен холестерол, повишено телесно тегло е много честа. Това натрупване на фактори на риска увеличава опасността за здравето.



Фиг. 10. Физическа активност

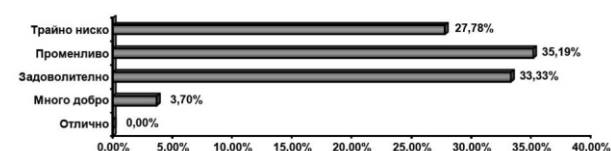
СЗО определя здравето като: „състояние на пълно физическо, психично и социално благополучие, а не само като отсъствие на болест или физически недъг“ (14). В това определение се изяснява голямото значение на психосоциалните аспекти на здравното състояние на човека. Понастоящем стресът е станал неизбежен спътник на съвременния начин на живот, един от неговите „символи“. Още през 80-те години на миналия век L.D. Haber публикува данни за наличието на паралелизъм между „стресовия статус“ на населението и неговата заболяемост. Редица последващи изследвания потвърждават и доразвиват това становище и днес е сигурно установено голямото значение на психосоциалния стрес в етиопатогенезата на много заболявания. От началото на 90-те години стресът все по-често навлиза в ежедневието на обикновения българин. Динамичните политически и социални промени и непрекъснато влошаващата се икономическа ситуация пораждат редица негативни психосоциални фактори като обедняване, престъпност, безработица, пренапрежение в бита, труда и др. Хората в напреднала и старческа възраст са подложени на постоянното действие на психосоциалния стрес. С напредване на възрастта те се чувстват излишни, ограничават се социалните им контакти, ограничени са финансовите им възможности, често поради болест или смърт на близките остават да

живеят сами, не могат да си осигурят необходимите лекарства и здравословни храни, нямат свободен достъп до медицинска помощ. Тази изолация, в която попадат възрастните, води до намаляване на положителния емоционален заряд, увеличава се честотата на понижено настроение, увеличава се разпространението на депресивитета сред възрастната популация.

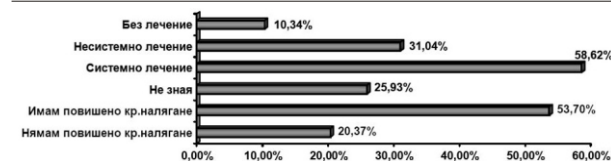


Фиг. 11. Преживени сериозни неприятности през последната година

Почти половината от анкетираните пациенти (46,29%) са имали сериозни неприятности през последната година (фиг.11). Самотници са 29,63%. 27,78% преценяват самочувствието си като трайно ниско, 35,19% - като променливо, 33,33% - като задоволително и само 3,70% - като много добро (фиг.12). В групата на тези които са определили самочувствието си като много добро, са пациентите, които са съобщили че имат допълнителни доходи и през последната година са нямали сериозни неприятности, същите извършват редовно физически упражнения и туризъм. Анкетираните, които са с трайно ниско самочувствие, наскоро са загубили свой близък човек, рязко се е променил начинът им на живот поради заболяване.



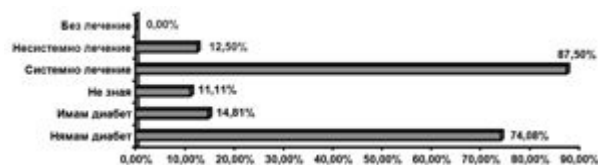
Фиг. 12. Оценка на самочувствието



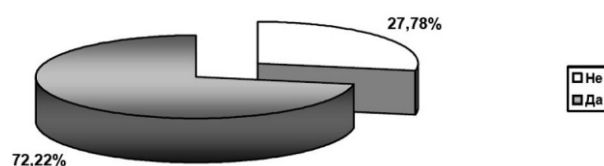
Фиг. 13. Повишено кръгло налягане и лечение

Чрез анкетата се опитахме да проследим някои от така наречените СЗЗ (социално значими заболявания), които определят нивото на общата смъртност и причиняват големи човешки и материални загуби, затруднявайки развитието на страната. Те са най-често преморбидния терен, върху който се развива инфекциозния процес. Анкетата показва, че 53,74% от интервюираните имат повишено кръвно налягане. Системно лечение провеждат 58,62%, несистемно се лекуват 31,04%, а без лечение са 10,34% (фиг.13). Половината от хипертониците са настоящи пушачи, 2/3 от тях дават данни за намалена двигателна активност, 27,58% от тях сочат

консумация на обилно солена храна. Със захарен диабет са 14,81% от анкетираните. 87,50% от диабетиците се лекуват системно, 12,50% - несистемно (фиг.14). От всички анкетирани 72,22% съобщават за наличието и на други заболявания, като най-често са съобщени ИБС, МСБ, ХОБ, ХБН, нео-процеси и др. 27,78% от нашите анкетирани не съобщават за други придружаващи заболявания (фиг.15).



Фиг. 14. Диабет и лечение



Фиг. 15. Наличие на други придружаващи заболявания

ИЗВОДИ

Под линията на бедност живеят 83,33% от пациентите на 60+, което ограничава възможностите им за лечение, достъп до квалифицирана медицинска помощ и здравословен начин на живот. При всички тях се установи комбинираното въздействие на няколко рискови фактора:

- нездравословно хранене
- тютюнопушене при 37,04%
- рискова алкохолна консумация при 11,11%
- намалена физическа активност при 96,30%
- стрес при 46,29% от лицата на 60+
- социално значими заболявания при 75% от анкетираните над 60 години.

На този неблагоприятен в здравословно отношение фон, под комбинираното действие на рисковите фак-

тори, протичат инфекциозните заболявания при възрастните пациенти. Това води до повишени изисквания към здравната система и системата на обществено здравеопазване.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов В., К.Юрукова и състав., „Социалната медицина и обществено здраве“, изд. Знание, 1998, раздел II, с. 33
2. Здравен мениджмънт, 2006, том 6, №4
3. Информационен бюлетин на националния център за здравни знания „Промоция на здраве“, бр.3, 1998
4. Мерджанов Ч., „Едно компрометиращо първенство“, УИ ”Св.Кл.Охридски“, София, 1995
5. МЗ - „Ролята на Здравеопазването за облекчаване на последствията от демографската криза“- доклад на министъра на здравеопазването пред консултативния съвет за национална сигурност, 09.01.2006
6. МЗ - „Доклад за здравето на нацията в началото на 21 век“, София, 08.2004
7. Попова С., Л. Георгиева, Научна конференция на БАН “Стареенето на населението – реалности и последици, политики и практики”, 30 – 31 май, София, 2006
8. Стойнев Г., „Социална геронтология“, изд. Мед. и физ., 1986
9. Стойнев Е., „Хранене, метаболизъм, стареене“, С., 2004
10. Caryn Gee Morse, Kevin P. High., Nutrition, Immunity and Infection, 2005
11. Crossley K., Peterson P., Infections in the Elderly, In: Mandell, Bennett, Dolin. Principles and Practice of Infectious Diseases. 6th ed. Churchill Livingstone, An Imprint of Elsevier, 2005
12. G. Gawazzi, F. Herrman and K.-H. Krause., Aging and infection diseases in the developing world. Clinical Inf. Dis. 2004, 39: 83 – 91
13. WHO-„Световна асамблея върху проблемите на старостта“, април 2002, Мадрид
14. WHO regional publication. European series №96, Food and Health in Europe: a new basis for action, Copenhagen, 2005.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ЛЕПТОСПИРОЗАТА В ПЛЕВЕНСКИ РЕГИОН – НОВИ АСПЕКТИ

Ганчева Г.¹, М. Карчева¹, П. Илиева¹, М. Атанасова²

¹ Катедра по инфекциозни болести, епидемиология, паразитология и тропическа медицина,
Медицински университет – Плевен,

² КАИЛ, УМБАЛ „Света Ана” – София

РЕЗЮМЕ

Лептоспирозата е най-разпространената зооантропоноза. Ключовите детерминанти за разпространението на заболяването са наличието на голямо видово разнообразие от животински резервоари, подходящи за преживяване на лептоспири условия на околната среда и тесни взаимоотношения между животински резервоари, човек и околна среда. Често върху тези детерминанти оказват влияние социо-културни, професионални, поведенчески и природни фактори, поради което епидемиологичната характеристика на заболяването е комплексна и динамична. Цел: Да се актуализира епидемиологичната характеристика на лептоспироза в Плевенски регион. Материал и методи: Направен е проспективен анализ на епидемиологични данни при 100 болни от лептоспироза, лекувани в Клиника по инфекциозни болести на УМБАЛ „Д-р Георги Странски” – Плевен (1976-2010 г.), 37% от които са доказани серологично. Резултати и обсъждане: Установени са специфични антитела срещу четиринадесет серовара; 18 болни са с антитела срещу повече от един серовар. Най-чест причиняващ серовар е *L. sorenthageni* (35,14% от серологично доказаните), следва *L. romona* – 27,03% от доказаните. Заболяемостта в региона е ниска (средно 0,37‰), но неравномерна; корелира със средната заболяемост за страната. Налице е лятна сезонност (август, юли, юни, септември). Преобладават болни в активна възраст (18 – 59 г.) – 72%; мъже (90%); с градско местоживее (61%). Специфични епидемиологични фактори са налице при 88% от болните, с водещо значение на водния фактор (в 57%). С професионален риск са 14% от болните. Многократни експозиции са установени в 66%. Заключение: С оглед улесняване на диагнозата и намаляване на леталитета е важно добре да се познават епидемиологичните и клиничните особености на заболяването. За целта е необходима активна разяснителна работа сред населението и повишаване компетентността на ОПЛ.

Ключови думи: лептоспироза, серовар, епидемиологичен фактор, заболяемост

ABSTRACT

Leptospirosis, the infection caused by leptospires, is the most widespread zoonosis in the world. The core determinants of transmission of leptospiral infection are the presence of carrier animals, suitability of the environment for the survival of leptospires and interaction between man, animals and environment. From this simplified model, it might appear that the epidemiology of leptospirosis is simple and straight forward, though in reality, the core determinants are often influenced by various socio-cultural, occupational, behavioral and environmental factors prevailing in a community and hence the epidemiology of the disease could be quite complex and dynamic. The aim of this study was to assess new aspects in epidemiological features of leptospirosis in the region of Pleven. Material and methods: Retrospective cohort study was carry out of 100 consecutive patients with leptospirosis, which were treated in Clinic of Infectious Diseases at University Hospital “Dr Georgi Stranski” – Pleven within 35 years (1976-2010), 37% of them serologically confirmed by microagglutination test (MAT). Results and discussion: Specific antibodies against fourteen serovars had been

Address for correspondence:

Г. Ганчева, Клиника по инфекциозни болести – УМБАЛ “Д-р Г. Странски”, ул. “Георги Кочев” 8а, гр. Плевен, п.к. 5800
e-mail: galya_gancheva@abv.bg

obtained. A simultaneous presence of more than one serovar had occurred in eighteen of cases. The most causative serovar was *L. copenhageni* (35,14% of serologically confirmed) followed by *L. pomona* (27,03%). The incidence in the region was low (mean 0,37 ‰ – the same was for Bulgaria), but significantly variable during the years. The highest number of cases were registered during the summer (August, Jull, Jun, and September) and male were prevalent (90%) ($p < 0,001$). Urban cases of leptospirosis were 61% and the prevalent age group was eighteen to fifty nine years old (72%). Information for risk factors was presented in 88% and the importance of water as source of infection was significant (in 57% of the cases). In conclusion: Leptospirosis is underdiagnosed because protean clinical manifestations. Epidemiological knowledge about this reemergence disease could be facilitating diagnosis. An active epidemiological education of the human population would be helpful for decreasing the impact of the risk factors.

Key words: leptospirosis, serovar, risk factor, incidence

Лептоспирозата е най-разпространената зооантропоноза (1,2,4,7,10). Ключовите детерминанти за разпространението на заболяването са наличието на голямо видово разнообразие от животински резервоари, подходящи за преживяване на лептоспири условия на околната среда и тесни взаимоотношения между животински резервоари, човек и околна среда. Често върху тези детерминанти оказват влияние социо-културни, професионални, поведенчески и природни фактори, поради което епидемиологичната характеристика на заболяването е комплексна и динамична (6,8).

ЦЕЛ

Да се актуализира епидемиологичната характеристика на лептоспироза в Плевенски регион.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

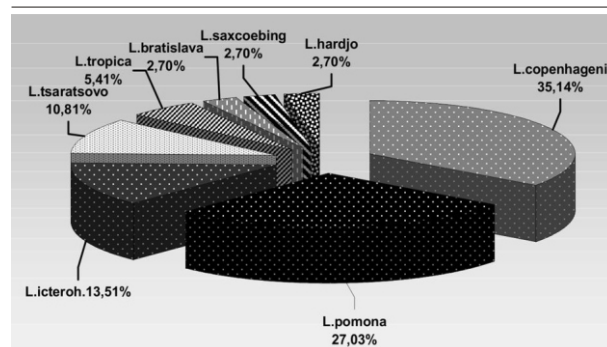
Направено е проспективно проучване на 100 болни от лептоспироза, лекувани в Клиника по инфекциозни болести на УМБАЛ „Д-р Георги Странски” – Плевен (1976-2010 г.).

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

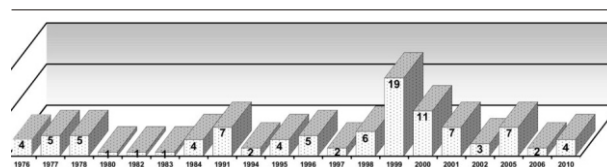
Установени са специфични антитела срещу четиринадесет серовара; 18 болни са с антитела срещу повече от един серовар (табл. 1). Най-чест причиняващ серовар е *L. copenhageni* (35,14% от серологично доказаните), следва *L. pomona* – 27,03% от доказаните (фиг. 1). Разпределението на болните през различните години на горепосочения период е неравномерно (фиг. 2). Най-голям брой болни е регистриран през 1999 г. – деветнадесет, от които при епидемичен взрив са заболели шестнадесет и три спорадично възникнали. В началото на 80-те години са регистрирани по един случай годишно. През 2007, 2008 и 2009 г. не са хоспитализирани болни с лептоспироза, а през лятото на 2010 г. са лекувани четирима.

През проучвания период заболяването е с ниска заболяемост в Плевенска област (средно 0,37‰), но се от-

белязва връх – през 1999 и 2000 г. Данните за заболяемост от лептоспироза (серологично доказана) за Плевенска област и Република България са представени на табл. 2. Заболяемостта от лептоспироза за страната е със сравнително устойчива тенденция, докато заболяемостта в Плевенски регион надвишава съществено средната за страната през някои от годините (фиг. 3).



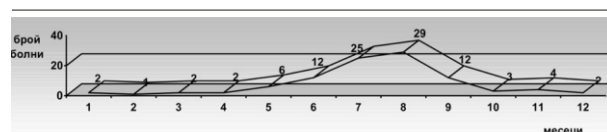
Фиг. 1. Етиологична структура на серологично уточнените болни от лептоспироза в Плевенски регион (1976 - 2010)



Фиг. 2. Годишно разпределение на болни от лептоспироза в Плевенски регион (1976 - 2010)



Фиг.3. Заболяемост от лептоспироза в Плевенска обл. и Република България (1976-2010)



Фиг.4. Сезонно разпределение на болни от лептоспироза в Плевенски регион (1976 - 2010)

Табл. 1. Етиологична характеристика на серологично уточнените болни

№	1-серовар	2-титър	1	2	1	2	1	2	1	2
1	L.copenhag.	12800	L.balcanica	3200	L.srebarna	3200	L.bratislava	3200	L.patoc	3200
2	L.tropica	6400	L.tsaratsovo	6400	L.copenhag.	200	L.pomona	400		
3	L.icterohaem.	3200	L.sofia 874	1600	L.copenhag.	800	L.canicola	800		
4	L.tropica	6400	L.tsaratsovo	6400	L.copenhag.	800				
5	L.tropica	3200	L.tsaratsovo	1600	L.pomona	800				
6	L.tsaratsovo	51200	L.bratislava	6400	L.pomona	6400				
7	L.pomona	6400	L.copenhag.	800	L.canicola	800				
8	L.copenhag.	800	L.pomona	400	L.canicola	400				
9	L.tsaratsovo	1600	L.pomona	800						
10	L.saxkoebing	12800	L.canicola	800						
11	L.tsaratsovo	800	L.tropica	400						
12	L.pomona	800	L.patoc	400						
13	L.copenhag.	1600	L.patoc	400						
14	L.copenhag.	3200	L.patoc	200						
15	L.copenhag.	800	L.patoc	400						
16	L.copenhag.	3200	L.patoc	200						
17	L.copenhag.	800	L.nicolaevo	200						
18	L. hardjo	1600	L.icterohaem	800						
19	L.icterohaem.	3200								
20	L.icterohaem.	6400								
21	L.icterohaem.	3200								
22	L.icterohaem.	800								
23	L.copenhag.	3200								
24	L.copenhag.	1600								
25	L.copenhag.	800								
26	L.copenhag.	400								
27	L.copenhag.	400								
28	L.copenhag.	400								
29	L.pomona	1600								
30	L.pomona	1600								
31	L.pomona	800								
32	L.pomona	800								
33	L.pomona	800								
34	L.pomona	800								
35	L.pomona	800								
36	L.pomona	400								
37	L.bratislava	800								

Сезонното разпределение на проучените болни е с подчертано летен характер. Най-голям брой болни са регистрирани през месец август, следвани от юли, юни

и септември. През останалите месеци случаите са единични (фиг. 4).

Възрастовото разпределение е следното: до 18 г. – 13 (13%); от 18 до 44 г. – 54 (54%); от 45 до 59 г. – 18 (18%);

Табл. 2. Заболяемост от лептоспироза в Плевенска област и България (1976 - 2010 г.)

година	Плевенска област		България	
	брой болни	заболяемост ‰	брой болни	заболяемост ‰
1976	3	0,84	3	0,03
1977	1	0,28	27	0,31
1978	2	0,55	25	0,28
1979	2	0,54	11	0,12
1980	0	-	22	0,248
1981	0	-	55	0,62
1982	0	-	29	0,32
1983	0	-	46	0,51
1984	4	1,07	60	0,67
1985	0	-	26	0,29
1986	0	-	34	0,38
1987	4	1,09	43	0,48
1988	3	0,81	43	0,48
1989	0	-	27	0,30
1990	0	-	24	0,27
1991	0	-	18	0,20
1992	4	1,14	32	0,40
1993	1	0,29	31	0,37
1994	1	0,29	38	0,44
1995	0	-	41	0,48
1996	2	0,59	42	0,49
1997	0	-	39	0,46
1998	0	-	44	0,53
1999	5	1,53	53	0,64
2000	5	1,55	35	0,43
2001	2	0,63	22	0,30
2002	0	-	21	0,30
2003	1	0,31	23	0,30
2004	1	0,32	28	0,36
2005	3	0,97	42	0,50
2006	2	0,59	18	0,20
2007	0	-	14	0,18
2008	0	-	9	0,12
2009	0	-	12	0,16
2010	4	-	11	-
Общо:	50	0,37	1048	0,37

от 60 до 74 г. – 12 (12%); над 75 г. – 3 (3%). Подчертано-то засягане на първите три възрастови групи е пряко свързано с епидемиологичната анамнеза ($p < 0,001$). Преобладаващ е броят на мъжете – деветдесет (90%); жените са десет (10%) ($p < 0,001$). По-голям брой от болните са с градско местоживее – шестдесет и един (61%); тридесет и девет са от села (39%) ($p < 0,05$).

Епидемиологична анамнеза е налице при осемдесет и осем болни (88%). При петдесет и седем (57%) е налице контакт с естествен или изкуствено създаден водоизточник (къпане, газене, риболов, инцидентно падане). С професионално обусловен риск за заболяване от лептоспироза са четирнадесет (14%), като осем от тях са свинегледачи (8%), двама работят в свинецланица (2%), един е животновъд в Северна Гърция (отглежда крави), един е канализационен работник, един чисти мелнични шахти, един работи към Общинска служба „Чистота“ (съответно по 1%). Заболяването е свързано с битови дейности при четирима (4%) – косене, събиране на охлюви, чистене на царевича. При двадесет и двама болни (22%) има гризачи в дома, стопански постройки или на работното място. При една болна заболяването е възникнало след ухапване от плъх (1%). Един епидемиологичен фактор е отчетен при седемдесет и шест болни (76%), два фактора – при дванадесет (12%). Еднократна експозиция на епидемиологичния фактор е установена при двадесет и двама болни (22%), с многократни експозиции са шестдесет и шест (66%).

При дванадесет болни (12%) липсват епидемиологични данни.

Сравняването на данните от настоящото проучване с предходно, проведено от нас за периода 1975–2005 г. (3) не показва достоверни различия относно етиологичната характеристика на серологично уточнените болни. С водещо значение за региона е *L. copenhageni* (35,14% от серологично доказаните), следва *L. romona* – 27,03% от доказаните. Налице е нов серовар – *L. hardjo*, установен при българин, работил като животновъд в Северна Гърция. За страната като цяло през последните години най-чест причинител е *L. romona* (5). По данни на СЗО за периода 1998 – 2000 г. в световен мащаб с най-голямо значение е *L. icterohaemorrhagiae* (49,1%), следвана от *L. romona* и *L. sejroe* (съответно по 10,9%), *L. australis* (7,3%), *L. autumnalis* и *L. grippotyphosa* (по 5,5%) и *L. canicola* (3,6%) (9).

Разпределението на болните през периода е неравномерно. Преобладават спорадично възникналите случаи (84%). През проучвания период заболяването е с ниска заболяемост в Плевенска област, корелираща със средната за страната. През някои години обаче заболяемостта в региона отчетливо надвишава съответната за страната. За сравнение можем да посочим данни на СЗО (2000 г.), според които най-ниска е годишната заболяемост в Япония – 0,003‰, Обединеното Кралство – 0,09 ‰, Италия – 0,11‰, Албания – 0,17‰, Холандия – 0,23‰. Сред страните с висока заболяемост са Индия (Андамански острови) – 50,0‰, Тайланд – 23,0 ‰. В страни с висок икономически стандарт за-

боляемостта е по-висока от тази в нашата страна – във Франция показателят е 6,0‰, а в САЩ – 4,0‰, което в немалка степен се дължи на добрия надзор и диагностичните възможности (9,10).

Сезонното разпределение е с летен характер. Преобладават болни от мъжки пол – 90% (по данни на СЗО – 62%). Най-засегната е активната възраст (18 – 59 г.) – 72%, следват деца (13%). Тези данни са в пряка зависимост от епидемиологичните фактори и пътищата на предаване на инфекцията ($p < 0,001$). Това е пряко свързано с рисковите експозиции при упражняване на трудови и развлекателни дейности. По-голям брой са с градско местоживее (61%) ($p < 0,05$). Тези резултати не показват различие в сравнение с предходното ни проучване (3) и съответстват на литературните данни (9,10). Епидемиологична анамнеза е налице при 88% от болните, с водещо значение на водния фактор (57%). Професионално обусловен риск за заболяване от лептоспироза е налице при 14% (при предходното ни проучване – 21,88%; ($p > 0,05$), а значението на битово упражнявани действия и в двете наши проучвания е несъществено (съответно 4% и 3,13%; $p > 0,05$) (3). По данни на СЗО с най-висок професионален риск са земеделските дейности (9). В нашето проучване при 22% от болните има данни за наличие на гризачи (при предишното ни проучване – 12,50%; $p > 0,05$), което корелира с други проучвания (6,8).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболяемостта от лептоспироза в Плевенска област през проучвания период е ниска (средно 0,37‰), но неравномерна; еднаква със средната за страната през проучвания период (средно 0,37‰). Липсват съществени различия в епидемиологичните особености на лептоспирозата в Плевенски регион при настоящото и предишното наше проучване. Трябва да се има предвид възможността за „внос“ на лептоспироза поради интензивния трафик на хора в глобален мащаб. Нараства ролята на гризачите като епидемиологичен фактор за възникване на заболяването.

КНИГОПИС

1. Ангелов Л., П. Георгиев, П. Драганов, В. Монеv, В. Новкиршки, Хр. Радева, Н. Рибарова., Епидемиология на инфекциозните болести. Под ред. на В. Монеv. Стара Загора, “Знание, 1999.
2. Ганчева Г., Комплексни проучвания при лептоспироза. Дис. труд за н. и обр. ст. „доктор”. Медицински университет – Плевен, 2006, **62**, 66-71.
3. Ганчева Г., Епидемиологична характеристика на лептоспироза в Плевенски регион. Медицински преглед, **44**, 2008, бр. 3, 51-56.
4. Генеv Г., Х. Бояджиян., Лептоспирози. В “Ръководство по инфекциозни болести за общопрак-

-
- тикуващи лекари”, I изд., “Литера принт” АД, Стара Загора”, 2001, 232-238.
5. Christova I., E. Tasseva, H. Manev., Human leptospirosis in Bulgaria, 1989-2001: epidemiological, clinical, and serological features. *Scand. J. Infect. Dis.*, **35**, 2003, No 11-12, 869-872.
 6. Hartskeerl R. A., Leptospirosis: Current status and future trends. *Indian J. Med. Microbiol.*, **24**, 2006, No 4, 309-309.
 7. Kshirsagar N. A., R. R. Shinde, S. Mehta., Floods in Mumbai: Impact of public health service by hospital staff and medical students. *J. Postgrad. Med.*, **52**, 2006, No 4, 312-314.
 8. Sehgal S. C., Epidemiological patterns of leptospirosis. *Indian J. Med. Microbiol.*, **24**, 2006, No 4, 310-311.
 9. WHO. Human Leptospirosis: Guidance for Diagnosis, Surveillance and Control, 2003.
 10. WHO. Informal Consultation on Global Burden of Leptospirosis: Methods of Assessment. Geneva, 25-27 October 2006.

ПАРОТИТНИ ПАНКРЕАТИТИ

Карчева М.¹, Г. Ганчева¹, М. Атанасова², П. Илиева¹

¹Катедра „Инфекциозни болести, епидемиология, паразитология и тропическа медицина”, МУ-Плевен, България

²КАИЛ, УМБАЛ „Св. Ана”, София, България

РЕЗЮМЕ

Епидемичният паротит е остро инфекциозно заболяване, при което се засягат жлезите с екзокринна секреция – слюнчени, тестиси, панкреас. Цел на настоящото проучване е да се анализират клиничко-епидемиологични характеристики при болни с паротитен панкреатит. Материал и методи. Проучени са 75 болни с паротитен панкреатит, хоспитализирани в Клиника по инфекциозни болести при УМБАЛ „Д-р Г. Странски”, Плевен за периода 2000-2008 г. Резултати. За проучения период в Клиника по инфекциозни болести са хоспитализирани 161 лица с епидемичен паротит. Засягането на панкреаса е водещата екстрасаливарна локализация. В 36% от тях е установен паротит и панкреатит. Проучените болни с епидемичен паротит и панкреатит по-често са мъже – 71% ($t=4,468$; $p<0,001$). Най-засегната възрастова група са лица от 17 до 20 г., с колебания от 4 до 42 г. ($=17,61$; $sd=6,47$). По отношение на клиничното протичане прави впечатление, че коремна болка е установена в 7% от болните. По-голяма част съобщават за повръщане, намален апетит, гадене. Висока температура е отчетена при 59% от тях, адинамия – в 100%. Отчетено е повишено серумно ниво на алфа-амилаза при 82,66% още в началото на заболяването. Лечението е патогенетично с глюкозни вливания, спазмолитици при необходимост и протеазни инхибитори. Заключение. Паротитният панкреатит протича като лека и средно тежка форма. Боледуват лица в активна възраст, по-често мъже. Паротитният панкреатит е причина за продължителна хоспитализация. Заболяването има и социално значение, свързано с това, че липсва продължително активно наблюдение на късните последици при преболелите.

Ключови думи: епидемичен паротит, панкреатит, клинично протичане

ABSTRACT

Mumps is an acute infectious disease with affected exocrine glands – salivary, testis, pancreas. The aim of this study was to analyze clinical and epidemiological characteristics of patients with mumps pancreatitis. Material and methods. We studied 75 patients with mumps pancreatitis, who were hospitalized in the Clinic of Infectious Diseases at University Hospital "Dr. G. Stransky", Plevan (2000-2008). Results. During that period in the Clinic of Infectious Diseases 161 patients with mumps were hospitalized. Involvement of the pancreas is the leading extrasalivary manifestation. Mumps and pancreatitis were established in 36% of them; men were 71% ($t = 4,468$; $p < 0,001$). The most affected age group was 17 to 20 years old, ranged from 4 to 42 years old ($=17,61$; $sd=6,47$). It was notable that abdominal pain was found in 7% of patients. Vomiting, anorexia and nausea were the most frequent symptoms. Fever was registered in 59% and weakness in all patients. Early elevated serum alpha-amylase levels in 82,66% there were found. Patients were treated by glucose infusions, analgesics and protease inhibitors. Conclusion. Mumps pancreatitis occurs as mild and moderate disease. Patients are in active age, more often male. Mumps pancreatitis causes prolonged hospitalization. The disease has a social significance because a lack of continuous active monitoring of late complications.

Key words: mumps, pancreatitis, clinical course

Address for correspondence:

М. Карчева, ул. "Св. Кл. Охридски"-1, МУ-Плевен, сектор "Епидемиология, паразитология и тропическа медицина", 5800 гр. Плевен
e-mail: milena_karcheva@abv.bg

УВОД

Епидемичният паротит е остро инфекциозно заболяване, при което се засягат жлезите с екзокринна секреция – слюнчени, тестиси, панкреас. Засягането на панкреаса

са се установява за първи път през 1941 г. от С. Wesselhort. Паротитният панкреатит се описва от редица автори като състояние, което протича с повишаване на температурата, отпадналост, безапетитие, коремни болки, гадене, повръщане. При засягане на панкреаса се нарушава екскреторната и инкреторната му функция, което води до отклонения както във въглехидратната обмяна (хипергликемия), така и завишаване серумното ниво на б-амилазата (4,14). Паротитният вирус се приема като етиологичен причинител на тежък хеморагично-некротичен панкреатит (6).

Съществуват литературни данни за честотата на панкреатита по време на епидемични взривове от паротит, но повечето от тях приемат, че се среща при не повече от 5% от болелите и протича благоприятно (2,3,6,7,10). Има литературни данни за случаи с панкреатит без клинично изявен паротит, но с доказана сероконверсия. Български автори наблюдават остър панкреатит в хода на паротитна инфекция в широки граници от 6,2% и 53,3% от случаите (2,5,8,9,11).

Спорен е въпросът за ролята на паротитния вирус в етиологията и патогенезата на захарния диабет. Провеждани са различни експериментални проучвания, както и проучвания на пациенти, преболеждали от паротит със засягане на панкреаса. Приема се, че в около 5% от преболеждащите се развива диабет. Според един автори в години на завишена заболяемост от паротит е описвана и завишена новорегистрирана заболяемост от диабет, според други такъв риск не съществува. Наблюдавани са случаи на захарен диабет тип 1, пряко свързани с паротитна инфекция (13).

ЦЕЛ

Целта на проучването беше да се анализират клиничко-епидемиологични характеристики при болни с паротитен панкреатит.

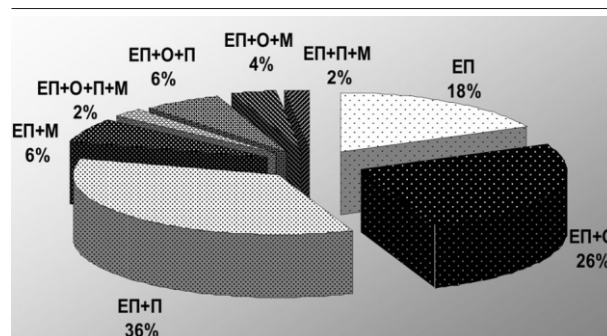
МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проучени са 75 болни с паротитен панкреатит, хоспитализирани в Клиника по инфекциозни болести при УМБАЛ „Д-р Г. Странски“, Плевен за периода 2000-2008 г. Анализирани са демографски показатели, имунизационен статус, клинично протичане и лабораторни показатели. Създаването на базата данни от наблюдението, статистическата им обработка и онагледяването на резултатите са извършени в среда MS Excel 2003 и със статистическа програма STATGRAFICS.

РЕЗУЛТАТИ

За проучения период в Клиника по инфекциозни болести са хоспитализирани 161 болни с епидемичен паротит. Засягането на панкреаса е водещата екстрасали-

варна локализация. В 36% от тях е установен паротит и панкреатит (фиг.1).



Фиг.1 Клинични форми на паротитна инфекция
EP - епидемичен паротит, O - орхит, P - панкреатит, M - менингит

Панкреатит възниква и в хода на паротитна инфекция с три и четири локализации, като засягането на панкреаса е в 48% от случаите. Диагнозата е поставена въз основа на клиничко-лабораторни данни. Проучените болни с епидемичен паротит и панкреатит са по-често мъже – 71% ($t=4,468$; $p<0,001$). Съотношението мъже:жени е 2:1. Най-засегната възрастова група са лица от 17 до 20 г., с колебания от 4 до 42 г. ($=17,61$; $sd=6,47$). Хоспитализирани са предимно ученици – 33 (44%), студенти – 8 (11%), войници – 4 (5%), работещи – 14 (19%), деца до 7г. – 4 (5%). Болничният престой е от 2 до 25 дни ($=8$; $sd=3,82$). При всички болни заболяването започва с характерни прояви на паротитна инфекция. Хоспитализирането на болелите в клиниката е между 1-я и 12-я ден от началото на оплакванията (оток и болка на паротитни жлези), средно на 3-я ден. Регистрирани са случаи целогодишно, но най-голям е броят на засегнатите с панкреатит през месеците юни – 19 и март – 13. При шест болни (8%) са налице анамnestични данни за фамилен обремененост със захарен диабет. При проучване на имунизационния статус се установи, че имунизирани с паротитна ваксина са 10 (13%), неимунизирани – 10 (13%) и без данни – 55 (74%). За контакт с остро заразно заболяване (паротит) съобщават 36 (48%) от хоспитализираните. Данни от обективния статус на болелите са представени в табл.1.

Параклинични показатели: От направеното проучване на хемограмата умерена левкоцитоза е отчетена при 4% от болелите, левкопения при 2%, по-често нормоцитоза с лимфоцитоза. При 25% се наблюдава умерена хипергликемия. От изследванията на серумната б-амилаза се установява: при постъпване в клиниката 82,66% са със завишени стойности. При останалите пациенти б-амилазата се повишава през следващите дни. Амилазата в урината е завишена при 12% от случаите със стойности от 635 до 7700 IU/L ($=4477,67$ $sd=2911$). Серологично доказани са 25 (33%) от болелите. Данни за по-важните лабораторни показатели са представени в табл. 2.

Табл. 1 Обективно състояние на заболялите с паротитен панкреатит

ЖВ - жлезновъзпалителен, ТИС - токсинфекциозен, ЛН - лимфонодуларен, ХС - хепатоспленомегален, МРС - менингоградикуларен

Общо състояние	Задоволително - 39 (52%), средно увредено - 36 (48%)
Температура	Нормална - 1 (1%), субфебрилна - 9 (12%), висока - 44 (59%), не е измервана - 21 (28%)
Оток на паротитни жлези	Левостранен - 18 (24%), десностранен - 17 (23%), двустранен - 37 (49%), липсва - 3 (4%)
Оток на други слюнчени жлези	Сублингвални - 2 (3%), субмандибуларни - 15 (20%), липсва - 58 (77%)
Болка в слюнчени жлези	Съобщават - 37 (49%), не съобщават - 38 (51%)
Симптоми от гастроинтестиналния тракт	Гадене - 1 (1%), повръщане - 9 (12%), безапетитие - 3 (4%), коремна болка - 5 (7%), болка при гълтане, дъвчане - 9 (12%), повече от един симптом - 10 (13%), не съобщават - 38 (51%)
Увеличен черен дроб	Палпира се - 56 (75%), не се палпира - 19 (25%)
Увеличена слезка	Палпира се - 13 (17%), не се палпира - 62 (83%)
Синдроми*	ЖВ - 4 (5%), ТИС+ЖВ - 42 (56%), ТИС+ЖВ+ЛН - 3 (4%), ТИС+ЖВ+ХС - 8 (12%), ТИС+ЖВ+ХС+МРС - 1 (1%), ТИС+ЖВ+ХС+ЛН - 1 (1%)
Клинични форми	ЕП+П - 57 (76%), ЕП+П+О - 12 (16%), ЕП+П+М - 3 (4%), ЕП+П+О+М - 3 (4%)

ДИСКУСИЯ

Въпреки лекото протичане на заболяването в литературата се срещат данни за тежък хеморагично-некро-

Табл. 2 Лабораторни показатели при заболялите с паротитен панкреатит - статистическа достоверност (p)

Показател	При постъпване в клиниката	При изписване от клиниката	Статистическа достоверност (p)
Левкоцити-общ брой $\times 10^9 / l$	от 2,6 до 12,6 $\bar{x}=6,05;sd=2,15$	от 3,5 до 14,1 $\bar{x}=6,79\ sd=2,05$	$p<0,05$
Серумна амилаза U/l	от 31 до 5060 $\bar{x}=878\ sd=818$	от 52 до 1438 $\bar{x}=394\ sd=283$	$p>0,05$
Серумна глюкоза mmol/l	от 3,2 до 9 $\bar{x}=5,41\ sd=1,02$	от 4 до 6,7 $\bar{x}=5,17\ sd=0,66$	$p>0,05$
СУЕ по Westergren, mm I час	от 2 до 46 $\bar{x}=10\ sd=8,49$	от 2 до 15 $\bar{x}=8,76\ sd=4,83$	$p<0,05$
СУЕ по Westergren, mm II час	от 3 до 80 $\bar{x}=20\ sd=14,06$	от 4 до 38 $\bar{x}=20\ sd=10,20$	$p<0,05$

Зачестяването на случаи с паротитен панкреатит се свързва с подема на епидемичния паротит през последните 2-3 години в нашата страна. За епидемичен подем на заболяването се съобщава и в други страни (3,6,12,14). От направеното проучване е отчетена по-висока честота на засягане на панкреаса за разлика от съществуващите литературни данни. По-лекото протичане на епидемичния паротит е причина не винаги да се регистрира тази екстрасаливарна локализация.

тичен панкреатит, свързан с паротитна инфекция. По-често заболялите лица са от мъжки пол, а най-засегнатата възрастова група е 15-19 г., което корелира със засегнатите от епидемичен паротит лица. Боледуват лица неимунизирани или с намален постваксинален имунитет (1). В литературата липсват данни за сезонна зависимост при случаите на панкреатит; те съвпадат по честота и време с подем на паротитната инфекция. Регистрираната от нас по-висока заболяемост от панкре-

атит през зимно-пролетните месеци съвпада с високата заболяемост от епидемичен паротит през този период. В клиничното протичане на заболяването преобладава лека и средно тежка форма. Оплакванията са повишена температура, отпадналост, болка и подуване на паротитните жлези, гастроинтестинални прояви с преобладаващи симптоми гадене, повръщане, безапетитие. Само при 7% от болелите са установени клинични синдроми, характерни за остър хирургичен корем – опасваща болка и болка в епигастриума, повръщане. Диагнозата е поставена въз основа на клинични данни и лабораторни изследвания. Отчетено е завишаване на серумното ниво на амилазата при всички проучени болни, като при 20% от тях тя се завишава в хода на заболяването. При 12% се установиха завишени стойности на амилаза и в урината. Наблюдаваната хипергликемия при 25% от болните съвпада с данни и на други автори. В резултат на симптоматичното, патогенетично, а при необходимост включване и на протеазни инхибитори лечение болелите са изписани клинически здрави. Заболяването е с благоприятен изход при всички болни с паротит и панкреатит. Не са установени случаи с отключване на диабет след преболеждане от паротитен панкреатит, не е наблюдаван хеморагично-некротичен панкреатит, а само хиперамилаземия и клинични данни за остър хирургичен корем в 7% от проучените болни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Независимо от благоприятния изход на заболяването (паротит с панкреатит) възможните усложнения, описани от други автори, налагат становището за профилактика на епидемичния паротит, а чрез нея и превенция на паротитния панкреатит. Въпреки въведената задължителна имунизация срещу паротит винаги остава неимунизиран контингент. Това налага по-стриктен епидемиологичен контрол, включително и изследване за титъра на антитела срещу заболяването с оглед ликвидиране или ограничаване до единични случаи.

КНИГОПИС

1. Ватев Н., М. Стойчева, К. Кръстев, Продължителност на имунитета след прилагане на ваксина против епидемичен паротит. Обзор., *Сборник доклади „Остри респираторни инфекции“*, IV национална конференция, Плевен, 2009, 22-24
2. Венчев Ч., И. Боев, А. Петров, О. Бойкинова, И. Балтаджиев, М. Божилова и др., Въвличане на панкреаса при епидемичен паротит, *Сборник доклади „Остри респираторни инфекции“*, IV национална конференция, Плевен, 2009, 48-50

3. Ганчева Г., И. Симова, М. Атанасова, Т. Червениякова, Ц. Дойчинова, П. Цветкова и др., Клинични изяви на паротитната инфекция, *Сборник доклади „Остри респираторни инфекции“*, IV национална конференция, Плевен, 2009, 51-54
4. Генов Г., М. Генева-Попова., Клинична стойност на съвременните лабораторни изследвания в инфектологията, Медицинско издателство „Райков“, Пловдив, 2001, 144-145
5. Господинова М., Т. Ганчева, М. Ненова., Особенности на епидемичния процес и клиничните прояви на епидемичния паротит в град Варна и региона – 1997 – 1998 г., *Инфектология*, **том XXXVI**, 1999, бр. 3, 9-12
6. Илиева П., М. Атанасова, Ц. Дойчинова, И. Симова, Хр. Цветанова., Клинични форми на паротитната инфекция, *Инфектология*, **том XXXVII**, бр. 3, 2000, 16-18
7. Карчева М., Н. Вълканова, Й. Николова., Особенности на епидемичния процес на паротита в област Разград 2000-2008 година, *Обща медицина*, **1**, 2009, 21-23
8. Карчева М., М. Атанасова, П. Илиева., Клиничко – епидемиологично проучване при паротитна инфекция, *София, Български медицински журнал*, **том 3**, 2009, бр. 1, 29-34
9. Карчева М., Н. Вълканова, Й. Николова., Проучване на епидемията от епидемичен паротит в Разградска област-2005/2006 година, *Сборник с доклади „Природа и здраве“*, София, 2009, 30-36
10. Петров П., Ц. Георгиева, А. Николова, М. Русинова, Н. Тодорова, Л. Панчев и др., Имуномодулираща терапия при епидемичен паротит, *София, Практическа педиатрия*, **6**, 2008, 14-16
11. Попов Г., К. Плочев, Р. Михайлова, М. Милков, Д. Стойнова, Д. Димитрова и др., Клинична характеристика на паротитна епидемия в българската армия, *Сборник доклади „Остри респираторни инфекции“*, IV национална конференция, Плевен, 2009, 34-37
12. Gupta R., J. Best, E. MacMahon., Mumps and the UK epidemic 2005, *BMJ*, London: May 14, **Vol. 330**, 2005, lss.7500, p. 1132
13. Goto A., Y. Takahashi, M. Kishimoto, Y. Nakajima, K. Nakanishi, H. Kajio, et al., A case of fulminant type 1 diabetes associated with significant elevation of mumps titers, *Endocrine Journal*, **Vol. 55**, 2008, No 3, pp. 561-564.
14. Kodz B., M. Domanski, A. Wierchowskaet, J. Dzierka, E. Oldak., Clinical and laboratory features of mumps in hospitalized children in 2003-2004 epidemics, *Przegl Epidemiol.* **Vol. 60**, 2006, No 2, 299-305

ПАРОТИТНИ ОРХИТИ

Карчева М.¹, Г. Ганчева¹, М. Атанасова², П. Илиева¹

¹Катедра „Инфекциозни болести, епидемиология, паразитология и тропическа медицина”, МУ-Плевен, България

²КАИЛ, УМБАЛ „Св. Ана”, София, България

РЕЗЮМЕ

Една от честите екстрасаливарни локализации при епидемичен паротит е паротитния орхит. Честотата на регистрираните орхити е различна през епидемични години - до 85,5% и междуепидемични периоди - от 10% до 50%. Цел на настоящото проучване е да се анализират клиничко-епидемиологични характеристики при болни с паротитен орхит. Материал и методи. Проучени са 55 болни с паротитен орхит, хоспитализирани в Клиника по инфекциозни болести при УМБАЛ „Д-р Г. Странски”, Плевен за периода 2000-2008 г. Резултати. За периода 2000-2008 г. при 62 (38%) от хоспитализираните лица от мъжки пол с паротитна инфекция е диагностициран орхит. Наблюдавани са следните съчетания на орхит: паротит и орхит при 26%, паротит, орхит и панкреатит при 6%, пароти, орхит и менингит при 4% и паротит, орхит, панкреатит и менингит при четирима (3%). Пациентите са на възраст от 6 до 38 г. - ($\bar{x}$ =19,32; sd =5,48; Me =19; Mo =19). Развитие на орхита се отчете едновременно с подуване на слюнчените жлези или средно на 3-4-я ден след него, между 1 и 13 дни от началото на паротитната инфекция - ($\bar{x}$ =3,78; sd =2,56). При болните се регистрира втора температурна вълна, общо неразположение, напрежение, оток и болка в областта на тестисите (двустранно при 36%). Серологично потвърждаване на паротитната инфекция се регистрира при 73% от изследваните. Рутинните параклинични изследвания установяват: умерено ускорена СУЕ при всички пациенти с орхит. Заключение. Наличието на орхит при паротитната инфекция води след себе си здравни, социални и икономически последици: по-тежко протичане, включително риск от развитие на стерилитет, удължен болничен престой.

Ключови думи: епидемичен паротит, орхит, клинично протичане

ABSTRACT

Mumps orchitis is a frequent extrasalivary manifestation. The registered incidence of orchitis is different – in epidemic years up to 85,5 % and out of epidemics – from 10% to 50%. The aim of this study was to analyze clinical and epidemiological characteristics of patients with mumps orchitis. Material and methods. We studied 62 patients with mumps orchitis, who were hospitalized in the Clinic of Infectious Diseases at University Hospital "Dr. G. Stransky", Pleven (2000-2008). Results. During the period 2000-2008 orchitis was diagnosed in 62 (38%) of hospitalized males with mumps infection. We had observed the following combinations of orchitis: mumps and orchitis in 26%; mumps, orchitis and pancreatitis in 6%; pancreatitis, orchitis and meningitis in 4%; mumps, orchitis, pancreatitis and meningitis in four males (3%). Patients ranged in age from 6 to 38 years old ($\bar{x}$ =19,32; sd =5,48; Me =19, Mo =19). The occurrence of orchitis was reported together with swelling of the salivary glands, or 3-4 days later, from 1 to 13 days after the onset of mumps infection ($\bar{x}$ =3,78; sd =2,56). Secondary increased temperature with malaise, tension, swelling and pain in the testes (bilaterally in 36%) were registered in the patients. Serological confirmation of mumps infection was recorded in 73% of those surveyed. By routine laboratory investigations moderately rapid erythrocytes sedimentation rates were established in all patients with orchitis. Conclusion. The presence of orchitis in mumps infection has health, social and economic consequences: more severe course, including a risk of infertility, prolonged hospital stay.

Key words: mumps, orchitis, clinical course

Address for correspondence:

М. Карчева, ул. "Св. Кл. Охридски"-1, МУ-Плевен, сектор "Епидемиология, паразитология и тропическа медицина", 5800 гр. Плевен
e-mail: milena_karcheva@abv.bg

УВОД

Регистрираната завишена заболяемост от епидемичен паротит в редица европейски страни, включително и в България, през последните години доведе до увеличаване на случаите на орхит сред млади мъже с паротитна инфекция (1,6). Честотата на регистрираните орхити е различна в зависимост от епидемичната обстановка в съответната страна. Български автори установяват паротитен орхит през епидемичната 1997-1998 г. до 85,5%, а в междуепидемични периоди – от 10 до 50% (3,4). Според едни автори по-често орхитът е едностранен (5). Според други засягането е двустранно. Орхитът може да се прояви едновременно с паротитното засягане, няколко дни след него, или самостоятелно. Рядко може да се прояви след оздравяване от паротитна инфекция. Заболяването може да протече като орхоепидидимит – до 5% от регистрираните случаи. При болните се регистрира втора температурна вълна, общо неразположение, напрежение, оток и болка в областта на тестисите. Нормализирането на температурата се наблюдава до 5-6 ден след започване на лечението. Физикалното изследване установява оток и палпаторна болка на тестиси и хиперемия на кожата. Болничният престой е продължителен. Рутинните параклинични изследвания установяват: умерено ускорена СУЕ при всички пациенти с орхит и левкоцитоза с олевяване, а според други проучвания посочените отклонения не касаят всички пациенти. Серумният С-реактивен протеин (CRP) е сигнификантно повишен в проучванията на колектив от автори (3).

При изолиран орхит (наблюдаван от български и чужди автори) е от значение епидемиологичната анамнеза, изследване на серумната амилаза, серологични изследвания за доказване на паротитна инфекция (6).

При различни проучвания орхитът се съчетава с възпаление на околоушните жлези от 8,89% до 100%; паротит, орхит и менингит – до 10%; паротит, панкреатит и орхит – от 1,5% до 20%; паротит, панкреатит, орхит и менингит – при 2-5% (1,3,4). Орхит рядко възниква като странична реакция след имунизация с жива ваксина (7).

ЦЕЛ

Целта на проучването беше да се анализират клиничко-епидемиологични характеристики при болни с паротитен орхит.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

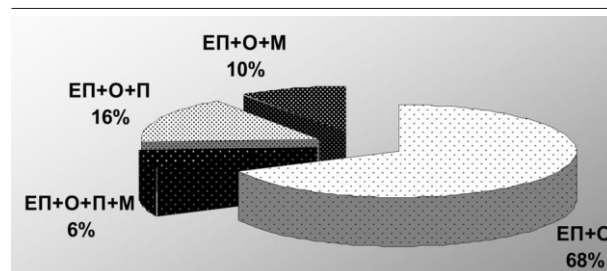
Проучени са 62 болни с паротитен орхит, хоспитализирани в Клиника по инфекциозни болести при УМБАЛ „Д-р Г. Странски“, Плевен за периода 2000-2008 г. Анализирани са демографски показатели, имунизационен статус, клинично протичане и лабораторни показатели. Създаването на базата данни от наб-

людението, статистическата им обработка и онагледяването на резултатите са извършени в среда MS Excel 2003 и със статистическа програма STATGRAFICS.

РЕЗУЛТАТИ

За периода 2000-2008 г. с диагноза орхит са проучени 62 болни, които са 38% от всички хоспитализирани с паротитна инфекция. Наблюдавани са следните съчетания на орхит с друга органна локализация: паротит и орхит при 26%, паротит, орхит и панкреатит при 6%, паротит, орхит и менингит при 4% и паротит, орхит, панкреатит и менингит при четирима (3%). За контакт с остро заразно заболяване съобщават 31 (50%) болните.

Преобладава засягане на паротитни жлези с тестиси при 68% от случаите с орхит, последвани от съчетаване на три и четири локализации на инфекцията (фиг. 1).



Фиг. 1 Клинични форми на орхит с друга органна локализация на паротитна инфекция
ЕП - епидемичен паротит, О - орхит, П - панкреатит, М - менингит

Пациентите са на възраст от 6 до 38 г. ($\bar{x}$ =19,32; sd = 5,48; Me =19; Mo =19). Преобладават заболятели в колективи – ученици (40%), студенти (15%), войници (10%) с местоживее в градовете (77%), несемейни (над 50%). Данни за имунизация срещу паротит са установени при 3 (5%). Развитие на орхита е отчетено едновременно с подуване на паротитните жлези или средно на 3-4-я ден след него, между 1 и 13 дни от началото на паротитната инфекция – $\bar{x}$ =3,78; sd =2,56; Me =4; Mo =1. При болните се регистрира втора температурна вълна, общо неразположение, напрежение, оток и болка в областта на тестисите (двустранно при 36%). Пациентите постъпват в клиниката в задоволително (48%), средно увредено (50%) и един пациент в тежко състояние. При всички има засягане на паротитни жлези. Физикалното изследване установява оток и палпаторна болка при 60 от пациентите (96%), хиперемия на кожата е установена при 45%.

Серологично потвърждаване на паротитната инфекция се регистрира при 73% от изследваните.

Параклинични показатели: От направеното проучване на хемограмата е установена умерено ускорена СУЕ при всички пациенти с орхит (табл. 1).

Умерено изразена левкоцитоза се регистрира при 40%. При диференциалното броене се установява олевяване, еозинофили в норма и леко увеличение на моноцити-

ти и лимфоцити (табл. 2). В оздравителния период левкограмата се нормализира.

Табл. 1 Скорост на утаяване на еритроцитите (СУЕ) при пациенти с паротитен орхит -

СУЕ по Westergren, mm	При постъпване в клиниката	При изписване от клиниката	p
I час	от 2 до 80 $\bar{x}=17,36;sd=18,69$	от 2 до 51 $\bar{x}=14,78;sd=14,88$	$p<0,05$
II час	от 5 до 103 $\bar{x}=31,78;sd=25,93$	от 4 до 85 $\bar{x}=30,37;sd=22,25$	$p<0,05$

Боледуват по-често млади мъже след пубертета, което се потвърждава и от нашето проучване – средна възраст на засегнатите е 19 г. Боледуват лица в организирани колективи, неимунизирани срещу паротит, или имунизирани еднократно. Тази тенденция се наблюдава в описаните епидемични взривове от паротит в редица страни. Според едни автори по-често орхитът е едностранен, а според други засягането е двустранно. В нашето проучване двустранно засягане е установено при 36% от болните. Клиничното протичане и параклиничните показатели съответстват на цитираните в литературата данни (9,11,12). В около 50% от болните се наблюдава увредено общо състояние, температура, оток и болка в паротитни жлези и тестиси. Установена

Табл.2 Левкограма при пациенти с паротитен орхит - статистическа достоверност (p)

Показател	При постъпване в клиниката	При изписване от клиниката	p
Левкоцити-общ брой $\times 10^9 / l$	от 2,6 до 19,3 $\bar{x}=9,03;sd=3,87$	от 5,7 до 17,4 $\bar{x}=10,96;sd=3,12$	$p<0,05$
Пръчкоядрени	от 0,02 до 0,36 $\bar{x}=0,15;sd=0,10$	от 0,01 до 0,6 $\bar{x}=0,13;sd=0,16$	$p>0,05$
Сегментоядрени	от 0,22 до 0,89 $\bar{x}=0,61;sd=0,17$	от 0,32 до 0,86 $\bar{x}=0,60;sd=0,13$	$p>0,05$
Еозинофили	от 0,01 до 0,04 $\bar{x}=0,02;sd=0,01$	от 0,01 до 0,04 $\bar{x}=0,02;sd=0,01$	$p>0,05$
Моноцити	от 0,01 до 0,16 $\bar{x}=0,05\pm0,02$	от 0,01 до 0,5 $\bar{x}=0,06\pm0,07$	$p>0,05$
Лимфоцити	от 0,08 до 0,49 $\bar{x}=0,24;sd=0,09$	от 0,1 до 0,67 $\bar{x}=0,29;sd=0,12$	$p<0,05$

Орхитът присъства в клиничните форми с три и четири локализации и обуславя по-продължителния престой в стационара – от 2 до 25 дни – $\bar{x}=9,41;sd=3,89;Me=9;Mo=10$.

Лечението на паротитния орхит е комплексно. То включва постелен режим, повдигаща скротална превръзка, кортикостероиди, антибиотици, аналгетици, антипиретици, нестероидни противовъзпалителни средства.

ДИСКУСИЯ

Засягането на репродуктивните органи при паротитна инфекция е честа екстрасаливарна локализация. При описаните от нас случаи орхитът е налице при 36% от всички заболяли. Не са наблюдавани случаи на изолиран орхит. Най-често се засягат паротитни жлези и тестиси – при 68% от заболялите. Нашите данни съответстват с тези на други автори.

е умерено ускорена СУЕ при всички пациенти и умерена левкоцитоза с олевяване при около 40%, което съответства на литературните данни. След проведеното лечение болните са изписани клинично здрави и с подобрени параклинични показатели.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При орхит се наблюдава възпаление на тестикуларната тъкан, паренхимен оток, конгестия на семеотводните каналчета и периваскуларна инфилтрация. Като резултат е възможна некроза на сперматогонии. Това може да е причина за стерилитет при нелекуван орхит или при неправилен терапевтичен подход. Предвид на това е необходимо диспансерно наблюдение (до 6 м.) след преболедуване (6,8). За профилактика на заболяването е необходима реимунизация срещу паротит на рискови контингенти (2).

КНИГОПИС

1. Бойкинова О., А. Петров, И. Балтаджиев, Ч. Венчев, И. Боев, А. Цонева и др., Паротитен орхит: клиничко-епидемиологична характеристика и възможни последици, *Сборник доклади „Остри респираторни инфекции“*, IV национална конференция, Плевен, 2009, 44-47
2. Ватев Н., М. Стойчева, К. Кръстев, Продължителност на имунитета след прилагане на ваксина против епидемичен паротит. Обзор., *Сборник доклади „Остри респираторни инфекции“*, IV национална конференция, Плевен, 2009, **103**, 22-24
3. Илиева П., М. Атанасова, Ц. Дойчинова, И. Симова, Хр. Цветанова., Клинични форми на паротитната инфекция, *Инфектология*, **Том XXXVII**, 2000, бр. 3, 16-18
4. Карчева М., М. Атанасова, П. Илиева. Клиничко – епидемиологично проучване при паротитна инфекция, *Български медицински журнал*, 3, 2009, бр. 1, 29-34
5. Комитова Р., Н. Попиванова, Л. Маджарова, Г. Тодоров, М. Божилова, М. Костадинова и др., Паротитен орхит в поствакциналната ера, *Инфектология*, **Том XXXVI**, 1999, 29-31
6. Попов Г., К. Плочев, Р. Михайлова, М. Милков, Д. Стойнова, Д. Димитрова и др., Клинична характеристика на паротитна епидемия в българската армия, *Сборник доклади „Остри респираторни инфекции“*, IV национална конференция, Плевен, 2009, 34-37
7. Abdelbaky A., D. Channappa, S. Islam., Unilateral epididymo-orchitis: a rare complication of MMR vaccine. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.*, **90**, 2008, No 4, 336-337
8. Basekim C., E. Kizilkaya, Z. Pekkaflali, K. Baykal, A. Karsli., Mumps epididymo-orchitis: sonography and color Doppler sonographic findings. *Abdominal Imaging*. 2000, **No 25**, 322-325
9. Casella R., B. Leibundgut, K. Lehmann, T. Gasser., Mumps orchitis: report a mini-epidemic. *J. Urol.*, 158, 1997, **No 6**, 2158-2161
10. MacDonald N., K. Flegel., Mumps in young adults: The canary in the coal mine, *CMAJ*, 177, 2007, **No 2**, doi: 10.1503/cmaj.070823
11. Philip J., D. Selvan, A. Desmond., Mumps orchitis in the non-immune postpubertal male: a re-surgent threat to male fertility?. *BJU Int.*, **97**, 2006, No 1, 138-1341
12. Siemer S., M. Uder, M. Scholz, J. Steffens, J. Jeanelle, U. Humke., Are low vaccination rates responsible for increased incidence of mumps orchitis in adolescents and adults? *Journal Der Urologe A*, **36**, 1997, No 5, 456-459

ОЦЕНКА НА РАБОТНИЯ КАПАЦИТЕТ ПРИ ЛИЦА ОТ РАЗЛИЧНИ ПРОФЕСИОНАЛНИ ГРУПИ ЧРЕЗ ИНДЕКСА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА

Кавалджиева Б., Т.Димитрова

Катедра Хигиена и бедствени ситуации

Ключови думи: индекс на работоспособност, заболяемост, физически, умствен труд

Въпросът за работоспособността има важно място в трудовата медицина, освен като показател, свързан със здравното състояние на човека, така и като фактор със социално значение – свързан с производителността на труда. Индексът на работоспособността (WAI), изразен чрез баланса между човешките ресурси и изискванията на работата, дава възможност да се определя работният капацитет с цел оценка на здравния риск и търсене на възможности за опазване на здравето и безопасността на работещите.(6) Чрез индекса на работоспособността се дава възможност да се сравнят отделни професионални и възрастови групи, защото той е свързан както с индивидуалните характеристики, физическото състояние, начина на живот, така и с изискванията на работата и работното място (1,2,4,5,7)

ЦЕЛ

Цел на настоящата работа е да се определи работния капацитет на лица от различни професионални групи, упражняващи различни видове труд – умствен, физически, умствен и физически.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Обект на изследване са 182 лица на средна възраст $38,01 \pm 0,78$ години (108 жени и 74 мъже). Поради сравнително младия възрастов състав, лицата са разпределени по възраст в две групи – до 30 и над 30 години. Според упражнявания труд, групите са три: I група изпълняващи физически, II група - умствен, и III група - умствен и физически труд.

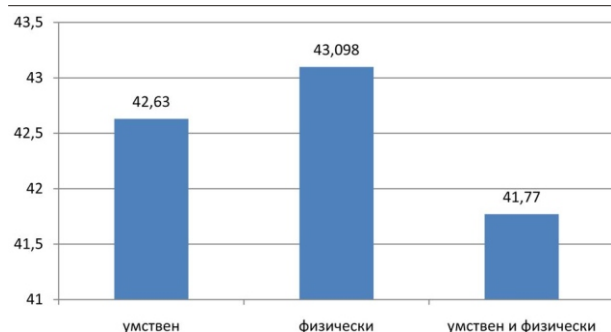
Чрез въпроси за умствените и физически изисквания, имащи отношение към характера на извършваната работа, здравното състояние и индивидуалните човешки ресурси, е определен индексът на работоспособността (WAI), който пък дава представа за работоспособността на индивида. За целта е използван стандартизиран

въпросник (5). При статистическата обработка са приложени вариационен, алтернативен, корелационен и непараметричен анализ на пакета SPSS.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Получените резултати показват, че средните стойности на индекса на работоспособността при двата пола са сравнително близки ($42,95 \pm 0,53$ при мъжете и $42,17 \pm 0,42$ при жените). Отлична работоспособност имат 48,9% от изследваните лица, 40,7% - добра и 10,4% - средна. Разгледани по пол, се отбелязва, че при мъжете е по-висок относителният дял на лицата с отлична работоспособност (съответно 55,4%) в сравнение с жените (44,4%). Вероятно поради сравнително младата средна възраст на изследваните, достоверни разлики в разпределението на лицата според индекса на работоспособността в двете възрастови групи – до 30 и над 30г. не се установява

Най-висок среден индекс на работоспособността ($43,098 \pm 0,53$) установяваме при лицата, чиято работа е свързана с физически усилия, в сравнение с тези, чиято работа е свързана с умствени ($42,63 \pm 0,58$) и умствени и физически изисквания ($41,77 \pm 0,59$), при $p = 0,05$ (Фиг.1).



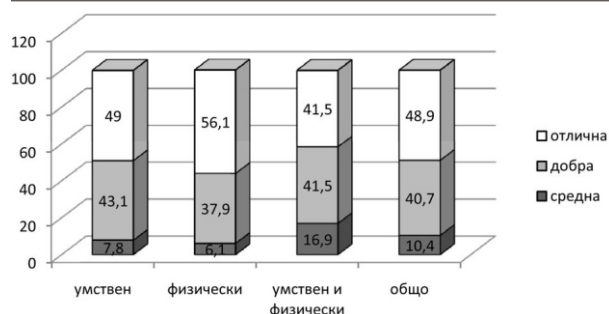
Фиг. 1 Нива на индекса на работоспособност в групите според вида на труда

Най –голям относителен дял – 56,1% на лица с много добра работоспособност се установява също в групата на физическия труд, а най-нисък - 41,5%, при III група ($p = 0,05$), което потвърждава значението на редовното физическо натоварване за поддържане на добрата работоспособност. Няма лица с нисък индекс на рабо-

Address for correspondence:

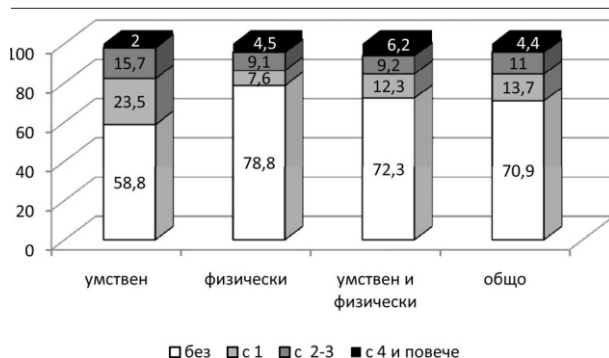
Б. Кавалджиева, Катедра Хигиена и бедствени ситуации, МУ - Варна
e-mail: B.Kavaldzhieva@abv.bg

тоспособността и в трите професионални групи, което е показател, че за изследваните лица справянето с трудовите задължения в близките годни няма да е проблем (Фиг.2). Вероятно поради сравнително младия възрастов състав на изследваните, нашите данни не потвърждават резултатите на други изследвания (2), че индексът на работоспособността остава сравнително постоянен през годините и по-висок при лица, заети с умствен труд.



Фиг. 2 Разпределение на лицата по ниво на работоспособност в групите според вида на труда и общо

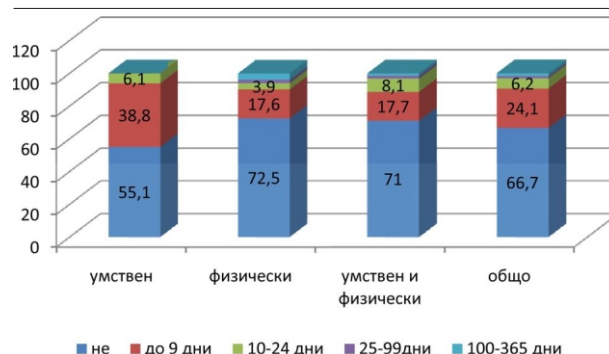
От изследването се установява, че при 70,9% от лицата няма налични регистрирани заболявания, при 13,7% - 1, а при 15,4% - 2 и повече. (Фиг.3)



Фиг.3 Разпределение на лицата по брой диагнози в групите според вида на труда и общо

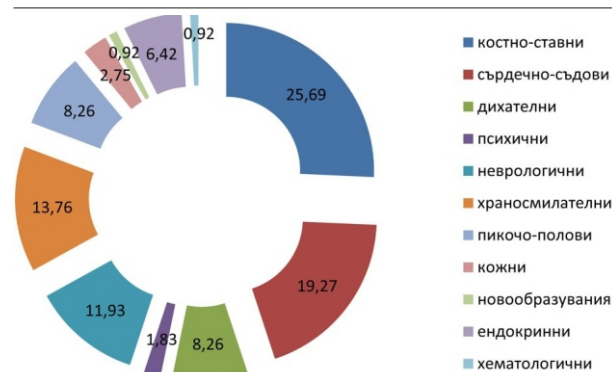
В групата до 30 години относителният дял на лицата без регистрирани заболявания е 79,5%, а при тези над 30 години – 68,7%, при $p < 0,05$. Няма статистически достоверна разлика и между относителния дял на лицата с едно заболяване и с две и повече в двете възрастови групи. Разгледани в аспект естество на труда (физически, умствен и умствен с физически компоненти) се установява, че процентът на лицата без регистрирани заболявания е най-висок (78,8%) при тези, упражняващи физически труд, а най-нисък - 58,3% при умствен труд ($p < 0,02$). Наблюдава се една тенденция лицата, упражняващи физически труд да са по-здрави. Над половината от изследваните лица (66,7%) нямат отсъствия от работа по болест. При работещите физически труд е по-висок и процентът на лицата, които не са ползвали болнични последната година. (Фиг.4). Разгледана във възрастов аспект, временната нетру-

доспособност е достоверно по-висока при по-младите - лицата под 30 години. Това се потвърждава и от обратната зависимост между индекса на работоспособността и общия трудов стаж ($r = -0,155$).



Фиг.4 Разпределение на лицата по дни отсъствия по болест в групите според вида на труда и общо

От регистрираните заболявания на първо място са костно-ставните заболявания - 28 диагнози или 25,69%, следвани от тези на сърдечно-съдовата система 21 (19,27%) и храносмилателната система 15 (13,76%)(Фиг.5).



Фиг.5 Разпределение на регистрираните заболявания по групи болести

Като основни детерминанти на индекса на работоспособност се явяват физическата и психическа работоспособност като интегриран показател (регресионен коефициент $B = 1,559$), собствената преценка за здравословното състояние като отговарящо на длъжностните изисквания (регресионен коефициент $B = 1,447$) и личната прогноза за оптимална работоспособност през следващите 2 години (регресионен коефициент $B = 1,211$). Установяваме достоверни корелационни зависимости (r) между индекса на работоспособност и физическата и психическа работоспособност като интегриран показател ($r = 0,557$), собствената преценка за здравословното състояние като отговарящо на длъжностните изисквания ($r = 0,532$), личната прогноза за оптимална работоспособност през следващите 2 години ($r = 0,453$) и психичните ресурси ($r = 0,208$). Обратна е зависимостта с отсъствията по болест ($r = -0,209$) и общия трудов стаж ($r = -0,155$). Собствената прогноза за работоспособността през следващите две години на 96,2% от анкетираните е

добра и много добра, като няма разлики в групите по възраст и вид на упражнявания труд.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нашите резултатите показват, че преобладава висока работоспособност сред изследваните. Няма лица с ниска работоспособност, а такива със средна са едва 10,4%, което ни дава основание да смятаме, че и в следващите години изследваният контингент ще може да се справя със задълженията си на работното място. Изследваните лица са с много ниска заболяемост, като най-голям е относителният дял на лицата без регистрирани заболявания при тези, упражняващи физически труд. Те са е с най-малко отсъствия по болест. По-често боледуват по-младите – под 30 години.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вангелова К., Л. Минчева., Оценка на работоспособността на звукотехническия персонал в радиопроизводството. Безопасност и труд.медицина, 2008, №2-3
2. Costa G, Sartori S., Ageing, working hours and work ability, *Ergonomics*. 2007 Nov, **50(11)**:1914-30.
3. Ilmarinen J., J.Rantanen., Promotion of workability during ageing., *Amer.J.Ind.Med.*, 1999, **supl.1**, 21-23
4. Ilmarinen J.,Towards a longer worklife, Helsinki, FIOH Bookstore, 2005
5. Marqueze E.C., Voltz G.P., Borges F.N., Moreno C.R., A 2-year follow-up study of work ability among college educators. *Appl Ergon*. 2008 Sep, **39(5)**:640-5. Epub 2008 Apr 2.
6. Tuomi K., J. Ilmarinen, A.Jahkola, A.Tulkki., Work Ability Index, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, 2006
7. Yong M., M. Nasterlack, R.P. Pluto et al., Is health, measured by work ability index, affected by 12-hour rotating shiftschedules? *Chronobiol.Int.*2010, **27(5)**, 1135-48).

ЗДРАВНИ ПРОБЛЕМИ ПРИ РАБОТА В КОНТАКТ С ПЛАСТМАСИ

Йорданова И., М. Стойновска, В. Бирданова

*Катедра „Хигиена, медицинска екология и професионални заболявания и МБС“
Факултет „Обществено здраве“ Медицински Университет, гр. Плевен*

Въведение: Пластмасите са смолообразни ниско или високо молекулни вещества, притежаващи свойството пластичност, благодарение на което при пресоване или отливане във форми при обикновена или висока температура и налягане, приемат придаваната и форма. При преработката на пластмасите, работещите са изложени на различни физични, физико-химични и химични вредности – високи температури, прах, пари, газове и др. Цел: да се подобри ранната диагноза и профилактиката на професионалните увреждания при работа в контакт с пластмаси. Материал и методи: описани са пет клинични случая на работещи в цехове за преработка на пластмаси, лекувани в отделението по професионални заболявания на УМБАЛ „Др Г. Странски“ ЕАД гр. Плевен през периода 2009-2010 година. Използвани са клинични, лабораторни, инструментални и функционални методи за диагностика. Резултати и заключение: Установени са ранни съдови промени от типа синдром на Рейно при всички изследвани пациенти. Направени са изводи и са дадени препоръки за ранно откриване на уврежданията, предизвикани от контакта с пластмаси в процеса на работа.

Ключови думи: пластмаси, поливинил хлорид, отравяния, професионални болести

Introduction: Plastics exhibit a range of physical characteristics, from rubber-like elasticity to the glassy state. In the solid state, major changes in physical properties can occur with changing temperature and pressure. During the relaxation processes workers with polymer contact were exposed in a variety of mechanical, physical and chemical hazards as high temperature, dust, and vapors, gaseous. This study aims to improve the early diagnosis and prophylaxis of work-related injuries in a contact with plastics. Materials and methods: A group of inpatients attended the Clinic of Occupational Diseases, University Hospital-Pleven for 1-year period was observed. Fifty cases of workers with polymers contact from different factories in Plevan region were documented. We performed routine clinical, laboratory and specific tests for occupational disease diagnostics. Results: we recorded initial vascular changes – Raynaud's phenomenon in all investigated patients. These findings suggest a strategy to detect early occupational injuries in plastic performing working environment.

Key words: plastics, polymers, intoxication, occupational diseases

ВЪВЕДЕНИЕ

Пластмасите са смолообразни ниско или високо молекулни вещества, притежаващи свойството пластичност, благодарение на което при пресоване или отливане във форми при обикновена или висока температура и налягане, приемат придаваната форма. Пластмасите са крайни продукти от обработката на изкуствените смоли (2). Основните суровини за получаване на смолите са нефтът, природният газ, въглицата, дървесината, солта, водата и др. (1).

В процеса на технологичната обработка на полимерите (смесване и диспергиране на смолите, каландриране,

екструзия, леене под налягане, пресоване и др.), работещите са изложени на различни физични, физико-химични и химични вредности:

1. Прах - от пълнителите и други компоненти при смилане на смолите и пластмасите;
2. Високи температури – до 170°C при пресоване и 140-180°C при шприцоване на шприц-гус машини;
3. Високочестотни токове - при лепене на пластмасите;
4. Токсични вещества, пари и газове от изходните и междинните продукти - CO₂, CO, формалдехид, стирол, винилхлорид, хлороводород, изоцианати;
5. Възможност за злополуки – при работа с преси;
6. Възможност за експлозии – при работа с органични прахове и разтворители.

От значение за възникването на професионална патология е видът на пластмасите, които се обработват: термопластични (висока температура и многократно охлаждане) и термореактивни (висока температура и

Address for correspondence:

I. Jordanova, Department of Hygiene, Medical Ecology and Occupational Diseases, Medical University of Plevan, 1 "Sv. Kliment. Ohridski Str" Plevan 5800, Bulgaria
e-mail: irens72@gmail.com

химични реакции). Важно е да се отбележи, че при преработката на поливинилхлоридната смола се отделя газ винил хлорид (2,5). Най-разпространени способи за преработка на пластмасите са пресоване, леене под налягане и шприцоване на шприц-гус машини.

ЦЕЛ

Цел на настоящето изследване е да се подобри ранната диагноза и профилактиката на професионалните увреждания при работещите в контакт с пластмаси.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Описани са пет клинични случая на работещи в цехове за преработка на пластмаси в предприятия на територията на гр. Плевен и гр. Ловеч. Лицата са хоспитализирани в Отделението по професионални болести на УМБАЛ „Д-р „Г. Странски“ ЕАД гр. Плевен през периода 2009-2010 година.

Табл. 1: Резултати от професионалната анамнеза и диагностичните тестове при наблюдаваните пациенти
ТС - трудов стаж в години в контакт с винилхлорид

А - симптоми тип „Рейно“ и симптоми тип – токсико алергични реакции

Б - наследствена обремененост с ревматични и автоимунни болести, липса на склеродермни промени

В - вредни навици (тютюнопушене и алкохол)

Г - неврологичен статус - усилен сухожилни и надкостни рефлекс, положителна проба на Ромберг, хиперхидроза, „дантелен рисунък“ по пръсти и длани

Д - ЕМГ на горни крайници – смутена проводимост на вегетативните влакна

Е - вегетологични изследвания – съдова дистония от спастичен тип

Ж - ренгенография на пръсти и длани – остеопороза на дистални фаланги на пръстите

З - ултразвукова диагностика коремни органи – лекостепенна чернодробна стеатоза

И - биохимия на кръв и урина - чернодробни ензими (АСАТ) в гранични стойности

Й - хроничен ринофарингит с хипертрофия на носни конхи

кожна термометрия, дистална доплерова сонография; алтернираща динамометрия; рентгенография на пръсти и длани, ехография на коремни органи.

РЕЗУЛТАТИ

Общият брой на наблюдаваните лица е 5, по пол – жени. Възрастта им е от 45 до 55 год., като средната възраст е 50.2 ± 3.76 години.

Професионалният им риск се свежда до контакт с поливинилхлорид при производство на различни пластмасови изделия. Три от изследваните жени са шприц-юрки, останалите две са пресюрки.

Всички пациенти имат трудов стаж в контакт с пластмаси над 10 години (15.2 ± 3.04) г. и са насочени към Отделението по повод изразен синдром на Рейно (3,7) – пристъпно побеляване на отделни фаланги, цели пръсти на ръцете, бели петна по дланите-спонтанно или при изстудяване. Други съпътстващи оплаквания, характерни и за петте лекувани жени, са мъчителното тръпнене на пръсти и длани по изразено нощем при

Набл. лица	Професионална анамнеза				Диагностични тестове							
№	ТС	А	Б	В	Г	Д	Е	Ж	З	И	Й	К
1.	10	+	-	+	+	+	+	-	-	-	+	+
2.	13	+	-	-	+	+	+	+	+	+	-	-
3.	15	+	-	-	+	+	+	-	-	-	+	+
4.	17	+	-	+	+	+	+	+	-	-	-	-
5.	21	+	-	-	+	+	+	+	+	+	-	+

Използвани са следните методи на диагностика: специфични профпатологични методи – професионална анамнеза и производствена характеристика; клинични методи – анамнеза, соматичен и неврологичен статус, локален статус на горни крайници; лабораторни методи – ПКК и биохимични изследвания на кръв и урина; функционални методи - вегетологични изследвания: капилароскопия, водна и студова проба, повърхностна

покой и намалена сръчност на ръцете. Една от пациентките е с регистрирана бронхиална асма, а останалите съобщават за симптоми от типа на токсико алергични реакции: дразнене, зачервяване, сърбеж по очите и обриви по кожата на лицето и ръцете.

Всички изследвани лица отричат фамилна обремененост с ревматични и автоимунни болести.

Установи се смутена проводимост на вегетативните влакна в стадий начални отпадни промени и съдова дистония от спастичен тип на горни крайници при всички наблюдавани лица. При три от изследваните се диагностицира начална остеопороза на дисталните фаланги на пръстите, а при две от тях лекостепенна чернодробна стеатоза и АЛАТ с гранични стойности. Установиха се хронични възпалителни процеси на носни и очни лигавици при четири от наблюдаваните жени (Табл. 1).

ДИСКУСИЯ

При изследваните лица са налице начални прояви на т.н. винилхлоридна болест. Уместно е временно трудоустройство на работа без контакт с винил хлорид и динамично проследяване през 6 месеца в Отделението (3). Нормативна основа на дейностите за превенция на опасността от контакт с винилхлорид е Директива 78/610 на Европейския съюз за защита на работещите от рискове, свързани с експозиция на винилхлорид. Съгласно Списъка от 1987 година на IARC (Международна агенция за изследване на рака) винилхлоридът е канцероген I група за хора и води до злокачествени заболявания на черен дроб, бели дробове, кръвоносни съдове-ангиосарком (3,4,6). Съобщенията по време на професионалната анамнеза оплаквания от типа на токсикоалергични реакции, както и установените хронични възпалителни процеси на контактни лигавици биха могли да се обяснят с продължителния трудов стаж над 10 години в контакт с разглежданите вредности на работната среда (3).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. В съвременните условия при производство и преработка на пластмаси съществува риск от професи-

онални увреждания на здравето т.н. „винилхлоридна болест“.

2. Лекарите от извън болничната медицинска помощ следва да бъдат по-добре информирани по отношение на разглежданите професионални увреждания с оглед своевременните изследвания, лечение и трудоустройство на застрашените ни контингенти.
3. Необходимо е да се спазват стриктно профилактичните изисквания при работа с химични агенти – максимална изолация, местна вентилация, използване на лични предпазни средства, задължителни предварителни и периодични медицински прегледи и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. Попов Б., Хигиена, хранене и професионални болести, София, 2009, 194-206.
2. Луканов М., Хигиена на основните отрасли на производството, София, Медицина и физкултура, 1978, 235-260.
3. Савов А. и др., Професионални болести, Рал&Колобър, София, 2003 г., 114-117.
4. Agency for Toxic Substances and Disease Registry—ATSDR, 2006, Toxicological Profile for Vinyl Chloride. US Department of Health and Human Services, Atlanta.
5. Du C.L., Chan C.C., Wang J.D., Comparison of personal and area sampling strategies in assessing workers' exposure to vinyl chloride monomer. Bull. Environ. Contam. Toxicol., 1996, **56**, 534-542.
6. Grosse Y., Baan R., Straif K., Secretan B., El Ghissassi F., Bouvard V., Altieri A., Coglianò V., Carcinogenicity of 1,3-butadiene, ethylene oxide, vinyl chloride, vinyl fluoride, and vinyl bromide. Lancet Oncol. 2007, **8**, 679-680.
1. Vayssairat M., Les arthrites professionnelles du membre supérieur. La Revue de Médecine Interne, 1990, **11**, **6**, 460-462.

ИЗУЧАВАНЕ НА НЕБЛАГОПРИЯТНОТО ВЪЗДЕЙСТВИЕ НА РАБОТНАТА СРЕДА ВЪРХУ ОРГАНИЗМА НА РАБОТЕЩИТЕ – МЕТОДИЧНИ ПОДХОДИ

Стойновска М., В. Бирданова, И. Йорданова

*Катедра Хигиена, медицинска екология, професионални заболявания и МБС,
Медицински Университет - Плевен*

Въведение: Професионалните болести възникват в резултат на неблагоприятното въздействие на факторите на работната среда и работния процес. Този вид патология поражда значителен брой лица в трудоспособна възраст, нерядко протича тежко и е причина за инвалидизация. **Цел:** Да се утвърди методичен подход за цялостното изучаване на въздействието на трудовата среда върху работещите. **Материал и методи:** Методичните подходи за изучаване на въздействието на факторите на работната среда и работните процеси върху здравето на работещите се разглеждат в два основни аспекти. **Обсъждане:** Основните аспекти на оценка на опасностите в работната среда са изразени чрез проява и идентифициране, с последваща оценка на ранните признаци на неблагоприятно влияние на професионалните фактори и изучаване проблема на отдалечените последствия от въздействието на факторите на работната среда и трудовия процес върху здравословното състояние. **Заключение:** Необходимостта от коопериране на дейностите на различни звена, които се занимават с разрешаването на тези социално значими проблеми, е силно препоръчителна при изготвянето на програми за здравна стратегия.

Ключови думи: професионални болести, фактори на работната среда, методични подходи

Summary: Introduction: Hazardous working environmental factors and working processes are causal to occupational diseases. These kind of pathological processes damages quite count active population and have heavy progress, subsequent disability that is of frequent occurrence. Aim: To approve method of approach for integrated study of working environment interference on human health. Material and method: The integrated approach of health effect of occupational factors on labours is examined in two basic aspects – early deviations detection and late effect of occupational risk factors. Results: The fundamental establishing assessment trend of occupational hazards is expressed through the reveal and identification with subsequent evaluation of early signs of harmful effect of working factors and working activities on health status. Conclusion: The necessity of co-operating activities of section authorities who are concerned with these social significant problems is important for program and health policy creating.

Key words: occupational diseases, working environment factors, health policy.

ВЪВЕДЕНИЕ

Професионалната патология се установява предимно при лица в трудоспособна възраст, като нерядко протича тежко и причинява загуба на трудоспособност. Едно от най-важните условия за борба с професионалните заболявания е тяхното ранно диагностициране, когато лечението започне в стадий на обратимост на патологичните процеси.

Address for correspondence:

M. Stojnovska, Department of Hygiene, Medical Ecology and Occupational Diseases, Medical University of Pleven, 1 "Sv. Kliment. Ohridski Str" Plevan 5800, Bulgaria
e-mail: mstojnovska@gmail.com

ЦЕЛ

Да се утвърди методичен подход за цялостното изучаване на въздействието на трудовата среда върху работещите.

ОБСЪЖДАНЕ

Методичните подходи за изучаване на въздействието на факторите на работната среда и работните процеси върху здравето на работещите се разглеждат в две фундаментални насоки: откриване и оценка на ранните признаци на неблагоприятно въздействие на факторите на работната среда и изучаване проблема на отдалечените здравни последствия от поразяващото въз-

действие на факторите на работната среда и трудовия процес (2). Взаимодействието между организма на работещия и неблагоприятните фактори на работната среда може да протече в няколко стадия. При ниски нива на въздействие настъпва фаза на първична реакция, последвана от физиологична адаптация към околната среда. При по-високи стойности и продължителност на въздействие на вредните фактори на работната среда, в организма започва проява на нарушения, които все пак могат да бъдат компенсирани временно като впоследствие настъпва излизане на патологичния процес. Диференцирането на обикновените адаптационни реакции, включително първичните, от временно компенсирани патологични изменения представляват голяма трудност. Изключително важно за практиката на хигиенното нормиране е разграничаването на тези стадии, като се понякога прилагат различни тестове на натоварване и подход на мониторинг.

Периодичните профилактични медицински прегледи са изключително важно условие за ранно откриване на отклонения в здравния статус на работещите, в резултат на влиянието на факторите на работната среда и работния процес. Необходимо е спазване на установените изисквания за периодите на провеждане, правилния избор на таргентните органи и системи, които да са обект на специализирани прегледи в зависимост от вида действащи неблагоприятни фактори.

Методите на изследване, насочени към откриване на ранни изменения в организма на експонираните лица, трябва да се основават на представата за механизмите на действие на неблагоприятния фактор и патогенезата на последващите симптоми. За ранното откриване на нарушенията, възникващи в организма на работещите в условия на въздействие на неблагоприятни фактори се прилагат различни критерии – лабораторни тестове, прилагане на микробиологични методи, проби на натоварване, функционални изследвания, използване на медицинска апаратура, психологически тестове.

Диагностичната ценност на установяване на едни или други нарушения на здравословното състояние на изследваните контингенти и дефиниране връзката им с въздействието на изучавания неблагоприятен фактор на производствената среда, е само при съпоставяне на получените данни с конкретните условия на труд и със съответстващите показатели при здрави лица, извън обсега на влияние на вредните фактори. За съпоставка на резултатите, извършените изследвания трябва да са по стандартна методика и унифицирани критерии за оценка. Трудност за етиологичната диагностика представлява единството на връзката на човека с околната среда, в цялото им многообразие – влиянието на околната среда, жизнения стандарт и битови навици, което не винаги позволява нарушенията да бъдат свързани с трудовата среда. И така, при комплексно въздействие върху организма на едни и същи фактори – присъствието им в околната среда и производствените обекти, загубват стойност.

Не по-малко важен е въпросът за значимостта на откритите отклонения, тъй като човешкият организъм е

сложна биологична система, постоянно отговаряща на измененията на околната среда с адаптационни физиологични реакции. Следователно, при проява на ранни признаци на нарушения в резултат на въздействие на работната среда, се ориентираме към тези, които са характерни за действащия вреден фактор и излизат извън рамките на адаптационните процеси. При адаптационните изменения на клетъчно и субклетъчно ниво, определяне на ясни критерии за оценка на физиологичната значимост и преход към патологични отклонения не са приети. Те задълбочават теоретичните представи за механизма на действие на вредните фактори, но не са практически приложими за ранната диагностика на професионалните болести.

От друга страна, откритите количествени изменения могат да придобият относителна специфичност при груповия анализ на данните, когато показателите се сравняват с такива при лица от адекватна контролна група.

Голямо значение има индивидуалният анализ – чрез съпоставка на данните от конкретния случай с тези от нормалните показатели, както и със собствените от предварителния медицински преглед.

При оценка на проявените реакции в резултата на въздействие на факторите на работната среда, трябва да се ориентираме не само на честотата на отклонение от нормата, но и на степента на проява на дискутираните промени (1).

Изключително важна задача на профпатологията е и изучаването на късните последици от професионалните болести. Неговата актуалност е продиктувана от необходимостта от рационално решение на медицинската, трудовата и социалната рехабилитация на лица с професионални заболявания. Като определение за късни последици на въздействието на неблагоприятните фактори на работната среда и работния процес се приема: трайните нарушения на здравословното състояние на работещите, свързани с прекарани в миналото остри професионални отравяния или установени в отдалечен период от време хронични професионални заболявания; както и резултатите от здравословното състояние на работещи след продължителен контакт с вредните производствени фактори, но без клинично-лабораторни признаци на професионална патология в този период.

Това поставя следните задачи за разрешаване: изучаване на протичането, усложненията и изходът на професионалното заболяване; изучаване на характера и честотата на общата заболяемост при отдалечения период на професионална патология; проучвания за причините за смъртност при лица прекарвали или страдащи от професионални заболявания.

Решението на горепосочените задачи се постига с приложение на подходите на мониторинг. Съществена причина за затормозяване на възстановителните процеси при професионалните болести е неадекватното трудоустрояване, възобновяване на експозицията на вредния фактор, поява на придружаващи общи заболявания. При проучването на динамиката на професионалното заболяване в постконтактния период, значение имат

данните от задълбочени клинични изследвания на фона на оценките на факторите на околната и социална среда. Дискутираните проблеми имат съществен ефект върху системата на здравеопазването, което ни дава основание да подчертаем необходимостта от обобщено разглеждане на оценките, направени в резултат от приложението на различни методични подходи за изучаване на въздействието на работната среда върху организма на работещите:

1. Ранната диагностика на нарушенията на здравословното състояние на организма на работещите в резултат на неблагоприятно въздействие на работната среда трябва да се основава на резултатите от биохимични, морфологични и функционални изменения на органите и системите, предшестващи изразените симптоми на болестта.
2. Неблагоприятното въздействие на факторите на работната среда и възникналите отклонения в организма, се оценяват предимно с помощта на специфични за конкретната нокса тестове.
3. Основни методични прийоми за изучаване на късните последиствия от професионални заболявания, остри професионални отравяния или състояние след продължителна експозиция на неблагоприятно въздействие на факторите на работната среда, са единните епидемиологични проучвания и сравняването на резултатите от провеждането им в различните обекти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ergör, A., Kiliç B., Demiral Y., Effect of occupational accidents on community health in Turkey. 13th International Conference on safe Communities, 02-04 June, 2004, Prague, Czech Republic, Abstracts Book, 207-208.
2. Levenstein C., Wooding J, Rosenberg B. Occupational health: A social perspective. In BS Levy, DH Wegeman, eds. Occupational health: Recognizing and preventing work-related disease and injury. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000, 27-50.

ПРОУЧВАНЕ НА СУБЕКТИВНИ ПРОЯВИ НА УМОРА ПРИ СТУДЕНТИ ПО МЕДИЦИНА

Сандева Г., П. Гидикова, М. Платиканова, Р. Делирадева

Медицински факултет, Тракийски университет, Стара Загора

РЕЗЮМЕ

Обосновка: Умората и последствията от нея са актуални проблеми в съвременното общество. Един от факторите за проява на умора е смяната на сезоните и въвеждането на лятното часово време, което определи момента на първото анкетиране. Съществена предпоставка за умора при студентите е и подготовката за изпитна сесия, когато беше проведено второто анкетиране. **Материал и методи:** Беше използвана анкетна карта с 14 въпроса (Chalder et al., 1993), обхващаща прояви на физическа и нервно-психична умора за период от две седмици назад. Анкетата беше проведена сред студенти по медицина от 4-ти курс, Медицински факултет, Тракийски университет в периода 28.03-01.04.2011 г. (през учебния семестър) и 30.05-01.07.2011 г. (по време на изпитната сесия). **Резултати:** При тридесет и двама (55%) от изследваните по време на семестъра намерихме състояние на умора с различна тежест. По време на сесия процентът на лица с прояви на умора беше вече 80%, като броят на тези с тежка умора беше нараснал три пъти. И в двата етапа от изследването най-честите оплаквания бяха от отпадналост, сънливост и липса на енергия, като през втория се откри и трудната концентрация. За необходимост от повече време за почивка съобщиха 52% от анкетирания в първия етап и 68% във втория етап. Като причини за проявите на умора през семестъра най-често бяха посочвани „пролетна умора“ (26%), учебно натоварване (23%) и недостатъчен сън (23%). През сесията доминираха умственото натоварване (62%) и недоспиването (8%). **Обсъждане:** Смяната на сезоните и на часовото време, съчетана с изискванията на учебната програма, води до прояви на умора при голяма част от студентите.

Ключови думи: умора, студенти-медици

УВОД

Съвременният начин на обучение и организацията на учебните програми при студентите-медици са свързани със значително нервно-психично, нервно-сензорно и психо-емоционално натоварване, които са характерни и за труда на работещите в здравеопазването (4,8). Въпреки адаптацията на обучаващите се към поставените изисквания (1), нерядко се стига до прояви на умора, които могат да бъдат както умствени, така и физически. Според физиологията на труда умората представлява временно и обратимо състояние на понижена работоспособност, което може да се преодолее чрез адекватна почивка. Причините за поява на умора са много и разнообразни (10). Един универсален фактор е пролетната умора, предизвикана от смяната на сезоните, която се съчетава и с негативния ефект от въвеждането на лятното часово време. Друга общоизвестна причина е натоварването на студентите по време на изпитна сесия.

Целта на настоящото проучване бе да се установят субективните прояви на умора при студенти по медицина по време на летния учебен семестър и изпитната сесия.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Изследването обхваща една и съща група студенти от 4-ти медицински курс и беше проведено на два етапа: по време на летния семестър (28.03-01.04.2011 г.) и лятната сесия (30.05-01.07.2011 г.). В първия етап бяха анкетирани 58 лица, а във втория – 41. Използван беше въпросник за субективна оценка на умората, разработен от Chalder et al. (2), съдържащ 14 въпроса, обхващащи физически и психически прояви на умора. Всеки от въпросите беше с 4 възможни отговора от типа Ликърт-скала: „по-добре от обичайното“, „колкото обичайното“, „по-зле от обичайното“, „много по-зле от обичайното“. Авторите добавиха и допълнителен, отворен въпрос, целящ да установи причините за наличната умора.

Попълнените анкети бяха оценени по две скали: двустепенна (съответно с 0 точки за отговори „по-добре от обичайното“ и „колкото обичайното“, и 1 точка за отговорите „по-зле от обичайното“ и „много по-зле от обичайното“) и четиристепенна (с точки 0,1,2,3). Пър-

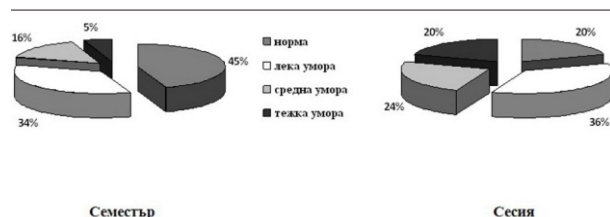
Address for correspondence:

Г. Сандева, Медицински факултет, Тракийски университет,
ул. Армийска 11, 6000 Стара Загора
e-mail: geri_sandeva@yahoo.com

вата скала бе използвана за оценка на степента на проявена умора: резултат 0-3 точки съответства на липса на умора, 4-7 точки – лекостепенна умора, 8-10 точки – средна умора и 11-14 точки – тежка умора. Втората скала послужи за анализ на отделните прояви на умора и тяхното евентуално задълбочаване.

РЕЗУЛТАТИ

Проведената по време на летния семестър анкета показва прояви на умора при 32 от изследваните 58 студенти, или 55% от обхванатите лица. В периода на сесия процентът на лицата с прояви на умора очаквано нарасна до 80% (33 от 41 изследвани). Разпределението по степени на умора е представено на фигура 1.



Фиг. 1. Степени на умора.

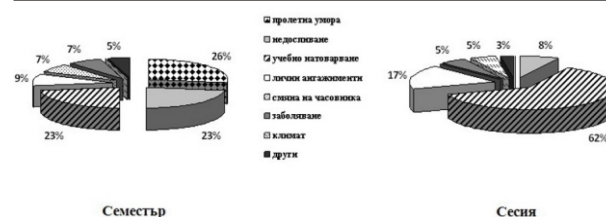
Прави впечатление не само намаляването на процента безсимптомни лица, но и увеличаването най-вече на лицата със средно- и тежкостепенна умора по време на изпитна сесия, като за последната то беше близо три пъти. Структурата на въпросника на Chalder позволява не само определяне на степента на умора, но и на отделните нейни прояви – дали преобладават умствени или физически нарушения в резултат на настъпилата умора. Това разпределение на проявите на умора, съответно по време на семестъра и на сесията, е видно на фигура 2.



Фиг. 2. Прояви на умората.

И в двата случая преобладаваха предимно физическите прояви на умора като отпадналост, сънливост, липса на енергия и нужда от почивка. Но по време на сесия значително нарасна процентът отговори за налични умствени прояви на умора: затруднено мислене (49% срещу 19%), нарушена концентрация (63% срещу 29%), влошена памет (44% срещу 29%), чести грешки на езика (46% срещу 21%). Увеличението за повечето показатели на умствена умора беше двойно в сравнение с нивата им по време на учебния семестър. Отговорите на допълнителния, 15-ти въпрос, дадоха информация за причините, на които, според студентите, се дължи усещаната от тях умора.

Забелязат се съществени разлики между получените отговори при двата етапа на проучването. По време на учебния семестър студентите отдаваха най-голямо значение на смяната на сезоните („пролетна умора“) и преминаването към лятно часово време, докато учебното натоварване остана на втори план. По време на сесия, обаче, в над 60% от отговорите се съобщаваше, че най-сериозен проблем представлява голямото умствено и психическо натоварване, свързано с подготовката и явяването на изпити. И по време на семестъра, и по време на сесията, се получи доста оплаквания за проблеми със съня и недоспиване, както и за стресори в личния и семеен живот, които оказват влияние на нервно-психическото състояние на изследваните лица.



Фигура 3. Причини за проявите на умора.

ДИСКУСИЯ

Следването по специалността медицина е едно от най-натоварващите както психически, така и физически. Затова не буди учудване резултатът, че дори по време на учебния семестър, когато натоварването по правило е по-малко, над 50% от изследваните студенти съобщават за наличие на някаква степен на умора. Това се дължи както на дългия, често 8-9 часов учебен ден, така и на нарушената почивка (недоспиване), за която съобщават голяма част от анкетираните. Освен това, първият етап на изследването съвпадна с преминаването към лятно часово време, което оказва допълнителен ефект върху получените резултати. Интензивното натоварване на памет, внимание и концентрация по време на сесия доведе до повишаване относителния дял на лицата с умора, и особено на групите със средно и тежко изразени прояви. Голяма част от студентите, които не са дали показания за умора през семестъра, по време на сесия регистрират такива прояви. Според изследване на Morriss et al. (1998), е уместно разделянето на въпросите от анкетата на Chalder за отчитане на вида умора – предимно умствена или физическа (6). По време на сесия три пъти се увеличи относителният дял на проявите на умствена умора сред студентите, което е обяснимо с преобладаващото през този период нервно-психично натоварване. Увеличение се наблюдаваше и при проявите на физическа умора, макар и не толкова изразено. Прави впечатление, че висок процент от студентите дават показания за сънливост както по време на семестър (53%), така и по време на сесия (56%). Подобни резултати са получени при редица чуждестранни изследвания (9,13), което показва, че сънливостта при медици е актуален проблем. И в

двата етапа на анкетиране немалък е относителният дял и на други симптоми на умора като отпадналост и нужда от почивка, което говори за наличие на хронична умора, засилваща се по време на интензивно натоварване. Това може да бъде причина за лекарски грешки и предпоставка за развитие на преумора и свързани с нея отклонения в здравното състояние (5).

Негативните ефекти на пролетната умора и преминаването към лятно часово време са посочени като водеща причина за настъпване на умора при обичайния учебен процес. Висок е и процентът на оплакващите се от недоспиване, което през семестъра се дължи на неефективен режим на труд и почивка, нощна работа и лошо организиран начин на живот, а не толкова на учебното натоварване.

Голям е относителният дял на студентите, посочили подготовката за изпитна сесия като водеща причина за умора при второто анкетиране. Този проблем би могъл да се преодолее с рационално организиране на дневния режим, здравословно хранене и осигуряване на достатъчно нощен сън. Различни проучвания предлагат подобни начини за профилактика на умората чрез техники за справяне с напрежението (3,7,12), подобряване на хранителния режим (11) и прилагане на физиологични режими на труд и почивка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По време на следването си студентите-медици са подложени на значително нервно-психическо натоварване, което, заедно с допълнителни външни и субективни причини, като въвеждане на лятното часово време, студентски труд, нездравословен начин на живот и неефективна организация и разпределение на времето, може да доведе до преумора и сериозно увреждане на здравето. Естеството на обучение трудно позволява да се намали това натоварване, ето защо най-ефективното решение би било застрашените лица да бъдат обучени на техники за справяне с напрежението и стреса, както и сред тях да се промотира по-здравословен начин на живот, осигуряване на редовна и пълноценна почивка с цел запазване здравето и работоспособността на бъдещите лекари.

ЛИТЕРАТУРА

1. Browne B. J., T. Van Susteren, D. R. Onsager, D. Simpson, B. Salaymeh, R. E. Condon., Influence of sleep deprivation on learning among surgical house staff and medical students.- *Surgery*, 1994, **115**(5), 604-610.
2. Chalder T., G. Berelowitz, T. Pawlikowska, L. Watts, S. Wessely, D. Wright, E. P. Wallace., Development of a fatigue scale.- *J Psychosom Res*, 1993, **37**(2), 147-153.
3. Deale A., T. Chalder, I. Marks, S. Wessely., Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a randomised controlled trial.- *Am J Psychiatry*, 1997, **154**, 408-414.
4. Dyrbye L.N., M. R. Thomas, T. D. Shanafelt., Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students.- *Acad Med*, 2006, **81**(4), 354-373.
5. Glaser R., J. K. Kiecolt-Glaser., Stress-associated immune modulation: relevance to viral infections and chronic fatigue syndrome.- *Am J Med.*, 1998, **105**(3A), 35-42.
6. Morriss R. K., A. J. Wearden, R. Mullis., Exploring the validity of the Chalder fatigue scale in chronic fatigue syndrome.- *J Psychosom Res*, 1998, **45**(5), 411-417.
7. Owens J. A., B. Phillips., Sleep loss and fatigue in medical training.- *Curr Opin Pulm Med*, 2001, **796**, 411-418.
8. Papp K. K., E. P. Stoller, P. Sage, J. E. Aikens, J. Owens, A. Avidan, etc., The effects of sleep loss and fatigue on resident-physicians: a multi-institutional, mixed-method study.- *Acad Med.*, 2004, **79**, 394-406.
9. Samkoff J. S., C. H. Jacques., A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on residents' performance.- *Acad Med*, 1991, **66**(11), 687-693.
10. Sharpe M., D. Wilks., Fatigue.- In: *ABC of Psychological Medicine*. R. Mayou, M. Sharpe, A. Carson, ed. London, BMJ Books, 2003, 33-36.
11. Tanaka M., K. Mizuno, S. Fukuda, Y. Shigihara, Y. Watanabe., Relationships between dietary habits and the prevalence of fatigue in medical students.- *Nutrition*, 2008, **24**, 985-989.
12. Tanaka M., S. Fukuda, K. Mizuno, H. Kuratsune, Y. Watanabe., Stress and coping styles are associated with severe fatigue in medical students.- *Behav Med*, 2009, **35**(3), 87-92.
13. Veasey S., R. Rosen, B. Barzansky, I. Rosen, J. Owens., Sleep loss and fatigue in residency training: a reappraisal.- *JAMA*, 2002, **288**, 1116-1124.

EMDR ТЕРАПИЯ В КОНТЕКСТА НА ТРУДОВАТА МЕДИЦИНА

Коева Сн.

Ключови думи: Агресия на здравни работници, превантивна медицина, EMDR терапия, интегративен подход, Адаптивна система за обработка на информацията, билатерална стимулация, поственция, третична превенция.

Тези които първи забележат светлината преди другите, са обречени да я следват въпреки тях.

- Христофор Колумб -

ВЪВЕДЕНИЕ

Последните години се наблюдава ескалация на агресия над работещи: 1996 г. - 16%, 2009 г. - 22% от активното население (анкета на Европейската Фондация за подобряване условията на труд 1996 г., 2009 г.). В отговор-приоритет в дейността на службите по трудовата медицина са дългосрочните проекти за превенция на стреса. До сега подценяван, риска от агресия над здравни работници расте: 29% от здравните служители в Ирландия, 51% от 2 380 анкетирани в Швеция, 67% от персонала на 21 държавни болници на Париж, са декларирали преживян акт на агресия през последната година 2001 (За България има данни само за времето преди 1989 г.). Всички отделения и всички нива здравни работници са засегнати. Тревожно - 8 от 10 случая, жертвите сами се мъчат да поправят последиците върху физическото и психическото им здраве. Подпомагането, грижата за жертвите на агресия на работното място, спешната интервенция на Пост Травматичното Стресово Разстройство (ПТСР) не е регламентирано, нито организирано на сегашния етап.

Психичен травматизъм Фройд 1920 г. дефинира: "Всички стимули, достатъчно силни, да засенат, разстроят психиката на индивида "Всяко действие (жест, дума, поведение) причина за физическо/психическо страдание е агресия.

I ниво на агресия: подигравка, неучтивост, провокация, протест, обида, оскърбление, ругатня.

II ниво: вербална и физическа агресия.

III ниво: вандализъм.

Едно събитие може да генерира психотравма, ако е внезапно, необичайно, сериозно и застрашава психичното равновесие на индивида.

Няколко примера от практиката по трудова медицина:

Случай 1 - вербална агресия към лекар, пробужда спомен с алкохолик от детството.

Случай 2 - физическа агресия от близки на пациент, събужда спомен за несправедливо тежко наказание от бащата.

Случай 3 - мед. сестра, сама, агресирана от болен Алцхаймер, отключва псориазис и за 6 м безсъние, колон иритабиле, хреми, ангина, бронхит, отит, цистит, радикулит, мигрена.

Случай 4 - Вербална агресия на мед сестра работеща в отд-е за грижи по домовете, събужда спомена за стара катастрофа, с аромата на бензин в помещението.

Случай 5 - помощник на болния при трудова злополука, проявява ПТСР, асоциирайки случая със злополука и загуба на малката му сестра.

Случай 6 - пищене на монитор в спешно и буйстване на пациент, произвеждат емоционален шок у служител, загубил баща си от инфаркт.

Серия от малки, трудни, събития, в професионален и/или личен план, организирани около една доминантна тема, постепенно, незабелязано могат да доведат човек извън прага му на толерантност.

Случай 7 - Провал на изпит в училище за мед сестри, оторитарни родители, акта на агресия от пациент е преживян, като провал-опит за самоубийство.

Случай 8 - жена загубала на 12 год. майка си, любимия я напуска, колегите се държат лошо и самоубийство на колега предизвиква ПТСР.

Случай 9 - жена на 28 години, на 5 год изоставена от майка си, заболяване на приятелка от карцином на гърдата, след конфликт с колеги, загубва желание за живот, скача от прозореца на 2 етаж на болницата.

Случай 10 - мед. сестра, първородно дете в семейство с 7 деца, неомъжена, гледа болния си баща от 15 години, сестра и ражда в отделението, където същия ден се самоубива колежка.

Случай 11 - акушерка "пуши 5 пакета на ден, за да срещне бързо смъртта" отчаяна, самотна, страх да има дете, мисли че ще страда, като нея (има опит за самоубийство).

МЕТОД

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing/ терапията: десенсибилизация и преработка на информацията чрез очна стимулация е създадена на базата на клинични наблюдения през 1987 година от Francine Shapiro. 2002 г. за този си принус е удостоена с престижната награда Sigmund Freud на

Address for correspondence:

Коева Сн., бул. Доростол 3, вх А, ПК 44, 7004 Русе
e-mail: mediateure_skoeva@abv.bg

Международната Психотерапевтична Асоциация. След независима емпирична валидизация и стандартизация на протоколите Д-р Франсин Шапиро продължава да ръководи и доразвива терапията. По своята същност тя е интегративна терапия. Интегративния подход е нова парадигма обединяваща физиологичното, емоционално, когнитивно, социално и духовно функциониране на човека във непрекъсната динамика и взаимодействие. Личността в нейната цялостност, комплексност е в центъра на тази методика. Ефекта е изцяло поверен на естествения капацитет, заложен у всеки за трансформиране на емоционално негативно заредени спомени от „система за адаптивна преработка на информацията“ (AIP-Lang1997, Bower 1981). Съществуването на биологични механизми за самолечение и възстановяване на психосоматичния хомеостазис е вътрешно присъщо на човек по подобие на имунитета. EMDR терапията е строго индивидуализирана. Работи с визуализация на личната история на всеки без вербализация, интерпретация и когнитивна интервенция на терапевта. Вниманието е фокусирано върху чувства, идеи, образи, миризми, всички сетивни кинестатични, усещания, причинени на жертвата по време на стресиращото събитие. С помощта на билатерални очни, тактилни и звукови стимулации се възстановява достъпа на личността до собствената мъдрост. След ресурсно обезпечаване на пациента, десензитизацията включва осигуряване достъп до целевия спомен - етиология на настоящата дисфункция. Активането на асоциативните канали, подпомага адаптивната преработката на всяка психосоматична проява и травматичното преживяване. Стимулирана и подсилена е изявата на позитивни паметови мрежи и умения. Между стимулациите се прилага и контролирано дишане за подсилване на ефекта. В началото и края на сесията се оценява нивото на дискомфорт от 0 до 10 по SUD скалата (Subjective Units of Disturbance).

РЕЗУЛТАТИ

Дебрифинг, Саморазгадаването, усещането за пълен контрол над процеса на лечение са значими преимущества на EMDR терапията. Резултата е силна мотивация за собствено оздравяване и безусловното приемане на вътрешнопреживяния опит. Адаптивната преработка на етиологичния дисфункционален спомен, подобрява настоящите симптоми. Още на първия сеанс, пред очите ни се разиграва, бързо облекчаване на психичното страдание с резонанс върху тялото. При тези които, имаха опит за самоубийство, вербална екстериоризация не бе възможна. В тези случаи изключително интензивна бе реакцията на освобождаване: плач, въздишки, оригване, кашлица, повръщане, флатуленция, уриниране, изтръскване на ръцете, плуване в пот.

Всички гореизброени случаи успешно, продуктивно преработиха травматичните спомени. Облекчението на емоционалния и соматичния дистрес настъпи бързо (потвърден прогрес по SUD скалата до 0-липса на дискомфорт в края). С помощта на EMDR става промяна на отношението на личността към травмиращия спомен, промяна в убежденията, негативните, ирационални вярвания на личността. Изключително полезно е стимулирането и затвърждаването чрез EMDR на позитивни концепти за собствената личност, разработката на допълнителни умения, стратегии за адекватно поведение в бъдеще. За отбелязване е, че тези емоционални, когнитивни и поведенчески промени обикновено продължават и след приключването на терапията. Благоприятно се повлияха и болковите, кожни, имунни, гастро симптоми и безсънието.

ОБСЪЖДАНЕ

EMDR терапията е относително кратка от 2, 3 до 5 сеанса. След обучение от EMDR Europe лекаря превантивна медицина, на място в здравното заведение лесно, бързо и резултатно може да реализира ранна поственция на ситуации на остър стрес и ПТСР (максимален ефект до 72 ч. след агресията). Така той ще реализира и своята превантивна мисия, относно развитие на трайни хронични патологии. Прилагането на методиката при очувствени здравни служители, е принус в дългосрочен план за намаляване нивото на риск. Ефикасността на EMDR терапията е научно доказана с дузина рандомизирани, експериментално контролирани изследвания. Проспективни сравнителни изследвания и мета анализи дават безспорни, убедителни доказателства за преимуществата на EMDR в сравнение с медикаментозната и психоаналитичната терапия на ПТСР (3*). Американската Психиатрична Асоциация (2004 г.), Кралската академия на науките препоръчват EMDR терапията, като първи избор, най-ефективна при лечение на ПТСР. Това е най-дълбокото, комплексно лечение на травматични събития на съвременния етап. Последните няколко години акцента на научните търсения е върху механизма на действие на метода.: невробиологични механизмите на REM съня, активност на лимбичната система и хипокампа, организация на паметовите мрежи, памет - сън - емоции (4*).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

EMDR е призната от световната научна общност заради нейната безопасност, лесна достъпност, ефективност в кратки срокове и ефикасност в дългосрочен план. Лекаря по

превантивна медицина грижещ се за здравето и сигурността на здравните работници е в максимално адекватна позиция да изпълни своята роля на първа, ефективна помощ и протекция на жертвите на насилие в здравната система.

Като се имат предвид посочените предимства на тази терапия и зачестилите случаи на агресия на работно място, логично се налага извода: EMDR терапията заслужава да заеме своето подобаващо място в контекста на превантивната медицина, като ефикасна мярка за защита на физическото и психическото здраве на професии, с висок риск от агресия.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Shapiro F., 2001, Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols and procedures, Guilford Press, New York, 2nd Ed
2. Weil A., 2001, "Clinical Update and Implication for practice" Boston, MA: Harvard Medical School, Department of Continuing Education, Division for Researches and Education in Complementary and Integrative Medicine.
3. American Psychiatric Association, 2004 "Practice Guideline for the treatment of patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder", American Psychiatric Association Practice Guidelines, Arlington, VA.
4. Barrowcliff A.L., Gray N.S., Freeman T.C., Macculloch M.J., 2004, "Eye- movements reduce the vividness, emotional valence and electro dermal arousal associated with negative autobiographical memories" Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, **15**, 325-345.

КОНСУЛТАНТИТЕ ПО КЪРМЕНЕ В ПОДКРЕПА НА ЕСТЕСТВЕННОТО ХРАНЕНЕ НА КЪРМАЧЕТАТА

Ушева Н., А. Попиванова, Р. Панчева, С. Попова

*Катедра по социална медицина и организация на здравеопазването,
Факултет по обществено здравеопазване,
Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов”, гр. Варна*

ВЪВЕДЕНИЕ

Важна роля в промоция и подкрепа на кърменето в държавите, в които са постигнати впечатляващи стойности на индикаторите на СЗО за оценка на кърменето имат сертифицираните консултанти по кърмене (КК). Множество проучвания доказват, че всички видове допълнителна подкрепа на кърменето водят до увеличаване на неговата продължителност, а работата на КК – до увеличаване на тази на изключителното кърмене. Цел: Да се представят дейностите на КК, възможностите за подготовка и реализация на КК в различни страни и в България. Материал и методи: Анализирани са документи и научни статии по отношение на подготовката и организацията на дейностите на консултантите по кърмене в международен и национален мащаб. Резултати и обсъждане: Консултирането по кърмене е нова бързоразвиваща се здравна специалност, която се фокусира върху предотвратяване, разпознаване и разрешаване на проблемите при кърмене. Дейностите на КК не заместват, а допълват услугите, предоставяни от медицинските професионалисти. В повечето страни, както и в България, дейностите на КК се осъществяват на доброволен принцип. В други страни (САЩ, Австралия, Норвегия и др.) КК работят като част от болнични екипи за детска и майчина грижа, в практики за извънболнична медицинска помощ или в самостоятелни частни кабинети. Обучението на КК се извършва в учебни заведения и от международни здравни организации, а „златният стандарт” в сертифицирането е - Международният борд на екзаминаторите на КК (IBLCE), който присъжда титлата Консултант по кърмене сертифициран от Международния борд (IBCLC). Националният комитет по кърмене и Ла Лече Лига България обучават доброволни консултанти по кърмене, които отговарят на определени изисквания и полагат изпит в края на обучението си. Заключение: Чрез запознаване на медицинските среди с работата на КК и улесняване достъпа за майките от различни социални слоеве до КК, промотивните дейности на КК се явяват резерв за увеличаване честотата на изключителното кърмене и повишаване продължителността на кърменето в България.

Ключови думи: консултанти по кърмене, подкрепа, изключително кърмене.

УВОД

В епохата на индустриализация на обществото, с наличието на фабрично произведени заместители на майчиното мляко и отношението на медицинските професионалисти към кърменето като естествен и саморазвиващ се процес, честотата на кърмене спада значително. В много от случаите на започнато успешно кърмене при възникване дори на малък и предотвратим проблем не се полагат никакви усилия за по-продължително кърмене, както и в частност, за изключително кърмене.

Address for correspondence:

Н. Ушева, Катедра по социална медицина и организация на здравеопазването, Факултет Обществено здравеопазване, Медицински университет-Варна, Варна, 9002 ул. "Марин Дринов" № 55
e-mail: nataly_usheva@hotmail.com

Важна роля в промоция и подкрепа на кърменето в държавите, в които са постигнати впечатляващи стойности на индикаторите на СЗО за оценка на кърменето имат сертифицираните консултанти по кърмене (КК). В България, все още, са слабо известни функциите и дейностите на КК, възможностите за тяхната подготовка и реализация, което е основна цел на настоящата разработка.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Анализирани са документи и научни статии по отношение на подготовката и организацията на дейностите на консултантите по кърмене в международен и национален мащаб.

РЕЗУЛТАТИ

Консултирането по кърмене е нова бързоразвиваща се здравна специалност (от 1985год.), която се фокусира върху предотвратяване, разпознаване и разрешаване на проблемите при кърмене. Десетилетия преди това отделни майки са започнали организирано да си помагат чрез взаимна подкрепа и съвети по отношение на обгрижването, кърменето и здравето на деца след като тези дейности са престанали да се осъществяват в повечето семейства (3). За да отговорят на тези потребности, през 1957 година в САЩ седем майки създават организацията Ла Лече Лига (La Leche League) с основна мисия да осигурят необходимата информация, окуражаване и морална подкрепа на майките. Работейки, обучените по въпросите за кърменето майки-доброволки са се опитвали да узнаят повече и за научната страна на кърменето. През следващите десетилетия е развита мрежа от около 32 хил. координатори, синхронизиращи своята дейност с Централния офис в Илинойс, като в над 60 страни по света (САЩ, Австралия, Канада, Нова Зеландия, Скандинавски страни, Африка и др.) са създадени повече от 4000 доброволчески групи в рамките на La Leche League International. Тази организация продължава да подпомага майките и семействата им с информация и актуализирани публикации за нарастващите въпроси около кърменето и отглеждането на децата. Така, по случай 50-годишния Юбилей на организацията Ла Лече Лига през 2007 година бе публикувано осмото издание на *The Womanly Art of Breastfeeding* - един изключителен наръчник за кърменето, написан от майки за други майки (8). Една част от опитните членове на доброволческите групи за подкрепа са започнали да търсят нови възможности за реализация на натрупания опит извън това, което биха могли да постигнат като доброволци, например постоянна работа срещу заплащане в медицински центрове. Здравните професионалисти първоначално са осъждали и отричали дейностите на доброволческите групи от майки, в това число и на Ла Лече Лига, но с течение на времето те са оценили важната им роля в подкрепата на кърменето сред други майки и усилията им медицинските професионалисти да разглеждат кърменето като неразделна част от пренаталната и следродовата грижи. Повратна точка в развитието на консултирането по кърмене като здравна специалност става изискването за задължително осигуряване с поне един представител от персонала, който да подпомага майките-кърмачки в заведенията за майчина и детска грижа, в щата Ню Йорк, САЩ (9,10).

Проведените през последните десетилетия множество рандомизирани контролирани епидемиологични проучвания показват, че интервенциите имат позитивно влияние върху кърменето. В табл. 1 са представени някои висококачествени рандомизирани контролирани проучвания за ефекта на консултирането по кърмене върху показателите за кърмене (4).

Подобни доброволчески програми са се развили в повече от 80 страни: сред най-успешните програми са Ammehjelpen International Group в Норвегия, Nursing Mother's Association в Австралия, National Childbirth Trust в Обединеното Кралство, Breastfeeding Association в Южна Африка и др.

През 1982 г. Ла Лече Лига създава Отдел на консултантите по кърмене, а през 1985 г. е създаден независим сертификационен борд - Международен борд на екзаминаторите на КК (IBLCE), като резултат от потребността от нови здравни професионалисти.

Както в повечето страни, в България на консултирането по кърмене се дава начало от група инициативни майки, които чрез Интернет страници и на лични срещи започват да дават гласност на проблемите си с кърменето, липсата на подготвени здравни кадри, които да подпомогнат в разрешаването на тези проблеми, недостига на актуална информация, както и ежегодно, от 2006 г. да отбелязват Световната седмица на кърменето. Първоначално майките-активистки прилагат на практика знанията от актуални чуждестранни източници в отглеждането на своите деца и след това предават опита си на други майки, отново чрез форумите на електронните издания. Поради несистемния подход в обучението и различните гледни точки по отделни проблеми, предоставяната помощ в някои случаи е неточна, противоречива или неправилна. Така, вместо решаване на проблемите, се поражда една допълнителна несигурност у майките, а оттам и огромна необходимост от компетентен източник, който да предостави ясно и авторитетно позицията на медицинската общност.

Съгласно Националния план за действие „Храни и хранене 2005 – 2010г.” към Министерството на здравеопазването се създава Национален комитет по кърмене.

Обединяването и насочването на усилията към постигане на общите цели води до създаването и на Национална асоциация „Подкрепа за кърмене” през 2010 г., чиято мисия е да защитава, подкрепя и насърчава кърменето чрез оказване помощ на майките за постигане на успешно и удовлетворително кърмене; обучаване на доброволни консултанти по кърмене и медицински лица, които да са от полза за кърмещите жени; образование и повлияване на обществото за постигане на промени, насочени към осъзнаване важността на кърменето и признаването му за интегрална част на родителски грижи (2).

Дейности на консултантите по кърмене

Дейностите на КК не заместват, а допълват услугите, предоставяни от медицинските професионалисти. Консултантите по кърмене предоставят на бременната жена, кърмачката или цялото семейство пряка грижа, обучение и консултации. В случаите, при които КК не могат да се справят самостоятелно с проблема или е необходима лекарска намеса, майките се насочват към ОПЛ или съответните клинични специалисти. Една от важните дейности на КК е събиране на мнения за обратна връзка и участие в проучвания, допринасящи за

развитието на науката и подобряване ефективността на предлаганата грижа.

страни се провеждат програми, насочени към тези проблемни групи (11). Достъпът до печатни и елек-

Таблица 1. Рандомизирани контролирани проучвания за ефекта на различните видове интервенции върху показателите за кърмене

Източник: de Olivera (4).

Автор	Описание на интервенцията	Резултат: експериментална - контролна група
Albernaz et al., 2003 (Бразилия)	Консултиране в родилно отделение и 7 домашни посещения	Двойно по-висока честота на кърмене към 4 мес. в експерименталната група
Susin et al., 1999 (Бразилия)	Видео и печатни материали, беседи и 4 домашни посещения (n=400)	6,5 пъти по-висока честота на изключителното кърмене към края на 3 мес.
Jacobsen et al., 1999 (Гвинея Бисау)	Индивидуални беседи от 1та пренатална визита и до 9 мес.(n=1154)	Кърмене до 13 седм. 29%-18%, p =0,003
Froozani at al., 1999 (Иран)	Консултиране в родилно отделение, индивидуални беседи в клиника или у дома до 4 <u>мес.</u>	Изключително кърмене до 4 мес.: 54% - 6%
Bolam et al., 1998 (Непал)	Индивидуални обучения (20 мин)- при раждане и 3 мес.	Изключително кърмене до 4 мес.: 33% - 28%
Pugh and Milligan, 1998 (САЩ)	2 домашни посещения и телефонно обаждане	Кърмене до 6 мес.: 50%-27%
Curro et al., 1997 (Италия)	Предлагане на брошури при 1-во посещение на педиатър	Кърмене до 6 мес.: 59%-52%
Duffy, 1997 (Австралия)	Групови обучения 3 пъти:2ч + 25 мин. видеозапис	Кърмене през 6 седм: 91% - 29%
Gagnon et al., 1997 (Канада)	Домашни посещения, ранно изписване, телефонни обаждания до 10 ден след раждане	Кърмене до 1мес: 55% - 39%
Brent et al., 1995 (САЩ)	Телефонни обаждания, консултации преди и след раждането до 1 год.	Кърмене до 2 мес.: 37% - 9%
Barros et al., 1994 (Бразилия)	Домашни посещения на 5, 10, 20 ден след раждането	Кърмене до 2 мес.: 73% - 62%
Hauch and Dimmock, 1994 (Австралия)	Брошура, изпратена скоро след изписване от родилното заведение	Кърмене до 6 мес.: 59% - 56%
Rossiter, 1994 (Австралия)	Групови обучения 3 пъти:2ч + 25 мин. видео (след 12 седмица)	Кърмене до 4седм.: 50% - 26%

Консултациите по кърмене са базирани сред популацията на населеното място или в болничните заведения. Начините, по които се осъществяват консултациите са: по телефон (национален телефон и телефоните на консултантите по кърмене), чрез домашни посещения или прегледи в консултативен кабинет по кърмене. Първият консултативен кабинет по кърмене в България е открит през 2006 г. към СБАГАЛ „Майчин дом”, гр. София. като част от глобалната програма на УНИЦЕФ за защита, подкрепа и насърчаване на кърменето. В страната функционират още два консултативни кабинета - в гр. Пазарджик от 2008 г. и в гр. Варна от 2010 г. Подрастващите майки и тези от ниските образователни и социални слоеве се нуждаят от допълнителна и специална подкрепа на кърменето, затова в повечето

тронни издания за кърменето за част от майките в България е ограничен поради неграмотност или икономически причини. Единственият контакт с КК, който е възможен на този етап е в родилните заведения, които са позволили тяхното присъствие.

В повечето страни, както и в България, дейностите на КК се осъществяват на доброволен принцип. В други страни (САЩ, Австралия, Норвегия и др.) КК работят и като част от болнични екипи за детска и майчина грижа, в практики за извънболнична медицинска помощ или в самостоятелни частни кабинети, в различни обществени организации. В родилни заведения с около 3000 раждания годишно обичайно работят минимум трима консултанти на пълен работен ден (6). Основен принцип за ефективно осъществяване на кон-

султирането по кърмене е всички членове на персонала да предоставят на майките информация, която е една и съща, а не противоречива и объркваща. Това би могло да бъде постигнато чрез: а) промяна в програмите за обучение по анатомия, физиология, ендокринология, хранене, акушерство и гинекология, педиатрия на студентите в медицинските учебни заведения, като кърменето и лактацията бъдат поставени на подходящо ниво; б) унифициране на програмите за следдипломно обучение в специалностите акушерство и гинекология, педиатрия и обща медицина; в) обучение на лекарите, акушерките, медицинските сестри по отношение на темите за лактация и кърмене; г) включване на КК в екипите за майчина и детска грижа.

Обучение и сертифициране на КК

Обучението на КК се извършва в учебни заведения и от международни здравни организации, като „златният стандарт“ в сертифицирането е - Международният борд на екзаминаторите на КК (IBLCE), който присъжда титлата Консултант по кърмене сертифициран от Международния борд (IBCLC) (5,7). Броят на IBCLC консултантите в България не надвишава 5. Националният комитет по кърмене и Ла Лече Лига България обучават доброволни консултанти по кърмене, които отговарят на определени изисквания и в края на обучението си полагат изпит (1,2). Обучението на КК е структурирано по модели от световните организации на консултанти по кърмене като включва и практически занятия. Първите сертифицирани КК към Националния комитет по кърмене в България през 2006-2008 г. са били осем, 2010 г. - 74, а през 2011 г. се очаква да бъдат сертифицирани близо 100 КК, основна част от които - здравни специалисти.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дейностите на консултантите по кърмене имат значителен принос за подкрепа на кърменето в световен мащаб и са резерв за увеличаване честотата на изключителното кърмене и повишаване продължителността на кърменето в България. За целта е нужно медицинските

среди да се запознаят с работата на КК, както и да се улесни достъпа за майките от различни социални слоеве до КК. Необходимо е провеждане на цялостна политика за подкрепа на кърменето, включваща подготовка на медицинските кадри, обучение и създаване на условия за реализация на консултантите по кърмене (вкл. в лечебните заведения, сключили договор с НЗОК), обучение на майките преди и след раждането с особено внимание към майките от рисковите групи, а така също и трудово-правова защита на майките-кърмачки. Ключови думи: консултанти по кърмене, подкрепа, изключително кърмене.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ла Лече Лига България. Стани ЛЛЛЛ лидер. <http://lalechebg.com/leadership-faq/>
2. Национално сдружение „Подкрепа за кърмене“. <http://karmene.wordpress.com/>
3. Ciba Foundation: Breastfeeding and the Mother Symposium 45, Amsterdam, Elsevier.1976.
4. De Oliveira M. I., Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of pre-natal and postnatal intervention., *J Hum Lact* **17**:326-43, 2001
5. International Lactation Consultant Association (ILCA). Recommendations and competencies for LC practice. Raleigh NC: ILCA, 2003.
6. Hinson P., The business of clinical practice. Auerbach KG, ed.Current issues in clinical lactation2000. Sudbury, MA: Jones and Barlett, 2000: 43-47.
7. Kelley K. J., The IBLCE discipline process. *J Hum Lact* **15**: 61-62, 1999.
8. La Leche League International: The Womanly Art of Breastfeeding. 8th Ed., Shaumberg, 2007, LLL
9. Lawrence R. A., Lawrence R. M., Breastfeeding. Seventh Edition. Elsevier.2011
10. Riordan J., Breastfeeding and Human Lactation.Third edition. Sudbury, MA: Jones and Bartlett, 2005
11. Volpe E., Bear M., Enhancing breastfeeding initiation in adolescent mothers through the breastfeeding educated and supported teen (BEST) club, *J Hum Lact* **16**: 196, 2000.

ХРАНИТЕЛЕН СТАТУС, НАВИЦИ И ПОВЕДЕНИЕ НА ПОДРАСТВАЩИТЕ /10-14 Г. ВЪЗРАСТ/ В ИНДИВИДУАЛНА ПРАКТИКА ЗА ПМП И РОЛЯТА НА ОПЛ В ПРЕВЕНЦИЯТА НА НАДНОРМЕНОТО ТЕГЛО И ЗАТЛЪСТЯВАНЕТО

Забунов А.¹, В. Маджова¹, П. Манчева¹, Св. Христова¹, Ж. Русева¹,
П. Герова², М. Петрова²

¹ Медицински университет "Проф. д-р Параскев Стоянов" - Варна",

² АИППМП-П.Герова"

РЕЗЮМЕ

Затлъстяването е най-честото метаболитно нарушение сред подрастващото население със сериозни медико-социални ефекти в бъдещия индивидуален живот, като напр. повишен риск от хронични дегенеративни и социалнозначими заболявания като захарен диабет в 25%, артериална хипертония, подагра, метаболитен синдром и др. При около 80% от случаите затлъстяването настъпва във възрастта 7-8г и обикновено има комплексна генеза-генетично предразположение, прехранване, недостатъчна физическа активност, ендокринни нарушения, психоемоционални фактори в т.ч. хроничен дистрес и др. Затлъстяването е глобална тенденция със сериозни социални измерения свързани с трудното лечение и необходимостта да се ангажира семейството съвместно с широк интердисциплинарен екип от специалисти. Очевидно превенцията се оказва най-правилния подход, при който чрез ранен скрийнинг и адекватни обучителни програми за децата и техните родители за недопускане на наднормено тегло и затлъстяване, както и включване в индивидуални програми за ефективно лечение на вече затлъстялите. Целта на проучването е да изследваме хранителния статус, навиците, поведението и познанията на учениците от 10-14 годишна възраст в индивидуална практика за ПМП в гр.Варна, с оглед на изработването на бъдеща интервенционална здравно-промотивна програма, както и мястото и ролята на ОПЛ в нейната реализация.

Ключови думи: затлъстяване, подрастващи, първична мед помощ, ОПЛ

ABSTRACT

Obesity is the most frequent metabolic ailment in adolescence with medico-social effects in future life, like the high risk of chronic degenerative diseases as diabetes in 25%, hypertension, gout, metabolic syndrome. In about 80% of cases obesity occur in the age of 7-8 years with complex origin, like genetic predisposition, overeating, lack of physical activities, endocrine disturbances, psycho-emotional factors, distress, etc. Obesity is a global tendency with significant social aspects related also to the difficulties in managing the problem and the need for engaging the family and a wide interdisciplinary team of specialists. That's why prevention seems to be the best approach by the means of early screening and appropriate educational programs for the parents and their children before the fact of obesity, together with individual programs for effective treatment of the obese. Our objective is to study the nutritional status, habits, behavior and knowledge of adolescents 10-14 years of age in an individual GP practice in Varna, in relation to the future workout of an interventional promotion program, as well as the role of the GP in its implementation.

Key words: obesity, adolescence, primary care, general practitioner

ВЪВЕДЕНИЕ

Затлъстяването в детска възраст е важен медико-социален проблем, предвид на честотата, неуспешното ле-

чение и ролята му като рисков фактор за редица дегенеративни и обменни заболявания в по-късна възраст.

ЦЕЛ

Да се проучи хранителният статус, честотата на затлъстяването, хранителните навици, поведение и познания на ученици от 10 – 14 годишна възраст с оглед на изработването на бъдеща интервенционна здравно-профилактична програма.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД

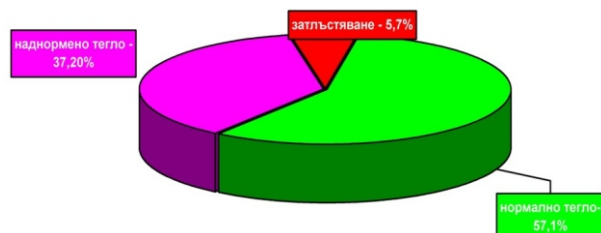
Обхванати са 70 деца на възраст от 10 до 14г., регистрирани към АИППМП.

За оценка на хранителния статус са измерени основните антропометрични показатели на децата – ръст и телесна маса. Изчислен е индекс на телесна маса.

За оценка на храненето, хранителните навици, поведение и познания е приложена анкетна карта с двадесет и пет въпроса.

РЕЗУЛТАТИ

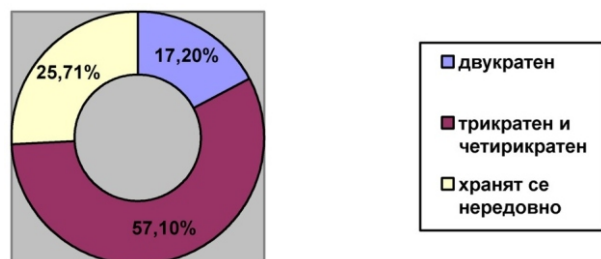
Получените резултати са представени графично:



Фиг.1. Разпределение на учениците с наднормено тегло и затлъстяване.

С нормално телесно тегло са 57.1% от учениците. Наднормено тегло се установи при 37.2%, а затлъстяване при 5.7% от тях.

Проучването показва, че затлъстяването при момчетата е по-високо от това, при момичетата.

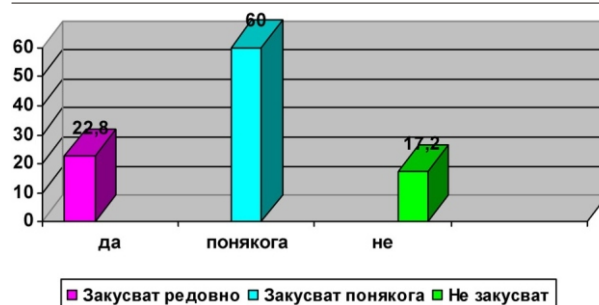


Фиг.2. Хранителен режим

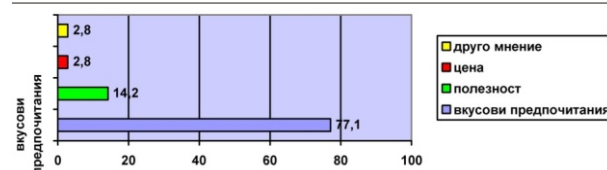
Преобладаващата част от учениците (57.1%) имат правилен режим на хранене, докато 25.71% не следват определен режим и се хранят многократно и безразборно. Важно за здравето, растежа и развитието на учениците е те да закусят редовно. Изследването показва, че са-

мо 22.8% от учениците закусят редовно, 60% понякога, а 17.2% не закусят.

За 77.1% от учениците изборът на храни се определя от вкусовите предпочитания, а само за 14.2% от полезността на храните.

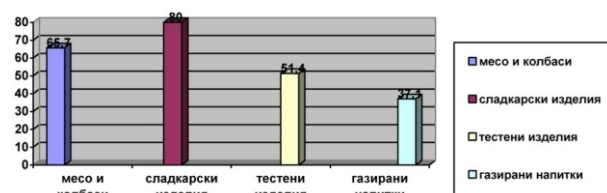


Фиг.3. Закуска на учениците.



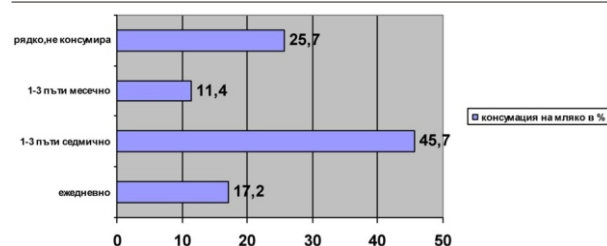
Фиг.4. Фактори, определящи избора на храни.

Фиг.4. Фактори, определящи избора на храни.

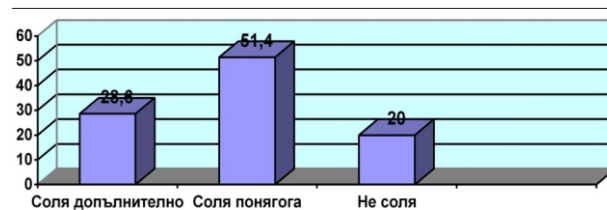


Фиг.5. Ежедневна консумация на някои храни и напитки.

Значително повишена е консумацията на колбаси, тестени и сладкарски изделия и газирани напитки, а е намален приема на храни важни за растежа като мляко и млечни продукти, риба, зеленчуци и плодове .



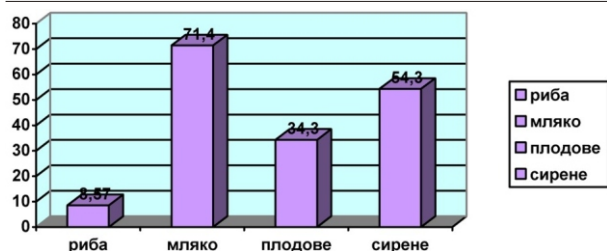
Фиг.6. Консумация на мляко.



Фиг.7. Консумация на сол.

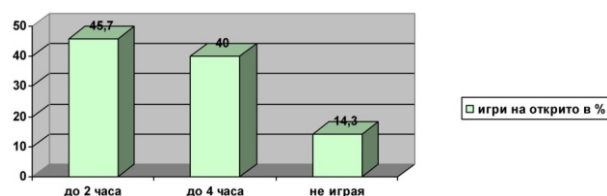
Консумацията на мляко е недостатъчна - едва 17.1% консумират мляко ежедневно.

Малък брой от анкетираните не прибавят сол към храната (20%), а в 28.6 % - солят допълнително храната.



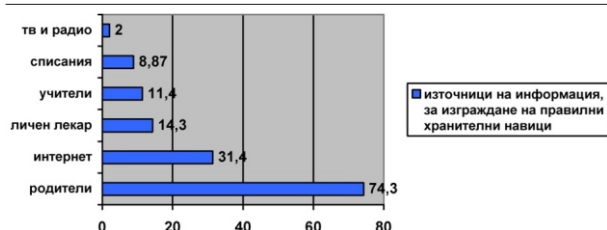
Фиг.8. Познания за храните, богати на Калций.

71.4% от подрастващите са информирани, че пълноценен източник на калций е млякото и млечните продукти. Немалко от тях погрешно посочват пресните плодове и зеленчуци като източник на калций. повечето ученици споделят убеждението, че редовно трябва да се консумира риба, пресни плодове и зеленчуци, въпреки че на практика не следват подобен режим на хранене.



Фиг.9. Игри на открито в часове дневно.

Само 40% прекарват редовно достатъчно време в игри на открито.

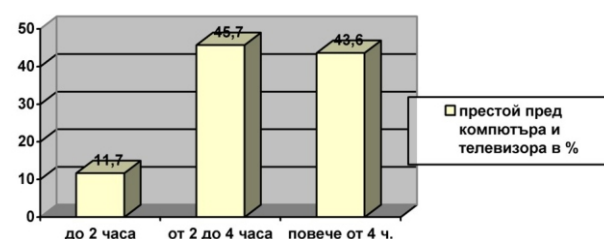


Фиг.10. Източници на информация за изграждане на правилни хранителни навици.

Като основен източник на информация за храненето са посочени родителите (74.3%). Видна е голямата роля и отговорността на телевизията, радиото, списанията и интернет за изграждане на правилни хранителни знания и навици, тъй като 42.3% от запитаните черпят информация от тях. Недостатъчна е ролята на учителите и личния лекар.

Почти всички анкетирани ученици знаят за връзката между храненето и затлъстяването, а половината от тях – за връзката между храненето и диабета. Малка част от учениците знаят за връзката между храненето и сърдечно-съдовите заболявания и нито един не е споменал за връзката- хранене и рак.

Все по-голяма част времето си учениците прекарват пред телевизора и компютъра – в 45.7% по 2 - 4 ч./дн. и



Фиг.11. Престой пред Рс и TV в часове/дн.

над 4 ч. в 43.6% от случаите.

ИЗВОДИ

С нормално физическо развитие са 57.1% от учениците, 37.2% са с наднормено тегло, а 5.7% със затлъстяване.

Честотата на затлъстяването е по-висока при момчетата.

Установяват се дефекти в храненето и хранителните навици.

Налице са удовлетворителни знания за ролята и значението на храните, но недостатъчни за връзката между храненето и заболяванията.

Тревожна е недостатъчната двигателна активност при учениците и продължителния престой пред телевизора и компютъра.

КНИГОПИС

1. Петрова К., Съвременни тенденции във физическото развитие и честотата на затлъстяване на ученици от горна училищна възраст. Хигиена и здравеопазване 1997, **vol XXXIX**
2. Балабански Л., Затлъстяването – риск за здравето. Практическа педиатрия 2003, **бр.1**, стр.4
3. Константинова М., Честота на детското затлъстяване. Практическа педиатрия 2005, **бр.3**, стр.8
4. Маринова М., М. Константинова, И. Стоева., Затлъстяване в детска и юношеска възраст-настолна книга. С., изд."Византия", 2005
5. Йотова В., К. Петрова, В. Цанева., Тенденции в честотата на затлъстяването в предпубертетна възраст. Endocrinologia, **vol VIII**, 2003, **бр.3**, стр.125
6. Байкова Д. и колектив., Характеристика на хранителния прием и антропометричния статус на децата и юношите в България. Наука за хранене и опазване на човешкото здраве. Научно дружество по хранене и диететика 2004, София
7. Препоръки за здравословно хранене на деца и ученици на 7-19г в България. МЗ, НЦООЗ, Булвест, С, 2008, 37
8. Dietz W. et R. Hartung., Changes in height velocity of obese preadolescents during weight reduction. Am.J.Dis.Child, **139**,1985,705-707

-
9. Weicha JI, KE Peterson , DS Ludwige al., When children eat what they watch.Impact of television viewing on dietary intake in youth .Arch Pediatr Adoles Med 2006,**160**:436-42 43
 10. Cole T., Bellizi M., Flegal K., Dietz W., Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey BMI 2000, **320**, 1-6
 11. WHO, Regional Office for Europe, CINDI Dietary Guide (EUR/OO/5018028)
 12. Hawkes C., Marketing food to children: the global regulatory environment. WHO 2004.
www.who.int/dietphysicalactivity/publications/en/19

BULGARIA AND THE OTHER NEW EU MEMBER STATES: TRENDS IN THE HEALTH STATUS AFTER TWENTY YEARS OF TRANSITION

Koeva S.

Department of Economics and Management of Health Care, Varna University of Medicine

ABSTRACT

This paper analyzes the trends in the basic indicators of population's health status in the twenty years of post socialist transition of Bulgaria. The processes and tendencies in this country are placed in the broader context of the developments in the other post-socialist countries, particularly, the new EU member states. Thus the approach adopted in the paper is the comparative one. Although the whole period is under consideration, emphasis is placed on the last 5-10 years. After stagnant or even decreasing life expectancy at birth in the 1990s, this indicator has been showing a positive trend throughout the last decade. Even though the numbers are comparable to the values in some other EU12 countries, they are still one of the lowest among all EU Member States. Although the last few years have seen a slight decrease in overall mortality rates, mortality in Bulgaria is still substantially higher than in any other EU country. Whilst the cardiovascular mortality has decreased in the last decade, it is still the highest in the European Union and several times higher than the EU average. Child mortality (both infant and under-five) has been decreasing, but Bulgaria still lags behind the EU average and even the average of the EU12. Perinatal mortality rate is twice as high as the respective values for the EU-12. The positive tendencies in population health status, as subtle and fragmented as they seem to be, are mainly attributable to the stabilization of the political situation in the country starting from 2000-2001, and especially to the economic upsurge in the mid-2000s.

Key words: health status, life expectancy, mortality, cardiovascular mortality, child mortality

INTRODUCTION

The development of public health indicators in Bulgaria has been among the major challenges in the last twenty years. The transition from a command to a market economy and to a democratic form of government has been expected to ultimately result in an improvement of the health status indicators through the better utilization of resources, long run increase in real incomes as well as a more efficient health care system providing high quality of services. The results from the first twenty years of transition, however, have proved to be quite ambivalent: although there is a slight trend of improvement, the dynamics of the change has not been particularly impressive, varying overtime, with inconsistencies and fluctuations, even deteriorations in some years.

The immediate impetus for writing this paper has come from the author's involvement in the preparation of the forthcoming issue on Bulgaria of Health Care Systems in Transition (HIT). The HITs are published within the framework of the European Observatory on the Health Care Sys-

tems, coordinated by the World Health Organization European Center and are country-based profiles of the health care system in each country and of the reform initiatives in progress or under development. Although comparisons with other countries are inevitable and encouraged in the HITs, in the course of the study of the major trends in the health status indicators in Bulgaria, it became obvious that less clear was the overall picture, the situation in countries with similar characteristics and path. The next step in the investigation appeared quite logical: to analyze and assess the tendencies in Bulgaria at a more general background.

MATERIALS AND METHODS

The approach adopted in this paper is the comparative one. The processes and tendencies in this country are placed in a broader, international context of the development of the other post-socialist EU member states. The study examines trends across ten Central and Eastern European countries which became members of the European Union after May 2004 and 2007. The paper aims at identifying the specificity of the trends in public health in Bulgaria at the background of the commonalities of the transition process which can help enlighten the future policy-making.

Address for correspondence:

*S. Koeva, Dept. Economics and Management of Health Care, Varna University of Medicine, 55 Marin Drinov Str., BG-9002, Varna, Bulgaria
e-mail: stefka.koeva@gmail.com*

Bulgaria taken as a reference country, the other countries considered are Poland, the Czech Republic, Hungary, Slovakia, Slovenia, Estonia, Latvia, Lithuania and Romania. Where appropriate, the averages of the European Union member states (EU27), the old member-states of the Union before 2004 (EU 15) and the new member states (EU12) are also considered.

The data on health status are obtained mainly from the one of the most comprehensive sources of comparable statistics, the World Health Organization's Health for All database (HFA-DB) for the European region. Additional information was extracted from database of Eurostat. The main indicators of population health considered are life expectancy, mortality and infant mortality.

Although the whole two decade period is taken into consideration, emphasis is placed on the last five-ten years.

DISCUSSION

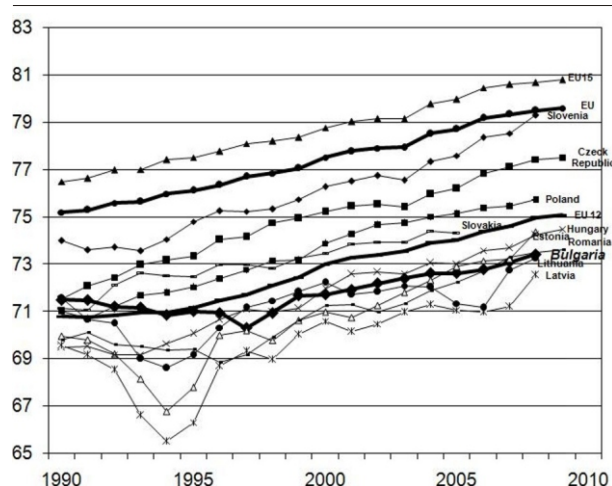


Figure 1. Trends in life expectancy at birth in EU12 member states, 1990-2009 (or nearest year available)

Life expectancy is a comprehensive measure of population health status. It is considered an indicator which comparatively well reflects the health performance of society as a whole, not only and predominantly that of the health system. Throughout the last two decades average life expectancy in the EU27 continued to demonstrate a favourable trend, rising from 75.18 in 1990 to 79.59 in 2009, that is by 5.9% (7). However, while the old EU member states have experienced a steady and continuous improvement (by 5.6%), the development of life expectancy in the former Eastern bloc countries that are now members of the EU, although rising in general (by 6%), has not been that stable. It has been characterized by fluctuations, even deterioration, particularly in the 1990s. Behind this general trend there are considerable variations among the countries. In Bulgaria, similar to most of the new member states, there has been a deterioration in the 1990s with a dip in 1997, after which the life expectancy has started to stabilize and slowly to rise (see Fig. 1).

From the perspective of the depth of the fluctuations, some of the Baltic countries underwent earlier in the 1990s much

more pronounced downward swings than Bulgaria. This is attributed to the general hardships of the transformation process and the proper performance of the public institutions, including those related to health care (2). In Bulgaria, in particular, the dip in life expectancy can be easily associated with the severe and profound "transition crisis" in 1996/97 (1), which was almost unique, as it combined fiscal, banking and currency crises. The severity of the deterioration of the macroeconomic situation can be illustrated by the dynamics of two macroeconomic indicators: the cumulative decline of GDP in these two years was more than 18% and the hyperinflation at the beginning of 1997 was 1058% (6). The rates of increase of life expectancy throughout the whole period have been rather sluggish, too: the overall percentage change between 1990 and 2008 is 2.7%, which is the second lowest (after Lithuania) among all EU12 countries. In 2008, with life expectancy of 73.41, Bulgaria lagged behind the EU27 average by some 6 years, by more than 7 years behind the EU15 average and by more than a year and a half behind the EU12 average. The only two other countries with a slightly lower life expectancy were Latvia (72.53) and Lithuania (73.23) (7). Worth mentioning is the progress in life expectancy for the last two decades in some of the central European countries: in the Czech republic it rose by almost 6 years or 8.3%, in Hungary by 5 years or 7.2%, in Slovenia – by 6 years or 7.2%.

Table 1. Life expectancy at birth, by gender, 2009 or latest available year

Countries	LE total	LE female	LE male	LE F-M
Bulgaria	73,4	77,1	69,8	7,3
Czech republic	77,5	80,6	74,3	6,3
Estonia	74,3	79,6	68,7	10,9
Hungary	74,5	78,5	70,3	8,2
Latvia	72,5	77,8	67	10,8
Lithuania	73,2	78,8	67,6	11,2
Poland	75,7	80,1	71,3	8,8
Romania	73,6	77,5	69,9	7,6
Slovakia	74,3	78,2	70,3	7,9
Slovenia	79,3	82,6	76,5	6,1
EU27	79,5	82,6	76,5	6,1
EU15	80,8	83,5	78	5,5
EU12	75	79,1	71	8,1

Similarly, the sex difference on life expectancy in Bulgaria is substantial and persisting, with a slight tendency of widening: 7.3 in 2008 versus 6.7 in 1990 (see Table 1). Bulgaria had the lowest female life expectancy at birth of all the new EU member states and the fourth lowest life expectancy for men before the three Baltic states.

Another important indicator of a population health status is mortality. Similar to the region as a whole, the overall mortality rate from all causes of death in the new EU member states gradually and steadily declined after 1991 to reach an average age-standardized death rate (SDR) of 872.6 per 100 000 population in 2009. (The age-standardized death rate is useful for comparisons among countries, because the effects of differences in the age distribution of population are eliminated.) The rates in the different countries vary significantly, however. The Czech Republic is the only country, in which the mortality rate has been steadily decreasing throughout the whole period. All the other countries experienced “a mortality crisis” (3) in the first phase of the reforms, in the early 1990s. In some of them, however, the rise in mortality was swiftly and fully reabsorbed and the following years the decrease was steady and substantial (see Figure 2).

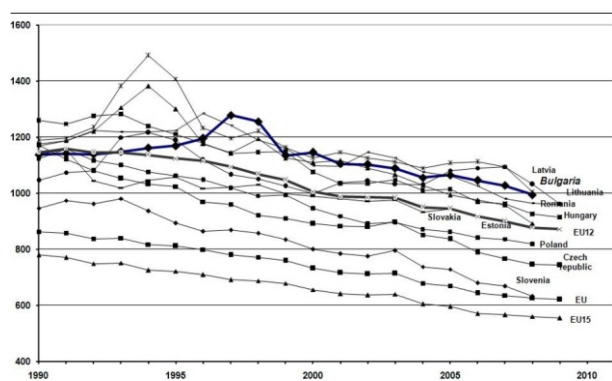


Figure 2. Trends in all cause mortality in EU12 member states, 1990-2009 (or nearest year available)

For example, SDR in Estonia (2008) fell by 35% compared to the peak 1994; in Hungary (2009) – by 29% compared to the peak 1993; in Latvia (2008) – by 32.5 compared to the peak 1994, in Slovenia (2008) – by 35% compared to the peak 1991, and in Poland (2008) – by 29% compared to the peak 1991.

In Bulgaria the overall mortality rate started to rise in 1993, reached it highest level in 1997 and since then has begun going down. However, the decline has been modest (22% in 2008 compared to the peak 1997) and not that steady (there was a slight increase in 2005). The last few years show a further decrease. The number of deaths in 2008 was 110 523, which is by 2 481 less than 2007, and in 2009 it was 108 068, which is by 2 455 less than 2008 (5). Still, with the low rates of change, in 2008-2009 Bulgaria had the second highest mortality in the EU (after Latvia only) with SDR of 995.39 (7).

In addition, the male mortality rate was, on average, 55% higher than the female rate in 2009 across all new EU member states. In Bulgaria, male SDR in 2008 is 1278.96, which is the fourth highest in the EU after the three Baltic states. The female rate of 766.14, however, is the highest in EU12.

The analysis of the causes of mortality in Bulgaria shows that similar to many other European countries, the main cause of death are the diseases of the circulatory system. The standardized death rate (SDR) for these diseases has

been fluctuating since the 1980s, with a peak in 1997 and 1998 (814 and 813.1 respectively – not in table) and decreasing ever since. However, in 2008 it was still the highest in the European Union with 611.3 deaths per 100 000 (see Figure 3). By comparison, Romania, the country with the second highest SDR, registered 558.3 deaths per 100 000. In the same year, Bulgaria's SDR for the diseases of the circulatory system was 1.4 times higher than the EU12 (439.9), 2.5 times higher than the EU27 average (240.4) and 3.3 times higher than the EU15 average (188.3) (7). This unfavourable trend can be attributed to still prevailing unhealthy habits and behaviour (unbalanced diet, high rate of smoking and low physical activity), psychosocial factors, and insufficient health promotion, prevention and treatment of risk factors.

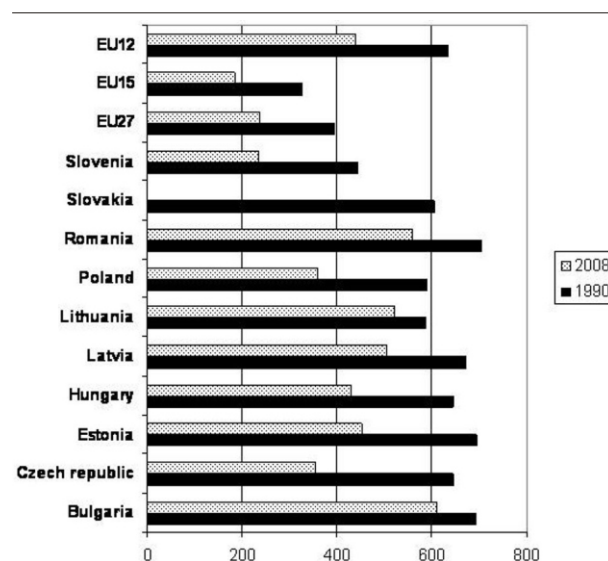


Figure 3. SDR, diseases of the circulatory system, all ages per 100 000

Malignant neoplasms (cancer) have been the second most common cause for mortality in the last couple of decades. In 2008, the SDR for malignant neoplasms in Bulgaria (171.6) was slightly below the EU27 average (173.6), well below the EU12 average (199.40), but above the EU15 average (166.88). However, the dynamics in Bulgaria (similar to Romania) is different. In contrast to the general trend of falling malignant neoplasms SDR in the EU, Bulgaria's SDR has been increasing since 2000 (see Figure 4).

Death attributable to external causes (injury or poisoning) and respiratory diseases are at a comparable level. In 2008, the SDR for external causes was 44.88 which is higher than the EU27 average, 38.7 and the EU15 average, 32.9 but much lower than the EU12 average, 61.0 and SDR for respiratory diseases was 41.62, slightly lower than the EU27 and EU15 averages, 44.5 and 44.9, respectively (7). In 2009, again, the main three causes for death in Bulgaria were diseases of the circulatory system (66.0% of all cases), malignant neoplasms (15.9%) and the diseases of the respiratory system (3.8%) (5).

Infant mortality has been decreasing in the last 30 years in Bulgaria. From 2000 to 2009 infant (under-one) mortality

significantly decreased from 13.3 to 8.6 per 1 000 live births. Under-five mortality also decreased from 17.4 in 2000 to 10.0 per 1 000 live births in 2009. Both indicators report a drop of 5 to 6% a year. Nevertheless, with this rate, Bulgaria still lags behind the new Member States' average and the EU27 average. In 2008 the number of infant (under one) deaths per 1000 live births in Bulgaria was approximately twice the EU 27 average (4.4 per 1000) and the second highest rate in the EU after Romania (11.0 per 1000) (7). The observed annual reduction rate of 5 to 6% in child mortality is a positive trend but it results more from Bulgaria's overall social and economic development than from specific progress in the healthcare system. There are significant regional differences in the infant mortality rate, the lowest being registered in Blagoevgrad (4.8) and Sofia-capital (5.7) and the highest in Sliven (21.6) and Dobrich (12.7). The infant mortality in the rural areas has been 50% higher than in the urban areas (4).

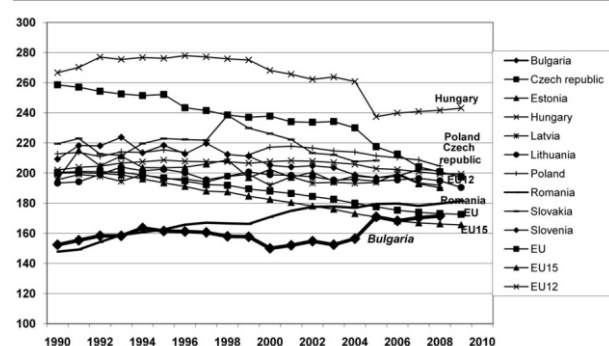


Figure 4. SDR, malignant neoplasms, all ages per 100 000

Maternal mortality shows a steady downward and has fallen to slightly above the average rate of EU. In 2008, the maternal death rate was 6.4, while the EU27 average was 6.1 (7). The neonatal mortality rate (from day 0 to day 28 per 1000 live births) roughly halved, from 10.4 in 1980 to 5.4 per 1000 live births in 2009, but is still above the EU12 average (4.2 in 2008) and twice the EU15 average (2.6 in 2008). The postneonatal morbidity rate (from day 29 to day 365 per 1000 live births) demonstrates an even more impressive decline, from 15.0 per 1000 in 1980 to 3.6 per 1000 in 2009. However, this is still disproportionately high compared to the EU27 average (1.5 in 2008), even more so to EU15 average (1.2 in 2008) as well as compared to some other eastern European countries such as Hungary (1.8 in 2008) and Poland (1.7 in 2007). The data reveal a more lagging catch up progress in perinatal mortality rates (the sum of stillbirths plus the deaths before day 6 inclusive). Although this rate decreased from 15.0 in 1980 to 10.5 in 2008, this is still almost twice the EU12 average (5.7 in 2008) and at least 50% higher than Romania's (8.0 in 2008). In general, positive changes in the child mortality components in the last decade can be attributed to the stabilization of the political and economic situations in the country and the improving welfare of most of the families. However, insufficient progress in some of the sub-types of child

mortality may point to deficiencies in the health care system. The SDR per 100 000 from acute respiratory infections, pneumonia and influenza in children under 5 years in 2008 in Bulgaria was 30.7 compared to 1.5 in Hungary, 3.7 in Poland, 5.2 in the EU27 and 1.3 in the EU15 (7).

CONCLUSION

A summary of recent changes in Bulgaria's health status, analyzed above, shows:

After a stagnant and even decreasing life expectancy at birth in the 1990s, this indicator has been showing a positive trend in the previous decade. In 2009 it was 73.43, 69.90 for men and 77.08 for women. Although the values of this indicator are comparable to the values in some other EU12 countries, it, however, is still one of the lowest among all EU member-states, being 6 years below the EU27 average, even more so compared to EU15 average – by more than 7 years and by more than a year and a half below the EU12 average.

Although the last few years show a slight decrease in mortality, the decline has been modest and not that steady. Mortality in Bulgaria is still substantially higher than any other EU country (with the exception of Latvia). Whilst the cardio-vascular mortality has been decreasing in the last decade, it is still the highest in the European Union, being several times higher than the EU average.

With respect to cancer mortality Bulgaria has a relatively moderate position in the European Union. However, contrary to the general tendency of reduction of malignant neoplasms deaths in the EU, this type of mortality has been consistently increasing in Bulgaria since 2000.

Child mortality (both infant and under-five) has been decreasing but Bulgaria still lags behind the EU average and even the new member-states' average. Particularly unfavourable are the values of the indicator for perinatal mortality, being twice as high as the respective values for the EU new member-states' average.

The positive tendencies in population health status, as subtle and fragmented as they seem to be, are mainly attributable to the stabilization of the political situation in the country starting from 2000-2001, and especially to the economic upsurge in the mid-2000s. However, the insufficient progress in the dynamics of some of the indicators, particularly of some sub-types of child mortality may point to possible deficiencies in the health care system. Analysis suggests that Bulgaria has a considerable way to go before achieving the health outcomes in the EU15 Member States or even those in most of the countries that joined the EU in 2004.

REFERENCES

1. Dobrinski R., The transition crisis in Bulgaria.- Cambridge Journal of Economics, **24**, 2000, 581-602.

2. Golinowska S., A. Sowa, R. Topor-Mardy., Health status and health care systems in Central and Eastern European Countries: Bulgaria, Estonia, Poland, Slovakia and Hungary. In: Social welfare policies, ENERPRI research reports, No. 31. December 2006.
3. Nolte E., M. McKee, A. Gilmore., Morbidity and mortality in transition countries in the European context. European Population Forum 2004, Geneva, 12-14 January 2004.
4. Ministry of Health. National Center of Health Informatics Public Health Statistics 2010. Sofia, NCHI. (http://www.nchi.government.bg/Eng/download/healthcare_10A.pdf)
5. National Statistical Institute . Bulgaria 2009. Statistical panorama. Sofia, NSI, 2010. (http://www.nsi.bg/publications_e/BulgariaPanoramaSummary09.pdf, accessed 11 June 2011)
6. World Bank [online database] World Development Indicators. Washington DC, World Bank (<http://data-bank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=2&id=4&DisplayAggregation=N&SdmxSupported=Y&CNO=2>) (accessed 12 June 2011)
7. WHO Regional Office for Europe. European Health for All database (HFA-DB) [online database], Copenhagen, Denmark (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 12 June 2011).

STRUCTURE AND DYNAMIC OF MORTALITY IN BULGARIA

Zlatanova-Velikova R.

*Medical University – Sofia, Faculty of Public Health,
Department of Health Policy and Management*

Key words: mortality, demographic aging, disease classes, health system

INTRODUCTION

The mortality is one of the main demographic indicators for the natural movement of population. One of the most disturbing demographic problems in Bulgaria at the moment is a high mortality rate - total, premature and child. This requires its precise study and analysis.

The information about deaths reasons are a major source of information for international comparisons and analysis of national health status.

The main source of data in all European countries is a uniform certificate of death and International Classification of Diseases of the World Health Organization [3].

For the purposes of international comparisons the World Health Organization and EUROSTAT use standardized mortality by reasons.

OBJECTIVE

The aim of this paper is to examine and analyze the dynamics of total mortality in Bulgaria in the period 2000 - 2010 year and to present the structure of the main causes of death in 2009.

To achieve the objective we set ourselves the following tasks associated with determining:

1. The main key factors for increased mortality in the country.
2. Causes and factors that most often lead to premature death.
3. The dynamics of mortality in Bulgaria in the period 2000 - 2010 year.
4. The structure of the main causes of death in 2009.

MATERIAL AND METHODS

We studied and analyzed the data from the National Center for Health Information /NHIC/, National Statistical Institute /NSI/ and World Health Organization /WHO/ about: deaths of the population by major cause of death;

population by sex and age groups;
mortality by sex, place of residence and age groups;
standardized mortality rates for major classes of diseases.

RESULTS AND DISCUSSION

One of the most disturbing demographic problems in Bulgaria is high mortality rate - total, early and child. After 1964 year, when it registered the lowest mortality in the demographic history of Bulgaria – 7.9 ‰, the number of deaths gradually increased and the mortality rate reaches 14.6 ‰ in 2005.

The process of demographic aging is a major cause of the mortality. This process is characterized by changes in population age structure and is reduced to decrease the relative proportions of young people and increasing the share of older ones. Demographic forecasts indicate that because of the aging process, the total mortality rate in the country will remain high and unchanged in the period to 2020.

The influence of population aging on the increase in mortality is apparent from the indicator of premature mortality, which represents the proportion of deaths of persons under the age of 65 the total number of deaths. Since 1990 year (29.7%) value of the index decreased 28.3 percent in 1995 year, 25.2% in 2001 and in 2005 reaches 24.6%, i.e. almost every fourth death in the country is a person who is less than 65 years. In 2009 year indicator of premature mortality decreased to 24.4%. Premature mortality in Bulgaria is two times higher among men - 30.9%, to women - 15.2%. High level of mortality in the country is maintained primarily by deaths in age groups over 65 years [3]. In early mortality (excess mortality) among men was higher in all age groups, but it is especially alarming in the range between 40 and 59 years. Mortality among men in different age subgroups in this interval is two to three times higher than in women [3].

The earlier mortality of men is due to lifestyle risk at work and stress. Abnormal increase of this excess mortality in our country is due to the significant economic and social changes in transition to market economy. Reducing the impact of risk factors determining excess mortality of men in the range between 40 and 59 years and for all ages, will contribute to lowering the total mortality rate in the country. Totally for European Union (27) the indicator of premature mortality is nearly 22% in 2008.

Address for correspondence:

*A. Geopzueva, Medical University - Sofia, Faculty of Public Health,
Department of Health Policy and Management, Bulgaria, 1527 Sofia,
Str. "White Sea" № 8
e-mail: ralicazlatanova@abv.bg*

Causes and factors that most often lead to premature death are [1]: smoking, poor diet, high blood pressure, sedentary, overweight and obesity use of high salt, high blood sugar, high LDL cholesterol, insufficient use of fruits and vegetables, low physical activity.

Removing a few of these factors has the potential to reduce mortality. It is developing strategies to encourage people in risk groups for a healthy lifestyle.

A poor age structure determines the higher mortality among rural population compared to urban. In 2010, mortality remains higher in rural areas (20.7 ‰) than urban (12.2 ‰). Although the growth of the urban population mortality are higher in the coming years can not be expected to equal levels, mainly due to a larger share of the adult population in rural areas, more difficult access to health facilities worse living conditions and low educational level of rural population.

Among all districts in the country with the highest mortality differ Vidin (22.4 ‰), Montana (20.5 ‰) and Vratsa (18.6 ‰), while the lowest value of this indicator is incorporated in the Kardzhali - 11.1 ‰, Sofia (capital) - 11.8 ‰, and Blagoevgrad - 12.0 ‰.

The level of mortality of the population in Bulgaria remains high compared with European countries. With the lowest mortality rates are Cyprus and Ireland - 6.5 ‰, and Luxembourg, Malta, Netherlands, France and Spain - below 9.0 ‰. For most of European countries the mortality rate is between 9.0 and 10.4 ‰. The mortality rate in Romania, Estonia, Hungary, Lithuania and Latvia is between 12.0 and 13.3 ‰ [3].

The ratio of mortality totally for the European Union (27) is 9.7 ‰ based on Eurostat for 2009 year.

After 1997 year a tendency of a decrease of child mortality is seen. For the 2010 year in the country had died in 708 children under one year. Compared with the previous year their number is less with 21 children. The infant mortality rate is 9.4 ‰ / number of dead children aged under one year per 1 000 live births / which is with 0.4 ‰ higher than in 2009 due to fewer live births. Achieved level of infant mortality over the past four years is the lowest in the demographic development [3].

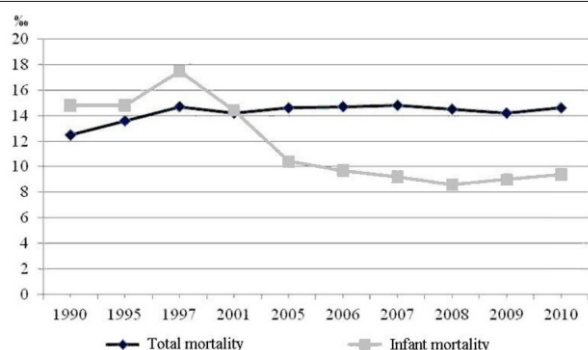


Figure 1. Indicators of general and infant mortality (Source: NCHI)

Compared with European countries the level of infant mortality is still higher. In most countries in Europe, the infant mortality

rate is below 7.0 ‰. The lowest infant mortality rate is in Slovenia - 2.4 ‰, Luxembourg and Sweden - 2.5 ‰, Finland - 2.6 ‰, and the Czech Republic - 2.9 ‰. Only Romania has a higher index value (10.1 ‰) than in our country.

For the 2009 year the infant mortality rate for the European Union (27) is 4.3 ‰ based on Eurostat.

Figure 1 shows the dynamics of total and infant mortality for the period from 1990 to 2010.

From 2000 to 2005 years mortality increased from 14.1 ‰ to 14.8 ‰, then to 2009 year this index reduces to 14.2 ‰. In population mortality for 2010 year has an increase over the previous year. The number of deaths is 110,165 people or 2,097 more than in 2009, and the coefficient of total mortality (14.6 ‰) increased with 0.4 ‰.

Bulgaria is one of the countries with highest mortality indicators (995.39 ‰ ooo, 2008) among the EU countries. In most European countries, mortality is lower than the EU average (629.99 ‰ ooo in 2008).

The structure of mortality by causes of deaths in the country in 2009 did not differ significantly from previous years.

The structure of the main causes of death for 2009 year leading position occupied four classes of diseases - diseases of the circulatory system 66%, followed by neoplasms 15.9%, respiratory diseases 3.8% and diseases of the digestive system 3.0%. 4 classes of these diseases are caused 88.7% of all deaths in the country /Figure 2./

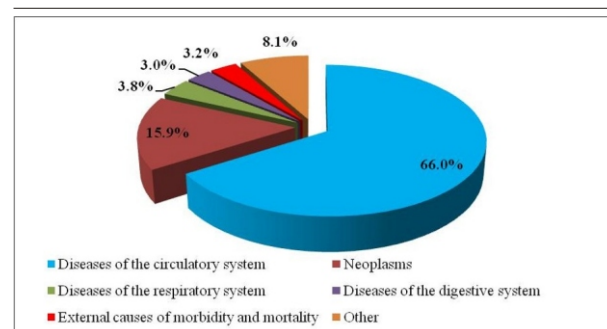


Figure 2. Mortality by cause in 2009 (Source: NCHI)

In recent years has a trend towards reduction in mortality from diseases of the circulatory system, but indicators for Bulgaria (611.28 ‰ ooo, 2008) remains extremely high compared to EU - 245.79 ‰ ooo, 2007 [2]. The structure of this class of diseases with the highest proportion are cerebrovascular and ischemic heart disease (respectively 29.8% and 18.7% in 2009).

The structure of deaths due to malignant neoplasms in 2009 were leading disease of the larynx, trachea, bronchus and lung (21.5%), followed by those of the colon (9.1%), stomach (7.9%) and breast cancer in women (7.3%). Mortality from malignant neoplasms in Bulgaria is lower than the EU average (174.20 ‰ ooo, 2007), but tends to increase.

CONCLUSION

The analysis of mortality in Bulgaria can draw the following conclusions:

1. Positive trend in reducing the level of infant mortality in the country.
2. EU countries Bulgaria is one of the highest standardized mortality indicators from all causes, although a trend for reduction of this indicator in the country /1 145.78% ooo in 2000. to 995.39% ohhh - 2008/.
3. The structure of the main causes of death for 2009, leading position occupied four classes of diseases -

diseases of the circulatory system, neoplasms, respiratory diseases and diseases of the digestive system.

BIBLIOGRAPHY

1. www.ecomedia.bg
2. www.mh.government.bg
3. www.nsi.bg

ECONOMIC CONSIDERATIONS FOR MENTAL HEALTH POLICY DEVELOPMENT IN LITHUANIA

Murauskiene L.

Key words: mental health, financing, costs of illness, deinstitutionalization, Lithuania

INTRODUCTION

Lithuanian mental health care system is structured to serve mental health care needs of children and adolescents, as well as of adults. The provision of mental health care is based on equity, solidarity assuring accessibility of mental health services of those in need. The structure of mental health care system is based on a primary level (family physicians, outpatient mental health centres), secondary level (outpatient specialist care, inpatient specialized care in hospitals or day care centres) and tertiary level (this is specialized mental health care, outpatient or inpatient in university clinics). Mental patients are eligible for social care under both institutional and non-institutional arrangements.

Throughout the last decade Lithuanian mental health care system has undergone changes applied to the improved accessibility of care and assurance of the quality of care in the framework of deinstitutionalization. Due to the absence of periodic assessments, a study of public funding for mental health was undertaken at the end of 2009. Data on health system financing and spending, including certain time and structure dimensions, could be considered as significant input into health policy.

The main aim of the study was to look at Lithuanian mental health sector development in the financing of mental health dimension, thus to provide evidences on implementation of the national mental health strategy. Correspondingly, two main fields of research were a) an estimation of government costs and societal economic burden related to poor mental health in Lithuania by assessing 2008 data; and b) an assessment the changes in public mental health financing in the country during 2000-2008.

MATERIAL AND METHODS

The study sources are Lithuanian Statistics Department surveys and routine statistics, the Statutory Health Insurance Fund (hereinafter SHIF) database, other secondary sources. The study employs descriptive statistics and economic simulation methods.

Financing of healthcare services rendered to the patients with mental disorders (ICD-X F00-F99 diagnosis) provided and paid under the contracts with the State Health In-

surance Fund (hereinafter SHIF) was the major focus of the study. In data collection a top down approach was applied, so registered total costs on a national level were distributed to mental disorders. For 2000, 2002, 2003, 2005 and 2008 the data from the SHIF were extracted according to mental health disorders. The money spent by the SHIF on reimbursement of medicines prescribed to the patients with I00-I99 diagnosis was additionally took into account.

Both public and private expenditures were estimated for mental health care services on a primary, outpatient specialist care, hospital inpatient care levels as well as expenditures on medications. In absence of routine statistics, private costs were estimated under clear assumptions. Costs of the social services for mentally ill were extracted from administrative data sources

Besides, particular public mental health and social expenditure are analysed seeking to get evidences on the structural reforms progress in mental health field.

RESULTS AND DISCUSSION

Direct costs of poor mental health in the country

Direct costs of the diseases through analysis of used resources present costs in the formal health care and social service sectors.

Direct costs of treatment include those of outpatient and inpatient care as well as medications.

Primary health care (hereinafter as PHC) covers activities of family physicians (hereinafter FP including teams of internists and paediatricians working as FP), of community-based mental health centres (hereinafter MHCs), and nursing provided both for outpatient patients (including home visits and particular procedures rendered by the nurses over those delivered by the nurses from the mental health centres) and inpatient patients (in nursing hospitals). Both FPs and MHCs are mostly paid per capita of registered local population. A share of financing for mental health care provided by FPs is estimated by using the proportion of FP visits by patients with ICD-X F00-F99 diagnosis within a total number of FP visits. Nursing services are paid either on fee-for-service basis or as a number of patient days multiple by reference prices.

Outpatient specialist care is covered by the SHIF as fees for consultations and particular services.

Inpatient care allocation is a total of reimbursed inpatient treatment cases.

Address for correspondence:

L. Murauskiene, "MTVC", Antakalnio 22B, Vilnius LT10305, Lithuania
e-mail: murauskiene@mtvc.lt

Medical rehabilitation costs were estimated as a share of the total medical rehabilitation costs according to the latest available data of 2000-2003.

Day and other care provided by NGOs under the programme addressed at disabled persons and supported by the state funding.

Table1. Direct costs of poor mental health in Lithuania in 2008 (Million Litass)

Health sector				Social care sector	
PHC		Public	Private	Public	Private
	FP	0.3		x	
	MHC	<u>36.6</u>		x	
	Nursing	1.2		x	
Outpatient specialist care		7.1	1.9	x	
Inpatient care		158.4	1.2	121.4	27.5
Medical rehabilitation		2.1	0.6	x	
Other care (programmes)		2.2		6.1	
Medications		67.6	10.5	x	
Total		275.5	14.2	127.5	27.5

Under the costs of *medications* a total amount for the medicines prescribed for outpatient treatment is presented. Private costs of mental health services were estimated as a share of monetary out-pocket household expenditures (in ration of mental health and total health expenditure in public sector). Private costs for medicines present extra billing for prescribed medications (about 15%). So the total direct costs for mental disorders treatment could reach 289.7 million Litass in 2008.

The total direct costs in social sector were not less than 155 million Litass in 2008 (taking into account that the data on some costs like social care at home is not available). In total in 2008 direct costs of poor mental health were about 445 million Litass. In 2008, a minimum estimation of the share for institutional care was 70 percent of the total costs.

Changes in the public mental health care funding in 2000-2008

In 2008 276 million Litass¹ was spent on mental health care by the SHIF. It is 2 times more than in 2000 and eventually

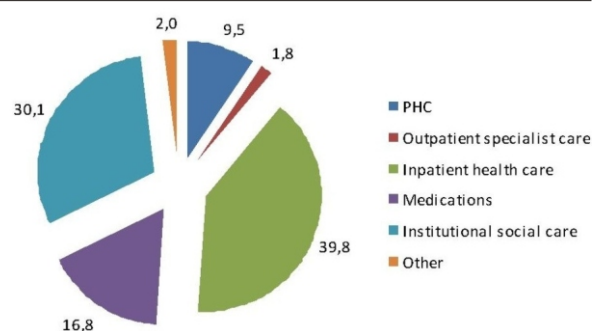


Figure 1. Structure of the public expenditure for mental health care in 2008 (in percent)

Social care costs present expenditure on:

Institutional care – maintenance of 25 specialised settings mostly paid form the national budget, and co-financed by the patients after the assets testing.

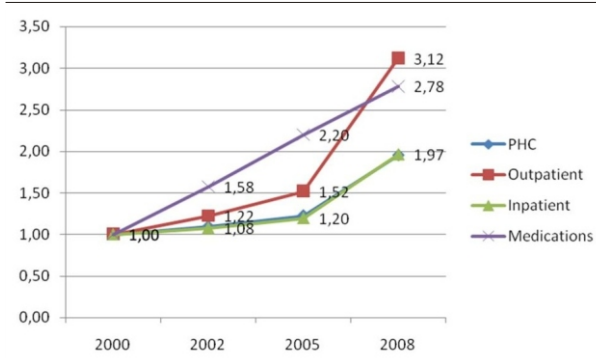


Figure 2. Changes in public mental health expenditure in 2000-2008 (expenditure in 2000 = 1)

the increase was very similar to that of the total health care expenditure.

¹ Exchange rate is 3.45 Litass=1 EUR

Mental health care expenditure as a share of the total expenditure increased from 8.2 percent in 2000 to 9.0 percent in 2002, and subsequently decreased to 8.8 percent in 2005 and 8.1 percent in 2008.

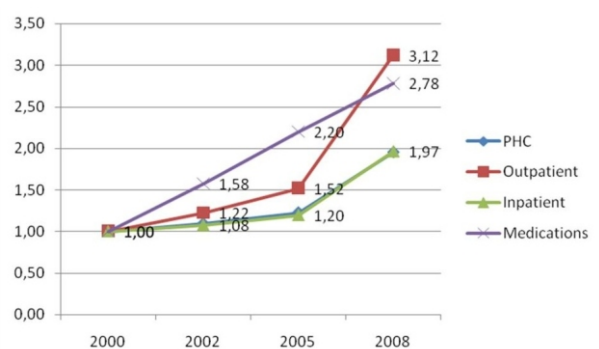


Figure 2. Changes in public mental health expenditure in 2000-2008 (expenditure in 2000 = 1)

The allocation for mental health services as a share of the total expenditure for the services, increased from 8.3 percent to 11.6 percent in 2000-2001, and in 2000-2008 decreased from 9.0 percent to 7.7 percent.

Since 2000, outrunning increase of medications costs (2.8 times) and the costs for inpatient care (1.97 times) for patients with mental disorders in comparison for those for the total medications (2.1 times) and inpatient care (1.85 times) could be observed; the total expenditure increased by 4.3 times and the reimbursement for those provided for patients with mental disorders – 3.1 times.

As a result, in 2008 the shares of specific mental health care costs within the total respective groups of expenditure were:

- One percent regarding outpatient specialist care expenditure;
- 6 percent of PHC expenditure;
- 11 percent for inpatient care and 10 percent for reimbursement of medications.

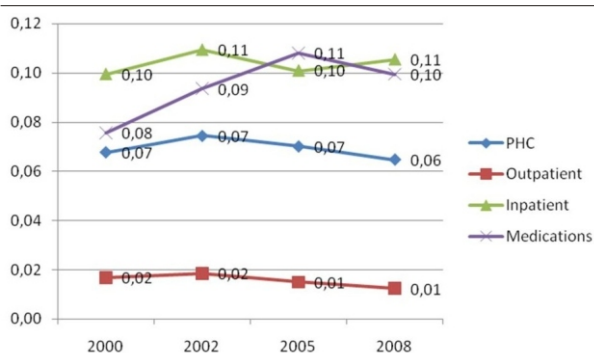


Figure 3. The main mental health care expenditure as a share of the corresponding total expenditure groups in 2000 – 2008 (in percent)

An average mental health care spending per capita increased from 34 Litass in 2000 to 52 Litass in 2005 and

reached 81 Litass in 2008. Within this total average expenditure those for the services changed from 27 Litass to 36

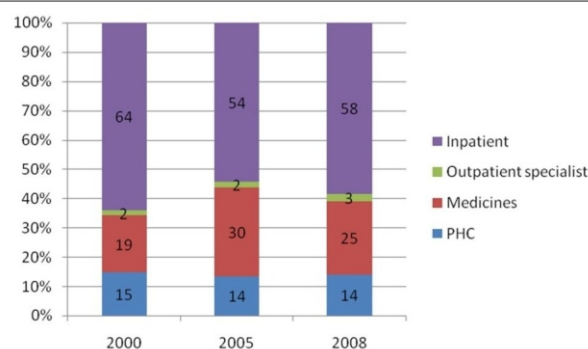


Figure 4. The SHIF expenditure for mental health care in 2000, 2005, and 2008 (in percent).

Litass and to 61 Litass accordingly, and those for reimbursement of medicines – from 7 Litass to 16 Litass and to 20 Litass, respectively.

In 2000 – 2008 all types of the SHIF allocations for mental health care increased, however, they proportions were changed (with exception of PHC).

The key aims of mental health care reforms (systematic changes) in Lithuania were targeted at *deinstitutionalization* of mental health care. Therefore considering deinstitutionalisation concept specifically, several more trends are of interest:

The inpatient and outpatient mental health care public funding.

The allocation for outpatient care increased 2.5 times in 2000-2008. In the meantime the allocation for inpatient health care increased twice and reached 158 million Litass. A share of outpatient care expenditure enlarged from 36 percent in 2000 to 45 percent in 2005, whereas in 2008 it was 41 percent.

Particular inpatient mental healthcare services, like involuntary treatment, long-term inpatient treatment and admissions due to re-hospitalisation in order to observe any possible signs of re-institutionalisation.

Involuntary treatment is provided for patients referred due to decision of forensic medicine service. A number of mentally ill persons because of their criminal behaviour and in-

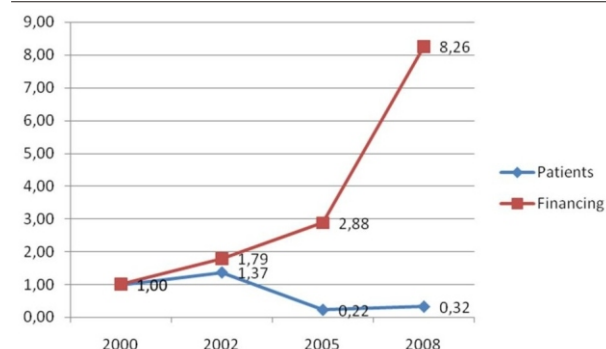


Figure 5. Changes in involuntary treatment provision and funding in 2000-2008 (2000=1).

voluntary treated in hospitals² considerably decreased by 68 percent in 2000-2008. Throughout the same period, the financing of such treatment increased by 8 times.

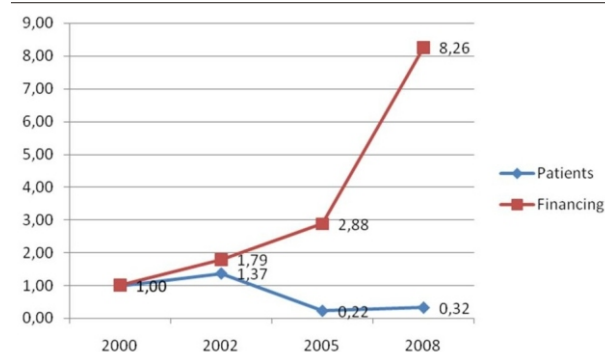


Figure 5. Changes in involuntary treatment provision and funding in 2000-2008 (2000=1).

A number of patients getting long-term inpatient treatment in 2000-2008 decreased almost twice.

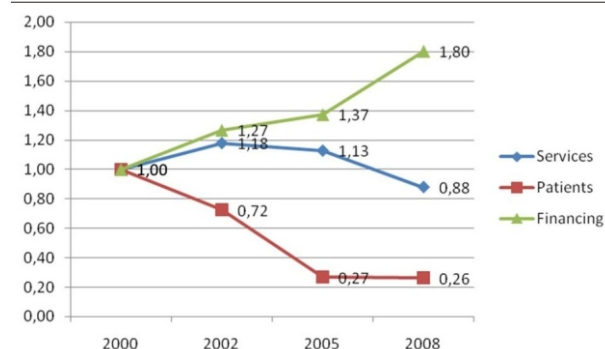


Figure 6. Changes in long-term treatment provision and funding in 2000-2008 (2000=1).

In 2005-2008, only an increase in financing could be noted. Inpatient re-hospitalisations due to mental disorders decreased significantly regarding all three dimensions.

Public funding of specialised long-term care institutions in the social sector

In 2000-2008 the public financing of the social care institutions for mentally ill persons increased more than by half mostly due to increase of funding for institutional long-term care for adults.

However, in 2005-2008 an increase of the public funding was the most obvious (by 1.45 times), and regarding the social care financing for children the enlargement was even bigger (by 1.51 times) than for institutions for adults (1.43 times).

DISCUSSION

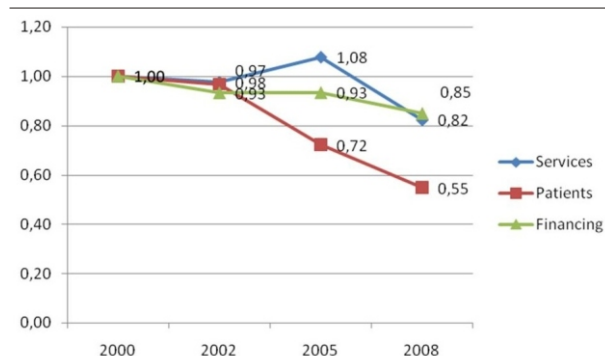


Figure 7. Changes in re-hospitalisations' provision and funding in 2000-2008 (2000=1)

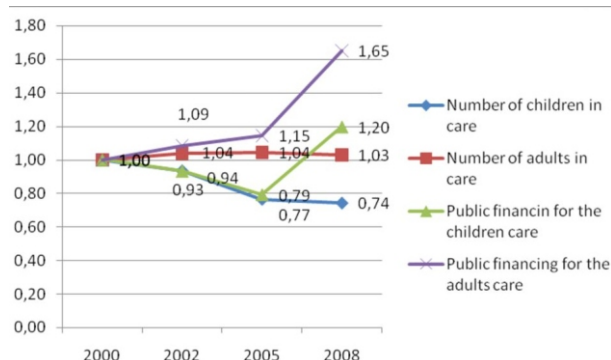


Figure 8. Changes in specialised long-term social care provision and financing in 2000-2008 (2000=1)

Information on mental health care financing might serve as one of the tools to evaluate mental health policies or practices. There is a numerous amount of national and regional policies and programmes developed in order to improve public mental health in Lithuania, yet their funding is very limited. One of the most significant documents approved in the last years is national Mental Health Strategy (2007), highlighting modern mental health care and promotion development guidelines. Provision of mental health care services is more often driven by stakeholder groups (e.g. professional societies of psychiatrists) or other factors rather than policy documents. Therefore, as mental health care financing peculiarities reflected, there is no obvious linkage between mental health policy documents and mental health care financing.

Accessibility and quality of mental health care services are mainly considered in national Mental Health Strategy (2007), Law on Mental health care (1995). Eventually mental health policy and financing of mental health care tend to "live" separate lives, therefore no obvious changes in the quality of provided care due to changes of financing

2 The practice of the involuntary treatment delivery in any specialized mental hospital has been steadily changed to provision it at a single specialized hospital in the country.

might also be observed. Reliable evidences for the changed quality and accessibility of care with regard to financing trends are still badly in need.

The outcomes of Lithuanian mental health care are also rather poor – very high suicide rate (33.1/100 000 in 2008; 38.6/100 000 in 2005). Existing morbidity statistics reflects need for treatment more than real epidemiological prevalence of mental disorders. In 2005, 20 percent of Lithuanian population identified that during the last 12 months they presumed being ill with chronic anxiety or depression, while 5 percent indicated that disorder is clinically diagnosed. In 2000-2008 a number of children recognised as disabled increased considerably from 184 to 766. A number of working-age persons recognised as disabled due to mental illnesses are more than 1700 per year.

CONCLUSIONS

The most significant Lithuanian mental health policy developments were oriented at deinstitutionalization of mental health care, quality and accessibility improvement. Poor public mental health condition is still observed in the country.

In 2008 minimum overall direct costs of poor mental health in Lithuania were about 445 million Litas (66

percent of this sum was for health care sector and 34 percent for social care sector).

Institutional care expenditure could be estimate as at least 70 percent of the total costs.

Public health care expenditure for mental disorders increased twice in 2000-2008, and constituted about 8 percent of the total health care expenditure.

In despite of the outrunning increase of the allocation for the specialist outpatient services, these costs present less than 3 percent of the total costs.

In the context of the overall increase of all types of mental health care expenditure in 2000-2008, in the period of 2005-2008 certain signs of reverse trend could be noted, for example such as decreasing share of outpatient care expenditure from 45 to 41 percent. Moreover, if in 2000-2005 the structural changes in public funding could bring some evidences for deinstitutionalisation process; in 2005-2008 more signs of institutionalisation are coming.

Considering few indicators, no clear evidences of re-institutionalisation were found in the country. General trend is that in inpatient sector a significant increase of public funding in parallel to declined number of patients commonly could be observed. The same could be said about social sector where financing for almost the same number of the clients getting institutional care significantly increased.

ДИСБАЛАНСИ В ЗДРАВНИТЕ РАЗХОДИ НА БЪЛГАРИЯ

Делчева Ев.

Ключови думи: общи, публични и частни здравни разходи, България

УВОД

След 1999 - 2000 г., когато се правят основните стъпки на здравната реформа, системата за финансиране на здравеопазването в България се дефинира като смесена с разширяваща се роля на здравното осигуряване и свиване дела на бюджетното финансиране. В нея участват активно три основни начина на финансиране - бюджетно (републикански и местни бюджети), задължително здравно осигуряване и директно заплащане от потребителите. Допълваща роля заемат доброволното здравно осигуряване, трудовата медицина за сметка на работодателя, дарителството и външното финансиране.

Един от големите проблеми в здравната икономика на България е този за размера, относителния дял и структурата на здравните разходи. Различни източници предоставят непълна и разминаваща се информация за разлика от яснотата на данните в други страни. До 2010 г. националната здравна статистика не публикуваше информация за здравните разходи в страната. Единствените системно поддържани източници на финансово-икономическа информация за ресурсите и разходите на здравеопазването бяха законите и отчетите на държавния бюджет и НЗОК, както и изследването върху домакинските разходи за здраве в рамките на по-общото ежегодно проучване на паричните доходи и разходи на домакинствата. В резултат се отчитаха сравнително коректно публичните разходи за здравни нужди, както и домакинските разходи за здраве включително и на член от домакинството. От 2010 г. вследствие на приложение на международна методика за конструиране на националните здравни сметки, НСИ започна да отчита общи, публични и частни здравни разходи включително и по видове здравеопазни дейности - извънболнична помощ, болнична помощ и лекарствени продукти (1,2).

От редица години могат да се намерят данни за здравните разходи в България по определени показатели (общи здравни разходи в % от БВП, общи здравни разходи на глава от населението по ППС, % на публичните здравни разходи и на частните здравни разходи от БВП и др.) в отворената база данни на СЗО „Здраве за всички“ (3), но тази информация се оказва :

1. непълна за България (не се подават данни по някои показатели);
2. поради липса на официална статистическа информация, по повечето показатели се дават оценки от експерти на СЗО, което допуска субективизъм и неточност;
3. остаряла, тъй като при новата актуализация на базата данни през 2011 г. последните години с данни са 2007 и 2008 г.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Целта на доклада е да се изследват динамиката, основни структури и дисбаланси на разходите отделяни в България за целите на здравеопазването. Анализирани показатели са: общи здравни разходи, публични здравни разходи и частни здравни разходи, както и разходи за извънболнична помощ, разходи за болнична помощ и разходи за лекарствени продукти. Изследването се базира на информация от нововъведената система на национални здравни сметки и базата данни „Здраве за всички“. Периодът на изследване е от 2003 година до последна година с налични данни.

Методическият инструментариум включва документален анализ, динамичен анализ, позитивен и нормативен икономически анализи.

РЕЗУЛТАТИ

На първо място, се установи размерът на общите здравни разходи в България в номинално и относително изражение (спрямо БВП). В абсолютен израз - в хиляди милиони лева общите здравни разходи в България по данни на НСИ (национални здравни сметки) нарастват със 75% за периода 2003 - 2008 г. от 2 367 хил. милиона лв на 4 139 хил. млн лева. Според Базата данни „Здраве за всички“ обаче за същия период общите здравни разходи в България надвишават изчислените според националните здравни сметки средно с 19-22% и показват по-висок темп на нарастване - 79% за същия период от време (вж. фиг. 1).

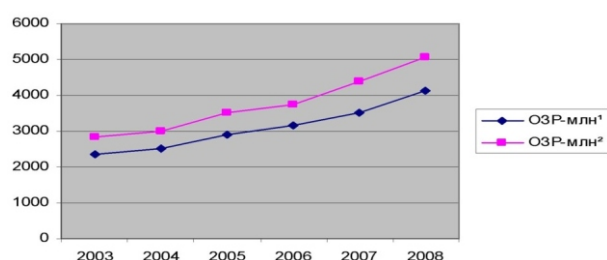
Забележка: Общите здравни разходи от БД „Здраве за всички“ са изчислени от автора от процентния дял указан в базата данни и национални данни за БВП (НСИ). В относителен израз - като дял от БВП стойността на показателя „общи здравни разходи“ според двата източника е представена на таблица 1. От нея също проличава надвишаването на стойностите в базата данни

Address for correspondence:

Ев. Делчева, София, Студентски град „Христо Ботев“, УНСС, Катедра „Публична администрация и регионално развитие“

e-mail: evgenia2@abv.bg

на СЗО, което по-вероятно се дължи на по-високите оценки за частните разходи в страната.



Фиг. 1. Сравнение между общите здравни разходи по данни на националните здравни сметки № 1 и базата данни „Здраве за всички“ I.

На второ място, се изследва структурата „публични / частни разходи“ за здравеопазване първо според националните здравни сметки и след това в сравнение с базата данни на СЗО. Относителният дял на публичните разходи според НСИ намалява от 58% (2003 г.) на 53% (2008 г.), докато процентът на частните здравни разходи доминирани от директните плащания от пациентите се повишава от 41,9% на 47% за същия период. И двете тенденции, както и недостатъчният размер на публичните здравни разходи оценяваме като негативни явления, които ерозират достъпа до здравеопазване и задушават разширеното развитие на общественото здравеопазване. Тук трябва да се допълни, че в периода на икономическата криза след 2008 г. ситуацията се влошава, като делът на обществените здравни разходи се редуцира около и под 4% и достига най-ниското си ниво от 15 години ().

Табл. 1. Общи здравни разходи в % от БВП

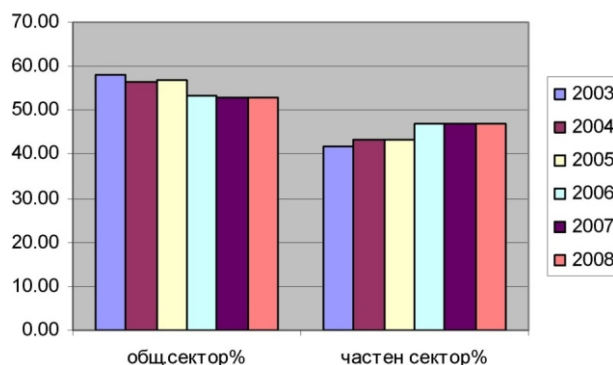
ОЗР в % от БВП	2003	2004	2005	2006	2007	2008
% от БВП - нац.здр.с/ки	6.61	6.34	6.38	6.10	5.84	5.97
% от БВП - База данни на СЗО	7.9	7.5	7.7	7.2	7.3	7.3

Според данните на СЗО „Здраве за всички“, относителният дял на публичните здравни разходи е по-висок и варира за същия период от 62% до 57,5% като също сочи понижаване.

На трето място, се анализира структурата и динамиката на здравните разходи по основни видове здравеопазни дейности (вж. фиг. 3) като се установи следното:

1. ориентация на финансирането към най-скъпоструващата здравна помощ – болничната помощ, която заема нарастващ и висок дял от общите здравни разходи – от 40,8% на 45%;
2. твърде нисък дял на разходите за извънболнична помощ, които обхващат от 21,7 до 18,4% от общите здравни разходи с тенденция на свиване;

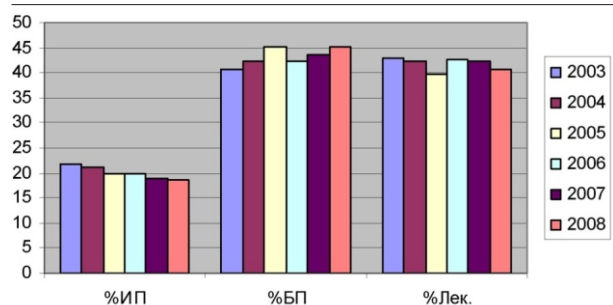
3. много висок дял на разходите за лекарства – 42,9% до 40,7%. И трите явления са негативни в сравнение с европейските страни и съпоставимите страни от ЕС (3).



Фиг. 2. Структура на общите здравни разходи – публични / частни разходи по данни на националните здравни сметки

На четвърто място, се изследва съотношението „публични/ частни“ здравни разходи по видове здравеопазни дейности като се изведоха следните тенденции:

1. нивото на публично финансиране е най- високо при болничната помощ като варира от 92 до 83,6% със склонност към понижаване.
2. около 2/3 от финансирането на извънболничната помощ е публично при постоянно ниво;
3. делът на заплатените от НЗОК лекарствени продукти и други здравни продукти е изключително ниско – варира от 26,6% до 17,5% при намаляване.



Фиг. 3. Структура на общите здравни разходи по основни видове дейности по данни на националните здравни сметки

ДИСКУСИЯ

Различията в данните за здравните разходи между двата основни източника – национални здравни сметки и Базата данни на СЗО се нуждаят от изясняване на причините за тях и неточностите и в двете страни.

Съпоставките със средните нива на общите здравни разходи, публичните и частните здравни разходи като дял от БВП за България и ЕС, респективно- ЕС 15 и ЕС12 показват: 1) съпоставими нива на общите здравни разходи в % от БВП с нивата на ЕС-12, но изоставане от равнищата в ЕС и ЕС 15; 2) изоставане на нивото на публичните здравни разходи в % от БВП от това в

ЕС 12, и по-значително с 2-3% от ЕС 15 и ЕС; 3) два пъти по-високо ниво на финансирането от директни плащания на здравеопазването в България в сравнение с ЕС 12. Тези изводи представят страната ни с несправедлива система на финансиране, която обременява пациентите с принудата да се плаща за общоприетото право на здравеопазване.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изследването внася повече светлина в областта на финансирането на здравната помощ в България и предоставя информация за изследване на причините за тези

различия и установяване на коректна и вярна база данни за здравните разходи. Резултатите подсказват и възможности за промени в политиките за ресурсно обезпечаване на здравната помощ и подобряване на достъпа до здравеопазване в страната.

СПИСЪК С ЦИТИРАНИЯ

1. Делчева Е., Здравна икономика, УИ Стопанство, 2011
2. НСИ, Здравеопазване, Национални здравни сметки
3. HFA DB

ЕМПИРИЧНИ ЗАВИСИМОСТИ МЕЖДУ ЗДРАВНИТЕ РАЗХОДИ И БВП НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Атанасов Н.

МУ Пловдив

РЕЗЮМЕ

В предлагания доклад се прави опит за установяване на емпиричната зависимост между частните, публичните разходи за здравеопазване и БВП на Република България през последните двадесет години. Изведени за трендовите модели на наблюдаваните променливи (средни домакински разходи за здравеопазване, публични разходи за здравеопазване и БВП по текущи за съответната година цени). И трите динамични реда (на средните домакински разходи за здравеопазване, публичните разходи за здравеопазване и на БВП) се развиват във времето по един и същи начин – с трендова функция от типа “power” - $Y = a \cdot X^b$. Установена е силна права зависимост между отделните елементи на здравните разходи и БВП чрез съставяне на корелационна матрица след преодоляване на автокорелацията и построяване на стационарни динамични редове. Коефициентите на корелация между динамичните редове, представляващи разлики от първи порядък са статистически значими и са както следва: $R_{\text{ср.дом.разх./БВП}} = 0,923$; $R_{\text{публ.разх./БВП}} = 0,982$.

Ключови думи: публични разходи за здравеопазване; домакински разходи за здравеопазване; БВП; иконометричен анализ на динамични редове.

УВОД

В научната литература се изтъква, че разходите за здравеопазване през последните десетилетия бележат значителен растеж. Той се дължи до голяма степен на участието на държавата чрез различните здравноосигурителни програми и други механизми за финансиране на сектора. Този растеж изпреварва инфлацията и дори ръста на БВП [3]. В много случаи търсенето на здравеопазване има наложителен и задължителен характер. В този смисъл здравните разходи се налага да бъдат извършвани в даден обем независимо от динамиката на домакинските доходи и на БВП. С други думи те не би следвало да се влияят прекалено много от бизнес цикъла, като остават устойчиви в период на рецесия, а при подъем ще очакваме абсолютен ръст. Дали това логично заключение намира емпиричен израз у нас през последните двадесет години.

Основната цел на доклада е да се дообогати знанието ни за връзката между разходите за здравеопазване и икономическата динамика на Република България през годините на преход към пазарно стопанство.

Това ще се постигне с решаването на няколко задачи:

да се изследва динамиката на разходите за здравеопазване (държавните и на домакинствата) като се построят съответните динамични модели;
да се провери хипотезата дали съществува статистически значими зависимост между здравните разходи (частни и публични) и БВП на Република България;
да се установи силата и посоката на тази зависимост.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Според характера на източниците за финансиране на здравните разходи, последните се делят на частни и на публични. За оценка на частните разходи за здравеопазване използваме показателя „средни домакински разходи за здравеопазване”. Тяхната величина са представя от НСИ в изданието „Статистически годишник на Република България”. Данните се получават чрез извадково проучване на домакинските бюджети с прилагане на двустепенен гнездови подбор. Общата съвкупност, от която се формира извадката, представлява всички обикновени домакинства в страната. Единица на наблюдението е всяко случайно избрано домакинство, независимо от броя на лицата и тяхното имущество и лично положение. От 2002 г. извадката за наблюдението включва 3000 домакинства, а от 2010 г. - 3060 домакинства за тримесечие [5].

Публичните разходи за здравеопазване се формират като сума от съответните разходи от отделните звена на бюджетната система на страната. За националната

Address for correspondence:

Н. Атанасов, МУ Пловдив, гр. Пловдив, бул. "Васил Априлов" №15А, Факултет по обществено здравеопазване, катедра "Здравен мениджмънт, икономика на здравеопазването и обща медицина"
e-mail: nik.atanasov@abv.bg

бюджетна практика от последните двадесет години това са следните относително самостоятелни звена: държавен бюджет; бюджет на НЗОК (след 2000 г.); общински бюджети. Информационният източник за изследването е също „Статистически годишник на Р България”, в който разходите за здравеопазване се представят по данни от Министерството на финансите и се посочват на консолидирана основа.

Табл. 1. Значения на средните домакински разходи за здравеопазване, публичните разходи за здравеопазване и на БВП на Р България за периода 1990 - 2009 г.

Година	Средни домакински разходи за здравеопазване (АНЕН), лв.	Публични разходи за здравеопазване (ГНЕ), млн.лв.	Номинален БВП (GDP), млн.лв.
1990	0,2	1,7	45,4
1991	0,4	5,4	135,8
1992	0,8	10,7	200,8
1993	1,5	14,5	298,9
1994	3,0	21,4	525,5
1995	2,6	31,8	877,9
1996	4,4	54,6	1581,5
1997	42,0	631,7	16908,6
1998	78,2	810,3	22991,7
1999	104	933,2	24309,4
2000	139	977,7	27398,7
2001	150	1196,0	30298,9
2002	176	1437,3	33188,8
2003	199	1697,7	35811,8
2004	223	1769,1	39823,6
2005	253	2008,6	45483,8
2006	273	2022,5	51783,1
2007	338	2373,3	60184,6
2008	385	2830,8	69295
2009	438	2634,4	68321,6

Икономическата динамика се измерва с множество показатели. С основно значение и най-често използван е БВП. Той е сума от стойността на крайните блага, произведени за период от една година в националното сто-

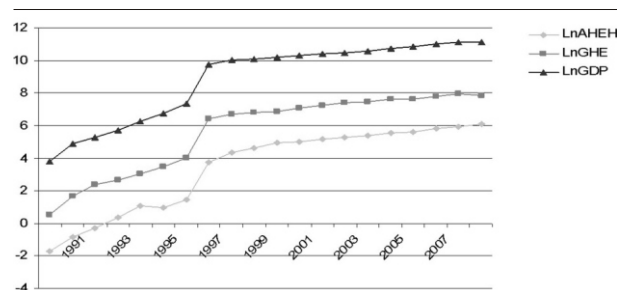
панство. У нас статистиката за БВП е от 1990 г. и се провежда от НСИ.

Данните и по трите променливи са годишни, по текущи за съответната година цени (изследват се номиналните им стойности). Наблюдаваните значения са поместени в таблица 1¹.

За решаване на изследователските задачи и постигане на поставената цел се използват иконометрични методи за анализ на динамични редове – построяване на трендови модели, определяне на сила и на посока на зависимост с отчитане на автокорелацията на динамичните редове.

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЯ

1. Трендови модели на наблюдаваните променливи. На фигура 1 са представени логаритмуваните с натурален логаритъм значения на изследваните променливи за периода 1990 – 2009 година.



Фиг. 1. Динамичните редове в логаритмуван вид.

От фигурата се вижда ясно, че поведението на трите променливи е много сходно във времето. Техните стойности в началото на 90-те години са твърде ниски, после рязко нарастват, като след 1997 г. този растеж се забавя и става плавен. Обяснението е в галопиращата и хиперинфлацията, характерни до въвеждането на паричен съвет в средата на 1997 г. Най-чувствителен е скокът през 1997 г. спрямо предходната година – именно месеците през които националното стопанство бе завладяно от хиперинфлацията. От това, което се вижда на фигура 1 бихме могли да предположим, че трите променливи ще имат еднакви или близки трендови модели.

На таблица 2 са представени резултатите на трендовите функции на трите променливи. С най-високи коефициенти на корелация и детерминация между наблюдаваните значения и времето се оказва и в трите случая функцията от вида: $Y = a_0 + a_1 \cdot X_1(1)$.

Представени в аналитична форма трендовите функции (с независима променлива времето - t) имат следния

1 Необходимо е да се има предвид, че всички стойности за целия наблюдаван период са в деноминирани лева. Стойностите преди 1999 г. са преобразувани от автора като 1000 стари лева са равни на един деноминарен лев.

вид (в скобите са посочени равнищата на значимост на оценките):

$$\begin{aligned} \text{АНЕН} &= 0,046 \cdot t^{3,082, (2)} \\ (0,045) (0,000) \\ \text{GHE} &= 0,602 \cdot t^{2,902, (3)} \\ (0,036) (0,000) \\ \text{GDP} &= 0,602 \cdot t^{2,902, (4)} \\ (0,042) (0,000) \end{aligned}$$

Табл. 2. Характеристики на трендовите функции²

№	Променлива	Коефициент на регресията и свободен член ³		Сила на връзката		Стандартна грешка
			1	R	R ²	
1.	АНЕН	0,046	3,082	0,962	0,926	0,729
2.	GHE	0,602	2,902	0,962	0,925	0,689
3.	GDP	14,81	2,905	0,959	0,92	0,716

Изведените функционални зависимости са нелинейни, но чрез логаритмуване могат да приемат линеен вид. Той е както следва:

$$\text{Ln}(\text{АНЕН}) = -3,079 + 3,082 \cdot \text{Ln}(t), (5)$$

$$\text{Ln}(\text{GHE}) = -0,602 + 2,902 \cdot \text{Ln}(t), (6) \text{ и}$$

$$\text{Ln}(\text{GDP}) = -0,602 + 2,902 \cdot \text{Ln}(t), (7).$$

2. Стационарност на динамичните редове.

Наблюдаваните значения и на трите променливи показват висока автокорелация. Коефициентите на автокорелация за първите три лага например са все по-големи от 0,5 и за трите реда. Проведените тестове за стационарност (Дики-Фулер тест) не позволяват отхвърлянето на нулевата хипотеза за наличие на единица корен. Тук няма да се спираме на последователността и логиката на теста на Дики-Фулер. Неговата същност е обяснена добре в произведението на Т. Уотшем и К. Пармоу „Количествени методи във финансите“ [4]. Резултатите от въпросния тест са поместени в таблица 3. От нея се вижда, че логаритмуваните стойности на изходните редове не са стационарни.

Резултатите са аналогични и при тестове с тренд и със свободен член и тренд. Във всички случаи нулевата хипотеза за наличие на единица корен (т.е. редовете не са стационарни) не може да бъде отхвърлена, тъй като t – статистиката за коефициента пред зависимата променлива с лаг 1 е все по-голям от критичните стойности при 5%- и 10% значимост на теста.

Поради нежеланите последици от автокорелацията преди изследване и моделиране на връзки между динамични редове е необходимо нейното отстраняване [2]. Отстраняването на автокорелацията в динамичните

редове изисква преобразуване на наблюдаваните значения в разлики от първи, втори и т.н. порядък - $I(1)$, $I(2) \dots I(p)$. В повечето случаи при икономически променливи преобразуването в разлики от първи порядък ($y = y_t - y_{t-1}$) е достатъчно за получаване на стационарен ред. На таблица 3 се вижда, че след прилагане на разлики от първи порядък първите два реда – на средните домакински разходи за здравеопазване и на публичните такива стават стационарни при 5% равнище на значимост на теста. Разликите от първи порядък на логаритмуваните стойности на БВП обаче не издържат теста при 5%-тен тест. При по-ниското равнище на

Табл. 3. Резултати от теста на Дики-Фулер за наличие на единица корен на изходните динамични редове и на разликите от първи порядък⁴

№	Променлива	t - статистика	Критични стойности	
			5%	10%
1.	LnАНЕН	0,386	-1,93	-1,60
2.	LnGHE	0,8112		
3.	LnGDP	1,076		
Динамични редове от типа I(1)				
1.	Diff(LnАНЕН,1)	-2,046	-1,93	-1,60
2.	Diff(LnGHE,1)	-2,096		
3.	Diff(LnGDP,1)	-2,823		

значимост 10%, $\text{Diff}(\text{LnGDP}, 1)$ е стационарен.

3. Сила на статистическата зависимост между променливите.

Теснотата на статистическата връзка може да се установи с помощта на коефициента на корелация на Пирсън. За целта е съставена корелационна матрица с три реда и три колони, в чиито клетки са поместени коефициентите на корелация на всяка двойка от наблюдаваните променливи. Корелационните коефициенти могат да бъдат видяни на таблица 4.

Виждаме, че коефициентите на корелация са статистически значими (Sig. 2-tailed <0,05) и много близки до единица. Това разкрива силно изразена права зависимост между променливите. Най-силно изразена е корелационната зависимост между публичните разходи за здравеопазване и БВП ($R=0,982$). Относително по-слаба е зависимостта между средните домакински разходи за здравеопазване и БВП. От данните също така става ясно, че домакинските разходи и публичните разходи

- Генерирането на трендовите функции и на техните параметри е направено с помощта на SPSS 9.0. За повече информация относно прилагането на SPSS при разработване на трендови модели виж труда на В. Гоев от 1996 г. [1].
- Коефициентите на регресия и свободният член са статистически значими, защото във всички случаи Sig. T<0,05.
- Тестът на Дики-Фулер е направен с помощта на програмния продукт EasyReg.

за здравеопазване са относително най-слабо обвързани, като коефициентът на корелация на Пирсън приема най-ниското си значение ($R=0,917$).

Табл. 4. Коефициенти на корелация между редовете от разлики от първи порядък⁵

		DIFF(LNA HEH,1)	DIFF(LN GHE,1)	DIFF(LN GDP,1)
DIFF(LNA HEH,1)	Pearson Correlation	1,000	0,917	0,923
	Sig. (2-tailed)		0,000	0,000
DIFF(LN GHE,1)	Pearson Correlation	0,917	1,000	0,982
	Sig. (2-tailed)	0,000		0,000
DIFF(LN GDP,1)	Pearson Correlation	0,923	0,982	1,000
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	

Аналогични биха били резултатите ако измерваме теснотата на зависимост с коефициент на детерминация. При построяване на две линейни регресионни зависимости - между домакинските разходи (като зависима променлива) и БВП (като фактор), и между публичните разходи и БВП (в същия логически порядък⁶) коефициентите на детерминация са съответно $R_1^2=0,852$ и $R_2^2=0,964$. Следователно 85,2% от промените в средните домакински разходи за здравеопазване могат да бъдат обяснени чрез измененията на БВП, а 14,8% се дължат на влиянието на други неустановени, които бихме могли да наречем условно случайни фактори. Що се отнася до публичните разходи и БВП там влиянието на случайните фактори е по-малко – само 3,6% от промените на независимата променлива.

Интересни са резултатите при изследването на силата на зависимостта между домакинските разходи за здраве в качеството им на зависима променлива и на публичните като фактор. Държавните разходи за здравеопазване обясняват най-слабо измененията в потреблението на здравни блага от домакинствата, защото действието на случайните фактори е най-осезаемо ($R^2=0,84$)⁷.

ИЗВОДИ

Резултатите от изследването позволяват формулирането на следните изводи:

1. Като цяло и частните и публичните разходи за здравеопазване за наблюдавания период са силно зависими от БВП и от неговата динамика. Следователно между отделните елементи на здравните разходи (частни и публични) и колебанията на икономическата активност е налице добре изразена краткосрочна зависимост.
2. В сравнителен план все пак частните разходи са не толкова чувствителни на промените в БВП. Този извод, направен на емпирична основа ни позволява да потвърдим теоретичното заключение, че здравните разходи много често имат „принудителен” характер и не са така еластични по отношение на дохода на икономическите субекти.
3. Макар поведението във времето на частните разходи за здравеопазване и на публичните такива да се описва с една и съща функционална зависимост, тяхната краткосрочна връзка е по-слабо изразена. Всъщност домакинските разходи за здраве са по-волатилни от публичните (с по-големи размах и дисперсия). Тази емпирично установена зависимост може да бъде обяснена със случайният характер на възникване на заболяванията, което води до относително по-голяма изменчивост на индивидуалните разходи за здраве.
4. Публичните разходи за здравеопазване са в по-голяма степен зависими от големината и динамиката на съвкупния доход, чийто измерител е БВП. На тази основа може да се формулира и извода, че публичните разходи за здравеопазване са повече съобразени с възможностите за финансиране, а не толкова с общата нужда от финансови средства за лечение на населението⁸.

СПИСЪК С ЦИТИРАНИЯТА

1. Гоев, В. Статистическа обработка и анализ на информацията от социологически, маркетингови и политически изследвания. С.: УИ „Стопанство”, 1996, с. 162.
2. Доугерти, Кр. Введение в економетрику. Издание второе. Перевод с английского. Москва: Инфра-М, 2004, с. 378-380.
3. Стиглиц, Дж. Икономика на държавния сектор. С.: УИ „Стопанство”, 1996, с. 325.

5 Коефициентите на корелация са определени чрез SPSS 9.0.

6 Необходимо е да се използват редовете от типа I(1), защото те са стационарни и защото в линейните регресионни модели липсва серийна автокорелация ($DW1=1,77$ и $DW2=1,73$).

7 Ъгловите коефициенти на разглежданите линейни регресионни модели са значими и техните оценки са както следва: 0,877; 1,025 и 0,834. Свободните членове и в трите случая са статистически незначими. Статистиката на Дърбин-Уотсън не показва серийна автокорелация.

-
- | | |
|--|---|
| 4. Уотшем, Т., К. Парамоу Количественные методый в финансах. Перевод с английского. Москва: Юнити, 1999, с. 332-334. | 5. www.nsi.bg . |
|--|---|

8 Този извод звучи особено логично от гледна точка на факта, че икономиката е в паричен съвет, което не позволява поемането на значителен публичен дълг. Т.е. „задължава“ управляващите да провеждат консервативна фискална политика и да извършват разходи до възможностите за финансиране само с данъци, които в крайна сметка са производни на текущия БВП.

WHAT HAVE 13 YEARS OF HEALTH INSURANCE REFORMS BROUGHT ABOUT IN BULGARIA? RE-APPRAISING THE HEALTH INSURANCE ACT OF 1998

Velichkovski R.

Introduction: This paper evaluates the financial reforms in the Bulgarian public health care sector. After 1998, when the Bulgarian parliament passed the Health Insurance Act, compulsory contributions for social health insurance became the main source of financing the health care system in the country. They replaced the previous tax-based health care funding mechanism. The aim of this study is to analyze whether the implementation of social health insurance mechanism in Bulgaria brought about the expected improvements in efficiency, equity and quality of health care provision and whether it was possible to avoid the potential negative consequences. **Material and Methods:** The study relies on a review of empirical data and analysis of the existing literature. To collect relevant data, two groups of publications are reviewed: (1) publications prior to the implementation of the social health insurance in Bulgaria that discuss its potential impact; (2) publications after the insurance implementation that investigates the actual impact of this reform. **Results:** The results suggest that social health insurance in Bulgaria brought about certain efficiency improvements in the public health care sector. However, the overall social benefit of its implementation is doubtful. The main reasons for this are related to the ineffective organization of the Bulgarian public health care sector, as well as in the overall lack of financial resources for health care in the country. The most vulnerable groups are people with disabilities and those with no or very low income. **Discussion:** The replacement of the tax-based financial mechanism by the insurance-based mechanism led to macro-economic stability, although insufficient. In practice, better access to medical services for whole population under the social health insurance cannot be realized. Therefore, more stimuli for efficiency and quality improvement are needed

Key words: Social Health Insurance (SHI), Bulgaria, sustainability, efficiency, equity, quality.

INTRODUCTION

This article presents and analyses the Social Health Insurance mechanism in Bulgaria. Specifically, the study reviews the characteristics of this financial mechanism, its implementation and currently observed consequences.

The analysis tackles the major financial reform in the Bulgarian public health care sector after the abolishment of the communist government. During the decades of the transition process in the Bulgarian public health sector, one of the most important reasons for its poor performance was the delay of the reform in the health care finance. The inadequate health care financial mechanism inherited after the communist governing led to failing public health care services (Datzova, 2003). This delay in the financial reform aggravated the existing quality, equity, efficiency and satisfaction problems (Borisov, 1996).

There are some analyses prior to the implementation of the SHI mechanism in Bulgaria that explore the potential consequences of this mechanism but only on a hypothetical level (see e.g. Pavlova et al., 2000). There are also some individual studies that analyze the separate effects of the Bulgarian SHI reform or the Bulgarian health care reforms in

general (see e.g. Datzova, 2003; Markova, 2006; Pashev, 2006; Shneider, 2007; Delcheva, 1997, 2006). However, a comprehensive systematic analysis focused specifically on the outcomes of the financial reform in the Bulgarian public health care sector is lacking.

Therefore, the aim of this article is to analyze whether the implementation of SHI mechanism in Bulgaria brought about the expected improvements in sustainability, efficiency, equity and quality of health care provision and whether it was possible to avoid the potential negative consequences.

MATERIALS AND METHODS

The study relies on a review of empirical data and analysis of the existing literature. First, the article presents the features of the SHI mechanism in Bulgaria and the process of its implementation. Then, hypotheses are formulated (based on previous research) regarding the potential impact of the SHI reform in Bulgaria on sustainability, equity, efficiency and quality of health care services. This is followed by the analysis of the hypotheses using available empirical evidence and policy analyses. Based on the overall interpretation and discussion of the research results, conclusions with respect to financial reform in the Bulgarian public health care sector are outlined.

Address for correspondence:

R. Velichkovski, str. Pero Cico 22, 1300 Kumanovo, Republic of Macedonia

e-mail: robertovelickovski@yahoo.com

RESULTS

The implementation of the SHI

During the communist period, the health care system in Bulgaria was developed according to the Soviet health care model and funded from the general tax revenues. This model offered a universal coverage and free-of-charge access to comprehensive health care service for the entire population (Manev et al., 1990).

However, some problems concerning quality, equity, efficiency and patient satisfaction emerged. The salary of health care professionals was insufficient and effective health management was lacking. Also the problems of informal payments by patients known as “under-the-table” payments emerged in order to gain quick access to health care with better quality (Delcheva et al., 1997). The organization and lack of resources in the health care sector were often indicated as the main cause for this gap in the system. As a result of these problems, the Bulgarian health care system required radical reforms (Avdeeva, 2007; Georgieva et al., 2007), especially its financial mechanism (Pavlova et al., 2000). However, due to the prevailing of political ideology during the communist governing, reforms in the health care financial mechanism could not take place.

During the post-communist period, policies of the new governments were mainly oriented towards the formation of the private health care sector and decentralization of the existing public health care organizations. The financial mechanism of the Bulgarian public health care sector remained unchanged until the late 1990s. This further aggravated the health care quality, equity, efficiency, sustainability and satisfaction problems. Pressed by these problems, on 4th of June 1998, the Bulgarian Parliament passed the Health Insurance Act. Thus, following the common tendency in the Central and Eastern European countries, a law to establish a SHI was endorsed in Bulgaria. Based on that law, the National Health Insurance Fund (NHIF) was founded. The official starting date of NHIF was set up to be 15th March 1999, but in practice the health insurance system started to function in 2000 (NHIF, 2011).

The basic features of Bulgarian SHI

NHIF is an independent public institution separated from the state (NHIF, 2011). It has 28 regional offices which are administrative branches and responsible for the preparation of the regional SHI schemes (Georgieva et al., 2007; Koulaksazov et al., 2003). The form of compulsory contributions is the payroll, with income-related contributions from both employer and employee (Mossialos, 2002). The ratio of paying health insurance contributions between them was changed during the years (see Table 1: Changes in the payments for health insurance by employers and em-

ployees) to reduce the burden of increased labour costs for the employers (NHIF, 2011).

There are also official patient payments for the use of health care services provided under NHIF. The amount of money paid for a visit to a doctor is fixed in the Health Insurance Act at 1% of the minimum wage for the country, while the patient fee for a day stay in a hospital is 2% of the minimum wage for the country, but is paid for not more than 10 days a year (NHIF, 2010). These patient payments did not reflect the real costs of the service used. Additionally, there are also payments for the use of dental service (20 to 50 % of the service costs), pharmaceuticals (variable percent), laboratory (up to 2 BNL¹) and others (e.g. anaesthetics) where the rate of payment can vary from 10 up to 1000 BNL (NFC, 2007). Officially, these patient payments are introduced to increase the responsibility of the insured individu-

Table 1. Changes in the payments for health insurance by employers and employees

/Source: National Health Insurance Fund, 2011 (Health Insurance Act, Section V, art. 40: Health Insurance Contributions)/

Period	Payment ratio employer : employee
From 2000 to 2001	80:20
From 2002 - 2004	75:25
From 2005	70:30
From 2006	65:35
From 2007	65:35
From 2008	60:40
From 2009	55:45
From 2010 and thereafter	50:50

als for their own health. In practice however, official patient payments present an additional income for the health care providers. In addition to this, it should be noted that the system of official patient payments exists together with informal patient payments (Delcheva et al., 1997).

Recent amendments in the health insurance regulations

Within the first four years of the implementation of SHI in Bulgaria, the number of non-regular payers of health insurance contributions (i.e. people who did not pay more than 3 monthly payments) increased. According to NSI (2005), in 2005, almost all people with irregular payments of health insurance (99, 5% of them) were in working age. At that time there was no mechanism to check the insurance status of the patients and to exclude non-regular payers.

1 According to the Bulgarian National Bank 1 BNL=0,50EUR

From 1st of January 2004 until the middle of 2005, a lot of changes in the Health Insurance Act were made. They mostly concerned regulations that make it easier for non-regular payers to start paying health insurance contributions. As a result, the mechanism of payment extension for paying individual contributions was introduced. In addition to this, individuals leaving the country for longer period of time received the opportunity to get out of the health insurance system. Thus, the definition of regular health insurance status was modified. A minimum insurance contribution per professional group was implemented independently from official individual income in order to avoid payment of low insurance contributions due to incorrect presentation of the actual individual income. Due to these changes in HIA, the number of the non-regular payers slightly decreased (Delcheva, 2006).

Table 2. Prior expectations about the effects of SHI in Bulgaria

/Sources: Pavlova et al., 2000; Kanavos & McKee, 1998; Vienonen et al, 1993./

Criteria	Prior expectations	
	Positive	Negative
Sustainability (macro level)	- SHI contributions would be only for the health care sector. - Funding of health care would be more transparent. - SHI could maintain a degree of independence from government.	- SHI would still need external funding by the state. - New financing mechanism could not create new money in the economy for health care. - Low earnings in Bulgaria would negatively affect the amount collected for SHI. - There would be high administrative costs for establishing a new health insurance body. - There might be problems with defining the basic health care package due to unclear legislation. - SHI could be politicized.
Efficiency (micro level)	SHI could be associated with efficient provision of health services for: a) education of unnecessary hospital stay b) stimulating the use of primary health care	Efficiency would depend on the contract relation between insurer and providers.
Equity	Principle of solidarity would be preserved.	- There might be unequal consumer rights, i.e. limit access for uninsured population. - There might be geographic barriers to access to adequate medical services.
Quality	- There would be opportunity for free choice of GPs and specialists. - There would be opportunity for creating competition based on quality.	- There might be low patient satisfaction from the used services, especially for uninsured. - Quality would depend on the contract relation between insurer and providers.

At the end of 2005, only 14 % of the total population in Bulgaria was outside the health insurance system whereas about half of them were registered as being abroad. That means that the problem of getting proper medical services remains for those 7% who stayed in the country and could not or did not want to pay for their health insurance. Nowadays, this difficulty is still notable among the Roma society. Nearly 46% of them are not insured (Delcheva, 2006). Thus, although measures were taken to assure the payment of insurance contributions, various problems still remain unsolved.

DISCUSSION

Prior to the implementation of SHI in Bulgaria, there were some expectations about its potential positive outcomes and some concerns about its potential negative consequences (see e.g. Pavlova et al., 2000). The review of these expectations in different publications can be summarized in a form of hypotheses, presented in Table 2: Prior expectations about the effects of SHI in Bulgaria.

The extent to which the evidence confirm prior expectations regarding sustainability, efficiency, equity and health care quality on one side, and the implementation of SHI on another side, are presented in Table 3: Analysis of prior expectations about the impact of SHI in Bulgaria.

The table shows that most of prior expectations are real-

ized, but there are still some of them which are not clear yet due to lack of data. Specifically, the politicization of SHI mentioned in prior expectations can not be approved due to lack of official data on this topic in Bulgaria. On the other side, it should not be excluded having in mind that the independent bodies may be weaker to confine by vested interest groups than the state would be (Preker et al, 2002). Therefore, this prior expectation is unclear and more investigation on that issue should be paid.

Other prior expectations that are still not confirmed (at least not officially published) include the degree of independ-

ence of SHI from the government as well as preserved principle of solidarity. Both expectations are established in Health Insurance Law, but in practice they are not realized completely. SHI still needs external money from the government due to lack of financial resources. Also, the principle of solidarity - “equal rights to everybody” is not preserved for whole population, specially not for vulnerable group, people with low incomes (and uninsured) or those who live in rural areas (as mentioned before).

In addition, to confirm expectations, such as: “low earnings in Bulgaria can negatively affect the amount collected for SHI” and “efficiency/quality can depend on relationship between insurer and providers” more investigation is needed due to not clear evidence.

Table 3. Analysis of prior expectations about the impact of SHI in Bulgaria

/+ the issue is confirmed/realized; -- the issue is not confirmed/not realized; / the issue not investigated/no clear evidence/

Criteria	Prior expectations			
	Positive	Confirmation based on evidence	Negative	Confirmation based on evidence
Sustainability (macro level)	SHI contributions would be only for the health care sector;	+	SHI would still need external funding by the state.	+
	Funding of health care would be more transparent;	+	New financing mechanism could not create new money in the economy for health care.	+
	SHI could maintain a degree of independence from government;	/	Low earnings in Bulgaria would negatively affect the amount collected for SHI.	/
			There would be high administrative costs for establishing a new health insurance body.	+
			There might be problems with defining the basic health care package due to unclear legislation.	+/
			SHI could be politicized.	/
Efficiency (micro level)	SHI could be associated with efficient provision of health services for:		Efficiency would depend on the contract relation between insurer and providers.	/
	a) reduction of unnecessary hospital stay	+		
	b) stimulating the use of primary health care	+/		
Equity	Principle of solidarity would be preserved;	/	There might be unequal consumer rights, i.e. limit access for uninsured population;	+
			There might be geographic barriers to access to adequate medical services;	+
Quality	There would be opportunity for free choice of GP's and specialists;	+	There might be low patient satisfaction from the used services, specially for uninsured;	+
	There would be opportunity for creating competition based on quality;	+	Quality would depend on the contract relation between insurer and providers;	/

CONCLUSIONS

The political and economic situation in Bulgaria appears to be one of the main reasons for the numerous problems concerning the implementation of the SHI system (Georgieva et al., 2007). The main barrier for access to adequate health care services is insufficient financing of the health care system. The replacement of the tax-based financial mechanism by the insurance-based mechanism led to macro-economic stability, although insufficient. In practice, better access to medical services for whole population can not be realized under the SHI. Therefore, more stimuli for efficiency and quality improvements are needed.

The implementation of SHI in Bulgaria has also some positive effects. One of them is the development of a basic insurance package of health and dental services covered by NHIF. However, the insurance-based health care finance system cannot cover all basic needs related to health care services in the country. Due to this reason, more costs are shifted to the patients. The price and the non-price barriers are constantly increasing. At the same time out-of-pocket payments for adequate health care service seems to be the preferred option instead of increasing the rate for health insurance contribution.

Inequalities in access to medical service are still present with regard to geographic area, ethnicity and income. The most vulnerable groups remain to be people with disabilities and those without (or with a very low) income.

With regard to equity, SHI results in fewer regional disparities with regards to equipment for physicians and medical centres. However, some differences between urban and rural area still exist. Although the geographical inequities are

not a significant problem in the Bulgarian health care system, in combination with social inequalities, they negatively affect health care consumption and access to health care. Moreover, the inequities in the access to care still exist due to the presence of the informal and high out-of-pocket payments for services such as inpatient and regional disparities in the infrastructure.

The results from empirical evidence presented above mean that the improvement of Bulgarian SHI system can be achieved through:

- introducing a system for clear financial control;
- conducting cost-effectiveness studies in order to indicate efficiency level;
- increasing technical efficiency, i.e. focus must be paid on the role of GP as a gate-keeper, continuing check-ups and direct controlling of functions of the hospitals;
- increasing universality of the basic coverage, including diseases prevention and health promotion, which could be useful for the risk groups;
- providing more financial support for vulnerable groups in order to have better access to health care services;
- creating clear criteria for the quality assessment of the good medical practices;
- encouraging patients to report quality improvements and publish feedback on their experiences.

All these recommendations could lead to the improvement of sustainability, efficiency, equity and quality of health care services under SHI. In addition, this will be possible only if the economical, social and political conditions in the country are suitable for this.

DEFAULT PARAGRAPH FONT; IS THERE A PLACE FOR AN INCREASED RELIANCE ON PATIENT CHARGES IN CENTRAL AND EASTERN EUROPEAN COUNTRIES?

**Pavlova M.¹, W. Groot^{1,2}, Fr. van Merode¹ and
the team of project ASSPRO CEE 2007
(project funded by the European commission under FP7)**

¹ *Department of Health Services Research; CAPHRI; Maastricht University Medical Center;
Faculty of Health, Medicine and Life Sciences; Maastricht University; The Netherlands*

² *Topinstitute Evidence-Based Education Research (TIER); Maastricht University; The Netherlands*

ACKNOWLEDGEMENT

The study is financed by the European Commission under FP7 Theme 8 Socio-economic Sciences and Humanities, Project ASSPRO CEE 2007 (GA no. 217431). The views expressed in this publication are the sole responsibility of the authors and do not necessarily reflect the views of the European Commission or its services.

Abstract: Charges for public health care services are being extended all over Europe as a means to shift health care costs to consumers and to reduce the need of government funds. Such reforms are expected to restrict the deficit in the state budget but also to provide incentives to consumers for an efficient health care use and a healthier life-style. The issue of patient charges occupies the policy debates in Central and Eastern European countries as well, even though it remains controversial in most of these countries. Above all, patients in this European region are already paying a variety of charges (both formal and informal), which impose a considerable burden on their household budgets. Would they be able to cope with new or increased formal charges? Taking this question as a perspective in our analysis, we provide evidence on the affordability of public health care services in Central and Eastern Europe, and the future challenges related to their introduction or increase. The findings presented here are based on representative surveys among health care consumers carried out in several countries. Data for Bulgaria, Hungary, Lithuania, Poland, Romania and Ukraine were collected in July 2010 as a part of project ASSPRO CEE 2007, and data for Albania, Serbia and Russia were obtained from existing datasets collected in previous years. An increased reliance on formal patient charges is indeed a rational policy choice in a public health care system that is adequately organized and funded. However, as our results indicate, in Central and Eastern Europe, there are major health care system problems that should be resolved before such reforms can be successful. Meanwhile, new or increased formal charges should be implemented with precautions (e.g. exemptions or compensations for vulnerable population groups at risk of poverty or with chronic diseases). The implementation should also take into account the country specific contextual factors since the function and impact of formal patient charges will vary between the countries. Even though Central and Eastern European countries had similar health care systems at the beginning of the transition process, the diversity in their health policy and overall development resulted in very different health care systems at presents.

Key words: out-of-pocket payments; health care reforms; Central and Eastern Europe

INTRODUCTION

Charges for public health care services are being extended all over Europe as a means to shift health care costs to consumers and to reduce the need of government funds [1]. Such re-

forms are expected to restrict the deficit in the state budget but also to provide incentives to consumers for a efficient health care use and a healthier life-style [2]. The issue of patient charges occupies policy debates in Central and Eastern European countries even though it remains controversial in most of these countries [3-6]. Above all, patients in this European region are already paying a variety of charges (both formal and informal), which impose a considerable burden on their household budgets [7-10]. Would they be able to cope with new or increased formal charges?

Taking this question as a perspective in our analysis, we provide evidence on the affordability of public health care

Address for correspondence:

M. Pavlova; Department of Health Services Research; CAPHRI; Maastricht University Medical Center; Faculty of Health, Medicine and Life Sciences; Maastricht University; PO Box 616; 6200 MD Maastricht; The Netherlands
e-mail: m.pavlova@maastrichtuniversity.nl

services in Central and Eastern Europe, and the future challenges related to their introduction or increase. The findings presented here are based on the research carried out under project ASSPRO CEE 2007¹. The analysis is based on the key preliminary project findings for Bulgaria, Hungary, Lithuania, Poland, Romania and Ukraine, as well as in Albania, Serbia and Russia..

BACKGROUND - DIVERSITY AND DYNAMICS OF PATIENT PAYMENTS IN EUROPE

Patient payment policies in Europe are rather diverse. As a result, European patients meet different payment obligations when they use public health care services depending on the country of residence. These differences not only refer to the payment levels but also to the form of payment, i.e. fixed-rate co-payment, co-insurance and/or deductibles. In addition to formal patient payments, in some parts of Europe, informal (unofficial) payments are also reported [2;11]. They take a number of forms ranging from the ex-ante cash payment to the ex-post gift in-kind [1;12]. There is a link between the mix of formal and informal patient payments in Europe, and the countries' structural differences in terms of economic development, quality of governance, social values as well as changes in political and economic circumstances. Formal patient charges are present in all European countries regardless of countries economic development and level of health system financing. Nevertheless, only some countries rely on obligatory service fees for physician visits and hospitalizations [1]. At the same time, informal patient payments are mostly a phenomenon that characterizes former-socialist countries, although such payments are reported in other parts of Europe as well [12]. The existence of informal patient payments, to a great extent, can be explained by poor governance in a country. However, cultural differences between countries may also contribute to the explanation of the existence of informal patient payments [2].

MATERIALS AND METHODS

The findings presented here are based on representative surveys among health care consumers carried out in the targeted countries. Data for Bulgaria, Hungary, Lithuania, Poland, Romania and Ukraine were collected in July 2010 as a part of project ASSPRO CEE 2007, and data for Albania, Serbia and Russia were obtained from existing datasets collected in previous years by the World Bank (Living Standards Measurement Surveys for Albania and Serbia) and the Carolina Population Center (Russia Longitudinal Monitoring Survey).

RESULTS AND DISCUSSION

Payments for physician visits in CEE countries

Health care consumers in Central and Eastern European countries can be divided in three main groups: (1) those who use health care services but do not have to pay out of pocket; (2) those who use health care services and pay formal charges only; and (3) those who also pay informally. All three groups are present in the countries included in the project survey in July 2010: Bulgaria, Hungary, Lithuania, Poland, Romania and Ukraine (see Figure 1).

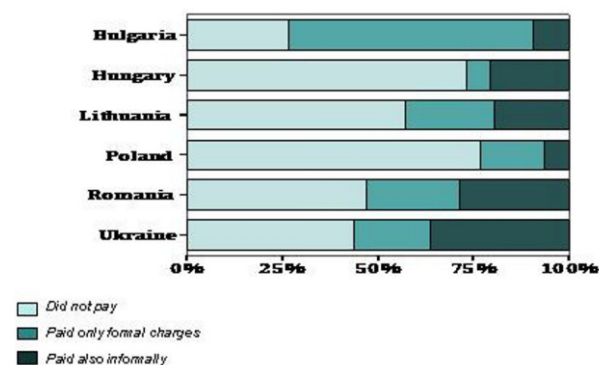


Fig. 1. Payments for physician visits
/Bars show % of those who visited a physician during the last 12 months/

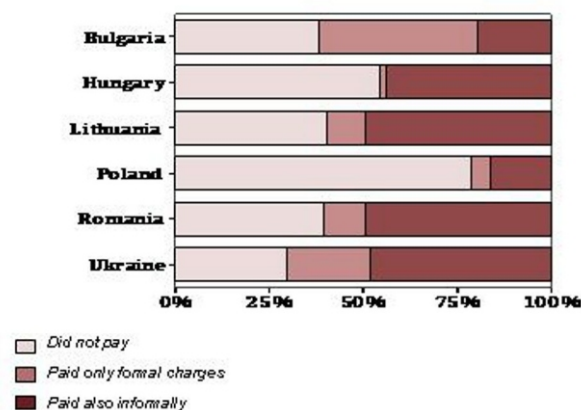


Fig. 2. Payments for hospitalizations
/Bars show % of those hospitalized during the last 12 months/

With regard to physician visits, the group of health care users who pay for such services (either formally and/or informally) is the largest in Bulgaria, followed by Ukraine, Romania and Lithuania. For Bulgaria, this is mostly due to formal charges, while in the other three countries, informal payments also play a considerable role. In Poland and Hungary, the group of patients paying for physician visits is

1 For more information see the project website: www.assprocee2007.com

comparatively small. However, in Hungary, this mostly includes informal payments in addition to formal fees. Overall, Bulgarian and Polish patients are less frequently confronted with informal payments when visiting a physician, compared to the rest of the countries. The group of patients who pay informally for physician visits is the largest in Ukraine and Romania, followed by Hungary and Lithuania. In all six countries however, a considerable part of health care consumers (about 10% to 40%) reports informal payments for physician visits, which means that this type of payments should not be neglected in policy decisions about formal charges.

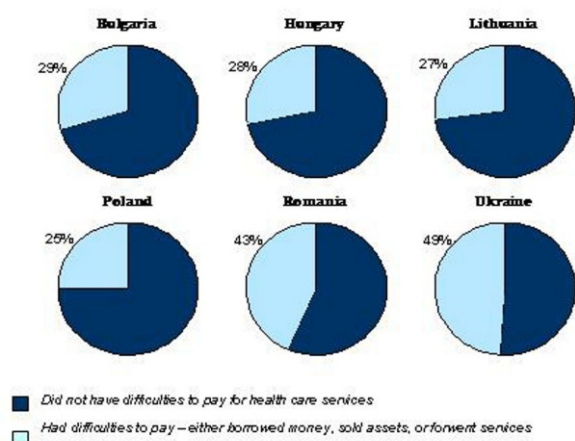


Fig. 3. Inability to pay for physician visits and hospitalizations
/Pies show % of those in need of health care during the last 12 months (i.e. those who visited a physician, were hospitalized and/or forwent such services due to payments)/

Payments for hospitalizations in CEE countries

All three groups of health care consumers are also observed with regard to payments for hospitalizations (see Figure 2). Similar to physician visits, Bulgarian health care users most often report only formal charges when hospitalized as compared to the other countries. However, in Ukraine, the group of patients who pay either formally or informally for hospitalizations is the largest. Ukrainian patients as well as patients in Romania, Lithuania and Hungary are also often confronted by informal payments for hospital services. In Bulgaria and Poland, the group of patients who pay informally when hospitalized is relatively small compared to the other countries.

Out-of-pocket payments, and in particular informal payments, for hospital services are especially problematic because the costs of these services are rather high while the use of these services is often vital. Project results for Albania focused on the level and dynamics of informal payments indicate that “gifts” to medical staff represent a significant share of the out-of-pocket payments for hospital services in this country. In Serbia, hospitalized patients pay

formally and informally but also indirectly. By indirect payments, it is meant payments for medical goods that should be provided by the hospital to any hospitalized patient but the patient is required to bring these goods to the hospital. Such goods include hospital drugs, disposal material and devices. This indicates that formal fees for hospital services should take into account not only the existence of informal payments but also the indirect ones, which mostly result from the lack in hospital funding.

The informal patient payments in CEE countries

The general public in Central and Eastern Europe is interested in the solution to the problem of informal patient payments, but often accepts these payments as a means to receive more attention, better quality and quicker access when using health care services. Nevertheless, there are some significant differences between the countries. Health care consumers in Bulgaria and Poland mostly oppose informal cash payments for health care services, followed closely by those in Lithuania, Romania and Ukraine. A notable exception is Hungary where the majority of the health care consumers (52%) are either positive or indifferent to

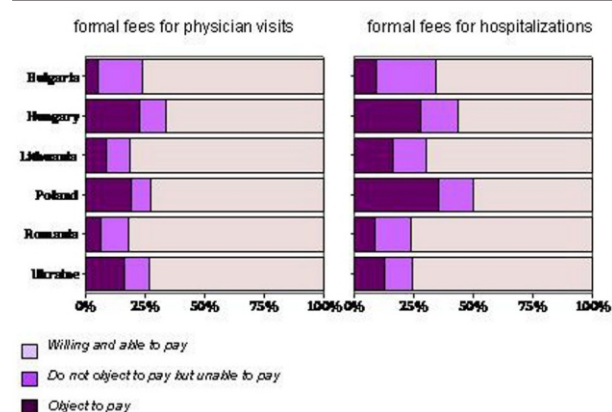


Fig. 4. Willingness to pay formal fees for improved services
/Bars show % of actual and potential health care users/

wards this type of payments.

Extensive information campaigns among health care consumers will be required to change the public attitude towards informal payments and to create a social opposition against informal patient payments. Public attitudes will be a crucial factor for the successful implementation of official patient charges and the elimination of the informal ones. Also, patients need to be well-informed about the size of the official fees that they are obliged to pay for health care service. Patients are often unable to make a distinction between formal and informal payments, especially when they do not know the size of the formal fees prior to the service use. Some patients are unaware of possibilities to file a complaint when requested to pay informally. There is a need of an easy and simple procedure for filing such complaints.

The burden of out-of-pocket payments in CEE countries

Out-of-pocket payments for health care services represent a considerable burden in most Central and Eastern European countries. As the project results indicate, the accumulated patient payments affect the demand for these services forcing some patients to forgo health care (see Figure 3). Other patients employ a different coping strategy by borrowing money to pay for hospitalizations but also for visits to physicians. The inability to pay is especially evident in Romania and Ukraine (reported by 43% and 49% of those in need respectively). In Bulgaria, Hungary, Lithuania and Poland, inability to pay is less often reported although the share of those unable to pay is still considerably large. This issue requires an immediate policy attention in Central and Eastern European countries.

It is well-known that small medical costs can produce a considerable burden for poor households but when patient payments are the main source of health expenditure, they can push even the wealthy households into poverty. For example, the project results for Serbia indicate that 5% of health care users are shifted to the lowest poverty group as a result of patient payments. Most households find it difficult to recover from such a burden, especially if they are exposed to health costs during many subsequent years like it is in the case of chronic diseases. An adequate exemption of poor and frequent health care users should be in place. Such mechanisms often fail, as it is the case in Serbia. In Russia, some groups eligible for free medication cannot benefit from this privilege due to unavailability of the medication.

Willingness to pay for health care services in CEE countries

Majority of health care consumers in Central and Eastern Europe do not object formal fees for physician visits and hospitalizations when these services are provided with and adequate quality and access (see Figure 4). This is especially apparent for Bulgaria and Romania. The fee objection is relatively stronger in Hungary and Poland especially in case of hospitalizations. Ukraine and Lithuania rank between these two groups of countries. It should be noted however, that a relative large group of health care consumers in Bulgaria (about 20-25%) state that they are unable to pay such fees even though they do not object the fees. In the rest of the countries, this group is smaller but nevertheless, it represents about 8-16% of health care consumers in each country.

The relatively high willingness to pay for improved health care services is also reflected in the importance that health care consumers assign to various quality-, access-, and price-related attributes. When asked directly to rank such attributes, health care consumers assign a relatively low importance to the amount that they are required to pay compared to quality- and some access-related attributes. The median rank of the price-attribute is 5 out of six attributes, for all countries included in the survey except for Ukraine, where the median rank of this attribute is 4 out of six attributes. Only travel time is ranked lower in all six countries.

Also, the results of the pilot study carried out in Ukraine prior to the survey, suggest that Ukrainian patients are somewhat indifferent towards the type of payment (formal or informal) as long as they receive an adequate service provision. Given the absence of a well-developed private health care sector in Ukraine, these results might well explain the high rate of informal patient payments reported in this country.

CONCLUSIONS AND POLICY RECOMMENDATIONS

An increased reliance on formal patient charges is indeed a rational policy choice in a public health care system that is adequately organized and funded [2]. However, as our results indicate, in Central and Eastern Europe, there are major health care system problems that should be resolved before such reforms can be successful. The following potential problems for an increased reliance on formal patient charges in Central and Eastern Europe can be outlined:

Patients are already paying various formal charges when using public health care services, for example, for pharmaceutical, diagnostic services and medical devices, and in some countries like in Bulgaria, also for physician visits and hospitalizations. Additional formal charges might discourage the use of necessary health care services.

Some patients also pay informally. In few instances, informal payments are an expression of gratitude (i.e. gifts in-kind with negligible monetary value given by the thankful patient after the service provision). But they are also made due to the request or hint by the (medical) staff and/or the patients' expectations to receive better care. The accumulated value of such informal payments is considerable.

Formal and informal patient charges are already imposing a considerable financial burden on household budgets especially for low-income groups. Total household spending on health care is found to have a catastrophic and impoverishing effect even on wealthier households but with chronically sick household members. Exemption of poor and frequent health care users should be in place.

A large proportion of health care consumers support the introduction of formal fees for physician visits and hospitalizations in case these services are provided with an adequate quality and access. Quality and access improvements in the public health care sectors of Central and Eastern European countries might be crucial for the acceptance of formal fees and the elimination of the informal ones.

Health care consumers need to be assured that they can receive an adequate return for their payments. Otherwise, informal payments for better services might continue to exist along with the formal fees.

Meanwhile, new or increased formal charges should be implemented with precautions (e.g. exemptions or compensations for vulnerable population groups at risk of

poverty or with chronic diseases). The implementation should also take into account the country specific contextual factors since the function and impact of formal patient charges will vary between the countries. Even though Central and Eastern European countries had similar health care systems at the beginning of the transition process, the diversity in their health policy and overall development resulted in very different health care systems at presents.

REFERENCES

1. Tambor M., M. Pavlova, P. Woch, W. Groot W., Diversity and dynamics of patient cost-sharing for physicians' and hospital services in the 27 European Union countries. *European Journal of Public Health*, 2010, DOI:10.1093/eurpub/ckq139.
2. Pavlova M., M. Tambor, GG van Merode, W. Groot W. Are patient charges an effective policy tool? Review of theoretical and empirical evidence. *Journal of Health Care, Health and Management*, 2010, **VIII(1)**.
3. Atanasova E., E. Moutafova, T. Kostadinova, M. Pavlova. (2010). Patient payments and the problems in medical services provision in Bulgaria. *Journal of Health Care, Health and Management*, **VIII(1)**.
4. Baji P., M. Pavlova, L. Gulacsi, W. Groot., User fees for public health care services in Hungary: Expectations, experience, and acceptability from the perspectives of different stakeholders. *Health Policy*, 2011, DOI:10.1016/j.healthpol.2011.03.001.
5. Gryga I., T. Stepurko, A. Danyliv, M. Gryga, O. Lynnyk, M. Pavlova, W. Groot., Attitudes towards patient payments in Ukraine: Is there a place for official patient charges?. *Journal of Health Care, Health and Management*, 2010, **VIII(1)**.
6. Murauskiene L., M. Veniute, M. Pavlova., The opinions of the key health care stakeholders towards patient payments in Lithuania. *Journal of Health Care, Health and Management*, 2010, **VIII (1)**.
7. Atanasova E., M. Pavlova, R. Velickovski, B. Nikov, E. Moutafova, W. Groot., What have 10 years of health insurance reforms brought about in Bulgaria? Re-appraising the Health Insurance Act of 1998. *Health Policy*, 2011, DOI:10.1016/j.healthpol.2010.12.001.
8. Baji P., I. Boncz, G. Jenei, L. Gulàcsi., The short story of co-payments for health care services in Hungary - lessons for neighboring countries. *Journal of Health Care, Health and Management*, 2010, **VIII(1)**.
9. Gordeev V.S., M. Pavlova, W. Groot., Two decades of reforms. Appraisal of the financial reforms in the Russian public healthcare sector. *Health Policy*, 2010, DOI:10.1016/j.healthpol.2010.08.009.
10. Tomini S., W. Groot, M. Pavlova., Paying informally in the Albanian health care sector: A two-tiered stochastic frontier model. *The European Journal of Health Economics*, 2011, DOI: 10.1007/s10198-011-0331-1.
11. Pavlova M., T. Stepurko, V.S. Gordeev, S. Tomini, I. Gryga, W. Groot., Informal patient payments for health care services: Policy challenges and strategies for solutions. *Journal of Health Care, Health and Management*, 2010, **VIII(1)**.
12. Stepurko T., M. Pavlova, I. Gryga, W. Groot., (2010). Empirical studies on informal patient payments for health care services: A systematic and critical review of research methods and instruments. *BMC Health Services Research*, DOI:10.1186/1472-6963-10-273.

INFORMAL PATIENT PAYMENTS AND PUBLIC ATTITUDES TOWARDS THESE PAYMENTS: EVIDENCE FROM SIX CEE COUNTRIES

Stepurko T., M. Pavlova, I. Gryga, W. Groot

ABSTRACT

Informal patient payments are deeply rooted in Central and Eastern European countries. Despite the socio-political changes in the health care sectors after 1990s and the subsequent health care reforms, informal payments for health care services continue to serve patients' and physicians' interests. These payments also fill gaps in health care funding in this European region. Nevertheless, unofficial payments are not a desirable payment channel. They lack transparency and distort the efficiency and equity in health care provision. Still, the successful elimination of these payments will depend on the public attitude towards these payments. This study aims to compare public attitudes towards informal patient payments and payment experience in six Central and Eastern European: Bulgaria, Hungary, Lithuania, Poland, Romania, and Ukraine. The data have been collected in 2010 in nation-wide representative surveys using an identical standardized questionnaire administrated via face-to-face interviews. We have collected about 1000 questionnaires in each country. The results show that a major group of respondents in each country expresses a negative attitude towards both informal cash payments and in-kind gifts. 208, 187, and 174 respondents paid informally for out-patient service in Ukraine, Romania, and Hungary respectively. We also analyse the relation between public attitudes and respondents' past experience with informal payments, e.g. whether they have paid informally payment for out-patient service used last year. In Bulgaria and Poland, negative attitude is mostly observed among those who have not paid informally. The existence of positive and indifferent attitudes towards informal payments as reported in our study, indicates a challenge for policy makers in Central and Eastern European countries. The acceptance of government initiatives aimed at the elimination of informal payments will largely depend on the governments' ability to create a social resistance towards these payments.

Key words: informal patient payments, health care utilization, public attitude, Central and Eastern Europe

INTRODUCTION

Bribes in cash and in-kind gratitude for health care personnel given by patients, united in one common term "informal patient payments", have been in the focus of researchers for the last decades. Studies on informal patient payments published hitherto refer mainly to the period 1990 - 2005 and mainly to former-socialist countries (10). Therefore, Thompson and Witter (11) argue that informal patient payments are one of the phenomena, which the transition economies inherited from the communist period. Nevertheless, unofficial payments for health care services are reported in other countries as well (for example Uganda, Peru, Turkey, and Greece), which are not transition countries. Certain unofficial payments for health care services (even though not widely spread) are reported in some other high-income countries in Europe, such as Italy and Austria (6). Apparently, the presence of informal patient payments is an important feature of many health care systems around the world (4).

Empirical studies on informal patient payments are important because they can provide evidence on the scope and scale of this phenomenon. Such information could compel and enable policy-makers to look for solutions to the problem of informal patient payments (12). This is particularly relevant for countries where informal patient payments are condoned by the government mainly because they are filling gaps caused by insufficient health care budgets (3,5,7). Still, introduction of a strategy that aims at the elimination of informal patient payments needs public acceptance to be successful. Previous studies evidence that only half of respondents in Baltic countries associate informal payments to health care professionals with corruption (2); three quarters are negative towards informal patient payments in Hungary and Poland and each third respondent in Romania accepted them (1). Hence, since the proportion of committed public or overall acceptance and tolerance to informal payments in one country seems to be the main obstacle in eradication of informal payments, and under the lack of the studies on the topic bring us to the studies on attitudes towards informal patient payments in the context of experience in different countries. The aim of this paper is to compare attitudes towards informal patient payments and payment experience for out-patient care in six Central and Eastern European: Bulgaria, Hungary, Lithuania, Poland,

Address for correspondence:

T. Stepurko; School of Public Health, National University of 'Kyiv-Mohyla Academy', Skovorody street 2, Kiev 04070, Ukraine
e-mail: chernysh@ukma.kiev.ua

Romania, and Ukraine. The following sections present methods of data collection and results and discussion section, followed by conclusions.

MATERIAL AND METHODS

The data on perceptions and attitudes toward informal patient payments are collected in 2010 in representative country surveys. An identical standardized questionnaire administered via face-to-face interviews is translated from English into country languages and then applied. Presence of the interviewer facilitates better understanding of question by the respondents and minimizes skipping questions. All interviewers are trained in order to avoid interviewer bias. A stratified random sample is drawn in each country. The overall socio-demographic characteristics of the samples indicate that they are representative for the countries. The objective is to have 1000 completed interviews per country. Over 18-year old respondents have answered not only questions about informal payments but questions on respondent's personal previous utilization of health care services, stated preferences, and socio-demographics characteristics. The respondents are asked whether they have visited a physician in out-patient public and private health care facilities the year before the survey, how much they have paid both officially and informally; in addition we are interested in unofficial payment solely. Attitudes towards informal cash patient payments and in-kind gifts are also identified, so the respondents have to choose one from negative, indifferent, and positive attitude options. We used chi-square and Mann-Whitney test for identifying significant differences in the data comparison. The lowest response was reported in Poland and Ukraine (38 % and 42%) while Bulgaria and Hungary has the highest rate (67 % and 76%).

RESULTS AND DISCUSSION

The results show that a major group of respondents in each country expresses a negative attitude toward both informal cash payments and in-kind gifts. Table 1 presents statistics on respondents' attitudes and payment experience for each country. In general, 70,8% of the respondents consume out-patient services during the year before the survey. Romanians and Ukrainians (34,8% and 42,7% correspondingly) consume out-patient health care services less often than populations in other countries. About half of the respondents do not pay for out-patient visits in six countries. Moreover, 42,9% of respondents among those who pay for the services have paid informally. 208, 187, and 174 patients pay informally for out-patient service in Ukraine, Romania, and Hungary respectively. Further, Figure 1 and 2 present cross-country comparison of attitudes towards informal payments (cash and in kind gifts) and incidents of informal payment for out-patient services.

Bulgarians and Polish populations show quite similar attitudes and visit experiences, i.e. 4,9 % and 1,4 % of respon-

dents express a positive attitude toward informal cash payments in Bulgaria and Poland respectively. However, a quarter of respondents are positive towards in kind gifts in Bulgaria while in Poland it is 9 % only. We also observe similarities in out-patient services consumption. Thus, three out of four respondents visited a physician; while 75 % among them paid for the service in Bulgaria (12,5 % informally). In contrast, 76,3% of Polish patients do not pay officially and/or informally. Still, a more negative attitude is observed among those patients and payers, who have not experience in informal payment.

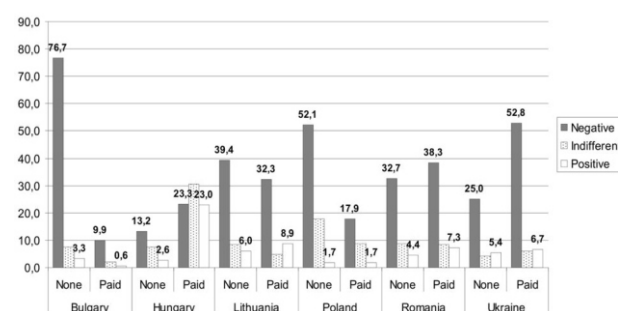


Fig. 1. Cross-country comparison of attitudes towards informal cash payments and experience of making informal patient payments for out-patient services (sum of total answers in one country is equal 100%), per cent.

Similarly, Romanians and Ukrainians seem also to have much in common. Three fourth of respondents express a negative opinion towards informal cash payments and 51,6% and 65% have a negative attitude towards giving in kind gifts in Ukraine and Romania respectively. The lowest consumption of out-patient services are reported in Ukraine (57,3%), while two thirds of the Romanians visit a physician. In both countries half of the patients state that they pay for services, and 54,2% and 64,8% of them pay informally in Romania and Ukraine respectively. Comparing attitudes and experience of giving informal payment, we find a higher negative attitude toward informal cash payments among those who paid informally in Ukraine.

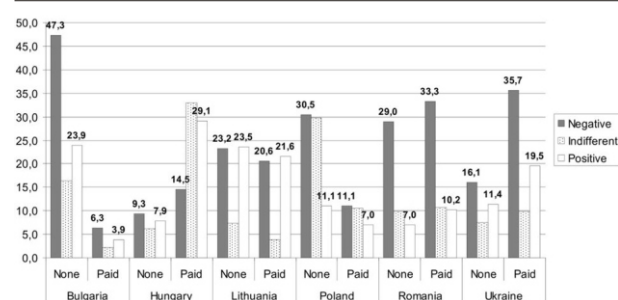


Fig. 2. Cross-country comparison of attitudes towards in kind gifts and experience of making informal patient payments for out-patient services (sum of total answers in one country is equal 100%), per cent.

Hungarians report the highest level of visiting physician (80%); 174 out of 826 respondents who visited physician make informal. Nevertheless, Hungarians do not express

totally negative opinion towards informal payments: 17 % and 30,6% express a positive attitude towards informal cash payments and in kind gifts respectively, however a significant part of respondents are indifferent (about 35 %). Interestingly however, a positive attitude is mostly reported by those, who had experience with informal payments.

We do not observe consolidated opinion and payment experience in Lithuania, where about half of respondents stated positive attitude towards in kind gifts; moreover, half of those who reported out-patient health care services consumption (73,1%) paid, and about half of them paid informally. The comparison of experience and attitude towards informal payments bring us to different distribution of answers in case of cash payment and in kind gift. Notably, when attitude towards informal cash payment is in focus, we observe prevalence of non-payers; however, if we consider attitudes towards in kind gifts, virtually the same percent of informal non-payers and payers report positive and negative attitude.

higher than the monthly income of the patient. At the same time, in kind gift has a value that corresponds to the patient's income (10). We have underlined in the questionnaire in-kind nature of the gift because of evidences that gifts are also can be requested (8).

The results do not suggest that a positive attitude towards informal patient payments is expressed by those who made an informal payment. Patients pay unofficially irrespectively of the attitude they have that can mean requested or expected payment. Further, attitudes towards informal payments are formed not only through personal payment experience (requested or nor), anti-corruption messages pronounced by mass-media and government may also form negative public attitude. Still, in order to find a correlation between attitude and experience of paying informally and a direction of this relation further research has to be done.

The explanation for differences in attitudes in the context of given payments can be found in economic, socio-cultural,

Table 1. Cross-country comparison of public attitudes towards informal patient payments, out-patient health care consumption, and incidents of payments for health care services.

* Statistically significant difference between the country estimate and the average estimate for all countries (χ^2 ; $p < 0.05$), ^a No sig. differences between Lithuania – Romania, Lithuania – Ukraine and Romania – Ukraine (Mann-Whitney U test; $p > 0.05$), ^b No sig. differences between Bulgaria – Ukraine, Hungary – Lithuania and Poland – Romania (Mann-Whitney U test; $p > 0.05$), ^c No sig. differences between Bulgaria – Lithuania, Bulgaria – Poland, and Lithuania – Poland (Mann-Whitney U test; $p > 0.05$), ^d No sig. differences between Hungary – Poland and Romania – Ukraine (Mann-Whitney U test; $p > 0.05$), ^e All countries differ significantly (Mann-Whitney U test; $p > 0.05$).

		Bulgarian sample		Hungarian sample		Lithuanian sample		Polish sample		Romanian sample		Ukrainian sample		Total - all respondents	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
What is your attitude towards informal CASH payments? ^a	Negative	819	84.8*	496	48.1*	725	72.2*	780	78.3	716	72.3	738	74.9*	4274	71.6
	Indifferent	100	10.4	360	34.9	113	11.3*	202	20.3	178	18.0	130	13.2*	1083	18.1
	Positive	47	4.9	175	17.0	166	16.5*	14	1.4*	96	9.7	117	11.9*	615	10.3
What is your attitude towards giving gifts IN KIND? ^b	Negative	522	54.5*	330	32.0*	449	44.7*	601	60.5	647	65.0*	508	51.6*	3057	51.2
	Indifferent	179	18.7*	386	37.4*	124	12.3*	304	30.6	203	20.4*	188	19.1*	1384	23.2
	Positive	257	26.8*	315	30.6*	432	43.0*	89	9.0*	146	14.7*	288	29.3*	1527	25.6
Have you visited physician (or a physician visited you) during the last 12 months? (out-patient) ^c	None	239	24.5*	207	20*	272	26.9	264	26.4	347	34.8*	426	42.7*	1755	29.2
	Visited	736	75.5*	826	80*	739	73.1	735	73.6	651	65.2*	572	57.3*	4259	70.8
Did you pay for these visits officially and/or informally? ^d	None	173	24.3*	594	72.7*	414	56.7	552	76.3*	270	44.2*	246	43.3*	2249	54.0
	Paid	540	75.7*	223	27.3*	316	43.3	171	23.7*	341	55.8*	322	56.7*	1913	46.0
Did you give an informal payment (cash payments and gifts in kind) for these visits? ^e	None	491	87.4*	53	23.3*	170	53.8	125	71.8*	158	45.8*	113	35.2*	1110	57.1
	Paid	71	12.6*	174	76.7*	146	46.2	49	28.2*	187	54.2*	208	64.8*	835	42.9

Therefore, the differences in attitudes towards in-kind gifts and informal cash payments are expected with regard to the nature of the payment. Cash payments are usually associated with a request and with a higher size; especially in case of surgery intervention the amount of the payment can be

ethical, and legal frameworks since the nature of the phenomenon is multi-dimensional (9). Meanwhile, we would underline the most important factors: reforms in health care sector like introduction of official payments and fighting with corruption on the state level (not only in health care).

These are the key characteristics of what have happened in Bulgaria and Poland last years. Studies on informal patient payments, that provide evidence on the scope and scale of this phenomenon, could lead policy-makers to evidence-based solutions to the problem of informal patient payments (12). This is particularly relevant to countries where informal patient payments are condoned by the government mainly because they are filling gaps caused by insufficient health care budgets (7).

CONCLUSIONS

The existence of positive and indifferent attitudes towards informal payments as reported in our study indicates a challenge for policy makers in Central and Eastern European countries. The acceptance of government initiatives aimed at the elimination of informal payments will largely depend on the governments' ability to create a social resistance towards these payments.

The successful implementation of such strategy is depended on the particular setting and the overall conditions in the country. The prevalence of corruption in society, as well as the attitudes of health care consumers, providers and policy-makers towards informal payments are crucial factors that need to be taken into account when implementing such strategies.

REFERENCE LIST

1. Belli P., Formal and informal household spending on health: a multi-country study in central and eastern Europe. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health; 2003.
2. Cockcroft A., N. Andersson, S. Paredes-Solis, D. Caldwell, S Mitchell, D. Milne, S. Merhi, M. Roche, E. Konceviciute, R. Ledogar., An inter-country comparison of unofficial payments: Results of a health sector social audit in the Baltic States.- BMC Health Serv Res, **8**, 2008, 15.
3. Ferman L.A., L.E. Berndt., In S. Henry (Ed.), Can I have it in cash? A study of informal institutions

and unorthodox ways of doing things. London: Astragal, 1981.

4. Gaal P., P.C. Belli, M. McKee, M. Szocska., Informal payments for health care: definitions, distinctions, and dilemmas.- J Health Polit Policy Law, **31**, 2006, No.2, 251-291.
5. Harding P., R. Jenkins: The myth of the hidden economy. Milton Keynes: Open University Press, 1989.
6. Health Consumer Powerhouse, Euro health consumer index 2009. European Commission, Brussels, 2009.
7. Lewis M., Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries.- Health Aff, **26**, 2007, 984-997.
8. Lewis M., In World Bank. Europe and Central Asia Region Washington D.C. USA; 2000.
9. Pavlova M., T. Stepurko, V.S. Goreev, S. Tomini, I.Gryga, W. Groot., Informal patient payments for health care services: policy challenges and strategies for solutions. Academic J Pubic Health, **VIII**, 2010, No.1, 5-11.
10. Stepurko, T., M. Pavlova, I. Gryga, W. Groot., Empirical studies on informal patient payments for health care services: A systematic and critical review of research methods and instruments. BMC Health Serv Res, **10**, 2010, 273.
11. Thompson R., S. Witter., Informal payments in transitional economies: implications for health sector reform.- Int J Health Plan Management, **15**, 2000, 169-187.
12. WHO. European health care reforms: Analysis of current strategies. Copenhagen: WHO; 1996

ACKNOWLEDGEMENT

The study is financed by the European Commission under FP7 Theme 8 Socio-economic Sciences and Humanities, Project ASSPRO CEE 2007 (GA no. 217431). The views expressed in this publication are the sole responsibility of the authors and do not necessarily reflect the views of the European Commission or its services.

ЕФЕКТА НА ПОТРЕБИТЕЛСКИТЕ ПЛАЩАНИЯ ВЪРХУ ДОМАКИНСКИТЕ БЮДЖЕТИ В БЪЛГАРИЯ

Атанасова Е., Ем. Мутафова, Т. Костадинова

*Катедра по икономика и управление на здравеопазването,
Факултет по обществено здравеопазване, Медицински университет – Варна*

Ключови думи: домакински бюджети, потребителски плащания, здравни услуги

УВОД

През последното десетилетие делът на плащанията със собствени средства в България е значително по-висок (42,2 % за 2008 г.) в сравнение с другите страни – членки на Европейския съюз (7). Ниската осигуреност с финансови средства от публични източници доведе до „компенсаторно захранване” на здравната система с частни източници. По този начин домакинските бюджети поеха почти половината от издръжката на новата здравноосигурителна система. Домакинските разходи за здраве непрекъснато нарастват от 3,6% (2000) на 5,2% (2010) от общите разходи или в номинално изражение гражданите плащат 5 пъти повече за медицински услуги (официално и неформално) за посочения период (4). Това показва, че солидарния принцип на финансиране на здравната система е нарушен за сметка на увеличаващите се лични разходи на домакинствата. Успоредно с това се наблюдава неравномерно разпределение на тази тежест между различните социално-икономически групи.

ЦЕЛ

Целта на настоящия доклад е да се представят ефектите от пациентските плащания върху домакинските бюджети

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проучването се основава на комплексна методика, която включва анализ на статистическата информация относно домакинските бюджети и източниците на финансиране на здравеопазването, както и количествени методи. Количествените данни са събрани чрез представително социологическо проучване, проведено през юли 2010 г. с над 1000 респонденти. За анализа на данните е използвана сравнителна статистика.

Address for correspondence:

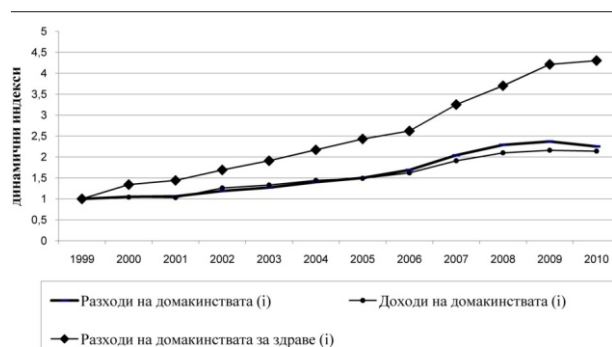
Е. Атанасова, Катедра по икономика и управление на здравеопазването, ФОЗ, МУ - Варна, ул. "Марин Дринов" 55, гр. Варна, 9002
e-mail: elka1105@yahoo.com

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЯ

Преходът към новите пазарни отношения в България беше съпроводен от процес на преразпределение на ресурси и блага, който задълбочи различията в доходите на населението, крайна проява на която е бедността и социалната изолация (2). Връзката между бедността и здравето е отдавна доказана и независимо кой подход е използван за определяне на бедността, тя се явява като един от най-важните детерминанти на влошеното здраве. В структурата на бедните домакинства по социално-икономически признак преобладават домакинствата на безработните и икономически неактивните. Индикаторът Ласкен за измерване равнището на бедност, показва тенденция на нарастване от 13,9% (2006) на 14,7% (2009), като най-висок е ръстът при безработните лица – от 35,8% до 44% за същия период (3). Нивото на бедност при заетите лица е едва 5,7%. Наблюдението на домакинските бюджети отразява поведението на домакинствата по отношение на приходите и разходите, които те извършват. Общият доход на домакинствата включва паричния доход (получен от работна заплата, самостоятелна заетост, собственост, пенсии, социални обезщетения и помощи, регулярни трансфери от други домакинства и др.) и остойностените натурални приходи. Основен източник на доходи за домакинствата е работната заплата. През 2010 г. тя формира 48,7% от общия им доход, а през 2009 г. е формирала 49,9%. Данните от националната статистика отчитат също намаляване на доходите на домакинствата от работна заплата в номинално изражение – от 1 928 лв. средно на лице през 2009 г. на 1 857 лв. през 2010 г. Влошените макроикономически показатели за безработицата и заетостта през 2010 и първото тримесечие на 2011 година, дават своето отражение върху намаляване на разполагаемите доходи на потребителите, както и върху средствата постъпващи в осигурителните фондове.

В периода 1999–2010 г. индексът на нарастване на общия доход на домакинствата е 2,14, докато индексът на нарастване на общите домакински разходи е 2,25. В същото време разходите на домакинствата за здравеопазване са нарастнали 4,3 пъти. Цифрите ясно показват значителното увеличаване на разходите на домакин-

ствата за покриване на здравни нужди и демонстрират ефекта от променения начин на финансиране на здравната система (фиг.1).



Фиг.1 Динамични индекси на разходите и доходите на домакинствата

Разходите на българските домакинства през 2010 г. са се свили с 1,7% спрямо 2009 г., като 85-86% са похарчени за задоволяване на потребностите, а 3,8% за плащане на данъци. Разходите за здравеопазване и съобщения средно на лице бележат постоянен темп на покачване в структурата на разходите на домакинствата, което означава че разполагаемите им доходи намаляват за посрещане на друг вид потребление (4).

От началото на здравната реформа публичните разходи за здраве като дял от общите разходи са намалели чувствително, докато дялът на средствата заплащани директно от пациента се е увеличил с повече от 10% (1). Представително социологическо проучване проведено през юли 2010 г в рамките на проект „ASSPRO CEE 2007“ (финансиран от Европейската комисия), който цели да анализира потребителските такси в сферата на здравеопазването, осъвременява и представя нови данни свързани с потребителските плащания в страните партньори по проекта (България, Литва, Румъния, Украйна, Полша, Унгария). В пилотно проучване предшествашо представителното проучване бе изразена сравнително висока готовност за официални плащания от страна на българските потребители, за да получат услуги с по-добро качество и бърз достъп (1). Данните от проучването са разделени в няколко части, кореспондиращи с различни аспекти на потребителските плащания. Направено е разграничение на плащанията за извънболнична и болнична помощ за последните 12 месеца, които включват и неформални плащания. Посещенията в извънболничната помощ включват визити при общопрактикуващи лекари и специалисти, както и специалисти от частния сектор. В хоспитализациите са включени планови и спешни операции, както и дневно лечение.

По отношение на извънболничната помощ, резултатите показват, че тежестта на плащанията от джоба са най-високи за потребителите с нисък месечен семеен бюджет, като най-голямата сума се поема от възрастовата група между 40 и 59 години (средно 137 лева). Същата група има втори по размер средни плащания за хоспитализация (296 лева) след групата на респонден-

тите под 40 години, с месечен бюджет на лице от домакинството между 200 и 300 лева.

В социално-демографският профил на анкетираните, плащанията за извънболнична помощ са най-високи за: хора с основно образование, живеещи на село, тези които възприемат здравословното си състояние като лошо, както и лицата с хронични заболявания. Не бива да се забравя, че именно при тях е затруднен достъпа до здравна помощ в повечето случаи.

При хоспитализациите през последната година ефектът на плащанията е значителен за респондентите със средно образование, за живеещите в градовете, а също така и за хората със социално-здравно осигуряване.

Едновременно с формалните плащания, българският пациент изпитва товара и на неформални плащания. Те са характерни за всички сфери на социално-икономическия живот у нас, но в здравеопазването придобиват нови, още по-неприемливи характеристики. Сферата на здравните услуги заема едно от челните места с най-голяма корупция (до 40%) през 2007 г, според изследване на Витоша Рисьрч (5). Въпреки, че превенцията и противодействието на корупцията в здравеопазването е между най-важните приоритети на антикорупционния дневен ред, неформалните плащания за здравни услуги, разгледани като кешови плащания от благодарност или подаръци в натура, за които няма официално издаден финансов документ продължават да съществуват и да натоварват семейните бюджети. Средно 133 лева за доболнична помощ и 203 лева за болничната помощ са неформалните плащания на респондентите със месечен бюджет на лице от домакинството от 200 до 300 лева.

Бремето на разходите за здравеопазване на българските граждани е значително и с ясна тенденция към нарастване. Особено тревожно и абсолютно неприемливо изглежда тя в случаите, в които се превръща във финансова бариера за търсене на медицинска помощ. В тази връзка тревожен резултат от проучването е процента на анкетираните, които са пропуснали визити при общопрактикуващите лекари или специалистите поради невъзможност да заплатят за търсената услуга. 41% от извадката на лицата с нисък месечен бюджет на член от семейството са се сблъскали с този проблем. Често начинът за справяне с тази ситуация е вземане на финансови средства на заем. В зависимост от месечния семеен бюджет тази сума варира средно от 164 до 510 лева за извънболничната помощ и от 286 до 570 лева за хоспитализация.

Сравнителният анализ между страните участнички в проучването показва, че пациентите най-често срещат финансови бариери когато използват здравни услуги в Украйна и Румъния, следвани от България и Литва. Групите от населението, които са значително изложени на риск са ниско доходните групи, които не могат да плащат (България, Полша), хората в лошо здравословно състояние (Румъния) и лицата живеещи в селските райони (Украйна, Унгария) (6).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На фона на очертаната тенденция на утежняване на домакинските бюджети със здравни разходи се забелязва диференциация на процеса според социално-икономическия статус на семействата. Тежестта на тези разходи е значително по-сериозна за бедните и болни слоеве от населението, които се оказват най-уязвими и потърпевши по отношение на разходите за здраве. Пациентските плащания имат измерим ефект върху домакинските бюджети, който през следващите години ще става все по-силно изразен в ущърб на пациентите, ако не бъдат предприети навременни политически действия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атанасова Е., Ем. Мутафова, М. Павлова., Готовността за плащане за здравна помощ на българския пациент в условия на криза. Сборник с доклади от юбилейна научна конференция с международно участие „Световната криза и икономическото развитие”, Икономически университет, Варна 13-14 май, 2010, 147-156
2. Гичева В., Доходно неравенство, бедност и политики за тяхното редуциране в България. Афто-реферат, УНСС, София, 2009
3. Мутафова Ем., Ж. Рангелова, Т. Костадинова, Д. Томов, К. Докова, А. Димова, Е. Атанасова., Бедност и здраве – резултати от социологическо изследване сред социално слаби и безработни лица. Сборник с доклади от юбилейна научна конференция с международно участие „Здравеопазването през 21 век”, Медицински университет, Плевен 30 септ.-2 окт., 2010, 64-67
4. НСИ, <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=21>, 2010
5. Пашев К., Корупцията в здравеопазването в България. Център за изследване на демокрацията, София, 2007
6. <http://www.assprocee2007.com/SeminarASSPROCEE2007MAY1618BudapestMTambor.pdf>
7. WHO, <http://www.who.int/nha/country/bgr/en/>, 2010

HOUSEHOLD HEALTH CARE SPENDING AND HEALTH CARE REFORMS IN SERBIA

Arsenijevic J.¹, M. Pavlova¹, W. Groot^{1,2}

¹ *Department of Health Services Research, CAPHRI, Maastricht University Medical Center,
Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, The Netherlands*

² *Topinstitute Evidence-Based Education Research (TIER), Maastricht University, The Netherlands*

Acknowledgement: The study is financed by the European Commission under the 7th Framework Programme, Theme 8 Socio-economic Sciences and Humanities, Project ASSPRO CEE 2007 (Grant Agreement no. 217431). The views expressed in this publication are the sole responsibility of the authors and do not necessarily reflect the views of the European Commission or its services.

Abstract: The aim of this paper is to provide empirical data on out-of-pocket, indirect and informal payments in ambulatory health care and state hospitals and to study the catastrophic effects that these payments can produce for households' budget. For this purpose, household data collected in Serbia in 2007 are used. The health care system in Serbia, inherited compulsory health insurance from SFRJ (Socialist Federal Republic of Yugoslavia) based on 12.3% payroll taxes. In 2002, after the political change in the country, the Ministry of Health officially introduced the health care reforms as a part of transitional reforms. One of the aims of these reforms was to obtain a clear picture about the flow of the money in health care system. In 2005, it became clear that Serbia spent 5.33 % of GDP on public health services, and 8 % of GDP for total health expenditure. This was comparable to other countries in the region but higher than in EU countries. This paper focuses on the relation between out-of-pocket payments by Serbian households and poverty that can be related to health care spending. Although it is expected that official co-payments will decrease informal payments, this is not always observed in practice. Some patients use service that required co-payment, but do not pay. This might imply possible informal payments. The recent research has shown the catastrophic effects of out-of-pocket payments not only in low and middle income countries, but also in some OECD countries. Our results also indicate that out-of-pocket patient payments have a catastrophic effect on poor households in Serbia. Moreover, households that are above the absolute and relative poverty lines respectively, after the subtraction of out-of-pocket payments fall below these poverty lines. Thus, our research shows, that no matter which approach we apply, the out-of-pocket patient payments in Serbia create a substantial burden on households. Nevertheless, it is important to apply different approaches since the nature of poverty is more complex and also includes subjective perceptions. Future policy in Serbia should aim to protect vulnerable groups, especially chronically sick patients and people from rural areas.

Key words: household health care expenditure, health care reforms, Serbia

INTRODUCTION

The aim of this paper is to provide empirical data on out-of-pocket, indirect and informal payments in ambulatory health care and state hospitals and to study the catastrophic effects that these payments can produce for households' budget. For this purpose, household data collected in Serbia in 2007 are used.

The lack of the evidence-based papers in the field of health care finance in Serbia, and specifically on out-of-pocket payments, makes this paper important from scientific as well as

from practical point of view. The variation in out-of-pocket payments across population groups can indicate certain inequalities health care access and financing (Philips, 2003). The impoverishing effect of the household health care spending in this region is reported by Bredenkamp et al. (2010). Moreover, recent research shows an increasing problem of institutional corruption in Serbia followed by informal patient payments (CESID, 2011). The large share of out-of-pocket payments is a trigger for catastrophic health care expenditure. Since Serbia is country with ongoing health care reforms, we have found our research even more relevant.

Background information - the Serbian health care system

The health care system in Serbia, inherited compulsory health insurance from SFRJ (Socialist Federal Republic of Yugoslavia) based on 12.3% payroll taxes (Gajic-Stevanovic et al., 2010). The public health sector was

Address for correspondence:

J. Arsenijevic, Department of Health Service Research, CAPHRI, Maastricht University Medical Center, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, PO Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands
e-mail: j.arsenijevic@maastrichtuniversity.nl

mainly financing from state revenues via the National Health Insurance Fund (the Fund), which was founded by the state. The Fund itself was financed by the Serbian Ministry of Finance, personal payroll taxes, and strong state companies. The objective was to provide comprehensive health care to the majority of population. There were no official co-payments for health care services.

During the last 15 years (a period of high inflation, civil war and NATO bombing), the Fund experienced considerable deficit. This was mostly due to the fact that two million employees were financing the health care system used by nine million citizens, including seven million unemployed or not working individuals (e.g. students, retired persons, pregnant women and people with disabilities). The gap between expenditures and revenues becomes visible. This situation “opened the door” to informal patient payments (even though the existence of these payments is officially denied). Moreover, indirect payments for health care are also present in Serbia. The indirect payments refer to patient’s spending on materials, medicines and/or equipments that patients bring with them when hospitalized or treated, although these items should be obtained by the patients from the polyclinics and hospitals free-of-charge.

gion but higher than in EU countries (WHO, 2005). Today, Serbia introduces a National Health Account System, but it still remains hard to define the flows of the money in the health care system mostly due to the existents of informal payments and unregistered formal out-of-pocket payments.

Background information – measuring the effect of patient payments of poverty

This paper focuses on the relation between out-of-pocket payments and poverty that can be related to health care spending. Although it is expected, that official co-payments will decrease informal payments, this is not always observed in practice (Wagstaff, 2004). Some patients use service that required co-payment, but do not pay. This might imply possible informal patient payments (e.g. gifts in kind). Moreover, formal co-payments alone can also represent a significant burden for poor households (Ensor, 2004). The recent research has shown the catastrophic effects of out-of-pocket payments not only in low and middle income countries, but also in some OECD countries (Wagstaff, 2004). Although some low- and middle-income countries have introduced compulsory insurance, out-of-pocket payments still present a large proportion in

Table 1. Distribution of respondents who used health care, across poverty groups and consumption groups
^a Absolute poverty line of 8883 CSD per household member per month, ^b Relative poverty line of 11283 CSD per household member per month, ^c Consumption-based poverty line of 8883 CSD per household member per month/

Variable	Income categories ^{a,b}	Consumption-based categories ^c		
		Poor	Non poor	Total sample
		N (% total sample)	N (% total sample)	N (% total sample)
Average income per household member	absolute poverty line	223 (4.5%)	2277 (45.9%)	2500 (50.3%)
	> absolute poverty line relative poverty line	12 (0.2%)	479 (9.6%)	491 (9.9%)
	> relative poverty line average net income	40 (0.8%)	1336 (26.9%)	1376 (27.7%)
	> average net income	9 (0.2%)	590 (11.9%)	599 (12.1%)
Average income per household member after subtracting the household health care spending	absolute poverty line	224 (0.5%)	2568 (51.7%)	2792 (56.2%)
	> absolute poverty line relative poverty line	11 (0.2%)	366 (7.4%)	377 (7.6%)
	> relative poverty line average net income	40 (0.8%)	1199 (24.1%)	1239 (24.9%)
	> average net income	9 (0.2%)	549 (11.1%)	558 (11.2%)

The private health care sector in Serbia is still not adequately involved in health care provision. The private health insurance exists, but it is not possible to use it in a practical situation.

In 2002, after the political change in the country, the Ministry of Health officially introduced the health care reforms as a part of transitional reforms. One of the aims of these reforms was to obtain a clear picture about the flow of the money in health care system. In 2005, it became clear that Serbia spent 5.33 % of GDP on public health services, and 8 % of GDP for total health expenditure (World Bank, 2009a). This was comparable to other countries in the re-

the health care financing of these countries including both formal co-payments and informal (unofficial) payments.

However, a previous study of 89 countries has shown that the more the finance of health system relay on out-of-pocket payments, the more households face the catastrophic burden (Xu et al., 2006). The aim of every well designed health policy is to prevent the catastrophic burden for health care users and sustain the accessibility of health care (Balabanova et al., 2004). Therefore, previous research has examined the effects of out-of-pocket payments on household’s budget using two different approaches-catastrophic health care expenditure and impoverishing effects.

The first one, known as catastrophic health care expenditure, defines health care spending as catastrophic if it exceeds certain percentage of the total household income or expenditure (Xu et al., 2007). This percentage can fluctuate from 5- 20 % up to 40% (Habicht et al., 2007). However, there is no consensus which threshold should be used. The approach of catastrophic health care expenditure has been widely used in previous research not only to examine the incidence of poverty but also to identify the most vulnerable households or to explore the influence of insurance on health care spending (Wagstaff & van Doorslaer, 2003; Xu et al., 2003; Russel, 2004; van Doorslaer et al., 2007).

The second approach is known as impoverishing effects. It is defined as the proportion of households that go below the poverty lines after the health care spending is subtracting from their total income or consumption (Wagstaff, 2008). It is based on the comparison between the incidence of poor in certain sample before and after the subtraction of health care spending of the household. For the calculation of the impoverishing effect of out-of-pocket payments, as a threshold, the absolute (Ravallion, 1998) and/or relative (Foster, 1998) poverty lines are used (Wagstaff & van Doorslaer, 2003). Previous research that applied this approach, has reported a higher incidence of poverty after subtracting the health care costs among chronically sick users, particularly people on chemotherapy and renal dialysis (Wagstaff & van Doorslaer, 2003; Knaul et al., 2006).

METHODS

The LSMS database for 2007 that we use in our study, provides information for 17375 participants divided in 5557 households. Data contain the variables regarding the outpatient and inpatient health care spending. This includes official copayments, indirect payments and informal patient payments. Also, the database contains the variable that presents the expenditure based on consumption per household member. Income was calculated also per household member per year. The income variable summarizes several variables that indicate the total household income, which includes: income from main job, income from additional job, remaining back pay, other allowance from main job, temporarily allowance, severance pay, and allowance from employment services, pension accomplished in our country and foreign pension. We calculate the catastrophic health care expenditure using as a base both expenditure and income. Also, we use different thresholds from 10% to 40% to present the catastrophic effects of health care spending.

To measure the impoverishing effect of health care spending based on income, we also create income-based poverty categories. Based on this, we create an additional categorical variable, which indicates whether the income per household member per month is:

- less than the absolute poverty line of 8883 CSD,
- between the absolute poverty line of 8883 CSD and relative poverty line of 11283 CSD,

- between the relative poverty line of 11283 CSD and average net income of 36610 CSD,
- more than the average net income of 36610 CSD.

All poverty lines listed above, are multiplied by 12 to obtain an annual estimation. To assess the impoverishing effect of health care spending, we have calculated the percentage of poor among respondents regarding two criteria: based on poverty groups and based on consumption level. We repeat the same analysis after subtracting health care expenditure.

RESULTS

From 17375 participants, 4976 (28.6%) have reported that they have been using health care service during the 2007. Within the group of health care users, 50.3% of the respondents are classified as poor based on their income. After the subtraction of the household health care spending, this percentage increased to 56.2%. These results are presented in table 1

The table 2 shows that 31.2% of households have spent 40% or more of their total household expenditure on health care. This result is based on using consumption as indicator of wellbeing. When income is used as indicator of wellbeing, this number increases up to 38.2 %

Our results indicate that irrespective of the approach applied, out-of-pocket patient payments have a catastrophic effect on poor households in Serbia. Moreover, households that are above the absolute and relative poverty lines respectively, after the subtraction of out-of-pocket payments fall below these poverty lines.

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

Our research shows that no matter which approach we apply, the out-of-pocket patient payments in Serbia create a substantial burden on households. Nevertheless, it is important to apply different approaches since the nature of poverty is more complex and also includes subjective perceptions.

Future policy in Serbia should aim to protect vulnerable groups, especially chronically sick patients and people from rural areas. Moreover, the clear and simple exemption policy should be the first step in protecting vulnerable groups. Additional attention should be paid on the application of the exemption mechanism. Moreover, private hospitals in Serbia are not included in the system of compulsory health insurance (Gajic-Stevanovic, 2010). Serbian patients use private health care services given the access-related problems in the public health care sector (e.g. long waiting times). The development of the private health care sector could be important in dealing with informal patient payments.

Currently, the main focus of the Ministry of Health in Serbia is to provide better equipment and technical conditions for polyclinics and hospitals. The problem of informal patient payments is neglected. The health care reforms should be more transparent with clear attitudes regarding the informal patient payments. However, the shadow nature of indi-

rect payments represents even more serious problem than informal payments. Besides the difficulties in detecting these payments, the current laws do not recognize these indirect payments as corruption or bribes. Policy makers should pay more attention in the future on preventing the informal and indirect patient payments.

Table 2. Incidents of catastrophic health care expenditure

^a Calculated as follows: (total health care expenditure / total household expenditure) * 100, ^b Calculated as follows: (total health care expenditure / total household income) * 100/

Household health care expenditure as a percentage of total household expenditure ^a					
	Up to 10%	More than 10% up to 20%	More than 20% up to 30%	More than 30% up to 40%	More than 40%
N (% total sample)	2316 (41.7)	720 (13.0)	451 (8.1)	337 (6.1)	1733 (31.2)
Household health care expenditure as a percentage of total household income ^b					
	Up to 10%	More than 10% up to 20%	More than 20% up to 30%	More than 30% up to 40%	More than 40%
N (% total sample)	1781 (32.0)	489 (8.8)	336 (6.0)	301 (5.4)	2120 (38.2)

The experience from Serbia regarding the catastrophic effects of out-of-pocket patient payments could have implications for other countries in transition particularly for countries with similar inherited health systems like ex-Yugoslavia Republics or Eastern and Central European countries.

REFERENCES

- Balabanova D., McKee M., Pomerleau J., et al.,(2004). Health service utilization in the Former Soviet Union: evidence from eight countries. *Health Services Research*, **39**, 1927-1949.
- Bredenkamp C., Mendola M., & Gragnolati, M.,(2010).Catastrophic and impoverishing effects of health expenditure: new evidence from the Western Balkans. *Health Policy and Planning*, article in press: doi: 10.1093/heapol/czq070 First
- Gajic-Stevanovic M., Dimitrijevic S., Vuksa A., & Jovanovic D., (2010). Health care system and expenditure in Serbia from 2004 to 2008 (in Serbian). Belgrade: Institute of Public Health of Serbia.
- Ensor T., (2004). Informal payments for health care in transition economies. *Social Science & Medicine*, **58**, 237-46.
- Foster JE., (1998). Absolute versus relative poverty. *American Economic Review*, **88** (2), 335-341.
- Habicht J., Xu K., Couffinal A., & Kutzin J.,(2006). Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy and Planning*, **21** (6), 421-431.
- Knaul FM., Arreola-Ornelas H., Mendez-Carniad, O., Bryson-Cahn C., Barofsky J., et al.,(2006). Health System Reform in Mexico 4 - Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *Lancet*, **368**, 1828-1841.
- Ravallion M., Poverty lines in theory and practice. LSMS working paper no. 133. Washington, DC: World Bank, 1998.
- Russell S., (2004). The economic burden of illness for households in developing countries: a review of studies focusing on malaria, tuberculosis, and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, **71**(Suppl. 2), 147-155.
- Xu K., Saksena P., Jowett M., Indikadahena C., Kutzin J., & Evans D., (2010). Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. *World Health report*, Background Paper, 19.
- Xu K., Evans D., Kawabata K., Zeramdini R., Klavus J. & Murray CHL., (2003). Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis. *Lancet*, **362**, 111- 117.
- Xu K., Evans DB., Carrin G., Aguilar-Rivera, AM., Musgrove P. & Evans T., (2007). Protecting households from catastrophic health spending, *Health Affairs*, **26**, 972-983.
- Van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, et al. (2006). Effect of payments for healthcare on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *Lancet*, **368**, 1357-1364.
- Van Doorslaer E., O'Donnell O., Rannan-Eliya R., Somanathan A., Adhikar SR., Akkazieva B., Harbianto D., Garg C., Hanvoravongchai P., Herrin A., Huq M., Ibragimova S., Karan A., Lee TJ., Leung G., Lu JFR., Ng CW., Pande B., Racelis R., Tao S., Tin K., Trisnantoro L., Vasavid C., Yang BM., Zhao Y., (2007). Catastrophic payments for healthcare in Asia. *Health Economics*, **16**(11), 1159-1184.
- Wagstaff A., (2008). Measuring Financial Protection in Health. *Policy Research Working Paper Series* 4554. The World Bank.
- World Bank 2008. *World development indicators 2008*. Washington, DC: International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- World Bank. Project paper on a proposed additional financing loan to the Republic of Serbia for the health project. Washington (DC): World Bank.

ПРОМЕНИ В СТРУКТУРАТА НА ПРОФЕСИОНАЛНАТА ПАТОЛОГИЯ В УСЛОВИЯТА НА ФИНАНСИРАНЕ ОТ НЗОК

Димитрова Л., В. Несторова, Ив. Джеджев

*Катедра физиотерапия, рехабилитация, морелечение и професионални заболявания,
МУ Варна*

РЕЗЮМЕ

Професионалната патология е многопрофилна дисциплина, с изключително разнообразие от нозологични единици, включени в клинични пътеки на различни дисциплини, при непълно съответствие на професионалната нозология със списъка по професионални болести. Цел на настоящото проучване е анализ на структурата на професионалните заболявания, диагностицирани и лекувани в Клиника по професионални заболявания към МБАЛ „Св. Марина” – Варна и проследяването ѝ в условията на бюджетно финансиране и това от НЗОК; влияние на работата по клинични пътеки върху дигностично-лечебния процес и експертизата на професионално болните. Материал и методи: Осъществено е ретроспективно проучване на структурата на професионалната заболяемост за периода 1995–2010 година вкл. Проследени са нозологичните единици в три основни периода: 1995 – 2000 г. (бюджетно финансиране); 2001 – 2005 г. (частично финансиране от НЗОК) и 2006 - 2010 г. (финансиране от НЗОК). За проучването са ползвани данните от епикризите на болни, пролежали в Клиника по професионални заболявания; Експертно решение на Регионална ТЕЛК по професионални заболявания – Варна; Регистрационна карта на лице с професионално заболяване. Статистически обработена е структурата по години и периоди както на основните, така и на придружаващите заболявания, проследявайки позицията на професионалната патология в зависимост от изискванията на клиничната пътека. Резултати и обсъждане: Анализът на резултатите установи значителни различия в структурата на професионалната заболяемост в различните условия на финансиране, поради взаимовръзката на патологията на пролежалите болни с изискванията на лечебната дейност по клинични пътеки. Доказано относителният дял на вегетативната полиневропатия на крайниците през първия период е 26,21%, то за периода 2005–2010 г. е само 7,24%; заболяванията на опорно-двигателния апарат от 10,40% за първия период, намаляват до 2,75% през третия; праховата патология почти липсва през последните 5 години (от 12,06% до 0,55%), поради невъзможност за прием на лица с такива заболявания. Работата по клинични пътеки налага професионалните заболявания често да присъстват като придружаващи заболявания или отделни синдроми. Дискутирани са проблемите, свързани с диагностицирането, лечението и експертизата на професионалните заболявания при посочените условия, както и тревожната тенденция за рязко намаляване на регистрираната професионална заболяемост.

Лечебната дейност в областта на професионалната патология, свързана с експертни, социални и правни последиствия, се извършва в съответствие със специфични за дисциплината изисквания. От изключително значение за практическата дейност в тази област – профилактична, лечебна, експертна и рехабилитационна, е точно осъществяването на професионалните болести (4). С въвеждането на финансиране по здравна каса, отчитането на лечебната дейност е по съответните клинични пътеки, с фиксирани в тях нозологични единици. Поради изключителното многообразие от нозологични единици в профпатологията и липсата на самостоятелни клинични пътеки, то отделни професионални заболявания са включени в клинични пътеки на различни дисциплини, при непълно или липса на съответствие на нозологията с изискванията

към дисциплината (клиничната диагноза да съответства точно на посочената диагноза в Списъка по професионални болести)(5).

ЦЕЛ

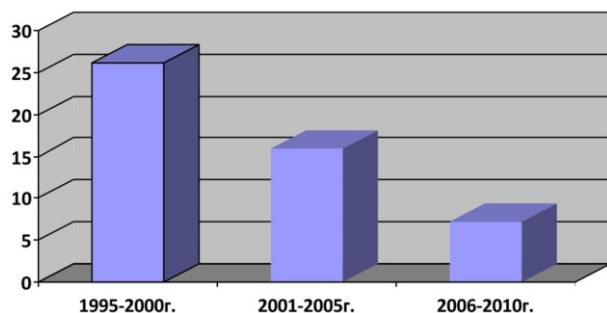
Цел на настоящото проучване е анализ на структурата на професионалните заболявания, диагностицирани и лекувани в Клиника по професионални заболявания към МБАЛ „Св. Марина” – Варна и проследяването ѝ в условията на бюджетно финансиране и това от НЗОК; влияние на работата по клинични пътеки върху дигностично-лечебния процес и експертизата на професионално болните (3).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Осъществено е ретроспективно проучване на структурата на професионалната заболяемост за периода 1995–2010 година вкл., регистрирана в Клиника по професионални заболявания – Варна. Проследени са нозологичните единици в три основни периода: 1995 – 2000 г. (бюджетно финансиране); 2001 – 2005 г. (частично финансиране от НЗОК) и 2006 - 2010 г. (финансиране от НЗОК). За проучването са ползвани данните от епикризите на болни, пролежали в Клиника по професионални заболявания; Експертно решение на Регионална ТЕЛК по професионални заболявания – Варна; Регистрационна карта на лице с професионално заболяване. Статистически обработена е структурата по години и периоди както на основните, така и на придружаващите заболявания, проследявайки позицията на професионалната патология в зависимост от изискванията на клиничната пътека.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

През работните три периода, обособени в зависимост от финансирането на лечебната дейност, е проследен, съпоставен и обсъден относителният дял на водещи в структурата професионални заболявания (7).

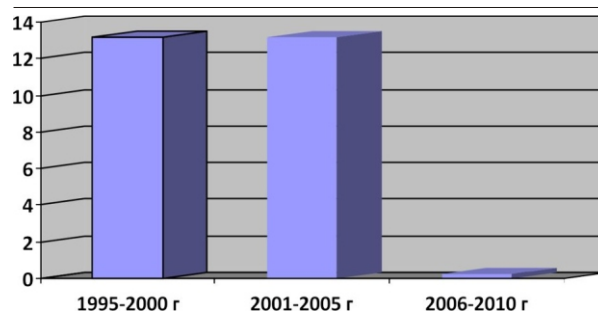


Фиг.1. Вегетативна полиневропатия на горни крайници

Едни от най – разпространените професионални заболявания, свързани с увреждания на периферна нервна система, причинени от пренапрежение и микротравматизации, са вегетативна полиневропатия (ВПНП) на горни крайници, вегетодистония и вторичен Рейно – феномен(2). През първия период с бюджетно финансиране (1995 – 2000 г.), относителният дял на лекуваните болни с вегетативна полиневропатия на крайниците е значителен – 26,21%. Влиянието върху относителния дял на ВПНП през втория период (2001 – 2005 г., с частично финансиране по НЗОК), намалял чувствително до 15,88%, вероятно е комплексно: постепенна тенденция за намаляване относителния дял болни с тази патология, дискутирана в други наши проучвания(1,2); по-голям относителен дял на приетите болни със заболявания, финансирани от НЗОК. През третия период (2006 – 2010 г., изцяло финансиран от НЗОК), лекуваните заболявания са лимитирани от до-

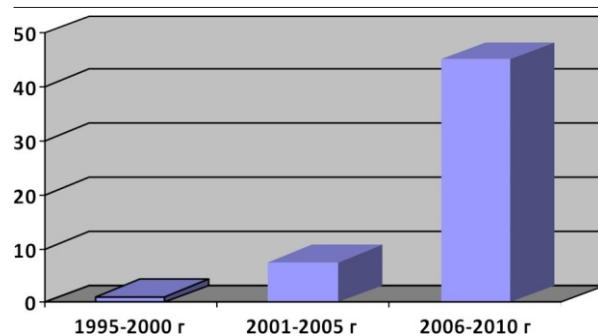
говорените клинични пътеки. В тях липсва диагноза „Вегетативна полиневропатия на крайниците” и относителният дял на лекуваните болни през третия период е едва 7,24% (финансирани за кратък период от време от ФУТ /Фонд условия на труд към Министерството на труда и социалните грижи/) (Фиг.1).

Демонстративна е динамиката при пациенти с диагноза „Ангioneвродистония вегетативна на крайниците”. Относителният им дял през първия и втори период е постоянен – 13, 18% и 13, 14%. През третия период, при невъзможност за стационарно лечение на болен с така формулирана диагноза – относителният дял е 0, 27% (Фиг.2).



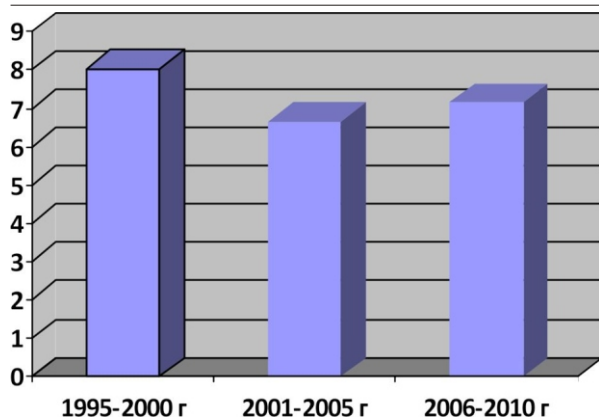
Фиг.2. Ангioneвродистония на крайниците

Синдромът на Рейно, като професионално заболяване е със сравнително нисък относителен дял в сравнение с уврежданията на вегетативната нервна система (6). През първия период (1995 - 2000 г.) честотата му е 0,97%. (Фиг.3). Освен като самостоятелно заболяване, Рейно феноменът присъства като синдром в клиничната картина на голям брой професионални болести, причинени от пренапрежение на крайниците, микротравми и вибрации. Поставянето в тези случаи на клинична диагноза Синдром на Рейно е адекватно на част от уврежданията и не съответства на изискванията за етиологична диагноза в профпатологията и на широката гама от увреждания на множество структури. Но преимущественото приемане на болни с тази диагноза, включена в клинична пътека, води до нарастване на относителния ѝ дял през втория период до 7,45%. Финансирането на лечебната дейност през третия период само от НЗОК, е причина за изключително високия относителен дял на Синдром на Рейно през третия период – 45,10%.



Фиг.3. Синдром на Рейно

Значително по-малки са колебанията в относителния дял на Вибрационната болест, а именно – I период – 8,04%; II – ри период – 6,66% и трети период – 7,17%. При въвеждането на лечебна дейност по клинични пътеки, в КП 290 е включена диагноза „Въздействие на вибрации“, която дава възможност за стационарно лечение на пациенти с Вибрационна болест (Фиг.4).

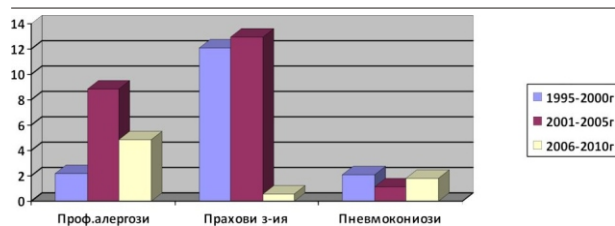


Фиг.4. Вибрационна болест

Сред водещите по честота професионални заболявания са тези на дихателната система (8). Професионалните алергози, праховите заболявания на дихателни пътища и пневмокониозите са заболявания с необходимост и от стационарно лечение. Относителният дял на лекуваните професионални алергози (Бронхиална астма, Алергичен ринит и др.) през първия период е 2,21%. (Фиг.5.) В периода на смесено финансиране те присъстват в съответната клинична пътека, при възможност за лечение от интернист и относителният дял нараства до 8,82%. През третия период са конкретизирани изискванията за база и персонал, създаващи затруднения за клиниката и относителният дял на алергозите е вече 4,82%. Особено негативно е влиянието на посочените изисквания върху праховата патология на дихателните пътища (Хроничен бронхит и ХОББ). Докато през първите два периода честотата на тези болести е постоянна – 12,06% за първия и 12,94% за втория период, то относителният дял от 0,55% през третия период демонстрира невъзможността за стационарно лечение на тези болни в Клиника по професионални болести (изисквания на НЗОК). На единични пациенти е проведено болнично лечение по „Фонд условия на труд“. Значителна част от пациентите със заболявания на дихателната система, нуждаещи се от болнично лечение, са лекувани с диагнози, включени в номенклатурата на общите непрофесионални заболявания. Така само през третия период (лечебна дейност по клинични пътеки) е регистриран относителен дял на болни, лекувани с диагноза „Респираторни състояния, причинени от други външни агенти“ – 14,62%.

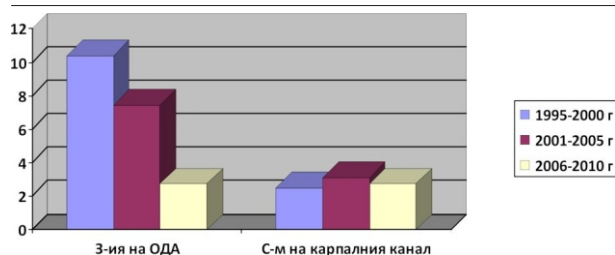
Приблизително двойно намалява относителният дял на пневмокониозите през втория период; през третия – лечението на малък брой пациенти е финансирано по ФУТ (2,08 %; 1,17 %; 1,79 %). (Фиг. 5).

Характерни професионални увреждания са и заболяванията на опорно-двигателния апарат (ОДА) и Син-



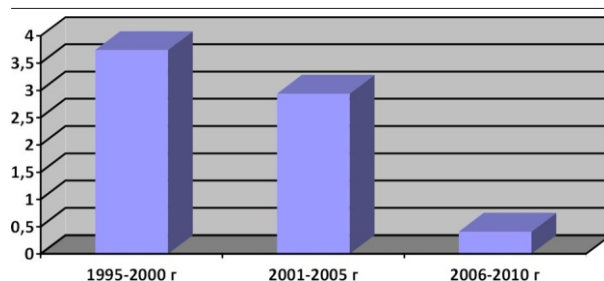
Фиг.5. Професионални алергози, прахови заболявания, пневмокониози.

дром на карпалния канал. През първия период честотата на заболяванията на ОДА е съответна на регистрираната за региона – 10,40%. Липсата на клинична пътека с професионални заболявания на ОДА, води до ограниченото им болнично лечение през втория период – 7,45% и рязко намаление на относителния дял през третия период – 2,75%. Включването на Синдрома на карпалния канал в КП 7 позволи лечението на тези болни и регистрираните данни са съответно – I период – 2,50%, II-ри – 3,14% и трети – 2,75%.(Фиг.6).



Фиг.6. Заболявания на ОДА

Професионалните интоксикации са специфични професионални болести, но съгласно изискванията на НЗОК, клиниките по професионални болести не са включени в лечебните бази. Динамиката на относителния дял от 3,74% за първия период до 0,41% през третия, отразява невъзможността за болнично лечение на тези професионално болни в клиниката по професионални заболявания (Фиг.7).



Фиг.7. Професионални интоксикации

КОМЕНТАР

При проследяване на динамиката в относителните дялове на заболяванията, лекувани в Клиника по професионални заболявания – Варна, се наблюдава значителното им намаление при някои групи болести

(ВПП), докато при други тенденцията е обратна - демонстративно покачване (Синдром на Рейно). Някои от заболяванията през последния период (финансиране само по здравна каса) са с относителен дял под 0,5% - интоксикации, прахови заболявания, ангионевродистония на крайниците, а честотата на Синдром на Рейно драстично нараства (от 0,97% до 45,10%). Заболявания, като Вибрационна болест и Синдром на карпалния канал са с незначителни колебания в относителния дял през трите периода. Във всеки от посочените случаи приемът на пациенти е повлиян от системата на финансиране, а въвеждането на лечебна дейност по клинични пътеки лимитира нозологичната терминология. В болшинството от случаите тази терминология не отразява спецификата на болестния процес в профпатологията и не съответства на диагнозите, визирани в Списъка на професионалните болести (5,7). При възможността за работа само по клинични пътеки, болни суспектни за различни професионални заболявания на дихателната система са лекувани за „Респираторни състояния, причинени от други външни агенти” – 14,62%. За тези пациенти етиологичната диагноза, регистрирането, отчитането и експертната оценка са силно затруднени до невъзможни (4). Последствията са тревожно намаление на относителния дял на професионалните заболявания респ. силно ограничена профилактична и лечебна дейност за трудоспособното население в страната.

ИЗВОДИ

1. Изискванията за лечебна дейност по клинични пътеки налагат ползването на диагнози, несъответни на профпатологичната терминология и на тези, включени в Списъка по професионални болести.
2. При лечение на болни със смесена патология, професионалните заболявания често присъстват като придружаващи заболявания или отделни синдроми.
3. Невъзможността за адекватна на законовите изисквания етиологична диагноза на професионално болни води до:

Ограничено болничното лечение, до невъзможност за прием в клиниката на някои групи професионални заболявания.

Силно ограничена експертна дейност – обявяване, потвърждаване, учет и отчетност на професионалните заболявания.

Затруднена експертиза на вече регистрирани професионално болни.

4. Липсата на специфични за дисциплината клинични пътеки в условията на финансиране по НЗОК, респ. силно затруднената диагностична и лечебна дейност по професионални заболявания, са сред водещите причини за тревожното намаление на професионалната заболяемост у нас.

ЛИТЕРАТУРА

1. Димитрова Л., Ив. Дждежев, В. Несторова., Професионална патология и нарушена работоспособност (Варненски регион) Известия на съюза на учените - Варна 1'2010 / **том XV**, с. 3-8.
2. Димитрова Л., В. Несторова., Ив. Дждежев., Професионалната патология във Варненския регион – структура, динамика, перспектива. Научна сесия „Здравна профилактика – актуални проблеми и перспективи”. Варна, 22 – 23 май 2008г.
3. Наредба за експертната на работоспособността – ПМС 133/2000 г. – **ДВ бр.61/25.07.2000г.**
4. Наредба за реда за съобщаване, потвърждаване, обжалване и отчитане на професионалните болести – ПМС 79/2001г. – **ДВ бр.33/04.04.2001 г.**
5. Списък на професионалните болести – ПМС 175/16.07.2008 г. – **ДВ бр.66/25.07.2008 г.**
6. Цачева Н., Единна методика за анализ на здравното състояние на осигурени работници, С, НЦХ – МЕМ, 2001 г., 56.
7. Eurostat Working Papers, “Classification of the causal agents of the occupational diseases”. European occupational diseases statistics – EODS. Population and social conditions 3/2000. Luxemburg.
8. Petrova E., Occupational diseases. Epidemiological trends of the occupational dust diseases, revention and early diagnosis. Scr.sc.med. 2009, **vol 41** (1), pp 103-106.

ОСОБЕНОСТИ НА СЧЕТОВОДНОТО ОТЧИТАНЕ НА ПРИХОДИТЕ В ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Коева-Димитрова Л.

катедра ИУЗ на МУ – Варна

РЕЗЮМЕ

Обосновка: С преобразуването на публичните лечебни заведения в търговски дружества започна здравната реформа в болничния сектор. Това доведе до промяна в организацията на счетоводството в болниците – от водене на бюджетно счетоводство, към финансово счетоводство. Лечебните заведения за болнична помощ (ЛЗБП) се отличават съществено от всички останали предприятия със своята мисия, цели, „произвеждани продукти“, начини на финансиране и т.н., което обуславя и някои специфични особености на счетоводната им отчетност.

Цел: Изследване и посочване на особеностите на счетоводното отчитане на приходите в болниците.

Материал: Прилаганите счетоводни политики в ЛЗБП, индивидуални сметкоплани на ЛЗБП, Годишни отчети за дейността на МБАЛ, Нормативни документи.

Методи: Наблюдение, сравнение, описание, исторически метод, индукция и дедукция, анализ и синтез, моделиране.

Резултати: Посочени са особеностите на отчитането на приходите, в съответствие с нормативните изисквания и са представени някои приложни проекции по данни на публикувани в Търговския регистър (ТР) ГФО на ЛЗБП. Поставени са някои дискуссионни въпроси.

Ключови думи: лечебни заведения за болнична помощ, счетоводство, приходи, финансиране, отчитане.

Поради спецификата на дейността на болниците, съществуват редица особености на счетоводната им отчетност. По-съществените нормативни актове регламентирани дейността на ЛЗБП са следните: Търговски закон; Закон за устройство на държавния бюджет; Закон за държавния бюджет на РБ за съответната година; Закон за счетоводството; Международните счетоводни стандарти (респективно НСФОМСП); Закон за обществените поръчки; Кодекс за задължително обществено осигуряване; Закон за облагане доходите на физическите лица; ЗКПО; ЗДДС; Национален рамков договор за съответната година; Закон за лечебните заведения; Методика за реда за субсидиране на преобразуваните лечебни заведения за болнична помощ с държавно и общинско участие за съответната година; всички произтичащи от горните закони подзаконови нормативни актове, правилници, наредби, решения на Министерски съвет и на Министъра на здравеопазването; и други.

По-съществени особености на счетоводната отчетност откриваме в държавните и държавни с общинско участие лечебни заведения за болнична помощ, регистрирани като търговски дружества. Ще се спрем на техните основни отлики от другите търговски и производствени предприятия по отношение на счетоводното отразяване на някои приходи.

1. По отношение на отчитането на субсидиите и финансиранията за дълготрайни активи, които държавата или общините отпускат на държавните/общински болници.
2. По отношение на отчитане на постъпилите суми от НЗОК, респективно РЗОК.
3. По отношение на отчитане на приходите от наеми на движими и недвижими дълготрайни активи в държавните/общински болници.

Следва да уточним, че често терминът финансиране се използва в смисъл на приходоизточник. Изясняването на думите финансиране и приходи като понятия или термини не са обект на настоящия доклад.

Лечебните заведения за болнична помощ се финансират от:

Министерство на здравеопазването. Съгласно чл.106, ал.1¹ от ЗЛЗ, държавата и общините могат да финансират лечебни заведения за изпълнение на национални, регионални и общински здравни програми и проекти, както и за извършване на определени видове лечебна дейност, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, въз основа на договор. По този начин ЛЗБП може да получи различни по вид субсидии: целева субсидия; извънредна субсидия; субсидия за провеждане на дейности по отбранително-мобилизационна

подготовка и др. По Наредбата за отпускане на скъпоструващи медикаменти, МЗ извършва и месечни, централни доставки (субсидия) за лекарства и медикаменти на диализно болни, както и други консумативи и апаратура. Изпълнителната агенция по трансплантации и МЗ може да сключват договори с болниците за дарения за експлантация на тъкани и органи. По договори с регионалните РЦТХ болниците могат да получават безвъзмездно кръв в определени количества. Съгласно чл.106, ал.3 и чл. 100, ал.2 от ЗЛЗ финансиране може да има по Методиката за реда за субсидиране на преобразуваните лечебни заведения за болнична помощ с държавно и общинско участие действаща за съответната година или целеви субсидии. По тази методика МЗ заплаща на лечебното заведение за извършването на конкретни дейности, като: издадени експертни решения на ТЕЛК; брой извършени диализи; преминали през Спешно отделение, нехоспитализирани в ЛЗБП; проведени интензивни леглодни, реализирани в Отделенията по анестезиология и интензивно лечение. Получените имоти, машини, съоръжения, нематериални активи и др. получени чрез правителствени дарения се оценяват счетоводно по тяхната справедлива стойност. Приходите от правителствените дарения за ДА се признават в отчета за всеобхватния доход на систематична база, определена в рамките на полезния живот на актива, за който е са предоставени. Приходите от правителствени дарения се признават едновременно с начислените разходи за тях.

Съгласно разпоредбите на Закона за държавния бюджет на РБ (ЗДБ на РБ) за последните 4 години, МЗ предоставя правителствени дарения на преобразуваните ЛЗ за болнична помощ с държавно и общинско участие въз основа на годишни договори за дейности, за които е предвидено със закон или друг нормативен акт да се финансират от държавния бюджет (като напр. Хемодиализа, спешни състояния и др.). ЗДБ на РБ изисква предоставяните от бюджета средства за погасяване на задължения и за капиталови разходи на здравни и лечебни заведения с държавно и общинско участие (§51², ал.6 и 7, § 52, ал.2) да бъдат представяни като увеличение на капитала им. Вписването в Търговския регистър на увеличението на капитала не се

извършва по разпоредбите на ТЗ, а по искане на Министъра на здравеопазването или на упълномощено от него лице. Капиталът на смесените държавни и общински болници следва да се увеличи и ако в тримесечен срок от предоставяне на медицинска апаратура, съответно на други дълготрайни материални активи, които са закупени по централни доставки, лечебното заведение не заплати стойността им. Капиталът на лечебното заведение трябва да се увеличава със стойността на апаратурата или дълготрайните материални активи по цена на закупуването им, като държавата записва на свое име всички нови дялове/акции. Разпоредбата на закона касае само държавните и общински лечебни заведения - търговски дружества, и лечебни заведения - търговски дружества със смесено държавно и общинско участие в капитала, на които е предоставена медицинската апаратура и МДА от Министерството на здравеопазването. Анализът на Годишните доклади на някои ЛЗБП показват, че на практика, въпреки съществуващите задължения за увеличение на капитала, съгл. цитираните по-горе законови разпоредби, такова не е направено. Причината за това е липсата на предявено искане от страна на Министъра на здравеопазването или на упълномощено от него лице. Някои болници³ отчитат първоначално полученото финансиране от правителството като приходи за бъдещи периоди вместо като финансираня. Според тях правителственото финансиране цели:

Да обезщети дружеството за скъпоструващи лекарствени средства. Приходът се признава на системна база в същия период, в който са употребени получените чрез финансиране лекарствени средства.

Да обезщети дружеството за придобиване на активи с дълготраен характер и ремонти. Признава се като приход на системна база в същия период, в който са възникнали разходите за текущи ремонти или пропорционално на начислената за периода амортизация на активите, придобити с полученото финансиране.

Приходи се получават и от Общините, собственици на съответните ЛЗ, съгл. ЗЛЗ, чл.100 и чл.106. Отчитат се както се отчитат финансиранята от държавата.

1 Чл. 106, ал. (3) (Нова - ДВ, бр. 59 от 2010 г., в сила от 31.07.2010 г.) Държавата може да предоставя субсидии на учредени от общините лечебни заведения за болнична помощ, по предложение на Националното сдружение на общините в Република България, в труднодостъпни и/или отдалечени райони по критерии и ред, определени в методика на министъра на здравеопазването, съгласувана с министъра на финансите, в рамките на средствата, предвидени в бюджета на Министерството на здравеопазването за съответната календарна година.

2 § 51. (6) Предоставяните от бюджета средства за погасяване на задължения на държавни лечебни заведения - търговски дружества, и лечебни заведения - търговски дружества със смесено държавно и общинско участие в капитала, се отразяват като увеличение на капитала им. Капиталът на лечебното заведение се увеличава със стойността на предоставените от бюджета средства за погасяване на задължения на съответното държавно лечебно заведение или лечебно заведение със смесено държавно и общинско участие в капитала, като държавата записва нови дялове/акции.

3 виж ТР, ГФО 2009 на УМБАЛ „Царица Йоанна ИСУЛ“ ЕАД, гр. София

Освен държавните и общински субсидии и финансирання, ЛЗБП имат и следните други приходаизточници:

От НЗОК, чрез РЗОК, съгласно сключените индивидуални договори между НЗОК и ЛЗБП. Заплаща се за преминали болни по клинични пътеки и за високо специализирани медицински процедури, извършвани в болнични условия. Приходите се начисляват в момента на тяхното възникване, независимо от момента на получаване на паричните средства и се включват във финансовите отчети за периода за който се отнасят. Реализираните приходи за медицински услуги, които се заплащат от НЗОК се отразяват като приходи от услуги. С цел получаване на по-детайлна информация за видовете приходи към сметка 703 приходи от продажба на услуги могат да бъдат открити следните сметки с четирицифрен шифър:

- 7031 Приходи от диагностика
- 7032 Приходи от болнично лечение
- 7033 Приходи от консултации
- 7034 Приходи от лабораторни изследвания
- 7035 Приходи от рехабилитация и др.

Друг вариант за детайлизиране на приходите от дейността е да се организира отчитането им по източници на финансиране с четирицифрен шифър:

- 7031 Приходи от продажба на услуги на НЗОК за здравноосигурените пациенти;
- 7032 Приходи от продажба на услуги на Дружества за допълнително здравно осигуряване за здравноосигурените пациенти;
- 7033 Приходи от продажба на услуги при директно заплащане от потребителите на лечебни и здравни услуги.

По дебита на тези сметки се отразява себестойността на медицинската услуга, административните разходи и разходите за продажбите, а по кредита се отразява продажната цена на услугата. По този начин от тези сметки се установява финансовия резултат от дейността на предприятието

Аналитичното отчитане се организира по начин, позволяващ да се получи информация от съответните структурни звена, по видове медицински услуги, по отделни обекти, в които се извършват медицинските услуги и др.

Проблем възниква при непризнаване от страна на РЗОК на вече отчетени и признати от ЛЗБП приходи и вземане, свързани с повторни хоспитализации или при промяна в цените на КП по посока на намаление. Обикновено подобни спорове се решават с съда. Ако съдът не признае вемането, то се отписва като разход за дружеството. Не се признават и не се заплащат от РЗОК отчетени от ЛЗБП приходи по повод лечението на пациенти, преждевременно напуснали стационара, поради неспазване на задължителния престой по клинична пътека.

От доброволни здравно-осигурителни фондове, съгласно сключените договори. Доброволните здравноосигурителни дружества заплащат на ЛЗБП

за оказана медицинска помощ на осигурените от тях пациенти при спазване реда и условията на взаимния договор.

От платени услуги и болничен престой. Това могат да бъдат получените суми от потребителски такси по чл. 37 от Закона за здравното осигуряване, в размер на 2% такса (со payment) от минималната работна заплата за страната, при престой в болничното заведение. Приходите от такси остават в ЛЗБП. Другият вариант за плащане са директните плащания от неосигурени пациенти или от осигурени, но неспазили реда и условията, регламентирани в Закона, когато пациентите ползват услугите на други болнични заведения, т.е. при хоспитализация на пациента извън района на постоянния адрес. Сериозен проблем за ЛЗБП възниква при оказване на болнични услуги или лечение на пациенти, които следва да заплащат директно лечението си, но по една или друга причина не го правят. Това води до увеличаване на вземанията от пациенти, които често се оказват несъбираеми. Резултатът е, че разходите остават за сметка на болницата. Така например, в Доклада на независимия одитор на МБАЛ „Света Анна“ Варна, е установено и записано, че дружеството има вземания от чуждестранни лица във връзка с оказаните им здравни услуги, които вземания подлежат на възстановяване от чуждестранни застрахователни институции. Стойността на тези вземания към 31.12.2009 г. възлиза на 88 хиляди лева. По-голямата част от вземанията са от преди 1.01.2009 г. Ръководството на ЛЗ не е сметнало за нужно да обезцени тези задължения, с обосновката, че не отговарят на критериите за обезценка, оповестени във финансовия отчет. Вземания възникват и от оказването на медицинска помощ на неосигурени и социално-слаби пациенти. Съгл. Чл.7 от ЗЛЗ, никое ЛЗ не може да отказва медицинска помощ на лица, явило се в него в състояние, което застрашава техния живот, независимо от местоживеенето им. Това води до финансови загуби и в МБАЛ Пловдив, където към 31.12.2009 г. имат 58 хл. лева отчетени като загуба от оказване на медицинска помощ на неосигурени пациенти.

Заслужава да споменем законовото изискване на чл.95, ал.(2) от ЗЛЗ, визиращ ограничението, че „държавни и общински лечебни заведения за болнична помощ могат да лекуват пациенти срещу директно заплащане в рамките на не повече от 10 на сто от легловия фонд“. По този начин държавата регулира дейността на болниците и гарантира достъпа на здравноосигурените пациенти.

От финансираня и дарения от други юридически или физически лица.

От отдадени под наем недвижими активи. Съгласно ЗЛЗ, чл. 105. (1) (Доп. - ДВ, бр. 65 от 2000 г.) „Отдаването под наем и разпореждането с движими и недвижими вещи на държавно или

общинско лечебно заведение - еднолично търговско дружество, съставляващи дълготрайни материални активи, се извършва само след одобрение на едноличния собственик на капитала, ако общата стойност за текущата година надхвърля 5 на сто от балансовата стойност на дълготрайните активи на дружеството към 31 декември на предходната година.”

Освен това по смисъла на ЗЛЗ паричните постъпления от продажбата или отдаването под наем на вещи на лечебните заведения остават изцяло в заведението и могат да се ползват само за финансиране на лечебната дейност и за инвестиции, пряко свързани с предмета на дейност. В ЗЛЗ се казва още, че обзавеждането и апаратурата се отдават под наем по цени, съответстващи на месечната им амортизация, съгласно приложимия за лечебното заведение амортизационен план. Възниква въпросът дали договарянето на наемна цена, съответстваща на разхода за използване на актива е икономически целесъобразно. Получените средства би трябвало да се отчитат като финансиране по смисъла на МСС 20 Отчитане на правителствени дарения и оповестяване на правителствена помощ. В случаите когато посочените изисквания са изпълнени, за отразяване на получените приходи от продажба на ДМА и наеми се съставя следното счетоводно записване

Д-т с-ка от гр. 50 Парични средства в левове

К-т с-ка 753 Финансиране за дълготрайни активи

К-т с-ка 754 Финансиране на текущата дейност

При извършване на разходи за лечебната дейност или за придобиване на ДМА ще се съставя следната счетоводна статия

Д-т с-ка от гр 20 ДМА, респ.

Д-т с-ка от гр 21 ДНМА

Д-т с-ка от гр. 30 Материали, продукция, стоки

Д-т с-ка от гр. 60 Разходи по икономически елементи

К-т с-ки от гр. 50 Парични средства

За формиране на приход, до размера на разходите, направени във връзка с осъществяваната лечебна дейност за сметка на целевите средства от финансирането през отчетния период

Д-т с-ка 753 Финансиране за дълготрайни активи

Д-т с-ка 754 Финансиране на текущата дейност

К-т с-ка 704 Приходи от финансираня

Като разход за придобитите дълготрайни активи с целевите средства следва да се посочва сумата на начислените амортизации за отчетния период. Целта на този начин на отчитане е получените средства от отдаване под наем или продажба на имущество да бъдат проследени и съпоставени с цел по-добър контрол на разходването на средствата от продажбата на ДМА, които могат да се използват само за лечебната дейност и инвестиции свързани с основната дейност на болницата.

По същия начин като финансиране се отчитат целевите субсидии получавани от държавата и общините за:

придобиване на ДМА;

основен ремонт, свързан с преустройство на лечебните заведения;

информационни технологии и системи;

финансово оздравяване на обявените в несъстоятелност лечебни заведения.

Като финансиране следва да бъдат отчетени и получените дарения, когато дарителят е поставил определени цели за постигане или условия, които следва да бъдат спазвани при изразходване на средствата.

Аналитичното отчитане на финансиранията се организира по начин, който да осигурява информация за източниците на средства, вида на получените активи (пари или други активи) и целите за които тези средства са предоставени.

Някои болници⁴ отчитат резултата произтичащ от продажбата или изваждането от употреба на имоти, машини и съоръжения, като разлика между постъпленията от продажби и балансовата стойност на актива и се призна нетно в отчета за всеобхватния доход. Използва се сметка 705 Приходи от продажби на ДМА, а не сметка 753 Финансиране за дълготрайни активи или с-ка 754 Финансиране на текущата дейност. По наше мнение това отчитане отнема по-малко време на счетоводния персонал и показва финансовия резултат от продажбата, но не е в съответствие със законовите разпоредби, визирни по-горе.

Университетските болници реализират приходи от договори с Медицинските университети за организацията и обучението на студенти и специализанти.

Болниците може да сключват договори с Районните дирекции на полицията за извършване на съдебно-медицински експертизи. Сключват договори с други лечебни заведения за извършване на медицински и немедицински услуги, както и с различни предприятия за оказване на медицински услуги.

Познаването на източниците, видовете приходи и особеностите на счетоводното им отчитане е в основата на добрата организация на счетоводството на ЛЗБП, с цел получаването на пълна и достоверна счетоводна информация за нуждите на заинтересованите ползватели на тази информация. Всяко ЛЗ само определя най-подходящият вариант за синтетично и аналитично (детайлно) отчитане, съобразено със спецификата на дейността, нуждите на управлението и законовите разпоредби.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон за държавния бюджет на РБ за 2011 г.;
2. Закон за счетоводството;
3. Международните счетоводни стандарти;

4 виж. Счетоводна политика на МБАЛ „Св. Анна- Варна” в ГФО за дейността за 2009 г., публикуван в ТР, ГФО на СБОБАЛ Варна за 2009 и др.

-
- | | |
|---|---|
| 4. Кодекс за задължително обществено осигуряване; | 7. Търговски регистър, Годишни доклади за дейността на ЛЗБП и др. |
| 5. Закон за лечебните заведения; | |
| 6. Методика за реда за субсидиране на преобразуваните лечебни заведения за болнична помощ с държавно и общинско участие за 2011 г.; | |

ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТТА НА ГРИЖАТА В СЪВРЕМЕННАТА ОБЩА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА: РАМКА ЗА ИЗМЕРВАНЕ И ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ

Парашкевова Б., Ю. Маринова, Г. Чамова, Св. Димитрова, Г. Петрова

*Катедра Социална медицина и здравен мениджмънт,
Медицински факултет, Тракийски университет – Стара Загора*

РЕЗЮМЕ

Въведение: За измерването на първичната здравна помощ в системата на здравеопазване с нейните водещи функции и цели (управление, генериране на ресурси, финансиране и оказване на услуги) се изтъкват четири елемента. Тези елементи са: достъп, продължителност, комплексност и координация на дейностите. Целта на настоящата разработка е да се представи рамката за измерване на продължителността на грижата в съвременната обща медицинска практика и възможностите за нейното прилагане. **Материали и методи:** Направен е преглед на научни статии и публикации на СЗО, посветени на продължителността на грижата в общата практика (семейна медицина). При търсенето са използвани ключови думи: обща медицинска практика, продължителност на грижата, измерване. **Резултати и обсъждане:** От направения преглед се потвърждава, че продължителността на грижата е основен елемент в общата медицинска практика (семейна медицина), който се разглежда в три измерения. Те са: информационна, лонгитудинална (времева) и интерперсонална продължителност, свързана с човешките взаимоотношения и респект. Някои автори коментират и управлението на продължителността като отделно нейно измерение. **Заклучение:** Представената рамка за измерване на продължителността на грижата фокусира към специфични въпроси, политики и здравни приоритети. Този подход може да бъде полезен и приложим с измерими критерии за оценка на продължителността на грижата в българската обща медицинска практика.

Ключови думи: обща медицинска практика, продължителност на грижата, измерване

ВЪВЕДЕНИЕ

Целите, към които здравеопазните системи се стремят са: подобряване на здравето (по-добър здравен статус и намаляване на здравните неравенства); отзивчивост спрямо повишените очаквания на населението с респект към личността, нейната автономност и достойнство, а също и като потребител на здравни услуги с необходимото внимание, качество, своевременност и избор на предоставящия такива; гарантиране на финансово равнопоставяне и защита от финансов риск след оказване на медицинска помощ (8).

Постигането им е пряко свързано със следните функции на системата на здравеопазване:

1. управление на ресурсите,
2. генериране на ресурси,

3. финансиране,
4. оказване на помощ (предоставяне на услуги).

В рамков документ на СЗО са изложени четирите функции, необходими за обезпечаването на добре функционираща Първична здравна помощ (ПЗП). ПЗП е нивото на системата на здравеопазване, на което се осъществява първият контакт по повод здравни проблеми и потребности на хората. Тази помощ е ориентирана към пациента, не толкова към неговата болест, всеобхватна и за продължителен период от време. На това ниво се осъществява координацията с други специализирани и интеграцията с другите нива за оказване на медицинска помощ (7).

Характеристиките на ПЗП в различните страни са разнообразни, но независимо от това комплексната и добре развита система на ПЗП следва да има четирите основни елемента: достъп, продължителност, комплексност и координация на дейностите (фигура 1) (7).

ЦЕЛ

Целта на настоящата разработка е да се представи рамката за измерване на продължителността

Address for correspondence:

Б. Парашкевова, Катедра Социална медицина и здравен мениджмънт, Медицински факултет, Тракийски университет – Стара Загора, гр. Стара Загора, 6000, ул. Армийска 11
e-mail: b_par@abv.bg

(непрекъснатостта) на грижата (continuity of care) като основен елемент в съвременната обща медицинска практика.



ЗАДАЧИ

Да се представи:

1. Развитието на концепцията за продължителност (непрекъснатост) на грижата (ПГ);
2. Нивата (измеренията) на продължителността на грижата;
3. Рамката за измерване на продължителността на грижата.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Направен е преглед на научни статии и публикации на СЗО, посветени на продължителността на грижата в общата практика (семейна медицина). При търсенето са използвани ключови думи: обща медицинска практика, продължителност на грижата, измерване. Изложение: В европейските страни, където общата практика е добре развита, функциите и характеристиките на ПЗП широко се покриват от общата медицинска практика, заемаща ключова позиция в ПЗП. ПГ в общата медицинска практика е определяща за преодоляване на фрагментацията по отношение на грижата за пациента. ПГ има много дефиниции. В контекста на общата практика, ПГ все още често се свързва с грижата от един и същи лекар, обикновено обхваща продължителен период от време и повече от един епизод на болестта (10).

През 1975 McWhinney дефинира ПГ като вид споразумение (имплицитно) с четири основни правила:

- общопрактикуващия (семейният) лекар осигурява помощ независимо от вида на заболяване;
- той поема лична отговорност за пациента си;
- пациентите не могат да заобиколят своя лекар;
- договарянето може да бъде прекратено само по взаимно съгласие (6).

ПГ се базира на безусловното задължение на общопрактикуващия/фамилен лекар към неговите пациенти. Авторът фокусира ПГ предимно към взаимоотношението лекар-пациент и подчертава, че "ключовата дума е отговорност" (6).

Henpen (11) изразява несъгласие с горепосоченото и предлага: географско, хронологично, интердисциплинарно и фамилно измерения за ПГ. По-късно Freeman (4,11) дефинира още едно измерение на ПГ - информационното. Той подчертава важността на приемствеността на информацията за пациента сред специалистите, включени в лечението, както и значението на пациентските досиета (записи).

Някои автори (11) виждат реализирането на ПГ в общата медицинска практика (ОМП) точно в интерперсоналната връзка лекар - пациент. Други считат, че този аспект на ПГ не е от най-важните. Въпреки това, идеята на McWhinney за отговорността и доверието като основен елемент на ПГ намира постоянна подкрепа.

През 1996 Blakenkensteina et al развиват т.нар. личност-фокусирана продължителност и анализират личността на пациента и на общопрактикуващия лекар, взаимният им опит, личните усещания и впечатления на лекаря (8). Hjortdahl първоначално определя следните компоненти на ПГ: логитудинален (хронологичен), интердисциплинарен, персонален (личностен) компонент с фокус към задължението и обвързаността на ОПЛ с пациента. По-късно започва да акцентира само върху два - междуличностен и логитудинален (3,11).

През 2003 г. Saultz, обобщавайки еволюцията на концепцията, представя модел на ПГ с три нива (измерения):

- информационно,
- логитудинално и
- интерперсонално (междупersonно).

Този модел намира приложение в рамковия документ на СЗО за измерване на продължителността на грижата, като елемент на ПЗП (7).

Първото ниво е информационното, свързано с приемствеността на информацията за пациента между първият и последващи прегледи.

Предоставянето на всички данни за заболяванията, лекарствената терапия, списъка на алергии, имунизационния статус, епикризи, лабораторни изследвания, рентгенови снимки са от съществено значение и трябва да са на разположение на всеки медицински специалист, участващ в лечението. Информационна продължителност на грижата предполага, че при всяка медицинска помощ и грижа за пациента трябва да има възможност за достъп до изчерпателна информация, независимо от това дали става дума за различни специалисти и на различни места. Основните компоненти, от

които зависи информационното измерение (ниво) са създаването на медицински записи с медицинската и социална история на пациента, тяхното съхранение и своевременно актуализация. В настоящия момент вниманието е насочено към електронния медицински запис, който има големи предимства относно съхранението, актуализацията и възможността да се ползва своевременно, на различни места и от различни специалисти (1). В рамката за измерване на ПГ са включени параметри, свързани с наличието и развитието на електронни информационни и комуникационни технологии (1).

Второто ниво на ПГ е логитудиналното. Това измерение е най-близко до класическото определение за ПГ: грижа от един и същи лекар, за продължителен период от време и за повече от един епизод на болестта (10). Реализира се чрез последователния и непрекъснат процес на справяне със здравния проблем на пациента. Пациентът има възможност да получи по-удовлетворяваща помощ и грижа при дълготрайна връзка с един и същи лекар, на познато и достъпно място, с натрупване на медицинска и социална информация (3). Все по-често започва да се говори не само за един и същи лекар, а за екип от доставящи грижи на пациента. Някои изследователи въвеждат определението продължителност на грижата в екипа в ПЗП (3). Координирането с други специалисти, както и включването и на членове на семейството, са друг елемент на общата медицинска практика. Някои автори добавят това към ПГ и дефинират интердисциплинарно - базирана и фамилна ПГ (8,9). В рамката за измерване всички тези аспекти са компонентите на логитудиналната ПГ (7). ПГ се явява определящ фактор за ефективността, особено за лечението на хроничните заболявания. Затова и компонентите, които се измерват са свързани основно с утвърдени практики и възможностите за грижа за хронично болни пациенти. Логитудиналната продължителност, въпреки че е пряко свързана с постоянството на връзката с един и същи личен лекар, не гарантира по-добри отношения лекар-пациент и не дава ясна представа за естеството на взаимоотношенията лекар - пациент (3,4).

Трето ниво - интерперсонално: Сложните междуличностни отношения между лекар и пациент се изразяват чрез третото ниво на ПГ - междуличностно или интерперсонално. Компонентите на това ниво са отговорност, зачитане на достойнството, утвърждаване на автономността на пациента (3,4,9). Пациентът познава своя лекар и подхожда към него с доверие и лоялност (4,8). Лекарят от своя страна проявява съпричастност и поема своята лична отговорност за здравето на пациента. Gabel смята, че "емпатията е един от факторите за поддържане на интерперсоналната непрекъснатост на грижата за пациента в ОМП" (9). Измерването на това ниво е трудно. Някои от изследванията са свързани с

проучвания на удовлетвореността на пациентите от дълготрайността и качеството на взаимоотношенията лекар-пациент, при други пациентите просто са помолени да назоват името на своя лекар (9). Интерес представлява развитието на интерперсоналната връзка лекар-пациент в груповите практики, които все повече се увеличават в европейските страни. Много изследователи поставят въпроса: "Остава ли ОПЛ личен лекар?" (2) и имат ли бъдеще този тип взаимоотношения, основани на доверие, съпричастност и лична отговорност в екипа в ОМП (5).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Продължителността (непрекъснатостта) на грижата е основна характеристика на общата медицинска практика, като McWhinney описва междуличностната ПГ като основа за първичната медицинска помощ (6). Продължителността на грижата може най-добре да се дефинира като йерархична концепция (9) от три нива, вариращи от наличието на информация за медицинската и социална история на пациента до сложните междуличностни отношения между лекар и пациент, характеризиращи се с доверие и чувство за отговорност. Проучването на продължителността на грижата в ОМП може да служи като база за предоставянето на доказателства за утвърждаването на добре функционираща ПЗП, с удовлетворяване на очакванията на пациентите и с ориентация към потребностите на лекарите.

Представената рамка за измерване на продължителността на грижата фокусира към специфични въпроси, политики и здравни приоритети. Този подход може да бъде полезен и приложим с измерими критерии за оценка на продължителността на грижата в българската обща медицинска практика.

ЛИТЕРАТУРА

1. Златанова-Великова Р., К. Попов, Л. Иванов, Непрекъснатостта на медицинската помощ и ролята на съвременните информационни и комуникационни технологии, Здравен мениджмънт, 2010, т.10-2, 5053
2. Baker R., Will the future GP remain a personal doctor?, *Br J Gen Pract*, 1997, **47**:831-834.
3. Freeman G., Per Hjortdahl, What future for continuity of care in general practice?, *BMJ*, **Vol. 314**, 28 June 1997
4. Freeman G., Jane Hughes, Continuity of care and the patient experience Research paper
5. Guthrie Bruce, Sally Wyke, Does continuity in general practice really matter?, *BMJ*, **Vol. 321**, 23 Sept. 2000, 734-736, bmj.com
6. McWhinney IR., Continuity of care in family practice. Part 2: Implications of continuity., *J Fam Pract* 1975, **2**:373-374

-
7. Primary Care Evaluation Tool (PCET)
<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/2010/p>
 8. Rogers J., P.Curtis, The Concept and Measurement of Continuity in PrimaryCare, *AJPH*, February 1980, **Vol. 70**, No. 2
 9. Saultz JW., Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine*, 2003, **1**:134-143(<http://www.annfammed.org/cgi/content/full/1/3/134>).
 10. Starfield B., Continuous confusion?, *Am J Public Health* 1980, **70**:117-119.
 11. Schers Jozef Hendrik, Continuity of care in general practice. Exploring the balance between personal and informational continuity, dissertation, Radboud Universiteit Nijmegen, 17 november 2004

ПАЦИЕНТ-ЦЕНТРИРАНАТА КОМУНИКАЦИЯ - РЕАЛНОСТ ИЛИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО ЗА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ

Балашкова М. , Цв. Валентинова

*Сектор "Обща медицина", катедра "Обща медицина, съдебна медицина и деонтология",
Факултет "Обществено здраве", Медицински университет – Плевен*

Ключови думи: общопрактикуващи лекари, пациент-фокусирана здравна грижа, пациент-центрирана комуникация.

Развитието на обществото през последните години индуцира редица промени във взаимоотношенията лекар-пациент, които утвърждават респекта към личността на пациента – от пасивен изпълнител на предписанията на лекаря той става негов партньор и активен участник в реализирането им.

Концепцията за пациент-центрираната здравна грижа не е нова. Тя се появи още в началото на 50-те години, но едва в края на деветдесетте години беше поставена в центъра на вниманието на изследванията, във връзка с непрекъснатия и бърз ръст на средствата, изразходвани за здравеопазване. Наложил се търсенето на начини за подобряване качеството на здравните грижи чрез минимизиране на разточителното потребление на здравни ресурси. Резултатите от проучванията на редица автори (3,4) показват, че прилагането на модела за оказване на пациент-центрирана здравна грижа в извънболничната помощ води до значително намаляване на консултациите със специалист, на хоспитализациите, на лабораторните и други диагностични тестове, както и на годишните разходи за здравеопазване. Според резултатите от други изследвания (5), пациент-центрирана здравна грижа подобрява функционалния и психологичен статус на пациента, повишава качеството и ефективността на оказваната медицинска помощ, както и удовлетвореността на пациента от нея. Поставянето на пациента в центъра на здравната грижа изисква редица промени както в здравната ни система, така и в работата на всеки един общопрактикуващ лекар, в неговия подход и комуникация с пациента. Необходимо са и изследвания за проучване на различните аспекти на този модел, на неговата приемливост и ефективност в сравнение с традиционния доктор-центриран модел за оказване на здравна грижа.

Един от особено важните аспекти на пациент-центрираната здравна грижа е ефективната комуникация, която изисква добро владение от лекаря на пациент-цен-

трирания стил на общуване. Целта на пациент-центрираната комуникация (ПЦК) е да помогне на общопрактикуващите лекари (ОПЛ) да осигурят здравна грижа, която е съгласувана с ценностите на пациента, с неговите нужди и предпочитания и да позволи на пациентите да дадат своя принос в изпълнението на здравната грижа, чрез активно участие в обсъждането и вземането на решения, свързани с тяхното здраве (1). Пациент-центрираната комуникация според изследващите автори (1,2,5) има 4 основни домейна:

1. изясняване перспективата на пациента – неговите разбираня, идеи, нужди, чувства, притеснения и очаквания;
2. разбиране на пациента с неговия уникален психо-социален контекст;
3. изграждане на споделено с пациента разбиране относно здравния проблем и начина на решаването му, което да отговаря на ценностите на пациента;
4. насърчаване на пациента в споделянето на усилията и отговорностите – в степента, която той желае – при изпълнението на терапевтичния план, чрез предоставяне на възможност за избор.

ЦЕЛ

Целта на настоящето проучване е да се установи:

1. доколко лекарите в Общата практика познават и прилагат пациент-центрирания стил на общуване;
2. кои са най-често срещаните трудности за прилагането му;
3. мотивацията и потребностите на ОПЛ от усъвършенстване на комуникативното поведение.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Изследването е осъществено сред зачислените на специализация общопрактикуващи лекари в катедрата по Обща медицина на Медицински университет-Плевен. Обхваща 236 специализанти, провели Модул 1 от Националната програма за следдипломно обучение – „Основи на Общата медицина” през периода

Address for correspondence:

М. Балашкова, 5800 Плевен, Ул. "Кл. Охридски" 1, Медицински университет - Ректорат 1, Кат. "Обща медицина, съдебна медицина и деонтология"
e-mail: balashkova@abv.bg

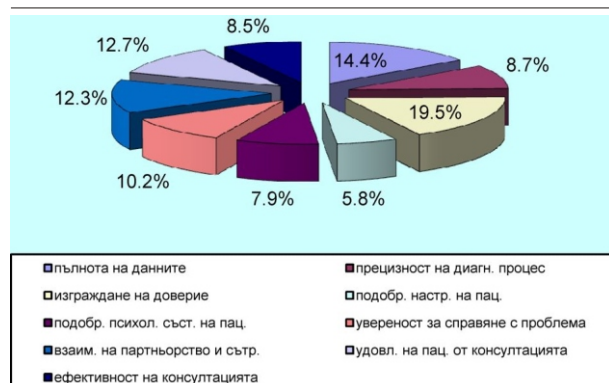
2008-2011 г. Информацията е събрана чрез анонимна пряка груповая анкета. Използвана е разработена за целта анкетна карта, включваща групирани в 4 раздела 60 въпроса:

- А. Проучващи мнението на лекарите относно значението на практикувания от тях стил на общуване за изпълнимостта на задачите на консултацията и нейната ефективност;
- Б. Оценяващи честотата на използване на пациент-центрираната комуникация в общуването им с пациента;
- В. Идентифициращи най-често срещаните от ОПЛ проблеми и трудности в практикуването на пациент-центриран стил на общуване; Г. Определящи потребностите и мотивацията на лекарите за усъвършенстване на собственото комуникативно поведение.

Статистическата обработка на данните е осъществена с помощта на програмите Excel 7.1 и Statgraphics 2.1.

РЕЗУЛТАТИ

Анкетираните оценяват значимостта на стила на общуване на лекаря за постигане целите на консултацията – 98.3% са посочили, че добрите комуникативни умения, наред с клиничните, са необходимо условие за това. Според ОПЛ, начинът на общуване на лекаря значително повлиява изграждането на доверие (19.5% от отговорите), на партньорство и сътрудничество с пациента (12.3% от отговорите). Решаваща е ролята му и за пълнотата и точността на събраната информация, за своевременността и прецизността на диагностичния процес. Комуникативното поведение на лекаря определя в значителна степен и удовлетвореността на пациента от консултацията, увереността му за справяне със здравния проблем, подобрява неговото психологично състояние и самочувствие, както и настроението му (фиг. 1).

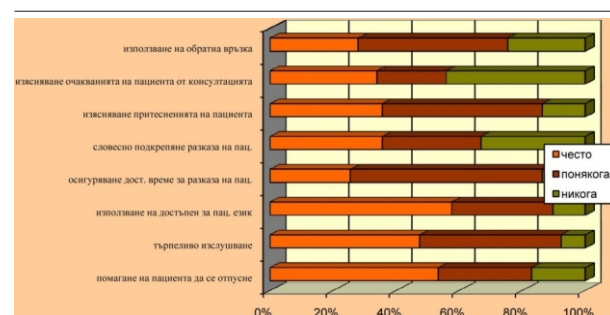


Фиг. 1 Значение на общуването лекар-пациент

Около половината (51.2%) от ОПЛ са категорични, че познават елементите на пациент-центрирания стил на общуване, 35.5% предполагат, че го познават, а останалите признават, че не знаят какви са характеристиките му.

Над 50% от анкетираните споделят, че се опитват да изяснят очакванията на пациента от консултацията, 33.9% го правят „често“, а останалите – „понякога“. Притесненията на пациента са по-често предмет на обсъжданията (81.0%). Само 22.4% от лекарите „често“ осигуряват на пациента достатъчно време и възможност да разкаже за своя здравен проблем, така както той го вижда. ОПЛ, изясняващи – чрез обратна връзка – доколко пациентът е разбрал техните обяснения относно здравния проблем, както и дадените съвети и инструкции са едва 27.9%.

Според анкетираните, словесната подкрепа на разказа на пациента, като един от елементите на ПЦК, е „много“ (54.2%) и „изключително“ (64.4%) полезна за постигане целите и задачите на консултацията. Въпреки това само 35.6% са посочили, че използват „често“ прийоми за улесняване комуникацията с пациента (парафраза, „жалониране“ разказа на пациента, обобщение и др.). Преобладаващата част го правят „понякога“, или „никога“ (фиг. 2).



Фиг. 2 Използване на комуникативни техники на ПЦК

Лекарите – с малки изключения (7.4%) – посочват, че те са водещите при определяне на терапевтичния план, а пациентите го следват, без да се иска тяхното мнение. Психосоциалният контекст на пациента не е предмет на обсъждане. Единственото съображение при назначаване на терапията са финансовите възможности на болния. Като най-чести фактори, затрудняващи практикуването на ПЦК, лекарите посочват недостатъчното време (61.9% го определят като сериозен и изключително сериозен проблем), нежеланието на пациента да участва в обсъждането на терапевтичния план (64.4%) и да сътрудничи на лекаря (71.2%), ниската здравна култура и неразбиране на обясненията на лекаря от пациента (44.9%). Сред другите причини те посочват характерните особености и моментното психично състояние на пациента (съответно 31.7% и 19.6% от отговорите), както и спецификата на болестта (12.5% от отговорите). Преобладаващата част (93.2%) свързват неуспеха на някои от консултацията си с проблеми в общуването (27.4%), а не толкова с диагностични и терапевтични трудности. Ограниченото (по регламент) време (82.2% от отговорите), невъзможността за уединяване с пациента (16.9% от отговорите), както и шумната обстановка (11.9% от отговорите) са също сред посочените причини.

Значителна част от анкетираните (82.2%) преценяват, че им е необходимо обучение за усъвършенстване на

комуникативното поведение и са мотивирани (79.6%) да се включат в такова. Предпочитана форма (74.9%) са двудневните тематични курсове, в почивните дни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въпреки че осъзнават значимостта на комуникативното поведение на лекаря за постигане на специфичните задачи на консултацията в Общата практика, 93.2% от анкетираните признават, че проблемите в общуването са водещите причини за неуспешните им консултации. Пациент-центрирания стил на общуване познават – и то не напълно – едва 86.7% от ОПЛ. Анализът на причините, затрудняващи практикуването на ПЦК, показват необходимост от обучение – от една страна на ОПЛ за овладяване на отворен пациент-центриран комуникативен стил, а от друга – на пациентите, за насърчаване участието им в обсъждането и вземането на решения, касаещи собственото им здраве.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Epstein R.M., P. Franks, K. Fiscella, C. G. Shields, S. C. Meldrum, R. L. Kravitz et al., Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues.- *Social Science and Medicine*, 2005, **61**, 1516-28.
2. Epstein R.M, P. Franks, C.G. Shields S., C. Meldrum, K.N. Miller, T.L. Campbell, K. Fiscella., Patient-centered communication and diagnostic testing.- *Ann. Fam. Med.*, 2005, **3(5)**, 415-21.
3. Little P., H. Everitt, I. Williamson, G. Warner, M. Moore, C. Gould et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations., *British Medical Journal*, 2001, **323**, 908–911.
4. Mead N., P. Bower., Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature.- *Patient Educ. Couns.* 2002, **48**, 51–61.
5. Roter D.L., J.A. Hall, Review Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research.- *Ann. Rev. Public Health.* 2004, **25**, 497-519.

ОБЩОПРАКТИКУВАЩ ЛЕКАР – НАЧИН НА ЖИВОТ

Левтерова Б.¹, Д. Димитрова¹, Г. Иванов¹, Р. Райчева²

¹Медицински Университет Пловдив,

²РЗИ Пловдив

РЕЗЮМЕ

„Стилът на живот” по своята същност е съвкупността от поведенческите практики, трайни навици, действия и избори по отношение на социалните взаимодействия, потребителското поведение, използването на свободното време и вещи. Той се основава на ценности, емоции, нагласи, убеждения и усвоени знания в процеса на социализация, които определят уникалността на всеки индивид и социалните роли, с които се идентифицира. Проучвания върху стила на живот на лица от дадена професионална група са ефективен способ за изследване за общи поведенческите детерминанти и фактори на работната среда, които оказват въздействие върху здравето на тези лица. Общопрактикуващите лекари са сред професионалните групи, които в много висока степен са изложени на последствията от професионално-работен стрес и проучванията свързани с начина им на живот са особено необходими за създаване и провеждане на програми за превенция и интервенционни политики. Цел: Целта на настоящото проучване е да се направи анализ и оценка на стила на живот на общопрактикуващите лекари, Материал и методи: Проведено беше проучване на представителна извадка от 100 ОПЛ (25 % извадка) в Пловдивска област чрез структурирано допитване по метода на пряка анонимна анкета. Резултати: Стилът на живот на общопрактикуващите лекари има специфичен характер, което се детерминира от характера на тяхната дейност и води до прекомерна натовареност и трайна промяна в ежедневието. Проведеното проучване установи, че особеностите в стила на живот на общопрактикуващите лекари са свързани със: повишено психическо натоварване (97%), повишена интензивност на работа (91%), ограничено свободното време (85%) и повишаване на социално-икономическия статус (66%). Проучването установи значимо действие на научно доказани рискови фактори за редица заболявания - тютюнопушене, ниска физическа активност, стрес, и др. Изводи: Дейността на ОПЛ е свързана с редица професионални рискови фактори като продължителна работа, висок психо-емоционален стрес, ниска физическа активност, нездравословно хранене и др. Действието на рисковите фактори, които са свързани с начина на живот на ОПЛ, може да бъде ограничено чрез политики и програми за целенасочено въздействие.

Ключови думи: ОПЛ, стил на живот, рискови фактори

УВОД

Терминът „стил (начин) на живот” е въведен от А. Адлер през 1929г. и представлява съвкупността от ценности, емоции, знания, трайни навици и действия, които определят уникалността на индивида.

Така индивидуалното поведение се определя от начина на живот и възпитание в ранното детство и от възможностите индивидите да правят избори и да контролират и модифицират поведението си, като „управляват посоката” на своя живот.

В традицията на социалните изследвания стилът на живот са разглежда като съвкупност от модели на по-

ведение, нагласи, интереси, мнения, ценности и характеристики на социалния и икономически статус, които се отразяват върху ежедневните дейности, използването на свободното време, потреблението на стоки и услуги, начина на хранене, физическата активност, наличието на вредни навици и др.

Редица изследвания показват, че хора на близка възраст, с еднакъв размер на доходите и обща професия имат сходен стил на живот. Част от тези относително трайни навици и действия се детерминират от социализацията в процеса на образование, взаимодействието с културите на непосредственото обкръжение (семейна, приятелска среда, референтни социални групи) и в значителна степен от характера на професионална дейност.

Лекарите по обща медицина (ОПЛ), като професионална група, се отличават със специфични особености на своя труд и работна среда в системата на извънболничната помощ. Стилът им живот се отразява пряко и косвено върху професионалната им дейности техните

Address for correspondence:

Б. Левтерова, Катедра "ЗМИЗМ", Факултет по обществено здраве, Медицински университет - Пловдив, бул. "В.Априлов" 15А
e-mail: boriana_levterova@abv.bg

пациенти, а от своя страна естеството на работа и ежедневно поведение влияе върху здравето на самите лекари (1-3).

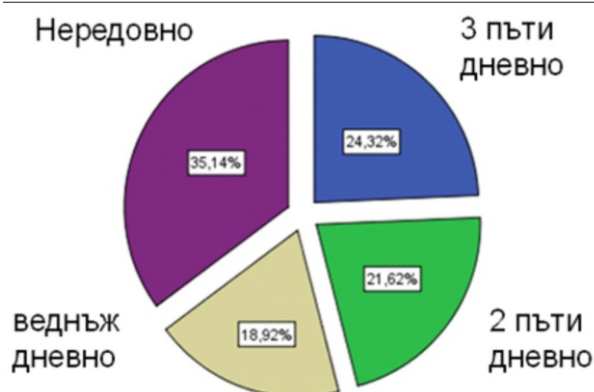
Проучвания върху различните аспекти на начина им на живот биха позволили да се установят общите детерминантите в индивидуалното поведение, които оказват въздействие върху здравето на професионалната общност. Така те могат да послужат при разработване на програми за подобряване на стила на работа и здравето на общопрактикуващите лекари, което ще доведе до по-качествена грижа за пациентите (4,5).

ЦЕЛ

Проведеното проучване има за цел да направи анализ и оценка на стила на живот на общопрактикуващите лекари в реалните условия на ежедневна заетост в практиките за първична медицинска помощ.

МЕТОДИКА И МАТЕРИАЛ

Стилът на живот на общопрактикуващите лекари беше изследван посредством пряка анонимна анкета. Използваният инструментариум съдържа 18 въпроса разделени в пет панела за характеристики на поведението: хранене, физическа активност, използване на свободното време, използване на стимулиращи средства, настъпили промени в сила на живот при промяната в професионалния статус, след здравната реформа.



Фиг.1 Честота на хранене в работни дни

Допитването беше извършено в периода 1.07.2010г. до 30.08.2010г. сред 100 случайно подбрани общопрактикуващи лекари (25% извадка), работещи и живеещи на територията на Пловдивска област.

По своя характер проучването има пилотен характер и получените резултати и направените изводи не могат да се обобщят за всички общопрактикуващи лекари.

Статистическата обработка беше извършена със софтуерен продукт SPSS 17.

Анализът на структурните характеристики на групата от обхванати общопрактикуващи лекари е представен в табл.1.

Данните показват, че участниците в проучването във висока степен се доближават до общите за професионалната група характеристики за разпределение по пол, възраст, трудов стаж, местоживеене, вид на амбулаторията и място на практиката.

Табл.1 Характеристики на участвалите ОПЛ

Характеристика	Бр.	%
Пол		
Мъже	38	38
Жени	62	62
Възраст		
До 39 год	8	8
40-49г.	49	49
50-59г.	27	27
Над 60г.	16	16
Трудов стаж		
3-5 год.		1
Над 5 год.	99	99
Местоположение на практиката		
Град	68	68
Село	8	8
Град и село	24	24
Вид на практиката		
Индивидуална	90	90
Групова	10	10

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Анализът на стилът на живот, по отношение на факторите, които имат най-значимо влияние върху здравето обхваща изследване на ежедневните дейности (навици) разпределени в пет области: *хранене* – честота, вид на храната и включване на основни хранителни групи; *физическа активност* – честота и вид на заниманията; *използване на свободното време* – културна и социална активност и почивка; *навици* свързани с консумация на кафе (чай), алкохол, тютюневи изделия; и *промени в стила на живот*, настъпили в следствие с промените в професията и нивата на доходите.

Хранене и двигателна активност

По отношение на стила на хранене се установява, че всеки трети ОПЛ се храни нередовно, а всеки пети – само веднъж дневно (виж фиг. 1). Тази тревожна тен-

денция се проявява при всички участници независимо от пол, възраст, вид на практиката и местоживее и е свързана с организацията на работното време в амбулаторията, извършването на домашни посещения и осигуряването на 24-часово разположение.

Наред с това изследването показва, че преобладаващи са предпочитанията към „готвената“ храна (при 57% от ОПЛи), като половината от участниците (46%) предпочитат да се хранят предимно „в къщи“, дори при по-малък брой хранения дневно. През работните дни „на крак“ се хранят 27% и само 22% посещават заведения за бързо хранене.

Изследвано беше потреблението на основните групи хранителни продукти, които формират балансирана диета.

Стильт на хранене на ОПЛи може да бъде определен като по-скоро здравословен по отношение на съотношението на основните групи хранителни продукти, като не се установяват значими различия между отделните подгрупи лица.

Прави впечатление, че местните продукти, плодовете и зеленчуците присъстват редовно в седмичното меню на ОПЛи, като сладките и тестени храни се ограничават и дори избягват от близо 1/3, но млечните продукти присъстват недостатъчно (1-2 пъти седмично) при 41% от участниците и само 24% съобщават, че ги консумират ежедневно (виж. табл.2).

Резултатите от проучването свързани с двигателната активност на лекарите показват, че повечето нямат възможност и не спортуват редовно (73%) и това в по-голяма степен се отнася за жените поради съвместяването на различни роли в семейството и професията.

Табл.2 Най - често консумирани хранителни продукти

Вид продукт Честота	Млечни %	Пиле %	Свинско/ телешко %	Риба %	Плодове %	Зеленчуц и %	Сладки. Изд %	Хляб,Тест. Изд %
6 и повече пъти в седм.	24,3	16,2	5,7	10,8	36,6	48,6	8,6	13,5
3-5 пъти в седм.	27	40,5	11,4	2,7	33,3	37,8	20,0	24,3
1-2 пъти в седм.	40,5	32,4	51,4	45,9	22,2	2,7	22,9	18,9
По-малко от веднъж седм.	5,4	8,1	25,7	32,4	5,6	8,1	17,1	16,2
Рядко или никога	5,4	2,7	5,7	8,1	2,8	2,7	31,4	27,0

През ден или по-често спортуват предимно несемейните мъже- общопрактикуващи лекари .

Най-често физическата активност на изследваните ОПЛи се изразява в ходене пеша (при 45%), всеки четвърти (24%) предпочита колоездене или туризъм и малък брой спортуват организирано - 14% посещават фитнес зали и 10% се занимават с друг спорт (плуване, ски, тенис), 7% - крос.

Използване на свободното време

Значими различия се установяват между двата пола по отношение на използването на свободното време. Всеки трети от мъжете ОПЛи прекарва свободното си време пред компютър, докато 21% от жените прекарват

времето си в занимание със семейството си и приятели (виж табл.3).

Честотата на посещения на културни и научни събития

Ежедневната ангажираност и спецификата на осигуряване на непрекъснато обслужване на пациентите (в част от случаите самостоятелно или по график с други ОПЛи) ограничава до голяма степен възможността на участниците да посещават културни и научни събития. Така над 40% посещават не повече от 2 пъти годишно театрални (43.3%) и филмови представления (45.2%), близо половината (46.4%) не посещават или рядко посещават музикални концерти.



Фиг. 2 Разпределение по брой изпушени цигари /дневно

Значително по-често ОПЛи отделят от свободното си време за участие в научни събития (1-2 пъти месечно - 34.5%). Това до голяма степен е свързано с очакванията за повишаване на квалификацията и стремеж за поддържане на контакти в професионалната общност, тъй като

индивидуалните практики за първична медицинска помощ са преобладаващ вид, а организацията и спецификата на работа в ежедневието на първичната помощ възпрепятстват контактите на ОПЛи с други специалисти.

Хоби

От получените резултати прави впечатление, че всеки трети общопрактикуващ лекар няма хоби, като това в най-голяма степен се отнася за с от жените.

Значимите различия се установяват между участниците от двата пола, по отношение на видовете хоби, като най-разпространеното хоби при мъжете е риболова, а при жените – туризъм. И в двата случая избраната дей-

ност е свързана със стремеж за окъсване от ежедневната рутина и релаксиране сред природата.

Годишни отпуски

Едно от най-тежките ограничения, които изпитват ОПЛи е свързано с възможностите за отсъствие и ползване на платен отпуск. При наличие на преобладаващ тип индивидуални практики за ПМП, всяко отсъствие на лекарите от работното им място е свързано с организационни и с финансови затруднения.

От направената анкета се установи, че преобладаващата част (65%) от общопрактикуващите лекари, през последните 2 години, са ползвали отпуск веднъж годишно, като при мъжете това се този дял е още по-висок - 70%. Само 9% от жените съобщават, че са ползвали отпуск повече от 2 пъти годишно.

Социално-икономическия статус на ОПЛи и семействата им позволява те да се придържат към установен в продължение на години модели на поведение, като предпочитат да почиват през отпуските си в България (57%) и най-често това е на море (35%). Всеки четвърти участник съобщава, че съчетава почивки на море и планина (24%).

Прави впечатление, че 22% от ОПЛи предпочитат да прекарват отпуските си извън страната.

Табл.3 Как ОПЛи най-често прекарват свободното си време

* надхвърля 100 %, защото е възможен повече от един отговор

	Бр.	%*
Гледане на телевизия	54	54,1
Четене на художествена литература	35	35,1
Ползване на компютър	27	27,0
Срещи с приятели, семейство	24	24,3
Четене на специализирана литература	16	16,2
Слушане на музика	8	8,1
Други (плетене, бродирание и др.)	8	8,1

Консумация на кафе, алкохоли и цигари

Данните от проучването за наличието на навици свързани с употребата на стимулиращи напитки, алкохол и тютюневи изделия показват, че : жените по-често консумират кафе - 63% „пият кафе 2-3 пъти дневно”, за разлика от мъжете, където преобладаващият отговор е „веднъж дневно” (28%).

Близко половината от общопрактикуващите лекари заявяват, че пушат редовно, като всеки пети пуши повече от 10 цигари дневно (виж фиг.2).

Получените резултати показват, че настъпилите промени, след реформата в здравната система у нас, са довели до значими позитивни и негативни промени в стила им на живот свързани с повишаването на доходите (при 66%), но и повишено психическо натоварва-

не и отговорността (при 97%), многократно повишената интензивност на работа (при 91%). Наред с това важен фактор, който детерминира промените в социалната активност и възможностите за съвместяване на роли извън професията е намаляването на свободното им време (при 85%) и отпуски.

ИЗВОДИ

Получените резултати позволяват да бъдат направени изводи за формирания общ профил на стила на живот на тази професионална група:

1. Стилът на живот на общопрактикуващите лекари има специфичен характер, което се детерминира от характера на тяхната дейност, водеща до прекомерна натовареност и трайна промяна в начина им на живот.
2. Основни отрицателни характеристики на стила на живот са свързани с нередовно хранене, липса на физическа активност, повишена интензивност на работното натоварване и психичен стрес, които влияят върху психо- физическото и психо- емоционалното им състояние.
3. Общопрактикуващите лекари са натоварени с редица професионални рискови фактори, част от които са свързани с начина им на живот и могат да бъдат коригирани при провеждане на целенасочено въздействие.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов Г., Д. Димитрова., Въведение в общата медицина и общата медицинска практика. П. 2010
2. Иванова Н., Д. Димитрова, Г. Форев, Р. Асенова, Г. Иванов, Професионалният стрес при общопрактикуващи и болнични лекари (сравнителен анализ). Сб. Научни доклади от Първа Национална Конференция на Българското общество за изучаване и борба със стреса, Пловдив 2003, 241-250
3. Димитрова Д., Р. Асенова, Р. Димова, Н. Иванова, Г. Иванов., Адаптация на общопрактикуващите лекари към промените в първичната помощ след старта на здравната реформа. Сб. Научни доклади от кръгла маса с международно участие. ISBN 954-9794-30-X Ст. Загора, 2001г., 22-24
4. Христов Ж., Стресогенни фактори, свързани с организацията на работния процес и силата на тяхното действие при лекари и учители. Безопасност и трудова медицина, 2004, 5, 53-58.
5. Христов Ж., Основните стресогенни фактори при лекари и сила на тяхното действие. Здравен мениджмънт, 2004, 6, 14-19.
6. Context institute. The Question Of Lifestyle.1997
7. Gutek B.A., Repetti R.L., & Silver D. L., (1988) Nonwork roles and stress at work. In: CL Cooper & R. Payne (eds) Causes, coping and Consequences of Stress at Work. Wiley & Sons, Chichester.
8. NWPHO Lifestyle Survey.2006

СТРЕСЪТ ПРИ ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ – ИЗЯВИ И НАЧИНИ ЗА СНИЖАВАНЕТО МУ

Валентинова Цв., М. Балашкова

Общопрактикуващите лекари у нас са изложени на много и разнообразни промени в условията на труд, повишени изисквания от страна на пациентите и Здравноосигурителната каса, подложени са и на известна несигурност, характерна за всички, работещи в условията на икономическа криза. Всички тези фактори, както и естеството на лекарската професия, свързана с изпълнение на много и бързопроменящи се задачи и високи отговорности, може да се превърне в източник на постоянен и увреждащ здравето стрес.

ЦЕЛ

Целта на настоящето изследване е да отчете неблагоприятните прояви на стреса върху здравето на лекарите от общата практика и изработените от тях начини за справяне с него.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

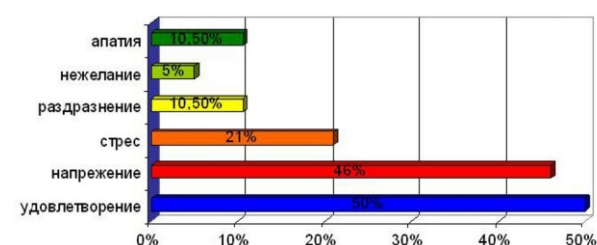
В изследването взеха участие 76 лекари, избрани на случаен принцип от работещите в практиките за Първична медицинска помощ в Плевенска област. Проведено беше индивидуално анонимно анкетно проучване. За целта беше използвана анкетна карта, изработена на базата на литературни източници, изучаващи промените в здравословното състояние, предизвикани от стреса (1,2,3,4,5,6,7). Данните са обработени с програмните продукти на Excel и Statgraphics for Windows XP. Характеристиките на изследваните лица са посочени в табл.1.

РЕЗУЛТАТИ

Запитани с какви емоции асоциират работата си, половината от анкетираните заявяват, че изпитват удовлетворение, но примесено в повечето случаи с напрежение (при 46%) и стрес (при 21%). По редки са отговорите, според които лекарите работят в Общата практика с раздразнение (10,5%), нежелание (5%) или апатия и примирение (10,5%) – фиг. 1.

Анкетираните отчитат, че стресът на работното място оказва известно въздействие върху качеството на личния им живот. Това става често (според 18%) и понякога (според 76% от изследваните лица), като по-силно е изразено при по-младите лекари-над половината от тях отчитат редовно влияние на стреса върху начина им на живот ($\chi^2=0,0009$; $p=16,38$). Въздействието на този неблагоприятен фактор върху качеството на работа е

още по-силно изразено – редовно това се случва при 36,5% от изследваните лица и понякога – при 46%.



Фиг. 1. С какви чувства асоциират работата си ОПЛ.

Върху по-младите лекари влиянието на стреса върху работата е особено силно изразено - при почти 90% от тях ($\chi^2=0,0001$; $p=20,72$).

Табл. 1. Характеристики на изследваните лица.

Признак	Брой (n)	Относителен дял (%)
Пол: Мъже	33	43%
Жени	43	57%
Трудов стаж:		
от 6 до 15 г.	9	12%
над 15 г.	67	88%
Специалност:		
Без специалност	52	68%
Със специалност (ОМ, ВБ, ДБ, АГ)	24	32%
Брой обслужвани пациенти:		
До 1000	20	26%
От 1000 до 1500	22	29%
От 1500 до 3000	34	45%
Обслужвано населено място:		
Село	12	16%
Град с население под 100 000	36	47%
Град с население над 100 000	28	37%

По отношение на това какви промени в тяхното здравословно състояние предизвиква стресът на работното място, отговорите на участниците в изследването са обобщени в табл.2.

Данните в табл.2 показват, че най-често стресът на работното място се свързва от лекарите в ПЗП с проблеми

в съня, напрежение и лесна уморяемост, следвани от лесна раздразнителност и проблеми с концентрацията, често се съобщава и за главоболие, проблеми с храносмилането, сърцебиене и депресивни емоции. Най-рядко се отчитат проблеми с паметта, повтарящи се инфекции и заболявания на сърдечно-съдовата система.

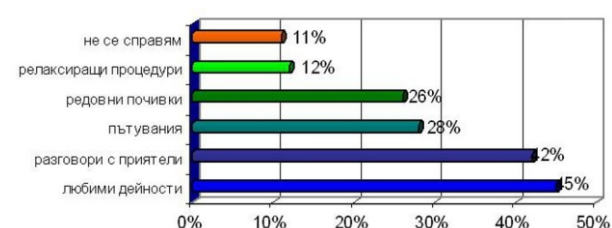
Направените от анкетираните лекари предложения за подобряване на работната среда и снижаване на стреса, са сходни с предложенията, посочени в предишни наши проучвания и могат да бъдат обобщени по следния начин:

Намаляване обема на документацията, с която

Табл. 2. Промени в здравословното състояние на ОПЛ.

Показател	Честота		
	Ежедневно	Често (3-4 пъти месечно)	Много рядко или никога
Проблеми със съня	25 (33%)	43 (57%)	8 (10%)
Проблеми с концентрацията	<u>13 (17%)</u>	30 (40%)	33 (43%)
Проблеми с паметта	9 (12%)	25 (33%)	<u>42 (55%)</u>
Чувство на напрежение	33 (43%)	29 (38%)	14 (19%)
Раздразнителност	13 (17%)	49 (64%)	14 (19%)
Лесна уморяемост	21 (28%)	38 (50%)	17 (22%)
Неувереност		34 (45%)	42 (55%)
Подтиснатост, депресивни изживявания	4 (5%)	44 (58%)	28 (37%)
Главоболие	4 (5%)	31 (41%)	41 (54%)
Лошо храносмилане	4 (5%)	36 (47,5%)	36 (47,5%)
Промени в телесното тегло	8 (11%)	32 (42,5%)	36 (47,5%)
Сърцебиене	8 (11%)	41 (54%)	27 (35%)
Повишено арт. налягане или др. сърдечно -съдови проблеми	5 (6%)	24 (32%)	47 (62%)
Повтарящи се инфекции		16 (21%)	60 (79%)

По отношение на това как се справят с напрежението и стреса на работното място, най-много са отговорите, ви-зиращи занимания с любими дейности в свободното време и разговори с близки и приятели, следвани по честота от пътувания по време на отпуск и редовни почивки. Най-рядко използвани са релаксиращите процедури, а има и лекари, които не могат да се справят по никакъв начин със стреса (11% от анкетираните) - фиг. 2.



Фиг. 2. Поведение за справяне със стреса (анкетираните са дали повече от един отговор).

работят ОПЛ.

Промени в регламентирането на неотложната помощ със създаване на повече възможности за свободно време на ОПЛ за обучение и повишаване на квалификацията, както и за почивка и възстановяване чрез отпадане на 24-часовото непрекъснато разположение.

Промени в нормативните актове, регламентиращи дейността в Първичната здравна помощ, които да доведат до: увеличаване на регулативните стандарти, преразпределяне на задачите между повече участници в здравните грижи за пациента и отстраняване дублирането на дейности между отделните участници в здравната система, НРД, сключван за по-дълъг период от време.

Здравно възпитание и повишаване на здравната култура у отделния пациент и подобряване на неговата информираност относно дейността на ОПЛ.

Създаване на повече групови практики сред ОПЛ с повече заместващи се лекари

Предложенията, свързани с подобряване на системата на обучение по време на специализацията им са малко и са свързани основно с проблема недостиг на време за посещение на модулите. По тази причина преобладават предложенията за:

Провеждане на курсове от програмата за специализация в извънработно време.

Използване освен на обичайни и на дистанционни форми на обучение.

Обучение в малки групи и дори понякога индивидуално.

По-голяма практическа насоченост на обучението по време на специализацията.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стресът на работното място е чест спътник в работата на ОПЛ. Голяма част от анкетираните трудно се справят с него и той оказва неблагоприятно въздействие върху личния им живот, качеството на работа и на някои показатели на здравословното им състояние. Преобладават проблемите, свързани с психо-емоционалното състояние, а органични проблеми и заболявания се отчитат по-рядко.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Велкова Д. Стресът при работа - подценяван проблем на работното място. Сп. Безопасност и трудова медицина. 2002(3): 15-8
2. Монова Д. Фактори на стреса в лечебните заведения. Сп. Здравен мениджмънт. 2008(4):44-52
3. Петрова Г. Стрес и последици от стреса. Психично-здравен сайт на България-
рия-www.psihichnozdrave.com/showpage.php
4. Психична централа Република България –
www.icp-bg.com/stress3.php
5. Levenstein S., Prantera C., Valvo V. et al. Development of the perceived stress questionnaire: a new tool for psychosomatic research. J. Psychosom.Res.1993.(37). P19-32
6. Schaufeli W.B., Maassen G. H., Bakker A. B.and Sixma H. J. Stability and change in burnout: A 10-year follow-up study among primary care physicians. Journal of Occupational and Organizational Psychology. 2011.(84-2). P248-267
7. Stress at work - short guide. This document has been and adapted, with permission, from an original published by Health and Safety Executive of Great Britain and available from:
<http://www.hse.gov.uk/pubns/indg281.pdf>

SPECIALIZED OUTPATIENT MEDICAL CARE IN BULGARIA - STATE AND PROSPECTS

Zlatanova T.

Key words: specialized outpatient medical care, average age of the specialist.

INTRODUCTION

Following the implementation of medical system with General Practitioners, the access of outpatient medical care specialists in our country is performed after obtaining a medical referral for a specialist. National Health Insurance Fund / NHIF / performs the payments for the medical service to the specialized medical care contractor for the person having mandatory medical insurance, referred by the primary care contractor for the performance of and / or specialized outpatient medical care, concluded a contract with the NHIF.

Implemented regulation of the access is also the main financial regulatory mechanism introduced of the closed health system in Bulgaria. Most frequently the in the policy for deterrence of insurance costs in the world and Europe are applied closed systems for payment of the medical services. On the other hand, the policy of cost sharing among insured persons has been expanding by the greater participation of citizens and patients in the payments and customer fees at the time of consumption.

In Bulgaria, access to specialized care is legally regulated by the Health Act, the Health Insurance Act and the Ordinance on the right of access to healthcare services. The access is based on the principle of free choice of hospital patients for primary, specialized and hospital care throughout the country, on the other hand, it is regulated in its part of Specialized outpatient medical healthcare by the means of referrals - for consultation or research.

NHIF has available a fixed budget established by law and in case the doctors perform more medical checkups, a deficit of funds for payment occurs. In the depleted number of referrals each insured person may be deprived of the opportunity to be examined and obtain the necessary medical care from the budget, where he performed regular payments. Health Insurance Act guarantees free access to medical care of the insured and the right of patient choice should not be limited in geographical or the administrative aspects.

Patients are constantly complaining that the referrals are insufficient in number. On the other hand, they often want to be examined by a specialist, without any objective reasons for this, and do not enable their doctors to determine whether there is an objective need for such a checkup.

Address for correspondence:

T. Zlatanova, Medical University - Sofia, Faculty of Public Health, Department of Health Economics, 1527 Sofia, Bulgaria. Str. "Bialo more" № 8
e-mail: drzlatanova@abv.bg

MATERIAL AND METHODS

The objective of this article is to analyze and evaluate the state of Specialized Outpatient Medical Care / SOMC / in Bulgaria in 2007-2009. A comparative analysis of data from NHIF / National Health Insurance / NSI / National Statistical Institute and NHIC / National Centre for Health Information / for period 2007 – 2009 in terms of number of specialists, the number of checkups, workload, SOMS activity, the structure of payment and the average age of specialists in outpatient care.

RESULTS AND DISCUSSION

In 2009, it is observed a slight increase in medical institutions (MIs) for SOMS contracted with the NHIF (Figure 1), as average on a monthly basis, contracted specialists were 8,327. The largest increase in the number of specialists in the previous year was reported in RHIF / Regional Health Insurance Fund / Yambol - 6% and RHIF Pernik, Plovdiv and Targovishte - 4%. A decrease was recorded in RHIF Razgrad (3.5%) RHIF Veliko Tarnovo (2.8%) and RHIF Montana (2.4%).

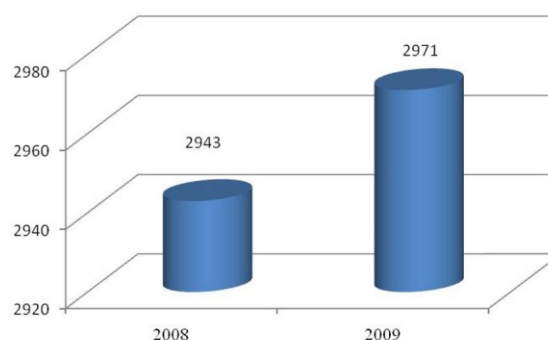


Figure 1. Number of medical institutions for SOMC with the NHIF for 2008 and 2009

Highest provision of CHIP / compulsory health insured persons /with specialists of 10 000 CHIP is recorded at the RHIF in Gabrovo - 17.4, RHIF Sofia - 16.7 and RHIF Pleven - 16.1. The lowest provision of specialists to CHIP is observed in RHIF Smolyan - 8.2 RHIF Razgrad - 8.3 and RHIF Yambol - 8.7 10 000 specialist CHIP. We can conclude that in small towns and inaccessible settlements are featured with lowest provision of experts, this trend has been observed for the GP, which hampers the possibility of

the population living in these areas, to have a rapid access to specialized medical care.

Within the period in consideration, no significant changes in the structure of doctors and specialties from SOMC – obstetricians (901), neurologists (825) and surgeons (748) are predominating. The smallest share is specialists paediatricians. This shows the need for more adequate policy in determining the number and profile of specialists in medical universities and incentives for subsequent employment in Bulgaria.

The average number of activities (medical checks, Highly specialised activity, DCC- checks) performed by the contracts of the OPMC in 2009 amounted to 1,455,000. There is an increase of 3.8% in Plovdiv RHIF, it highest with - 9.5% RHIF Sofia city - 8.1% in RHIF Kardzhali - to 7.8%. Negative growth in average monthly number of activities is reported by RHIF Rouse 10.1% RHIF Lovech - 1.7% RHIF Silistra - with 0.9% RHIF Montana - with 0.5%. These data correspond with the best technical personnel and provision of major cities.

In 2007 NHIF introduced more strict controls over activities of the dispensary activity which resulted in a decrease of the average monthly number of these medical checkups (Figure 2). Mechanisms of payment for the medical care in specialized outpatient care (SOMC) in Bulgaria is based on a fee for service (Figure 2) and activity (SMD, prevention and etc.). Prices of the checkups are differentiated depending on whether the checkup is a primary or secondary, but not according to physician specialty. Contractors of OPMC perform specific activities such as monitoring of dispensary patients, Maternal Health Program and prophylaxis of persons at risk.

The funds paid by the NHIF for SOMC activities are presented in Table 1. The largest share in the cost structure is held by checkups - primary and secondary.

The increase in prophylactic checkups with 45.82 percent in 2009, compared to 2007 shows a positive trend in this area of SOMC.

As a structure of activities, primary and secondary visits hold 83.14% of the number of completed activities, and

Table 1. Funds paid by the NHIF for SOMS for the period of 2007 - 2009

SOMS	2007 г.	2008 г	2009 г.
Primary visits	76 717 141	87 334 358	84 172 907
Secondary visits	19 115 219	22 030 046	21 127 587
Prophylactic examinations of persons over 18 years	153 545	201 537	223 912
Preventive examinations Program "Maternal Health"	2 893 131	3 279 904	3 139 565
Prophylactic examinations of persons over 18 years from risk groups	32 334	24 732	13 136
Specialized review of dispensary observation of persons	8 878 586	9 752 821	7 578 244
Medical consultative commission	2 155 568	2 398 195	2 263 464
Highly specialized activities	7 870 656	7 790 946	8 129 782

In 2008-2009, the trend of increasing visits to primary SOMC. The average number of primary visits paid by NHIF in 2009 was 563. 3 thousand taking into account the one-year growth with increase of the activity by 5 percent. It was first reported a decrease in secondary medical checkups paid by the NHIF. 385. 2000 secondary visits have been reported, which is 1.7% less than the previous year.

only 16.86% that are related to the prevention and specialized program review that will be beneficial to the health of the population in the country (Figure 3).

Table 2 presents the key indicators of activity and workload of the specialists of SOMC for period 2007 - 2009

The table shows data on:

Table 2. Main indicators of activity and workload of the specialists from SOMC for the period of 2007 - 2009

SOMS	2007 г.	2008 г	2009 г.
Number of checkups for the year	12 246 720	13 309 906	12 353 484
Average number of checkups for the year	1 023 894	927 234	948 643
Number of specialists for the year	8 525	8 600	8 631
Number of checkups a specialist	1 437	1 548	1 431

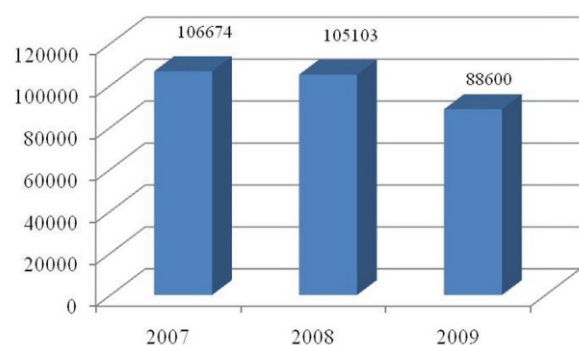


Figure 2. Number of dispensaries examinations for the period of 2007 - 2009

The average number of checkups of a specialist for three years under consideration - it law and equal - six average duration of the ambulatory admission in hours - about 2 hours, that is suggesting a lack of optimal use of the potential for specialized outpatient care as professionals work in several places, average age of a specialist - more than 51 years, which highlights the growing problem in health care personnel.

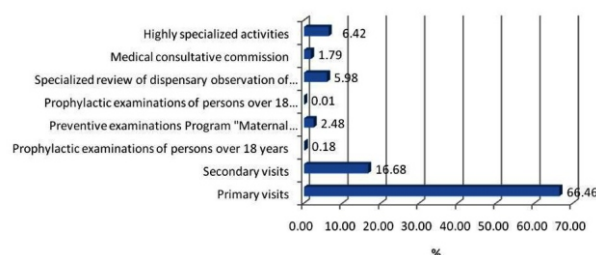


Figure 3. Structure of payments (the budget of NHIF) in the specialized medical care in 2009

The average cost of 100 Health insured individuals in 2009 amounted to BGN 194, that is 16% more than the previous

year, the reasons are the change in valuation of activities and inflation process in the country. The highest average monthly expense of 100 Health insured individuals in RHIF Sliven - 226 BGN, RHIF Plovdiv - 220 and RHIF Pazardzhik - 215 BGN, and the lowest in RHIF Silistra - 144 BGN, RHIF Pernik - 162 BGN, and RHIF Razgrad - 162 BGN. The monthly cost of the activities performed by one specialist in 2009, paid by the Regional Health Insurance Fund has increased to 1534 lev in 2008 when it was 1 328 BGN. The highest increase is recorded by RHIF Sofia - 19%, and the lowest growth is recorded by RHIF Ruse - 6. 4%

CONCLUSION

Data and analyzes suggest that SOMC has not developed its potential to the optimum in terms of the ambulatory admission in hours, and with high average age of doctors working as specialist in the outpatient medical care system /51 years of age / shows growing problem with the personnel in the Bulgarian healthcare. It remains high the concentration of specialists in the district and regional centres, which impedes access to health insured individuals to checkups paid by NHIF and reduces the control of chronic diseases leading to worsening health status of the population in the country.

All this requires a reorganization of health policy and action towards improving working conditions in our country to the specialists, so they to be provided with an incentive for staying and practicing in Bulgaria.

REFERENCES

1. http://www.nchi.government.bg/statistika/B_4.pdf
2. www.nsi.bg
3. www.nhif.bg

ИКОНОМИЧЕСКА ЕФЕКТИВНОСТ НА ПРОГНОЗИРАНЕТО ПРИ ЛЕПТОСПИРОЗА

Ганчева Г.¹, П. Илиева¹, М. Карчева¹, М. Атанасова²

¹Катедра по инфекциозни болести, епидемиология, паразитология и тропическа медицина,

Медицински университет – Плевен,

²КАИЛ, УМБАЛ „Света Ана” – София

РЕЗЮМЕ

Лептоспирозата е широко разпространена зооантропоноза. В България средната годишна заболяемост е 0,37‰ 0 000, но действителната е по-висока. Това се дължи на диагностични затруднения. Прогнозата на заболяването зависи от тежестта, ранната диагноза и своевременното лечение. В България липсват проучвания в икономически аспект на прогнозирането при лептоспироза. Цел: Определяне на икономическата ефективност на прогнозиране тежестта на протичане при болнично лечение на лептоспироза. Материал и методи: Направено е проучване на 100 болни от лептоспироза, лекувани в Клиника по инфекциозни болести на УМБАЛ „Д-р Георги Странски” – Плевен (1976-2010 г.). При предходни наши проучвания са изведени прогностични критерии за тежест. От актуален болничен ценоразпис са получени цените на четири групи променливи – услуги; изследвания; медикаменти, биопродукти, хемодиализа; немедицински разходи. За всяка от формите по тежест са калкулирани разходите – по променливи, общо за всяка група и обобщени разходи за формите. Изчисленията са направени за леглоден и за среден болничен престой при всяка форма. Резултати и обсъждане: Преобладава средно тежко (39%) и тежко (34%) протичане на заболяването. Обобщените разходи за болен са: леки форми – 1183,82 лв., средно тежки – 2110,89 лв., тежки – 8043,63 лв. Съотношението на общите разходи е 1 : 1,78 : 6,79 за съответните клинични форми. Най-високи финансови разходи са отчетени за лечение на тежко болните. Най-голям относителен дял на разходите при тежки форми (по 37%) се пада на разходите за услуги и за лечение. Разходите за хемодиализа са 48,92% от разходите за лечение при тежко болните. Заключение: Прогнозирането на тежестта подпомага ранното започване на адекватно лечение. Своевременното включване на хемодиализа намалява риска от летален изход и редуцира броя на хемодиализните процедури. Това е благоприятно както за болния, така и за болничното заведение и обществото.

Ключови думи: лептоспироза, прогноза, икономическа ефективност, глобален товар, хемодиализа

Leptospirosis is a worldwide zoonosis with global importance. Annual prevalence in Bulgaria is 0,37 per 100 000, but the disease is underdiagnosed. The prognosis of leptospirosis depends from severity, early correct diagnosis and prompt intensive treatment. In Bulgaria there are not investigations in economical aspect of predicting severity of leptospirosis. The aim of this research was to assess cost effectiveness of predicting in leptospirosis. Material and methods: Retrospective cohort study was carry out of 100 consecutive patients with leptospirosis, which were treated in Clinic of Infectious Diseases at University Hospital “Dr Georgi Stranski” – Pleven within 35 years (1976-2010). Prognostic criteria for severity were established in recent our investigations. The prices of four groups of variables (service; laboratory and instrumental investigations, drugs and no medical costs) were obtained from valid prices-table of the hospital. The costs were calculated for each form of leptospirosis (mild, moderate and severe) per die and for average hospital course of treatment. We estimated the costs about each variable, total costs of separate group of variables and total costs for each of forms. Results and discussion: The moderate (39%) and severe course of leptospirosis (34%) were prevalent. Total hospital costs per capita were: mild case – 1183,82 BGL, moderate – 2110,89 BGL, severe – 8043,63 BGL. The ratio respective was 1 : 1,78 : 6,79. The structure of the costs in severe cases included 37%

Address for correspondence:

Г. Ганчева, Клиника по инфекциозни болести – УМБАЛ “Д-р Г.

Странски”, ул. “Георги Кочев” 8а, гр. Плевен, п.к. 5800

e-mail: galya_gancheva@abv.bg

for service and the same for treatment. About hemodialysis 48,92% of costs for treatment in severe cases were given. Conclusion: The predicting of severity is helpful about prompt intensive treatment. Early hemodialysis decreases the risk for lethal outcome and reduces the number of hemodialysing procedures. It is favorable for the patient and for the hospital and the publicity.

Key words: leptospirosis, prognosis, cost effectiveness, global burden, hemodialysis

ВЪВЕДЕНИЕ

Лептоспирозата е широко разпространена зооантропоноза (7,19). В България средната годишна заболяемост е 0,37‰0 000, но действителната е по-висока. Това се дължи на диагностични затруднения (2). Крайната прогноза на заболяването зависи от тежестта, ранната диагноза и своевременното лечение (3). На фона на проблема за определяне на глобалния товар на лептоспирозата (8,16,20), съществуват единични проучвания за изчисляване разходите, свързани с епидемичен взрив от лептоспироза (10,11,17). Такова проучване е извършено в Нова Каледония през 2008 г. при взрив от лептоспироза, обхванал 135 болни (с леталитет 3,7%). Пълната стойност на лечение на пациент при този взрив е 5361 €, а общо за 2008 г. мерките, свързани с диагностика, лечение, превенция и контрол на заболяването възлизат на 1 036 549 € (4,16 € на глава от населението) (11). В България е правена икономическа оценка на други заболявания (1), но липсват проучвания в икономически аспект на прогнозирането при лептоспироза.

ЦЕЛ

Цел на проучването: определяне на икономическата ефективност на прогнозиране тежестта на протичане при болнично лечение на лептоспироза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Направено е проучване на 100 болни от лептоспироза, лекувани в Клиника по инфекциозни болести на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен (1976-2010 г.). При предходни наши проучвания са изведени прогностични критерии за тежест (3).

Използван е подходът при предишно проучване за икономически анализ на лечението при остри вирусни хепатити (6). Цените са на базата на актуален „Цено-разпис за медицински и допълнителни услуги“ на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ Плевен, ЕАД с последна промяна от 20.04.2010 г. В него са обособени четири групи категорийни променливи, разпределени както следва:

Услуги – лекарски прегледи (първични при постъпване, вторични по време на болничния престой, консултативни – от други видове специалисти извън Клиника по инфекциозни

болести); манипулации, извършвани от лекари и медицински специалисти.

Изследвания – лабораторни (извършвани в Централна клинична лаборатория и Микробиологична лаборатория на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен, Национална референтна лаборатория по лептоспирози, борелиози и листериози към Национален център по заразни и паразитни болести – София; инструментални (в Рентгенологично отделение и Гастродиагностично отделение на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен); високоспециализирани (в Имунологична лаборатория, Рентгенологично отделение и Гастродиагностично отделение на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен).

Медикаменти и биопродукти.

Немедицински разходи, посочени в ценоразписа за ден болничен престой.

Разходите са калкулирани за всяка от трите форми по тежест на протичане на лептоспироза – лека, средно тежка и тежка. За всяка от трите форми са калкулирани разходите по променливи, общо за всяка от четирите категории (посочени по-горе) и обобщен разход за всяка една от формите. Изчисленията са направени за леглоден за всяка една от формите и за среден болничен престой при всяка една от формите. Данните за средните престои не са получени чрез механично умножение на разходите за ден болничен престой за всяка една от формите по дните на престоя, а са изведени от реално средно приложение на услуги, извършени изследвания и медикаментозно лечение при всяка една от трите форми. С това се цели да се избегне грешката от формално умножение на по-високия разход за ден престой през първите дни по броя на дните болничен престой (през първите дни лечебният процес е по-интензивен в сравнение с последните дни от престоя, когато болният е в подобро състояние и броят на услугите, изследванията и медикаментите намалява) (4,5).

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Въз основа на прогностични критерии, изведени в предишни наши проучвания (3), е определена тежестта на протичане при проучените болни. Преобладава средно тежко (39%) и тежко (34%) протичане на заболяването. Финансовите разходи (за ден престой/ за среден престой) са следните:

Леки форми на лептоспироза (среден престой 8 дни):

За услуги – 136,50 лв./ 525,00 лв.; изследвания – 150,95 лв./ 277,25 лв.; медикаменти – 23,52 лв./ 141,57 лв.; немедицински разходи – 30 лв./ 240 лв.

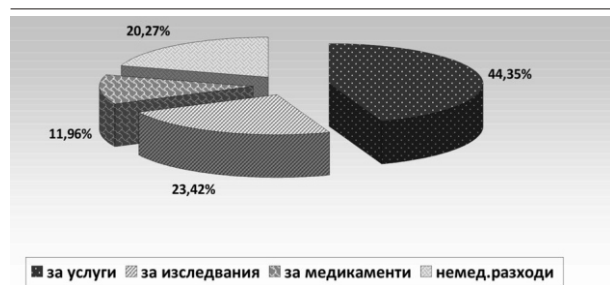
Средно тежки форми на лептоспироза (среден престой 12 дни):

За услуги – 173,50 лв./ 1037,00 лв.; изследвания – 160,04 лв./ 442,75 лв.; медикаменти – 30,61 лв./ 271,14 лв.; немедицински разходи – 30 лв./ 360 лв.

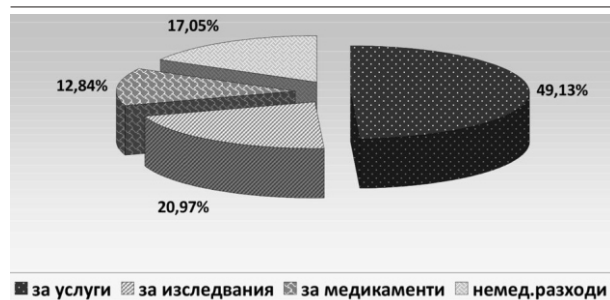
Тежки форми на лептоспироза (среден престой 15 дни):

За услуги – 415,50 лв./ 2973,50 лв.; изследвания – 669,45 лв./ 1664,10 лв.; медикаменти и хемодиализа – 630,26 лв./ 2956,03 лв.; немедицински разходи – 30 лв./ 450 лв.

Обобщените разходи за различните по тежест форми на протичане са представени на табл. 1. Анализът на данните показва съотношение на общите разходи 1 : 1,78 : 6,79 съответно при леки, средно тежки и тежки форми на лептоспироза.



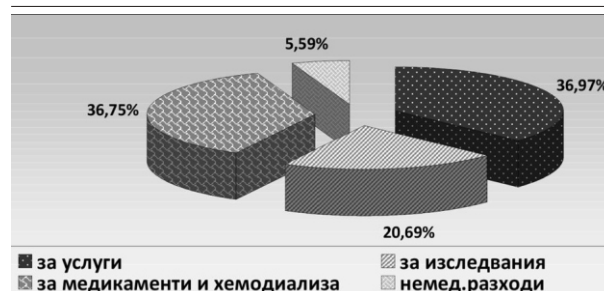
Фиг. 1. Структура на болничните разходи при леки форми на лептоспироза



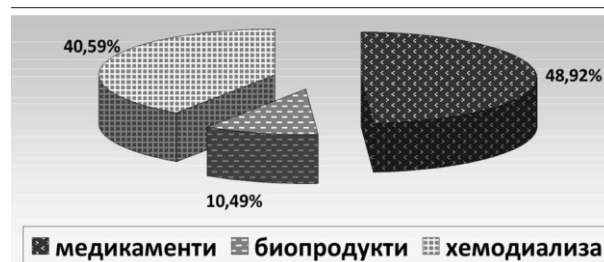
Фиг. 2. Структура на болничните разходи при средно тежки форми на лептоспироза

На фиг. 1, фиг. 2 и фиг. 3 е представена структурата на разходите съответно при леки, средно тежки и тежки форми на лептоспироза. Анализът на данните показва, че при леките форми най-голям относителен дял от разходите се пада на услугите – 44,35%; следват изследванията – 23,42%. Най-малък е относителният дял на разходите за медикаменти – 11,96%. При средно тежките форми почти половината от разходите са за услуги (49,13%), следват разходи за изследвания (20,97%) и разходи за лекарства (12,84%). И при леките, и при средно тежките форми немедицинските разходи надвишават разходите за лекарства. При тежките

форми разходите за услуги и медикаменти са почти равни – съответно по 37%, следват разходи за изследвания (20,69%) и най-малък е относителният дял на немедицинските разходи (5,59%).



Фиг. 3. Структура на болничните разходи при тежки форми на лептоспироза



Фиг. 4. Структура на разходите за медикаменти, биопродукти и хемодиализа при тежки форми на лептоспироза

На фиг. 4 е представена структурата на разходите за медикаменти, биопродукти и хемодиализа при тежки форми на лептоспироза. С най-голям относителен дял са разходите за медикаменти (48,29%), следвани от разходите за хемодиализа (40,59%). Цената на една хемодиализна процедура е около 200 лева, а при проучените тежко болни броят на хемодиализните процедури варира от една до осем. Това показва, че включването на хемодиализа има два аспекта – медицински и икономически. От медицинска гледна точка ранното включване на хемодиализа при тежко протичане намалява риска от летален изход, намалява опасността от задълбочаване на рисковете, свързани с процедурата, които се наслагват върху риска, породен от заболяването и свързан най-вече с хеморагичния синдром (2). От икономическа гледна точка ранното включване на хемодиализа би подобрило състоянието на болния и би намалило необходимостта от повече диализни процедури и съответните им финансови разходи. Прогнозирането на тежко протичане при болен с лептоспироза въз основа на известните от литературата и изведените от нас критерии има съществено значение за ранно започване на интензивно лечение и ранно включване на хемодиализа (3,9,12,13,14,15,18).

Сравняването на резултатите от нашето проучване с проучването, проведено от Goarant, C., et al. (2009) показва следното: пълната стойност на лечение на пациент при този взрив възлиза на 5361 € (11), докато при нашето проучване средната себестойност на тежко болен от

лептоспироза възлиза на 8043,63 лв. Данните са сравними, но при нашето проучване основната финансова тежест при лептоспироза се пада на тежките форми, а предимно те са тези, които се хоспитализират (леките и средно тежките форми могат да останат недиагностицирани и съответно нехоспитализирани). Като се има предвид, че по действащия механизъм на заплащане по клинични пътеки НЗОК превежда около 700 лв. на болен по клинична пътека № 228 (към която спада лептоспирозата), без да се отчита тежестта на протичане, е видно, че лечението на тежките случаи на лептоспироза е многократно недофинансирано от НЗОК и това води до генериране на разходи за сметка на болничния бюджет. Ранното включване на хемодиализа би подобрило прогнозата при конкретния болен и би спестило финансови разходи, но това не е достатъчно за компенсиране загубите от принципно неправилното финансиране на заболяването по клинична пътека.

Табл. 1. Болнични разходи за среден болничен престой на болен при различни по тежест форми на лептоспироза

Категория	Форма		
	Лека	Средно тежка	Тежка
За услуги (лв.)	525,00	1037,00	2973,50
За изследвания (лв.)	277,25	442,75	1664,10
За медикаменти (лв.)	141,57	271,14	2956,03
Немедицински разходи (лв.)	240,00	360,00	450,00
Общо (лв.)	1183,82	2110,89	8043,63

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Прогнозирането на тежестта подпомага ранното започване на адекватно лечение. Своевременното включване на хемодиализа намалява риска от летален изход и редуцира броя на хемодиализните процедури. Това е благоприятно както за болния, така и за болничното заведение и обществото.

КНИГОПИС

1. Велева Н., К. Кънчева, Д. Статева, Н. Статев., Икономическа оценка на слепотата. Здравна политика и мениджмънт, **том 8**, 2008, бр. 5, 61-64.
2. Ганчева Г., Комплексни проучвания при лептоспироза. Дис. труд за н. и обр. ст. „доктор”. Медицински университет – Плевен, 2006.
3. Ганчева Г., М. Атанасова, Хр. Цветанова, П. Илиева., Прогностични критерии за определяне тежестта на лептоспирозата. Медицински преглед, **том 45**, 2009, бр. 1, 63-67.
4. Гладилов С., Е. Делчева., Икономика на здравеопазването. Princeps, С, 2003, 401.

5. Драмънд М., Б. О'Брайън, Г. Стодарт, Д. Торънс., Методи за икономическа оценка на здравни програми. Медицина и физкултура, София, 2007.
6. Новкиришки В., В. Александрова, В. Цанков, Б. Бонев, Хр. Христов, Йл. Обретенова, П. Цветкова, Г. Ганчева, Х. Бояджиян, Е. Каньовска, Л. Найденова, П. Христова и др., Икономически проблеми при вирусния хепатит при епидемичното му разпространение през 1990/91 г. в Плевенски регион. V-ти конгрес по Здравно дело и пазарна икономика; медико-социални рискове и потребности – МУ – Плевен, 7-9 май, 1992 г., Плевен.
7. Bharti A. R., J. E. Nally, J. N. Ricaldi, M. A. Matthias, M. M. Diaz, M. A. Lovett, P. N. Levett, R. H. Gilman, M. R. Willig, E. Gotuzzo, J. M. Vinetz, Peru-United States Leptospirosis Consortium. Leptospirosis: a zoonotic disease of global importance. *Lancet Infect. Dis.*, **3**, 2003; No12, 757-771.
8. Bottazzi M. E., A. P. Miles, D. Diemert, P. J. Hotez., An ounce of prevention on a budget: a nonprofit approach to developing vaccines against neglected diseases. *Expert Rev. Vaccines*, **5**, 2006; No 2; 189-198.
9. Faucher J. F., B. Hoen, J. M. Estavoyer., The management of leptospirosis. *Expert Opin. Pharmacother.*, **5**, 2004; No 4, 819-827.
10. Galloway R. L., P. N. Levett, J. W. Tumeh, C. R. Flowers., Assessing cost effectiveness of empirical and prophylactic therapy for managing leptospirosis outbreaks. *Epidemiol. Infect.*, **137**, 2009, No 9, 1323-1332.
11. Goarant C., S. Laumond-Barny, J. Perez, F. Vernel-Pauillac, S. Chanteau, A. Guigon., Outbreak of leptospirosis in New Caledonia: diagnosis issues and burden of disease. *Trop. Med. Int. Health.*, **14**, 2009; No 8, 926-929.
12. Ko A., R. Galvao, D. Ribeiro, W. D. Johnson Jr, L. W. Riley., Urban epidemic of severe leptospirosis in Brazil. *Lancet*, **354**, 1999; 354, No 9181, 820-825.
13. Panaphut T., S. Domrongkitchaiporn, B. Thinkamrop., Prognostic factors of death in leptospirosis: a prospective cohort study in Khon Kaen, Thailand. *Int. J. Infect. Dis.*, **6**, 2002, No 6, 52-59.
14. Rajapakse S., C. Rodrigo, R. Haniffa., Developing a clinically relevant classification to predict mortality in severe leptospirosis. *J. Emerg. Trauma Shock*, **3**, 2010; No 3, 213-219.
15. Spichler A. S., P. J. Vilaza, D. A. Athanazio, J. O. M. Albuquerque, M. Buzzar, B. Castro, A. Seguro, J. M. Vinetz, Predictors of Lethality in Severe Leptospirosis in Urban Brazil. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, **79**, 2008, No 6, 911-914.
16. Suputtamongkol Y., W. Pongtavornpinyo, Y. Lubell, C. Suttinont, S. Hoontrakul, K. Phimda, K. Losuwanaluk, D. Suwanchaoen, S. Silpasakorn, W. Chierakul, N. Day, Strategies for diagnosis and treatment of suspected leptospirosis: a cost-benefit analysis. *PloS. Negl. Trop. Dis.*, **4**, 2010, No 2, e610.

-
17. Tan H., W. Ping, T. Yang, S. Li, A. Liu, J. Zhou, J. Groves, Z. Sun., The synthetic evaluation model for analysis of flooding hazards. *Eur. J. Public Health*, **17**, 2007, No 2, 206-210.
 18. Tantitanawat S., S. Tanjatham., Prognostic factors associated with severe leptospirosis. *J. Med. Assoc. Thai.*, **86**, 2003, 925-931.
 19. Vijayachari P., A. P. Sugunan, A. N. Shriram., Leptospirosis: an emerging global public health problem. *J. Biosci.*, **33**, 2008, No 4, 557-69.
 20. WHO. Informal Consultation on Global Burden of Leptospirosis: Methods of Assessment. Geneva, 25-27 October 2006.

ECONOMIC COST BENEFIT ANALYSIS OF REHABILITATION IN PATIENTS WITH LUMBAR INTERVERTEBRAL DISC DAMAGE WITH RADICULOPATHY

Bakova D.¹, N. Mateva²

¹ *Department of Healthcare Management, Medical University-Plovdiv*

² *Department of Health Management, Health Services Economic and General Medicine, Medical University-Plovdiv*

INTRODUCTION

One of health care priorities in recent years is the process of rehabilitation. In this connection different programs are developed, which support this process for patients with wide range of diseases. The Program for prophylaxis and rehabilitation of NSSI (National Social Security Institute) was introduced in Bulgaria in the year 2001. Material and method: The present study analyzes the health effect of the rehabilitation, conducted within the NSSI Program for prophylaxis and rehabilitation for patients with lumbar intervertebral disc damage with radiculopathy (ICD 51.1). Health economic evaluation was performed by economic cost benefit analysis. The study includes 100 patients, which attended in three following years (2007, 2008 and 2009) Specialized hospital for rehabilitation – National complex PLC branch Banite. Their health condition was evaluated using the functional index of Steinbrocker before and after undergoing the rehabilitation. Results and discussion: A tendency for significant improvement of the patients' health condition was reported for the studied three years. The average number of patients with improvement was increased from 42% in 2007 to 51 % in 2008 and reached 60% in 2009. The performed economic analysis shows objectively the connection between rehabilitation benefit for the patient and costs.

Key words: rehabilitation, health care program, health effect, cost benefit analysis

The development of various programs, related to providing qualified rehabilitation and increasing the possibility for access of the patients is a priority of the health care systems all over the world. In 2001 in Bulgaria was introduced a program, partially financed by NSSI (National Social Security Institute), aiming the provision of prophylaxis and rehabilitation of wide spectrum of diseases (2). During the period 2007-2009 state funding for this program was 23 million leva average per year. Constant increase in the number of patients, willing to join the program, is observed - on one hand the rehabilitation process is characterized with increased interest and on the other hand - with more restricted resources. This requires thorough health economic analyses, which could contribute to expansion of the existing and the development of new concepts in the rehabilitation area. The aim of the present study was to conduct health economic evaluation of the Program for prophylaxis and rehabilitation of patients with lumbar intervertebral disc damage with radiculopathy (code in ICD 51.1), financed by NSSI.

MATERIAL AND METHOD

The study includes 100 patients with lumbar intervertebral disc damage with radiculopathy aged between 27 and 63 (mean age 49.87 ± 0.74), which underwent rehabilitation in three following years (2007, 2008 and 2009) in Specialized hospital for rehabilitation- National complex PLC, branch Banite. Every year the patients' condition was evaluated on admission and on discharge by specialized physiotherapists using the functional index of Steinbrocker (14) (tabl. 1).

Table 1. Functional index of Steinbrocker

Class I	Complete functional capacity with ability to carry on all usual duties without handicaps
Class II	Functional capacity adequate to conduct normal activities despite handicap of discomfort or limited mobility of one or more joints.
Class III	Functional capacity adequate to perform only few or none of the duties of usual occupation or of self-care
Class IV	Largely or wholly incapacitated with patient bedridden or confined to wheelchair, permitting little or no self-care.

Address for correspondence:

D. Bakova, Plovdiv 4000 Plovdiv 4000, Boul. Vasil Aprilov 15 A
Boul. Vasil Aprilov 15 A, Department of Healthcare Management
Department of Health Management, Medical University-Plovdiv
e-mail: desislavabakova@abv.bg

Table 2. Distribution of the patients according to their condition on discharge divided into classes (functional index of Steinbrocker) for 2007, 2008 and 2009

Class	Admission Number of patients	Discharge	Number
2007			
I	-	with improvement	-
		no alteration	-
II	24	with improvement	11
		no alteration	13
III	58	with improvement	23
		no alteration	35
IV	18	with improvement	8
		no alteration	10
Total	100	with improvement	42
		no alteration	58
2008			
I	9	with improvement	-
		no alteration	9
II	33	with improvement	18
		no alteration	15
III	44	with improvement	24
		no alteration	20
IV	14	with improvement	9
		no alteration	5
Total	100	with improvement	51
		no alteration	49
2009			
I	14	with improvement	-
		no alteration	14
II	40	with improvement	26
		no alteration	14
III	37	with improvement	27
		no alteration	10
IV	9	with improvement	7
		no alteration	2
Total	100	with improvement	60
		no alteration	40

The rehabilitation program of NSSI for patients with lumbar intervertebral disc damage with radiculopathy includes the following five procedures:

- group medical gymnastics;
- bath with mineral water;
- medical massage;
- lye therapy;
- low frequency /middle frequency/ electrotherapy including electrophoresis.

The performed analysis studies the health effects of the program, the expenses for the rehabilitation and the collateral benefits, calculated relevantly by GDP (Gross domestic product) per person at working age.

RESULTS AND DISCUSSION

Health effect of the rehabilitation

We analyzed the health status of the patients on their discharge, evaluated again using the functional index of Steinbrocker for the studied years (tabl 2). Condition with improvement is considered when passing from IIInd to Ist class, from IIIrd to IIInd and from IVth to IIIrd class. Preserving the same class is regarded as condition without alteration. No one from the studied patients had deterioration of his condition.

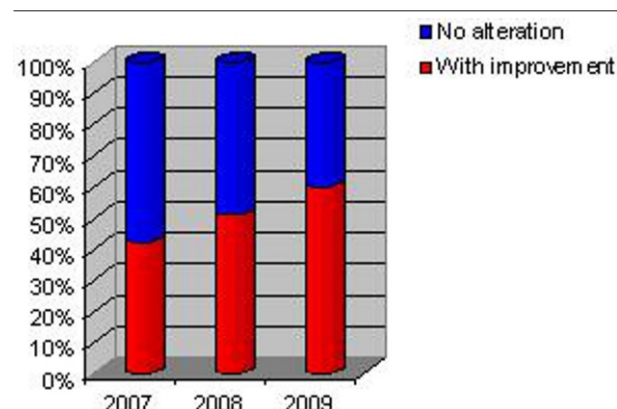


Fig 1. Distribution of the patients according to their condition on discharge for the period 2007-2009

For year 2007 improvement of the health condition was reported in almost half of the patients (42%) - 11 patients passed from class II to class I, 23 - from class III to class II and 8 -from class III to class IV. The rest of the patients (58%) were not influenced by the rehabilitation.

In 2008 we observed improvement of the health condition in more than half of the patients (51%) and no alteration in 49% of the patients. Compared to 2007 an increase of 21.43% in the number of patients with improvement was detected.

The health condition of the patients from the discharge till the next admission could be improved, deteriorated or preserved the same due to different reasons. After research of the medical documentation of the patients was observed that the condition of part of the patients during the year was deteriorated within the period between the two rehabilitations (2007-2008) and on ad-

mission in 2008 two of the patients passed from class I to class II and 4 - from class III to class IV.

On admission in 2009 the distribution of the patients in classes reveals that most of them preserved the same health condition as discharged in 2008.

After the third rehabilitation course in 2009 60% of the patients were with improvement and 40% had no alteration in their condition. During the third year (2009) the number of patients with improvement compared to those in the first year was increased with 42,8%.

The obtained results show ascending tendency with marginal statistical significance of improving the health condition of the patients after undergoing rehabilitation for the studied three years ($\chi^2=3.080$, $P=0.07$, Fig.1).

Cost benefit analysis

The costs for rehabilitation within the NSSI program are presented for each year in table 3.

Table 3. Costs for rehabilitation within the Program for prophylaxis and rehabilitation of NSSI (10-day course) of patients with lumbar intervertebral disc damage with radiculopathy for the period 2007-2009

Year	Funding by the patient (lv)			Funding by NSSI (lv)			Expense for 10-day period (lv)
	Registration fee	Insurance	Food, day expenses, VAT	Sleeping expenses	Funding for food	Examinations and rehabilitation procedures	
2007	15	6	99	16	45	113	417
2008	20	6	99	16	45	150	454
2009	20	6	150	16	45	160	515
Average expense per year	18.33	6	116	16	45	141	462

The method cost benefit was applied, which studies and analyzes costs concerning the treatment of patients and the anticipated benefits and savings (3,6). The indirect estimation of the benefit for the society from certain treatment could be determined relatively using GDP (Gross domestic product) per person at working age (8).

For the studied three years the benefit was calculated using the number of patients with improvement in class I and class II, evaluated by functional index of Steinbrocker after undergoing rehabilitation (table 4).

Table 4. Evaluation of the benefit from the rehabilitation using GDP per person

Year	Number of patients with improvement	GDP (lv)	Benefit (lv)
2007	47	7412.72	348 364
2008	50	8790.60	439 500
2009	81	8482.88	687 042

The benefit for year 2009 is significantly higher, because the patients, which improved passed mainly into class I and

class II. Comparing the accomplished benefit in the first year with that of the third the increase is 1.97 times more. During every following rehabilitation course the number of patients with improvement was increased, i.e. the effect of the rehabilitation is cumulating.

DISCUSSION

Our country provides immense opportunities for conducting rehabilitation programs, considering the diverse combinations of physical (natural and reshaped) methods and means for prophylaxis, treatment and rehabilitation. Bulgaria has traditions regarding climate and balneotreatment. At the same time the health care system reform, the alteration of the way of funding (including for rehabilitation activities) and restructuring of the health resort activities re-

structuring considerably obstructs the access of the patients to effective treatment and rehabilitation as the possibilities are restricted - clinical pathways, NSSI programs and free admission (1).

Every year the numbers of people willing to benefit from the NSSI program is increasing. Developing more similar programs created in cooperation with research units (Department of Physical Medicine and Rehabilitation at the Medical Universities) and specialized hospitals for rehabilitation may provide an opportunity for early and long-term rehabilitation of patients with different diseases. Developing, testing and evaluating new screening instruments, diagnostic methods for detecting individual problems and the related rehabilitation needs is a prerequisite for achieving optimal results in preservation of the patients' working ability (13).

Most European countries have national programs for rehabilitation, funded completely or partially by health insurance funds and pension funds (4,10,11). A number of studies provide health economic analyses of rehabilitation programs, which evaluate the benefits from those programs, expressed in reduction of morbidity or temporary disability. It is additionally emphasized on the evaluation of educational programs for patients, comparison of outpatient and inpatient rehabilitation and others (5,7,9,11,12,15,16).

CONCLUSION

Health economic analyses contribute to the objective assessment of the health effect and costs, which assists the restricted resources distribution for rehabilitation activity. The performed cost benefit analysis showed that the NSSI Program for prophylaxis and rehabilitation contributes to the patients' health improvement and thus to the society benefit. This demonstrates the necessity of introducing more rehabilitation programs in Bulgaria.

REFERENCES

1. Health care reform in Bulgaria - I and II part. Editor M. Popov., Macedonia pres., Sofia. 1998.
2. Regulation № 1 of NSSI from 13 february 2007 г. for the use and payment of allowance for prophylaxis and rehabilitation (chang., SN, issue. 17 from 23.02.2007, изм., ДВ, issue. 6 from 2009 г. and issue. 2 от 2010).
3. Gladilov St., E. Delcheva, Economic of healthcare, C. Princeps, 2009.
4. Albrecht M., C. Krauth, J. Rieger, F. Lamprecht, A. Kersting, F.W. Schwartz., Konzept zur gesundheitsökonomischen Evaluation kurz- und längerfristiger Kosten- und Wirksamkeitsparameter eines erweiterten ambulanten psychosomatischen Rehabilitationsprogramms.- Gesundheitswesen, 2000, **62**(3), 156-160.
5. Bührle B., W.H. Jäckel., Teilstationäre orthopädische Rehabilitation: Therapeutische Leistungen, Behandlungsergebnis und Kosten im Vergleich zur stationären Rehabilitation.- Rehabilitation, 2002, **41**(2/3), 148-159.
6. Drummond M.F., M.J. Sculpher, G.W. Torrance, B.J. O'Brien, G.L. Stoddart., Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Third. Oxford, Oxford University Press, 2005.
7. Faller H., A. Reusch, H. Vogel, I. Ehlebracht-König, F. Petermann., Patientenschulung.- Rehabilitation, 2005, **44**(5), 277-286.
8. Graf von der Schulenburg J.-M., Die Entwicklung der Gesundheitsökonomie und ihre methodischen Ansätze. In: Gesundheitsökonomische Evaluationen. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York : Schöffski O., Graf von der Schulenburg J.-M., 2002, 15-23.
9. Haaf H.G., Ergebnisse zur Wirksamkeit der Rehabilitation.- Rehabilitation, 2005, **44**(5), 259-276.
10. Krauth C., F. Hessel, T. Hansmeier, J. Wasem, R. Seitz, B. Schweikert., Empirische Bewertungssätze in der gesundheitsökonomischen Evaluation - ein Vorschlag der AG Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation (AG MEG).- Gesundheitswesen, 2005, **67**(10), 736-746.
11. Krauth C., F. Hessel, H.E. Klingelhöfer, B. Schweikert, T. Hansmeier, J. Wasem., Gesundheitsökonomische Evaluation von Rehabilitationsprogrammen im Förderschwerpunkt Rehabilitationswissenschaften.- Rehabilitation, 2005, **44**(5), 297-306.
12. Lambert C.M., N.P. Hurst, A. Lochhead, K. McGregor, M. Hunter, J. Forbes., A pilot study of the economic cost and clinical outcome of day patient vs. inpatient management of active rheumatoid arthritis.- Br J Rheumatol., 1994, **33**, 383-8.
13. Müller-Fahrnow W., B. Greitemann, F. M. Radoschewski, H. Gerwin, T. Hansmeier., Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.- Rehabilitation, 2005, **44**(5), 287-296.
14. Steinbrocker O., C.H. Traeger, R.C. Battermann., Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis.- J Am Med Assoc., 1949, **140**, 659-662.
15. Velema J.P., H.J. Finkenflügel, H. Cornielje., Gains and losses of structured information collection in the evaluation of 'rehabilitation in the community' programmes: ten lessons learnt during actual evaluations.- Disabil Rehabil., 2008, **30**(5), 396-404.
16. Vom Orde A., T. Schott, O. Iseringhausen., Behandlungsergebnisse der kardiologischen Rehabilitation und Kosten-Wirksamkeits-Relationen - Ein Vergleich stationärer und ambulanter Versorgungsformen.- Rehabilitation., 2002, **41**(2/3), 119-129.

DYNAMICS OF BASIC PLANNING INDICATORS OF THE SURGICAL WARDS AT FIFTH MULTIPROFILE HOSPITAL FOR ACTIVE TREATMENT-SOFIA AD

Yaneva R., V. Katzarov

Key words: basic planning indicators; hospital, surgical wards; diagnostic and treatment process; efficient use of resources

INTRODUCTION

The hospital is the most complex institutions in modern healthcare system. (1) It is a service facility with properties that provide its specific complexity. As such institution, the hospital has a set of resources that are used in various output processes. The efficiency degree is a ratio between the activity results resources expenses. Achieving the optimum level of efficiency, means reaching a certain level of activity with an optimum level of resources (5).

Continuously rising health care funds put to health officials the issue of cost-effective allocation and spending of health resources.

Management of diagnostic and treatment process in the hospital has to ensure efficient use of personnel labour and the medical equipment, available diagnostic and therapeutic methods, and tools of different nature (including future development in this respect), so as to achieve the most favourable outcome of disease in the most rational use of hospital resources (3).

Hospital bed is the main material resources of the hospital. It is necessary a link to established between the actual use of beds and their theoretical maximum use (5).

Whether the beds are more or less used, in terms of effectiveness, the stay can be adequate or not. The stay is a classic intermediate product and as such is used for diagnosis and / or treatment of patients (6).

Bed/day ratio for each patient is determined by the disease and in a direct relation of clinical discretion of the physician. It also depends on external factors, from the foreign medical decision and outcome processes in other units.

The most important indicators for the organization of hospital services are: (St. Gladilov) (2).

Utilization of beds (in days) - shows on average how many days within a year one bed was occupied by patients. Bed/day number for the period is divided by the average number of beds;

Turnover of beds (in number of patients) - shows how many patients were treated on a bed per year. This indicator is inversely proportional to the next - with increase of the

average duration of treatment, turnover of beds is reducing. The number of patients who stayed on a bed is divided to the average number of beds;

Average duration of treatment (in days) - shows how many days one patient has hospitalized an average. The number bed/day for the period is divided by the number of patients which stayed on one bed;

Lethality (percentage) - shows the percentage of treated patients died during the year in the ward (1).

In the Fifth Multiprofile Hospital for Active Treatment-Sofia AD the highest priority is patient care. Top medical professionals, superior medicine and progressive change; ensure that the hospital is one of the leading in the country. It offers dedicated, distinctive, professional medical care and highest level of postgraduate education and training through the creative application of knowledge, skills and technology.

Presentation of Surgical Wards at Fifth Multiprofile Hospital for Active Treatment-Sofia AD:

First Surgery Ward

Structure:

- Inpatient Ward with 35 beds in 12 hospital rooms
- Admission Consulting Office
- Individual operating rooms and beds in resuscitation in Anaesthesia and Intensive Care Ward

Activity:

1. Abdominal surgery; Oncology surgery
surgery of the abdominal wall; -gastric; - intestinal; - pancreatic; - hepatobiliary; - colonic and rectal
2. Pelvic Surgery:
pelvis evisceration of different diseases: gynecological, urological, rectal: It has been gained significant experience in operating techniques and managing the postoperative period in these cases.
3. Haemorrhoids surgery: it has been introduced an enhanced new and rational operative method: HALL DOPLER has been used for more than 700 operations since its introduction in 2005.
4. Breast surgery: and significant experience in the surgical treatment of breast cancer.
5. Surgery of the thyroid gland: radical surgical techniques for thyroid cancer has been introduced and developed.
6. Conservative and surgical treatment of diabetes complications / diabetic foot /.

Address for correspondence:

R. Yaneva, Medical University - Sofia, Faculty of Public Health,
Major Assistant Professor at the Department of Health Economics,
1527 Sofia, Bialo more 8 str.
e-mail: yaneva.1968@abv.bg

7. Conservative treatment of vascular diseases of lower limbs.

Doctors in the ward - 12

Second Surgery Ward

Structure:

Inpatient Ward with 35 beds

Diagnostic - Consultative Cabinet

Activity:

Consult surgical examinations

Highly diagnostic methods requiring hospitalization and active surgical monitoring -RSP, puncture biopsies, drainage manipulations.

Surgical treatment of diseases of the gastrointestinal tract, hepatobiliary system, pancreas, breast, thyroid gland.

Defects of the anterior abdominal wall and internal hernias with modern, absorbable, high-tech products.

In the ward is performed radical cancer surgery of the breast, stomach, pancreas, colon.

Surgery department offers laparoscopic devices that allow minimal invasive surgery for gallbladder stones, postoperative hernia, hernia of anterior abdominal wall, diverticulosis of the colon, appendicitis, ovarian cysts, tumours of the colon and others.

The ward has a specialist in endoscopic diagnosis, fibrogastroscopy, RCP, PST, replacement of the bile ducts and with a consultant - a vascular surgeon.

The priority is minimally invasive and endoscopic surgery. Doctors on the ward, 11 in number, provide a daily duty and in case of necessity carry out consultations with specialists from all other profiles.

MATERIAL AND METHODS

This analysis follows the dynamics of basic indicators of Organization at the hospital service of 1st and 2nd surgical wards in the Fifth Multiprofile Hospital for Active Treatment-Sofia AD for 2008-2010. It was used mathematical and statistical method.

RESULTS

Based on the economic and financial crisis and related decrease in the NHIF, Sofia Municipality and the Ministry of Health monitor the following dynamics of main indicators for the organization of hospital services during the three-year period:

For the First Surgery Ward

Average number of beds (permanent) – 35

Total Number of patient from 1,909 to 2008 – 1,897 for 2009 – to 1,731 for 2010 (reduction for the period under consideration 9.3%).

Beds/days from 12,512 in 2008, 12,653 in 2009 (an increase of 1.1%) to 12,410 for 2010 (decrease by 1.9%).

Utilization in days from 357.5 days for 2008, in 361.5 in 2009 (an increase of 1.1%) to 354.6 for 2010 (decrease by 1.9%).

Utilization rate (utilization in %) – from 97.9% in 2008, to 99.0% in 2009 (an increase of 1.1%) to 97.1% for 2010 (decrease by 1.9%).

Turnovers of beds 54.5 in 2008, to 54.2 in 2009 to 49.5 for 2010 (reduction for the period under consideration 9.2%).

Average stay of 6.5 days for 2008 from 6.7 days for 2009 to 7.2 days for 2010 (increase for 3 year period 10.8%).

Lethality from 2.0% in 2008 to 2.4% in 2009 to 2.9% in 2010 (increase for 3 year period with 45 %).

For the Second Surgery Ward

Average number of beds (permanent) – 35

Total Number of patient from 1,873 to 2008 to 1,902 for 2009 (increase by 1.5%) to 1,626 in 2010 (decrease by 14.5%).

Beds/days from 10,805 in 2008 to 11,410 for 2009 (an increase of 5.6%) to 10,189 for 2010 (decrease by 10.7%).

Utilization in days from 308.7 days for 2008, in 325.0 in 2009 (an increase of 5.6%) to 291.1 for 2010 (decrease by 10.7%).

Utilization rate (utilization in %) – from 84.6% in 2008 , to 89.3% in 2009 (an increase of 5.6%) to 79.7 % for 2010 (decrease by 10.8%).

Turnovers of beds 53.5 in 2008, to 54.3 in 2009 (increase by 1.5%) to 46.5 in 2010 (decrease by 14.4%).

Average stay of 5.8 days for 2008 from 6.0 days for 2009 to 6.3 days for 2010 (increase for 3 year period 8.6 %)

Lethality from 0,7% in 2008 to 1.2% in 2009 to 1.8% in 2010 (increase for 3 year period 157.1%)

The total number of patients in surgical wards decreased by 11.2% - from 3,782 for 2008 to 3,357 in 2010. There is a decrease of 0.8% of beds/days for I-st surgical ward and with 5.7% for the II-nd. Reduction is observed in the three-year period under consideration and the turnover of beds, more obvious in II-nd Surgery - 13.1%, as well as utilization of beds in % , namely the difference is 5.8%.

Impressed by the gradual increase in the average stay of 6.5 to 7.2 days for I-st surgical ward from 5.8 to 6.3 days for II-nd surgical ward.

DISCUSSION

Dynamics of the basic planning indicators for the wards concerned in Fifth Multiprofile Hospital for Active Treatment-Sofia AD coincides with the trend observed in the other urban hospitals. An exception is the increase in the average hospital stay. This is an indicator used to measure the effectiveness of the use of hospital beds.

The average hospital stay is common information that is provided when presenting data on the activities of a hospital. It is also used when comparing the activity of various hospitals and in analyzing development of a hospital over the years (5).

It should be noted that the assessment of the indicator of the average stay is a complex task and can not be simplified. In

our country, it has been established a trend of declining the average stay is considered as a positive indicator of hospital activity. This one-sided approach may pose some risks.(4) It is considered that the optimal utilization of beds is 85%, as it allows having a number of vacant beds that ensures flexibility in the adoption of both emergency and planned cases (5).

As it becomes clear from the data, utilization of beds in the II-nd surgical ward at Fifth Multiprofile Hospital for Active Treatment-Sofia AD is close to optimal, while I-st surgical ward has maximum values.

CONCLUSION

For achieving a favorable outcome of the disease in the rational use of hospital resources, it is necessary diagnostic and treatment process in the wards to ensure their effective use. There is a need for a close relationship between available resources and the volume of activity: more resources - more activity and vice versa. Thus, for identifying resource needs of a specific unit, first the volume of undertaken activity has to be known .

Professional use of the rich information related to diagnostic and treatment process, assists its planning, organizing, financing, monitoring, evaluation as well as forecasting and the impact on the overall activities of the wards.

In order to minimize the deficit in the system of hospital care, it is necessary to shift the focus of the scarcity of financial resources to efficient use of available resources.

It should be noted that economic and financial crisis presents serious challenges to effective management of hospitals. With limited resources that are available, through its activity and striving for efficient use, management of the Fifth Hospital for Active Treatment-Sofia AD takes all necessary actions to maintain the quality of the product.

REFERENCES

1. Borisov V., Concise Social Medecine, Training compendium, Philvest, Sofia, 2002.
2. Gladilov St., E. Delcheva, Health economics, Princeps, Sofia, 2009.
3. Nikolova S., Inpatient medical care. In: New Public Health. Reviewed by V. Borisov, Zl. Glutnikova , Ts. Vodenicharov , Akvagrafiks OOD, Sofia, 1998, 448-454.
4. Yaneva R., Microeconomics of inpatient hospital. Sessions and seminars, Guidance , Simelpres, Sofia, 2011.
5. Joan Berenguer, Gestiy de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias Ediciones Vicens Vives, S.A. (Primera Ediciyn 1994), 310-352.
6. Jordi Varela, Gestiy de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias Ediciones Vicens Vives, S.A. (Primera Ediciyn 1994), 269 –309.

ТЕОРЕТИЧНИ ОСНОВИ И ПРИНЦИПИ НА „МОДЕЛ ЗА ОКАЗВАНЕ НА ПОМОЩ ПРИ ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ”

Г. Чамова, Ю. Маринова, Б. Парашкевова, Св. Димитрова, Г. Петрова

*Катедра Социална медицина и здравен мениджмънт,
Медицински факултет, Тракийски университет – Стара Загора*

РЕЗЮМЕ

Увод: Едно от най-големите предизвикателства, пред които се изправя всяка национална здравна система е растящото бреме на хроничните заболявания. В същото време организацията на здравните услуги е в значителна степен несъответна на нарастващите потребности от дългосрочни грижи при хронично болните пациенти. Това провокира създаването на различни модели и подходи за оказване на интегрирана медицинска помощ при хроничната патология. **Цел:** Да се представи разработения в САЩ от група експерти „Модел за оказване на помощ при хронични заболявания” (Chronic Care Model - CCM) в качеството му на комплексна теоретична основа за организация на медицинското обслужване при тази категория пациенти. **Материали и методи:** Направен е преглед на научни статии и публикации на СЗО, посветени на интегрираната медицинска помощ при хронични заболявания. При търсенето на информация са използвани ключови думи: мениджмънт на хроничните заболявания, интегрирана медицинска помощ, продължителна грижа. **Резултати и обсъждане:** В основата на CCM е залегнало виждането, че качествената медицинска помощ при хронични заболявания се основава на ефективното взаимодействие между информирания, активен пациент и екип от професионалисти, осъществяващи активно лечение, наблюдение и подпомагане на болния. CCM включва в себе си шест взаимодействащи си в системна цялост компоненти, считани за ключови по отношение осигуряването на качествена медицинска помощ при хронични заболявания: подкрепа на самопомоща, структура на системата на медицинско обслужване, подпомагане вземането на решения, клинични информационни системи, обществени ресурси и политики и здравна система. **Заключение:** Основните принципи и компоненти на CCM са надеждна теоретична основа за разработване на политики за осигуряване на интегрирана медицинската помощ при хронични заболявания.

Ключови думи: мениджмънт на хроничните заболявания, интегрирана медицинска помощ, CCM.

УВОД

Хроничните заболявания са основна причина за преждевременна смърт и инвалидност в почти всички страни по света. Едно от най-големите предизвикателства, пред които се изправя всяка национална здравна система е растящото бреме на хроничните заболявания. Темпът на тяхното разпространение отправя сериозни предизвикателства към всяка национална здравеопазна система. Моделът на организация, както и естеството на предоставяните здравни услуги е в значителна степен несъответен на специфичните потребности на хронично болния човек. Това снижава ефективността на оказваните здравни грижи и удовлетвореността от системата като цяло.

Съвременните здравеопазни системи исторически са организирани, за да отговорят на нуждата от бърза и ефективна намеса при остри заболявания и травми. Във фокуса на здравните грижи и понастоящем е неотложното състояние, изискващо бърза диагностика и лечение, а на пациента е отредена ролята на пасивен реципиент на здравни грижи (3).

Въпреки напредъка в ефективността на лечението на редица хронични заболявания, изследванията показват, че пациентите често не получават грижите, от които се нуждаят. Една от основните причини за това е несъответствието между модела на организация на предоставяните здравни услуги и специфичните потребности на хронично болния човек.

Осъзнава се необходимостта от ефективни промени в системите на здравеопазване, така че те да станат способни да предоставят грижи, съответни на специфичните потребности на хронично болния човек. През 80-те години на миналия век, на основата на натрупан опит от инициативи в тази посока, се разработват многочислени концепции и модели за оптимизиране на

Address for correspondence:

Г. Чамова, Катедра Социална медицина и здравен мениджмънт, Медицински факултет, Тракийски университет – Стара Загора, Гр. Стара Загора, 6000, ул. Армейска 11
e-mail: galia.chamova@gmail.com

медицинската помощ. Стремежът е да се идентифицират интегрирани подходи за медицинско обслужване на тази категория пациенти.

През 1990-те г. Едуард Вагнер и неговия екип от Мак-Кол Институт за иновации в здравеопазването - САЩ, разработват т.нар. Модел за оказване на помощ при хронични заболявания (Chronic Care Model – CCM), който има най-значимо влияние за реорганизация на предоставянето на здравни грижи в редица национални здравеопазни системи.

CCM е разработен, за да отговори на нуждата от цялостна визия и по-съгласувани насоки за промяна на здравните системи (4). Той е комплексна теоретична основа за организация на медицинската помощ при хронични състояния.

ЦЕЛ

Да се представи разработения в САЩ от група експерти „Модел за оказване на помощ при хронични заболявания” (Chronic Care Model - CCM) в качеството му на комплексна теоретична основа за организация на медицинското обслужване при тази категория пациенти.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Направен е преглед на научни статии и публикации на СЗО, посветени на интегрираната медицинска помощ при хронични заболявания. При търсенето на информация са използвани ключови думи: мениджмънт на хроничните заболявания, интегрирана медицинска помощ, продължителна грижа.

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЯ

Основната философия, залегнала в тази теоретична концепция е, че висококачествената медицинска помощ при хронични състояния се характеризира с продуктивното взаимодействие между подготвен, проактивен екип, предоставящ здравна помощ и информиран, активен пациент, т.е. критичен пункт е промяна в начина, по който пациента взаимодейства със здравния екип.

Крайната цел е подобряване на клиничните и функционални резултати за пациента и достигане на по-високо качество на живота (6). Това предполага пациентите с хронични заболявания да имат активна роля в грижите за собственото им здраве. Предоставянето на достатъчна информация, подкрепата на изграждане на мотивация и умения за самоконтрол и справяне с ежедневните предизвикателства, които хроничната болест отправя към болния саключови подходи за подобряване качеството на грижите.

Здравният екип, от своя страна, трябва да има необходимите експертни познания, за да действа, да бъде проактивен в рамките на добре планирана грижа, за осъществяване на ефективен клиничен и поведенчески мениджмънт. В същото времето трябва да е активно подкрепен от система, която предоставя необходимата информация за пациента, подпомага вземането на

ефективни решения и осигурява ресурси за висококачествени, базирани на доказателства клинични грижи. Продуктивните взаимодействия между екипа и пациента намират израз в клинични и поведенчески интервенции, провеждани по систематичен начин и отразяващи основани на доказателства ръководни принципи за предоставяне на такъв тип грижи. Те включват оценка на клиничния статус, оптимизиране на лечението, последващо продължително наблюдение и подкрепа на самостоятелното управление на заболяването (self-management).

CCM включва в себе си шест взаимно свързани компонента, явяващи се ключови области за интервенционни промени:

Подкрепа на самоуправлението на пациента (Self-Management Support – SSM).

Концепцията за селф-мениджмънта изхожда от разбирането за централната роля на пациента в процеса на оказване на здравни грижи и включва използването на доказани стратегии за подкрепа на самоконтрола върху заболяването, като обмен на информация, съвместно поставяне на цели и планиране на действия (1).

Структура на системата на медицинско обслужване (Дизайн на системата за доставка на здравни услуги – Delivery System Design – DSD)

Този компонент включва интервенции, които подобряват работата в здравния екип и с това допринасят за оказване на ефективни клинични грижи, както и по-ефективно обучение на пациента по селф-мениджмънт на заболяването:

- дефиниране на роли и делегиране на задачи между членовете на екипа;

- организиране на екипната дейност в съответствие с предварително разработена, основана на доказателства планирана грижа за съответния пациент;

- предоставяне в рамките на кейс-мениджмънта на комплексни клинични грижи за пациенти с множествена патология;

- осигуряване на продължително проследяване на състоянието на пациента, съгласно разработени стандарти.

В същността си тези интервенции имат за цел да осигурят здравни грижи, адекватни на специфичните потребности на всеки отделен пациент (2).

Очевидно е, че подобряването на качеството на грижите изисква планирана промяна на една система, която в същността си е реактивна, т.е. генерираща отговор основно, когато са проявени симптоми на болестта, в такава от проактивен тип, с фокус към инициативи, които промотират здравето (6). Това изисква не само внимателно дефиниране на необходимите грижи, но и разпределяне на роли и задачи, така че тези грижи да бъдат осигурени чрез структурирани, планирани взаимодействия.

Подпомагане вземането на решения (Decision Support)

Този компонент на CCM включва широк кръг интервенции, които имат за цел да подпомагат медицинските спе-

циалисти в предоставянето на грижи, базирани на научни доказателства и съобразени с потребностите на пациента. Клиничните решения трябва да бъдат основани на доказани насоки за диагностика и терапия (3). Използването на експертното мнение на специалисти и разработването на ефективни методи за обучение на здравните професионалисти са също съществени елементи на този компонент.

Клинични информационни системи (Clinical Information Systems - CIS)

Внедряването на съвременни ИТ-технологии в клиничната практика и в частност на клинични информационни системи е от ключово значение за осигуряване на качество на грижите за хронично болен пациент (5). Ефективните грижи на практика са невъзможни без информационни системи, които да осигурят бърз достъп до ключови данни за отделните пациенти и за популацията от пациенти като цяло.

Клиничните информационни системи:

- позволяват организиране на данните за пациента, с което подпомагат вземането на решения за най-подходящите диагностични и терапевтични подходи;
- улесняват планирането на грижата, както и своевременното напомняне за предстоящи интервенции в рамките на тази грижа;
- осигуряват възможност за продължителен мониторинг на състоянието на пациента;
- подпомагат предоставянето на координирани и интегрирани грижи, чрез възможността за обмяна на информация между здравните професионалисти;
- позволяват идентифициране на подходящи субпопулации за проактивни грижи.

Ресурси и политики на Общността (Обществени ресурси и политики - Community Resources and Policies - CRP)

ССМ разглежда здравеопазната система като част от Общността.

Ефективният мениджмънт на хроничните заболявания изисква тя да бъде подходящо структурно и функционално организирана и подкрепена от обществените политики и ресурси. Чрез формиране на партньорства с различни обществени организации се създават възможности за:

- подобряване на достъпа до медицински грижи за някои категории пациенти;
- разработване на интервенции, насочени към предоставяне на необходими услуги, които не се осигуряват от здравната система;

подкрепа на политики, подобряващи и разширяващи грижите за хронично болните пациенти и др.

Здравна система (Health System - HS)

В съвременните здравеопазни системи са необходими организационни промени, насочени към създаване, в рамките на системата, на култура, която насърчава оказването на качествени грижи при хроничните заболявания. Здравните професионалисти трябва да бъдат мотивирани и готови за промяна. Нужно е да се развиват умения за работа в мултидисциплинарен екип като есенциално условие за оказване на интегрирана медицинска помощ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Удовлетворяването на потребностите на пациентите с хронични заболявания е едно от най-големите предизвикателства, пред които са изправени здравните системи днес.

Моделът за оказване на помощ при хронични заболявания е синтез на базирани на доказателства интервенции за комплексна системна промяна, предназначени да служат като ръководство за подобряване на качеството на дейностите по мениджмънт на хроничната болест. ССМ осигурява рамка за това как здравните системи могат да създават условия за формиране на по-ефективни и продуктивни взаимодействия между здравните професионалисти и хронично болните пациенти и с това да подобряват техните клинични и функционални резултати.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gibbs K., M. Taylor., The Chronic Care Model. The Practice Nurse Magazine, 7, 2008, 4.
2. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report, WHO, 2002, 41-65.
3. Nolte E., M. McKee., Оказани помощи при хронических состояниях: взгляд с позиций системы здравоохранения, ВОЗ, 2011, 69-94.
4. Moroz M., Improving Chronic Illness Care: The Chronic Care Model. CCRP, 15, 2007, 1.
5. The Chronic Care Model: Improving Chronic Illness Care, available from: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2
6. Wagner E., B. Austin, C. Davis, M. Hindmarsh, J. Schaefer, A. Bonomi., Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Affairs, 20, 2001, 6, 64-78.

ОЦЕНКА И АНАЛИЗ НА КАЧЕСТВОТО В ЗДРАВНИТЕ ДЕЙНОСТИ. ОСНОВНИ ЦЕЛИ И ЕТАПИ

СтоевТ.

Медицински университет - Пловдив

РЕЗЮМЕ

Оценяването на качеството в здравеопазването се осъществява за нуждите на анализа и управлението с цел: - Да се добие ясна представа за равнището на качеството и да се разработи правилна политика и стратегия по качеството. Оценката на качеството представлява съпоставяне на фактическото равнище на качеството с установените норми и изисквания / стандарти, нормативи, и др. /, формиране на резултат и на тази база вземане на решение. Оценяването на качеството в здравеопазването е доста сложен процес, което се дължи на голямото разнообразие на факторите, влияещи върху качеството и на индивидуалния характер на здравния продукт. Съществен проблем при определяне равнището на качеството е изборът на критерии за оценката на качеството. Под критерий се разбира признакът, от гледна точка на който се оценява качеството. Въз основа на избраните критерии за оценка на качеството следва да се установят следните индикатори за качеството и техните информационни носители. Индикаторите, това са специфичните признаци, които изразяват качеството на здравния продукт, например съвпадението на диагнозите, основателните жалби и др. Специфичните индикатори за качеството са различни за отделните видове медицинска и стоматологична помощ.

Ключови думи: качество, оценяване, индикатори.

Основни цели и етапи на оценката на качеството

Оценяването на качеството в здравеопазването се осъществява за нуждите на анализа и управлението с цел:

Да се добие ясна представа за равнището на качеството и да се разработи правилна политика и стратегия по качеството.

Да се установи доколко са изпълнени поставените цели и задачи в областта на качеството, какви са съществуващите отклонения и кои са причините за тях.

Да се установи спазени ли са изискванията на утвърдените стандарти и нормативи.

Да се установи каква е степента на удовлетворение на пациентите, какви са основателните им жалби и причините за тях.

Да се разкрият съществуващите проблеми в областта на качеството, причините за тях и на тази база своевременно да се предприемат превантивните и коригиращи действия, гарантиращи осигуряването, поддържането и непрекъснатото подобряване на качеството.

Да може да съпостави равнището на постигнатото качество с това на конкурентите и на тази база да се предприемат подходящи действия, гарантиращи конкурентни предимства на здравната организация.

Оценката на качеството представлява съпоставяне на фактическото равнище на качеството с установените норми и изисквания /стандарти, нормативи, и др./, формиране на резултат и на тази база вземане на решение.

Оценяването на качеството в здравеопазването е доста сложен процес, което се дължи на голямото разнообразие на факторите, влияещи върху качеството и на индивидуалния характер на здравния продукт.

Процесите свързани с оценката на качеството в здравеопазването и протичащите от това действие, се осъществяват в следната логическа последователност:

1. Определяне на целите и на анализа.
2. Определяне на обекта на оценката.
3. Определяне на обхвата, подхода и периода на оценката.
4. Избор на критериите за оценка на качеството.
5. Определяне на индикаторите за качеството и техните информационни носители /съответните причини и отчетно-статистически документи/, както и начин за набиране на необходимата информация /включително и чрез анкетиране, когато е необходимо/.
6. Разработване на системи от показатели за оценка на равнището на качеството и установяване на методите за тяхното определяне.
7. Набиране на информацията, определяне и анализ на съответните показатели за качеството на здравния продукт /услуга/.
8. Вземане на решения за превантивни, коригиращи, иновационни и други действия, целящи подобряване на качеството.
9. Контрол върху изпълнението на взети решения и тяхната ефективност.

Оценката на качеството може да бъде:

1. Вътрешна, когато тя се извършва от експерти, работещи в самата здравна организация, чиято дейност се оценява.
2. Външна, когато се извършва от външни експерти /от експертни групи, от временна експертна комисия за оценки от Националната здравноосигурителна каса, РЗОК и др./.

Вътрешната оценка може да обхваща цялата здравна организация или да се отнася за отделни нейни подразделения. В случаите, когато вътрешната оценка на качеството в дадено подразделение на здравната организация се осъществява от персонала на това подразделение, става въпрос за самооценка, а когато оценката се извършва от експерти от други подразделения на организацията, тя придобива характер на външна оценка за оценяваното подразделение.

Конкретна цел на оценката и анализа на качеството може да бъде различна. Вътрешната оценка обикновено има за цел разкриване на проблемите, свързани с осигуряването на качеството, разкриване на причините за тях, установяване на възможностите за усъвършенстване на дейността и вземане на решения, свързани с иновации /нововъведения/ с повишаване квалификацията и преквалификацията на здравните работници, мотивацията на персонала и др. Външната оценка най-често е свързана с акредитацията, с вземането на политически решения, разкриване на недобросъвестна работа, във връзка с финансирането и др.

Обект и обхват на оценката

Съобразно обекта, който се изследва, оценката на качеството в здравеопазването може да бъде осъществена:

А. На различни нива /равнища/ в т.ч. :

На национално ниво.

На регионално ниво.

На институционално ниво.

В отделни подразделения на лечебното заведение.

За отделните екипи, професионалисти и др.

Б. По процеси, в т.ч. за отделно обособени процеси, например диагностика, лечение, рехабилитация, за комплекс от взаимно свързани процеси.

В. Съобразно участниците в процеса, в т.ч. пациентите и здравните работници /производителите на здравни услуги/.

Като обект при оценката и анализа на качеството могат да бъдат обхванати действителни и потенциални пациенти.

Оценката на качеството на дейността на здравните работници може да бъде осъществена : - по специалности и направления, по отделения, по екипи, професионалисти и пр.

В зависимост от поставените цели обхватът на оценката на качеството може да бъде тесен или широк. При тесния обхват се оценяват отделните аспекти или елементи на качеството.

При широкият обхват се оценяват всички аспекти и елементи на качеството.

Въпросът за обхвата на оценката е непосредствено свързан с прилагания подход при оценката и анализа на качеството.

Разграничават се три главни подхода, които могат да се използват при оценката на качеството:

структурен,

процесен,

изходен /резултативен/.

Тъй като отделните елементи и процеси, формиращи качеството на здравния продукт, са неразривно свързани помежду си, с цел да се добие по-цялостна и задълбочена представа за равнището на качеството и да се разкрият съществуващите възможности за неговото повишаване, е необходимо да се съчетават трите подхода, т.е. при оценката на качеството да се прилага комплексен подход, при който да се обхванат всички аспекти и елементи на качеството, в т.ч. структурата, процесите и изхода /резултатите/.

При структурния подход следва да бъде оценено качеството на всички входни елементи, намиращи се на входа на лечебния процес, които имат значение за нормалното протичане на процеса и за формиране качеството на здравния продукт. Особено важно значение сред тези елементи имат: - равнището и структурата на наличната производствено-техническа база в т.ч. наличните сгради, медицинска апаратура, оборудване, машини, съоръжения, транспортни средства, инструментариум и др.

При структурният подход следва да бъде оценено качеството на всички входни елементи, намиращи се на входа на лечебния процес, които имат значение за нормалното протичане на процеса и за формиране качеството на здравния продукт. Особено важно значение сред тези елементи имат: - равнището и структурите на наличната производствено-техническа база, в т.ч. наличните сгради медицинска апаратура, оборудване, машини, съоръжения, транспортни средства, инструментариум и др.

Процесният подход изисква да бъде оценено равнището на всички процеси, влияещи пряко или косвено върху качеството на здравния продукт.

В зависимост от характера им могат да бъдат обособени няколко групи процеси, заслужаващи особено внимание при оценката на качеството на здравната дейност, а именно:

основните производствени процеси.

спомогателните и обслужващи процеси.

управленските и организационните процеси.

логистичните процеси.

При изходния /резултативен/ подход се оценяват резултатите от здравното обслужване. На оценка подлежат не само крайните резултати от лечебната дейност, т.е. крайният медицински продукт, но и медицинските резултати, т.е. междинните медицински продукти.

Във връзка с определянето на периода на оценката на качеството следва да се отбележи, че специфичният характер на здравната дейност изисква качеството на

лечебният процес и състоянието на пациента системно да се наблюдава, оценява и отчита.

Освен това обаче, за нуждите за управлението, периодично е необходимо да се извършва оценка и анализ на състоянието и тенденциите на изменение на качеството на здравната дейност.

За предпочитане е оценката да се извършва регулярно, например ежесечно по определени показатели и аспекти на качеството, незабавно, при възникване на проблеми в областта на качеството, а на три или шест месеца и обезателно ежегодно да се извършва по-обстоятелствен, цялостен анализ на качеството на здравната дейност.

Критерии и индикатори за качеството

Съществен проблем при определяне равнището на качеството е изборът на критерии за оценката на качеството. Под критерий се разбира признакът, от гледна точка на който се оценява качеството.

Въз основа на подбраните критерии за оценка на качеството следва да се установят следните индикатори за качеството и техните информационни носители. Индикаторите, това са специфичните признаци, които изразяват качеството на здравния продукт, например съвпадението на диагнозите, основателните жалби и др. Специфичните индикатори за качеството са различни за отделните видове медицинска и стоматологична помощ.

Съществуват следните индикатори:

1. Специфични индикатори за качеството на първичната и извънболнична медицинска помощ.
2. специфични индикатори за качеството на специализираната извънболнична медицинска помощ.
3. специфични индикатори за качеството на болничната помощ.

Необходимата информация за индикаторите на качеството се съдържа /на хартиен или електронен носител/ в първичната медицинска документация, в месечните медико-статистически отчети /които се попълват съгласно изискванията на Националният рамков договор и приложенията към него/, резултатите от анкетирането на пациентите и др.

Показатели за качеството на здравния продукт /услуга/

Показателите за качеството ни дава количествена представа за свойствата /признаците/, определящи качеството на здравния продукт /услуга/. В зависимост от това дали характеризират отделен признак на здравната услуга, няколко признака, или ни дават обобщаваща представа за нейното качество, различаваме частни, комплексни и обобщаващи показатели.

Частните показатели характеризират отделни свойства на здравната услуга, например точност на диагнозата, относителен дял на вътреболничните усложнения, болничен престой, разходи за един лекарствен и др. Комплексните показатели характеризират няколко свойства на продукта/ услугата, например надеждност на здравната услуга, в т.ч. безотказност, своєвремен-

ност, точност на диагнозата и лечението, или надеждност на медицинската апаратура , в т.ч. дълготрайност, безотказност, точност, ремонтпригодност, преносимост, съхраняемост и др.

Обобщаващите показатели ни дават цялостна представа за качеството на здравната услуга. Основни обобщаващи показатели за качеството на здравната услуга са: - изходът от лечението, степента на удовлетворяване изискванията на пациента /пациентското удовлетворение/, продаваемостта на здравния продукт услуга и др.

В зависимост от характера и съдържанието им показателите за качеството биват:

медицински
технически
икономически
екологични
естетични и други, характеризиращи условията на труд
социално-психологични, характеризиращи взаимоотношенията между персонала и пациентите, между членовете на работните екипи и др.
социални – характеризиращи социалната ефективност на здравната дейност.

Характерно за показателите за качество е това, че някои от тях могат да бъдат количествено измерени и изразени чрез числов израз, а другите не могат да бъдат точно измерени и поради това се изразяват вербално /чрез думи , например лошо, добро или отлично.

Сравнително най-широко използваните показатели при оценката на качеството в здравеопазването са:

Квалификация на медицинския персонал.
Изход от лечението , крайните резултати от лечебната дейност.
Степен на удовлетворение на пациентите.
Точност /съвпадение/ на диагнозата и правилно лечение.
Намаляване /нарастване/ на заболяемостта.
Намаляване /нарастване/ на смъртността.
Оборот на леглата в болничното заведение.
Относителен дял на вътреболничните усложнения.
Относителен дял на вътреболничните инфекции.
Екологична чистота.
Разходи за един лекарствен.
Разходи за един преминал болен.
Разходи за един храноден и др.

Някои от посочените показатели са характерни както за извънболничната помощ, така и за болничната помощ, а други са специфични за болничната помощ.

За оценка на качеството при изпълнението на клиничните пътеки, в съответствие с изискванията на Националният рамков договор се използват следните показатели:

Изпълнение на клинична пътека.
Болничен престой.
Болнична смъртност.
Приемна и окончателна диагноза.

Съществуват различни методи за определяне на показателите за равнището на показателите:

Измерителен – чрез използване на технически средства за измерване.
Регистрационен – чрез наблюдение и регистриране на данни за пациентите.
Изчислителен – посредством изчисления, на базата на теоретични зависимости между отделните свойства.
Ограничителен – чрез използването на сетивни органи.
Експертен – по преценка на специалисти, когато съответните показатели не могат да бъдат количествено измерени и изразени.
Социологичен – чрез проучване мнението на пациентите.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Контролът на качеството вече не се явява прерогатив само на специализираните отделения в здравните заведения, а е част от ежедневната работа на всеки медицински работник, било то лекар, медицинска сестра или друг обслужващ персонал.
Реализацията на концепцията за комплексно управление на качеството се основава едновременно на предварителен, текущи последователен контрол. Входящият /предварителен/ контрол най-често се състои в обучение на служителите в сферата на здравеопазването, за различни методи за предотвратяване, а не просто за констатиране и откриване на определено заболяване и поставяне на точна диагноза.

Текущият контрол е фокусиран върху усилията за поддържане на идеите за подобряване на качеството и участието на медицинските работниците, и върху подобряване на организационната култура и отношенията между самите медицински служители. Изходящият контрол акцентира най-вече върху определянето на цели, свързани с ангажиране на медицинските служители в цялостния процес за управление на качеството и постигане на максимален ефект при лечението на болните.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов В., Здравна политика и мениджмънт, С., 1998, 150 с
2. Борисов В., Мениджмънт на организационната промяна в здравеопазването, Г., 1997, 48 с.
3. Ново обществено здравеопазване. Под редакцията на проф. В. Борисов, проф. Ц. Воденичаров, доц. Зл. Глутникова, С., 1998
4. М. Маринов, Качество на медицинската помощ, В.Т. 1999
5. Димитров И., Социална медицина – избрани лекции. Пловдив. 2002 г.
6. И. Чобанлиева, А. Димова, Управление на качеството в здравеопазването. МУ-Варна, 2004
7. Петрова Зл., и др., Качество в здравеопазването, Сф., 2008
8. Иванов Г., Медицинска квалитология, В.Т., 1999
9. Национална стратегия за осигуряване, контрол и постоянно подобряване на качеството на медицинските дейности, Сф., МЗ, 2002

НОРМАТИВНИТЕ ГАРАНЦИИ ЗА КАЧЕСТВЕНА МЕДИЦИНСКА И ДЕНТАЛНА ПОМОЩ

Борисов Й.¹, Д. Тончева

¹ Факултет по обществено здраве на Медицинския университет – Пловдив

Преходът от бюджетно финансиране на здравеопазването към пазарен механизъм, който започна на практика с преобразуването на съществуващите публични здравни заведения в търговски дружества, естествено наложи в центъра на здравната политика като основни да се поставят въпросите за достъпа и за качеството на медицинската, съответно денталната помощ и услуги. Това е обяснимо. След като предварително се събират средства, които да покрият евентуално бъдещо заболяване на принципа на солидарността – чрез задължителни здравноосигурителни вноски и по-рядко чрез доброволно здравно осигуряване или здравно застраховане, нормално е да се очаква, че възискателността на пациентите ще бъде повишена. Оттук и въпроса за качеството на медицинската и денталната помощ доби друго измерение.

Качеството на медицинската и денталната помощ преди всичко се обявя за основен принцип – принцип, с който всички следва да се съобразяват¹. Същевременно достъпа до качествена помощ се призна и за субективно право на всеки пациент. И при това не само с правни², но и с етични норми. А доколкото на всяко субективно право противостои правно задължение, осигуряването на качествена медицинска и дентална помощ³ на практика се оказва съществено професионално задължение както на лечебните заведения, така и на всяко медицинско лице⁴. При такава изходна позиция на законодателя, въвел тези сериозни нормативни гаранции, въпросът за качеството на медицинската и денталната помощ не бе възможно да не стане обект на внимание и на всички бъдещи значими нормативни здравни документи, и на първо място на Националната здравна стратегия.

Действащата Национална здравна стратегия⁵, разчетена да се изпълнява до 2013 година, в сферата на качеството на медицинската и денталната помощ поставя като основни задачи усъвършенстването на наличните и разра-

ботването на нови медицински стандарти, разработване и прилагане на правила за добра медицинска практика, изграждане на система за безопасност на пациентите съгласно европейските изисквания, здравен и клиничен мениджмънт, основани на научни доказателства, извършване на медицински одит и мониторинг, разработване на единни критерии за оценка на ефективността и ефикасността на оказваната медицинска дейност, усъвършенстване на нормативната база, която се отнася до правата на пациентите и за медицинската експертиза на работоспособността, изработване на подзаконовни актове, регламентиращи стандартите за разкриване на различни структури за здравни грижи, усъвършенстване на правилата за добра медицинска и сестринска практика, въвеждане на инструменти, гарантиращи добрата здравна грижа – сестринско досие, сестринска диагноза, протокол за здравни грижи, стандарти и др., въвеждане на системи за управление на качеството в лечебните заведения. Накратко, в този изключителен за националното ни здравеопазване документ се обръща специално внимание на всички компоненти, с които се свързва въпроса за качеството на медицинската и денталната помощ. И както личи, въпросът за качеството на медицинската дейност в областта на здравеопазването се поставя по-различно за разлика от изискванията за качество в другите сфери – много по-остро. Това се обяснява със спецификата на медицинската професия – професия, пряко свързана с живота и здравето на хората, която се характеризира с високо ниво на етична и юридическа отговорност.

В изпълнение на Националната здравна стратегия бяха извършени значителни промени, с които нормативните гаранции за качествена медицинска и дентална помощ значително се увеличиха. Най-съществените нововъведения се отнасяха до средствата, чрез които се установява качеството, съответно отделните критерии (показатели) за качество на медицинската и денталната

1 Съгласно чл. 2, т. 2 от Закона за здравето (ЗЗ) опазването на здравето на гражданите като национален приоритет се гарантира от държавата включително и чрез осигуряване на достъпна и качествена здравна помощ, с приоритет за деца, бременни и майки на деца до една година.

2 Св. например чл. 81, ал. 1 и 2 и в чл. 86, ал. 1, т. 3 ЗЗ.

3 Съгласно чл. 8 от Кодекса на професионалната етика, издаден от министъра на здравеопазването (обн., ДВ, бр. 79 от 29.09.2000 г.) компетентността на лекаря, качеството на медицинското обслужване и грижите за пациента, както и контролът върху тях трябва да бъдат поставени в центъра на вниманието на лекарската дейност.

4 Това обявява разпоредбата на чл. 2 от Кодекса за професионална етика на лекарите по дентална медицина. Съгласно текста всеки от тези медицински специалисти е длъжен да упражнява компетентно, своевременно и качествено своята професионална дейност, както и да осигури при осъществяването на своята дейност всички условия, необходими за нейното качествено изпълнение и за сигурността на пациентите.

5 Приета с решение на Народното събрание от 5 декември 2008 г. (обн. в ДВ, бр. 107 от 16.12.2008 г.).

помощ, обективни и субективни. От обективна страна – акредитацията на лечебните заведения и медицинските стандарти. От субективна страна – степента на удовлетвореност на пациентите от оказаната им здравна помощ.

Как пациентите виждат и оценяват оказаната им медицинска или дентална помощ се постига чрез анкети, допитвания, проучвания. По-често – чрез сигнали или оплаквания от тяхна страна⁶. Но понеже в случая все пак има субективизъм, изнесеното от пациентите, тяхното виждане на качеството на оказаната им медицинска и дентална помощ на практика се проверява от съответните органи на основата на обективни критерии. Коя медицинска или дентална помощ е извършена качествено? Най-общо – когато е довела до благоприятен за здравето на човека краен резултат. Помощта е качествена, когато е извършена добросъвестно и при пълно и съзнателно използване на най-добрите утвърдени и доказани съвременни практики и подходи, което още предполага адекватни за случая медицински действия, осъществени с висок професионализъм, при минимален риск за пациента и с използване на най-ефикасни медицински технологии и налични ресурси. Всичко това обаче няма да бъде възможно да се постигне, ако съответното лечебно заведение не отговаря на нормативно определените общи условия, които следва да бъдат налице, за да може то да осъществява качествена медицинска дейност. А отделните медицински лица – ако в своята ежедневна работа не изпълняват своите професионални задължения в съответствие с утвърдените медицински стандарти за съответните медицински специалности. В това се състои и служебната роля на акредитацията и на медицинските стандарти като обективни механизми за осигуряване на високо качество на медицинската и денталната помощ.

За акредитацията като нормативна гаранция за качество на медицинското обслужване се заговори още в началото на 90-те години на миналия век. Темата бе възложена за проучване на Комисията по здравеопазване по времето на 39-то Народно събрание и като резултат се доби представа за нормативните решения на държавите, членки на Европейския съюз. Кое то позволи този важен институт да намери нормативно отражение и в

българското здравно законодателство. Процедурата за акредитация бе уредена в глава девета на приетия през 1999 г. Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ)⁷, а самите първоначални критерии (показатели), гарантиращи качество на медицинско обслужване бяха установени в специална наредба⁸. Това бе началото. Впоследствие този институт претърпя редица промени, като последната бе извършена през 2010 г.⁹

При съществуващата нормативна уредба след изменението на ЗЛЗ от 2010 г. на акредитацията подлежат всички лечебни заведения без амбулаториите и хосписите. Акредитацията вече не е задължителна, а доброволна – освен ако лечебните заведения не провеждат обучение на студенти и специализанти¹⁰ и може да се отнася както за цялостната дейност на лечебното заведение, което се акредитира, така и за отделни медицински и други дейности или за обучение на студенти или специализанти¹¹. Процедурата се открива с решение на управителния орган на лечебното заведение. Осъществява се на основата на специална наредба на министъра на здравеопазването¹², която регламентира критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения, организацията и провеждането ѝ.

Акредитацията е първоначална¹³ и последваща. Положителна е, ако получената акредитационна оценка е отлична, много добра, добра или средна, и отрицателна – ако оценката е „лоша”. Оценяването е възложено на специален Акредитационен съвет, изграден като орган към министъра на здравеопазването и се основава на специални програми, различни за отделните лечебни заведения. Програмите са обособени като приложения към специалната наредба.

Във връзка с оценяването на лечебните заведения следва да се отбележи, че разпоредбата на ал. 2 на чл. 90 ЗЛЗ дава възможност на Министерския съвет по предложение на министъра на здравеопазването да признае права на университетска болница на онези лечебни заведения, получили акредитационна оценка „отлична” или „много добра”, които осъществяват дейности по клинично обучение на студенти по медицина, дентална медицина и фармация, но само за срока на акредитационната оценка.

6 Следва да се отбележи, че информацията за удовлетвореността на пациента не е само индикатор за качеството. Тя е полезна още и за процеса на управление на качеството с оглед на социалната функция на здравеопазването.

7 ДВ, бр. 62 от 9.07.1999 г. (посл. изм., и доп., бр. 45 от 14.06.2011 г.).

8 Наредба № 13 от 2003 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения е обн., в ДВ, бр. 80 от 2003 г. (отм. – ДВ, бр. 54 от 1.07.2005 г.).

9 ДВ, бр. 59 от 2010 г., в сила от 31.07.2010 г.

10 Когато по силата на чл. 86, ал. 2 ЗЛЗ задължително следва се акредитират за дейностите, по които ще провеждат обучение.

11 С една особеност. Самостоятелното оценяване на отделни медицински и други дейности или на обучението на студенти или специализанти е възможно само след като е било извършено оценяване на цялостната медицинска дейност на съответното лечебно заведение.

12 Наредба № 18 от 20.06.2005 г. е обн., в ДВ, бр. 54 от 1.07.2005 г.; посл. изм. и доп., бр. 10 от 1.02.2011 г.

13 Първоначална акредитация обаче не се извършва на центровете и отделенията за трансфузионна хематология, центровете за спешна медицинска помощ, центровете за психично здраве, центровете за кожно-венерически заболявания, комплексните онкологични центрове, домовете за медико-социални грижи за деца и тъканните банки.

Медицинските стандарти като гаранция за качество очертават нормативните параметри на всички основни изисквания за осъществяване на определена медицинска специалност. Те се изработват в съответствие с общите положения на специална Национална програма, която стартира през 2001 г., международната практика и международните медицински стандарти и Общи правила, изготвени от експерти на Министерство на здравеопазването. Медицинските стандарти, ако се изхожда от нормите на Директива 2005/36/ЕО за признаване на професионални квалификации, повечето от които са в сферата на здравеопазването, могат да се обособят в три основни групи: медицински стандарти по специалности, които са включени в приложения 5.1.3, 5.1.4 и 5.3.3 на тази директива; медицински стандарти по специалности, които не са включени в тези приложения на Директива 2005/36/ЕО и медицински стандарти по значими интер-дисциплинарни медицински въпроси (диализно лечение, трансплантация на органи, тъкани и клетки, превенция и контрол на вътреболничните инфекции и други). Степента на качеството в стандартите е разгледана в три нива като в зависимост от възможностите, оборудването и квалификацията, които съществуват на лечебното заведение се присъжда и съответното ниво на компетентност. Първото ниво е най-ниското и има значение на минимално изискване за осигуряване на качествена медицинска помощ в съответната област – по специалности. Доказаните възможности като материална база, повече квалифициран персонал, по-добра апаратурна обезпеченост и др. гарантират присъждането и на по-високо ниво на компетентност на лечебното заведение – второ или трето. Стандартите се приемат с наредба на министъра на здравеопазването и в качеството си на подзаконов акт имат задължителна сила. Паради това подлежат и на контрол, а неспазването им влече юридическа отговорност. Първите стандарти бяха одобрени през 2002 г., като досега са приети повече от 50.

Освен медицинските стандарти, нормативна гаранция за качество на медицинската и денталната помощ са и традиционните правила при осъществяване на медицински дейности, известни като правилата на добрата практика (лекарска, сестринска и пр.). Те не са правно регламентирани, а това е и невъзможно, тъй като предполагат твърде много детайли, които не се поддават на нормативна уредба. Въпреки това нарушаването им на практика също се свързва с юридическа отговорност за некачествено изпълнение на съществени професионални задължения. Такава е постоянната съдебна практика. С още по-голяма сила това важи сега – след приемането на медицински стандарти, понеже немал-

ка част от основните положения на добрата практика намират нормативен израз в стандартите.

Една от най-съществените нормативни гаранции за качество на медицинската и денталната помощ е контролът – предварителен, който се осъществява чрез регистрацията на лечебното заведение или издаване на разрешение за упражняване на медицинска дейност, и вътрешен и външен медицински контрол за качество. Вътрешният контрол се осъществява от експерти по качеството на медицинското обслужване. Външният контрол е предоставен на различни органи, като най-обхватен е този, осъществяван от бившата Изпълнителната агенция (ИА) „Медицински инспекторат“, преименувана по силата на постановление № 60 на МС от 6.04.2010 г. в Изпълнителна агенция „Медицински одит“ на основата на специална наредба № 14 от 20 април 2010 г. за условията и реда за извършване на проверки на лечебните заведения от Изпълнителна агенция „Медицински одит“¹⁴.

Проверките, извършвани от служителите на агенцията са планови и извънпланови. С извършването на планови проверки (предварително огласени на сайта на агенцията за съответните лечебни заведения) се цели да се даде възможност на лечебните заведения да направят необходимото, за да приведат дейността си в съответствие с основните изисквания за качествена и достъпна помощ съобразно разпоредбите на Наредба № 49 от 18 октомври 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи¹⁵ и съответните медицински стандарти за медицинските дейности, които лечебното заведение е обявило като основен предмет на дейност. Извънредните проверки се извършват по преценка на изпълнителния директор на агенцията без предварително уведомяване на лечебното заведение. Те могат да се проведат по искане на министъра на здравеопазването, както и по сигнали на граждани и други заинтересовани лица, организации. Изпълнителната агенция „Медицински одит“ би могла и да се самосезира и да извършва служебни проверки, както и да участва в съвместни проверки с други контролни органи.

Пряк външен контрол във връзка с медицинското обслужване осъществяват и регионалните здравни инспекции (РЗИ). Те се изградиха след сериозната структурна промяна от 14 януари 2011 г. на основата на бившите регионални центрове по здравеопазване (РЦЗ) и регионални инспекции за опазване и контрол на общественото здраве (РИОКОЗ). Статутът и правомощията на новия местен орган на националната ни държавна здравна политика, създаден по силата на чл. 1 на

14 Наредбата е издадена на основание чл. 116в, ал. 3 от Закона за здравето от министъра на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 34 от 4.05.2010 г., доп., бр. 83 от 22.10.2010 г.

15 ДВ, бр. 83 от 22.10.2010 г.

Постановление № 1 на МС на Република България¹⁶, се уреждат в специален устройствен правилник, издаден от министъра на здравеопазването¹⁷.

РЗИ имат изключително много и най-различни правомощия – по регистрацията на определени лечебни заведения, по превенцията на здраве, във връзка с медицинските експертизи и други медицински дейности, по надзора на заразните болести, но и контролни компетенции. Във връзка с контрола, който осъществяват, инспекциите работят в тясно сътрудничество с всички органи на здравен контрол.

Въпреки тези сериозни нормативни гаранции за качествена медицинска и дентална помощ на практика тенденциите все още са негативни. Това налага сериозни промени в цялостния режим на предоставяне на медицинска и дентална помощ и услуги, които следва да обхванат най-вече финансирането на лечебните заведения, начина на заплащане на труда на медицинските специалисти, реда за събиране и за разпределяне на набраните здравноосигурителни вноски. Всички тези и много други въпроси следва да бъдат подложени на широка обществена и академична дискусия.

16 Постановлението е издадено на основание изменението на Закона за здравето от края на 2010 г. (ДВ, бр. 98 от 2010 г.), в сила от 1 януари 2011 г. То е обнародвано в ДВ, бр. бр. 5 от 14.01.2011 г. (изм. – бр. 15 от 18.02.2011 г.).

17 Устройствовият правилник на регионалните здравни инспекции е обн. в ДВ, бр. 6 от 2011 г.; изм. и доп. – бр. 31 от 15.04.2011, в сила със задна дата – от 1.03.2011 г.

МЕДИЦИНСКИ ОДИТ, КАТО ВЪЗМОЖНОСТ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИЯ РИСК

Петрова Зл.

В разработката са посочени резултати от различни научни изследвания за наличието и последствията от медицинските грешки или нежеланите сериозни инциденти по време на лечение. Освен това, разглеждат се основните причини, довели до тяхното допускане в лечебните заведения за болнична помощ, както и за липсата на система за тяхното отчитане у нас. Използван е методът за анализ на жалбите и сигналите, подадени от граждани и институции в ИАМО и извършените от длъжностните лица на институцията проверки в лечебните заведения за установяване на истинността им. Представят се предложенията на ИАМО за дефиниране на „медицинска грешка“ и на „лекарска грешка“. Предлагат се препоръките и изискванията на международни организации и институции, чиято цел е насочена към подпомагане на страните-членки за осъзнаване на значимостта на проблема и търсене на пътища за неговото решаване. Опити и възможностите на ИАМО да разработи и въведе система за отчитане на медицинските грешки, като възможност за управление на медицинския риск.

Ключови думи: качество на медицинската помощ, медицински грешки, нежелани инциденти система за отчитане на медицинските грешки, класификация на сериозните събития, които изискват незабавна реакция за действие

In this research paper the results from a number of scientific research are presented along with the occurrence and the consequences of medical errors or undesired serious incidents during treatment. The main reasons for which they occur in medical establishments for hospital treatment are discussed as well as the lack of a system for their reporting in Bulgaria. Complaints and signals submitted by citizens and institutions to EAMA were analyzed as well as their verification by the competent experts of EAMA. Definitions of ‘medical error’ and ‘physician error’ are established. The recommendations and requirements of international organizations and institutions are presented, whose aim is to facilitate member-states in assessing the issues and introducing policies for its management. The EAMA experience and potential to develop and introduce a system of reporting medical errors as a tool of managing medical risk is also presented.

Key words: health care quality, medical errors, reporting system, classification of adverse events that require immediate reaction

Динамичните промени в националните здравни системи в целия свят, в това число и у нас, обусловиха нарастващия интерес към проблематиката на качеството в здравеопазването. В научно-теоретичен аспект това намери израз в развитието на ново направление - медицинска квалитология, а в практически аспект в реализацията на редица организационни модели и инициативи за анализ, оценка и подобряване качеството на здравеопазните дейности.

Концептуалният подход за измерване на качеството на медицинската помощ на Maxwell, използва критерии за оценка, които не са свързани единствено със здравния резултат. Едно от измеренията е Сигурност / безопасност на здравната помощ. То се определя като степенята, до която се избягват потенциалните рискове и непреднамерената вреда е намалена до минимум в процесите на доставяне на здравна помощ. Сигурността / безопасността включва:

- а) механизмите и причините за грешките;
- б) откриване на грешките и

- в) методи за минимизиране и предотвратяване на грешките. Същевременно трябва да бъде осигурена безопасността/сигурността освен на пациентите, на персонала, така и на посетителите в лечебните заведения. Това е показател за нивото на качество в здравеопазването, който изисква вниманието да се насочи не само към медицинската грешка сама по себе си, но и към извършване на подобрения във всички аспекти на медицинското обслужване.

В статията си „Грешка в медицината“ Dr. Lucian L. Leape през 1994 представя доказателства от проведени проучвания през различни периоди от време (8):

- 1964 г.: при 20% от хоспитализираните пациенти е установена ятрогения, която е довела до леталитет;
- 1981 г.: 36% от хоспитализираните пациенти са били обект на ятрогения, като при 20% от тях изходът е летален, а при 50% се наблюдава нежелана реакция в резултат на употребата на лекарства;
- 1991 г.: 64% от инфарктите в дадена болница се дължат на нежелана реакция в резултат на

употребата на лекарства и биха могли да бъдат предотвратени;

Първият доклад с национално значение в САЩ е изследването на Института по медицина с данни, които показват, че 3.7% от пациентите са претърпели някакъв инцидент по време на лечението си, като 58% от тези инциденти се предполага, че биха могли да бъдат предотвратени; 70.5% от нежеланите ефекти са причинили инвалидност, която е продължила по-малко от 6 месеца; 16,2% са причинили постоянна инвалидност и смърт при 13,451 пациента. Друго проучване в САЩ посочва, че за дадена година повече хора умират от медицински грешки отколкото от рак на гърдата, СПИН или при транспортни произшествия. Друг важен извод е, че 6.6% от нежеланите странични ефекти водят до смърт и струват на САЩ 3,7 милиарда долара всяка година, на Австралия нежеланите инциденти струват на обществото \$2 млрд. годишно, като цената на предотвратимите странични събития е \$867 млн. Нежеланите инциденти, които се случват всяка година в болниците във Великобритания, водят до 12 млрд. допълнителни разходи (6). В Канада допускането на медицински грешки или на нежелани инциденти е довело до 1.1 милиона дни допълнителен престой в болниците, което несъмнено води до значително увеличаване на болничните разходи (4).

Затова медицинските власти в съответните страни настояват за предприемането на незабавни действия за осигуряване на безопасност на пациента по време на лечебния процес (7).

У нас изследванията за нивото на медицински грешки датират от 2007 г.:

Около 18% от българите смятат, че са пострадали от неправилно поставена диагноза или медикаментозно лечение, 5% от анкетираните са станали жертва на неправилно оперативно лечение, а на вътреболнични инфекции - 3%. Проучването показва още, че лекарите не дават необходимата информация на пациентите за терапията, която ще им бъде приложена, и за рисковете от нея (НЦИОМ, 2007).

От общо 119 жалби, 32.13% са в резултат на допуснати медицински грешки, като 11.9% от тях са заради недостатъчна по обем медицинска дейност, а близо 6% са свързани със затруднен достъп на пациента до адекватна медицинска помощ (НЗОК, 2008).

Данните от изследване на Световната банка през 2008 г., поръчано от НЗОК, показват, че обект на медицински грешки у нас са около 7 хил. души годишно.

Следователно, наличието на медицински грешки / сериозни инциденти предполага съществуването на проблем в цялата здравна система не само от медицинска, но и от икономическа, правна, етична и обществена гледна точка. Това е показател за нивото на качество в здравеопазването, който изисква вниманието да се да се насочи не само към медицинската грешка сама по

себе си, но и към извършване на подобрения във всички аспекти на медицинското обслужване.

През 2009 г. след двегодишни проучвания Световният Алианс за по-безопасно здравеопазване към СЗО публикува своя Технически Доклад за Международната класификация за безопасността на пациента. Тази класификация съдържа дефиниции на 297 термина в областта (14). Както в класификацията на СЗО, така и в доклади от други страни, работещи по проблема за безопасността на пациентите, са представени преди всичко дефиниции на „медицинска грешка“ като резултат от слабости в управлението. Няма определения за „лекарска грешка“, но има такива за „небрежност“ (negligence): „Липса на старание или усърдие и/или пропуск да изпълниш задълженията си“ (Австралийски Съвет за качество и безопасност в здравеопазването, 2001) или „Неуспех да се приложат умения, грижи или знания от изпълнителя на медицинска помощ“ (СЗО, 2009). Предложена е и дефиниция на „неправилно лечение (лоша практика) (medical malpractice)“: „Небрежно поведение или липса на умения при оказване на медицинска помощ от страна на лекар или в лечебно заведение, като това поведение е обект на гражданското право“ (СЗО, 2009).

В българската литература все още няма дефиниция на „медицинска грешка“. Проблемът стана актуален през последната година след случаи с летален изход, при които бяха налице обвинения срещу лекари, за които се счита, че са допуснали грешки по време на лечебния процес. Вниманието е насочено към персоналната отговорност на лекаря. В правната литература могат да се намерят дефиниции за „лекарска грешка“:

„Професионално неправилно действие или бездействие на лекар или друго медицинско лице, което не е съобразено със законно или нормативно установените правила на лекарската професия, или с общоприетите ръководни начала и методи на медицинската наука и практика“ (2).

„Неправилно действие или бездействие, или съвкупност от такива, на медицински специалист, което се отразява негативно или би могло да се отрази негативно върху здравето на пациента, като защитено от правото единство от тъкани, органи и системи на човешкото тяло във всеки един момент от неговото биологично съществуване, без това отрицателно изменение да е целено или допускано от специалист“ (1). Необходимо е да се прецизира терминологията от гледна точка на това дали в практиката да се използват двете понятия „медицинска грешка“ и „лекарска грешка“ като се разработят съответните дефиниции.

От самото си създаване през 2010 г. ИАМО декларира намеренията си да работи за непрекъснато подобряване на качеството и безопасността на медицинското обслужване на гражданите като стимулира промени в здравеопазването, чрез които да се гарантира достъп до качествена, безопасна, ефективна и ефикасна медицинска помощ. В изпълнение на своите цели, в инсти-

туцията има изградена Система за управление на жалби и сигнали, чрез която се получават и анализират случаи, отнасящи се до неудовлетвореност от качеството на предоставяната медицински помощ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА

Проучването е направено въз основа на получените данни през 2010 г., от създаването на Агенцията. Използван е методът на анализ и последващ медицински одит на постъпилите в ИАМО жалби, оценка на изпълнението на изискванията на утвърдените медицински стандарти, анализ на медицинска документация, метод на интервюто, на анкети на пациенти и жалбоподатели. Като инструмент за селекцията им са използвани определенията за „медицинска грешка“ и „качество на медицинското обслужване“.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

От общо петстотин петдесет и три (553) жалби, постъпили в ИАМО за анализирания период, 73% се отнасят до неудовлетвореност от качеството на медицинското обслужване, вкл. медицински грешки, затруднен достъп до медицинска помощ и организационни проблеми. В резултат на извършените от ИАМО проверки по тези жалби и самосезирания беше констатирано, че при 13% от случаите се касае за неизпълнение на изискванията на утвърдени медицински стандарти, при 23% - за нарушаване на принципа за своевременност, достатъчност и качество на медицинската помощ, при 38% се отчитат слабости в организацията и управлението на лечебния процес, при 8,51% се констатира проявена лекарска небрежност, а при 17% не са констатирани нарушения (т.е., жалбите са неоснователни) (фигура №1) (1):

Резултатите, които показват данните на ИАМО, не се различават съществено от проучването на Евробарометър през 2006 г., според което при 8% - 12% от хоспитализираните пациенти в Европейския съюз се наблюдават нежелани сериозни инциденти или медицински грешки (15). Обобщенията на ИАМО на този етап са въз основа единствено на получените и проверени от експертите на агенцията жалби и сигнали на граждани и институции, но изводът потвърждава заключенията от редица проучвания, извършени в тази област (6,8,9,10), а именно: допускането на медицински грешки се дължи по-скоро на слабости и пропуски в системата (неспазване на нормативни изисквания, липса на правила за поведение, несъответствие с изискванията на медицинските стандарти и т.н.), отколкото на невнимание, незнание или небрежност от страна на лекаря. Следователно, необходими са мерки, които да стимулират промени и подобрения в организацията и управлението на медицинското обслужване. Това, от своя страна, се очаква да доведе до подобряване на качеството на здравните ус-

луги и безопасността на пациентите, както и до редуциране на медицинските грешки.



Фиг. 1. Резултати от извършени проверки относно неудовлетвореност от качеството на оказаната медицинска помощ и самосезирания (в %)

Според експерти (3,6,8,12), една от основните причини за допускане на медицински грешки е липсата на тяхното отчитане поради наличие на "култура на обвинение". Безопасността на пациента в лечебното заведение не може да бъде подобрена, ако медицинските грешки и нежеланите сериозни ефекти не се отчитат от лекаря, медицинската сестра или друг член на персонала в рамките на лечебното заведение (6,8,9,12). Необходимо е процесът на отчитане на медицинските грешки да е основа за тяхното изучаване и откриване на основната причина за допускането им с цел тези грешки да не се повтарят в бъдеще.

Счита се, че въвеждането на една такава система за отчитане е основна предпоставка за гарантиране на безопасността на лечението, защото тя позволява (12):

- да се извърши анализ за откриване на основната причина, довела до допускане на медицинските грешки и нежеланите ефекти;
- да се говори открито между специалистите за това;
- да се извлекат съответните поуки, така че да се предотврати повторното им допускане в бъдеще;
- да се разпространяват опита и добрите практики сред другите медицински специалисти.

Въвеждането на такава система предполага също промяна в организационната култура – «културата на обвинение» да бъде заменена с «култура на доверие и откритост» за идентифициране на проблемите, свързани с безопасността на пациента. Тази система трябва да осигури данните, необходими «да се поучим от грешките» (12), и да създаде условия за разпространение на придобития опит на всички нива в дадено лечебно заведение. Също така, тази система трябва да осигурява обратна връзка с изпълнителите на медицинска помощ чрез публикуване на резултати, доклади и примери за наличие на добри практики.

През ноември 2005 г. Световният Алианс за безопасност на пациента към СЗО разработва Насоки за Система за отчитане на медицинските грешки и нежеланите

ефекти. През 2006 г. Съветът на Европа приема Насоки за подобряване на безопасността и превенция на нежеланите ефекти в здравеопазването. Целта и на двата документа е да подпомогнат страните-членки в процеса на подобряване или създаване на техните национални системи за отчитане на медицинските грешки. Според техните изисквания (12), една такава система:

не трябва да води до наказание на индивида, а да позволява открито да се говори за настъпил инцидент;
трябва да има такъв дизайн, който да стимулира участието на персонала в отчитане на медицинските грешки – например, да бъде доброволна, конфиденциална и анонимна;
да обхваща както публичния, така и частния сектор на оказване на здравни услуги;
да стимулира въвлечането на самия пациент и неговите близки;
да стимулира подобряване на качеството на събираните данни, обучението на персонала, научните изследвания в областта;
да позволява извършването на анализи на данните, разработването на доклади и препоръки за подобряване на безопасността на лечението и разпространение на добрите практики.

ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

В резултат на проучване на литературата и извършената до момента дейност в ИАМО бяха разработени дефиниции за:

Медицинска грешка – Неизпълнение и/или неправилно изпълнение на планирани действия и/или нормативни изисквания или приложение на грешен план за постигане на целта

Лекарска грешка – Професионално неправилно действие или бездействие или съвкупност от такива на лекар, извършено при оптимално създадени условия на работа, в резултат на незнание или недооценка на обстоятелствата и/или състоянието на пациента, при което са настъпили неблагоприятни последици за здравето и живота му, но са могли да бъдат предотвратени. Докато първата дефиниция представя като основна причина за допускането на грешки наличие на слабости и пропуски в управлението, липса или неспазване на правила за поведение или нормативни изисквания, то във втората дефиниция отговорността се персонализира и касае поведението на определено лице. Разграничаването на двете понятия е от важно значение за бъдещите действия, които се очаква да бъдат предприети по отношение на допуснатата грешка.

Разработи се и Класификация на сериозните събития, които изискват незабавна реакция за действие:

Грешна диагноза;
Грешно подадено лекарство или забавяне на лекарството;
Забавяне на лечението, чакане за преглед;

Получена алергична реакция;
Опериране на грешен орган;
Забравяне на чуждо тяло след оперативна процедура;
Вътреболнични инфекции;
Следоперативни усложнения;
Инвалидизация след проведено лечение;
Смърт на пациент;
Работа с повредена апаратура;
Усложнения в резултат на лечебно-диагностични процедури;
Липса на професионална компетентност / квалификация;
Извършено частично лечение (недооценка на състоянието / проблема, недостатъчност, неадекватност на лечението);
Травма, получена в ЛЗ по време на хоспитализацията;
Други.

Получаването на сигнал или по-скоро отчитането на сериозно събитие предполага извършването на проверка, чрез която да се установи основната причина, довела до това събитие: дали са допуснати нарушения на утвърдените правила за добра медицинска практика или липсват такива (медицинска грешка) или сериозното събитие е в резултат на проявена небрежност или незнание на лекаря (лекарска грешка). Анализът на данните и откриването на причината за грешката ще позволи да се предприемат съответните мерки за нейното отстраняване, за да не се допускат в бъдеще отново същите грешки. Следователно, целта е намаляване нивото на допускане на грешки и подобряване на безопасността на пациентите, а не само отстраняване на констатираната грешка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Отчитането на медицинските грешки и анализът на основните причини за тяхното допускане е сложен процес, който отнема време, ресурси и изисква промяна в организационната култура. Този процес ще засегне не само болниците, но и всички други участници в здравеопазването. Целта е да се подобри качеството и да се осигури безопасността на пациента по време на медицинското обслужване – въпрос, който е на дневен ред в редица страни по света и България не може да остане встрани от тях. Необходимо е да се предприемат необходимите действия в тази насока, за да отговорим на европейските изисквания. Освен това, българските граждани като европейци също заслужават да имат здравна система, която да гарантира тяхната безопасност по време на лечение.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Илкова, Р. (2010). Лекарските грешки. *Обществено и право. Бр. 6 и 7*. Стр. 22-31, 71-77.

2. Славов, Св. (1990). Лекарски грешки и непредпазливи лекарски престъпления. Стр. 13
3. Australian Council for Safety and Quality in Healthcare. (2001). Safety in Practice: Making Health Care Safer.
4. CIHI, Health Care in Canada 2004.
5. Council of Europe, (2006). Recommendations of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care.
6. Gardner, J. Paul. G. Ross Baker, Peter Norton and Adalsteinn D. Brown. (2002). Governments and Patient Safety in Australia, the United Kingdom and the United States: *A Review of Policies, Institutional and Funding Frameworks, and Current Initiatives*: Final Report.
7. Kohn, L. T., J. M. Corrigan and M. S. Donaldson, (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC. *National Academy Press*.
8. Leape, L., (1994). Error in Medicine. *The Journal of the American Medical Association*. p. 1-10.
9. Millar, J., (2006). System Performance is the Real Problem.
10. Null, G., C. Dean, M. Feldman, D. Rasio, D. Smith, (2003). Death by Medicine.
11. Reason, J., (2000). Human Errors: models and management. *BMJ*. 768-770.
12. WHO, Alliance for Patient Safety, (2005). WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems.
13. WHO, Alliance for Patient Safety, (2005). A year of Living Less Dangerously. *Progress Report*.
14. WHO, A World Alliance for Safer Health Care, (2009). Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report.
15. EU Commission. Eurobarometer. (2006). Medical Errors.

INFORMATION SYSTEM FOR REGISTRATION AND ECONOMIC ASSESSMENT OF MEDICAL ERRORS - HEALTH MANAGERS' READINESS TO INTRODUCE

Raycheva R.¹, R. Stoyanova²

¹ *Social medicine and Public Health Dept.*

² *Health management, health economics and general medicine Dept.
Faculty of Public Health, Medical University – Plovdiv*

ABSTRACT

This report investigates the attitude and the willingness of health managers to implement an information system for registration and evaluation of medical errors. The study is based on direct anonymous questionnaire with registration card. The questionnaire results demonstrate that the possibility of introducing the Information system for registration and economic assessment of medical errors was generally met with a positive attitude from the health managers of medical clinics and labs, despite the prejudice among some of them that it may cause some repressive consequences.

Key words: medical mistakes, information system

INTRODUCTION

In recent years even more countries make endeavor to establish systems for registration, reporting and analyzing medical malpractice, and emerging costs that accompany them. The main objective is to achieve improved quality of medical care and to reduce the following costs accompanying the error through identification and prevention of the most common recurring medical errors.

Necessary conditions for implementation of information and communication system for recording and evaluation of medical errors are to determine:

1. What exactly is meant by the term medical malpractice?
2. Classification of medical errors on certain signs;
3. Determining the structure and the types of costs that will be used for economic assessment of emerging medical errors.

According to the definition given by The Quality Inter-agency Coordination Task Force QuIC in 2000 [1], which is extended by originally given by IOM in 1999 [2] the medical errors could be considered as follows:

“Failure of a planned action to be completed as intended or use of a wrong plan to achieve an aim “

Errors can include problems in practice, products, procedures, and systems.

There are many types of medical errors [2], [4], [5], [6], but despite their diversity, the following seven categories summarize types of medical errors that can occur [3]:

- Medication Errors, such as a patient receiving the wrong drug;
- Surgical Error, such as amputating the wrong limb;

Diagnostic error, such as misdiagnosis leading to an incorrect choice of therapy, failure to use an indicated diagnostic test, misinterpretation of test results, and failure to act on abnormal results;

Equipment failure, such as defibrillators with dead batteries or intravenous pumps whose valves are easily dislodged or bumped, causing increased doses of medication over too short a period;

Infections, such as nosocomial and post-surgical wound infections;

Blood transfusion-related injuries, such as a patient receiving an incorrect blood type;

Misinterpretation of other medical orders, such as failing.

The expenditure classification and report is based on the generally valid rules written into the Accountancy Law and the International Accounting Standards.

The aim of this study is to explore the attitude and the willingness of health managers to implement an information system for registration and economic assessment of medical mistakes as a result of the working process in the medical institution they manage.

MATERIAL AND METHODS

The study is based on a questionnaire among 39 general managers of clinics and labs in the city of Plovdiv, conducted in April-June 2011. An anonymous questionnaire was built. It contains ten multiple choice questions related to:

- the reasons that would hinder the implementation of the system for registration of medical errors,

the main characteristics which the system must have and how they have to be organized,

The access and the availability of the filed information. SPSS 17 - descriptive analysis, chi-square analysis and coefficient of Kramer for testing the relationships of observed objects and Excel for Windows software were used for data processing.

RESULTS

On the question: “Over the past 10 years – have you ever made a mistake in treating your patient? And Have you ever become a witness of medical error done by a colleague of yours?” the following distributions of responses were received (Fig. 1 and Fig.2):

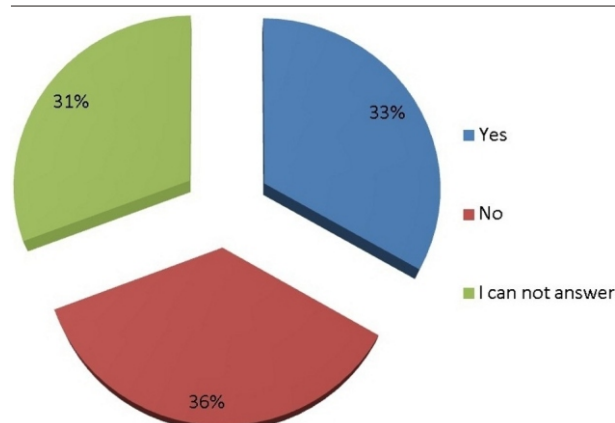


Fig. 1. Have you ever made a mistake in treating your patient?

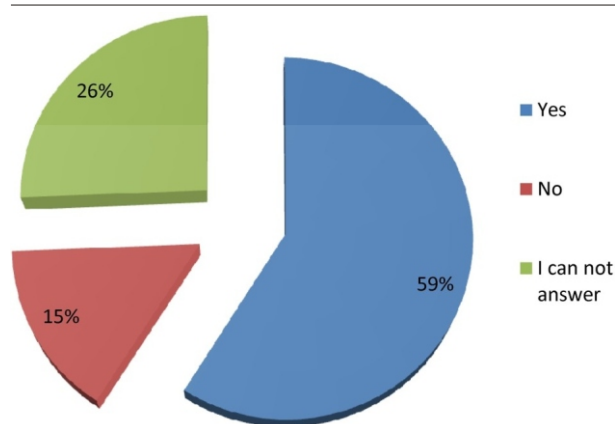


Fig. 2. Have you ever become a witness of medical error done by a colleague of yours?

The next four questions are related to the benefits and negatives managers believe that would result from the introduction of the information system for registration and economic evaluation of medical errors. The views of respondents' surveyed are quite controversial. Pooled data are presented in Fig.3.

The Fig. 3 indicates that 43.6% of respondents considered that the introduction of the system would increase the quality of medical services in general.

A significant part (61.5%) of the heads of medical units participating in the study believe that the operational service of the information system, including the registration of medical errors, should be performed by any medical person authorized and trained for this purpose and not by the professionals who made the mistake, as only 17,9% of them considered. Of the remaining 20.6% respondents - 10.3% have designated other persons to register adverse event, such as - the head of the hospital, an independent body, a committee of specialists and etc. The rest of 10.3% think that it is not necessary medical errors to be filed.

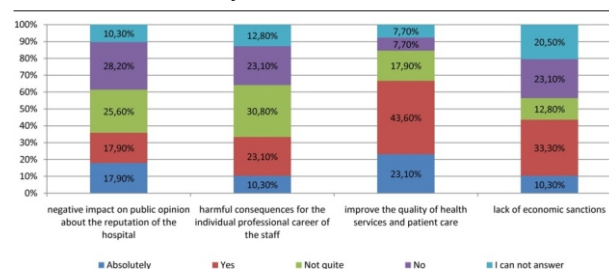


Fig. 3. Benefits and negatives from the introduction of the Information system for registration and economic evaluation of medical errors

Extremely controversial was the issue related to the patients' access to the system and the possibility to be in position to report when suspected medical error occurred. Data are presented in Fig. 4:

The main features we design to be set in the Information system for registration and economic assessment of medical errors are the following:

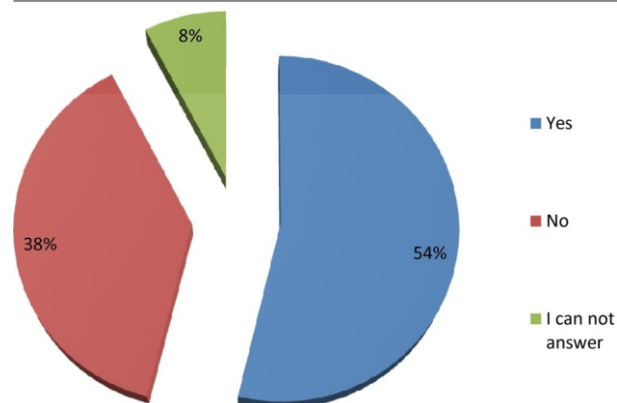


Fig. 4. The Patients' access to the Information system for registration and economic evaluation of medical errors according to the Health Managers.

- system should improve patient care;
- System should provide education and to train medical personnel;
- System should provide better public awareness;
- System format should have facilitative, time-saving features (e.g., checkboxes, templates), system should be easy and quick to use, and should contribute minimally to extra workload, reporting process should not be lengthy, drawn-out, or burdensome for users or the organization;

Preferred system would be anonymous or de-identified the person who reported the error from public point;

Personal data of the patient object of medical error should be filed in a database with authorized access;

Purpose of the system should not be punitive, should not allow for retaliation or punitive consequences of reporting and filing medical error should not to be used for prosecution [7].

The health managers were able to choose more than one of the above-mentioned characteristics, so that the sum of the responses is more than 100%. Data are presented in Fig. 5. Despite the contradictory attitude of the managers 64.1% of them would implement such a system in the medical unit they are head of - against 23.1%.

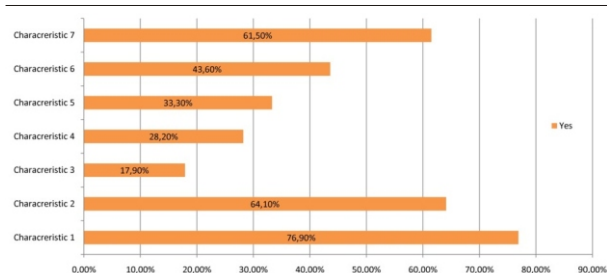


Fig. 5. Distribution of healthcare managers' preferences regarding the characteristics of the system.

To determine whether a link exists between the responses to questions related to benefits and negatives, as a result of the system's initiation and the final decision of managers to bring it into use, the X-square analysis and analysis of Kramer for measuring the strength of the relationship were performed. Due to the small sample size results we registered are not eligible for the representation and will not be presented in this study.

Nevertheless in order to realize our intention to find such dependencies we set a future goal to expand our research.

CONCLUSIONS

The possibility of introducing the Information system for registration and economic evaluation of medical errors was generally met with a positive attitude from the health man-

agers of medical facilities, despite the prejudice among some of them that it may cause some repressive consequences.

Some of the respondents believe that the system must take into account the specifics of the activity of various medical specialists by type, character and severity.

In terms of patient access in the information system, medical experts believe that they should be entitled only to file signals, but not to have access to all recorded information. Majority of respondents see an opportunity to improve the quality of medical services through the introduction of the system that will incorporate all adverse events and consequences. According to them, analyzing the causes could create better working conditions with modern and reliable equipment and better opportunities for further training.

REFERENCES

1. Quality Interagency Coordination Task Force (QuIC). Report to the President, February, doing what counts for patient safety: Federal actions to reduce medical errors and their impact [Website], 2000. Accessed September 7, 2003. <http://www.quic.gov/report/mederr4.htm#evidence>.
2. Institute of Medicine. To err is human: Building a safer health system, Washington, (DC), National Academy Press, 1999
3. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: Ameta-analysis of prospective studies. JAMA, 1998 April; 279(15): 1200–1205.
4. Leape, L. L. Error in medicine. JAMA, 1994; 271(272), 1851–1857.
5. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention <http://www.nccmerp.org/medErrorCatIndex.html>
6. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO] <http://www.jointcommission.org/>
7. Karsh BT, Escoto KH, Beasley JW, Holden RJ. Toward a theoretical approach to medical error reporting system research and design. Applied Ergonomics, 2006; 37: 283–295

МОТИВАЦИОНЕН ПРОФИЛ НА ЗДРАВНА ОРГАНИЗАЦИЯ

Левтерова Б., Д. Димитрова

Public Health Faculty, Medical University, Plovdiv, Bulgaria

With recent publications providing insufficient research data focused on medical professionals' and managers' motivation in the health system in Bulgaria, the goal of the represented survey was to study the motivational profile of medical staff in a therapeutic department in one public hospital in Plovdiv. **Methods and material:** A pilot anonymous survey was carried on among all 40 professionals (physicians, nurses, health officers etc.) in a hospital department, using a structured questionnaire for evaluation of motivational determinants (values, needs and attitudes) as well as satisfaction levels. The study results provide detailed individual, group and comparative motivation profiles determined by the priority ranking of factors in 11 studied subject areas. **Conclusions:** the most significant determinants of motivation fall both into the areas of financial and nonfinancial rewards. Medical professionals' prioritize adequate financing and professional development before safety and working conditions. The study revealed significant differences between the studied professional groups and in comparison with similar studies in other countries revealing that further research would benefit human resource policies in the public healthcare system.

Key words: motivation, medical professionals, motivational profile.

УВОД

Мотивацията е многопластов процес с различни по своята същност и дълбочина проявления. Според експертната комисия по управление на човешките ресурси към Световната здравна организация мотивацията на медицинските професионалисти включва: "... Дейности, които мобилизират и мотивират хората и това им позволява да развият и постигнат задоволство в и чрез работа, насочена към постигането на целите на здравната организация" (СЗО, 1989)

Въпреки засиления интерес не може да се говори за цялостно изясняване на мотивацията на служителите и мениджъри, особено за т.нар. "несъзнавана мотивация", на процеса на мотивиране, на подходите към проблема, на силната зависимост на мотивацията от ценностната система като отражение на културните предпочитания на човешките ресурси, както и на системата за мотивация в съвременната организация.

Мотивацията за работа определя количеството и качеството на трудовото изпълнение на отделните служители и е съществена предпоставка за ефективността на дадена организация. Чрез мотивацията на служителите се постига по-бързо и с по-малко ресурси положителен ефект в тяхната работа (1).

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

Address for correspondence:

Б. Левтерова, Катедра "ЗМИЗОМ", Факултет по обществено здраве, Медицински университет - Пловдив, бул. "В.Априлов" 15А
e-mail: boriana_levterova@abv.bg

Проведеното проучване имаше за цел да изследва мотивационния профил на медицинските професионалисти, работещи в едно терапевтично отделение на голямо публично лечебно заведение за болнична помощ. Така формулираната цел се постигна, чрез разрешаване на следните конкретно поставени задачи:

1. Определяне на мотивационните фактори (потребности, ценности, очаквания) и ранжиране на факторите по значимост
2. Изследване на нивото на удовлетвореност за всеки фактор и създаване и анализ на групов мотивационен профил
3. Взимане на конкретни решения и формулиране на дългосрочни управленски политики за мотивиране на персонала

МЕТОДИКА И МАТЕРИАЛ

Основните мотивационни фактори при медицинските професионалисти бяха изследвани посредством структурирано допитване по метода на пряка анонимна анкета. Анкетното проучване се извърши в периода 1.02.2011г. - 15.02.2011г. с 40 медицински професионалисти, персонал на терапевтично отделение.

По своя характер проучването е изчерпателно за изследвания персонал, но получените резултати и направените изводи не могат да бъдат обобщени за всички работещи в сферата на здравеопазването.

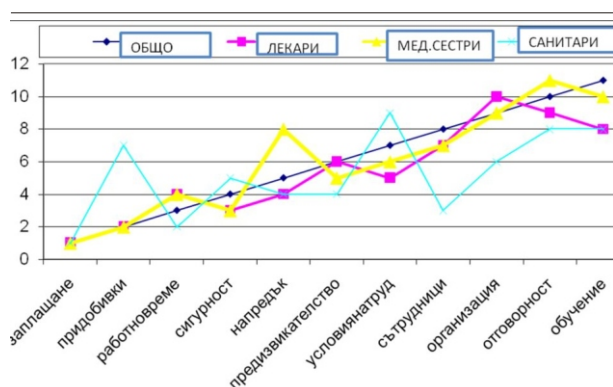
Използваният инструментариум съдържаше 31 въпроса разделени в две направления: лична оценка за значимостта на професионални мотивационни фактори и степен на удовлетвореност на всеки един от тях.

Данните бяха обработени със статистически методи, графични и таблични анализи с помощта на специализиран софтуерен продукт SPSS 17 и MS Office Excel 2003.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Повечето отговорили са жени (67,5%), което се е дължи на по-големия брой жени работещи в болниците. По-голяма част от участниците за семейни и в активна трудова възраст (30-40 години). В почти еднаква степен са представени двете професионални групи (лекари и медицински сестри), в по-голяма част с трудов стаж в организацията между 5 и 10 години. Анализът на структурната характеристика на участвалите медицински професионалисти е представен на табл. 1. Анализът на моментното състояние на мотивираността в изследвания колектив включваше ранжиране по степен на значимост на основни мотивационни фактори за работа на изследваните лица.

Специфичното ранжиране на изследваните потребности формира профила на приоритетите на служителите и определя поведението на мениджъра. Ранжирането на мотивационни фактори по професионални групи (лекари, медицински сестри и санитарни) в графичен вид е показано на фиг. 1.



Фиг. 1 Профил на приоритетност на мотивационните фактори по професионални групи

В групата на лекарите основни мотиватори са заплащане, допълнителни придобивки, последвани от сигурност на работното място и възможността за професионален напредък. При сестрите трето място заема сигурността, следвана от характера на работното време. Профилите при двете основни професионални групи – лекари и сестри съвпада по отношение на най-значимите фактори и значително се различава от този на санитарите. Съвпадението позволява постигане на съгласуваност и групова кохерентност в изследвана организация. Мотивационният профил на персонала в организацията представлява обобщена картина, която отразява степента на неговата мотивираност под въздействието на комплекса от мотивационни фактори, които са били използвани. Проведеното проучване показва отношението и оценката на заетите лица към значимостта на мотивационни-

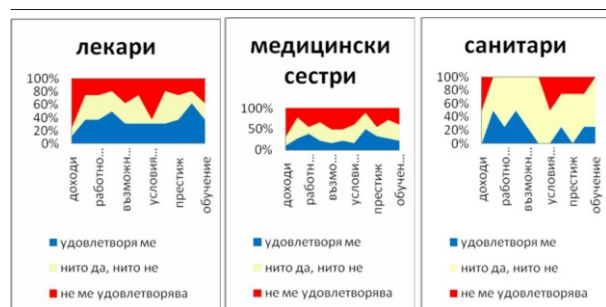
те фактори, както и към равнището на удовлетвореност на потребностите им според изследваните мотивационните фактори. Общият мотивационен профил показва висока неудовлетвореност предимно в зоната на фактори с най-висока значимост - доходите (заплащане), условията на труд и възможностите за професионално развитие.

Табл. 1 Разпределение на изследваните медицински професионалисти

Характеристика	Общо N=40
Пол (в %)	
Мъже	32,2
Жени	67,5
Възраст	
под 30 год.	5,0
31-40г.	72,5
41-50г.	15,0
Над 50г.	7,5
Семейно положение	
Несемеен(а)	35
Семеен (а)	65
Степен на образование	
Магистър	45
Бакалавър	37,5
Друго	17,5
Професия	
Лекар	40
Медицинска сестра	45
Санитар	10
Друго	5
Общ трудов стаж	
Под 1г.	-
1-3г.	-
3-5г.	7,5
5-10г.	50,0
10-20г.	20,0
Над 20г.	22,5

В изследваната здравна организация съществува масово недоволство от размера на получаваното възнаграждение и социални придобивки. Необходимо е да се посочи, че тук не става дума само за размера на възнагражденията, а за мотивиращия им ефект върху изпъл-

нението на работата. Размерът на възнаграждението безспорно е важен, особено когато те не са достатъчни, за да осигурят подходящ стандарт на живот. Увеличаването на заплащането, обаче, няма да постигне желаните мотивационни цели и влияние върху извършването на работата, ако не се възприема като справедливо и че се получава за точно определени усилия и резултати от работата. Наблюдава се нарушена връзка между резултатите от труда и възнаграждението. Основният проблем при ниската мотивация от заплащането не е толкова в размера му, който е фиксиран и ограничен в определени граници, а във възприемането му като справедливо разпределено. Ако служителите възприемат, че заплащането справедливо отразява усилията и изпълнението им, тогава мотивацията им в този аспект би нараснала.



Фиг.2 Мотивационни профили на различни професионални групи

Мотивационният профил на лекарите се доближава в голяма степен до общия мотивационен профил за цялото отделение, като показва по-висока степен на удовлетвореност в зоната на висок приоритет (фиг.2). Най-висока степен на неудовлетвореност при медицинските сестри има по-отношение на доходите и възможността за професионално развитие, което обуславя е ниската обща удовлетвореност на тази група.

Специфичен профил беше получен за санитарите, като се установи отсъствие на влияние на някои фактори и съответстващи на това отговори „не мога да определя“ за мотиватори като „възможности за развитие“ и „интересна и стимулираща работа“, което се обуславя от обективните характеристики на труда и работното място в организацията.

Разработване на управленски решения и мотивационна програма (план за действие) за подобряване на мотивационния профил на персонала трябва да включва

тези мотивационни фактори, които се намират в областта на висок приоритет или чието повлияване може да доведе до значимо нарастване на удовлетвореността. Прави впечатление наличието на значими „области на неопределеност“ на графиката, което изисква допълнително проучване и представлява своеобразен „резерв“ за нарастване на удовлетвореността при ефективни програми за въздействие.

ИЗВОДИ

Получените резултати от проведеното проучване показват значителни различия в приоритетите на трудовата мотивация за медицинските професионалисти в разгледаното терапевтично отделение и тези установени в други страни (8).

Мотивацията при здравните работници в изследваното терапевтично отделение се влияе от финансови и нефинансови стимули. Основни мотивиращи фактори в работата на здравните професионалисти са нужда от адекватно на професията материално възнаграждение, следвани от възможност за професионално развитие, здравословни и безопасни условия на труд и възможност за обучение (квалификация).

Усъвършенстването на мотивацията на персонала от една страна изисква значителни финансови средства, а от друга трябва да се имат предвид различията в значимостта на някои от мотиваторите в различните професионални групи.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Донъли Д. Х., Д. Л. Гибсън, Д. М. Иванчевич., Основи на мениджмънта. С., 1997
2. Илиев Й., Мотивация на персонала. С., 1993.
3. Лекционен курс, Димитрова Д. Мотивация на персонала, МУ Пловдив, ФОЗ, 2010
4. Паунов М., Организационна култура, С, 1996 г.
5. Паунов М., Организационно поведение, С, 1997 г.
6. Cole G. A., Organizational Behavior /Theory & Practice/. L., 1995
7. Mullins L., Management and Organizational Behavior, 1993
8. Lambrou et al., Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital. Human Resources for Health 2010, 8:26

ВЛИЯНИЕ НА МОТИВАЦИОННИ ФАКТОРИ ВЪРХУ УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА ОТ ДЕЙНОСТТА ПРИ ЛЕКАРИ

Цветкова, С.¹, П. Христова¹, М. Карчева², С. Милева³

¹ Катедра „Социална и превантивна медицина, медицинска статистика, педагогика и психология”, МУ-Плевен, България, ² Катедра „Инфекциозни болести, епидемиология, паразитология и тропическа медицина”, МУ-Плевен, България, ³ Факултет по обществено здраве, МУ-Плевен, България

РЕЗЮМЕ

Проучването на мотивационната сфера е все по-притегателна област за изследване в контекста на съвременните изисквания на мениджмънта. За съжаление, проучванията в тази насока в здравеопазвателната система са недостатъчни и спорадични. Материалът цели да се открият взаимовръзките между мотивационните фактори и удовлетвореността от полагания труд при медици от специалностите: психиатрия, неврология и обща медицина. В анкетно проучване са обхванати 75 лекари. Коментарите и анализите са върху резултатите от свободно структурирана анкета с 21 айтема. За обработка на данните са използвани MSExcel и StatGrafics. Проучването доказва наличие на различия между трите целеви групи, което позволява извеждането на изводи, насочени към практиката. Един от наложените се изводи определя като водещи мотивационните фактори: повишаването на заплатата, условията на труд и потребността от по-големи правомощия и за трите групи анкетирани лица, но с различна степен на влияние върху удовлетвореността от дейността.

Ключови думи: мотивация, мотивационни фактори, удовлетвореност от дейността

SUMMARY

The research of the motivational sphere is increasingly more attractive field for studies in the context of contemporary management requirements. Unfortunately, researches along this line in the health care system are insufficient and sporadic. This paper aims to define the interrelations between the motivational factors and the satisfaction from the work done by doctors of medicine from the following specialties: psychiatry, neurology and general medicine. 75 doctors were included in the survey. The comments and analyses are based on the results from a freely structured survey with 21 items. MSExcel and StatGrafics were used to process the data. The survey proved difference between the three target groups, which allows making conclusions directed towards practice. One of the established conclusions determines the motivational factors (pay rise, work conditions and the need of greater power) for the three inquired groups but with different extent of influence on work satisfaction.

Key words: motivation, motivational factors, work satisfaction

УВОД

В структурата на личността потребностно-мотивационният блок заема съществено място (2,5,15). Мотивите, заедно с условията на стимулиране, се разглеждат като най-важните детерминанти на човешкото поведение

(17,19). Изследванията на В. Фигер (18) не доказват категорично разграничаване на имплицитната (скрита) от експлицитната (явна) мотивация, на имплицитните от експлицитните мотиви. Резултатите потвърждават предположенията, че при експлицитната и имплицитната мотивация не става въпрос за две разделени и самостоятелни феноменални сфери, а за взаимосвързани една с друга.

Част от мотивите в теорията се интерпретират като личностни диспозиции, които оказват влияние върху взимане на решения, касаещи отношенията, поведението, дейностите (3,16). В този ракурс вътрешната мотивация

Address for correspondence:

S. Tsvetkova, Department of Social and preventive medicine, medical statistics, pedagogy and psychology, Medical University-Pleven, Bulgaria, 1, St. Kl. Ohridsky Str., 5800 Pleven, Bulgaria, e-mail: scvetkova@mu-pleven.bg

вация обхваща ендегенни психични фактори, които са резултат от генетична предразположеност, възпитание, обучение, ценностни приоритети, степен на съзряване на личността, интуиция, способности, натрупан житейски опит (3,10). Свързва се с демонстриране на лична отговорност; свобода в избора на целите, стратегиите за тяхното постигане; предпочитанията към едни мотиви, за сметка на други; рационално използване на знанията, уменията и способностите. Вътрешната мотивационна сфера се определя като относително стабилна и очертава устойчивите параметри на личността (1,2,11). Според В. Магун (по 4), колкото по-силна потребността, толкова по-голямо удовлетворение изпитва човек, удовлетворявайки тази потребност.

Мотивационните теории се обединяват около въпроса: Какво подтиква, подбужда или стимулира човека в избора му на конкретно поведение. Генерират се съдържателни, процесуални и теории за поддръжка (5,6). Тези три основни подхода към теориите за мотивацията, взети в съвкупност осигуряват набор от ефикасни средства за мотивиране на служителите (8). Трудовото поведение се определя от вътрешните нагласи, ценности, насочеността на личността и трудовата активност (4,5,9). У. Милър и С. Ролник (7) разглеждат мотивацията като междуличностен процес, като продукт от взаимодействието между хората.

Проучването на мотивационната сфера е все по-притегателна област за изследване в контекста на съвременните изисквания на мениджмънта (3,15). За съжаление, проучванията в тази насока в здравеопазната система са недостатъчни и спорадични.

Целта на материала е да се открият взаимовръзките между мотивационните фактори и удовлетвореността от полагания труд при медици от специалностите: психиатрия, неврология и обща медицина.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В анкетно проучване са обхванати 75 лекари от специалностите: психиатрия, неврология и обща медицина в регион Централна Северна България. Коментарите и анализите са върху резултатите от свободно структурирана анкета с 21 айтема. За обработка на данните са използвани MS Excel и StatGrafics.

РЕЗУЛТАТИ

В табл.1 са представени резултатите от въпроси, касаещи удовлетвореността от работата на трите групи анкетирани лекари. Както показват резултатите и трите групи лекари са отчасти доволни от условията на труд и отчасти доволни от заплащането. Преобладава мнението, че всички лекари са натоварени с излишни дейности, излизащи извън обсега им на професионалните задължения. И в трите групи специалисти преобладава чувството на безразличие към работата. Възможности-

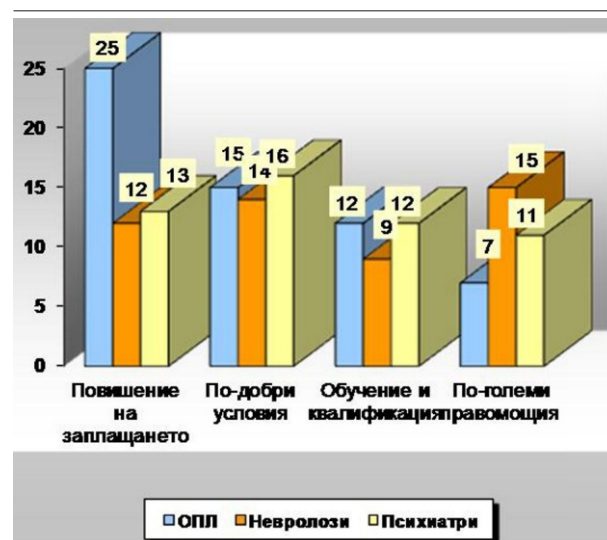
те за професионално развитие са реални отчасти, т.е. съществуват известни пречки затова. Въпреки възможността за професионално развитие, желание за таква почти не се посочва.

Основните мотивиращи фактори са посочени на фиг.1. Основни мотивиращи фактори са повишаване на заплащането, подобряване условията на труд, според трите групи специалисти.

Данни за това как средата влияе на работния процес са представени в табл.2. Лекарите имат свобода за вземане на решения – над 60%. По-голямата част от лекарите си взаимодействат по време на работа – над 80%. Конфликтите на работното място са неизбежни. Едва 10% от невролозите не съобщават за такива. Основните фактори повлияващи нежеланието за повишаване на квалификацията са липсата на време и липсата на средства.

ДИСКУСИЯ

Резултатите от проведеното анкетно проучване поставят въпроса за удовлетвореността от извършваната дейност като важен елемент за идентификацията на мотивираното трудово поведение (10,12). Ранжирани, мотивиращите фактори при трите групи медици се подреждат както следва (фиг. №1):



Фиг.1 Водещи мотивационни фактори при анкетираните (брой лица)

Повишение на заплащането: при 100% от общопрактикуващите лекари, при 52% от психиатрите и при 48% от невролозите. По-добри условия: при 64% от психиатрите, при 60% от общопрактикуващите лекари, при 56% от невролозите. Обучение и квалификация: при 48% от общопрактикуващите лекари и психиатрите, при 36% от невролозите. При невролозите (60%) се явява водещ мотивационен фактор предоставяне на по-големи правомощия, докато при невролозите този фактор е на четвърто място (посочен от 40%), при психиатрите факторът е на шесто място (посочен от 28%).

Табл.1 Резултати от проучване удовлетвореността на лекарите

Въпроси, свързани с удовлетвореността	Варианти на отговори	Общопрактикуващи лекари /ОПЛ/		Невролози		Психиатри	
		брой	%	брой	%	брой	%
Удовлетвореност от условията на труд	• да, напълно	8	32	6	24	3	12
	• отчасти	10	40	14	56	17	68
	• не	7	28	5	20	5	20
Удовлетвореност от заплащане	• да, напълно	3	12	4	16	3	12
	• отчасти	14	56	8	32	11	44
	• не	8	32	13	52	11	44
Натовареност с излишни дейности	• да, винаги	5	20	7	28	7	28
	• понякога	18	72	16	64	15	60
	• никога	2	8	2	8	3	12
С какво чувство се мисли за работа	• с удоволствие	5	20	7	28	4	16
	• с безразличие	7	28	9	36	8	32
	• с напрежение	3	12	5	20	6	24
	• с нежелание	8	32	4	16	3	12
	• стресира ме	2	8	-	-	4	16
Възможност за професионално развитие	• да	6	24	1	4	7	28
	• отчасти	18	72	11	44	18	72
	• не	1	4	13	52		
Усъвършенстване на професионални компетентности	• категорично, не	1	4	4	16	2	8
	• по-скоро не	12	48	11	44	11	44
	• по-скоро да	9	36	7	28	7	28
	• категорично, да	3	12	3	12	5	20

Останалите мотиватори при общопрактикуващите лекари се подреждат по ранг на значимост: усъвършенстване на професионалните умения (44%), признание (28%), по-големи правомощия (28%), повишение (20%). При невролозите: признание (40%), обучение и квалификация (36%), повишение (32%), усъвършенстване на професионалните умения (28%). При психиатрите: по-големи правомощия (44%), усъвършенстване (40%), признание (28%), повишение (20%). Очевидно, съществуват известни различия между отделните групи по отношение приоритетите, които специалистите определят в кръга от допълнителните мотиватори за повишаване ефективността и удовлетвореността от дейността. От кростабулационния анализ на резултатите от проведената анкета се установи:

Само 8% от лекарите, които напълно са удовлетворени от условията на работното място, в същата степен са удовлетворени от получаваното възнаграждение, отчасти – 13% и само 1% не са удовлетворени. 30%, отчасти удовлетворени от

условията на труд, по същия начин определят и възнаграждението си. От тях неудовлетворени от заплащането са 23%. Неудовлетворените от условията на труд и от възнаграждението си са 19% ($\chi^2=27.39$, $p=0.000$; Pearson= 0.49).

Лекарите, които винаги са свободни да вземат самостоятелни решения понякога (44%) и много рядко (54%) се сблъскват с напрежение и конфликти на работното място. Докато 75% от всички анкетираните, които споделят, че понякога имат възможност да решават самостоятелно, се сблъскват спорадично с напрежение и конфликтни ситуации. Само 7% от анкетираните не взимат самостоятелни решения в работата си ($\chi^2=23.72$, $p=0.0001$)

На всички лица с трудов стаж до 5 г. понякога им се поставят задачи, извън основните им задължения. 22% от лекарите с трудов стаж от 5 до 10 г. споделят, че винаги и 59% понякога се занимават с излишни дейности. 32% от лицата с трудов стаж

над 10 г. са отговорили с “да, винаги” и 59% с “понякога”. Данните показват, че значителна част от медиците са ангажирани допълнително, извън основната дейност.

извършваната дейност варира: задоволително при 11 лица (15%), добро при 45 (60%) и много добро при 19 (25%). Не се регистрират слаби и отлични самооценки. Медиците, които определят работата

Табл.2 Резултати от проучване влиянието на работна среда

Въпроси, свързани с удовлетвореността	Варианти на отговори	Общопрактикуващи лекари /ОПЛ/		Невролози		Психиатри	
		брой	%	брой	%	брой	%
Възможност за вземане на самостоятелни решения	- да - понякога - никога	18	72	15	60	17	68
		6	24	7	28	7	28
		1	4	3	12	1	4
Съдействие от колеги	- да - понякога - никога	17	68	21	84	22	88
		7	28	4	16	3	12
		1	4	-	-	-	-
Конфликти на работното място	- да - понякога - никога	12	48	3	12	15	60
		13	52	12	48	10	40
		-	-	10	40	-	-
Какво възпрепятства повишаване на квалификацията	- липса на време - липса на средства - неразбиране от ръководството	14	56	8	32	8	32
		9	36	9	36	13	52
		2	8	8	32	4	16

Съществува зависимост между удовлетвореността от заплащането на труда и възможността за смяна на работата при $\chi^2=9.81$, $p=0.04$. Общо 22 (29%) от лицата, които са насочени безусловно към промяна, са отчасти и категорично недоволни от заплащането. Други 32 лица (43%) обмислят възможността за смяна на местоработата и 21 (28%) лица не са склонни към промяна на средата.

Съществува зависимост между удовлетвореността от работното място и възможността за смяна на местоработата при $\chi^2=12.48$, $p=0.01$. 76% (от общо 41) от лекарите, които отчасти са удовлетворени от условията на труд са решени или обмислят възможността за промяна.

Само 1% от лекарите са категорични, че имат възможност да се развият на работното си място. Общо 24 лица (32%) са споделили, че отчасти имат такава възможност, но за 9 препятствие се явява липсата на време, за 9 – липсата на средства и за 6 – неразбиране от страна на ръководството. Общо 50 лекари (67%) доверяват, че нямат възможност за професионално развитие и израстване, като позоваванията са отново върху изброените причини /доминират: липса време и липса на средства/ ($\chi^2=5.72$, $p=0.2$).

Съществува взаимовръзка между самооцененото качество на работата и влиянието, което оказва работата върху личния живот на лекарите ($\chi^2=27.15$, $p=0.0001$). Самооценката на качеството на

си като добра, споделят, че професионалните ангажименти не влияят върху личния живот (36%), а 42% от тях предпочитат работата за сметка личния живот. 53% от онези, които оценяват работата си като много добра, са заявили, че работата и личния им живот взаимно се допълват. Едва 14 лекари (19%) споделят, че отделят по-голямо внимание на личния си живот.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Докато за някои дейности мотивацията за успех е второстепенна по отношение на резултатите от дейността, в здравеопазването тя е фактор определящ възможностите за ефективна професионална реализация (12,13,14).

Върху удовлетвореността от дейността при анкетираните лекари оказват влияние мотивационни фактори, генерализирани в групи:

1. Интринсивна/имплицитна, свързана с диспозиционни характеристики на личността. Причисляват се: отношение към работата, самооценка на качеството на положения труд, самоактуализация и самоусъвършенстване, флексабилност на социалните роли, признание, умения за поддържане на интерперсонални отношения.
2. Екстринсивна/експлицитна, свързана с условията на труд, възнаграждението, позиция в организацията, обема и качеството на основните и допълнител-

ните задължения, екипните интеракции, динамика в кариерното развитие.

За повишаване мотивираността при лекарите се налага: увеличаване на регулативните стандарти за консултативна и медико-диагностична дейност, което предотвратява обременяване с допълнителни, често негативно възприемани ангажименти, от тук – осигуряване на професионално самочувствие и удовлетворение от полагания труд; въвеждане на единна система за облекчаване натовареността, организационна обезпеченост на трудовите задължения и форми за стимулиране на инициативите за допълнителна квалификация и усъвършенстване.

КНИГОПИС

1. Андреева Г., Социална психология. Христома-тия. Дилок., С., 2001.
2. Бардов И., Психологически възгледи за личнос-тта. Кота. С., 2001, 121-124.
3. Джонев С., Социална психология. Софи Р. С. 1996, 2, 241-247.
4. Ильин Е. П., Мотивация и мотивы. Питер, 2006, 46-62.
5. Крылов А., Психология. Проспект, М., 2004., 589-595.
6. Маслоу Е., Мотивация и личност, С., 2001.
7. Милър У., С. Ролник, Мотивационно интервю-иране, ЛИК, С., 2010.
8. Паунов М., Трудова мотивация, С., 2009.
9. Цветкова С., Анализ на открити корелационни зависимост при проучване на мотивационната сфера у студенти. Сборник. Национален конгрес по психология. Изток – Запад. С., 2008, 345-352.
10. Цветкова С., П. Христова., Влияние на ендогенни фактори върху мотивацията за постижение при работещи студенти. Сборник. Национален конгрес по психология. Изток – Запад, С., 2008, 353-358.
11. Цветкова С., Влияние на когнитивните предпос-тавки за успех върху мотивацията за постижение и самооценката при студенти, Сборник. НСА, С., 2008.
12. Цветкова С., Мотивацията за постижение при студенти в контекста на поведенческия избор. Сборник. Юбилейна научна сесия. НВУ, 2008, 497-503
13. Цветкова С., П. Христова, Мотивацията за ус-пех като диспозиция на личността при студенти и лица, работещи в сферата на социалните услуги, Сборник Юбилейна научна конференция, ФОЗ, МУ Плевен, 2010
14. Цветкова С., SWOT-анализ на мотивацията за постижение. Приложна психология и социална практика. Черноризец Храбър, В., 2009, 302-313.
15. Файзулаев А., Мотивационная саморегуляция личности, Ташкент, 1987.
16. Baron R., D. Byrne, B. Johnson., Exploring So- cial Psychology. Allyn and Bacon, NY, 2003.
17. Bischof N., Überlegungen zur Architektur der Moti- vation, B., 2001.
18. Figner B. & Grasmhck, Entwicklung eines computergestützten Fragebogens zur Erhebung von Motivkennwerten. Lizentiatsarbeit. Zürich: Psychologisches Institut der Universität, 1999.
19. Franken R., Human motivation. Wadsworth/Tompson learning, 2002, 248-251.

ОРГАНИЗАЦИОННА КУЛТУРА И МОТИВАЦИЯ НА ПЕРСОНАЛА В ОТДЕЛЕНИЕ ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ

Баева Н.¹, А. Димова²

¹ МБАЛ "Св. Анна – Варна" АД, Отделение по анестезиология и интензивно лечение

² Медицински университет – Варна,

Катедра по икономика и управление на здравеопазването

Ключови думи: организационна култура, фактори на мотивация, болница, ОАИЛ

УВОД

Успехът на всяка организация зависи в изключително голяма степен от хората, работещи в нея – от тяхната компетентност и пригодност, мотивация и професионално поведение. Докато професионалната компетентност и пригодност, макар и развивайки се във времето, са относително постоянни величини, то мотивацията и поведението по време на работа са сравнително неустойчиви променливи и могат да варират във всеки един момент от живота на организацията. Поради тази причина, управлението на мотивацията на хората в организацията и тяхното трудово поведение изисква постоянни (ежедневни) целенасочени усилия.

След повече от 20 години на по-малки или по-големи промени в българското здравеопазване, проблемът с мотивацията на персонала в лечебните заведения (или по-скоро дефицитът на мотивация) ескалира, заплашвайки да се превърне в близко бъдеще в един от основните фактори, които възпрепятстват нормалното функциониране на здравната система. Демотивацията и ниската удовлетвореност от българската здравна система се отразяват и на осигуреността на системата с медицински персонал. Налице е недостиг на медицински специалисти, особено за някои – т.нар. "не пазарно ориентирани" специалности каквато е анестезиологията и интензивното лечение и професии (напр. специалисти по здравни грижи). Емиграцията сред медицинското съсловие нараства все повече, застрашвайки стабилността на здравната система.

Основните причини за ниската мотивация на медицинските професионалисти са общоизвестни и признати и в по-голямата си част - независещи от управлението на отделните лечебни заведения. Остава открит въпросът за мотивационните фактори, които способстват за задържането на професионалистите в България и особено в конкретното лечебно заведение. Тези фактори могат да бъдат открити в специфичната работна атмосфера,

която се формира най-общо от взаимоотношенията, екипната работа, стила на ръководство, споделяните ценности, нагласи и норми – или това, което обобщено наричаме организационна култура. Поради това, целта на настоящото проучване е да се анализи организационната култура и климат като среда за формиране на мотивацията и професионалната удовлетвореност на персонала в едно конкретно рисково по отношение на осигуреността с персонал отделение на голяма многопрофилна болница (с областни функции). Резултатите следва да подпомогнат повишаването на мотивацията на медицинските специалисти в отделението чрез развитието на организационната култура и климат.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

През месец май 2011 г. е проведено социологическо проучване чрез пряко стандартизирано интервю сред персонала на отделението по анестезиология и интензивно лечение (ОАИЛ) при МБАЛ „Света Анна – Варна“. В проучването са обхванати 64 % от работещите в отделението. Анкетна карта е създадена по моделите на З. Вернер и Л. Ланг (1) и Денисън и Фишер (3) и съдържа девет основни въпроса – пет от тях засягат характеристики на респондентите, а три – съдържат общо 58 позитивни, негативни и неутрални твърдения относно организационната култура и мотивационните фактори, които респондентите трябва да потвърдят, отхвърлят или оценят. Деветият въпрос изследва желанието на анкетирания да получат обратна информация за резултатите от изследването, което допринася за общата оценка на организационната култура и климат в отделението. Организационната култура се изследва по четири основни параметъра: (1) участие (съпричастност; екипност; възможност за развитие); (2) съгласуваност (основни ценности, съгласие по ключови въпроси, координация и интеграция); (3) приспособимост (управление на промяната, фокусиране върху пациента, организационен живот) и (4) мисия (стратегическо управление, цели и задачи). Мотивацията се изследва чрез съпоставка между значимостта на отделните мотивационни фактори за респондентите от една страна и от

Address for correspondence:

Н. Баева, ОАИЛ, МБАЛ "Света Анна - Варна" АД, бул. Цар Освободител 100, 9000 Варна
e-mail: nbaeva@abv.bg

друга – на тяхната удовлетвореност по отношение на всеки един от факторите.

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЯ

81.1 % от участниците в изследването са жени; с най – висок относителен дял са представителите от възрастовата група между 31 – 40 г. (45,90 %); по отношение на трудовия стаж, респондентите са относително равномерно разпределени в три групи – с до 5 г., от 5 до 10 г. и – с над 11 г. трудов стаж. Високият относителен дял на медицинските специалисти с трудов стаж до 5 г. (38.9 %) се свързва с възрастовата структура и с факта, че в отделението има значимо текучество на персонал. 68.5 % от персонала на отделението е с висше образование (бакалавър или магистър).

Като цяло, резултатите показват благоприятни за развитие на професионалната удовлетвореност климат и организационна култура, а проблемите са предимно свързани с управленските функции в лечебното заведение. Независимо от факта, че се оформят определени суб-култури, което се дължи основно на професионалното и възрастовото разпределение на респондентите, преобладават оценките с положително значение за съществуващата в отделението организационна култура. Участието на персонала в организационния живот на отделението е от съществено значение за ефективното му функциониране. Като цяло, според по-голямата част от респондентите, хората, работещи в отделението са ангажирани (съпричастни) към работата си. Наблюдават се, обаче, различия в мнението на отделните категории персонал – докато 100 % от санитарите и 76.2 % от специалистите по здравни грижи подкрепят това твърдение, лекарите, които смятат, че персоналът в отделението е съпричастен към работата си са едва 41.7 %. В по-голямата си част, тези резултати кореспондират с мнението на респондентите, че членовете на екипа осъзнават ролята си за подобряване на общите резултати. В същото време, мнозинството от тях (75 % от лекарите и 66.7 % от сестрите) смятат, че “персоналът стои настрана от управлението” и възприемат управленските решения като принудителни (50 % от лекарите и 71.4 % от сестрите). Поради това и предвид фактът, че според мнозинството от анкетираните (64.8 %) мнението на персонала не се взема предвид при решаването на сложни въпроси, не е изненадващо, че за 73.9 % от респондентите опитите за промяна се посрещат със съпротива. Тъй като, в изследването се установява обратна зависимост между съпротивата при промяна и мотивацията, както и между нея и възприемането на решенията като принудителни, горните резултати свидетелстват за дефицит в мотивацията на персонала.

Организационната кохезия е накърнена от съществуващото разделение между “стари” и “нови” служители и между представителите на отделните професии, което се потвърждава от над 75 % от персонала на отделението. Такова разделение е характерно не само за

ОАИЛ, но и за други болнични отделения, както в България, така и в чужбина (2,4). То е обяснимо предвид специфичните и съществени различия, които съществуват между хората работещи в сферата на здравеопазването по отношение на тяхната професионална принадлежност и клиничен опит. Въпреки това, усещането за екипност във връзка с изпълнение на служебните задължения, споделено от над 90 % от респондентите, формира позитивна организационна среда. Това е естествен резултат от специфичната организация на труда в отделенията по анестезиология и интензивно лечение, но той се нуждае от подкрепа, изразяваща се в балансирано по отношение на компетенции и трудов опит формиране на работните екипи. Екипната работа и взаимоотношения са мощен източник за мотивация на персонала. Резултатите от изследването показват, че съвместната работа с колегите, възможността за учене от колегите в рамките на мултидисциплинарни екипи, подкрепата от екипа и добрите взаимоотношения с другите членове от персонала са сред водещите фактори на мотивация за огромното мнозинство от анкетираните. Усещането за екипност, споделено от респондентите, което формира положителната в това отношение организационна среда, намира отражение върху значително високата им удовлетвореност от актуалното състояние на тези мотивационни фактори.

Съвместната работа с колегите е фактор за мотивация, ако са налице следните характеристики на организационната култура:

- при разногласия всички работят усилено за постигането на „печеливши” решения ($r=0,53$; $p<0,001$);
- последователен и предвидим подход за работа ($r=0,48$; $p<0,01$);
- съществуват възможности за професионално развитие ($r=0,43$; $p<0,05$);
- съществува ясен и последователен набор от ценности, който урежда начина на работа ($r=0,41$; $p<0,05$).

Друг важен показател за оценката на организационната култура са изградените и споделени ценности, на които се подчиняват в работата си членовете на персонала. 48.6% от респондентите подкрепят твърдението, че в отделението съществува утвърден набор от ценности, които уреждат начина на работа, но също така значим е и процентът на онези, които са на противоположното мнение – 35.1%. Наличието на ясен и последователен набор от ценности, който урежда начина на работа превръща организацията на работата в мотивационен фактор ($r=0,52$; $p<0,001$).

Установяването на общоприети и споделени ценности изисква продължително време на съвместна работа, в което да се постигне организационно единство. Поради това може да се предполага, че една от причините за липсата на ясно изразена единна ценностна система е значителното текучество, което съществува в изследваното отделение. В болнични отделения, които се ха-

рактеризират с голяма динамика в състава на персонала от особено значение за изграждането на организационна ценностна система е утвърденият управленски стил и ясната, видима за всеки член от персонала посока на развитие на отделението и лечебното заведение. Фактът, че 78.3 % от анкетирания в ОАИЛ не са запознати с дългосрочната цел и посока на развитие на отделението, в което работят, а за 83.7 % стратегията на болницата е неясна, не е в подкрепа нито на изграждането на ценностна система, нито на мотивацията и професионалната удовлетвореност. В изследваното отделение ръководителите не поставят ясни и реалистични цели според 75.6 % от анкетирания. В същото време, 91.9 % от респондентите съвсем естествено споделят разбирането, че персоналет трябва да разбира това, което се изисква от него за да се постигне успех в дългосрочен план. При изследването на зависимостта между мотивацията и елементите на организационната култура, именно в това отношение се открива една от най-значимите корелационни зависимости, т.е. информираността на хората за курса на развитие на организацията и предстоящите задачи оказва влияние върху тяхната мотивация ($r=0.48$, $p<0.05$).

Липсата на категорични общосподелени ценности логично рефлектира върху вземането на решения по ключови въпроси и справянето в конфликтни ситуации. Респондентите се разделят в мнението си по отношение на твърдението, че когато възникнат разногласия всички работят усилено за постигането на „печеливши“ решения. Въпреки, че преобладаващата част от персонала в отделението (43.2 %) подкрепя това твърдение, според мнозинството (70.2 %) често се срещат трудности при постигането на съгласие по ключови въпроси. Това се отразява неблагоприятно върху мотивацията на персонала, тъй като съществува статистически доказана връзката между нея и разглеждания елемент на организационната култура ($r=0.53$, $p<0.001$).

За проверка на значимостта на организационната култура за мотивацията на персонала в ОАИЛ, сред изследваните мотивационни фактори бяха включени и такива, които нямат отношение към културата на организацията, например заплащането и режим на работата, който осигурява свободно време за извършване на частна практика. Резултатите показват, че тези два фактора са в дъното на класацията по отношение на значимостта си за формиране на мотивацията на персонала. Този факт може да има дуалистичен характер. Удовлетвореността от заплащането, например, е оценена с една от най-ниските оценки – 3.29 по шестобалната система. Заплащането е толкова ниско, че то въобще не може да бъде възприемано като фактор за мотивация. От друга страна, на преден план в градацията на мотивационните фактори излизат онези, които са пряко свързани с организационната и управленската култура.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Организационната култура и климат от една страна и мотивацията на персонала – от друга, са взаимно свързани. Организационната култура може да има мощен мотивиращ или демотивиращ ефект. Именно благоприятните параметри на организационната култура и климат са онези, които при равни други условия (на ниско заплащане, лоша материална база и работна среда, стрес и несигурност), задържат персонала в конкретното лечебно заведение и в частност – в конкретното отделение. Формирането на благоприятна организационна култура зависи до голяма степен от управлението на организацията (болница, отделение) – от управленския стил, от ръководните умения и компетентности. Запознаването на персонала с целите и задачите на лечебното заведение, привличането им в процесите на вземане на решения, формирането на общосподелена ценностна система и нейното поддържане, стимулирането на екипната работа и колегиалните отношения – всички тези условия могат да бъдат осигурени в подкрепа на мотивацията и професионалната удовлетвореност, без за това да са необходими финансови средства и материални ресурси.

Резултатите от изследването показват, че въпреки финансовите проблеми, които изпитват болничните лечебни заведения у нас, съществува потенциал за формирането и поддържането на мотивацията на персонала и той е именно в развитието на подходяща организационна култура. За разлика от решаването на финансовите проблеми на здравната ни система (основен фактор за демотивацията на медицинския персонал), които силно ограничават възможностите на ръководителите на болници и отделения да се справят с тях на локално ниво, повишаването на мотивацията чрез развитие на организационната култура е постижимо за отделните ръководители и зависи единствено от тяхното желание и управленски умения.

СПИСЪК С ЦИТИРАНИЯТА

1. Вернер и Ланг, 1990, стр. 219-222, цит. По К. Каменов, 1996, стр. 193-198)
2. Попов М., А. Димова, “Метод за организационна диагностика на болницата и нейното управление: III. Организационна и управленска култура”, *сп. Социална медицина*, **бр.3**, 2002, стр. 32-34, ISSN 1310-1757
3. Fisher C. & Alford R., (2000). Consulting on Culture. *Consulting Psychology: Research and Practice*, **52(3)**, 206-217
4. Hee-Jae Cho., The Validity and Reliability of the Organizational Culture Questionnaire. 2000

HEALTH IMPLICATIONS OF SEX AND GENDER DIFFERENCES IN THE LABOUR MARKET

Velichkovski R.

Introduction: Due to the inequalities in health with regards to sex stereotyping there are some differences in the labour market between men and women that usually increase health risk for them. Work involves exposures to risks and hazards that can impair health, which are related to both physical (such as repetitive working movements, sustained static postures, night work, long hours, violence, noise, vibration, cold, chemicals) and psychosocial exposures (e.g. stress, lack of social support, lack of respect, discrimination, psychological and sexual harassment). **Material and Methods:** The paper relies on a desk-study and a review of existing data from the official relevant institutions working on this issue. This paper presents just a part of massive explosion of researches made on sex differences and sex role in the labour market that has occurred, to answer to the question whether sex stereotyping in such market increase health risk for both men and women. **Results:** Although equal treatment of men and women at work has long been a principle of both European law and the law of Member States, the enforcement of this right is often problematic. Gender refers to the varied and complex arrangements between men and women. Indirect discrimination and unequal pay for different work of equal value are two examples of unequal treatment that the average worker will not easily challenge. Therefore, gender-sensitive national policies for health at work and development of policy tools should be developed and strengthened. Special concerns should be devoted to gender assessment of existing legislation and policies including threshold limit values, physical work loads, and risks within female-dominated occupations. **Discussion:** In order to strengthen gender sensitive issues in policy and research, having in mind the biological differences, it is important to establish rules and regulations that promote full and equal participation of both men and women in the labour market.

Key words: sex stereotyping, male, female, labour market, health inequalities

INTRODUCTION

Gender refers to social roles, behaviours and activities of men and women as well as to the characteristics attributed to men and women in a given society. Moreover, sex refers to the biology of being male or female (Nurture vs nature aspects), whereas gender refers to the varied and complex arrangements between men and women (Oakley, 1972).

Because of inequalities and mostly because of sex stereotyping there are some differences in the labour market between men and women that usually increase health risk for them. Stereotypes can be defined as “beliefs about characteristics of an individual who belongs to a certain category or group” (Verdonk, 6th December).

Reducing labour market inequalities between women and men has been a policy objective at both European level and the level of Member States of the European Union for quite some time. A lot of regulations and laws forbid unequal treatment, including measures to advance women’s position in the labour market.

This paper presents just a part of massive explosion of researches made on sex differences and sex role in the labour market that has occurred, to answer to the question whether

sex stereotyping in such market increase health risk for both men and women.

In the discussion part presented below the author will try to answer this question.

MATERIALS AND METHODS

The paper relies on a desk-study and a review of existing data from the official relevant institutions working on this issue. This paper presents just a part of massive explosion of researches made on sex differences and sex role in the labour market that has occurred, to discuss and answer to the main question in this study, namely - whether sex stereotyping in such market increase health risk for both men and women.

RESULTS AND DISCUSSION

The principle of equal pay and equal treatment of both men and women at work is established in European Law. All member states are obligated to guarantee this right to equal treatment to their citizens, as well as to provide procedures by which citizens can assert that right. (Fitzpatrick, 1990). Still, despite years of equality legislation, women are still disadvantaged within the labour market. Sexual abuse, discrimination on grounds of pregnancy and maternity and indirect discrimination were the most recognized issues among women.

Address for correspondence:

R. Velichkovski, str. Pero Cico 22, 1300 Kumanovo, Republic of Macedonia

e-mail: robertovelichkovski@yahoo.com

In the last few decades can be note that in both developed and developing countries the economically active women has significant increasing, which make them indispensable as contributors in the national and global economy (WHO, 1999). That means that in last years women have been more and more involved in all kind of work, whether is a formal and informal, or paid and unpaid, but still there could be noted some differences between male and female task in the labour force. For instance, in developing countries women are more likely to work in informal part of economy field, such as family work, selling on the streets or sex work, while in developed countries have been a rise in non-standard form of employment, such as short term contract or subcontracting (Messing, 2007).

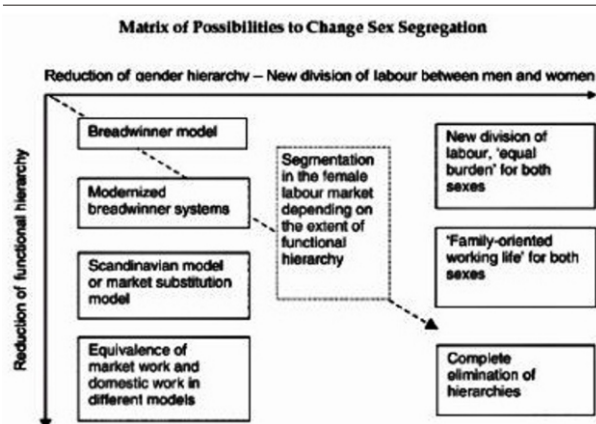


Figure 1. Source: Kreimer, 2004 (*Labour Market Segregation and the Gender-Based division of Labour*)

With regards to indirect discrimination in pay, women on average receive lower wages than men because of the systematic undervaluation of women's work and skills, and because of variety of reasons women usually do not profit from supplements (kind of bonuses) to the same extent as men do. Also women tend to be overrepresented in the kind of jobs that could offer fewer rights and less employment protection than the "normal eight hours" work, such as part-time, temporary or "on-call" work.

However, Marcia and Friedman (1970) have shown a difference between men and women in so far as women are more secure with themselves and less anxious within a foreclosure situation than in a crisis one. It may be that there are intrinsic differences between men and women and that women are as content with prescribed for them as they would be if they sought out their own. It may also be that women have a basic need to become mothers and that therefore the role of motherhood is a natural path for them. A number of early theoreticians attempted to substantiate this particular view by stressing that women's main fulfillment occurs when they accept and commit themselves to the role of motherhood (Rheingold, 1964).

Male-female wage differentials are not just the results of differentials between individual women and men. This can be explained by the male-female earnings gap that results from the fact that men work predominantly in high paid "male jobs" mostly technical and engineering jobs, while women

are focused in low paid "female jobs" namely child care and cleaning (Bart, 1996). This is an explanation of so called horizontal and vertical segregation of the labour market between men and women (Emslie, Hunt & Macintyre, 1999; Kreimer, 2004; WHO, 2006; IJstlin, 2002). As a matter of this fact, also men working in "female jobs" suffer from low pay; while those few women that have succeed in entering "male jobs" earn the higher pay than the rest of them. All of this lead to inequity in male-female wage, due to the different composition of the male and the female workforces.

Women who are forced to work "male jobs" have increased health risk, which may lead to nervous breakdowns or musculoskeletal injuries; they may feel to take health risks in order to prove that they can do the job in a most appropriate way. There is some evidence, which is not proved yet, that women may be at special risk for accidents and injuries while performing typical "man job". This risk can be arisen from an interaction between inappropriate designed tools, male-female size, tasks and workspaces and strength differences (Messing, K. and Ostlin P., 2007).

From other side, men have many accident at work than women as it is discussed by different authors (Islam et al., 2001; Laflamme and Lilert-Petersson, 2001) and they are in larger number exposed to noise, vibrations, lifting the weight, toxic materials, high temperatures and similar (Paoli and Merlii, 2002; Helmkamp et al., 2000). According Valkonen and Martikainen (1995) unemployed men were identified with increased risk in health as well as higher rate of mortality. That means that an employment play big role to men's health and their survival.

Even Schippers in 1994 summarized three groups of possible cause for concentration of women in a limited number of jobs. The first group includes all the arguments connected with tastes, tradition, and patterns of socialization, so most of the women decide to be a nurses, teachers and secretaries, but not engineers or plumbers. The second group of possible causes points to discriminatory behavior by employers of fellow-workers in a way of preventing women from entering a certain job and occupations. And a third possible source for the exclusion of women may be found in government rules and regulations. For instance in some U.S.A. states is forbidden by the law for women to become a barkeeper (Bart, 1996), while in some parts of Europe the law against nightshifts for women is known for quite a while (Messing, 2007). Usually these rules and regulations are coming from the wish to protect women, but in fact they have the reverse effect that block women of job open to them.

CONCLUSION

Although equal treatment of men and women at work has long been a principle of both European law and the law of Member States, the enforcement of this right is often problematic. Indirect discrimination and unequal pay for different work of equal value are two examples of unequal treatment that the average worker will not easily challenge.

In generally women are more exposed with psychosocial health hazards (women suffer more from negative stress, work-related fatigue, mental health problems), while men are more exposed with physical health risks. If discrimination in sex is noticed, the fear of adverse consequences deters many employees from bringing an equality case. Despite the changes that have occurred in the last century, women's employment is still not taken seriously and there are still some limitations of jobs open to them. Nevertheless, women's pay is still substantially lower than men's. They often hold inferior jobs and perform most of the care task in society.

In order to strengthen gender sensitive issues in policy and research, having in mind the biological differences, it is important to establish rules and regulations that promote full and equal participation of both men and women in the labour market.

REFERENCES

1. Bart H., Joop S., et al. (1996) Labour market inequality between men and women, Current issues in Law and Economics, 55-70.
2. Emslie C., Hunt K., Macintyre S., (1999). Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Social Science & Medicine*, **48**: 33-48
3. Fitzpatrick B., (1990). The impact of Sex Discrimination Law on Collective Agreements: A Comparative study, report to EC, DG X, Brussels, mimeo.
4. Helmkamp J., Lundstrom W., Williams J., (2000). Work-related fatalities in West Virginia. A summary of surveillance, investigation, and prevention activities, July 1996-December 1999. *Ann Epidemiol.* **10** (7), 478.
5. Islam S., Velilla A.M., Doyle E.J., Ducatman A.M., (2001). Gender differences in workrelated injury/illness: analysis of workers compensation claims. *American Journal of Industrial Medicine.*, **39**, 84-91.
6. Kreimer M., (2004). Labour Market Segregation and the Gender-Based division of Labour. *European Journal of Women's Studies*, **11**(2): 223-246
7. Laflamme L., Lilert-Petersson E., (2001). Injury risks and socioeconomic groups in different settings. Differences in morbidity between men and between women at working ages., *Eur J Public Health.*, **11**, 309-313.
8. Marcia J. E. and Friedman M. L., (1970) Ego-identity status in college women., *Journal of Personality*, **2**:249-63.
9. Messing K. and Ostlin P., (2007) Gender Equality, Work and Health: A review of the evidence, 2-10.
10. Paoli P, Merlliù D., (2001). Third European survey on working conditions 2000 Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. <http://www.eurofound.eu.int/publications/files/EF0121EN.pdf>, consulted Sept. 2003.
11. Rheingold J., (1964) The Fear of Being a Woman. Ney York: Grune and Stratton.
12. Schippers J.J. & J.J. Siegers (1994), Racial, sexual and age discrimination in the labour market: similarities and differences, 115-134.
13. Valkonen T., Martikainen P., (1995). Unemployment and mortality. Causation or selection? In: Lopez A., Caselli G., Valkonen T., eds. Adult mortality in developed countries. From description to explanation. Oxford, Oxford University Press.
14. Verdonk P., (2007), Lecture: Venus and Mars at work: Gender, work and health http://eleum.unimaas.nl/webapps/portal/frameset.jsp?tab_id=_52_1 , retrieved on December 6th 2007
15. WHO (World Health Organization), (2006). Gender Equality, Work and Health: A Review of the Evidence. Geneva

ИНФОРМАЦИОННИТЕ ТЕХНОЛОГИИ – ФАКТОР В ДЕЙНОСТТА НА НАСТОЯЩИТЕ И БЪДЕЩИ ПРОФЕСИОНАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Атанасова В.

В съвременното здравеопазване високо качество на здравните грижи и услуги се постига не само чрез медицинската наука, а и чрез пълноценна употреба на информационните и комуникационни технологии (ИКТ). Сестринската практика е информационно-интензивна - възстановяването на пациентите пряко зависи от придобиването и документирането на здравни данни; обмен на клинична информация между здравните специалисти; достъп до медицинска литература; избор на диагностични процедури; тълкуване на резултати от лабораторни и клинични изследвания. Модерното сестринство комбинира сестринските знания и умения с технологичните възможности.

Ключови думи: Информационни технологии, медицински сестри, акушерки, здравни грижи, образование, обучение.

ВЪВЕДЕНИЕ

Информационните и комуникационни технологии (ИКТ) придобиват все по-широко значение в съвременното здравеопазване. Използват се в процеса на оказване на здравни грижи, тъй като улесняват събирането на здравни данни и техния анализ, осигуряват пренос и координация на информация сред всички участници в здравеопазната среда. От професионалистите по здравни грижи се очаква да работят успешно в рамките на технологично напреднало здравеопазване, да извършват високо специализирани здравни дейности, да планират и координират цялостния процес по възстановяване здравето на пациентите. ИКТ съдействат за ускоряване на всички тези процеси и дейности в ежедневието на здравните специалисти – бърз достъп до дигитално съхраняван резерв от литература, статистическа обработка на данни, преглед и тълкуване на резултати от научни изследвания, подпомагане вземането на решения при изготвяне на план за индивидуалните грижи за всеки пациент. Възползвайки се от мощта на технологиите, професионалистите по здравни грижи трябва да са подготвени за работа с новаторски приложения като електронни здравни досиета, телемедицина, здравни бази данни, уеб базирана информация за медицински грижи и други (1,7).

Address for correspondence:

В. Атанасова, Катедра "Социална медицина и организация на здравеопазването", Факултет "Обществено здравеопазване", Медицински университет - Варна, гр. Варна, 9002, ул. "Марин Дринов" №55
e-mail: atanasova.virginia@gmail.com

ЦЕЛ

Да се проучи мнението на студентите, относно възможностите, които предоставят информационните технологии в дейността на професионалистите по здравни грижи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

1. Документален - анализ на научна литература и учебни програми за обучение по „Информатика” за бакалаври от специалности „Медицинска сестра”, „Акушерка” и „Управление на здравни грижи”;
2. Пряка анонимна анкета проведена сред студенти I-ви курс от специалности „Медицинска сестра (41), „Акушерка” (20) и „Управление на здравни грижи” (20) в Медицински университет – Варна; Проучването е проведено в периода февруари/май 2011г.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Новите технологии променят работните процеси. Съвременното сестринство поставя пред медицинските сестри и акушерките изисквания, свързани с оценка на състоянието на човека, неговото самочувствие, оказване на помощ, свързана с укрепване и запазване на здравето (3). За да отговорят на изискванията за промяна, професионалистите по здравни грижи се нуждаят от знания, умения и ресурси, за да участват ефективно в непрекъснатата променящата се здравна среда.

Анализът на програмите за обучение по „Информатика” на бакалаври от специалности „Медицинска сестра”, „Акушерка” и „Здравни грижи” показва, че са съобразени с нуждите от знания ориентирани към практиката и формиране на компетенции за пълноценна

употреба на ИКТ. Студентите получават теоретични познания чрез лекционен материал с визуализация, семинарните занятия са с практическа насоченост. На здравните професионалисти се дават фундаментални знания в областта на ИКТ, така че свободно да използват различни компютърни приложения. Обучението включва: класификация на компютърни приложения, компютърни технологии и информационни системи; логическа и физическата структура на компютърните системи и периферия; типове операционни системи и програмно осигуряване; текстообработка, електронни таблици, представителни графики и презентации; глобални мрежи и комуникации – Internet, World Wide Web, e-mail, бази данни и бази знания в медицината и здравеопазването. В унисон с „Националната здравна стратегия за периода 2008 – 2013 година” (2) и „Стратегия за внедряване на електронно здравеопазване в България” (4), обучението има за цел да предостави възможност на студентите да:

- придобият знания как да си служат с компютърните технологии, за да улеснят сестринската си практика;
- знаят какви са отговорностите на медицинските специалисти по отношение на електронното документиране на грижите за пациентите;
- подобрят сестринските грижи чрез управление на медицински данни;
- развият способност за критично мислене и самоанализ на уменията във връзка с използване на ИКТ;
- имат готовност за пълноценно използване на информационните системи в ежедневната дейност;
- оценят собственото си ниво на компютърна грамотност;
- ползват здравни бази данни.

Нов аспект в здравния сектор е комбинацията от клинични сестрински умения, технологични познания, компютърни процеси и управление на информацията. Свързана със сестринската практика, информационната грамотност се основава на компютърната грамотност, и способността за търсене и намиране на информация, нейната критична оценка и приложението и в практиката за осигуряване на най-добри грижи за пациентите (6). Добрата компютърна грамотност е предпоставка за свободното боравене и пълноценно владение на информационните технологии в ежедневието. Грамотността, включва непрекъснатото обучение, способност за идентифициране, разбиране, тълкуване и общуване чрез ИКТ. От сестрите и акушерките се очаква да използват най-новите технологични разработки, които правят сестринството по-модерно и ефективно в осигуряване на персонализирана грижа за пациентите (5,8). Медицинските сестри и акушерките трябва умело да използват компютър, за генериране на знания и синтез на нова информация с помощта на широк спектър от съвременни техники и технологии:

- Здравните професионалисти трябва да определят от каква информация се нуждаят - критично мислене и оценка;

Да търсят и намират информация чрез наличните ресурси – хартиени и електронни източници;

Да оценяват и валидизират намерената информация;

Да могат да прилагат информацията в сестринската си практика - медицина базирана на доказателства;

В грижите за пациентите, да оценяват резултатите получени в следствие на приложената информация, знания и умения.

Анкетно проучване – Според 86% (n=70) от студентите, учебните програми са ориентирани към познаването и умелото боравене с информационните технологии (ИТ) и надграждат знанията придобити от училищната среда. 94% (n=76) от анкетиранияте смятат, че ИТ имат основополагаща роля в ежедневието на професионалистите по здравни грижи. Умелото манипулиране с електронни текстови документи и текстообработващ софтуер е от особено значение за 74% (n=60) от респондентите. От анкетиранияте 68% (n=55) са на мнение, че компетенциите за работа с електронни таблици са полезни за сестринската практика, тъй като могат да генерират графики, отчети и работни графици. Ползата от изготвяне на мултимедийни презентации е отчетена от 73% (n=59) от анкетиранияте. Според тях, освен в учебната дейност, намират широко приложение и при обучението на пациенти относно различни медицински проблеми, хранителен и двигателен режим и др. Свободното боравене с външни периферни устройства е посочено от 70% (n=57) от респондентите. В 91% (n=74) Google е основен източник на информация за сестрите и акушерките, който се използва в помощ на обучението и практиката. В същото време е незначителен дялът на тези, които познават и ползват информационни служби - PubMed (5%, n=4), Medscape (1%, n=1), Springer Link (1%, n=1), както и реферативни журналы - BMJ (2%, n=2), Current Contents (1%, n=1). Този нисък процент може да бъде обяснен с това, че студентите са още в началото на своето обучение и не притежават опит за работа с достоверни научни източници.

Според анкетиранияте, компютърът е „полезно средство” в следните области на сестринската практика:

Планиране на грижи – чрез налична и достъпна електронна информация от досието на пациента; лекарствени средства които трябва да се приложат; доза; диетичен режим и др.;

Наблюдение и тълкуване на физиологични променливи - напр. артериално налягане, сърдечен ритъм и т.н.;

Администриране на лекарствени препарати – автоматично изчисляване на дозата в зависимост от възраст, тегло и тежест на заболяването за всеки пациент;

Класификация на пациентите според острота на заболяването и необходимост от сестрински персонал и грижи;

График на персонала – организиране на работното време, консултации и др.;

Архивиране на медицински и немедицински (материали, оборудване, складови наличности и т.н.) данни и информация.

Електронното документиране на сестринските грижи дава възможност за съпоставимост на положени грижи и оценка на постигнатите резултати;

Идентифициране на проблеми при предоставяне на грижи и услуги за пациентите;

Оценка за качеството на работа на сестринския персонал;

Пълноценната употреба на наличната компютърна техника в здравните заведения ще намали времето за търсене и попълване на документи. Това от своя страна ще увеличи времето отделено за всеки един пациент, както за извършване на манипулации, така и по отношение на здравно обучение, комуникация и ежедневни грижи;

ИКТ са неизменна част от процеса на обслужване, улесняват събирането на данни, участват в анализа, преноса и координацията на здравната информация;

Информационните технологии са важен аспект за подобряване на ефективността при предоставяне на здравни грижи - пестят време, подобряват комуникацията, предоставят информация по въпроси свързани със здравето и болестта, подпомагат вземането на решения;

Компютрите са важен технически ресурс за дейности основани на знанието и актуалната информация, за обучение и научни изследвания;

ИКТ не могат да изместят човешките функции, но оказват положително влияние в предоставянето на по-добри здравни грижи. За да се превърне компютъра в ефективен инструмент е необходимо време, усилия и промяна в нагласите на медицинските специалисти.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сестринството е професия, силно зависима от точна и навременна информация, в този смисъл значението на компютрите за съхраняване, извличане и анализиране на информация е широко призната. Сестринската

практика е неразделна част от глобалната здравно-информационна структура - ефективното използване на ИКТ в подкрепа на практиката, е осъществимо само ако здравните професионалисти разбират, оценяват и използват целенасочено технологиите.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мирчева И., Медицинска информатика (избрани теми), Медицински университет – Варна, 2001, 1^{-во} издание. ISBN 954-9685-15-2
2. Национална здравна стратегия 2008-2013 година. (<http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?lang=bg-BG&pageid=419>)
3. Павлова С., Потребност на пациентите от здравно обучение (пълнен доклад), направление „Специална педагогика и психология”. 25 год. педагогически факултет - ШУ. Научно-практическа конференция с международно участие – „Иновации в образованието”, 04-07 юни 2010г.; ДИПКУ–Варна. Сборник с доклади „Иновации в образованието”, Шуменски университет „Епископ К. Преславски”, Педагогически факултет; ISBN 978-954-400-298-5; Печат ФАБЕР – В. Търново 2010г.; стр. 523-528.
4. Стратегия за внедряване на електронно здравеопазване в България (2006). (<http://www.mh.government.bg/Articles.aspx?lang=bg-BG&pageid=419>)
5. Chaudhry B, Wang J, Wu S et al., Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med.* 2006 May 16; **144**(10):742-52. (<http://www.annals.org/content/144/10/742.full>)
6. Greiner, A. C, Knebel, E. Editors. Committee on the Health Professions Education Summit. Health Professions Education: A Bridge to Quality. 2003. p. 85. Washington, DC: National Academy Press. (<http://www.nap.edu/books/0309087236/html/>)
7. J. H. van Bommel (*Editor*), M. A. (Eds.) Musen, J. C. Helder, Mark A. Musen. Chapter 14. Nursing Information Systems. In: Handbook of Medical Informatics. 1st ed. Heidelberg/New York: Springer-Verlag. 1997. pp. 219-226.
8. Shekelle PG, Morton SC, Keeler EB. Costs and benefits of health information technology. *Evid Rep Technol Assess* (Full Rep). 2006 Apr;(**132**):1-71.

PUBLIC INFORMATION CAMPAIGNS IN THE FIELD OF PUBLIC HEALTH GENOMICS

Dokova K, S. Popova

Key words: awareness, knowledge, public, genetic risk, familial risk, genetic risk factors.

INTRODUCTION

The WHO report on “Genomics and world health” clearly and directly states that “... it would be extremely unwise for any form of “genetic medicine” to be introduced into countries in which there is a low level of knowledge about genetics among the public...”. So it is vital that all societies prepare themselves, and all sectors of society, including politicians, health care professionals, educators and the public, need to be educated about the fundamental principles of genetic research, its inherent risks and the ethical issues that it raises. This statement requires answers on at least two main questions:

1. What is the level of knowledge of our society about genetics
2. What studies have been carried in the field of increasing public awareness and knowledge in the field of genomic

The aim of the present study is to review the literature on these two problems.

METHODS

A systematic literature search on the above stated two problems has been carried in the databases Pubmed, Web of Science, Embase, Proquest, as well as Bulgarian scientific journals in the field of public health, social medicine, genetics and molecular biology have been searched for the period from January 2000 to January 2010. The following key words or their combinations have been used: awareness, knowledge, public, genetic risk, familial risk, genetic risk factors.

RESULTS

Two main issues have been posed in the literature:

What is desirable and ‘adequate’ knowledge, which individual members of the general public need in order to engage in proper decision-making concerning genetic problems.

What is the level and content of public awareness/knowledge about genetics at the present moment.

The first question has been defined as important both for theoretical and for practical purposes (e.g. in the assessment of information campaigns the achieved level of knowledge among the public has to be compared with the desired or adequate aiming to be achieved). We were not able to find in the literature an answer to that question and a definition of what exactly is a desired/adequate level of knowledge.

The second question has received more attention and a number of studies have been published both theoretical and empirical. From the theoretical papers the authors of a review on public’s knowledge on genetics propose and prove that the Rogers’ conceptualization of knowledge is helpful when analyzing this problem. The Roger’s framework distinguishes between three types of knowledge with increasing complexity: “awareness knowledge,” which refers to knowledge about the existence of e.g. genetic risk factors for common diseases with multiple causes; “how-to knowledge,” which is practical knowledge concerning the proper use of an innovation; and “principles knowledge,” or knowledge of the underlying theoretical principles of the innovation.

A number of empirical studies have examined the question of whether the public is aware of genetic risk factors of different diseases. We found one review examining public awareness of the genetic risk factors of multifactorial diseases in a wide variety of countries.² It suggests that the general public is reasonably aware of the genetic risk factors of multifactorial diseases, with approximately 59% (range, 17.6–93.3%) of the sample being aware of the existence of genetic risk factors, although much lower and much higher proportions have also been observed. For example 60% of the public were aware of genetic risk factors for breast cancer, while for cervical cancer these are only 20%.

A more recent study among 1,747 British adults reports that one third of the respondents identified genetic factors as influencing cancer (35%) and heart disease (36%) risk. The authors suggest that people who recognize that genetics influence chronic disease risk appear more, not less, likely to recognize the role of lifestyles. This contradicts suggestions that the public takes an ‘either ‘deterministic’ view of the etiology or people believe that the disease risk is largely dependent on lifestyle and ‘external’ factors.

Another study explored the knowledge about genetic risk of disease, inheritance, biology, determinism among 1009 Western Australian citizens. The conclusion is that most members of the Western Australian community are aware of basic genetic concepts and the link between genes, inheritance, and risk of disease, but significantly fewer understand the biological mechanisms underlying these concepts

Address for correspondence:

K. Dokova, MU-Varna, Dept of Social medicine and health care organization, 55 Marin Drinov str., 9000 Varna, Bulgaria
e-mail: klaradokova@gmail.com

and there was some misconception around the meaning of 'increased genetic risk'.

A study on the causal beliefs about obesity among 3,534 individuals in the USA, reports that only 19% of the respondents indicated that inheritance has 'a lot' to do with causing obesity. The rest 72% of respondents endorsed the belief that lifestyle behaviors have 'a lot' to do with causing obesity. A Japanese study on Public awareness of risk factors for cancer reports that 35% of all cancers are attributed to genetic risk factors.

Much more limited is the knowledge of the public in relation to the "how – to" knowledge - how genetic risk factors influence the risk of development a disease. One of the things which the general public seem to understand is that having a genetic predisposition implies heightened, but not absolute risk.

Information on the public's "principles knowledge" referring to the knowledge of the underlying working mechanisms through which genetic risk factors affect disease development (e.g., knowing that certain polymorphisms create a genetic predisposition that interacts with other factors to develop the disease) is extremely scant. Only one study was identified in the cited review observing this most complex knowledge level. It concludes that although participants recognized the increased risk owing to genetic risk factors, their knowledge of the working mechanisms of genetic factors was (highly) inadequate, largely insufficient and superficial.

It seems also that individuals are only interested in the consequences of genetic risk factors and how to manage them, and are not at all interested in the underlying genetic principles. E.g the public has no need for detailed information on the working mechanism of DNA, but is interested in the signs of a genetic predisposition to cancer.

2. Effect of information on decision- making and engaging in preventive behavior.

Research examining the effects of mass media genetic health messages on preventive behavior is also scarce. At the same time without such insight, genetic-based public health campaigns may 'do more harm than good'.

Smerecnik et al compared the effects of health messages communicating information about genetic risk factors for salt sensitivity and heightened cholesterol with general information without reference to genetic risk factors. The results reveal that unaware participants who received a genetic health message reported lower perceived susceptibility associated with lowered intentions to engage in preventive behavior, compared to those who received a general health message. No such effects were observed for the participants who were aware of the existence of genetic risk factors. The authors conclude that alerting the public to the existence of genetic risk factors may not necessarily be beneficial to the public health.

Another study examined the potential behavioral consequences of genetic feedback on obesity risk in normal weight individuals. Individuals who were told they were at increased genetic risk for obesity showed higher overall intentions to eat a healthy diet. However, individuals with low external weight locus of control had significantly lower

predicted intentions to eat a healthy diet when compared to those with high internal weight locus of control.

Other studies also prove that the provision of genomic information has an important influence on the audience. E.g. information about the population risk of inheriting a certain specific gene, substantially modifies the public's interest in genetic testing.

This suggests that researchers and educators should be very careful about the information provided to the public. Information on the existence of genetic risk factors should be accompanied by explanations for its meaning and consequences for the individual. Information on the population risk of inheriting different genes when discussing the discovery of these genes with the media may also have variable effect on behavior.

3. Existing genomic education for the public at the moment

The public at present has some access to information developed and provided by governmental organizations, academia, disease specific advocacy organizations, and the healthcare industry. Various organizations such as NIH, CDC, and academic institutions have websites and educational materials on genomic issues at least for those who are interested. New entrants to the field include companies, particularly those looking to market tests and information directly to consumers. It is reported that sources from which the public receives most of its genomic/genetic information are internet, television, radio, magazines, and newspapers.

A study examining the accuracy and nature of media coverage of genetic research found that most newspaper articles accurately convey the results of and reflect the claims made in scientific journal articles. However, the media do seem to overemphasize particular topics, such as behavioral genetics, underreports risks and puts an overemphasis on benefits. Such a trend may contribute to inflating the expectations of the general public and special interest groups such as patient groups and investors.

CONCLUSIONS

This short descriptive review can be summarized in several points

1. Research on public awareness of genetic risk factors is carried among different populations, but these are mostly populations from developed western countries
2. The proportion aware about genetic risk factors of different diseases differ among populations. The size of the proportion depends on the concrete disease of interest and the availability of positive family history of the disease
3. The public's awareness and knowledge of genetic risk factors is highly dependent on socio-demographic factors such as ethnicity, gender, and level of education (2),8
4. Future campaigns should first determine the target group's prior awareness and knowledge, and then build upon it to increase how-to and principles knowledge, ensuring accurate interpretation of the new information

5. There is not only risk but real discrepancy exists among countries with regards to research on public genetic awareness and access of the public to educational information
6. Adequate information aids should include materials on: criteria for familial risk genetic counseling, genetic testing, as well as the implications of genetic testing

REFERENCES

1. WHO Genomics and world health /report of the Advisory Committee on Health Research/, 2002, Geneva
2. Health Council of the Netherlands. Public awareness about genetics. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2003; publication no. 2003/05. ISBN 90-5549-473-9
3. Smerecnik C. M. R., Mesters I., De Vries N. K. & De Vries H., (in press). Applying a theory-based framework to understand public knowledge of genetic risk factors: A case for the distinction between how-to and principles knowledge. *Public Health Genomics*.
4. Saskia C. Sandersona, Jo Wallerb, Steve E. Humphriesc, Jane Wardleb Public Awareness of Genetic Influence on Chronic Disease Risk: Are Genetic and Lifestyle Causal Beliefs Compatible? *Public Health Genomics*, 2010,
5. C. Molstera, T. Charlesa, A. Samaneka, P. O'Learya, Australian Study on Public Knowledge of Human Genetics and Health *Public Health Genomics* 2009, **12**:84-91
6. Catharine Wang¹ email and Elliot J Coups ^{2,3} Causal beliefs about obesity and associated health behaviors: results from a population-based survey., *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2010, **7**:19
7. Manami Inoue email, Motoki Iwasaki email, Tetsuya Otani email, Shizuka Sasazuki email and Shoichiro Tsugane, Public awareness of risk factors for cancer among the Japanese general population: A population-based survey *BMC Public Health* 2006, **6**:2
8. Condit C. M., (2001). What is 'public opinion' about genetics? *Nature reviews: Genetics*, **2**, 811-815.
9. Smerecnik C. M. R., Mesters I., De Vries N. K. & De Vries H., (2009). Alerting the general population to genetic risks: The value of health messages communicating the existence of genetic risk factors for public health promotion. *Health Psychology*, **28**, 734-745.
10. Frosch DL, Mello P, Lerman C., Behavioral consequences of testing for obesity risk. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005, **14**:1485-1489
11. Graham I.D., Logan D.M., Hughes-Benzie R., Evans W.K., Perras H., McAuley L.M., Laupacis A., Stern H., How interested is the public in genetic testing for colon cancer susceptibility? Report of a cross-sectional population survey. *Cancer Prev Control*. 1998 Aug, **2**(4):167-72.
12. Geller G., Bernhardt B.A., Holtzman N.A., The media and public reaction to genetic research. *JAMA* 2002, **287**:773.
13. T. Bubela, T. Caulfield., Do the print media "hype" genetic research? A comparison of newspaper stories and peer-reviewed research papers *CMAJ* o April 27, 2004, **170** (9)

READINESS OF GENERAL PRACTITIONERS FOR eHEALTH IMPLEMENTATION

Slaveykov K., K. Trifonova

Faculty of Medicine, Stara Zagora

Background: Internet and high technologies have become an integral part of everyday life and in some countries they're becoming a part of the Healthcare system - eHealth. Their integration in healthcare allows for a lot of improvements and as a final agenda lead to higher level health and wellness. Unfortunately, there are a lot of obstacles that could hinder the implementation of eHealth. In most countries preliminary investigations have been done on these obstacles, but in Bulgaria there are none. **Aims and Tasks:** To assess and analyze readiness of general practitioners for eHealth implementation. To get a better understanding of the most common obstacles and barriers that could be encountered. **Material and Methods:** A questionnaire was created for the research. It was given personally to thirty randomly selected general practitioners. **Results:** The answers show that the majority of general practitioner have Internet access and rate their computer skills above average. There are a few cases with no Internet access or below average skills answers. Almost all of the participants show an interest and willingness to attend a course for computer skill improvement if available. **Discussion:** The current paper is a preliminary research that will be expanded upon in the final questionnaire. **Conclusion:** Research about the obstacles in eHealth implementation in Bulgaria is little to non existent. If investigated on a larger scale, many of the obstacles could be avoided.

Key words: Internet, e-Health, General Practitioner

BACKGROUND

In modern society the constantly improving and changing technologies are an integral part. They facilitate almost of every aspect of our life and it is only natural for them to be used in healthcare. Already there are countries that managed to incorporate Internet and high technologies in their Healthcare systems creating eHealth. This ultimately leads to a higher level of health and wellness. Unfortunately, there are a lot of obstacles that could hinder the implementation of eHealth. In most countries preliminary investigations have been done on these obstacles (2,7,12,13,15), but in Bulgaria there are very few (1). A lot of author focus on eHealth implementation in a certain field: psychiatry (3), nursing education (6), primary care (9). There are larger researches focused on entire countries: Belgium (10), England (11,16), Thailand (14), Greece (19). Most important are those researching readiness (5,7,18) and the impact of eHealth (4,8,20).

AIMS AND TASKS

To assess and analyze the readiness of general practitioners for eHealth implementation.

Address for correspondence:

K. Slaveykov, Стара Загора, ул. Майор Кавалджиев 145, вх. 0, ет. 3, ан. 8
e-mail: ashgard@abv.bg

To get a better understanding of the most common obstacles and barriers that could be encountered.

To research methods that mentioned obstacles could be avoided and encountered problems solved.

MATERIAL AND METHODS

The main tool of the research was a questionnaire. All of the included questions were closed. Thirty general practitioners participated in the survey. All participants were selected randomly and were given the questionnaire personally. After completion a chance to comment was given.

RESULTS

There were six parameters by which participants were separated (Table 1.) by gender, age (Average age was above 45 years), work experience (average work experience above 15 years), practice location (majority of the participants work in villages, followed by small cities), size of practice (average size of the practice is above 1500 people for females and between 1000 and 1500 for males). Almost all of the participant were doing their general practitioner residency during the survey.

In the given chance to comment only two of the questioned general practitioner mentioned they work in group practices, both of which had over 2000 patients.

The main part of the survey (Table 2.) focused on internet

access availability, computer skill evaluation, willingness to participate in improvement courses and eHealth.

Table 1. Basic parameters of the participants

Gender	Male	10
	Female	20
Age	<25 y.o.	0
	25-35 y.o.	2
	35-45 y.o.	1
	45-55 y.o.	23
	>55 y.o.	4
Work experience	<5	0
	5-10	3
	10-20	12
	20-30	13
	>30	2
Practice location	University city	2
	Municipal city	4
	Regional city	2
	City	10
	Village	12
Size of practice	<1000 patients	7
	1000-1500 patients	9
	1500-2000 patients	8
	>2000 patients	6
Speciality	Physician	7
	General Practitioner residency	20
	Other Speciality	3

Majority of the general practitioners had internet access. Of those who hadn't seven had no intention of acquiring one. Computer skills were rated as excellent or above average by most, but those who rated it lower had no interest in computer improvement courses. Willingness to participate in computer skill improvement courses is high (66.6%), but elder general practitioners and a large part of the village practices are reluctant. Willingness to participate in eHealth programs is average, mainly due to older GPs, who are unwilling.

From the survey results several correlation were drawn:

1. Female general practitioners have a little more work experience, but it is statistically irrelevant.

2. Older GPs and GPs working in villages have larger practices, whereas younger GPs and those working in large cities have smaller ones.
3. Older general practitioners have no interest in improvement courses or eHealth.
4. 24 (80%) of the asked are still doing their GP specialization, which could be contributed with the fact that General Medicine is a relatively new medical specialty.
5. Younger GPs and those working in cities are more likely to have internet access and assess their computer skills higher.
6. Younger GPs and those working in cities are more willing to participate in improvement courses and eHealth
7. Group practices are a very small percent of all general practices.

Table 2. Additional parameters of the participants

Internet access	Yes	2
	No	9
Computer skills	Excellent	7
	Above average	15
	Average	5
	Insufficient	3
Willingness to participate in computer skill improvement courses	Yes	20
	No	10
Willingness to participate in eHealth	Yes	16
	No	14

DISCUSSION

The current paper is part of several preliminary researches that will become a base for an expanded final questionnaire part of the researcher's PhD.

CONCLUSION

Research about the obstacles in eHealth implementation in Bulgaria is little to non-existent. From the survey we can see that the average age of general practitioner is above 45 and with each passing the willingness to improve computer skill, use new technologies and eHealth diminishes. While currently most general practitioners have internet access and rate their skill above average, there is still a large room for improvement. Furthermore there is a 33.3% that are not willing to participate in improvement courses and 46.6 % that are not interested in eHealth and its benefits. Additional research is needed and measures need to be taken to facilitate eHealth implementation.

REFERENCE

1. Трифонов Зл., Пл. Атанасов, Ив. Нейчев, К. Трифонова - Методика за изследване на устойчивостта на ясното виждане с помощта на персонален компютър- *сп. "РБ-Офталмология"* **бр.1**, 39-41, 2004
2. Ahmad F, Skinner HA, Stewart DE, Levinson W., Perspectives of family physicians on computer-assisted health-risk assessments., *J Med Internet Res.* 2010 May 7;12(2):e12.
3. Bennett K, Bennett AJ, Griffiths KM., Security considerations for e-mental health interventions., *J Med Internet Res.* 2010 Dec 19;12(5):e61.
4. Black AD, Car J, Pagliari C, et al, The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview., *PLoS Med.* 2011 Jan 18, **8(1)**:e1000387.
5. Blankers M, Koeter MW, Schippers GM., Missing data approaches in eHealth research: simulation study and a tutorial for nonmathematically inclined researchers., *J Med Internet Res.* 2010 Dec 19, **12(5)**:e54.
6. Clark J, Baker B, Baker D. et al, Getting eHealth into basic nursing education: report of the RCN information in nursing project., *Stud Health Technol Inform.*, 2009,146:534-9.
7. Colas J, Guillen A, Moreno R., Innovation in Health Care technology: Is it part of the problem or part of the solution? eHealth gives the answer., *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc.* 2010, 1:1057-60.
8. Donnelly LS, Shaw RL, van den Akker OB., eHealth as a challenge to 'expert' power: a focus group study of internet use for health information and management., *J R Soc Med.* 2008 Oct, **101(10)**:501-6.
9. Flynn D, Gregory P, Makki H, Gabbay M., Expectations and experiences of eHealth in primary care: a qualitative practice-based investigation., *Int J Med Inform.* 2009 Sep, **78(9)**:588-604. Epub 2009 May 23.
10. France FR., eHealth in Belgium, a new "secure" federal network: role of patients, health professions and social security services., *Int J Med Inform.* 2011 Feb, **80(2)**:e12-6. Epub 2010 Oct 28.
11. Greenhalgh T., Hinder S., Stramer K., et al, Adoption, non-adoption, and abandonment of a personal electronic health record: case study of HealthSpace., *BMJ.* 2010 Nov 16, **341**:c5814. doi: 10.1136/bmj.c5814.
12. Greenhalgh T., Russell J., Why do evaluations of eHealth programs fail? An alternative set of guiding principles., *PLoS Med.* 2010 Nov 2, **7(11)**:e1000360.
13. Gusew N., Gerlach A., Bartkiewicz T., et al, eHealth vision towards cooperative patient care--domain fields and architectural challenges of regional health care networks., *Stud Health Technol Inform.* 2010, **160(Pt 1)**:386-90.
14. Kijisanayotin B., Kasitipradith N., Pannarunothai S., eHealth in Thailand: the current status., *Stud Health Technol Inform.* 2010, **160(Pt 1)**:376-80.
15. Meglic M., Furlan M., Kuzmanic M., et al, Feasibility of an eHealth service to support collaborative depression care: results of a pilot study., *J Med Internet Res.* 2010 Dec 19, **12(5)**:e63.
16. Murray E., May C., Mair F., Development and formative evaluation of the e-Health Implementation Toolkit (e-HIT)., *BMC Med Inform Decis Mak.* 2010 Oct 18, **10**:61.
17. Nahm E.S., Blum K., Scharf B. et al, Exploration of patients' readiness for an eHealth management program for chronic heart failure: a preliminary study., *J Cardiovasc Nurs.* 2008 Nov-Dec, **23(6)**:463-71.
18. Overhage JM., Evans L., Marchibroda J., Communities' readiness for health information exchange: the National Landscape in 2004., *J Am Med Inform Assoc.* 2005 Mar-Apr, **12(2)**:107-12. Epub 2004 Nov 23.
19. Papadopoulos H., Tile-ippokratis: the experience of an ehealth platform for the provision of health care services in the island of chios and cyprus., *Int J Telemed Appl.* 2010, 2010. pii: 357156. Epub 2010 Sep 7.
20. Rezende E.J., Melo Mdo C., Tavares E.C. et al, Ethics and eHealth: reflections for a safe practice., *Rev Panam Salud Publica.* 2010 Jul, **28(1)**:58-65.

ПРЕДИМСТВА И НЕДОСТАТЪЦИ ЗА ВЪВЕЖДАНЕ НА ЕДИННА ИНФОРМАЦИОННА СИСТЕМА ЗА ОБРАБОТКА НА БАЗИ ДАННИ И СЪЗДАВАНЕ НА ЕЛЕКТРОННИ ДОСИЕТА НА ПАЦИЕНТИТЕ В СПЕЦИАЛИЗИРАНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ – МНЕНИЕТО НА ЗДРАВНИТЕ РАБОТНИЦИ

М. Атанасова

ДКЦ I „Света Клементина – Варна” ЕООД

УВОД

Стартиралата преди 20 години здравна реформа постави лечебните заведения в конкурентна среда, в която те трябва не само да оцеляват, но и да се развиват, предоставяйки най-добра грижа на своите пациенти. Това е иманентно свързано с необходимостта от компютризиране на документацията и създаване на информационни системи в лечебните заведения, които да улеснят документооборота и чрез създадените електронни досиета на пациентите да подобрят тяхното обслужване. Осъзнаването на тази необходимост се изрази в изискването, което Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) въведе през 2007г. за електронно отчитане на медицинската дейност и лабораториите за лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ и последвалото изискване за въвеждане на задължителен електронен формат (XML) и електронен подпис за работа и отчитане на изпълнителите, считано от 1 март 2008 година, паралелно с изграждането и въвеждането на интегрираната информационна система на НЗОК.

ЦЕЛ

Днес всички лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ са внедрили и осъществяват дейността си с помощта на различни специализирани софтуери. Медицинските специалисти, които работят с тях, обаче, въпреки че определят компютризацията като положителна, срещат ежедневни трудности при осъществяване на своята работа. Ето защо основната цел на настоящото проучване е да се анализират предимствата и недостатъците на информационната система в специализираната извънболнична медицинска помощ.

МЕТОДИ И ЗАДАЧИ

За целта бяха дефинирани следните задачи:

Да се анализира мнението на здравните работници относно ефективността на въведения специализиран софтуер

Да се анализира компютърната грамотност на здравните работници във връзка с работата им със софтуер и хардуер

Да се докаже необходимостта от все по-голяма компютризация на документооборота в сферата на здравеопазването и по-конкретно в извънболничната медицинска помощ

Да се обърне внимание върху защитата на базите данни, които се създават при електронната обработка на информацията

Приложени са методите на: социологическо проучване, проведено в ДКЦ I „Света Клементина – Варна” ЕООД през 2011 г., сравнителен анализ, статистически методи. Изборът на лечебно заведение е обусловен от следните обстоятелства:

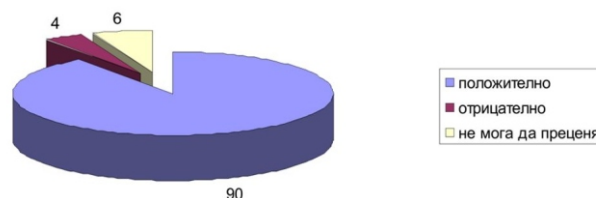
през юни 2006г. ДКЦ I „Света Клементина – Варна” ЕООД за пръв път на територията на град Варна въвежда единен специализиран софтуер, който улеснява взаимодействието между регистратура, лаборатории, специализирани кабинети и манипулационни и администрация. Към този момент въвеждането на системата е по решение на ръководството и не е задължително. В лечебното заведение първоначално се прави избор на друг специализиран софтуер, но той се оказва недостатъчно ефективен и след 3 месеца е сменен с настоящия

Периодът, в който в лечебното заведение се работи със специализиран софтуер, е повече от 5 години, което може да ни даде ясна представа за реалните предимства и недостатъци на този метод на работа

РЕЗУЛТАТИ

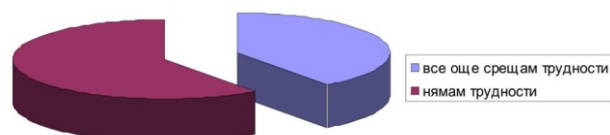
Проучването се проведе сред 72 здравни работници, от които 35 лекари-специалисти, 32 специалисти по здравни грижи и 5 регистратори. В проучването не е включен административно-стопанският сектор. На анкетирания бяха зададени въпроси за техните умения за работа със софтуер и хардуер, за предимствата и не-

достатъците на въведената компютърна система в ДКЦ I „Света Клементина – Варна“ ЕООД. Висок процент от анкетиранияте – 90 % (5 души) оценяват като положително въвеждането на специализиран софтуер в извънболничната медицинска помощ, като само 4% (3 души) го определят като отрицателно (фиг. 1).

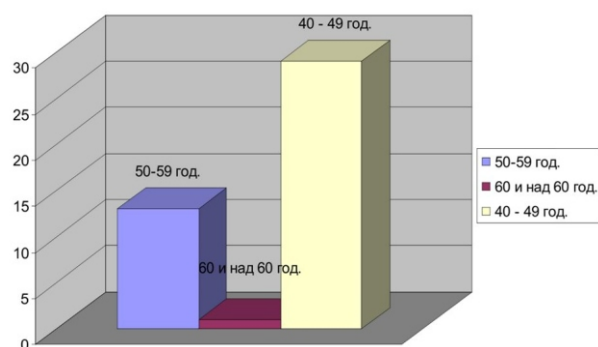


Фиг.1. Вие определяте въвеждането на специализиран софтуер като:

От друга страна 60 % (43 души) от респондентите срещат все още трудности при работа със софтуера (фиг. 2), като тяхната възраст е над 40 години (фиг. 3)

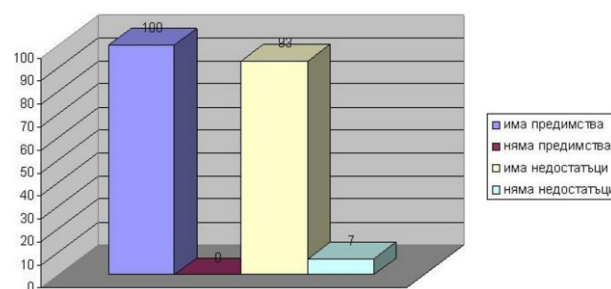


Фиг.2. Срещате ли трудности при работа със специализирания софтуер?

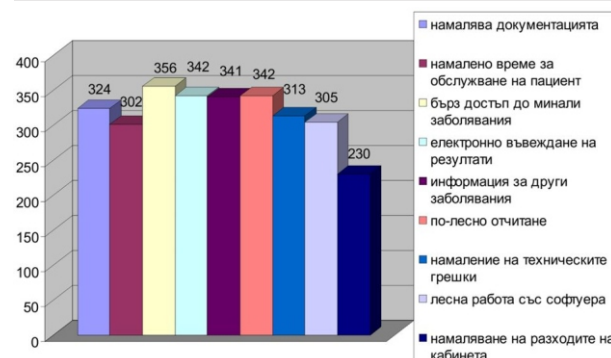


Фиг.3. Възраст на анкетиранияте, срещайщи трудност при работа със специализирания софтуер

Интересни резултати показва статистическият анализ на въпросите, свързани с това дали въведеният софтуер има предимства/недостатъци - 100 % от анкетиранияте считат, че работата със софтуер има предимство, а 7 % не намират никакви недостатъци. (фиг. 4) Като основно предимство от въвеждането на специализиран софтуер здравните работници посочват бързия достъп до информация за минали заболявания, както и за консулти с други специалисти и по-лесното отчитане на документацията към НЗОК/РЗОК. На последно място като полза анкетиранияте поставят намаляването на разхода на кабинетите. Основните ползи бяха оценявани от анкетиранияте с точки от 0 до 5 (0 – няма полза, 5 – голяма полза), като максималният брой точки е 360. Резултатите са посочени по-подробно във фиг. 5.



Фиг.4. Считате ли, че въведения софтуер има предимства/недостатъци?



Фиг.5. Ползи от работа със специализиран софтуер

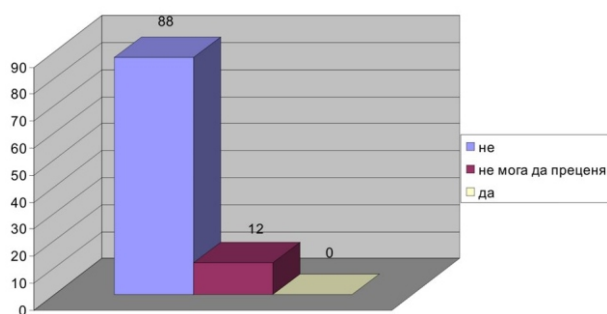
Като най-големият недостатък на специализираният софтуер здравните работници посочват невъзможността за обновяване на хардуера в условия на увеличаваща се база данни, зависимостта от системния администратор, недостатъчна защита на личните данни на пациента и трудности при обслужване на чужденци от ЕС. Като най-малки недостатъци са посочени трудности при обработка на данни и зависимост на хардуера от метеорологичните условия. Основните недостатъци бяха оценявани от анкетиранияте с точки от 0 до 5 (0 – не е недостатък, 5 – много голям недостатък), като максималният брой е 350 (5 от анкетиранияте считат, че системата няма недостатъци). Резултатите са посочени във фиг.6.



Фиг.6. Основни недостатъци на специализирания софтуер

Въпреки положителната нагласа към работата със специализиран софтуер, все пак на въпроса: „Бихте ли искали да се върне старата система на работа, преди въ-

веждане на специализиран софтуер?”, 12 % от анкетираниите посочват отговор „не мога да преценя” (фиг. 7)



Фиг. 7. Бихте ли искали да се върне старата система на работа

Основните изводи, които се открояват в направеното проучване са:

въвеждането на специализиран софтуер за работа в лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ е оказало положително влияние върху работата на здравните работници предимствата в работата със специализиран софтуер са предимно бърз достъп до информация за пациента и лесно отчитане на дейността към НЗОК / РЗОК

недостатъците при работа със специализиран софтуер са предимно невъзможност за честа смяна на хардуера, голямата зависимост от системния администратор и недостатъчната защита на базите данни

здравните работници, които срещат трудности при работа със специализиран софтуер, са на възраст над 40 год.

Въвеждането на единна информационна система в специализираната извънболнична медицинска помощ е необходимост, но е наложително продължаващо обучение за работа със специализиран софтуер, което да се извършва своевременно с промяната на алгоритмите, заложили в програмата. Честата смяна на изискванията на Здравна каса и

обусловените от това промени в специализирания софтуер представляват сериозна трудност особено за медицинските специалисти над 40 год. Необходимостта от добра компютърна грамотност на здравните работници в условията на разширяване на влиянието на информационните системи, се превръща в задължително условие за висококачествено обслужване в сферата на здравеопазването.

От друга страна, приоритет в развитието на единната информационна система следва да бъде повишаването на сигурността и защитата на данните. Към настоящия момент много малко е направено за защита на базите данни от изтичане на информация. В повечето лечебни заведения, включително и в ДКЦ I „Света Клементина – Варна”, този проблем се решава със забраната за достъп до интернет на компютрите в специализираните медицински структури и механична защита на т.нар. сървъри, където се съхранява архив на данните. Тенденцията, обаче, е към преминаване на онлайн комуникация между отделните сфери на здравеопазването и НЗОК/ РЗОК, при което настоящите превантивни действия няма да могат да бъдат приложени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Като цяло може да обобщим, че здравеопазването в България със сериозни темпове се развива към едно по-модерно и информационно здравеопазване, в което специализирани програмни продукти ще улесняват работата на специалистите. Самите те, обаче, са изправени пред необходимостта на повишат своята квалификация по отношение на компютърните си умения, за да могат да отговорят адекватно на бързо променяния се свят на информационните системи.

УСТРОЙСТВО, РЕХАБИЛИТАЦИЯ И ИНТЕГРАЦИЯ НА ДЕЦА В ОБЩЕСТВОТО ОТ ДНЕВЕН ЦЕНТЪР ЗА РЕХАБИЛИТАЦИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ НА ДЕЦА ОТ 0 ДО 6 ГОДИНИ КЪМ ДОМ ЗА МЕДИКО – СОЦИАЛНИ ГРИЖИ ЗА ДЕЦА – ГР. ВАРНА

Цветкова Т., Ст. Павлова, К. Генова

МУ - Варна, факултет „Обществено здравеопазване“, катедра „Здравни грижи“

Деца с увреждания имат същите права като всички други деца. Те трябва да могат да учат, да играят, да живеят като всяко друго дете. Деца с увреждания трябва да участват при вземането на решения за техния собствен живот, а не другите да решават вместо тях. Когато пречките и дискриминацията бъдат отстранени, всички ще спечелят – не само децата с увреждания. Обучението чрез малки групи е философия на обучението, която в момента се прилага в множество различни сфери като обучението сред природата, организационното развитие, студентските практики и обучаване в конкретна дейност.

Ключови думи: дете, увреждане, интеграция, обучение, рехабилитация.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

Да се установи мнението на родителите ползващи услугите на Дневен център за рехабилитация и психотерапия на деца по отношение на качеството на предлаганите услуги в него.

Въз основа на резултатите ще бъде взето решение дали ще бъдат предприети промени относно продължителността на предлаганите услуги.

Конкретни задачи

1. Разработване на анонимна анкетна карта за проучване мнението на родителите за качеството на услугите.
2. Провеждане на анонимна анкета сред 61 родители.
3. Провеждане на дискусии в малки групи за запознаване родителите с предлаганите услуги.
4. Разработване на план за целогодишно предлагане на услугите.
5. Проучване и обработване на документални данни на Дирекция „Социално подпомагане“ град Варна.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

Събирането на данните е осъществено чрез прилагане на разновидността на анкетния метод – пряка индивидуална анкета и документални данни на Дирекция „Социално подпомагане“ град Варна.

Address for correspondence:

Т. Цветкова, Медицински университет "Проф. Д-р П. Стоянов",
ФОЗ, Катедра "Здравни грижи"
e-mail: tamara1960@abv.bg

Анкетираните бяха 61 родители. Анкетираните участници попълниха собственоръчно анкетните карти. Обяснени им бяха целта на изследването и начина на попълване. Данните са обработени статистически чрез описателни показатели за количествени променливи и са представени в табличен и графичен вид.

Табл.1. Брой на преминалите деца за 2009 година

Показатели			Брой
1. Капацитет на институцията			240
2. Брой на деца към 31.12.2009 с направление от ОЗД за седмична и дневна грижа			14
седмична грижа - от 8.00 до 16.00 часа от понеделник до петък			2
дневна грижа - почасова според рехабилитационната програма			12
Разпределение на децата с направление за седмична и дневна грижа по пол и възраст			
Възраст	Момчета	Момичена	Общ брой
0 - 1 год.	4	2	6
2 - 3 год.	2		2
4 - 7 год.	4	2	6
Брой деца преминали през годината за седмична и дневна грижа			14

Табл.2. Брой на преминалите деца за 2010 година

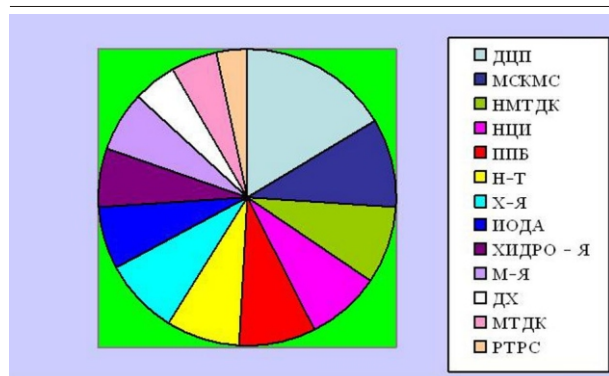
Показатели			Брой
1.Капацитет на институцията			240
2.Брой на деца към 31.12.2010 с направление от ОЗД за седмична и дневна грижа			57
седмична грижа			25
дневна грижа			32
Разпределение на децата с направление за седмична и дневна грижа по пол и възраст			
Възраст	Момчета	Момичена	Общ брой
0 - 1 год.	2		2
1 - 2 год.	6	9	15
2 - 3 год.	5	5	10
3 - 4 год.	1	1	2
над 4 год.	1	2	3
Брой деца преминали през годината за седмична и дневна грижа			57

ХАРАКТЕРИСТИКА НА ИЗСЛЕДВАНИТЕ ЛИЦА

Броят на преминалите деца през Центъра за периода 2009 – 2010 година е представен съответно в табл. 1 и 2. От таблиците по - горе става ясно, че броят на децата посещаващи Центъра се увеличава четири пъти, но това не е добро защото означава, че се раждат доста деца с увреждания.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Процентно съотношение на децата с увреждания в центъра.



Детска церебрална парализа (ДЦП) - 16.39%

Малформативен синдром на костно - мускулната система (МСКМС) - 9.84%

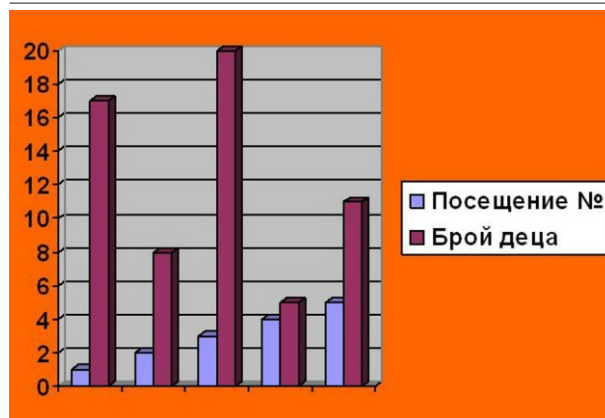
Намален мускулен тонус на долни крайници (НМТДК) - 8.20%

Неонатална церебрална исхимия (НЦИ) - 8.20%

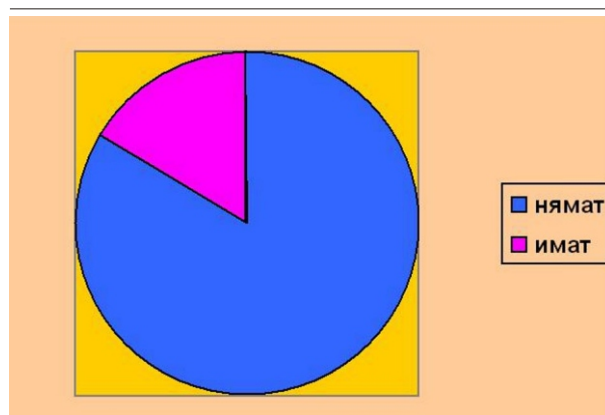
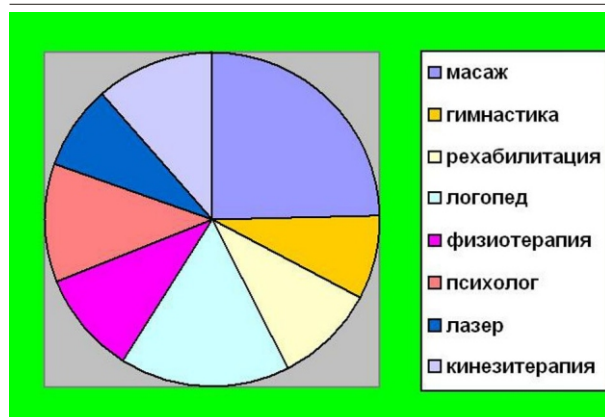
Пареза на плексус брахиалис (ППБ) - 8.20%

Недоносеност (Н-т) - 8.20%

Хипотония (Х-я) - 8.20%



Тази диаграма показва, че глям процент от децата посещаващи Центъра се тези с детска церебрална парализа.



От тук можем да си направим извод, че повторението на посещенията за рехабилитация са ефективни и се получават добри резултати.

Всички анкетирани родители казват, че има подобрене в състоянието на децата им./100%/ и нямат никакви препоръки към работата на специалистите.

Резултатите от анонимната анкета ясно посочват, че трябва да се създадат повече подобни центрове и да има по - голяма гласност за съществуващите вече такива.

ИЗВОДИ

Създаване на система за социална и здравна защита на децата с увреждания

Да се гарантира правото на всяко дете с увреждане да получи необходимата му медицинска помощ и медицински услуги.

Да се гарантира правото на всяко дете с увреждане да расте в семейна среда чрез адекватно социално подпомагане на родителите и осигуряване на подкрепяща мрежа от социални дейности и услуги. Информирани избор на медицински и социални услуги за децата и семействата.

Финансово осигуряване на специфичните медицински грижи и услуги.

Гарантиране правото на родителите на достъп до информация относно увреждането на детето и възможностите за лечение и рехабилитация.

ПРЕПОРЪКИ

Здравните заведения да извършват ранна диагностика и превенция на инвалидизирането и да предоставят информация за възможностите за лечение в чужбина.

Изграждане на центрове за обществена подкрепа във всички областни центрове и в по-големите общини по модела, разработен в проекта на Световната банка "Реформа за повишаване благосъстоянието на децата" и приложен в десет пилотни общини. Тези центрове да предлагат консултации от мултидисциплинарни екипи от специалисти, които да оценяват степента на увреждане на детето, потребностите му от рехабилитация и обучение, да съдействат за развитието на потенциала му.

Да се състави и поддържа в актуално състояние единен регистър за деца с увреждания.

Да се определи личен бюджет (лична финансова помощ) според индивидуалните нужди на детето с увреждане, която да се изразходва целево за подпомагане на развитието, образованието и интеграцията на детето. Отпускането му да става съобразно оценката на индивидуалното развитие и потребностите на детето.

Разширяване на набора от социални услуги, предлагани на децата с увреждания и техните

семейства: информиране и консултиране, формиране и усъвършенстване на умения за отглеждане на дете с увреждане; транспортни, образователни и така нататък.

Въвеждане в практиката на услугата личен асистент, чиито конкретни задължения да се определят в двустранен договор с родителите.

Създаване на условия за участие на децата с увреждания в различни културни дейности - изобразително изкуство, музика, театър, танцови изкуства и други.

Създаване на условия за участие на децата с увреждания в спортни и възстановителни дейности.

Създаване на нова система за оценка на уврежданията от гледна точка на социалната интеграция и възможностите за развитие на детето.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нашето лично мнение е, че всички трябва да знаят, че такива хора има. Те са обикновени хора като всички останали. И те дишат и те изпитват същите чувства. Те са нормални човешки същества, които поради някаква причина са получили някакво увреждане. Веднъж съдбата е била жестока към тях. Вместо да се опитаме с всички възможни средства да помогнем на тези хора да водят пълноценен живот - какво се получава? Да, те имат право на пълноценен живот, но по - далеч от "здравите хора". Ще им дадем някой лев и да се оправят, само да са колкото се може по - далече.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Ивайло, П. - статии в *сп. "Специална педагогика"* и *сп. "Педагогика"* - 1995г.; 1996г.; 2000г., София
2. Наредба за критериите и стандартите за социални услуги за деца (Приета с ПМС №256 от 07.11.2003г. обн., **ДВ, бр. 102** от 21.11.2003г.)
3. Наредба №4 от 16.03.1999г. за условията и реда за извършване на социални услуги (обн., **ДВ, бр. 29** от 30.03.1999г., попр., **бр. 54** от 15.06.1999г. кн. 4/99г., стр.342 т.11, р.2, №562)
4. Наредба № 6 от 19.08.2002 г. на Министерството на образованието и науката
5. Национален план за интеграция на деца със специални образователни потребности и/или хронични заболявания в системата на народната просвета
6. Радулов, В.-, "Децата със специални педагогически нужди в училището и обществото"-1996г., Бургас
7. Ставрева, П.; Арnaudова, Р.- статии в *сп. "Специална педагогика"*-1998г.; 2000г., София

СОЦИАЛИЗИРАЩО ВЛИЯНИЕ НА МЕЖДУЛИЧНОСТНОТО ОБЩУВАНЕ

Стоев Т., Б. Торньова

Медицински университет - Пловдив

РЕЗЮМЕ

Социализацията е сложен процес на общуване в съвременните условия на живот. Тя е отражение на социалните взаимоотношения в развитието на човека и се свързва с индивидуалните потребности и пътищата за тяхното удовлетворяване. Като категория с определено съдържание и функционалност, тя има специфични акценти, които особено са значими за персонализацията и реализацията на човека в теорията. Процесът на социализацията се свързва с възприемането на нарастващ и диференциран брой роли, чрез които човека възприема нормите и ценностите на обществото, така, че да станат цели и мотивиращи сили на собственото му действие. Динамиката на междуличностното общуване е източник на всекидневният стил на живот на отделния човек и върху тази основа са определени трите стадия на индивидуалната социализация: - до трудов, трудов и след трудов, всеки от които има специфични характеристики.

Ключови думи: социализация, междуличностно общуване, социална среда и роли.

Едно от най-общите определения на социализацията е, че тя е процес, чрез който индивидът усвоява социалния опит, навлиза в социалната среда и се приобщава към системата от социални връзки. Почти няма изследване върху формирането на личността, в чиито граници да не присъстват процесът на социализация или поне резултатите от неговото протичане.

Социализиращата функция на общуването е типичен социално психологичен проблем. Усвояването на социалния опит, навлизането в социалната среда и приобщаването към системата от социални връзки, отнесени към индивида, са резултат както от действието на институционалните влияния, така и от влиянието на общуването, в което човек по неизбежност бива въвличен в процеса на своето всекидневие. Докато образователните, пропагандните, културните и други институции действат някак си дистанцирано в процеса на социализацията, то междуличностното общуване оказва своето социализиращо влияние директно и в голяма степен благодарение на избирателните контакти на личността.

Не бихме могли да си представим съвместния човешки живот без способността на личността да прави избор в контактите си с другите, да търси близост и да се отказват от близост. Тази динамика на междуличностното общуване е източник на всекидневният стил на живота на отделния човек. В общуването човек търси не само начин на задоволяване на своята потребност от присъствието на другите, но заедно с това усвоява нормите на социален живот и придобива социално адекватни норми на поведение.

Необходимо е преди всичко да се очертаят сферите и формите на формите на междуличностното общуване

в процеса на всекидневието. На тази основа е възможно да се даде сравнително задоволителен отговор на въпроса за общуването като социализиращ фактор.

Направено е най-сполучливото разграничаване на стадийте на социализацията чрез приемането на признака отношение към труда. Върху тази основа са отделени три стадия, през които преминава индивидуалната социализация: - трудов, трудов и ..., след трудов стадий.

Междуличностното общуване в трудовия стадий не е еднотипно, защото този стадий има своя вътрешна структура. "До трудовият стадий на социализацията – посочва Г. Андреева, обхваща целия период от живота на човека до началото на трудовата му дейност.

Погледнат като цяло, до трудовият стадий на социализацията съвпада в известна степен със социалното възпроизводство на човека като обществено същество. Най-общо казано, това е социален процес, който предхожда активното включване на личността и задоволяването на фундаменталните и неотменни потребности на обществото.

В границите на ранната социализация, общуването на човека с другите има за резултат научаването на езика и идентифицирането на самия себе си.

Все още свободата на избор в общуването е ограничавана и главно регулирана от семейната институция и от институциите на предучилищното възпитание. Съществуват множество психологични и медицински изследвания които по безспорен начин доказват, че интензивното междуличностно общуване в периода на детството е фактор, който стимулира психичното развитие и улеснява социалната потребност на индивида.

В периода на организираното обучение се включва нова форма на общуване, а именно т.нар. формално общуване. По същество това е форма на взаимодействие, скрепена с някакъв формализиран правилник, който регламентира и санкционира междуличностното поведение във всекидневно повтарящия се ритъм на обучението. Периодът на обучението, разбран като елемент на до трудовата социализация, обхваща юношеската и значителна част от младежката възраст. В тези възрастови граници общуването, особено неговата неформална, т. е. свободно избрана форма, играе изключително важна роля в процеса на социализацията. Във времето на младостта междуличностните връзки заемат висок статус в живота на отделната личност и в колективните форми на поведение. "Младостта – изтъква Хегел, – когато индивидите живеят в една обща неопределеност на действителните си отношения, е времето, в което те се присъединяват един към друг и се свързват така тясно в едно убеждение, в една воля и в една дейност, че благодарение на това всяко начинание на единия става начинание на другия.

В младостта общуването е източник на силни емоционални преживявания, които оставят трайни следи във вътрешния нравствено психичен облик на личността. В този възрастов период се преосмислят и закрепват в съзнанието разбиранията за добро и зло, достойнство и унижение, приятелство и враждебност, вяност и изневяра, социален престиж и незачитане. През погледа на другите отделният човек подлага на самооценка собствената си значимост за тях и изобщо социалната си ценност. В този смисъл общуването е двигател за нравствено психично усъвършенстване на младия човек, в неговите граници се усвояват неписаните закони на стандартните и нестандартните ситуации на всекидневния социален живот.

През следващия, трудов стадий на социализацията, общуването има своя качествена специфика и съответно въздействие върху личността. Трудовата социализация обхваща периода на зрелостта, а това е целият период на трудовата дейност на човека. При обосноваването на този стадий на социализацията са посочва, че съществуват схващания, според някои автори, че социализирането завършва заедно със завършването на образованието. В теоретичен план признаването на трудовия стадий на социализацията логически следва от признаването на водещото значение на трудовата дейност за развитието на личността.

Социалната дейност, независимо в някоя сфера на обществения живот се реализира, конструират т.нар. отношения на дейността, в който преминава трудовото всекидневие. В общуването чрез съвместната трудова дейност се до-развиват придобитите в предходния период на социализация нравствено психически ценности, като приятелство, взаимопомощ, доверие, достойнство и т.н. Сфера-

та на труда е своеобразна проверка на социализацията, до която е достигнал индивидът във времето на социалното му възпроизводство като обществено същество.

Социализиращата функция на общуването се запазва и в третия – следтрудова стадий на социализацията. В него са включени възрастните хора след освобождаването им от активна професионална трудова дейност. Съществуват мнения, че до този възрастов период социализацията е завършена. Според други мнения социализацията продължава и в този период от жизнения път на човека.

Междупоколенското общуване във всичките му сфери и равнища се изразява главно в предаване на социалния опит. Най-общо казано, общуването между млади и стари е процес, чрез който на по-младото поколение се представят идеи, вярвания, спомени, социални нагласи, нравствено психични оценки и изобщо ценности и мъдрост, натрупани през дългия житейски път на възрастния човек.

Но влиянието на междупоколенското общуване не е еднопосочно. Младото поколение има свои специфични социални характеристики, идеи и възможности, които от своя страна оказват влияние върху оценъчното отношение на възрастните спрямо света, който ги заобикаля.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Социализиращото влияние на междуличностното общуване съпътства човека през всички стадии на неговия жизнен път. Това обстоятелство показва голямата значимост на този факт за социалното развитие на личността.

Социализиращото влияние на междуличностното общуване в повечето случаи се забелязва, когато стане причина за редица отрицателни, нежелателни поведенчески прояви на личността, извършвани най-често в юношеската и младежката възраст. Тези прояви са насочили и практиците възпитатели, и учените социолози, и социалните психолози към по-детайлното изучаване на влиянието на непосредственото общуване върху формирането и поведението на личността.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Г., Социална психология, С., 1996
2. Бодалев А., Формирование о другом личность, Л., 1998
3. Йолов Г., Градев Д., Общуването, Воен. Изд. С., 1986
4. Лисина М., Същност на общуването, Москва, 1999
5. Михайлов Ст., Обществото като система, С., 2002
6. Николов Л., Структурите на човешките дейности, С., 1992
7. Ошавков Ж., Социологията като наука, С., 1995

АВСТРИЙСКИ ОПИТ В ПРИЛОЖЕНИЕТО НА СЕСТРИНСКИ ПРОЦЕС

Драганова М., Н. Велева, Р. Колева-Коларова

Факултет обществено здраве, МУ – Плевен

ABSTRACT

In the globalization and harmonization in the international education system the WHO and the ICN enforce, that nursing must be measure. One of the tools of measurement of nursing practice is nursing process. The nursing process serves many purposes. The main purpose is to provide a systematic method for nursing practice: it unifies, standardizes and directs nursing practice. In Austria nurses are working with nursing process and nursing plan, based on a national law.

Key words: International classification of nursing practice, nursing process, nursing care

УВОД

Сестринският процес е научната основа на съвременното сестринство не само в Европа, но и в международен мащаб. Предоставяйки сестрински грижи на базата на сестринския процес се допринася за един нов облик, нов имидж на сестринството като цяло. Научният подход в ежедневната сестринска практика се реализира именно чрез сестринския процес. (1,2)

Прилагането му в практиката изисква задълбочено познаване на неговата същност, умения за критично мислене и изключителни комуникативни умения на медицинските сестри, както и използването на съответна професионална документация. (3,4).

Динамиката на здравеопазването у нас е неоспорим факт. Иницираните промени неизбежно касаят и сестринските грижи, като един от основните елементи на сложния пъзел, наречен „здравеопазване”. Някои от тях отново извеждат на преден план връзката между качеството на сестринските грижи, сестринския процес и документирането на извършените от медицинските сестри действия. (3,6).

През последните няколко десетилетия професията на медицинската сестра у нас се подготвя за една промяна, свързана с по-голяма независимост на сестринската практика, с ясно формулирани познания в областта на сестринските грижи. (9,10). С публикуването на Наредба № 1 от 08.02.2011 г. на Министъра на здравеопазването, регламентирането на професионалните дейности на медицинските сестри в Р България придобива законова основа и е важна предпоставка за подобряване на качеството на сестринските грижи. Задълоченото поз-

наване на сестринския процес в теоретичен и практически аспект е безспорна предпоставка за реалното прилагане на нормативната база. (5).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Целта на настоящото съобщение е да се анализира опита на медицинските сестри по отношение на приложението на сестринския процес в Австрия. Проучена е международна литература, относно методологията за изучаване и приложение на сестринския процес в практиката на медицинските сестри в Австрия.

РЕЗУЛТАТИ

Началото на организираното сестринско образование в Австрия се поставя през 1882 г., когато професор Theodor Billroth, основава първото частно училище за медицински сестри във Виена. През 1913 г. се открива първото обществено училище за медицински сестри отново във Виена. Към настоящия момент в Австрия има 77 училища за медицински сестри, от които 11 са педиатрични, а 10 са психиатрични сестрински училища. Научно-изследователската дейност в областта на сестринските грижи датира от средата на 70-те години на миналия век. (11)

В съответствие с глобализацията и хармонизацията на международната образователна система, Световната здравна организация и Международният сестрински съюз застават зад идеята, че сестринските грижи трябва да бъдат оценявани. До 2007 г. Международният сестрински съюз създава пет акредитирани центрове за развитие на Международната класификация на сестринската практика /МКСП/, създадена през 1989 г. Групата, работеща на немски език включва Австрия, Германия и Швеция. Според Franziska Perhab, делегат

Address for correspondence:

М. Драганова, ул. "Климент Охридски" №1, ФОЗ, МУ - Плевен, 5800, гр. Плевен
e-mail: makreta_99@yahoo.com

от Австрийската сестринска асоциация в немскоговорящата група, ако всяка медицинска сестра използва свои собствени термини и диалект в документацията е невъзможно да се сравняват данни. Комуникацията с пациентите се реализира на разбираем за тях език, диалект. Не се изисква от пациентите да разбират сестринските термини. Това е част от природата на сестринството – да се общува с пациента на разбираем за него език от една страна, а от друга – с професионалисти да се комуникира професионално. Именно уникалният отговор на индивида по отношение на неговото здраве е специфичната област на сестринството, дефинирана като негова определяща характеристика. (7,8)

Сестринският процес е в основата на сестринските грижи и заедно със сестринската диагностика се базират на Международната класификация на сестринската практика. МКСП представлява таксономия, подобна на биологичната таксономия, която е в основата на Международната класификация на болестите /МКБ/. (12).

В МКСП се използва терминологичен модел, който е съобразен с лингвистични правила. Водещи специалисти в областта считат, че тази класификация има две основни предимства :

1. Чрез нея сестринството придобива ясна идентичност
2. Използването на класификацията дава възможност дейността на медицинските сестри да бъде призната от другите професионалисти и да се използва като база за научно-изследователска дейност в областта на сестринските грижи.

Използването на сестрински план за грижи в Австрия, като елемент от приложението на сестринския процес се базира на закон, приет през 1997г., който регламентира сестринските грижи в страната. При планирането на грижите се използват следните стъпки на сестринския процес:

1. *Сестринска преценка* – преценка на съществуващи здравни проблеми, адекватни на сестринската практика. Всички важни сестрински феномени /проблеми/ се записват и се преглеждат периодично по време на целия сестринско-диагностичен процес за да се достигне възможно най-точно до същността на грижите.
2. *Сестринска диагностика* – това е същността на грижите. В Австрия се използват различни класификации – RAI in Home Health Care in a region of Austria, NANDA – Североамериканска асоциация по сестринска диагноза, ICNP - Международна класификация на сестринската практика /МКСП/ и свободни сестрински термини, използвани в местни здравни институции и болници.

Сестринското диагностициране трябва да съдържа поредица от термини със следната структура – P-E-S/R

P – П – Проблем /сестринска диагноза

E – Е – Етиология – ако е в компетентията на сестринската практика може да открие етиологията или се използва вече описана етиология на проблема

S – С – Симптоми – термини, които описват сестринската диагноза

R – R – Ресурсите, здравния потенциал на пациента, по отношение на съществуващите за момента проблеми. Остатъчният здравен потенциал на пациента се използва като източник за раздвижване, за рехабилитация, за валидиране, за активизиране на индивида да се продължи по-нататък в оздравителния процес и да се формулират сестринските цели и очакваните резултати.

3. Сестрински цели – те са свързани със сестринската диагностика и се планират заедно с пациента, при необходимост. Те трябва да се придържат строго стриктно към сестринската диагноза, тъй като те служат за преценка за позитивните или негативните сестрински резултати.
4. *Сестрински интервенции* – адекватни са на сестринската цел и чрез тях се постига целта и се минимализира проблема от гледна точка на пациента.
5. Сестринска оценка – състоянието на пациента по отношение на поставените цели и оценка дали интервенциите са ефикасни и ефективни. След определено време, се отчита до каква степен са постигнати целите. Кога точно се оценяват целите зависи от здравната институция от местните разпоредби /може да бъде ежедневно, всеки втори ден, всяка седмица и т.н./. Може да бъде и на всеки три месеца, два пъти в годината при продължителните грижи и най-вече в зависимост от състоянието на пациента.

Обикновено проблемите на пациента се описват в сестрински рапорт както и всичко от поведението му, което е свързано с тях и което не е включено в сестринския план.

Всички сестрински интервенции са обект на проверка от експерти в областта на сестринските грижи. Използва се т.нар. електронен метод за проверка на достоверността на данните. Обективното и стриктно документиране на данни е важно за пациентските права, за здравно-осигурителните институции. Базата данни е от изключително значение за обективизиране на управлението, отчитането на сестринските резултати, ефективността от сестринските интервенции. Неоспорим е принос на базата данни за последващо обучение, контрол, развитие на изследователска дейност и др.

За документирането на процеса се използват:

1. Сестрински рапорт – описват се кратки проблеми и всички релевантни и важни поведенчески реакции на пациентите, които не са част от сестринския план.
2. Сестрински план

За сестринската документация се използват стандартни форми или електронни записи.

Непрекъснатото усъвършенстване на сестринските грижи в Австрия е един от приоритетите на Националната сестринска организация. През 2001 г. европейска група от изследователи в областта на сестринството инициира електронно проучване в областта на сестринските грижи в Австрия. Въпросите, включени в

анкетната карта обхващат образователната система на медицинските сестри, образователните нива /степените/ на медицинските сестри, обучението на медицинските сестри и включването им в научно изследователска дейност. (11). Резултатите доказват, зависимостта между качеството на сестринските грижи и непрекъснатото развитие на сестринската наука и практика.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По своята същност сестринския процес представлява ежедневната дейност на медицинската сестра. Именно чрез него, дейността, информацията в сестринската практика има възможност да се структурира и систематизира, а самото сестринство придобива научен характер. (4). Сестрински процес на базата на МКСП се прилага в Полша, Португалия, Италия, Германия, Швеция, Австрия и др.

Чрез МКСП сестринските термини са ясни, точно дефинирани и използването им в световен мащаб от медицинските сестри, би разширило възможностите за събиране, споделяне, разменяне на данни и сравняването им. СЗО и МСС подкрепят развитието на сестринството за балансиране на сестринските грижи за хората от целия свят.

Австрийският опит доказва, че прилагането на сестринския процес изисква на първо място задълбочено изучаване на неговата същност, познаването на използваните класификации в областта на сестринските грижи и съответното им адаптиране към националната специфика на съответната държава.

Изучаването на сестринския процес в базовото обучение на медицинските сестри у нас се усъвършенства. Това налага да се обмислят и механизмите за практическото приложение на сестринския процес, ключов момент на което е документирането.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Ван Маанен Х., Сестринска диагноза, тезиси на лекции, изнесени пред студентите от специалност „Здравни грижи”, Плевен, 2004, 39 с.
2. Грънчарова Г., Подходи за осигуряване на качествени и непрекъснати сестрински грижи. В: Управление на здравните грижи, Издателски център на МУ – Плевен, 2005, с. 247-260
3. Драганова М., Качество на здравни грижи, сестрински процес и сестринска документация, Здравни грижи, година IV, **брой 1**, 2006, с. 27-29
4. Мухина С., И. Тарновская., Сестринството като професия. В: Теоретични основи на сестринските грижи. Издателски център на МУ – Плевен, 2006, с. 10-14
5. Наредба №1 от 08.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно – Достъпно в Internet на адрес <http://www.mh.government.bg/>
6. Национална стратегия за развитие на сестринството България 2007 – 2012 г. - Достъпно в Internet на адрес <http://www.nursing-bg.com/>
7. Defining nursing, Accessible in Internet http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/
8. Mortensen, R. A., The International Classification for Nursing Practice ICNP. Alpha Version with Telenurse. Introduction. Copenhagen: The Danish Institute for Health and Nursing Research (DIHNR), 1996.
9. Nurses and Midwives: A force for health, Survey on the situation of nursing and midwifery in the Member States of the European Region of the World Health Organization, 2009
10. Munich Declaration Nurses and Midwives: A force for health, Accessible in Internet http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf
11. Workgroup of European Nurse Researchers, Accessible in Internet <http://www.wenr.org>
12. World Health Organization, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Accessible in Internet at <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

РОЛЯ И ФУНКЦИИ НА АКУШЕРКАТА ПРИ ПОЛУЧАВАНЕ НА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ОТ ПАЦИЕНТКИТЕ В РОДИЛНА ЗАЛА

Павлова Ст., В. Димитрова

*Катедра „Здравни грижи”
Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов” – Варна*

РЕЗЮМЕ

Информираното съгласие е процес на непрекъснат обмен на информация между медицинските специалисти и пациента. За съвременната акушерка, процесът на получаване на информирано съгласие е средство за поддържане на непрекъсната комуникация с пациента, а не просто задължение свързано с медицинската документация. Ефективния обмен на информацията, в някои от случаите се пречатства от различни фактори - медицинска некомпетентност на пациента, липсата на време, поради многостранното работни ангажименти на акушерката и т.н. Информираните пациенти са мотивирани, активно участват в лечението си и имат по-добра адаптация към новите условия на живот. Ясно осъзнатата роля и функция на акушерката в родилна зала при получаване на информирано съгласие е в унисон със стремежа на пациентите да бъдат още по-информирани и желанието им да участват при вземане на решения, свързани с тях при престоят им в лечебното заведение.

Ключови думи: информирано съгласие, акушерки, родилки

ВЪВЕДЕНИЕ

Получаването на информирано съгласие от пациента е основен момент в комуникацията му с медицинските специалисти. Общуването не е просто обмен на информация, а е сложно междуличностно въздействие и взаимодействие при решаването на проблемите на пациента. Ефективната комуникация подобрява емоционалното състояние на пациента, редуцира неприятните усещания, подпомага приемането на ограниченията свързани със състоянието му (2,4). Информираното съгласие може да се разглежда, като процес на непрекъснат обмен на информация между медицинските специалисти и пациента. То не е еднократен акт, а непрекъснат процес на предоставяне на информация, разбиране и осъзнаване, придобиване на компетентност от пациента и последващо решение за съгласие или отказ на медицинска манипулация. Информираното съгласие произтича от фундаменталното човешко право на автономност и неприкосновеност. Неговото търсенето е проява на професионализъм, неотменна част от етичното отношение към пациента, правно задължение на лекаря, регламентирано в редица нормативни документи (3,5).

Практикуването на медицинската професия, особено в родилна зала, е свързано с най-интимните и съкровени моменти в живота на пациентката и нейното семейство, което поставя високи изисквания пред медицинските специалисти. Като изисквания в акушерската практика могат да се посочат грижата за пациента, професионализъмът, качеството на изпълняваната дейност, работата в екип, комуникацията и т.н. Всички те са значими и съществени за акушерското знание, теория и практика (1). За съвременната акушерка, процесът на получаване на информирано съгласие е средство за поддържане на непрекъсната комуникация с пациента, а не просто задължение свързано с медицинската документация. Информираните пациенти са мотивирани, активно участват в лечението си и имат по-добра адаптация към новите условия на живот.

ЦЕЛ

Да се проучи процесът на получаване на информирано съгласие от пациентките в родилна зала и ролята на акушерката за подобряване на ефективността му.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Изследвано е мнението на акушерки (20) и пациентки (48) от Родилно отделение при МБАЛ „Света Анна” - Варна. Използвани са документален и социологически метод.

Address for correspondence:

С. Павлова, Катедра "Здравни грижи", Факултет "Обществено здравеопазване", Медицински университет - Варна, гр. Варна, 9002, ул. "Марин Дринов" №55
e-mail: stpavlova@abv.bg

Време на проучването февруари/април 2011 г. чрез пряка индивидуална анкета, при спазен случаен принцип.

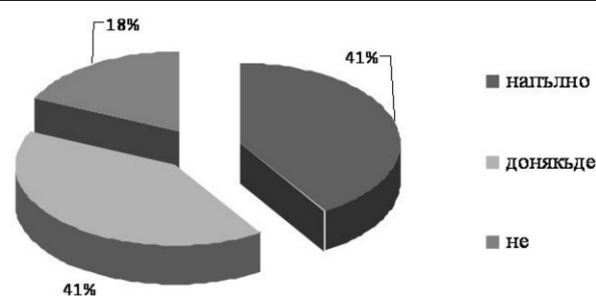
РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Информираното съгласие е фактическо приемане на предстоящата манипулация, но не изключва възможността пациентката да откаже лечение или процедура. Така се проявява уникалността на информираното съгласие, което превръща пациента в активен участник в опазване и възстановяване на собственото си здраве. Анкетирания акушерки, попадащи в нашето проучване не разглеждат информираното съгласие само, като документ с формален подпис на пациента, а като етап от цялостния лечебен процес (87%). Това според нас е резултат от задълбочената теоретична и практическа учебна подготовка и дългогодишният им професионален опит. Според тях, пациентите получават нужната информация във връзка с манипулациите и процедурите в лечебното заведение (70%). Малък е делът на акушерките, които оценяват предлаганата информация, като недостатъчна (13%), което може да се разглежда, като осъзнат стремеж към усъвършенстване процесът на информиране на пациентите. Добрата организация на работата, ясно регламентирания случаи в длъжностната характеристика на акушерката, в които са задължени да получат информирано съгласие от пациента, очертават активната роля на акушерката при получаване на информирано съгласие. Анкетирания пациенти потвърждават, че акушерката ги прави част от цялостния лечебен процес, като ги информира за манипулациите и процедурите в лечебното заведение (83%). В отделението най-голям обем достъпна информация е била предоставена от приемащата акушерка (58%), следвана от информацията предоставена от приемащия лекар (41%), което е свидетелство за екипен подход и ясно очертани функции и роли на персонала в родилно отделение на МБАЛ „Света Анна“. По отношение на получената информация пациентите отбелязват, че е била достатъчна по отношение на обем (89%), възможни алтернативи (89%), била е представена в подходящ момент (91%), с ясни медицински термини (91%) и с възможност за личен избор (89%). За нас беше важно да разберем от кого пациентите биха желали да получават информация при престоя си в лечебното заведение. Повечето то тях предпочитат информация „от акушерка“ (77%) и „от лекар“ (23%), което свидетелства за атмосфера на доверие и сътрудничество, създаваща се между акушерка и пациентка. Общуването е важна част от здравните грижи. Необходимостта да се притежават знания и умения за взаимодействие с всяка личност е особено значима в акушерската практика. Доверието на пациента към здравния екип възниква само тогава, когато е ефективно общуването. Ефективния обмен на информацията, в някои от случаите се препятства от различни фактори. Анкетирания акушерки отбелязват, че фактори препят-

стващи получаването на информирано съгласие могат да бъдат двустрани. От страна на пациента - основен фактор е неговата „медицинска некомпетентност“, а от страна на работещата акушерка – „липсата на време, поради множеството работни ангажименти“. Акушерките подчертават, че биха участвали в изработване на индивидуални стандарти за получаване на информирано съгласие от пациентите (80%). Заедно с мнението на пациентите, че получаваната информация е била съобразена с индивидуалните им особености – „напълно“ (41%), „донякъде“ (41%), показва критичното отношение на медицинските професионалисти към проблемите в работата и стремеж за усъвършенстване на здравните грижи (Фиг.2).



Фиг. 1. Удовлетвореност на пациентите от предоставената информация (родилки) /% надвишава 100, т.к. са дадени повече от един отговор/



Фиг. 2 Степен на съобразеност на информацията с индивидуалните особености на пациента (родилки)

Акушерките ясно осъзнават основната си роля и функция при информиране на пациентите и необходимостта от лостове за оптимизиране комуникацията с тях. Този стремеж е ясно очертан от начина, по който е организиран процесът на получаване на информирано съгласие на МБАЛ „Света Анна“. Акушерките по-често преразказват информацията от формуляра (80%), дават на пациентите да го прочетат (10%) и само 10% от анкетирания направо предоставят формуляра за подпис. Акушерките са мотивирани активно да комуникират с пациентите, въпреки липсата на време и претовареността по време на работния процес, т.к. информираният пациент активно участва в лечебно-оздравителния процес.

За нас беше важно да проследим как са били информирани пациентите за манипулациите и процедурите, ко-

ито им предстоят. Значителен дял от тях отбелязват, че информацията от формуляра за информирано съгласие им е била преразказана (85%), други са прочели обстойно (12%) или са прочели отчасти (2%). Няма пациенти, които направо да са го подписали, което е свидетелство за стремежът на пациентите днес, да бъдат още по-информирани и да са активни участници в процеса на вземане на решение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ясно осъзнатата роля и функция на акушерката в родилна зала при получаване на информирано съгласие е в унисон със стремежа на пациентите да бъдат още по-информирани и желанието им да участват при вземане на решения, свързани с тях при престоят им в лечебното заведение.

Получените резултати ни дават основания да направим следните изводи:

1. Пациентите получават достатъчно информация, но тя трябва да е съобразена с индивидуалните им особености, като акцентът е върху личния избор.
2. Главно препятствие за ефективността на процеса са липсата на време, намаления числен състав на персонала, липсата на конкретни стандарти, в изработването на които акушерките изразяват готовност до участват.
3. Процесът на получаване на информирано съгласие от пациента в родилна зала е динамичен процес на

комуникация с пациента, в който акушерката участва активно.

4. Съвременната акушерка притежава знания, умения и мотивация за усъвършенстване на процеса на комуникация с пациентите при получаване на информирано съгласие.

ЛИТЕРАТУРА

1. Атанасова В., Информационни технологии в здравеопазването(пълен доклад), Сборник с доклади „Иновации в образованието”, ШУ „Еп. К. Преславски”, Печат ФАБЕР – В. Търново 2010г., 677-681.
2. Балканска П., За умението да общуваме с пациента, сп. Сестринско дело, 2009, 3, 26-30.
3. Грънчарова Г., С. Александрова, А. Велкова, Медицинска етика, Издателски комплекс на ВМИ-Плевен, 2001, 85-99.
4. Димитрова Е., Я. Цветанова, Н. Тодорова, Пациентите за комуникативните умения на обгрижващите ги медицински сестри в болничната медицинска помощ, сп. Сестринско дело, 2009, 3, 15-18.
5. Димитрова Св., Д. Комсийска, В Стоянов, Пациентите за болничното информирано съгласие, сп. Здравни грижи, 2006, 4, 18-23.

СТРАТЕГИЯ ЗА УЧЕНЕ, СВЪРЗАНА С ИНДИВИДУАЛНА ОРГАНИЗАЦИЯ НА УЧЕБНИЯ ПРОЦЕС

Петрова Г.¹, Ю. Пеева²

¹ кат. „Управление на здравните грижи”, ФОЗ, МУ – Пловдив

² кат. „Социална медицина и обществено здраве”, ФОЗ, МУ – Пловдив

ABSTRACT

The aim of this study is to explore the trend towards individual organizations of the learning process of students trained as Masters of “Health care management”. Material and methods: To realize the target is attached “Questionnaire for the Study of Study Strategy” (Entuissal N., Hanley M. and Hansel D., 1979.) adapted to the Bulgarian educational context by J. Tsvetkova, 2001. The factor defined as “Educational strategy, related to individual organization of learning. Results: The age of the students is significant and negatively affects their attitude toward individual organizations of the study process. The appropriate strategy was positively influenced by formed in the past working professional habits. Conclusion: The choice of precisely study strategy by teachers is one of the factors conducive to successful and effective training.

Key words: Master’s degree, management of health care, educational strategies, training of students.

ВЪВЕДЕНИЕ

Индивидуалната организация на учебния процес е от значение за повишаване успеваемостта и удовлетвореността от продължаване на образованието в магистърска степен. Изборът на подходяща учебна стратегия подобрява организацията и управлението на учебния процес и доразвива студентската личност.

Настоящата разработка има за цел да изследва нагласата на магистри по „Управление на здравните грижи” към индивидуална организация на учебния процес.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

За реализиране на поставената цел е приложен „Въпросник за изследване на стратегиите за учене” (Н. Ентуисъл, М. Хенли и Д. Хънсел, 1979г.), адаптиран към Българският образователен контекст от Й. Цветкова, 2001г. Въпросникът е съставен от 30 твърдения. Предложените в адаптирания въпросник на Й. Цветкова, 2001г. 30 твърдения се съотнасят към пет степенна скала, от типа Ликърт. Особено в конкретния случай е, че поради малкия брой изследвани студенти, скалите са обединени в две около твърденията „напълно несъгласен” и „напълно съгласен”.

След извършения статистически анализ се открояват четири главни фактора: задълбочен подход/учене с

разбиране; повърхностен подход/операционно учене; организирано и ориентирано към постижения учене и четвърти фактор - стабилна екстраверсия (5, с. 64-67). Настоящата разработка изследва факторът, който се дефинира като „Стратегия за учене, свързана с индивидуална организация на учебния процес”, (5, с. 66). Анализът на резултатите е извършен посредством коефициента на вътрешна консистентност търсещ корелация на всеки айтем към цялата скала, известен още като алфа коефициент на Кронбах. За по-голяма прецизност е приложен Reliability Analysis.

Различното при обработване на данните в конкретната разработка е, въвеждането на пет допълнителни въпроса, касаещи демографската характеристика на изследвания контингент. Потърсена е връзка между демографските показатели с всеки отделен фактор.

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОУЧВАНЕТО

Получените от нас резултати, повтарят в известна степен данните на Й. Цветкова, 2001г.

Изследването е проведено през 2009/2010 уч. година и има изчерпателен характер. Обхванати са 50 студенти от магистърска програма по „Управление на здравните грижи”, Факултет по обществено здраве (ФОЗ), Медицински университет – Пловдив (МУ-Пловдив). От изследването са отпаднали 10 студенти, поради нежелание да се включат и некоректно отношение при попълване на въпросника.

Данните от разпределението по пол не показаха статистически значима разлика поради факта, че от 50 изследвани има само един мъж, т. е. в конкретното проучване полът не може да бъде определящ фактор.

Address for correspondence:

Г. Петрова, кат. „Управление на здравните грижи”, ФОЗ, МУ – Пловдив, бул. „В. Априлов”, №15 а, Пловдив – 4002
e-mail: gkpg21@yahoo.com

Изследваните студенти по възрастов признак са разделени в две групи: от 24-40г. ($72.00 \pm 6.35\%$) и от 40-55г. ($28 \pm 6.35\%$).

Анализът върху демографския показател месторабота показва, че ($42.86 \pm 7.07\%$) заемат ръководна длъжност (старши или главни ръководители), а ($57.14 \pm 7.07\%$) работят като редови медицински сестри, акушерки и др. При изследване на фактора среден успех от семестриален изпит преобладават студентите с отличен успех ($56.25 \pm 7.16\%$), следвани от тези с мн. добър ($33.33 \pm 6.80\%$). Студентите сами определят материалния си статус като добър в ($65.31 \pm 6.80\%$) от случаите, среден в ($28.57 \pm 6.45\%$) и висок едва при ($6.12 \pm 3.42\%$). От предложените 30 твърдения в адаптираният въпросник на С. Цветкова, 2001г., четири имат отношение към дефинираната „Стратегия за учене свързана с индивидуална организация на учебния процес“.

На първото твърдение: „Често идеите в книгите предизвикват дълга верига от мои собствени мисли, слабо свързани с онова, което чета“. Несъгласие с това твърдение изказват по-младите от двете изследвани групи студенти от 24-39г. ($81.25 \pm 6.90\%$); тези, които не заемат ръководна длъжност в момента ($71.43 \pm 8.54\%$); отличниците (среден успех от семестриални изпити над 5.50) - ($68.75 \pm 0\%$) и определилите сами материалния си статус като добър ($74.29 \pm 7.39\%$).

По-важното в случая е, че най-голяма част от всички изследвани по демографските показатели месторабота, среден успех от семестриални изпити и материален статус изказват несъгласие с предложеното твърдение. Единствено по-възрастните студенти (40-55г.) в ($55.56 \pm 0\%$) са отговорили утвърдително. Въпреки това, не се установява статистически достоверна зависимост, между изказаните съгласие и тези, които не са съгласни с така предложеното твърдение ($P > 0.05$).

Второто твърдение: "В опита си да разбере една озадачаваща идея аз позволявам на въображението си свободно да блуждае сред нея дори когато изглежда, че не съм много близо до решението".

Съгласие с това твърдение изказват ($66.67 \pm 0\%$) от студентите на по-голяма възраст, тези с по-нисък успех в ($75.00 \pm 0\%$) и определилите сами материалния си статус като „среден“ в ($78.57 \pm 0\%$). Анализът на резултатите очертава несъгласие за демографския показател „месторабота“. Заемащите редова длъжност, изказват несъгласие в ($71.43 \pm 8.54\%$), а заемащите ръководна длъжност в ($66.67 \pm 0\%$). Не се установява и статистически достоверна зависимост между потвърдилите съгласие и тези, които не са ($P > 0.05$).

На следващото твърдение: "Навикът ми да отлагам работата ме оставя с прекалено много неща за правене в края на семестъра".

Анализът на това твърдение показва разслояване на отговорите вътре в отделните демографски показатели. Разглеждайки отговорите по показателя заемана длъжност, установяваме, че несъгласие изказват както заемащите ръководна длъжност ($68.42 \pm 0\%$), така и тези на редова длъжност ($53.57 \pm 9.42\%$). Далеч по-раз-

лична е характеристиката при останалите демографски показатели: по фактора възраст несъгласие изказват ($67.74 \pm 8.40\%$), от магистрите от по-младата възрастова група, тези с по-висок успех от семестриални изпити ($67.74 \pm 8.40\%$) и с добър материален статус ($57.58 \pm 8.60\%$). Не се установява статистически достоверна зависимост между отговорилите утвърдително и тези, които не са съгласни с така предложеното твърдение ($P > 0.05$).

Последното твърдение „Разсеяността ми пречи да върша по-ефективно работата си вечер“.

Несъгласни с това твърдение са студентите от по-високата възрастова група ($66.67 \pm 0\%$). В по-младата възрастова група, съгласие изказват почти същия дял от анкетираните ($64.52 \pm 8.59\%$), (Fisher's Exact Test=0.566, $P < 0.05$).

Потвърдили положително отношение, към твърдението са и заемащите ръководна длъжност в момента ($70.00 \pm 0\%$), студентите с по-нисък успех ($68.75 \pm 0\%$), а също и тези, които определят материалния си статус като добър ($67.65 \pm 8.02\%$). При отговорилите положително, не е установена статистически достоверна зависимост ($P > 0.05$).

ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Обучението на студентите предполага прилагането на адекватна стратегия за учене за пълно усвояване на учебния материал, рефлектиращо върху индивидуалната организация на учебния процес.

М. Андреев представя индивидуализацията като „форма на организация и разгръщане на обучението, която отчита индивидуалните особености, но е интегрирана в колективните форми за организация“ (1, с. 335).

Една от най-сполучливите характеристики на понятието „учебна стратегия“ дават П. Петров и М. Атанасова. 2001г.: „Индивидуалния начин за организиране и използване на определен набор от умения или техники с цел по-рационално овладяване на определена информация или решаване на един или друг проблем. С други думи, учебните стратегии са комбинация от умения, набор от процедури, които учащият се съзнателно използва в зависимост от изискванията на дадена ситуация“ (3, с. 213).

Базирайки се на това, както и на схващането, че „Стратегията е съвкупност от начините, с помощта на които индивидите решават поставените учебни задачи (5, с. 57), преминаваме към обсъждане на получените резултати.

Предвид целевата група учащи и целите на университетското образование според В. Гюрова, 2010г., може да се твърди, че обучението на студентите носи характеристики и на педагогически и на андрагогически процес (2).

Андрагогическият процес, от своя страна (В. Гюрова, 2010г.), изисква активно включване на учащите в учебния процес – в планирането, организирането и реализирането на учебната работа – върху принципите на партньорство, което предполага продължаващо дого-

варяне и споделена отговорност за това какво се учи, как се учи и какви са крайните резултати (2).

От отговорите на първото твърдение, проличава отношението на изследваните студенти към задълбочено прочитане и преосмисляне на учебния материал и прилагане на практика на андрагогическия процес, което от своя страна е свързано с качеството и ефективността на обучението и подчертаната нагласа към избор на стратегия за индивидуална организация на учебния процес. Отговори, които не се вписват в нагласата към индивидуална организация на учебния процес, дават единствено по-възрастните студенти. Аналогични резултати откриваме при изследване на стратегията за задълбочено учене, в предишно наше проучване (6), а също и на Й. Цветкова, сред студенти от СУ „Св. Климент Охридски“, проведено в периода 1997-99г. (5, с. 71). Интересни мнения изказват студентите и при анализ на следващите твърдения. Те имат косвено отношение към стратегията на учене ориентирана към индивидуалната организация на учебния процес, поради наличието на творчески елемент. Изключение при получените отговори откриваме единствено при демографския показател месторабота. Независимо от заеманата длъжност в момента изследваните от нас студенти подхождат сериозно, което е продиктувано от упражняването на парамедицинската професия, в условия на повишен риск и спешност. Организацията на трудовата дейност рефлектира върху учебната работа и създадените учебни навици. Обикновено склонни да отлагат работа са по-възрастните студенти, тези с по-нисък успех и материален статус. Именно работата на смени и нощни дежурства е възпитала у студентите способности за концентрация и работа през цялото денонощие – умствена и физическа. Това се проявява в отговорите на последното предложено от нас твърдение, за справянето им с работа вечер.

Взаимоотношенията на взаимно доверие и уважение са главно условие за създаването на активни субект – субектни взаимодействия в учебния процес. Така всяка от страните индуцира активността на другата в общия стремеж за учебни постижения. Изграденото самочувствие у студента и повишените му интереси в процеса на обучението пораждат положително отношение към

собствената му дейност. Увеличава се отговорността за добрата му подготовка (4, с. 172).

В посока субект-субектни взаимоотношения са и преодоляване на доминирането личността на преподавателя, над тази на обучавания и превръщането им в обекти на педагогическата комуникация, по такъв начин се постига на практика уеднаквяване с новата образователна парадигма.

Проведеното от нас проучване ни позволява да направим изводи, ориентирани в следните две насоки:

Възрастта на студентите в магистърската прагорама е фактор и влияе негативно върху нагласата им към индивидуална организация на учебния процес.

Формираните професионални навици оказват положително въздействие върху избора на учебна стратегия. Като евентуални препоръки към преподавателите, които работят с магистри по „Управление на здравните грижи“ се очертават: възлагане на индивидуална самостоятелна работа, било като изпълнение на задачи или съчетание между групов и индивидуална дейност, но поднесена диференцирано, т. е. различна за всеки отделен студент.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев М., Процесът на обучението. Дидактика. София, УИ „Св. Климент Охридски“, 2011г., 423 с.
2. Гюрова В., Ефективно управление на учебния процес в университета. Стратегии на образователната и научна политика, 2010, 1, 1-18.
3. Петров П., М. Атанасова., Образователни технологии и стратегии на учене. София, изд. „Веда Словена – ЖГ“, 2001г. 299с.
4. Попов Т., Студентът като субект на обучението. В: Медицинска педагогика, учебник за факултетите по обществено здраве. Габрово, изд. „ЕКС-ПРЕС“, 2010г., 283 с.
5. Цветкова Й., Мотивационна и когнитивна регулация на ученето. София, изд. „Лик“, 2001, 162 с.
6. Petrova G., Y. Peeva., Attitude of students towards study strategy, oriented to thorough approach., *Trakia Journal of Sciences*, 2010, 8 (2), 321-325.

ABOUT SOME ASPECTS OF THE TRAINING OF HEALTHCARE PROFESSIONALS IN THE AREA OF GERIATRIC PRACTICE

Balkanska P.

Keywords: healthcare professionals, educational needs, gerontology, geriatric practice

INTRODUCTION

In the UN expert's report notes that the world is now experiencing a period of dynamic demographic changes and aging population on the planet. Globally, half a century the number of people aged over 60 has increased more than tripled to reach almost 2 billion in 2050 (6,9). Naturally, the rates of aging vary across countries and regions. The EU Commission estimates that the number of people between 65 and 79 living in the European Union will grow by 37% between 2010 and 2030. The number of people above 80 years of age will increase even more drastically: In 2030 their number will be 57% higher than it is today (3,4,5). Challenges for geriatric care in Bulgaria are significant. Bulgaria is the second most rapidly aging nation in the Eastern region after Ukraine (5). Prognoses suggest a further progressive increase in the elderly and old people among us, especially those of the fourth age (over 80 years). The percentage of the higher age groups in the next few years will form about 24% of the total population. Old people are the most progressive and growing group of people using health care. Nearly half of hospitalized and ambulatory patients, two thirds of users of home and medical care, are over 60 years of age. The tendency is to increase needs and demands of society for quality health and social care of adults, carried out by competent professionals (3,7). In relation to this, of particular importance is the question of the professional qualification of the medical personnel, which provides these people with health care.

MATERIAL AND METHODS

The main objective of this study was to establish and analyse the specific difficulties of the health professionals in providing medical and social assistance for old people, and to specify their educational needs in the field of gerontology and geriatric practice (2).

The study was carried out among 62 health professionals, who studied in the specialty "Management of healthcare" and 800 health professionals from hospitals and nursing

homes throughout the country. The sample was randomly selected.

To achieve the goals, the following methods of research were used: critical analysis and synthesis of scientific literature on the research problem; documentary method - national and European documents were examined, inquiry method - direct inquiry. Own questionnaires were prepared and implemented to identify the factors that drive job satisfaction, specific difficulties and educational needs in the field of gerontology and geriatric practice. Questionnaires were compiled on the basis of a screening questionnaire concerning the professional qualification of the medical specialists, which provides elderly with health care. Questionnaires are written and anonymous, semi-structured interviews, statistical methods for the processing and analysis of raw data.

RESULTS

The study identifies and clarifies the specific difficulties and educational needs in the field of gerontology and geriatric practice of health professionals in providing medical and social assistance for elderly. Need for specialized staff to perform care / especially for adults with psycho-geriatric problems / is increasing. With aging, the medical and social care needs of the elderly increase, due to the high prevalence of chronic and degenerative diseases, loss of physical strength, psycho-social disadaptation, reduced social competency and increased dependence. All of these elderly people require not only specialized medical and social care, but also patience and understanding of their needs. This calls for the application of an effective interdisciplinary mechanism for the planning, organizing and implementation of medical and social care for the elderly.

A deficiency in application of appropriate motivational approaches towards the health professionals who care for the elderly is noted. The results show that to be motivated to work with elderly people, health professionals need more incentives. Usually when there is a lack of systematic information on the attitudes of employees at work, the decisions related to work ethics, change, wages and allowances, the organization falls within an information vacuum. In fact, this phenomenon is common in health care organization in the country at present.

Determined are the main reasons for the difficulties of health professionals in taking care for their patients. Medi-

Address for correspondence:

*P. Balkanska, PhD - Head of Section "Gerontology", Department of Medical Education, Faculty of Public Health, Medical University, Sofia, 8 Bialo More str. 1527 Sofia, Bulgaria
e-mail: balkanska_fos@abv.bg*

cal specialists often lack the necessary knowledge and understanding into medico-social questions and problems posed by their older patients. For half of the respondents there is insufficient or missing knowledge of gerontology and geriatric care. Educational needs in medical gerontology are in the following areas: specific manifestations of disease in adult patients, age changes in mentality and behavior, communication skills for working with adult patients, training in health care for chronically ill and their families, aging prophylaxis.

Based on the survey data, recommendations for improving the healthcare for elderly and adapting the educational training of health professionals were prepared in order to realize the requirements for competent geriatric care in Bulgaria.

DISCUSSION

The results relate directly on elements of at least the following major problems in the field of health care for older people [1,2]:

1. *Lack of specialized knowledge and skills for working with older people, which creates significant difficulties for medical staff or quality of geriatric care rendered.*

The results from the study pointed out that a big share of the specific problems of the respondents were related to the lack of the necessary knowledge and communication skills for working with adult patients. They may be overcome to a great extent provided that the health professionals:

learn about age changes in mentality and behavior;
learn HOW to communicate with him/her, i. e. if they adapt themselves to the communicative skills of the patient determined by the illness;
learn about "dealing with death". The elderly individual, whether terminally or chronically ill, may trigger in us a sense of vulnerability and feelings of fear.
learn about elder abuse. The professionals receive further education to recognise the problem and to provide support to the victims and to their families.

2. *Ageism events in health care for aging people.* Major cause of the manifestations of age discrimination is missing or incorrect information society in terms of aging at all. In the field of health care for older people such events were found in a few basic guidelines:

Neglect the health needs of older patients;
Deficit of empathic attitude in carrying out the necessary care;

Absence or lack of desire to improve the training of medical specialists in geriatric practice, which adversely affects the quality of care;

Cancel or postpone medical care for elderly patients and others.

3. *Difficulties in taking care of demented patients.* Serious communication problems were proved between the patients and the caretakers. The results from the study pointed out that a big share of the specific problems of the respondents were related to the lack of

communication skills with demented patients. This was to a great extent due to the lack of information on the characteristics of the process of dementia as well as on the concurrent personality changes in the patient. It was proved out that only 24% of the respondents were informed about the realities determined by dementia.

The results of the study justifies the urgent need for an expansion of the educational capacity in the spheres of Gerontology and Geriatrics for healthcare professionals.

First steps for overcoming the some specific problems in the area of geriatric practice:

1. Increasing the capacity of public health through better training of a sufficient number of professionals and more stable structures for health services.

For several years in Bulgaria geriatric medicine is included in the list of specialties in the healthcare system as the main profile specialty fields of internal medicine, general medicine and social medicine and health management, but noted interest, lack of motivation doctors development in the field of geriatrics. Faculty of Public Health (FOS) at the Medical University - Sofia provides competent gerontological training in student learning and postgraduate training of health personnel. Despite the above forms of training in gerontology and geriatrics offered in recent years in Bulgaria, there is an urgent need to expand educational opportunities in those scientific fields for all health and social workers who provide medical and social assistance to elderly.

Providing modern, comparable to European standards of educational training of competent professionals providing quality health and social care of older people in Bulgaria can be done if such actions be implemented:

Disclosure of the Department of Gerontology at the Medical Universities and / or Faculty of Public Health (8);

Introduce mandatory training programs in gerontology students and postgraduate training of health professionals and social related problems in older people;

Provide continuing education training programs in gerontology for health and social care staff, aimed at expanding and updating their professional competence;
Requirement for presence of certificate course in Gerontology from all persons having health and social care for older people.

Overcoming the distance learning process - a practice by using innovative approach to learning through experience. The most critical location in the chain of learning is the unit linking individual learning with the application of learning in the workplace.

2. Enhanced media involvement to overcome the negative effects of ageism and creating a positive public attitude towards the elderly and aging workforce.

Solving the problem of social exclusion, health status of older people and their effective involvement in the economic and social life of society is crucial for both the individual and his family and for our country (2).

CONCLUSION

The number of old people in Europe /and Bulgaria/ is continuously growing due to the increasing life expectancy. These changes are a positive challenge we have to face. It will depend on us whether it will be possible for people to age with dignity and in suitable framework conditions. Politicians at the local, regional, national and international levels, the population, the economy, the health and social professionals, interest groups, non profit organisations and many others have to meet the challenges of demographic change together, and work together to ensure the future of our established health and social model.

Bulgaria is confronting the challenges of health and social care of the aging population. It is embracing the opportunities to initiate policies and related measures to meet these challenges. The join of Bulgaria to the European Union calls for the equalization of the criteria used by the EU and our country to govern the institutions, dealing with the implementation of geriatric care, to meet the recommended requirements for the care of the elderly. The changes include specialist training in gerontology and geriatrics, and were an essential first step to bridge the gap between the real and the future needs. Adequate education and training of such professionals is a necessary first step toward a more compassionate, humanistic, and dignified care of the elderly patients.

REFERENCES

1. Balkanska, P., The old Man as a Patient. Clinical Gerontopsychology, Bulvest 2000, Sofia, Bulgaria, 2003.
2. Balkanska P., N. Georgiev, S. Mladenova, Challenges towards the geriatric care in Bulgaria, In: Public Health and Health Care in Creece and Bulgaria – the Challenge of the Cross-border Collaboration, J.Hristov and J.Kyriopoulos ed., Athens, Papazissis Publishers, 2010, 91-94.
3. EK (2005). Europe's population in getting older. How will this affect us and what should we do about it?) Brussels 17.03.2005, IP/05/322.
4. EK(2005) Faced with demographic change, a new solidarity between the generations). COM, № 94.
5. Europe Report suggests Europe an "elderly continent" in "demographic winter" Brussels, May 10, 2008 / 10:35 am (CNA).
6. Ministry of Health. Prescriptions for a healthier Norway: a broad policy for public health. Report no. 16 to the Storting (2002-2003), short version, 2004, p.6.
7. Strategy visions for European Healthcare at the beginning of the 21 century, Report to the European Parliament, 4.12. 2003.
8. UNECE Ministerial Conference on Ageing (Berlin 2002) "Age Integration, the Changing Life Course, and Intergenerational Solidarity" from the European Union Geriatric Medicine Society and the Section of Geriatric Medicine of the European Union of Medical Specialists
9. www.demoscope.ru/center/bull.htm

ОБУЧЕНИЕ ПО ЗЪБОТЕХНИКА В БЪЛГАРИЯ - РЕТРОСПЕКЦИЯ И НАСТОЯЩЕ

Варнева М.

*Медицински колеж – Варна, в структурата
на Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов” - Варна*

УВОД

Обучението по зъботехника в България, като специалност придобивана в държавно учебно заведение, води началото си от далечната 1942 г., когато с Указ № 32 на Цар Борис III се променя Закона за народното просвещение и се създават три нови катедри към Медицински факултет - София: „Консервативно зъбо лечение”, „Оперативно зъбо лечение с Ортодонтия” и „Зъботехника”. Така се оформя отдел по “Зъболекарство” с пръв ръководител проф. д-р Славчо Давидов.

Поради нарастване нуждите на страната и население-то от зъботехническо обслужване през 1974 г. започва обучение по зъботехника в Обединените медицински училища в Пловдив и Варна.

Зъботехникът е специалист с медицинско образование, който в екип с денталния лекар се грижи за зъбно-то здраве на пациентите, като изработва сменяеми и несменяеми зъбопротезни конструкции, ортодонтични апарати и шини.

ЦЕЛ

Цел на настоящото изследване е да направим периодизация и анализ на обучението по зъботехника и да установим по какъв начин се е променял хорариума на практическото обучение.

МЕТОДИ

За да постигнем целт приложихме исторически метод – за проучване на официална учебна документация за обучение по зъботехника в МК - Варна в сила от 1975 г. до 2011 г.; документален метод – за проучване на основни документи, на които се базира обучението по зъботехника от 1975 до 2008 г.; свободна устна беседа, която проведохме с един от първите преподаватели по зъботехника в гр. Варна г-н Ованес Еремян и д-р Радка Костова - зам. директор от март 1964 г. до септември 1987 г.; SWOT анализ – на обучението по зъботехника в България. От проучените от нас документи и проведената свободна устна беседа направихме периодизация на обучението по зъботехника в България (Табл.1).

В проучената до момента литература не срещнахме периодизация за обучението по зъботехника. Много пъти в годините образованието на медицинските

специалисти се е променяло. Промени са търпели срока на обучение, хорариума и Образователно квалификационната степен. През 1997 г. необходимостта от кардинална промяна в подготовката на зъботехниците се наложи от факта, че трябва да могат да се адаптират по-лесно към изискванията на здравната реформа в страната. Въведената нова образователна степен, новите учебни планове и програми осигуриха подготовка на специалисти, адекватна на държавните и европейските стандарти. След влизане на България в ЕС се наложи отново промяна с цел хармонизиране на образованието ни с това в ЕС. През октомври 2008г. се публикуваха нови ЕДИ и ОКС "Специалист" бе заменена от ОКС "Професионален бакалавър". Не последва промяна в срока на обучение.

РЕЗУЛТАТИ

След като проучихме и анализирахме основните документи, които са били в сила през различните периоди на обучението по зъботехника в България, направихме сравнителна характеристика на хорариума за обучение на зъботехници през III, IV, V и VI периоди.

Резултатите, които получихме изследвайки документите, показват разлики в общия хорариум, както и различно съотношение между теория и практика през различните периоди. Най-голям дял на теоретичното обучение се установи при Учебно производствен комплекс, поради факта, че тук са включени и общообразователни учебни дисциплини. Тази форма на обучение бе отчетена като грешка и бе преустановена през учебната 1991/1992 г.

Направения анализ ни помогна да открием съществена разлика през отделните периоди на часовете за практическо обучение, която можем да обясним с различния срок (продължителност) на обучение. През първите два периода, които разглеждаме в таблицата (III и IV) обучението е 2 години, а през последните два периода (V и VI период), годините за обучение са три. Последните два периода са белязани от реформи в системата на висшето образование и системата на здравеопазване в страната. Прави впечатление, че след въвеждане на колежанското образование, като цяло се увеличава дела на практическото обучение над теоретичното. Това дава възможност за придобиване

на повече практически знания, умения и навици и за формиране на компетенции необходими за овладяване на професията зъботехник.

Табл. 1. Периодизация на обучението по зъботехника в България

Етап (период)	Година	Степен на образование
I	1942 - 1950	Средно медицинско
II	1951 - 1974	Средно медицинско
III	1975 - 1990	Полувисше образование Средно специално Учебно - производствен комплекс по здравеопазване - Средно специално
IV	1990 - 1997	Полувисше образование
V	1997 - 2007	Висше - Специалист

През VI-ти период промяната на ОКС от "Специалист" в "Професионален бакалавър" се изрази в промяна на хорариума (увеличаване на часовете, но само с 20 часа) и промяна в държавните изпити. Бе въведен практически държавен изпит по Ортодонтия, какъвто до сега не се провеждаше.

Табл. 2. Сравнителна характеристика на хорариума за обучение на зъботехници през III, IV, V и VI период

Година (период)	Степен на образование	Лекции и упражнения	Практическо обучение	Часове общо
1975-1990 III период	Полувисше; Средно специално; Уч. производствен комплекс	1572 ч. 1431 ч. 1705 ч.	1134 ч. 1098 ч. 1035 ч.	2706 ч. 2529 ч. 2740 ч.
1990-1997 IV период	Полувисше	1404 ч.	1016 ч.	2420 ч.
1997-2007 V период	Специалист	1275 ч.	1965 ч.	3240 ч.
2008-2011 VI период	Професионален бакалавър	1425 ч.	1835 ч.	3260 ч.

Въпреки общото увеличение, сравнявайки часовете за практическо обучение през V и VI период установихме, че през VI период те са по-малко с 130 часа. Нямаме логично обяснение на този факт, тъй като обучението по зъботехника цели формиране на практически умения и навици необходими за успешна реализация и практикуване на професията зъботехник. Направената периодизация и проучване на официалните документи за обучение по специалността "Зъботехника", както и собственият опит ни дадоха възможност да направим SWOT анализ на обучението по зъботехника в България.

В достъпната научна литература не открихме до този момент да е направен SWOT анализ на обучението по зъботехника. Според нас такъв подход е от особена важност за перспективното развитие на специалността в правилната посока, като отговор на порастналите очаквания на пациентите да получат за себе си най-качествения продукт за своето дентално здраве.

SWOT анализ на обучението по зъботехника в България

1. Вътрешен анализ - силни и слаби страни на обучението по зъботехника

А) Силни страни:

От въвеждане на обучението по зъботехника (1942г.) до сега то е претърпяло много реформи, които са продиктувани от реформите в страната (в областите образование, медицина, дентална медицина и здравеопазване).

Реформите при обучението са за да се изпълни целта на обучението по зъботехника.

През V-ти период се увеличават часовете за практическо обучение необходими за формиране на практически умения и навици.

Обучението се осъществява от квалифициран преподавателски състав.

Извършва се периодична атестация на

преподавателския състав.

Преподавателите осъществяващи практическата подготовка на студентите, по собствено желание и за собствена сметка, периодично посещават фирмени курсове, за да овладяват нови технологии в зъботехническата практика.

След 1997 г. възможност учебните програми да се изработват от преподавателите

Периодична актуализация на учебните програми според новостите в денталната и зъботехническата практика.

Качествен подбор на кандидатстудентските изпити.

Мотивирани студенти.

Системен контрол по време на обучението.

Контрол на изхода.

Положителна оценка за обучението по зъботехника от НАОА.

Висок % реализирани в практиката зъботехници.

Б) Слаби страни:

Дълъг период от време обучението е двегодишно и часовете за практическо обучение са в по-малко процентно съотношение спрямо теорията.

Учебните планове и програми са изработвани от МНЗ и не са актуализирани редовно.

До 1990г. обучението е провеждано по стари методи и технологии.

Обучението е провеждано с недостатъчно съвременна апаратура и недостатъчни консумативи.

През VI-ти период от 2008г. в ЕДИ, часовете за практическо обучение са намалени с 130 часа, което ще доведе до трудности при формиране на необходимите практически умения, навици и компетенции необходими за успешна реализация и качествено здравно обслужване на населението.

Недостатъчно развитие на различни форми на СДО (провеждани в колежите), отнасящи се до съвременни аспекти и технологии в зъботехническата практика.

Слаба научно - изследователска дейност на преподавателите, осъществяващи практическото обучение.

Недостатъчна обратна връзка за реализацията на дипломираните зъботехници, поради липса на регистър на завършилите "Зъботехника" в Медицинските колежи.

Липса на специализация за зъботехници и държавна политика по въпроса.

2. Външен анализ - възможности и заплахи при обучението по зъботехника

А) Възможности:

Ритмично осигуряване на финансови средства за закупуване на материали необходими за обучението. Периодично осъвременяване на зъботехническата апаратура и инструментариум, необходими за обучението.

Осигуряване на материали за практическо обучение на студентите по съвременни методи и технологии включени в учебните програми.

Увеличаване на часовете за практическо обучение в учебния план.

Регулиране на приема според потребностите на региона и според търсенето на специалисти от СМТЛ по зъботехника.

Организиране и провеждане на курсове СДО и специализации по актуални теми на съвременната зъботехника.

Възможност за обучение (следдипломно) по конкретни направления и технологии в зъботехническата практика по заявка на управители на СМТЛ срещу спонсорство.

Провеждане на адекватна политика от ръководството на МУ и Колежа за непрекъснато обучение и усъвършенстване на преподавателите, като специалисти по "Зъботехника" в крак с новите технологии в практиката.

Стимулиране на научно-изследователската дейност на преподавателите провеждащи практическото обучение.

Б) Заплахи:

Намалените часове за практическо обучение в ЕДИ от 2008г., могат да се окажат пречка при обучението по зъботехника, за формиране на необходимите практически умения и навици, необходими за реализацията на завършилите.

Икономическа криза, засягаща всички области на живота и икономиката.

Динамичните промени на световния пазар на материали и апаратура налагат нуждата от съвременно обучение на конкурентно способни специалисти.

Новите технологии в денталната медицина изискват преподаването и усвояването на нови технологии в зъботехническата практика (обезпечени материално).

Висококачествените, съвременни материали, апаратура и инструменти поради високите си цени, са трудно достъпни за закупуване в необходимите за обучението количества.

Навлизване в денталната и зъботехническата практика на скъпоструващи компютърни апарати и системи изискващи специална подготовка. Липса на силна професионална асоциация, която да представлява и защитава интересите на частно практикуващите зъботехници.

В резултат от проучените данни и направения анализ на обучението по зъботехника можем да формулираме следните изводи:

1. Направената от нас периодизация дава възможност за проследяване и анализ на обучението по зъботехника в България.
2. За първи път е направен SWOT анализ на обучението по зъботехника в България, което дава възможност за аналитични промени и възможност за коректив, осъвременяване и развитие на специалността "Зъботехника", като необходимо условие за успешната реализация на завършилите.
3. Липсата на регистър е проблем при проследяване на реализацията на завършилите и кадровата осигуреност от такива специалисти в страната.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон за висшето образование., Обн., ДВ, бр. 112 от 27.12.1995 г. и последвалите изменения публикувани в ДВ в годините.
1. Постановление №207 от 8.09.1998 г. за приемане на Наредба за ЕДИ, обн., ДВ, бр. 108 от 15.09.1998 г., изм., бр. 94 от 25.11.2005 г.

-
- | | |
|---|--|
| <p>2. Постановление № 238 от 26.09. 2008 г. за приемане на Наредба за ЕДИ, обн. в <i>ДВ</i>, бр. 87 от 2008 г.</p> <p>3. Постановление на МС № 61/20.05.1975 г.</p> <p>4. Постановление на МС № 23/21.05.1980 г.</p> <p>5. Постановление на МС № 52/09.11.1989 г</p> | <p>6. Постановление на МС №16/27.01.1997 г.</p> <p>7. Писмо № 22-00-22, 1.07.1997 г. на МОН</p> <p>8. Официална учебна документация за обучение по зъботехника в МК - Варна в сила от 1975 г. до 2011 г.</p> |
|---|--|

MEDICAL STUDENTS' OPINION CONCERNING THEIR FIRST IMPRESSIONS FROM THE PRACTICAL TRAINING IN CLINICAL BASES

Milcheva Hr.¹, M. Platikanova², A. Andonova¹, I. Mihov³

¹ Faculty of Medicine, Trakia University, Stara Zagora, Department of Health Care

² Faculty of Medicine, Trakia University, Stara Zagora, Professional Diseases Section, Department of Hygiene, Microbiology, Infectious Diseases and Epidemiology

³ General practitioner, Stara Zagora

SUMMARY

Justification: The educational process at a medical institute of higher learning has its specific characteristics that have a direct influence on the professional development of students – an intense learning process full of emotional encounters with the patients' pain and suffering. **Materials and Methods:** A direct group anonymous survey of students of medicine, nurses and maternity nurses at the Faculty of Medicine at the Trakia University has been conducted. A total of 56 fourth-year medical students, 25 nurses and 25 first-year maternity nurses have taken part in the survey. **Results:** More than half of the respondents had been to a hospital before the beginning of their studies and have had mixed feelings about the visit to the clinical bases. Their first impressions involve the condition of the clinical base and the organisation of labour. During their first hospital visit and encounter with patients, more than 2/3 of the future nurses and midwives and 100% of the doctors had accepted that "this is what reality is like" and that they "have to help people". However, the vast majority of respondents state that they find invasive manipulations stressful. Almost all students are motivated to study this profession and consider it appropriate for their clinical practice to start in the middle of the first term. **Discussion:** Medical students understand what the core of the profession they have chosen is. Even though they had mixed feelings during their first hospital visits and even though they felt stress as a result of various medical interventions, the respondents accept the situation.

Key words: Students, stress, clinical base, medical manipulations

INTRODUCTION

The educational process at a medical institute of higher learning has its specific characteristics that have a direct influence on the professional development of students – an intense learning process full of emotional encounters with the patients' pain and suffering. In this connection, the influence these factors have on the participants in the educational process is not always a positive one (1). The fact that half of the studies involve practical training and take place in clinical bases is highly persuasive in itself and renders it necessary to conduct a detailed examination of the actual work environment and of all factors (stress or motivating factors) associated with it that could have a negative influence on the participants in the educational process. Stress is the reaction of people exposed to too much strain or to any other requirements they face (3). Iv. Temelkov, Hr. Popov state that "psychological stress can increase or decrease a person's mobilising ability, directing him/her towards actively seeking a way to solve a problem or towards a passive attitude..." (2, page 68). It is these processes that lie in the basis of achieving good or

poor results, respectively, as far as the educational process in the field of medicine is concerned.

The objective of the current study is to establish the students' opinion as regards the presence of negative factors during clinical base practice, in particular, the factor of stress that directly or indirectly would affect the realisation of their practical training.

MATERIALS AND METHODS

A direct group anonymous survey of students of medicine, nurses and maternity nurses at the Faculty of Medicine at Trakia University has been conducted. A total of 56 fourth-year students of medicine, 22 nurses and 22 first-year maternity nurses have taken part in the survey.

RESULTS AND DISCUSSION

Judging from the answers to the first question in the survey, it has been established that approx. 2/3 of the students had visited a hospital for one reason or another before begin-

ning their studies at a faculty of medicine whereas less than 1/3 had not done so and a relatively low percentage had been hospitalised.

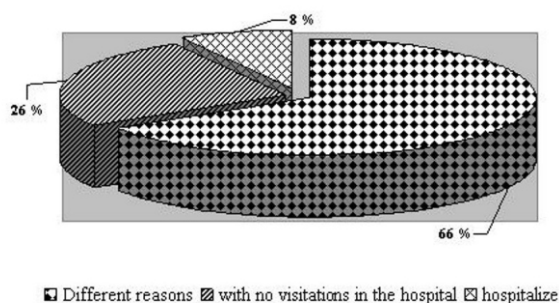


Fig.1 Data about the respondents' first contact with a hospital

Most respondents had been to a hospital before beginning their studies at a faculty of medicine, however, as "visitors". In the course of their studies, the students have become members of medical teams and have witnessed numerous invasive medical procedures. Directly or indirectly, the students from the three abovementioned disciplines take part in the provision of care and services to patients. For the unprepared, such processes might turn into sources of stress because these young people acquaint themselves with the health problems of people in different ages. The psychological stress, however, can motivate the students towards becoming more interest in the profession thus urging them to acquire the knowledge and skills required to provide health care services to patients. It is this effect exactly that we observe in 100% of future doctors and in more than 2/3 of the nurses and maternity nurses after their encounter with the sick. Their answers are unusually "this is what reality is like" and "we have to help people".

When answering to the second question, students are expected to describe the feelings and thoughts they had during their first visit to the hospital base – 65% of the students respond "I have to help these people" and the same percentage accept that this is what reality is like. 56% of the respondents have had mixed feelings and thoughts, whereas 33% do not give a concrete answer. A relatively low percent (11%) of the students felt fear during their first visits to the clinical base, 6% felt sick and 5% decided that "this is not for them".

We have asked the students about their first impressions of the hospital. Their first impressions involve the condition of the clinical base and the organisation of labour. A rather high percent of the respondents (24%) were impressed by the fact that some of the clinical bases have been renovated. During the past few years, some sections of the clinical base has been renovated which has had a positive effect on the comfort in hospital rooms and medical personnel's consulting rooms. According to 11% of the students, the organisation of labour in the medical teams on duty in some sections (unspecific) is poor. 6% of the respondents are of the opinion that patient care and treatment are not of the ex-

pected level whereas 6% believe that the personnel are rude to patients and students. A relatively low percent of the patients note that they have noticed the bad food (1%) and hygiene (2%) quality. Some students felt strongly impressed by observing a birth (2%) and abortion (3%). The quietness and the pictures of breastfeeding mothers in the corridors of the maternity ward have left a positive impression on 1 respondent.

The forth question was aimed at finding out what medical activities and manipulations students find most stressful. We can regard it as a positive thing that 45% of respondents say "None". 16% of the students find venous manipulations stressful whereas 8% regard septic bandages as a stress factor. Administering injections has caused stress in 7% of the respondents. What 4% of the respondents answer to this question is to watch punctures, to insert and remove drainages or catheters. To 16% of maternity nurses watching a birth, abortion, forceps extraction and episiotomy are medical procedures that inspire negative emotions.

The syllabi of the "medical nurse" and "maternity nurse" disciplines include practical training that starts during the first term. In the case of students of medicine, the clinical training starts after the sixth and eighth term.

The visits to the clinical base start at a stage when the students have not yet acquired sufficient theoretical knowledge and practical skills. Therefore, we have asked them when in their opinion the practical training should start. Future nurses and maternity nurses are almost 100% unanimous in their answers – half of them want their practical training to start during the second term and almost the same number –during the first term. One respondent has not answered the question.

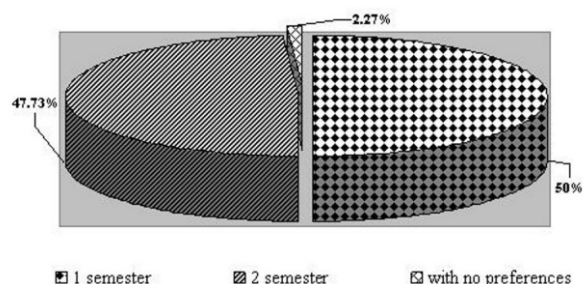


Fig. 2 Nurses and Maternity Nurses' Opinion regarding the Start of the Clinical Practice

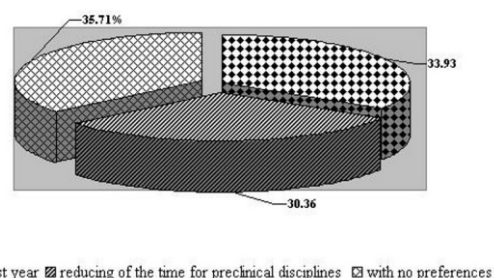


Fig. 3 The Opinion of Students of Medicine regarding the Start of the Clinical Practice

The students of medicine give different answers – 19 people want their practical training to start during the first year of their studies, 17 want the hours of preclinical disciplines to be reduced so that their practical training could start early. The remaining respondents do not give specific answers.

CONCLUSION

1. The medical students – 100% fourth year students of medicine and 2/3 nurses and maternity nurses from the Faculty of Medicine at Trakia University, Stara Zagora, have begun their studies assuming that this is a humane profession and that they will be able to help people. The stress upon the encounter with pain and suffering has been a motivating factor in the chosen discipline.
2. 66% of the respondents had different reasons when they visited a hospital for the first time, 26% had never visited a hospital whereas 8% had been hospitalised at some point.
3. The principal stress factors for students are the invasive manipulations.
4. The vast majority of students are motivated to study this profession and consider it appropriate for their clinical practice to start in the middle of the first term of their studies.
5. Medical students understand what the core of their chosen profession is.

BIBLIOGRAPHY

1. Achkova. M., Applied Psychology in Medicine and Health Care, Sofia, 2001, published by Coty Ltd
2. Temelkov Iv., Hr. Popov, Stress and Personality Crises, Sofia, 1987, published by Medicine and Sport Publishing House, page 68
3. Hallowell E., The Art of Stress Management, Sofia, 2008, published by Manager Publishing House

ВЪЗМОЖНОСТ ЗА ПОВИШАВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ЧРЕЗ ПРИЛАГАНЕ НА АДАПТИРАН VIPS МОДЕЛ НА СЕСТРИНСКА ДОКУМЕНТАЦИЯ

Борисова С.

Медицински университет „Д-р П. Стоянов” гр. Варна, ФОЗ, Катедра „Здравни грижи”

Ключови думи: здравни грижи, VIPS модел на сестринска документация, медицинска сестра, сестрински процес.

УВОД

Моделът VIPS за документация на извършените сестринските грижи е научно разработен и публикуван през 1991 г. в Швеция (5). Той е приложен с цел подпомагане в систематизирането на документацията относно извършените сестрински грижи и насърчаване на индивидуалния подход при работа с пациентите. Ключовите думи (според шведския правопис) на модела VIPS намират приложение във всяка една област от сестринските грижи (3):

Благополучие – Valbefinnande

Уважение към личността на болния - Integritet

Профилактика - Prevention

Безопасност – Sakerhet

Удовлетвореността на болния от процеса на оказване на грижи може да се разглежда като една от страната на всяко ключово понятие като има благополучие, уважение към личността на болния, профилактика и безопасност. Разработването на общи понятия и термини в сестринската практика е от съществено значение за ефективното използване на сестринските информационни системи (4). Философията на VIPS модела включва (5):

Отчитане на потребностите, ценностите и чувствата на болния приспособявайки се към болестта и влошеното здравословно състояние;

Прилагане на всички усилия от страна на медицинските сестри оказващи грижи, за да се гарантира оптимален комфорт на болния;

Определяне на цели и планиране на сестринските намеси съвместно с пациента, за да се обезпечат индивидуалните грижи за болния;

Предоставяне на сестрински грижи с високо качество, основани на науката и практическия опит.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Address for correspondence:

С. Борисова, 9002 гр. Варна ул. „Марин Дринов” №55,
Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов” гр. Варна,
ФОЗ, катедра „Здравни грижи”
e-mail: silvia.borisova@abv.bg

документален метод – литературен анализ, проучване на международен опит. социологическо изследване - анкетното проучване, проведено в период м. октомври 2009г. - м. ноември 2010г. сред работещи медицински сестри в УМБАЛ „Св. Марина” гр. Варна (80), УБ „Александровска” гр. София (65) и УМБАЛ „Г. Странски” Гр. Плевен (75).

РЕЗУЛТАТИ

Необходимостта от въвеждането на унифициран документ, в който ще се отчита всяка дейност извършена от медицинската сестра е очевидна и доказана практика в Европа. Тази необходимост е описана и от част от експертите в областта на здравните грижи в България в ръководства и научни проучвания. Възприемането и утвърждаването на официална сестринска документация ще даде възможност за практическа реализация на научно-обоснованата методология в сестринството (1). Изхождайки от факта, че здравните грижи са комплекс от медицински и немедицински мероприятия, извършвани в процес на опазване, възстановяване и промоция на здравето, считаме че медицинската сестра с успех би могла да взема решенията относно стила на живот, личното здраве и начина на оказване на сестринските грижи.

Интерес за нас представлява мнението на медицинските сестри, относно готовността за вземане на решение спрямо трудов стаж.

Изследваната готовност на медицинските сестри за вземане на решение относно грижите за здравия и болен човек сочи, че преобладават професионалистите с по-голям трудов стаж изразяващи категоричност в отговорите си. (Таблица 1)

Професионалистите със стаж до 10 години са категорични в оценката на своята готовност (71%). Между трудовият стаж и готовността за вземане на решение не се установява статистическа значима връзка ($\chi^2=1,6$; $p>0,05$). Идентично е мнението на медицинските сестри със професионален стаж между 20 и 30 години (70%). Допускаме, че това са медицински сестри с професионален опит, който е изградил умения за решени-

телност и готовност в поемане на лична отговорност относно грижите предоставяне на пациента.

Този резултат според нас е логичен, т.к. в учебните програми за придобиване на полувисше образование

Табл. 1. Готовност за вземане на решение (според трудов стаж)

Отговор	0-10 години		10-20 години		20-30 години		30-40 години		Общо	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Да	29	70.7	27	52.9	39	69.6	1	4.5	96	56.5
Не	1	2.4	0	0.00	2	3.5	2	9.1	5	2.9
Донякъде	9	21.9	21	41.1	13	23.2	13	59.1	56	32.9
Не мога да преценя	2	4.8	3	5.8	2	3.5	6	27.3	13	7.6
Всичко	41	100	51	100	56	100	22	100	170	100

Голяма част от сестрите са готови да поемат по-големи отговорности и да влияят върху развитието на сестринството.

Значителна част от медицинските сестри с полувисше образование изказват готовност за вземане на решения (36%). Тези резултати показват, че университетското сестринско образование и професионалния опит на медицинските сестри могат взаимно да се допълват. Професионалната пригодност на професионалиста по здравни грижи се формира и изменя както в процеса на обучението им, така и при упражняването на самата професия (1).

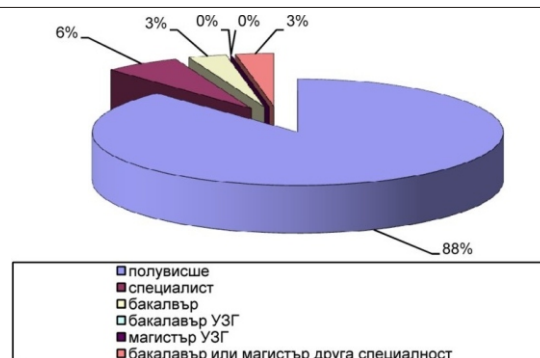
Предполага се, че познанията на медицинските сестри относно съвременни схващания за сестринството, основните положения на моделите на сестринските грижи дават възможност за по-добро осмисляне на съвременните теории за професионалното сестринство и по-точната организация на предприетите дейности.

Резултатите от нашето проучване относно информираността на медицинските сестри относно международните сестрински практики показват, че повече от половината участници в анкетното проучване познават сестринския процес, както и международният опит на сестрите за прилагането му (63%).

Значителна част от анкетираните медицински сестри посочват, че нямат достатъчна информация за международния опит на сестрите за прилагане на сестрински процес (24%). Все още у нас няма законов регламент за прилагането на процеса в практиката. От медицинската сестра, не се изисква да анализира състоянието на пациента и да поставя сестринска диагноза, не се прилага писмен план на грижите оказани от нея. По тази причина е логично, че има и сестри, които не познават международните сестрински практики и опита в прилагането на научно обоснована методология в сестринството (13%).

Анализът на негативните отговори на въпроса според образователната степен показва, че преобладаващата част от отговорилите негативно медицински сестри са с полувисше образование (88%) (Фиг. 1)

не намираше място новата философия на сестринството, включваща сестрински процес и сестринска диагноза. Единствено чрез различни форми на допълнително обучение тези професионалисти биха могли да се запознаят със новата визия на медицинската сестрата очертана в университетското образование и възможностите за прилагане на иновационни практики.



Фиг. 1. Информираност, относно международния опит на сестрите, за прилагане на сестрински процес (по ОКС)

На съвременния етап изграждане на умения и навици у медицинската сестра за клинично наблюдение, анализ на състоянието на пациента и прилагане на индивидуален подход в сестринските грижи е повече от необходимо (2).

ДИСКУСИЯ

Анализирайки нашия и международен опит в сестринското образование, както и предложените от редица автори у нас форми на сестринска документация, считаме за необходимо да предложим адаптиран модел VIPS – специфична сестринска документация, отразяващ петте етапа на сестринския процес. Според нас, разработката и внедряването в сестринския процес на модифициран за нашата практика модел VIPS, ще даде възможност за ясно и точно отчитане на извършените сестрински дейности по отношение на грижите за болния в съответствие с въведените иновации в практиката.

Модела VIPS се приема и използва в Швеция, Норвегия, Дания, Великобритания, САЩ. Анализирайки условията на сестринска практика у нас, както и откриване на съответствия в прилагането на сестрински процес, поставянето на сестринска диагноза и планирането на грижи, считаме за подходящо въвеждането на адаптиран VIPS модел – сестринска документация в практиката на медицинската сестра.

Съществуващата практика у нас за дейностите на медицинските сестри показва, че ролята, значението и труда на медицинската сестра е необходимо да се промени в съответствие със съвременните направления в реализацията на реформите в сестринството, а именно прилагане на сестрински процес.

Анкетното проучване показва, че медицинските сестри са информирани за сестринския процес и оптимистично гледат на него като бъдеще. От анализа на получените данни става ясно, че въпреки липсата на регламентирани компетенции, те са склонни да осъзнаят своя професионален статус, в съответствие с нормите приети в световното сестринско общество.

В практиката липсва унифициран документ, в който медицинската сестра качествено и количествено да се отразяват резултатите от извършените дейности за пациента. За да се промени тази ситуация в практиката на сестрата е необходимо законов регламент за прилагането на сестринския процес и документация за отразяване и регистриране на етапите от процеса. Официалната сестринска документация ще докаже големия обем дейности извършвани от медицинската сестра. Сестринския труд ще бъде оценен по достойнство във финансов и професионален аспект. Споделяме мнението на доказаните в България експерти в областта на сестринството, отнасящо се до необходимостта от унифициране на сестринската документация, която ще бъде основание за регламентирано заплащане на положения труд, повишаване на професионалната отговор-

ност и признаване на автономия в рамките на собствените компетенции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обсъждането на модела за въвеждане на сестринска документация на експертно ниво, ще подпомогне законово приемане и въвеждане на сестринския процес в професионалната дейност на медицинската сестра в България. Интензивният процес на промяна и развитие на събитията по отношение на иновациите в сестринската практика ще допринесе за издигане на авторитета на медицинската сестра и престижа на професията.

СПИСЪК С ЦИТИРАНИЯТА

1. Борисова С., Университетското образование на медицинските сестри като възможност за въвеждане на иновационни практики, Дисертационен труд за придобиване на научна и образователна степен „Доктор”, Варна, 2010.
2. Тончева С., Борисова С., „Възможности за формиране на клинично мислене на медицинската сестра”, *сп. Здравни грижи*, **4**, 2006
3. Ehnfors M., Thorell- Ekstrand I., Ehrenberg A., Towards basic nursing information in patient records. *Vard i Norden*, 1991, **21**, 12-31.
4. Ehrenberg A., Ehnfors M., Thorell-Ekstrand, The VIPS model - implementation and validity in different areas of nursing care. *Studies in health technology and informatics*, 1997, **46**, 408-410.
5. Gerdin U., Tallberg M., Wainwright P., The impact of nursing knowledge on health care informatics. *LOS Press*, 1997, 608.
6. Taylor S.G., Geden E., Isaramalai S. & Wongvatunya S., Orem's self care deficit nursing theory: Its philosophic foundation and the state of the science. *Nursing Science Quarterly*, **13**, 2000, 104-110.

НЕОБХОДИМОСТ ОТ ВЪВЕЖДАНЕ НА КРИТЕРИИ ЗА РЕГИСТРАЦИЯ И ОТЧЕТ НА ДЕЙНОСТИТЕ ИЗВЪРШЕНИ ОТ МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА

Борисова С.

Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“ гр. Варна,
ФОЗ, катедра „Здравни грижи“

Ключови думи: сестринска грижа, сестринска документация, контрол, качество, иновация.

УВОД

С развитието на медицината, нараства значението на здравните грижи свързани с непрекъснато подобряване и увеличаване на ролята на медицинската сестра при тяхното предоставяне. Според СЗО, медицинските сестри имат реален потенциал да отговорят на нарастващите нужди на населението при оказване на достъпни и качествени здравни грижи (6). В съответствие с препоръките дадени от СЗО, качеството на грижи, трябва да бъде гарантирано с оглед на сигурността, достъпността, оптималността и удовлетвореността на пациента (8).

Обективната оценка на цялостното състояние на пациента, дава възможност на медицинската сестра правилно да планира и предвиди действията си по отношение на възстановяване на неговата автономност. Въвеждането на сестринска документация, в която точно и ясно медицинската сестра да отразява оказаните сестринските грижи е необходимост, широко застъпена в теорията, докато в практиката се налага да се разработят критерии и да се проучат възможностите, нагласите и готовността на сестринското общество за нейното приложение (3).

Правилната последователност на оказаните сестрински действия, зависят от професионалната компетентност, уменията за прилагане на сестрински процес и изградената обстановка на доверие. Въвеждането на сестринска документация в практиката на медицинската сестра ще даде възможност за правилното определяне, извършване и оценяване на положените грижи. Сестринската документация ще отразява динамиката в състоянието на пациента, както и ще осигури приемственост и последователност в оказваните грижи (2).

Целта на настоящото проучване е да изследваме и анализираме нагласите, както и готовността на медицинските сестри за регистрация и отчет на дейностите из-

вършени в ежедневната им практика и предложим критерии за проследяване на тяхното качество.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

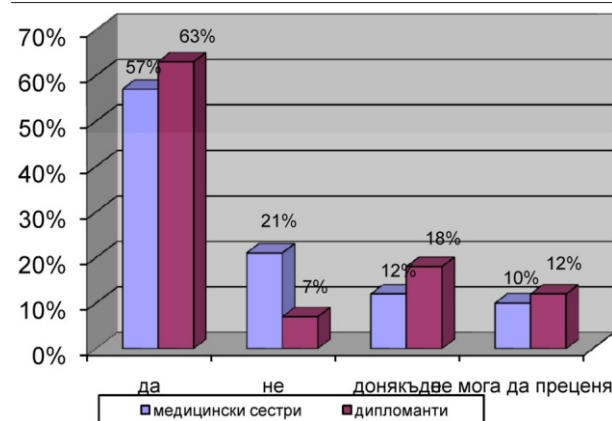
документален метод – литературен анализ, проучен международен опит, нормативни документи и документи на СЗО.

социологически метод – анкетното проучване, проведено от 08.2009 – 03.

2011 г. с дипломанти в специалност „Медицинска сестра“ на МУ – София, Варна и Плевен (160) и медицински сестри работещи в МБАЛ - София, Варна и Плевен (170);

РЕЗУЛТАТИ

Голяма част от анкетиранияте медицински сестри и дипломанти, отчитат положително значението на съвременното обучение при изграждането им като професионалисти в оказването на здравни грижи (Фиг. 1)



Фиг.1. Влияние на съвременното обучение при изграждането на професионализъм в областта на здравните грижи

Убеденост във високото ниво на обучение, което предоставя възможност за изграждане на професионализъм в предоставянето на здравните грижи изказват голяма част от анкетиранияте медицински сестри (57%) и

Address for correspondence:

С. Борисова, 9002 гр. Варна ул. „Марин Дринов“ №55,
Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“ гр. Варна,
ФОЗ, катедра „Здравни грижи“
e-mail: silvia.borisova@abv.bg

дипломанти (63%). Почти равностойни са отговорили-те на въпроса „донякъде” (12%, респ. 18%). Резултатите ни дават основание да считаме, че е оценена значимостта на университетското образование за новата роля на медицинската сестра.

Анкетираните медицински сестри ясно осъзнават нуждата от точно и ясно отразяване на дейностите извършени от тях (Таблица 1).

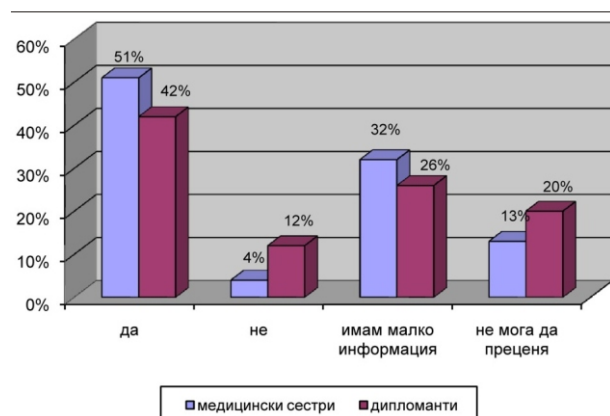
На зададения въпрос „Необходимо ли е в практиката си медицинската сестра да попълва сестринска документация”, данните от собственото проучване потвърждават очакванията ни за осъзнаване на необходимостта, както от медицинските сестри (84%), така и от дипломантите (78%). Въвеждането на сестринска документация прави възможна индивидуализацията на сестринските грижи, проследяване на тяхната после-

Табл. 1. Мнение, относно необходимостта от въвеждане на сестринска документация (според трудов стаж)

Необходимост от сестринска документация	Трудов стаж в системата на здравеопазването								Общо	
	0-10 години		11-20 години		21-30 години		31-40 години			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Да	32	25.6	58	46.4	24	19.2	11	8.8	125	100
Не	3	10.3	8	20.5	15	38.5	13	33.3	39	100
Не мога да преценя	1	3.8	3	11.5	2	7.7	0	0.0	26	100
Общо	36	21.2	69	40.6	41	24.1	24	14.1	170	100

Повече от две трети от медицинските сестри отчитат необходимост от въвеждане на сестринска документация в своята практика (74%). Сестрите с по-продължителен трудов стаж, в по-голяма степен отчитат необходимостта от точно и ясно отчитане на дейностите при оказваните здравни грижи (46%).

Оценката, поставена от анкетирания лица, относно готовността им за прилагане на сестринска документация е представена на Фигура 2.



Фиг. 2. Готовност за прилагане на сестринска документация

Установява се статистическа значима връзка между готовността на медицинските сестри за прилагане на сестринска документация и продължителността на трудовия стаж ($\chi^2=29.4$; $p<0.001$), както и образование ($\chi^2=31.9$; $p<0.001$). Високите изисквания в обучението на професионалистите по здравни грижи дават възможност за поемане на отговорности и професионализъм в предоставянето на здравни грижи, както и за активно участие в процеса на решаване на здравен проблем ($p<0.001$).

доватерлност и приемственост. поставянето на рационални сестрински диагнози в лечебно-оздравителния процес (Таблица 2).

Табл. 2. Необходимост от попълване на сестринска документация

Попълване на сестринска документация	Медицински сестри		Дипломанти		Общо	
	n	%	n	%		
Наложително	143	84.1	124	77.5	267	80.9
Да, но не винаги	15	8.8	19	11.8	34	10.3
Не считам, че е необходимо	12	7.1	17	10.6	29	8.7
Всичко	170	100	160	100	330	100

ДИСКУСИЯ

За предоставянето на качествени здравни грижи медицинската сестра трябва да притежава професионални знания, умения, съответстващи на изискванията за професионална компетентност и квалификация (4). За да изпълни очакванията на медицинския екип и на обществото, медицинската сестра преминава обучение, което ѝ гарантира широк обем познания, при съчетаване на теоретична и клинична подготовка (5).

Интерес за нас представляваше мнението, изказано от анкетирания лица, относно нивото на подготовка, което са получили при своето професионално обучение. Анализът на зависимостите между възможностите на съвременното обучение за поемане на високи професионални отговорности и трудовия стаж на ме-

дицинските сестри установява права слаба корелация ($r=0.143$; $p<0.05$). Поради това резултатите по отношение на трудовия стаж са само ориентир във възможностите, които предоставя образованието.

Между продължителността на трудовия стаж и мнението на медицинските сестри относно необходимостта от въвеждане на сестринска документация се установява статистически значима връзка ($r=0.243$; $p<0.001$).

Отговорите ни ориентират за осъзнатата роля и място на професионалистите по здравни грижи в хода на една точно поставена диагноза и едно точно лечение, като доставчик на важна част от медицинските услуги.

По отношение на необходимостта от въвеждане на сестринска документация сестрите имат ясна позиция за отчитането на дейностите в всяка практика ($p<0.001$).

Данните от собственото изследване сочат, че професионалистите по здравни грижи имат нагласа и готовност да работят и попълват сестринска документация (дипломанти (42%) и медицински сестри (51%)). Според нас, в практиката медицинската сестра оценява ролята, значението и организацията на сестринските грижи. Това е благоприятен фактор за въвеждане на промени в съответствие със съвременните направления в реализацията на реформите в сестринството. Нуждата от нова организация на сестринството се обуславя и от необходимостта за разширяване на спектъра от взаимосвързани и независими сестрински намеси.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В сестринската практика се очертава необходимост да се познава и прилага научнообоснована методология на професионалната дейност като сестрински процес, умението да се формулира проблема на пациента, да се поставя сестринска диагноза, да се анализира и само-

оценяват дейностите и грижите предоставени на пациента. Това с основание изисква поемане на по-висока отговорност и познаване на съвременната методология на сестринството. Като цяло резултатите и при двете групи респонденти, сочат положителната нагласа и готовност за въвеждане на унифицирана сестринска документация и отчет на дейностите извършени от медицинската сестра.

СПИСЪК С ЦИТИРАНИЯТА

1. Борисова С., Новите умения на медицинските сестри – гаранция за качество на здравните грижи, Ефективност в резултатите от изследвания на млади учени в областта на образованието, Русия, 2010
2. Борисова С., Университетското сестринско образование и неговото значение в условията на съвременното здравеопазване, *Trakia Journal of Sciences*, Vol. 8, Suppl. 2, 2010, 315-320.
3. Борисова С., Университетското образование на медицинските сестри като възможност за въвеждане на иновационни практики, Дисертационен труд за придобиване на научна и образователна степен „Доктор”, Варна, 2010.
4. Борисова С., Тончева С., Изграждане на умение за вземане на решение в базовото обучение на медицинските сестри, *Здравни грижи*, 3, 2010, 22-26.
5. Тончева С., Сестрински процес и сестринска диагноза – възможност за наблюдение, оценка и анализ на състоянието на пациента. Семейна медицинска сестра, Български червен кръст, София, 2009, 61-64.
6. Национална здравна стратегия на сестринството 2007-2012. *Здравни грижи*, 2, 2006, 4-7. Bevis, E., Caring. In *Curriculum Building in Nursing*, St. Louis: C.V. Mosby, 1989, 127-138.
8. www.who.int/topics/nursing/en/

АКТУАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА ОБУЧЕНИЕТО ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ НА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ

Стамболова И., М. Димитрова, П. Бикова

ФОЗ МУ София

УВОД

Технологичният напредък в медицината и здравните грижи изисква адекватно развитие на обучението на медицински кадри. Медицинските сестри, които навлизат в здравеопазната система, както и тези, които вече практикуват могат да поддържат високо качество на дейността си чрез качествено обучение и образование. В процеса на обучение по сестрински грижи, медицинските сестри получават необходимия минимум от знания и умения за работа в бъдещата си трудова дейност. Усвоените комуникационни умения и теоретична подготовка по здравни грижи, психология, етика, педагогика, клинични дисциплини и други са база за успешна професионална реализация. Въпреки трудностите, някои стари традиционни практики и организационни специфики в здравеопазването сътрудничеството между професионалистите по здравни грижи и лекарите има своето непрекъснато и вече европейско развитие. Професията на медицинската сестра се отнася към регулираните професии за които в страните от ЕС са приети единни стандарти.

От 2005 г. обучението на медицинските сестри се провежда във факултети и филиали на висши училища, които са акредитирани академични структури. Законово регламентираният държавни изисквания по тази специалност гарантират качеството на това четири годишно обучение, а медицинските сестри се дипломират с образователно -квалификационна степен "бакалавър" в направление "Здравни грижи".

Моделите, основани на потребности дават възможност за осъществяване на връзка между обществените потребности от здравни грижи и обучението на специалисти в тази сфера. Подготовката на кадри, чиито знания и компетенции са свързани с пазара на труда, както у нас, така и в страните от ЕС са визирани в стратегия "Европа 2020" за висшето образование. Тя налага обучение, базирано на компетенции с приоритет на професионалното и продължаващото обучение (7). Въз основа на компетенциите на медицинските сестри, придобити в обучението са определени и дейностите, които те могат самостоятелно и съвместно с лекар да извършват (5).

Address for correspondence:

И. Стамболова, МУ София, Факултет по обществено здраве, Катедра "Здравни грижи", София 1527, ул. Бяло море №8
e-mail: st_vania@abv.bg

Контролът и оценката на знанията и уменията на бъдещите медицински сестри е неделима част от учебния процес. Тя дава възможност на преподавателите да получат информация за степента на постигане на учебно-възпитателните цели.

Изследователски интерес представлява оценката на студентите медицински сестри за тяхната теоретична и практическа подготовка по здравни грижи и тяхната удовлетвореност от процеса на обучение.

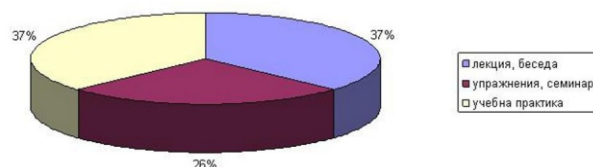
МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Целта на настоящото изследване е да установи оценката на стажант-медицинските сестри относно тяхната теоретична и практическа подготовка по здравни грижи и основните фактори, които оказват влияние в процеса на обучение във Факултет по обществено здраве към Медицински университет - София.

Проведено е анонимно анкетно проучване на 84 успешно положили държавни изпити медицински сестри през м. Юни 2011 г. За обработка на резултатите са използвани статистически методи за анализ. Изследването е извършено на генералната съвкупност дипломанти.

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЯ

Средната възраст на анкетираните лица е 25, 40г. От тях 69,04% от гр. София, останалите от страната.



Фиг. 1. Значимост на организационната форма на обучение

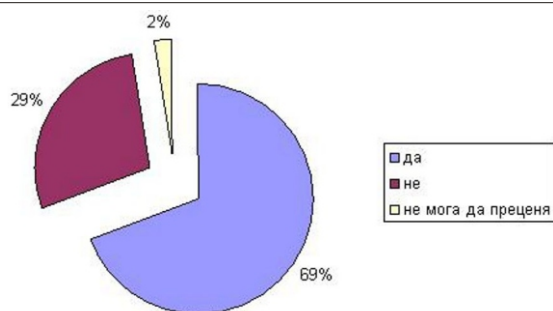
Учебните програми по които са обучавани студентите са актуализирани и хармонизирани през 2005 г. с тези в ЕС. Обучението - теоретично и практическо по сестрински здравни грижи е разпределено в 14 самостоятелни учебни дисциплини. Това позволява по-задълбоченото им изучаване и превръщането им в основен ак-

цент на подготовката на медицински сестри. Лекционните курсове по тези дисциплини във ФОЗ София се изнасят от хабилитирани преподаватели с базова специалност “медицинска сестра”, а практическите занятия и учебна практика се водят от опитни преподаватели с необходимата квалификация и специализации. По така реализираното обучение анкетираните лица оценяват подготовката си високо (с оценка по шестобалната система) на всяка учебна дисциплина. Средният успех от оценката на завършилите медицински сестри по учебните дисциплини по грижи е 5.37. Като най-успешна дипломантите отчитат подготовката си по “Сестрински грижи за пациенти с онкологични заболявания” – отличен 5.75 и по “Сестрински грижи при пациенти със соматични заболявания” – отличен 5.67. С най-ниска оценка е определена подготовката по “Сестрински грижи за инфекциозно болни”- много добър 5.07 и “Сестрински грижи при очни и УНГ болести”- много добър 4.94.

Табл. 1. Оценка на обучаващите се за организацията на обучението

Организация на обучението	Оценка на обучаващите се
1. график на учебни занятия	Мн. добър /4.98/
2. график на учебна практика	Мн. Добър /5.17/
3. обслужване от учебен отдел	Добър / 4.43/

В учебните програми по сестрински грижи съотношението между теоретично и практическо обучение е 1:1, 3. Поставените в процеса на обучението на медицинските сестри цели са насочени към придобиване на определено академично равнище на образованост, осигуряване на успешна професионална реализация и адекватен на придобитата степен на обучение социален статус и самочувствие (6,9).



Фиг. 2. Самочувствие на добър специалист на медицинските сестри при завършване на обучението

Процесът на обучение по здравни грижи дава възможност на обучаемите да достигнат висока социална зрялост (за което допринася и увеличаващата се в последните години средна възраст на обучаемите), както и да формират нравствени и културни ценности, значими за професията.

Организационните форми на обучение, които се използват в процеса на подготовка по здравни грижи са разнообразни и подходящо съчетани по време и вид според 82.00% от анкетираните. Класическата форма “лекция”, която има нова визия посредством съвременните технически средства за представяне остава една от най-важните форми в обучението на медицинските сестри. Учебно - практическите занятия, упражнения, семинари имат съществен дял за усвояване на практически умения и навици. Занятията по учебна и клинична практика са високо ценени от медицинските сестри, тъй като им дават възможност за самостоятелно прилагане на наученото в реална среда.

В процеса на обучение в различните учебни дисциплини в направление здравни грижи студентите споделят, че са подходящо използвани и добре съчетани от преподавателите словесни, нагледни и практически методи. Най-голям относителен дял в словесните методи има лекцията - 73.80%, от нагледните методи – демонстрацията- 69.04% и наблюдението - 53.57%, а от практическите методи „упражняването” се посочва като най-важен метод за обучението им по сестрински грижи - 92.85%! Именно чрез упражняване студентите медицински сестри извършват и повтарят професионални дейности чрез които се формират и усъвършенстват навици за бъдещата им работа (1,4,8).

Възможностите за постигане на високи резултати в подготовката на студентите зависят и от материално-битовите и организационни условия за обучение. Факултетът по обществено здраве разполага с учебни зали на територията на медицинския колеж и университетските болници. Анкетираните студенти оценяват базите със средна оценка добър 4.28. За най-добри са посочени учебните бази Медицински колеж и база " Лозенец".

Материално-техническите средства за онагледяване при различните форми на обучение са оценени най-високо в учебно -практичните зали на медицинския колеж. Около една трета от анкетираните споделят, че биха желали мулажите да са по-модерни и практични. Амортизацията на мулажите в момента не позволява качествен процес на обучение. Очаква се те да бъдат подменени с нови чрез средства по проект.

Организацията на обучението по сестрински грижи е оценено от анкетираните в три направления, представени в табл.1

Удовлетвореността и оценката, поставена на организацията и провеждането на преддипломен стаж е най- висока отличен 5, 85. Бъдещите медицински сестри споделят желанието си да им се предоставя възможност за избор къде да провеждат този стаж, съобразно интересите и програмата. Преддипломният стаж е основна форма за практическо обучение и по време на протичането му се осигурява възможност за окончателно затвърждаване на придобитите по време на обучението знания и умения. Това е учебното време в което стажантите работят самостоятелно,

проявявайки лична заинтересованост и отговорност (2, 10,11). Според ЕДИ за специалностите медицинска сестра и акушерката стаж ще се провежда в 7 и 8-ми семестри в рамките на 1600 часа (3). Това прави обучението през тези два семестъра много интензивно и изисква сериозна ангажираност от преподавателите по практика, наставниците и старшите сестри по бази.

Препоръките към обслужването от учебен отдел са най-вече от етичен характер - за предоставяне на по-пълна, точна и навременна информация по студентски въпроси, уважение и любезно отношение към студентите.

Качеството и добрите резултати от процеса на обучение по сестрински грижи дават самочувствие на добър специалист на 68,75% от анкетираниите медицинските сестри.

От тях 49, 5% считат, че това се дължи на подготовката по сестрински грижи, а останалите отдават резултатите си на положените от тях усилия, добрите преподаватели, отношението на пациентите към тях, личната им мотивация и желание да усвоят тази професия.

Удовлетвореността от качеството на обучение във ФОЗ се изразява чрез желанието на 88.0% от медицинските сестри да продължат обучението си в магистърска степен по Управление на здравните грижи или Здравен мениджмънт.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оценката на медицински сестри за обучението си по сестрински грижи, получено във ФОЗ МУ София е отлична. Те оценяват високо квалификацията, учебните форми и методи на преподавателския състав. Медицинските сестри считат, че са добре подготвени теоретично и практически за бъдещата си работа и имат необходимото професионално самочувствие - 69, 0%;, а факторите които влияят на този процес са компетентността на преподавателите, материално-битовите условия и графиците на учебните занятия. Очертават някои проблемни аспекти като: недостиг на преподаватели по практика, липса на литература по учебните дисциплини по сестрински грижи и

териториалната разпокъсаност на базите. Голяма част от анкетираниите медицински сестри- 88, 0% посочват, че желаят да продължат във ФОЗ обучението си за придобиване на магистърска степен.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воденичаров Ц., М. Митова, С. Младенова Медицинска педагогика, Артик 2001, С., 2008
2. Димитрова Е., Клиничната подготовка на медицински сестри, изд. Артик 2001, С. 2009
3. ЕДИ за придобиване на образователно-квалификационна степен бакалавър по специалността медицинска сестра и акушерка, **ДВ.бр 88/2010**
4. Младенова С., Здравно образование, Артик 2001, С., 2009, 83-90
5. Наредба №1 на МЗ от 08.02.2011 за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерки и асоциирани медицински специалисти и здравни асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно
6. Педагогика, Втора част - Теория на обучението - дидактика, под ред. на проф. Т. Попов, изд. "ТИПОГРАФИКА"ООД, С., 2005, 95-99
7. Пенчев Р., Моделите, основани на компетенци-мода или необходимост, Осма международна научно-практическа конференция "Висшето образование в България и стратегия Европа 2020, 17-18 юни 2011, пленарен доклад
8. Петров П., Дидактика, С., УИ "Св.Кл. Охридски"1992, 132-152
9. Стамболова И., Самочувствието на медицинските сестри като израз на тяхната професионална отговорност и удовлетвореност, *сп.Здравни грижи*, **бр.1**, 2010, 17-21
10. Стамболова И., Г.Чанева, Организация и провеждане на преддипломен стаж по управление на здравните грижи във ФОЗ, МУ-София, *The Trakia journal of sciences*, Trakia University, 2008, **том 6, бр.3**, 40-45
11. Чанева Г., Стамболова И., Удовлетвореност на студентите от преддипломния стаж по управление на здравните грижи, *The Trakia journal of sciences*, Trakia University, 2008, **том 6, бр.3**, 45-48

СОЦИАЛЕН СТАТУС НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА

Рангелова Ж.¹, К. Докова²

¹ *Катедра по Икономика и управление на здравеопазването,
Медицински университет Варна,*

² *Катедра по Социална медицина и организация на здравеопазването,
Медицински университет Варна.*

Въведение: Сестринската професия има ключово значение за функционирането на здравната система и качеството на предоставяните здравни услуги. Тревожните факти за недостиг на медицински сестри насочват към необходимостта от оценка на статуса и професионалната удовлетвореност на медицинските сестри в България. **Материал и методи:** През 2010 г. е проведено анкетно проучване сред 166 медицински сестри от Североизточна България. Събрана е информацията относно самооценката на сестрите за статуса на тяхната професия и за основните фактори, които го повлияват: Материална осигуреност; Възможности за професионална реализация и развитие; удовлетвореност от труда. Данните са обработени с SPSS 12.01. Използвани са описателни статистически методи. **Резултати:** Повече от 90% от медицинските сестри работят в болнични лечебни заведения, като 44% са със стаж повече от 20 г. Средната им възраст е 44 г (от 23 до 63 г.). Напълно удовлетворени от професията си са 29% от анкетираните, а 56% са удовлетворени отчасти. Готовност да повторят избора на професия заявяват 46% от медицинските сестри. Мястото на медицинската сестра в социалната стълба между богатство (1) и бедност (10) е определено като 7.8. Основният източник на неудовлетвореност на медицинските сестри е несъответствието между професионалното претоварване (средното ниво на стрес в работата е оценено на 8.4 по десетобална система) и ниско материално възнаграждение и недобро оборудване на работното място.

Ключови думи: социален статус, медицинска сестра, професионална удовлетвореност

УВОД

Сестринската професия има ключово значение за функционирането на здравната система и качеството на предоставяните здравни услуги. Тревожните факти за недостиг на медицински сестри насочват към необходимостта от оценка на статуса и свързаната с него професионалната удовлетвореност на медицинските сестри в България.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

През 2010 г. е проведено анкетно проучване сред 166 медицински сестри от Североизточна България. Събрана е информацията относно самооценката на сестрите за статуса на тяхната професия и за основните фактори, които го повлияват:

Материална осигуреност

Възможности за професионална реализация и развитие

Удовлетвореност от труда

Данните са обработени с SPSS 12.01. Използвани са описателни статистически методи.

Address for correspondence:

Ж. Рангелова, Катедра "Икономика и управление на здравеопазването", Медицински университет - Варна, Ул. Марин Дринов No 55, гр. Варна, 9000
e-mail: Jana.Rangelova@abv.bg

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Средната възраст на анкетираните сестри е 43.6 г. Преобладаващата част от тях работят в болница – 86%, като най-голям процент са в професията над 20 години – 44%. Като прибавим към тях и сестрите със стаж между 11-20 г. – 36%, очевиден е факта, че младото попълнение в тази професия е само около 1/5, което подсказва за съществуващите и назряващите сериозни проблеми в сестринската професия. Проблеми пред които ще се изправят в близко бъдеще лечебните заведения. Кой са основните фактори, които водят до отлив в тази изключително важна за обществото професия, според данните от изследването?

Един обобщен показател в тази посока е удовлетвореността на медицинските сестри от професионалната им кариера. Само 28% са напълно удовлетворени, 57% са частично удовлетворени и 15% изобщо не са удовлетворени. Ако съберем последните две категории, ще получим един доста висок процент на неудовлетворени и недостатъчно удовлетворени специалисти (72%), които при слабости и грешки в мениджмънта на лечебните заведения и на здравеопазването като цяло, и при подходящи външни оферти вероятно биха потърсили по-добра професионална реализация в други страни. Резултатите от този въпрос кореспондират и с резултатите от въпроса дали сестрите са удовлетворени от ра-

ботата, която изпълняват в настоящия момент. Само 39% са удовлетворени във висока степен, 35% - в средна степен и 26% - в ниска степен. Този, по същество контролен въпрос, отново показва, че 61% от сестринския персонал в изследваните лечебни заведения е частично или слабо удовлетворен от изпълняваната работа. Може би поради тази причина 44% от респондентите заявяват, че не се чувстват комфортно в лечебното заведение, където работят, а други 9% не са дали отговор.

Очевидно е, че удовлетвореността от професията в по принцип е нещо по-различно от удовлетвореността от професионалната кариера в конкретни условия. Отговаряйки на въпроса дали биха повторили професионалния си избор, въпреки изразената недостатъчна удовлетвореност от професионалната кариера при 2/3 от респондентите, 44% биха го повторили без колебание. Тревожното обаче е, че 36% се съмняват в правилността на професионалния си избор, а близо 20% са категорични, че не биха го повторили. Може би това е по-големият проблем на лечебните заведения, които работят с 56% сестрински персонал, съмняващ се в професионалния си избор или убеден в неговата неправилност.

Удовлетвореността от професионалната кариера и професията пряко кореспондират с мястото на анкетираните сестри в социалната стълба между богатството и бедността (1), където средната стойност е 7-ма позиция, т.е. на границата между средните и бедните слоеве в обществото. Към богатите слоеве (1-4 позиция) се определят само 8% от анкетираните, към средните слоеве (5-7 позиция) – 48%, а към бедните слоеве (8-10 позиция) – 44%. Най-фрапиращият резултат е, че към 10 позиция (социалното дъно) се причисляват 11% от респондентите. Интересно е, че когато разсъждават за мястото на българската сестра в социалната стълба те причисляват много по-голям процент към бедните слоеве – 63%, а към самото социално дъно – 21%. Очевиден е феноменът на “работещите бедни” сред голяма част от сестринското съсловие. В световен мащаб този феномен обикновено се свързва с професиите на нискоквалифицирания труд, с работата на непълен работен ден и пр.(2), какъвто очевидно не е трудът на медицинската сестра. Това определено е една сериозна социална диспропорция в нашето общество, доколкото един висококвалифициран труд се приравнява на практика с труда на социалните аутсайдери. Социалното положение на медицинските сестри до голяма степен е свързано с материалното възнаграждение на техния труд. Данните от изследването показват, че 82% от анкетираните го оценяват като много ниско (51%) и ниско (31%), а 86% посочват, че при тях липсват (71%) или почти липсват (15%) награди и поощрения.

Като най-важни причини за неудовлетворителното заплащане на сестринския труд в страната респондентите посочват: НЗОК – не е остойностен сестринския труд (70%); системата на здравеопазване у нас (68%); непрекъснатите реформи в здравеопазването (56%) и неумението на сестрите да отстаиват правата си (49%).

Ясно изразената си неудовлетвореност от материалното възнаграждение анкетираните сестри свързват по-конкретно със следните фактори: възнаграждението не компенсира високостресовия характер на работата (66%); висококвалифицирания сестрински труд е приравнен или по-слабо заплатен от нискоквалифицирания труд в редица други професии (66%); изискванията към сестринския труд са европейски, но не и възнаграждението (54%); възнаграждението не покрива важни нужди на сестрите и техните семейства (42%). Най-честите лишения на сестрите и техните семейства са по отношение на: почивки и пътувания (91%); техника (43%); дрехи (31%); друго (11%); храна (10%). Само 3% не се лишават от нищо.

Лишенията личат много ясно при отговорите на въпроса къде почиват сестрите по време на годишния си отпуск: в къщи (48%); работят и през почивката (21%); почиват в страната (16%); гостуват на роднини/приятели (13%); почиват в чужбина (1%); друго (1%). Очевидно е, че близо 2/3 от сестрите (69%) на практика не почиват, доколкото прекарването на отпуска у дома или на работа едва ли може да се определи като възстановяване на силите и здравето от високия стрес в работата на здравния работник. А фактът, че само 1%, т.е. 2 сестри от близо 200 анкетираните са си позволили почивка в чужбина е повече от красноречив.

В същото време 61% от респондентите свързват изпълняваната работа с много високо (46%) и високо (21%) допълнително натоварване, в условия на недостатъчна оборудваност на работното място според 76% от анкетираните, която е ниска при 52% и средна при 24%. Високи са и нивата на стрес в работата – средна стойност 8 по десетобалната система, където 10 е максималното ниво на стрес. Преобладаващата част от сестринския персонал (77%) съобщават за наличието на “прегаряне” в работата (burnout). В същото време от тях се очаква да изпълняват и функцията на психолог по отношение на болните, без самите те да имат тази специална квалификация. Затова 57% от тях смятат, че там където работят има нужда от болничен психолог. Въпреки сериозните затруднения в материален аспект сестрите работят усилено върху повишаване на професионалната си квалификация, като 53% от респондентите оценяват високо и много високо професионалното си израстване, а 48% оценяват по същия начин допълнителното си образование. Но и тук материалният аспект е водещ за мнозинството респонденти (82%), доколкото най-силният стимул за повишаване на квалификацията при 57% от сестрите е възможността за по-добра позиция, респективно заплащане, а при 25% - възможността за работа в чужбина, което отново е свързано с по-високо заплащане.

Неудовлетвореността от професията, кариерата и стреса в работата се отразяват върху здравето на сестрите, което според тяхната усреднена оценка е 4.33 по шестобалната система. Повечето от тях (87%) сигнализират за проблеми със здравето си, като според 33% те са сериозни до степен да се тревожат за здравето си, а

според 54% проблемите не са сериозни. Последното звучи доста странно на фона на високия процент посочили наличието на burnout синдрома и на посочената средна оценка на здравословното състояние.

Има и допълнителни факти, които заслужават да бъдат сподлени в контекста на здравето на сестринския персонал и да стоят на вниманието на здравните мениджъри. Голяма част от респондентите (59%) посочват, че пушат редовно (40%) и рядко (19%). Повечето нямат проблеми с алкохола, с изключение на 5%, които си признават, че пият редовно. По-тревожното е, че мнозинството сестри (87%) или нямат възможност да спортуват или нямат афинитет към спорта, тъй като 39% от тях не са спортували никога, а 48% спортуват рядко.

Усещането за стрес и "прегаряне" в работата се усилват и от редица други фактори, като баланса между между права и задължения на сестрите, обществени очаквания и авторитет на съсловната организация.

Мнозинството от сестрите (96%) са убедени, че задълженията им са повече отколкото правата (71%), или че изобщо нямат права (25%). В същото време 58% от сестрите са на мнение, че обществените очаквания към тях са силно завишени. А върхът на всичко е, че според 87% от анкетирания съсловната им организация не е достатъчно авторитетна за да отстоява техните права. Нещо повече, 25% от анкетирания споделят за отношение на състрадание от страна на непознати, когато разберат, че са сестри.

Удовлетвореност при сестрите може да се забележи само в човешките аспекти на професията и най-вече в сферата на взаимоотношенията и авторитета. Респондентите дават най-високи оценки на отношенията си с колегите (87%) и пациентите (84%), като споделят, че се ползват с висок авторитет сред колегите си (67%) и сред пациентите (76%). Не така стоят отношенията с администрацията. Въпреки, че 62% оценяват високо отношенията си с администрацията на лечебните заведения, 38% дават ниска и средна оценка на тези отношения.

И все пак, високата удовлетвореност от взаимоотношенията с колеги и пациенти очевидно компенсира проблемите с администрацията и влияе благоприятно върху адаптацията в колектива, която преобладаващата част от респондентите (83%) оценяват като много висока (50%) и висока (33%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наблюдава се тенденция на застаряване на сестринския персонал – в лечебните заведения не постъпват достатъчно млади кадри.

Мнозинството от сестрите изпитват неудовлетвореност от професионалната си кариера и изпълняваната работа в момента.

Голяма част от тях са разочаровани от професията и се съмняват в правилността на професионалния си избор. Една четвърт от сестрите директно заявяват намерение-

то си да търсят по-добра професионална реализация в чужбина.

Основните причини за професионалната неудовлетвореност на сестрите са свързани с проблеми от материален характер: професията е нископлатена и поставя голяма част от сестрите на ниските стъпала на социалната стълба - при бедните слоеве, а част от тях и на социалното дъно; освен ниските възнаграждения, сестрите рядко получават допълнителни награди и поощрения; възнаграждението не компенсира допълнителното натоварване и високостресовия характер на работата; освен това то е обидно ниско в сравнение с възнаграждението на нискоквалифицирания труд в други професии и не покрива важни нужди на сестрите и техните семейства; условията на труд не са достатъчно добри, особено оборудваността на работното място.

Други важни причини за неудовлетвореността на сестрите са от нематериален характер и визират недостатъчните им права, завишените обществени очаквания към тях, както и недостатъчния авторитет и съответно подкрепа от страна на съсловната им организация.

Не е достатъчно добро и здравословното състояние на сестрите, доколкото синдрома "burnout" е широко разпространен в това съсловие на фона на сериозни пропуски в здравословния начин на живот.

Удовлетвореността при сестрите се забелязва само при взаимоотношенията с колегите и пациентите, както и при адаптацията в колектива, където работят.

Необходимо е в контекста на здравната реформа Министерството на здравеопазването да обърне специално внимание на материалния статус на медицинските сестри: да се осигури съответствие между европейските изисквания към работата на медицинските сестри и нейното адекватно възнаграждение; НЗОК да осигури сестринския труд; да се въведе задължителна и еднаква за лечебните заведения система за атестация на персонала по категории персонал и осигуряване на средства за нейното прилагане.

Лечебните заведения да осигурят според възможностите си: стратегия за стимулиране на персонала; разпределяне на средствата съобразно системата за атестиране на персонала; програми за промоция на здравето и здравословния начин на живот; програми за справяне със стреса; назначаване на болнични психолози, които да обгрижват както болните, така и персонала. Съсловната сестринска организация да включи в приоритетите си: периодически провеждане на социологически изследвания за статуса и професионалната удовлетвореност на сестрите, които да се предоставят на висшестоящите управленски органи; периодически проучване на обществените очаквания за работата на сестрите и обсъждане на данните със сестринското съсловие; работа с общественото мнение за запознаването му с характера и проблемите на сестринската професия у нас с цел сближаване позициите на обществото и на сестрите.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тилкиджиев Н., Средна класа и социална стратификация, ИК “ЛИК”, София, 2002
2. Macionis J., (2003) Sociology, 9th edition, Prentice Hall, New Jersey, Pearson Education, Inc.

CLINICAL PRACTICE THROUGH THE EYES OF STUDENTS

Andonova A., M. Nikolova

Key words: Students, clinical practice, mastering of medical activities.

INTRODUCTION

In recent years there have been many changes in State Requirements to acquiring higher education in the specialty "nurse" for the degree "Bachelor". In order to optimize the learning process in line with EU requirements, practical training is now 50% of the total workload. Clinical (teaching) practice is an integral part of practical training together with pre-graduation experience. They are part of the main organizational forms of education(3). During the clinical practice students learn in real environment the medical activities. Proper planning and organization to academic practice is a guarantee for very good skills and professional knowledges. The training process make the students more responsibility, autonomy etc.(2). Planning, organizing and conducting educational practice must enable students to apply mastered during the training and workshops in the real hospital environment. This process should include evaluation of pre-theoretical, practical and mental preparation of each student and to ensure safety and quality health care for the patient. In the first year of their education future health professionals must learn basic care skills and some manipulations. The patient with their fears of health and illnesses participate as a part of a learning process in the medical schools(1).

MATERIAL AND METHODS

Conducted anonymous survey in April 2011 with 40 students from the third year in "nurse", Trakya University Medical Faculty. The questionnaire included 6 questions. The analysis of data was based on mathematical and graphical methods.

RESULTS AND DISCUSSIONS

In their first visit to hospital facilities more than half of the students-first year have experienced stress. About one third can not identify their feelings. The first visit to the hospital sometimes cause negative emotions. So its very important to choosing an appropriate time to initiate clinical practice . According to 65% of respondents: at the first semester the clinical practice should start in the middle of the semester-once a week. 25% think that twice a week is enough after seventh week of the semester. 10% can not judge.

Address for correspondence:

A. Andonova, 6000 Stara Zagora, Street "Armeiska" № 11, Trakia University, Faculty of Medicine, Department of Health Care
e-mail: andonova_a@dir.bg

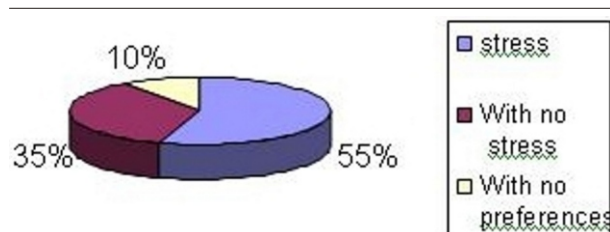


Fig.1-First year students-the stress of the first visit to hospital

According nearly half of the students the clinical practice should start in the second semester-once a week. 1/3-think twice a week and the other can not judge.

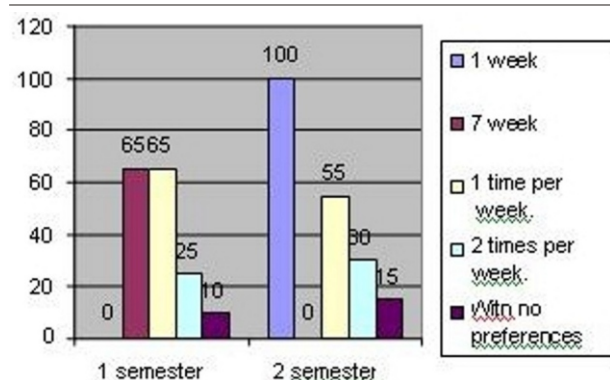


Fig.2-Opinion about clinical practice duration

The hours by clinical practice at the first year must be less than the other semesters. Its providing to the students opportunity to apply their practice. At the same time goes and the adaptation period of the students to the hospital environment. If the practice start later that gives opportunity for its full implementation. The utilization of the medical services from the students should be building on impact, while creating conditions for habituation with the new learning environment-academic and non academic.

The clinical practice at the first year occurs in internal and surgical clinics. This is opportunity for the students to acquire the notion about the basic principles of nurse-work in their respective sectors. Over the next semesters practical training takes place in other clinical settings. Almost all respondents(90%) think this is the right principle and the remaining 10% reported nursery sectors as well.

According to the curriculum in the first year students must acquire basic skills for conducting hygienic toilets, measure and record patient vital signs, perform injections and others. In the middle of the second semester 70% of respondents answered that they alone can measure vital parameters of

patients, 50% of respondents indicate that they may operate independently hygienic toilets and subcutaneous injection, intramuscular injection 15%.

Mastering injection technique is a long process that requires good theoretical training, experience and observation. 95% of the students think that the injection technique is quite difficult.

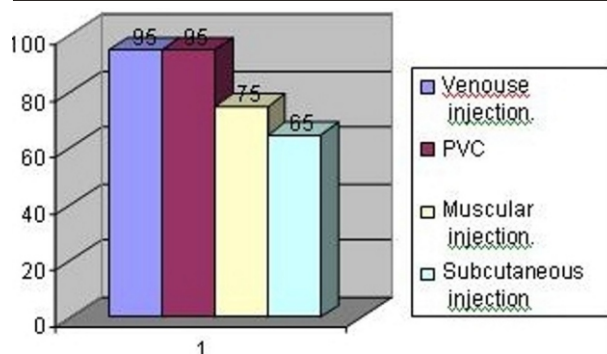


Fig. 3 - Ranking of medical activities by complexity

In their responses students identified as most difficult for them intravenous injection and insertion of peripheral venous catheter, followed by intramuscular injection and subcutaneous injection. These responses are consistent and guarantee that future medical professionals have acquired a correct notion responsibility and specificity of nursing profession early in their training.

CONCLUSION

Half of the students were under stress in his first visits to the hospital database;

Most respondents believe that school practices should begin in the middle of the first semester and is held weekly during the first year in internal and surgical clinics;

Over two thirds of students believe that they can independently measure the vital signs of patients, 50% to help out without hygienic toilets and subcutaneous injection.

Students have a clear notion of specificity and complexity of medical treatments and the profession of nurse.

REFERENCES

1. Mitova M, C.Vodenicharov, Pedagogical problems of medical education (medical pedagogic), Sofia 1998 ed. shedule Graphic Consult ltd., pg.187
2. Popov T., G. Hristov, P. Balkanska, L. Chakarova, B. Torniova, M. Aleksandrova, team, 2010., Medical pedagogic-ed. shedule Express, pages.245-251
3. Popov T., Hr. Milcheva, G. Petrova, 2008., Principles and metodic of the education, ed. shedule Kota, pages.100-104

PRE-GRADUATE INTERNSHIP OF STUDENTS FROM SPECIALTY “REHABILITATION” - INNOVATION AND MOTIVATION FOR CONDUCTING

Paskaleva R.¹, I.Koleva², K.Kostov¹

¹ Medical College at Trakia University - Stara Zagora

² Department of “Physical medicine and Rehabilitation,
Occupational Therapy and Sports” at Medical University - Pleven

SUMMARY

Practical training of students from Specialty “Rehabilitation” is performed in two directions: Practical activities of students in specialized offices under the guidance of a teacher; Clinical practice and pre-graduate summer internships in academic and practical bases under the supervision of a teacher and the active participation of a mentor. Pre-graduate internship of students from Medical College - Stara Zagora is in the sixth semester and it has an academic workload of 800 hours. It is held in certain clinics according to a curriculum and it is conducted at school - practical bases. In order to improve the criteria for evaluation and monitoring of trainees a trainee record was introduced for a daily reporting of the activity and the work with different patients under a guidance of mentors.

Key words: practical training, pre-graduate internship, record of the trainee, professional competencies.

INTRODUCTION

The pre-graduate internship provides an opportunity for assimilating the acquired practical skills and habits. It is a term-time when the trainees work independently and show personal interest. The most important point in the planning, organization and implementation of the internship is related to the definition of clear indicators and criteria for the practical training and professional competence of the students [6]. The specific features of the clinical practice and pre-graduate internship at the Medical College are:

- conducted in school practical bases to the patient's bedside;
- students work with real living object (patient) under the supervision of the teacher or a mentor;
- it provides opportunities for an application of acquired knowledge in a real working environment;
- it provides for communication at different levels - with colleagues, with the patient and his family;
- there are conditions for an application and a development of professional behavior [1].

Pre-graduate internship of students from Medical College - Stara Zagora is in the sixth semester and has an academic workload of 800 hours. It is held in certain clinics according to a curriculum and it is conducted at school - practical

bases. In order to improve the criteria for evaluation and monitoring of trainees trainee record was introduced for a daily reporting of activity and work with different patients under the guidance of mentors. The teacher makes a pedagogical assessment and controls the improvement of the acquired knowledge and skills. Together with the mentor the teacher makes a complex assessment of the students work during the pre-graduate internship.

During the pre-graduate internship the students defend a Course work project based on the work with patient of their choice in the field of Kinesitherapy. It includes an experimental work on a specific patient for one course of treatment. At the start of the procedures measurements and tests are carried out to determine the rehabilitation potential of the patients and to help drawing out a comprehensive rehabilitation program. The results of the rehabilitation are reported at the end of treatment period by re-diagnosis, giving recommendations for a rehabilitation of the patients at home and in specialized centers. The evaluation of the course work is included in the complex assessment of the pre-graduate internship.

Students work together in teams with the mentors under the supervision of a doctor of Physical Medicine and Rehabilitation, in a cooperation with a doctor – clinician and a family doctor - in the recovery and the treatment of traumatic, orthopedic, children, neurological and other diseases.

A small proportion of students held their summer internships and pre-graduate internship in specialized hospitals and rehabilitation centers in the country. This is done with the consent of those hospitals and a schedule made for the students. Once the internship is completed an experts' as-

Address for correspondence:

R.Paskaleva, Thracian University, College of Medicine, 6000 Stara Zagora

e-mail: ruska64@abv.bg

assessment and a certification of the courses are given, then the colloquia and the course work for pre-graduate internship take place at Medical College- Stara Zagora.

We set the following objectives in this project :

1. Determining the relationship between the formation of professional competence of students and their application in the educational and practical bases.
2. Satisfaction survey of the students in Rehabilitation of MC - Stara Zagora on the pre-graduate internship.

MATERIAL AND METHODS

An anonymous survey was conducted to the students of "Rehabilitation" training at the Medical College of Tr.U - Stara Zagora in 2010/ 2011 school year. The survey included 50 students from third grade. A mathematical - statistical treatment was applied to the results.

RESULTS AND DISCUSSIONS

The classes of clinical practice and pre-graduate internship are conducted at educational and practical bases in the municipality of Stara Zagora, at hospitals and outpatient care centers, specialized rehabilitation centers - under the guidance of mentors and teachers according to preliminary prepared schedules in compliance with the program of Clinical practice.

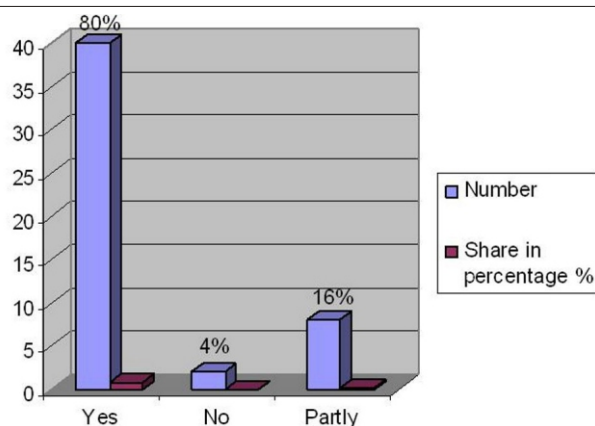


Fig.1. Is the time for conducting pre-graduate internship enough

The major bases for practical training of students are two hospitals –Hospital for active and multi treatment (HAMT) - "Prof. Stoyan Kirkovich" and University Hospital for active and multi treatment(UHAMT) , which have specialized rehabilitation ward and rooms equipped with a modern equipment for Physical therapy and Kinesitherapy. Both hospitals are accredited and have a highly qualified personnel. Other bases used for training the students are: "Diagnostically Consulting Center-1"(DCC1) , Specialized centers for rehabilitation, "Medico-social care home for children" and "Home for adults with physical disabilities and rehabilitation ward." They all have specialized rooms for Physical

therapy, Kinesitherapy and Pathology in the work with children and adults.

All training - practical bases are major users of the graduates from Medical College and give a very good evaluation for the preparation of the students.

The research shows clearly that the students are satisfied with pre- graduate internship conducted at the bases for practical training. The information from Figure 1 is definite regarding the duration of the pre- graduate internship, 80% consider that the time for internship is enough.

The quality of education depends on the collaboration of students, teachers and mentors. The teamwork between the students, mentors, doctors and other professionals is very important as a strategy for clinical training and as a factor enhancing the quality of clinical practice[2].

The activities of the mentors are aimed at professional impact on the students in order to achieve the necessary competencies to practice the profession, skills and habits, style of work, responsibility and discipline at work, teamwork with other specialists (Figure 2).

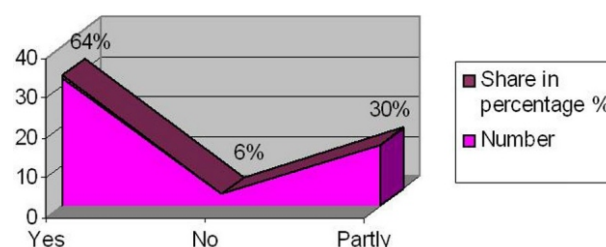


Fig.2. Satisfaction from organizing the teamwork during the pre-graduate internship

The majority of the surveyed students approved the work in a team - 64% and 30% indicate new opportunities for improving the organization of work, providing more opportunities for independent work by students during the pre-graduate internship.

In a team people rely on their cooperation to achieve maximum success and fulfillment of their objects. The secret of teamwork is to find a balance of skills and behaviors in a team as they are complementary [7].During the clinical experience and pre-graduate internship students from the specialty assimilate and improve the following professional competences:

- Active participation in the rehabilitation team together with other specialists;
- Prevention, health maintenance and recovery of the patient;
- Performing functional diagnosis in various diseases;
- Preparation and conducting Kinesitherapy treatment on different diseases of the muscular skeletal system, nervous system, respiratory and cardiovascular systems in children and adults;
- Applying methods of proprioceptive neuromuscular facilitation, (Methods of Kabat, Bobat and Vojta);
- Applying classical massage on different parts of the body;

Knowledge and study of reflex zones subject to massage action;
 Knowledge and application of massage techniques for various diseases;
 Knowledge and application of natural and perfromirani fizialni factors for treatment and prophylactic;
 Appling basic techniques of Electrotherapy and Light treatment;
 Appling basic local and reflective methods of Electrotherapy and Light treatment;
 Appling electro stimulation on diseases of the central and peripheral nervous systems;
 Knowledge and application of work rules and safety in specialized rooms for Kinesitherapy, Physical Therapy and Therapeutic Massage.

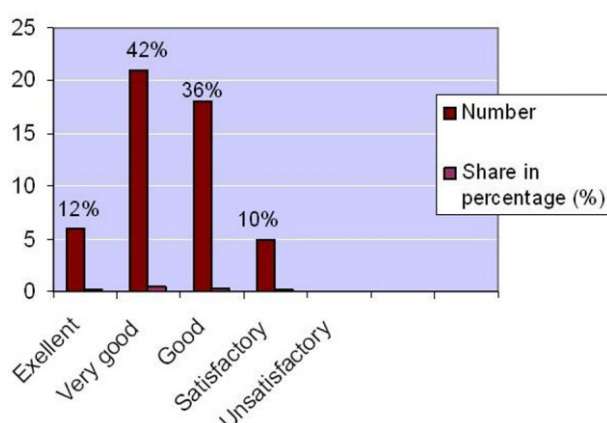


Fig.3. Evaluation of the professional competences

These competencies are essential for the practical work of students in educational and practical bases and the self-sufficient work with specific patient during the preparation for the course work. The results of Fig. 3 are clear evidence that the respondents are satisfied with the professional competencies, as 54% of them put an excellent and a very good assessment on their professional skills, and 36% put a good one. A lower assessment is given by only 10% of respondents. This is essential for their motivation to participate in the pre-graduate internship, for the application of theoretical and practical knowledge in the educational and practical bases, for their future career.

Professional competencies owned by the health professionals have been set in their qualifying characteristic, which is a key document of the school records and is consistent with the Regulation of the professional competence of the specialists in "Health Care" professional field, adopted in 2011 [3].

An evidence for improving the professional skills of students during pre-graduate internship is the information from Fig. 4, where 90% of respondents were satisfied with the knowledge and skills and they were able to work on their own with patients. They have regularly recorded carried out activities in a "Diary of the trainee" for a supervision and evaluation of individual work with different patients under the guidance of mentors. As guarantor of this is team work together with tutors supervised by a doctor of

Physical Medicine and Rehabilitation, in a gravitational doctor - clinician, family doctor - in the recovery and treatment of traumatic, orthopedic, children, neurological and others diseases.

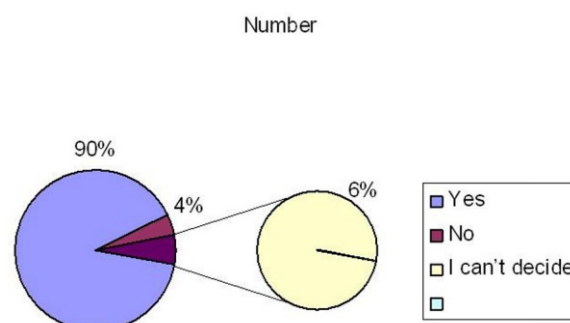


Fig.4. Improving professional skills

The mentor is a central figure in the practical training of students of the specialty. Their main task is to help the students in acquiring the medical profession, to familiarize them with laws and conditions for providing a quality health care, with the mistakes in the healing process and ability to correct them. The mentor should assist the students to form professional competences and ethical attitude towards the patient and his relatives.

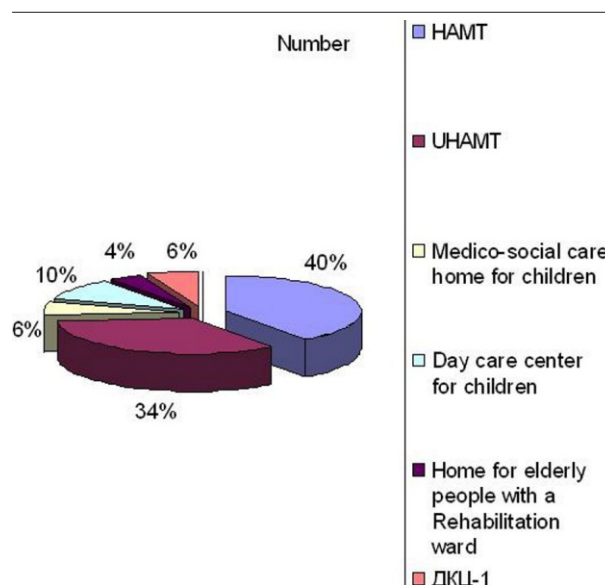


Fig.5. Bases for practical training of students, providing the best conditions for conducting the pre-graduate internship

Improving the quality of practical training had led to enlarging the number of educational practical bases and including specialized rehabilitation centers and Spa-health centers for training students of specialty "Rehabilitation". 40% of the respondents put at first place HAMT- "Prof. Stoyan Kirkovich" regarding the organizing of pre-graduate internship at the practical training bases, at the second place- UHAMT with 34%, while 26% of respondents are satisfied from the remaining bases (Figure

5). The students are satisfied with pre-graduate internship held in specialized "Day care center for children and youngsters with mental retardation," which is one of the few in the country, equipped thanks to international projects with rooms for Kinesitherapy, Physical Therapy, Occupational Therapy, special sensor and sound rooms, halls for Play Therapy and water treatment. There, with the help of mentors the training is conducted in special methods of Kinesitherapy for children with Cerebral palsy. The contemporary medical professionals have a new vision and confidence based on the quality of professional training which they obtain at the Medical College. During the training they form not only their professional competence but the personal qualities needed in the profession [3]. Therefore, the respondents indicate firstly the professional competencies - 32%, secondly the desire for work - 22% and thirdly the ambition - 20%, as qualities needed for a success (Fig. 6). They define the other two qualities as very important too - the communication skills-16% and the adaptability - 10%.

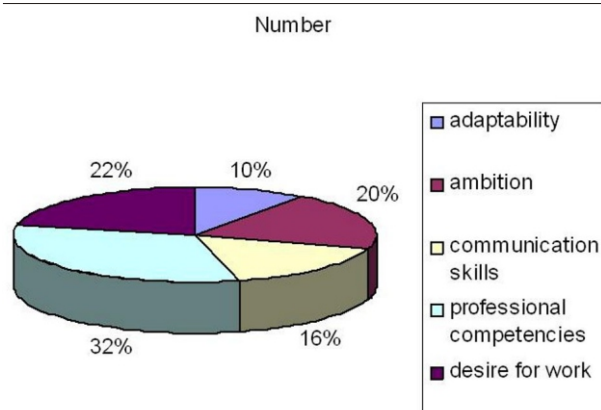


Fig.6. Qualities for a successful professional realization

All the respondents were definite about the need for all qualities - professional competence, desire to work, ambition, communication skills and adaptability for a successful career.

CONCLUSION

Computed results show that the conducting of pre-graduate internship of the students from third grade is at a high level, it responds to the Ordinance for Unified State Requirements for the specialty "Rehabilitation" and it is held in the training practical bases [5]. The guarantee for the quality of the students' education is the application of acquired knowledge, theoretical and practical skills at the practical bases under the guidance of a teacher and together with the mentors. That way the professional competences of the future rehabilitators are being improved and their application in the real working environment is guaranteed.

The good professional training and positive personal qualities of students are achieved through a high quality practical training and self-educating of the future specialists from specialty "Rehabilitation" in the health care system.

LITERATURE

1. Milcheva, Hr., Aspects of training in medical college, Stara Zagora, 2006.
2. Milcheva Hr., Ethico-deontological aspects of training, Stara Zagora, 2006.
3. Milcheva Hr., Andonova A. , Kyuchukova S., Health care for the patient, Gabrovo, 2011.s.8.
4. Mitova M., Methodology of teaching practice in Medical Colleges, Sofia, 1998, s.132.
5. Ordinance for uniform state requirements for specialties in professional field of "Health care" for the " Professional Bachelor" degree / OUSR / State Newspaper, 87, 2008.
6. Popov, T., Milcheva Hr., Petrova G. Principles and methodology of training in order of T. Popov, Assoc. Zagora: "Kota print", 2006.

НАГЛАСИ НА СТУДЕНТИТЕ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ ЗА НАУЧНОИЗСЛЕДОВАТЕЛСКА РАБОТА

Стамова Кр., К. Тодорова

*Медицински университет „Д-р П. Стоянов” - гр. Варна,
ФОЗ, катедра „Здравни грижи”*

РЕЗЮМЕ

Обосновка: Научноизследователската и развойна дейност, особено в областта на новите технологии, е ключът към бъдещия икономически растеж и създаването на нови работни места. ЕС има амбицията да стане най-динамичната световна икономика, основана на знанието. Това предполага големи инвестиции в научноизследователската дейност, която е източник на нови знания, както и в образованието и обучението, които дават на хората достъп до тези нови знания. Къде сме ние и готови ли сме да отговорим на предизвикателствата на съвременето. Целта на настоящото проучване бе да се изследват нагласите на студентите медицински сестри за провеждане на научноизследователска работа.

Материал и методика: Анкетирани са 38 първокурсници от специалността “медицинска сестра”, приети в Медицински университет “Професор д-р Параскев Стоянов”- гр.Варна за учебната 2010/2011 година. Проучването е проведено в периода 20-21 април 2011г. Приложен е анкетен метод (пряка групов анонимна анкета), анализ на литературни източници, документален метод. Данните са обработени чрез статистически и графичен анализ.

Резултати: Резултатите от проведеното проучване показват, че на половината от анкетираниите е предлагана информация и възможност да участват в научноизследователска работа. Половината от първокурсниците са склонили да участват в такова начинание, като за основен мотив повечето съобщават удоволствието от общуване с хората и възможността да научат нови гледни точки по изследван проблем. Студентите заявяват, че срещат подкрепа от страна на своите преподаватели, относно интересите си в това отношение. Интерес за изследване сред анкетираниите представляват области като рационално хранене, двигателна активност, психология, мотивация за учене, Философия и теоретични основи на сестринската практика, нововъведения в практиката и обучението.

Обсъждане: Бъдещите специалисти по здравни грижи имат желание и енергия, които да използват в изследването на научни проблеми в предпочитани от тях области не само в медицината. Те имат подкрепата на своите преподаватели, които им предоставят възможност за стабилни първи крачки в изпълнената с предизвикателства научноизследователска работа.

Ключови думи: възможности, научно-изследователска работа, студенти медицински сестри, сфери.

УВОД

За създател на науката за науката или наукознанието се счита видния английски учен Джон Бернал (създател и на молекулярната биология). Наукознанието започва да се формира като особена област на изследване през 60-те години на миналия век, макар, че знания за природата на науката и на научното знание, функционирането и условията за развитието на науката се натрупват още в древността. Бурно развиващата се научна и научно-техническа революция след края на Втората световна война поражда обществената необходимост от

комплексно изучаване на науката като цяло. Става ясно, че науката не е просто система от знания и особена форма на обществено съзнание, но и специфичен вид обществена дейност. Комплексът от социални функции на науката придобива зряла форма и се изясняват вътрешните взаимовръзки между всички аспекти на научната дейност, сама по себе си превърнала се в особено предмет на изследване. Наукознанието изследва процеса на научно-изследователската дейност в цялостната система на нейните предметно-съдържателни и социални характеристики и влиянието на науката върху развитието на производителните сили и обществения живот като цяло (10).

Научноизследователската и развойна дейност (НИРД), особено в областта на новите технологии, е ключът към бъдещия икономически растеж и създаването на нови работни места. Цел на ЕС е да инвестира повече в науч-

Address for correspondence:

Кр. Стамова, Медицински университет "Д-р П. Стоянов",
ФОЗ, катедра "Здравни грижи", гр. Варна, 9000, ул. "Марин
Дринов" №55.

ни изследвания, за да достигне Съединените щати и Япония по разходи за НИРД. През 2004 г. Япония е изразходвала за НИРД равностойността на 3,15% от брутният си вътрешен продукт (БВП), САЩ — 2,67%, докато ЕС е вложил средно 1,83%. Но зад тази цифра се крият значителни разлики между разходите на различните държави-членки на ЕС. Данните за 2006 г. показват, че Швеция и Финландия вече задминават Япония, докато други държави в ЕС влагат под 1%. ЕС има амбицията да стане най-динамичната световна икономика, основана на знанието. Това предполага големи инвестиции в научноизследователската дейност, която е източник на нови знания, както и в образованието и обучението, които дават на хората достъп до тези нови знания (14). 2009 бе обявена за Европейска година на творчеството и иновациите, за да се повиши осведомеността за значението на творчеството.

Европейският институт за иновации и технологии ще играе водеща роля за високи постижения във висшето образование, научните изследвания и иновациите в Европа. Той ще бъде финансиран от ЕС с 309 млн. евро за периода 2008 – 2013 г. Институтът ще се съсредоточи върху практическото приложение на резултатите от научни изследвания чрез създаване на „общности на знанието и иновациите“. Това е нов модел на партньорство, включващ университети, изследователски организации, компании, фондации и други организации. Сред първоначалните приоритети са глобалното затопляне, възобновяемите източници на енергия и следващото поколение информационни и комуникационни технологии (14).

В Националната стратегия за научни изследвания за периода 2005-2013 г. у нас се предвиждат мерки за повишаване на интереса към научноизследователска дейност във висшите училища, за създаване на условия за усвояване на съвременни знания от младото поколение и подготовка на нова генерация учени (9). В тази връзка редица Висши училища и у нас преразглеждат стратегията си в насока развитие на научноизследователската работа.

Като млади учени, на студентите днес се предоставят изключителни възможности.

ЦЕЛ

Целта на настоящото проучване бе да се изследват нагласите на студентите медицински сестри за провеждане на научноизследователска работа.

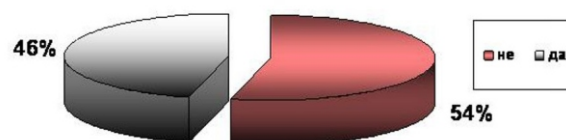
МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Анкетирани са 38 първокурсници от специалността „медицинска сестра“, приети в Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“- гр.Варна за учебната 2010/2011 година. Проучването е проведено в периода 20-21 април 2011г. Приложен е анкетен метод

(пряка групова анонимна анкета), анализ на литературни източници, документален метод. Данните са обработени чрез статистически и графичен анализ.

РЕЗУЛТАТИ

Резултатите от проведеното проучване показват, че на половината от анкетираните е предлагана информация относно провежданата научно-изследователска работа в МУ-Варна (46%, фиг.1.). Като тя е получена основно от преподавателите по кинична практика.



Фиг.1. Относителен дял на студентите, получили информация относно провежданата научно-изследователска работа в МУ-Варна.

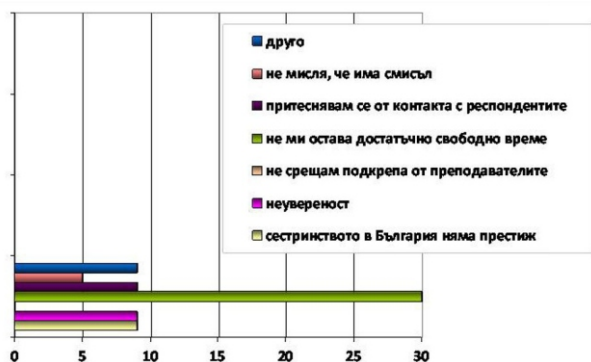
Научните изследвания в сестринските грижи е територия, очертана в базовото обучение (1,2,). Участието на медицинската сестра в научно-изследователска дейност е една от функциите, определена от СЗО за съвременната медицинска сестра (4). Естествено съвременното университетско образование застъпва и дава напътствия на бъдещите професионалисти по здравни грижи за предизвикателната в непозната все още за тях сфера като първокурсници (11,12,13).

Възможност за участие в научно-изследователска работа е предлагана на половината от анкетираните (49%). Студентите заявяват, че срещат подкрепа от страна на своите преподаватели, относно проявените интереси (65%). Като цяло склонност да провеждат научно-изследователска работа проявяват повече от половината от първокурсниците (59%). Все още не могат да преценят дали такъв род дейност представлява интерес една пета от анкетираните (21%). Още толкова категорично заявяват, че научно-изследователската работа не представлява интерес за тях (20%).

Основна пречка за участие в научната работа студентите изтъкват липсата на достатъчно време за подобен род дейност (30%, фиг.2.). Изследване, направено в периода април 2011 г. доказва недостатъчността на време за подготовка на същите студентите в учебния процес (7). Времето като фактор се оказва изключително важно и ценно в днешното забързано ежедневие. Дори студентите срещат трудност в съчетаването на различни роли като учащи, семейни, социални и други. Комуникативните умения са препяствие пред една десета от респондентите (9%, фиг.2.). Все още малка част от обучаващите се медицински сестри не се чувстват достатъчно уверени

и се притесняват от контакта с непознати. Неуверени като цяло са една десета от студентите (9%, фиг.2.). Явно липсва сигурността и увереността в това, че ще се справиш с поставените задачи. За такова съзряване е нужно още малко време за натрупване на опитност. Една десета от анкетираниите смятат, че сестринското изследване в България няма престиж (9%, фиг.2.). Не мислят, че има смисъл една малка част от анкетираниите (5%, фиг.2.). Съвсем в началото все още на своя професионален път като професионалисти по здравни грижи, първокурсниците, понякога и обезкуражавани от практикуващи колеги, нямат ясното виждане за мястото и възможностите за развитие на съсловие. Изследвания доказват, че в края на своето университетско обучение медицинските сестри имат ясно виждане за своето място в социалния и професионален живот. Те имат ясна ориентация за продължаващо обучение, реализация и професионално развитие (5,6,8).

Като "друга", но неконкретизирана причина за участие в научно-изследователска работа посочват една десета от анкетираниите студенти (9%, фиг.2.).



Фиг.2. Причини, които са пречка за първокурсниците за участие в научно-изследователска работа.

На въпроса: "Поради каква причина желаете да се занимавате с научно-изследователска работа?", една трета от студентите заявиха, че според тях това ще доведе до подобрения в сестринското обучение и практика (32%). Според една трета от проявяващите интерес към изследвания, причината се крие в удоволствието да общуват с хората и да научават техните гледни точки (30%). Подкрепата от страна на преподавателите мотивира една пета от анкетираниите (24%). Една десета се чувстват уверени (10%). Една малка част от студентите заявяват, че им остава достатъчно свободно време (5%), и че сестринската работа в България има престиж (3%).

Научно-изследователската работа привлича най-вече младежите с "възможността да научат гледните точки по изследвания проблем" (95%) и "възможността да научат нещо ново" (73%). Около една трета от респондентите са привлечени от този род дейност от "възможността да помогнат с получените резултати за решаване на проблема, който се изследва" (39%). Почти толкова намират "нещо интересно в това"

(32%). За една малка част от респондентите "това е забавна игра" (5%) или обичат да се занимават "със странична работа" (5%). Един от анкетираниите вижда "възможност да посещава различни Конференции и форуми", а друг "да се среща с хора с подобни интереси и да обменя информация и опит".

Относно желанията в каква сфера да е изследваният проблем, най-много са предпочитанията за областта на "рационалното хранене" - за повече от половината анкетирани (62%). Следват предпочитанията за "двигателната активност" (41%), "психологията" (35%) и "мотивацията за учене" (22%). Малко са желаещите да изследват в областта на "философията и теоретичните основи на сестринската практика" (16%). Един студент споменава "нововъведенията в практиката и обучението".

ДИСКУСИЯ

Резултатите от направеното проучване показват, че на студентите медицински сестри още в началото на университетското образование се предоставя информация и възможност за участие в научно-изследователска работа. Те са подкрепяни и насърчавани от своите преподаватели. Повече от половината анкетирани студенти имат желание да участват в изследователска дейност. Основна пречка пред респондентите за отказ от участие е недостига на време. А основни мотивиращи причини са любопитството да се научат гледните точки по изследвания проблем и новите знания, както и възможността да се помогне с получените резултати за решаване на проблема, който се изследва. Предпочитани области за проучване са рационалното хранене и двигателната активност.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Бъдещите специалисти по здравни грижи имат желание и енергия, която да използват в изследването на научни проблеми в предпочитани от тях области не само в медицината. Те имат подкрепата на своите преподаватели, които им предоставят възможност за стабилни първи крачки в изпълнената с предизвикателства научно-изследователска работа.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Борисова, С., С. Тончева, Изследователската дейност на медицинските сестри- територия, очертана в базовото обучение. Национална научно-практична конференция "Роля на професионалистите по здравни грижи в промоция на здравето" Поморие, Сборник доклади, 28-29.04.2007г.

2. Борисова С., С. Тончева, Научните изследвания в сестринските грижи- територия, очертана в базовото обучение, *сп. Здравни грижи, Книжка 1*, 2007г.
3. Борисова, С., С. Тончева, Съвременни схващания за обучението на медицинските сестри, Съюз на учените, Стара Загора, Международна научна конференция- Предизвикателствата пред науката във връзка с членството на България в Европейския съюз, Юни 2007г.,
4. Борисова, С., С. Тончева, Съвременни схващания за сестринството, Международна научна канференция, "Предизвикателствата пред науката във връзка с членството на България в Европейския съюз" Стара Загора, СУ, **том 6**, 63-67.
5. Борисова, С., Университетското сестринско образование и неговото значение в условията на съвременното здравеопазване, *Trakia Journal of Sciences*, **Vol. 8**, Suppl. 2, 2010, 315-320.
6. Георгиева, А., Кр. Стамова, Нагласи за непрекъснато обучение на студентките - дипломантки от специалност „Медицинска сестра" в Медицински университет - Варна, *Здравни грижи*, **3**, 2010 г., 8, 12-17.
7. Георгиева А., Цв. Димитрова, Източници на стрес при студентите от първи курс - специалност "медицинска сестра" в Медицински университет - Варна, Юбилейна научна сесия 50 години Медицински университет - Варна, 10 години Факултет по обществено здравеопазване, 7 - 8 октомври 2011, Варна.
8. Гочева, Г., А. Георгиева, Необходимост от иновации в сестринската практика, *сп. "Здравни грижи"*, год.VIII, 2010, **бр. 4**, с. 28-33.
9. Националната стратегия за научни изследвания за периода 2005-2013г.
10. Томов Т., Въведение в научната информация и методологията на науката, Материали в помощ на обучението по специалността "Здравни грижи", Варна, 2004, 1.
11. Тончева, С., Медицинската сестра - промотивни, профилактични, социални, педагогически функции. Задачи и роля. Работа в екип, Първична здравна помощ - Наръчник за медицински сестри, (второ преработено издание), Горекс прес, София, 2000, 7-22.
12. Тончева С., М. Недева, Специалността "Здравни грижи" с образователна степен "бакалавър" има своята нова територия в Медицински университет "Проф. П. Стоянов" - Варна, Хуманна медицина, Диагностика, терапия и хирургия. Социална медицина и психология, Съюз на учените - Стара загора, **том IV**, част 2, 2004, 141-146.
13. Тончева, С., Университетското образование на медицинските сестри - гаранция за високо качество на здравните грижи, Юбилейна научна сесия - 40 години Медицински университет, Варна, 5-6.10.2001г.
14. www.europa.eu.

МОТИВАЦИЯ ЗА ИЗБОР НА ПРОФЕСИЯТА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА

Стамова Кр.

Медицински университет „Д-р П. Стоянов” - гр. Варна,

ФОЗ, катедра „Здравни грижи”

РЕЗЮМЕ

Обосновка: В цял свят потребността от медицински сестри нараства, но в България ситуацията е кризисна. Националната здравна стратегия 2007-2012г. констатира факта за недостатъчността на медицинските сестри и набелязва няколко стратегически цели за справяне с проблема. Целта на настоящото проучване бе да се проучат и сравнят мотивите за избор на професията “медицинска сестра” на студентите първи курс в Медицински университет “Професор д-р Параскев Стоянов”- гр.Варна. за последните три учебни години - 2008/2009, 2009/2010 и 2010/2011.

Материал и методика: Анкетиранияте студенти първокурсници за последните три учебни години са: за учебната 2008/2009г – 24, за учебната 2009/2010г – 57 и за последната 2010/2011 – 38, приети в специалността “медицинска сестра”, в Медицински университет “Професор д-р Параскев Стоянов”- гр.Варна. Проучванията са проведени съответно през септември 2008г., септември 2009г и септември 2010г. Приложен е анкетен метод (пряка групово анонимна анкета), анализ на литературни източници, сравнителен анализ, документален метод. Данните са обработени чрез статистически и графичен анализ.

Резултати: Мотивите за избор на професията “медицинска сестра” през последните три учебни години са се запазили едни и същи за първокурсниците, с малки колебания. Като основни се посочват: личното желание за това, завършването на специалност, която ще даде възможност за реализация в чужбина и неприемането на част от анкетираните в желаната от тях специалност. Независимо от различните мотиви за кандидатстване, причините за избор да се обучават анкетираните в Медицински университет Варна остават едни и същи и в процентно отношение в трите изследвани от нас години. Най-често посочвана е причината: «този Университет ме привлича с високото ниво на преподаване». Запазил се е високият процент на тези, които имат представа за професията на медицинската сестра. За последните три години не се е изменило мнението на първокурсниците относно качествата, които според тях трябва да притежава медицинската сестра. Най-често изброявани са: „милосърдност”, „професионализъм”, „отговорност”, „всеотдайност” и „комуникативност”.

Обсъждане: Независимо от намаляващия брой медицински сестри у нас все още има мотивирани млади хора да упражняват хуманната професия, пред която стоят различни предизвикателства и се поставят все по-високи цели. Бъдещите бакалаври имат новото виждане и показват готовност за новото мислене в съсловието.

Ключови думи: медицинска сестра, мотивация, първокурсници, студенти, учебна година.

УВОД

Мотивацията /Motivation/ е движещата сила, която стои зад всички действия на индивида. Тя включва целева насоченост на поведението и изисква получаването на пряка и своевременна връзка между целенасочените действия и постигнатите резултати. Крайният резултат винаги има субективно значение и психологич-

ческа ценност. В психологията, мотивацията се отнася до начало, посока, интензитет и постоянство в поведението, желание и готовност да направиш нещо.

Без мотивация, способността за учене намалява. Ученето по един или друг начин се случва през целия ни живот. То започва още с раждането и продължава през целия живот на човека. За хората ученето е вродено. Макар че човек се ражда със способността и необходимостта да учи, не е задължително обучението да протече във формална среда. Мотивацията в най-общ смисъл е това, което оказва влияние върху предизвикването, избора, насоката и поддържането на човешкото поведение. Учащите имат нужда от специален стимул за

Address for correspondence:

Кр. Стамова, Медицински университет "Д-р П. Стоянов",
ФОЗ, катедра "Здравни грижи", гр. Варна, 9000, ул. "Марин
Дринов" №55.

активни, целенасочени и постоянни усилия в ученето. Мотивацията е това, което ги кара да изискват, трансформират и използват знанията. При учащите тя е свързана с желанието за участие в процеса на обучение. Но също така засяга причините, които лежат в основата на тяхното активно участие в академичните дейности. Макар че обучаваните могат да имат еднаква мотивация да изпълняват дадена задача, причините за тяхната мотивация могат да бъдат различни. Обучае- ем, който е вътрешно мотивиран, се заема с дадена дейност, заради самата нея и удоволствието, което тя предоставя, или удовлетворението от изпълнението ѝ. Ученик, който няма вътрешна мотивация се представя „за да” придобие възнаграждение или да избегне някакво външно наказание (15).

Какво накара младите хора у нас да изберат не лекия път в медицината, и в условията на криза да поемат по професионалния път на получаващата все по-голяма престижност професия „медицинска сестра”?

Днес в цял свят потребността от медицински сестри нараства. Националната здравна стратегия 2007-2012г. констатира факта за недостатъчността на медицинските сестри у нас и набелязва няколко стратегически цели за справяне с проблема (8).

През цялата история на човечеството медицинските професии са се смятали за едни от най-хуманните, тъй като още с тяхното възникване, успоредно с медицинските познания, се овладяват и познания, свързани с морала, с човешките взаимоотношения (1).

Д-р Билрот пише: „Да съумееш да помогнеш на страдащия – това несъмнено е една от най-прекрасните способности, с които човек разполага” (9).

ЦЕЛ

Целта на настоящото проучване бе да се проучат и сравнят мотивите за избор на професията „медицинска сестра” на студентите първи курс в Медицински университет „Професор д-р Параскев Стоянов”- гр.Варна. за последните три учебни години - 2008/2009, 2009/2010 и 2010/2011.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА

Анкетираните студенти първокурсници за послените три учебни години са: за учебната 2008/2009г. – 24, за учебната 2009/2010г. – 57 и за последната 2010/2011г. – 38, приети в специалността „медицинска сестра”, в Медицински университет „Професор д-р Параскев Стоянов”- гр.Варна. Проучванията са проведени съответно през септември 2008г., септември 2009г и септември 2010г. Приложен е анкетен метод (пряка групова анонимна анкета), анализ на литературни източници, сравнителен анализ, документален метод. Данните са обработени чрез статистически и графичен анализ.

РЕЗУЛТАТИ

Резултатите от направеното проучване, сравнени с резултати от анкетни проучвания, направени през две предходни последователни години установиха:

Анкетираните студенти първокурсници медицински сестри за послените три учебни години са: за учебната 2008/2009г. – 24, за учебната 2009/2010г. – 57 и за последната 2010/2011г. – 38.

Може би е важно да споменем, че класирането при према на студентите за последната учебна година бе по успех, а не по изброени от кандидатите желания, както е за предходните няколко учебни години.

За последната учебна година, както и за предходните две, в специалността медицинска сестра са приети само лица от женски пол. Независимо, че сред подаващите документи има и лица от мъжки пол, изброили специалността „медицинска сестра” някъде в листата на своите желания (11).

Сравнена с предходните две учебни години, прави впечатление лекото покачване на възрастовата граница на претите. Те са в процентно съотношение (спрямо останалите) малко повече в границите 25-30г., и дори над 30г.

Процентното съотношение на приетите студенти, идващи от селата също се е покачило. За учебната 2008/2009г. те са били съответно 20%, за учебната 2009/2010г. – 21%, а аз последната 2010/2011 учебна година – вече 26%.

Увеличил се е и процентът на приетите, завършили непрофилирано СОУ – от 9%, 25% и 32%. Намалел е броят на приетите възпитаници на Природоматематическата гимназия – от 7, на 3 и един студент.

Увеличава се процентното съотношение на приетите, имащи роднини, работещи в здравеопазването. Преди две учебни години те са били 8%, преди една – 28%, а тази – 34%.

Приетите да се обучават и да придобият званието професионалист по здравни грижи, имат все по-ясна представа за бъдещата професия. Наличието на близък, работещ в здравеопазната сфера, явно е причина за това, тъй като и самите респонденти го заявяват. Преди две години много ясно представа за избраната професия, според резултатите от анкетата са имали 38%, преди една година – 39%, а тази – 45%. „До някъде” са знаели какво ги очаква в професионален аспект съответно 59%, 56% и 55% от първокурсниците. За останалите представата е била „не съвсем ясна”.

Мотивите за избор на професия в общи линии са се запазили, с малки колебания (Табл.1.). „Това е мое желание” се движи като отговор в проценти през трите последни учебни години 2008/2009, 2009/2010 и 2010/2011 съответно: 33%, 74%, 37%. За последната година най-голям е процентът на отговора «ще завърша специалност, която ще ми даде възможност да се реализирам в чужбина» - 53%. Предната година процентът е бил 26, а по-предната – 33. През 2008/2009 учебна година най-голям е бил процентът на отговорилите „не ме при-

еха в желаната от мен специалност" (50%). За учебната 2009/2010г. процентът е бил 7, а за последната – 47. Процентът за отговора "възможност за лична изява и конкретна помощ на болните" за учебните 2008/2009, 2009/2010 и 2010/2011г. е съответно: 46%, 26% и 32%. „Примери на професионалисти, действали успешно в екстремни ситуации” е мотив в годините както следва за съответно 30%, 14% и 11% от респондентите. Отговорът „искам да завърша някакво висше образование” е мотивирал съответно 9%, за учебната 2009/2010г. нито един, а за последната 11% анкетираните. Прави впечатление, че едва тази година студентите са се решили да посочат допълнителни, освен изброените от нас мотиви. Някои бяха написали: „чувствам специалността близка до сърцето си”, „сякаш съм родена за това”, „това е моето презвие и сега разрах, че ще ме удовлетвори в живота”. Явно има първокурсници силно мотивирани от любовта и чувството за принадлежност към професията. За съжаление мотивът „престижността на професията” намалява като заявен от респондентите съответно от 21% на 16% и 13%.

от Варна” – от 17%, 12% до 29%. Причината да се дойде в големия град също остава за малко от приетите. Процентите са съответно: 4%, 7%, 3%. За последната година анкетираните не са посочили сами причина за избора на Университет. Но от предната година отговорите изразяват желанието у част от анкетираните да учат и практикуват хуманната професия, както и желанието за развитие след завършване на образование.

За последните три години не се е изменило мнението на първокурсниците относно качествата, които според тях трябва да притежава медицинската сестра. Най-често изброявани са: "комуникативност", "професионализъм", "съобразителност" "увереност", "отговорност", "милосърдност" "интелигентност", "състрадание" и др.

Запитани дали притежават изброените от тях качества, студентите отговарят: за учебните 2008/2009, 2009/2010 и 2010/2011г. е съответно: с "да" - 63%, 74% и 38%; с "отчасти" - 38%, 26% и 62%. Няма отговори на въпроса с "не".

Табл. 1. Разпределение на мотивите за избор на професия сред първокурсниците за последните три учебни години.

Предложени от нас отговори за това, кое е мотивирало респондентите да изберат професията на медицинската сестра	Процент отговорили от анкетираните за учебната 2008/2009г.	Процент отговорили от анкетираните за учебната 2009/2010г.	Процент отговорили от анкетираните за учебната 2010/2011г.
това е мое желание	33%	74%	37%
престижността на професията	21%	16%	13%
материална осигуреност	0%	7%	3%
това беше по желание на родителите ми	0%	7%	0%
примери на професионалисти, действали успешно в екстремни ситуации	30%	17%	11%
възможност за лична изява и конкретна помощ на болните	46%	26%	32%
възможност за лична изява в частна практика	21%	11%	13%
не ме приеха в желаната от мен специалност	50%	7%	47%
ще завърша специалност, която ще ми даде възможност да се реализирам в чужбина	33%	26%	53%
искам да завърша някакво висше образование	9%	0%	11%
лесно се завършва	0%	0%	0%
друго	0%	0%	9%

Независимо от различните мотиви за кандидатстване, причините за избор да се обучават в Медицински университет Варна остават едни и същи и в процентно отношение в трите изследвани от нас години. Най-често посочвана е причината: «този Университет ме привлича с високото ниво на преподаване». Процентите на отговорилите респонденти в годините 2008/2009, 2009/2010 и 2010/2011 са съответно: 76%, 82%, 72%. За последната година се е увеличил процентът на отговора: „аз съм

Относно дали запитаните имат желание да се обучават в записаната специалност, отговорите се движат в годините 2008/2009, 2009/2010 и 2010/2011г. съответно: за "изключително голямо": 20%, 47%, 26%. С "да" са отговорили съответно: 76%, 49%, 53%. Отговорите "не особено" са: 4%, 4%, 21%. Пак напомняме, че за последната учебна година преимът на студентите е бил по успех, а не по желание както за предходните учебни години. Равносметка ще можем

да направим в началото на следващата учебна година, когато ще разберем колко от сега обучаващите се ще продължат във втори курс.

ДИСКУСИЯ

Според получените от нас резултати в така направеното проучване можем да обобщим: За последните три години се е покачила възрастта на приетите в специалност "медицинска сестра". Приети са само жени. Увеличил се е процентът на идващите от селата. Намалел е броят на възпитаниците на Природоматематическата гимназия, като се е увеличил процентът на приетите възпитаници на непрофилнири СОУ. Увеличил се е и процентът на приетите, имащи в семейството си работещ в сферата на здравеопазването. Може би затова се е запазил и високият процент на тези, които наистина желаят да се обучават като медицински сестри. Както и на тези, които имат представа за професията на медицинската сестра. Според повечето автори, занимаващи се с проблемите на съвременното сестринство, здравните професионалисти имат ясна визия за своята нова роля в обществото, встъпвайки едновременно в качеството не само на медицински изпълнител, но и като активен участник в екип, със свои автономни функции и отговорности (5).

За последните три години не се е изменило мнението на първокурсниците относно качествата, които според тях трябва да притежава медицинската сестра. Най-често споменавани преди две години са "милосърдност" и "професионализъм". Студентите споменават и: знаеща, умееща да работи в екип, амбициозна, да се стреми към усъвършенстване, да е добър мениджър. За миналата година на първите две места са качествата "отговорност" и "всеотдайност". Правят впечатление изброени качества като: "да умее да запазва самоублаждение", "издръжливост", "с добър външен вид". Последно приетите първокурсници поставят на първите две места качествата "професионализъм" и "комуникативност". Сред изброените са и "търпение", "уравновесеност", "психическо самосъхранение". Като че ли качествата от касаша останалите - доброта, милосърдност и др., постепенно се изместват към такива, водещи до съхраняване на самата личност. Така например един студент е споменал "прекалено здравии нерви". Всички изброени са качества, които се изискват от съвременната медицинска сестра. И ако процентът на притежаващите от части тези качества, за последната година малко се е покачил, то можем да се облегнем на проучване, направено през март 2009 г. сред дипломантки медицински сестри, което показва, че значителна част от респондентите оценяват положително ролята на висшето сестринско образование за формирането у тях на личностни качества, като състрадание, милосърдие (98,1%),

търпение (89%) и целеустременост (94,5%), които са основните добродетели, присъщи на медицинската сестра и извисяват предоставянето на здравните грижи във високо хуманна професия, в съответствие с философията на сестринството и новите обществени потребности (7).

Относно мотивите за избор на професия - те не са се променили много - с малки колебания. Но така или иначе от започналите 100% първокурсници до края достигат средно около 92%. Като причини за отпадането са: на първо място приемането на завършилите първи курс в друга специалност на МУ-Варна, невзети изпити или финансови. А завършилите бакалаври по здравни грижи изявяват желание да работят в тежки отделения - реанимация, хирургия, спешно отделение. Проучване, проведено през март - април 2010 г., показва готовността на завършващите образование медицински сестри за продължаващо обучение (5). Голям процент от дипломантите имат желание и продължават образованието си в магистърски програми (11). Добрата реализация на завършилите медицински сестри в МУ-Варна и високото мнение на работодателите за същите, потвърждават високо ниво на образование, което получават възпитаниците на ВУЗ (3,11,12,13).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение можем да кажем, че независимо от намаляващия брой медицински сестри у нас все още има мотивирани млади хора да упражняват хуманната професия, пред която стоят различни предизвикателства и се поставят все по-високи цели (2, 4,6,14). Бъдещите бакалаври са мотивирани да се обучават, работят и да се развиват като истински професионалисти по здравни грижи, такива каквито и съвременното ги изисква (10). Те имат новото виждане и показват готовност за новото мислене в съсловието.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Белоев Й., Грижи за болния и сестринска техника. София, 2000.
2. Борисова С., Университетското сестринско образование и неговото значение в условията на съвременното здравеопазване, *Trakia Journal of Sciences*, Vol. 8, Suppl. 2, 2010, 315-320.
3. Борисова С., С. Тончева, Съвременни схващания за обучението на медицинските сестри, Съюз на учените, Стара Загора, Международна научна конференция- Предизвикателствата пред науката във връзка с членството на България в Европейския съюз, Юни 2007г.,
4. Борисова С., С. Тончева, Съвременни схващания за сестринството, Международна научна конференция, "Предизвикателствата пред науката във връзка с членството на България в

- Европейския съюз" Стара Загора, СУ, том 6, с.63-67.
5. Георгиева А., Кр. Стамова, Нагласи за непрекъснато обучение на студентките - дипломантки от специалност „Медицинска сестра" в Медицински университет - Варна, Здравни грижи, 3, 2010г., 8, 12-17.
 6. Гочева Г., А. Георгиева, Необходимост от иновации в сестринската практика, Здравни грижи, 4, 2010, г.8, 28-33.
 7. Йорданова Д., А. Георгиева, Роля на университетското образование за цялостно формиране на здравните професионалисти, Годишник на Технически университет - Варна, 2009г.
 8. Маркова Ст., Национална здравна стратегия на сестринството. Здравни грижи, 2, 2006, 4 -7.
 9. Мухина С., И. Тарновкая, Теоретични основи на сестринските грижи, Плевен, 2006.
 10. Стамова Кр., П. Върбанова, Тип сестринско поведение - формиран от медицинските сестри - дипломантки и предпочитан от пациентите, Научно-практическата конференция с международно участие "Иновации в образованието" 04 - 07 юни 2010 г., Варна, с. 33-34.
 11. Учебна документация на МУ - Варна за специалност "Медицинска сестра", ОКС "бакалавър".
 12. Тончева С., М. Недева, Специалността "Здравни грижи" с образователна степен "бакалавър" има своята нова територия в Медицински университет "Проф. П. Стоянов" - Варна, Хуманна медицина, Диагностика, терапия и хирургия. Социална медицина и психология, изд. Съюз на учените - Стара загора, **том IV**, част 2, 2004, с.141-146.
 13. Тончева С., С. Борисова, Образователни възможности за повишаване на компетенциите на медицинската сестра, *сп. Здравни грижи*, **IVбр.** 2006г., с.12-17
 14. Тончева С., "Медсестры в болгарии являются составной частью современного Европейского сообщества медсестер", Bulletin of the Medical institute after G. Mehrabian, **vol. 5**, tom, Yerevan, 2009, p. 170-177
 15. www.psychologia.net.

МИГРАЦИОННИ НАГЛАСИ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТИ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА” И „УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИ ГРИЖИ”-БАКАЛАВЪР, КЪМ МУ-ПЛОВДИВ

Стоянова Р., Н. Атанасов

*Катедра „Здравен мениджмънт, икономика на здравеопазването и обща медицина”,
ФОЗ, Медицински университет Пловдив*

ABSTRACT

This article investigated migration attitudes of students in “Nurse” and “Health care management” - bachelor degree at the Medical University - Plovdiv and the factors that form them. The study is based on direct anonymous survey of students with registration card. The survey results show that the main determinants influencing emigration attitudes of respondents are presence work at the moment (employment in Bulgaria) and age.

Key words: nurses, emigration, labor market.

РЕЗЮМЕ

В статията се проучват миграционните нагласи на студенти от специалности „Медицинска сестра” и „Управление на здравни грижи” - бакалавър, към МУ-Пловдив и факторите, които ги формират. Изследването се базира на пряко анонимно допитване на студентите с анкетна карта. Резултатите от проучването показаха, че основните детерминанти, оказващи влияние върху емиграционните нагласи на анкетираните лица са наличието на работа в момента (заетостта) и възрастта.

Ключови думи: медицински сестри, емиграция, пазар на труда

УВОД

Негативните демографски и здравни показатели на населението в Р. България, както и по света създават потребност от увеличаване на броя на медицинските сестри. Според проучване на US Department of Health and Human Services, изследващо пазара на труд за медицински сестри през 2002 година, изводите още тогава са, че търсенето на медицински сестри превишава многократно предлагането и тази тенденция ще се задълбочава в годините (5).

За справянето с проблемите, произтичащи от недостига на медицински сестри, развитите страни все по-активно набират кадри от изостаналите и развиващите се страни, което създава възможност за възникването на миграционни нагласи.

България, като част от глобалният свят също е застрашена от емиграция на подготвени и обучени медицински кадри, поради ниското равнище на доходи и социалните условия у нас.

Целта на настоящото проучване е да се изследват емиграционните нагласи на студентите от специалности „Медицинска сестра” и „Управление на здравни

грижи”-бакалавър, към МУ-Пловдив и факторите, които ги формират.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Изследването се базира на анкетно проучване сред студенти в специалност „Медицинска сестра” и „Управление на здравни грижи”-бакалавър, към Медицински университет гр. Пловдив, проведено през периода април-май 2011 година.

Използвано е пряко анонимно допитване на студентите с анкетна карта, съдържаща девет затворени въпроса, от които три свързани с демографски характеристики и два отворени, свързани с причините, формиращи миграционните нагласи на анкетираните студенти. Въпросите бяха групирани в няколко панела, с цел да бъде получена информация за следните измерители - 1) възрастова структура, заетост, и семейно положение, 2) намерение за емиграция и оценка за реализиране в чужда страна, 3) езикови умения на анкетираните лица. Използвани бяха четири и пет степенни скали за оценка, според естеството на въпросите.

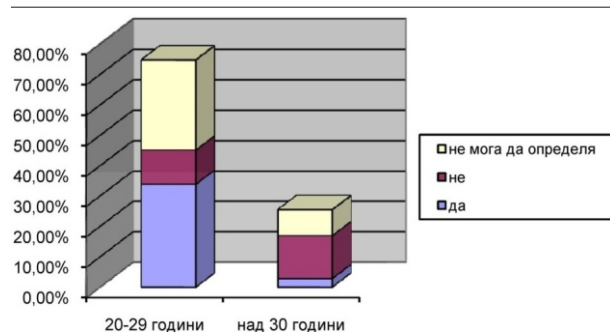
В анкетното проучване взеха участие 71 студента, от които 43 студента от специалност „Медицинска сестра” и 28 студента от специалност „Управление на здравни грижи”-бакалавър. Средната възраст на извадката е 26 години и 4 месеца.

За обработка на данните беше използван софтуерен продукт SPSS 17 и Excel for Windows. Използвани са дескриптивен анализ, хи-квадрат анализ за изследване на връзки и коефициент на Крамер за изследване и оценяване на зависимости в наблюдаваните обекти.

РЕЗУЛТАТИ

Анализът на получените данни показва противоречиви нагласи на медицинските сестри за емиграция в чужда страна. Наблюдава се съществена разлика в отговорите на въпроса „Имате ли намерение да емигрирате и упражнявате вашата професия в чужда страна?”, според възрастовата структура на анкетираните лица. Поради това ги разделихме в две групи: 1) лица на възраст от 20-29 години и 2) лица над 30 години.

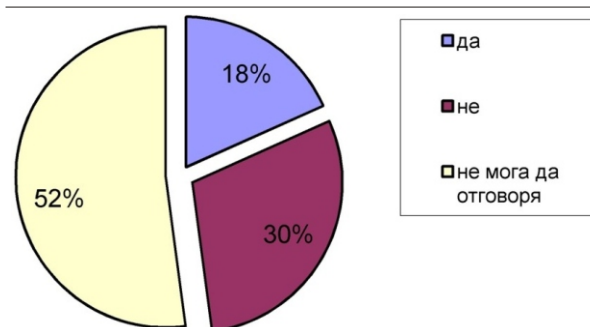
От анкетираните лица на възраст от 20 до 29 години - 33,8% (24 лица) са с намерение трайно да емигрират в чужбина, а на възраст над 30 години едва 2,8% (2 лица) са дали положителен отговор. Много е висок дялът на лицата, които се двоумят в своя отговор: 38% - 27 лица (виж Фиг.1).



Фиг. 1. Намерение за емиграция според възрастта на анкетираните

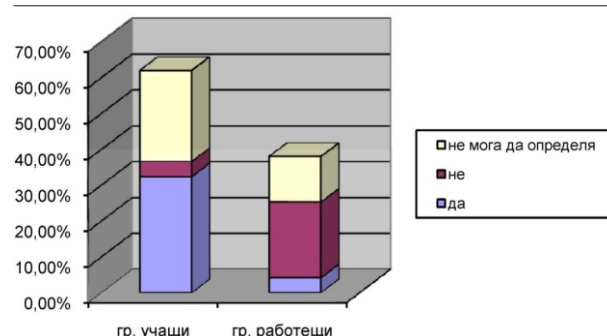
И според аналогично проучване за емиграционните нагласи на медицинските сестри, проведено във Варна от Хр. Христова през 2009 година изводът е че, по-склонни към емиграция са лицата в по-млада възраст (4). Друг интересен извод, който прави изследователката, е че нагласите на медицинските сестри за преселване в друга държава са едва 14,9% от анкетираните, а за временна емиграция в продължение на няколко години около 30% от анкетираните. Както е видно в нашето изследване вече 36,6% са с намерение за постоянна емиграция в чужбина, а на въпроса свързан с временна емиграция в чужда страна положителните отговори са дали 18,3% от анкетираните (виж Фиг. 2). Това е един индикатор за промяна в нагласите на анкетираните лица от временно упражняване на професията в чужбина, към трайно емигриране.

Разпределението на отговорите на въпроса, свързан с трайна емиграция на медицински сестри, зависи силно и от тяхната трудова заетост, т.е. тези, които вече практикуват своята професия и лицата, които към настоящият момент са само учащи се.



Фиг. 2. Намерение за временна емиграция в чужбина

От анкетираните 71 лица, на въпроса работите ли (свързан с трудовата им заетост): 62% (44 лица) са отговорили отрицателно, а 38 % (27 лица) са отговорили положително, което ни дава основание отново да разделим последващите отговори на въпросите от анкетата на две групи: група на работещи и група на учащи. Отговорите на въпроса „Имате ли намерение да емигрирате и упражнявате вашата професия в чужда страна?”, според заетостта на анкетираните лица са показани на Фиг. 3:

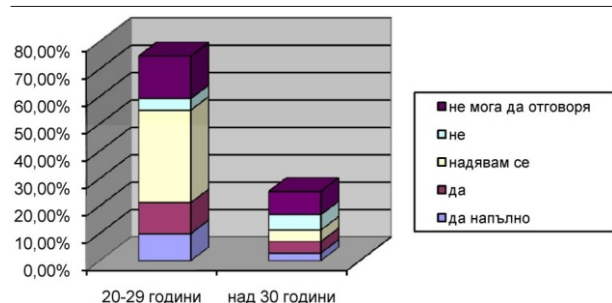


Фиг.3. Намерение за емиграция според заетостта

По-склонни към емиграция са лицата, които все още не работят – 23 студента са дали положителен отговор на този въпрос, което е 32,4% от изследваната съвкупност, докато от групата на работещите утвърдително са отговорили само 3 от анкетираните лица, което е едва 4,2%. Отрицателните отговори съответно са 4,2% (3 лица) от групата на учащите и 21,1% (15 лица) от групата на работещите. Общо 38% (27 лица) от двете групи не са могли да отговорят на този въпрос.

Решението за емигриране на медицинските сестри зависи и от субективната им оценка за реализацията в чужбина - 66,2% от анкетираните лица вярват, че ще успеят да се реализират успешно, 23,9% не са могли да отговорят на този въпрос и само 9,9% смятат, че няма да успеят да се справят с предизвикателствата, съпът-

стващи емиграцията. По-уверени отново са лицата в по-млада възраст. Разпределението на отговорите според възрастовата структура на анкетираните е показано на Фиг. 4.



Фиг. 4. Оценка за реализация в чужбина според възрастовата структура на анкетираните лица

Според проучване на Рохова и колектив, главните пречки за емиграция в чужда страна са езиковите бариери за 83,3% от анкетираните медицински сестри (3). В нашето проучване 50,7% се определят с много добро ниво на владеене на чужд език, като не малък процент са посочили владеене на повече от един чужд език. Най-много от анкетираните са посочили добро ниво на владеене на английски език - 42,3%, немски език - 9,8%, руски език - 9,8%, френски език - 5,6%, италиански език - 2,8% и турски език - 1,4%. Към момента на проучването 26,8% от анкетираните лица посещават курсове и активно изучават чужди езици, като 14,1% от тях са с изразено намерение за емиграция.

Таблица 1. Хи-квадрат тест и коефициенти на контингенцията на Крамер.

№	Променливи		Хи-квадрат тест		Сила на зависимостта	
	Независима	Зависима	Хи-квадрат отношение	Значимост	Коефициент на Крамер	Значимост
1.	Възрастова група	Намерение за емиграция	13,101	0,001	0,430	0,001
2.	Заетост	Намерение за емиграция	23,671	0,000	0,577	0,000
3.	Семейно положение	Намерение за емиграция	18,491	0,018	0,361	0,018

Активното изучаване на чужди езици от медицинските сестри, както и либерализацията на световните трудови пазари за високо квалифицирани кадри могат да доведат до нови негативни процеси в здравната ни система. Това налага да се анализира текущата ситуация у нас и да се предприемат адекватни действия за задържане на здравните ни работници чрез редица мотивационни фактори – по-добро заплащане, по-добри условия на труд, признание и уважение на медицинското съсловие и др. Това са и основните социално-икономически фактори, които са посочили анкетираните лица, като предпоставка за емигриране в чужбина. От анкетираните лица, които са с намерение за постоянна емиграция в чужбина, 57,6% са посочили, като

причина по-високото заплащане. На второ място с 24,2% е по-високият престиж, който предлага професията им в чужбина, 21,2% са посочили по-добри условия на труд, 21,2% - по-добър начин на живот и 18,2% - по-добри възможности за реализация

Измерване на силата на зависимост между миграционните нагласи и фактори като възраст, заетост и семейно положение на анкетираните

При изследване за наличие на статистически значими зависимости в случаите, когато факторната променлива е на слаба, а резултативната на силна скала се препоръчва дисперсионен анализ (1). Тъй като зависимата променлива в нашия случай - „намерението за емиграция с цел упражняване на професията зад граница” е на слаба скала, а факторната - „възраст” на силна, дисперсионният анализ е неподходящ. За целта сме ранжирали анкетираните студенти в две групи в зависимост от тяхната възраст – група със стойност 1 (от 20 до 29 години) и група със стойност 2 (на възраст над 30 г.), след което прилагаме хи-квадрат анализ.

За измерване на силата на статистическа зависимост при променливи, измервани на слаби скали, се използват следните коефициенти: коефициент на корелация на ранговете на Спирман; коефициенти на контингенцията и точково-бисериален коефициент (2). В нашето изследване сме се спрели на коефициента на контингенцията на Крамер (Cramer's V), който е подходящ при крос таблици с различен брой на редовете от колоните и чиито стойности зависят от хи-квадрат отноше-

нието. Същите методи сме използвали и при изследването на зависимостта между заетостта, семейното положение и нагласите за емиграция. Резултатите са поместени в таблица 1.

ИЗВОДИ

Резултатите от проведеното проучване на емиграционните нагласи сред студентите от специалности „Медицинска сестра” и „Управление на здравните грижи” – бакалавър, към МУ Пловдив показват наличие на умерено силна зависимост между възрастта и желанието за напускане на страната (Вж. на табл.1). Най-тясно изразена е връзката между променливата заетост на ан-

кетираните и тяхното желанието за емиграция, като в случая коефициентът на Крамер е относително най-голям. Необходимо е да отбележим, че двете изисквания относно надеждността на Хи-квадрат анализа (теоретичните стойности във всяка клетка да не бъдат по-малки от 1 и по-малките от 5 стойности на теоретичните честоти да не са повече от 20% от клетките) не са налице при връзката „семеино положение – намерение за емигриране”. В този случай и коефициентът на Крамер е относително най-малък. Това ни позволява да стигнем до заключението, че семейното положение не влияе съществено върху нагласите за работа в чужбина. В крайна сметка като основни детерминанти на емиграционните нагласи се открояват две променливи – наличието на работа в момента (заетостта) и възрастта на студентите.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Гоев В., Статистическа обработка и анализ на информацията от социологически, маркетингови и политически изследвания. УИ Стопанство., С., 1996, **133**
2. Мишев Г., С. Цветков., Статистика за икономики. УИ Стопанство., С., 1998, 150 – 153
3. Рохова М., Мутафова Е., Костадинова Т., Икономическата криза и миграцията на здравните професионалисти, Световната криза и икономическото развитие, Сборник доклади от юбилейна международна научна конференция, Икономически университет - Варна, Наука и икономика, 2010. 167-179.
4. Христова Хр., Емиграция – характеристики и нагласи на медицинските професионалисти. Магистърска теза, Варна, 2009.
5. Paul F. Clark, James B. Stewart, Darlene A. Clark, The globalization of the labour market for health-care professionals, International Labour Review; 2006; **145**, 1-2; ABI/INFORM Global, 38-41.

ИЗТОЧНИЦИ НА СТРЕС ПРИ СТУДЕНТИТЕ ОТ ПЪРВИ КУРС - СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА” В МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ВАРНА

Георгиева А., Цв. Димитрова

*Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов” - гр. Варна,
ФОЗ, катедра „Здравни грижи”*

РЕЗЮМЕ

Увод: Висшето образование поставя пред студентите по-големи изисквания към техните психофизически сили и адаптивни възможности за приемане на учебно натоварване. Това води до появата на различни по характер и интензитет реакции на стрес. **Цел:** Да се изследва мнението на студентите медицински сестри от първи курс, относно източниците на стрес, по време на адаптацията им към обучението в Медицински университет-Варна. **Материали и методи:** Анализ на литературни източници и анкетен метод. Изследвано е мнението на 37 студенти от първи курс, специалност „Медицинска сестра” в Медицински университет-Варна чрез пряка групов анонимна анкета. Изследването е проведено през април 2011 г. **Резултати и обсъждане:** Повече от половината анкетираните изпитват тревожност и несигурност, свързани с подготовката и справянето с учебните задължения. Основни източници на стрес за повечето от студентите медицински сестри са изпитите, неувереността им при усвояването на манипулациите, голямата по обем информация и недостатъчното време за почивка. Основните проблеми за близо две трети от анкетираните, вследствие на трудностите, пред които са изправени, са умората и недоспиването, а половината изпитват нервност. Респондентите използват различни техники за справяне със стреса – болшинството от тях прилагат музикотерапия, повече от половината релаксират чрез разходки сред природата и контактуват с любими и значими хора. **Заключение:** Ранното откриване на източниците на стрес при студентите медицински сестри, още в първи курс и изграждането на адекватни стратегии за справяне с проблемите е важна предпоставка за успешното усвояване на новите знания и формиране на професионални компетенции, необходими за успешна професионална реализация.

Ключови думи: медицински сестри, първи курс, стрес

УВОД

Висшето образование поставя пред студентите по-големи изисквания към техните психофизически сили и адаптивни възможности за приемане на учебно натоварване. Това води до появата на различни по характер и интензитет реакции на стрес. Стресът сред студентите медицински сестри се разглежда от повечето автори като изключително сериозен проблем (15,16,17). Въпросът, свързан с изучаването на източниците и проявите на стреса е особено актуален, във връзка със своевременно предприемане на профилактични мерки, възпрепятстващи възникването на различни здравословни проблеми у студентите и съдействащи за бързата

им адаптация към новите условия и изисквания на висшето училище (5,8,15,16,17,18).

ЦЕЛ

Да се изследва мнението на студентите медицински сестри от първи курс, относно източниците на стрес, по време на адаптацията им към обучението в Медицински университет - Варна

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Анализ на литературни източници и анкетен метод. Изследвано е мнението на 37 студенти от първи курс, специалност „Медицинска сестра” в Медицински университет-Варна чрез пряка групов анонимна анкета. Изследването е проведено през април 2011 г.

Address for correspondence:

А. Георгиева, Медицински университет "Проф. д-р П. Стоянов", ФОЗ, катедра "Здравни грижи", гр. Варна, 9002, ул. "Марин Дринов" №55
e-mail: anngebvg@gmail.com

РЕЗУЛТАТИ

Професионалната подготовка на студентите изисква придобиването на високоспециализирани знания, умения и навици, а също и формирането на професионално поведение, които са основа за бъдещата им професионална реализация и поддържане и усъвършенстване на професионалните компетенции (3,4,9,10,11,12). Това е труден и продължителен процес. Анализът на резултатите разкрива, че повече от половината анкетираните изпитват тревожност (67%) и несигурност (67%), свързани със справянето с новите за тях учебни задължения, социални роли и отговорности. Основните проблеми за близо две трети от анкетираните, вследствие на трудностите, пред които са изправени, са недоспиването (78%) и умората (65%), а приблизително половината от студентите изпитват нервност (51%) и не се хранят здравословно (49%).

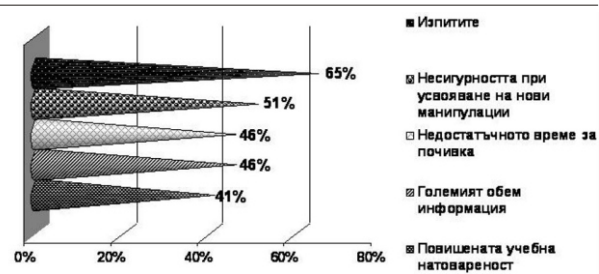


Фиг. 1. Прояви на стрес при студентите медицински сестри по време на работата с пациентите

Специфична особеност на медицинското образование е обучението на студентите в реална болнична среда и ранното включване на пациента като задължителен елемент в процеса на обучение (6,7,8). Това може да бъде допълнителен източник на стрес за студентите и поставя повишени изисквания по отношение на професионализма на преподавателите по практика, а също и на наставниците от практическите бази (5,16,17). Една пета от респондентите, независимо от добрата си теоретична подготовка, изпитват тревожност при работата си с реални пациенти по време на клиничната практика (22%). Повече от половината от анкетираните съобщават за чувство на напрежение, но същевременно знаят, че във всеки един момент могат да разчитат на подкрепа (54%). (Фиг. 1). Тези резултати потвърждават важната роля на преподавателите и наставниците от практическите бази за успешната адаптация на студентите към работа в клинична обстановка, с реални пациенти (2,5,6,7,8). Според Тончева (2011), наставниците и преподавателите играят основна роля за успеха на комплексното обучение на здравните професионалисти, като свързващо звено между теория и практика (13,14).

Във връзка с получените резултати, за нас бе важно да идентифицираме основните източници на стрес за студентите първокурсници от специалност „Медицинска сестра“. За повечето от респондентите, основни източници на стрес са изпитите (65%) и неувереността им

при усвояването на манипулациите (51%), а за приблизително половината анкетираните – голямата по обем информация (46%) и недостатъчното време за почивка (46%). (Фиг. 2). Посочените резултати биха могли да се обяснят с необходимостта от адаптиране на студентите към новите условия и донякъде с неувереността в собствените им възможности за справяне. От една страна студентите имат вече известни учебни навици и стереотипи, но учебната натовареност в университета е по-голяма, както по обем на информация, така и по времетраене на занятията през деня (8). Освен това се изисква по-голяма самостоятелност, подобряване на личната организация и системна подготовка на студентите през цялата учебна година (6,7,8,17,18).



Фиг. 2. Основни източници на стрес при студентите медицински сестри

За да могат да отговорят на високите изисквания, студентите трябва да имат и висока работоспособност. Нейното поддържане и успешно отдалечаване от умората и стреса зависи в голяма степен от самите студенти. За нас представляваше интерес прилагат ли респондентите никакви мерки, насочени към преодоляване на умората и стреса.

Анкетираните използват различни техники за справяне със стреса – болшинството от тях прилагат музикотерапия (73%), повече от половината релаксират чрез разходки сред природата (62%) и контактуват с любими и значими хора (51%). Посочените данни потвърждават опитите на изследваните лица да се справят със стреса, но за цялостно решаване на проблема е необходимо изграждане на адекватна стратегия и подкрепа.

ДИСКУСИЯ

Резултатите от собствено проведеното проучване потвърждават наличието на прояви на стрес у студентите медицински сестри, във връзка с адаптацията им към новите условия на висшето учебно заведение. Проявите на стреса при изследваните лица са основно на психологическо ниво – тревожност, несигурност, умора, нервност, недоспиване. Те са свързани с липсата на баланс между учебните занимания, останалите ангажменти и така необходимата за студентите почивка, поради недостига на време. Получените резултати кореспондират с тези, описани от други автори, занимаващи се с проблема (5,15,16,17,18). Относителният дял на

студентите, изпитващи несигурност и напрежение при работа с пациенти, в реална работна среда, се приближава до показателите, получени при други подобни изследвания (5, 17). Основни източници на стрес за повечето от анкетираните студенти медицински сестри са изпитите. Оценката на стреса по време на изпити, според някои автори е нееднозначна. От една страна изпитите мобилизират студентите към по-интензивна учебна дейност, имат контролна функция и в случай на успех се явяват фактор, повишаващ самооценката (15). Същевременно, според същите автори, изпитите могат да окажат негативно влияние върху студентите, предизвиквайки страх, безпокойство и други отрицателни емоции, както бе доказано в нашето изследване, а също и в други подобни проучвания (8,15,16,17, 8). Според повечето автори, стратегиите за профилактика на стреса сред студентите трябва да бъдат предприети в две насоки. От една страна, отнасящи се до подпомагане на самите студенти да контролират и управляват стреса, а от друга страна, до оптимизиране на организацията и условията на протичане на обучението (1,8,15,16,17,18).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ранното откриване на източниците на стрес при студентите медицински сестри, още в първи курс и изграждане на адекватни стратегии за справяне с проблемите е важна предпоставка за успешното усвояване на новите знания и формиране на професионални компетенции, необходими за успешна професионална реализация.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ачкова, М. , Приложна психология в медицина и здравните грижи, София, Коти ЕООД, 2001.
2. Борисова, С, Тончева, С., Ролята на преподавателя при формиране на клинично мислене в обучението на медицинските сестри, *Trakia Journal of Sciences*, 4, 2008, **Vol. 6**, Number 2, Supplement 4, 26-30.
3. Борисова, С. , Възможности за клинично мислене в практиката на медицинската сестра, *Bulgarian Journal of Veterinary Medicine*, Стара Загора, 2009, **vol. 12**, supp. 1, 289-295.
4. Георгиева , А. , Кр. Стамова, Нагласи за непрекъснато обучение на студентките-дипломантки от специалност медицинска сестра в Медицински университет- Варна, *сп. Здравни грижи*, год. VIII, 2010, **3** , 12-17.
5. Милчева Хр. , Проблеми при адаптацията на първокурсниците от медицинския колеж към учебния процес в реални условия, *сп. Здравни грижи*, год. III, 2005, **2**, 47-50.
6. Митова М., С. Младенова, Методика на практическото обучение на специалистите по здравни грижи, София, Арт-2001, 2008.
7. Нишева В., Медицинска педагогика, I изд. , Плевен, Издателски център на ВМИ – Плевен, 2003.
8. Попов Т., Х. Милчева, Г. Петрова, Принципи и методика на обучението. София, I изд. , ред. Т. Попов, София, Кота принт, 2006.
9. Стамова Кр., А. Георгиева, Оценка на пациентите на професионалното поведение на обгрижващите ги медицински сестри, *сп. Здравни грижи*, год. VIII, 2010, **3**, 32-37.
10. Тончева С., С. Борисова, Образователни възможности за повишаване на компетенциите на медицинската сестра, *сп. Здравни грижи*, год. IV, 2006, **4**, 12-17
11. Тончева С., С. Борисова, Възможности за формиране на клинично мислене на медицинските сестри, *сп. Здравни грижи*, 2005, **4**, 24-31.
12. Тончева С., Приносът на медицинската сестра за по – качествено здравно обучение на пациентите, *сп. Здравна икономика и мениджмънт*, год. IV, 2004, **2(14)**, 32-37.
13. Тончева С., Процедура за възприемане и развитие на наставничеството при обучение на студенти от специалност Медицинска сестра с образователно-квалификационна степен Бакалавър, *сп. Здравни грижи*, год. IX, 2011, **1**, 12-15.
14. Тончева С., Наставничеството- ефективен метод в обучение на Медицинска сестри и акушерки, *сп. Здравни грижи*, год. VI, 2008, **1**, 12-17.
15. Фаустов А. С., Щербатых Ю. В., Коррекция уровня экзаменационного стресса у студентов как фактор улучшения их здоровья, *Здравоохранение Российской Федерации*, 2001, **4**, 38-39.
16. Burnard P., Edwards D., Bennett K., Thaibah H., Tothova V., Baldacchino D., et all, A comparative, longitudinal study of stress in student nurses in five countries: Albania, Brunei, the Czech Republic, Malta and Wales, *Nurse Educ Today*, 2008, Feb; **28(2)**, 134-45.
17. Costa A., Estresse em estudantes de enfermagem: construzro dos fatores determinantes, *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, v. 11, 2008, **4**, p. 125-37
18. Davis M. E., Stress Management is Key During Nursing School, *The Student Voice*, Nov. 2004, <http://onsopcontent.ons.org/Publications/StudentVoice/Nov04/article5.html>

НАГЛАСИ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ ЗА НЕПРЕКЪСНАТО ОБУЧЕНИЕ, НАСОЧЕНО КЪМ ЕФЕКТИВНО ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА ПРОЦЕСА НА ИНФОРМИРАНОТО СЪГЛАСИЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ

Георгиева А.

*МУ, "Проф. д-р Параскев Стоянов" - гр. Варна,
Факултет "Обществено здравеопазване", Катедра "Здравни грижи"*

РЕЗЮМЕ

Увод: Непрекъснатите реформи в здравеопазването, напредъка на медицинската наука и практика, привличането на пациентите като активни участници в процеса на грижи и лечение, поставят пред здравните професионалисти необходимостта от непрекъснато обучение и професионално усъвършенстване. Цел: Да се проучи мнението и нагласите на дипломантите и медицинските сестри за непрекъснато обучение, насочено към ефективно осъществяване на процеса на информираното съгласие на пациентите.

Материал и методи: Приложен е анализ на литературни източници, документален и анкетен метод (пряка групов анонимна анкета). Изследвано е мнението на 65 дипломанти от специалност "Медицинска сестра" към МУ – Варна и 80 медицински сестри, работещи в акредитирани МБАЛ, утвърдени за учебни бази към МУ- Варна, в периода юни 2010- април 2011 г. Резултати и обсъждане: Болшинството от анкетираните дипломанти и медицински сестри потвърждават с отговорите си значимостта на информираното съгласие за привличане на пациентите като активни участници в процеса на грижи и лечение. Повече от половината от респондентите оценяват придобитите от тях в базовото обучение знания и умения, свързани с информираното съгласие, като много добри. По-голямата част от бъдещите и практикуващите в момента медицински сестри изразяват нагласи постоянно да се обучават и развиват като професионалисти по въпросите, свързани с ефективността на процеса на информираното съгласие. **Заключение:** Медицинските сестри осъзнават необходимостта от непрекъснато обучение, насочено към ефективно осъществяване на процеса на информираното съгласие на пациентите, с оглед привличане на пациентите като активни участници в процеса на грижи и лечение и оказване на висококачествени, ефективни и достъпни здравни грижи.

Ключови думи: дипломанти, информирано съгласие, медицински сестри, непрекъснато обучение, пациенти

УВОД

Непрекъснатите реформи в здравеопазването, напредъка на медицинската наука и практика, привличането на пациентите като активни участници в процеса на грижи и лечение, поставят пред здравните професионалисти необходимостта от непрекъснато обучение и професионално усъвършенстване. Сравнително малко са изследванията у нас посветени на необходимостта от непрекъснато обучение на медицинските сестри, насочено към ефективно осъществяване на процеса на информираното съгласие на пациентите (18). Но в много други изследвания,

по различни проблеми на сестринството, са засегнати различните аспекти на общуването медицинска сестра-пациент и повечето от тях достигат до изводи, отразяващи значимостта на информираното съгласие за привличане на пациентите като активни участници в процеса на грижи и лечение и необходимостта от непрекъснато професионално развитие и усъвършенстване на медицинските сестри по отношение на всички аспекти на техните дейности, с цел предоставяне на качествени и ефективни сестрински грижи(1,2,6,8,12,15,16,17).

ЦЕЛ

Да се проучи мнението и нагласите на дипломантите и медицинските сестри за непрекъснато обучение, насочено към ефективно осъществяване на процеса на информираното съгласие на пациентите.

Address for correspondence:

А. Георгиева, Медицински университет "Проф. д-р П. Стоянов", ФОЗ, катедра "Здравни грижи", гр. Варна, 9002, ул. "Марин Дринов" №55
e-mail: anngbebg@gmail.com

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

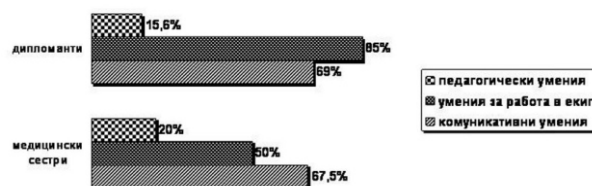
Приложен е анализ на литературни източници, документален и анкетен метод (пряка групов анонимна анкета). Изследвано е мнението на 65 дипломанти от специалност "Медицинска сестра" към МУ – Варна и 80 медицински сестри, работещи в акредитирани МБАЛ, утвърдени за учебни бази към МУ- Варна, в периода юни 2010- април 2011 г.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Резултатите отразяват мнението и нагласите на дипломантите и медицинските сестри за непрекъснато обучение, насочено към ефективно осъществяване на процеса на информираното съгласие на пациентите. Значителна част от медицинските сестри (97,5%) и всички дипломанти (100%), определят получаването на информирано съгласие като „процес на активно взаимодействие и сътрудничество с пациента и неговите близки, основан на взаимно доверие, предхождащ всяка медицинска интервенция“. Доста смущаващо е изказаното мнение на съвсем малка част от анкетираните сестри, че то е „досадна и ненужна формална процедура“ (2,5%). Това мнение заслужава внимание, и индиректно подсказва, че най-вероятно в практиката процесът на информирано съгласие понякога се формализира и не винаги е ефективен. В тази връзка за нас беше важно да проучим самооценката на завършващите студенти и практикуващите медицински сестри относно притежаваните от тях знания и умения за получаване на информирано съгласие от пациентите. Повече от половината от дипломантите (61,5%) и професионалистите по здравни грижи (60%) оценяват теоретичната си подготовка, свързана с получаване на информираното съгласие от пациентите като много добра, а приблизително по една пета от двете изследвани групи като добра. В резултатите от самооценката на респондентите по отношение на притежаваните от тях умения, свързани с информираното съгласие има леко разминаване. Повече от половината от бъдещите здравни професионалисти (53,8%) и практикуващите сестри (52,5%) ги определят като много добри, а малко повече от една трета от дипломантите (38,5%) и една четвърт от здравните специалисти като добри (27,5%). Делът на практикуващите сестри (20%), които оценяват уменията си като отлични е три пъти по-голям от този на завършващите студенти (7,7%). Този резултат е напълно обясним, според нас, с факта, че проучването е проведено по време на преддипломния стаж, където бъдещите здравни професионалисти все още затвърждават и усъвършенстват в реални условия придобитите по време на обучението си умения, докато работещите сестри, в практиката си са придобили вече опит, свързан с изследвания проблем.

За нас представляваше интерес, дали изследваните лица са срещали затруднения при информирането на пациен-

тите и получаването на тяхното съгласие. Отговорите на двете групи респонденти се разминават значително. Само една четвърт от завършващите студенти (25,9%), но същевременно голяма част от практикуващите сестри (72%) съобщават за различни трудности, свързани с получаване на информирано съгласие от болните. Получените резултати свързваме с все още малкия практически опит на дипломантите и обстоятелството, че по време на преддипломния си стаж те работят под супервизията на опитни сестри наставници, които ги подпомагат и поемат основно отговорността за всички аспекти на тяхната практическа дейност и обучение.



Фиг. 1. Умения, които респондентите желаят да усъвършенстват

Във връзка с изложените по-горе резултати зададохме на анкетираните въпроса: „Бихте ли посещавали форми на непрекъснато обучение, насочени към ефективно осъществяване на процеса на информираното съгласие на пациентите?“. Съвсем малък е делът на дипломантите (1,6%) и професионалистите по здравни грижи (10%), които не изпитват необходимост от обучение по проблемите свързани с информираното съгласие. По-голямата част от бъдещите (76,9%) и половината от практикуващите в момента медицински сестри (55%) изразяват нагласи постоянно да се обучават и развиват като професионалисти по въпросите, свързани с ефективността на процеса на информираното съгласие. Във връзка с изразените от респондентите положителни нагласи за обучение, за нас беше важно да уточним кои умения, свързани с получаването на информирано съгласие от пациентите биха желали да усъвършенстват. Почти еднакъв е делът на респондентите и от двете групи, които желаят да подобрят комуникативните си умения. По отношение на другите умения, които анкетираните биха искали да развиват, се наблюдават известни различия. Болшинството от завършващите сестри и едва половината от здравните професионалисти изразяват необходимост от усъвършенстване на уменията за работа в екип. Логичното обяснение на получените резултати е свързано с по-малкият практически опит за работа в екип на дипломантите, в сравнение с този на медицинските сестри. Получените отговори надвишават 100%, тъй като анкетираните са изказали повече от едно мнение по зададения въпрос (Фиг. 1).

Запитани, кои методи на обучение биха способствали за усъвършенстване на уменията им, повечето от анкетираните са изразили предпочитания към евристичните методи. Повече от половината от бъдещите медицински сестри (61,5%) и практикуващите здравни про-

фесионалисти (70%) предпочитат дискусии, а приблизително половината и от двете групи респонденти - беседите. Получените отговори надвишават 100%, тъй като анкетираните са изказали повече от едно мнение по зададения въпрос (Фиг. 2).



Фиг. 2. Предпочитани методи на обучение от респондентите

Както е видно от данните на фигура 2, по-голямата част от анкетираните и от двете групи явно недооценяват преимуществата на изследователските методи, каквито са ролевите игри и решаването на казуси, които според редица автори развиват интуицията на обучаваните, активизират мисълта и въображението, създават възможности за критично мислене, засилват евристичната ориентация на поведението и способността за вземане на решения по етични дилеми в медицинската практика (9,10,13,14).

ДИСКУСИЯ

Резултатите от собствено проведеното анкетно проучване доказват, че и двете изследвани групи потвърждават с отговорите си значимостта на информираното съгласие привличане на пациентите като активни участници в процеса на грижи и лечение. Подобни резултати открихме и в други проведени от нас проучвания, както и в публикациите и на други автори по разглеждания проблем (4,5,11,18,19,20). Необходимостта от непрекъснато обучение, насочено към ефективно осъществяване на процеса на информираното съгласие на пациентите е потвърдена и от двете групи респонденти. Данните от нашето, както и от други проучвания доказват потребността от изучаване и непрекъснато усъвършенстване на комуникативните умения на здравните професионалисти (3,7,12). Същевременно установихме разминаване в предпочитанията на двете анкетирувани групи по отношение на другите умения, които желаят да усъвършенстват, а също и по отношение на методите на обучение, които да бъдат използвани за тази цел. Различията в изказаното мнение на изследваните лица, дават основание да направим заключението, че образователните структури следва да подхождат диференцирано към обучаемите, съобразно техните потребности. До същите изводи достига и Тончева (2004) в проведено от нея социологическо изследване по разглеждания проблем (18). Необходимо е да продължат изследванията и разработките по въпросите, свързани с информираното съгласие в сестрин-

ската практика и да бъдат ясно дефинирани чрез нормативни актове ролята и компетенциите на медицинската сестра в тази насока, както и непрекъснатото обучение по проблема.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицинските сестри осъзнават необходимостта от непрекъснато обучение, насочено към ефективно осъществяване на процеса на информираното съгласие на пациентите, с оглед привличане на пациентите като активни участници в процеса на грижи и лечение и оказване на висококачествени, ефективни и достъпни здравни грижи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андонова А., М.Николова, Информиранието съгласие- важен елемент в обучението на студентите в Медицински колеж, *Trakia Journal of Sciences, Scientific Serial Published by Trakia University, Series Biomedical Sciences*, 2008, **Vol. 6**, Number 2, Supplement 4, 94-96.
2. Георгиева, А., Кр. Стамова, Нагласи за непрекъснато обучение на студентките-дипломанти от специалност медицинска сестра в Медицински университет- Варна, *сп. Здравни грижи*, год. VIII, 2010, **3**, 12-17.
3. Георгиева, А., Комуникативните умения - фактор за ефективен сестрински процес, *Trakia Journal of Sciences, Scientific Serial Published by Trakia University, Series Biomedical Sciences*, 2008, **Vol. 6**, Number 2, Supplement 4, 40-43.
4. Георгиева, А., Кр. Стамова, Мнение на медицинските сестри-дипломанти относно значимостта на информираното съгласие за пациентите, *сп. Здравни грижи*, год. VII, 2009, **2**, 34-39.
5. Георгиева, А., Ролята на медицинската сестра при получаване на информирано съгласие от неврохирургичните пациенти, *сп. Здравни грижи*, год. VIII, 2010, **4**, 21-27.
6. Грънчарова Г., С. Александрова, А. Велкова, *Медицинска етика*, I изд., Плевен, Издателски център на ВМИ – Плевен, 2001.
7. Димитрова М., И. Стамболова, Проблеми на професионалното общуване на медицинските сестри, *сп. Сестринско дело*, 42, 2010, **1**, 6-10.
8. Димитрова Св., Информиранието съгласие в медицинската практика, I изд., Стара Загора, Алфамаркет, 2003.
9. Димитрова С., Интерактивните методи в обучението по сестрински грижи, *International Science conference 4th - 5th June 2009, Stara Zagora, Bulgaria, Economics and Society development on the Base of Knowledge*, **Vol. II**, Education, sc. article, 125-129.
10. Димитрова С., Критичното мислене в дейността на медицинската сестра, *сп. Сестринско дело*, 42, 2010, **1**, 15-18.

-
11. Иванова Н., Информираното съгласие на пациента в медицинската практика, International Science conference 4th - 5th June 2009, Stara Zagora, Bulgaria, Economics and Society development on the Base of Knowledge, **Vol. VI**, Social studies. Psychology, sc.article, 97-100.
 12. Николова М., А. Андонова, Получаване на информирано съгласие от пациентите - важен аспект в обучението на студентите медицински сестри, International Science conference 4th - 5th June 2009, Stara Zagora, Bulgaria, Economics and Society development on the Base of Knowledge, **Vol. II**, Education, sc.article, 96-99.
 13. Нишева В., Медицинска педагогика, I изд., Плевен, Издателски център на ВМИ – Плевен, 2003.
 14. Попов Т., Х. Милчева, Г. Петрова, Принципи и методика на обучението, I изд., ред. Т. Попов, София, Кота принт, 2006.
 15. Стамова Кр., А. Георгиева, Оценка на пациентите на професионалното поведение на обгрижващите ги медицински сестри, *сп. Здравни грижи*, год. VIII, 2010, **3**, 32-37.
 16. Тончева С., Модел за етично поведение на медицинска сестра, работеща в стационар, *сп. Здравна икономика и мениджмънт*, год. III, 2003, **4(10)**, 34-37.
 17. Тончева С., С. Борисова, Образователни възможности за повишаване на компетенциите на медицинската сестра, *сп. Здравни грижи*, год. IV, 2006, **4**, 12-17.
 18. Тончева С., Обучение на медицинските сестри за получаване на информирано съгласие от пациента, *сп. Здравна икономика и мениджмънт*, год. IV, 2004, **2(12)**, 24-29.
 19. Тончева С., С. Борисова, П. Загорчев, Т. Цветкова, Първична здравна помощ-наръчник за медицинските сестри, II изд., ред. К. Юркова, София, Горекс Прес, 2000.
 20. Toncheva S., Velkova R., The role of the nurse in receiving informed agreement from patients with large intestine operations, *Military medicine LVI supplement*, 2004, **1**, 32-37.

INNOVATORY METHODOLOGICAL ASPECTS OF QUALITY IMPROVEMENT IN THE PRACTICAL PREPARATION OF THE STUDENTS IN NURSING SPECIALITY (1ST PART)

Terzieva G. , Zl. Lecheva, K. Popova

Key words: innovatory methodical, practical preparation, education, quality, students

INTRODUCTION

The recent economic realities and the active participation of the Republic of Bulgaria in the Global European space has been giving up new requirements to the specialists in health cares. The Universities are being expected to guarantee the professional preparation of such specialists who are able to think in a global scale and to show interests in creative and research activities. The requirements for quality of the modern education and training put the professors in health cares in the position to elaborate and to implement innovatory methodical technologies. The realization of the students' - i.e. the future nurses' practical preparation is associated with innovations in the pedagogic instruments. In that relation, a significant importance is given to the so called interactive methods which are being provoking an extremely great interest at the moment and are being increasingly available in the Pedagogical Thesaurus. V. Shivacheva determines "the interactive methods as concrete means oriented to the organizing of an intensive inter-subject interaction among all of the participants in the pedagogic process in view to attain the students' personality development" [4,88].

The development of the projects in that direction, the experimentation of the new methodical technologies and their implementation into the pedagogical practice is a condition and a factor contributing to a formation of a new generation of specialists in health cares, - able to meet the challenges of the 21st century, - and to a creation of an inner motivation of a need to work on their own professional project.

It is the actuality of the studied problem which gives the reason the purpose of this study to be determined that means to reveal the necessity of the introduction of a unified standard (Student' s Register) for the quality improvement of the teaching process in mastering of both the professional knowledge and practical skills within the preparatory period of the students in the Nursing specialty.

The tasks as following below have been outlined in the first part of this study, for the realization of the above said purpose:

1. studies and analyses to be carried out by the operating team on the theoretical treatments and the practical experiences regarding the problem;
2. an empiric study to be held for the ascertaining of the adaptations, the attitude and the assessments on the parts of the professors (lecturers), the students and the mentors (educators) regarding the necessity of the implementation of the Student' s Register as a unified standard for the quality improvement of the training in this specialty;
3. opportunities to be given to the students to get to know the possibilities offered by the recent technologies for organizing and providing of quality nursing cares.

MATERIAL AND METHODS

In that very first stage, within the examination of the problem, the methods, as following below, have been used by us: the analysis made of the literature available on the problem;

the inquiry held among the students in the 3rd course and the probationers in the 4th course in the Nursing specialty; the lecturers in Health care and eighty nurses (chief nurses and matrons and students' mentors/ educators) working in the Multi-profile Hospital for Active Cure, the Centre for Mental Health, the Nursery for Medical and Social Cares for Child, the Interregional Dispensary for Cancer Diseases with a Stationary in Bourgas, with the purpose to establish the need of the introduction of unified criteria and indices for assessment of the students' knowledge and skills; the interviewing where the interview has been held on the basis of previously worked out questions for studying of opinions, assessments, adaptations level on the afore mentioned problem.

The objects of this study are the opinion, the adaptation and the attitude expressed by students, professors (lecturers) and nurses regards to the introduction of a unified standard for the practical training of the students.

RESULTS

Taking into account the different roles in the practical training and with a view to a more detailed analysis, which is to

Address for correspondence:

G. Terzieva, 8010 Bourgas, 1, Prof. Yakimov Street, Prof. Dr. A. Zlatarov University, Faculty of Social Sciences, Chair of Health Care.

e-mail: galina.terzieva@abv.bg

be submitted, of the results obtained from the anonymous inquiries held /110 numbers/, the respondents have been subdivided into three main groups, as following ones:

- nurses – mentors (educators);
- students and probationers in Nursing specialty;
- professors (lecturers) in Health Care.

The results of the held study show some elements of the general professional characteristics of the examined group comprising “nurses – mentors (educators)”. They can be grouped by the “age” element in the way as following: under the age of 30 years: 6,8%; under the age of 40 years: 34,1%; under the age of fifty years: 22,7%; over the age of fifty: 36,4%. Another element if the length of service on this specialty. There were nurses having a length of service between 15 and 20 years (36,4%) who predominated, as well as those ones which length of service was more than 20 years (40,9%).

As regards the mentors (educators) whose opinion has been studied, a formed adaptation and a motivation to a permanent studies and improvement have been found out available, taking into consideration that 43,2% of them have participated in post-graduate courses, 78% have appointed their participation in nursing collegiums, and 8% have graduated in post-graduate specialization.

The nurses’ opinion has been studied as regards to the students’ theoretical preparation. It has been determined as a “very good” one by 43,2% of the inquired nurses.

There were 50% of the mentors (educators) and 20% of the professors (lecturers) who, having answered the question about how the students’ activity in the practical training would be rated by them, determined it as “a good one”. Quite different was the assessment expressed by 31,8% of the nurses and 60% of the assistant professors, instead: in their opinion, the students feel incertitude and lack of self-confidence in a clinical ambient.

The second group of the respondents, participated in the practical study, were the students in the 3rd course and the probationers in the 4th course. A positive assessment have been expressed by them as regards to their mentors (educators) as on the assistance and the collaboration provided by the latter ones in the training course, within the clinical preparation. It has been evidenced by the results that 50% of the respondents – probationers in the 4th course consider their mentors (educators) competent while 60% of the probationers have determined the latter ones as active participants in the course of training. There were some 14,2% of the inquired third-course students who reported an attitude of unwillingness, on the part of the nurses, to prepare the students for the work in a real working ambient. In that relation, an opinion has been expressed by the professors (lecturers) in Health Care who have been estimating the nurses themselves need a pedagogic preparation (80%) and more practical experience in teaching (20%) to accomplish successfully their function of mentors (educators).

The three examined groups, having answered the question saying: “Do you have any suggestions about a more valu-

able preparation of the students in the course of their practical training?”, have put in the first place the improvement of the work in team: professor (lecturer) – student – mentor (educator) (77,2%). The suggestion on mentors’ (educators’) training has been put in the second place (44,5%) while the necessity of the elaboration of a Probationer’s Register has been pointed out by 36,4%. The professors (lecturers) in Health Care have accepted the above mentioned suggestions, supporting unanimously the introduction of a Register in the practical training of the students and the probationers, which should lead both to an improvement of the work in team and to the delineation of the responsibilities to be taken by the trained and training students and probationers.

A question has been given to the inquired, as the following one: “Which elements of the Probationer’s Register could contribute to the quality improvement of the practical training of the future nurses?” for the purpose to precise such opinions, attitudes and ideas which would be able to assist the elaboration and the introduction of a unified standard for the students’ practical training. The arrangement of the Register elements has shown a great variability in the different groups who had been examined. The summarized results have given the weight to the indicated requirements, as following below: specific objectives of the practical training – 60% (in the first place); criteria and responsibilities required by the student / probationer – 54,4% (in the second place); specific skills obtained by the student / probationer – 51% (in the third place); qualitative and quantitative assessment of the mentor (educator) and the professor (lecturer) for the obtained knowledge and skills – 43,4% (in the fourth place); specific of the health group – 40,4% (in the fifth place); mentor’s (educator’s) responsibilities – 33% (in the sixth place). As regards to the given possibility new elements to be entered the Register, there have been a suggestion made by the inquired professors (lecturers) to their students / probationers that the latter ones put to themselves personal objectives which shall stimulate their self-development and self-assessment.

It is necessary to introduce neat and precise criteria, as well as to create attitudes based on a mutual confidence, respect and collaboration between the trained and training persons, to overcome any subjective approach to any person while rating students’ and probationers’ knowledge and abilities. It has been evidenced by the analysis of the summarized results that 67,2% of the inquired have shown the importance of the everyday reporting of the probationer’s / student’s practical activity as a criterion for elimination of subjectivism. The respondents have put in the second place the introduction of quantitative indices for some specific manipulations (58,4%), followed, by significance, of 51,4% the determination of the precise criteria for the theoretical preparation and there have been other 34,4% wishing the implement of the patient’s opinion, as well, for achieving an objective assessment of the student’s activity in the clinical ambient.

DISCUSSION

The study, which has been carried out, shows there is a need of introduction and use of innovatory methods and pedagogical instruments for training, which shall improve the quality of the practical preparation of the future nurses. The introduction of a Probationer`s Register having a neatly outlined indices and criteria for assessment shall provoke a subject position to be expressed on the part of the students in the course of their training, thus assisting the formation of skills in the students for clinical observation, stimulating the gain of new knowledge and abilities and the consolidation of the obtained ones; it shall also create appropriate conditions for achievement of the required competence level by the probationers, necessary for their professional realization.

The elaboration of a Model of a Unified standard (Probationer`s Register) and its application creates an opportunity to monitoring of the training quality and to a guarantee of validity and reliability of the instruments for clinical assessment. The Probationer`s Register shall state a neat agreement between and among the partners in the course of training, as well as the mechanisms for control and regulation.

CONCLUSION

This elaboration is the first stage in the working project of the Chair of Health Care, aiming at introduction of innovatory methods and pedagogical instruments for quality improvement of students` and probationers` practical training in Nursing specialty.

It is forthcoming, in the second stage of this project, a Round Table to be held with partners of the didactic and practice bases, the approbation of the Probationer`s Register to be done, as well as the analysis to be performed of the summarized results evidencing professors` (lecturers`), students` and mentors` (educators`) opinion, adaptation and assessment after its introducing into practice.

LITERATURE

1. Andreev, M. The process of training. S., 1996.
2. Pedagogy. Second Part: Theory of training. Didactics. Edited by T.Popov. S., 2005.
3. Vodenicharov, Ts. And M. Mitova. Medical Pedagogy. S., 1995.
4. Shivacheva, V. Interactive technologies in future teachers` training. G., 2009.
5. Watkins, M.J. Competency for nursing practice – J. Clin. Pract. 9. 2000, **3**, 338 – 346.

* This study was financed on the project № 248 / April the 18th, 2011, s. the Paragraph entitled “Scientific Research“ – Professor Doctor A. Zlatarov University.

INTERACTIVE METHODS IN PRACTICAL TRAINING OF HEALTH CARE STUDENTS

Miteva K.

Department of Health Care, Medical Faculty, Trakia University, Stara Zagora

SUMMARY

Intensive social, economical and health problems of our times necessitate high requirements for the quality of training of Health care specialists. The object of the present report is to clarify the effectiveness of application of interactive methods in practical training of the future health specialists.

Key words: interactive methods, training, professional competences, students.

INTRODUCTION

Modern nurse and midwife have to possess basic professional competences enabling them to resolve independently the complex problems of the daily practice.

The activity of two subjects of training - lecturer and students is indispensable precondition for its effectiveness. Because of it, more and more often in pedagogical practice of higher medical school, together with traditional methods of training are used interactive ones – educative-cognitive/discussing/ tasks, cases, roles, plays, panel discussion, mind-mapping, synectic, invention.

In the basis of the terms “interactivity” and “interactive methods of training “is the word “interaction” (from English) which means reciprocal action, reciprocal influence inter - between and action - act, operation).

After El. Jeleva, interactive methods are “... a type of training technologies in which is present an interactive reciprocal action directed towards effective realization of practical training and entire formation of the future specialist” (3, p.69-73).

Interactive methods ensure such organization of the training process which is orientated towards increasing cognitive and creative activity of students. They are methodical approach in which the lecturer and students interact each with other during the lesson. In the role of subject in practical training, the future medical specialists master and perfect a number of knowledge and professional competences – skills for communication, cooperation, team activity, skills for resolving conflicts.

Practical training of students of specialties “midwife and nurse” is carried out by clinical /educative/ practice and pre - graduation practice. These two specific for higher medical school organizational forms of training are carried out in the real environment of medical institutions structure and

give students a unique opportunity to be direct observers and participants in health care for the patient. Important condition for optimizing practical training methods is the creative approach and the lecturer’s aspiration for using the most appropriate methods and means of training stimulating the creative thinking, cognitive activity and students professional interest.

MATERIAL AND METHODS

The object of the present report is to clarify the effectiveness of application of interactive methods in practical training of the future health specialists like an approach in which the students participate actively in the process of building professional competences. The method of purposeful directly included observation fixing the manifestation of students cognitive activity /reproductive, interpretative, creative/ after the classification of T.I.Shamova:

Reproductive activity characterized by instability of voluntary efforts and aspiration of the trainee for memorization and reproducing knowledge after a pattern. Interpretative activity is expressed by an aspiration for understanding the sense, the relations between processes and phenomena. Characterizing indicator is the great stability of voluntary efforts by which the student aspires to overcome the difficulty and to seek ways for its solution.

Creative activity characterizes the trainee’s aspiration for penetrating profoundly in the essence of phenomena and their reciprocal relation. Manifestation of obstinacy for reaching objects and large cognitive interests is characteristic (4, p.208). Cases of missing manifestation of activity in students are registered as neutral position.

In pedagogical experimenting an excerpt of 60 students of speciality “midwife” participate, trained in Trakia University, Medical faculty, Stara Zagora. The excerpt is divided into one check group /traditional methods are used - oral presentation, explanation, demonstration, instructions, observa-

Address for correspondence:

K. Miteva, Department of Health Care, Medical Faculty, Trakia University, 6000 Stara Zagora, Bulgaria, 11, Armeiska
e-mail: kremenamiteva_uni.sz@abv.bg

tion, individual task, task on algorithm/ and three experimental groups /traditional and interactive methods are applied/.

RESULTS AND DISCUSSION

In training of “Clinical practice” at experimental group except traditional methods, educative-cognitive /discussing/ tasks are used. They put for solving different in complexity problems referring to the medical history, objective state and special midwife’s care for pregnant women, women in child birth, gynaecological patients and new-born children; preparation and participation of midwife in different manipulations and investigations; prevention of different complications; behavioural algorithms in health care etc. A model task, applied during clinical practice with topic planned in the syllabus of second year “Cutaneous-diagnostic tests” in experimental groups, is the following : To the patient N.G. hospitalized in Gynaecological department, diagnosed with pelveoperitonitis is administered Cephazolin in dose of 2 groups for 24 hours, intravenously. The midwife makes a test for sensibility to the antibiotic on the flexor side of the forearm. On the upper scratch immediately after the instilling of the solution, she notices that the skin starts to get red. What does it refer and what is the right midwife’s reaction?

Panel discussion is suitable for mastering practical bases of care for patient as an interactive training method for interchanging thoughts and searching solutions on specific health problem, development of skills for accepting and standing one ground, for getting to the heart of the problem, for building skills for tolerant attitude to participants in students group. Using this method the following steps are kept: choice of suitable problem; defining subproblems; setting-up subgroups; instructing about discussion and presentation of results procedure; discussions in subgroups; presentation of results by spokesman; generalization of the final result (2, p.56).

For example in connection with the mastering of competences for realization of care for young mother offer Caesarean operation, before direct observation and work with similar clinical case, the experimental group is divided into four subgroups to which a subproblem is defined indications for Caesarean operation; contra-indications complications; behaviour and care of midwife: After the problems solution, spokesmen of subgroups present the results of the discussion. At the end they are generalized and general solution is achieved.

Role plays are applied in a clinical practice whose educative objects and tasks are connected with necessity of forming communication skills as a significant component of professional competences of medical specialists. In exercise on topic “Breast-feeding” for example, after demonstration, explanation and observation, the students, two by two, demonstrate suitable in their opinion models of behaviour and communication of the midwife with negatively disposed to the natural feeding young mother. Consideration of models, Discussion and choice of the best variant followed.

Another applied method - mind-mapping deserves consideration, in clinical practice connected with the necessity of demonstration, observation and realization of special midwife care for woman in child-birth with Rh isoimmunisation. The method represents simplified graphic image combined with a text whose aim is to keep and reflect logical relations and enable understanding and memorization of basic ideas (2, p.60). The following methodical steps are observed for that purpose: before-hand a text is chosen from the textbook “Midwifery” alluding to pathogenesis of the problem; subgroups are formed by three-four students; a summary is proposed about different types of mind-mappings; instructions by the lecturer; precising the time for work; implementation of the task; presentation of mind-mapping models by spokesman of subgroups; placing of mind-mappings in view; generalization of the information by the lecturer.

The method analyzing of situations /case - study/ of explanatory type is used in clinical practice on the topic “Sterilization”. There students divided into subgroups of four-five, analyze and explain the significance of the basic rules that medical specialist has to observe in preparation of dressing for sterilization: the midwife works with clean and disinfected hands, with tidy hair on clean and disinfected panel; in folding it is not allowed threads being seen outwards; dressing is kept in special locker; it’s arranged into packages with exactly determined number of gauzes.

Generalized data prove the effectiveness of applied interactive methods in practical training (table 1).

Table 1. Manifested activity of students with and without application of interactive methods of training

Groups	Manifested activity			
CG	46,67%	40,00%	13,33%	-
EG1	13,33%	33,33%	33,33%	20,00%
EG2	20,00%	40,00%	26,67%	13,33%
EG3	13,33%	33,33%	33,33%	20,00%

Results are significantly better in students of experimental groups and stand out the importance of lecturer’s aspiration for stimulating and confirming the subjective position of the future medical specialist in the process of building professional competences. It is clear /table 1/ that almost half of the studied persons of CG didn’t manifest any activity at all during the training, while in the three EG, the cases of neutral position on the part of students are at the rate of 15,5%. As a whole, the biggest part is the average of all students, who have shown reproductive type of activity with characteristic for it aspiration for understanding, memorization and reproducing of knowledge on the topic after a pattern, with mostly learnt facts and algorithms for behaviour. The least number of students from CG demonstrate interpretative type cognitive activity, while in the three EG the average part is 31, 11%. Its manifestation is characterized by students’ aspiration for getting to the heart of the studied educative contents,

searching causal-effect connexions and dependences, necessary for clarifying the concrete clinical case.

In CG the purposeful observation registers no manifestations at the highest level cognitive activity-the creative. Although the least percentage of students of the three EG have manifested this type of activity during the mastering of professional knowledge, skills and competences, the manifested aspiration for profound thinking of the problem, the use of present knowledge and practical skills in changed conditions, deserve consideration.

Here the students interest towards the theoretical consideration of the given clinical case and independent solution of the problem is characteristic. Students who have manifested creative type of activity explain causal-effect connexions, give examples of their observations in practice, propose adequate and well-founded midwife's behaviour in the concrete case.

Carried out observation proves the application's effectiveness of interactive methods in practical training and gives reason to formulate the following conclusion:

Practical training contributes effectively to build professional competences of future medical specialists, provided,

it assures conditions for stimulating the subjective position of students and maximum opening of their activity. Interactive methods in practical training create conditions for active cooperation between lecturer and students in studying different aspects of health problem.

REFERENCES

1. Vodenicharov Ts., M. Mitova, S. Mladenova., Medical pedagogy, Artik 2001, Sofia, 2008.
2. Gurova V., V. Bozhikova, V. Valkanova, G. Dermendzhieva., Interactivity in academic process, Agence Europress, Sofia, 2006.
3. Zheleva E., Interactive technologies in training future medical specialists, The role of universities in supporting humanitarian scientific research, Tula 2010, p.69-73.
4. Shamova T.I., Activation of training students, M. : Pedagogy, 1982.

VIDEO-ASSISTED TALK PLEURODESIS FOR THE IMPROVEMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MALIGNANT PLEURAL EFFUSIONS: SELF EXPERIENCE STUDY

Novakov I.¹, Mateva N.²

¹ Department of Thoraco-abdominal Surgery; Medical University – Plovdiv

² Department of General Medicine and Faculty of Public Health; Medical University – Plovdiv

РЕЗЮМЕ

Увод: Лечението на малигнените плеврални изливи е палиативно и има за цел да подобри качеството на живот на пациентите. **Цел:** Целта на настоящото проучване е да оцени възможностите на талковата плевродеза, осъществена под торакоскопски контрол, за повлияване качеството на живот при пациенти с малигнени плеврални изливи. **Материал и Методи:** Проучването е осъществено при 98 пациента с малигнени плеврални изливи [(жени-45; средна възраст – 68,7 години(SD-16,4)]. Видеоасистиран торакоскопски дренаж, с талкова плевродеза в края на интервенцията са прилагани като процедура за повлияване на малигнените плеврални изливи. Функционалната активност на пациентите и качеството им на живот са оценявани преди дренажната процедура и един месец след нея, чрез индекса на Карнофски и визуална аналогова скала определяща силата на торакалната болка. **Резултати:** Преди дренажната процедура средната стойност на индексът на Карнофски е 52,5% (SD-4,8%), а силата на гръдната болка е оценявана от пациентите на 71,6 mm (SD-6,8 mm). При контролния преглед, един месец след дренажната процедура, индексът на Карнофски е определен на 65,6% (SD- 5,2 %), а силата на болката е оценена на 46,2 mm (SD-9,3 mm) [p < 0,05]. **Изводи:** Резултатите от проучването показват, че видео-асистираната талкова плевродеза води до добра палиация при пациенти с малигнени плеврални изливи. Проучването демонстрира, че видео-асистираната талкова плевродеза постига главната терапевтична цел при пациенти с малигнени плеврални изливи: подобряване качеството им на живот.

Ключови думи: малигнен плеврален излив, качество на живот, талкова плевродеза, видео-асистирана торакоскопия.

INTRODUCTION

Malignant pleural effusions (MPE) are a common clinical problem in patients with neoplastic diseases. They are one of the leading causes of exudative pleural effusions. Studies have demonstrated that 42 – 77% exudative pleural effusions are secondary to malignancy (11,14). MPE are distressing condition seen at the advanced stage of various malignant diseases. They may cause significant dyspnea, chest pain and cough. The treatment of MPE is palliative, which goal is to improve quality of life (QoL) and reduce symptoms but not to cure the cancer (2,9,11).

The treatment of MPE includes repeated thoracentesis, tube thoracostomy, mechanical and chemical pleurodesis, pleuroperitoneal shunt and pleurectomy. Chemical

pleurodesis seems to ensure a good palliation in patients with MPE. The most used chemical agent for pleurodesis still remains talk (2,4,10, and 15). Video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) is the most widely used technique for chemical pleurodesis in patients with MPE (11,14).

The aim of this study is to demonstrate the opportunities of video-assisted talk pleurodesis for the improvement of QoL in patients with malignant pleural effusions.

MATERIALS AND METHODS

The clinical data used in this study were taken from the hospital records archived by the Thoracic Surgery Department of Medical University of Plovdiv. 98 patients [women – 45; medium age 68, 7 (SD-16,4)] with MPE were included in the study. Chest x-ray demonstrated pleural effusion before pleurodesis treatment (Fig. 1).

Video-assisted talk pleurodesis under general anesthesia was performed as a form of treatment. At the time of surgery precise diagnosis MPE was available in 72 patients

Address for correspondence:

Ив. Новаков, Медицински Университет - Пловдив; бул. "Пеитерско шосе" - 66, Клиника по Гръдно-коремна Хирургия
e-mail: inovakov2003@yahoo.com

(70,5%), established by thoracentesis and cytological analysis of the aspirated fluid. VATS allowed achievement of exact pathologic diagnosis by pleural biopsies in all of patients including in the study. The opportunity of the lung to expand was evaluated in the course of thoracoscopy.

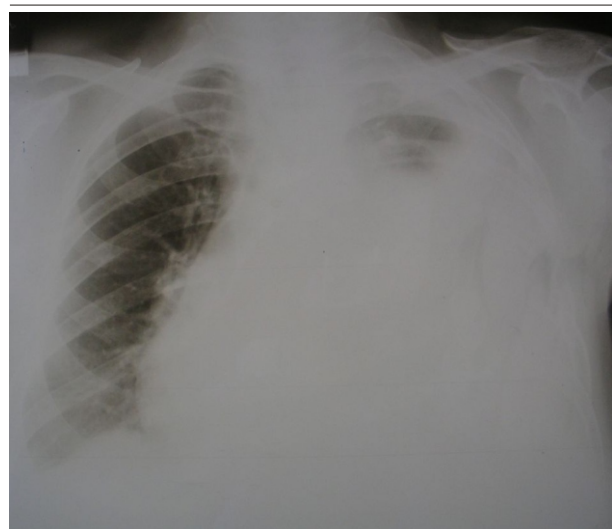


Figure 1. Chest x-ray showing malignant pleural effusion before pleurodesis treatment.

Talk was used as a sclerosant agent for chemical pleurodesis. In form of poudrage, talk was insufflated in pleural cavity after complexed pleural fluid aspiration. Patients received a mean $10, 0 \pm 1, 5$ g. talks, which distribution on the pleural surfaces was controlled by thoracoscopy (Fig. 2).



Figure 2. Distribution of talk onto the visceral pleural surface (video-assisted thoracoscopic view).

Health-related QoL in patients was determined in this study, using two components: patient's functional impairment and chest pain. The Karnofsky Performance Scale (KPS) score was used to establish functional impairment and Visual Analogue Scale (VAS) was used to characterize patient's chest pain. These two components of patient's QoL were established before chemical pleurodesis and one month after the procedure.

Statistical analysis

The results were expressed as mean values $\pm$ SD. The variables were compared using Student's t-test (level of significance – $p < 0,05$). All tests were running using SPSS 6,0 for Windows.

RESULTS

This study included only patients with MPE, treated by video-assisted talk pleurodesis and followed at least one month after procedure. The results of pathological analysis of pleural biopsies had shown that the most common cause of MPE was metastatic non-small cell lung carcinoma (tbl. 1). There were no complications (morbidity and mortality) in the course of and one month after video-assisted talk pleurodesis. Therapeutic success (defined as no recurrence of effusion) was established one month after treatment procedure (fig. 3).

Table 1. Histology of malignant pleural effusions.

Histology	Number of patients	%
1. Metastatic lung cancer	52	53.06
1.1. Adenocarcinoma	37	37.76
1.2. Squamous cell carcinoma	15	15.31
2. Metastatic breast cancer	32	32.65
3. Metastatic ovarian cancer	5	5.10
4. Metastatic rectal carcinoma	3	3.06
5. Unknown origin	6	6.12
Total	98	100



Figure 3. Chest x-ray showing complete lung re-expansion and the absence of pleural effusion one month after VATS talk pleurodesis.

The mean value of The Karnofsky Performance Scale score before thoracoscopic pleurodesis was 52,5% (SD-4,8 %). One month after procedure KPS – score had shown improvement in functional impairment in patients with MPE – mean value 65,6% (SD- 5,2 %).

The mean intensity of chest pain before thoracoscopic pleurodesis was 71,6 mm (SD-6,8 mm). The following up the patients had shown significantly decrease of chest pain one month after pleurodesis procedure – mean value 46,2 mm (SD-9,3 mm) [$p < 0,05$].

DISCUSSION

The treatment of MPE is palliative, which goal is to improve quality of life (QoL) and reduce symptoms but not to cure the cancer (1,6).

The most common symptom reported by patients with MPE is dyspnea. The leading cause of dyspnea is a decrease of ipsilateral lung volume by large pleural effusion. The dyspnea is connected with patient's functional impairment (2,4,11,14).

Chest pain is another common symptom in patients with MPE. Patients with MPE most commonly have dull chest pain. Stretching the parietal pleural receptors as a result of increased intrapleural pressure is the most common cause of the chest pain (2,11,14).

We had chosen two components (functional impairment and chest pain) to establish the health-related QoL in patients with MPE. The patient's functional impairment was determined by widely used Karnofsky Performance Scale (KPS) score. This score can be used to establish and compare effectiveness of different therapies and to assess the prognosis in patients (9,13). The lower Karnofsky score means lower QoL in patient. The pain is characteristic that cannot be easily measured directly. The strength of pain that patient feels ranges across a continuum from none to an extreme pain. We had chosen to use a Visual Analogue Scale (VAS) to measure chest pain in patients with MPE. VAS is a horizontal line, 100 mm in length. The patients mark on the line the point that they feel their perception of pain. The VAS score is determined by measuring in millimeters from the left end of the line to the point that the patient marks (6,7,8).

There are many treatment methods of patients with MPE. If the patient has a tumor that fails to respond to chemotherapy, a procedure should be considered to remove pleural fluid. One of the most used methods to control the accumulation of pleural fluid is a causing a pleurodesis. Before attempting pleurodesis, complete lung expansion should be demonstrated. Only complete lung expansion will ensure contact of both pleural surfaces – parietal and visceral, which is demand for the successful pleurodesis (15). We had included in the study only patients with complete lung expansion, established by VATS.

Chemical pleurodesis seems to ensure a good palliation in patients with MPE. In our practice we prefer to use the most popular chemical agent for pleurodesis – talk. Talk may be

instilled in pleural cavity in form of suspension – so called “talk-slurry”, or as a poudrage (3,5,12). We use talk in form of poudrage in our practice to create pleurodesis. As a poudrage, talk is insufflated in pleural cavity. Only as a poudrage talk may be uniformly distributed onto the pleural surfaces. At this point it is a preferred method of talk-pleurodesis with good results.

Video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) is the most widely used technique for chemical pleurodesis. First of all, VATS allows inspection of the pleural cavity and pleural biopsy form different sites (2,11,14). It is requirement for exact pathologic diagnosis, which was demonstrated in our study. Extremely important is that VATS allows establishing the ability of the lung to expand. This is a mandatory condition for successful pleurodesis, which was demonstrated it this study. And finally, the best distribution of talk on the pleural surfaces can be done only by VATS, demonstrated in our study.

The prognosis of patients with MPE is poor, with medium survival of only four months (2,9,11,14). The general aim of palliative treatment is the improvement of QoL in patients. Palliative treatment also has to have good short-term prognosis. Our results have shown improvement of patient's functional activity and significantly decrease of chest pain. According to these results, we demonstrate that talk pleurodesis improves patients'QoL, with good short-term prognosis.

CONCLUSIONS

1. From our experience we may conclude that video-asisted talks pleurodesis allows a good palliation in patients with malignant pleural effusions.
2. Video-asisted talk pleurodesis achieves its therapeutic goal - to offer better quality of life in patients with malignant pleural effusions.

REFERENCES

1. Bradley C., Importance of differentiating health status from quality of life. *Lancet* 2001; **357**: 7-8.
2. Brega P.P., Lequaglie C., Magnati B. et al., Chemical pleurodesis to improve patient's quality of life in the management of malignant pleural effusions. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2004, **14**: 73-79.
3. Campos J.R., Vargas F.S., de Campos Werebe E., et al., Thoracoscopy talc poudrage: a 15-year experience. *Chest* 2001, **119**:801-806.
4. Cardillo G.C., Facciolo F.E., Carbone L.M., et al., Long-term follow-up of video-assisted talc pleurodesis in malignant recurrent pleural effusions. *Eur J Cardiothorac Surg* 2002, **21**:302-305.
5. Dresler C.M., Olak J., Herndon J.E., et al., Phase III intergroup study of talc poudrage vs talc slurry sclerosis for malignant pleural effusion. *Chest* 2005, **127**:909-915.

6. Fallowfield L., Quality of life: a new perspective for cancer patients. *Nat Rev Cancer* 2002, **2**: 873-879.
7. Gallagher E.J., Liebman M., Bijur P.E., Prospective validation of clinically important changes in pain severity measured on a visual analog scale. *Ann Emerg Med* 2001, **38**:633-638.
8. Hauser K.M., Declan W.L., Visual Analogue Scales and Assessment of Quality of Life in CancerJ Support Oncol 2008, **6**:277-282.
9. Hollen P.J., Gralla R.J., et al., Measurement of quality of life in patients with lung cancer in multicenter trials of new therapies. *Cancer*. 1994, **73**:2087-2098.
10. Kolschmann S., Ballin A., Gillissen A., Clinical efficacy and safety of thorascopic talc pleurodesis in malignant pleural effusion. *Chest* 2005, **128**:1431-1435.
11. Lee Y.C., Baumann M.H., Maskell N.A., et al., Pleurodesis practice for malignant pleural effusions in five Englishspeaking countries: survey of pulmonologists. *Chest* 2003, **124**:2229-2238.
12. Stefani A., Natali P., Casali C., et al., Talc poudrage versus talc slurry in the treatment of malignant pleural effusion: a prospective comparative study. *Eur J Cardiothorac Surg* 2006, **30**:827-832.
13. Schag C.C., Heinrich R.L., Ganz P.A., Karnofsky performance status revisited: Reliability, validity, and guidelines. *J Clin Oncology*. 1984, **2**:187-193.
14. Tan C., Sedrakyan A., Browne J., et al., The evidence on the effectiveness of management for malignant pleural effusion: a systematic review. *Eur J Cardiothorac Surg* 2006, **29**:829-838.
15. Terra R.M., Machado J.J., Teixeira L.R. et al., Is Full Postpleurodesis Lung Expansion a Determinant of a Successful Outcome After Talc Pleurodesis? *Chest* 2009, **136**:361-368.

АНТИБИОТИЧНА ПРОФИЛАКТИКА НА ИНФЕКЦИИТЕ НА ОПЕРАТИВНОТО МЯСТО – НЯКОИ ПОСЛЕДНИ УКАЗАНИЯ

Дамьянов Д.¹, Р. Вачева², М. Тодорова², А. Кирчева³, Ю. Дончева²,
Н. Хаджиева¹, Д. Първанов¹

¹ Университетска болница "Царица Йоанна"

² НЦЗПБ

³ УМБАЛ "Св. Анна" - Варна

Ключови думи: антибиотици, антибиотична профилактика, инфекция на хирургичното място (ИХМ), безопасност на пациента

Осигуряването на безопасност за всеки, който е в контакт с лечебните заведения: пациент, посетител, персонал, е едно от най-важните предизвикателства пред системата на здравеопазване в наши дни. Безопасността на пациентите по дефиниция е по-ясно понятие от качеството на медицинските грижи, но тя е в основата на всяка висококачествена система на здравеопазване. Безопасността на пациентите е дефинирана от СЗО като предпазване на пациента от ненужна или потенциална вреда, свързана с предоставянето на медицински грижи. Нежеланото събитие е инцидент, който причинява вреда на пациента.

Сред най-разпространените нежелани събития са: инфекциите, свързани с медицинското обслужване, събитията, свързани с медикаменти и усложненията по време на или след хирургични интервенции. Въпреки напредъка в оперативните техники, познания за патогенезата на раневите инфекции и повсеместното въвеждане на антибиотична профилактика, постоперативните хирургични инфекции, т.нар. инфекции на хирургичното място (ИХМ), продължават да бъдат главен източник на заболяемост и смъртност при пациенти, претърпели хирургични интервенции.

Инфекциите на хирургичното място, по-рано наричани хирургични раневи инфекции, са много сериозни усложнения след хирургични интервенции, имащи за резултат висока заболяемост, смъртност и утежняване разходите по лечението. И макар огромно въздействие върху изхода от оперативната интервенция.

По данни на R. Nichols, 2001 постоперативните инфекции на хирургичното място остават основен източник на заболяване и в редица случаи причина за смърт при пациентите (1).

Тези инфекции наброяват приблизително 500 000 годишно при около 27 милиона процедури в САЩ, и възлизат приблизително на една четвърт от близо 2 милиона нозокомиални инфекции всяка година.

Развитието на ИХМ включва фино взаимодействие между микроорганизъм и макроорганизъм, в което хирургът и околната среда могат да играят важна роля. През 1999 г. Консултативният комитет по здравните практики за контрол върху инфекциите към Центро-

вете за контрол върху заболяванията (Centers for Disease Control -CDC), САЩ публикува ревизираните препоръки на първата версия на ръководството за предпазване от инфекции на хирургичното място, издадена през 1985 г. Новоизлязлото указание (Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection – 1999) третира в детайли всички фактори, имащи отношение към развитието на ИХМ (2). Особен акцент е поставен върху антибиотичната профилактика, като мощно средство, подпомагащо предотвратяване на постоперативните инфекциозни усложнения.

През последните 20 години прилагането на антибиотична профилактика получи силно развитие. Подобренения по отношение избирането на точния момент за приложение на началната доза, подходящият избор на антибиотик и прецизирана продължителност в схемата на приложение, дефинираха още по-ясно стойността на тази техника за снижаване нивото на постоперативните раневи инфекции.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Настоящото проучване представя препоръчаните най-нови (2010 г.) алгоритми на поведение за антибиотична профилактика в хирургията, съгласувани с класификационната система на раните и по основни хирургични специалности, обосновани от практиката на водещи лечебни центрове, асоциации и дружества по хирургия, анестезия и реанимация. За целта беше направен анализ на актуализираната информация, изнесена в официалните сайтове на посочените по-горе институции, както и редица публикации в литературата. Епидемиологичният анализ е използван като помощен метод при интерпретацията.

РЕЗУЛТАТИ

Според последни данни от анализ на антибиотичната консумация в Клиниката Анестезиология-реанимация на Университетски болничен център Амиен, Франция,

се установява, че един значителен процент :30-40% от хоспитализираните пациенти получават антибиотично лечение (АБ) . Антибиотичната профилактика (АБП) възлиза на 30-50% от изписаните АБ (3) . Авторите правят оценка, че третирането с АБ е недостатъчно овладяна сфера на действие, а именно-20-50% от изписванията са неподходящи, в т.ч.до 90% за АБП.

Процентът на ИХМ варира според вида на процедурата: 11% при хирургия на стомашно-чревен тракт, 1, 55 при колянното протезиране, 7% при обработка на хернии, 13% при хирургия на гърдата, до 20% при пациенти, претърпели вътрешно-коремни процедури. При четири последователни пилотни проучвания на Националната система за надзор върху нозокомиалните инфекции на САЩ (National Nosocomial Infections Surveillance System -NNIS) за 2001-2002 г се регистрира повишаване честотата на ИХМ от 0, 84% до 11, 09% на 100 хирургични интервенции (4). При сегашното ниво на познания, обаче, в сферата на профилактиката на ИХМ, становището на Johns Hopkins IT Консултативният център е, че подходящата АБП и други периперативни мерки биха могли да снижат нивото на ИХМ с повече от 50% (5).

Принципите на АБП, формулирани от Университетския болничен център Амиен, Франция, са както следва:

- целта на АБП е да намали честотата на поява на ИХМ, противопоставяйки се на бактериалната пролиферация
- избор на препарат с доказана ефикасност
- икономическа ефективност

Според най-нови превалентни проучвания, фиксиращи честотата на вътреболничните инфекции към определен момент, във Франция от 2001 и 2006г . ИХМ заемат трето място по честота сред нозокомиалните инфекции . Основни етиологични причинители са *E.coli* – 24% и *S. aureus* – 23%, които общо обуславят около половината от ИХМ. Етиологични агенти с основно значение при ИХМ са също така и други представители на сем. Enterobacteriaceae – 19%, както и други Грам (+) коки – 25%, неферментативни Грам (-) бактерии (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*) – 5%, анаероби – 3%, гъби – 1% (4).

Структурата на най-често изолираните причинители в много голяма степен съвпада с данните на АИС-ВБИ (Автоматизираната информационна система – ВБИ), предоставяща информацията за болничните отделения и други лечебни центрове в нашата страна (13) .

Нормалният състав на кожната флора (или т. нар. резидентна флора), обуславяща нейната естествена защита срещу патогенни микроорганизми включва (вж. Slide 9):

Грамм-положителни коки:

- *Micrococcus*
- *S. saprophyticus*
- *S. epidermidis*;

Грамм-положителни бацили:

- - *Corynebacterium*

- - *Propionibacterium*.

Следва да се имат предвид и най-честите бактерии контаминанти на храносмилателния тракт, чието размножаване при нарушена цялост на тъканите и определени условия (наличие на гной, кръв) е в състояние да доведе до развитие на инфекция. Това са:

Грамм (+) коки: стрептококи, ентерококи, стафилококи;

Грамм (-) бактерии : Ентеробактерии, *E.coli*, *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp.

Неферментативни ГОБ: *Pseudomonas* spp., *Acinetobacter* spp.;

Анаероби:

- коки: стрептококи, пептострептококи;
- бацили: *Bacteroides*, *Clostridium*, *Fusobacterium* (slides 10-12).

Определение за Инфекция на хирургичното място (ИХМ/SSI) според CDC/ECDC : инфекция, която се появява във връзка с инцизията в рамките на 30 дни от хирургичната интервенция или до 1 година, ако има поставен имплант.

Последната класификация на ИХМ е в зависимост от анатомичното разположение на засегнатите по време на интервенцията слоеве тъкани. Тази класификация отговаря на критерии за дефиниране на инфекции на хирургичното място на NNIS, поддържани от CDC/ECDC . Схемата е изложена в ревизираното Указание за предпазване от инфекция на хирургичното място, 1999 г. (2) и се използва универсално от системите за контрол на нозокомиални инфекции в специализирани проучвания (2,4,6).

Идентифицирането на инфекция на хирургичното място [Surgical Site Infection (SSI)] включва интерпретиране на клиничните и лабораторни резултати, и от съществено значение е една програма за надзор да използва дефиниции, които са съответстващи на утвърдените и са стандартизирани. В противен случай ще се обработват компютърно и съобщават неточни или неподлежащи на интерпретиране нива на ИХМ. NNIS системата на CDC е разработила стандартизирани критерии на надзора и дефиниране на инфекциите на хирургичното място . С тези критерии ИХМ са класифицирани или като инцизионни, или като обхващащи орган/пространство под мястото на операцията. Инцизионните ИХМ се разделят на повърхностни ИХМ : такива, включващи само кожата и подкожната тъкан (63%) и дълбоки ИХМ: такива, включващи по-дълбоки меки тъкани на инцизията -фасция и мускул (27%) . Инфекции на органи/ кухини под мястото на операцията (10%) включват която и да е друга част от анатомията (например орган или пространство) извън слоевете на стената на инцизираното тяло, което е било отворено или манипулирано по време на една операция (2,15)

Съществуват и модификации на посочената класификация. Например една дефиниция на постоперативните инфекции на Университета в Льовен, Белгия, Р.

Tulkens и A. Spinewine, 2002, ги категоризира както следва:

Повърхностни инцизионни (кожна и подкожна тъкан) или дълбоки инцизионни (фасция и мускул) (Пери) висцерални инфекции на ниво на достигнатите органи, пространства между органите и други манипулирани места по време на операцията

Системни инфекции и инфекции при оперирания, появяващи се на разстояние от хирургичното място. Тези инфекции не представляват част от първоначалната задача на хирургичната антибиотикопрофилактика (7).

В зависимост от степента на бактериално контаминиране хирургичната рана подлежи на класифициране в класове от I до IV: Чиста; Чиста-контаминирана; Контаминирана; Замърсена-на-инфектирана (2,4-9,14). Критериите за класифициране са посочени на slides 14-15. Показани са две илюстрации на чиста-контаминирана рана (вторична ранева инфекция при пациентка с нарушено коагулиране) и контаминирана рана (вторичен абсцес на субклавийна канюла) (slides 16-17).

Факторите, оказващи сериозно влияние върху развитието на ИХМ по Н. Singhal, 2009, са обобщени като фактори, свързани с хирургичната намеса (А), анестезиологични фактори (В) и фактори от страна на пациента (С) -слайд 18-21(9).

Независимо от многообразието от рискови фактори за ИХМ, обаче, NNIS работи с три основни групи: налично съпътстващо заболяване, напр.диабет; удължена операция и конта- минирани или замърсени рани. Рисковият индекс се изчислява по типа точкова система, наби райки по 1 точка за:

ASA 3 или повече;

операции, продължаващи > 75-та персантила на средна продължителност за интервенцията контаминирана или замърсена процедура.

Съответно изчисляваните рискови индекси са 1, 5, 2, 9, 6, 8 и 13 (5).

Наборите от точки (ASA, CEPOD scores) са необходими за определяне на риска от инфекция.

Утвърдени за ползване в практиката са:

1. ASA score - Схемата на Американската асоциация на анестезиолозите [American Association of Anaesthetists (ASA)];
2. CEPOD или NCEPOD score - Национално конфиденциално сведение за изход от заболяването и смърт на пациент [National Confidential Enquiry Into Patient Outcome And Death (NCEPOD)] - Обединено Кралство (slides 23-25) (10).

Изложени са последните указания за профилактично АБ приложение с оглед намаляване риска от развитие на ИХМ на три водещи медицински институции както следва:

Общи препоръки и конкретно според типа на интервенцията и изолиращата се микробна флора от съответното хирургично място -Отдел по хирургично обучение Регионален медицински

център Орландо, САЩ (Department of Surgical Education, Orlando Regional Medical Center) (slides 26-34) (11).

Препоръки от 2010 г. според вида (класа) на оперативната рана (4-те класа рани) - Наръчник за антибиотично приложение на Johns Hopkins Консултативния център (Johns Hopkins POC-IT Center) (slides 35-39) (5).

Актуализирани препоръки от 2010 г за АБ профилактика, съобразно спецификата на хирургичните специалности на SFAR - Comité de pilotage Société française d'anesthésie et de réanimation (Ръководен комитет на Френското дружество за анестезия и реанимация):

Антибиотична профилактика в хирургията и интервенционалната медицина (възрастни пациенти) (Slides 40-68) (12).

ОБСЪЖДАНЕ

Профилактичната употреба на антибиотици при хирургичния пациент преминава еволюцията от първи клинични опити през 50-те години, експериментални изследвания през 60-те-70-те, подходящо дефиниране количественото и качествено естество на ендегенната флора при състояние на здраве и болест (например гастроинтестинална флора от значение за абдо-минална хирургия), и рандомизирани проспективни със/без двойно слъпа проба проучвания през 80-те, 90-те години и след това. Последните демонстрират успешното приложение на антибиотичната профилактика при подходящ подбор на пациентите и разумен избор от наличните антибактериални средства, и стимулират изработването на конкретни препоръки относно правилните подходи за АБ профилактика в хирургията. Изборът на средствата за парентерално приложение, схемата с начална доза и реинжектирания и начина на приложение са станали държани на основата на добре планирани клинични изследвания (1). Рутинната употреба на АБ профилактиката в хирургията е преодоляла някои противоречиви становища, свързани предимно с бактериалната резистентност.

Основните постановки са подробно изложени в последната ревизия на указанията на CDC от 1999 г. Разграничават се: общи и конкретизирани указания в зависимост от:

типа на интервенцията (хирургичната специалност), съобразено с данни за най-често изолиращата се микробна флора от съответното хирургично място вида (класа) на хирургичната рана

Извършеният преглед на цитираните издания на водещи институции от последните години и главно 2010 г., показва, че като правило се препоръчва АБ профилактиката да се прилага за кратък период - в рамките на 24-48 часа периперативно. Като резюме на актуализираните указания на 2 големи медицински центровете (САЩ, Обединено Кралство) и Ръководния комитет

на Френското дружество за анестезиология и реанимация следва да се обобща:

Най-общо при повечето процедури с *чисти и чисти-контаминирани рани (клас I, II и III)* първичната препоръка е да се приложи:

единична доза цефалоспорин (Cefazolin 1-2 g i.v.) в рамките на 30 минути преди инцизията.

Допълнителни дози влизат в съображение когато операцията продължава по-дълго от 2 до 3 часа и при наличието на:

- рискови фактори от хирургичен или анестезиологичен тип
- интервенции, свързани с висок риск от инфекция на оперативната рана в зависимост от категоризацията (класа) на раната
- пациенти с висок рисков индекс (ASA score)

При бета-лактам алергия или с висок риск от MRSA – Vancomycin 15 mg/kg i.v..

Cefoxitin или Cefotetan 1-2g i.v., Cefazolin 1-2 g i.v. + Metronidazole 500 mg, Ertapenem 1000 mg, или комбинация бета-лактам/инхибитор на бета-лактамаза (напр. Ampicillin/ Sulbactam) при висок риск от анаеробна ИХМ, напр. колоректални операции.

Механична подготовка на червата и орални антибиотици се имат предвид при колоректални операции, напр. NEOMYCIN плюс ERYTHROMYCIN.

За замърсени рани (клас IV) прилагането на антимикробни средства е в терапевтични доза и режим, а не като профилактика.

Продължителността на третирането зависи от тежестта, хирургичния дебридман и клиничната реакция. АБ покритието следва да включва Грам(+) микроорганизми, и при специални обстоятелства Грам(-) и анаеробни микроорганизми (напр. перфориран орган).

За обикновени раневи инфекции Cefazolin 1-2 g i.v. на 8 часа.

Vancomycin, Linezolid, Tigecycline или Daptomycin при риск от Грам (+) инфекции (напр. MRSA) или с бета-лактам алергии.

При увеличен риск от Грам(-) и анаеробна инфекция: комбинация бета-лактам /инхибитор на бета-лактамаза (напр. Piperacillin/Tazobactam), Cefotetan или Cefoxitin, Cefazolin + Metronidazole, или Clindamycin + Gentamycin.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение най-новите препоръки относно АБ профилактиката в хирургията предлагат препарати и схеми на приложение за предотвратяване на усложнения с критично значение за резултатите и изхода от оперативните интервенции. Специално покритие се предвижда за състояния на алергия и мултирезистен-

тни бактерии. Указанията са изготвени и актуализирани от консултативни комитети по хирургия, анестезия и реанимация, поемащи отговорност за актуалността и прецизността на препоръките с изключителна практическа стойност. Тези указания следва да се разглеждат като общи становища по отношение подходящи практики за обсъждане на пациентите, базирани на наличната медицинска литература и клиничния опит при разработката им. Те следва да се приемат като насочващи при изработването на протоколи и политика, в помощ на клиничните решения за индивидуалните пациенти.

ЛИТЕРАТУРА

1. Nichols R.L., Preventing Surgical Site Infections: A Surgeon's Perspective. Emerging Inf. Dis., Special Issue, 7, 2001, 2.
2. Mangram A., T. Horan, M. Pearson, L. Silver, W. Jarvis, Guideline for Prevention of surgical site infection, 1999, last reviewed march 21, 2003., Am J Inf Control, 27, 1999, 2, 97-134
3. Dupont H., Antibioprophylaxie chirurgicale. Pôle d'Anesthésie-RJanimation INSERM ERI-12. Centre Hospitalier Universitaire, Amiens. Référentiel de pratique s'professionnelles. Antibioprophylaxie chirurgicale. Juin 2005
4. Rabaud Ch., Infections du site opératoire et antibioprophylaxie chirurgicale., DESC de Maladies Infectieuses. Paris, le 10 Janvier 2008.
5. Carpenter C., A. Swami., Surgical Site Infections (SSI) - Antibiotic Guide, Johns Hopkins POC-IT Center, 2010.Ed. In Chief J G. Bartlett, 01-11-2010.
6. Durrant A., C. Surgical, Site Infection. Kings County Hospital Center. 6/10/2005, Ppt Presentat
7. Tulkens P., A. Spinewine., Antibioprophylaxie chirurgicale. Pharmacologie et Pharmacothérapie des anti-infectieux. Pharmacothérapie générale - Prophylaxie antibiotique. Antibioprophylaxie en chirurgie. Université catholique de Louvain. Dernière mise à jour: 05/08/2002.
8. List of Surgical Wound Classifications. University of Connecticut Health Center Depart of Surgery. 28 Mar 2011.
9. Singhal H., K. Kaur, Ch. Zammit., Wound Infection. Updated: Sep 15, 2009.
10. Walker R., Update in Anaesthesia. World Anaesthesia Issue 14 (2002), Article 5
11. Antibiotic prophylaxis in surgery. Guidelines of the Department of Surgical Education., Orlando regional Medical Center. Approved 5/8/01, Revised 10/17/2006.
12. Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes) (CC 2010). Mis en ligne le 24 Décembre 2010 et modifié le 10 Janvier 2011.
13. Вачева-Добревска М. Тодорова, Н. Гачева, Т. Каменова., Вътрешболничните инфекции в България през периода 2007-2009 година. Служ. Бюлетин на НЦЗПБ, София, 2010 г

-
14. Медицински стандарт по превенция и контрол на инфекции, свързани с медицинското обслужване (Държ. Вестник 69/3.09.2010)
 15. http://www.iph.fgov.be/nsih/download/NSIH_Rapport_ISO_2001-2003.pdf

THE HEALTH PEDAGOGI AS A SCIENTIFIC DISCIPLINE FOR HEALTH UPBRINGING AND TRAINING

Vigerova A., M. Grudeva

Key words: health pedagogy, health psychology, support health

INTRODUCTION

We live in an era that will undoubtedly be evaluated in the future as a period of building a new culture and lifestyle in which education and information will become one of the important advantages of this. And so, because today the changes in the upbringing and education of the younger generation are determined by the number of new factors: economic, geographic, demographic and other. The actual transformation of the school system was formed as an integral part of our lives. But most likely, its contribution to social prosperity in general, can not be assessed properly by us and the new generations. This applies to the problem as it is done to support human health and society, which today is still a problem in theoretical assumptions rather than on effective practical solutions. Should not belittle the efforts of major international organizations (WHO, UNESCO, UN) that early, now with legitimate concerns highlight the health status and call for the development of strategies relating mainly to a change in lifestyle of people through the realization of long-lasting learning and educational technology.

DISCUSSION

All this makes the problem of health education and health Education people, especially the younger generation, a serious challenge to modern science, and applying the results of its research into practice. As an integral part of the global science and pedagogy is no exception to this trend. The thesis that relate to its development today rely on a certain idea of its multifaceted and integrative interaction with other disciplines. That's why much of its modern representatives Replace the extension the subject of pedagogy, by including it in a scientific analysis of objective knowledge and needs of people as the development of realistic forecasts. Based on their efforts in this direction, the boundary between pedagogy, medicine, psychology and sociology began to emerge first summarized research results underlying the formation of a new scientific discipline known today as health education or health education. Health Education (Nealth Pedagogy) is young scientific discipline. Her home is related to the 70 of last century, although at a depth retro-

spective review of the process of its emergence and development can be established facts which suggest the presence of a rich historical experience (6). Nevertheless, however, only include health education in the system of pedagogical sciences in Slovakia is still a matter of special discussion (6). However, it can be defined several quality research and scientific studies that prove its actual existence (Lewicki, 2001., Gawel, 2003; Toluhi, 1985). As an academic discipline the Health Pedagogy is a practical application in the training of students in the program leading to degree of "Bachelor" in the course "Teacher in kindergarten and study" the Faculty of Education at the University "Comenius". In a much better position than health pedagogy is health psychology, which is taught in many faculties and departments of foreign universities as a separate subject and is placed in the center of attention of a number of specialized journals such as: Health Psychology, Psychology and Health and others.). There are magazines, which focus is situated mainly on the health health (Health Education). It is logical to assume that Health Psychology much more rapidly emerged and takes place in the system of scientific knowledge and in particular the system of university education as a discipline or specialty, compared with Health Pedagogy. And so, because to have its impact on education and training of people, pedagogy in general must do much research based on new theories of psychology. This fact is crucial because it explains why before he was in the adequacy of their behavior, in particular health behavior, you must properly understand the theories of health in terms of learning theory. Equally important, along with that, to properly understand all social phenomena that are associated with health and possible changes they may cause in terms of position values, value orientation and others. people to it. Put another way, if you examine the psychology of health primarily influence the psyche of human health and disease and health pedagogy to decide how and under what conditions the process of upbringing and training can enhance the desired change in health behavior. "The experience of European countries, especially in recent decades shows that health education and upbringing in schools can significantly influence the formation of a healthy lifestyle" (3). This leaves the question why the school are directed to various programs and projects aimed at improving the quality of life through primary prevention of various addictions. Although the emphasis they placed on the value of health benefits, they largely replace, change "binding framework" for acquiring knowledge and skills in school learning environment. The actual state of health

Address for correspondence:

A. Wigerova, Comenius University, Faculty of Education, Department of Pre-school and Elementary Pedagogy, Bratislava/Slovakia
e-mail: wigerova@fedu.uniba.sk

behavior in school, however, testified that the areas of education are provided cross-curricular (1).

The reasons are several:

There is no accurate and meaningful line of the highlighted areas of education, which in practice creates problems in the profiling of their content;

The establishment of national education programs take little account of research results, which can be a starting point in creating curricula in schools;

Teachers are not prepared to work in these areas of education;

The curricula of universities is not included health education;

It is unclear where the health system of education in scientific disciplines.

Ideas to support health through health education and upbringing, formation of skills for a healthy lifestyle and keeping in sustainable behavior have their place in a number of government documents, such as: (National Health Support Program, National Program to Combat drugs in the Slovak Republic), but their actual application in the classroom and at a minimum. Even school projects, supporting health (Health Promoting School), which belong to the strategic challenges of these government programs are unable to solve the problem of turning in their own health care and personal responsibility. One of the key reasons why we believe it is precisely the fact that they are not included in the mandatory curriculum framework, and are left to the voluntary choice of educators. For this reason they are often ineffective, although it is determined by the Ministry of Education as a pedagogical strategies. Based on lessons learned, we definitely believe that health pedagogy and specialized scientific discipline has its place in the system and other disciplines can contribute to solving many problems of education in relation to the promotion of health. It is our opinion is determined by the following circumstances:

Health Pedagogy is directed to a relatively healthy population of people to prevent health risks, ie to prevention, in which emphasis on the procedural part of primary prevention (primary care);

Health Pedagogy addresses issues of conceptual support of health (health promotion) in the system of teaching and upbringing;

Health Pedagogy with its contents solve problems of health, sex, anti narcotic, and ecologically upbringing, as elements of the theory of education;

Health Pedagogy theories to explain the health as part of training and education;

Health Pedagogy is exemplary and explanatory theory. Based on research for health, people's attitudes towards health and quality of life, but it also explains the

phenomena related to reality in education, ie with what is happening in the education and upbringing in terms of health;

Health Pedagogy has assigned its advantages. Its overall goal (ideal) is a health and its targets are related to the capabilities (competencies) to care for their own health or the formation of so-called. "Health literacy" (health literacy), on the one hand, on the other hand - targeting the responsible use of health information and knowledge about health;

Health Pedagogy and training to teach responsible behavior and health etc.

CONCLUSION

Finally, it should be noted that the definition of the object, aims and objectives of Health Pedagogy as a young scientific discipline is a challenge for researchers and academics. Despite this, however, more convincingly outlines its mission and responsibility to develop a clear concept of health education and upbringing, in order to obtain knowledge and skills for healthy lifestyles in response to the challenges of the World Health Organisation and UNESCO with emphasis on the rehabilitation of the school environment. And since making a similar concept could not afford a scientific discipline, it should seek close liaison with other disciplines that are relevant to the problem of formation of a new health behavior.

REFERENCES

1. Bicková G., Sociálne zdravie v stredoeurópskom kultúrnom kontexte., doktorandská práca realizovaná na PdF UK, Bratislava, 2005, 41
2. Ficová L., Záškoláctvo ako problém súčasnej základnej školy. Bratislava, OZ V4., 2011, 18-23.
3. Grudeva M., Zdravý život ako pedagogický problém. / Medzinárodná vedecká - praktická konferencie "Budovanie profesionálny učitel'ia: Problémy pri hľadani riešení na prelome storočia".(časť 2). Bielorusko, Baranovichi 2000, 207 -. 210.
4. Lewicki C., Czynniki determinujace przebieg, jakośc i efekty wychowania zdrowotnego. Rzeszów, WSP, 2001, 58-64.
5. Majerčíková J., K otázkam primárnej prevencie drogovýcha iných závislostí v predškolskom veku. Bratislava, OZ V4, 2001, 37-48.
6. Wiegerová A., Zdravie, podpora zdravia, zdravotná výchova. Bratislava, OZ V4 a Europrint, 2004, 10-51.
7. Wiegerová A., Zdravie, podpora zdravia, zdravotná výchova. Bratislava, MPC, 2005, 56-60.

СОЦИАЛНИЯТ ФЕНОМЕН “ЕВТАНАЗИЯ” - ЕДНА ЕПОХАЛНА ПРОМЯНА В РАЗБИРАНЕТО ЗА МИСИЯТА НА МЕДИЦИНАТА

П. Манчева, В. Маджова, А. Забунов, Ж. Русева, Св. Христова

*Катедра по обща медицина и клинична лаборатория,
Медицински университет „Проф. Д-р Параскев Стоянов” – Варна*

Резюме: Медицинският контрол на умирането и смъртта е една от най-обсъжданите теми в морален, деонтологичен и правен аспект, както в медицинските среди, така и в общественото пространство. Промените, настъпили в здравеопазната система и общата медицинска практика през последното десетилетие и широкото популяризиране на Европейската харта за правата на човека налагат преосмисляне на правното съзнание на българските лекари. Обсъждането на евтаназията представлява част от голямата тема за пациентското право на достойна смърт, залегнало в Европейската харта за правата на човека. Правосъзнанието на лекарите е от съществено значение при реализиране на пациентските права и превръщане на правните предписания в конкретно поведение. От значение са ценностно-нормативните ориентации и нагласи на лекаря, социалната група и обществото, като структурообразуващи елементи на психологическия компонент на правосъзнанието. Общоевропейската и световната практика и развитието на обществените отношения у нас, пораждаат социалната необходимост от правно регулиране на феномена евтаназия.

Ключови думи: евтаназия, обща практика, правно регулиране

Abstract: Medical control of dying and death has always been a basic topic for a discussion among medical stuff and society, from a moral, deontological and legal aspect. Recent changes in the healthcare system and general practice during the last decade and the widely popular European charter of human rights has imposed a rethinking of the judicial awareness of Bulgarian doctors. Debate over euthanasia resembles just a part of the major topic for the patient's right to have a worthy death – a fundamental issue in the European chart for human rights. Doctors' legal sense is of substantial importance to make patients' rights come true and to transfer legal instructions into a definite behavior. It is also worth the doctor's values and attitudes, as well as that of the social group and society – a corner-stone for psychological component of law consciousness. The common European and global practices for public relations development gives rise to the social need for a legal regulation of euthanasia as a phenomenon.

Key words: euthanasia, general practice, legal regulation

ВЪВЕДЕНИЕ

Постиженията на световната медицинска наука и практика през последните години имат за резултат удължаване живота на пациентите (17), което обаче не винаги води до добро качество в последните му етапи и поражда множество морални, етични и социални въпроси (1).

Законодателните промените в здравеопазната система поставиха на изпитание правното съзнание на българските лекари през последното десетилетие, което доведе до различна степен на приемане на правните норми и се отрази на правната социализация и поведението им в правната сфера. Законодателните норми в България имат общозадължителен характер, но те не биха могли да осъществят своето регулативно действие, ако не се преосмислят от индивида, ако не се “пречупят” през призмата на неговото правосъзнание (12). Връзката между правното и моралното съзнание

на лекаря е особено силна, тъй като моралното съзнание е оформяно с течение на дългите години медицинска практика и определя неговото правосъзнание.

Евтаназията е сред социалните феномени, притежаващи свои специфични особености, трудно подчиняващи се на генерализация, което доведе до обществено обсъждане на този проблем у нас. Дебатите за нейното легализиране започнаха след 2004г, когато в българския парламент се постави въпроса за пасивната евтаназия при терминално болните пациенти, нуждаещи се от палиативни грижи. Редица автори приемат евтаназията като акт на милосърдие (7,11), докато техни опоненти твърдят, че никой няма право да се разпорежда с живота на другите (8). Обсъждането на евтаназията представлява част от голямата тема за правото на достойна смърт, като право на човека, засегнало в Европейската харта

за правата на човека. Всекидневното правно съзнание на медиците и пациентите има решаваща роля в процеса на превръщане на правните норми в здравеопазването в конкретно поведение.

СЪЩНОСТ

Правното съзнание на българския лекар, пациентските права и нерешения проблем за евтаназията, са проблемно свързани категории, наложили необходимостта от обсъждане на пасивната евтаназия през 2004 година в българския парламент. Законодателството у нас, Хипократовата клетва (15) и дългогодишната практика, са оформили правното съзнание на българския лекар в посока на ревностна защита на пациентското право на живот. Популяризирането на Европейската харта за правата на човека сред нашето общество и по-точно правото на достойнство и достойна смърт, налага промяна в разбирането на мисията на медицината (2,16).

Евтаназията, като право на достойна смърт, представлява прекратяване живота на пациента след негова съзнателна и грижливо преценена молба за това. Произлиза от старогръцки (*euthanasia*) и в буквален превод означава „лека и красива смърт без външна намеса“ (13). Предложен е през XVI век от английския философ Ф. Бейкън (3) за обозначаване на „лека“, безболезнена смърт. За пръв път се въвежда в Австралия през 1995 г. като правно понятие.

изпълнители на евтанатични действия, тъй като това би оказало отрицателно въздействие върху тях. Приемайки тезата, че пациентът има право на избор за края на своя живот, обсъждайки идеята за доброволността на този избор би се стигнало и до друга опасност – доколко правилно и точно е преценено това желание и дали временна депресия не е повлияла вземането на решение. При това съществува риск от нарастване на правно-защитените лекарски грешки, нарастващи в условията на една трудно функционираща и слабо финансирана здравеопазна система, което напомня идеята на геноцидната политика и отваря вратата за медицински престъпления.

Защитниците на евтаназията са значително по-малко, като най-важните им аргументи са свързани с тезата за абсолютната автономност на личността. Те считат, че съвременният човек следва да гледа по-реалистично на смъртта в биологичен план и да замени схващането за „благоговението към живота“ с категориите свобода, човешко достойнство и милосърдие. Освен това се счита, че евтаназията би завършила поредицата от медицински дейности, започващи с раждането и завършващи със смъртта и се подчертава моралния аспект на евтаназията за прекратяване на мъчителния и болезнен начин на настъпване на смъртта при случаите на неизбежна и скорошна смърт.

Изграждането на различните форми на евтаназията следва многообразието при дефиниране на понятието.

“За”	“Против”
1. Абсолютна автономност на личността 2. Право на свобода, човешко достойнство и милосърдие 3. Евтаназията затваря кръга на лекарска намеса в човешкия живот от раждането до смъртта 4. Прекратяване на мъчителния и болезнен начин на настъпване на смъртта при неизбежна и скорошна смърт	1. Неприложимост на утилитарния подход към ценността на човешкия живот 2. Противоречие с хуманния принцип на медицината 3. Може да доведе до деморализиращо действие върху лекарите и до засилване на ятрогенията 4. Възможни са много грешки, опасност от професионални пропуски 5. Снема от лекаря отговорността за живота на пациента 6. Недопустимо е обществото да решава своите проблеми чрез мед. мерки и да превръща лекаря в свой езекутор 7. Желанието и доброволността на пациента могат да се оспорват

България развива регламентирано смятаните за по-безпроблемни практики - палиативните грижи и изграждането на хосписи (17,18). Извън всякакви регламенти обаче решението за прекъсване на живота на терминално болни е непрекъсната и неизбежна дилема в медицинската практика, което поражда редица въпроси, свързани с правната отговорност на лекарите при терминално болни пациенти и правото им на достойна смърт. В медицинските разбирания по въпроса на евтаназията превес имат доводите против нея, на фона на по-малко изброени аргументи за нейното провеждане (табл.1).

Противниците на евтаназията застъпват тезата, че тя противоречи на хуманната идея и лекарите не може и не трябва да допускат да бъдат поставяни в ролята на

Принципите, около които се провежда дискусията са съсредоточени около въпроса относно нейното разрешаване или забрана (5), като едновременно с това се обсъжда регламентиране на възможността друго лице (обикновено медицински персонал) да сложи край на живота на страдащия безболезнено, чрез медицински средства. В този смисъл медико-правната доктрина разделя евтаназията на два вида:

активна (животът на пациента се прекъсва с активни действия от трето лице)

пасивна (не се прилагат нужните медицински грижи и действия, от което произтича прекъсване живота на лицето).

Според други автори, сред които е и Торнщедт, важен момент в класифицирането на евтаназията трябва да

бъде съгласието на пациента, вследствие на което обобщеното мнение за структурирането ѝ е следното:

1. Активна и пасивна - в зависимост от това дали смъртта е причинена пряко от лекар или смъртта е закономерно следствие от прекратено или незапочнато лечение. При активната евтаназия е налице умъртвяване от лекар, а при пасивната – настъпването на смъртта е вследствие на неприлагане на медицински действия.
2. Доброволна и недоброволна - в зависимост от това дали умъртвеното лице е дало правно-валидно съгласие за нейното извършване. Доброволна евтаназия е налице, когато лицето е изразило съгласие в посочения смисъл, а недоброволна – в случаите, когато по различни причини лицето не е способно да формира правно-релевантна воля.

Традиционното отличаване на активната от пасивната евтаназия се основава на различието между убийството и неоказване на помощ на умирация. Мотивите на лекаря, незаинтересован от смъртта на болния, даващ му от състрадание смъртоносна доза лекарства или просто прекратяващ лечението му, са пак едни и същи и в еднаква степен хуманни. Дж.Рейчълз смята, че са важни мотивите на действие, а не начинът на извършване и дори предлага медиците да не правят разлика между активна и пасивна евтаназия и да закрепят това правило в кодекса на лекарската етика. Всъщност мотивите са много важен елемент, но само те не са достатъчни. Действията и резултатите от тези действия също имат значение и в определени случаи те може да имат самостоятелен характер и дори да противоречат на това на мотивите. Ето защо не би следвало да се изключват от моралната оценка.

П. Лисаев (10) прецизно определя активната доброволна евтаназия като „правото и моралното задължение на едно лице (най-често лекар), с милосърдна цел – премахване на страданията, да причини смъртта на друго лице, което е страдащо и безнадеждно болно, чрез действие – прилагане на смъртоносна доза обезболяващи средства”. Също така изчерпателно дефинира и пасивната евтаназия: „пасивната евтаназия може да бъде осъществена чрез отказ от медицинска помощ или ограничаване само в рамките на сестринската помощ, както и в осигуряване на ограничен обем палиативни мерки”.

Към пасивната форма на евтаназия той добавя понятията дистаназия и ортотаназия. Под „дистаназия” се разбира поддържане живота на неизлечимо болния пациент с помощта на извънредни, трудно достъпни и скъпи средства (напр. реанимационни), чието прекъсване неминуемо и бързо би довело до смърт. В този смисъл дистаназията се възприема като застраховка относно диагностични грешки и представлява традиция в медицинската практика и етика. „Ортотаназията” е прекратяване на тези извънредни мерки и е свързана със спазване на противопоказанията за реанимация, т.е. приема се като правилно медицинско поведение и се оправдава от съвременната медицина.

В законопроекта на Закон за евтаназията, внесен на 27.06.2011г в Народното събрание на РБългария, вносителят Л.Корнезов (9) предлага за доброволна евтаназия да се счита тази, при която пациентът сам изявява желание неговият живот да бъде прекратен (чл.2). Той предлага принудителна евтаназия да се осъществява при тези, които нямат възможност да изразят волята си, като в този случай решението зависи от близките на болния (чл.3 и чл.5).

Възможните комбинирани форми на евтаназията са основно четири: доброволна активна, недоброволно активна, доброволна пасивна и недоброволно пасивна. Съществува единомислие след повечето автори относно двете основни класификации на евтаназията, като са възможни варианти на комбинация помежду им, но от медико-правна гледна точка най-голям практически смисъл има делението на активна и пасивна евтаназия (5).

Въпреки относителната яснота по съдържанието и различните форми на евтаназията остават морално-етичните и социално-правни проблеми по практиката на нейното прилагане. Редица нормативни документи забраняват всички форми на евтаназията у нас (Конституция на Република България, Закона за здравето, Кодекс на професионалната етика, Хипократова клетва), като същевременно Наказателния кодекс предвижда тежки наказателни мерки при нарушаване на закона (4). Въпреки общозадължителния си характер сами по себе си правните норми не биха могли да осъществят своето регулативно действие без да са ”пречупени” през призмата на правното съзнание.

Изграждането на правното съзнание на индивида, в частност на лекаря и неговия пациент е сложен процес, включващ три основни компонента:

- познавателен - включва правната информираност относно нормативната база по проблема евтаназия
- психологически - оценки, мнения, психологически нагласи към правото и прилагането ѝ
- поведенчески - готовност за правомерно или девиантно поведение в правната сфера

Взаимодействието между компонентите на правното съзнание на лекаря определя неговата мотивация и се отразява на социалното му поведение – правомерно или девиантно. При това връзката между правното и моралното съзнание на българския лекар продължава да е особено силна, тъй като неговото морално съзнание е в основата на правосъзнанието, оформяно през дългите години медицинска практика. В психологически план различията в мотивацията са израз на различна степен на приемане на правните норми в индивидуалното съзнание и на различната степен на правната социализация на личността на лекаря. Развитието на обществените отношения у нас поражда социалната необходимост от правно регулиране на проблема евтаназия, във връзка, но и независимо от общоевропейската и световната практика (6).

ИЗВОДИ

1. Евтаназията е сред социалните феномени, притежаващи свои специфични особености, трудно подчиняващи се на генерализация.
2. Ежедневната практика на българския лекар поставя на сериозно изпитание неговото индивидуално правно съзнание.
3. Пациентското право на достойнство, в частност и на достойна смърт налага преосмисляне на лекарското правно съзнание
4. Необходимо е провеждането на емпирично изследване на правното съзнание на лекаря и пациента, в трите му компонента, касаещи социалния феномен евтаназия
5. Самата необходимост от обсъждане на проблема представлява епохална промяна в разбирането за мисията на медицината, правното съзнание на лекаря и правата на пациента

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дебатът за евтаназията е феномен на късната модерност и отзвукът от него у нас не цели създаване на престъпни правни норми, а представлява възможност за обсъждане на изход от една безизходна за пациента ситуация. Българското общество и неговата ценостна система са на такъв етап от своето развитие, на който все още е трудно решаването на подобен казус със закон. Анализът на опита по проблема евтаназия и касаещите го правните норми сред страните-членки на Европейския съюз, биха били от полза при изработването на правната рамка и решаването на този морален, етичен и социален проблем.

Необходимо е ново разглеждане на проблема евтаназия, отчитащо интересите на хората, изпитващи нетърпими физически страдания. Предизвиканият дебат през 2004 г и последвалите го широки обществени дискусии след това, предполагат провеждането на емпирични проучвания в бъдеще, с цел изясняване обществената нагласа и изработването на адаптирана нормативна уредба, отговаряща на нуждите на обществото и реалната медицинска практика.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Айбах У., Човешкото достойнство, човешки права и качество на живот, <http://harta-bg.info/article.php?id=57#autor.details>
2. Баламезов Ст., Конституционно право, т.3, 1993
3. Бекария Ч., За престъпленията и наказанията, т.1, 1993
4. Долапчиев Н., Наказателно право, 1994
5. Зиновиева Д., Медицинско право, Сиела, София, 2004
6. Институт Отворено общество. "Евтаназията – възможна ли е легализацията ѝ в България?", заседание на Гражданския конвент, София, 18 май 2005
7. Калчев И., Смъртта - вечното оскърбление на живота, изд.Филвест, София, 1998
8. Коев Т., Бакалов Г., Въведение в християнството" 1992
9. Корнезов Л., Законопроект на Закон за евтаназията, внесен в НС на РБългария на 27.06.11
10. Лисаев П., Деонтологични и правни въпроси на медицинската практика, ИК "Фотон и АЯ", 2008, 137-50
11. Монтезкьо Ш., За духа на законите, 1984
12. Наумова Ст., Правно-социологическите изследвания в контекста на европейските стандарти, сп."Правна мисъл", №3, 2008, 81-91
13. Речник на чуждите думи в българския език, изд.БАН, София, 1992
14. Стефанова Р., Европейски решения във връзка с криминализирането на евтаназията, семинар Банско "Адаптиране на българското законодателство и практика с европейските изисквания – взаимодействие и ефективно прилагане", 15-17.05.2009
15. Хипократова клетва, <http://bg.wikisource.org>
16. Вук С. Medical and biological progress and the ECHR, 1994
17. Principles of the German Medical Association Concerning Terminal Medical Care. In The Journal of Medicine and Philosophy, 2000, Vol. 25, No2, 254-258
18. Sahm, S. Palliative Care versus Euthanasia. The German Position: The German Generale Medical Council's Principles for Medical Care of the Terminally Ill. In The Journal of Medicine and Philosophy, 2000, Vol. 25, No2, 195-219

ОСНОВНИ ЕТИЧНИ ИЗМЕРЕНИЯ НА АВТОРСТВОТО В БИМЕДИЦИНСКАТА ПУБЛИКАЦИОННА ПРАКТИКА

Керековска А., Н. Ушева

*Катедра Социална медицина и организация на здравеопазването,
Факултет Обществено здравеопазване, МУ-Варна*

РЕЗЮМЕ

Въведение: Публикационната почтенност и нарушенията на етични норми при публикуване на научни резултати са тема с нарастваща популярност сред световната биомедицинска общност. Комплексният и колективен характер на съвременните биомедицински изследвания и неимоверното нарастване на броя на научни публикации в условия на силна конкуренция и натиск в академичните среди превръщат етичните нарушения свързани с авторството в значим елемент на публикационната научна етика и актуален за международната научна общност проблем. В България, етичната регулация на авторството в научно-изследователската публикационна практика е negliжиран и нерешен проблем. Целта е да се идентифицират основните нарушения на етичните норми свързани с авторството при публикуване на научни резултати от биомедицински изследвания; да се очертаят съвременни международни ръководства и стандарти в тази област и се изведат препоръки за насърчаване на добра авторска практика в научно-изследователската публикационна дейност у нас. **Материал и методи:** Осъществен е преглед и съдържателен анализ на международни документи и стандарти в научноизследователската и редакционна практика, както и на български и международни публикации в областта на публикационната етика и авторството в биомедицинските научни изследвания. **Резултати и обсъждане:** Представени са основните етични аспекти на авторството в биомедицинската публикационна практика. Като най-чести нарушения се идентифицират: приписване на съавторство на лице без реално творческо участие, присвояване на авторство върху съавторско произведение, изключване от заслужено съавторство при отказване на дължимо признание за принос. Липсата на общовалидни и задължаващи стандарти за добра научна публикационна практика и на единни критерии и правила регулиращи въпросите на авторството, както и количествено ориентираната система за оценка на научните постижения са фактори, обуславящи нарушенията и тяхното negliжиране от българската научна общност. Осъществен е преглед на съвременни ръководства, международни критерии и етични изисквания към авторството в научната публикация и са изведени препоръки за насърчаване на добрата авторска практика в биомедицинската публикационна дейност в България. **Заключение:** Подобряването на качеството на българската наука изисква повишаване на чувствителността към етичните нарушения в публикационната и авторска практика. Запознаването със съвременните етични изисквания към авторството в биомедицинските публикации, разработването на общи правила на публикационната научна етика и законодателното им регламентиране, приемането на стандарти за добра авторска практика и въвеждането на единни критерии за признаване на авторски заслуги, предприемането на промени в системата за оценка на научните постижения и утвърждаването на авторска политика от научните списания са належаща задача пред българската научна общност.

Ключови думи: Публикационна етика, авторство, добра публикационна практика, биомедицински изследвания.

УВОД

Публикационната почтенност и нарушенията на етични норми при публикуване на научни резултати са те-

ма с нарастваща популярност сред световната биомедицинска общност. Недобросъвестната публикационна практика и злоупотреби, отнасящи се до фалшифициране и фабрикация на данни, плагиатство, дублиране или ненужно „раздробяване“ на публикации, конфликт на интереси при рецензиране и неадекватно цитиране са отдавна осъзнат сериозен проблем (3,4,5,7,9,10). Един доскоро пренебрегван аспект на публикационната научна етика в биомедицинските из-

Address for correspondence:

А. Керековска, Катедра по Социална медицина и организация на здравеопазването, Медицински университет - Варна, ул. "Марин Дринов" № 55, Варна - 9002
e-mail: kerekovska_a@yahoo.com

следвания са нарушенията, свързани с определяне на авторския статус (8).

Комплексният и колективен характер на съвременните биомедицински изследвания, неимоверното увеличаване на обема научни публикации в условия на силна конкуренция и натиск в академичните среди водят до нарастваща честота на злоупотреби с неетични авторски практики. Това превръща етичните нарушения свързани с авторството в значим елемент на публикационната научна етика и актуален за международната биомедицинска общност проблем. В България, етичната регулация на авторството в научно-изследователската публикационна практика е negliжиран и нерешен проблем.

ЦЕЛ

Целта на настоящата разработка е да се идентифицират основните нарушения на етичните норми свързани с авторството при публикуване на научни резултати от биомедицински изследвания; да се анализират причините за тези нарушения и техните последици; да се очертаят съвременни международни ръководства и стандарти в тази област и да се изведат препоръки за насърчаване на добра авторска практика в биомедицинската публикационна дейност у нас.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Осъществен е преглед и съдържателен анализ на съвременни ръководства, международни документи и стандарти в научноизследователската и редакционна практика, както и на български и международни публикации в областта на публикационната етика и авторството в биомедицинските научни изследвания.

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЯ

Основни етични нарушения свързани с авторството в биомедицинските публикации

Основните етични нарушения в биомедицинската публикационна практика се свеждат до: липса на реален научен принос; изменение, изпускане и/или преиначаване на данни (фалшифициране и фабрикация); съзнателно публикуване на неверни изводи; плагиатство и интелектуална експлоатация; дублиране или ненужно „раздробяване“ на публикации; конфликт на интереси при рецензиране; неадекватно цитиране; злоупотреби, свързани с определяне на авторския статус (3,4). Последните са обект на критика с нарастваща значимост в световната биомедицинска общност и се отнасят най-общо до приписване на съавторство на лице без реално творческо участие (натрапено или „почетно“ авторство) или изключване от заслужено съавторство при отказване на дължимо признание за принос (6).

Незаслуженото включване на съавтори без реален творчески принос („guest authorship“), но заемащи по-висока позиция в йерархичната структура на научното/изследователско звено е често етично нарушение в научните среди у нас. В тези случаи, задължителното вписване на ръководителя за съавтор (или дори първи автор) във всяка публикация на по-нисшестоящите колеги е израз на подвласност от страна на зависимите подчинени или тактика на сервилност пред ръководителя, насочена към спечелване на неговото благоразположение. В България, завеждащи катедра или секции редовно приемат, дори очакват такова включване за съавторство по силата единствено на служебното си положение, а не на реално творческо участие. Друга широко разпространена у нас форма на незаслужено съавторство е съществуващото (най-често негласно) споразумение за насрещна реципрочна размяна на колегиален жест за съавторско включване. Членовете на даден колектив (катедра) са съавтори във всяка публикация, като на първо място се поставя името на действителния автор, а всички останали са неправомерно „присъединени“ в борбата за повече бройки публикации с оглед по-бързо професионално израстване и по-лесна хабилитация (1).

В други случаи („honorary authorship“ или „почетно авторство“), етичните нарушения на авторска практика се обуславят основно от очакването, че включването на лица без авторски принос, но с авторитет и утвърдени позиции в съответните научни среди ще увеличи научната стойност на предложения ръкопис и вероятността за успешното му публикуване (4).

Непризнаването на заслужено съавторство („ghost authorship“) е не по-малко сериозно нарушение на добрата авторска практика. Изключване от съавторство и омаловажаване на дължимо признание за съществен принос се наблюдава обикновено при изследователи, заемащи по-ниска позиция в йерархичната структура на научната организация (млади научни работници, асистенти, докторанти и др.), чиито авторски заслуги остават подценени и неотразени в авторския лист.

Причини за нарушенията свързани с авторството при биомедицински научни публикации у нас

Съвместният характер на съвременните биомедицински научни изследвания и съавторството върху резултатите от тях, както и неимоверното нарастване на обема многоцентрови клинични изпитвания, включващи големи изследователски колективи - са предпоставка за увеличаване на проблемите свързани с авторството в биомедицинската публикационна практика, както у нас, така и в цял свят.

В САЩ и Западна Европа, правилата на публикационната изследователска етика отдавна не са само пожелания, а държавни и институционални програми с разработени правилници и процедури за контрол. В България, публикационната научна етика се ограничава до съвкупност от неписани норми с пожелателен характер, за чието спазване се разчита единствено на добросъвестността на учените (1). Проблемите свързани с автор-

ския статус са напълно пренебрегната сфера в научно-изследователската публикационна практика у нас. Липсват желанието, опитът и културата те да се извеждат, анализират и решават. Отсъствието на законова регламентация и общовалидни задължаващи стандарти, както и липсата на единни критерии, правила и утвърдени етични норми регулиращи въпросите на авторството - възпрепятстват утвърждаването и съблюдаването на добра научна публикационна практика у нас.

Изключително количествено-ориентираната система за оценка на научните постижения и постигане на професионално признание в академичните среди (основана на бройка научни публикации, а не качество на публикувания труд) в условия на силна конкуренция за кариерно развитие и осигуряване на финансиране на научната дейност - е фактор, стимулиращ множество нарушения свързани с авторството в биомедицинските публикации у нас.

Съвременни международни ръководства и стандарти в областта на авторството

Редица научни организации и международни комитети формулират ръководства, разработват стандарти за добра публикационна практика и утвърждават критерии за авторство в биомедицинските публикации (8). Най-активни в тази дейност са: Международният комитет на редакторите на медицинските списания (International Committee of Medical Journal Editors) (9), Комитетът за публикационна етика (Committee on Publication Ethics) (4), Съветът на международните организации за медицинска наука (Council of International Organizations for Medical Sciences), Световната асоциация на медицинските редактори (World Association of Medical Editors) (10) и Световната медицинска асоциация (World Medical Association).

Сравнителният анализ показва, че макар и отличаващи се по отношение на някои детайли свързани с оценяване на приноса и подредбата на съавторите, тези ръководства приемат общи етични изисквания и единни критерии за авторство в биомедицинските публикации (4,5,8,9,10). Признаването на авторство се основава на непосредствено участие и съществен интелектуален принос към изследването и предопределя поемане на пълна отговорност към съдържанието на публикувания ръкопис от страна на всеки съавтор (4,5,8). Недопустима е всяка форма на интелектуална експлоатация, независимо от отношенията в които се намират съавторите и заеманата от тях административна или академична длъжност (3). Като съавтори се посочват само лица, имащи значителен принос към дизайна и провеждането на изследването, събирането на данните, получаването, анализирането и тълкуването на резултатите, както и към написването и критичната преработка на ръкописа, и които са дали своето съгласие за неговото публикуване (8,9). Не са съавтори лицата, които оказват само организационна, техническа, финансова, методическа и друга помощ или съдействие, но не участват в същинския творчески процес (3). Подкрепата от други звена и лица, както и от членове на ръководството на научната орга-

низация се отразява в бележка за изказване на благодарност, а не с включване в списъка на съавторите (1). Не може да претендира за съавторство лице, което е спонсорирало издаването на научен труд, нито дори научният ръководител осъществил научното ръководство при написване му (3), ако не са участвали в същинския творчески процес. Подредбата на авторите е съвместно решение на целия авторски колектив, взето още в началото на изследването. При съвместно извършвана научно-изследователска дейност етично е да се определя реалният принос на всеки изследовател съобразно извършената от него работа (2).

Пепоръки за насърчаване на добра авторска практика в биомедицинската публикационна дейност в България

Множеството нарушения на етичните норми свързани с авторството при публикуване на научни резултати от биомедицински изследвания в България и нарастващата значимост на тези проблеми в международен контекст налагат необходимостта от мерки за преодоляване на етичните нарушения и насърчаване на добрата авторска практика у нас.

Пълното negliжиране на проблемите, свързани с публикационната етика и признаване на авторския статус е сериозен проблем, за чието преодоляване първоначално е необходимо заостряне на чувствителността на българската научна общност, запознаването ѝ със съвременните етични изисквания към авторството и изграждането на критично отношение сред академичните среди за неприемане на неетични авторски практики. Разработването на общи правила на публикационната научна етика и законодателното им регламентиране, приемането на стандарти за добра авторска практика и въвеждането на единни критерии за признаване на авторски заслуги са належаща задача пред държавата, научните институти и цялата научната общност у нас.

Необходими са усилия от страна на отговорни държавни и обществени институции (МОМН, Съюза на учените в България, професионални и научни сдружения) за създаване и успешно функциониране на механизми за внедряване на правилата за добра публикационна практика и санкциониране на нарушенията (1). Местните комисии по етика на научните изследвания към университетите могат да допринесат за формулирането на авторска политика на научните публикации и въвеждане на ефективни механизми за контролиране на неетично поведение на институционално ниво.

От съществено значение за преодоляване на недобросъвестната авторска практика и подобряване на качеството на научните трудове е предприемането на промяна в системата за оценка на научните постижения (при атестиране на научните работници, кариерно развитие на академичния състав или в акредитационните процедури) - с преориентиране от предимно количествени показатели към качествени критерии за публикационна активност и научен успех.

Приемането и стриктното съблюдаване на авторска политика от страна на научните списания, третираща основните етични изисквания за добра публикационна

и авторска практика, също би допринесло за превенция на злоупотребите свързани с признаване на авторски заслуги.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подобряването на качеството на българската наука изисква повишаване на чувствителността на научната общност към етичните нарушения в публикационната и авторска практика. За предотвратяване на злоупотребите и насърчаване на добра авторска публикационна практика у нас е необходимо внедряването на система от мерки на национално и институционално ниво. Запознаването със съвременните етични изисквания към авторството в биомедицинските публикации, разработването на общи правила на публикационната научна етика и законодателното им регламентиране; приемането на стандарти за добра авторска практика и въвеждането на единни критерии за признаване на авторски заслуги, предприемането на промени в системата за оценка на научните постижения и утвърждаването на авторска политика от научните списания са належащи задачи в този процес.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Загорчев И., Етика на научната публикация (на примера на природо-математическите науки). Списание на Българската академия на науките, 2001, **кн. 4-6**, стр. 57-63.
2. Тасев Г., Етика при подготовка на научни публикации., *Trakia Journal of Sciences*, 2009, **7**, Suppl. 2:1-6.
3. Цакова В., Аспекти на научната етика. (<http://www.unwe.acad.bg/research/br13/02.pdf>).
4. Committee on Publication Ethics. Guidelines on good publication practice. (<http://www.publicationethics.org.uk/guidelines>).
5. Council of Science Editors. CSE's White Paper on Promoting Integrity in Scientific Journal Publications, 2009. (www.CouncilScienceEditors.org)
6. Davidoff, F. Who's the author? Problems with biomedical authorship, and some possible solutions. *Sci Ed*, 2000;23:111-9.
7. Graf C., E. Wager, A. Bowman, S. Fiack, D. Scott-Lichter, A. Robinson., Best Practice Guidelines on Publication Ethics: a Publisher's Perspective. *Int J Clin Pract*, 2007, **61** (Suppl. 152):1-26.
8. Grieger M., Authorship: An ethical dilemma of science. *Sao Paulo Med J*, 2005, **123**:242-6.
9. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, and separate statements. *Ann Intern Med*, 1997, **126**:36-47.
10. World Association of Medical Editors. WAME publication ethics policies for medical journals. (<http://www.wame.org/resources/ethics-resources/publication-ethicspolicies-for-medical-journals>).

РОЛЯ, ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА И ПЕРСПЕКТИВИ ПРЕД ДЕЙНОСТТА НА МЕСТНИТЕ КОМИСИИ ПО ЕТИКА НА НАУЧНИТЕ ИЗСЛЕДВАНИЯ – НА БАЗА ОПИТА НА КЕНИ КЪМ МУ-ВАРНА

Керековска А.

*Катедра Социална медицина и организация на здравеопазването,
Факултет Обществено здравеопазване, МУ-Варна*

РЕЗЮМЕ

Въведение: В съвременния контекст на нарастващи изисквания за етична регулация на научните изследвания върху хора и променящо се законодателство за развитие на академичния състав и организацията на научните изследвания е налице необходимост от оптимизиране на дейността на местните комисии по етика към висшите медицински училища. Целта на настоящата разработка е да се представи ролята на местните комисии по етика на научните изследвания и на база опита на Комисията по етика на научните изследвания (КЕНИ) към МУ-Варна - да се идентифицират основните предизвикателства и се очертаят перспективите за оптимизиране на дейността за постигане на добра научно-изследователска практика. **Материал и методи:** Преглед на нормативни документи, регламентиращи статута и дейността на местните комисии по етика към висшите медицински училища; критичен анализ на опита на КЕНИ към МУ-Варна. **Резултати и обсъждане:** Обобщени са функциите на местните комисии по етика на научните изследвания и е представена ролята им - преди, по време и след приключване на научните изследвания. Идентифицирани са основните предизвикателства пред дейността на Комисията по етика на научните изследвания към МУ-Варна: липсата на ясна национална нормативна регламентация на статута и дейността; липса на реално функциониращ национален консултативен орган за методично ръководство; недостатъчна популяризация сред академичния състав и пренебрегване на изискването за получаване на разрешение за стартиране на научно изследване; ограничени възможности за систематична подготовка и обучение на членовете на комисията; недостатъчно сътрудничество със сродните комисии към другите медицински училища; недостатъчен акцент върху консултативната и обучителна дейност за подобряване на уменията на изследователските екипи за решаване на етичните дилеми в научно-изследователската практика. Като приоритетни насоки за оптимизиране на дейността на комисията по етика са очертани: изграждане на мрежа за сътрудничеството със сродните комисии - форум за обмяна на опит, формулиране на общи проблеми и разработване на единни правила за добра изследователска практика; разширяване на усилията за популяризиране на дейността на комисията сред академичния състав; въвеждането на регистър на провежданите в МУ-Варна научни изследвания; разгръщане на консултативната и обучителна дейност на комисията и засилване на текущия надзор над одобрените научни изследвания. **Заклучение:** Нарастващата значимост на местните комисии по етика на научните изследвания върху хора налага необходимостта от популяризиране, оптимизиране и синхронизиране на дейността им с цел постигане на добра научно-изследователска практика, както на институционално, така и на общонационално ниво.

Ключови думи: Местни комисии по етика на научните изследвания, Медицински университет – Варна, добра изследователска практика.

Address for correspondence:

А. Керековска, Катедра по Социална медицина и организация на здравеопазването, Медицински университет - Варна, ул. "Марин Дринов" № 55, Варна - 9002
e-mail: kerekovska_a@yahoo.com

УВОД

Съгласно Закона за здравето (Раздел Медицински научни изследвания, чл. 203), всички медицински научни изследвания върху хора се провеждат след положително становище от местна комисия по етика, учредена в лечебното или здравното заведение, или в научната организация (1). В съответствие с това изискване във всички висши медицински училища в България има сформирани местни комисии по етика на научните изследвания, чиято дейност е насочена към защита на достойнството, правата, безопасността и благополучието на участниците в научното изследване и гарантиране спазването на високи стандарти на етично поведение от членовете на изследователските екипи при всеки етап на научните изследвания и публикации. Основно задължение на комисии по етика на научните изследвания е да гарантират провеждането на научните изследвания върху хора на територията на съответната институция в съответствие с международноприетите етични принципи на биомедицински изследвания, заложи в Декларация на ООН за правата на човека (11), Декларацията на Световната медицинска асоциация от Хелзинки относно етичните принципи при биомедицински изследвания, включващи човешки същества (12), както и в Ръководствата за добра клинична практика (7,10).

В съвременния контекст на нарастващи изисквания за етична регулация на научните изследвания върху хора (9) и променящо се законодателство за развитие на академичния състав и организацията на научните изследвания (3,8) е налице потребност от оптимизиране на дейността на местните комисии по етика към висшите медицински училища. Целта на настоящата разработка е да се представи ролята на местните комисии по етика на научните изследвания и на база опита на Комисията по етика на научните изследвания към МУ-Варна - да се идентифицират основните предизвикателства и се очертаят перспективите за оптимизиране на дейността за постигане на добра научно-изследователска практика.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Преглед на нормативни документи, регламентиращи статута и дейността на местните комисии по етика към висшите медицински училища; Критичен анализ на опита на Комисията по етика на научните изследвания към МУ-Варна.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Роля и функции на Комисията по етика на научните изследвания към МУ-Варна

Комисията по етика на научните изследвания към МУ-Варна (КЕНИМУВ) е експертен и консултативен

орган за извършване на начална оценка, периодичен надзор и даване на становище относно етичните аспекти на научните изследвания върху хора, провеждани в рамките на институцията (6). Обект на експертна оценка на КЕНИ са клинични и неклинични биомедицински и медико-социални научни изследвания върху хора (без клинични изпитвания на лекарствени продукти) и научни изследвания с използването на персонална биомедицинска информация. Обект на разглеждане са и етичните проблеми, отнасящи се до защита на обществените интереси от недобросъвестни действия на изследователите при продукцията, съобщаването, предлагането и публикуването на резултатите от научните изследвания (6).

Главна задача на КЕНИМУВ е да разгледа и оцени научните, медицинските и етичните аспекти на предложеното научно изследване и да вземе мотивирано решение за неговото одобрение или неодобрение. Освен начална експертна оценка, комисията осъществява и текущ надзор върху одобренията и провеждани научни изследвания, както и контрол над приключилите проучвания по отношение на коректното изпълнение на декларираните в изследователския протокол ангажменти на изследователя/спонсора на проучването. Освен експертно-регулативната и контролна функция на КЕНИМУВ, много съществена за качеството на научно-изследователската дейност в университета е и нейната консултативно-обучителна роля за подобряване уменията на изследователските екипи за решаване на етичните дилеми в изследователската практика.

Основно задължение на комисията е да следи за съблюдаването в рамките на институцията на съвкупността от международноприетите етични и научни изисквания за качество, отнасящи се до планирането, провеждането, отчитането и докладването на резултатите от научните изследвания, както и за научната стойност и възпроизводимост на данните (9).

Основни проблеми и предизвикателства пред КЕНИМУВ

Статутът, структурата и дейността на местните комисии по етика на научните изследвания са най-общо регламентирани в Закона за здравето (1). Законът предвижда детайлното определяне на тяхната дейност, както и на условията и реда за провеждане на медицински научни изследвания върху хора да залегне в специална Наредба на Министерството на здравеопазването. Подобен нормативен акт не е приет. За разлика от регистрираните към Изпълнителната агенция по лекарствата (ИАЛ) етични комисии за извършване на клинични изпитвания в лечебните заведения, чиято дейност, функции, отговорности и процедури са подробно регламентирани в Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина и редица подзаконови нормативни документи (2,7), комисии по етика на научните изследвания към висшите медицински училища остават без конкретна и специфично-насочена нормативна регламентация на национално ниво. Нещо повече, те не разполагат и с възможността да получават консул-

тации и методични указания от национален компетентен орган, например от типа на Централната етична комисия към Министерски съвет или Комисията по етика за многоцентрови изпитвания към ИАЛ – ориентирани изключително към дейността на етичните комисии за клинични изпитвания в лечебните заведения.

Отсъствието на специфична нормативна база и реално функциониращ национален консултативен орган за методично ръководство и контрол създават и допълнителни затруднения пред дейността на Комисията по етика на научните изследвания към МУ-Варна свързани с ограничаване на възможностите за непрекъсната систематична подготовка и обучение на членовете ѝ, както и с възпрепятстване на изграждането на механизъм за независима външна оценка и контрол.

Друг значим за КЕНИМУВ проблем е недостатъчното ѝ сътрудничество със сродните комисии към останалите медицински училища. При липсата на възможности за предоставяне на консултации и методична помощ от общ компетентен орган, идентифицирането и разрешаването на общи проблеми и обмяната на опит и добра практика между отделните институционални етични комисии биха били от изключителна полза за всяка от тях.

Съществена пречка за гарантиране на добра научноизследователска практика в МУ-Варна е все още ограничената популярност на КЕНИМУВ сред академичния състав и непознаване на етичните изисквания за провеждане на научни изследвания върху хора от страна на някои изследователи в университета. Неинформираността на част от изследователите и пренебрегването на необходимостта от начална етична оценка и получаване на разрешение за стартиране на научно изследване са неблагоприятен показател при оценка на активността на етичната комисия и резултатите от нейната дейност. Недостатъчна е и осъществяваната от комисията консултативна и обучителна дейност сред академичния изследователски състав (включително и докторанти) с цел запознаване с етичните изисквания за научни изследвания върху хора и подобряване на уменията на изследователските екипи за решаване на етичните дилеми в научно-изследователската практика.

Приоритетни насоки за оптимизиране на дейността на КЕНИМУВ

На база идентифицираните при критичния анализ проблеми, свързани както с външната за КЕНИМУВ национална и местно-институционална среда, така и с вътрешните, произтичащи от активността на самата комисия фактори, се очертават следните приоритетни насоки за оптимизиране на дейността ѝ:

Изготвянето на наредба от Министерството на здравеопазването, която ясно да регламентира дейността на комисии по етика на научните изследвания и определя условията и реда за извършване на научни проучвания върху хора е от приоритетно значение за улесняване дейността на местните комисии. Създаването на национален регулативен и консултативен орган, както и разработването и приемането на единни правила за добра научно-изследователска практика са съществена

предпоставка за подобряване на ефективността на отделните институционални комисии.

Извършването на периодичен независим външен одит от компетентен контролен орган би допринесло за откриване на пропуски и грешки и тяхното предотвратяване. Това би стимулирало КЕНИМУВ да усъвършенства и изпълнява процедурите за издаване на етична оценка. От полза за този процес е и въвеждането на вътрешно-институционална система за оценка и самоконтрол на дейността на комисията. Разширяването на възможностите пред местните комисии да получават специфично-насочена подготовка и продължаващо обучение на техните членове е от изключително значение за поддържане на високо експертно ниво за гарантирането на добра изследователска практика.

Необходима промяна за подобряване на дейността и ефективността на местните комисии е интензифициране на сътрудничеството между тях за обмяна на опит и добри практики. Изграждането на мрежа и формирането на форум ще даде възможност за формулиране на общи проблеми и обединяване на усилията за разрешаването им, излизане с общи предложения пред Министерство на здравеопазването и други компетентни органи. Много от проучванията са многоцентрови, едновременно обхващащи изследователски центрове и екипи от няколко медицински университета в страната. Обмяната на информация между отделните комисии би съдействала за ранно откриване на етично неприемливи изследователски практики и хармонизиране на системата за етична оценка.

Неотложна задача пред КЕНИМУВ е по-нататъшно популяризиране на дейността ѝ сред академичния състав, както и на значимостта на съблюдаването на етичните изисквания при планиране и провеждане на научни изследвания върху хора в университета. С този процес е свързана и потребността от разгръщане на консултативната и обучителна дейност на КЕНИМУВ сред академичния изследователски състав, както и тематично включване и реално провеждане на обучение по тези проблеми в програмите за докторанти. Изискването за начална етична оценка на всички научни изследвания и получаване на разрешение от комисията за провеждането им е залегнало както в Правилника за дейността на МУ-Варна (4), така и в новия Правилник за развитие на академичния състав на университета (5). Въвеждането на регистър за научните изследвания провеждани в МУ-Варна и задължителното изискване за предварително одобрение от етичната комисия преди стартиране и регистриране на всяко изследване върху хора е допълнителна възможност за регулиране на тези процеси.

Разработването на по-гъвкави съкратени процедури при някои видове проучвания, предоставяне на експертна оценка и засилване на активността на комисията по отношение на текущия надзор над получили положително становище и вече провеждани научни изследвания са също мерки от значение за оптимизиране нейната дейност.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нарастващата значимост на местните комисии по етика на научните изследвания върху хора налага необходимостта от популяризиране, оптимизиране и синхронизиране на дейността им с цел постигане на добра научно-изследователска практика, както на институционално, така и на общонационално ниво. Наличието на ясна нормативна регламентация и реално действащ регулаторен орган би улеснило този процес. Изграждането на мрежа за сътрудничеството със сродните етични комисии, сформирането на форум за обмяна на опит и формулиране на общи проблеми; разработването на единни правила за добра научно-изследователска практика и етична оценка; въвеждането на университетски регистър на провежданите научни изследвания, разгръщането на консултативната и обучителна активност на КЕНИМУВ и засилване на текущия надзор над одобрените научни изследвания са основните предизвикателства пред нейната бъдеща дейност.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Закон за здравето. Обн. ДВ. бр. 70 от 10 Август 2004г.
2. Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина. Обн. ДВ. бр.31 от 13 Април 2007г.
3. Закон за развитието на академичния състав в Република България. Обн. ДВ. бр.38 от 21 Май 2010г.
4. МУ-Варна. Правилник за дейността на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов”- Варна, 2011г.
5. МУ-Варна. Правилник за развитие на академичния състав на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов”- Варна, 2011г.
6. МУ-Варна. Правилник на Комисията по етика на научните изследвания към МУ-Варна. 2008г.
7. Министерство на здравеопазването. Наредба № 31/2007 за определяне на правилата за Добра клинична практика. Обн. ДВ, бр. 67/2007 г.
8. Министерски съвет. Правилник за прилагане на Закона за развитието на академичния състав в Република България. Обн. ДВ. бр.75 от 24 Септември 2010г.
9. Council of Europe. Steering Committee on Bioethics. Guide for Research Ethics Committee Members. Strasbourg, 7th February 2011. (www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/source/INF%282011%29en.pdf).
10. EMEA. Guideline for Good Clinical Practice. 2006. (www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2009/09/WC500002874.pdf).
11. UNESCO. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. 2006. (www.bioethics.gr/media/pdf/biolaw/other/UNESCO_Bioethics_Declaration.pdf).
12. WMA. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. ([www./research/vp_research/documents/ethics_committee_docs/Helsinki%20declairation.pdf](http://www.research/vp_research/documents/ethics_committee_docs/Helsinki%20declairation.pdf)).

AUTOR'S INDEX

Andonova A.	281, 301	Баева Н.	231
Arsenijevic J.	151	Балашкова М.	169, 177
Bakova D.	191	Бикова П.	293
Balkanska P.	273	Бирданова В.	81, 85
Dokova K.	243	Борисов Й.	207
Groot W.	137, 143, 151	Борисова С.	285, 289
Grudeva M.	347	Валентинова Цв.	169, 177
Gryga I.	143	Варнева М.	277
Katzarov V.	195	Вачева Р.	341
Koeva S.	105	Велева Н.	261
Koleva I.	303	Велкова А.	13, 25
Kostov K.	303	Ганчева Г.	63, 69, 73, 185
Lecheva Zl.	329	Генова К.	255
Mateva N.	191, 337	Георгиева А.	321, 325
Mihov I.	281	Георгиева С.	25
Milcheva Hr.	281	Герова П.	101
Miteva K.	333	Гидикова П.	89
Murauskiene L.	115	Господинова М.	57
Nikolova M.	301	Дамянов Д.	341
Novakov I.	337	Делирадева Р.	89
Paskaleva R.	303	Делчева Ев.	121
Pavlova M.	137, 143, 151	Джеджев Ив.	155
Platikanova M.	281	Димитрова Т.	77
Popova K.	329	Димитрова В.	265
Popova S.	243	Димитрова Д.	35, 173, 221
Raycheva R.	217	Димитрова Л.	155
Slaveykov K.	17, 247	Димитрова М.	293
Stepurko T.	143	Димитрова Св.	165, 199
Stoyanova R.	217	Димитрова Цв.	321
Terzieva G.	329	Димова А.	231
Trifonova K.	17, 247	Докова К.	39, 297
van Merode Fr.	137	Дончева Ю.	341
Velichkovski R.	131, 235	Драганова М.	261
Vigerova A.	347	Забунов А.	21, 101
Yaneva R.	195	Забунов А.	349
Zlatanova T.	181	Иванов Г.	173
Zlatanova-Velikova R.	111	Илиева П.	63, 69, 73, 185
Атанасов Н.	125, 317	Йорданова И.	81, 85
Атанасова В.	239	Кавалджиева Б.	77
Атанасова Е.	147	Камбурова М.	25
Атанасова М.	63, 69, 73, 185	Карчева М.	63, 69, 73, 185, 225
Атанасова М.	251	Керековска А.	353, 357

Кирчева А.	341	Първанов Д.	341
Коева Сн.	93	Райчева Р.	173
Коева-Димитрова Л.	159	Рангелова Ж.	39, 297
Колева-Коларова Р.	261	Русева Ж.	21, 101, 349
Костадинова Т.	147	Сандева Г.	89
Левтерова Б.	173, 221	Симеонова Й.	13
Маджова В.	21, 101, 349	Стамболова И.	293
Манчева П.	21, 101, 349	Стамова Кр.	307, 311
Маринова Ю.	165, 199	Стоев Т.	203, 259
Милева С.	225	Стойновска М.	81, 85
Младенова С.	29	Стойнова Р.	317
Мутафова Ем.	147	Тодорова К.	307
Ненова М.	51	Тодорова М.	341
Несторова В.	155	Тонова Д.	207
Павлова Ст.	265, 255	Торньова Б.	259
Панчева Р.	97	Ушева Н.	97, 353
Парашкевова Б.	165, 199	Хаджиева Н.	341
Пеева Ю.	269	Христова Е.	35
Петрова Г.	165, 199, 269	Христова П.	13
Петрова Зл.	211	Христова П.	225
Петрова К.	31	Христова Св.	21, 101, 349
Петрова М.	101	Цветкова С.	225
Платиканова М.	89	Цветкова Т.	255
Попиванова А.	97	Чакърлова Л.	9
Попова К.	47	Чамова Г.	165, 199
Попова С.	43, 97	Юстиниянова Б.	35
Порожанова Ст.	31		

PERMUTERM SUBJECT INDEX

awareness , knowledge, public, genetic risk, familial risk, genetic risk factors _____	243
basic planning indicators , hospital, surgical wards, diagnostic and treatment process; efficient use of resources _____	195
euthanasia , general practice, legal regulation _____	349
general practitioner , risk factors, screening _____	17
health care quality, medical errors, reporting system, classification of adverse events that require immediate reaction _____	211
health pedagogy , health psychology, support health _____	347
health promotion at school , school nurses, public health _____	25
health status , life expectancy, mortality, cardiovascular mortality, child mortality _____	105
healthcare professionals , educational needs, gerontology, geriatric practice _____	273
household health care expenditure , health care reforms, Serbia _____	151
informal patient payments , health care utilization, public attitude, Central and Eastern Europe _____	143
innovatory methodical , practical preparation, education, quality, students _____	329
interactive methods , training, professional competences, students _____	333
international classification of nursing practice , nursing process, nursing care _____	261
Internet , e-Health, General Practitioner _____	247
leptospirosis , prognosis, cost effectiveness, global burden, hemodialysis _____	186
leptospirosis , serovar, risk factor, incidence _____	64
Master's degree , management of health care, educational strategies, training of students _____	269
medical mistakes , information system _____	217
mental health, financing, costs of illness, deinstitutionalization, Lithuania _____	115
mortality , demographic aging, disease classes, health system _____	111
motivation , medical professionals, motivational profile _____	221
motivation , motivational factors, work satisfaction _____	225
mumps , orchitis, clinical course _____	73
mumps , pancreatitis, clinical course _____	69
nurses , emigration, labor market _____	317
obesity , adolescence, primary care, general practitioner _____	101
occupational diseases , working environment factors, health policy _____	85
out-of-pocket payments , health care reforms, Central and Eastern Europe _____	137
physical activity , health promotion behavior, students _____	29
plastics , polymers, intoxication, occupational diseases _____	81
practical training , pre-graduate internship, record of the trainee, professional competencies _____	303
rehabilitation , health care program, health effect, cost benefit analysis _____	191
school for parents , pregnant women, nutrition, physical activity, negative behavior habits _____	35
sex stereotyping , male, female, labour market, health inequalities _____	235
Social Health Insurance (SHI) , Bulgaria, sustainability, efficiency, equity, quality _____	131
specialized outpatient medical care , average age of the specialist _____	181
students , clinical practice, mastering of medical activities _____	301
students , stress, clinical base, medical manipulations _____	281
sustainable development , health promotion, personal responsibility for health. _____	9
wards , diagnostic and treatment process, efficient use of resources _____	195
агресия на здравни работници , превантивна медицина, EMDR терапия, интегративен подход, Адаптивна система за обработка на информацията, билатерална стимулация, поственция, третична превенция _____	93
антибиотици , антибиотична профилактика, инфекция на хирургичното място (ИХМ), безопасност на пациента _____	341
болка в гърба , сколиоза, здравно-промотивно обучение, екипна работа, кинезитерапия, общопрактикуващ лекар (ОПЛ) _____	21
възможности , научно-изследователска работа, студенти медицински сестри, сфери _____	307
години потенциално изгубен живот , предотвратима с медицински интервенции смъртност, СЦИЕ _____	13
дете , увреждане, интеграция, обучение, рехабилитация _____	255
дипломанти , информирано съгласие, медицински сестри, непрекъснато обучение, пациенти _____	325
домакински бюджети , потребителски плащания, здравни услуги _____	147
евтаназия , обща практика, правно регулиране _____	349
епидемичен паротит, орхит, клинично протичане _____	73

епидемичен паротит, панкреатит, клинично протичане _____	69	медицински сестри, първи курс, стрес _____	321
затлъстяване, подрастващи, първична мед. помощ, ОПЛ _____	101	мениджмънт на хроничните заболявания, интегрирана медицинска помощ, ССМ _____	199
здравни грижи, VIPS модел на сестринска документация, медицинска сестра, сестрински процес _____	285	местни комисии по етика на научните изследвания, Медицински университет – Варна, добра изследователска практика _____	357
индекс на работоспособност, заболяемост, физически, умствен труд _____	77	мотивация, мотивационни фактори, удовлетвореност от дейността _____	225
инфекциозни болести, глобализация, противоепидемичен надзор _____	51	обща медицинска практика, продължителност на грижата, измерване _____	165
инфекциозни заболявания, възрастни, социални детерминанти _____	57	обществено здравеопазване, санитарно – хигиенно и противоепидемично дело, държавен здравен контрол _____	43
информационни технологии, медицински сестри, акушерки, здравни грижи, образование, обучение _____	239	общи, публични и частни здравни разходи, България _____	121
информирано съгласие, акушерки, родилки _____	265	общопрактикуващи лекари, пациент- фокусирана здравна грижа, пациент- центрирана комуникация _____	169
качество на медицинската помощ, медицински грешки, нежелани инциденти система за отчитане на медицинските грешки, класификация на сериозните събития, които изискват незабавна реакция за действие _____	211	ОПЛ, стил на живот, рискови фактори _____	173
качество, оценяване, индикатори _____	203	организационна култура, фактори на мотивация, болница, ОАИЛ _____	231
консултанти по кърмене, подкрепа, изключително кърмене _____	97	пластмаси, поливинил хлорид, отравяния, професионални болести _____	81
лептоспироза, прогноза, икономическа ефективност, глобален товар, хемодиализа _____	185	професионални болести, фактори на работната среда, методични подходи _____	85
лептоспироза, серовар, епидемиологичен фактор, заболяемост _____	63	публикационна етика, авторство, добра публикационна практика, биомедицински изследвания _____	353
лечебни заведения за болнична помощ, счетоводство, приходи, финансиране, отчитане _____	159	публични разходи за здравеопазване, домакински разходи за здравеопазване, БВП, иконометричен анализ на динамични редове _____	125
малигнен плеврален излив, качество на живот, талкова плевродеза, видео- асистирана торакоскопия _____	337	репродуктивно поведение, нагласи, социално-икономически фактори _____	39
медицинска сестра, мотивация, първокурсници, студенти, учебна година _____	311	сестринска грижа, сестринска документация, контрол, качество, иновация _____	289
медицински сестри, емиграция, пазарна труда _____	317	социален статус, медицинска сестра, професионална удовлетвореност _____	297
		социализация, междуличностно общуване, социална среда и роли _____	259
		умора, студенти-медици _____	89

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

Scripta Scientifica Medica is the official publication of Medical University Prof. Dr. Paraskev Stoyanov, Varna, Bulgaria. It is currently disseminated among medical university libraries from all over the world on exchange basis. This peer-reviewed annual accepts for publication original articles, unpublished papers recently presented at national and international congress proceedings, and book reviews from Bulgarian and foreign authors. The contributions should be devoted to actual topics in contemporary biomedicine, clinical medicine and interdisciplinary fields as well. They should not have been submitted or accepted for publication elsewhere. The journal publication is offered to the national and international readership in English only.

The manuscript signed by all the authors has to be submitted in duplicate to the Editor-in-Chief of *Scripta Scientifica Medica*.

Prof. Anelia Klisarova, MD, PhD, DSc
Medical University Prof. Dr. Paraskev Stoyanov, Varna
55 Marin Drinov Street
BG-9002 Varna
Bulgaria
Phone: +359-52- 650 057
Fax: +359-52- 650 019
E-mail: cio_varna@yahoo.com

The contributors are encouraged to submit the files of the text and figures of their revised manuscripts via e-mail to cio_varna@yahoo.com or via postal service on CD/DVD with a printing proof on A4 paper.

The authors must strictly follow some main instructions listed below.

The manuscript of an original paper should not exceed 4 single-spaced pages. The total volume of the text, tables, and references should not exceed 15000 characters. Printed and electronic copies should be on Times New Roman, size 12.

The structure of the article should include the following sections: *Introduction, Material and Methods, Results, Discussion* and *Conclusion(s)*. Additionally, there should be: a structured abstract of 200-250 words; key-words (5 to 6 words or non-verbal phrases); a reference list (up to 20 references); a complete address of the author for correspondence (postal and e-mail address), and an appropriate number of tables and figures. The figures should be provided on separate files in TIFF, EPS or JPEG format. All photos should be scanned as grayscale at 300 dpi. The tables should be provided on separate sheets and each table should have a title. Data sheets of diagrams should be obligatorily provided. No data reiteration in the text, tables, and figures is permitted. Photographs and microphotographs should be sufficiently contrasted and with size of 8 cm in width (1 column) and 17 cm in width (2 columns). Black-and-white drawings and diagrams are accepted only. Cited authors are ordered alphabetically in the reference list starting with those in the Cyrillic alphabet. Most commonly, these authors should be identified in the text of the article by Arabic numerals in parentheses - for example (1). Please, do not make use of Caps Lock option at all.

Preparation of references

Numbering of all the publications cited in the text should correspond to that in the list of references. Bibliographic citations of articles in journals should contain initials and names of all the authors (or at least the first six ones), article title, abbreviated title of the journal according to the style used in *Index Medicus* (National Library of Medicine, Bethesda, MD, USA), volume, year of publication, issue number (absolutely obligatory for Bulgarian and Russian journals), and page numbers (from-till). The citations of books should contain initials and names of the authors (up to three), book title, number of edition (if any), editor(s) (if any), location of publishing, publishing house and year of publication. Book chapters should contain initials and names of the authors of the chapter, title of the whole book, editor(s) (if any), location of publishing, publishing house, year of publication and page numbers (from-till). Congress proceedings should contain along with data as for book chapters, location and date of the corresponding meeting, kind of materials (abstracts or full papers), and page numbers. Author's name of the dissertation, title, location, institution, and year of defence should be indicated. With patents and licences, author's names (if any), registration number, and year of publication should be shown. Personal communications containing the name of the author cited and the date should be accompanied by his (her) permission in written for the corresponding statement.

Let us give some examples.

1. Biderman, I., S. Somien, Z. Shimshoni. In: Tissue Nutrition and Viability. A. R. Hargens, ed. New York, etc., Springer-Verlag, 1986, 121-134.
2. Goute, A. M., A. R. Haynes, M. J. Owen. New aspects of psychotic drug usage.- *J. Clin. Psychopharmacol.*, **8**, 1988, No 4, 315-317.
3. Youmans, G. P., A. N. Lewin. Tuberculosis. 3rd ed. Philadelphia, etc., W. W. Saunders, 1979.

The authors will receive 25 reprints of their articles along with a sample copy of the issue free of charge.

SCRIPTA SCIENTIFICA MEDICA, VOL. XXXXIII, pp. (vii) 1 - (vii) 368

Editor-in-Chief: Prof. Anelia Klissarova, MD, PhD, DSc

Co-Editor-in-Chief: Prof. Rossen Madjov, MD, PhD, DSc

Volume Editor: Assoc. Prof. Todorka Kostadinova, PhD

Technical editor and pre-print: Dilyana Koeva

Publ. Lit. group: III-3

Format: 8/60x84

ISSN 0582-3250

Medical University 55 Marin Drinov Street, Varna, BG-9002