ВАРНЕНСКИ МЕДИЦИНСКИ ФОРУМ

том 3, 2014, приложение 2

Издание на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов" - Варна

РЕДАКЦИОННА КОЛЕГИЯ

Главен редактор:

проф. д-р Красимир Иванов, д.м.н.
Ректор на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов" - Варна

Заместник главни редактори:

доц. д-р Албена Керековска, д.м.
Заместник ректор на „Проф. д-р Параскев Стоянов" - Варна

проф. д-р Риналдо Шишков, д.м.н.
Заместник ректор на „Проф. д-р Параскев Стоянов" - Варна

Редактори:

проф. д-р Антон Тончев, д.м.н.
Катедра по анатомия, хистология и ембриология, Медицински университет-Варна

проф. д-р Валентина Маджова, д.м.
Катедра по обща медицина и клинична лаборатория, Медицински университет-Варна

проф. Диана Иванова, д.б.н.
Декан на Факултет по фармация, Медицински университет-Варна

проф. д-р Жанета Георгиева, д.м.
Катедра по пропедевтика на вътрешните болести, Медицински университет-Варна

проф. д-р Негрин Негрев, д.м.н.
Директор на Медицински колеж-Варна

проф. д-р Радослав Радев, д.м.
Декан на факултет по медицина, Медицински университет-Варна

проф. д-р Стоянка Попова, д.м.
Катедра по социална медицина и организация на здравеопазването,
Медицински университет-Варна

доц. Виолета Тачева, д.ф.
Директор на Департамент по чуждоезиково обучение, комуникации и спорт,
Медицински университет-Варна

доц. Емануела Мутафова, д.и.
Декан на Факултет по обществено здравеопазване, Медицински университет-Варна

доц. д-р Йордан Радков, д.м.
Катедра по вътрешни болести, Медицински университет-Варна

доц. д-р Светослав Георгиев, д.м.
Катедра по вътрешни болести, Медицински университет-Варна

доц. д-р Цветан Тончев, д.м.
Декан на Факултет по дентална медицина, Медицински университет-Варна

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ”
ВАРНА

MEDICAL UNIVERSITY
„PROF. DR. PARASKEV STOYANOV”
VARNA

50 ГОДИНИ
Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“

50 YEARS
Department of Social Medicine and Health Care Organisation

ЮБИЛЕЙНА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ

“Обществено здравеопазване – традиции и перспективи”

A JUBILEE SCIENTIFIC CONFERENCE

“Public Health – Traditions and Perspectives“

30 - 31 май 2014 г.
гр. Варна

30 - 31 May 2014
Varna, Bulgaria

СЪДЪРЖАНИЕ

Мария Рохова - МЕТОДИ ЗА ИЗМЕРВАНЕ НА ЗДРАВНИТЕ НЕРАВЕНСТВА И НЕРАВНОПОСТАВЕНОСТТА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО 11

Десислава Ванкова, Албена Керековска, Тодорка Костадинова - КОНЦЕПЦИЯТА „КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ“ В ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ – ТРАДИЦИИ, ИЗСЛЕДОВАТЕЛСКИ ОПИТ И ПЕРСПЕКТИВИ....18

Бинна Ненкова, Мая Пандова - РЕГИОНАЛНИ НЕРАВЕНСТВА В ПЪРВИЧНАТА ИНВАЛИДНОСТ ПОРАДИ СЛЕПОТА В ИЗТОЧНА БЪЛГАРИЯ 27

М. Камбурова, П. Христова, А. Велкова, С. Георгиева, П. Стефанова, Й. Симеонова, И. Христова - НЕРАВЕНСТВА В ЗДРАВЕТО И ПОТРЕБЛЕНИЕТО НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ НА НЕДОНОСЕНИТЕ ДЕЦА В РАННОТО ДЕТСТВО 34

Николина Ангелова-Барболова, Теменужка Матева, Силвия Крушкова - ЗДРАВНИ НЕРАВЕНСТВА ПРИ ОКАЗВАНЕ НА ПСИХИАТРИЧНА ПОМОЩ НА ЛИЦА С ОПАСНО ПОВЕДЕНИЕ НА БОЛЕДУВАНЕ 39

Владимир Гончев - ТЮТЮНОПУШЕНЕ И НЕРАВЕНСТВА – АКТУАЛНИ АСПЕКТИ В ЕС 44

Даниела Арабаджиева, Здравко Славов, Ара Капрелян, Жанета Георгиева - ИЗСЛЕДВАНЕ НА РИСКА ЗА ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ, НЕПОСРЕДСТВЕНО СВЪРЗАН СЪС СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ 49

Стела Георгиева, Анжелика Велкова, Мариела Камбурова, Пенка Стефанова - РИСКОВИ ФАКТОРИ И МОТИВАЦИЯ НА ПОВЕДЕНИЕТО СРЕД УЧЕНИЦИТЕ НА ВЪЗРАСТ 14-19 ГОДИНИ В ПЛЕВЕНСКИ РЕГИОН....53

П. Стефанова, Г. Найденова - АСОЦИАЦИЯ НА МЕТАБОЛИТНИЯ СИНДРОМ И ВИСОКОСЕНЗИТИВНИЯ С-РЕАКТИВЕН ПРОТЕИН 58

Мая Визева - СОЦИАЛНО ЗНАЧИМИ АСПЕКТИ НА ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ВТОРИ ТИП 67

Катя Егурузе - НЕОБХОДИМОСТ ОТ ОБУЧЕНИЕ ЗА САМОИЗСЛЕДВАНЕ НА ГЪРДИТЕ ПРИ ЖЕНИ ОТ 20- ДО 65-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ....71

Веселина Несторова, Евгения Владева - СИНДРОМ НА КАРПАЛНИЯ КАНАЛ – ЕПИДЕМИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРЕВЕНЦИЯ 77

Георги Кобаков, Кирил Киров, Даниел Костов, Даниел Янков - СОЦИАЛНА ЕПИДЕМИОЛОГИЯ НА КОЛОРЕКТАЛНИЯ РАК В ОБЛАСТ ВАРНА И ОБЛАСТ ДОБРИЧ....83

Иван Джеджев, Веселина Несторова - ВЪЗДЕЙСТВИЕ НА ЙОНИЗИРАЩАТА РАДИАЦИЯ И КАРЦИНОМ НА ЩИТОВИДНАТА ЖЛЕЗА – ДВА КЛИНИЧНИ СЛУЧАЯ 88

Веселин Вълков - СЪВРЕМЕННИ ПОДХОДИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТЪР МИОКАРДЕН ИНФАРКТ....92

Десислава Атанасова-Пийтърсе - ОСВЕДОМЕНИ ЛИ СА ГРАЖДАНИТЕ ЗА ПРОВЕЖДАНАТА ОБЩИНСКА ЗДРАВНА ПОЛИТИКА И ЖЕЛАЯТ ЛИ ДА УЧАСТВАТ В НЕЯ? РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОУЧВАНЕ НА ОБЩЕСТВЕНОТО МНЕНИЕ В ОБЩИНИ ВАРНА, ДОБРИЧ И ВЕЛИКИ ПРЕСЛАВ 96

Паулина Кирова, Анжелика Велкова - ЗДРАВЕ В ПОЛИТИКИТЕ НА ОБЩИНИТЕ В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ....101

Христина Благойчева - ВЪЗМОЖНОСТИТЕ ЗА ТРУДОВА ЗАЕТОСТ НА ХОРАТА С УВРЕЖДАНИЯ В БЪЛГАРИЯ....107

Петър Цонов - ПРОБЛЕМИТЕ НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ (1914-1923) СПОРЕД ПЪРВОТО БЪЛГАРСКО СПИСАНИЕ ПО СОЦИАЛНА ХИГИЕНА, МЕДИЦИНА И ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ – СП. „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ” 113

Тони Веков - ЛЕКАРСТВЕНА ПОЛИТИКА, ОСНОВАНА НА ДИФЕРЕНЦИРАНИ РЕИМБУРСНИ СТОЙНОСТИ....121

Анета Докова, Лора Георгиева, Мила Георгиева, Тодорка Костадинова - МНЕНИЕ НА ДОКТОРАНТИТЕ ПО МЕДИЦИНА ЗА СЪТРУДНИЧЕСТВОТО МЕЖДУ

УЧЕНИТЕ И ЦЕЛЕВАТА ОБЩНОСТ НА ЗДРАВНИТЕ ПРОЕКТИ В БЪЛГАРИЯ.....130
Красимира Лалева, Лора Георгиева - МОТИВАЦИЯ ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА ПРОФЕСИОНАЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ ЗА ПОЛАГАНЕ НА ПОДКРЕПЯЩИ ГРИЖИ 135
Веселина Тинчева, Бистра Бончева - СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРАНИ ПРАКТИКИ ВЪВ ФОНДАЦИЯ КАРИН ДОМ, УТВЪРЖДАВАЩИ РОЛЯТА НА РОДИТЕЛИТЕ В ТЕРАПИЯТА НА ДЕЦА СЪС СПЕЦИАЛНИ НУЖДИ 139
Любомира Коева – Димитрова - КЛАСИФИКАЦИЯ НА МЕТОДИТЕ ЗА ЦЕНООБРАЗУВАНЕ В СЕКТОР ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ 145
Светлана Димитрова - ПРЕПОДАВАНЕТО ПО ДИСЦИПЛИНАТА „УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ" В МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ НА ТРАКИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ДЕСЕТГОДИШЕН ОПИТ И РАЗВИТИЕ.....152
К. Пеева, Ю. Маринова, Св. Димитрова, Б. Парашкевова, Г. Чамова - СТУДЕНТСКА ОЦЕНКА НА МЕТОДИТЕ НА ОБУЧЕНИЕ ПО БИОСТАТИСТИКА С SPSS В ТРАКИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ 157
Тодорка Стефанова, Деспина Георгиева, Радка Иванова - КОНЦЕПЦИЯ ЗА ОРГАНИЗАЦИЯ НА ПРЕДДИПЛОМНИЯ СТАЖ ЗА РЕГУЛИРАНА ПРОФЕСИЯ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА" 163
Тамара Цветкова - НЕОБХОДИМОСТ ОТ ОБУЧЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ ЗА РАБОТА С ДЕЦА СЪС СПЕЦИАЛНИ ПОТРЕБНОСТИ.....168
Анна Георгиева, Мария Вълканова -НЕОБХОДИМОСТ ОТ ДОПЪЛНИТЕЛНО ОБУЧЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ ПО ВЪПРОСИТЕ, СВЪРЗАНИ С ПРАВНАТА УРЕДБА НА ПРАВОТО НА ПАЦИЕНТИТЕ НА ИНФОРМАЦИЯ И ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ.....173
Мариана Димитрова, Златка Димиева, Анна Георгиева - ИНФОРМИРАНОСТ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ ПО ПРОБЛЕМА ЗА ДОМАШНОТО НАСИЛИЕ И НЕОБХОДИМОСТТА ОТ ОБУЧЕНИЕ 178
Цветелина Търпоманова, Йоанна Атанасова, Кольо Колев - ОБУЧЕНИЕ НА СТУДЕНТИ ОТ МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ И МЕДИЦИНСКИ КОЛЕЖ ЗА ПСИХОСОЦИАЛЕН СЪПОРТ В СИСТЕМАТА НА СРЕДНОТО ОБРАЗОВАНИЕ 183
Силвия Борисова Димитрова - ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЕСТРИНСКИТЕ ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ ОКАЗВАНЕ НА ЗДРАВНИ ГРИЖИ 187
Тодорка Боева, Валя Димитрова, Теодора Евтимова - ПРОУЧВАНЕ НА НАГЛАСИТЕ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „АКУШЕРКА" ЗА НАДГРАЖДАНЕ НА ПОЛУЧЕНОТО ОБРАЗОВАНИЕ.....192
Теодора Евтимова, Валя Димитрова, Тодорка Боева - АКУШЕРКАТА В ПОДКРЕПА ЗА ИЗГРАЖДАНЕ НА ВРЪЗКА МАЙКА – БЕБЕ.....197
Вержиния Цветкова, Даниела Христова - НЕОБХОДИМОСТТА ОТ ДЕНТАЛНИ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ В ЗЪБОЛЕКАРСКИЯ КАБИНЕТ 202
Мария Прошенска, Пенка Аргилашка, Мария Кукуларова - ЕМОЦИОНАЛНА ИНТЕЛИГЕНТНОСТ И ОБУЧЕНИЕ НА СПЕЦИАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ 206
Диана Димитрова, Лъчезар Попов - СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА СЪДЪРЖАНИЕТО НА АКУШЕРСКИ ОБУЧИТЕЛНИ ПРОГРАМИ В КОНТЕКСТА НА БОЛОНСКИЯ ПРОЦЕС.....211
Деспина Георгиева - ИЗПОЛЗВАНЕ НА НОВИ МОДЕЛИ ЗА ОБУЧЕНИЕ И УЧЕНЕ. ПРИЛАГАНЕ НА „МИСЛОВНИ КАРТИ" ПРИ ОБУЧЕНИЕТО НА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА" 218
Параскева Манчева, Мария Вълканова - ПРЕНОСИМОСТ НА ОСИГУРИТЕЛНИ ПРАВА В ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ.....225
Силвия Александрова-Янкуловска - ЯВЛЕНИЕТО WHISTLEBLOWING В СЕСТРИНСТВОТО 230
Атанас Анов, Силвия Александрова-Янкуловска - ART СРЕЩУ TEKHNE ИЛИ КАК МЕДИЦИНАТА СТАНА НАУКА 237
Ивайло Дагнев, Мария Сайкова - ПРЕВОДЪТ НА МЕДИЦИНСКИ СТАТИИ ОТ БЪЛГАРСКИ НА АНГЛИЙСКИ – ПРОБЛЕМНИ ОБЛАСТИ И ВЪЗМОЖНИ РЕШЕНИЯ 243
Пенка Костадинова, Анжелика Велкова, Петкана Христова, Йоана Симеонова,

Мариела Камбурова, Стела Георгиева, Сергей Костадинов, Стефан Костадинов - ПЪРВИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ: ИМА ЛИ ДОСТАТЪЧНО ВРЕМЕ ЗА ПРОФИЛАКТИКА НА ВЪЗРАСТНИТЕ? 247
Галина Петрова, Тодорка Костадинова, Гергана Ненова - ПРЕДИМСТВА И НЕДОСТАТЪЦИ НА ИНТЕГРИРАНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С АРТРОЗА – МЕЖДУНАРОДНИ ПРАКТИКИ 253
Макрета Драганова, Силвия Александрова-Янкуловска, Надя Велева - СПЕЦИФИКА НА ТРУДА НА РЪКОВОДИТЕЛИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ В БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ 258
Соня Тончева, Албена Керековска, Клара Докова - СПЕЦИФИКА НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ХРОНИЧНО БОЛНИ ПАЦИЕНТИ....263
А. Забунов, П. Манчева, В. Маджова - УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ ОТ РАБОТАТА – ОСНОВЕН ФАКТОР ЗА ЕФЕКТИВНОСТТА НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА 269
Златка Димиева, Апостол Апостолов - РАННАТА ИНТЕРВЕНЦИЯ – ИНСТРУМЕНТ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯТА НА ДЕЦА СЪС СПЕЦИАЛНИ НУЖДИ....273
Йоана Симеонова, Анжелика Велкова, Силвия Цветкова, Пенка Костадинова - ФАКТОРИ НА ФОРМИРАНЕТО НА ЗДРАВНАТА САМООЦЕНКА ПРИ АМБУЛАТОРНИ И ХОСПИТАЛИЗИРАНИ ПАЦИЕНТИ НА ВЪЗРАСТ НАД 44 Г. 277
Камен Ногалчев, Жана Рангелова - СОЦИАЛЕН СТАТУС НА БЪЛГАРСКИЯ ДЕНТАЛЕН ЛЕКАР: РЕЗУЛТАТИ ОТ СОЦИОЛОГИЧЕСКО ИЗСЛЕДВАНЕ (2012) 283
Силвия Крушкова, Николина Ангелова-Барбалова - СОЦИАЛНА ДИАГНОЗА НА КОГНИТИВНИ НАРУШЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИЯ....286
Даниела Драганова - СПЕЦИФИЧНИ ЗДРАВНИ ПРОБЛЕМИ НА ВЪЗРАСТНИТЕ ХОРА И РОЛЯ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА ЗА ПРЕОДОЛЯВАНЕТО ИМ В УСЛОВИЯТА НА СОЦИАЛНИ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ВЪЗРАСТНИ....290
Красимир Визев - СОЦИАЛНО-ЗНАЧИМА ПАТОЛОГИЯ И СТАРЕЕНЕ 293
Джема Грозданова - УЧИЛИЩЕТО КАТО ИНСТИТУЦИЯ И РОЛЯТА НА УЧИТЕЛИТЕ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА ОРАЛНОТО ЗДРАВЕ НА УЧЕНИЦИТЕ 299
Деница Вичева, Геновева Рагьовска-Монова - АНАЛИЗ НА ВЪЗМОЖНОСТИТЕ ЗА ОБУЧЕНИЯ НА СЕМЕЙСТВАТА НА ДЕЦА С МЕНТАЛНИ ПРОБЛЕМИ КЪМ УМБАЛ „ СВЕТА МАРИНА“ И ФОНДАЦИЯ „ КАРИН ДОМ“ В ГР. ВАРНА 304
Кр. Стамова, Св. Стайкова, Р. Димитрова - ПРОУЧВАНЕ НЕОБХОДИМОСТТА ОТ ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ПОМОЩ И ПОДКРЕПА ЗА ПАЦИЕНТИТЕ НА ХЕМОДИАЛИЗНО ЛЕЧЕНИЕ ОТ КЛИНИКАТА ПО ДИАЛИЗА КЪМ МБАЛ „СВЕТА МАРИНА” ЕАД – ГР. ВАРНА 308
Станислава Павлова - ФАКТОРИ, ВЛИЯЕЩИ ВЪРХУ УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА ОТ ТРУДА ПРИ МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ 312
Геновева Рагьовска, Диана Гроздева - ВИЗИЯТА НА СТАРШАТА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА ПРЕЗ ПОГЛЕДА НА СТУДЕНТИТЕ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ 317
Галина Петрова, Христо Петров - ПРИЕМСТВЕНОСТ НА ПОЛИТИКИТЕ ЗА ЗДРАВНИ ГРИЖИ ЗА ДЕЦА В БЪЛГАРИЯ....321
Мария Радева - ДИСЦИПЛИНАТА „СОЦИАЛНО И ЗДРАВНО ЗАКОНОДАТЕЛСТВО” В ОБУЧЕНИЕТО ПО СПЕЦИАЛНОСТИТЕ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА” И „АКУШЕРКА” 327
Боряна Парашкевова, Юлияна Маринова - ИНСТИТУЦИЯТА НА УЧАСТЪКОВИЯ ЛЕКАР В БЪЛГАРИЯ – ИСТОРИЧЕСКИ ПОГЛЕД 332
Д. Гроздева, Й. Григорова, П. Пенчева - СТУДЕНТИТЕ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ ЗА КЛИНИЧНАТА ПРАКТИКА В ХИРУРГИЧНО ОТДЕЛЕНИЕ 342
Мария П. Петрова - ЗА ПРАВОТО НА УСТАНОВЕН ПРОИЗХОД И СЛУЖЕБНАТА ТАЙНА ПРИ АСИСТИРАНАТА РЕПРОДУКЦИЯ....347
Милена Владимирова, Наташка Данова - УДОВЛЕТВОРЕНОСТ НА ПАЦИЕНТИТЕ ОТ БОЛНИЧНА ПОМОЩ – РЕЗУЛТАТИ ОТ АНКЕТНИ ПРОУЧВАНИЯ ПРИ АКРЕДИТАЦИЯ....354

CONTENTS

Maria Rohova - MEASUREMENT OF HEALTH INEQUALITIES AND INEQUITIES 11

Desislava Vankova, Alben Kerekovska, Todorka Kostadinova - THE "QUALITY OF LIFE" CONCEPT IN PUBLIC HEALTH – TRADITIONS, RESEARCH EXPERIENCE AND FUTURE PERSPECTIVES 18

Binna Nenkova, Maya Pandova - PRIMARY DISABILITY REGIONAL INEQUALITIES DUE TO BLINDNESS IN EASTERN EUROPA 27

M. Kambourova, P. Christova, A. Velkova, S. Georgieva, P. Stefanova, J. Simeonova, I. Hristova - INEQUALITIES IN HEALTH AND THE DEMAND OF HEALTH SERVICES FOR PREMATURE INFANTS IN EARLY CHILDHOOD 34

Nikolina Angelova-Barbolova, Temenuzka Mateva, Sylvia Kroushkova - HEALTH INEQUALITIES IN PROVIDING OF MENTAL HEALTH CARE FOR PEOPLE WITH DANGEROUS BEHAVIOUR IN ILLNESS 39

Vladimir Gonchev - SMOKING AND INEQUITIES – CURRENT ASPECTS IN THE EU 44

Daniela Arabadzhieva, Zdravko Slavov, Ara Kaprelyan, Zhaneta Georgieva - STUDY OF THE RISK FOR ISCHEMIC STROKE IMMEDIATELY RELATED TO CARDIO-VASCULAR DISEASES 49

Stela Georgieva, Angelika Velkova, Mariela Kamburova, Penka Stefanova - RISK FACTORS AND LIFE STYLE MOTIVATION AMONG 14-19 YEARS OLD STUDENTS IN THE REGION PLEVEN 53

P. Stefanova, G. Naydenova - ASSOCIATION OF METABOLIC SYNDROME AND THE HIGH-SENSITIVITY C-REACTIVE PROTEIN 58

Maya Vizeva - SOCIALLY SIGNIFICANT ASPECTS OF DIABETES TYPE 2 67

Katya Eguruze - THE NEED TO TRAINING FOR SELF-EXAMINATION FOR BREASTS IN WOMEN FROM 20 TO 65 YEARS 71

Veselina Nestorova, Evgenia Vladeva - CARPAL TUNNEL SYNDROME – EPIDEMIOLOGY, DIAGNOSTICS, TREATMENT AND PREVENTION 77

Georgi Kobakov, Kiril Kirov, Daniel Kostov, Daniel Yankov - SOCIAL EPIDEMIOLOGY OF COLORECTAL CANCER IN THE REGIONS OF VARNA AND DOBRICH 83

Ivan Dzhedzhev, Veselina Nestorova - INFLUENCE OF IONIZING RADIATION AND THE CARCINOMA OF THE THYROID GLAND – TWO CLINICAL CASES 88

Veselin Valkov - TIME AS A FACTOR IN THE MODERN TREATMENT OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION 92

Desislava Atanasova-Pieterse - ARE THE CITIZENS AWARE ABOUT THE MUNICIPAL HEALTH POLICY AND DO THEY WANT TO TAKE PART IN IT? RESULT FROM OPINION POLL IN THE MUNICIPALITIES VARNA, DOBRICH AND VELIKI PRESLAV 96

Paulina Kirova, Angelika Velkova - HEALTH IN THE MUNICIPAL POLICIES IN BULGARIA 101

Hristina Blagoycheva - OPPORTUNITIES FOR EMPLOYMENT FOR HANDICAPPED PEOPLE IN BULGARIA 107

Patar Tzonov - PUBLIC HEALTH PROBLEMS (IN THE PERIOD BETWEEN 1914 AND 1923) REFLECTED BY THE FIRST BULGARIAN JOURNAL IN SOCIAL HYGIENE, MEDICINE AND HEALTH CARE – PUBLIC HEALTH JOURNAL 113

Toni Vekov - PHARMACEUTICAL POLICY BASED ON THE DIFFERENTIATED REIMBURSED VALUES 121

Aneta Dokova, Lora Georgieva, Mila Georgieva, Todorka Kostadinova - MEDICAL PHD STUDENTS' OPINION ABOUT THE COLLABORATION BETWEEN SCIENTISTS AND TARGET COMMUNITY OF HEALTHCARE PROJECTS IN BULGARIA 130

Krasimira Laleva, Lora Georgieva - MOTIVATION FOR ACQUIRING PROFESSIONAL QUALIFICATION OF SUPPORTING CARE 135

Veseliana Tincheva, Bistra Boncheva - FAMILY CENTERED PRACTICES IN KARIN DOM FOUNDATION, AFFIRMING THE ROLE OF PARENTS IN THE THERAPY OF CHILDREN

WITH SPECIAL NEEDS....139
Lyubomira Koeva-Dimitrova - CLASSIFICATION OF THE METHODS FOR PRICING IN HEALTH SECTOR....145
Svetlana Dimitrova - NURSING MANAGEMENT TEACHING AT MEDICAL FACULTY OF TRAKIA UNIVERSITY – TEN YEARS EXPERIENCE AND DEVELOPMENT....152
K. Peeva, J. Marinova, Sv. Dimitrova, B. Parashkevova, G. Chamova - MEDICAL STUDENTS ASSESSMENT OF TEACHING METHODS IN BIOSTATISTICS WITH SPSS AT THE TRAKIA UNIVERSITY....157
Todorka Stefanova, Despina Georgieva, Radka Ivanova - CONCEPT OF ORGANIZATION GRADUATE PRACTICE OF REGULATED PROFESSIONS "NURSE"....163
Tamara Tcvetkova - TRAINING NEEDS OF NURSES WORKING WITH CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS....168
Anna Georgieva, Maria Valkanova - NEED FOR ADDITIONAL TRAINING NURSES IN ISSUES RELATED TO THE LEGAL ARRANGEMENTS TO PATIENT INFORMATION AND INFORMED CONSENT....173
Mariana Dimitrova, Zlatka Dimieva, Anna Georgieva - NURSES' KNOWLEDGE ON THE PROBLEM OF DOMESTIC VIOLENCE AND THE NEED FOR TRAINING....178
Tsvetelina Tarpomanova, Yoanna Atanasova, Kolyo Kolev - TRAINING STUDENTS FROM MEDICAL UNIVERSITY AND MEDICAL COLLEGE FOR PSYCHO-SOCIAL SUPPORT IN THE SECONDARY EDUCATION SYSTEM....183
Silviya Borisova Dimitrova - DEFINITION OF NURSING INTERVENTIONS AT RENDERING HEALTH CARE....187
Todorka Boeva, Valia Dimitrova, Teodora Evtimova - MIDWIFE STUDENTS INTENTIONS TO CONTINUE AND IMPROVE THEIR EDUCATION....192
Theodora Evtimova, Valia Dimitrova, Todorka Boeva - MIDWIVES SUPPORT LINK BUILDING MOTHER – BABY....197
Verginia Tzvetkova, Daniela Hristova - NEED FOR DENTAL NURSE AT DENTAL OFFICE....202
Maria Proshenska, Penka Argilashka, Maria Kukularova - EMOTIONAL INTELLIGENCE AND TRAINING OF HEALTHCARE PROFESSIONALS....206
Diana Dimitrova, Luchezar Popov - COMPARATIVE ANALYSIS OF MIDWIFERY EDUCATION PROGRAMS IN THE CONTEXT OF THE BOLOGNA PROCESS....211
Despina Georgieva - USE NEW MODELS FOR THE TEACHING AND LEARNING. IMPLEMENTATION OF THE "MIND MAP" IN THE TRAINING OF THE STUDENTS OF SPECIALTY "NURSE"....218
Paraskeva Mancheva, Maria Valkanova - INSURANCE RIGHTS TRANSFER WITHIN THE EUROPEAN UNION....225
Silviya Aleksandrova-Yankulovska - WHISTLEBLOWING IN NURSING....230
Atanas Anov, SilviyaAleksandrova-Yankulovska - ART VS TEKHNE OR HOW MEDICINE BECAME SCIENCE....237
Ivaylo Dagnev, Maria Saykova - TRANSLATING MEDICAL ARTICLES FROM BULGARIAN INTO ENGLISH – PROBLEMATIC AREAS AND POSSIBLE SOLUTIONS....243
Penka Kostadinova, Angelika Velkova, Petkana Hristova, Joana Simeonova, Mariela Kamburova, Stela Georgieva, Sergey Kostadinov, Stefan Kostadinov - PRIMARY CARE IS THERE ENOUGH TIME FOR PREVENTION OF THE ADULTS?....247
Galina Petrova, Todorka Kostadinova, Gergana Nenova - ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF INTEGRATED CARE FOR PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS - INTERNATIONAL PRACTICES....253
Makreta Draganova, Silviya Aleksandrova-Yankulovska, Nadia Veleva - SPECIFIC CHARACTERISTICS OF MANAGERIAL WORK OF HEALTH CARE MANAGERS IN THE HOSPITALS....258

Sonya Toncheva, Albena Kerekovska, Klara Dokova - SPECIFIC CHARACTERISTICS OF HEALTH CARE FOR CHRONICALLY ILL PATIENTS....263
A. Zabunov, P. Mancheva, V. Madjova - GENERAL PRACTITIONERS' WORK SATISFACTION – A BASIC FACTOR FOR THE HEALTHCARE SYSTEM EFFECTIVENESS....269
Zlatka Dimieva, Apostol Apostolov - EARLY INTERVENTION - PREVENTION TOOL FOR INSTITUTIONALIZATION OF CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS....273
Joana Simeonova, Angelika Velkova, Silvia Tsvetkova, Penka Kostadinova - FACTORS OF SELF-RATED HEALTH AMONG AMBULATORY AND HOSPITALIZED PATIENTS OVER 44 YEARS OF AGE....277
Kamen Nogalchev, Zhana Rangelova - SOCIAL STATUS OF THE BULGARIAN DENTIST: RESULTS FROM A SOCIOLOGICAL STUDY (2012)....283
Silvia Krushkova, Nikolina Angelova-Balabanova - SOCIAL DIAGNOSIS OF THE COGNITIVE DYSFUNCTIONS IN SCHIZOPHRENIA....286
Daniela Draganova - SPECIFIC HEALTH PROBLEMS OF THE ELDERLY AND THE ROLE OF THE NURSE TO OVERCOME THEM IN CONDITIONS OF INSTITUTIONS FOR ADULTS....290
Krasimir Vizev - SOCIALLY SIGNIFICANT PATHOLOGY AND AGING....293
Dzhema Grozdanova - SCHOOL AS AN INSTITUTION AND ROLE OF TEACHERS IN IMPROVING STUDENTS' ORAL HEALTH....299
Denitza Vicheva, Genoveva Ragyovska-Monova - ANALYSIS OF THE OPPORTUNITIES FOR TRAINING TO FAMILIES OF CHILDREN WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS TO MEDICAL HOSPITAL „SAINT MARINA" AND FOUNDATION „KARIN DOM" IN VARNA....304
Kr. Stamova, Sv. Staykova, R. Dimitrova - EXAMINE THE NEED TO PROVIDE ASSISTANCE AND SUPPORT TO PATIENTS ON HEMODIALYSIS BY THE DIALYSIS CLINIC AT THE HOSPITAL „ST. MARINA" – VARNA....308
Stanislava Pavlova - FACTORS AFFECTING THE JOB SATISFACTION OF NURSES....312
Genoveva Ragyovska, Diana Grozdeva - THE VISION OF THE MATRON THROUGH THE EYES OF STUDENT NURSES....317
Galina Petrova, Hristo Petrov - CONTINUITY OF POLICIES FOR CHILDREN HEALTH CARE IN BULGARIA....321
Maria Radeva - THE COURSE SOCIAL AND HEALTH LEGISLATION IN THE TRAINING OF NURSES AND MIDWIVES....327
Boryana Parashkevova, Juliana Marinova - THE INSTITUTION OF THE DISTRICT DOCTOR IN BULGARIA – HISTORICAL REVIEW....332
D. Grozdeva, Y. Grigorova, P. Pencheva - STUDYING FOR A NURSE – A CONSCIOUS CHOICE OR A COINCIDENCE....342
Mariya Petrova - OF THE RIGHT OF ESTABLISHED PARENTAGE AND OFFICIAL SECRECY IN ASSISTED REPRODUCTION....347
Milena Vladimirova, Natashka Danova - PATIENT SATISFACTION IN PATIENT SERVICES - RESULTS OF A SURVEY AT THE ACCREDITATION....354

МЕТОДИ ЗА ИЗМЕРВАНЕ НА ЗДРАВНИТЕ НЕРАВЕНСТВА И НЕРАВНОПОСТАВЕНОСТТА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Мария Рохова

Катедра по икономика и управление на здравеопазването, Медицински университет – Варна

MEASUREMENT OF HEALTH INEQUALITIES AND INEQUITIES

Maria Rohova

Health Care Economics and Management Department, Medical University – Varna

РЕЗЮМЕ

Един от основните въпроси в теорията на здравните неравенства и неравнопоставеността в здравеопазването е по какъв начин те да бъдат идентифицирани, за да се придобие представа за техния размер, обхват и връзката с факторите, които ги предизвикват. Смисълът е да се даде добра научна основа за вземане на решения в областта на здравната политика за намаляване на здравните неравенства.

Във връзка с методиката на изследване и измерване на здравните неравенства в литературата се водят дебати относно кой аспект на равнопоставеността в здравеопазването е важен и по какъв начин да бъде измерван. Целта на доклада е да се анализират различните методи и подходи за измерване на здравните неравенства и неравнопоставеността в здравеопазването. Представени са основните предимства и недостатъци, както и възможностите за прилагане и ограниченията на отделните методи. Използван е литературен обзор на научни публикации от базите данни Scopus и Science Direct.

Ключови думи: *здравни неравенства, неравнопоставеност, измерване, методи, анализ*

SUMMARY

One of the most significant questions in the theory of health inequalities and inequity concerns their identification and measurement in relation to the leading causes. The results have to assure evidence based foundation for health policy decisions about reducing of health inequalities.

With regard to research and measurement methods there are two leadings debates in the scientific literature – the first is about which aspect of inequity have to be measured and the second how to be measured. The aim of this paper is to analyze the different methods and approaches for measurement of health inequalities and inequity in health care. Their main advantages and disadvantages are discussed, as well as opportunities and restrictions of their implementation. The paper presents literature review of scientific publication in Scopus and Science Direct.

Keywords: *health inequalities, inequity, measurement, methods, analysis*

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравните неравенства и неравнопоставеността в здравеопазването са едни от най-значимите съвременни проблеми на здравните системи и обществата в цяла Европа. Те съществуват сред населението на всички европейски страни, като в някои от тях нарастват през последните десетилетия [15]. Проблемът намира отражение в приоритетите на Европейската комисия във втората Програма за действия на общността в областта на общественото здраве 2008-2013 г. към Европейската здравна стратегия [2]. Това е сред водещите задачи на здравните политики в развитите европейски страни, както и на общата политика на Европейския съюз. Освен в Европа, намаляването на здравните неравенства се извежда като водещ приоритет и от Световната здравна организация (СЗО), заложен като първа стратегическа цел в Стратегия 2020 [30].

За решаване на проблемите с неравенствата и неравнопоставеността здравната политиката трябва да се основава на научни данни и доказателства за многофакторната обусловеност на здравето. Липсата на информация е проблем в международен аспект. Европейската комисия посочва като приоритет подобряването на базите данни и знания, както и на механизмите за измерване, мониторинг и оценка на неравенствата [1]. Именно поради това един от основните въпроси в теорията на здравните неравенства и неравнопоставеността в здравеопазването е по какъв начин те да бъдат идентифицирани, за да се придобие представа за техния размер, обхват и връзката с факторите, които ги предизвикват.

Целта на доклада е да се анализират различните методи и подходи за измерване на здравните неравенства и неравнопоставеността в здравеопазването. Представени са основните предимства и недостатъци, както и възможностите за прилагане и ограниченията на отделните методи. Използван е литературен обзор на научни публикации от базите данни Scopus и Science Direct.

Методологически проблеми при измерване на здравните неравенства и неравнопоставеността в здравеопазването

В здравната икономика от години се води дискусия относно кой аспект на равнопоставеността в здравеопазването е важен и как да бъде измерван. Една част от изследователите поддържат тезата, че тя трябва да се разглежда като равен достъп до медицинска помощ [13,17,18,19], докато други здравни икономисти смятат, че трябва да се анализира фактическото използване на здравни услуги [7,20].

В началото на 80-те години на миналия век Mooney и Le Grand твърдят, че в повечето политически документи равнопоставеността се отнася до равен достъп до здравни услуги и в този смисъл онези, които имат еднакви нужди от медицинска помощ трябва да имат и еднаква възможност да я получат. Основният аргумент за подобно твърдение е, че фактическото използване на здравни услуги се определя от широк набор от фактори, много от които не са свързани точно със здравните услуги сами по себе си. Поради това, ако използването им е различно, това не означава непременно, че съществува неравнопоставеност, тъй като е възможно да има равен достъп, но хората да не се възползват по един и същ начин от него [13,17,18,19].

От друга страна Culyer, van Doorslaer и Wagstaff оспорват това твърдение, считайки, че дори хората да не използват еднакво здравни услуги поради това, че индивидуалните им криви на търсене се различават, все пак е необходимо да бъде анализиран този факт, да се изучава защо се различават и доколко тези разлики се дължат на различията в доходите. Ако по-бедните имат същите възможности да използват медицинска помощ като по-богатите, но въпреки това не се възползват от тях поради факта, че не са добре информирани, то това би следвало да представлява интерес както за изследователите, така и за здравните политици [7,20].

В началото на 21-ви век започва друга дискусия относно измерването на равнопоставеността – дали тя трябва да бъде измервана на равнище индивид или на равнище група от населението. В доклада на СЗО за 2000 г. е представен индивидуално-базиран подход за измерване на здравните неравенства [31]. Подобен подход се защитава и от други автори, които смятат, че здравните неравенства трябва да се измерват като „различия в здравето между индивидите в населението“ или това предполага, че акцентът пада върху „неравенствата в здравето, независимо дали те корелират или не с неравенства в други дименсии на благосъстоянието“ [9]. Предлагат се два начина за измерване на здравните неравенства: (1) като разлики в индивидуалните здравни показатели и средните стойности за населението; и (2) като различия между индивидите.

Индивидуално-базираният подход е подложен на множество критики, тъй като според редица изследователи той може да измерва единствено здравните неравенства поради факта, че

се взема предвид само здравният статус на индивидите без значение от останалите личностни характеристики. Поради това той не може да осигури информация, необходима да се определи дали неравенствата са несправедливи, т.е. дали са следствие от неравнопоставеност или не. Подобно измерване не дава представа за различията между групите от населението, игнорира важни социални детерминанти и от тази гледна точка може да има по-ограничено приложение в здравната политика [3,5,29].

Индекси и коефициенти за измерване на здравните неравенства

Измерителите на здравните неравенства принципно могат да се обединят в три групи: (1) здравни различия между групи от населението; (2) т.нар. здравни „прозорци" (health gaps), представящи разликите между групите в най-тежко състояние и всички останали; и (3) „наклон" на здравето (health gradient), представящ различията между цялото население [11].

Здравните неравенства могат да бъдат измервани с различни индекси и коефициенти. Някои от по-често използваните са следните:

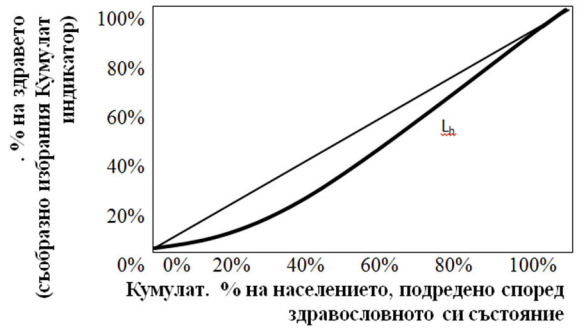
1. **Абсолютни или относителни разлики** – това са едни от най-лесните измерители на здравните неравенства, които могат да се изразят като абсолютни (абсолютни разлики или статистически размах) или като относителни (относителни индекси или съотношения) величини. Те илюстрират разликите в здравното състояние между две групи от населението, като последните могат да бъдат определени по отделни характеристики, включително и спрямо социо-икономическия им статус. Абсолютните и относителните показатели дават възможност за сравнително лесно изчисление и интерпретация, но обикновено измерват „пропастта" между екстремните стойности на избраните индикатори. Те акцентират върху онези групи, които са в най-неизгодно състояние, като един от основните им недостатъци е, че игнорират голяма част от индивидите, чиито характеристики са между екстремните стойности. Някои от най-използваните относителни показатели в тази група са:
   - ***Коефициент на съотношенията*** (rate ratio) – съотношение между равнището на заболяванията (или смъртността) на две групи от населението, определени на база на даден демографски или социо-икономически критерий;
   - ***Коефициент на поляризация*** (odds ratio) – определя се също като измерител на риска и се изчислява като съотношение между показатели, характеризиращи групите в двете екстремни крайности;
   - ***Коефициент на вариация*** (variation ratio) – съотношение между абсолютната разлика между групите в двете екстремни крайности и средната стойност на избрания показател за всички групи.
2. **Индекс на различията** – той се използва също за измерване на здравните неравенства, но сравнително по-рядко [25]. Ако населението е разделено на j= 1, ….., J социо-икономически групи, то индексът ще има следния вид:

$$(1)\quad ID = \frac{1}{2}\sum_j |Sjh - Sjp|,$$

където S_{jh} е избраният здравен показател за група j спрямо общата стойност за цялото население, а S_{jp} е делът на група j спрямо общия брой на населението. Колкото по-голяма е разликата между S_{jh} и S_{jp}, толкова по-голямо е неравенството. Индексът може да се използва и за оценка на здравните неравенства между отделни области.
3. **Индекс на относителните неравенства** – този индекс, заедно със следващия, са регресионно-базирани измерители на величината и разпределението на неравенствата сред цялото население, но за разлика от предходните се изчисляват и интерпретират доста по-сложно и със значително по-големи ограничения за вида на данните, които могат да се използват. Индексът на относителните неравенства е разработен от Preston, Pamuk и други изследователи още през 80-те години на миналия век [21,22,23]. Те го дефинират като:

$$(2)\qquad RII = \frac{-\beta}{\bar{y}},$$

където β е коефициент в регресионното уравнение, а $\bar{y}$ е средното равнище на избрания здравен показател (напр. равнището на смъртност).
4. **Крива на Лоренц и индекс на концентрация** – кривата на Лоренц (Фиг. 1, кривата, отбелязана с L_h) представя кумулативния дял на населението (започвайки с тази част от него, която е в най-лошо здравословно състояние, докато стигне до частта в най-добро здраве) спрямо кумулативния дял на здравето (съобразно избрания здравен индикатор). Ако здравето е равномерно разпределено, то кривата на Лоренц ще съвпада с диагонала, в противен случай L_h ще лежи под диагонала и колкото по-отдалечена е от него, толкова по-голяма ще бъде величината на здравните неравенства.

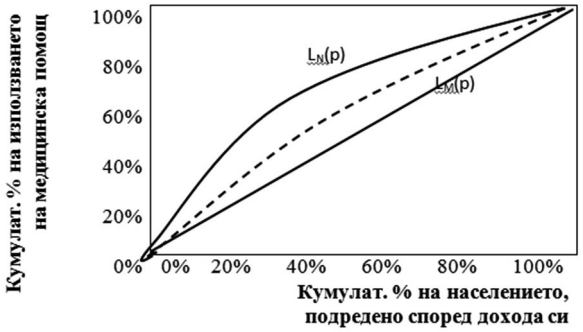


Фиг. 1. Крива на Лоренц

В този вид кривата на Лоренц е използвана от Le Grand и неговите колеги, за да измерят здравните неравенства, които съществуват между индивидите в обществото, без да вземат предвид социо-икономическия им статус [25]. Wagstaff, van Doorlsaer и Kakwani също използват кривата на Лоренц, за да покажат здравните неравенства, но правят разпределението съобразно доходите на населението [10,25]. На ординатната ос (y) се представя кумулативният дял на съответния здравен показател (напр. заболеваемост или смъртност), докато на абсцисната ос (x) се подрежда кумулативната пропорция на населението според получения или разполагаемия доход, започвайки от най-бедните групи. Ако кривата на Лоренц лежи над диагонала (което е и най-често срещаният случай), то тогава заболеваемостта или смъртността при по-богатите групи от населението е по-малка, т.е. съществуват здравни неравенства, които облагодетелстват по-богатите и обратно – ако кривата на Лоренц е под диагонала, то тогава по-бедните прослойки от населението се радват на по-добро здраве.

Индексът на концентрация обобщава информацията, представена на кривата на Лоренц. Разстоянието между кривата (разпределението на дадения индикатор) и линията на „идеалното разпределение“ показва степента на неравенствата. Измерването на тази площ, заключена между двете криви, дава представа за степента, в която разпределението е неравномерно. Формулата на индекса измерва 2 пъти площта между кривата на Лоренц и диагонала, а стойността му може да варира от -1 до +1. Индексът на концентрация е отрицателен, когато кривата на Лоренц лежи над диагонала (представящ неблагоприятни стойности на избрания индикатор) и е положителен, когато кривата е под диагонала (в този случай стойностите на индикатора са благоприятно разпределени).

Wagstaff и van Doorslaer в началото на 21-ви век предлагат нов подход за измерване на неравенствата при използването на медицинска помощ, използвайки кривата на Лоренц и идекса на концентрация [24,27]. Същността на метода се състои в сравнение между кривата на действителното използване на медицинска помощ ($L_M(p)$) с кривата на очакваното използване, базирано на потребностите ($L_N(p)$ – Фиг. 2).



Фиг. 2. Криви на Лоренц на действителното и очакваното използване на медицинска помощ

Кривата на действителното използване на медицинска помощ ($L_M(p)$) се дефинира като кумулативна пропорция на използваемостта като функция на кумулативния дял на населението, подредено спрямо дохода си. Доколкото по-бедните хора използват повече здравни услуги, то се предполага, че тази крива лежи над диагонала. Ако разпределението е равномерно спрямо дохода, то $L_M(p)$ ще съвпада с диагонала. Очакваната използваемост съобразно потребностите се дефинира като индиректно стандартизирана стойност на използваемостта за индивиди или групи. Равнището на хоризонталната (не)равнопоставеност се определя при сравняване на разположението на $L_M(p)$ и $L_N(p)$ – ако $L_N(p)$ лежи над $L_M(p)$, то групите с по-ниски доходи получават по-малко услуги от необходимите и съществува хоризонтална неравнопоставеност, облагодетелстваща по-богатите (както е показано на Фиг. 2) и обратно. На базата на тези сравнения Wagstaff и van Doorslaer дефинират индекса на хоризонталната неравнопоставеност като равен на 2 пъти на площта между двете криви или като [24]:

$$(3)\quad HI_{WV} = 2\int_0^1 [L_N(R) - L_M(R)]dR = C_M - C_N,$$

където C_M е индексът на концентрация за медицинската помощ, а C_N е индексът за потребността (индиректно стандартизирана или очаквана използваемост на здравни услуги). Положителната стойност на индекса HI_{WV} показва хоризонтална неравнопоставеност, облагодетелстваща по-богатите групи от населението и обратното – отрицателната стойност на индекса е в полза

на по-бедните от населението, докато стойност 0 демонстрира, че е налице хоризонтална равнопоставеност, т.е. използване на здравни услуги съобразно потребностите и без значение от дохода.

Индексът на концентрация позволява да се разграничи приносът в неравенствата на променливите, които са свързани с потребностите и на онези, които нямат общо с тях. Или в неравенствата може да се разграничи т.нар. „справедлива" част, която се дължи на различия в потребностите, и „несправедлива" част, която се свързва с други фактори като дохода, образователното равнище и други, но представените индекси не могат да отчитат различията в индивидуалното поведение [16,26].

Наред с посочените възможности за измерване на здравните неравенства, съществуват и **статистически коефициенти** на вариацията, които показват неравенствата като отклонение от дадена средна величина. Те са следните:

1. **Коефициент Джини** – той често се използва за измерване на т.нар. „чисти" здравни неравенства [12], за разлика от индекса на концентрация, който по-често се прилага при определяне на социо-икономическите здравни неравенства. Коефициентът Джини също е свързан с кривата на Лоренц, като измерва разстоянието между нея и диагонала и е равен на двойната площ, заключена между тях. Величината на коефициента варира между 0 (показва перфектното равенство или по-точно равнопоставеност) и 1 (максимално възможната стойност на неравнопоставеността) [14].

Коефициентът Джини е един от най-често използваните индекси за измерване на неравенствата, който най-вече се прилага при разпределение на доходите, но може да се ползва и за измерване на здравните неравенства. Той може да се изчисли по различни начини, като един от по-лесните м***у варианти е свързан с формулата на Brown*** [6]:

$$(4)\quad G = 1 - \sum_{i=0}^{k-1} \left(Y_{i+1} + Y_1\right) \times \left(X_{i+1} - X_i\right)$$

където Y_i и X_i са кумулативни дялове на избраните показатели, като X_i обикновено е делът на населението, а k е общият брой на включените в измерването групи.

Джини може да се изчисли както за измерване на неравенствата в разпределението на даден здравен индикатор между отделните региони, така и на неравенствата при разпределение на ресурсите.

2. **Логаритмична вариация** – това е измерител на дисперсията, който може да се използва и за определяне на неравномерното разпределение в дадени индикатори. Сравнително лесен начин за изчисляване на неравенствата, особено при нормално разпределени към логаритмичната функция данни.
3. **Квадратен коефициент на вариация** – общ измерител на ентропията, който може да се декомпозира както за междугрупови различия, така и за вариации вътре в самата група.
4. **Индекс на Аткинсън** – той е от общите индикатори на ентропията и първоначално е използван за измерване на подоходните неравенства [4], но може да бъде приложен и в здравеопазването [28].
5. **Измерители на неравенствата на Тайл** – двата индекса на Тайл – средно логаритмично отклонение и индекс на ентропията на Тайл – имат разнообразно приложение в икономиката, но могат да се използват и за определяне на здравните неравенства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В обобщение можем да посочим, че здравните неравенства могат да се изразят по два различни начина. Първият е едновариантен (определя се още като безусловен) и се концентрира само върху здравния статус на индивидите, а неравенствата се представят като различия в здравните индикатори. Така могат да се измерят т.нар. „чисти" неравенства. Докато двувариантният (или още условен) начин се опитва да установи разпределението на здравето сред населението, но в зависимост от друг фактор като например дохода или образователното равнище и чрез него се изучават социо-икономическите неравенства. Комплексното изучаване на здравните неравенства предполага комбинираното използване и на двата подхода.

Съществуват множество индекси, коефициенти и показатели, които служат за измерване на здравните неравенства и неравнопоставеността в здравеопазването. Но неравенствата и неравнопоставеността са твърде сложни феномени, поради което за тяхното изследване трябва да се използва комплекс от измерители като: разпределение на здравните ресурси (като напр. лекари и болнични легла) между отделните региони; вероятност за лечение съобразно здравните потребности; финансови измерители като различия в разходите съобразно здравните по-

требности или дял на здравните разходи от домакинските бюджети; индекси, измерващи неравенствата като индекса на концентрация и коефициента Джини.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комисия на Европейските общности. Солидарност в здравеопазването: Намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването в ЕС. Съобщение от Комисията до Европейския парламент, Съвета, Европейския икономически и социален комитет и Комитета на регионите, COM(2009)567, 2009. <http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commissiom_communication/index_en.htm>
2. Решение N 1350/2007/ЕО на Европейския Парламент и на Съвета от 23.10.2007 г. за създаване на втора Програма за действие на Общността в областта на здравето (2008 - 2013). Официален вестник на Европейския съюз, L 301/3, 20.11.2007 г.
3. Almeida C, Braveman P, Gold M, Szwarcwald C, Ribeiro S, Miglionico A, Millar J, Porto S, Costa N, Rubio V, Segall M, Starfield B, Travessos C, Uga A, Valente J, Viacava F. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. Lancet, vol. 357(9269), 2001, pp. 1692–7.
4. Atkinson AB. On the measurement of inequality. Journal of Economic Theory, 2, 1970, pp. 244-63.
5. Braveman P, Krieger N, Lynch J. Health inequalities and social inequalities in health. Bulletin of the World Health Organization, vol. 78(2), 2000, pp. 232–3.
6. Brown MC. Using Gini-style indices to evaluate the spatial patterns of health practitioners: theoretical considerations and an application based on Alberta data. Social Science and Medicine, 38, 1994, pp. 1243-56.
7. Culyer AJ, van Doorslaer E, Wagstaff A. Access, utilisation and equity: a further comment. Journal of Health Economics, 11, 1992, pp. 207-10.
8. Culyer AJ, van Doorslaer E, Wagstaff A. Utilisation as a measure of equity by Mooney, Hall, Donaldson and Gerard. Journal of Health Economics, 11, 1992, pp. 93-8.
9. Gakidou E, Murray C, Frenk J. Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy. Bulletin of the World Health Organization, vol. 78(1), 2000, pp. 42–54.
10. Kakwani N, Wagstaff A, van Doorlsaer E. Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation and statistical inference. Journal of Econometrics, vol. 77(1), 1997, pp. 87-104.
11. Kelly M, Morgan A, Bonnefoy J, Butt J, Bergman V. The Social Determinants of Health: Developing an Evidence Base for Political Action. Final Report of the Measurement and Evidence Knowledge Network to the Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva, 2007; <http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_report_10oct07.pdf>.
12. Le Grand J. Inequalities in health: some international comparisons. European Economic Review, 31, 1987, pp. 182-91.
13. Le Grand J. The Strategy of Equality. London: Allen and Unwin, 1982.
14. Lemiere Ch, Herbst ChH, Jahanshahi N, Smith E, Soucat A. Reducing Geographical Imbalances of Health Workers in Sub-Saharan Africa. Working paper No. 209, World Bank, 2011.
15. Mackenbach JP. Health Inequalities: Europe in Profile. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU, February 2006.
16. Masseria C, Giannoni M. Equity in access to health care in Italy: a disease-based approach. European Journal of Public Health, vol. 20(5), 2010, pp. 504–10.
17. Mooney G. Equity in health care: confronting the confusion. Effective Health Care, 1, 1983, pp. 179-85.
18. Mooney G, Hall J, Donaldson C, Gerard K. Utilisation as a measure of equity: weighting heat? Journal of Health Economics, 10, 1991, pp. 475-80.
19. Mooney G, Hall J, Donaldson C, Gerard K. Reweighting heat: response to Culyer, van

Doorslaer and Wagstaff. Journal of Health Economics, 11, 1992, pp. 199-205.

20. O'Donnell O, Propper C. Equity and the distribution of U.K. national health service resources. Journal of Health Economics, 10, 1991, pp. 247-9.

21. Pamuk E. Social class inequality in infant mortality in England and Wales from 1921 to 1980. European Journal of Population, 4, 1998, pp. 1–21.

22. Pamuk E. Social class inequality in mortality from 1921–1972 in England and Wales. Population Studies, 39, 1985, pp. 17–31.

23. Preston SH, Hains MR, Pamuk E. Effects of industrialization and urbanization on mortality in developed countries. Solicited papers, 2, IUSSP 19th International Population Conference, Liege, Manila, 1981.

24. van Doorslaer E, Buytendijk J, Geurts J. Income-related inequalities and inequities in health care utilisation: Belgium and the Netherlands compared. Archives of Public Health, 59, 2001, pp. 309-28.

25. Wagstaff A, Paci P, van Doorslaer E. On the measurement of inequalities in health. Social Science and Medicine, vol. 33(5), 1991, pp. 545-57.

26. Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in Health Care Finance and Delivery. In: Handbook of Health Economics, vol. 1, Elsevier, 2000, pp. 1803–62.

27. Wagstaff A, van Doorslaer E. Measuring and testing for inequity in the delivery of health care. Journal of Human Resources, vol. 35(4), 2000, pp. 716-33.

28. Waters HR. Measuring equity in access to health care. Social Science and Medicine, 51, 2000, pp. 599-612.

29. Wolfson M, Rowe G. On measuring inequalities in health. Bulletin of the World Health Organization, vol. 79(6), 2001, pp. 553–60.

30. World Health Organization. Health 2020: a European Policy Framework Supporting Action Across Government and Society for Health and Well-being. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2013.

31. World Health Organization. World Health Report 2000. Geneva: World Health Organization, 2000.

Адрес за кореспонденция:
Медицински университет – Варна
ул. „Марин Дринов" 55, гр. Варна 9002
e-mail: mariarohova@abv.bg

КОНЦЕПЦИЯТА „КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ“ В ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ – ТРАДИЦИИ, ИЗСЛЕДОВАТЕЛСКИ ОПИТ И ПЕРСПЕКТИВИ

Десислава Ванкова, Албена Керековска, Тодорка Костадинова

Медицински университет - Варна, Факултет по Обществено здраве

THE “QUALITY OF LIFE” CONCEPT IN PUBLIC HEALTH – TRADITIONS, RESEARCH EXPERIENCE AND FUTURE PERSPECTIVES

Desislava Vankova, Alben Kerekovska, Todorka Kostadinova

Medical University of Varna, Faculty of Public Health

РЕЗЮМЕ

„Качество на живот“ (КЖ) е доминираща концепция през новото столетие, свързана с това какво е за всеки от нас добър живот, благоденствие, благосъстояние, удовлетвореност от живота, щастие. Докладът се състои от три части: (1) Възникване на концепцията, определенияи приложения в общественото здравеопазване; (2) Представяне на проучването „Качество на живот, свързано със здравето (КЖсЗ) в общността“, което е част от докторантски проект в катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“, МУ Варна и (3) Произтичащите от нашия изследователски опит препоръки и изводи.

Ключови думи: *качество на живот, здраве, проучване на нивото на общността*

SUMMARY

Quality of Life is a dominating concept for the new century. It is related with our perception of good life, well-being, with life satisfaction, happiness. The purpose of this article is threefold: (1) To outline the origin and development of the concept of Quality of Life in social sciences, medicine and in public health; (2) To report a PhD survey which measures and analyzes the health-related quality of life in a community and (3) To present conclusions and recommendations resulting from our quality of life research experience.

Keywords*: health-related quality of life, community level research*

„Качество на живот“ (КЖ) е доминираща концепция през новото столетие, свързана с това какво е за всеки от нас добър живот, благоденствие, благосъстояние, удовлетвореност от живота, щастие. Философското понятие за КЖ има вековни традиции, докато за области като социологията, икономиката и политиката КЖ е сравнително нова, но динамично развиваща се теоретична област.

Теория и традиции:

Съществуват теории, посочващи различни подходи към разбирането на концепцията за КЖ (Crameretal., 2004). „От долу-нагоре” теорията (Bottom-up approach) разглежда КЖ като сбор от многобройни по-малки удоволствия получени „отвън”, индивидът преценя дали преживяванията са добри или лоши и акумулира щастливи моменти в живота си.

Според „от горе-надолу” (Top-down approach) теорията, всяка личност има определени качества или черти, които и дават възможност да приема позитивно живота независимо от случващите се отвън събития (Headey et al.,1991; Diener, 1984; Costa and Mc Grae,1980). КЖ може да

бъде свързано и с това дали индивидът има усещането, че е успял при постигането на личните си цели (Michalos, 1980). Според „сравнителната теория" ("comparison theory") индивидът е щастлив, когато себеподобните му са в по-лошо състояние от него и нещастен, когато другите са по-добре от него (Wood, 1996).

КЖ може да бъде разглеждано, повече от философска гледна точка, като преживяване на щастие основано на ценностна система, изповядваща задоволяване на базисни желания, които водят до осъществяване на по-голямата цел (Lama, Cutler,1998). Според Маслоу, и неговата йерархия на нуждите, индивидът трябва първо да задоволи основните си (физиологични) нужди и чак след това да има възможност да бъде щастлив (Maslow, 1968).

Днес КЖ, е широка по обхват изследователска концепция, която в Европа (Тилкиджиев, 2009) е осигурена ресурсно от работата на няколко международни институти, фондации и постоянни програми. Една от тях е Европейската фондация за подобряване на условията на живот и труд към Европейската комисия, която провежда вече за трети път Европейско сравнително изследване на качеството на живот и условията на труд в европейските държави (European Quality of life Survey). Друга богата емпирично-изследователска база е и Европейското социално изследване (European Social Survey – ESS), провеждащо се с подкрепата на Европейската научна фондация (European Scientific Foundation - ESF) от 2002г. насам на всеки две години. Солиден ресурсен център за изследването на качеството на живот е и Европейската система за социални индикатори (EuropeanSystemofSocialIndicators – ESSI). Създаден е вече и сайт – EurLIFE (http://www.eurofound.europa.eu/), който представлява интерактивна база от данни, обединяваща резултати от всички горепосочени изследвания и от други публикации, съдържащи данни за КЖ в държавите членки на Европейския съюз и Турция. Общата цел на всички тези проучвания е да се получи гледната точка на хората за важни аспекти от техния живот, включително и за здравословното им състояние. Установяват се неравенства, проследяват се в годините области като здраве и здравеопазване, удовлетвореност от живота, трудова заетост, образование и др., за да се адаптират и развиват политиките с цел подобряване на КЖ на европейските граждани.

Многообразието от проучвания проследяващи различните аспекти на феномените благополучие и КЖ показва всеобхватността им. Няма единно становище по измерителите на тези феномени. Основното заключение е, че практически във всички дефиниции за КЖ и благополучие значително, дори определящо място имат физическото и психическото благополучие или в най-обобщаващ вид - здравето (Давидов, 2011).

Още през 1947 година Световната Здравна Организация – СЗО - (Конституция на СЗО, 1947) отразява нарастващия интерес към субективните преживявания на човека в дефиницията си за здраве: „Здравето е състояние на пълно телесно, психическо и социално благополучие, а не просто отсъствие на болест или недъг".

В резултат, здравето все по-малко се приема като абстрактно понятие и все повече като позитивна концепция, която дава възможност на хората да водят продуктивен живот от духовна, социална и икономическа гледна точка.

Въпреки този холистичнен подход на СЗО, дълги години здравето, традиционно, се измерва в биомедицински смисъл и с негативни индикатори като смъртност и заболеваемост.

През 50-те години на 20 век, с постигането на по-голям контрол върху симптомите, особено острите и с увеличаване на продължителносттта на живота, нараства делът на хронично болните. При тях възможностите за пълно излекуване са ограничени и усилията се насочват към подобряване на функционирането.

През 60-те години възниква социалното движение за защита правата на потребителя. То критикува попечителския модел на здравно обслужване, при който човекът се разглежда предимно като биологичен обект на терапевтични интервенции, а не като индивид със свои потребности и право на мнение.

От друга страна, нарастващите цени на здравните услуги, често са съпроводени с нищожни доказателства за ефикасността на много медицински интервенции. В допълнение, понякога има съмнения за начина на разпределение на ресурсите, което довежда до опити да се намерят ефикасни и надеждни методи за оценка на здравните нужди и резултати. Много автори от този период (70-те години на 20 век) пледират за създаване на „социално-медицински" или „субективни" индикатори. Смята се, че с такива индикатори ще могат да се измерват здравния статус на цели групи от населението в определен период и ще са подходящи за многократни изследвания във времето, а и ще дадат възможност точно да се оценява ефикасността на здравните грижи (Hunt et al., 1980).

Като следствие на всички тези промени в обществото и в здравеопазването, през 80-те години се въвежда изследването на субективното благополучие при лечението на пациентите.

Здравето вече се възприема от професионалистите в областта на здравеопазването като многоизмерна конструкция (Patrick, Ericsson,1993) .Целта на здравеопазването не е само да спасява човешки животи, но и да ги подобрява и поддържа.Въпреки, че биомедицинските измервания показват, че има нужда от лечение, те невинаги корелират с начина, по който се чуства хората (Gill,Feinstain, 1994)Измерването на КЖсЗ на популационно ниво, става все по-важно при определяне на приоритетите в здравната политика. КЖсЗ варира в голяма степен между различните социално-икономически групи и различните групи заболявания (Burströmetal, 2001).

Взети заедно тези тенденции формират въведената като термин от Schalock (Schalock 1994) „качествена революция“ (“quality revolution”) в здравеопазването. Множеството академични определения и значения на понятието КЖ не са признак на теоретична слабост и „пробойни” в концепцията. Приема се, че природата на концепцията КЖ и различните й интерпретации отразяват специфичните цели, за които се прилага концепцията (Schalock, 1991).

Има почти толкова определения за КЖ, колкото изследователи на тази концепция в областта на социалната психология и общественото здраве.

Според Calman (1984) колкото по-малка е разликата между очакванията и реалността, толкова по-високо е качеството на живот. В съответствие с това е и дефиницията на Ferrans (1990): „КЖ е субективното усещане за благополучие, което се дължи на удовлетвореността от онези области на живота, които индивидът счита за важни”.

Понятието КЖ има различен смисъл за всеки индивид и едно от най-точните определения е: „КЖ е такова, каквото индивидът смята, че е”(Hayry, 1991).

Понятието КЖ е самостоятелна категория, различна от клиничните симптоми. СЗО дефинира КЖ като възприемането на индивидите на техните позиции в обществото в контекста на културните и ценностните системи, в които те живеят и във връзка с техните цели, очаквания, стандарти и интереси/грижи. КЖ е всеобхватна концепция, комплексно влияеща се от индивидуалното физическо здраве, психологично състояние, персонални вярвания, социални контакти и връзки на индивида с околната среда (СЗО, 2003).

Според Lehman (1996), КЖвключва три компонента: субективно КЖ (senseofwell-being), как се справят хората (functionalstatus) и обективно КЖ (acces store sources and opportunities). Обективните (клиничните) и субективните (произлизащи от пациента) показатели измерват различни, но взаимно допълващи се страни на състоянието на пациента. КЖ не замества клиничните оценки, а ги допълва с гледната точка на пациента и увеличава къмплайенса на пациента в терапевтичния процес (Hunt, McKenna, 1992).

Включването на пациентите в проследяването и оценката на тяхното здравословно състояние е основен елемент в процеса на оценяване на терапията (Kind et al., 1998).

Разполагаме с поне три основни КЖ теоретични подхода/рамки на оценяване качеството на живот в човешките популации: общо КЖ, подходящо за хронично болни пациенти; КЖ за конкретно заболяване (disease-specific quality of life) и качество на живот свързано със здравето (КЖсЗ). Изборът на теоретична рамка зависи от целите на конкретното проучване (Lehman, 1996).

Можем да обобщим, че има постигнато известно ниво на консенсус за дефинирането на КЖсЗ. Приема се, че качеството на живот, свързано със здравето обхваща функционалното състояние (functioning) и благополучието (well-being) във физическото, психично и социално измерение (social functioning) на живота. Функционалното състояние се отнася до възможността да се извършват и до извършването на ежедневните активности, обхващащи от базисните грижи за себе си до пробягания километър сутрин. Благополучието се отнася до възприятия като болка и енергичност, и как конкретния човек оценява живота си по отношение на щастие, гняв, тревожност, депресия и КЖ като цяло (Hays, 2003).

Данни за КЖсЗ се събират рутинно (Hennesyetal, 1994) заедно с био-медицинските показатели като смъртност и заболеваемост в много от държавите с развито здравеопазване като Канада, САЩ, Холандия. Международните организации, приоритизират проекти целящи и измерващи КЖсЗ.

В настоящия доклад споделяме и нашия изследователски опит в областта на измерването и анализирането на КЖсЗ.

Изследователски опит:

Проучването ни обхваща изследователски период от 3 години (2010 – 2013). Методиката на проучването е разработена в рамките на докторантски проект към катедра „Социална Меди-

цина и организация на здравеопазването". Приложен е микс-метод дизайн (Ванкова et al.,2013)- последователно-обяснителен микс-метод дизайн - състои се от две отделни фази, количествена и качествена. Дава се приоритет на количествения анализ, поради нуждата от изграждане на база от данни за КЖсЗ в общността. Количествената предхожда качествената фаза и интегрирането на данните е направено на края на изследването. Между I фаза и II фаза е предвиден достатъчно дълъг период от време (Фигура 1):



Фигура 1. Дизайн на проучването

В изследването се цели да се предоставят доказателства в подкрепа на идеята за централното място, което трябва да има концепцията КЖ в развитието на общественото здравеопазване в България. Предлагат се иновативни идеи в областта на изследване на здравето, които да бъдат алтернативи или допълнение на рутинните здравни изследвания и да обогатяват настоящите здравни политики в общността. Цели се измерване на КЖсЗ на извадка от населението, живеещо в град Бургас. В допълнение, се измерва и анализира влиянието на демографски, социално-икономическии поведенчески детерминантивърху КЖсЗ. Специално внимание е отделено на теорията за социалния капитал и неговото влияние върху КЖсЗ.

Данни през първата фаза от проучването са събрани като се използваанкетен метод- стандартизиран въпросник за субективна оценка на здравето - EQ-5D-3L Въпросник - здравен индекс за здравословното състояние - Българска версия[1]. През втората фаза на проучването са включени анкети по метода на експертната оценка (Делфи метод) с цел постигане на консенсус за КЖсЗ и неговите детерминанти, и качествен мета-анализ на материали свързани със здравно-социалните политики в общността.

Проучването бе проведено в контекста на липсващи подобни изследвания в България[2], особено в областта измерване на КЖсЗ и на взаимовръзките между субективната оценка на здравето и различните здравни детерминантина нивото на общността. Резултати от проучването за публикувани в списание Социална медицина (Ванкова et al., 2012) и Trakia Journal of Sciences (Vankova et al., 2012). Количествената фаза е представена на 29-тата Пленарна среща на EuroQol Group, 13-15 Септември, 2012 в Ротердам, Холандия (участие с постер, Постерна Сесия А).

ИЗВОДИ ОТ КОЛИЧЕСТВЕНОТО ПРОУЧВАНЕ:

Статистическият портрет на КЖсЗ на определената човешка общност – жителите на град Бургас- не е съвършен, но е важно огледало, което ни посочва здравните неравенства. Направени са следните изводи:

- Изводът от настоящото проучване е, че EQ-5D-3L – въпросникът е практичен начин за измерване на субективното здраве и за разкриване на неравнопоставености в различните групи от общността. Въпросникът е използван успешно в 20 национални и 8 регионални проучвания (вкл. настоящето).
- С добро КЖсЗ или хора, които не са посочили проблеми в нито една от петте области са 26.5% (n=278) от участниците, докато 52.2% (n=548) докладват проблеми в поне една от областите, а 11.6% (n=122) имат сериозни проблеми в някоя от областите. Най-много проблеми са посочени в областта „тревожност/депресия": 56.8% (n=636). Средната стойност на здравословното състояние посочена чрез ВАС в проучването е 70 (SD±23).

[1]EQ-5D Въпросник за здравословното състояние - Българска версия е предоставен, за целите на проучването, от създателите му EuroQol Group, Rotterdam, The Netherlands.

[2]Намерена бе една публикация, базирана на данни от национално проучване от 1997 – Balabanova D.C., McKee M., Self-reported health in Bulgaria: levels and determinants, 2002, Scand J Public Health, 30 (4): pp.306-312; Проведено е едно проучване на КЖсЗ при общопрактикуващи лекари, обхващащо Балканските държави, в т.ч. България: Lapcević M.etal., 2008. Health-related quality of life of general practitioners--family physicians in South-eastern Europe, SrpArhCelokLek. Jul-Aug; 136(7-8):pp.397-405.

- Относителните дялове на докладвалите проблеми (умерени и тежки) и в петте области са над средните стойности за европейските страни и над средните стойности за всички държави, в които е провеждано проучване с EQ-5D-3L.
- Честотата на докладваните проблеми нараства с възрастта във всички области. Изключение прави областта „тревожност/депресия”, която бележи пик във възрастта 45-54 години и спада в следващите две възрастови групи.
- Мъжете докладват повече проблеми отколкото жените във всички възрастови групи и в първите четири области, но не се установява статистически значима връзка между пола и проблемите в областта „тревожност/депресия”.
- Хората, които споделят, че са разведени или вдовец/вдовица докладват сигнификантно повече проблеми и в петте дименсии, но не се установява статистически значима разлика по отношение на средните стойности при самооценка с ВАС между семейните и разведените във възрастта след 25 годишна възраст, т.е., не се установява убедително протективна роля на семейството.
- Няма сигнификантни разлики в самооценката на здравословното състояние между изследваните етноси.
- Хората, които не се самоопределят по религиозна принадлежност или не са религиозни докладват по-добро КЖсЗ.
- Честотата на докладваните проблеми нараства чувствително с намаляване степента на образование и в петте области. Изключение прави групата на хората без образование, които са докладвали по-малко проблеми от лицата с по-добро образование и са посочили по-високи стойности при самооценка с ВАС от хората с основно и начално образование.
- Безработните, докладват повече проблеми от работещите във всички области, особено значима е разликата в „болка/неразположение“ и „тревожност/депресия”. Доказва се протективната роля на трудовата заетост спрямо КЖсЗ.
- КЖсЗ не нараства с покачването на доходите. Изглежда, че по-ниските доходи на глава от домакинството имат по-силна зависимост с физическото здраве, отколкото с психичното здраве (не се установява статистически значима връзка между дименсията „тревожност/депресия“ и доходите). Хората, докладвали по-висок месечен доход не самоизмерват здравето си по-високо от тези с по-ниски доходи ($p>0,05$), а 26% не желаят да посочат доходите си.
- За всички възрастови групи, с изключение на тази над 75 год., не се установяват статистически значими разлики в петте области и средните стойности при самооценката на здравето с ВАС между трите групи според пушаческите навици - пушачи/бивши пушачи/непушачи.
- Хората, които активно спортуват, които са физически активни, оценяват по-високо здравословното си състояние. Тревожно е, че спортуващите са само 18,8%, като най-висок относителен дял на спортуващите се установява сред участниците от възрастовата група под 20 год. (32,6%). От здравно-промоционална гледна точка, гражданите трябва да бъдат окуражавани и подтиквани да спортуват. Допълнителни проучвания на навиците за спортуване сред различните групи от общността биха били основа за целенасочена здравно-социална политика, използваща положителното влиянието на спорта и двигателната активност върху субективното здраве на хората.
- Участниците, които имат хоби съобщават за по-малко здравословни проблеми и в петте области. При самоизмерване на здравословното състояние, респондентите с хоби посочват значимо по-високи стойности в сравнение с тези без хоби. За хоби в свободното си време, съобщават само 23.5% от респондентите.
- Членството в професионална/съсловна организация има протективно влияние върху КЖсЗ в четири от областите. Същата статистически значима връзка е налице и при самоизмерването с ВАС на здравословното състояние. Много нисък е относителния дял на членуващите в професионални съсловни организации - 9.9%, като работещите в проучването са 49,5% от извадката.
- Убедително, членуването в партийна организация не е протективен фактор по отношение на здравето.

- Членуването в студенстка организация не е достатъчно силен протективен фактор по отношение на здравословното състояние, за разлика от ученето в университет. Установява се статистически значима връзка, т.е. протективна роля, само при дименсията „Болка/неразположение“ и при самоизмерването на здравето с ВАС.
- Статистически значима е връзката между членуването в пенсионерски клуб и съобщаването на по-малко проблеми в петте области. Хората, членове на пенсионерски клуб, измерват здравословното си състояние с ВАС по-високо от тези, които не членуват в пенсионерски клуб. Интересно е, че само 13,7% от респондентите в проучването участват в активностите на пенсионерски клуб, като 28,3% са пенсионерите в проучването. Възрастните хора са уязвима група от общността и за тях са нужни приоритетни грижи, за да се чувстват те част от общността. В подкрепа на това са резултатите от проучването - при респондентите над 65-годишна възраст най-висока самооценка на здравето с ВАС имат пенсионерите по възраст, които се грижат за дома, децата (59.1).
- Членуването в неправителствена организация (НПО) с идеална цел е протективен фактор по отношение на дименсията „Болка/неразположение“ и самоизмерването с ВАС. Няма статистически значима връзка между членуването в НПО с идеална цел и КЖсЗ в другите четири области. Причините за неубедителната позитивна връзка между здравословното състояние и членуването в НПО с идеална цел вероятно са много, например прекъсването на традициите в България по отношение на благотворителността[3], малката популярност на неправителствения секторсред по-възрастното население (не се разбират или имат негативен нюанс понятия като неправителствена организация, идеална цел, фондация).
- Членуващите в клуб по интереси съобщават по-малко проблеми в петте области. Хората, които членуват в клуб по интереси се чуствят по-здрави и измерват здравето си по-високо от тези, които не са отбелязали членуване в клуб по интереси. Като цяло резултатите от количествения анализ доказват, че хората членуващи в Путнам-тип организация (пенсионерски клуб, НПО с идеална цел или клуб по интереси) оценяват своето здраве по-високо от останалите. Само 3.6% от респондентите обаче съобщават, че членуват в НПО с идеална цел и само 9.9% е относителният дял на членуващите в клубове по интереси.

От здравно-промоционална гледна точка, трябва да се акцентира на създаване на политики, които укрепват социалния капитал, доверието между хората, гражданското участие в живота на общността, развиването на култура на взаимопомощ и сътрудничество. Действия в тази насока доказано повишават КЖсЗ.

ИЗВОДИ ОТ КАЧЕСТВЕНОТО ПРОУЧВАНЕ:

Целта на качественото проучването бе да установим позицията на хората формиращи здравните политики в общността, да разберем колко са познати концепциите за КЖсЗ и социален капитал, и как те се вграждат в политиките на практика. Изводите, които се налагат са, че участниците в Делфи-проучването, от позициите си на хора формиращи и прилагащи здравно-социалните политики в общността, разбират и приемат холистичната концепция за КЖсЗ и са или биха били застъпници (11 от 15 участника) за идеята, че стандартизираното измерване на КЖсЗ може да бъде индикатор за успеха на политиките. Единодушно се приема от всички участници, че наред с ежегодно събираните показатели, като смъртност и заболеваемост, в България би могло да се събират и данни за КЖсЗ, като 11 от 15 участника считат, че това би могло да става ежегодно. В заключение, може да се каже, че Делфи-тип проучването е надежден и творчески метод за изследване на идеи и е практична изследователска основа за провеждане на проучване сред експерти, целящо достигане на консенсус по различни въпроси, които засягат живота в общността.

Направените изводи дават възможност да се очертаят здравни приоритети, чрез анализ на резултатите от проучването в двете фази. Ясно е, че здравния статус на население на Бургас и общината може да бъде подобрен, ако все повече внимание и ресурси се насочат към стратегии за превенция и профилактика. Още повече, че направения качествен мета-анализ на документи

[3] *През 1951 г. с Държавен указ всички фондации и дружества са задължени да ликвидират дейността си и д апредадат имуществото и парите си на държавата – Енциклопедия на дарителството, 2012, Български дарителски форум*

и проекти от живота на общността доказа, че на общинско ниво има воля и се работи за създаване и развиване на социален капитал, с цел подобряване на КЖсЗ.

Препоръки и перспективи:

Здравето е позитивна концепция. Налице е нарастващ интерес към това как индивидът възприема своето собствено здраве и какво може да бъде направено за неговото подобряване от здравно-промоционална гледна точка. Индивидуалната промяна към здравословно поведение трябва да бъде потенциирана от окръжаващата среда, като се осигурява социална подкрепа и взаимопомощ.

В резултат на изследването и анализа на резултатите от проучването се генерираха следните идеи и стратегии за необходими действия:

а) На образователно ниво

- Да се отделя по-голямо внимание на индикаторите за позитивно здраве, в това число и на концепциите за качество на живот и КЖсЗ в обучителните модули по социална медицина и биостатистика за студентите по медицина, фармация, дентална медицина и за другите медицински и здравни специалности.
- Важно е да се работи в посока на подобряване на здравната грамотност[4] на уязвимите групи. В проучването се очертават следните групи от населението, които се нуждаят от здравно-образователни интервенции във връзка с повишаване на техния капацитет да взимат правилните решения за своето здраве: Възрастните над 65 години, младите под 25 години. Още повече, че в резултат на Делфи проучването бе постигнат консенсус, че приоритетно трябва да бъдат повлиянидетерминантите „Възпитаване на здравни навици у децата“ и „Култура за отглеждане на децата“, което в своята основа е повишаване на здравната грамотност.

b) На ниво община

- Идеята е измерването на КЖсЗ на нивото на общността да определя приоритетите в общинската здравна политика и в здравно-социалните интервенции.
- Предизвикателство за общинската здравна политика е да се оценява периодично КЖсЗ на населението, например ежегодно. Това би дало отговор дали усилията в областта на общинската социална политика, култура и подобрения в инфраструктурата на града влияят положително върху здравето на бургазлии. Общината планира и провежда много здравно-промоционални проекти, целящи подобряване на здравето на всички живеещи в общността или на отделни уязвими групи от населението. Дали те са успешни? Отговор може да бъде даден, ако преди и след интервенциите биват провеждани измервания на КЖсЗ.
- Данните от настоящото проучване могат да бъдат използвани за мониторинг на КЖсЗ в общността и за идентифициране на групи от населението, спрямо които трябва приоритетно да бъдат приложени здравно-социални политики за подобряване на здравето.
- Нужни са политики и интервенции за поощряване на гражданското участие, както и за мотивиране на хората от общността да спортуват и да членуват в клуб според своите интереси. Когато се работи върху социалната среда в библиотеките, читалищата, спортните клубове, където се оформя друг вид общуване, се създава СК, а това повишава КЖсЗ.
- Израз на СК са и подкрепата, която осигуряват семейството и принадлежността към религиозна или духовна общност. Необходимо е да се работи по посока на възраждане на ролята на семейството в общността. Укрепването на моралните норми в обществото, свързани с духовните ценности на хората са в основата на СК.

с) На национално ниво

Здравната статистика в България измерва основно болестта, а не здравето. Измерва се заболеваемост, болестност, смъртност. Нашата идеяе измерванията на субективното здраве да се извършват периодично, всяка година или на определен период. Не е достатъчно да разчитаме на данни за самооценка на здравето от националните преброявания, те са веднъж на 10 години. НСИ провежда Здравно Интервю – веднъж на 5 години (данните са представителни за България и сравними с другите европейски членки, но не могат да се сравняват различните региони в страната). Провеждането на ежегодно стандартизирано допитване с EQ-5D-3L – въпросника би дало възможност за по-задъбочени здравни анализи, сравнения и стратегии на общинско

[4]В здравно-промоционалната литература се е наложило понятието здравна грамотност (health literacy) – това е капацитетът да намираш, осмисляш и разбираш основна здравна информация за да взимаш правилните решения за своето здраве.

и национално ниво. Проследяването на КЖсЗ трябва да стане традиционно, рутинно изследване за общественото здравеопазване в България. Най-точният начин да се мониторира КЖсЗ е използването на стандартизиран въпросник за самооценка на здравето.

Изводите и препоръките на представеното проучване хармонизират с европейските тенденции за прилагането на социалните индикатори в т.ч. и въпросниците/индекси за КЖ катоосновни критерии за формирането и успешността на много от европейските социални политики, сред които на първо място е кохезионната политика, както и политиките за борба с бедността и социалното изключване, и утвърждаване на европейския социален модел като цяло.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Burström, K., Johannesson, M., Diderichsen, F., 2001. Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. Health Policy, 55(1), pp.51-69.
2. Calman K.C.,1984.Quality of life in cancer patients-a hypothesis, Journal of Medical Ethics;10:124-127.
3. Costa, P.T.Jr., McGra,e R.R., 1980. Influence of Extraversion and neuroticism on subjective-well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 38(4), pp. 668-678.
4. Cramer, V., Torgersen, S., Kringler, E., 2004. Quality of life in a City: The Effect of Population Density. Social Indicators Research, 69(1), pp.103-116.
5. Diener, E., 1984. Subjective – wellbeing, Psychological Bulletin,95 (3), pp.542-575.
6. Ferrans, C. E., 1990. Development of a quality of life index for patients with cancer, Oncology Nursing Forum, 17(3), 15-19
7. Gill T.M., Feinstain A.R., 1994. A Critical Appraisal of the Quality of Quality-of-Life Measurements, JAMA, 272:619-26.
8. Hayry, M. ,1991. Measuring the quality of life: Why, how and what?,Theoretical Medicine and Bioethics, 12 (2).
9. Hays, R.D., 2003. Thoughts on Assorted Issues in Health-Related Quality of Life Assessment in Workshop Report: To Develop a Research Agenda and Research Resources for Health Status Assessment and Summary Health Measures, March 2003.
10. Headey, B., Veenhoven, R., Wearing, A., 1991. Top-down versus bottom-up theories of subjective well-being. Social Indicators Reserch, 24, pp.81-100.
11. Hennesy, C.H., Moriarty, D.G., Zack, M.M., Scherr, P.A., Brackbill R., 1994. Measuring Health-Related Quality of Life for Public Health Surveillance. Public Health Reports, 109(5), pp.665-672.
12. Hunt SM, McKenna SP, 1992. The QLDS: a scale for the measurement of quality of life in depression, Health Policy, Oct;22(3):307–319.
13. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E, 1980. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. J Epidemiol Community Health1980; 34:2816.
14. Kind P., Dolan P., Gudex C., Williams, A, 1998, Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey, British Medical Journal, Mar.;316(7133):736-41.
15. Lama, D., Cutler, C.H., 1998. The art of subjective well-being: a handbook for living. Riverhead Books, New York.
16. Lehman A.F.,1995.Measuring quality of life in a reformed health system, Health Affairs, Vol 14, Issue 3, 90-101.
17. Maslow, A.H., 1968. Toward a Psychology of Being. Van Norstrand, New York.
18. Michalos, A.C., 1980. Satisfaction and Subjective well-being. Social Indicators Research, 8, pp.385-422.
19. Patrick D.L., Ericsson P., 1993. Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation. New York, Oxford University Press.
20. Schalock, R.L., 1991. May, The Concept of Quality of Life in the Lives of Persons with Mental Retardation. Paper presented at the 15th Annual Meeting of the American Association of Mental Retardation, Washington DC in Renwick Rebecca, Brown Ivan, 1996, Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual Approaches, Issues, and Applications, Sage Pub. Inc., p. 7.

21. Schalock, R.L., 1994. Promoting Quality through Quality Enhancement Techniques and Outcome Based Evaluation. Journal of Developmental Disabilities, 3(2), pp.1-6.

22. Vankova D., Kerekovska A., Kostadinova T., Feschieva N., Health-related Quality of Life and Social Capital at a Community Level – a review and research, Trakia Journal of Sciences, 2012,Volume 10, Supplement 3, p. 5-12.

23. WHO, 1947. The Constitution of the World Health Organization, WHO Chron.,1:29.

24. WHO, Introducing the WHOQOL instruments, http://www.who.int/evidence/assessment-intruments/qol/ql1.htm, accessed 17/12/03.

25. Wood, J.V., 1996. What is Social Comparison and how should we study it? Personality and Social Psychology Bulletin, 22, pp.520-537.

26. Ванкова Д., Ушева Н., Фесчиева Н., Качество на живот, свързано със здравето в общността. Резултати от проучване сред населението на град Бургас. Социална Медицина, 2012, Year XX, 2/3, стр. 26-29.

27. Ванкова, Д.,Мичева, И., Керековска, А., 2013. Микс-метод подхода в медицината, СоциалнаМедицина, Year XXI, 2, стр. 16-17.

28. Давидов, Б., 2011. Измерваненаздравето: теории, практики, дискусии, Академично-Издателство „Проф. Марин Дринов“, София, стр. 252.

29. Тилкиджиев, Н., 2009. Качество на живот - критерий за по-добро общество. Социология, 1(1).

Адрес за кореспонденция:
Медицински университет – Варна
ул. „Марин Дринов“ 55, гр. Варна 9002
e-mail: vanko07@gmail.com

РЕГИОНАЛНИ НЕРАВЕНСТВА В ПЪРВИЧНАТА ИНВАЛИДНОСТ ПОРАДИ СЛЕПОТА В ИЗТОЧНА БЪЛГАРИЯ

Бинна Ненкова[1], Мая Пандова[2]

[1]Катедра Очни Болести и зрителни науки, МУ Варна, СБОБАЛ – Варна
[2]Ахмади, Хоспитал, Кувейт

PRIMARY DISABILITY REGIONAL INEQUALITIES DUE TO BLINDNESS IN EASTERN EUROPA

Binna Nenkova[1], Maya Pandova[2]

[1]Eye Diseases and Visual science Department, Medical University of Varna, SBOBAL – Varna
[2]Ahmadi, Hospital, Kuwait

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Демографските и клинични характеристики на първично освидетелстваните пациенти с трайно намалено зрение позволява оценка на проблемите и тенденциите в борбата с предотвратимата слепота.*

Цел: *Анализ на първичната инвалидност поради слепота в Източна България.*

Материал и методи: *Представен е анализ на кумулативната първична инвалидност на 100 000 население (ПИ) поради двуочна слепота и ниско зрение за периода 2005-2012г. за Източна България, разделени по пол, местоживеене и зрителна острота.*

Резултати и обсъждане: *Първичната инвалидност намалява значително през периода 2009–2012г., както при мъжете - 63.79 на 41.61, така и при жените - 64.22 на 40.14. Най-голям е относителния дял на лицата от 60 до 79г., следвани от тези над 80г. и групата под 20г. През първите 4г.има почти двукратни разлики в ПИ на област Варна в сравнение с останалите региони,като селското население е по-засегнато, най-вече мъжете. През втория интервал разликите между населението на областните градове, както и тези между междуградскотоиселско население, значително намаляват. Най-тежко инвалидизираните във Варненска област са с двукратно по-ниска ПИ в сравнение с останалите при градското и селското население, като разликата се запазва през втория интервал, въпреки значителното намаление в тази категория.*

SUMMARY

Introduction: *The demographic and clinical features of the patients who are primarily certified with permanent low vision allow us to assess the problems and tendencies in combating the preventable blindness.*

Material and methods: *An analysis of the cumulative primary disability (PD) rate of 100 000 population is presented caused by two-eye blindness and low vision for a period of eight years - 2005-2012and for the territory of seven regions in Eastern Bulgaria, divided by gender, age – within 20-year intervals, by residence – regional cities, other cities and villagesand-by severity of the damage – visual acuity in three categories -0-0.05,0.06-0.1,0.15-0.3,based on the data provided by Ophthalmic Expert Labour Medical Commission Varna.*

Results and discussion: *The population of Eastern Bulgaria is 1800 000. The PD significantly decreases during the period 2009-2012for male patients - from 63.79 to 41.61, as well as for female patients - from 64.21 to 40.14. The relative share of the patients aged from 60 to 79 years is the highest, followed by the patients aged over 80 years and the age group under20. For the first 4 years there are almost doubledifferences in the PD of Varna region compared to the other regions, the village population being more affected, mostly the male population. During the second interval the differences between the regional cities population as well as the differences between the city and the village population significantly decrease. The individuals with the most severe disabilities in Varna re-*

Относителния дял и ПИ на най-младшата група се западва без значими разлики в градовете и селата по пол.ПИ на лицата от 60-79г. във водещите области е двукратно по-висока от тази във Варненска област, като мъжете от селата са най- засегнати през целия период. Възрастните над 80г. намаляват с 60% по абсолютен брой и ПИ през втория интервал, особено при жените в областните градове и селата.

Изводи и заключение: *Намалението на тежката инвалидност поради слепота е значително постижение на фона на сложната демографска и икономическа обстановка в региона. Възрастното население,особено от селата е при повишен риск от загуба на зрение. Запазването на разликите в ПИ по области показва необходимостта от по-голяма наситеност с офталмолози и най-вече по-високо качество на ранната диагностика и лечение на водещите причини за загуба на зрение.*

Ключови думи: *регионални неравенства, очна инвалидност, Източна България*

gion have two times lower PD compared to the rest of the city and village population and the difference remains the same during the second interval although the presence of a significant decreasein this category as a whole. The relative share and the PD of the youngest age group remain the same without significant differences between the children of the cities and the villages, divided by gender. The PD of the individuals from 60 to 79 years of age in the leading regions is two times higher than the one in Varna region. The men from the villages are the most affected group for the entire period. The elderly patients, aged over 80 decrease by 60% in their absolute numbers and PD for the second interval, especially the women in the regional cities and the villages.

Conclusion: *The inequalities in terms of health are related to the social-economic differencesin the access to healthcare. There is a clearly expressed link between the income and the unsatisfactory consumption of medical care related to health insurance and direct financial expenses. The disability increases dramatically after the age of 60. The disability is highest for men, especially those from the villages. The lowest disability is defined for the certified patients of Varna region.*

Keywords: *regional inequalities, ocular disability, Eastern Bulgaria*

ВЪВЕДЕНИЕ

През последните десетилетия нараства вниманието към инвалидността и свързаните с нея проблеми във връзка с оценка на здравното състояние на населението и като коректив в работата на специалистите. Инвалидността има своето физическо, социално, психично, икономическо измерение. Лицата със слепота и намалено зрение не са само пациенти, а лица, които в резултат на вродени състояния или заболяване попадат в по-специална социална група, която изисква и по-специално отношение и грижи към тях, така че да заемат своето достойно място в обществото. Демографските и клинични характеристики на първично освидетелстваните пациенти с трайно намалено зрение позволяват оценка на проблемите и тенденциите в борбата с лечимата слепота.

Едновременното въздействие на редица фактори: пол, възраст, образование, трудова заетост, условия на труд, местоживеене, здравни и културни традиции, състояние на здравната система и степен на развите на условия за равен достъп до здравни услуги,формират здравния статус на населението.

Ниските темпове на икономическо развитие през годините на прехода доведоха до влошаване на здравния статус, поради по-ниски доходии възможност за закупуване на на качествена храна, медикаменти и здравни услуги. От друга страна демографските процеси в нашата страна се характеризират с намаляване и застаряване на населението, свързано с ниската раждаемост, увеличение на смъртността и емиграция на значителна част от младите хора. По данни на Министерството на труда и социалната политика,в края на 2012г. хората над 65г. са 19.2% от населението, като в сравнение с 2011г. делът на населението над 65г. е нарастнал 0.4%, а в сравнение с 2005 г.е 2% [1].

Вътрешната миграция и териториално преразпределение на населението е индикатор за различните условия на работа и живот. Тя доведе струпване на много хора в областните градове и обезлюдяване и застаряване на населението

в селата.През 2010г. всеки четвърти селски жител е над 65г.

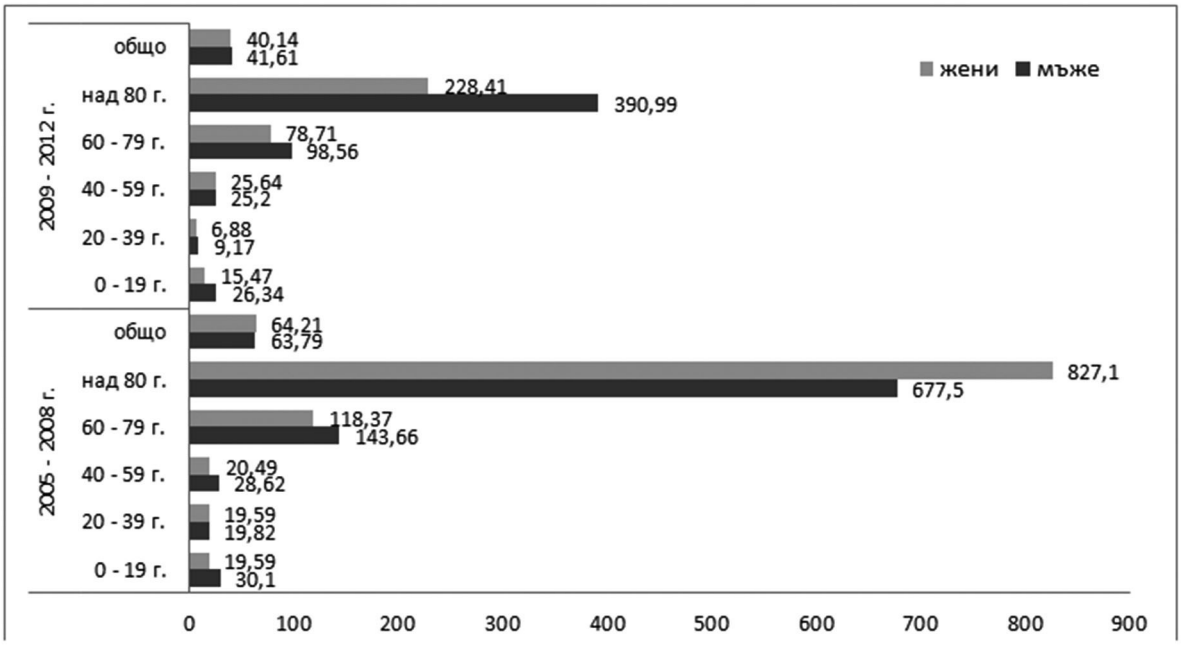
Средната продължителност на живота при мъжете е 69.90 а при жените - 77.08. Относителният дял на жените над 65г. е 22.2%, а при мъжете - 16% свързано с по-високата смъртност при мъжете. Процесът на застаряване е по-изразен в селата- средната възраст е 45.5г. спряма 40.3 г. в градовете [2].

Образователното ниво в селата е много ниско - през 2011г. 4% от селското население има средно и висше образование, докато в градовете е 71.6%. В селата с оновно образование са 719 127, а със средно 655 394, висше - 110 613. Образователната степен е пряка зависимост със заетостта и здравната култура на населението.

Тези данни говорят за създаване на благоприятни условия за повишаване на заболеваемостта и в частност на очната патология водеща да слепота и намалено зрение.

Табл. 1. Социо-демографска характеристика

Показател	**Относителен дял**
Пол	
мъже	52,50%
жени	47,50%
Възраст	
деца и юноши (0 - 19 г.)	4,90%
възрастни (над 20 г.)	95,10%
Увреждане	
едноочно	46,90%
двуочно	53,10%
Местоживеене	
град	79,90%
село	20,10%



Фиг. 1. Двуочна слепота - разпределение по пол, възраст и период на наблюдение – ПИ (първична инвалидност на 100 000 население)

Възрастта е един от главните рискови фактори за развитието на очна патология водеща до слепота [3,4,5,6,7].

ЦЕЛ

Анализ на ПИ поради слепота и слабо зрение в Източна България и оценка на неравенствата между отделните групи по пол, възраст и местоживеене.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Анализирани са 3478 експертни решения на Специализиран Очен ТЕЛК–Варна за периода 2005-2012г., включващи седем области - Варна, Бургас, Шумен, Разград, Добрич, Сливен, Ямбол. Обект на нашето изследване са лицата с двуочна и едноочна слепота.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Възрастовото разпределение показва преобладаване на групата от 20г.-80г. – (95.10% спрямо

4.90% -децата). С увеличаване на възрастта инвалидността се увеличава. Тази тенденция се наблюдава и при двуочната и при едноочната слепота. Най-голям е относителния дял на лицата от 60 до 79г., следвани от тези над 80г. и групата под 20г. Освидетелстваните от градските райони преобладават - 79.90%, спрямо 20.5% за селските (табл. 1).

Двуочната слепота при мъжете е най-висока във възрастта 80 – 677.5 за първия период и 390.99 за вторият, а при жените е 827.1 за първия и 228.41 за втория период (фиг. 1).

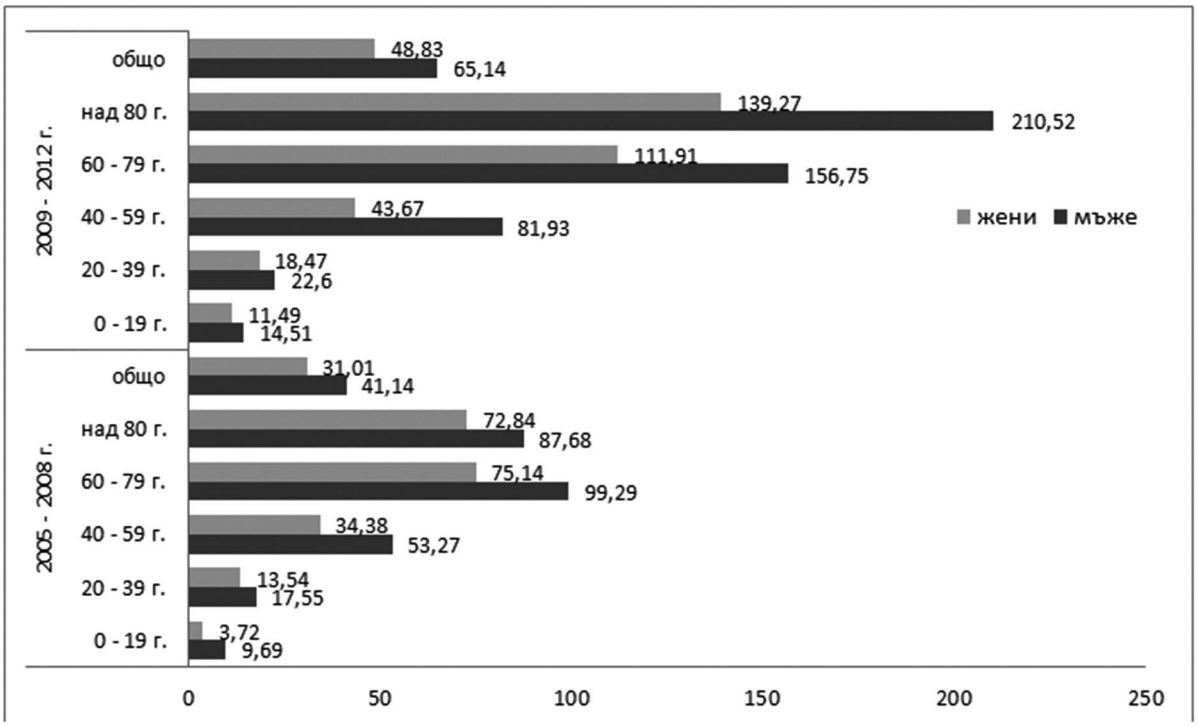
Едноочната слепота при мъжете се увеличава от 99.29 (ПИ) във възрастовата група 60-79г за първия период, на 156.91 (ПИ) за втория период, при жените - 75.14 за възрастта 60-79 и 111.91 (ПИ) (фиг. 2).

80г -729 при мъжете и 960 за жените през периода 2005-2008 и 245.56 при мъжете и 365.59 за жените (фиг. 3).

Най-тежката група (0-0.05) показва понижени стойности и при двата пола - за периода 2005-2008г. са 37.2 при мъжете и 23.7 за втория период,а при жените съответно-38.1 и 17.9 (фиг. 4).

Разпределение на ПИ по местоживеене за първия период е 21.23 за мъжете от областни градове, 17.52 от други градове и 37.26 за селата. За 2009-2012г. са съответно-23.73 за селата и 12.26 за областните градове. При жените данните са: за 2005-2008г. - от селата - 38.11, в други градове-21.08 и в областните градове - 16.26, за 2009-1012г. - 17.93 за селата и 5.60 за областните градове (табл. 2).

Първичната инвалидност намалява значително през периода 2009-2012г., както при мъжете -

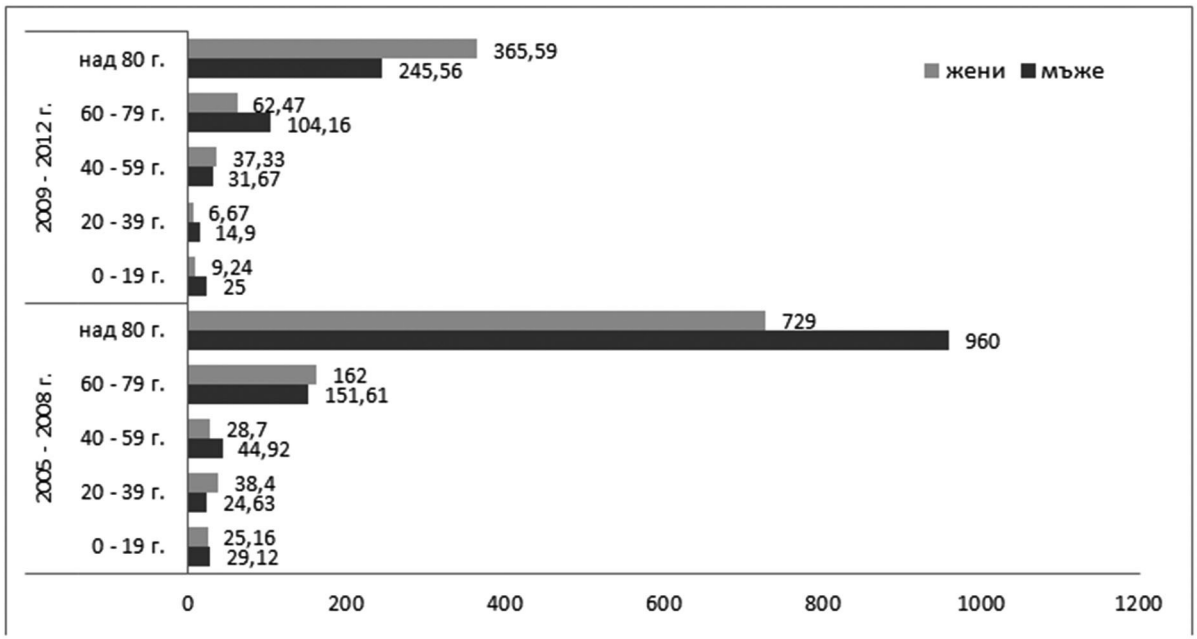


Фиг. 2. Едноочна слепота - разпределение по пол, възраст и период на наблюдение – ПИ (първична инвалидност на 100 000 население)

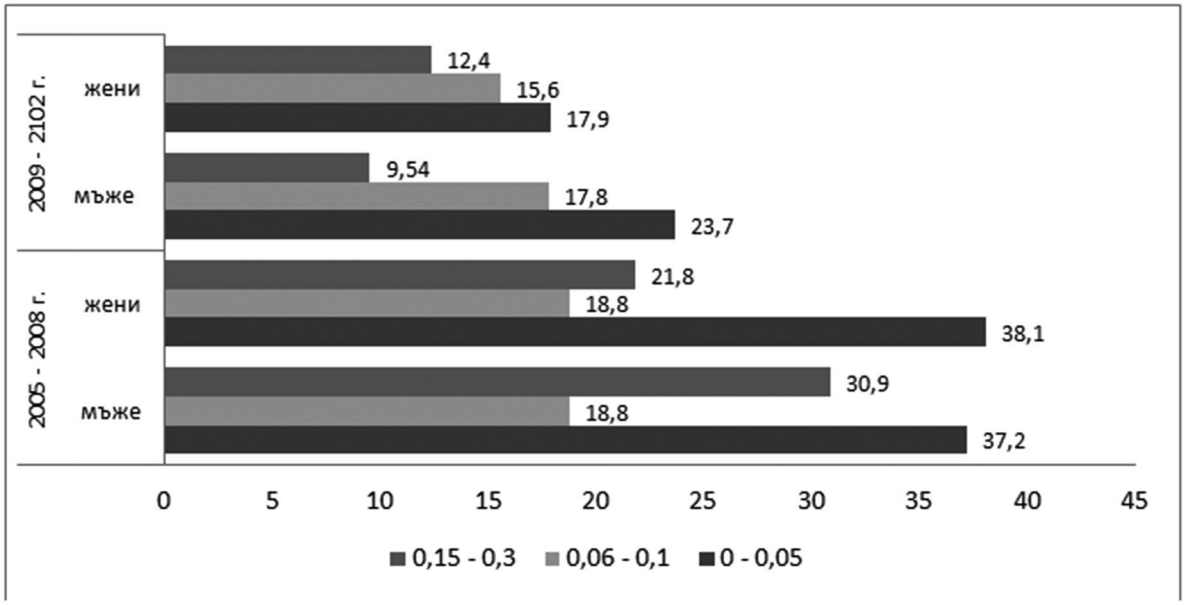
Табл. 2. Разпределение по пол, тежест, местоживеене и период на наблюдение (ПИ на 100 000 население)

	2005 - 2008 г.						2009 - 2012 г.					
	Областни градове		Други градове		Села		Областни градове		Други градове		Села	
	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени
0 - 0.05	21,23	16,26	17,52	21,08	**37,26**	**38,11**	12,26	5,6	5,45	8,13	**23,73**	**17,93**
0.06 - 0.1	12,1	16,26	13,07	16,26	**18,81**	**18,86**	12,96	13,14	9,09	11,26	**17,89**	**15,64**
0.15 - 0.3	21,68	26,68	18,05	18,07	**30,99**	**21,84**	17,12	18,75	19,09	11,62	**12,45**	**9,54**

ПИ при селското населениепо възрастови групи показва,че най-засегната е възрастта на 63.79 на 41.61, така и при жените - 64.21 на 40.14.



Фиг. 3. ПИ по възрастови групи на селското население с двуочна слепота

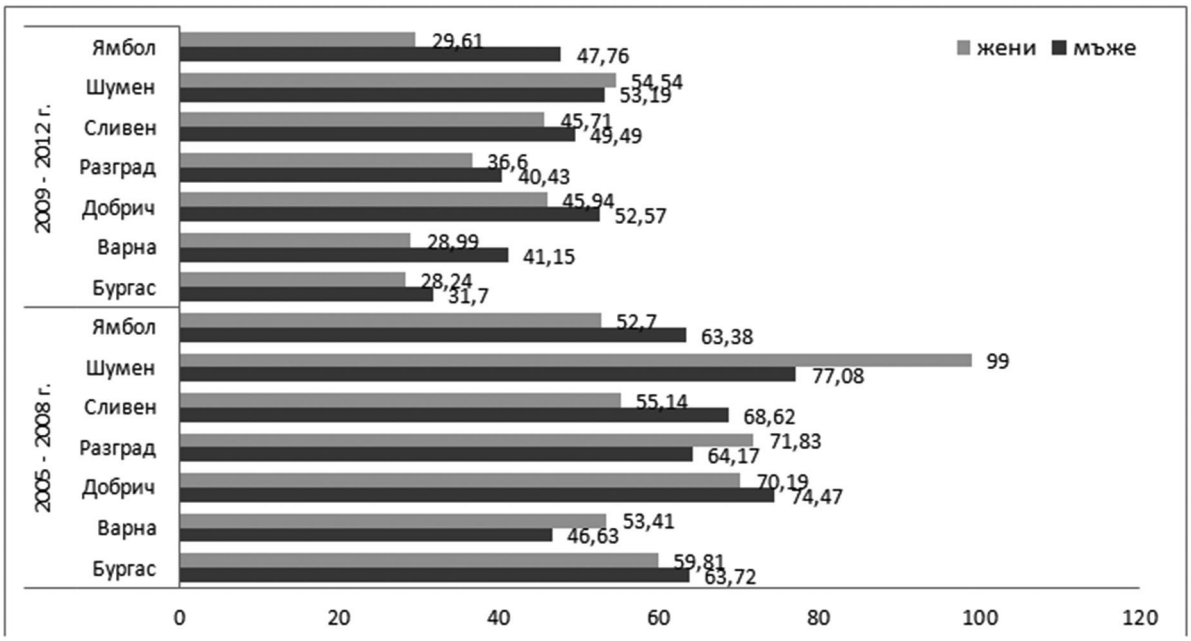


Фиг. 4. Разпределение на пациентите с двуочно увреждане по пол, тежест, първична инвалидност (ПИ)

През първите 4 г.има почти двукратни разлики в ПИ на област Варна в сравнение с останалите региони, като селското население е по-засегнато, най-вече мъжете. През втория интервал разликите между населението на областните градове, както и тези между между градското и селско население, значително намаляват. Най-тежко инвалидизираните във Варненска област са с двукратно по-ниска ПИ в сравнение с останалите при градското и селското население, като разликата се запазва през втория интервал, въпреки значителното намаление в тази категория (фиг. 5).

Относителния дял и ПИ на най-младшата група се запазва без значими разлики в градовете и селата по пол. ПИ на лицата от 60-79г. във водещите области е двукратно по-висока от тази във Варненска област, като мъжете от селата са най-засегнати през целия период. Възрастните над 80г. намаляват с 60% по абсолютен брой и ПИ през втория интервал, особено при жените в областните градове и селата.

За периода 2005 – 2008 г. се налюдава значителна разлика в ПИ при отделните области ($p<0,05$), като най-висока общо за двата пола ПИ има в Шуменска област (жени - 99, мъже - 77,08), а най-ниска ПИ при мъжете е във Варненска област (46,63), а при жените е в Ямболска област (52,70).



Фиг. 5. Разпределение на населението спред ПИ по пол, области и период (ПИ на 100 000 население)

За периода 2009 – 2012 г. се наблюдава незначително вариране в стойностите на ПИ в отделните области. Най-висока е ПИ и за двата пола в Шуменска област (съответно 53,19 за мъжете и 54,54 за жените), а най-ниска е в Бургаска област (съответно 31,7 за мъжете и 28,24 за жените).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Неравествата по отношение на здравето са свързани със социално-икономическите различия при достъпа до здравни грижи. Има ясно изразена връзка между размера на доходите и незадоволителното потребление от медицински грижи свързани със здравни осигуровки и преки финансови разходи.

Осигуряване на медицинско обслужване на населението в малките, отдалечени и трудно достъпни населени места е друг фактор благоприятстващ увеличаване на инвалидността. Ненавременната диагноза и адекватно лечение водят до неблагоприятен изход на тези заболявания.

Намалението на тежката инвалидност поради слепота е значително постижение на фона на сложната демографска и икономическа обстановка в региона. Възрастното население, особено от селата е при повишен риск от загуба на зрение. Запазването на разликите в ПИ по области показва необходимостта от по-голяма наситеност с офталмолози и най-вече по-високо качество на ранната диагностика и лечение на водещите причини за загуба на зрение.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Актуализирана национална стратегия за демографско развитие на населението на РБ (2012-2030) София, Министерство на труда и социалната политика
2. Състояние на здравето на гражданите през 2009 и изпълнение на националната здравна стратегия – годишен доклад на МЗ София 2010, стр. 9
3. Anhchuong Le, Bickol N M, Catherine A M, Hugh R . Risk factors associated with the incidence of open-angle glaucoma: The Visual Impairment Project, Ivest Ophthalmol & Vis Science 2003; 44 (9): 3783-9 doi 10. 1167: ivos.03-0077
4. Bressler SB., Munoz B., Solomon SD., West SK. Salisbury Eye Evaluation Study T.Racial differences in the prevalence of age-related macular degeneration;the Salisbury Eye Evaluation (SEE) Project Arch Ophthalmol 2008 Feb; 126 (2): 241-5
5. Klein BE, Klein BE, Linton KL. Prevalence of age-related lens opacities in a population. The Beaver Dam Eye Study Ophthalmology 1992; 99:546-52
6. Klein, R., Klein BE, Knudtson MD, Meuer SM, Swift M., Gangnon, RE. Fifteen-year Cumulative incidence of age-related macular degeneration: the Beaver Dam Eye Study Ophthalmology 2007 Feb; 114(2): 253-62

7. Leske, M C, Connell, A M, Wu Sy et al. Incidence of open -angle glaucoma: the Barbados Eye Studies. The Barbados Eye Studies Group Arch Ophthalmol 2001; 119:89-95

Адрес за кореспонденция:
Катедра „Очни болести и зрителни науки”
МУ – Варна, СБОБАЛ – Варна
гр. Варна, ул. „Дойран” 15
e-mail: bnenkova@gmail.com

НЕРАВЕНСТВА В ЗДРАВЕТО И ПОТРЕБЛЕНИЕТО НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ НА НЕДОНОСЕНИТЕ ДЕЦА В РАННОТО ДЕТСТВО

М. Камбурова[1], П. Христова[1], А. Велкова[1], С. Георгиева[1], П. Стефанова[1], Й. Симеонова[1], И. Христова[2]

[1]Медицински Университет – Плевен, Катедра „Социална и превантивна медицина, медицинска статистика, педагогика и психология"
[2]Медицински Университет – Плевен, Катедра „Акушерски грижи"

INEQUALITIES IN HEALTH AND THE DEMAND OF HEALTH SERVICES FOR PREMATURE INFANTS IN EARLY CHILDHOOD

M. Kambourova[1], P. Christova[1], A. Velkova[1], S. Georgieva[1], P. Stefanova[1], J. Simeonova[1], I. Hristova[2]

[1]Medical University - Pleven, Department "Social and Preventive Medicine, Medical Statistics, Pedagogy and Psychology"
[2]Medical University - Pleven, Department "Obstetric Care"

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Според Световната Здравна Организация децата, родени с тегло под 2500 гр. се определят като деца с ниско тегло при раждането, а децата родени преди 37 гестационна седмица като преждевременно родени. Те са в повишен риск за сериозни здравословни проблеми и повишени потребности от здравни услуги през ранното детство.*

Цел: *Да се проучи заболяемостта и потреблението на здравни услуги до 3-годишна възраст сред недоносени деца, живеещи в град Плевен.*

Материал и методи: *Проучването е кохортно и проследява здравния статус на децата от раждането до 3-годишна възраст. Проучването е изчерпателно за недоносените деца и репрезентативно за доносените деца, родени през 2007 г. и живеещи в гр. Плевен.*

Резултати и обсъждане: *Най-честа причина за боледуване в ранното детство са заболяванията на дихателната система, като рискът недоносените деца да боледуват над 5 пъти годишно от заболявания на дихателната система в сравнение с доносените е четири пъти по-висок – RR 4,10 95% CI (1,89 – 8,85).*

Установява се над пет пъти по-често засягане на зрителния анализатор сред недоносените

SUMMARY

Introduction: *According to the World Health Organization children born weighing less than 2500 g are defined as children with low birth weight and children born before 37 weeks of gestation are defined as preterm born. They are at increased risk for serious health problems and increased demand for health services in early childhood.*

Objective: *to investigate the incidence and consumption of health services up to 3 years of age among premature infants living in the city of Pleven.*

Materials and Methods: *This is a cohort follow-up study of children's health status from birth to 3 years of age. The study is comprehensive for preterm children and representative for term infants born in 2007 in Pleven.*

Results and Discussion: *Respiratory diseases are the most common cause of morbidity in infancy. The risk preterm children suffer more than 5 times a year from respiratory diseases compared with term infants is four times higher - RR 4,10 95% CI (1,89 to 8.85) .*

The study found over five times higher risk for affect the visual system in preterm children compared to term infants - RR 5,42 95% CI (1,48 - 19,94), but does not establish a statistically significant difference between preterm and term infants regarding hearing problems.

деца в сравнение с доносените – RR 5,42 95% CI (1,48 – 19,94), но не се установява статистически значима разлика сред проследените недоносени и доносени деца по отношение на проблеми със слуха.

Необходимостта от продължително и комплексно лечение на недоносените деца от раждането до 3-годишна възраст води до по-чести хоспитализации и по-продължителен среден престой в болница.

Изводи и заключение: *Резултатите потвърждават хипотезата, че недоносените деца, живеещи в градовете, са рискова група с висока заболяемост и висока потребност от здравни услуги до 3-годишна възраст.*

Ключови думи: *недоносеност, здравен статус, здравни услуги*

The need for lengthy and complex treatment of premature children from birth to 3 years of age leads to more frequent hospitalizations and a longer average length of stay in hospital.

Conclusion: *The results confirm our research hypothesis that premature born children living in urban areas are a risk group with high morbidity and high demand for health services up to three years of age.*

Keywords: *prematurity, health status, health services*

ВЪВЕДЕНИЕ

Според Световната Здравна Организация децата, родени с тегло под 2500 гр. се определят като деца с ниско тегло при раждането, а децата родени преди 37 гестационна седмица като преждевременно родени.

Недоносеността оказва влияние върху физическото, нервно-психическото развитие и здравословното състояние в ранното детство на децата като повишава риска от неврологични заболявания, проблеми със зрителния анализатор, дефицити при ученето и др. (12). Установява се доза-ефект отговор т.е неблагоприятните здравни резултати при недоносените се увеличават с намаляване на гестационната възраст при раждането (4,6). Недоносеността се оценява от науката като една от най-значимите самостоятелни причини за Глобалната тежест на заболяванията, носеща значителен риск за ранни и отложени във времето здравословни проблеми (7,8,10,11,12,14,18,19,20).

Според Pramana I et al. (2011) недоносените деца боледуват по-често от болести на дихателната система (БДС) през първата година от живота си в сравнение с доносените. Сред недоносените деца 80% страдат от кашлица, 44% от задух, 25% са рехоспитализирани по повод на респираторни заболявания, а 13% се нуждаят от продължителна инхалаторна терапия по повод на задух.

Около 80% от родените преди 28 г. с. деца развиват респираторен дистрес синдром (РДС) и честотата му нараства с намаляването на гестационната възраст (2). РДС и асфиксията при раждането са водещи причини за смърт сред болестите на дихателната система (БДС) в неонаталния период с относителен дял – 46,2% и 29,1% за 2005 г. у нас (1).

При недоносените деца се установява сигнификантно по-висока вероятност за засягане на всички части на зрителния анализатор и намаляване на зрението.

Най-често срещаната очна аномалия при недоносените деца е ретинопатия при недоносеност. Етиологията за възникването ѝ е многофакторна, но основната причина е незрялост и засягане на кръвоносните съдове на ретината. Болестността намалява с увеличаване на гестационната възраст. Заболяването засяга 16 – 84% от децата, родени преди 28 г. с., 90% от децата с тегло при раждането под 750 – 500 гр. и 42 – 47% от децата с тегло при раждането под 1000 гр. или 1500 гр. Други офталмологични заболявания в следствие на недоносеност, диагностицирани често в ранното детство са: миопия, страбизъм, амблиопия, катаракта и др. (17).

Изследванията, обект на които са разходите за здравна помощ на недоносените деца, са насочени основно върху болничното лечение непосредствено след раждането.

По данни на Phibbs C and Schmitt S (2006) средният престой на новородените деца в родилно отделение след раждането е обратно пропорционален на степента на доносеност. Всички преждевременно родени деца имат среден престой 8 дни като за родените преди 28 г. с. престоя е 76 дни, докато при доносените средния престой е 1,9 дни. Подобно е съотношението в средния престой на недоносените с тегло под 2500гр. и над 2500 гр.

През първите години от живота си недоносените деца се хоспитализират в болнично лечебно заведение по-често в сравнение с доносените. Boyle E et al. (2012) установяват висок относителен дял на недоносените деца, хоспитализирани 3 и над 3 пъти между 9 месечна и 5 годишна възраст - PAR между 3,8% и 7,2%.

Болестите на дихателната система са най-честата причина за хоспитализация на недоносените деца през първите три години от техния живот (3). Pramana I et al. (2011) съобщават, че делът на недоносените деца рехоспитализирани през първата година от живота им, във връзка с БДС, е 25%. Според Berard A et al. (2012) водещи причини за постъпване в болница сред децата родени между 33 – 36 г. с. са остър бронхит, възпаление на средното ухо и пневмония.

ЦЕЛ

Да се проучи заболяемостта и потреблението на здравни услуги до 3-годишна възраст сред недоносени деца, живеещи в град Плевен, в частност:

1. заболяванията на дихателната система;
2. засягане на зрителния анализатор;
3. среден престой в болница след раждането;
4. хоспитализации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проучването обхваща периода 2007 г. – 2013 г.

Проведено е проспективно кохортно проучване и е проследено развитието до 3-годишна възраст на затворена кохорта от 250 деца (58 недоносени и 192 доносени деца), родени в УМБАЛ „Георги Странски“ ЕАД гр. Плевен през 2007 г., и живеещи в гр. Плевен към декември 2011 г.

За постигане на целта на научното проучване са използвани следните методи:

- *Социологически методи*

1. Документален метод – информацията за здравното състояние и за използваните здравни услуги от всяко дете е обективизирана чрез проучване на индивидуалните здравни документи на детето - лична амбулаторна карта, епикризи от хоспитализации и др.
2. Социологическо интервю – медико-социологическата информация за развитието на децата и здравословния им статус до навършване на 3-годишна възраст е събрана чрез индивидуално полуструктурирано интервю с майката (родителите). Интервюто е проведено при посещение в домовете на децата с разработен за целите на проучването въпросник, съдържащ 92 въпроса.

- *Клинично изследване*

При домашните посещения е проведено обективно клинично изследване на недоносените и доносените деца, включващо обективен статус и търсене на белези за засягане на зрителния анализатор.

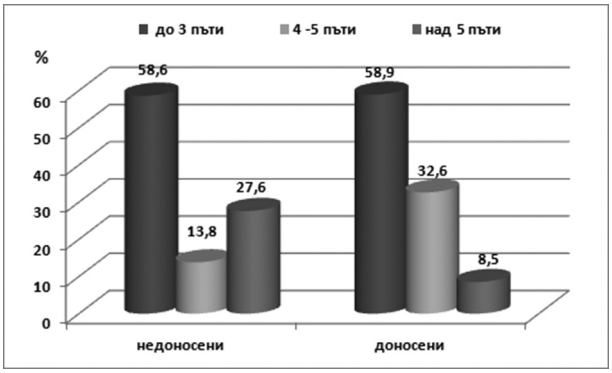
- *Статистически методи*

Данните от проучването са обработени със софтуерни статистически пакети STATGRAPHICS; SPSS и EXCEL for Windows.

Резултатите са описани чрез таблици, графики и числови показатели за структура, честота, средни стойности, корелационни коефициенти и др. Значимостта на резултатите, изводите и заключенията е определяна при $p<0,05$ (111).

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

1. Най-честата причина за боледуване сред децата са заболяванията на дихателната система *($p=0,03$; $r=0,26$)*. Почти равни са относителните дялове на недоносените – 58,6% и доносените деца – 58,9%, които са боледували до 3 пъти годишно. 4-5 пъти годишно боледуват 13,8% от недоносените и 32,6% от доносените деца (фиг. 1). Повече от три пъти по-висок е делът (27,6%) на недоносените деца, които боледуват над 5 пъти годишно от заболявания на



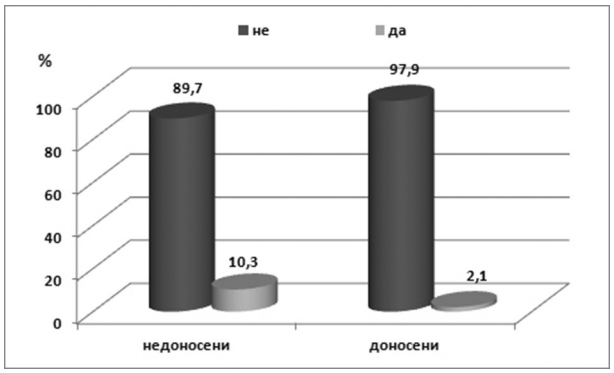
Фиг. 1 Разпределение на изучаваните групи деца, според кратността на боледуване от заболявания на дихателната система (в %)

дихателната система, спрямо делът (8,5%) на доносените деца - RR=4,10 95% CI (1,89-8,85) .

Една от най-честите причини за хоспитализация до 3-годишна възраст е пневмонията. Тя е причина за 16% от хоспитализациите на недоносени деца и 13,7% от хоспитализациите при доносените деца.

При 17,3% от недоносените и 6,2% от доносените деца са диагностицирани хронични заболявания - RR= 3,12 95% CI (1,27-7,67). Сред децата с хронични заболявания делът на бронхиалната астма е 60% при недоносените деца и 50% при доносените деца.

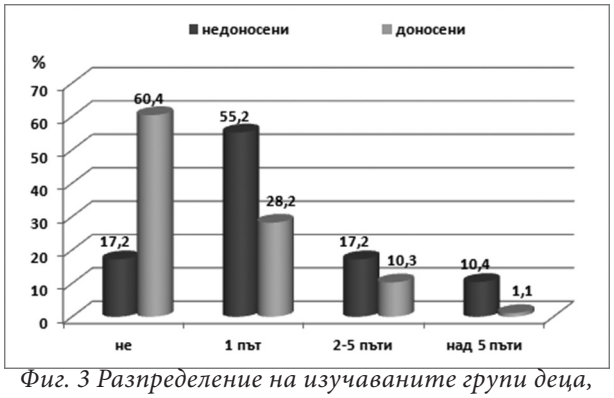
2. В нашето проучване установихме над пет пъти по-често засягане на зрителния анализатор сред недоносените деца в сравнение с доносените – RR 5,42 95% CI (1,48 – 19,94), с което потвърждаваме тезата на Repka MX (2002) за сигнификантно по-висока вероятност за засягане на всички части на зрителния анализатор и намаляване на зрението при недоносените деца в сравнение с доносените. 10,3% от недоносените деца имат проблеми със зрението докато делът на децата с очни проблеми сред доносените е 2,1% *(p=0,047; r=0,18)*. Останалите деца нямат проблеми със зрителния анализатор (фиг. 2).



Фиг. 2 Разпределение на изучаваните групи деца, според наличие на проблеми със зрението (в %)

3. В проучването се установява статистически значима разлика между средния престой в неонатологично отделение на децата *(p=0,003; r=0,43)*. Новородените са разпределени в четири групи според срока на бременността и теглото при раждане: ПРНТ – преждевременно родени с ниско тегло, ПРНрТ – преждевременно родени с нормално тегло, РТНТ – родени на термит с ниско тегло и РТНрТ – родени на термин с нормално тегло. С продължителен среден престой от 11 (7 – 14) дни са ПРНТ деца, следвани от РТНТ с престой 8 (7 – 11) дни, ПРНрТ с престой 5 (4 – 10) дни и с кратък среден престой 4 (4 – 5) дни са РТНрТ. Над две трети (70%) от изследваните новородени деца са с престой над 4 дни, в групата на РТНТ те са 90%, а в групата на ПРНТ - 85,5%. Влошеното здраве на недоносените деца води до по-дълъг среден престой. Според Doyle L et al. (2003) средната продължителност на престоя след раждането на недоносените деца (13дни) е 9 пъти по-висока в сравнение с доносените (1,5 дни). У нас Mumdziev H (2012) установява по-продължителен среден престой при недоносените деца в сравнение с доносените новородени.

4. Според Berard A et al. (2012) хоспитализациите на преждевременно родените деца през първите три години от живота им са по-чести в сравнение с доносените деца. Нашето проучване установява значителни различия *(p=0,0008; r=0,41)* между недоносените и доносени деца по отношение на кратността на хоспитализациите в ранното детство (фиг. 3). От недоносените деца 82,8% и 39,6% от доносените деца са постъпвали за лечение в болнично заведение. Еднократно са хоспитализирани два пъти повече недоносени деца – 55,2% в сравнение с доносените – 28,2% *(p<001)*. Делът на недоносените деца, постъпвали за лечение в болнично за заведение между 2 и 5 пъти е 17,2%, а делът на доносените е 10,3%. Всяко десето недоносено дете е хоспитализирано над 5 пъти, докато при доносените деца – едно на сто деца. Установява се над седем пъти по-висока вероятност недоносените деца да постъпват за лечение в болнично заведение в сравнение с доносените деца - RR= 7,33 95% CI (3,49-15,36).



Фиг. 3 Разпределение на изучаваните групи деца, според кратността на хоспитализациите (в %)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резултатите потвърждават хипотезата, че недоносените деца, живеещи в градовете, са риско-

ва група с висока заболяемост и висока потребност от здравни услуги до 3-годишна възраст.

Предизвикателство за научните работници и практикуващите лекари е да се идентифицират и прилагат интервенции за превенция на недоносеността, водещи до намаляване на болестността и смъртността на новородените, снижаване на отложената във времето болестност на недоносените деца и ограничаване на последици от недоносеността върху здравната система и обществото.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Жекова, Н., Т. Чолакова, А. Грива, Е. Христова. Динамика на перинаталната и неонаталната смъртност в България през периода 1990-2005 година. Акушерство и гинекология, 46, 2007, suppl.1, 3-8.
2. Кузманов, А., Т. Кантарджиев, Ц. Велинов, А. Бъчварова, М. Петров. Етиология и емпирична терапия на белодробните инфекции. Педиатрия, 44, 2004, 1, 46-47.
3. Педиатрия. (под ред. Ш. Ниньо). Мед и физк, София, 1993.
4. Allen MC., Alexander GR., Tompkins ME., Hulsey TC. Racial differences in temporal changes in newborn viability and survival by gestational age. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 2000, 14(2), 152-158.
5. Berard A., Le Tiec M., De Vera MA. Study of the costs and morbidities of late-preterm birth. Arch Dis Child Fetal Neonatal, 2012,97(5), 329-34.
6. Boyle EM., Poulsen G., Field DJ., Kurinczuk JJ., Wolke D., Alfirevic Z., Quigley MA. Effects of gestational age at birth on health outcomes at 3 and 5 years of age: population based cohort study. BMJ, 2012,1(344), e896
7. Doyle LW. Outcome at 5 years of age of children 23 to 27 weeks' gestation: refining the prognosis. Pediatrics, 2001, 108(1), 134-141.
8. Doyle LW. Health and hospitalistions after discharge in extremely low birth weight infants. Semin Neonatol, 2003, 8(2), 137-145.
9. Enzenauer RW. Retinopathy of prematurity and weight of the baby's chart. J Am Acad Pediat Ophthalmol Strab, 2001, 5, 198
10. Escobar GJ., Clark RH., Greene JD. Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks' gestation: we need to ask more questions. Semin Perinatol, 2006, 30, 28-33.
11. Greenough, A. Long term respiratory outcomes of very premature birth (<32 weeks). Semin Fetal Neonatal Med, 2012, 17(2), 73-76.
12. IOM. Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention.: National Academy Press, Washington, DC, 2007.
13. Mumdziev H. The late preterm infants – time to put our mind. Akush Ginekol, 2012, 51(5), 38-45.
14. O'Connor AR., Stephenson TJ., Johnson A., Tobin MJ., Ratib S., Fielder AR. Strabismus in children of birth weight less than 1701 g. Arch Ophthalmol, 2002, 120(6), 767–773.
15. Phibbs CS., Schmitt SK. Estimates of the cost of length of stay changes that can be attributed to one-week increases in gestational age for premature infants. Early Human Development, 2006, 82, 85-95.
16. Pramana IA., Latzin P., Schlapbach LJ., Hafen G., Kuehni CE., Nelle M., Riedel T., Frey U. Respiratory symptoms in preterm infants: burden of disease in the first year of life. Eur J Med Res, 2011, 16(5), 223-230.
17. Repka MX. Ophthalmological problems of the premature infant. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 2002, 8(4), 249-257.
18. The Global Burden of Preterm Birth. The Lancet, 2009, 374(9697), 1214.
19. WHO. Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva, World Health Organization, 2012.
20. WHO. The World Health Report 2005: Make every mother and child count. Geneva, World Health Organization, 2005.

Адрес за кореспонденция:
д-р Мариела Стефанова Камбурова
ул. „Св. Климент Охридски" №1
Катедра „Социална и превантивна медицина, медицинска статистика, педагогика и психология", Факултет „Обществено здраве"
Медицински Университет Плевен, 5800
e-mail: mariela_kamburova@yahoo.com

ЗДРАВНИ НЕРАВЕНСТВА ПРИ ОКАЗВАНЕ НА ПСИХИАТРИЧНА ПОМОЩ НА ЛИЦА С ОПАСНО ПОВЕДЕНИЕ НА БОЛЕДУВАНЕ

Николина Ангелова-Барболова[1], Теменужка Матева[2], Силвия Крушкова[1]

[1]Русенски университет "Ангел Кънчев", Факултет Обществено здраве и здравни грижи и Център за психично здраве Русе ЕООД
[2]Център за психично здраве Русе ЕООД

HEALTH INEQUALITIES IN PROVIDING OF MENTAL HEALTH CARE FOR PEOPLE WITH DANGEROUS BEHAVIOUR IN ILLNESS

Nikolina Angelova – Barbolova[1], Temenuzka Mateva[2], Sylvia Kroushkova[1]

[1]Ruse University „Angel Kanchev" Faculty of Public Health and Health Care and Mental Health Center Ruse
[2]Mental Health Center Ruse

РЕЗЮМЕ

Статията представя причините за неравнопоставеността в здравеопазването при психиатрични пациенти с опасно поведение на боледуване. Разгледани са резултатите от изследване проведено в ЦПЗ Русе ЕООД на 180 пациенти (90 мъже и 90 жени) с катамнестично верифицирана диагноза шизофрения (параноидна форма) и с агресивно и/или автоагресивно опасно поведение на боледуване, които са били хоспитализирани по спешност и са провели стационарно психиатрично лечение. 17,8% от изследваните пациенти не са били здравно осигурени, преобладават лица с начално (31,1%) и средно (38,9%) образование, по-често се срещат самотно живеещи (30%) и разведени (25%) хора. 68,3% от изследваните пациенти са имали конфликтни и неустойчиви отношения с близките си, 70% имат доходи под 150 лева. Ниските доходи и липсата на здравни осигуровки оказват влияние и върху качеството на оказваните здравни грижи. В същото време субективната оценка на качеството на живот при тези пациенти е съществено завишена в сравнение със съществуващите обективни данни. В заключението на статията се посочва, че в резултат на направеното изследване причините за неравнопоставеността в здравеопазването при психиатрични пациенти с опасно поведение на боледуване се крият в социално-икономическите условия на живот, в образователния ценз, доходите и предлаганите здравни грижи. Особенно

SUMMARY

The article presents the causes of health inequalities in psychiatric patients with dangerous behavior of illness. Discusses the results of a study conducted in Center for Mental Health Ruse - 180 patients (90 men and 90 women) diagnosed as schizophrenic and aggressive and / or self-aggressive behavior dangerous illness who were hospitalized in an emergency and have conducted inpatient psychiatric treatment. 17.8% of the patients studied were not insured prevails, persons with primary (31.1%) and medium (38.9%) education, often found living alone (30%) and divorced (25%) people. 68.3% of the patients studied had a conflict and unstable relationships with relatives, 70% have incomes below 150 lev. Low income and lack of health insurance influence the quality of care rendered. At the same time, subjective assessment of quality of life for these patients is significantly increased compared with the existing objective data. In the conclusion of the article states that as a result of the research the causes of health inequalities in psychiatric patients with dangerous behavior of illness lie in the socio-economic conditions of life, in education, income and health provider. Especially important are socio-economic factors which have a determining influence on the quality of life of patients.

Keywords: *Health inequalities, dangerous behavior of illness, schizophrenia, quality of life*

значение имат социално-икономическите фактори, които оказват определящо влияние върху качеството на живот на пациентите.

Ключови думи: *Здравни неравенства, опасно поведение на боледуване, шизофрения, качество на живот*

ВЪВЕДЕНИЕ

Неравенството в здравеопазването или още здравни неравновесия са неравенства в достъпа до здравната система, до адекватна грижа за здравето и цялостни пропуски в качеството на здравната грижа поради етнически, расови, културни, свързани с възраст, пол и със социоикономическия статут.

В статията се изследват неравенства дължащи се на пола и неравенства на достъпа при оказване на психиатрична помощ.

Относно организацията на психиатричната помощ в България следва да се коментира фактът, че психиатричната помощ се осъществява по традиционния институционален модел на центрове за психично здраве, психиатрични отделения в университетските и общите болници, както и държавни психиатрични болници в съчетание с малко на брой извънболнични форми на обслужване като индивидуални и групови практики. Повечето от психиатричните болници са построени въз основа на изолационния принцип, характерен за средата на миналото столетие. Разполагането на тези институции извън населените места не е съобразено с административното деление на страната и не следва естествено създалите се здравни райони за обслужване. В резултат на това болните, настанявани и лекувани в тези заведения, често пъти са на значително разстояние от местоживеенето им, което нарушава връзката с техните близки и пречи на тяхната ресоциализация. Болниците обслужват по няколко района, което затруднява ефективното им управление и финансиране.

Извършено е и собствено проучване при пациенти с шизофрения т.к. те са сред най-уязвимите групи от населението - имат по-ниски нива на качество на живот, по-бързо губят социалните си връзки и навици за самообгрижване, губят контрол над поведението си, поведението им често е психотично (болестно) мотивирано и обусловено. Ето защо изучаването на механизмите на формиране на опасното поведение при пациенти с шизофрения е важно за профилактиката на опасното поведение на боледуване при психатрични пациенти.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕВАНЕТО

Материал на изследването: За период от три години са изследвани 180 пациенти (90 мъже и 90 жени) с катамнестично верифицирана диагноза шизофрения (параноидна форма) и с агресивно и/или автоагресивно поведение на боледуване. Във връзка с това те са били недоброволно хоспитализирани в ЦПЗ Русе ЕООД. Други критерии за включване на пациенти в тази група бяха: съгласие на пациента за участие в изследването, възраст на болните от 18 до 70 години. За оценка на влиянието на клиничните и социалните фактори при формиране на опасното поведение на боледуване беше изучена и контролна група от 110 пациенти (55 мъже и 55 жени) с шизофрения, които са провели доброволно стационарно лечение в ЦПЗ Русе. Пациентите от контролната група бяха подбрани така, че по възраст, пол, местожителство, клинична диагноза и тип на протичане на заболяването да не се отличават съществено от основната група. Целият материал е резултат на собствени наблюдения.

МЕТОДИ

Клинико-психопатологичен и клинико-катамнестичен /изследването на психичното състояния на пациентите се проведе с помоща на клинично интервю и изучаване на медицинската документация/, статистико-математически. Диагностичните оценки са проведени от специалисти психиатри и са съобразени с критериите на МКБ 10. Използвана е и скалата за позитивни и негативни симптоми при шизофрения (PANSS), с допълнителни въпроси за агресивния риск.

В хода на проучването са изследвани и здравни неравенства дължащи се на пола, както и неравенства на достъпа. Към неравенствата на достъпа са включени: липсата на здравно осигуряване и липсата на финансови ресурси, структурните бариери като лош транспор, твърде много

време прекарано в чакане пред кабинета, които допринасят за нежеланието на пациента да търси здравна помощ, както и липса на професионалисти и звена, които предлагат здравна помощ в слабонаселени, извънградски /селски/ райони.

Разгледана е и организацията на психиатричната помощ в България.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Следва да се има предвид, че при липса на здравни осигуровки не може да се осигури добър достъп на пациентите до необходимата медицинска помощ, както и да се отговори на здравните потребности на населението. По данни на Българската психиатрична асоциация (получени от отчетите на стационарните психиатрични служби) става ясно че при пациенти с шизофрения и опасно поведение на боледуване неосигурените пациенти са около два пъти повече отколкото за общата популация на пациентите с шизофрения. Тези данни се потвърдиха и в нашето изследване - в основната група неосигурените са 17,8% от пациентите, а в контролната група – 10% ($p<0,001$).

При изследването на неравенствата на достъпа е установено, че в изследваната група пациенти 78,3% (141 човека) живеят в градове и 21,7% (39 чов.) – в села. Това разпределение на пациентите е близко до данните на Националния статистически институт за разпределението на жителите на РБ по местоживеене. Трябва да се отбележат следните особенности на местоживеене в град/село: 1) степен на териториална близост до учереждения, които оказват специализирана медицинска (вкл. психиатрична) помощ; 2) селските жители по-често са заети с физически труд в селското стопанство, което може да бъде разглеждано и като положителен фактор в аспектна на психосоциалната рехабилитация; 3) в селата са по-съхранени партиархалните семейни модели, което определя и някои различия във възпитанието на децата. При изучаването на пациентите живеещи в градове и в села не бяха установени статистически значими разлики по остротата на психопатологичната симптоматика, по водеш клиничен синдром, по тип на протичане и продължителност на шизофренното заболяване и по честота на стационарни лечения за последната година. Между пациентите в двете групи са установени статистически значими различия по вектора на насоченост на агресивното ООП – при пациентите живеещи в град агресивното ООП по-често е насочено към роднини ($p<0,001$), а при пациентите живеещи на село – към съседи и непознати лица ($p<0,001$). Пациентите живеещи в град по-често осъществяват ООП на улицата ($p<0,001$), като жертвите им по-често са от женски пол ($p<0,005$). При пациентите живеещи в град трудовата адаптация е снижена – 34,7% от тези пациенти никога не са работили и нямат трудов стаж, в сравнение с пациентите живеещи на село – 12,8% ($p<0,001$). Пациентите живеещи на село имат по-нисък образователен статус, но по-добри параметри на трудова и семейна адаптация. Въпреки това при пациентите живеещи на село по-често се среща негативно-динамичен вариант на социална адаптация, което е свързано и с отсъствието на адекватно психиатрично лечение. Това се дължи и на факта, че пациентите, които живеят в селски райони, имат ограничен достъп до лечебни заведения поради невъзможността да си позволят допълнителни разходи за транспорт и при тях опасността от трайно увреждане на здравето е по-голяма. Следователно за тази група пациенти с цел първична профилактика на опасното поведение на боледуване е необходимо създаване на мултидисциплинарни екипи осъществяващи амбулаторно лечение /с депо невролептици/ и реадаптация на пациентите в общността – вкл. психообразователни и трудотерапевтични рехабилитационни програми /вътреболнични и извънболнични/.

При изследване на неравенствата дължащи се на пола сме изучили влинието на джендърните (половоролевите) стереотипи за социалната адаптация и качеството на живот при пациентите с шизофрения (3). При сравняването на пациентите по пол (мъже/жени) са наблюдавани статистически значими различия между двете групи в редица клинични и социално-демографически характеристики. При пациентите-мъжете по-изразена е остротата на психопатологчните прояви и по-често се срещат психопатоподобни разстройства, имат по-високи стойности по субскалата за агресия в PANSS ($p<0,005$), по-често е налице пълна анозогнозия (липса на съзнание за психична болест) и по-често злоупотребяват или са зависими към алкохол ($p<0,001$). Независимо от факта, че пациентките-жени имат сатистически значимо по-добри параметри на трудова и социална адаптация и че те по-често имат съзнание за психична болест, жените-пациентки са по-лошо финансово обезпечени (вкл. и не са здравноосигурени - $p<0,001$) и имат продължителни финансови затруднения, живеят само с децата си, продължително време (повече от 14 дни) не са приемали подържащата си амбулаторна медикаментозна терапия. При жените-пациентки по-често се наблюдава автоагресивно поведение

(p<0,001), което е извършено в домът им. Вектора на агресивното поведение при мъжете-пациенти е по-разнообразен и агресивното поведение е насочено към роднини, съседи и непознати лица (p<0,001), често агресивното поведение е извън пределите на собственото жилище на пациента.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Функцията на психиатричната помощ е да обслужва по възможно най-добрия начин на пациентите с психични разстройства. Предлаганото обслужване трябва да съответства на нуждите им, да бъде разположено близо до пациента и неговите роднини, да има гъвкава организация, предоставяща лесен достъп, като координацията между изпълнителите на тези услуги трябва да бъде в полза на най-доброто лечение с достатъчно възможности за прилагане на най-добрите практики и дейности.

Относно организацията на психиатричната помощ в България може да се направи извода, че териториалното разпределение на стационарните психиатрични служби е неравномерно и не отчита миграционните процеси, настъпили през последното десетилетие, както и променените обществено-икономически отношения.

С цел осигуряване на адекватна грижа за здравето при пациенти с шизофрения и опасно поведение на боледуване са установени многоаспектни взаимовръзки с комплекс от клинични, индивидуално-личностни и социални фактори. Мерките насочени към първична превенция на опасното поведение на боледуване трябва да са системни, непрекъснати, гъвкави, последователни, с поетапен характер и да отчитат спецификата на различните фокус-групи, съотношението между клинико-психологичните и социалните фактори. Основните рехабилитационни мерки (за първична профилактика на опасното поведение на боледуване) в общността трябва да са насочени към дневните центрове, амбулаторната психиатрична помощ, а също и към диспансерно наблюдение на пациентите с опасно поведение. За усъвършенстване профилактиката на агресивните форми на опасно поведение при лица с психични разстройства е необходима непрекъснатата подържаща медикаментозна терпия и провеждане на психосоциална рехабилитация. Поради това е уместно усъвършенстване на законодателството като задължително лекуваните лица с психични разстройства по чл. 146, ал. 1, т. 1 и 2 по ЗЗ, лицата провели принудително лечение по НК, както и лицата с висок риск от опасно поведение на боледуване в резултат на психично разстройство бъдат включени в: 1. Национален служебен регистър на лица психични разстройства и опасно поведение на боледуване (при съдебен контрол за включване/изключване на пациенти в регистъра, по предложение на психиатър); 2. пациентите включени в регистъра да подлежат на задължително диспансерно наблюдение /съобразно степента на риска от опасно поведение – агресивно и/или автоагресивно; 3. включването в регистъра на лица с опасно поведение на боледуване би следвало да води и до медикаментозно обезпечаване на пациентите /независимо от здравно осигурителния им статус и от формата на провеждане на лечението – амбулаторно или стационарно/; 4. включването в регистъра на лица с опасно поведение на боледуване би следвало да води и до включването на тези пациенти във вътреболнични и извънболнични психосоциални рехабилитационни програми; 5. срокът за включване в регистъра да е две години, като след изтичане на този срок трима психиатри /от които единият със специалност по съдебна психиатрия да се произнасят /с експертиза назначена от съответния Районен съд по местоживеене на лицето/ относно степента на риска от опасно поведение на боледуване, а необходимостта от включване/изключване на пациента от регистъра се решава от Районния съд по местоживеене на лицето; т.е. на всеки две години да се прави преоценка на необходимостта лицето да бъде включено в регистъра на лица психични разстройства и опасно поведение на боледуване.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Агрессия и психические расстройства / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Б. Шостаковича и А.А. Ткаченко. - М. – 2006. – Т. 1, 2. – 374с., 200с.
2. Ангелова-Барболова Н.С. Клинико-социальные аспекты агрессивных форм поведения больных шизофренией в Республике Болгария // Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2011)». Материалы общеросс. конференции. – М., 2008. – С. 113-114.
3. Кондратьев Ф.В. Судебно-психиатрические аспекты качества жизни психически

больных // Российский психиатрический журнал. – 1999. – №4. – С. 10-14.

4. Кондратьев Ф.В. Значение качества жизни больных шизофренией в профилактике агрессивных опасных действий (аналитический обзор). – М., 2005. – 48 с.

5. Попов Хр. Психопатология на човешката агресия (клинико-психиатрични аспекти) – София. – 2006. – 398с.

6. Arboleda-Florez J. Mental illness and violence: an epidemiological appraisal of the evidence. // Can.J. Psychiatry. – 1998. Dec: 43 (10) – P. 989-996.

7. Monahan J., Slovic P., MacGregor D. Violence risk assessment and risk communication: The effects of using actual cases, providing instruction, and employing probability versus frequency formats. // Law and HumanBehavior. – 2000. – P. 271-296.

Адрес за кореспонденция:
Николина Ангелова
Център за психично здраве
Русе ЕООД – Русе,
п.к. 7000, бул. „Тутракан” 20;
email: nikolinaangelova@abv.bg

ТЮТЮНОПУШЕНЕ И НЕРАВЕНСТВА – АКТУАЛНИ АСПЕКТИ В ЕС

Владимир Гончев

ДКЦ "Свети Георги" Хасково

SMOKING AND INEQUITIES – CURRENT ASPECTS IN THE EU

Vladimir Gonchev

DCC „St. George" Haskovo

РЕЗЮМЕ

Тютюнопушенето е една от водещите причини в цялостната картина на неравенствата в здравеопазването в Европа. Тюшюнопушенето убива повече европейци, отколкото всеки друг предотвратим рисков фактор. Социално-икономически неравенства в потреблението на тютюн в Европа са големи и се наблюдава тенденция за разширяване. Общото намаление на тютюнопушенето в Европа е успех за общественото здраве, но ефектите са наблюдават предимно в групите със средни и високи доходи, което води до значително увеличаване на неравенството. Определят се възможностите и практическите методи за намаляване на нивото и неравномерното разпределение на употребата на тютюн в Европа - усилията са насочени към социалните детерминанти на употребата на тютюн и свързаните с тях здравни, социални и икономически последици.

Ключови думи: *тютюнопушене, неравенство, здравни политики*

SUMMARY

Tobacco is a leading contributing cause of overall health inequities in Europe. Smoking kills more Europeans than any other avoidable factor. Socioeconomic inequities in tobacco consumption in Europe are extensive, and are widening. The overall reduction in smoking in Europe has been a public health success, but the effects have mainly been seen in middle- and high-income groups, causing a substantial widening of inequities. This guide seeks to assist European policy-makers in contributing to achieving the objectives of Health 2020 in a practical way. It draws on key evidence, including from the WHO Regional Office for Europe's Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. It sets out options and practical methods to reduce the level and unequal distribution of tobacco use in Europe, through approaches that address the social determinants of tobacco use and the related health, social and economic consequences.

Keywords: *smoking, inequities, health policies*

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравните неравенствата са определени като системни различия в здравеопазването, които могат да бъдат избегнати чрез подходяща политическа намеса. За да се разработят ефективни действия, е необходимо първо да се разберат причините за тези неравенства в здравеопазването. Здравните неравенствата са не само свързани с достъпа до здравни грижи услуги, а има и много други фактори, обусловени от условията на живот и труд, както и общите макро-политики, преобладаващи в дадена страна или регион (фиг.1). Неравенствата в областта на здравеопазването са причинени от неравномерното разпределение на тези детерминанти на здравето, включително електроцентрали, доходи, стоки и услуги, бедни и неравнопоставени условия на живот, както и различията в поведенията увреждащи здравето.

Цел на проучването - да се разкрият някои аспекти на здравните неравенства свързани с употребата на тютюневи изделия в Европа.



Фиг.1

Като разглеждаме проблема е необходимо да споменем, че не всички европейски страни имат данни за разпространението на употребата на тютюневи изделия, които могат да бъдат разпределени по социално-икономически фактори, независещи от възраст и пол. Полагат се усилия за подобряване на събирането на данни и тяхната категоризация, за да се повиши капацитета за наблюдение на различните въздействия и политики и интервенции на социални групи, както и повишаване на знанията за това как най-добре да се намали неравенството по отношение употребата на тютюн.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

В Европа, неравенството по отношение потреблението на тютюн варират между различните държави и възрастови групи. Неравенствата в тютюнопушенето са наблюдавани въз основа на образование, секс, професионално ниво, етническа принадлежност, смяна на жилището и други измерители на благосъстоянието (9). При лишените от свобода, бездомните хора и хората с психични проблеми вероятността да пушат е по-голяма (8). Пушенето убива повече европейци отколкото всеки друг предотвратим фактор. В сравнение с останалата част на света Европейският регион на СЗО има най-висок процент на пушене и най-висок процент от смъртни случаи, дължащи се на тютюнопушенето. Като цяло 32% от възрастното население пуши, 16% от всички смъртни случаи при възрастни на възраст над тридесет години в Европейския регион на СЗО се дължат на тютюнопушене (17). Тютюнът причинява преждевременна смърт и инвалидност още от раждането, повишена детска смъртност, респираторни заболявания в детска възраст, увеличаване на инфекциозните и незаразни заболявания в зряла възраст. Годишните разходи за заболяване свързани с тютюна в Европейския съюз (ЕС) се оценяват на 100 милиарда - или 1% от Брутният вътрешен продукт (14).

Социално-икономически неравенствата в потреблението на тютюн в Европа са големи, и продължават да се задълбочават. Общото намаление на тютюнопушенето в Европа е успех за общественото здраве, но основните ефекти са наблюдавани при групите със средна и висока доходи, което води до значително разширяване на неравенствата. Националните политики за контрол на тютюнопушенето са важни, но е малко вероятно да се намали значително неравенствата без допълнителни мерки. Важно е да се гарантира, че избраните политиката не задълбочават неравенствата, а намаляват вредите свързани с тютюнопушенето.

В общи линии, по-ниските социално-икономически групи в Европа имат по-високи нива на тютюнопушене, отколкото по-високите социално-икономически групи. При по-ниските социално-икономически групи се започва пушенето в по-млада възраст, пушат се повече цигари на ден и се спира пушенето по-рядко, отколкото при хората от по-високите социално-икономически групи (9). Пушачите с ниски доходи са по-силно пристрастен към никотина (13) и вероятно ще се нуждаят от повече подкрепа, за да се спре пушенето. Характерът и мащабите на тютюневи неравенствата в Европа може да бъде разделена на три широки групи, които отразяват относителния етап на тютюневата епидемия (9). В северноевропейски страни има големи социално-икономически неравенствата, свързани с консумацията на тютюн много по-често сред мъжете и жените в ниските социално-икономически групи. В страните от Източна Европа, се наблюдават умерени неравенствата относно употребата на тютюн по-често сред мъжете и жените в ниските социално-икономически групи. Южноевропейските страни имат най-тесните социално-икономически неравенствата в употребата на тютюн (9). В цяла Европа, социално-икономическите неравенствата в тютюнопушенето са по-значими сред по-младите възрасти, отколкото при по-възрастни хора.

Тютюнопушенето е една от водещите причина допринасяща за цялостното картина на здравните неравенства в Европа. Смъртността, свързани с тютюнопушенето представляват 22% от общата смъртност от всякакви причини при мъжете и 6% сред жените (6). Смъртните случаи свързани с тютюнопушенето обясняват повече от половината от смъртността между мъжете, които са във високите и ниски социално-икономически групи в Обединеното кралство и Полша (4). Тютюнопушенето при жените в Европа допринася за неравенствата по отношение на смъртността и вероятността да се увеличи допълнително, поради късните последици от увеличените на тютюнопушенето при жените. Множество фактори могат да си взаимодействат и в резултат да се разширят неравенството по отношение употребата на тютюн. В Обединеното кралство, свързани с тютюнопушенето смъртността са 2-3 пъти по-високи при групите в най-неравностойно положение, отколкото сред тези (7).

В световен мащаб повече мъже, отколкото жени умират от причини свързани с тютюнопушенето, но тази разлика е особено изразена в Европейския регион на СЗО, съотношението на смъртността мъже към жени е 5:1(1). Въпреки това, има и други аспекти на употребата на тютюн в Европа, разгледани от гледна точка на пола. Жените имат по-ниски степен за въздържание след отказване от тютюнопушене, отколкото при мъжете (11). Жени/момичета са по-уязвими от въздействието на тютюна, наблюдават се здравните последствия на по-ниско ниво на експозиция, отколкото при мъжете (10). В едно проучване жените на възраст 25-39 години в 19 европейски страни намиращи се в по ниската социално-икономическа група са с много по- голяма вероятност да са пушили някога през живота си, отколкото жените над 60 годишна възраст намиращи се в по-високите социално-икономически групи (9). Това показва, че в рамките на едно поколение тютюневата епидемия в Европа е проблем концентриран в по-ниски социално-икономически групи. В редица европейски страни, включително Австрия, Чехия, Италия, Испания и Обединеното кралство, пушенето е по-често сред подрастващите момичета, отколкото момчета (1).

Наблюдават се значителни етнически неравенствата в разпространението на тютюнопушенето и свързаните с него вреди. Ромското население имат много по-висок ръст на употребата на тютюн в редица европейски страни (16,12). В Хърватия, е изчислено, че почти всички роми са изложени на тютюнев дим в дома (15). Емигрантите в Германия и Швейцария имат много по-висока степен на тютюнопушене от общото население (3,12). Значителни са етническите различия относно тютюнопушенето по време на бременност между различните етнически групи в Холандия (9). Етнически различия съществуват и в приемането на политиките за контрол на тютюнопушенето – в Унгария, ромите са много по-малко склонни да подкрепят всички мерки за контрол на тютюнопушенето в сравнение с неромските общности с подобен социално-икономически статус(5). В Обединеното кралство, етнически разлики в употребата на тютюн включва използването на тютюн за дъвчене в популациите от южноазиатски произход.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Неравенствата в употребата на тютюн в Европа съществува на базата на фактори, включително икономически статус, образование, пол, етническа принадлежност и място на пребиваване. Неравенствата от социално-икономически естество при потреблението на тютюн в Европа са големи, и се задълбочават.

2. Моделите на неравенството по отношение на употребата на тютюн варират между отделните страни в Европа, така че неравенството трябва да бъде разгледан от национална гледна точка.
3. Като цяло, по-ниските социално-икономически групи използват повече тютюн, и имат по-висока степен на смъртгост и увреждания от употребата на тютюн, отколкото богатите социално-икономическ групи.
4. Неравенствата в употребата на тютюн и тютюневи изделия и свързанити с тях вреди, започват в утробата и продължават през целия живот.
5. Жените са по-уязвими относно развиване на здравни последици от употребата на тютюна, и в някои части на Европа се наблюдава нарастването на бройката на жените и момичетата които пушат.
6. Политиките за контрол на тютюна имат различно въздействие върху различни социални групи

ЛИТЕРАТУРА

1. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Socialdeterminants-of-health-and-well being-among-young-people.pdf, accessed 4 December 2013).
2. Dobranici M, Buzea A, Popescu R. The cardiovascular risk factors of the Roma (gypsies) people in central-eastern Europe: a review of the published literature. J Med Life 2012 Dec 15;5(4):382–389.
3. Gebhardt R, Cassens S, Liecke F, Rohde G, Gьn AK, Brьcker R et al. Smoke-free by ramadan: experience with a low-threshold prevention offer on smoking cessation for persons with migration background. MMW Fortschr Med. 2012 Jun 28;154 Suppl.2:33–40.
4. Jha P, Peto R, Zatonski W, Boreham J, Jarvis MJ, Lopez AD. Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. Lancet Jul 29;368(9533):367–370.
5. Paulik E, Nagymajtйnyi L, Easterling D, Rogers T. Smoking behaviour and attitudes of Hungarian Roma and non-Roma population towards tobacco control policies. Int J Public Health 2011 Oct;56(5):485–491.
6. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. N Engl J Med. 2008;358(23):2468.
7. Marmot M. Fair society healthy lives (The Marmot Review) [website]. London: University College London Institute of Health Equity; 2010 (http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review, accessed 4 December 2013).
8. McNeill A, Amos A, McEwen A, Ferguson J, Croghan E. Developing the evidence base for addressing inequalities and smoking in the United Kingdom. Addiction 2012 Dec;107 Suppl.2:1–7.
9. Schaap M. Socioeconomic inequalities in smoking in Europe. Rotterdam: Optima Grafische Communicatie; 2010.
10. Samet J, Yoon S-Y, editors. Gender, women, and the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599511_eng.pdf, accessed 4 December 2013).
11. Torchalla I, Okoli CTC, Bottorff JL, Qu A, Poole N, Greaves L. Smoking cessation programs targeted to women: a systematic review. Women Health 2012 Feb 9;52(1):32–54.
12. Schnoz D, Schaub M, Schwappach DL, Salis Gross C. Developing a smoking cessation program for Turkish-speaking migrants in Switzerland: novel findings and promising effects. Nicotine Tob Res. 2011 Feb;13(2):127–134.
13. Siahpush M, McNeill A, Borland R, Fong GT. Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy, and intention to quit across four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Tob Control 2006 Jun;15 Suppl.3:iii71–75.

14. The ASPECT Consortium. Tobacco or health in the European Union. Past, present and future. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2004 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf,accessed 4 December 2013).

15. Zeljko H, Skari -Juri T, Narancic NS, Salihovi MP, Klari IM, Barbali M et al. Traditional CVD risk factors and socio-economic deprivation in Roma minority population of Croatia. Coll Antropol. 2008 Sep;32(3):667–676.

16. Health and the Roma community, analysis of the situation in Europe. Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain. Madrid: Fundaciyn Secretariado Gitano; 2009 (www.ec.europa.eu/justice/discrimination/files/roma_health_en.pdf, accessed 4 December 2013).

17. WHO global report: mortality attributable to tobacco. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/ en/, accessed 4 December 2013).

Адрес за кореспонденция:
Владимир Гончев
ДКЦ Свети Георги
Хасково 6300
e-mail: gonchev@gmail.com

ИЗСЛЕДВАНЕ НА РИСКА ЗА ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ, НЕПОСРЕДСТВЕНО СВЪРЗАН СЪС СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Даниела Арабаджиева[1], Здравко Славов[2], Ара Капрелян[1], Жанета Георгиева[3]

[1]Първа клиника по неврология
[2]Варненски свободен университет „Черноризец Храбър“
[3]Катедра по пропедевтика на вътрешните болести,
УМБАЛ „Св. Марина“ЕАД-Варна

STUDY OF THE RISK FOR ISCHEMIC STROKE IMMEDIATELY RELATED TO CARDIO-VASCULAR DISEASES

Daniela Arabadzhieva[1], Zdravko Slavov[2], Ara Kaprelyan[1], Zhaneta Georgieva[3]

[1]First Clinic of Neurology
[2]Chernorizets Hrabar Varna Free University
[3]Department of Propedeutics of Internal Medicine, St. Marina University Hospital of Varna

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Исхемичният мозъчен инсулт (ИМИ) е най-честото мозъчно-съдово заболяване понастоящем. Неговата своевременна профилактика е с нарастваща медико-социална значимост.*

Целта *на настоящото проучване е да се открои диагностичното значение на сърдечно-съдовите заболявания (ССЗ) като елементи на сърдечно-съдовия риск за ИМИ.*

Материали и методи*: Проучени са 180 болни (90 мъже и 90 жени на средна възраст от 71 години) с ИМИ, хоспитализирани през 2007-2012 г. в Първа неврологична клиника на УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД-Варна. Те са диагностицирани с помощта на доплерова сонография и компютърна томография на мозъчното кръвообращение. При тях са анализирани следните ССЗ: хипертонична болест, хипертонично сърце (ХС), предсърдно мъждене (ПМ), камерна тахиаритмия (КТА), миокарден инфаркт (МИ), исхемична болест на сърцето (ИБС), ангина пекторис при усилие (АП), коронарна атеросклероза (КА) и сърдечна недостатъчност (СН). Резултатите са обработени статистически с помощта на дескриптивен, вариационен, корелационен и клъстърен анализ.*

Резултати и обсъждане: *Установява се присъствието на различен брой ССЗ при един и същ болен с ИМИ в зависимост от възрастта. Коефициентът на корелация на Пирсън между въз-*

SUMMARY

Introduction*: Nowadays ischemic stroke (IS) is the most common cerebrovascular disease. Its timely prevention is of rising socio-medical importance.*

The objective *of the present investigation was to outline the diagnostic significance of the cardiovascular diseases (CVD) as elements of the cardiovascular risk for IS.*

Materials and methods*: The study covered IS 180 patients, 90 males and 90 females averagely aged 71 years and hospitalized in 2007-2012 in the First Clinic of Neurology, St. Marina University Hospital of Varna. They were diagnosed by Doppler sonography and computed tomography of the cerebral circulation. With these patients, the following CVD were analyzed: arterial hypertension, hypertensive heart (HH), atrial fibrillation (AF), ventricular tachyarrhythmia (VTA), myocardial infarction (MI), ischemic heart disease (IHD), effort angina pectoris (AP), coronary atherosclerosis (CA) and heart failure (HF). The results were statistically processed by descriptive, variation, correlation, and cluster analysis.*

Results and discussion*: The presence of a different number of CVD with one and the same IS patient depending on age was established. Pearson's correlation coefficient between age groups and number of CVD demonstrated a significant correlation (0,60). The cluster analysis indicated the closest proximity with IS in AF and VTA and presented with the highest correlation coefficient (r=0,662). The next cluster*

растовите групи и броя на ССЗ показва значителна корелационна зависимост (0,60). Клъстърният анализ показва най-голяма близост с ИМИ при ПМ и КТА и е с най-висок корелационен коефициент (r=0,662). Следващият клъстър се оформя от ИБС и АП и също е със значителен коефициент на корелация (r=0,627). Към първия клъстър последователно се присъединяват МИ, КА, СН и ХС. Между ИБС и КА се открива умерена корелационна зависимост (r=0,332).

Изводи и заключение: *Различните ССЗ несъмнено играят роля като потенциална заплаха за ИМИ и трябва да се имат предвид от медицинската общественост.*

Ключови думи*: исхемичен мозъчен инсулт, сърдечно-съдов риск, сърдечно-съдови заболявания, сърдечни аритмии, клъстърен анализ*

was formed by IHD and AF and possessed a significant correlation coefficient (r=0,627), too. MI, CA, HF, and HH joined, gradually, to the first cluster. A moderate correlation (r=0,332) was revealed between IHD and CA.

Conclusion*: The different CVD undoubtedly play a role as a potential menace to IS and should be born in mind by the medical community.*

Key words*: ischemic stroke, cardiovascular risk, cardiovascular diseases, cardiac arrhythmias, cluster analysis*

ВЪВЕДЕНИЕ

Медико-социална значимост на исхемичния мозъчен инсулт (ИМИ) непрекъснато нараства поради високата му честота и значителните непосредствени и косвени разходи за болните. Вече е постигнат значителен напредък по отношение на ранната диагностика, лечението и профилактиката на заболяването в световен мащаб. Съвременните сърдечно-съдови биомаркери (2) играят решаваща роля за диагностиката и лечението на социално-значимите сърдечно-съдови заболявания (ССЗ) - атеросклерозата, увреждания на миокарда, ИБС и сърдечната недостатъчност, които са непосредствено свързани с рисковете за развитие на мозъчно-съдова болест, респ. ИМИ. През 2013-2014 г. се появиха голям брой чуждестранни научни публикации по въпросите на профилактиката на ИМИ (1,6,10,11,13,14) и по-специално - на ролята на рисковите фактори за заболяването (5,8,9,12,15). Интерес представляват някои клинични проучвания от български автори (3,4) върху рисковите фактори за ИМИ. За съжаление неблагоприятните динамични промени в начина на живот на населението затрудняват прилагането на адекватни профилактични стратегии по отношение на ИМИ и на ССЗ, свързани с етиопатогенезата му, дори и в най-развитите страни.

ЦЕЛ

Целта на настоящото съобщение е да се открои диагностичното значение на някои ССЗ като елементи на сърдечно-съдовия риск за ИМИ.

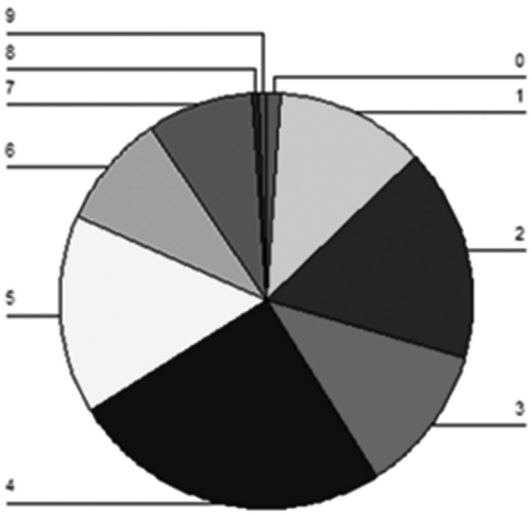
МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Проучени са 180 болни (90 мъже и 90 жени на средна възраст от 71 години) с ИМИ, хоспитализирани през 2007-2012 г. в Първа неврологична клиника на УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД-Варна. Те са диагностицирани с помощта на доплерова сонография и компютърна томография на мозъчното кръвообращение. При всички болни са проучени наличието, респ. липсата на следните девет ССЗ, респ. патологични състояния: хипертонична болест (ХБ), хипертонично сърце (ХС), коронарна атеросклероза (КА), исхемична болест на сърцето (ИБС), ангина пекторис при усилие (АП), миокарден инфаркт (МИ), предсърдно мъждене (ПМ), камерна тахиаритмия (КТА) и сърдечна недостатъчност (СН). Резултатите са обработени статистически с помощта на дескриптивен, вариационен (ANOVA; *t*-критерий при уровен на значимост от $p<0,05$), корелационен (коефициент на Пирсън) и клъстърен анализ.

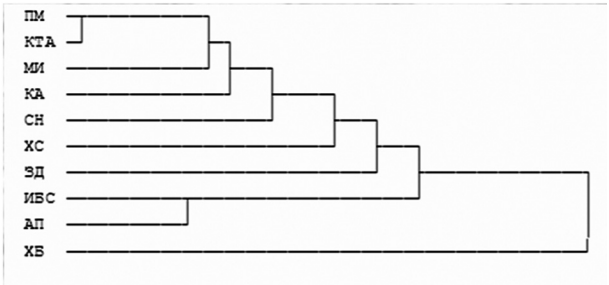
РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Някои от получените резултати относно едновременното наличие на конкретните ССЗ при болните с ИМИ са илюстрирани на фиг. 1 и фиг. 2. Степента на близост между различните болести при болните с ИМИ се вижда на фиг. 3, а корелациите между тези болести, групирани по двойки - на табл. 1.

Коефициентът на Пирсън между възрастта на болните и броя на ССЗ (от 0 до 9) (от 0,25) показва слаба корелационна зависимост, този меж-



Фиг. 1. Разпределение на болните с ИМИ според броя на ССЗ



Фиг. 3. Степен на близост на отделните болести при болните с ИМИ

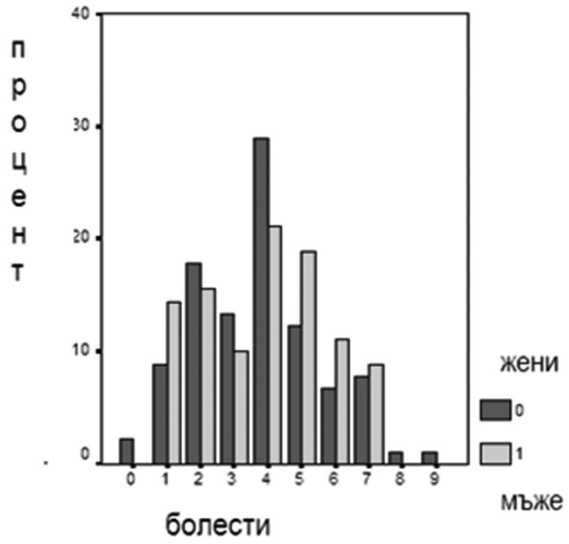
- слаба корелационна зависимост между тези две величини.

Заслужава да се отбележи, че преобладава броят и относителният дял на болните с по 4, 2 и 5 отделни ССЗ, докато липсата на което и да било ССЗ и присъствието на 8 или 9 ССЗ при един и същи болен се среща много по-рядко.

Табл. 1. Корелации между поне 10 болести, групирани по двойки, при отделните болни с ИМИ

	ХБ	ХС	КА	ИБС	АП	МИ	ПМ	КТА	СН
ХБ	1	,117	-,069	-,066	-,008	-,046	,098	,028	,031
ХС	,117	1	,156	,148	,179	-,020	,033	-,031	,203
КА	-,069	,156	1	,332	,186	,088	,078	,078	,158
ИБС	-,066	,148	,332	1	,627	,186	,131	,163	,190
АП	-,008	,179	,186	,627	1	,077	-,030	-,030	,179
МИ	-,046	-,020	,088	,186	,077	1	,034	,077	,047
ПМ	,098	,033	,078	,131	-,030	,034	1	,662	,138
КТА	,028	-,031	,078	,163	-,030	,077	,662	1	,138
СН	,031	,203	,158	,190	,179	,047	,138	,138	1

ду възрастовите групи и броя на ССЗ (от 0,60) - значителна корелационна зависимост, а между пола на болните с ИМИ и броя на ССЗ (от 0,03)



Фиг. 2. Разпределение на болните жени и мъже с ИМИ според броя на ССЗ

Най-голяма е близостта при ПМ и КТА, потвърдена от най-високия коефициент на корелация (r=0,662) (клъстър № 1). ИБС и АП (с корелация от r=0,627) оформят клъстър № 2. Към клъстър № 1 се присъединяват МИ, КА, СН, ХС и клъстър № 2, а най-накрая - ХБ. Между ИБС и КА се открива умерена корелационна зависимост (r=0,332). Съществува най-голяма вероятност ПМ и КТА да се появят заедно при един и същ болен с ИМИ и ако едното липсва, второто да се появи самостоятелно при този болен.

Връзката между сърдечно-съдовата и мозъчно-съдова патология се счита за доказана (7). Наличието на няколко ССЗ при едни и същи болни с ИМИ заслужава специално внимание поради необходимостта от индивидуализиран терапевтичен подход с комплексен характер - медикаментозно лечение, редовно контролиране на жизнено важните лабораторни показатели и трайна корекция на нездравословния начин на живот на болните.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нашите резултати показват убедително етиопатогенетичната връзка между основните сърдечно-съдови заболявания и ИМИ. Рискът от развитие на ИМИ е свързан със сърдечно-съдовия риск. Необходимо е по-тясно сътрудничество между кардиолозите и невролозите, от една страна, и общопрактикуващите лекари, от друга, за осъществяване на ефективна първична и вторична профилактика на тези заболявания.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Бойцов, С. А., А. М. Калинина, П. В. Ипатов. Новые клинико-организационные подходы к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи, Тер. арх., 85, 2013, 8, 8-13.
2. Георгиева, Ж. Сърдечно-съдови биомаркери. София, Арбилис ООД, 2012. 484 с.
3. Малинска, В., Е. Василева, М. Клисурски, Н. Мурадян, Г. Партенов, Г. Генчев, М. Даскалов. Исхемичен мозъчен инсулт в напреднала възраст - рискови фактори и етиопатогенеза, Бълг. неврол., 12, 2012, № 1, 27-30.
4. Стайков, И. Исхемичен мозъчен инсулт. Рискови фактори, MEDINFO, 8, 2008, № 6, 37-38.
5. Amin H, RJ Nowak, JL Schindler. Cardioembolic stroke: practical considerations for patient risk management and secondary prevention, Postgrad. Med., 126, 2014, 1, 55-65.
6. Aronow WS. Hypertension-related stroke prevention in the elderly, Curr. Hypertens. Rep., 15, 2013, 6, 582-589.
7. Dombrowski K, Laskowitz D. Cardiovascular manifestations of neurologic disease, Handb. Clin. Neurol., 119, 2014, 3-17.
8. Fox K, Bousser MG, Amarenco P, et al.; PERFORM Study Investigators. Heart rate is a prognostic risk factor for myocardial infarction: a post hoc analysis in the PERFORM (Prevention of cerebrovascular and cardiovascular Events of ischemic origin with teRutroban in patients with a history oF ischemic strOke or tRansient ischeMic attack) study population, Int. J. Cardiol., 168, 2013, 4, 3500-3505.
9. Giang KW, Björck L, Nielsen S, et al. Twenty-year trends in long-term mortality risk in 17,149 survivors of ischemic stroke less than 55 years of age, Stroke, 44, 2013, 12, 3338-3343.
10. Gouya G, Arrich J, Wolzt M, et al. Antiplatelet treatment for prevention of cerebrovascular events in patients with vascular diseases: a systematic review and meta-analysis, Stroke, 45, 2014, 2, 492-503.
11. Grond M, Jauss M, Hamann G, et al. Improved detection of silent atrial fibrillation using 72-hour Holter ECG in patients with ischemic stroke: a prospective multicenter cohort study, Stroke, 44, 2013, 12, 3357-3364.
12. Laloux P. Risk and benefit of statins in stroke secondary prevention, Curr. Vasc. Pharmacol., 11, 2013, 6, 812-816.
13. Lichtman JH, Leifheit-Limson EC, Jones SB, et al. Preventable readmissions within 30 days of ischemic stroke among Medicare beneficiaries, Stroke, 44, 2013, 12, 3429-3435.
14. Lip GY, Kongnakorn T, Phatak H, et al. Cost-effectiveness of apixaban versus other new oral anticoagulants for stroke prevention in atrial fibrillation, Clin. Ther., 36, 2014, 2, 192-210.
15. Park TH, Ko Y, Lee SJ, et al. Gender differences in the age-stratified prevalence of risk factors in Korean ischemic stroke patients: a nationwide stroke registry-based cross-sectional study, Int. J. Stroke, 2013 Oct 22. doi: 10.1111/ijs.12146.

Адрес за кореспонденция:
Първа клиника по неврология
УМБАЛ „Св. Марина“ЕАД-Варна
гр. Варна 9010,
ул. „Христо Смирненски“ № 1
e-mail: d.arabadzhieva@abv.bg

РИСКОВИ ФАКТОРИ И МОТИВАЦИЯ НА ПОВЕДЕНИЕТО СРЕД УЧЕНИЦИТЕ НА ВЪЗРАСТ 14-19 ГОДИНИ В ПЛЕВЕНСКИ РЕГИОН

Стела Георгиева[1], Анжелика Велкова[1], Мариела Камбурова[1], Пенка Стефанова[2]

[1]Катедра „Социална и превантивна медицина“, МУ – Плевен
[2]Районна здравноосигурителна каса – Плевен

RISK FACTORS AND LIFE STYLE MOTIVATION AMONG 14-19 YEARS OLD STUDENTS IN THE REGION PLEVEN

Stela Georgieva[1], Angelika Velkova[1], Mariela Kamburova[1], Penka Stefanova[2]

[1]Department of Social and Preventive Medicine, Medical University of Pleven
[2]National health insurance fund, Department of Pleven

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Поведенческите рискови фактори са широко разпространени в съвременното общество и са водеща причина за болестност и смъртност. Тяхното въздействие започва в детството и се отразява върху здравето и работоспособността на лицата в активна възраст и през целия им предстоящ живот.*

Цел: *Целта на настоящия доклад е да представи най-разпространените рискови фактори сред учениците във възрастовата група 14-19 години и мотивите за нездравословно поведение.*

Материал и методи: *Резултатите са част от по-широко проучване за промоция на здравето в училище, проведено през периода септември 2012 – май 2013 г. За участие са поканени 600 ученици на възраст 14-19 години, от представителна извадка на училищата в Плевенски регион. Информацията е събрана чрез пряка групова анкета.*

Резултати и обсъждане: *Проучването установи, че най-често посочвани поведенчески фактори от учениците и определяни от самите тях като рискови са тютюнопушене (42,8%), ограничена двигателна активност (36,6%) и нездравословно хранене с прекомерната консумация на захарни и тестени изделия (21%). Водещи мотиви са изпитването на удоволствие от определена дейност (47,8%) и недостатъчните знания за възможните неблагоприятни последици (22,2%). Откриват се статистически значими различия, свързани с пола, както в типа поведение, така и в мотивите, които го определят.*

SUMMARY

Introduction: *Behavior risk factors are widely distributed in modern society. They are leading causes of morbidity and mortality. Their influence start in childhood and affect health and working capacity of individuals in their active age.*

Objective: *The aim of this paper is to present the widespread risk factors among students in the age group 14-19 and the main reasons of unhealthy behavior.*

Materials and methods: *The results are a part of a comprehensive medico-social study for Health promotion at school conducted from September 2012 to May 2013. Data were collected by self-administered questionnaire among 600 students, 14-19 years of age, from representative sample of schools in the region of Pleven.*

Results: *The study found that the most often shown factors and define of students as “risky” are tobacco smoking (42,8%), physical inactivity (36,6%) and unhealthy diet with excessive consumption of sugar and paste products (21%). They explain their unhealthy behavior with reasons like “take me pleasure” (47,8%) and “I don’t believe that the harmful effect tell on me” (22,2%). There are significant differences of unhealthy behavior and motivation depending on gender.*

Conclusion: *Behavior risk factors are adopted at early age and they are widely distributed among adolescents. Activities for their restriction must be consistent with age, gender and psychological characteristics of affected people.*

Изводи и заключение: *Поведенческите рискови фактори се усвояват в ранна възраст и са широко разпространени сред подрастващите. Дейностите за тяхното ограничаване трябва да бъдат съобразени с възрастовите, половите и психологически характеристики на засегнатите лица.*

Ключови думи: *поведенчески рискови фактори, тютюнопушене, ограничена двигателна активност, мотиви за поведение*

Key words: *behavior risk factors, tobacco smoking, physical inactivity, reasons of behavior*

ВЪВЕДЕНИЕ

Поведенческите рискови фактори са широко разпространени в съвременното общество и са водеща причина за болестност и смъртност. Тяхното въздействие започва в детството и се отразява върху здравето и работоспособността на лицата в активна възраст и през целия им предстоящ живот (3,13,14).

Здравето на децата и подрастващите е неотменен приоритет на здравната политика във всяка страна и в глобален аспект. То е поставено на водещо място сред целите на стратегията „Здраве за всички през 21 век“ и целите на хилядолетието (16). Важни характеристики на здравето в тази възрастова група са свързани с храненето, физическата активност, тютюнопушене, алкохол и зависимост към психоактивни вещества, травми и насилие и други причини (14). Повечето от тях са предотвратими и контролируеми, но въпреки това довеждат до преждевременна смърт и инвалидизиране на над 300 млади хора на ден само в Европейския регион (10).

Юношеството е период на бързо индивидуално развитие, на големи психологически промени и промени в социалните взаимоотношения и връзки. В него се оформят елементи на отношението и поведението, здравните знания и умения, които имат голямо влияние върху бъдещото развитие и здравето в активна възраст. Това включва способностите за изграждане на приятелство, разрешаване на конфликти, вземане на решения, приобщаване към колектив. (9,11,15).

Юношеството също така е период, в който вероятността за усвояване на вредни за здравето навици е най-висок. Очертава се тенденция за снижаване възрастта на началото на рисковото поведение (1,2,4,5,11). Много здравни проблеми или навици (затлъстяване, обездвижване, болести, свързани с тютюнопушенето) засягат здравето им на по-късен етап от живота (7,12).

ЦЕЛ

Целта на настоящия доклад е да представи най-разпространените рискови фактори сред учениците във възрастовата група 14-19 години и мотивите, залегнали в усвояването на нездравословно поведение.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Резултатите са част от по-широко проучване за промоция на здравето в училище, проведено през периода септември 2012 – май 2013 г. За участие са поканени 600 ученици на възраст 14-19 години, от представителна извадка на училищата в Плевенски регион. Информацията е събрана чрез пряка групова анкета, като процентът на отзоваване е 80,7% (519 лица). В контекста на широкия обществен интерес към стила на живот, учениците са помолени свободно да посочат елементи на поведението си, които смятат за нездравословни, както и мотивите, които ги подтикват към определено поведение.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Проучването установи, че най-често посочвани поведенчески фактори от учениците и определяни от самите тях като рискови са тютюнопушене (42,8%), ограничена двигателна активност (36,6%), нездравословно хранене с прекомерната консумация на захарни и тестени изделия (21%) и недобре регулиран режим на труд и почивка.

Водещи са мотивите от психофизиологично естество, основани на емоциите и физическите преживявания, придружаващи извършването на определени действия (47,8%), липсата на достатъчно знания за вредните ефекти на рисковите фактори и на убеденост, че те могат да бъдат засегнати от тях (22,2%). При по-задълбочен анализ се оказва, че изпитването на удоволствие от определено действие е по-често посочван мотив

от момичетата, докато за момчетата е по-важен имиджа, който постигат и приобщаването към определен приятелски кръг, т.е. мотиви от социално-психологично естество. Получените различия са статистически значими, p=0,004 (фиг. 1).

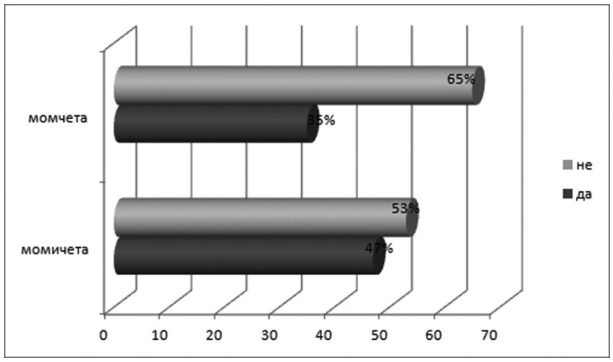


Фиг.1. Различия в мотивацията за нездравословно поведение, свързани с пола

Откриването на тези зависимости може да даде насоки за подходящите методи за ограничаване на рисковите фактори.

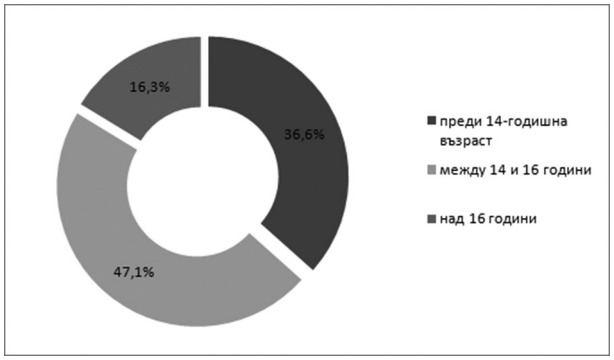
Тютюнопушенето е най-често посочвания рисков фактор в нашата извадка. Усилията за ограничаването му е един от приоритетите на промоцията на здравето в училище. Това даде основание да потърсим конкретни данни за честотата му в прицелната група, възрастта за усвояване и причините, които го благоприятстват. Потърсихме също мнението на учениците какви мерки биха имали най-голяма ефективност за ограничаването му сред младите хора.

Резултатите показват, че 42,8% от анкетираните лица определят себе си като пушачи. На лице статистически значима зависимост между честотата на тютюнопушенето и пола в училищна възраст (p=0,007). Потвърждава се любопитният, но крайно неблагоприятен факт, цитиран от редица проучвания, за по-голям дял на момичетата – пушачи (фиг. 2)



Фиг. 2. Разпределение на тютюнопушенето сред момчетата и момичетата в училищна възраст

Рисковият период за усвояване на тютюнопушенето като поведенчески фактор е между 14 и 16 години, но не е малък делът и на тези, които го придобиват на по-ранна възраст (36,6%). За лицата над 16 г. вероятността това да се случи спада на 16% (фиг. 3)., а над 20 г. рискът за започване на тютюнопушене е едва 2,5% (Борисов, 1998).



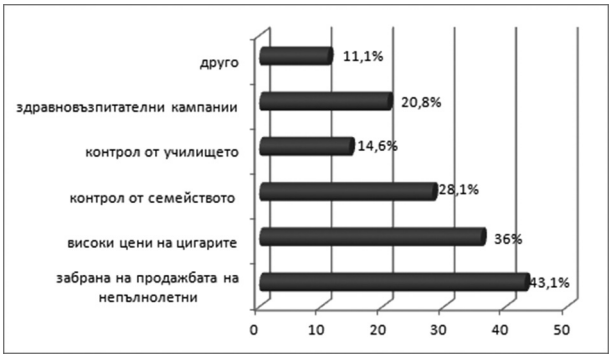
Фиг. 3. Възраст на усвояване на тютюнопушенето сред учениците

Тези данни могат да послужат като критерий в изготвянето и възрастовото ориентиране на здравновъзпитателни програми срещу тютюнопушенето, които трябва да започнат още в предучилищна и ранна училищна възраст с подходящи за възприемане от децата методи. За това може да спомогнат и данни от други проучвания (МЗ), които алармират тревожния факт, че 5.5% от учениците са запалили първата си цигара на възраст 7 години и по-рано, всеки тринадесети - на 8-10 г., по-често момчетата (p<0.001).

Получените резултати в нашата извадка са близки с цитираните от МЗ и НЦЗОА проучвания на носителството на факторите на риска за здравето на ученици от 14 до 18 г. в зоните на програма CINDI, 2012. Според него към момента на проучването е установено, че пушат 48.2% от анкетираните - съответно 44.7% от момчетата и 52.4% от момичетата и съществуват статистически значими половообусловени различия.

Изследователски интерес за нас представляват причините, които подтикват учениците към тютюнопушене, както и мнението им за начините за неговото ограничаване. На фона на относително еднаквата тежест на другите причини, две трети от анкетираните оценяват, че широкото разпространение на тютюнопушенето в обществото и толерантността към него е определило техния поведенчески избор. Това показва, че законодателните и обществени мерки за ограничаването му биха имали най-значим положителен ефект върху младото поколение. Необходимостта от политическа воля и строга норма-

тивна уредба се потвърждава и от ранжирането на мерките за ограничаване на тютюнопушенето сред учениците според тяхната ефективност. Най-голяма част (над 40%) смятат, че за това би спомогнала забраната на продажба на тютюневи изделия на непълнолетни. Засягане на икономическия интерес на пушачите е посочено като определящо от 36% от участниците в проучването (фиг. 4).



Фиг.4. Мерки, които биха довели до ограничаване на тютюнопушенето

Ниската двигателна активност, посочена като неблагоприятен фактор от 36,6% от анкетираните, също показва полово обусловени различия. Момичетата са по-малко склонни към физическа активност и с израстването им тази тенденция се засилва (6,8). В проучваната група около една трета от момчетата и над 60% от момичетата не се занимават с физически упражнения или това се случва инцидентно. Подобни са данните от широкомащабното международно проучване „Health behavior in school-aged children", публикувани от Световната здравна организация (14).

Възможности за организирано хранене под различни форми и с контролиране на асортимента на храната се предлага в около две трети от училищата в региона. Отчита се обаче, че не винаги тези възможности се използват рационално и в пълния им капацитет. Често учениците предпочитат консумирането на тестени и сладкарски изделия, въпреки че всеки пети анкетиран определя това като нездравословно.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Поведенческите рискови фактори са широко разпространени сред учениците във възрастовата група 14-19 г
- Усвояването им започва в ранна училищна, а често и в предучилищна възраст
- С нарастване на възрастта намалява риска от усвояване на тютюнопушене, но се повишава вероятността за ниска двигателна активност (особено за момичетата) и нездравословно хранене
- Мотивите за нездравословно поведение са основно от психоемоционално и социалнопсихологическо естество, като се отчитат различия, обусловени от половата принадлежност
- Ограничаване на поведенческите рискови фактори сред подрастващите може да се постигне чрез законодателни, икономически и здравновъзпитателни мерки.

Усвояването на нездравословен модел на поведение сред подрастващите е повлияно от редица фактори и мотиви. Тяхното проучване и анализиране може да доведе до повишаване на ефективността на мерките насочени към неговото ограничаване.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Василевски Н., Б. Тулевски, Г. Котаров. Ръководство за предотвратяване и ограничаване на тютюнопушенето, 2004., стр.5,6.
2. Василевски Н., Б. Тулевски. Носителство на фактори на риска за здравето сред жените в зоните на програмата СИНДИ. Социална медицина, 2002, 2, 25-26.
3. Василевски Н., Г. Цолова, П. Димитров. Тютюнопушенето в България – епидемия с тежки последици за обществото. Социална медицина 2006, 3, стр. 36-40
4. Глижгоров В., Т. Иванова. Употреба на цигари, алкохол и нелегални наркотични вещества сред ученици., Социална медицина, 2009, 3, 18-20.
5. СЗО. Умения за здраве. Основни научни доказателства, установени относно ефективността на здравното образование, насочено към развитие на умения, 2001, 28-36
6. Ana C. Seabra, Andre F. Seabra, denisa M. Mendonca et all. Psychosocial correlations of physical activity in school children aged 8-10. European journal of Public health, 2013, 23, 5, 794-798.
7. Currie C et all. Social determinants of health and well-being among young people. HBSC study: international report from the 2009/2010.

8. Glanz, K., Rimer B., Levis F. Health behavior and health education: Theory, research and practice, 3-rd edition, 2002.

9. WHO. Health promoting schools. Promoting the World health organization's concept of health.

10. WHO. 2005. The European Health Report. Part 3. Child and adolescent health and development.

11. WHO. 2007. European report for tobacco control p.21; 31-33; 40

12. WHO. Europe. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey

13. WHO. European database HFA, updated: January 2007

14. WHO. Health behavior in school-aged children – international report, 2008.

15. WHO. Regional office for Europe. Social determinants of health and well-being among young people, 2009, 105-111.

16. WHO.United Nations Development program. 2000. Millenium Development goals.

Адрес за кореспонденция:
Д-р Стела Георгиева
Катедра „Социална и превантивна медицина“
Медицински университет
ул. „Свети Климент Охридски“ 1
5800 Плевен
e-mail: georgieva_sl@yahoo.com

АСОЦИАЦИЯ НА МЕТАБОЛИТНИЯ СИНДРОМ И ВИСОКОСЕНЗИТИВНИЯ С-РЕАКТИВЕН ПРОТЕИН

П. Стефанова[1], Г. Найденова[2]

[1]Катедра "Социална и превантивна медицина, медицинска статистика, педагогика и психология"- МУ – Плевен
[2]Общопрактикуващ лекар, ДКЦ 2, Плевен

ASSOCIATION OF METABOLIC SYNDROME AND THE HIGH- SENSITIVITY C-REACTIVE PROTEIN

P. Stefanova[1], G. Naydenova[2]

[1]Department of "Social and preventive medicine, Medical statistics, Pedagogy and Psychology", Medical University, Pleven
[2] General Practitioner, Diagnostic Consultation Center 2, Pleven

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Нивата на високосензитивния С-реактивен протеин (hs-CRP) могат да бъдат използвани в клиничната практика като достатъчно сигурен белег за определяне нивото на риска от възникване на сърдечносъдови усложнения.*

Цел*: Да се изследва връзката между компонентите на метаболитния синдром (МетС) и hs-CRP, като рискови фактори за сърдечносъдови заболявания (ССЗ) сред клинично здрави хора .*

Материал и методи: *Изследвани са 500 клинично здрави лица от Плевенския регион (201 мъже и 299 жени). Селектирани са участниците с метаболитен синдром. Определени са антропометрични и хематологични показатели.*

Резултати и обсъждане: *Умереното нарастване на hs-CRP при мъжете е свързано с 2,41 пъти повишаване на риска от МетС (OR= 2,41, 95% CI: 1,36- 4,33). При умерено нарастване на hs-CRP при жените се наблюдава 5,03 пъти нарастване на риска от МетС (OR= 5,03, 95% CI: 2,23- 11,13).*

Изводи и заключения: *Проучването доказва позитивната корелация между метаболитния синдром и hs-CRP.*

Ключови думи: *метаболитен синдром, hs-CRP, възпаление, затлъстяване, риск*

SUMMARY

Introduction: *In clinical practice we can use the hs-CRP concentrations like certainly mark for determine cardiovascular complications.*

Objective: *We investigate the relation between components of metabolic syndrome and hs-CRP as a risk factors for cardiovascular diseases among clinical healthy adults.*

Material and methods: *Subjects were 500 Bulgarian clinical healthy participants from Pleven region (201 males and 299 females). It is selected the participants with metabolic syndrome. It is definite anthropometric and hematologic indexes.*

Results and discussion: *The moderate increase of hs-CRP concentrations among men are related with 2,41 elevate the risk for metabolic syndrome. (OR= 2,41, 95% CI: 1,36- 4,33). The moderate increased of hs-CRP concentrations among women is associated with 5,03 increase of risk for metabolic syndrome (OR= 5,03, 95% CI: 2,23- 11,13).*

Conclusions: *This study demonstrate positive correlation between metabolic syndrome and hs-CRP.*

Key words: *metabolic syndrome, hs-CRP, inflammation, obesity, risk*

ВЪВЕДЕНИЕ

Според дефиницията на NCEP ATP III (National Cholesterol Education Program Third Adult Treatment Panel) МетС е проявата на поне три от следните пет клинични и лабораторни рискови фактори: абдоминално затлъстяване (коремна обиколка >102 см за мъже и >88 см за жени), хипертония (артериално налягане ≥130/85 ммНд), хипергликемия (кръвна захар на гладно ≥6 mmol/l), хипертриглицеридемия (серумни триглицериди ≥1,7 mmol/l) и намалени нива на HDL - холестерола(HDL <1,03 mmol /l за мъже и <1,3 mmol/l за жени) [3,14,18,29]. Световната здравна организация (СЗО) дефинира МетС като хиперинсулинемия или хипергликемия плюс още два от изброените рискови фактори - коремна обиколка ≥ 94 см, дислипидемия (ТГ≥ 1,7 mmol/l или HDL <1 mmol/l) или кръвно налягане ≥ 140/90 ммНд [11,16,19,22,30].

Към настоящия момент данните показват, че в повечето държави между 20 и 30% от възрастното население може да се окачествти като имащо МетС [1,2,6]. Метаболитният синдром достигна епидемичен мащаб в САЩ. В NHANES III (National Health and Nutrition Examination Survey - Национален преглед за изследване на здравето и храненето) 47 милиона или 23% от пълнолетните американци са имали МетС [31,32]. Честотата на МетС е сравнима с тази на хипертонията, която е 24% [27]. Със застаряването на населението в САЩ честотата на МетС се увеличава сред мъжете и жените в почти всички възрастови групи [25]. Разпространението на МетС сред по-възрастните сегменти от населението може да достигне 50%. На 70-годишна възраст и след това, разпространението на синдрома оформя плато при жените и намалява при мъжете [12,13].

Високите нива на hs-CRP в контекста на наличието на МетС обуславят значително по-висок риск от сърдечносъдови инциденти [4,5,7,15] и предсказват с голяма достоверност появата на инсулинова резистентност [8,9,10]. Данни от проучвания сочат, че индивиди със стойности на hs-CRP > 3 mg/L и с МетС имат 2 пъти по-висок риск за развитие на коронарна болест [17]. Понижаването на нивата на hs-CRP се смята за основна терапевтична цел при пациентите с абдоминално затлъстяване и инсулинова резистентност [23,24]. Намалението на hs-CRP при пациенти с МетС води и до значимо намаление на нивото на сърдечносъдовия риск [26]. Нивата на hs-CRP могат да бъдат използвани в клиничната практика като достатъчно сигурен белег за определяне на риска за възникване на сърдечносъдови усложнения [20].

ЦЕЛ

Да се изследва връзката между нивото на hs-CRP и компонентите на МетС сред клинично здрави хора от Плевенския регион.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проведено е описателно срезово проучване в Плевенския регион за периода 2010– 2011 г. Включени са 500 клинично здрави лица, от които 201 (40,2%) мъже и 299 (59,8%) жени, подбрани от общата практика чрез случаен подбор. В критериите за включване са лица над 18-годишна възраст без данни за преживян сърдечносъдов инцидент (миокарден инфаркт – МИ, мозъчен инсулт и др.) и без захарен диабет, на средна възраст 46 години. Изключващи критерии: инфаркт на миокарда (доказан документално), коронарна болест, мозъчносъдова болест (доказана скенеграфски), наличие на хронично съпътстващо заболяване, като ХОББ и др., при които може да се повиши hs-CRP.

Изследователската методика включва стандартизирано индивидуално интервю за оценка на рискови фактори и лабораторно изследване на hs-CRP.

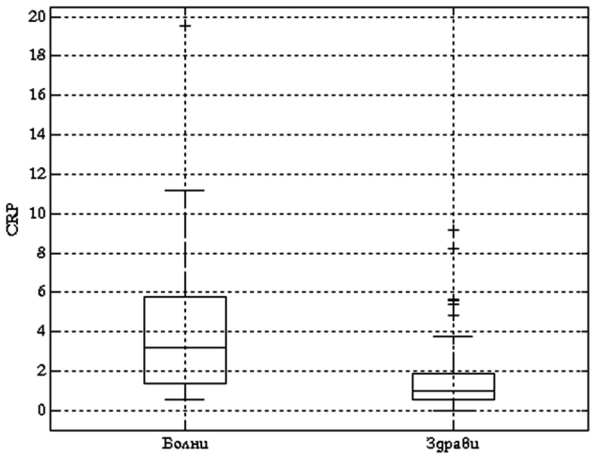
Определени са антропометрични показатели: обиколка на талия, ханш, ръст, тегло, BMI, проследено е артериалното налягане на участниците. С биохимичен анализатор „Cobas Integra 400 (Roche)" са изследвани следните биомаркери: кръвна захар на гладно, HDL - холестерол, серумни триглицериди, hs-CRP. От изследваната група са селектирани лицата с МетС според критериите на International Diabetes Federation (обиколка на талията ≥ 94 cm за мъже и ≥80 cm за жени плюс два от следващите четири фактори: TG≥1,7 mmol/l или специфично лечение за тази абнормалност; HDL холестерол <1,03 mmol/l за мъже и <1,29 mmol/l за жени или специфично лечение за тази абнормалност; систолно артериално налягане (САН) ≥130 или диастолно АН≥85 mmHg или лечение на предварително поставена диагноза артериална хипертония; кръвна глюкоза на гладно ≥5,6mmol/l или предварително диагностициран Захарен диабет тип 2.

Данните са анализирани чрез компютърна програма SPSS for Windows v. 16.1.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Честотата на МетС сред изследваната популация е както следва: във възрастта до 35 год. се среща в 13% при жените и в 18% при мъжете, от 36 до 45 год. възраст – 19% при жените и 45% при мъжете и над 46 год. възраст – в 40% при жените и в 30% при мъжете. С нарастване на възрастта честотата на МетС при жените нараства, а при мъжете честотата е най-голяма във възрастта 36 – 45г.

Направен е статистическия анализ ANOVA за определяне на разликите на hs-CRP при лица с и без МетС. На фигура 1 е показана графиката на квартилите на измерените стойности за hs-CRP в mg/l на двете групи участници.



Фиг. 1. Квартили на измерените стойности за hs-CRP в mg/l на участниците с и без МетС

От фигурата се вижда, че има значителна статистическа разлика между медианите на двете групи.

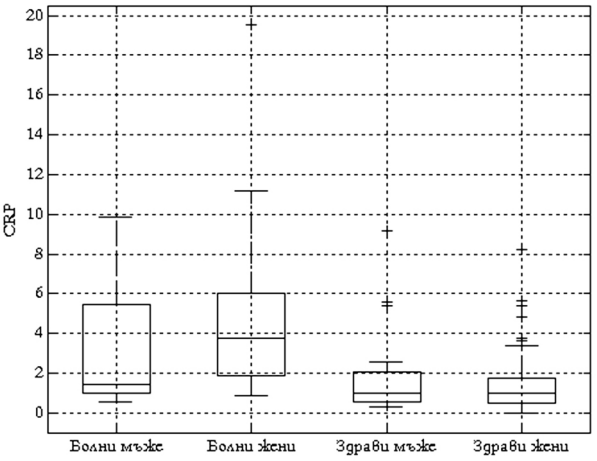
В таблица 1 са показани резултатите от проверката на хипотезата за еднаквост на средните стойности на двете групи участници.

От таблицата се вижда, че F-статистиката е 21,42 при p-стойност $1{,}07.10^{-5}<0{,}05$, което показва, че може да бъде отхвърлена хипотезата за еднаквост на средните стойности на двете групи.

В таблица 2 са показани резултатите от прилагане на многокомпонентен тест за оценка на разликата между средните стойности на групите.

От таблицата се вижда, че разликата между средните стойности на двете групи е 2,61 при референтна стойност на параметъра 0-5 mg/l. Определен е доверителния интервал с 95% вероятност, който е 1,49÷3,73. Получените резултати показват, че разликите са значими и с голяма вероятност може да се твърди, че има връзка между нивото на hs-CRP и вероятността за наличие на МетС.

На фигура 2 е показана графиката на квартилите на измерените стойности за hs-CRP в mg/l на четири групи –мъже с МетС, жени с МетС, мъже без МетС и жени без МетС.



Фиг. 2. Квартилите на измерените стойности за hs-CRP в mg/l на четири групи –мъже с МетС, жени с МетС, мъже без МетС и жени без МетС

Таблица 1

Отклонения	Сума от квадратите - SS	Степени на свобода - df	Средна стойност на квадратите - SS/df	F-статистика	p-стойност
Между групите	162,17	1	162,17	21,42	1,07E-05
Вътре в групите	787,41	104	7,5712		
Общо	949,58	105			

Таблица 2

Първа група	Втора група	Долна граница на доверителен интервал	Разлика между средните стойности на двете групи	Горна граница на доверителен интервал
С Метс	Без МетС	1,49	2,61	3,73

От фигурата се вижда, че освен между участниците с и без МетС, се наблюдава разминаване и между групите на мъжете и жените с МетС.

В таблица 3 са показани от проверката на хипотезата за еднаквост на средните стойности на четирите групи.

Таблица 3

Отклонения	Сума от квадратите - SS	Степени на свобода - df	Средна стойност на квадратите - SS/df	F-статистика	p-стойност
Между групите	184,63	3	61,54	8,21	6,04E-05
Вътре в групите	764,95	102	7,50		
Общо	949,58	105			

От таблицата се вижда, че F-статистиката е 8,21 при p-стойност $6{,}04.10^{-5}<0{,}05$, което показва, че може да бъде отхвърлена хипотезата за еднаквост на средните стойности на групите.

В таблица 4 са показани резултатите от прилагане на многокомпонентен тест за оценка на разликата между средните стойности на групите.

Таблица 4

Първа група	Втора група	Долна граница на доверителните интервали	Разлика между ср.стойности на двете групи	Горна граница на доверителните интервали
Мъже с МетС	Жени с МетС	-4,06	-1,62	0,83
Мъже с метС	Мъже без МетС	-0,77	1,58	3,92
Мъже с МетС	Жени без МетС	-0,55	1,66	3,86
Жени с МетС	Мъже без МетС	1,15	3,19	5,23
Жени с МетС	Жени без МетС	1,39	3,27	5,16
Мъже без МетС	Жени без МетС	-1,66	0,08	1,83

От таблицата се вижда, че разликата между средните стойности на групите на лицата с и без МетС е 3,27, като тази разлика е над два пъти по-голяма, отколкото между групите на мъжете с и без МетС. Разликата между средните стойности на групите на мъжете и жените с МетС е -1,62, което показва, че е по-голямо значението на hs-CRP при жените с МетС, отколкото при мъжете. Определени са доверителните интервали на разликите с 95% вероятност. Получените резултати показват, че разликите са значими и с голяма вероятност може да се твърди, че има връзка между нивото на hs-CRP и вероятността за наличие на МегС, както при мъжете, така и при жените.

При мъжете с МетС се наблюдава умерена права корелационна зависимост (r=0,31÷0,5) между hs-CRP и обиколката на талията, BMI, LDL- холестерол, кръвната глюкоза и LDL/HDL. Обратна корелационна зависимост се установява с ръста.

При жени с МетС се отбелязва умерена права корелационна (зависимост r=0,28÷0,52) между hs-CRP и телесното тегло, обиколката на талията и BMI.

За по-конкретна оценка на характера на зависимостта на hs-CRP от различни клинични характеристики на лицата с МетС е използвана апроксимация с полиноми от 2-ри ред по метода на най-малките квадрати. На фигурите с пунктирани линии са показани границите на доверителните интервали с доверителна вероятност 0,95%.

На фигура 3 са показани резултатите от апроксимацията на стойностите на hs-CRP като функция от обиколката на талията за мъже и жени с МетС.

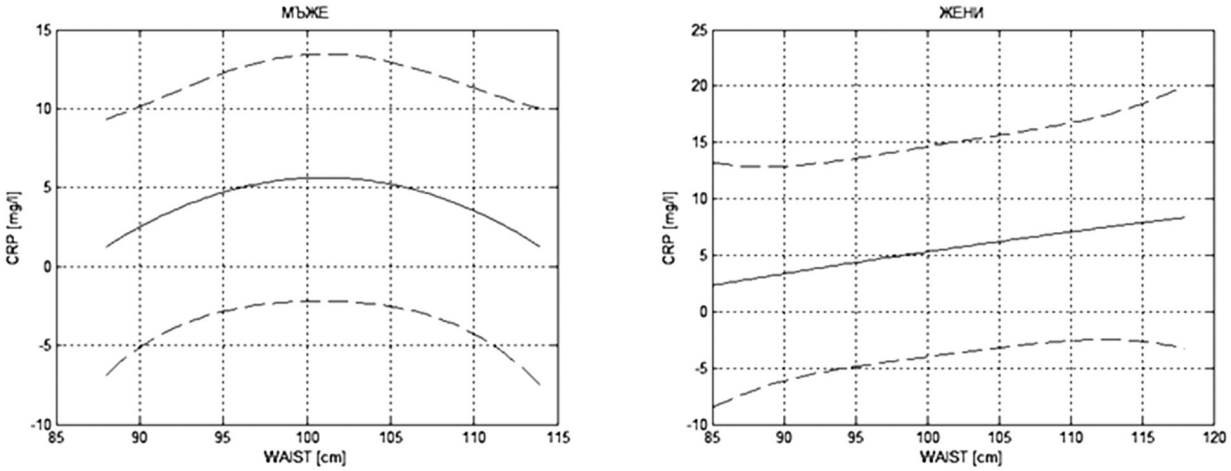
Получените полиноми за мъже и жени са съответно:

$hs\text{-}CRP = -0{,}03\ waist^2 + 5{,}26\ waist - 259{,}82$

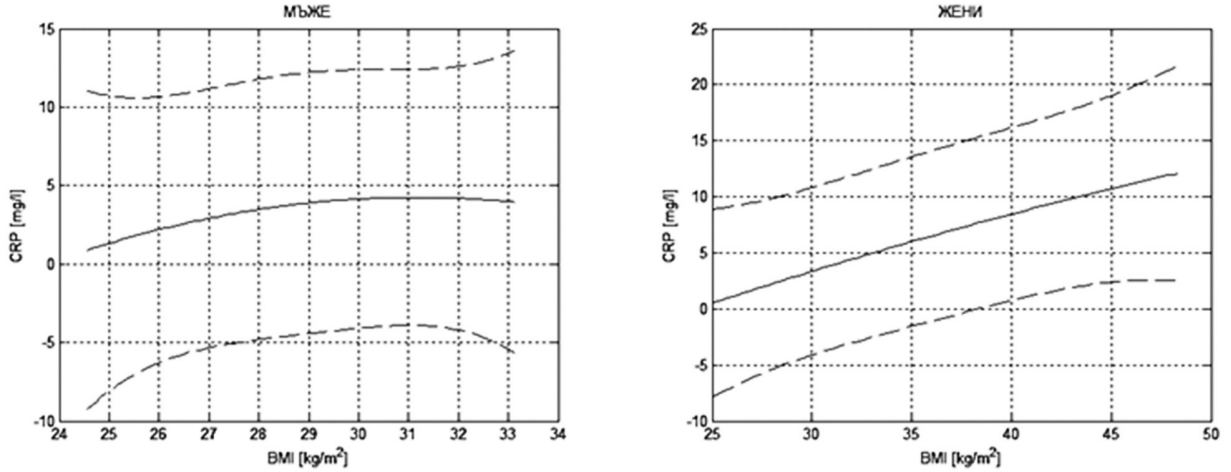
$hs\text{-}CRP = -0{,}01\ waist^2 + 0{,}36\ waist - 22{,}08$

При жените се наблюдава строго положителна корелация и почти линейна зависимост, докато при мъжете зависимостта е нелинейна и при големи стойности на талията се наблюдава намаляване на hs-CRP.

Установява се позитивна корелация на hs-CRP със затлъстяването (BMI – коефициенти на корелация r- 0.308 до 0.422, p <0.01)). На фигура 4 са показани резултатите от апроксимацията на



Фиг. 3. Зависимост на hs-CRP от обиколката на талията при мъже и жени с МетС



Фиг. 4. Зависимост на hs-CRP от BMI при мъже и жени с МетС

стойностите на hs-CRP като функция от BMI за мъже и жени с МетС.

Получените полиноми за мъже и жени са съответно:

hs-CRP = –0,08 BMI^2 + 4,84 BMI – 71,11.

hs-CRP = –0,01 BMI^2 + 0,79 BMI – 16,70.

При жените се наблюдава строго положителна корелация и почти линейна зависимост, докато при мъжете зависимостта е нелинейна и при по-големи стойности на BMI се наблюдава леко намаляване на hs-CRP

На фигура 5 са показани резултатите от апроксимацията на стойностите на hs-CRP като функция от BMI за мъже и жени с МетС.

Получените полиноми за мъже и жени са съответно:

hs-CRP= - 0,24 Tg^2 + 1,69 Tg + 1,23.

hs-CRP= 4,14 Tg^2 - 18,68 Tg + 23,99.

Резултатите показват, че зависимостите са нелинейни, като при мъжете до стойности на Tg около 3,5mmol/l стойността на hs-CRP нараства след което намалява. При жените се наблюдава намаляване на стойността на hs-CRP до стойности на Tg до около 2,25mmol/l, след което hs-CRP нараства.

На фигура 6 са показани резултатите от апроксимацията на стойностите на hs-CRP като функция от Glu при мъже и жени.

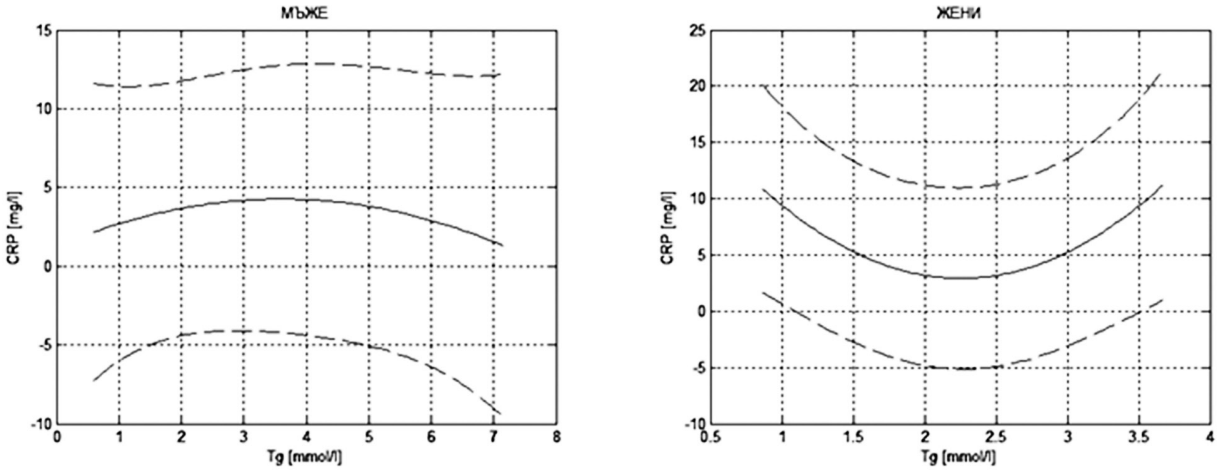
Получените полиноми за мъже и жени са съответно:

hs-CRP= - 0,07 Glu^2 + 2,07 Glu - 5,44.

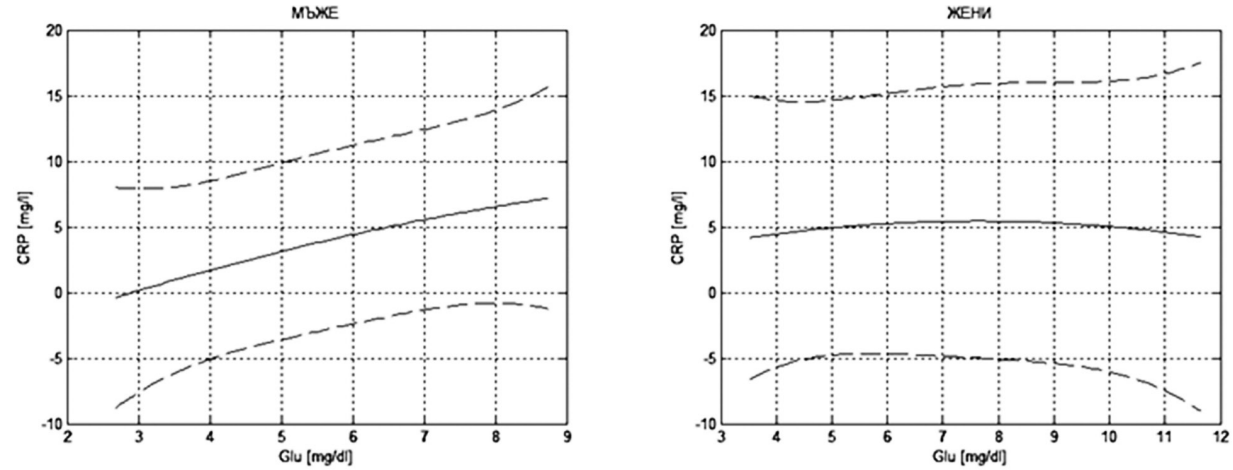
hs-CRP= - 0,06 Glu^2 + 1,14 Glu + 1,08.

Резултатите показват, че при мъжете зависимостта е близка до линейната и е нарастваща. При жените изменението на hs-CRP е значително по-малко, като първоначално стойността на hs-CRP нараства, след което намалява.

Коефициентите на корелация на Спирман за параметрите на МетС (обиколка на талия, триглицериди, HDL- холестерол, кръвна глюкоза, систолно и диастолно артериално налягане) и връзката с нивата на hs-CRP са представени в таблица 5. Анализите са за мъже и жени с и без



Фиг. 5. Зависимост на hs-CRP от Tg при мъже и жени с МетС



Фиг. 6. Зависимост на стойност на hs-CRP от Glu при мъже и жени с МетС

МетС. Серумните нива на hs-CRP са позитивно свързани със затлъстяването (коефициенти на корелация r от 0,308 до 0,422, p< 0,01) при мъже без МетС. Подобни връзки не се наблюдават при мъже с МетС. Наблюдава се позитивна и сигнификантна връзка на затлъстяването с нивата на hs-CRP при жени с и без МетС.

Резултатите от логистичния регресионен анализ на риска при случаите на МетС с ниски, умерено високи и високи концентрации на hs-CRP (<1,3; 1,3 - 3.0 и > 3.0 mg/l), са представени в таблица 6. Умереното нарастване на нивото на hs-CRP при мъжете е свързано с 2,41 пъти повишаване на риска от МетС (OR= 2,41, 95% CI: 1,36-

Таблица 5. Рангови коефициенти на корелация на Спирман за връзката на всеки от параметрите на метаболитния синдром с високите нива на високосензитивния С- реактивен протеин

Компоненти на метаболитня синдром	**мъже**		**жени**	
	без МетС (n=135)	**с МетС (n=66)**	**без МетС (n=219)**	**с МетС (n=80)**
Обиколка на талия (cm)	0,297	0,436	0,696**	0,264*
Body mass index(kg/m²)	0,226**	0,438**	0,672**	0,422**
Систолно артериално налягане (mmHg)	0,004	-0,065	0,217	-0,139
Диастолно артериално налягане (mmHg)	0,142*	-0,24	0,308*	-0,187
HDL- Холестерол (mmol/l)	-0,086	-0,136	0,1	0,277*
Триглицериди (mmol/l)	0,127	-0,154	0,377**	0,038
Кръвна захар (mmol/l)	0,088	0,227*	0,432**	0,338

**p<0.05, **p<0.01*

Таблица 6. ORs и 95% доверителни интервали (95% CIs) при случаи на МетС и високи нива на сензитивен С- реактивен протеин (hs-CRP)

Ниво на hs-CRP (mg/l)	**Лица без МетС**		**Лица с МетС**		**коригирано OR (95% CI)**
	n	**%**	**n**	**%**	
Мъже[a]					
< 1,3	79	58,6	28	42,9	1,00
1,3- 3,0	42	31,1	14	21,4	2,41 (1,36- 4,33)
> 3,0	14	10,3	24	35,7	4,85(2,14-13,47)
P					< 0,001
Жени[b]					
< 1,3	121	55,3	9	11,8	1,00
1,3- 3,0	47	21,3	24	29,4	5,03 (2,23- 11,13)
> 3,0	51	23,4	47	58,8	10,68 (5,42- 24,82)
P					< 0,001

[a]OR бяха бяха коригирани за възраст, ниво на образование и тютюнопушене. [b]OR бяха коригирани за възраст, образование и тютюнопушене.

4,33). При мъже с hs-CRP > 3 mg/l в сравнение с тези със стойности на hsCRP < 1,0 mg/l, се наблюдава 4,85 пъти нарастване на риска от МетС (OR= 4,85, 95% CI: 2,14- 13,47). Подобна силна връзка се наблюдава между нивото на hs-CRP и риска от МетС при жени. При умерено нарастване на hs-CRP се наблюдава 5,03 пъти нарастване на риска от МетС (OR= 5,03, 95% CI: 2,23- 11,13). Релативният риск за МетС при жени с hsCRP > 3 mg/l е 10,68 (OR= 10,68, 95% CI: 5,42- 24,82).

Редица проспективни проучвания са изследвали връзката между компонентите на МетС и hs-CRP [6,7,8,12,21-24]. Нашите резултати са в съответствие с установените в други проведени проучвания [4,5,9,10,12,13]. В нашето изследване установихме асоциация между hs-CRP и МетС [24-29]. Рискът от МетС нараства с повишаване нивото на hs-CRP, като тази връзка е по- изразена при жените. Тези констатации са в съответствие с литературните данни [10, 18, 26, 27, 30, 32]. В проучване на 3037 пациенти, Rutter и сътр. [26] отбелязват, че нивата на hs-CRP се повишават значително с увеличаване на компонентите на МетС. Средните стойности на hs-CRP (коригирано за възраст) за тези с 0, 1, 2, 3, 4 или 5 компоненти на МетС са 2,2; 3,5; 4,2; 6,0 или 6,6 mg/L (p=0,0001). Авторите отбелязват, че нивото на hs-CRP е по-високо при жените отколкото при мъжете- 7,8 в сравнение с 4,6 mg/L (p<0,0001).

Ridker и сътр. [23,24] в проспективно проучване продължило осем години установяват, че повишените нива на hs-CRP предсказват последващо развитие на МетС.

Установяването на връзка между компонентите на МетС и нивата на hs-CRP е индикация за необходимостта от задълбочена оценка на риска от възникване на МетС и индивидуалния риск за развитие на миокарден инфаркт, мозъчен инсулт и захарен диабет.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ

В проучването, проведено сред хора в Плевенския регион, се доказва позитивна корелация на hs-CRP с МетС. Повишението на нивата на hs-CRP са свързани с нарастване на вероятността за неговата поява.

В клиничната практика hs-CRP може да се използва като индикатор за определяне на риска от възникване на МетС и бъдещо възникване на сърдечносъдови усложнения.

При покачване на hs-CRP над 3 mg/L в сравнение при стойности < 1,0 mg/L, рискът от МетС нараства 4,85 пъти при мъже и 10,68 пъти при жени.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Григоров, Мл. В., Вл. Мл. Григоров, Сл. Н. Джамбазов. Български кардиологичен институт, Болница Аврид ЮАР; Мединфо 01/2010 ;51-55.
2. Дякова, М. Н. Актуален сърдечно- съдов рисков профил на българската градска популация. Наука и кардиология 1/2009; 24- 27.

3. Alberti, K. G., P. Z. Zimmet, S. J. Shaw. Metabolic syndrome-a new world-wide definition. A consensus statement from the International Diabetes Federation. Diabet Med. 2006; 23:469-80.

4. Andrew, J. K., et al. Association of high sensitivity C-reactive protein concentrations and metabolic syndrome among Thai adults. Asian Biomedicine Vol. 4 No. 3 June 2010; 385-393.

5. Aronson, J. K., et al. The association between cardiorespiratory fitness and C-reactive protein in subjects with the metabolic syndrome. J Am Coll Cardiol. 2004; 44:2003-7.

6. Bureau of Health Policy and Plan, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Thailand Health Profile 1997-1998. Bangkok: Printing Press, Express Transportation Organization, 2000.

7. Campbell, C. Y., et al. The use of highsensitivity assays for C-reactive protein in clinical practice. Nat Clin Pract Cardiovasc Med. 2008; 5: 621-35.

8. Castell, J. V., et al. Acute-phase response of human hepatocytes: regulation of acute-phase protein synthesis by interleukin-6. Hepatology. 1990; 12:1179-86.

9. Chapidze, G., et al. Metabolic syndrome and C-reactive protein among cardiology patients. Arch Med Res. 2007; 38:783-8.

10. Ford, E. S., U. A. Ajani, A. H. Mokdad. The metabolic syndrome and concentrations of C-reactive protein among US youth. Diabetes Care. 2005; 28:878-81.

11. Ford, E. S., W. H. Giles, W. H. Dietz. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. JAMA. 2002; 287:356-9.

12. Hassinen, M.,et al. C-reactive protein and metabolic syndrome in elderly women: a 12-year follow-up study. Diabetes Care. 2006; 29:931-2.

13. Laaksonen, D. E. , et al. C-reactive protein and the development of the metabolic syndrome and diabetes in middle-aged men. Diabetologia. 2004; 47:1403-10.

14. Lee, J. G., et al. Multiple biomarkers and their relative contributions to identifying metabolic syndrome. Clin Chim Acta. 2009; 408:50-5.

15. Lee, W. Y., et al. C-reactive protein concentrations are related to insulin resistance and metabolic syndrome as defined by the ATP III report. Int J Cardiol. 2004; 97:101-6.

16. Mohamed-Ali, V. , J. H. Pinkney, S. W. Coppack. Adipose tissue as an endocrine and paracrine organ. Int J Obes Relat Metab Disord. 1998; 22:1145-58.

17. Nash, D. T. Relationship of C-reactive protein, metabolic syndrome and diabetes mellitus: potential role of statins. J Natl Med Assoc. 2005; 97:1600-7.

18. NCEP. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001; 285:2486-97.

19. Okosun, I. S . Metabolic syndrome and C-reactive protein in American adults: the impact of abdominal obesity. Metab Syndr Relat Disord. 2008; 6:289-97.

20. Osman, M. A., et al. Critical appraisal of C-reactive protein throughout the spectrum of cardiovascular disease. Vasc Health Risk Manag. 2006; 2:221-37.

21. Paniagua, L., et al. Comparison of waist(circumference, body mass index, percent body fat and other measure of adiposity in identifying cardiovascular disease risks among Thai adults. Obesity Res Clin Pract. 2008; 2:215-23.

22. Paoletti, R., et al. Metabolic syndrome, inflammation and atherosclerosis. Vasc Health Risk Manag. 2006; 2:145-52.

23. Ridker, P. M., et al. C-reactive protein, the metabolic syndrome, and risk of incident cardiovascular events: an 8-year follow-up of 14 719 initially healthy American women. Circulation. 2003.

24. Ridker, P. M.,et al. Prospective study of C-reactive protein and the risk of future cardiovascular events among apparently healthy women. Circulation. 1998; 98:731-3.

25. Rothman, K. J., S. Greenland, T. L. Lash. Modern epidemiology. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

26. Rutter, M. K., et al. C-reactive protein, the metabolic syndrome, and prediction of cardiovascular events in the Framingham Offspring Study. Circulation. 2004; 110:380-5.

27. Saltevo, J., et al. Association of C-reactive protein, interleukin-1 receptor antagonist and adiponectin with the metabolic syndrome. Mediators Inflamm. 2007;2007:93573.

28. Shiwaku, K., et al. Appropriate BMI for Asian populations. Lancet. 2004; 363:1077.

29. Wang, J., et al. Comparisons of waist circumferences measured at 4 sites. Am J Clin Nutr. 2003; 77:379-84.

30. World Health Organization. Cardiovascular Diseases. Geneva: World Health Organization; [cited 2009].

31. Yan, E., et al. Insulin, hs-CRP, leptin, and adiponectin. An analysis of their relationship to the metabolic syndrome in an obese population with an elevated waist circumference. Metab Syndr Relat Disord. 2008; 6:64-73.

32. Yudkin, J. S., et al. C reactive protein in healthy subjects: associations with obesity, insulin resistance, and endothelial dysfunction: a potential role for cytokines originating from adipose tissue? Arterioscler Thromb Vasc Biol.1999; 19:972-8.

Адрес за кореспонденция:
д-р Пенка Стефанова
Катедра "Социална и превантивна медицина, медицинска статистика, педагогика и психология"МУ – Плевен
e-mail: pstefanova_pl@abv.bg

СОЦИАЛНО ЗНАЧИМИ АСПЕКТИ НА ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ВТОРИ ТИП

Мая Визева

Медицински колеж „Й. Филаретова", МУ-София

SOCIALLY SIGNIFICANT ASPECTS OF DIABETES TYPE 2

Maya Vizeva

Medical College „J. Filaretova", Medical University - Sofia

РЕЗЮМЕ

Пандемичното разпространение на диабет тип 2 е предизвикателство към медицинската и социална наука и предпоставка за задълбочени проучвания на проблема във всичките му дименсии, включващи и качеството на живот. В настоящото съобщение се акцентира върху медико-социалната проблематика, обусловена от тежестта на заболяването и съпътстваща инвалидизация. Данните от проучването демонстрират необходимост от укрепване на здравето чрез стимулиране на позитивно здравно поведение при усъвършенстване на здравна просвета и допълнително ограмотяване на населението за подобряване качеството на живот. Проучването за качеството на живот при болните от захарен диабет и неговата оценка би спомогнало както за разкриването и решаването на специфични проблеми от психоемоционално и социално-организационно естество, така и за оптимизиране дейността и планирането на грижи и повишаване ефективността на клиничния му мениджмънт.

Ключови думи: *захарен диабет тип 2, социално-медицински проблеми, качество на живот*

SUMMARY

Pandemic prevalence of type 2 diabetes is a challenge to the medical and social science and a prerequisite for detailed studies of the problem in all its dimensions, including the quality of life. Thecurrent article on the medical and social problems, determined by severity and associated disability. Data from the study demonstrate the need for health promotion by encouraging positive health behaviors in improving health education and further education of the population to improve quality of life. The study of quality of life in patients with diabetes mellitus and its assessment would help for detecting and solving specific problems of psycho-emotional and socio- organizational and optimize operations and planning of care and efficiency of its clinical management.

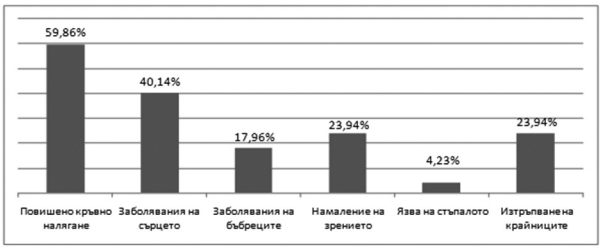
Keywords: *type 2 diabetes, socio-medical problems, quality of life*

Пандемичното разпространение на диабет тип 2 е предизвикателство към медицинската и социална наука и предпоставка за задълбочени проучвания на проблема във всичките му дименсии, включващи и качеството на живот. Качеството на живот при диабетно болните се проявява със специфични особености и намаление на функционалните възможности на организма. Това определя една особена група сред населението, пораждаща много специфични и същевременно трудно решими медико-социални проблеми. Крайно намалените способности на адаптация на организма, прогресивния характер на инволюцията и атрофията му, свързани често и със значително тежка патология, създават най-значителния здравен, медико-социален и икономически проблем. Това поражда и широк кръг въпроси, свързани с намаляване на трудоспособното население.Значително намалената трудоспособност при тези хора, намалената реактивност и приспособителни механизми на организма и обществената им принадлежност във възрастовата категория на непроизводителните, предизвикват необходимостта от особени грижи за тях.

В проведеното научно изследване са включени 260 диабетно болни.

Анализът на нашите даннипоказва масовата поразеност от патологичните късни усложнения на захарния диабет в различна степен

Поради наличие на повече от едно придружаващо заболяване при някои болни, общият коефициент в относителните дялове надвишава 100% (Фиг. 1).



Фиг. 1. Относителни дялове на регистрирани усложнения от захарния диабет

Наличната патология сред изследваните лица е с напреднала еволюция. При ранжирането на патологията на първо място се нареждат сърдечно-съдовите усложнения и съответните форми на атеросклероза-парциална /частична/ или генерализираната и форма.

Нарушенията в анализаторите в значителна степен лимитират липсата на възможност за самообслужване и заслужават особено внимание за здравната и социална защита. Сензорните процеси са основното свързващо звено между външната и вътрешната среда, и тяхното нарушение е свързано с дълбоки промени в психиката и поведението на хронично болния. При една голяма част от инвалидизираните болни се отбелязва повишена ранимост (сензитивност), породена от тежкото им (инвалидно) състояние. Това обуславя нарушение на ежедневните самообслужващи дейности на диабетно болните. Трайните дегенеративни промени, които настъпват, са довели до инвалидизация на заболелите - резултат от физически, интелектуални или сензорни ограничения или смущения. Най-често те довеждат до по-рядко временна или при по-голям процент - до постоянна нетрудоспособност, въпреки подобрените лечебно-диагностични и профилактични комплекси, диспансеризация, системен контрол и самоконтрол, оптимално лечение с оглед подобряване качеството на живота и самочувствието на болните.

Наблюдаваните различни по тежест и степен форми на инвалидизиране, дълбоко мотивират дейността на екипа от здравни и социални специалисти в преодоляване на комплексните трудности. Провеждането на психологична, медицинска и социална рехабилитация убедително доказа повлияне и забавяне процесите на инвалидизация.

Социално-медицинските проблеми на болните със захарен диабет в България, както и във всяко цивилизовано общество касаят всички негови членове. Първостепенна потребност на хронично болните и инвалидите е подобряване възможностите им за социално интегриране, общуване и оптимална трудова дейност, като важни елементи от качеството на живот. Това е един от представителните критерии за достигнато оптимално жизнено равнище във високо културните общества. У нас все още преобладава медицинският модел на инвалидността!

Промените в социалния статус на хронично болнте, /особено пенсионери определени „по болест”/, като професионална активност, промени в жизнения стереотип, новата позиция в семейството и обществото и др., рефлектират върху здравния статус, и този контингент, като че ли е най-уязвимият. Може би тук трябва да бъдат посочени причините за дълбоките социално обусловени компоненти и насоките за прилагане на ефективните мероприятия по профилактиката на инвалидността и на т. нар. преждевременно

стареене, което пряко кореспондира с качеството на живот.

Поставянето на диагнозата „Захарен диабет",- сама по себе си представлява „психологически шок" за болния. Произтичащите от това дълбоки разстройства в психосоциалното равновесие са сериозни проблеми, които рефлектират негативно върху себеоценката и самочувствието на заболелия. В нашето изследване отчетохме промяна на самочувствието при 64% от анкетираните лица след диагностициране на заболяването. Депресивните разстройства са често наблюдавано явление в тези групи. При всеки пети пациент с диабетсе констатират депресивни изживявания, свързани с появата и развитието на заболяването. При някои от изследваните болни е довело до необратими социално поведенчески процеси и елементи на обществено безразличие!

Причините за намалено самочувствие, което съпътства голяма част от анкетираните, произтичат от характера на заболяването, от изискването за постоянен контрол на диабета и очакващото прогресиране на усложненията, в контекста на възникналите здравно-социални проблеми.

Психосоциалните проблеми на болните от захарен диабет са в непосредствена връзка и с принадлежността им към дадена социална група. В процеса на лечението и рехабилитацията на диабетно болния би следвало да се обръща не само внимание на клиничното му повлияване, а да се вземат в предвид индивидуалните психичните и социалните проблеми на отделната личвост. Голяма част от изследваните трудно са се приспособили към новия начин на живот, наложен от заболяването

При проведеното наблюдение на респондентите отбелязваме трудност при комуникацията. Възникват редица проблеми, отнасящи се до тяхната мотивираност за промяна в начина им на живот! Ето защо тези, които не възприемат напълно препоръките за здравна информираност, обучение, огрaмотяване, или при които има значителни проблеми в изпълнението на тези препоръки, се налага причините за трудностите да се търсят не само във неефективно сътрудничество, но и в дълбоките корени на социално провокираната депресия. Анализираните данни демонстрират ниска до липсваща социална адаптация, свързана с изявата на заболяването.

Резултатите от проведеното проучване налагат необходимостта от внедряване на нови ефективни модели за мотивация и активно участие на болния в лечението и рехабилитацията на диабета, с оглед подобряване качеството на живот. Поемането на лична отговорност за здравето, мотивираност и активно участие в обучението за промяна в начина на живот и самоконтрол на диабета са предпоставка за „задържане" еволюцията на усложненията и осигуряват по - добро качество на живота. Високата здравна огрaмотеност и адекватно поведение, утвърждават опазване и оптимизиране на едно модерно управление на индивидуалното и обществено здраве

Ролята на редовните, диспансерни прегледи за превенция на усложненията от захарен диабет наздравното поведение е практическият израз на отношението на индивида към собственото му здраве и здравето на околните. Пропуските в здравната информираност на нашето население са едни от главните фактори за допускане на т. нар „пациентски грешки", което обуславя широкото разпространение на социалните и др. фактори на риска и основна причина, обусловяща епидемичния характер на разпространение на неинфекциозните хронични заболявания в нашата страна. Като основен мотив и приоритет на извънболничната медицинска дейност се налага осъзнаването на възможността за управление на профилактика на усложненията на захарния диабет. Ролята и значението на здравната просвета е в основата на една съвременна научна вторична профилактика на захарната болест, с оглед недопускане или отлагане във времето на трайна инвалидизация и влошено качество на живот. В това отношение основните насоки на здравното образование произтичат от мотива на хората да водят природосъобразен начин на живот, да променят рисковите си форми на поведение и да осъзнаят необходимостта от поемането на лична отговорност за здравето. В тази насока здравната информация, трябва да бъде лесно достъпна, да бъде съобразена с интелектуалното ниво на групата, към която е насочена и да бъде достатъчно пълна.

Възникващите медицински, социални, икономически, проблеми на тази категория болни хора изискват съответно здравна, социална, и икономическа подкрепа от страна на обществото. Нарастващата полиморбидност води до още по-голямо изчерпване на физическите и психически възможности – до социална дезадаптация.

Медико-социалните проблеми на качеството на живот на болните със захарен диабет са изключително дълбоко хуманни. Тяхното осъществяване следва да се предхожда от широкомащабни и комплексни проучвания с оглед предоставяне на най-реална информация за оценка на социалното и здравно състояние, семейно по-

ложение, запазени професионални възможности, трудов капацитет, жилищни и комунални условия и др. В такъв аспект предложеният "Социално-либерален модел" за развитието на националното здравеопазването ни предоставя обективна оценка за провеждане и утвърждаване на модерно здравно управление с конкретни цели и анализи.Това изисква съответно многопрофилна здравна, социална и икономическа подкрепа от страна на цялото общество.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Визева М., Кр. Визев, А. Воденичарова, В. Петков,Медицински и социални аспекти на здравните грижи при възрастни пациенти с диабет тип 2, сп. Здраве и наука бр.2, 2013 год., стр.12-15
2. В оденичаров Ц., С. Попова, М. Мутафова, Е.Шипковенска.- Социална медицина, Горекс Прес, София, 2013
3. Янакиева А.,Я. Проданова, Необходимост от услугата медицински грижи по домовете според пациентите и медицинските специалисти, Сб. Материали - Тридесет и втора научно-технологична сесия,25.10.2013, София с,56-62.
4. Проданова Я., А. Янакиева, С. Евстатиева, Н. Цачева, К. Любомирова. Професионални заболявания, Сб. Материали - Тридесет и втора научно-технологична сесия, 25.10.2013, София, 125-129.

Адрес за кореспонденция:
гр. София, ул. „Й. Филаретова" №3,
Медицински колеж „Й. Филаретова"
e-mail: maia_vizeva@abv.bg

НЕОБХОДИМОСТ ОТ ОБУЧЕНИЕ ЗА САМОИЗСЛЕДВАНЕ НА ГЪРДИТЕ ПРИ ЖЕНИ ОТ 20- ДО 65-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

Катя Егурузе

Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов" - Варна

THE NEED TO TRAINING FOR SELF-EXAMINATION FOR BREASTS IN WOMEN FROM 20 TO 65 YEARS

Katya Eguruze

Medical University „Prof. Dr. Paraskev Stoyanov" - Varna

РЕЗЮМЕ

При рак на гърдата за стандартни методи на скринингово изследване се приемат самоизследването, клиничния преглед и мамографията. Всеки метод има своите предимства и недостатъци – всеки открива определено мнение, което другия може да пропусне. Идеята за редовно самоизследване се основава върху опита, който жената добива от общия изглед на гърдите си и опипването им за търсене на съмнителни прояви и ранно откриване на изменения. Представеното изследване в статията цели да докаже необходимостта от провеждане на непрекъснато обучение сред жени за самоизследване на гърдите. Медицинската сестра би могла да бъде пълноправен член на мултидисциплинарния екип в онкологичната практика и една от нейните задачи да се осъществи чрез провеждане на здравна промоция.

Ключови думи: *карцином, гърда, самоизследване, обучение, жени, медицинска сестра*

SUMMARY

In breast cancer, for standard screening methods are accepted self-examination, clinical examination and mammography. Each method has its advantages and disadvantages - everyone finds definite opinion that others might miss. The idea of regular self-examination is based on the experience that the woman comes from general appearance of their breasts and groping their search of suspicious events and early detection of changes. The survey in the article seeks to demonstrate the need to conduct continuous training among women breast self-examination. Nurse could be a member of the multidisciplinary team in oncology practice and one of its tasks to be accomplished by conducting health promotion.

Keywords: *cancer, breast, self-examination, training, women, nurse*

ВЪВЕДЕНИЕ

През последните няколко десетилетия благодарения на увеличената осведоменост за карцинома на гърдата, здравната просвета и скрининговите програми редица развити държави претърпяха съществени промени.

Използваните методи за диагностика на карцинома на гърдата също еволюираха в развитието си и техните възможности бяха значително подобрени.

Прието е използваните диагностични методи да се разделят на 2 основни групи:

- клинични методи;
- патоморфологични (биопсични) методи [1].

Един от клинични методи на изследване на гърдата е самоизследването. Според C. Haagensen (1958) от гл. т. за най-голям успех в ранната диагностика, обучението на жените как да изследват гърдите си е много по-важно, отколкото обуче-

нието на лекарите в техниката за изследване на същите".

Днес самоизследването е важна част от мероприятията за ранна диагностика на карцинома на гърдата. Все още 80-90% от жените с рак на гърдата сами откриват туморната формация, най-често *случайно.* За съжаление бучките се откриват чрез самоизследване, когато вече са станали сравнително големи [1,3].

Идеята за редовно самоизследване се основава върху опита, който жената добива от общия изглед на гърдите си, опипването им за търсене на съмнителни появи и ранно откриване на изменения. Самоизследването не представлява изпълнено със страх ежемесечно опипване на гърдите за рак, а означава проверка на нормалното състояние на гърдите. Най-голямата полза за него е това, че насочва личността към по-концентрирана грижа за тялото, и в частност за гърдите, и предлага продължително наблюдение [3].

Безспорни са следните предимства на този метод:

- това изследване дава на жената един извънреден усет за собствените й гърди, който никой лекар не може да има;
- самоизследването е достъпно за всяка жена, в домашни условия;
- абсолютно безопасно и не причинява дискомфорт;
- в него се включват и жените, които не подлежат на мамографско изследване поради бременност, кърмене или защото са твърде млади;
- жените одобряват факта, че чрез самоизследване на гърдите си сами допринасят за собственото си здраве.

Като недостатъците на метода биха могли да се посочат:

- някои от лекарите омаловажават метода, защото считат, че се извършва от некомпетентни лица;
- има жени, които лесно се отказват от самоизследването, защото се чувстват неподготвени за да го провеждат;
- повече от жените не се самоизследват, защото се страхуват от това, което могат да открият.

Тези недостатъци биха могли лесно да бъдат избегнати, чрез повишаване на нивото на здравни знания и формиране на правилно здравно поведение при жените и особено при тези, които се считат неподготвени.

Американската ракова асоциация препоръчва жените за започнат практикуване на самоизследването на 20-годишна възраст като се осъществява ежемесечно, от 3-я до 5-я ден след края на менструацията, когато млечните жлези не са напрегнати, при строго спазване на определени правила и последователност на провеждане на самоизследването [1,3]. Този стандарт е приет в страните от Европейския съюз в т.ч. и в Р. България.

Според Делийски, екипите за диагностика и лечение на рака на млечната жлеза ще имат важна организационно-методична експертна роля в процес, изразяваща се в:

- Обучение на жените за ежемесечно самоизследване след 20 годишна възраст.
- Ежегоден клиничен преглед след 35 години.
- Мамографско изследване всяка втора година в интервала между 40-69 години. При високо рисковите пациентки мамографията се извършва ежегодно [2].

ЦЕЛ

Да са докаже необходимостта от провеждане на обучение сред жени за самоизследване на гърдите.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Изследвани са 796 жени, на възраст от 20 до 65 години, живеещи в областите Варна, Добрич и Силистра.

Проучването е проведено през периода: Януари - Юни 2013 година.

Използвани са следните методи:

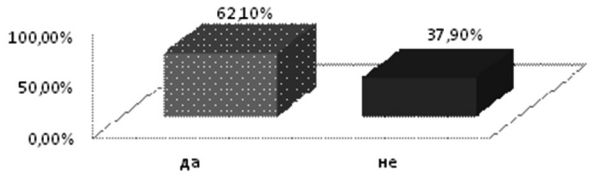
а/ Документален метод - (анализ на скрининг програми проведени в света и у нас за рак на гърдата; Резолюция на Европейския парламент от 2010 година; Европейски кодекс за борба срещу рака 2003 год.; действащи към момента законови и нормативни уредби регламентиращи профилактиката, диагностиката, лечението и грижите на болните със злокачествени заболявания в т.ч. карцином на гърдата в Р.България**);**

б/ Социологически метод – анкетно проучване чрез пряка индивидуална анкета.

в/ Статистически методи - вариационен, корелационен и **с**равнителен анализ. Данните са обработени статистически чрез SPSS v. 17.0.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

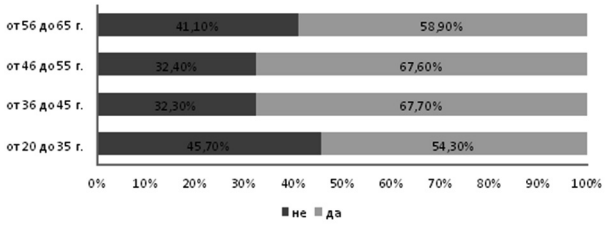
По-голяма част от анкетираните (62,10%) съобщават, че знаят как да изследват сами гърдите си (фиг. 1). Въпреки това полученият резултат би могъл да се приеме за незадоволителен, защото методът за самоизследване на гърдите е достъ-



Фиг. 1. Информираност на жените за самоконтрол на гърдите

пен, лесен за овладяване и може да се прилага от всички жени, стига те да са запознати с него. За да бъде популяризиран той, е необходимо непрекъснато повишаване информираността на населението. Наред с всички останали средства за информация, усилията на медицинските професионалисти трябва да се насочат главно към провеждане на здравна промоция сред жените, чрез която ще им се помогне за формирането на добра здравна култура.

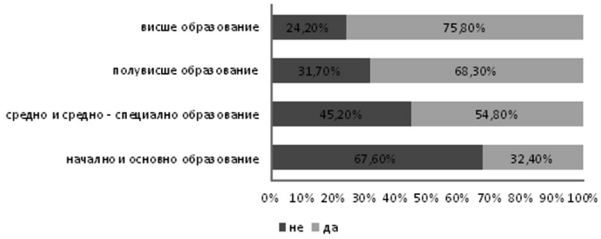
Допълнителният анализ показа тенденция към нарастване на процента (около 67%) на жените, които знаят как да изследват гърдите си сами, но с напредване на възрастта до групата от 56 до 65 години, се забелязва спад (58,90%) в техните знания (p<0,05) (фиг. 2).



Фиг. 2. Знания на жените за самостоятелно изследване на гърдите според възрастовата група

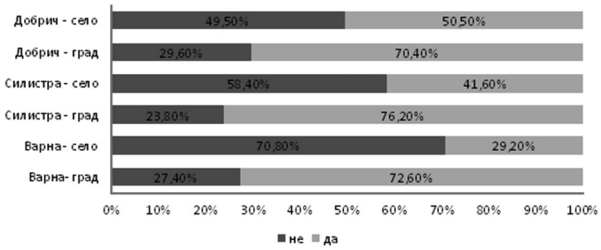
С повишаването на образователната степен (p<0,001) на анкетираните също се наблюдава тенденция към нарастване на информираността им за самоконтрол на гърдите (фиг. 3). Беше установена и права умерена зависимост (r=0,38 p<0,001), която показва, че с повишаване на образованието се повишава и тяхната осведоменост. От фигурата се вижда, че тези с висше образование в (75,80%) познават метода за самоизследване на гърдите си, докато жените с начално и основно образование едва в (32,40%) са запознати с него. Резултатите, сочат нуждата да се работи с всички групи, независимо от тяхната възраст, но акцента трябва се да поставя върху повишаване на здравните знания при жените с по-ниска образователна степен.

Беше намерена съществена разлика в информираността на жените за това, как да изследват сами гърдите си (p<0,001) и според местоживе-



Фиг. 3. Познаване на метода за самостоятелно изследване на гърдите според образователната степен

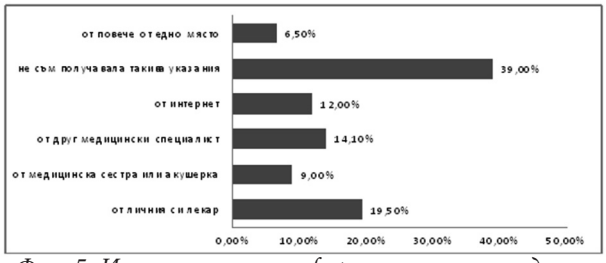
ването им. Анкетираните от големите градове знаят, как да самоизследват гърдите си в много по-голям процент (над 70%), в сравнение с жените живеещи в малките населени места на всички разглеждани региони (фиг. 4).



Фиг. 4. Разпределение на жените според местоживеене и наличие на знания относно самоизследване на гърдите

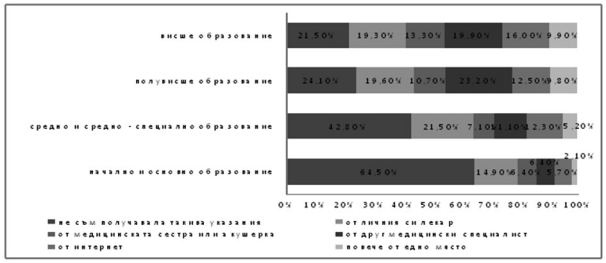
Значителна част (39%) от жените не са получавали указания за самоизследване на гърдите си. Общо (42,60%) са обучавани от медицинско лице (личен лекар, лекар-специалист и професионалист по здравни грижи), а (12%) са се информирали от интернет (фиг.5). От получените отговори се установи слабо застъпено участие на медицинските лица в обучението и информирането на населението относно профилактиката. Тревога буди високият процент (39%) от анкетирани, които не знаят как да изследват гърдите си, защото никога не са били обучавани и не са получавали информация за това. За гарантиране качеството на здравна просвета е необходимо същата да се провежда от специално подготвен медицински екип, включващ задължително и медицинска сестра. Една от ролите на сестрата в осъществяващата се профилактика би могла да се реализира именно чрез разкриване на индивидуални сестрински практики и участия в организирани мобилни групи. Така ще се осигури възможност и за провеждане на непрекъснато обучение на жените относно проблеми, касаещи превенцията на карцинома на гърдата.

Съществена разлика (p<0,001) и права умерена зависимост (r=0,31 p<0,001) беше намерена по-отношение източниците на информация



Фиг. 5. Източници на информация, за изследване на гърдите

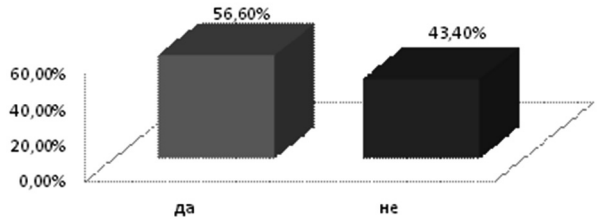
за правилното преглеждане на гърдите и образователната степен на анкетираните (фиг. 6). Установи се, че жените с висше и полувисше образование използват различни източници за набавяне на информация, като повече от (50%) получават знания по темата от медицинско лице (личен лекар, лекар-специалист, медицинска сестра или акушерка). Отново тревога будят високите проценти на тези с начално и основно образование (64,50%), както и на жените със средно и средно-специално образование около (43%), които съобщават, че не са получавали информация за самоизследването на гърдите. Това обяснява коментираните вече ниски резултати по въпросите за самоизследване на гърдите при жените съобразно възраст, местоживеене и образование (фиг. 6).



Фиг. 6. Източници на информация, за изследване на гърдите според образователната степен

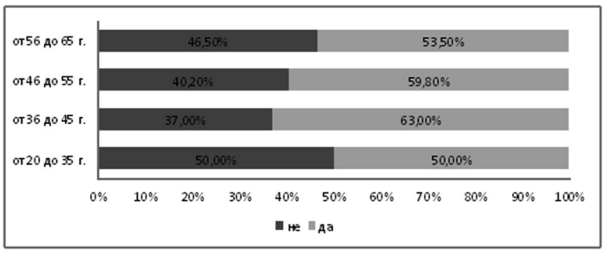
Малко над половината анкетирани (56,60%) съобщават, че преглеждат сами гърдите си (фиг. 7). Това е тревожно нисък резултат, защото (62,10%) от жените посочиха, че познават метода за самоизследване, а дори не всички от тях го прилагат. Твърде голяма част (43,40%) са онези, които не преглеждат гърдите си. Причините за това могат да бъдат различни и повечето са вече известни. Всичко това потвърждава нуждата от качествена и навременна здравна просвета, чрез която да се повиши мотивацията на жените за профилактика на карцинома на гърдата, както и да се формират здравни навици и здравно поведение.

Забелязва се разлика в поведението на жените в различните възрастови групи (p<0,05), като



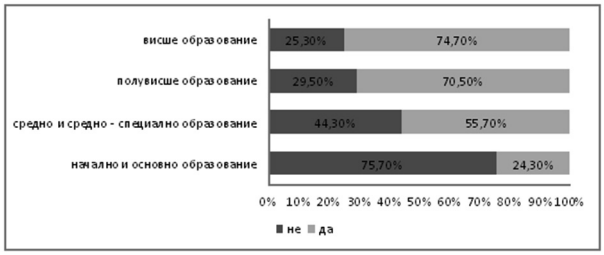
Фиг. 7. Самостоятелно преглеждане на гърдите

жените от младата възрастова група се разделят наполовина по- отношение на самостоятелното преглеждане на гърдите. При анкетираните от II-ра (63%) и III-та (59,80%) възрастови групи се установява лека тенденция към увеличаване процента на онези, които самоизследват гърдите си, но при IV-тата група отново се забелязва понижаване на процента (53,50%) на самоконтрол на гърдите. Резултатът при последната възрастова група би могъл да се дължи и на по-ниското ниво на информираност на тези жени (фиг. 8).



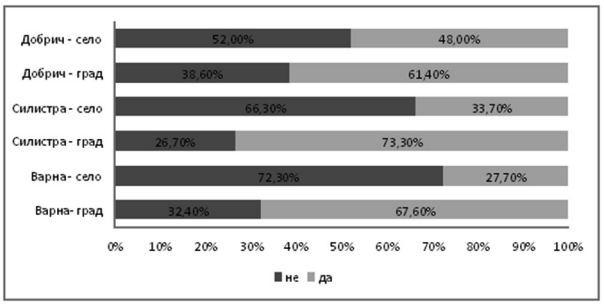
Фиг. 8. Самостоятелно преглеждане на гърдите според възрастовата група

Анализът на поведението на жените според образованието им също показа съществена разлика при отделните образователни степени (p < 0,001), като тези с висше образование в най-висок процент преглеждат самостоятелно гърдите си (74,70%) (фиг. 9). Образователната степен показа и права умерена зависимост в прилагането на метода от анкетираните (r = 0,33 p < 0,001) като с повишаване на образователното ниво процента на жените, които преглеждат гърдите си сами, нараства значително (фиг. 9).



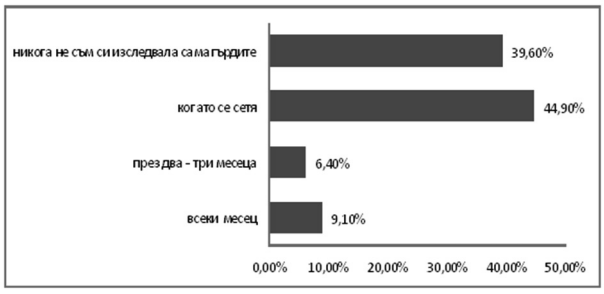
Фиг. 9. Самостоятелно преглеждане на гърдите според образователната степен

Жените от града самостоятелно преглеждат гърдите си в по-висок процент в сравнение с жените от село ($p < 0,001$) (фиг. 10). Местоживеенето не би следвало да влияе на ниският процент при анкетираните от малките населени места, защото поради своето удобство методът може да се прилага от всяка жена, в домашни условия. Причините отново биха могли да се открият в слабата информираност на населението, липсата на знания и влошената профилактика в разглежданите райони.



Фиг. 10. Разпределение на жените според местоживеенето и самоизследването на гърдите

Едва (9.10%) от анкетираните провеждат самоконтрол на своите гърди всеки месец. Твърде висок процент от жените (44,90%) изследват гърдите си когато се сетят, а (39,60%) отново потвърждават, че никога не са изследвали сами гърдите (фиг. 11). С получените резултати се доказва, че почти (90%) от всички анкетирани няма да получат търсеният положителен ефект на този вид профилактика, защото методът не се прилага според описаните изисквания в достъпната литература и регламентираните правила в нормативните документи. Така хаотично прилаган, самоконтролът на гърдите не би могъл да бъде успешен и не би могло да се гарантира неговата успеваемост.



Фиг. 11. Честота на самоконтрол на гърдите при жени

ИЗВОДИ

От проведеното изследване биха могли да се изведат следните изводи:

1. Жените трябва да бъдат убедени, че самоизследването на гърдите е предпочитан метод за ранното откриване на карцинома на гърдата. Той е лесен, прост и достъпен за изпълнение, без да се налага напускане на дома.
2. Сравнително ниският резултат (37,90%) по-отношение на информираността на анкетираните, налага прилагането на мерки, които да доведат до подобряване на влошения здравен статус на жените.
3. Правилното използване на метода за самоизследване на гърдите, ще гарантира повишаване качеството на профилактика за карцинома на гърдата.
4. Провеждането на обучение за самоконтрол на гърдите трябва да обхваща всички възрастови групи, да бъде насочено главно сред ниско образованите жени и към тези живеещи в малките и трудно досъпни населени места.
5. За гарантиране качеството на здравна просвета е необходимо същата да се провежда от подготвен и обучен медицински екип, включващ задължително и медицинска сестра.
6. Включването на подготвена медицинска сестра в мултидисциплинарния онкологичен екип като пълноправен член би помогнало в намирането на решавания за някои от проблемите в превенцията на карцинома на гърдата.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В редица държави-членки на Европейския съюз са утвърдени традиции в борбата за ранно откриване на карцинома на гърдата. На всички нива медицинските професионалисти непрекъснато си поставят нови задачи за повишаване качеството на провежданата превенция. Медицинската сестра би могла да бъде пълноправен член на мултидисциплинарния екип в онкологичната практика и една от нейните задачи да се осъществи чрез провеждане на здравна промоция.

Днес при осигурена съвременна ранна диагностика и лечение на онкологичните заболявания всеки втори новозаболял от карцином на гърдата може да бъде излекуван. Повишаване на информираността на широката общественост по проблема, включването на механизми за контрол, създаването на подходящи политики и програми са ключови стратегии, базирани и на контрола на карцинома на гърдата.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Байчев, Г. Диагностика и поведение при заболявания на рак на млечната жлеза. София 1999, 27-41.
2. Делийски, Т., Рак на млечната жлеза. Книга за пациентите и техните близки. Плевен 2005, 34-36.
3. Макджин К., П. Хейлок. Ракови заболявания при жените. Книгоиздателска къща "Труд", 2007, 158-162.
4. Томова, А. 50 въпроса за рака. Изд. „168 часа", София, 2008.
5. Указания на ЕС за осигуряване на качество при скрининга и диагностиката на рака на гърдата – 4-то издание: Люксембург, Служба за официални публикации на Европейските общности ISBN: 92–79–01258–4, каталожен номер: ND-73–06–954-EN-C © European Communities, 2006.
6. Фондация "Борба с рака". Карцином на млечната жлеза - препоръки за семейния лекар. София, 2002.
7. Фрайдуолд, В. Бъздар А., Бокулич М. Рак на гърдата. Изд. „Слънце", София, 2003.
8. Черноземски, Ив., М. Мушмов. Методични указания за диагностика, лечение и проследяване на болните със злокачествени новообразувания. МФ, София, 1991, 19-20.
9. Beaver, K., M. Twomey, G. Witham, S. Foy, K. A Luker. Meeting the information needs of women with breast cancer: Piloting a nurse-led intervention. European Journal of Oncology Nursing (2006) 10, 378–390.
10. http://www.nsr.mh.government.bg
11. http://ec.europa.eu/

Адрес за кореспонденция:
Медицински университет
„Проф. д-р Параскев Стоянов"
Ул. „Марин Дринов" № 55
9000, гр. Варна
e-mail: ka_ti@abv.bg

СИНДРОМ НА КАРПАЛНИЯ КАНАЛ – ЕПИДЕМИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРЕВЕНЦИЯ

Веселина Несторова[2], Евгения Владева[1]

[1]Катедра по физиотерапия, рехабилитация, професионални заболявания
[2]МБС – МУ – Варна

CARPAL TUNNEL SYNDROME – EPIDEMIOLOGY, DIAGNOSTICS, TREATMENT AND PREVENTION

Veselina Nestorova[2], Evgenia Vladeva[1]

[1]Department of Thalassotherapy, Physiotherapy, Rehabilitation,
[2]Occupational Diseases and MDS

РЕЗЮМЕ

Синдромът на карпалния канал е често срещана патология, която може да доведе до функционална инвалидност в работоспособна възраст. Основната причина за СКК е притискането на медианния нерв в карпалния канал в резултат на увеличено налягане в същия. Освен моторна и вегетативна n.medianus има и важна сетивна функция, затова с право го наричат сетивния нерв на ръката. Ако се загуби напълно сетивността в инервираната от него зона в областта на дланта и пръстите, счита се, че ръката е загубилиа 80% от своята работоспособност. Ето защо изборът на правилен и навременен подход към диагнозата и лечението на СКК е от изключителна важност за максималното възстановяване на функцията на ръката.

Нашата цел е да се анализират най-честите причини за появата на заболяването, основните критерии за диагностика и комплексно да се прецизират методите за лечение и превенция.

Проучени са пациенти със синдром на карпалния канал от МБАЛ „Света Марина“ за периода от 1994 г. до 2014г. Пациентите са разделени по пол, възраст и са анализирани най-честите етиологични фактори за възникване на заболяването. На всички пациенти е приложено лечение с медикаменти и физикална терапия. Разгледани са различни комплекси от физиотерапевтични процедури, които са анализирани според терапевтичния ефект, времето за възстановяване и продължителността на постигнатите резултати.

Ранната диагноза и адекватното комплексно лечение е от изключителна важност за съкраща-

SUMMARY

Carpal tunnel syndrome (CTS) is frequently occurring pathology, which can lead to functional disability at employable age.

CTS reveals as a result of compression of the median nerve in the carpal tunnel of the wrist. Median nerve besides motor and autonomic has sensory function as well, thus is called the sensory nerve of the hand. If the sensuousness in medianus area is fully lost it is considered that the hand has lost 80% of it's function. That's why the right and on time chosen approach to the diagnosis and the treatment of this syndrome is of a greater importance for the maximal restoration of the function of the hand.

The aim of the study is to analyze the most frequent reasons that cause this disease, the main criteria for it's diagnosis, as well as complex specifying of the methods of treatment and prevention.

Patients with CTS treated at "St Marina" hospital in Varna during the period between 1994 – 2014 are investigated. Patients are divided according to their age and sex and the most frequent etiological factors causing CTS are discussed. Different complexes of physiotherapeutical treatment are considered and analyzed according to their therapeutical effect, time for recovery and the duration of the achieved results.

Early diagnosis and adequate complex treatment are of great importance for shortening the time of restoration of hand's function, improve the quality of life of the patients and have significant social and economic effects.

Key words: *carpal tunnel syndrome, epidemiology, early diagnosis, electromyography, physiotherapeutical treatment, occupational diseases*

ване на сроковете за възстановяване функцията на ръката, подобрява качеството на живот на пациента и има социално-икономически ефект.

Ключови думи: *синдром на карпалния канал (СКК), епидемиология, ранна диагноза, електромиография, професионални заболявания, физикална терапия.*

Синдромът на карпалния канал е често срещана патология, която може да доведе до функционална инвалидност в работоспособна възраст.

Основната причина за синдрома на карпалния канал (СКК) е притискането на медианния нерв в карпалния канал в резултат на увеличено налягане в същия. Освен моторна и вегетативна n.medianus има и важна сетивна функция, затова с право го наричат сетивния нерв на ръката. Ако се загуби напълно сетивността в инервираната от него зона в областта на дланта и пръстите, счита се, че ръката е загубилиа 80% от своята работоспособност. Ето защо изборът на правилен и навременен подход към диагнозата и лечението на СКК е от изключителна важност за максималното възстановяване на функцията на ръката.

Епидемоилогия и етиология на синдрома на карпалния канал.

За първи път описан от Paget през 1854 година, синдромът на карпалния канал (СКК) е най-честата компресионна невропатия с честота между 125-515/100000 и е резултат от притискане на n. medianus от трансверзалния лигамент на китката. (Conway HR 1994, Serra J 2006). Среща се в 2% до 5% от общата популация, по-често при жени.

СКК е най-честата компресионна невропатия (90% от всички невропатии) и засяга около 3,8% от общата популация. (Aroori 2008) (G. C. Atroshi I 1999). Счита се че всеки пети, който се оплаква от болка, нарушена сетивност и парестезии в областта на ръката очаквано има СКК, който се доказва клинично и електроневрографски (Phalen 1966) (Amirlak B 1-11-2010).

Броят на случаите варира около 276:100 000 (Mondelli M 2002), от които 9.6% са жени и 6% мъже. По-често при жените локализацията е двустранна, най-често във възрастта между 40 и 60 години (Phalen 1966). Честотата на СКК във Великобритания се счита доста по-висока – 7-16% (Aroori 2008) в сравнение с тази САЩ – 5% (Panel. 2007).

Епидемиологично проучване на датското население, при което СКК се определя като „нарушена сетивност в зоната на н. медианус, появяващо поне два пъти седмично, нарушаваща съня и съпроводена с ЕНГ промени“, честотата на разпространение се определя 0.6% при мъжете и 8% при жените (de Krom MC 1992). В голямо проучване на британското население направено на „базата на сетивни нарушения с различна локализация“ са установени следните зависимости – „класически“ СКК – сетивните промени засягат палмарната повърхност на I, II, III пръст 1,2% от общото население. „Възможен“ СКК с по слабо изразени симптоми, отново в зоната на н. медианус – 2.2% от общото население.

Приблизително честотата на разпространенние на заболяването е 1000 души на година, диагностицирани при хоспитализация и 2000 души годишно диагностицирани в доболничната помощ. (G. C. Atroshi I 1999)

Средната честота на отсъствие от работа поради СКК е измежду най-високите в Обединеното кралство- 27 дни (Prime MS 2010). В САЩ през 1995 400 000-500-000 са претърпели декомпресия на медианния нерв, което е равностойно на икономически загуби на стойност 2 билиона долара, докато във Великобритания хирургичната декомпресия варира между 43-74 на 100 000 (Aroori 2008).

Клинична картина:

Класически синдром на карпалния канал (СКК) се проявява със сетивни и двигателни нарушения в зоната на н.медианус, нерядко болка. Симтомите се усилват при физическо натоварaване на засегнатия крайник. В началния стадий на СКК клиничната картина е свързана основно със засягането на сетивните валакна и се характеризира с тъпа и пареща болка в областта на китката, която обхваща предмишницата до лакътя (1,10). Болката типично се увеличава през нощта и често е свързана с парестезии на II и III пръст на ръката при събуждане. Обективно се установява намалена чувствителност по воларната повърхност на II и III пръст (Aroori 2008). Пациентите имат затруднения при различните захвати с

пръстите на засегната ръка, като страдат най-вече прецизните захвати - палмарният върхов захват и ключовият и цилиндричният захват (Вачева Д. 2009). При по-голяма давност има слабост и атрофия на m. abductor pollicis brevis с хипотрофия на thenar. M. flexor pollicis brevis има двойна инервация от n. medianus и n. ulnaris и не страда. По-късно се засяга и m. opponens pollicis. Форсирана флексия на китката води до парестезии и болка (симптом на Phalen). Леко почукване върху повърхността на нерва и retinaculum flexorum на китката води до парестезии (симптом на Tinel). Тъй като n. medianus е смесен нерв (с моторни, сетивни и вегетативни влакна) към горепосочените симптоми могат да се прибавят и автономни нарушения – промени в цвета, сухота, излющване или задебеляване на кожата, промени по ноктите, улцерации и други.

ЦЕЛ

Да се анализират най-честите причини за появата на заболяването, основните критерии за диагностика и комплексно да се прецизират методите за лечение и превенция.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Анализирани са данните от шест нащи проучвания проведени през периода 1992 г. до 2014 г. обхващащи общо 161 пациента (109 мъже и 52 жени) лекувани в МБАЛ „Св. Марина“, 149 от тях са клинично изследвани в клиника по професионални заболявания през периода 1992-1996г. и 12 от изследваните са диагностицирани амбулаторно и провели физиотерапия в клиника по физиотерапия през 2013-2014г.

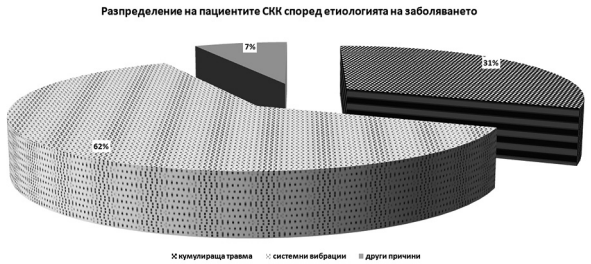
На всички пациенти е проведен клиничен преглед с неврологичен статус, симптомите на Tinel и Phalen, електроневрографско изследване (ЕНГ) на двигателни, сетивни влакна и симпатиков кожен отговор (СКО) на н. медианус.

Проведена терапия с нестероидни противовъзпалителни средства и физиотерапия на 82 от изследваните, от които на 12 пациента диагнозата и ефективността на лечението е проследена и с Бостънския справочник (Boston Carpal Tunnel Questionnaire – BCTQ).

Резултатите бяха статистически обработени с вариационен, алтернативен анализ и SPSS 16.0.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

При 92,6% от изследваните пациента СКК е с професионална етиология, като при 50 души (31%) са със системни повтарящии движения - репетиторна флексия и екстензия в лакетната, гривнената става и пръстите, т.нар. „хронична“ или “кумулираща травма и при 99 от изследваните (61%) са в контакт с локално вибрации с експозиционен период повече от 10 г. На фиг.1 е отразено разпределението на пациентите със СКК според етиологията на заболяването.



Фиг. 1

В почти всички западни държави се установява увеличение на процента на мускулно-скелетните заболявания, свързани професионално натоварване, пренапрежение и хронична травма. В Европа повече от 60% от мускулно-скелетните заболявания на горния крайник, с професионална генеза са случаи на синдром на карпалния канал. (European Agency for Safety and Health at Work. Work related neck and upper limb musculoskeletal disorders 1999). Някои производства, например месопреработвателната и рибната индустрия, докладват за наличие на СКК при 73% от своите работници (Kim JY 2004;). Безспорна е професионалната генеза на голям процент от случаите на СКК (Palmer KT 2007). Редица проучвания на специалисти в сферата на професионалните заболявания сочат, че професиите, които най-често могат да доведат до развитие на СКК са тези свързани с вибрации, конвейерните и монтажни производства, хранителните производства (месопреработка, пакетиране на храни и др.) (Chiang HC 1993), които са свързани със силов захват или репетиторна флексия и екстензия в лакетната, гривнената става и пръстите, т.нар. „хронична“ или “кумулираща травма. Установената от нас по-висока честота при мъжете е в резултат от поставянето на диагноза СКК в клинични условия.

От неврофизиологичното изследване се установиха данни за удължаване на ДЛВ на н. медианус – двигателни и сетивни влакна и патологични промени на стойностите на СКО.

СКК според нас представлява удължената над 5 ms sa моторните влакна/ и. над 3 ms за сетивните влакна (ДЛВ при сттимулация на н. медианус). Причина за това е основният патогенетичен

процес на демиелинизация, в резултат на компресията на н. медианус в карпалния канал. Преди моторния настъпва сензорния дефицит поради по-тънката миелинова обвивка на сетивните влакна и. съответно тяхната по-голана ранимост. Симптомите настъпват предимно през нощта затова по-рано се е смятало, че те се дължат на неправилно положение на врата по време на сън. Сега е известно, че вазодилатацията и венознзта стаза са свързани със съня и обездвижването. Кръвонапълването на съдовете през нощта води до увеличаване на обема на съдовете в карпалния канал и компресия на н. медианус в него. Основната причина за настъпването на СКК е задебеляване или фиброза на синовията на сухожилията и лигаментите.

Демиелинизация на н. медианус при компресията му в карпалния канал настъпва само в този сегмент, поради което скоростта на по нерва в участъка лакет-китка е нормална.

ДЛВ над 8 ms са основание за хирургическа намеса в лечанието на СКК поради настъпила денервация на тенарната мускулатура.

Основният патогенетичен механизъм на увреждане на н. медианус в областта на карпалния канал е сегментната демиалинизация, която в напредналия си стадий би могла да доведе до вторична аксонална дагенерация на нервните влакна.

Електромиографското изследване се счита за най-точната диагностична процедура, макар че не може да се приеме безрезервно за златен стандарт, все пак заради ниската му себестойност, в сравнение с други диагностични методи и висока диагностична надеждност остава предпочитан метод за диагностика и проследяване на реинервацията на срединния нерв при пациенти със СКК (G. C. Atroshi I 1999). Компресията на нерва води до увреждане на миелиновата обвивка, което електромиографски се манифестира със намалена скорост на провеждане и удължено латентно време. Електроневрографското изследване е показателно не само за КТС, но и в диференцално дагностичен план при състояноя протичащи със сходна симптоматика: цервикална радикулопатия, полиневропатия, притискане на н. медианус извън зоната на карпалния канал и др (Spinner RJ 1989, Haig AJ 1999).

При 82 от изследваните (51%) бяха проведени различни комплекси от физиотерапевтични процедури.

При 25 от пациентите бе проведена йонофореза с Нивалин.

Сегментната демиелиниаация на сетивните и моторни влакна на н. медианус в резултат на неговата компресия в областта на карпалния канал в началните стадии е обратим процес.

Нестероидните противовъзпалителни средства, витаминте от гр. Варна и локалната йонофореза подобряват скоростта на провеждане по н. медианус при СКК,

Към хирургическо консервативно лечение на това заболяване.

В друго наше проучване обхващащо 45 пациента със СКК при локални вибрации бе проведена комплексна терапия, съчетаваща прилагането на следните комплекси от физикални фактори: I група - галванични вани (ГВ), II група - галванични вани + диадинамични токове (ГВ + ДД), III група - галванични вани + физиотерм (ГВ + фТ), IV група -галванични вани + парафин (ГВ + П) и V група -галванични вани + Стим (ГВ + С). Осъществена бе u статистическа обработка на данните за оценка на отклоненията в групата с галванични вани, спрямо останалите групи (фиг.2). Установи се най-значимо повлияване на болковия синдром ($p<0.01$) само при групите със съчетано действащи фактори, с изключение на групата ДД + ГВ, където бе отчетено засилване на тръпненето и болката. Следователно, докато комбинираното прилагане на П + ГВ и фТ + ГВ при нашето проучване има изразено благоприятно повлияване, то комбинацията ДД + ГВ е вероятно неефективна. Предполагаме, че предхождащото прилагане на ендогенна или екзогенна топлина потенцира действието на галваничните вани.

Съчетаното действие на преформирани,физикални фактори, обособени в комплекси, е с по-добър терапевтичен ефект от този при самостоялното им прилагане. Обективната симптоматика се повлиява само от комплексното прилагане на физикалните фактори. Сравнителната оценка на съчетаното на самостоятелно действие на ГВ установи по-благоприятно повлияване на болковия синдром при съчетано действие на факторите.

Анализът и статистическата обработка на получените данни ни дават основание да препоръчаме прилагането на комплекса ГВ + фТ, при изразен болков синдром.

В последното проучване участваха 12 пациента. На всички беше приложен седемдневен физиотерапевтичен курс на лечение по следната схема:

1. Краткотрайно озвучаване /3-4 мин/ в проекцията на карпалния канал с интензитет

0.2 – 0.3w/cm2 с цел да се подобри ефекта от последвала електрофореза, тъй като термичният и механичният ефект на УЗ доказано подобряват абсорбционната способност на кожата (Бусаров Ст, 1968)

2. Електрофореза с Nivalin /+/ - локално, с разположение на положителния електрод в проекцията на карпалния канал с продължителност от 10 до 18 мин и големина на тока 6 – 16mA
3. Традиционна кинезитерапевтична програма, включваща масаж, мекотъканна мобилизация, техники за мускулна релаксация, и стречинг, ставно-мобилизационни техники, активни скелетно-мускулни упражнения / СМУ/ за засилване мускулите на предмишницата и ръката.

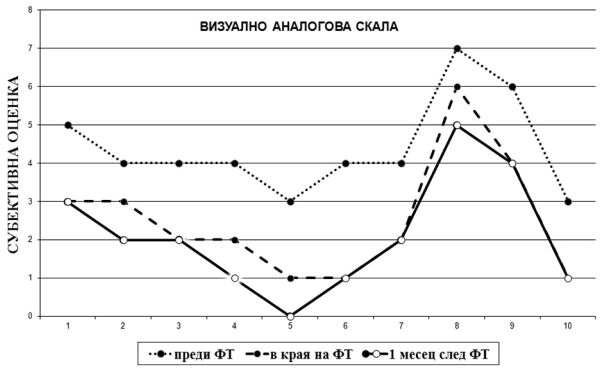
Протокол за проследяване ефекта от приложеното ФТ лечение:

- Анамнестични данни - парестезии, болка, слабост и други субективни оплаквания на пациента, отчитани чрез визуално-аналогова скала /ВАС/
- Попълване на BCTQ за оценка на тежестта на симптомите и нарушента функция на засегнатата ръка
- Неврологичен статус – хипестезия, симптоми на Тинел и Фален, ММТ за m. abductor pollicis brevis

Изследването по всички точки се извършваше преди и непосредствено в края на физиотерапевтичното лечение, както и на 1-я месец след проведения ФТ курс.

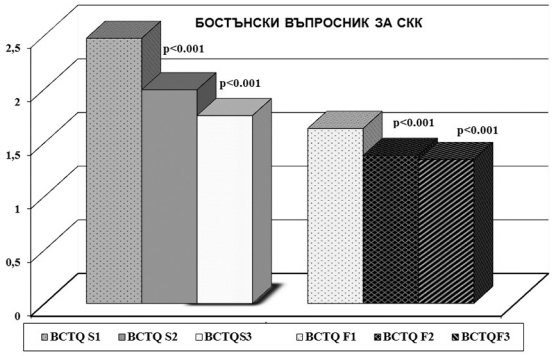
Анализът на резултатите показа, че субективните оплаквания на пациентите са намаляли статистически значително в края на физиотерапевтичния курс ($p<0.01$) с тенденция за допълнително подобрение в рамките на един месец след ФТ лечение ($p<0.02$), което се обяснява с доказаното пролонгирано действие на ФТ процедури и създалото се кожно депо след електрофорезата с Nivalin.

Симптоматичното подобрение е видно както при резултатите от ВАС (фиг. 2) и табл.1.



Фиг. 2.

По отношение възстановяване функцията на засегнатата ръка, резултатите от втората част на BCTQ показват статистически значимо подобрение в края на ФТ курс ($p<0.001$), с тенденция за трайно задържане на получените резултати в рамките на един месец след края на лечението ($p<0.001$) (фиг. 3).



Фиг. 3.

ИЗВОДИ

Електромиографското изследване се счита за най-точната диагностична процедура, поради ниската му себестойност и висока диагностична надеждност остава предпочитан метод за диагностика и проследяване на реинервацията на срединния нерв при пациенти със СКК.

Наличието на удължено ДЛВ (над 4 ms за моторни и над 3 ms за сензюрни влакна) на н. медианус с положителни симптоми на Tinel и Phalen

Табл.1

	Test Value = 0					
					95% Confidence Interval of the Difference	
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
Преди ФТ	11,000	9	,000	4,40000	3,4951	5,3049
В края ФТ	5,000	9	,001	2,50000	1,3689	3,6311
Месец след ФТ	4,358	9	,002	2,10000	1,0099	3,1901

е необходимо и достатъчно условие за поставяне на диагноза СКК (при липса на ЕМГ- данни за полиневропатия).

Сегментната демиелиниаация на сетивните и моторни влакна на н. медианус в резултат на неговата компресия в областта на карпалния канал в началните стадии е обратим процес.

Съчетаното действие на преформирани,физикални фактори, обособени в комплекси, е с по-добър терапевтичен ефект от този при самостоялното им прилагане. Обективната симптоматика се повлиява само от комплексното прилагане на физикалните фактори. Възстановяване функцията на засегнатата ръка в края на ФТ курс е с тенденция за трайно задържане на получените резултати в рамките на един месец след края на лечението.

Съвременният подход при синдрома на карпалния тунел е комплексен и включва ранна диагностика, профилактика и лечение на всички състояния и заболявания, водещи до неговата проява. Компетентната и своевременна лекарска консултация често е от решаващо значение.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Serra J. „Painful entrapment disorders.“ Hand Clin Neurol, 2006: 547 - 563.
2. Amadio R, Luchetti P. Carpal Tunnel Syndrome. Berlin Heidelberg New York Roma: Springer-Verlag, 2007.
3. Aroori, S., Spence, R.A.J. „Carpal tunnel syndrome (Review).“ Ulster Medical Journal Volume 77, Issue 1,, 2008: 6-17.
4. Atroshi I, Gummesson C, Johnsson R et al. „Prevalence of carpal tunnel syndrome in a general population.“ JAMA 282:153–158, 1999.
5. Chang MH, Lee SS, Ger LP, Lo YK. „Oral drug of choice in carpal tunnel syndrome. Neurology 51: p. 390–3.“ Neurology 51: p. 390–3, 1998.
6. Conway HR, Jones SR. „Entrapment and compression neuropathies.“ От Handbook of paim management. 2nd ed, от CD Tollison, 470 - 483. Baltimore: Williams and Wilkins, 1994.
7. de Krom MC, Knipschild PG, Kester AD, Thijs C, Boekkooi PF, Spaaris F. „Carpal tunnel syndrome: prevalence in the general population.“ J Clin Epidemiol., 1992: 373–376.
8. Duymaz, T.a, Sindel, D.b , Kesiktaş, N.b, Müslümanoğlu, L. „Efficacy of some combined conservative methods in the treatment of carpal tunnel syndrome: A randomized controlled clinical and electrophysiological trial.“ Turkish Journal of Rheumatology Volume 27, Issue 1, 2012: 38-46.
9. Kwolek A, Zwolińska J. „Immediate and long-term effects of selected physiotherapy methods in patients with carpal tunnel syndrome.“ Ortop Traumatol Rehabil.13(6), 2011: 555 64.
10. Leite JC, Jerosch-Herold C, Song F. „Review A systematic review of the psychometric properties of the Boston Carpal Tunnel Questionnaire.“ BMC Musculoskelet Disord. 7, 2008: 78.
11. Levine DW, Simmons BP, Koris MJ et al. „A self-administered questionnaire for the assessment of severity o fsymptoms and functional status in carpal tunnel syndrome.“ J Bone Joint Surg Am 75:1585–92, 1993.
12. Palmer, Keith. „Carpal tunnel syndrome: The role of occupational factors.“ Best Pract Res Clin Rheumatol., 2011: 15-29.
13. Phalen CM. (1966). The carpal-tunnel syndrome. Seventeen years‘ experience in diagnosis and treatment of six hundred fifty-four hands. J Bone Joint Surg Am. 48(2):211–28.
14. Бусаров Ст. Фонофореза. Пловдив, 1968.
15. Вачева Д. „Видове захвати и тяхното тестуване при различни увреждания и болести на ръката.“ Неврорехабилитация 3 (1-2), 2009: 26 - 31.

Адрес за кореспонденция:
доц. В. Несторова
МУ - Варна
УНС „Професионални болести“
ул. М. Дринов 55, 9002 Варна
e-mail: dr_nestorova@yahoo.de

СОЦИАЛНА ЕПИДЕМИОЛОГИЯ НА КОЛОРЕКТАЛНИЯ РАК В ОБЛАСТ ВАРНА И ОБЛАСТ ДОБРИЧ

Георги Кобаков[1], Кирил Киров[1], Даниел Костов[2], Даниел Янков[2]

[1]СБАЛОЗ „д-р Марко Марков"-Варна и МБАЛ-Варна, [2]ВМА-София

SOCIAL EPIDEMIOLOGY OF COLORECTAL CANCER IN THE REGIONS OF VARNA AND DOBRICH

Georgi Kobakov[1], Kiril Kirov[1], Daniel Kostov[2], Daniel Yankov[2]

[1]Specialized Oncologic Hospital of Varna, [2]Naval Hospital of Varna

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Заболяемостта и смъртността от колоректален рак (КРР) в България непрекъснато нарастват въпреки активните профилактични кампании.*

Целта *на настоящото проучване е да се проследи годишната динамика на няколко епидемиологични показателя на КРР в Област Варна и Област Добрич, обслужвани от СБАЛОЗ „Д-р Марко Марков" ЕООД-Варна.*

Материали и методи: *Изчерпателно са анализирани данните от регистъра на болните на СБАЛОЗ „д-р Марко Марков" ЕООД-Варна за периода 2008-2013 г. и на 'Cancer Incidence in Bulgaria', публикация на НОЦ-София, за периода 1996-2010 г.*

Резултати и обсъждане*: Заболяемостта и болестността от КРР нарастват. Заболяемостта от рак на правото черво при мъжете във Варна нараства от 26,8 през 2008 г. до 32,4 през 2013 г., а тази при жените - от 14,9 до 22,3 на 100 000. Данните за Добрич са съответно 20,2; 28,4; 9,6 и 14,7. Заболяемостта от рак на дебелото черво при мъжете във Варна нараства от 40,2 през 2008 г. до 42,7 през 2013 г., а тази при жените - от 24,6 до 37,6 на 100 000. Данните за Добрич са съответно 39,3; 43,7; 17,3 и 26,3. Болестността от КРР нараства постепенно. Всички новорегистрирани случаи са морфологично верифицирани. Между 2012 и 2013 г. смъртността от рак на правото черво във Варна леко намалява, докато тази от рак на дебелото черво се увеличава. През този период двете стойности в Добрич нарастват. Налице е леко намаление на стандартизираната (световен стандарт) смъртност*

SUMMARY

Introduction: *Morbidity and mortality rates of colorectal cancer (CRC) continuously grow in Bulgaria despite the active preventive campaigns.*

The aim *of this study was to follow-up the annual dynamics of several epidemiologic parameters of CRC in the regions of Varna and Dobrich being served by the Specialized Oncologic Hospital of Varna.*

Materials and methods*: Data from patient's registry of the Specialized Oncologic Hospital of Varna for 2008-2013 and 'Cancer Incidence in Bulgaria' published by the National Centre of Oncology of Sofia for 1996-2010 were comprehensively analyzed.*

Results: *Both incidence and prevalence rates of CRC increased. Male rectal cancer incidence rate in the region of Varna increased from 26,8 in 2008 to 32,4 in 2013 while that of female one - from 14,9 to 22,3 per 100000, respectively. The corresponding figures in the region of Dobrich were the following: 20,2; 28,4; 9,6 and 14,7. Male colon cancer incidence rate in the region of Varna increased from 40,2 in 2008 to 42,7 in 2013 while that of female one - from 24,6 to 37,6 per 100000, respectively. The corresponding figures in the region of Dobrich were the following: 39,3; 43,7; 17,3 and 26,3. CRC prevalence rate gradually increased. All the newly-diagnosed cases were morphologically verified. In the region of Varna, rectal cancer mortality slightly decreased while colon cancer one increased from 2012 to 2013. In the region of Dobrich, both rates increased during this period. There was a recent slight decline of the age-adjusted (world standard) CRC mortality rate for both genders in Bulgaria and in these two regions.*

Conclusion: *The socio-epidemiological picture of this disease remains relatively unfavourable despite*

от КРР при двата пола в България и в тези две области.

Изводи и заключение: *Социално-епидемиологичната картина на това заболяване остава относително неблагоприятна въпреки подобрените диагностични, хирургични, химиотерапевтични и профилактични възможности.*

Ключови думи: *рак на дебелото черво, рак на правото черво, епидемиология, Област Варна, Област Добрич*

the improved diagnostic, surgical, chemotherapeutic and preventive capacities.

Key words: *colonic cancer, rectal cancer, epidemiology, region of Varna, region of Dobrich*

ВЪВЕДЕНИЕ

Заболяемостта и смъртността от колоректален рак (КРР) в България непрекъснато нарастват въпреки активните профилактични кампании (1,3,10 и др.), вкл. и в Област Варна (2). Подобни са най-новите данни за по-високата заболяемост от КРР в Югоизточна Европа (13), в някои страни (6,9) и специално в Германия (5,11) и в Северен Кипър (8) и др. Непрекъснато се разработват специализирани програми за неговия масов скрининг на КРР (11,12).

Ние си поставихме за цел да проследим ежегодната динамика на няколко епидемиологични показателя на КРР в Област Варна и Област Добрич, обслужвани от СБАЛОЗ „Д-р Марко Марков“ ЕООД-Варна, през последните години.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Изчерпателно са анализирани данните от регистъра на болните на СБАЛОЗ „Д-р Марко Марков“ ЕООД-Варна за периода 2008-2013 г. и на *'Cancer Incidence in Bulgaria'*, публикация на НОЦ-София, за периода 2001-2010 г. Касае се за стандартизираната заболяемост, годишната болестност и смъртност на КРР, разпределението на новозаболелите според пола, морфологично доказания КРР, ранната диагностика и диспансеризацията на болните.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Нашите резултати по отношение на заболяемостта, стандартизираната заболяемост, болестността и смъртността от КРР по отношение на България като цяло, Област Варна и Област Добрич са систематизирани в шест таблици.

Табл. 1. Динамика на стандартизираната заболяемост (световен стандарт) от КРР на 100 000 в България през 1996-2010 г.

Години	дебело черво		право черво	
	мъже	жени	Мъже	жени
1996	12,0	9,4	12,7	8,4
1997	11,4	9,0	12,7	7,6
1998	14,6	10,5	14,7	8,2
1999	14.4	10,0	14,2	8,8
2000	15,8	11,2	15,6	8,2
2001	16,0	11,6	14,3	8,4
2002	16,7	12,0	14,8	7,9
2003	17,5	12,5	14,2	8,4
2004	17,6	12,3	15,4	8,7
2005	18,1	13,2	15,7	9,0
2006	19,1	13,4	16,7	9,3
2007	20,4	14,5	17,1	8,6
2008	21,6	14,0	16,5	9,2
2009	21,8	14,2	16,7	8,8
2010	20,1	13,8	17,2	8,3

Налице е непрекъснато нарастване на анализираните стойности на тези показатели по отношение както на България, така и на Област Варна и Област Добрич, особено през 2010 г. Все още няма достъпни данни за България през периода 2011-2013 г.

Стандартизираната заболяемост (световен стандарт) от рак на дебелото черво на 100 000 в България при мъжете и жените, както и тази на правото черво при мъжете нараства през периода от 1996 г. до 2010 г. (табл. 1).

Стандартизираната заболяемост (световен стандарт) от рак на дебелото черво при мъжете в Област Варна и Област Добрич е два пъти по-висока през 2010 г., отколкото през 1007 г. (табл. 2 и табл. 3). Прави впечатление сравнително високата стандартизирана заболяемост (световен стандарт) от рак на правото черво при жените в Област Варна през 1997 г. (табл. 2).

Съгласно документация на СБАЛОЗ „д-р Марко Марков“ ЕАД-Варна, заболяемостта от КРР в Област Варна и в Област Добрич варира в сравнително широки граници през периода между 2008 г. и 2013 г. (табл. 4). През 2009 г. тя е най-висока в Област Варна при мъжете и жените, а в Област Добрич - само по отношение на рака на дебелото черво при мъжете и рака на правото черво - при мъжете. През 2011 г. тя е най-ви-

Табл. 2. Динамика на стандартизирана заболяемост (световен стандарт) от КРР на 100 000 в Област Варна през периода между 1997 г. и 2010 г.

Години	дебело черво		право черво		ректосигмоидна връзка*		анус и анален канал*	
	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени
1997	11,8	13,6	15,3	12,8	-	-	-	-
2000	18,8	15,9	17,7	7,6	-	-	-	-
2003	20,8	11,2	10,6	7,4	1,7	1,2	0,3	0,3
2004	16,5	10,8	18,3	6,3	1,4	2,3	0	0,3
2010	23,5	16,8	16,2	7,9	2,3	0,9	0	0

** Данните за рака на ректосигмоидната връзка и на ануса и аналния канал не са достъпни през 1997 и 2000 г.*

Табл. 3. Динамика на стандартизирана заболяемост (световен стандарт) от КРР на 100 000 в Област Добрич през периода между 1997 г. и 2010 г.

Години	дебело черво		право черво		ректосигмоидна връзка*		анус и анален канал*	
	мъже	жени	мъже	жени	Мъже	жени	мъже	жени
1997	12,4	9,4	10,2	5,5	-	-	-	-
2000	13,6	8,5	14,4	8,5	-	-	-	-
2003	15,4	10,3	11,9	7,1	1,5	0	1,1	0,4
2004	11,6	8,8	17,6	4,2	0	0	0	0
2010	25,3	11,1	15,8	6,8	2,6	0,9	0,7	0,7

** Данните за рака на ректосигмоидната връзка и на ануса и аналния канал не са достъпни през 1997 и 2000 г.*

*Табл. 4. Заболяемост от КРР на 100 000 в Област Варна и Област Добрич през 2008-2013 г.**

Години	Област Варна				Област Добрич			
	дебело черво		право черво		дебело черво		право черво	
	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени	мъже	жени
2008	40,2	24,6	26,8	14,9	39,3	17,3	20,2	9,6
2009	49,6	39,1	40,8	23,1	46,8	26,2	27,5	19,4
2010	30,9	28,1	22,1	14,2	35,1	17,6	25,7	9,8
2011	30,5	28,9	30,9	18,0	37,4	31,6	39,5	15,8
2012	36,1	30,6	26,7	17,8	22,7	29,2	30,3	7,3
2013	42,7	37,6	32,4	22,3	43,7	26,3	28,4	14,7

** по документация на СБАЛОЗ „д-р Марко Марков“ЕАД-Варна*

сока в Област Добрич по отношение на правото черво при мъжете и на дебелото черво - при жените (табл. 4).

Като цяло стандартизираната заболяемост (световен стандарт) и болестността от ерво в Област Варна рак на дебелото черво са по-високи от тези от рак на правото черво при мъжете и жените в Област Варна и в Област Добрич (табл. 2 - табл. 5). Болестността от КРР при мъжете и жените нараства постепенно през петгодишния период (2009-2013 г.) и достига най-високи стойности през 2013 г. (табл. 5). Тези съотношения са различни до известна степен по отношение на смъртността през 2012 г и 2013 г. (табл. 6). През 2013 г. се установява по-висока смъртност от КРР в Област Добрич и от рак на дебелото черво в Област Варна, както и по-ниска смъртност от рак на правото черво в Област Варна в сравнение с 2012 г. При това през 2013 г. е налице значително висока смъртност при рак на дебелото черво в Област Добрич (табл. 6).

вооткритите случаи с рак на дебелото черво и 84,3% от тези с рак на правото черво.

Заслужава да се подчертае, че социално-епидемиологичната картина на КРР в България, от една страна, и в Област Варна и в Област Добрич, от друга, остава относително неблагоприятна въпреки подобрените диагностични, хирургични, химиотерапевтични и профилактични възможности. В бъдеще ще се проведат съпоставителни социално-епидемиологични проучвания и в други райони в страната.

В рамките на международно проучване се доказва нарастване на заболяемостта и смъртността в страните от Югоизточна Европа, вкл. и в България (13). При това се увеличава разликата по отношение на анализираните показатели между тези и останалите европейски страни. Особено значително е изразено нарастването на смъртността от КРР в Хърватска, Сърбия и България (13). Резултатите от кохортно проучване в Европа показват, че придържането към среди-

*Табл. 5. Болестност от КРР на 100 000 в Област Варна и Област Добрич през 2009-2013 г.**

Години	Област Варна		Област Добрич	
	дебело черво	право черво	дебело черво	право черво
2009	228,4	156,7	170,7	122,6
2010	230,7	160,1	177,8	130,7
2011	245,3	171,8	199,1	150,9
2012	240,1	166,8	205,8	157,4
2013	255,8	174,9	230,6	158,8

** по документация на СБАЛОЗ „д-р Марко Марков"ЕАД-Варна*

*Табл. 6. Смъртност от КРР на 100 000 в Област Варна и в Област Добрич през 2012 г. и 2013 г.**

Години	Област Варна		Област Добрич	
	дебело черво	право черво	дебело черво	право черво
2012	21,5	17,5	19,7	14,9
2013	22,6	15,8	52,2	16,1

** по документация на СБАЛОЗ „д-р Марко Марков"ЕАД-Варна*

Всички новорегистрирани случаи на КРР в Област Варна и Област Добрич са морфологично верифицирани.

Процентът на ранно диагностицираните случаи с рак на правото черво нараства от 41,7% през 2012 г. до 49,2% през 2013 г. Докато през 2012 г. са диспансеризирани по 98,1% от всички новооткрити случаи с рак на дебелото и правото черво, през 2013 г. са диспансеризирани 93,0% от но-

земноморската диета оказва умерен благоприятен ефект върху риска за развитие на КРР (4).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Очаква се тенденцията за нарастваща заболяемост, болестност и смъртност от КРР както в България, така и в Област Варна и Област Добрич да се запази и през следващите години. Сравнително високата стандартизирана заболяемост от

КРР изисква провеждането на постоянни ефективни профилактични мероприятия за снижаването й чрез активното ангажиране на колопроктолозите и на специалисти от интердисциплинните области на онкологията и социалната медицина. През 2009 г. към МДОЗС "Д-р Марко Марков" ЕООД-Варна се разкри специализиран консултативен кабинет по колопроктология, където се провеждат профилактични прегледи и необходимите лабораторни и апаратни изследвания с цел ранна диагностика на КРР в региона. Целенасочените масови профилактични програми подтикват населението към по-здравословен начин на живот (рационално хранене, отказ от злоупотреба с алкохол и тютюнопушене, повишена ежедневна физическа активност и пр.), редовно участие в профилактичните прегледи и др.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Димитров, В., Г. Куртева. Злокачествени тумори на дебелото черво и ректума.- В: Онкология 2001. Под ред. И. Черноземски, Т. Шипков. София, Сиела, 2000, 414-431.
2. Кобаков, Г., Д. Костов, Г. Игнатов. Годишна динамика на заболяемостта от рак на дебелото и правото черво във Варненска област.- В: Онкологична хирургия - съвременен стандарт. Национална конференция по хирургия. Шумен, 23-26.IV.2009 г. Програма, доклади и резюмета, 50-51.
3. Куртев, П. Рак на дебелото черво и ректума - проблеми и предизвикателства. София, Illusion&neoprint, 2013. 256 с.
4. Bamia, C., P. Lagiou, G. Buckland, S. Grioni, C. Agnoli, A. J. Taylor, et al. Mediterranean diet and colorectal cancer risk: results from a European cohort.- Eur. J. Epidemiol., 28, 2013, No 4, 317-328.
5. Bokemeyer, B., H. Bock, D. Hüppe, M. Düffelmeyer, A. Rambow, W. Tacke, et al. Screening colonoscopy for colorectal cancer prevention: results from a German online registry on 269000 cases.- Eur. J. Gastroenterol. Hepatol., 21, 2009, No 6, 650-655.
6. Brenner, H., M. Kloor, C. P. Pox. Colorectal cancer.- Lancet, 383, 2014, No 9927, 1490-1502.
7. Chen, H., S. Werner, S. Tao, I. Zörnig, H. Brenner. Blood autoantibodies against tumor-associated antigens as biomarkers in early detection of colorectal cancer.- Cancer Lett., 346, 2014, No 2, 178-187.
8. Hincal, E., B. Taneri, U. Taneri, M. B. Djamgoz. Cancer incidence in North Cyprus (1990-2004) relative to European rates.- Asian Pac. J. Cancer Prev., 9, 2008, No 4, 725-732.
9. Knudsen, M. D., C. Kyrø, A. Olsen, L. O. Dragsted, G. Skeie, E. Lund, et al. Self-reported whole-grain intake and plasma alkylresorcinol concentrations in combination in relation to the incidence of colorectal cancer.- Am. J. Epidemiol., 179, 2014, No 10, 1188-1196.
10. Kobakov, G., D. Kostov. Cancer of colon and rectum in Bulgaria.- In: 11th World Congress on Gastrointestinal Cancer. Barcelona, 24.VI.-27.VI.2009.- Ann. Oncol., 20, 2009, Suppl. 7, p. 113.
11. Schoppmeyer, K., H. Spieker, J. Mössner. Failure of screening or failure to screen?: the screening behavior of patients with colorectal cancer in the Leipzig area.- Dtsch. Ärztebl. Int., 106, 2009, No 12, 195-201.
12. Zavoral, M., S. Suchanek, O. Majek, P. Fric, P. Minarikova, M. Minarik, et al. Colorectal cancer screening: 20 years of development and recent progress.- World J. Gastroenterol., 20, 2014, No 14, 3825-3834.
13. Znaor, A., C. van den Hurk, M. Primic-Zakelj, D. Agius, D. Coza, A. Demetriou, et al. Cancer incidence and mortality patterns in South Eastern Europe in the last decade: gaps persist compared with the rest of Europe.- Eur. J. Cancer, 49, 2013, No 7, 1683-1691.

Адрес за кореспонденция:
доц. д-р Георги Кобаков, д.м.
СБАЛОЗ „д-р Марко Марков" ЕООД-Варна
гр. Варна 9002,
бул. „Цар Освободител" № 100
e-mail: glkobakov@yahoo.co.uk

ВЪЗДЕЙСТВИЕ НА ЙОНИЗИРАЩАТА РАДИАЦИЯ И КАРЦИНОМ НА ЩИТОВИДНАТА ЖЛЕЗА – ДВА КЛИНИЧНИ СЛУЧАЯ

Иван Джеджев, Веселина Несторова

Медицински университет – Варна, УНС „Професионални заболявания“

INFLUENCE OF IONIZING RADIATION AND THE CARCINOMA OF THE THYROID GLAND – TWO CLINICAL CASES

Ivan Dzhedzhev, Veselina Nestorova

Medical University – Varna

РЕЗЮМЕ

В световен мащаб проблемът за канцерогенното действие на йонизиращата радиация (ЙР) е сравнително добре проучен. Щитовидната жлеза и костния мозък са най-чувствителните органи на въздействието на йонизиращите лъчи. Ракът на щитовидната жлеза по литературни данни възниква след достатъчно продължителна експозиция (обикновено над 10 г.) на вредното действие на йонизиращото лъчение. В представените случаи се касае за установен карцином на щитовидната жлеза при две млади жени, имащи няколкогодишен контакт с йонизираща радиация. Пациентките са работили като граничен полицай в непосредствена близост до източник на йонизирани лъчения – рентгенов апарат за проверка на ръчен багаж. Туморът при едната от пациентките е с локализация в двата лоба на щитовидната жлеза, с цитологична характеристика на папиларен карцином с метастази в шийните лимфни възли, а при другата – смесен фоликулярен-медуларен карцином. И на двете болни е извършена тиреоидектомия и са на заместително лечение.

В изнесените случаи прави впечатление младата възраст на пациентките (27 г. и 28 г.), както и кратката експозиция на йонизиращи лъчения (съответно 3 г. и 4 г.). Обсъдени са вероятните причини и съпътстващи фактори, свързани с организацията на работния процес, както и синергично действащите фактори на работната среда.

Ключови думи: *йонизираща радиация, карцином на щитовидната жлеза, професионални заболявания*

SUMMARY

Globally the problem of the cancerogenic effect of the ionzing radiation (IR) is relatively well studied. The thyreoid gland and the bone-marrow are the most sensitive to ionizing rays organs. According to literature data cancer of the thyreoid gland occurs after long enough (usually after more than 10 years) exposure to the harmful effect of the ionizing radiation.

In the presented cases it is about established carcinoma of the thyreoid gland with two young women after a few years contact with ionizing radiation. The patients worked as border police officers in close proximity to ionizing radiation source – a roentgen apparatus for hand luggage checking. The tumor in the one of the patients is localized into the two lobes of the thyreoid gland and cytologically is papillary carcinoma with metastases in the lymph nodules. The tumor in the other patient is mixed follicular-medullary carcinoma. The patients undergone thyreoidectomy and replacement therapy.

In the reported cases it is noteworthy that patients are too young (27 and 28 years old) and the exposure to ionizing radiation is very short (respectively 3 and 4 years).

Possible causes and concomitant factors, connected to the working process organization are discussed, as the synergically acting factors of the working environment.

Key words: *ionizing radiation, carcinoma of the thyreoid gland, occupational diseases*

Проблемът за канцерогенното действие на йонизиращата радиация е сравнително добре проучен в световен мащаб. Всички живи организми постоянно са изложени на действието на йонизираща радиация, която съществува естествено в природата. По данни на ООН средната годишна ефективна доза дължаща се на естествени източници на радиация е 2.4 mSv на човек (варира от 1 mSv до 10 mSv, в зависимост от особеностите на даден регион)[4]. Различните дейности, включващи използването на йонизиращи лъчения водят до допълнителна експозиция. Йонизиращите лъчения, преминавайки през веществото, взаимодействат с него като му предават енергията си. Погълнатата от веществото енергия предизвиква физически, химически и биологически процеси, които водят до възникването на радиационно индуциран ефект. В основата на биологичното действие на йонизиращата радиация стои увреждането на генома на клетката и по-точно на ДНК, което се явява главно начално събитие, чрез което радиацията предизвиква дългосрочни увреждания на органите и тъканите на тялото. Биологичните ефекти биват остри и хронични. Острите биологични ефекти възникват в кратък срок след облъчването – от няколко часа до няколко месеца. Хроничните биологични ефекти се наблюдават много късно, години след облъчването. Те се подразделят на детерминистични и стохастични. При детерминистичните зависимостта доза-ефект има прагов характер (локални лъчеви увреждания, хронична и остра лъчева болест). Стохастичните ефекти на йонизиращата радиация могат да бъдат предизвикани от увреждането и на една клетка, която се размножава и дава потомство. С това се обяснява възникване на неоплазми и наследствените заболявания. Те не могат да бъдат предвидени за едно отделно лице, а се предсказват и оценяват на ниво популация и имат вероятностен характер. С увеличаването на погълнатата доза обаче се увеличава и броя на увредените клетки, и нараства вероятността за появата на стохастичния ефект[1]. Основните дозиметрични единица са активност на източника на йонизиращо лъчение (измерва се в Бекерел), погълната доза (енергията, която йонизиращото лъчение е предало при преминаването си на единица маса от облъченото вещество – измерва се в Грей /Gy/), еквивалентна доза (отразява оценката на биологичната ефективност на йонизиращите лъчения в зависимост от вида на лъчението) и ефективна доза (величина, която определя сумарния стохастичен ефект, вземайки под внимание вида на облъчвания орган или тъкан и тяхната радиочувствителност – измерва се в Сиверт). Нормирането в радиационната защита се основава на принципа за възможния риск от соматично и генетично увреждане на организма при въздействието на йонизиращото лъчение. В Р България увреждания, предизвикани от професионален контакт с йонизираща радиация могат да бъдат признати за професионални заболявания (код 2601 по Списъка на професионалните заболявания от 2008 г.)

По-долу са представени два случая с доказан карцином на щитовидната жлеза при две млади жени, работили в контакт с йонизираща радиация в изпълнение на служебните си задължения като граничен полицай на аерогара при проверка на пътници и ръчен багаж с рентгенови апарати за пролъчване на багаж (Skan 7555i, Hi Skan 7555A и др.).

Първи случай:

Касае се за пациентка Т.Ц. на 27 г. с общ трудов стаж 9 г., от които като граничен полицай – 6 г. и 9 м. Постъпва на работа на 31.07.2006 г. През м.юни 2009 г. след профилактичен преглед от екип на НЦРЗЗ (Национален център по радиобиология и радиационна защита), е открито туморно образование в щитовидната жлеза и е насочена за диагностично уточняване към специалист ендокринолог, който на 22.06.2009 г. ехографски регистрира „кистаденом“ в десния лоб на жлезата. На 7.10.2009 г. е оперирана за карцином на щитовидната жлеза в КГХ на МБАЛ „Св. Марина“ Варна (ОП №639/7.10.2009) и е установен смесен фоликулярен-медуларен карцином на щитовидната жлеза (ХР №14365..67/15.10.2009) – pT1NxMx. Следоперативно се лекува с хормонозаместителна терапия. След операцията са установени постоперативен хипотиреоидизъм и пареза на гласните връзки.

По данните от анкетното проучване на работната среда от НОИ – Варна (протокол №1/31.05.2013 г.) и от самата пациентка:

- не е провеждано специализирано обучение за работа с рентгеновите апарати за пролъчване на багаж;
- не е провеждан първоначален и периодични инструктажи за мерките за радиационна защита и препоръчителните отстояния от апарата, които трябва да се спазват;
- експозицията е била по 12 ч. дневно (на смяна) без спазване на ротационен принцип (30 мин.);
- използвала се е морално остаряла техника;

- липса на специално предпазно облекло – защитна яка, закриваща зоната на щитовидната жлеза;
- липса на индивидуален дозиметричен контрол – в продължение на години; такъв е осъществен от третото тримесечие на 2008 г.;
- за периода от постъпване на работа от 31.07.2006 г. до м.06.2009 г. не са провеждани профилактични прегледи от радиобиолог, съгласно изискванията на Наредба №29 за здравни норми и изисквания при работа в среда с йонизиращи лъчения (ДВ бр.78/2005 г.). За периода, в който работи като граничен полицай са проведени само два профилактични прегледа, на втория от които е установено съмнение за патология на щитовидната жлеза.

Втори случай:

Касае се за пациентка на 26 г. с общ трудов стаж 7 г. 7 м., от които всичките като полицай, а последните 4 г. като граничен полицай в звеното за рентгенов контрол. Постъпва на работа на 29.03.2004 г. През м. 12.2007 г. усетила увеличение на лимфните възли на шията, третирани като неспецифичен лимфаденит, без съществен ефект. През м.10.2010 г. на профилактичен преглед с участие на радиобиолог е установен тумор в левия лоб на щитовидната жлеза. След биопсия на шиен лимфен възел на 13.10.2010 г. в е установено, че се касае за метастаза от папиларен карцином на щитовидната жлеза (цитологичен резултат 6604/13.10.2010 г.), след което е проведено оперативно лечение в Берлин (тиреоидектомия с екстирпация на шийните лимфни възли двустранно) с хистологичен резултат – мултифокален папиларен карцином на щитовидната жлеза и метастази в регионалните лимфни възли. На 29.11.2010 г. е проведено радиолечение в J^{131}, след което е започнато заместително лечение с L-тироксин.

По данните от анкетното проучване на работната среда от НОИ – Варна (протокол №5/08.03.2011 г.):

- Медицинското свидетелство от предварителния медицински преглед визира годност за работа в МВР, но не съдържа необходимите прегледи и изследвания за работа с йонизиращи лъчения, съгласно Наредба №29 за здравни норми и изисквания при работа в среда с йонизиращи лъчения (ДВ бр.78/2005 г.) и предшества назначаването на работа с 6 месеца.
- липса на специално предпазно облекло – защитна яка, закриваща зоната на щитовидната жлеза;
- липса на индивидуален дозиметричен контрол – в продължение на години; индивидуални дозиметри са предоставени през 2010 г. и са извършени двукратни оценки на индивидуалната еквивалентна доза;
- за периода от постъпване на работа през 2004 г. до 2010 г. не са провеждани профилактични прегледи от радиобиолог, съгласно изискванията на Наредба №29 за здравни норми и изисквания при работа в среда с йонизиращи лъчения (ДВ бр.78/2005 г.) (2).

ОБОБЩЕНИ ДАННИ

Двете пациентки са работили на едно и също работно място – като граничен полицай в среда с йонизираща радиация, при сходни трудови условия. И двете постъпват здрави на работа.

Резултатите от измерванията на мощността на еквивалентната доза на излъчване в работната среда и от измерванията с цел персонален контрол на погълнатите дози чрез показанията на индивидуалните дозиметри (за 2-3 тримесечия) показват съответствие с нормативните изисквания на Наредбата за основните норми за радиационна защита (2004 г.) (3), което категоризира работещите в категория „Б“ – т.е. работещите в този обект няма вероятност да получат годишна ефективна доза на 6mSv.

И на двете болни професионалната ТЕЛК е признала професионална етиология на заболяванията, които са потвърдени от НЕЛК.

ОБСЪЖДАНЕ

От изнесените случаи прави впечатление младата възраст на пациентките (27 и 28 г.), което се потвърждава от известните данни, че младите индивиди и тези от женски пол са по-чувствителни на действието на йонизиращата радиация. Професионалното облъчване обикновено е с ниски дози (<0.2 Gy), при което единствено са възможни стохастични ефекти. Според приетата в настоящия момент линейно безпрагова хипотеза, те се появяват при всички дозови нива и са в резултат от директното увреждане на ДНК. Модифицираната клетка може да бъде родоначалник на клетъчен клон, водещ при определени условия до развитието на неоплазми. Вероятността от тяхната поява нараства пропорционално на погълнатата доза. Стохастичните ефекти се развиват след дълъг латентен период, поня-

кога до 20-30 години. В представените случаи неоплазмите се развиват след къс латентен период (3 и 4 г.).

Въпреки нормалните нива на основните дозиметрични показатели и ниският радиационен риск, скорошната поява на рака на щитовидната жлеза най-вероятно се свързва с неизпълнението на изисквания по наредбите за лъчезащита (2,3) – апаратите нямат защитни екрани, гумено-оловните ленти са непрекъснато отворени, защото багажите минават непрекъснато един след друг; не е извършван системно индивидуален дозиметричен контрол и техническа профилактика на апаратите; не са информирани служителите за мощността на погълнатата доза и референтните граници, не е провеждан предварителен и периодични инструктажи за мерките за радиационна защита; не са провеждани редовно периодичните медицински прегледи с участие на радиобиолог; липсва специално предпазно облекло – защитна оловна яка, закриваща зоната на щитовидната жлеза – фактори, свързани с организацията на трудовия процес.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Хигиена, хранене и професионални болести (учебник за студенти по медицина и общопрактикуващи лекари), под ред. на проф. д-р Божидар Попов, дмн, София, 2009
2. Наредба №29 за здравни норми и изисквания при работа в среда с йонизиращи лъчения (ДВ бр.78/2005 г.)
3. Наредба за основните норми за радиационна защита (ДВ, бр. 73/2004 г.)
4. Recommendations of the International Commission on Radiological Protection

Адрес за кореспонденция:
доц. В. Несторова
МУ - Варна
УНС „Професионални болести“
ул. М. Дринов 55, 9002 Варна
e-mail: dr_nestorova@yahoo.de

СЪВРЕМЕННИ ПОДХОДИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТЪР МИОКАРДЕН ИНФАРКТ

Веселин Вълков

УМБАЛ „Св. Марина"- Варна, Първа клиника по кардиология с ИКО

TIME AS A FACTOR IN THE MODERN TREATMENT OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Veselin Valkov

University Hospital "St. Marina "- Varna, First Cardiology Clinic with Intensive coronary clinic

РЕЗЮМЕ

Острият миокарден инфаркт (ОМИ) е остра форма на Исхемична болест на сърцето (ИБС), при която е настъпило пълно запушване на коронарна артерия. ОМИ е социално значим проблем, както в световен мащаб така и у нас. Според съвременните препоръки интервенционално лечение при ОМИ следва да се провежда до дванадесет часа от началото на симптоматиката. Навременността му е в пряка зависимост от времето за което е потърсена лекарска помощ и насочването на пациента до клиника за интервенционално лечение. Проучване сред 165 пациенти с диагноза ОМИ и извършена PCI установи, че пациентите късно постъпват в клиника по интервенционално лечение. Значителен е делът на пациентите (38%), които въпреки че веднага след появата на симптомите са потърсили лекарска помощ, не са насочени към център за интервенционално лечение. Данните от проучването показват че, немалка част от пациентите са лишени от възможността да получат съвременно лечение на ОМИ, което води до тяхната инвалидизация и нетрудоспособност.

Ключови думи: *ОМИ, коронарна стеноза, болница, PCI, пациент*

SUMMARY

Acute myocardial infarction (AMI) is a severe form of Ischemic heart disease (IHD), wherein occurred a complete coronary artery occlusion. AMI is a significant social problem, both globally and at home. According to current guidelines for interventional therapy of AMI should be performed within twelve hours of the onset of symptoms. The timeliness is directly dependent on the time for which it is sought a medical attention and directing the patient to the clinic for interventional treatment. A study among 165 patients diagnosed with AMI and a performed PCI establish that the patients enter late the clinic for interventional treatment. A significant proportion of patients (38%) which, although immediately after symptom onset have sought a medical attention were not directed to the clinic for interventional treatment. The survey data show that a significant proportion of patients are deprived from the opportunity to obtain advanced treatment of AMI, leading to their invalidity and disablement.

Key words*: AMI, coronary stenosis, hospital, PCI, patient*

ВЪВЕДЕНИЕ

В САЩ и повечето Европейски страни смъртността от исхемична болест на сърцето (ИБС) достига своя максимум през 60-те години на XXв., след което се наблюдава постоянна тенденция за снижаването ѝ (1). Тази тенденция се постига чрез модификация на рисковите фактори, подобряване на доболничните грижи, създаване на интензивни кардиологични отделения, въвеждане на фибринолитична терапия в острата фаза на острия миокарден инфаркт (ОМИ) и интервенционалното му лечение. Първичната перкутанна коронарна интервенция (PCI) при ОМИ, след 2000г., за кратко успя да се утвърди, като категорично най-ефикасното лечение. Тя няма практически никакви противопоказания и е много по-ефикасна от фибринолизата. Реваскуларизацията чрез фибринолиза е успешна в 50% от случаите докато при PCI в 90-95%. След постигната с фибринолитик реперфузия на миокарда в над 80% от случаите в коронарната артерия има остатъчен тромб и персистираща стеноза на коронарната артерия. Това е свързано с висок риск от повторно тромбозиране в тази зона (реинфаркт). При PCI се премахва не само тромбът, но и коронарната стеноза (1,3).

В исторически план за „баща" на сърдечната катетеризация се цитира името на Вернер Форсман (1929г.). През 1964г. Дотър и Джаткинс въвеждат ангиопластика на оклудирани артерии на крайниците използвайки катетри с нарастващ диаметър. Десет години по-късно Андреас Грюнциг създава първия специален дилатационен балон и през 1977г. осъществява първата балонна коронарна ангиопластика на човек в Цюрих, Швейцария. Започвайки с тази първа процедура всички коронарни ангиопластики влизат в международен регистър (4). Революционна крачка в развитието на методиката е създаването на първия интракоронарен стент от Хулио Палмас. На 3 Август 1994г. American Drug and Food Administration (FDA) одобрява и разрешава за употреба първия Palmaz-Shatz стент. До 1997г. са проведени над един милион коронарни ангиопластики, което ги прави най-често провежданата медицинска манипулация в света, а имплантирането на интракоронарен стент става обичайна практика в лечението на ИБС (11). Следващата голяма стъпка в развитието на интервенционалната кардиология е въвеждането през 2003г. на медикамент излъчващите стентове. Първият одобрен от FDA медикамент излъчващ стент е Sypher произведен от Cordis който редуцира честотата на инстент рестенозите от 20% до 4% (11).

ОМИ е остра форма на ИБС, при която настъпва пълно запушване на коронарна артерия. Според съвременните препоръки, интервенционално лечение при ОМИ следва да се провежда до дванадесет часа от началото на симптоматиката. В болшинството от случаите ОМИ протича с типична симптоматика, караща болния незабавно да потърси лекарска помощ. Основният и най-яръкът клиничен симптом е болка в гърдите. Често тя е много силна, ирадииращa към шията, раменете, челюстите или гърба. В много от случаите е придружена от силно безпокойство, изпотяване, задушаване, гадене, повръщане. В 10-30% от случаите болка може да липсва. Това се случва при възрастните, болните със захарен диабет или такива с аортокоронарен байпас (1,5,9). Поставянето на точна диагноза е отговорност на лекаря и изисква лабораторни и апаратни изследвания, но за да бъде направено това е необходимо болния да потърси медицинска помощ. На съвременния етап от развитието на здравеопазването, здравната информация е залог за успешно лечение на редица заболявания, повлияваща и подобряването на състоянието на болния. Знанията на пациента му позволяват активно да сътрудничи в процеса на собственото му лечение. Информираният пациенти има адекватно поведение и активно участва при вземане на решения свързани с неговото здраве (2).

ЦЕЛ

Да се проучат информираността на пациента за поведение при гръдна болка, и за съвременните методи за лечение на ОМИ.

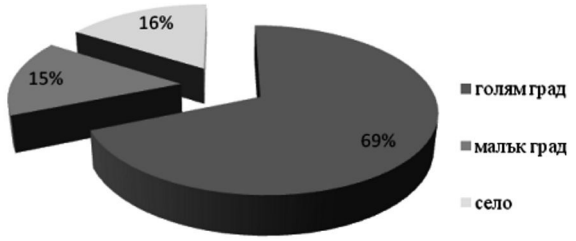
МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проведено е анкетно проучване чрез пряка анонимна анкета сред 165 пациенти с диагноза ОМИ и проведена PCI в ангиографска лаборатория в УМБАЛ „Св. Марина". Използвани са и документален (анализ на ИЗ на пациентите) и статистически метод (за анализ на резултатите, като е използван статистическия пакет SPSS for Windows версия 16.0.0.). Изследването е проведено през периода септември 2011г. - март 2014г.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

В проучването са включени общо 165 пациенти. По-голям е делът на мъжете (81,1%). Жените формират 18,9%. По-малкия броя на жените се дължи на това, че рискът от ИБС при жени се увеличава и се изравнява с този на мъжете след

60 годишна възраст. Средната възраст на мъжете е 57г., а на жените 68г. При анализът на демографската характеристика на респондентите се установи, че значителна част от тях живеят в големи градове (68, 8%) (фиг. 1).



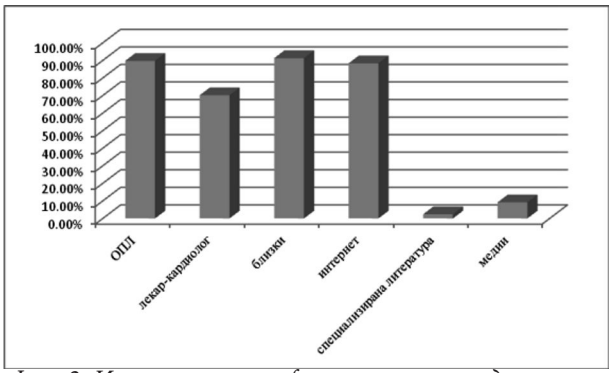
Фиг. 1. Разпределение на пациентите според населеното място, в което живеят

Населеното място е от значение за навременно и съвременно лечение на ОМИ, поради възможността за достъп до ангиографска лаборатория. Жителите на малките градове и селата достигат клиниката по интервенционална кардиология, самостоятелно или по-често насочени от личния си лекар, докато болните от големите градове напълно излишно се забавят от прегледи в спешни центрове, а не рядко и от хоспитализации в кардиологични клиники без възможност за интервенционално лечение.

В зависимост от образованието преобладават пациентите със средно образование (63%). С висше и полувисше са общо 19%. Данните показват, че с по-висока степен на образование са жителите на големите градове ($p < 0,01$).

Според нас индивидуалните характеристики, като пол, възраст, местоживеене, степен на образование са предпоставка за по-високата здравна информираност на пациентите.

Данните от проучването показват, че пациентите търсят знания свързани с тяхното здраве. Основен източник на здравна информация за ОМИ и поведение при гръдна болка са близките (91,2 %) и ОПЛ (89,7%) (фиг. 2.).

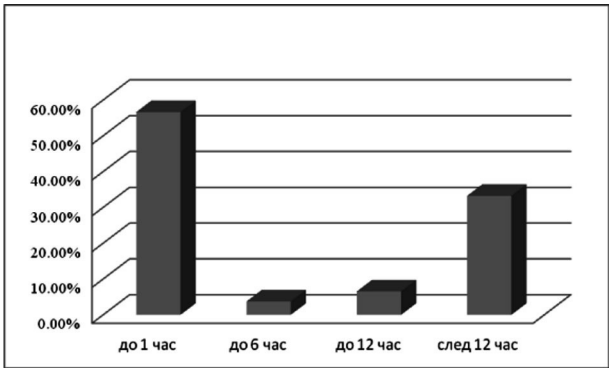


Фиг. 2. Източник на информация за поведение при гръдна болка

**% надвишава 100, поради избор на повече от един отговор*

Интернет мрежата, също е често използвана форма за събиране на информация (88,3%), което може да се дължи на удобството й, като източник на знания и информация. Данните показват, че роля в здравното информиране на пациента имат и медицинските специалисти, въпреки че болния търси информация по-често от своите близки. Резултатите показват, че място в здравното информиране заемат и медиите, но по-малката им роля може да се дължи на недостатъчността им. Полът е предпоставка за избор на здравно-информационен източник ($p < 0,05$). Мъжете се обръщат към ОПЛ (69,1%) и близките си (65,6%), докато жените предпочитат информация от лекар – кардиолог (85,50%) и интернет (65,4%).

Времето от появата на гръдната болка до търсене на лекарска помощ, разкрива информираността на пациентите и адекватността на поведението при симптоми на ОМИ. Според данните, половината от пациентите са потърсили лекарска помощ до 1 час след поява на симптомите (56,60%), но една трета са изчакали повече от 12 часа (33,20%) (фиг. 3).



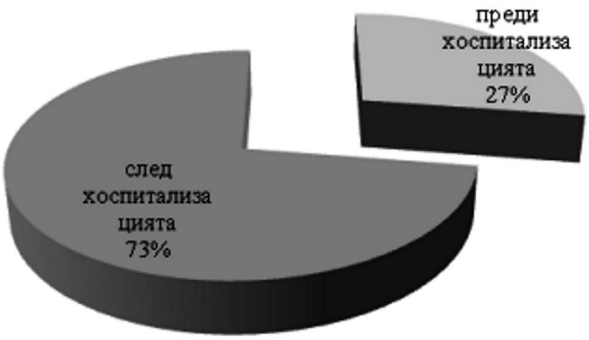
Фиг. 3. Разпределение на пациентите, според времето от поява на симптомите до търсене на лекарска помощ

Получените данни показват, че почти половината от анкетираните пациенти не са достатъчно информирани за поведение при гръдна болка и вероятно нямат нужната информация за значението на „времето“, като фактор при лечението на ОМИ. Късно проведената рекализация на коронарната артерия не носи голяма полза за пациента, тъй като промениете в миокарда след 12 час са необратими.

Значителен е делът на пациентите (38,8%), които въпреки че веднага от появата на симптомите са потърсили лекарска помощ, не са насочени до център за интервенционално лечение. Да-

нните показват, че значителна част от пациентите са лишени от възможността да получат съвременно лечение на ОМИ, което води до тяхната инвалидизация и нетрудоспособност.

Въпреки, че пациентите използват различни източници за събиране на здравна информация, повечето от тях, получават информация за първичната перкутанна коронарна интервенция (PCI) едва след хоспитализацията (72,60%) (фиг. 4).



Фиг. 4. Информираност на пациентите за PCI

За една трета от пациентите предварителната информация за съвременното лечение на ОМИ им е била предоставена от лекар-специалист или от техни близки на които е извършена PCI.

Значителен е делът на анкетираните пациенти, които не са информирани за ангиографски центрове в близост до населеното място в което живеят, преди хоспитализацията (69,80%), което според нас също може да е предпоставка за ненавременно интервенционално лечение.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение можем да обобщим, че поставянето на точна диагноза е отговорност на лекаря специалист. Тя изисква лабораторни и апаратни изследвания налични във високоспециализираните клиники, но за да бъде направено това е необходимо болния да потърси медицинска помощ, а лекаря работещ в системата на доболничната помощ да го насочи към подходящата клиника. Недостатъчната информираност на пациента за „времето", като фактор може да е предпоставка за инвалидизирането му. Повишаване информираността на пациентите за поведение при продължителна гръдна болка чрез здравно-обучителни програми и информация от средствата за масова информация следва да се заложи, като важна задача на системата за обществено здравеопазване в страната.

Адрес за кореспонденция:
УМБАЛ „Св. Марина"
Бул. Хр. Смирненски 1
д-р Веселин Вълков
e-mail: vd.valkoff@abv.bg

ОСВЕДОМЕНИ ЛИ СА ГРАЖДАНИТЕ ЗА ПРОВЕЖДАНАТА ОБЩИНСКА ЗДРАВНА ПОЛИТИКА И ЖЕЛАЯТ ЛИ ДА УЧАСТВАТ В НЕЯ? РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОУЧВАНЕ НА ОБЩЕСТВЕНОТО МНЕНИЕ В ОБЩИНИ ВАРНА, ДОБРИЧ И ВЕЛИКИ ПРЕСЛАВ

Десислава Атанасова-Пийтърсе

Медицински университет Варна

ARE THE CITIZENS AWARE ABOUT THE MUNICIPAL HEALTH POLICY AND DO THEY WANT TO TAKE PART IN IT? RESULT FROM OPINION POLL IN THE MUNICIPALITIES VARNA, DOBRICH AND VELIKI PRESLAV

Desislava Atanasova-Pieterse

Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

С възстановяването на общинското самоуправление през 1991, българските общини придобиват немалко правомощия и отговорности за провеждането на местната здравна политика. В каква степен тези функции са познати на обществото и доколко самите граждани са готови да участват във вземането на решения свързани с общинската здравна политика е открит въпрос.

Цел: *да се проучи обществената осведоменост за провежданата общинска здравна политика и желанието за участие в различни области свързани с нея.*

Материали и методи: *Проведено е проучване на общественото мнение в три общини с различни демографски, социо-икономически, географски и етнически профили. Представители на три групи (граждани; общински съветници и здравни експерти) са включени в провеждането на анкетно проучване и интервю.*

Резултати и обсъждане: *Над 60% от гражданите не са наясно с предприетите мерки от местната власт за подобряване на здравето, не познават отговорностите и правомощията на общините свързани със здравеопазването, не знаят какви възможности за участие имат на местно ниво, не са запознати със здравните приоритети и са в невидение по редица финансови*

SUMMARY

Introduction*: After the recovery of the municipal autonomy in 1991, the Bulgarian municipalities receive significant responsibilities related to the conducting of the local health policy. However, the extent to which those municipal functions are known to the community and the attitude to citizens involvement in the local healthcare decision-making, are still not well-studied.*

Objective: *to investigate the public awareness about the municipal health policy and the citizens' willingness to take part in the municipal healthcare decisions.*

Material and methods*: Opinion poll in three Bulgarian municipalities with different demographic, socio-economic, geographic and ethnic profiles was carried out. Representatives from three groups (citizens, municipality officials and health experts) took part in personal interviews.*

Results and discussion*: More than 60% of the respondents do not know what are the measures taken by the local authorities to improve the municipal health; the municipal responsibilities related to the healthcare; citizens participation possibilities in municipal healthcare decision-making; municipal health priorities and other financial issues related to it. Exercising monitoring and control above the health policy decisions (69%) and setting health priorities and planning (72%) are the most appreciated by the respon-*

въпроси. Най-предпочитаните области за поемане на определена роля от гражданите като партньори или консултираща страна са упражняването на мониторинг и контрол върху взетите решения (69%) и определянето на здравните приоритети и планиране (72%), а най-слабо намирането на средства в тази сфера и тяхното разпределение.

Изводи и заключение: *Съществува сериозна неосведоменост за провежданата общинската здравна политика и възможностите за участие в нея в двете общини. Упражняването на мониторинг и контрол върху взетите решения и определянето на здравните приоритети и планиране са областите с най-голям потенциал за обществено участие.*

Ключови думи: *общинска здравна политика; гражданско участие; вземане на решения; общини*

dents for partnership or consulting the municipal authorities, while the funds raising and distribution the least preferred.

Conclusion: *There is a serious lack of public awareness about the municipal health policy and the possibilities for citizens participation in it. The monitoring and control on the healthcare decision-making and the setting of priorities are the decision-making areas with the highest potential for public participation.*

Keywords*: municipal health policy; citizens participation; healthcare decision-making; municipalities*

ВЪВЕДЕНИЕ

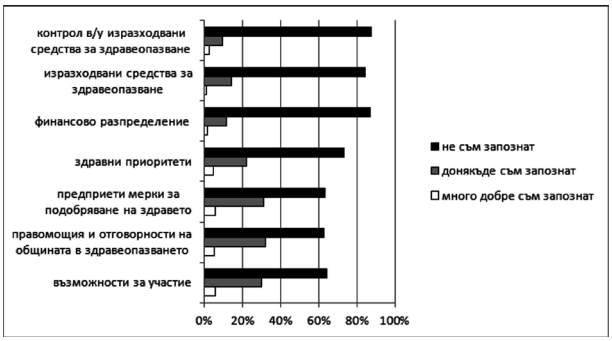
Определянето на общината като „основна административно-териториална единица, в която се осъществява местно самоуправление" (чл. 136 от Конституцията) [3] поставя началото на съвременния модел на възстановено общинско самоуправление [4]. С промените в Законът за местното самоуправление и местната администрация през 1995 г. значително по-точно се определят правомощията на общинската власт, включително в областта на здравеопазването (чл. 11 от Закон за изменение и допълнение на ЗМСМА) [2]. С възстановяването на общинското самоуправление през 1991, българските общини придобиват немалко правомощия и отговорности за провеждането на местната здравна политика. В каква степен тези функции са познати на обществото и доколко самите граждани са готови да участват във вземането на решения свързани с общинската здравна политика е неизяснен въпрос. Проучването на общественото мнение по тези проблеми може да допринесе в определянето на най-предпочитаните области за участие на гражданите и най-желаните участници в различните области от решения в местната здравна политика, както и да установи нивото на комуникация и взаимодействието между гражданите и органите на местна власт в тази област.

ЦЕЛ

Да се проучи обществената осведоменост за провежданата общинска здравна политика и желанието за участие в различни области свързани с нея.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Проведено е проучване на общественото мнение в три общини с различни демографски, социо-икономически, географски и етнически профил, през периода август-септември 2009 г. Варна е избрана като пример за една голяма, относително добре развита икономически община, с добър демографски профил и ниска степен на безработица, Добрич-град като средно голяма община със сезонни колебания в степента на безработица, център на голям селскостопански район и Велики Преслав като пример за една малка община, характеризираща се със свиваща се икономика, висока степен на безработица, ниска степен на образованост и специфичен етнически профил. Извадката включва общо 351 респондента представящи граждани, общински служители (съветници в постоянните комисии и служители в административните отделите отговарящи по здравеопазване) и здравни експерти извън общината. Информацията за тяхното мнение е събрана чрез анкета и интервю лице в лице.



Фигура 1. Осведоменост на гражданите по различни въпроси свързани с провежданата общинската здравна политика и възможностите за участие в нея



Фигура 2. Желани нива за гражданско участие по различни тематични области свързани със здравеопазването на местно ниво

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Осведоменост за провежданата общинска здравна политика

Анкетираните граждани и здравни експерти се чувстват незапознати по редица въпроси имащи отношение към провежданата здравна политика на местно ниво (Фигура 1). Над 2/3 от всички анкетирани отбелязват, че не са наясно с предприетите мерки от местната власт за подобряване на здравето, не познават отговорностите и правомощията на общините свързани със здравеопазването, не знаят какви възможности за участие имат на местно ниво, не са запознати със здравните приоритети и са в невидение по редица финансови въпроси. Болшинството от респондентите са в пълна финансова мъгла. Най-голяма е неяснотата по отношение на контрола на изразходваните средства за здравеопазване (88%), техният дял от общинския бюджет (87%) и начинът, по който се разпределят средствата за здравеопазване на местно ниво (85%). Това заедно с високият дял на непознаващите здравните приоритети на общината, включително част от здравните експерти, подсказва слабости в начина на комуникиране и взаимодействие между граждани и представители на местната власт по отношение на основни функции свързани с провежданата общинска здравна политика.

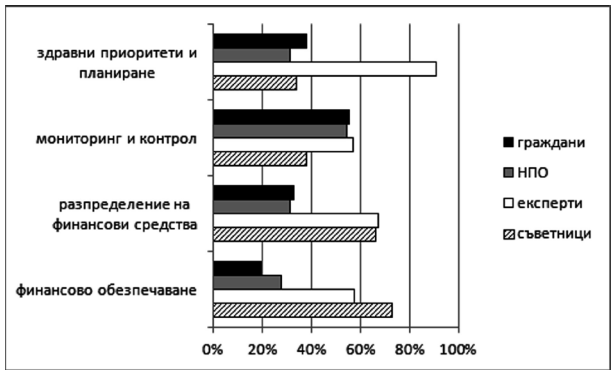
Желание за участие според специфични области свързани със здравеопазването на местно ниво

При проучването на предпочитаните нива на участие по определени теми сме се спрели на четири области подбрани въз основа на предварително проведени дълбочинните интервюта сред здравни експерти и активни граждани, чиито резултати поради ограничаващите ни изисквания няма да разгледаме в тази статия.

Най-често гражданите желаят да участват по различните области от решения свързани със здравеопазването в тяхната община като консултираща страна, предоставяща информация, но не и носеща отговорност за крайните решения. Упражняването на мониторинг и контрол върху взетите решения (69%) и определянето на здравните приоритети и планиране (72%) са най-предпочитаните области за поемане на определена роля от гражданите като партньори или консултираща страна (Фигура 2). За разлика от тях, по финансовите въпроси като обезпечаване и разпределение на средствата за здравеопазването в общината респондентите са най-резервирани**.** Над 1/3 от тях предпочитат да не участват. В най-голяма степен анкетираните, виждат участието на гражданите като партньорство или консултиране при определянето на това какви услуги са най-много необходими и желани и кои са най-много и най-малко важни. Въпреки това обаче, интересът към поемането на отговорност остава най-значим по отношение на упражняването на контрол и управляването на средствата за здравеопазване, така че да са изразходвани по предназначение и за предвидените здравни дейности (31%). Областта, която остава най-слабо привлекателна за участие според анкетираните е финансовото обезпечаване при определянето на това колко средства за здравеопазване да бъдат заделени и от къде да бъдат осигурени. Тук делът на предпочитащите неучастие (37%) е най-голям в сравнение с другите области от решения.

В субективната оценка на респондентите за участието на гражданите в общинската здравна политика, съществува значително разминаване в мнението на граждани, здравни експерти извън общината и общински съветници и администрация. Докато повечето от гражданите и здравните експерти (над 50%) считат, че не се предоставят възможности за участие, информация за взетите решения и не се съобразяват мнението и

позицията на гражданите по въпроси свързани със здравеопазването в тяхната община, то общинските съветници и представители на администрацията (над 60%) са точно на противоположното мнение. Единствено по отношение на това дали реално гражданите участват, съществува сходство в мнението, че такова липсва според повече от половина респонденти във всяка от групите.



Фигура 3. Най-предпочитани участници по тематични области свързани със здравеопазването на местно ниво

Анализирането на предпочитанията за участниците във вземането на решения по отделните тематични области разкри по още по-категоричен начин възприемането на гражданите (55%) и НПО (54%) като най-подходящи участници при упражняването на мониторинг и контрол върху вземаните решение свързани със здравеопазването (Фигура 3). Докато болшинството от анкетираните (73%) считат, че общинските съветници биха имали най-адекватна роля при финансовото обезпечаване, то стратегическите решения като определянето на здравните приоритети и планирането се свързват почти от всички (91%) с участието на здравните експерти. Въпреки, че други проучвания показват чувствителност на гражданите към финансовите проблеми засягащи здравеопазването [1], желанието им за участие в разрешаването им чрез намирането на финансови средства и разпределението им е по-малко привлекателно. Подобна предпазливост и дори резервираност на гражданите за поемането на отговорност при вземането на решения свързани с местното здравеопазване се потвърждават и от друго проучване [5]. Някои проучвания също могат да показват известна противоречивост в мнението на гражданите, които могат да искат хем да имат по-силно влияние върху вземаните решения, хем да считат че решенията трябва да се вземат от медици и здравни експерти [6]. Именно в тези случаи е важно да се изследва степента на желание за участие спрямо, конкретния вид решение, какъвто подход предлага и нашето проучване.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Съществува сериозна обществена неосведоменост по различни въпроси свързани с провежданата общинската здравна политика, възможностите за участие в нея и отговорностите и правомощията на общините в областта на здравеопазването.
2. Най-сериозна е липсата на прозрачност по отношение на основни области от дейността на общината свързани с финансовия контрол, осигуряването и разпределянето на средствата за здравеопазване, както и здравните приоритети.
3. Упражняването на мониторинг и контрол върху взетите решения и определянето на здравните приоритети са областите с най-голям потенциал за обществено участие, докато финансовото обезпечаване на здравните дейности е най-слабо привлекателно за участие от гражданите.

За постигането на една общоприета и успешна местна здравна политика е особено важно тя да бъде не само ориентира към гражданите, но и да се осъществява чрез гражданите. За това е необходимо:

- да се повиши осведомеността на гражданите за отговорностите и ролята на общината свързани със здравеопазването, възможните механизми за участие и вземаните от нея решения чрез системно и активно включване на местните медии за тяхното популяризиране, актуализирането на интернет-сайта на общината и провеждането на срещи по актуални здравни теми с представители на местната власт;
- да се разработят процедури за участие на гражданите и здравните експерти в упражняването на мониторинг и контрол върху вземаните решения и определянето на здравните приоритети и планиране на местно ниво;
- да се използват конкретни данни от проучвания на мнението и потребностите на граждани и здравни експерти чрез анкети и интервюта.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Алфа Рисърч. Проучване на обществените нагласи към бюджет 2010, октомври 2009.
2. Закон за изменение и допълнение на ЗМСМА, ДВ, бр.65 от 21 юли1995.
3. Конституция на Република България, обн. ДВ, бр. 56 от 13 юли 1991.
4. Попов, М., Ж. Големанова, Въведение в здравната политика. Здравната реформа в България. II част. Под ред. М. Попов, Македония прес, София, 1998, 17-34.
5. Abelson, J., J. Lomas, J. Eyles, St. Birch, G. Veenstra. Does the community want developed authority? Results of deliberative polling in Ontario.- Can Med Assoc J, 153, 1995, No 4, 403-412.
6. Richardson, A., M. Charny, S. Hanmer-Lloyd. Public opinion and purchasing.- BMJ, 1992, 304, 680-682.

Адрес за кореспонденция:
Медицински университет - Варна
ул. „Марин Дринов“ 55
9002 Варна
e-mail: desislava_aa@yahoo.com

ЗДРАВЕ В ПОЛИТИКИТЕ НА ОБЩИНИТЕ В РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

Паулина Кирова, Анжелика Велкова

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

HEALTH IN THE MUNICIPAL POLICIES IN BULGARIA

Paulina Kirova, Angelika Velkova

Dept. of Social and Preventive Medicine, Medical Statistics, Pedagogy and Psychology Faculty of Public Health, Medical University – Pleven

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Местните политики са важен фактор на общественото здраве. Общините в България имат уникалната възможност да подобрят здравето, тъй като те носят отговорността за публичните сектори с най-голямо влияние върху здравето.*

Цел: *Изследването има за цел да проучи мнението на общинските администрации и гражданите за създаване на общински здравни политики и оценка на тяхното въздействие.*

Материал и методи: *Проучването е проведено в периода февруари – март 2013 год. За участие в пощенска анкета са поканени всички 264 общини в България, от които са се отзовали 168 (63,6%). Събрана е информация от оторизирани представители на общините относно здравните проблеми, детерминантите на здравето и политиките в областта на общественото здраве. Сред населението на Община Плевен е проведена пряка индивидуална анкета. От поканените 400 лица са обхванати 335 (83,75%). Проучено е мнението на гражданите за здравните проблеми и детерминантите на здравето.*

Резултати и обсъждане: *Почти една трета (30.4%) от отговорилите общини не получават редовно информация от Регионалните здравни инспекции относно здравния статус на населението. Здравни стратегии са приети в 13.3% от общините. Мнозинството от общините (74,4%) считат, че трябва да бъде приета методика за оценка на въздействието на общинските стратегии и решения върху здравето. Гражданите (80,6%) също определят като важна предвари-*

SUMMARY

Introduction: *Local public policies are an important determinant of health. Municipalities in Bulgaria have a unique opportunity to improve health, as they are directly responsible for the public sectors with the most significant impact on health*

Objective of this study is to explore problems of the creation and health impact assessment of municipal policies and decisions.

Materials and methods: *Two surveys were conducted between February and May 2013. The first one was carried out in the 264 municipalities of the Republic of Bulgaria. Out of them 168 (64%) have responded to the invitation. Information on the health problems of the municipalities, the determinants of health and policies in the field of public health was collected through direct mail survey.*

The second survey was conducted among 400 citizens of Municipality of Pleven. The actual participants were 335 (83.75%). Information on the health problems and determinants of health was collected by self-administered questionnaire.

Results and discussion: *Almost a third (30.4%) of responded municipalities do not receive regular information from the Regional Health Inspectorate on the health status of the population. One-fifth of the 101 municipal hospitals and medical centers carried out municipal programs of health promotion. Health Strategy was adopted in 13.3% of municipalities and in 2% of them they do not run. The majority (74,4%) of the municipalities felt a Health Impact assessment methodology has to be adopted. Greater proportion of citizens (80,6%) considered the importance of Health Impact assessment of municipal plans.*

телната оценка на въздействието на общинските планове върху здравето.

Изводи и заключение: *Българските общини имат позитивните нагласи и добра информираност по проблемите на опазване и укрепване на здравето, но няма практика и регламент за събиране и анализ на данни за здравето от общинските администрации. Липсват механизми за взаимодействие и координация между общините и Министерство на здравеопазването.*

Гражданите и общинските администрации имат нагласа за съвместно изработване на общински политики за подобряване на здравето и благополучието на местната общност.

Ключови думи: *здраве, община, стратегия, здравна политика, оценка на въздействието върху здравето*

Conclusion: *The citizens and the municipalities are willing to work together and to develop municipal policies for improvement of population health.*

Keywords: *health, municipality, strategy, health policy, health impact assessment*

ВЪВЕДЕНИЕ

"Здраве във всички политики" е подход, който надхвърля границите на здравния сектор и е насочен към политиките на публичните власти в областта на икономиката, финансите, заетостта, безопасността, образованието, инфраструктурата, транспорта, околната среда – секторите, които оказват влияние върху човешките здраве. Той е базиран на принципите и ценностите на призива на Световната здравна организация за мултисекторни действия за здраве (1) и на концепцията за създаване на здравословни публични политики (2). Подходът цели да се постигнат най-големи ползи за здравето от промени и подобрения в социалната, физическата и икономическата среда. Той е както средство за насърчаване на всички държавни сектори да обмислят последиците за здравето и благополучието от техните политики и практики, така и инструмент за практическо приложение на научните доказателства в публичните политики.

Подходът "Здраве във всички политики" е базиран на познанието, че здравето на популацията е не само продукт на дейностите на здравния сектор, но до голяма степен се определя от жизнените условия, социалните и икономически фактори и поради това често се повлиява от политики и действия извън здравния сектор.

Основният проблем, разискван на Тринадесетата международна конференция по промоция на здравето в Хелзинки, Финландия през 2013 година, бе насърчаването на използването на оценката на въздействието върху здравето на публичните политики като инструмент за внедряване на подхода "Здраве във всички политики" (3)=

Местните власти в Република България са непосредствено отговорни за обществените сектори с най-значимо влияние върху здравето. Те имат правомощията да кумулират и разпределят обществени ресурси, чрез които да моделират условията на физическата и социална среда на територията си. Общините могат да определят специфичните изисквания за дейността на физическите и юридическите лица на територията на общината, които произтичат от екологичните, историческите, социалните и другите особености на населените места, както и от състоянието на инженерната и социалната инфраструктура. Те могат да регулират обществените отношения чрез нормативни документи и да мобилизират съвместните усилия на гражданите. Действията на местните власти са решаващ фактор за намаляването на несигурността и дискриминацията и увеличаването на позитивните взаимоотношения в общността. Съществено значение за здравето на населението има оценката на въздействието, което общинските политики и практики оказват върху здравето.

ЦЕЛ

Да се проучат проблемите при създаването и оценката на въздействието на общинските политики върху здравето на населението от общините и гражданите.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Паралелно са проведени са две социологически проучвания в периода февруари-май 2013 г.:

1. Сред 264-те общини на Република България, от които са се отзовали на поканата за участие 168 общини (64%). Събрана е информация чрез пряка пощенска анкета относно здравните проблеми на територията на общините; детерминантите на здравето; достъпността на медицинската помощ и политиките в областта на общественото здраве.
2. Сред 400 жители на Община Плевен на възраст от 17 до 84 години – в град Плевен и селата Ясен, Коиловци, Буковлък и Брестовец, избрани чрез случаен подбор. Общият обем на извадка е 335 отзовали се лица, чиито данни са включени изцяло в направените анализи. Първичната информация е събрана чрез пряка индивидуална анкета на територията на предприятия, институции, домове и клубове на пенсионера. Анкетирани са лица и от няколко специфични групи: работещи на възраст 15-65 години, общински съветници /12 бр./, пенсионери на възраст 65-84 години, безработни във всички възрастови групи, български граждани от ромски произход /5 бр./.

Статистическите анализи са осъществени с помощта на класически статистически методи за описание на данни и сравнения между независими извадки. Използван е пакетът от програми за статистически анализ SPSS 16.1.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

1. Проблеми при създаването на общински политики в областта на здравето.

Наличието на актуални данни за болестност, заболеваемост и смъртност по причини на населението са важна предпоставка за изработване на провеждане на общинска здравна политика.

Съгласно националното законодателство, регионалните здравни инспекции осъществяват дейности по "анализи, оценки и прогнози за здравно-демографските процеси на **регионално ниво**" (чл.10 от Закона за здравето). В същото време, общинските съвети, съгласно правомощията им по Закона за местното самоуправление и местната администрация, следва да приемат и осъществяват политики в различни области, включително здравеопазването на **общинско ниво**.

В Стратегията за развитие на социалните услуги 2011 – 2015 година на Община Плевен, например, изрично е записано, че "*Община Плевен не разполага с данни за здравословното състояние на населението и структурата на заболеваемостта в общината, тъй като РЦЗ Плевен разполага с данни на ниво област."(4).*

Данните от проучването на национално ниво сочат, че едва 7,1% от анкетираните общини получават ежемесечно информация от Регионалната здравна инспекция за заболеваемост на населението, а 20,8% – често са информирани. Почти една трета (30,4%) от общините заявяват, че не получават информация. В същото време, 78,6% от общините се чувстват достатъчно информирани за своите здравни проблеми. Близо една пета (19,6%) от респондентите заявяват, че се чувстват слабо информирани за здравните проблеми.

Според получените данни, информация за най-честите заболявания в общината имат 54,2% от анкетираните граждани, много обща – 10,7%, а 6% нямат никаква информация. Преобладаващата част (62,5%) твърдят, че данните за най-честите заболявания в общината се вземат предвид при разработване на общински планове и програми, а само 8,9% от общините не се съобразяват със здравната информация.

На територията на Република България в съответствие със Закона за лечебните заведения, са разкрити заведения за болнична и извънболнична помощ с общинско участие – болници, диагностично-консултативни центрове, диспансери, домове за медико-социални грижи и др. Информация за дейността на общинските лечебни заведения имат 44, 1% от анкетираните общини, които имат лечебни заведения, като 18,5% от тях заявяват, че общинските лечебни заведения периодично внасят отчети в общината. По-малко от една десета от анкетираните общини заявяват, че нямат такава информация. Общинските лечебни заведения в 23% от 101 общини-собственици, осъществяват общински програми в областта на промоция на здравето. В 6,5% програми са осъществявани през предходни години, в 3,6% има приети програми, но те не се осъществяват, а в 28,6% от общините програми не са приемани.

Състоянието на околната среда е важен фактор за човешкото здраве, според многобройните публикувани научни изследвания. Качеството на атмосферния въздух, физико-химичните и микробиологични показатели на питейната вода, както и състоянието на почвите директно влияят върху заболеваемостта. Ежегодно регионалните инспекции по околната среда и водите публикуват регионални доклади за състоянието на околната среда. Докладите се публикуват на интернет страниците им. Според данни-

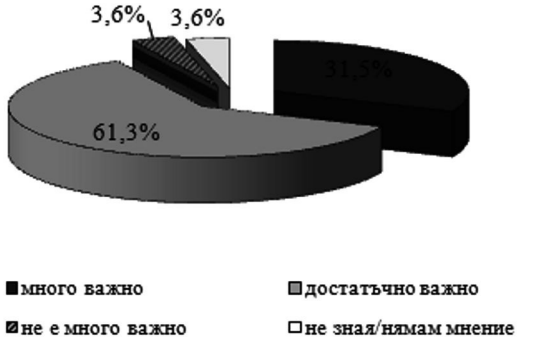
те от изследването 73,8% от респондентите имат информация за състоянието на околната среда в общината. 25,6% заявяват, че имат само обща информация.

В съответствие със Закона за здравето в детските заведения и училищата са създадени здравни кабинети, които се финансират от държавата и общините. Преобладаващата част от анкетираните общини – 63,7% заявяват, че са добре или много добре информирани за програмите за формиране на лични здравнозначими умения сред подрастващите, осъществявани от здравните кабинети в училищата. Една десета от общините не разполагат с такава информация.

2. Политики на общините в областта на общественото здраве

Общините осъзнават важността на целенасочените действия към укрепване и подобряване на здравето на населението. Според 95,2 от анкетираните общини участието на органите на местното самоуправление в програми по формиране на позитивно здравно поведение е важно. Според 4,2 на сто това не е важен проблем.

Според 92,9% от участвалите в изследването общини е важно общинските съвети да формират политиките си в съответствие със Стратегията "Здраве във всички политики" на Европейския съюз (фиг. 1).



Фиг. 1. Считате ли, че е важно общинските съвети да приемат политиките си в съответствие с подхода „Здраве във всички политики"?

Здравна стратегия, според респондентите, е приета в 13,3 на сто от анкетираните общини, като в 1,8 на сто от тях тя не се изпълнява. 85,7 на сто от анкетираните общини не са приемали такива стратегии.

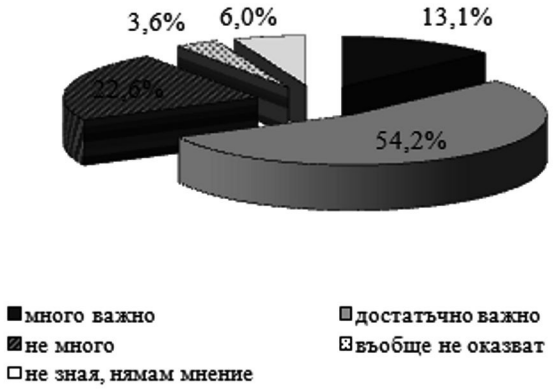
Участието на гражданите и организациите на гражданското общество в процесите на вземане на решения е от решаващо значение за ефективното и ефикасно управление на местно ниво. В Препоръка № 19 на Комитета на министрите от декември 2001 г. за гражданското участие в местния живот изрично се подчертава, че диалогът между гражданите и изборните представители в местната власт е от особена важност за местната демокрация, тъй като повишава легитимността на местните демократични институции, както и тяхната ефективност (5).

Почти всички анкетирани общини (95,8%) считат, че политики, насочени към здравето на хората, трябва да бъдат предварително консултирани с гражданите, преди да бъдат приети.

Мнозинството от участвалите в анкетното проучване граждани (78,5%) биха участвали в обществено обсъждане на общински политики, от които категорична готовност заявяват 39,1 на сто.

3. Въздействие на общинските политики върху здравето.

Фигура 2 илюстрира разпределението на общините според оценката им за влиянието на общинските политики върху здравето. Според две трети (67,7%) от анкетираните общини общинските политики оказват влияние върху здравето.



Фиг. 2. Считате ли, че общинските политики оказват влияние върху здравето на гражданите?

В проведените анкети бе предложено на общините и гражданите да оценят влиянието на екологичните проблеми, образованието и общинските политики в областта на културата, икономиката, обществения ред и сигурността върху здравето.

Според 73,8% от общините екологичните проблеми оказват пряко влияние върху здравето. Потенциалният ефект на екологичните проблеми върху здравето е оценен от 77,6% от анкетираните граждани като важен, а едва 1,5% заявяват, че отчитането на влиянието върху здравето при формиране на политики в областта на екологията не е важно. Болшинството от граждани-

те (94,6%) оценяват опазването на околната среда като важна задача на местната власт.

Според 94% от анкетираните общини образованието оказва влияние върху здравето, като само 5,4% считат, че това влияние не е силно. Оценяването на потенциалния ефект на общинските политики в областта образованието върху здравето е важно за 73,4% от анкетираните граждани. Голяма част от респондентите – 17,6 на сто нямат мнение.

Културните програми, организирани от общината, оказват влияние върху здравето според мнението на 58,3% от анкетираните общини. Оценяването на здравните ефекти на общинските политики в областта на културата е важна за 64,5% от анкетираните граждани. И тук е значителен делът (20,3%) на гражданите, които нямат мнение.

Мнозинството от анкетираните граждани (79,1%) считат, че опазването на обществения ред и сигурността трябва да бъде приоритет на местната власт. Оценката на потенциалния ефект на общинските политики в областта на обществения ред и сигурността върху здравето е важна за близо три четвърти от респондентите 73,8%.

Оценката на ефекта на общинските политики в областта на икономическото развитие върху здравето е важна за близо три четвърти от респондентите – 74,3 на сто.

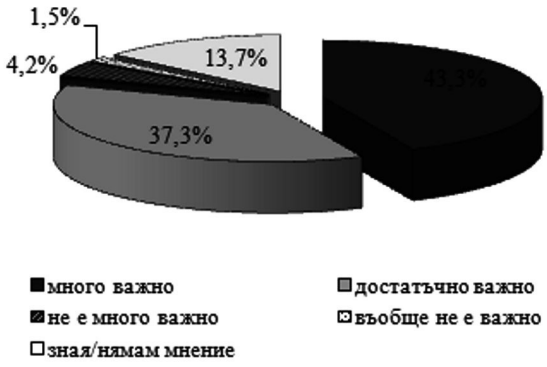
Мнозинството от участвалите в проучването граждани (85,4%) считат, че е важно общината да разработва и финансира програми за подкрепа на здравословен начин на живот, а 89,5% са убедени, че общината трябва да финансира изцяло или отчасти програми за подобряване на достъпа до медицинска помощ.

4. Оценка на въздействието на общинските политики върху здравето.

Оценката на въздействието върху здравето е систематичен, обективен и практичен способ за оценяване на потенциалните позитивни и негативни въздействия на проектите върху здравето и благосъстоянието и предлага пътищата, по които възможностите за подобряване на здравето могат да бъдат максимизирани и рисковете – минимизирани.

Въпреки че в света има множество публикувани ръководства, включително на Световната здравна организация, проучванията показват, че в Югоизточна Европа те не се прилагат. Едва 3% от анкетираните общини заявяват, че имат приета методика за оценка на потенциалния ефект на общинските политики върху здравето, въпреки че такава не беше представена. Три четвърти от обхванатите общини, обаче, считат че такава методика трябва да бъде приета. Това безспорно е индикатор за нарастване на отговорността на местните власти пред гражданите.

Мнозинството от анкетираните граждани (80,6%) считат, че е важно при приемането на плановете за развитие на общината да се отчита влиянието им върху здравето на гражданите (фиг. 3).



Фиг. 3. Считате ли, че е важно Общинският съвет да отчита влиянието върху здравето при приемане на план за развитие на общината?

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въпреки позитивните нагласи и добра информираност по проблемите на опазване и укрепване на здравето сред анкетираните общини, няма практика и регламент за набиране на първична информация и анализ на данни от общинските администрации по проблемите на здравето. Липсват регламентирани механизми, осигуряващи взаимодействието и координацията между общините и органите на Министерство на здравеопазването.

Гражданите, както и служителите в общинските администрации осъзнават въздействието на факторите на околната среда, образованието, културата, сигурността и икономиката върху здравето. Подценява се съществуващата връзка между здравето и политиката в някои обществени сектори, напр. в образованието и културата.

Общините имат разбирането, че секторните политики, които провеждат, оказват влияние върху здравето на населението, но липсва методика за предварителна и така и текуща оценка на въздействието им върху човешкото здраве.

Гражданите и общините имат нагласа да работят съвместно за изработване на политики, които ще намалят ефекта на негативните фактори на жизнената среда и ще увеличат ползите от позитивните фактори в името на благополучието на местната общност.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Glossary of terms used in the "Health for All" Series. № 1-8.Geneva, WHO, 1984
2. Ottawa Charter for Health Promotion, http:// www.who.int/ healthpromotion/conferences/
3. The 13th International Conference on Health Impact Assessment , Geneva , 2013. http://www.unige.ch/medecine/eis2013/ accueil_en.html
4. Стратегията за развитие на социалните услуги 2011 – 2015 година на Община Плевен, стр.28, http://www.pleven.bg
5. Recommendation Rec (2001) 19 of Committee of Ministers to member states on the participation of citizens in Local public life, http:// wcd.coe.int).

Адрес за кореспонденция:
Катедра „Социална и превантивна медицина"
Факултет „Обществено здраве"
Медицински университет – Плевен
ул. „Св. Климент Охридски" 1,
5800, гр. Плевен,
e-mail:p.kirova@pleven.bg

ВЪЗМОЖНОСТИТЕ ЗА ТРУДОВА ЗАЕТОСТ НА ХОРАТА С УВРЕЖДАНИЯ В БЪЛГАРИЯ

Христина Благойчева

Икономически университет – Варна

OPPORTUNITIES FOR EMPLOYMENT FOR HANDICAPPED PEOPLE IN BULGARIA

Hristina Blagoycheva

University of Economics - Varna

РЕЗЮМЕ

Проблемите на трудовата заетост на хората с увреждания са обект на множество документи на Европейската комисия, включително и в контекста на Стратегия «Европа 2020» за развитието на социалната икономика. В нашата страна също са създадени нормативните условия в тази насока. Въпреки това достъпът до пазара на труда в България за голяма част от хората с увреждания е затруднен. Целта на доклада е да очертае някои от проблемите в тази насока и да даде предложения за увеличаване на възможностите за трудовата им интеграция.

Изследва се нормативната европейска и българска рамка и ролята на публичните институции в активната политика за социално включване на лицата с увреждания.

Разширяването на възможностите за заетост на тези лица ще има двоен положителен ефект: от една страна това ще ги изведе от позицията на социално изключване, а от друга страна - ще намали публичните разходи за социални помощи.

*К**лючови думи:** хора с увреждания, социална интеграция, трудова заетост, активна социална политика*

SUMMARY

The problems of employment of people with disabilities are subject to multiple documents of the European Commission, also in the context of the „Europe 2020“ strategy for the development of social economy. In our country also created legal conditions in this direction. However, access to the labor market in Bulgaria for the majority of people with disabilities is difficult. The purpose of this report is to outline some of the problems in this field and to give proposals to increas eemployment opportunities for integration.

The study examines the European and Bulgarian legal framework and the role of public institutions in the active social inclusion of persons with disabilities.

Expansion of employment opportunities for these individuals will have a double positive effect: on the one hand, this will bring them out from the position of social exclusion, on the other hand-it wil lreduce public spending on social benefits.

***Keywords:** disability, social inclusion, employment, active social policy*

ВЪВЕДЕНИЕ

Според изследванията на ЕК един на всеки шест граждани на ЕС е с увреждане. Това са около 80 милиона човека или приблизително 16% от общото население на Съюза [4]. Лицата с увреждания не са хомогенна група. Те се характеризират с широко разнообразие от нужди, интереси и материално положение, оформящи тяхното битие и възможности в живота.

В тази насока на мисли инвалидността не трябва да се разглежда като самостоятелен проблем, а по-скоро като съвкупност от такива с различно проявление. Затрудненията, пред които се изправят инвалидите като цяло не са толкова свързани с физическите им способности, колкото с ограничаването на възможностите за един нормален стил на живот. Различните видове увреждания и различните социални, финансови и физически условия създават различни ситуации [12]. В икономически аспект доходите им допълнително се снижават поради специфичните нужди, които трябва да посрещат. А от социална гледна точка тези лица могат да попаднат в изолация от обществото, тъй като поради влошеното си здраве, се затрудняват в управлението на наличните си ресурси и често достигат до социално изключване.

Променящата се икономическа обстановка в България в последните 25 години (преходът към пазарна икономика и продължаващото въздействие на световната финансова и икономическа криза) влияе негативно върху социалния статус на хората с увреждания. Строгата фискална дисциплина, структурните промени в икономиката, ръстът на безработицата, недостъпната архитектурна среда и т.н. допълнително засилват социалната им изолация. Посоченото извежда трудовата заетост на хората с намалена работоспособност като един от националните приоритети, изискващ постоянно политическо и обществено внимание. Създаването на условия за реализация на пазара на труда може да се разглежда като един от основните инструменти за интеграцията им в различни области на обществения живот. Затова целта на настоящия доклад е да очертае някои от проблемите в тази насока и да даде предложения за увеличаване на възможностите за трудовата интеграция на хората с увреждания.

Европейска рамка

Лицата с увреждания трябва да имат еднакви права на социална защита заедно с всички останали. Това е подчертано в Общата декларация за човешките права на Организацията на обединените нации [11]. Още Декларация 22 от Заключителния акт на Договора за създаването на Европейската общност [3] въвежда специални изисквания на ниво ЕС относно недопускането на дискриминация и осигуряването на равни възможности и борба със социалната изолация на хората с увреждания. Съгласно Декларацията европейските институции са задължени да отчитат нуждите на хората с увреждания, когато приемат мерки за синхронизиране на законодателството на държавите-членки съгласно изискванията на Общия пазар.

През 1998 г. Европейската комисия приема *Кодекс на добрите практики за заетост на хората с увреждания*, а през май 1999 г. социалните партньори формално приемат Съвместна декларация относно заетостта на хората с увреждания.

На Европейския съвет от Лисабон през 2000 г. ЕС си поставя целта да стане „най-конкурентноспособната и динамична, основана на знанието икономика в света, способна да има стабилно икономическо развитие с повече и по-добри работни места и по-голяма социална кохезия"[5]. Започва прилагането на Отворения метод на координация за социална защита и социално включване, важна част в осъществяване на грижата за хората със специални потребности, а увреждания са сред индикаторите за измерване на напредъка по националните планове за действие към Стратегиите по социално включване.

Първата законодателна мярка на Общностно ниво, предоставяща защита срещу дискриминация на хората с увреждания в работна среда е Директива 2000/78/ЕС [2]. С нея се въвежда обща рамка за недопускане на дискриминация по различни признаци, както и равно третиране при наемане на работа и упражняване правото на труд. В последствие Резолюцията на съвета от 15 юли 2003 г. апелира за насърчаване на заетостта и социалната интеграция на хората суврежда ния [13,1].

От 3 май 2008 г. влиза в сила Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания. Тя измества фокуса от медицинския подход на закрила за хората с увреждания и насочва държавите към социален подход, основан върху правата на човека. Към днешна дата, Конвенцията е подписана от 141 държави. Тя е първият правнозадължителен международен инструмент в областта на правата на човека, по който Европейският съюз е страна, наред с държавите-членки, от 23 октомври 2010 г. Поетите от ЕС задължения

и ангажименти, свързани с Конвенцията са отразени в новата Европейска стратегия за хората с увреждания за периода 2010-2020 г.: „Подновен ангажимент за Европа без бариери" [11]. Стратегията има за цел да осигури равноправното упражняване на основни човешки права от хората с увреждания, като необходимо условие за гарантиране в пълна степен на възможността за пълноценно участие в обществото и в европейската икономика. Поставя се изискването държавите-членки да въведат подходящи мерки, за да посрещнат нуждите на лицата с увреждания, свързани с тяхната интеграция на трудовия пазар и да определят национални цели за постигането на тези мерки.

Стимули, регламентирани в българската нормативна уредба

Трудовата заетост на хората с увреждания у нас основно се регламентира чрез Закона за интеграция на хората с увреждания (ЗИХУ) и Закона за насърчаване на заетостта (ЗНЗ), но за стимулиране към активното им включване на пазара на труда, роля играят и много други нормативни документи.

ЗИХУ урежда правото им на труд в три форми на заетост: в обичайна среда; в специализирани предприятия и кооперации; в развитие на собствен бизнес. Уреждат се и правата, и задълженията на работодателите. Всяка година Министерският съвет съставя списък на стоки и услуги, чието производство се възлага на специализираните предприятия и кооперации. На тях ежегодно им се отпускат субсидии по защитени проекти и програми. Субсидират се и 30% от дължимите осигурителни вноски. Осигуряват се финансови средства за адаптиране и оборудване на работни места, за осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд и др.

Според чл. 319 на Кодекса на труда [8], хората с намалена работоспособност над 50 на сто, работещи по трудов договор, имат право на платен годишен отпуск не по-малко от 26 работни дни[1].В допълнение Кодексът на труда изисква работодателите да запазват определен брой работни места, подходящи за лица с намалена работоспособност, а Агенцията по заетостта поема сумите за трудово възнаграждение и дължимите за тях осигурителни вноски за 12 месеца. Същото се отнася и за работодатели, наели безработни инвалиди за временна, сезонна или почасова работа, но за срок не повече от 6 месеца.

Съгл. чл. 333 на Кодекса на труда [8], лицата с намалена работоспособност 50 и над 50 на сто ползват предварителна закрила при уволнение при някои болести[2]. По такъв начин ако работодател реши да освободи от работа инвалид, то той трябва първо да поиска разрешение от Агенцията по заетостта и второ, да вземе мнението на ТЕЛК за всеки отделен случай. Тази постановка защитава лицата, но често действа като възпиращ фактор за работодателите да ги наемат.

Законът за държавния служител определя квоти за длъжности, които могат да се заемат само от лица с увреждания – минимум 2% от общата численост на персонала, ако той е над 50 души и минимум едно място, ако персонала е от 26 до 50 души.

Законът за корпоративното подоходно облагане и Законът за данъците върху доходите на физическите лица определят различни данъчни облекчения за работодателите на и съответно за наетите лица с увреждания.

По Програма „Кредит без лихва за хора с увреждания" се отпускат микрокредити за развиване на бизнес и за разкриване на работни места. Ако лицата коректно погасяват задълженията си към банките, лихвите им се възстановяват. През 2012 г. в програмата са включени 69 лица с намалена работоспособност, като средствата, изплатени за възстановяване на лихви са 75 хил. лв. [1]

Очевидно е, че в България, в последните години, се провежда активна политика по заетостта на лицата с увреждания и постоянно се усъвършенства законодателната уредба в тази насока. За съжаление практическото й приложение все още не достига необходимата ефективност за решаване на проблемите на разглежданата група. Проблемът за достъпа им до работните места, транспорта, ведомствени, културни и др. сгради все още не е напълно решен.

Реалната действителност

Провеждането на анализи и мероприятия се затруднява от липсата на точна информация за броя на лицата с увреждания. По данни на НСИ при последното преброяване на населението към 01.02.2011 г. този брой е 474 267 лица. От тях 9 039 са деца, а останалите 465 228 са на 16 и повече години.

Според резултатите от преброяването,икономически неактивни са 393 451, или 84.6% от хората с увреждания на възраст 16 и повече годи-

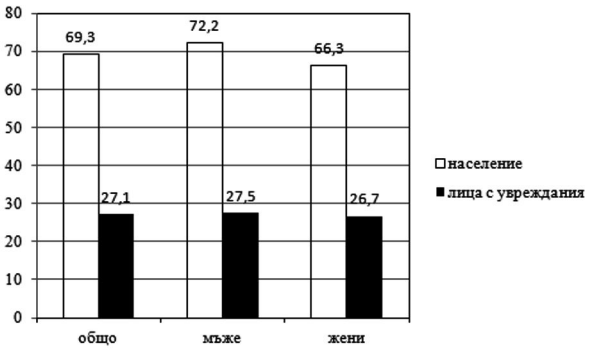
[1]*За сравнение – при лицата без увреждания се полагат 20 работни дни платен основен годишен отпуск.*

[2]*Исхемична болест на сърцето, активна форма на туберкулоза, онкологично заболяване, психично заболяване и диабет - Наредба № 5 на МЗ, ДВ бр. 33 от 1987 г.*

ни. От тях 377 222 са пенсионери (95.9%). Учащи са 3 361 (0.9%), заети само с домашни и семейни задължения са 5 840 (1.5%). Неактивни са 7 028 лица с увреждания (1.8%).

Икономически неактивните лица в тази уязвима група са в положението на постоянни бенефициенти на системите за социална защита. Освен на пенсиите за инвалидност, отпускани чрез Държавното обществено осигуряване, лицата с намалена трудоспособност могат да разчитат и на финансова подкрепа от системата на социалното подпомагане. Таблица 1 представя броя на подпомаганите лица и размера на отпуснатите им средства по Закона за интеграция на хората с увреждания [6] и Правилника за приложението му [9] през последните 5 години.

тът на икономическа активност на хората без увреждания на възраст 16 - 64 г. е 69.3% (фигура 1).



Фигура 1. Коефициенти на икономическа активност на лицата със и без увреждания към 1.02.2011г. по пол

Таблица 1. Брой на подпомаганите лица и размер на отпуснатите средства по програма „Интеграция на хората с увреждания“ (2009 – 2013 г.)

	2009 г.	**2010 г.**	**2011 г.**	**2012 г.**	**2013 г.**
Брой подкрепени лица	479 114	477 776	480 565	495 981	509 170
Изплатени средства за социална интеграция (лв.)	111 414 368	123 033 221	122 088 000	128 450 017	138 860 190
Целеви помощи за мед. изделия и/ или помощни средства (лв.)	47 395 767	37 552 299	37 080 276	30 412 334	41 599 123

Източник: Годишни отчети на Агенцията за социално подпомагане (2009 – 2013 г.)

Данните в таблицата показват зависимостта на изследваните лица от държавата. Проблемите пред интеграцията им на трудовия пазар водят до траен недостиг на доходите и разчитане на помощи за интеграция, които, както се вижда, не са достатъчни за един нормален стандарт на живот. Същевременно отпусканите средства представляват значим разход за държавния бюджет, достигащ до 139 милиона лв. през 2013 г. В допълнение продължаващото въздействие на кризата, подлага правителствата на натиск за извършване на реформи за пестене на разходи. Така, от една страна се налагат икономии, а от друга страна стои необходимостта от реагиране на демографските тенденции и справянето с проблемите на лицата с увреждания и социалното им изключване.

Икономически активни са 67 549 лица с увреждания на възраст 16 - 64 години (т.е. 27,1% от всички лица с увреждания в този възрастов диапазон). Значителни са разликите по отношение на участието на пазара на труда на хората с увреждания и на тези без увреждания. Коефициен-

По статус на заетост, разпределението в тази група е следното: 85% са наети лица, 7% са работодатели и 8% са самонаети [7,101]. Това показва, че основната част от лицата с увреждания разчитат на наемен труд.

Съществен проблем обаче е слабата им професионална квалификация. Основната част от тях са учили само до средно образование. Според европейската статистическа служба Евростат почти половината от българите с увреждания (45%) са се отказали преждевременно от учене, докато в Европа средно те са 22 на сто.

Разглежданите лица получават професионална преквалификация предимно в специализираните предприятия и кооперации, където работят и често тя не съответства на изискванията на трудовия пазар. Същевременно се отчита тревожната тенденция към намаляване на броя на тези предприятия и заетите в тях инвалиди. За периода от 1990 – 2012 г. броят на заетите хора с увреждания в специализираните предприятия и кооперации е намалял с 92,4% [10,3]. Докато през 1990 г. този брой е бил около 52 000 души, то към края на 2012 г. са регистрирани само 126 специа-

лизирани предприятия и кооперации, в които заетите хора с увреждания са около 2 500.

Осигуряването на заетост на лица с трайно намалена работоспособност в останалите сектори на бизнеса също не е на високо ниво. Поради въведените ограничения за уволнението им, работодателите избягват да ги наемат. Освен това, информацията, постъпваща в Агенцията за хората с увреждания показва, че работодателите определят работни места за хора с увреждания (както ги задължава ЗИХУ), но се стремят да избягват такива назначения. Обикновено тези работни места се заемат от здрави хора или при подаване на заявка за наемане на лица с увреждания към Бюрата по труда се поставят неизпълними изисквания към длъжността[4,5].

В закона за насърчаване на заетостта е предвидено отпускане на средства за професионална квалификация и преквалификация на наетите работници, но работодателите рядко се възползват от тази възможност. Това се случва само ако работникът отговаря на изискванията им и имат намерение да го задържат за по-дълго.

В следствие на очертаната картина могат да се предложат няколко мерки за подобряване на ситуацията.

Насочване на усилията към осигуряване на подходяща работна среда, съобразена със специфичните нужди на хората с увреждания – както чрез допълнително бюджетно финансиране в публичния сектор, така и чрез увеличен контрол за изпълнение на задълженията в частния сектор.

Към настоящия момент специализираните предприятия и кооперации са добра форма за реализация на лицата с увреждания, тъй като са съобразени с техните възможности. Затова е необходимо търсене на варианти за подобряването на финансовата им стабилност. Например да се облекчат финансовите условия за тях при кандидатстване по различни национални оперативни програми.

Положителен стимул би била промяна в Закона за обществените поръчки, изискваща от участващите в процедурите фирми задължително да са предоставили определен процент от работните си места на хора с увреждания, както и създаване на по-улеснен достъп на специализирани предприятия или кооперации за участие в конкурси за обществени поръчки.

И накрая - вариант за достъп до публично финансиране е публично-частното партньорство. Поради недостатъчен финансов ресурс и ограничени възможности за инвестиране, специализираните предприятия рядко могат да се включат в него. Една промяна в закона, която да насърчава такова партньорство между общините и специализираните предприятия ще допринесе в голяма степен за формиране на по-широка заетост сред лицата с увреждания.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблемите пред реализацията на правото на труд на лицата с увреждания в България са многобройни. Причините са високата безработица в страната, липсата на адаптирана среда, на възможности за образование и професионална квалификация, недостатъчен финансов ресурс и неефективен контрол от страна на държавните, общински и др. институции при изразходване на наличните средства и т.н.

Недостатъчната ефективност на политиките за стимулиране на трудовата им заетост, води лицата с увреждания към социална изолация, отказ от търсене на работа и снижена мотивация за включване в програми за получаване на допълнителна квалификация. В настоящите условия това ги прави неконкурентни на пазара на труда.

Ситуацията е допълнително усложнена и поради факта, че в страната ни все още няма точна информация колко точно са лицата с увреждания, а от там и колко от проблемите им са решени и колко - не. Предпоставка за оптимизъм в тази насока е създадената от втората половина на 2013 г. към Агенцията за хората с увреждания Единна информационна система за хората с увреждания, но тя ще започне реална ефективна дейност от момента, в който в нея се натрупат данни от регистрите на НОИ, Националната експертна лекарска комисия, Агенцията за социално подпомагане, Агенцията по заетостта, НАП и др. Освен регистър на хората с увреждания, системата ще включва и полезна за работодателите информация – статистически данни, информация по държавни политики и проекти.

Разширяването на трудовата интеграция на хората с увреждания носи социални и икономически ползи. Социалните ползи за обществото са намаляване на бедността сред част от разглежданата група и създаване на предпоставки те да не са в социална изолация, чакайки помощи, а да придобият самочувствие, че могат да се справят сами с осигуряване на издръжката си. Участието в трудовия процес ще допринесе за социалното им включване и интегриране в обществото. В икономически аспект ползите се изразяват как-

то в икономия на публични средства (които биха се изразходвали за социални помощи към лицата без доходи), така и в повишаване на икономическия растеж. Чрез труда си тези лица, ще реализират допълнителен продукт и доход, който (въпреки, че до голяма степен не подлежи на данъчно облагане) е и база за акумулиране на приходи към социалноосигурителната система.

Като цяло, на лицата с увреждания не трябва да се гледа като социално слаби и нуждаещи се постоянно от социално подпомагане, а като личности, за които е необходимо да бъдат интегрирани в обществото и подпомогнати да реализират своя потенциал.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Годишен обзор на Агенцията по заетостта за 2012 г. – www.az.government.bg/bg/stats/view/4/105.
2. Директива 2000/78/ЕС създаваща основна рамка за равното третиране при заетостта и професията. Приета от ЕС на 27 ноември 2000 г.
3. Договор за създаване на Европейска общност, Рим, 1957. - Europe.bg.
4. Дългосрочна стратегия за заетост на хората с увреждания 2011 – 2020 г., приета с Протокол № 25.2 на Министерския съвет от 29.06.2011 г.
5. Европейски съвет от Лисабон – Стратегия за икономическо и социално обновление на Европа, ДОС/00/7, Документ представен на Европейската комисия на вниманието на извънредния Европейски съвет от Лисабон, 23-24 март, 2000.
6. Закон за интеграция на хората с увреждания, ДВ, бр. 81/2004 г., посл. изм. ДВ, бр. 27/2014 г.
7. Калчев, Й. Инвалидизация на населението в България, Статистика, 3-4/2011, НСИ.
8. Кодекс на труда, ДВ, бр. 26/1986 г., посл. изм. ДВ, бр. 1/2014 г.
9. Правилник за прилагане на Закона за интеграция на хората с увреждания, ДВ. бр. 115/2004 г., посл. изм. ДВ, бр. 41/2011 г.
10. Становище на тема „Трудовата заетост на хората с увреждания“, Икономически и социален съвет, С., 2012.
11. COM(2010) 636 final, European Disability Strategy 2010-2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe, Brussels, 15.11.2010.
12. Guthrie, T., Proudlock, P., Sait, W., Linders, P., Gcaza, S., Thompson, P. and van Noordwyk, N. Social Security Policy Options For People With Disabilities In South Africa: An International And Comparative Review, Prepared by the Child Health Policy Institute and The South African Federal Council on Disability for the Committee Of Inquiry Into A Comprehensive Social Security System, March 2001.
13. Official Journal C 175, Council Resolution of 24.7.2003 on equal access to and participation of women and men in the knowledge society for growth and innovation, p.1.

Адрес за кореспонденция:
Икономически университет – Варна
Катедра „Финанси“
Варна, бул. „Княз Борис I“ №
e-mail: hrisinablagoycheva@abv.bg

ПРОБЛЕМИТЕ НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ (1914-1923) СПОРЕД ПЪРВОТО БЪЛГАРСКО СПИСАНИЕ ПО СОЦИАЛНА ХИГИЕНА, МЕДИЦИНА И ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ – СП. „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ”

Петър Цонов

Нов български университет, София

PUBLIC HEALTH PROBLEMS (IN THE PERIOD BETWEEN 1914 AND 1923) REFLECTED BY THE FIRST BULGARIAN JOURNAL IN SOCIAL HYGIENE, MEDICINE AND HEALTH CARE – PUBLIC HEALTH JOURNAL

Patar Tzonov

New Bulgarian University, Sofia

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Обсъжда се периода между злополучното участие на България в: Първата световна война (1914-1918) откриването на Мед. факултет към СУ ”Св. Кл. Охридски”(1917), абдикиране на Цар Фердинанд (1918), правителство на Ал. Стамболийски (1919-1923) и правителство на Ал. Цанков (1923). Проблемите на общественото здраве са неразривна част от следвоенните социални и икономически предизвикателства пред Царство България. Осъзнава се потребността от периодично медицинско издание, което да отразява проблемите на общественото здраве, да подсказва за възможните мерки по подобряване на социалната и здравна политика, издигане нивото на общественото и личното здраве. Такова периодично издание става списание”Обществено здраве”, което се явява и първото българско списание по социална хигиена, медицина и здравеопазване съществувало от 1914 до 1923 год..*

Целта *е разглеждане програмата и тематиката на сп. ”Обществено здраве” - 10 книжки годишно и специална Библиотека като безплатна премия на списанието*

Резултати и обсъждане*: Програмата на списанието обявява като водещи проблемите за :децентрализация във военно-санитарно дело, създаване на санитарна политика и социално законодателство, поставяне на преден план благоустройството на страната, създаване на безплатна медицинска и акушерска помощ, рационална и достъпна специализирана медицинска*

SUMMARY

Introduction: *The analysis is focused on the period related to the unfortunate participation of Bulgaria in the First World War (1914-1918), the establishment of the Medical faculty at the Sofia University St. Kl. Ohridski (1917), the abdication of the King Ferdinand, the government of Al Stamboliyski (1919 - 1923) and the government of Al. Tzankov. The public health problems were inseparable part of the postwar social and economic challenges which the Kingdom Bulgaria was facing. The need for periodically published medical information about the existing health situation, the possible ways for the social and health policy improvement, the promotion of the public and individual health was realized. This has provoked the publishing of the Public Health Journal which became the first Bulgarian journal in Social Hygiene, Medicine and Health care in the period between 1914 and 1923.*

The objective *of the study is to review the programme and the content of the Public Health Journal – 10 books per year and the special free editions to the journal.*

Results and discussion*: The programme of the journal has revealed as leading problems the decentralization of the military-related sanitary activities, the development of specific health- and social-related regulations and policy, the need to put forward the panning and improvement of the sanitation in the country, the provision of free medical and obstetric care, the establishment of Medical Faculty and Ministry of Public Health. The attention is drawn on the problems with the military-related sanitary initiatives,*

помощ, създаване на Медицински. факултет и Министерство на Народното Здраве. Засягат се проблеми свързани със санитарно-военното дело, последиците от водоснабдителни и канализационни неблагополучия, въпроси на здравната култура и битовата хигиена, борбата със заразните болести, алкохолизмът, дезинфекцията и ваксинацията, хигиената на брака, отглеждането и възпитанието на децата, хигиената на хранене, фалшификацията на храни и напитки, училищната хигиена, хигиената на труда, физическата култура и спорта, опазването на околната и обществена среда. Редакционният комитет включва лекари-специалисти, доказали се професионалисти. от столицата и страна. Много от тях са оставили трайни следи в българското здравеопазване: Владимир Алексиев, Рачо Ангелов; Богомил Берон, Стефан Ватев, Величко Георгиев, Д. Киранов, Д .Киров,. Калчо Марко, Васил Моллов, Александър Недялков, Тошко Петров. Сред авторите освен членовете на Редколегията се открояват имената на Г.Ефремов, Вл.Руменов, В.Ненов, Д.Стаматов, Д.Куруджиев, И.Голосманов, М.Балевски, Н.Берова-Ораховац, П.Ораховац, Ст.Тончев, Хр.Тантилов.

Редактор на списанието е д-р Харалампи Нейчев, лекар-общественик, който извършва апостолската организационна работа, пише. статии и книги по туберкулозата, социалните болести и борбата с алкохолизма., сериозен преводач е от немски и руски, дългогодишен дарител събрал 453,000 лв. по сметката на БАН. Член на БЛС, на Българския писателския съюз, участник в читалищното, туристическото и вегетарианско дело, личност, пример за лекар с достойна гражданска позиция.

Изводи и заключение*: Това първо списание по социална хигиена, медицина и здравеопазване у нас развива идеята (актуална до днес) за обществено здраве, което поставя човека в неговата цялостната жизнена среда, отчита социалните фактори и разчита на обединените усилието на обществото.*

Ключови думи*: медицинска периодика, обществено здраве, социална медицина*

the consequences of the poor water supply and sewerage system, health education and protection issues, contagious diseases prevention, alcohol addiction, disinfection and vaccination, marriage hygiene, raising children and educating them, eating hygiene, food and drink fraud, school hygiene, occupational health, physical activities and sport, environmental and public protection.

The Editing Committee has included health specialists from the capital and the rest of the country, who have been proved themselves as outstanding professionals. A lot of them have important contribution to the Bulgarian Health Care: Vladimir Aleksiev, Racho Angelov, Bogomil Beron, Stefan Vatev, Velichko Georgiev, D. Kiranov, D. Kirov, Kalcho Markov, Vasil Mollov, Alexander Nedyalkov, Toshko Petrov. Among the authors who have published in the journal, except those of the Committee, are standing out the names of G. Efremov, Vl. Rumenov, V. Nenov, D. Stamatov, D. Kurudjiev, I. Golosmanov, M. Balevski, N. Berova-Orahovatz, St. Tonchev, Hr. Hantilov.

The Chief Editor was d-r Haralampi Neichev, socially active person, who has organized the challenging and difficult publishing of the journal. He has written articles and books about Tuberculosis, social diseases and alcohol addiction, good translator from German and Russian language, long-time contributor who collected 453.000 BGN for the Bulgarian Academy of Sciences, taking part in the community centre activities, tourist and vegetarian movements. He was a role model for a physician devoted to the community with active civil position.

Conclusion*: The first journal in Social Hygiene and Health care in our country develops the idea of the Public Health, actual up to day, to put the person in its complete environment, taking in consideration all social factors and relying on the joint community efforts.*

Key words*: periodic medical journals; public health; social medicine.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Обсъждат се проблемите на общественото здраве за един десет годишен период, след злополучното участие на България в Първата световна война (1914-1918). Това е направено според публикуваните материали в периодичното списание „Обществено здраве" – първото наше списание по социална хигиена, медицина и здравеопазване. Проблемите на общественото здраве са неразривна част от следвоенните социални и икономически неудачи пред Царство България.

През военните години снабдяването и изхранването на населението сериозно се разстройва.

Затруднява се организацията на медицинското обслужване на населението и българската войска. Общата смъртност се повишава, появяват се епидемии от петнист тиф и грип, нараства заболеваемостта от малария, скарлатина и туберкулоза. След многогодишни дебати и усилия на българската културна общественост се открива Медицинския факултет към Софийския университет "Св. Климент Охридски" (1917), абдикира Цар Фердинанд (1918), управлява правителството на Ал. Стамболийски (1919-1923), което подписва Ньойския мирен договор, след Деветоюнския преврат идва на власт правителството на акад. Ал.Цанков

Населението на Царство България според преброяването от 31.12. 1910 год. е 4,337,513, от преброяването от 31.12. 1920 – 4,846,971 (градско население 19,94% и селско население – 80,06%. (Статистически годишник на Царство България от 1932 г)

Медицинският и друг санитарен персонал в Царство България в края на 1914 г. наброява : 728 лекари, 275 аптекари, 115 аптекарски помощници, 216 зъболекари, 468 фелдшери, 411 санитарни агенти (от които101 сан.фелдшери и подофицери, не държали изпит), 326 акушерки, 71 милосърдни сестри и 32 болнични надзиратели,.

Болниците са 42 на брой, от които 25 държавни, 10 военни, 2 общински и 5 частни. Санаториумите за гръдоболни са 11, от които само един е държавен, 2 морски санаториуми и 4 приюта за душевно болни.

Поява на сп."Обществено здраве"

В българската медицинска общност се осъзнава потребността от едно периодично издание, което да отразява проблемите на общественото здраве. То трябва да подсказва за възможните мерки по подобряване на социалната и здравна политика и да помага за издигане нивото на общественото здраве. Такова специализирано периодично издание става списание "Обществено здраве" (фиг. 1) с постоянни рубрики:

I. Хигиена – обществена, професионална и частна; II. Санитарна и социална политика и законодателство; III. Обществена медицина; IV. Епидемиология, бактериология; V. Биология. Еугеника; VI. Санитарна и социална статистика; VII. Из науката и живота; IX. Книжнина и рецензия;

X. Въпроси и отговори.

Списанието излиза в 10 книжки годишно, с поредна номерация на страниците за цялата година. В последната книжка за годината се дава съдържанието по азбучен ред на авторите и заглавията. Има и специална Библиотека предназначена за абонатите като безплатна премия.

Списание "Обществено здраве" е първото наше списание по социална хигиена, медицина и здравеопазване развиващо идеята за здравето в неговата цялостната жизнена среда при отчитане на социалните фактори. Списанието просъществува от 1914 до 1923 година, с прекъсване между от 1916 до 1919 г.


ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

СПИСАНИЕ ЗА СОЦИАЛНА ХИГИЕНА, МЕДИЦИНА И ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Год. I. Януари, 914. Кн. 1.

СЪДЪРЖАНИЕ:

1. Нашитѣ стремежи 1
2 Д-ръ М. Пергаминъ. Бждете здрави! 10
3. D-r R. A. Corsi. Лѣкаритѣ и балканската война. 13
4. Д-ръ Г. Баевъ. Инспекторатъ по охтиката. 22
5. Д-ръ В. Ив. Ненковъ. Хигиената и работницитѣ. 25
6. Д-ръ В. Моловъ. Благоустройството на новитѣ земи. 28
7. Д-ръ Б. Бончевъ. Окржжнитѣ хигиенични съвѣти 31
8. Д-ръ Т. Петровъ. Хигиената въ нашитѣ училища 33
9. Изъ науката и живота №№ 1—16 39
10. Факти и бѣлѣжки №№ 1—35 . . 49
11. Въпроси и отговори. Заразна ли е потъта на туберкулознитѣ. . . . 56
12. Обявления.

РЕДАКТОРЪ: Дръ ХАР. НЕЙЧЕВЪ

Фиг. 1. Корица на първото списание „Обществено здраве"

Редакционният комитет обявява Програмата на списанието като водещи определя проблемите за :

- създаване на санитарна политика и социално законодателство,
- децентрализация във военно-санитарно дело,
- поставяне на преден план благоустройството на страната,
- създаване на безплатна медицинска и акушерска помощ,

- осигуряване на рационална и достъпна специализирана медицинска помощ,
- създаване на Медицински факултет,
- създаване на Министерство на Народното Здраве.

Каузата на списание „Обществено здраве" е проблемите на общественото здраве да бъдат във фокуса на санитарната политика, да разчитат на публичност, да се дискутират и да се търсят пътища за решаването им.

Редакционният комитет включва лекари-специалисти, доказали се професионалисти от столицата и страната. Много от тях са оставили трайни следи в българското здравеопазване:

- **д-р Владимир Алексиев** – доцент при Женевския университет, клиницист, терапевт, фармаколог, професор,основател на катедра по фармакология и терапевтика, ректор на МУ Сф 1926-1927
- **д-р Рачо Ангеов** – военен лекар, председател на БЛС (1920-1924), министър на народното здраве (1944 -1947)
- **д-р Богомил Берон** – ст.лекар в кожно-венерическо отд. на Александровска б-ца, директор клиника по кожни болести, декан на МУ, основател и председател на Българското дерматологично дружество
- **д-р Стефан Ватев**, педиатър, професор, един от основателите на БЛС, директор на Народното здраве (1908-1912)
- **д-р Величко Георгиев** – сан. инспектор в Дирекция НЗ, организатор на българското училищното здравеопазване, един от основателите на БЛС, директор на НЗ по времето на БЗНС (1921-1923)
- **д-р Димитър Киранов** – бивш н-к на военно-санитарната инспекция 1896, 1908-1913, военен лекар, санитарен генерал, гл.лекар на бълг.армия през Балканската война (1912-1913)
- **д-р Димитър Киров** – ст. лекар в детско отд. Александр. б-ца, един от основателите на БЛС
- **д-р Константин Марков** –военен, околийски лекар, мариолог, пионер в борбата с маларията, създава противомаларичния институт в Бургас и Опитната противомаларична станция в Петрич (1928)
- **д-р Васил Моллов** – ст. лекар на вътрешно отд. Алекс. б-ца, интернист, професор, един от основателите на МУ София, ректор на МУ (1923-1924 и 1936-1937), зав. катедра вътрешни болести (1918-1938)
- **д-р Александър Недялков** – ст. лекар във Варненската б-ца, хирург и фтизиатър един от първите лекувал костна ТБКс морелечение,управител на санаториум за костно-ставна ТБК, председател на БЛС Варна, заслужил лекар
- **д-р Тошко Петров** – н-к на хигиенничния институт, лекар-хигиенист, професор,. член на БАН, основоположник на българската хигиенна школа, член на Висшия мед. съвет, основател и председател на Микробиологично д-во и д-во за хигиена и предпазна медицина.
- **д-р Харалампи Нейчев** е избран за редактор на списанието. Той е градски лекар, общественик, пример за лекар с достойна гражданска позиция, който извършва основната организационна работа, пише статии и книги, сериозен преводач е от немски и руски език. Член е на Българския лекарски съюз, на Българския писателския съюз, участник в читалищното, туристическото и вегетарианско дело, дългогодишен дарител събрал 453,000 лв. по сметката на БАН, личност, пример за лекар с достойна гражданска позиция. За Библиотека „Обществено здраве" на Х.Нейчев написва и издава книгите: Алкохолът и алкохолизмът; Туберкулозата; Маларята; Санитарно-социалната политика; Работният ден; Повече здравно четиво; Вегетарианство и медицина,

Публикациите отразяват широк кръг от проблеми по въпросите на: здравната култура и битовата хигиена, водоснабдителните и канализационни неблагополучия, борбата със социалните и заразни болести, злоупотребата с алкохол, дезинфекцията и ваксинацията, хигиената на брака, отглеждането и възпитанието на децата, хигиената на хранене, фалшификацията на храни и напитки, училищната хигиена, хигиената на труда, физическата култура и спорта.

Всяка книжка започва с уводна статия (най-често написани от редактора Харалампи Нейчев) в която се поставя акцент на актуален проблем вписващ се в програмата на списанието.

Ще се опитаме да дадем представа за някои здравните и социални проблеми. отразени в сп. "Обществено здраве".

Санитарна политика и здравно законодателство

Д-р Харалампи Нейчев. още с първата уводна статия *„Нашите стремежи"* обръща внимание,

че „общественото здраве е дело на цялото общество, а не само на лекарите … здравето е едно крупно богатство, органичен плод на културата и прогреса". … „нашата страна е една от най-слабо развитите страни в санитарно отношение и, че в сравнение с другите неуредици, санитарно-хигиенната е най-голяма и най-чувствителна, защото засяга самата същност на живота на нацията и затуй нейното неглижиране е довело до лоши последици. Според него „вината лежи у нашите политически организации, които никога не са преследвали каква годе санитарна политика, и у нашето лекарско съсловие, което не се занимава с обществена работа" (1914, кн. I).

В друга уводна статията " след като се изрежда съществуващите санитарни и здравни проблеми пресмята, че в страната на 1 лекар се пада 8,300 души (при 1,500 в Англия), което не „изразява действителността", защото при 600 дееспособни лекари, ¾ са в големите градове (само в София са 200) и на практика при 85 общински лекари разполагаме с 1 лекар на 35,000 население (*Лекари требатъ,* Хар. Нейчев, 1920, кн. I-II).

Тече гореща дискусия за ролята на фелдшера у нас. За слабата наличност на лекари в страната се сочат причини от социално естество – първобитни селски условия, лоша уредба на мед. служба, висок професионален риск, липса на отпуски, забрава на знанията, даване само на 40 лв.безотчетни за извършване на обиколки из участъка и слабо възнаграждение (200-300 лв.), кон и кабриолет към лечебниците има тук там в някои Софийски и Видински села. Фелдшерско училище в София се открива в края на 1914 г. Приети са 70 души санитарни агенти и санитарни подофицери. Коментира се, че освен в Русия никъде другаде няма фелдшери и те са създадени повечето за военни нужди, когато е е потребен много персонал. Застъпва се становището, че „фелдшерът е иначе твърде ценна сила, която има своето място в живота, но не за лекуване, а за санитарна работа по борба със заразните болести, ваксинацията, дезинфекцията, хигиенния надзор на жилищата, заведенията и водните източници. За да се снабди населението с рационална медицинска помощ, не трябват фелдшери, а е необходимо да се стабилизира положението на лекарите в селата, да им се дава добавъчно възнаграждение от държавата, окръга или общината, да се дадат пътни и дневни на лекарите в участъците, да се намалят радиусите на лекарските участъци; лекарите да се осигуряват в случай на професионална злополука при борба с епидемиите, да се дават на всеки 2-3 години командировки на лекарите от селата за опресняване на знанията им, за специализация, на обществена и държавна сметка" (Хар. Нейчев *Медицинската помощ на населението. Лекари или фелдшери,* 1914, стр. 185).

Петър Ораховац - бивш директор на Нар. здраве и Председател на Висшия мед.съвет обсъжда потребността от децентрализация на санитарната служба. Според него трябва коренно да се измени въпроса за участието на населението в санитарните .подобрения на нашите условия...". Додето масата сама не земе материално и дейно отношение в това дело, действително нищо добро неможе да се очаква. … Трябва да се прекара една демаркационна линия, която да определи ясно, кои грижи в санитарно и благоустройствено дело принадлежи на държавата, и кои на обществените органи" (*Децентрализацията на санитарната служба (1914, стр.57).*

Санитарно законодателство

Закон за маларията се преценява като един благодатен закон с голяма социална стойност. Блатната треска (маларията) в България по това време е съсредоточена в Бургаско, Пловдивски, Татар Пазарджишко, Видинско и Струмишко. До 1915 г. борбата се е водила по Правилник според който държавата е раздавала безплатен хинин чрез лекари по маларията. Със Закона за маларията се създава Инспекторат при дир. нар.здраве и Фонд за борба с маларията"формиран от държавата с 3 млн.лева, 500,000 лв. ежегодни вноски от бюджета и по 10% от окр.бюджети, глоби по закона и др. Хининът става държавен монопол – раздава се за безплатно лекуване, а доходът от продадения в аптеките хинин отивал във Фонда за оздравяване на маларичните райони, поддържане на лечебни маларични станции, пресушаване на маларичните места, укрепване и регулиране на канали и брегове. За неизпълнението на Закона се предвиждали глоби до 1000 лв. (Нейчев Хар, Законът за маларията, 1920, стр. 65)

Законът за хигиената и безопасността на труда се прокарва през 1918 г. С него се цели издигане на санитарната обстановка, намаляване на злополуките и предпазване на работниците от заболяване. Законът установява 8 часов работен ден. Работно заведение с 10 и повече работници трябва да има свой лекар, а за общини с повече от 1000 работници се изискват общински лекари-инспектори.

В обширна статия д-р Хар. Нейчев пише за значението на санитарната статистика.

"Липсата на санитарна статистика, което показва нашата дълбока държавна безгрижност.

Като не се знае размера на злото, не могат и да се земат мерки за борба ... всяка мярка да е пропорционална на размера на злото. Най-чудното е, че никой и не помисля за крупното значение на санитарната статистика. У нас има Лига за борба с туберкулозата – едно отлично начинание като идея. Но тази Лига е принудена да води борба с туберкулозата наизуст – няма санитарна статистика за гнездата на туберкулозата, кои населени места и кои професии и дават най-много жертви, Лигата не знае. Прочемъ води се лечебна, а не предпазна, социална борба с туберкулозата. Лигата би могла да уреди и една анкета по въпроса за туберкулозата в страната. (*Малко статистика,* Хар. Нейчев, 1914, кн.VI., 241 с.)

За Санитарните програми на българските политически партии д-р Хар. Нейчев споделя, че „най-често това са лични програми на водителя и съидейниците му, без да обвързват масата на партията и без да се разбират от тази маса. Политическите партии които оперират с доверието на народа не отговарят на исканията на живота. Посочва, че:

”земеделците се интересуват само от фалшификацията на житата, розовото масло, виното и оцета, искат повече лекари и лекарства, без помен от благоустройство, без училищна и военна хигиена и борба със заразните болести.“

”демократите и радикалите имат що годе програми по санитарните въпроси, но те не са нещо целно, системно и организирано”

”най-пълна за учудване излиза програмата на стамболовистите, които са предвидили по-крупните санитарни въпроси”; ”за заразните болести, които у нас почват да играят една все по-злокобна роля, като е с туберкулозата, тифа и острите инфекции, се говорят най-общи думи..... санитарната дейност е оставена на случайните усилия на отделни лица, на времето и течението на живота...появи ли се известно бедствие, почва да се мисли за него, земат се скъпи и палиативи мерки и след това всичко заглъхва”.Обновлението е въпрос на съществуване, *(”Санитарните програми на нашите партии*”, 1914, кн. II).

Военната тематика основателно присъства почти във всека книжка на списанието със задачите по първата медицинска помощ, контрола в армията върху вода, храни и облекло, издирване и пренасяне на ранени, борбата със заразните болести, дезинфекцията и борбата със симулантството.

В три последователни книжки от 1914 (т.е в началото на войната), Хар. Нейчев развива темата за санитарната служба във военно време., която стои наред с подготовката, командването, обличането и храненето като най-важни условия за жизнеността на воюващата армия. Изводите от Балканската война са, че резултатът от пренебрежението в мирно време е жалка, недостатъчна и ненавременна санитарната служба. Негативите – излишна заболеваемост и смъртност се усилват от ниската култура, лошото хранене и недостатъчното облекло. Обсъждат се задачите на санитарната служба, оборудването и необходимата техника и материали. Отчита се като голямо зло многоначалието, излишната канцеларщина и бавенето „по каналния ред”, липсата на регистрация и статистика на ранени и болни, трудностите с евакуацията на ранени и болни.

Във връзка със заболяванията от тиф са предприемани изключителни мерки. Има писмени заповеди разпореждащи „секи войник, който се хване че пие непреварена вода, да се наказва с бой от 15-25 тояги. Боят да се налага в присъствието на цялата рота, а дето може и пред цялата дружина, като се обяви причината за боя”. Тава заповед безсмислена при наличие на чиста и добра вода за пиене, а е почти неизпълнима когато има по 2-3 казана за готвене, два пъти дневно на 200-250 души. (1914, кн. VIII, IX и X; „*Полковата санитарна служба във военно време*”).

Вл. Руменов – нач. 8-ма дивизионна болница Ст.Загора, в обширна статия прави съпоставки на войсковото хранене в Софийски и Търновски пехотни, конни и артилерийски полкове. Установява недостигащо количество белтъчини и мазнини, излишък на въглеводи. Констатира като цяло, че храната на нашите войници е недостатъчна и еднообразна („*Храната на нашите войници*” 1914, кн. VIII).

Дим. Киранов - нач. военен. сан. инспекторат и гл. военен лекар в уводна статия апелира към организиране на широка благотворителност с активно гражданско участие съгласувано с дейността на Червения кръст. Образуват се комитети за събиране на помощи, подбиране и подготовка на персонал, намиране на помещения за санитарни нужди и комплектуването им („*Нашата благотворителност и предстоящата война*, кн. IV, 1915)

Хар Нейчев представя войната като кървава жътва с много човешки жертви, като погром, разорение и грабеж. Целия живот е в застой и очакване. Бедствията са неизброими и неокачествими „*Войната”,* (1914, стр. 293).

Нач. военно сан. част д-р Вл. Руменов посочва, че от двете изтощителни войни за България в продължение на 7 години, освен многото злини има грамаден брой сираци и вдовици. Инвалидите са 270,000, 82% от пострадалите са от селското население. Създадена е Дирекция за подпомагане пострадалите от войната, която основава фонд от 20 млн. лева от държавното съкровище, ежегодни средства от държ. бюджет и 5% от всички билети от забави и дарения) за безимотните инвалиди, годни за работа и за сираците за влизане в живота се дава 10 дка.земя, уреди, инструменти, мебели, помощ от 2000 лв. се отпуска за сираци – момичета при омъжване(„*Подпомагане пострадалите от войната,* 1920, 97с.)"

Социалните и заразни болести

Намираме много информация за социалните и заразни болести. Например:

Епидемии от петнист тиф е имало през 1913 и 1914 в Т. Пазарджик, Видин и София, където от 39 заболели са починали 10 (Моллов В. *Петнистия тиф,* 1914 стр.207)

През 1910 г., която е благоприятна в тифно отношение, на една войска от 48,395 души ние сме имали 220 случая от тиф. На 100 заболели са умрели 11,36% (Моллов В. *Коремният тиф,*1914 стр.429).

Инфлуенцата т.н. "испанска болест" най-често е била от страна на дихателните органи и по-рядко на храносмилателните или на централната нервна система (Моллов В, *Инфлуенцата,* 1922,стр. 65).

„*Холерната епидемия* в 3-й п.Бдински полк, (Бончев Б 1914, 218) *за бесът и неговите злини* за населението", (Генчев Х 1923, 262) *за скарлатината и ушните усложнения* при нея, (Киранов Д 1922, 13)за разпространението на ".*Гньоният очебол у новородените деца,* който води до слепота" (Константин Пашев. 1923, стр. 173)

Ал. Недялков от Варна пише за охтиката и как да се предпазим от нея?, 1923, стр. 242. Как и къде да се лекуваме от нея е редовно обсъждан проблем? Съобщава се за Искрецкият санаторий за гръдноболни с 150-300 легла - важен за страната, тъй като има 42,000 туберкулозни у нас. Той се строи от 1907 г., а се открива едва през 1920 и то без да е напълно готов. Той е на 7½ км. Своге. Има своя земя, ливади, градини"

За ролята на хигиената в труда и бита

Лекар от Габрово пише за младите габровски работнички, които съставляват 80% от общия брой на работниците в текстилната, килимната и трикотажната индустрия. В Габрово децата-работници до 15 г. съставляват 25%, а юношите - 45% от работещите в текстилните фабрики. Посочва се, че „лошите резултати от детския труд са трояки: физически, умствени нравствени" (П. Цончев. – *За „Женския и детски труд",* 1921, стр. 41).

Д-р Александър Недялков от Варна пише за Държава, обществото и граждани, (1915, стр.117), .„Причини на детската смъртност, борба, (1922, стр.226), Алкохолизмът в детската и юношеска възрасти, (1922, стр. 275).

Ненов В. за *Хигиената и работниците* (1914, стр. 25) и *Хигиената като социален проблем*, 1914, стр. 199.

Конс. Марков, лекар-хигиенист от София описва санитарните условия на тютюневите фабрики, където условията са най-тежки и се прибягва редовно към извънредно работно време, допуска се детски труд и не се контролира Закона за хигиена и безопасност на труда. Съобщава за висока заболеваемост в тютюневите фабрики от анемия, скрофулоза, бронхити, гуша и други. От направена анкета в е една Софийска тютюнева фабрика се оказва, че мъжете са 8%, жените 82-91%, деца до 16 г – 31%, а деца над 16 г. - 56 % (*Санитарно състояние на тютюневите фабрики*, 1920, стр. 204).

Учебното дело

По отчет на училищната инспекция за 1912-14 г. в Софийско е имало 463 училища, от които само 144 са строени по план за училище, а 184 са в негодни стари къщи. На задължително обучение са били 62, 991, но посещават училище 48,939 т.е от тях 1/5 не учат. В 50 у-ща поради липса на персонал занятията са траели само 3 и половина месеца – от 15 ноември до м. март.

„*Училищното здраве е обществено здраве*". Това са думи казани през 1905 г. от на д-р Величко Георгиев – един от основоположниците на българското училищното здравеопазване. През 1921 г. д-р Тошко Петров успява да се пребори за въвеждането на хигиената като учебен предмет и говори за „изграждането на хигиенни навици и здравно-културно поведение, което трябва да насочва към колективното обществено здраве".

В статията „*Хигиената в нашите училища*", д-р Тошко Петров – нач. хигиеничния институт София, пише за потребността от това, училището да научи повече хората как да живеят, отколкото безплодно да разработва паметта им. У нас изглежда, обаче, че тази основна истина се игно-

рира. Хигиената е социална наука, основана на морала, с нея хората могат да се научат да не си вредят един други. Хигиеничното възпитание би имало толкова по-голямо значение, колкото повече се прилага към всичките хора. Преподаването теоретично и нагледно хигиената я направи, щото тя да влезе от училището в дома на германеца, белгиеца, норвежеца и англичанина от там да последва общото хигиенично благосъстояние на тези народи (1914, 33 с.).

Статията *„Задачите на училищния лекар"* е интересна с това, че дава поглед са състоянието в света на училищното дело и различните практически решения за санитарния надзор на помещенията, обучението и здравето на ученика. Задачите на лекаря в училището се степенуват, като първата, най-важната е профилактиката, в нейния най-широк смисъл на думата, после е възпитателната и на трето място – лечебната. Препоръките към избора на училищен лекар са „да се назначава лице с практическа опитност и с познания, преди всичко по хигиена, педагогия и психология" (1920, кн. IX-X, д-р Н. Берова-Ораховац).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Със създаването сп. "Обществено здраве" през 1914 г., това първо списание у нас по социална хигиена, медицина и здравеопазване публично поставя и развива" идеята за общественото здраве," което разглежда човека в неговата цялостна жизнена среда.

Тази стратегия е най-добата стратегия и до днес, защото има за цел да се изучават, да се познават и да се отчитат влияещите на здравето фактори, да се търсят и да се намират адекватните, възможни и приемливи отговори .

Да благодарим и отдадем почит на волята и усилията на пионерите на общественото здраве у нас.

С това благородно дело, те, преди 100 години със списването на сп. "Обществено здраве" дават гласност и утвърждават позициите на общественото здраве в България като отговорна държавна и гражданска грижа.

Адрес за кореспонденция:
Петър Цонов
e-mail: ptzonov@gmail.com

ЛЕКАРСТВЕНА ПОЛИТИКА, ОСНОВАНА НА ДИФЕРЕНЦИРАНИ РЕИМБУРСНИ СТОЙНОСТИ

Тони Веков

ФОЗ, МУ – Плевен

PHARMACEUTICAL POLICY BASED ON THE DIFFERENTIATED REIMBURSED VALUES

Toni Vekov

Faculty of Public Health - Pleven

РЕЗЮМЕ

Въведение: *В България публичните разходи за лекарствени продукти се заплащат основно от социалния задължителен здравноосигурителен фонд (НЗОК). В последните години съществува нарастваща необходимост от ефективно управление на разходите за лекарствени продукти, които нарастват ежегодно. Съвременните разбирания за европейска лекарствена политика са, че чрез правилно регулиране на фармацевтичните пазари могат да бъдат постигнати спестявания, без това да се отрази на качеството на здравните услуги. Тези лекарствени политики са насочени основно към фармацевтичните производители, дистрибутори и аптеки, относно редуциране на цени и печалби, в по-малка степен към управление на модела на лекарските прескрипции и в почти никаква степен към пациентите.*

Цел: *Моделиране на годишните разходи за реимбурсирани лекарствени продукти при приложение на комбиниран подход на лекарствена политика, включващ референтно ценообразуване и диференцирани реимбурсни нива спрямо цената на всяка група медикаменти.*

Материали и методи: *Сравнителен анализ на публичните и личните разходи за най-често предписваните медикаменти за лечение на сърдечно-съдови заболявания (lisinopril, bisoprolol, amlodipin, valsartan, indapamid) при реимбурсиране на база референтни стойности и реимбурсиране, основано но диференцирани ставки.*

Използвани са реалните статистически данни за продажбите на лекарствените продукти през първото полугодие на 2013 г. в България и актуалните референтни реимбурсни стойности на НЗОК.

SUMMARY

Introduction: *The public expenses on medicines in Bulgaria are paid mainly by the compulsory social health insurance fund (NHIF). In the recent years there has existed an increasing need for efficient manage-ment of the pharmaceutical expenses, which has been increasing annually. The modern understanding of the European drug policy is that through the proper regulation of the pharmaceutical markets savings could be made, without impacting the quality of health services. These drug policies are aimed primarily at the pharmaceutical manufacturers, distributors and pharmacies and concern the reducing of the prices and profits, to a lesser extent - the management model of the medical prescriptions in almost to no extent - the patients.*

Objective: *To model the annual expenses of the reimbursed medicines under the implementation of a com-bined approach to the drug policy which includes reference pricing and differentiated reimbursing levels in relation to the price of every group of medicines.*

Material and Method: *A comparative analysis of the public and the personal expenses for the most commonly prescribed medicines for the therapy of cardiovascular diseases (lisinopril, bisoprolol, amlodipin, valsartan, indapamid) at the reimbursement, based on referent values and the reimbursement, based on dif-ferentiated rates.*

We have used the real statistical data from the sales of the medicines during the first half of 2013 in Bulgaria and the actual referential reimbursement values of NHIF.

Results and discussion: *An analysis of the current situation shows that the consumption of medicinal products is not directly proportional to the price of the medication. Therefore, the payment of the remaining sum of the price by the patients in a system of ref-*

Резултати и обсъждане: *Анализът на настоящата ситуация показва, че потреблението на лекарствените продукти не корелира правопропорционално с цените на медикаментите. Следователно доплащането от пациентите при система на референтно ценообразуване по никакъв начин не повлиява търсенето на по-евтините медикаменти.*

Необходимо е въвеждане на система за управление на лекарските прескрипции, състоящи се от такси за рецепти с препоръчителни лекарствени продукти. Миксът от мотивационни стимули на пациенти (понижаване на стойността на самоучастие) и на лекари (такса за рецепта) ще преразпредели изписваните лекарствени продукти.

Прилагането на диференцирани реимбурсни нива намалява общият разход за разглежданите лекарствени продукти с 30%, намалява самоучастието на пациентите с 43%, мотивира фармацевтичните производители да намаляват реимбурсните си цени и насърчава лекари и пациенти да използват препоръчителните лекарствени продукти.

Изводи и заключения: *Съвременната лекарствена политика в България е базирана на външното и вътрешното референтно ценообразуване и реимбурсиране. В дългосрочен план тези подходи не са достатъчни за управлението на разходите за лекарствени продукти.*

Проведеното изследване включва моделиране на публичните и личните разходи за лекарствени продукти при комбиниране на референтно реимбурсиране с диференцирани реимбурсни нива, които са обратно пропорционални на цените и мотивационната система за възнаграждение за лекарите при предписване на референтните лекарствени продукти. Очаква се въведената комбинирана реимбурсна политика да стимулира фармацевтичните производители да приближат цените си до референтните за сметка на намаление на разходите си за маркетинг и промоция на лекарствените продукти.

Ключови думи: *референтно ценообразуване, диференцирани реимбурсни нива, препоръчителни лекарствени продукти, самоучастие на пациентите*

erence pricing in no way affects the search for cheaper medi-cations.

It is necessary to introduce a management system for medical prescriptions, consisting of charges for the prescriptions of the recommended products. Mixing the motivational incentives for the patients (lowering the value of their self-participation) and the doctors (prescription charges) would redistribute the prescribed medicinal products.

The application of differentiated reimbursement levels decreases the total cost of the considered medications by 30%, decreases the self-participation of the patients by 43%, motivates the pharmaceu-tical manufacturers to decrease their reimbursement prices and encourages the doctors and the patients to use the recommended medications.

Inferences and Conclusions: *The contemporary pharmaceutical policy of Bulgaria is based on internal and external reference pricing and reimbursement. From a long-term perspective, these approaches are not sufficient to con-trol the cost of medicines.*

The conducted research includes the modeling of public and private spending on pharmaceuticals by combining the reference reimbursement with the differentiated reimbursement levels, which are inversely proportional to the price and the motivational reward system for the physicians in prescribing the reference product. It is expected that the applied combined reimbursement policy would encourage the pharmaceutical manufacturers to bring their prices nearer to the reference prices at the expense of the decrease of their marketing expenses and the promotion of medications.

Keywords: *reference pricing, differentiated reimbursement levels, recommended medicines, pa-tients' self-participation*

ВЪВЕДЕНИЕ

Фармацевтичните разходи в страните от ЕС се финансират предимно чрез социално осигуряване или общо данъчно облагане. Разходите за лекарствени продукти са важен компонент от бюджетите за здравеопазване на всички държави от ЕС. В България публичните разходи за медикаменти се заплащат основно от социалния задължителен здравноосигурителен фонд (НЗОК) и представляват втори по големина разход след болничната медицинска помощ. В по-

следните години съществува нарастваща необходимост от ограничаване на увеличаващите се разходи за здравни грижи, включително за лекарствени продукти, както и ефективното изразходване на финансовите ресурси. Добрата европейска практика предполага определяне на списъци с лекарствени продукти, осигурявани чрез здравноосигурителната система и регулиране на цените им по определен ред. Поради фискалното въздействие на икономическата и финансова криза и предвидените здравни услуги за застаряващото население, политиката за управление на фармацевтичните разходи представлява все по-голям интерес за страните, които заплащат публичните разходи за здравеопазване.

Съвременните разбирания за европейска лекарствена политика са, че чрез правилно регулиране на фармацевтичните пазари могат да бъдат постигнати спестявания, без това да се отрази на качеството на полаганите грижи. Съществуват различни инициативи, свързани с анализа на икономическата ефективност на разходите за лекарствени продукти, основани на икономическите оценки на здравните технологии и лекарствените терапии. Подходите за регулиране на фармацевтичните пазари в ЕС могат да бъдат класифицирани в седем основни групи:

- Подходи за регулиране на цените на лекарствените продукти. Тук се включват външното и вътрешното референтно ценообразуване, както и административното регулиране на цените.
- Подходи за реимбурсиране на лекарствените продукти. Основават се на фармакоикономически оценки и позитивни/негативни лекарствени списъци.
- Подходи за навлизане на пазара на лекарствените продукти. Фокусирани са върху времето за вземане на решения за ценообразуване и реимбурсиране, което се регулира от общоевропейска директива за прозрачност.
- Подходи за контролиране на разходите за лекарствени продукти, състоящи се от публични търгове, договаряне на отстъпки, възстановяване на разходите или обратно заплащане на надлимитните разходи, включително споразумение за споделяне на риска.
- Подходи към дистрибутори и аптеки. Изразяват се във въвеждане на фармацевтично генерично заместване и нормативно регулиране на надценките за аптеки и дистрибутори на лекарствени продукти.
- Подходи към лекарските прескрипции. Включват наблюдение на лекарските прескрипции, клинични насоки за предписване на медикаменти, бюджет за лекарства, квоти за предписване, въвеждане на генерични прескрипции и редица информационни решения в тази насока.
- Подходи към пациентите. Самоучастие на пациентите във финансирането на лекарствените терапии.

След краткия обзор на съвременните европейски лекарствени политики можем да заключим, че те основно са насочени към фармацевтичните производители, дистрибутори и аптеки относно редуциране на цени и печалби, в по-малка степен към управление на модела на лекарските прескрипции и в почти никаква степен към пациентите.

Ако разгледаме лекарствената политика на най-големия фармацевтичен пазар, САЩ, ще установим, че тя се различава в голяма степен от европейската и се характеризира с минимално държавно регулиране на цени и печалби на производители и търговци и силен фокус върху финансовото стимулиране на пациентите да използват генерични лекарствени продукти. Това се постига чрез фармацевтични справочници (аналог на европейските позитивни и реимбурсни списъци) и диференцирани реимбурсни стойности, които са обратнопропорционални на цената на лекарствения продукт. Пациентите са стимулирани да използват по-евтини медикаменти, защото неизползваните ресурси придобиват спестовен характер, който носи допълнителни доходи на пациента. Освен това цената на здравната вноска също е диференцирана както спрямо здравния риск, така и спрямо здравните разходи.

Днес не може да се даде категорична оценка коя лекарствена политика е по-ефективна от гледна точка на ползите, които получават пациентите от лекарствените терапии за единица разход. Може обаче да бъде направен опит за моделиране на резултатите от комплексен реимбурсен подход основан на външно и вътрешно референтно ценообразуване и диференцирани реимбурсни стойности.

ЦЕЛ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

Настоящото проучване използва моделиране на годишните разходи за реимбурсирани лекарствени продукти при приложение на комбиниран подход на лекарствена политика, включващ референтно ценообразуване и диференци-

рани реимбурсни ставки спрямо цената на всяка група медикаменти. В проучването са включени реимбурсираните медикаменти за лечение на сърдечно-съдови заболявания – Lisinopril, Bisoprolol, Amlodipine,Valsartan и Indapamid. Медикаментите са най-често предписваните лекарствени продукти от терапевтичните групи на АСЕ инхибиторите, β-блокерите, калциевите антагонисти, ангиотензин-рецепторните блокери и диуретиците. Методологията на проучването включва сравнителен анализ на публичните и личните разходи за посочените медикаменти при реимбурсиране на база референтни стойности и реимбурсиране, основано на диференцирани ставки. Моделът е изграден върху допускането, че подходът за реимбурсиране не оказва влияние върху лекарствените прескрипции и лекарственото потребление. Използвани са реалните стастистически данни за продажбите на лекарствените продукти през първото полугодие на 2013 г. и актуалните референтни реимбурсни стойности през същия период в България.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Цените на лекарствените продукти, публичните и личните разходи при действащата система на вътрешно референтно реимбурсиране са посочени в табл. 1.

Всички цени на аналогичните медикаменти са приравнени към опаковки, необходими за едномесечна терапия. Анализът на настоящата ситуация показва, че потреблението на лекарствените продукти не корелира правопропорционално с цените на медикаментите. Следователно доплащането от пациентите при система на референтно реимбурсиране по никакъв начин не повлиява търсенето на по-евтините медикаменти. Върху тези резултати силно влияние оказва и липсата на наблюдение и управление на лекарските прескрипции. Необходимо е прилагането на мотивационни механизми както за пациентите, така и за лекарите, за да бъдат предпочитани икономически ефективните лекарствени терапии. Въпреки високото ниво на самоучастие (средно 82%) очевидно то не представлява стимул за стремеж на пациентите към финансово приемливи лекарствени терапии.

Анализираният в настоящото изследване модел на диференцирани реимбурсни нива допуска групиране на лекарствените продукти в зависимост от техните цени спрямо референтната цена (табл. 2).

Необходимо е и въвеждане на система за управление на лекарските прескрипции, съгласно която лекарите се стимулират с такса за рецепта (€ 0,5-1), когато над 50% от техните прескрипции са препоръчителни лекарствени продукти. Миксът от мотивационните стимули на пациенти (понижаване на стойността на самоучастие) и на лекарите (такса за рецепта) ще пре-

Таблица 1. Цени, публични и лични разходи за лекарствените продукти Lisinopril, Bisoprolol, Amlodipine,Valsartan и Indapamid при референтно реимбурсиране

Лекарствен продукт	Цена в аптека, лв.	Референтна реимбурсна стойност, лв.	Доплащане от пациента, лв.	Количество продажби, бр.	Обща стойност на продажбите, лв.	Обща реимбурсна стойност, лв.	Обща стойност на доплащане от пацента, лв.
Lisinopril 10 mg x 30, реимбурсно ниво – 25%							
Lisinopril Unipharm	9,70	1,26	8,44	417 794	4 052 602	526 420	3 526 182
Linipril	9,42	1,26	8,16	164 683	1 551 314	207 500	1 343 814
Diroton	4,16	1,26	2,90	573 823	2 387 103	723 017	1 664 086
Vitopril	6,71	1,26	5,45	4 263 833	28 610 319	5 372 430	23 237 889
Lisigamma	7,31	1,26	6,05	70 733	517 058	89 123	427 935
Cordacare	9,70	1,26	8,44	350 290	3 397 813	441 365	2 956 448
Lizopril	13,55	1,26	12,29	34 143	462 638	43 020	419 618
Bisoprolol 5 mg x 30, реимбурсно ниво – 50%							
Bisostad	3,43	1,35	2,08	99 880	342 588	134 838	207 750
Coronal	3,25	1,35	1,90	193 947	630 328	261 828	368 500

BisoHexal	3,65	1,35	2,30	198 873	725 886	268 479	457 407
Bisogamma	3,65	1,35	2,30	2 748 247	10 031 101	3 710 133	6 320 968
Concor	7,67	1,35	6,32	3 180 055	24 391 022	4 293 074	20 097 948
ConcorCor	10,14	1,35	8,79	37 110	376 295	50 098	326 197
Blokbis	3,06	1,35	1,71	438 476	1 341 736	591 943	749 793
Bisor	5,36	1,35	4,01	429 626	2 302 795	579 995	1 722 800
Tevabisoprolol	3,25	1,35	1,90	125 388	407 511	169 274	238 237
Bibloc	4,06	1,35	2,71	–	–	–	–
Amlodipine 5 mg x 30, реимбурсно ниво – 50%							
Agen	3,67	0,81	2,86	106 177	389 670	86 003	303 667
Amlovask	5,36	0,81	4,55	452 175	2 423 658	366 262	2 057 396
Nordipin	8,08	0,81	7,27	795 996	6 431 648	644 757	5 786 891
Amlodipin Alcaloid	4,98	0,81	4,17	87 593	436 213	70 950	365 263
Normodipine	6,65	0,81	5,84	28 735	191 088	23 275	167 813
Amlodipin Medica	5,34	0,81	4,53	108 741	580 677	88 080	492 597
Norvask	10,26	0,81	9,45	1 262 789	12 956 215	1 022 859	11 933 256
Neodipin	7,92	0,81	7,11	298 208	2 361 807	241 548	2 120 259
Tenox	4,18	0,81	3,37	244 673	1 022 733	198 185	824 548
Accel	6,92	0,81	6,11	194 664	1 347 075	157 678	1 189 397
Amlodigamma	4,98	0,81	4,17	93 238	464 325	75 523	388 802
Amlopin	2,38	0,81	1,57	93 706	223 020	75 902	147 118
Amloteron	3,55	0,81	2,74	44 731	158 795	36 232	122 563
Vasodipin	4,98	0,81	4,17	–	–	–	–
Valsartan 160 mg x 30, реимбурсно ниво – 25%							
Diovan	27,92	3,73	24,19	47 672	1 331 002	177 816	1 153 186
Valtensin	16,45	3,73	12,72	756 490	12 444 260	2 821 708	9 622 552
Sarteg	21,81	3,73	18,08	137 434	2 997 435	512 629	2 484 806
Nortivan	15,81	3,73	12,08	46 817	740 177	174 627	565 550
Valsacor	18,59	3,73	14,86	141 876	2 637 475	529 197	2 108 278
Valzap	15,96	3,73	12,23	71 140	1 135 394	265 352	870 042
Valstor	20,68	3,73	16,95	22 068	456 366	82 314	374 052
Sartoval	15,84	3,73	12,11	44 532	705 387	166 104	539 283
Vanatex	23,07	3,73	19,34	27 590	636 501	102 911	533 590
Walzepa	14,90	3,73	11,17	–	–	–	–
Suvartar	18,77	3,73	15,04	–	–	–	–
Vapress	16,02	3,73	12,29	4283	68 613	15 976	52 637
Valsalen	23,35	3,73	19,62	–	–	–	–
Indapamid 1,5 mg x 30, реимбурсно ниво 25%							
Tertensif SR	11,81	1,06	10,75	1 045 675	12 349 421	1 108 416	11 241 005
Indipam SR	7,45	1,06	6,39	326 904	2 435 435	346 518	2 088 917
Pisizif SR	7,45	1,06	6,39	316 500	2 357 925	335 490	2 022 435
Rawel SR	5,30	1,06	4,24	594 321	3 149 901	629 980	2 519 921
Mivara SR	4,24	1,06	3,18	278 035	1 178 868	294 717	884 151
Daxpamil	5,72	1,06	4,66	103	589	109	480
Tevaindam	6,49	1,06	5,43	61 966	402 159	65 684	336 475
Indapagamma	5,30	1,06	4,24	4752	25 186	5037	20 149

Indapen	4,48	1,06	3,42	5043	22 592	5346	17 246
Общо	–	–	–	**21 072 528**	**155 589 719**	**28 189 722**	**127 399 997**

Източник: Позитивен лекарствен списък, септември 2013
IMS Health, Statistical data, септември 2013

Таблица 2. Диференцирани реимбурсни нива спрямо цените на лекарствените продукти

Групи лекарствени продукти	**Цени в позитивен лекарствен списък**	**Диференцирани реимбурсни нива**
I група – препоръчителни лекарствени продукти	Референтна цена + 30%	50%
II група – непрепоръчителни лекарствени продукти	Референтна цена + 30-100%	25%
III група – нереимбурсирани лекарствени продукти	Референтна цена + 100%	Не се реимбурсират

разпредели изписваните лекарствени продукти. Моделът допуска първоначално разпределение – 50% препоръчителни лекарствени продукти и 50% непрепоръчителни лекарствени продукти, пропорционално разпределени като реалните пазарни дялове, посочени в табл. 1. Количеството, реимбурсираната стойност и самоучастието на пациентите в така моделирания реимбурсен пазар на разглежданите пет лекарствени продукта за лечение на сърдечно-съдови заболявания са посочени в табл. 3.

Таблица 3. Цени, публични и лични разходи за лекарствените продукти Lisinopril, Bisoprolol, Amlodipine, Valsartan и Indapamid при диференцирано реимбурсиране

Лекарствен продукт	Цена в аптека, лв.	Референтна реимбурсна стойност, лв.	Доплащане от пациента, лв.	Количество продажби, бр.	Обща стойност на продажбите, лв.	Обща реимбурсна стойност, лв.	Обща стойност на доплащане от пациентите, лв.
Lisinopril 10 mg x 30, диференцирани реимбурсни нива – 25%, 50%							
Lisinopril Unipharm	9,70	1,26	8,44	208 867	2 026 009	263 172	1 762 837
Linipril	9,42	1,26	8,16	82 254	774 832	103 640	671 192
Diroton	4,16	2,52	1,64	2 937 650	12 220 624	7 402 878	4 817 746
Vitopril	6,71	1,26	5,45	2 436 193	16 346 855	3 069 603	13 277 252
Lisigamma	7,31	1,26	6,05	35 252	257 692	44 417	213 275
Cordacare	9,70	1,26	8,44	175 084	1 698 315	220 605	1 477 710
Lizopril	13,55	–	–	–	–	–	–
Bisoprolol 5 mg x 30, диференцирани реимбурсни нива – 25%, 50%							
Bisostad	3,43	0,68	2,75	71 163	244 089	48 391	195 698
Coronal	3,25	1,35	1,90	1 862 900	6 054 425	2 514 915	3 539 510
BisoHexal	3,65	0,68	2,97	141 953	518 128	96 528	421 600
Bisogamma	3,65	0,68	2,97	2 858 808	10 434 469	1 943 990	8 490 659
Concor	7,67	–	–	–	–	–	–
ConcorCor	10,14	–	–	–	–	–	–
Blokbis	3,06	0,68	2,38	312 967	957 679	212 817	744 862
Bisor	5,36	0,68	4,68	306 633	1 643 553	208 510	1 435 043
Tevabisoprolol	3,25	1,35	1,90	1 862 900	6 054 425	2 514 915	3 539 510
Bibloc	4,06	0,68	3,38	34 277	139 165	23 308	115 857

Amlodipine 5 mg x 30, диференцирани реимбурсни нива – 25%, 50%							
Agen	3,67	0,40	3,27	511 493	1 877 179	204 597	1 672 582
Amlovask	5,36	–	–	–	–	–	–
Nordipin	8,08	–	–	–	–	–	–
Amlodipin Alcaloid	4,98	–	–	–	–	–	–
Normodipine	6,65	–	–	–	–	–	–
Amlodipin Medika	5,34	–	–	–	–	–	–
Norvask	10,26	–	–	–	–	–	–
Neodipin	7,92	–	–	–	–	–	–
Tenox	4,18	0,40	3,78	1 178 683	4 926 894	471 473	4 455 421
Accel	6,92	–	–	–	–	–	–
Amlodigamma	4,98	–	–	–	–	–	–
Amlopin	2,38	0,81	1,57	1 905 713	4 535 597	1 543 627	2 991 790
Amloteron	3,55	0,40	3,15	215 537	765 156	86 215	678 941
Vasodipin	4,98	–	–	–	–	–	–
Valsartan 160 mg x 30, диференцирани реимбурсни нива – 25%, 50%							
Diovan	27,92	3,73	24,19	43 980	1 227 921	164 045	1 063 876
Valtensin	16,45	7,46	8,99	307 730	5 062 158	2 295 665	2 766 493
Sarteg	21,81	3,73	18,08	126 827	2 766 097	473 065	2 293 032
Nortivan	15,81	7,46	8,35	19 065	301 418	142 225	159 193
Valsacor	18,59	7,46	11,13	57 715	1 072 922	430 554	642 368
Valzap	15,19	7,46	7,73	28 945	439 675	215 930	223 745
Valstor	20,68	3,73	16,95	20 365	421 148	75 962	345 186
Sartoval	15,84	3,73	12,11	18 112	286 894	67 558	219 336
Vanatex	23,07	3,73	19,34	25 478	587 778	95 033	492 745
Walzepa	14,90	7,46	7,44	649 951	9 684 270	4 848 634	4 835 636
Suvartar	18,77	7,46	11,31	–	–	–	–
Vapress	16,02	7,46	8,56	1734	27 779	12 936	14 843
Valsalon	23,35	3,73	19,62	–	–	–	–
Indapamid 1,5 mg x 30, диференцирани реимбурсни нива – 25%, 50%							
Tertensif SR	11,81	–	–	–	–	–	–
Indipam SR	7,45	1,06	6,39	328 635	2 448 331	348 353	2 099 978
Pisizif SR	7,45	1,06	6,39	316 527	2 358 126	335 519	2 022 607
Rawel SR	5,30	2,12	3,18	597 495	3 166 724	1 266 689	1 900 035
Mivara SR	4,24	2,12	2,12	1 316 650	5 582 596	2 791 298	2 791 298
Daxpamil	5,72	1,06	4,66	105	600	111	489
Tevaindam	6,49	1,06	5,43	62 277	404 178	66 014	338 164
Indapagamma	5,30	2,12	3,18	4740	25 122	10 049	15 073
Indapen	4,48	1,06	3,42	6871	30 782	7283	23 499

Сравнителният анализ на двата реимбурсни подхода, референтни стойности и диференцирани нива, е илюстриран в табл. 4.

Позитивните резултати от прилагането на диференцирани реимбурсни нива са следните:

1. Намаляване на общия разход на разглежданите пет продукта от 155 млн. лв. до 107 млн. лв. (30%).
2. Намаляване на самоучастието на пациентите от 127 млн. лв. до 72 млн. лв. (43%). Този факт ще повиши достъпността до лекарствени терапии и ще подобри контрола на хроничните заболявания в дългосрочен план.
3. Мотивиране на фармацевтичните производители да намалят реимбурсните си цени, за да присъстват в позитивния лекарствен спи-

Таблица 4. Сравнителен анализ на реимбурсните подходи – референтни стойности и диференцирани нива при продуктите Lisinopril, Bisoprolol, Amlodipine,Valsartan и Indapamid

Лекарствен продукт	**Обща стойност на продажбите, лв.**		**Обща реимбурсна стойност, лв.**		**Обща стойност на доплащане от пациентите, лв.**	
	Референтно реимбурсиране	Диференцирано реимбурсиране	Референтно реимбурсиране	Диференцирано реимбурсиране	Референтно реимбурсиране	Диференцирано реимбурсиране
Lisinopril 10 mg x 30	40 978 847	33 324 327	7 402 875 (18,07%)	11 104 315 (33,32%)	33 575 972 (81,93%)	22 220 012 (66,68%)
Bizoprolol 5 mg x 30	40 549 262	26 046 113	10 059 662 (24,81%)	7 563 374 (29,04%)	30 489 600 (75,19%)	18 482 739 (70,96%)
Amlodipine 5 mg x 30	28 986 924	12 104 826	3 087 254 (10,65%)	2 305 912 (19,04%)	25 899 670 (89,35%)	9 798 914 (80,96%)
Valsartan 160 mg x 30	23 152 610	21 878 060	4 848 634 (20,94%)	8 821 607 (40,32%)	18 303 976 (79,06%)	13 056 453 (59,68%)
Indapamid 1,5 mg x 30	21 922 076	14 016 459	2 791 297 (12,73%)	4 825 316 (34,42%)	19 130 779 (87,27%)	9 191 143 (65,58%)
Общо	155 589 719	107 369 785	28 189 722 (18,12%)	34 620 524 (32,24%)	127 399 997 (81,88%)	72 749 261 (67,76%)

сък. При действащия вариант на референтно реимбурсиране пазарните лидери в групите (Concor, Norvask, Tertensif) са с цени, повече от два пъти по-високи от референтните стойности.

4. Мотивиране на фармацевтичните производители да достигат референтните цени, за да се включат в групата на препоръчителните лекарствени продукти, за които има осигурена 50% достъпност в лекарските прескрипции. По този начин основният маркетингов инструмент за пазарно проникване се измества от промоцията на лекарствените продукти към референтно ценообразуване.
5. Мотивиране на лекари и пациенти да използват препоръчителните лекарствени продукти чрез финансови ползи и за двете страни, съответно – такса и намалено доплащане.

Единственият негативен резултат от прилагането на диференцираните реимбурсни нива в разглеждания модел е увеличаването на публичните разходи от 28 млн. лв. на 34 млн. лв. (17%). Публичните разходи могат да бъдат регулирани с намаляване на абсолютната стойност на реимбурсното ниво, напр. от 50% на 40%, но диференцирането трябва да се запази, за да задейства описаните мотивационни механизми сред пациенти, лекари и фармацевтична индустрия.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Съвременната лекарствена политика в България е базирана на външното и вътрешното референтно ценообразуване и реимбурсиране. В дългосрочен план тези подходи не са достатъчни за управлението на разходите за лекарствени продукти. През годините на действие на тези политики се наблюдава последователното намаление на реимбурсната стойност на лекарствените продукти и съответно увеличение на доплащането от пациентите. При разглежданите пет лекарствени продукта за лечение на сърдечно-съдови заболявания самоучастието на пациентите във финансирането на лекарствената терапия варира между 75,19% и 89,35%. Тези нива са най-високите в страните от ЕС, представляват съществена бариера пред достъпността на пациентите до лекарствена терапия и на практика обезсмислят реимбурсната система за медикаменти за домашно лечение. Едновременно с това публичните разходи за реимбурсирани лекарствени продукти също се увеличават като годишна стойност поради липса на контрол и стимули за лекарите да предписват икономически ефективни терапии.

Проведеното изследване разглежда пет лекарствени продукта за лечение на сърдечно-съдови заболявания и включва моделиране на публичните и личните разходи за лекарствени продукти при комбиниране на референтно реимбурсиране с диференцирани реимбурсни нива, които са обратнопропорционални на цените на медикаментите, и мотивационна система на възнаграждение за лекарите при предписване на референтните лекарствени продукти. Моделираното преразпределение на лекарственото потребление за едногодишен период в резултат на мотивираните промени в прескрипциите показва очаквано намаление на общия разход за медикаменти с 30%, намаление на самоучастието на пациентите във финансирането на терапиите с 43% и съответ-

но увеличение на публичните разходи със 17%. Очаква се въведената комбинирана реимбурсна политика на референтни стойности и диференцирани реимбурсни нива да стимулира фармацевтичните производители да приближат цените си до референтните за сметка на намаление на разходите си за маркетинг и промоция на лекарствените продукти.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Веков, Т. Лекарствена политика, реимбурсиране и ценообразуване. С., Български кардиологичен институт, 2011, 268.
2. Димитрова, З., Г. Нешев. Фармакоикономика. С., Арсо, 2008, 205.
3. Adamski, I., B. Godman et G. Ofierska-Sujkowska. Risk sharing arrangement for pharmaceuticals: potential considerations and recommendations for European payears. – BMC Health Services Research, 2010, № 10, 1-16.
4. Carone, G., C. Schwierz et A. Xavier. Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. – Economic Papers, 2012.
5. Cutler, M. et W. Everett. Thinking outside the pillbox – medication adherence as a priority for health care reform. – N. Eng. J. Med., 2010, № 3, 501-513.
6. Dylst, P. et S. Simoens. Generic medicine pricing policies in Europe: current status and impact. – Pharmaceuticals, 2010, № 3, 471-481.
7. Espin, J., J. Rovira et L. Garcia. Experience and Impact of European Risk-Sharing Schemes Focusing on Oncology Medicines, European Commission, 2011.
8. IMS Health, Generic medicines: Essential contributors to the long term health of society. A. Sheppard, presentation. Brussels, March 2010.
9. Vogler, S. The impact of pharmaceutical pricing and reimbursement policies on generics uptake. GaBI Journal, 2012, № 2, 93-100.

Адрес за кореспонденция:
Медицински университет Плевен,
Факултет по обществено здраве
e-mail: t.vekov.mu.pleven@abv.bg

МНЕНИЕ НА ДОКТОРАНТИТЕ ПО МЕДИЦИНА ЗА СЪТРУДНИЧЕСТВОТО МЕЖДУ УЧЕНИТЕ И ЦЕЛЕВАТА ОБЩНОСТ НА ЗДРАВНИТЕ ПРОЕКТИ В БЪЛГАРИЯ

Анета Докова[1], Лора Георгиева[2], Мила Георгиева[3], Тодорка Костадинова[3]

[1]Отдел по международно сътрудничество,
Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов"-Варна
[2]Катедра по социална медицина и организация на здравеопазването,
Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов"-Варна
[3]Катедра по икономика и управление на здравеопазването,
Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов"-Варна

MEDICAL PHD STUDENTS' OPINION ABOUT THE COLLABORATION BETWEEN SCIENTISTS AND TARGET COMMUNITY OF HEALTHCARE PROJECTS IN BULGARIA

Aneta Dokova[1], Lora Georgieva[2], Mila Georgieva[3] , Todorka Kostadinova[3]

[1]Department of International Relations,
Medical University 'Prof. Paraskev Stoyanov' - Varna
[2]Department of Social Medicine and Healthcare Organization,
Medical University 'Prof. Paraskev Stoyanov' - Varna
[3]Department of Economics and Healthcare management,
Medical University 'Prof. Paraskev Stoyanov' -Varna

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Сътрудничеството между изследователите от научните институции и представителите на целевите общности играе ключова роля при реализацията на здравните проекти в развитите страни.*

Целта *на настоящото проучване е да се анализира мнението на докторантите от Медицинския университет „Проф. д-р Параскев Стоянов"-Варна (МУ-Варна) за значението на съвместната дейност между учените и представителите на общността по време на различните етапи на осъществяване на здравни проекти в България.*

Материали и методи: *Проведено е социологическо проучване при 45 докторанти, 20 мъже и 25 жени, от общо 17 научни направления в МУ-Варна с помощта на пряка анонимна анкета, съдържаща 10 въпроса с открити отговори. Резултатите са обработени статистически с вариационен (ANOVA) анализ.*

Резултати и обсъждане: *Докторантите по медицина са недостатъчно информирани по ин-*

SUMMARY

Introduction: *The collaboration between researchers from scientific institutions and representatives of target communities plays a key role in healthcare project implementation in developed countries.*

The objective *of the present investigation was to analyze the opinion of PhD students at the Medical University 'Prof. Paraskev Stoyanov' of Varna (MU-Varna) about the importance of the joint work between the scientists and community representatives during the different stages of the realization of healthcare projects in Bulgaria.*

Materials and methods: *The sociological study covered 45 PhD students, 20 males and 25 females, in a total of 17 scientific directions in MU-Varna by means of a direct anonymous inquiry containing 10 open-response items. The results were statistically processed using variation (ANOVA) analysis.*

Results and discussion: *The medical PhD students were insufficiently aware of the interdisciplinary problem circle of the implementation of effective and sustainable healthcare projects. With most questions, there was no response, or 'I cannot judge'. However,*

тердисциплинарния проблемен кръг на реализацията на ефективни и устойчиви здравни проекти. При болшинството от въпросите липсва отговор или той е „не мога да преценя", респ. отрицателен. Все пак 65% от анкетираните лица биха включили в планирането на научното изследване представители на съответната общност, свързана с него, а според 40% от докторантите тези представители могат да допринесат при събирането на данните. Общо 58% от респондентите считат, че докладът и изследователските резултати трябва да са на разположение на групите от основни участници в общността, а 72% от тях не виждат никакви заплахи или рискове от включването на целевите общности в научни изследвания.

Изводи и заключение*: Настоящото проучване показва необходимостта от разработването и внедряването на проблемно-ориентирани програми за обучение по здравни проекти с участието на научните работници и представителите на общността с цел реформиране на системата на здравеопазване.*

Ключови думи*: здравни проекти, научни работници, целева здравна общност, докторанти по медицина, анкетно проучване*

65% of the respondents would incorporate into the planning of the scientific investigation the representatives of the corresponding community related to it as according to 40% of the PhD students, these representatives could contribute when gathering the data. According to a total of 58% of the respondents, the report and research results should be at the disposal of the groups of primary community participants while 72% of them did not imagine any threats or risks because of the target communities' involvement into research.

Conclusion*: The present study demonstrates the necessity of the elaboration and introduction of problem-oriented educational programmes devoted to healthcare projects and involving researchers and community representatives thus aiming at reforming the health system.*

Keywords*: healthcare projects, researchers, target health community, medical PhD students, inquiry examination*

ВЪВЕДЕНИЕ

Понастоящем системите на общественото здравеопазване и здравните политики на местно, регионално, национално и международно ниво не са достатъчно гъвкави и приспособими към динамично променящите се социално-икономически и прогреса на научно-медицинските технологии. Това наложи разработването и внедряването на здравни проекти за решаването на разнообразните здравни проблеми на населението или определени общности от него. При това в развитите страни все по-масово се прилага подходът, включващ изследвания, основани на участието на общността (community-based participatory research, CBPR). Касае се за сътрудничеството между научните работници, от една страна, и представителите на различни общности от населението, от друга, за провеждане на проучвания, целящи устойчиво подобряване на здравето на тези общности, които са обект на съответните здравни интервенции. При CBPR-подхода се цели създаването на взаимно-изгодно партньорство между общностите и изследователите по време на целия научно-изследователски процес (9). Основните характеристики на CBPR-подхода са следните (13): 1. включване на общността при определяне целите и дневния ред на изследването; 2. участие на общностите в разработването/оформянето на научно-изследователския протокол; 3. участие на общността в събирането на данните и техния анализ; 4. докладване на научните резултати пред общността; 5. полезност от научните изследвания за общността и 6. участие на общността в представянето на резултатите от изследванията пред научната общност. Откроява се значението на четири основополагащи принципа на CBPR-подхода: доверие, сътрудничество, превъзходно качество на науката и етика (10). Анализът на достъпната ни литература показва, че сътрудничеството между изследователите от научните институции и представителите на целевите общности играе ключова роля при реализацията на здравните проекти в развитите страни.

Целта на настоящото проучване е да се анализира мнението на докторантите от Медицинския университет „Проф. д-р Параскев Стоянов"-Варна (МУ-Варна) за значението на съвместната дейност между учените и представителите

на общността по време на различните етапи на осъществяване на здравни проекти в България.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

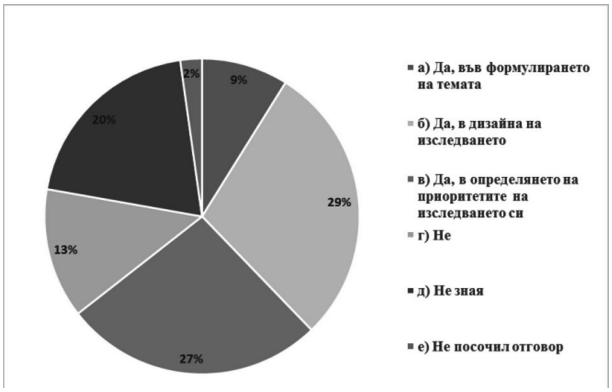
През 2013 г. в Медицинския университет „Проф. д-р Параскев Стоянов"-Варна е проведено социологическо проучване по въпросите на CBPR-подхода. Анкетирани са общо 45 докторанти, 20 мъже и 25 жени, от общо 17 научни направления. Използвана е пряка анонимна анкета, съдържаща 10 въпроса с открити отговори. Резултатите от оценката на нагласите на докторантите към този интердисциплинарен проблемен кръг са обработени статистически с вариационен (ANOVA) анализ.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Нашите резултати показват недостатъчна информираност на докторантите по медицина по въпросите на планирането и реализацията на ефективни и устойчиви здравни проекти, включващи и участие на представители на целевата общност от населението. При болшинството от въпросите липсва отговор или той е „не мога да преценя", респ. отрицателен.

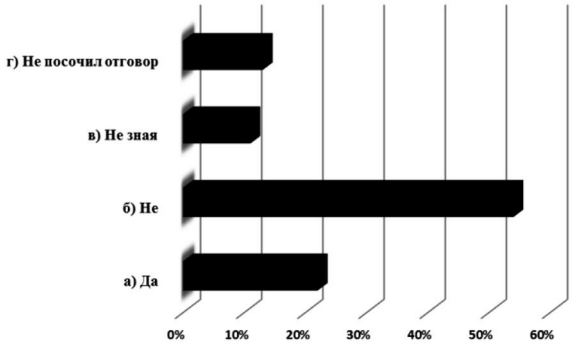
Разпределенията на отговорите на някои въпроси от анкетата са систематизирани на фиг. 1 - фиг. 6.

Общо 65% от анкетираните лица биха включили в конкретните етапи на планирането на научното си изследване представители на съответната общност, свързана с това проучване, докато 20% от тях не биха го направили (фиг. 1).



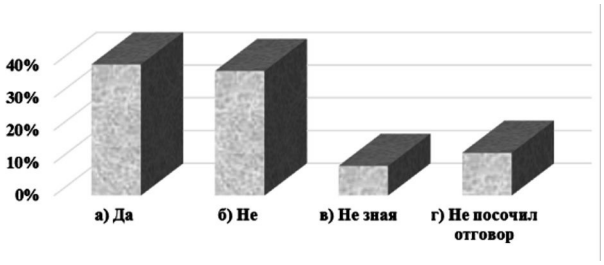
Фиг. 1. Възможно включване на представители на общността в планирането на изследването

Прави впечатление, че преобладаващият брой (n=24) и относителен дял (54%) на докторантите считат, че не е необходима материална стимулация за представителите на общността, участващи в изследването (фиг. 2).



Фиг. 2. Необходимост от мотивация на участващите представители на общността

Според 40% от докторантите представителите на целевата общност могат, а според 38% от тях - тези представители не могат да участват активно при събирането на данните в хода на проучването (фиг. 3). Това разминаване свидетелства за недостатъчния опит от непосредствена научно-изследователска работа на тези докторанти.



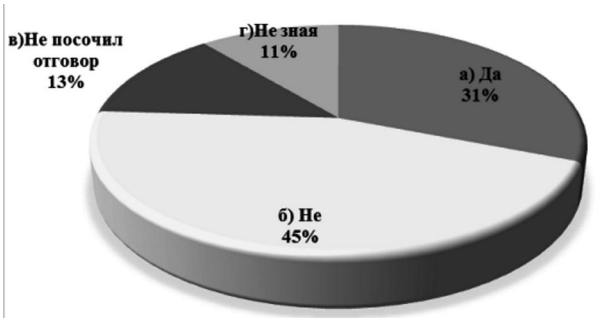
Фиг. 3. Възможен принос на участващите представители на общността при събирането на данните

Общо 58% от респондентите са на мнение, че както докладът като цяло, така и конкретните резултати от проведеното проучване трябва да са на разположение на групите от основни участници в целевата общност (фиг. 4).



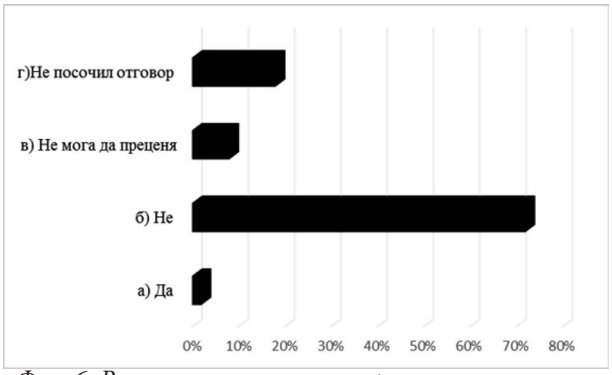
Фиг. 4. Възможно предоставяне на доклада и резултатите от проучването на участниците от общността

Според 45% от анкетираните лица представителите на целевата общност, включени в проучването, не трябва да участват при представянето на получените резултати пред тази общност (фиг. 5). На противоположното мнение са 31% от докторантите.



Фиг. 5. Възможно включване на участващите представители на общността при представяне на изследванията

Общо 28 (72%) от докторантите считат, че не съществуват никакви заплахи или рискове от включването на представители на целевата общност в научното изследване (фиг. 6). Опасения изказва само един участник в анкетата (2% от случаите).



Фиг. 6. Възможни заплахи или рискове от включени представители на общността в изследванията

Само двама докторанта (6%) виждат някакви предимства от включването на представителите на целевата общност в проучването, докато болшинството от докторантите (13 или 41%) са скептично настроени към тази възможност. Тази нагласа доказва необходимостта от своевременно проблемно-ориентирано обучение на младите научни работници в областта на практическото приложение на CBPR-подхода в съвременното българско здравеопазване.

Редица нови изследвания по проблематиката на този подход представляват определен интерес и за нашата страна (1-5,8,11,12 и др.).

Изследвано е влиянието на конкретна здравна програма в рамките на CBPR-проект, включени в тази специална програма. Студентите, участващи в проекта, споделят културалните предизвикателства на академичните институции и променят нагласите си към научно-изследователската дейност. Стимулира се развитието им като лидери при създаването на доверие за партньорството между учените и представителите на общността (7). Разработена е програма за обучение на изследователи и представители на общността с цел изграждане на капацитет за съвместна научно-изследователска дейност (14). В рамките на проект за профилактика на наркоманиите във Ванкувър (Канада) се установява нараснало желание на младежите да участват активно в инициативите за успешна съвместна научно-изследователска дейност с университетските преподаватели (6).

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработването и внедряването на обучението на студентите и младите научни работници по планиране и провеждане на здравни програми и проекти, в които участват както академичната общност, така и партньорите й от целевите общности на населението, ще подпомогнат повишаването на социално-икономическата ефективност на системата на здравеопазване у нас.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Bouhaimed, M., L. Thalib, S. A. Doi. Outcomes associated with community-based research projects in teaching undergraduate public health.- Med. Teach., 30, 2008, No 4, 384-388.
2. Boutin-Foster, C., E. Phillips, A. G. Palermo, A. Boyer, P. Fortin, T. Rashid, D. Vlahov, et al. The role of community-academic partnerships: implications for medical education, research, and patient care.- Prog. Community Health Partnersh, 2, 2008, No 1, 55-60.
3. Close, F. T., J. M. Zokovitch Paben, A. Foster. Community-based internships to address environmental issues: a model for effective partnerships.- Prog. Community Health Partnersh., 5, 2011, No 1, 77-87.
4. DeHaven, M. J., N. E. Gimpel, F. J. Dallo, T. M. Billmeier. Reaching the underserved through community-based participatory research and service learning: description and evaluation of a unique medical student train-

ing program.- J. Public Health Manag. Pract., 17, 2011, No 4, 363-368.

5. Dongre, A. R., G. Kalaiselvan, T. Mahalakshmy. The benefits to medical undergraduates of exposure to community-based survey research.- Educ. Health (Abingdon), 24, 2011, No 3, p. 591.

6. Funk, A., N. Van Borek, D. Taylor, P. Grewal, D. Tzemis, J. Buxton. Climbing the "ladder of participation": engaging experiential youth in a participatory research project.- Can. J. Public Health, 103, 2012, No 4, e288-e292.

7. James, R. D., K. McGlone West, T. M. Madrid. Launching native health leaders: reducing mistrust of research through student peer mentorship.- Am. J. Public Health, 103, 2013, No 12, 2215-2219.

8. Jardine, C. G., A. James. Youth researching youth: benefits, limitations and ethical considerations within a participatory research process.- Int. J. Circumpolar Health, 71, 2012, 1-9.

9. Macaulay, A. C., P. A. Nutting. Moving the frontiers forward: incorporating community-based participatory research into practice-based research networks.- Ann. Fam. Med., 4, 2006, No 1, 4-7.

10. Marcus, M. T., W. C. Taylor, M. D. Hormann, T. Walker, D. Carroll. Linking service-learning with community-based participatory research: an interprofessional course for health professional students.- Nurs. Outlook, 59, 2011, No 1, 47-54.

11. Marcus, M. T., W. C. Taylor, T. Walker, D. D. Carroll, S. G. Cron, S. T. Marcus-Mendoza, P. Liehr. Project SMART: an interdisciplinary collaboration to design and test a mentored health promotion program for school children.- J. Addict. Nurs., 24, 2013, No 1, 20-28.

12. Mendenhall, T. J., P. G. Harper, L. Henn, K. D. Rudser, B. P. Schoeller. Community-based participatory research to decrease smoking prevalence in a high-risk young adult population: An evaluation of the Students Against Nicotine and Tobacco Addiction (SANTA) project.- Fam. Syst. Health, 32, 2014, No 1, 78-88.

13. Williams, R. L., B. M. Shelley, A. L. Sussman; RIOS Net clinicians. The marriage of community-based participatory research and practice-based research networks: can it work?- A Research Involving Outpatient Settings Network (RIOS Net) study.- J. Am. Board Fam. Med., 22, 2009, No 4, 428-435.

14. Winckler, E., J. Brown, S. Lebailly, R. McGee, B. Bayldon, G. Huber, et al. A novel program trains community-academic teams to build research and partnership capacity.- Clin. Transl. Sci., 6, 2013, No 3, 214-221.

Адрес за кореспонденция:
Анета Докова
Медицински университет - Варна
Отдел по международно сътрудничество
ул. "Марин Дринов" 55, Варна 9002
e-mail: dokova@mu-varna.bg

МОТИВАЦИЯ ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА ПРОФЕСИОНАЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ ЗА ПОЛАГАНЕ НА ПОДКРЕПЯЩИ ГРИЖИ

Красимира Лалева, Лора Георгиева

Катедра по социална медицина и организация на здравеопазването, Медицински университет - Варна

MOTIVATION FOR ACQUIRING PROFESSIONAL QUALIFICATION OF SUPPORTING CARE

Krasimira Laleva, Lora Georgieva

Department of Social Medicine and Healthcare Organization, Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Полагането на подкрепящи грижи е част от цялостното здравно обслужване.*

Цел: *Да се проучат мотивите за получаване на професионална квалификация за полагане на подкрепящи грижи и мнението на обучаваните за провежданата образователна програма в Центъра за професионално обучение към Медицински университет - Варна.*

Материал и методи: *Информацията е получена чрез анкетиране на всички 38 завършили здравни асистенти от първите два випуска.*

Резултати и обсъждане: *Значителна част от респондентите (84,1%) работят в сферата на здравеопазването, останалите са заети в услугите и търговията или са безработни. Почти половината (47,4%) са се грижили за болен възрастен, роднина или дете в домашни условия и са имали потребност от допълнителни медицински знания. Всеобщо е мнението, че има нужда от допълнителен медицински персонал за осигуряване на грижи за пациентите в болнична и извънболнична среда.*

Изводи и заключения: *Образователната програма се оценява високо и се счита за много полезна както от гледна точка на полагането на грижи за пациенти и близки, така и като разширяване на възможностите за професионална реализация в страната и в чужбина.*

Ключови думи*: подкрепящи грижи, професионална квалификация, здравен асистент*

SUMMARY

Introduction: *Provision of supporting care is a part of the overall health care.*

Objective: To investigate the reasons for *acquiring* professional qualification for the *provision* of supporting health care and the opinion of trainees to conduct educational programme at the Vocational Training Centre at the Medical University of Varna.

Material and Methods: *Information is obtained through questionnaire among all 38 health assistants completed the first two graduate programmes.*

Results and Discussion: *A significant proportion of respondents (84.1%) are working in the field of health care, the rest are employed in a trade and services, or are unemployed. Almost one half (47.4%) were caring for an ill elderly relative or a child at home and had a need for further medical knowledge. The general consensus is that there is a need for additional medical staff of providing care for patients in inpatient and outpatient environment.*

Conclusions: *The educational programme is highly valued and is considered to be very useful in terms of taking care of patients and relatives, as well as expanding opportunities for professional development in our country and abroad.*

Key words: *supporting care, professional qualification, health assistant*

ВЪВЕДЕНИЕ

Нарастването на населението над 65-годишна възраст, увеличаването на инвалидизиращите заболявания във всички възрастови групи и нарушаването на традицията младите да се грижат за родителите си, води до висок ръст на броя на самотно живеещите стари хора и на инвалидите, които се нуждаят от ежедневни подкрепящи грижи.

Обикновено грижите за болен близък се поемат от по-възрастен член на семейството. От него се очаква да извършва дейности, изискващи специфични медицински знания, каквито няма, освен това самият той страда от хронични заболявания и е подложен на допълнителен риск от травми при преместване или придвижване на болния [1]. Най-често физическите усилия на полагащия грижи водят до проява на хронична болка в гърба. Това налага специално обучение за прилагането на определени техники и оборудване при придвижване на обекта на грижите [2].

При продължителни грижи семействата са подложени на голям стрес, който се отразява на тяхното емоционално състояние и води до раздразнителност или депресивна симптоматика [4].

Тясното профилиране на медицинските работници има положителен ефект в сферата на здравното обслужване, но изисква осигуряване на допълнителни подкрепящи дейности за достигане на устойчивост на здравните резултати. Увеличеният брой на хоспитализациите, свързани с усложнения на хронични болести и злополуки налага пациентите в болницата да получават не само специализирани манипулации, но и индивидуална помощ [3,5,6].

Българското медицинско обслужване е организирано на две нива: лекар и медицинска сестра/акушерка. Дейности като хранене, обличане, лична хигиена, придвижване на болния между болничните отделения и др. се извършват от медицинските сестри. Санитарите следва да се грижат само за хигиената в съответното лечебно заведение. Това води до висока натовареност на медицинските сестри и предполага нужда от назначаване на допълнителен персонал в болницата, който да се заеме с тези дейности.

ЦЕЛ

Цел на настоящата работа е да се проучат мотивите за получаване на професионална квалификация за полагане на подкрепящи грижи и мнението на обучаваните за провежданата образователна програма в Центъра за професионално обучение (ЦПО) към Медицински университет - Варна.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

В проучването са включени всички 38 курсисти в първия и втория випуск за придобиване на професионална квалификация „здравен асистент" в ЦПО, от които 37 са от женски и един от мъжки пол. Информацията е получена посредством пряка групова анкета.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Възрастта на участниците в проучването е между 27 и 55 години. Образованието е: средно (92,1%), висше - бакалавър (2,6%) и висше - магистър (5,3%). Разпределението по трудов стаж е следното: над 16 години - 68,4%, 11-15 години - 15,8%, 6-10 години - 10,5%, до 5 години - 5,3%. Тези характеристики сочат, че курсистите като цяло имат продължителен трудов опит, а придобиването на професионална квалификация за полагане на подкрепящи грижи е желано от лица с различно, включително най-високо образователно ниво.

В сферата на здравеопазването работят значителна част от респондентите (84,1%), на длъжност санитар в многопрофилна болница за активно лечение в отделения по кардиология, хематология, онкология, неврохирургия, реанимация, ревматология. Останалата част от анкетираните, които не работят в здравния сектор, са заети в сферата на услугите и търговията (10,7%) или са безработни (5,3%). Всеобщо е изразеното мнение, че има нужда от допълнителен медицински персонал за осигуряване на грижи за болните в лечебните заведения.

Респондентите, работещи като санитари в болница, посочват следните дейности, които изпълняват ежедневно освен почистване на отделението: смяна на постелъчното бельо на болничните легла (63,2%), смяна на личното бельо на пациентите (57,9%), грижа за личната хигиена на пациентите (52,6%), хранене (26,3%), смяна на подлога (55,3%), клизма (23,7%). В допълнение към горепосочените, анкетираните са описали и други грижи за пациентите: интимен тоалет, бръснене, придружаване на пациенти до консултативни кабинети и за изследвания, смяна на положението на лежащо болни с цел предотвратяване поява на декубитус, смяна на уринаторна торба, подготвяне на пациента за операция и извеждането му от операционната зала. Изброени-

те дейности показват, че реално санитарите имат пряк контакт с пациентите и извършват много повече, отколкото се изисква в длъжностната им характеристика.

Във връзка с избора да се обучават по професията "здравен асистент" част от анкетираните (42,1%) посочват, че работодателят им го изисква, а останалите (57,9%) изтъкват лични аргументи - за по-нататъшно професионално развитие, желание за работа и по-високо заплащане в страната и в чужбина. Болшинството изразяват желание да работят по тази професия в България (73,7%), една пета в чужбина (18,4%), останалите биха работили както в България, така и в чужбина (7,9%).

Почти половината от анкетираните (47,4%) са се грижили за болен възрастен роднина или дете. Някои от тях са били наемани на работа в хоспис или за гледане на болен в дома. Основните задължения към болния включват: лична хигиена, смяна на памперси (при лежащо болни), почистване на стаята, даване на предписаните от лекаря медикаменти, а понякога - пазаруване, готвене, разхождане на болния и придвижването му до и от болничното заведение.

Значителен дял (92,1%) са много удовлетворени от проведеното обучение в ЦПО и биха препоръчали на свои близки и приятели да изучават тази професия със следните аргументи:

- получаване на нови знания, които са необходими за полагане на адекватни грижи;
- възможност за професионална реализация в това направление;
- придобиване на много полезни умения за грижите за болни не само в лечебни заведения, но и в домашни условия (за болни и инвалидизирани близки).

Курсистите дават обща положителна оценка на учебната програма. Като най-полезни дисциплини считат: анатомия, физиология, медицина на бедствените ситуации, оказване на първа помощ и др. Мотивацията за изучаване на тази професия е силна, защото виждат в нея възможност за по-добра професионална реализация и съответно по-високо заплащане.

Анкетираните считат, че в България съществува голяма потребност от квалифицирани здравни асистенти за подпомагане на зависимите от чужда помощ в извършването на ежедневни дейности (при лежащо болни, деца със специални нужди и др.). Наличието на обучен персонал за полагане на подкрепящи грижи ще облекчи задълженията на близките на болните, повечето от които са работещи и не разполагат с достатъчно време, опит и средства за полагане на адекватни грижи.

Според респондентите освен способности за изпълнение на професионалните задължения, здравните асистенти трябва да притежават и допълнителни качества като общителност, съпричастност, старателност и дисциплинираност. Те трябва да имат медицински познания с цел да разбират писмени и вербални инструкции и медицинска документация, да наблюдават основните физиологични нужди на пациентите и да осигуряват безопасни здравни грижи. Работейки под наблюдението на медицинските сестри, биха могли да изпълняват много от изискващите време дейности и по такъв начин да намалят тяхната свръхнатовареност.

Част от анкетираните (39,5%) познават други лица, които се грижат за болни в България или в чужбина. Болшинството от тези лица са със средно или висше образование, безработни или пенсионери, които работят в хоспис или в дома на болен.

Двама, които лично са работили като болногледачи в чужбина, споделят, че основните затруднения са свързани с комуникацията с близките на болния и самия него, както и с отдалечеността на здравното заведение от дома. Поради това те посочват като предимства доброто владеене на чужд език и предварителен опит на подобна позиция.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Промяната в модела на медицинска помощ от двустепенен в тристепенен може да облекчи работата на медицинските сестри и да доведе до по-добри здравни резултати за пациентите в болничните заведения.

Професионалното обучение за полагане на подкрепящи грижи се оценява високо от курсистите, тъй като с получените знания и умения те могат да бъдат полезни не само в работата си, но и в ежедневния живот при обгрижването на техните близки.

Образователната програма предлага по-широко поле за прилагане на познанията на здравните асистенти, които от своя страна обучават свои близки, роднини и приятели за грижи за болен член на семейството.

Придобиването на професионална квалификация "здравен асистент" дава допълнителна възможност за реализация на пазара на труда в страната и чужбина.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Георгиева Л. Здравни потребности на лицата на възраст 65 и повече години след активно стационарно лечение. Дисертационен труд за присъждане на научна и образователна степен Доктор. Варна, 2009.
2. Brown AR, Mulley GR. Injuries sustained by caregivers of disabled elderly people. Age and Ageing 1997; 26:21-23.
3. Judge A, Chard J, Learmonth I, Dieppe P. The effects of surgical volumes and training centre status on outcomes following total joint replacement: analysis of the Hospital Episode Statistics for England. Journal of Public Health 2006; 28(2):116-124.
4. Livingston GR, Mahoney RC, Regan CC, Katona C. The Caregivers for Alzheimer's disease Problems Scale (CAPS): development of a new scale within the LASER-AD study. Age and Ageing 2005; 34:287-290.
5. Rajaratnam G, Black NA, Dalsiel M. Total hip replacement in the National Health Service: is need being met? Journal of Public Health 1990; 12(1):56-59.
6. Tidermark J, Ponzer S, Svensson O, Söderqvist A, Törnkvist H. Internal fixation compared with total hip replacement for displaced femoral neck fractures in the elderly. Journal of Bone and Joint Surgery - British Volume 2003; 85-B (3):380-388.

Адрес за кореспонденция:
Ас. Красимира Лалева
Медицински университет
"Проф. д-р Параскев Стоянов"
Катедра по социална медицина и организация на здравеопазването
ул. "Марин Дринов" №55
гр. Варна 9002
e-mail: klaleva@abv.bg

СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРАНИ ПРАКТИКИ ВЪВ ФОНДАЦИЯ КАРИН ДОМ, УТВЪРЖДАВАЩИ РОЛЯТА НА РОДИТЕЛИТЕ В ТЕРАПИЯТА НА ДЕЦА СЪС СПЕЦИАЛНИ НУЖДИ

Веселина Тинчева[1], Бистра Бончева[2]

[1]Медицински колеж – Варна; Фондация Карин дом
[2]Фондация Карин дом

FAMILY CENTERED PRACTICES IN KARIN DOM FOUNDATION, AFFIRMING THE ROLE OF PARENTS IN THE THERAPY OF CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS

Veseliana Tincheva[1], Bistra Boncheva[2]

[1]Medical College – Varna; Karin Dom Fondation
[2] Karin Dom Fondation

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Фондация "Карин дом" се утвърди като доставчик на услуги за деца със специални нужди и техните семейства през последните 20 години. Целите и са да предоставя качествени услуги на деца със специални нужди от най-ранна възраст и на техните семейства, превенция на изоставянето на децата в институции и подпомагане успешното им включване в живота на общността. Чрез услугата „Едноседмична интензивна терапия" за децата със специални нужди се цели повишаване уменията на родителите да подкрепят развитието на своето дете, като това се постига чрез партньорство между специалист и родител. Услугата е насочена към деца от 0 до 4 годишна възраст със специални нужди и техните семейства, които живеят извън град Варна и нямат достъп до подходяща и адекватна терапия. Семейството участва в терапевтични сесии „специалист-дете-родител" и получава изготвена домашна програма, по която продължава да работи у дома. Силните страни на семействата се използват като ресурси.*

Цел: *Проучване информираността и мнението на родителите за качеството и удовлетвореността от услугата „Едноседмична интензивна терапия", която получават в*

SUMMARY

Introduction: *Karin Dom foundation is approved as a service provider for children with special needs and their families through the last 20 years. The aims of the foundation are to provide qualified services for children with special needs from an earliest age and for their parents, prevention of child abandonment in institutions and assistance in their successful integration in community life. Through the service "One week intensive therapy" for children with special needs, it is aimed to improve parents' ability to support the development of their child, which is achieved by a partnership between a specialist and a parent. The service is aimed for children from 0 to 4 years old with special needs and their parents who live outside Varna city and don't have an access to a suitable and adequate therapy. The family participates in therapeutic sessions specialist-child-parent and receives a prepared home programme, on which it continues to work at home. The strong sides of the families are used as resources.*

Objective: *Surveying parents' informativeness and opinions on the quality and satisfaction of the service "One week intensive therapy", which they receive in Karin Dom, participating in therapeutic sessions specialist-child-parent.*

Materials and methods: *Quantitative survey for satisfaction and service quality among the targeted group – parents that use the service "One week in-*

Карин дом, участвайки в терапевтични сесии „специалист-дете-родител“.

Материали и методи: *Количествено анкетно проучване за удовлетвореност и качество на услугите сред целевата група – родители, които ползват услугата „Едноседмична интензивна терапия” в Карин дом. Времеви период на анкетното проучване: октомври 2012г.– октомври 2013г. Анкетирани 60 родители.*

Резултати и обсъждане: *Родителите заявяват, че са впечатлени от системата на организация и информация, която получават в Карин дом. Екипите от специалисти показват изключителна гъвкавост и компетентност. Анкетираните изказват мнение, че искат да имат възможност да посещават повече терапевтични часове „специалист-дете-родител” и да има възможност за такава терапия и в други населени места в България. Като най-полезно за тях по време на терапията посочват съставянето на домашна програма, в която получават подробни указания за работа в домашна обстановка, а това от своя страна улеснява справянето с увреждащото състояние на детето им. Родителите споделят, че е важно за тях да се учат как да бъдат полезни за развитието на потенциала и уменията на децата си.*

Изводи и заключения: *Семейно-ориентираният подход се различава от традиционните терапевтични подходи по това, че родителите повишават уменията си и придобиват увереност за справяне с увреждащото състояние на детето си. Ролята на родителя е активна както в терапевтичния център, така и у дома. При традиционната терапия за деца със специални нужди се работи и се търсят резултати само за детето, а при семейно-ориентираният подход се планират резултати за цялото семейство. Този подход е все още нов и неутвърден в широката практика, но той доказва ефективността си и необходимостта от прилагането му и в други организации, които работят с деца със специални нужди, както и в системата на здравеопазването.*

Ключови думи: *Семейно-ориентиран подход, деца със специални нужди, Карин дом Варна*

tensive therapy” in Karin Dom. Time period: October 2012 - October 2013. Respondents: 60 parents.

Results and discussion: *Parents declare that they are impressed by the organisational and informational system that they receive in Karin Dom. The specialist crew shows an exceptional flexibility and competence. The respondents opine that they want to have the possibility to attend more therapeutic lessons specialist-child-parent and the opportunity to have such a therapy in other populated places in Bulgaria. As most beneficial for them during the therapy, they point out the making of the home programme, in which they receive detailed information on “how to work at home”. This makes it easier for dealing with the impaired condition of the child. Parents share that it is important for them to learn how to be helpful for their children’s potential and skill development.*

Conclusion: *The family centred approach differs from the traditional therapeutic methods, by the fact that parents improve their skills and acquire confidence in dealing with the impaired condition of the child. The role of the parent is active both in the therapeutic centre and at home. In the traditional therapy for children with special needs it is worked and searched for improvement only in the child, whereas in the family centred approach improvement for the whole family is planned. This approach is still new and unacknowledged in the broad practice, but it proves the effectiveness and the necessity of its application in other organisations, too, who work with children with special needs, as well as, in the health care system.*

Keywords: *Family centred approach, children with special needs, Karin Dom Varna*

ВЪВЕДЕНИЕ

България като държава е декларирала, че гарантира чрез законодателството си правото на „…детето да се ползва от най-високия достижим стандарт на здравословно състояние и от здравните услуги за лечение на заболяванията и за възстановяване на неговото здраве“ и ще осигури на „всички групи в обществото, и по-специ-

ално на родителите и децата, информация относно здравето им, както и обучение и съдействие за използването на тази информация". България е гарантирала и че ще "развива здравната профилактика и консултациите за родителите" (1).

От решаващо значение за подобряване здравето на децата е възможността при възникнала ситуация на влошаване на здравето, здравословният проблем да бъде възможно най-рано диагностициран и да се получи навременна и адекватна рехабилитация.

Фондация "Карин дом" се утвърди като доставчик на услуги за деца със специални нужди и техните семейства през последните 20 години.

Целите на фондацията са да предоставя качествени услуги на деца със специални нужди от най-ранна възраст и на техните семейства, превенция на изоставянето на децата в институции и подпомагане успешното им включване в живота на общността. Освен това разпространяване на добри практики в работата с деца със специални нужди чрез провеждане на обучения за родители, специалисти, помощен персонал, доброволци и студенти.

Целеви групи са децата със специални нужди от 0 до 18г. (с физически, умствени и множествени увреждания, с нарушения от аутистичния спектър, с поведенчески проблеми и с обучителни трудности) и семействата на деца със специални нужди – родители, другите деца в семейството, роднини.

Освен терапия на деца със специални нужди, важен акцент в дейността на организацията е работата с родителите им. Предоставят се услуги за психологическо консултиране и насърчаване участието на родителите във формални и неформални мрежи за подкрепа, родителски групи за взаимопомощ и подкрепа, Програма „Родител за контакт" и други.

Чрез услугата **„Едноседмична интензивна терапия"** за децата със специални нужди се цели повишаване уменията на родителите да подкрепят развитието на своето дете, като това се постига чрез партньорство между специалист и родител. Услугата е насочена към деца от 0 до 4 годишна възраст със специални нужди и техните семейства, които живеят извън град Варна и нямат достъп до подходяща и адекватна терапия. *Семейството участва в терапевтични сесии „специалист-дете-родител" и получава изготвена домашна програма, по която продължава да работи у дома. Силните страни на семействата се използват като ресурси.*

Пакетната услуга за една седмица включва индивидуална оценка, терапия и изготвяне на домашна програма. На екипното обследване родителите представят наличната документация и изследвания, свързани със здравословното състояние на детето - медицински картон, епикризи, изследвания, рентгенови снимки и други.

Екип от специалисти (според нуждите на детето): педиатър, социален работник, специален педагог, клиничен психолог, логопед, физиотерапевт, ерготерапевт наблюдава детето. Попълва се медико-социална анкета и се провежда разговор с родителите, за споделяне на притесненията, наблюденията и очакванията им по отношение на развитието на детето. В случай на неуточнена диагноза децата се насочват към външни специалисти - невролог, психиатър, ортопед, офталмолог и други. След екипното обследване се обсъжда: състоянието и нуждите на детето, терапията му, специалистите, които ще работят с него.

Родителят е включен по време на ежедневната терапия като специалистите му дават възможност той да наблюдава и участва в процеса, за да придобие знания, умения и увереност за подпомагане на развитието на детето си. Освен индивидуална работа, детето може да бъде включено и в групова терапия – група за социална интеграция по система Монтесори, комуникативна група, след оценка на индивидуалните особености на детето и състоянието му. Във времето когато детето не е на терапевтична сесия семейството може да посещава Библиотека на играчките, където заедно играят с подходящи играчки за възрастта и възможностите на детето с цел да се стимулира неговото развитие. При необходимост родителите могат да се обръщат за консултация към психолог от Карин дом.

Поставените задачи от домашната програма могат да бъдат изпълнени от три до шест месеца и семейството има възможност отново да дойде на терапия за проследяване на напредъка и развитието на детето и поставяне на нови цели.

ЦЕЛ

Проучване информираността и мнението на родителите за качеството и удовлетвореността от услугата „Едноседмична интензивна терапия", която получават в Карин дом, участвайки в терапевтични сесии „специалист-дете-родител".

Акцентиране на ефективността от партньорството с родителите за успешната терапия на децата със специални нужди.

Посочване на необходимостта от разширяване на услугите в Карин дом, в които се прилага семейно-ориентираният [2] подход.

Доказване на необходимостта от прилагане на семейно-ориентираният подход в практиките и на други организации, работещи с деца със специални нужди и в системата на здравеопазването.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ:

Анкетно проучване за удовлетвореност и качество на услугите сред целевата група – родители, които ползват услугата „Едноседмична интензивна терапия" в Карин дом.

Въпросите в анкетата са отворени – без формулирани варианти на отговор, като родителите отговарят свободно на въпросите със свои думи. Анкетната карта се състои от три отворени въпроса за това от къде са получили информация за услугите в Карин дом, какво им е направило най-силно впечатление и кое е било най-полезно за детето по време на терапията, както и възможност за отбелязване на препоръки и предложения.

Времеви период на анкетното проучване: октомври 2012г. – октомври 2013г.

Анкетирани 60 родители.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ:

44% от родителите са разбрали за услугите в Карин дом от Интернет, при търсене по ключови думи „рехабилитация на деца със специални нужди", както и от форуми по темата. Обикновено след препоръка и насочване от специалист или познат, родителите търсят и допълнителна информация в Интернет.

32% от родителите са разбрали за услугата „Едноседмична интензивна терапия" от други родители, с подобни на тяхното дете проблеми, които са посещавали Карин дом. **32%** са насочени от специалисти (рехабилитатор, психолог, социален работник, невролог, ортопед), които са работили с детето

12 % са получили информация от телевизията.

3% други (детска градина, лечебно заведение, служител от Карин дом)

Какво Ви направи най-силно впечатление по време на престоя в Карин дом?

Всички родители са отговорили, че са впечатлени от професионализма на специалистите в Карин дом. Получили са внимание, търпение, усетили са позитивно отношение и желание за подпомагане. Семействата са почувствали подкрепа и стимул да продължат напред, освен това са впечатлени от подхода на специалистите към децата и родителите.



Фиг. 1

„Те бяха толкова загрижени за нашето дете, колкото и ние като родители."

Половината от родителите подчертават, че оценяват като много важен фактор за успех на терапевтичната програма екипното наблюдение на детето, както и екипната работа. **„Работата „на парче", която до този момент е прилагана по отношение на детето ни, винаги е страдала от недооценяване на различните аспекти от проблема му, които са извън полезрението на конкретния специалист."**

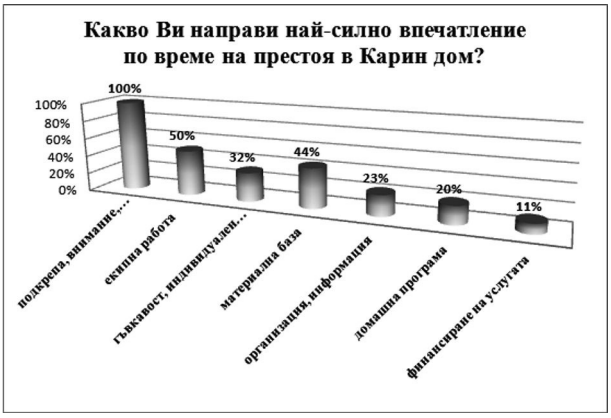
Родителите (**32%** от тях) са впечатлени от изключителната гъвкавост и индивидуален подход, която е проявил екипът, работещ с детето.

„Впечатли ме желанието на всички да се адаптират към нуждите на детето, както и алтернативните предложения, които екипът направи, за да ни предостави максимална подкрепа, в случаите, в които „стандартната" програма се оказа трудна за нашето дете."

44% от анкетираните родители споделят, че са впечатлени от материалната база (Библиотека на играчките, градината на Карин дом с много детски кътове, хотелската база, доброто оборудване на работните помещения). **23%** от анкетираните са изразили възхищението си от системата за организация и информация. След осъществяването на телефонен контакт, служителите поемат инициативата и активността да включат семействата в програмата, дават необходимата информация, организират посещението, съобразявайки се с ангажиментите и нуждите на детето. След приключване на програмата родителите са получили информация и указания за работата, която ще продължават с детето в домашни условия, както и уверение, че ще получават такава информация и в бъдеще. **20%** от родителите са впечатлени от индивидуалната информация и ука-

зания за работа с детето в писмен вид (домашна програма). „Осигуряването на домашна програма в този формат позволява да се връщаме отново и отново в спокойна обстановка към нея, а това е едно от условията за пълноценен ефект".

11% не са пропуснали да отбележат, че за тях е много важна финансовата подкрепа от спонсор.



Фиг. 2

Кое беше най-полезното за Вашето дете по време на терапията тук?

68% от родителите смятат, че най-полезни за детето по време на терапията са подробните указания за работа в домашна обстановка, уточняване на терапията и как да са полезни на детето си.

62% от анкетираните отбелязват, че най-полезни са новите и разнообразни подходи за стимулиране на развитието на детето им. (Монтесори педагогика, терапия на трамплин, комуникативни групи, индивидуалната работа с психолог, рехабилитатор, логопед).

За **26%** най-полезни са получените напътствия и знания как да играят с децата си и как да използват подходящи игри и играчки за развиване на уменията им. За **12%** от родителите това е правилното позициониране, за **12%** това, че работят със специалисти и още **12%** от тях отбелязват, че по време на терапията в Карин дом са наблюдавали развиване на нови умения у детето си (произнасяне на срички, укрепване на мускулатурата, имитиране и подражаване на различни звуци и движения, подобряване на фината моторика)

„Разнообразието, което предлага Карин дом се отрази положително на детето ми. За втори път Ви посещаваме и помощта, която ни оказвате, дава положителен резултат."



Фиг. 3

Препоръки и предложения от родителите:

44% от родителите нямат конкретни предложения, защото работата на специалистите и отношението към тях са прекрасни, препоръчват на всички деца със специални нужди да ползват услугите на Карин дом. Благодарят от сърце на специалистите от Карин дом!

26% от тях изразяват желание децата с увреждания от други градове да могат да посещават по-често Карин дом и да бъдат подпомогнати финансово.

6% от родителите предлагат да бъде финансирана терапията **и** на деца над 4 годишна възраст.

6% от анкетираните препоръчват да се обхванат повече деца с проблеми в развитието.

6% дават идеи за нови съоръжения за игра на открито в градината на Карин дом.

9% от родителите препоръчват да бъдат провеждани по-често обучения за родители и учители от общообразователни училища за това, как да работят с деца със специални образователни потребности.

3% предлагат да бъдат разкрити повече такива центрове.



Фиг. 4

3% от родителите искат да се запознаят и с други терапии (с животни, барабани, музика и др.)

„Всичко е прекрасно! Благодарим ви, че ви има и че помагате на детето ми!"

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Родителите заявяват, че са впечатлени от системата на организация и информация, която получават в Карин дом. Според тях, екипите от специалисти показват изключителна гъвкавост и компетентност. Анкетираните изказват мнение, че искат да имат възможност да посещават повече терапевтични часове „специалист-дете-родител" и да има възможност за такава терапия и в други населени места в България. Като най-полезно за тях по време на терапията посочват съставянето на домашна програма, в която получават подробни указания за работа в домашна обстановка, а това от своя страна улеснява справянето със специфичните нужди на детето им. Родителите споделят, че е важно за тях да се учат как да бъдат полезни за развитието на потенциала и уменията на децата си.

Семейно-ориентираният подход се различава от традиционния терапевтичен подход или така наречения експертен модел по това, че родителите повишават знанията и уменията си и придобиват увереност за стимулиране развитието на детето си. Ролята на родителя е активна както в терапевтичния център, така и у дома. Родителят има правото и предимството да бъде най-добрият партньор в терапевтичния процес. При традиционната терапия за деца със специални нужди се работи и се търсят резултати само за детето, а при семейно-ориентираният[1] подход се планират резултати за цялото семейство. Пасивното наблюдение над полаганите усилия от страна на специалистите не може да ускори и затвърди терапевтичния процес. Ето защо договарянето и привличането на един член от семейството, а може и на повече в екипната работа се оказва важен фактор в успешната терапия и постигането на поставените цели.

Основните хора в живота на детето получават компетентност, като терапевтите им помагат да комбинират и нови и съществуващи знания, умения и опит, за да си взаимодействат с детето в ежедневните ситуации и да развиват потенциала му. При следващите посещения се преценяват резултатите до момента и се предприемат стъпки за подобряване или поддържане на резултатите. Семейно-ориентираният подход на работа е именно подходът, който може да разчупи традиционния експертния модел на работа с детето и да постигне по-големи резултати посредством укрепване на потенциала и ресурсите на семейството и активното му участие в терапията на детето. Специалистите се съобразяват и със заявените от родителите потребности, очаквания и семейни ценности. По този начин се планират и реализират дейностите, в които родителите и семейството, включително разширеното семейство са активна водеща страна и равнопоставени партньори на специалистите.

Прилагането на семейно-ориентирания подход в семейна среда посредством домашни посещения в семейството на детето със специални нужди от мобилен екип се осъществява в рамките на Програма „Ранна интервенция". Този подход се прилага и в услугата „Едноседмична интензивна терапия" в Карин дом за децата и техните семейства, живеещи извън Варна.

Ще продължи процеса на приложение на семейно-ориентирания подход и в терапевтична среда, в ЦСРИ към Фондация Карин Дом и в терапевтичните центрове на други организации, които ще бъдат обучени. Практиката съответства и на планираните дейности на държавата да развива услуги по ранна интервенция чрез Общностни центрове в цялата страна, които ще бъдат изградени през 2014г.

Този подход е все още нов и неутвърден в широката практика, но той доказва ефективността си и необходимостта от прилагането му и в други организации, които работят с деца със специални нужди и техните семейства, както и в системата на здравеопазването.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Конвенция на ООН за Правата на детето

Адрес за кореспонденция:
Веселина Тинчева
Фондация «Карин дом»
e-mail: vesitincheva@abv.bg

[1] *„Семейно-ориентиран подход" Карл Дънст, учен, изследовател в областта на семейно-ориентираните практики. Преподавател в Университета на Северна Каролина, САЩ*

КЛАСИФИКАЦИЯ НА МЕТОДИТЕ ЗА ЦЕНООБРАЗУВАНЕ В СЕКТОР ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Любомира Коева-Димитрова

Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“, Варна

CLASSIFICATION OF THE METHODS FOR PRICING IN HEALTH SECTOR

Lyubomira Koeva-Dimitrova

Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Въведение: *С навлизането на пазарните отношения в сферата на здравеопазването, определянето на адекватна цена за доставката на здравни услуги се превърна в основен проблем за мениджъри, застрахователи и политици. Това налага управленците да познават различни методи за ценообразуване, които лечебните заведения могат да прилагат. Изборът на метод зависи най-вече от организационната стратегия, т.е. дали лечебното заведение няма власт на пазара и трябва да се адаптира към вече установените цени, и когато то може да контролира пазарните цени.*

Цел: *Да се посочат и класифицират методите за ценообразуване в сектор здравеопазване, в зависимост от субекта, определящ цената.*

Материал и методи: *Документален метод, литературен анализ.*

Резултати и обсъждане: *Влиянието и контролът от страна на НЗОК и държава върху сектор „Здравеопазване“ варира, поради което могат да бъдат разграничени два крайни случая по отношение на ценообразуването:*

- *определяне на цени от институция външна за лечебното заведение (т.е. от застрахователи, НЗОК или държава), при което ръководството на лечебното заведение не може да влияе върху размера на плащанията;*
- *определяне на цени от ръководството на самото лечебно заведение без допълнителни ограничения от страна на застрахователи и държава.*

Независимо, че тези две форми рядко съществуват в чистия си вид, техният анализ очертава основните проблеми в процеса на ценообразуване.

SUMMARY

Introduction*: With the advent of market relations in the health sector, the definition of an adequate price for the delivery of health services has become a major problem for managers, insurers and politicians. This requires decision-makers to know the various pricing methods that medical institutions may apply. The choice of the method depends mainly on the organizational strategy, i.e. whether the hospital has no power in the market and need to adapt to the already established ones, and when it can not control market prices.*

Objective*: To identify and classify the methods of pricing in the health sector, depending on the subject, determining the price.*

Material and methods*: Documentary method, literary analysis*

Results and discussion*: The influence and control of the insurance companies and the state of the health sector vary, so can be distinguished two extreme cases on pricing:*

- *pricing from an institution outside of hospital (i.e. insurers NHIF or country) in the management of the hospital can not influence the amount of payments;*
- *pricing by the management of the hospital, without further restrictions on the part of insurers and state.*

Although these two forms rarely exist in pure form, their analysis highlights the main problems in the process of pricing.

Conclusions: *Indicated are the different pricing methods in health care. An classification methods for pricing, depending on the subject (state, NHIF or hospital) setting the price illustrates schematically.*

Keywords*: cost pricing methods, hospitals, price, cost, health care*

Изводи и заключения: *Посочени са различните методи за ценообразуване в здравеопазването. Изхождайки от двете основни форми за ценообразуване в здравния сектор (от външни институции или от ръководството на лечебното заведение), е направена и представена схематично класификация на методите за ценообразуване, в зависимост от субекта (държава, НЗОК или лечебно заведение), определящ цената.*

Ключови думи: *себестойност, методи за ценообразуване, лечебни заведения, цена, разходи, здравеопазване*

С навлизането на пазарните отношения в сферата на здравеопазването, определянето на адекватна цена за доставката на здравни услуги се превърна в основен проблем за мениджъри, застрахователи и политици. В икономическата литература се счита, че „производствената дейност на едно предприятие е икономически изгодна, когато продажните цени покриват основните (технологични) производствени разходи, съответно постоянните (условно постоянни) разходи"[1]. Принципно обаче при калкулиране на продажните цени за по-кратки периоди определящо значение има размера на основните производствени разходи, които представляват долната граница на цената. Това означава, че лечебните заведения трябва да „продават" продуктите си на цени по-високи от извършените основни производствени разходи. Само в случаите, когато се предполага, че продажните цени ще действат по-дълъг период от време следва да се покриват както основните, така и постоянните разходи.

В здравеопазването, от една страна здравните мениджъри целят да покрият общите производствени разходи, за да осигурят финансовото оцеляване на своите организации. В частния сектор, здравните мениджъри имат още за задача да осигурят нарастване на приходите, което да гарантира печалба за собственици, кредитори и други финансови партньори. От друга страна, НЗОК, държавата и общините, които до голяма степен финансират здравния сектор, се опитват да контролират нарастването на националния здравен бюджет, за да постигнат ефективно използване на обществените ресурси.

Ето защо, Павлова изтъква, че „в следствие на това, цените в здравния сектор имат по-различно значение от тези, наблюдавани при предлагането на търговски стоки и услуги"[2]. За разлика от други сектори на икономиката, директният потребител заплаща само частично за медицински услуги, а в много случаи здравните грижи са предлагани дори безплатно за потребителите. Следователно, „в сферата на здравеопазването, търсенето и предлагането не винаги са определящ фактор за ценообразуването, и цените не винаги отразяват оценките на потребителите, процеса на координацията между потребители и доставчици, и тяхната мотивация да кооперират"[3].

Влиянието и контролът от страна на НЗОК и държава върху здравния сектор варира, поради което могат да бъдат разграничени два крайни случая по отношение на ценообразуването:

- определяне на цени от институция външна за лечебното заведение (т.е. от НЗОК или държава), при което ръководството на организацията не може да влияе върху размера на плащанията;
- определяне на цени от ръководството на самото лечебно заведение без допълнителни ограничения от страна на НЗОК и държава.

Тези две форми рядко съществуват в чистия си вид. Всяка от тях използва различни методи за определяне на цената на здравните продукти и услуги, а техният анализ очертава основните проблеми в процеса на ценообразуване. Въпреки специфичността на функцията на цената в здравния сектор, подобно на търговските стоки, цената на дадена здравна услуга отразява нейната себестойност. Както и при търговските стоки, обаче тези две характеристики (цена и себестой-

[1]*Александров Ст. в Управленско счетоводство, Свищов, 1999, с.218.*

[2]*Павлова М., Л. Димитрова, Управленско счетоводство в здравните организации, Стено, 2004, с.82*

[3]*Пак там, с.82*

ност) не са еднозначни. Факторите, които отклоняват цената на една медицинска услуга от нейната себестойност, включват например степента на държавно регулиране, стратегията на организацията, потребителските свойства на стоката и цените на стоките заместители.

Основните методи за определяне на цените на здравните услуги, когато мениджърите имат свобода при взимането на управленски решения[4] са:

- **на базата на общите счетоводни разходи**

Оцеляването на една организация в дългосрочен план изисква покриването на общите разходи, свързани с доставката на дадена услуга. Общите разходи за единица услуга, било то амбулаторен тест, преглед, болнична процедура или операция, включват променливите разходи по тази услуга и определена част от постоянните разходи. В това отношение, всички модели за ценообразуване базирани на общите счетоводни разходи, се характеризират с определено ниво на субективност, свързано с разпределението на общите непреки разходи в едно лечебно заведение.

Независимо от този елемент на субективизъм, общите счетоводни разходи за даден вид услуга могат да се определят аналитично като сбор от общите непреките разходи (постоянни и променливи), разпределени на тази услуга, и общите преки разходи (също постоянни и променливи), свързани с доставката на услугата.

Единицата дейност, чиято стойност бива определяна, не е задължително равна на една услуга. Тя може да бъде още изразена във вид на часове или други относителни единици. Във всеки от тези случаи обаче, за да се определят общите разходи, трябва да се знае какво е количеството на единиците и свързаните с тях променливи разходи.

- **Цена на базата на пределните разходи**

Базирайки се на икономическата теория, много застрахователни компании по света предлагат ценообразуване на базата на пределните разходи. В условията на конкуренция, икономическата теория предвижда, че единствено този род цени води до икономическо равновесие на пазара на дадена стока или услуга. Пределните разходи представляват разходите, свързани с производството на една допълнителна единица.

Цената на една медицинска услуга, определена по метода на пределните разходи, е по-ниска от тази определена по метода на общите счетоводни разходи. Поради това, този метод обикновено се посреща с одобрение от страна на застрахователните компании. Той обаче крие финансов риск за лечебните заведения, тъй като цените определени по този начин не отчитат текущи промени в постоянните разходи. В случай, че мениджмънтът на едно лечебно заведение е задължен да прилага метода на пределните разходи като метод на ценообразуване, трябва да се предвиди завишаване на цената за да се осигури резерв, които да отговаря на нивото на риск от промени в постоянните разходи. В допълнение към това, подобно но метода на общите счетоводни разходи, цената трябва бъде завишена допълнително, с цел покриване на други скрити разходи, неотчетени в процеса на счетоводство.

- **Цена, отразяваща очакваната печалба**

В случай, че лечебното заведение има за цел не само доставката на здравни грижи за обществото, но и печалба, цените на услугите могат да бъдат определени на базата на т. нар. метод стойност-количество-печалба (на англ. *cost-volume-profit*). Приложението на този модел изиска анализ на очакваното търсене, разпределение на общите постоянни разходи между различни видове продукти, определяне на променливите разходи за единица продукт, определяне на размера на желаната печалба, и съпоставяне на приходите с разходите и печалбата.

Методът стойност-количество-печалба може да бъде приложен и в обществени здравни заведения, които не целят печалба. В този случай, размерът на печалбата се приравнява на нула и се определи цена, необходима за покриване на общите разходите.

- **Цена, базирана на цените на конкурентите**

Определянето на цени на базата на цените на конкурентите се прилага в случаите, когато единственият фактор, който може да доведе до увеличаването на продажбите е предлагането на стоки или услуги на цени не по-високи от тези установени на пазара. По отношение на здравните услуги, това би означавало предлагане на медицински услуги на цени, съответстващи на тези на конкурентните лечебни заведения, с цел увеличаване на приходите.

Приложението на метода води до понижаване на цените на пазара, но той не може да бъде

---

[4] *Подробно описание на представените методи може да бъде намерено в: Neuman B.R., K.E. Boles,. Management accounting for healthcare organizations, Chicago, IL, Precept Press, 1998; Gapenski, L.C.,. Healthcare finance: an introduction to accounting and financial management. Chicago, IL, AUPHA/HAP, 2002; Hirsch M.L., Advanced management accounting, London, Thomson Learning, 2000.*

поддържан безкрайно, дори в случай на финансово-стабилни организации, защото възможностите за покриване на постоянните разходи в дългосрочен план силно намаляват. Ето защо, най-важният аспект при прилагането на този метод е анализ на неговия негативен финансов ефект върху организацията в дългосрочен план. Последиците от този метод са особено негативни за по-малките предприятия, които в крайна сметка се принуждават да напуснат пазара. В този момент оцелелите предприятия могат да повишат цените до подходящо за тях ниво, като си поделят клиентите на напусналите фирми. Въпреки риска, който лечебните заведения поемат при определянето на цени на базата на цените на конкурентите, при активно действащ пазар на определен вид услуги, (напр. зъболекарски услуги, частни специалисти и др.) този метод за ценообразуване не може да бъде игнориран. В някои държави, например САЩ, ценообразуването на базата на цените на конкурентите е от значение и за по-големите лечебни заведения (напр. клиники и болници).

- **Определяне на цени с цел максимална печалба**

От теоретична гледна точка, определянето на цени с цел максимална печалба може да намери приложение в ситуации, където една фирмена организация, имаща за цел печалба, е единствения доставчик на дадена услуга. В този случай, ръководството на организацията може да реши да постави цена, която да осигури възможно най-високи приходи. Ето защо, икономическата теория предвижда, че в подобна ситуация, наречена монопол, цената на дадена стока или услуга е по-висока, отколкото ако съществува реален пазар.

Този метод на ценообразуване обаче рядко намира практическо приложение в здравния сектор. Въпреки, че много лечебни заведения (предимно болници) имат монопол върху местния пазар, те много рядко използват пазарната си власт за максимално увеличение на печалбата. Лечебните заведения, било то частни или обществени, имат преди всичко за задача да доставят медицински услуги на обществото и постигането на финансовите цели обикновено се поставят на втори план.

Негативните последици при ситуация на монопол в здравния сектор засяга по-скоро ефективността на предприятието, от колкото неговия приход. Поради липса на конкуренция, мениджмънтът няма стимул да контролира производствените разходите и да следи за икономическата ефективност на производствената дейност, което същевременно води до увеличение на разноските за онези, които заплащат за здравни услуги (застрахователи и държава, а понякога и пациентите). В следствие на това, застрахователните компании и държавата обикновено регулират цените в здравния сектор и се опитват да стимулират намалението на разходите чрез въвеждането на псевдо-конкурентни форми. Примерите за псевдо-конкурентни форми включват възможна замяна на мениджърския състав при неизпълнение на поставените цели за качество и ефективност (на англ. *contestability*), финансиране на лечебните заведения според предварително определени стандарти (на англ. *benchmarking*), финансиране на базата на разходите на потенциалните конкуренти (на англ. *yardstick competition*).

- **Ценообразуване на базата на очаквания риск**

Лечебните заведения могат да използват още статистически данни за определяне на очакваните бъдещи разходи и за определянето на цени. При този подход се изисква формиране на групи от пациенти според възраст, социално-икономически статус, образование, доход и други характеристики, които оказват влияние върху тяхното здраве, последвано от анализ на количеството медицински услуги, което всяка една група се очаква да потреби през следващия период. За тази цел, се събира обща информация относно потреблението на медицински услуги през отминали периоди и се изчислява, на базата на статистическата теория, нуждите на всяка една група от прегледи, хоспитализация, спешна помощ и други грижи. Въпреки, че индивидуалните нужди от медицински грижи не могат да бъдат точно определени, анализът на ниво групи позволява това да стане с доста високо ниво на прецизност.

В случай, че характеристиките на групата и свързаното с нея количество услуги са ясно дефинирани, определянето на очакваните разходи се превръща в лесна калкулационна задача. Съвкупните очаквани разходи по всички групи определят размера на бъдещия финансов риск за лечебното заведение и могат да бъдат използвани за определяне на цени (на англ. *actuarial pricing*), които да покрият бъдещите разходи на организацията. Ето защо, определянето на цени на базата на очаквания риск може още да бъде разгледано като вариант на ценообразуването въз основа на общите разходи, но взимайки за калкулационна база една група, вместо една услуга, и отчитайки бъдещите разходи.

Този метод на ценообразуване е широко прилаган в застрахователната дейност, както от частни здравни застрахователи, така и от друг вид частни застрахователни компании. В този случай, застрахователите определят различни цени, наречени премии, за всяка една група. Това означава, че колкото по-висок е рискът свързан с една група, толкова по-висока е застрахователната премия, която тази група заплаща. С други думи, колкото по-голяма е потенциалната нужда от медицински грижи, а това обикновено се отнася за социално-слабите и хронично болни пациенти, толкова по-големи са заплащаните суми. Поради явната социална несправедливост на този метод, той не намира приложение, в този чист вид, за определяне на цени на здравни услуги. Приложението на метода е по-скоро свързан с набирането на информация за анализ на очакваните бъдещи разходи на лечебните заведения и за договаряне на плащания от страна на застрахователи и държава.

- **Трансферни цени в лечебните заведения**

Различните отделения в едно лечебно заведение (обикновено болница или клиника) предлагат услуги на други отделения в тази организация. Например, отделът, които се грижи за поддръжката на медицинската техника, предлага услуги на всички медицински отделения, използващи такава апаратура. Отделението, отговорно за организацията и провеждането на операциите, предоставя услуги на медицински специалисти от други отделения, които извършват самите операции. С цел да се стимулира ефективното използване на финансовите ресурси в една болница или клиника, някои лечебни заведения предоставят относителна автономност на ръководителите на отделенията. Това налага определянето на цени във всяко едно отделение, които другите отделения формално заплащат при използването на услуги, предлагани от това отделение. Този вид цени се наричат трансферни цени (на англ. *transfer pricing*).

Според Павлова[5], съществуват четири основна подхода при определянето на трансферни цени: според общите разходи; според променливите разходи; на основата на пазарните цени; или на основата на основата на договаряне между отделенията.

Определянето на трансферни цени на базата на общите разходи изисква единствено информация относно съвкупните разходи на отделението, което прави този метод лесно приложим, но неподходящ за контрол на разходите. Отделението винаги покрива своите финансови задължения дори и ако неговата дейност е икономически неефективна. В случай, че този вид трансферни цени бъде приложен, размерът на цената би следвало да се определи на базата на стандартни разходи за единица продукт, а не на базата на действителните разходи на отделите. Това би повишило ефективността на лечебното заведение като цяло.

Използването на променливите разходи, като основа за определянето на трансферни цени, се различава по своята същност от метода на общите разходи по това, че постоянните разходи не се взимат по внимание, но погледнато в дългосрочен план и тук важат същите съображения относно ефекта на тези цени върху икономическата ефективност на предприятието. В краткосрочен план обаче, определянето на трансферни цени равни на променливите разходи има две основни предимства. Този метод спомага за ефективното използване на ресурси, защото в краткосрочен план отделите ще се стремят да покрият своите общи разходи, което би могло да стане само, ако те намалят както постоянните, така и променливите си разходи. Като следствие от това, методът на променливите разходи може да подпомогне определянето на печелившите дейности, които в краткосрочен план са в състояние да донесат приходи, по-високи от свързаните с тях променливи разходи.

Поставянето на трансферни цени на основата на пазарните цени намира приложение в случаите, когато пазарът за дадена медицинска услуга съществува или когато друго лечебно заведение предлага алтернативна услуга, предоставяща добра база за сравнение. Основното предимство на този метод се състои в това, че вътрешната дейност на дадена болница, например, може да бъде сравнена с дейността на конкурентните болници и да се търсят начини за намаляване на разходите на отделенията поне до нивото на пазарните цени. Ако това се окаже невъзможно, използването на услуги на външни предприятия често е по-ефективна стратегия от гледна точка на лечебното заведение като цяло. Така например, ако разходите на отдела, занимаващ се с поддръжката на медицинската техника, се окажат реално по-високи от цената на външна фирма, закриването на отдела и използването на услугите на външната фирма биха били по-ефективна мениджърска стратегия. В случая с отделението, отговорно за организацията и провеж-

[5]*Павлова М., Л. Димитрова, Управленско счетоводство в здравните организации, Стено, 2004, с.95.*

дането на операции, този подход обаче е по-малко реалистичен.

Когато не съществува реален пазар за дадена услуга или когато използването на пазарната цена е неадекватно, може да се приложи методът на договарянето между отделенията. Методът на договарянето, подобно на метода на пазарните цени, може да бъде използван за определянето на трансферни цени в дългосрочен план, без това да има негативно влияние върху икономическата ефективност на предприятието.

Трансферните цени намират все по-голямо приложение в здравния сектор особено що се отнася до финансово независими лечебни заведения, които трябва да осигурят ефективно планиране и използване на наличните ресурси, и по този начин да осигурят своето финансово оцеляване. Трансферните цени са от значение и за лечебни заведения, представляващи държавни институции, в случай, че те са финансирани от държавата на базата на предварително определен бюджет. Нормалното им функциониране налага контрол върху производствените разходи и трансферните цени са един от методите, които могат да подпомогнат постигането на тази цел.

Другата основна форма за определяне на цените е от страна на НЗОК и държава**.** В здравния сектор, за разлика от други сектори на икономиката, цените често се определят не от самите организации, които предлагат услугите, а от външни институции, в това число НЗОК и държава. Този подход при ценообразуването в здравния сектор включва разнообразни методи, които могат да бъдат групирани в две основни групи:

- Определяне на цени за заплащане на дейността на индивидуални доставчици на медицински услуги (напр. общопрактикуващи лекари и медицински специалисти).
- Определяне на цени за заплащане на дейността на лечебни заведения за доставката на медицински услуги (напр. болници, ДКЦ-та, медицински центрове).

Тук ще спомена основните представители на тези две групи и ще обобщим тяхното значение за управлението на лечебните заведения.

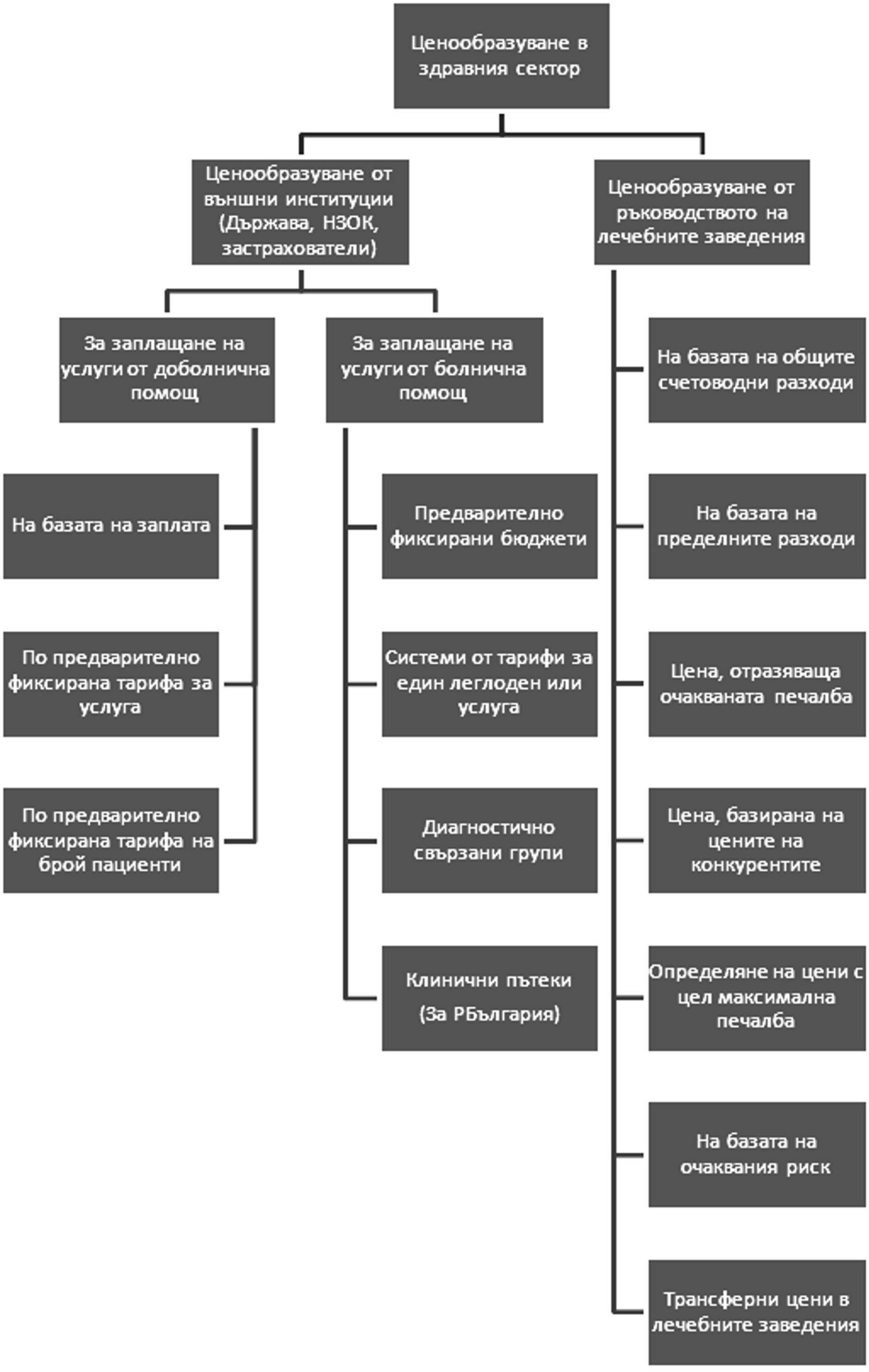
Определяне на цени за заплащане на дейността на общопрактикуващи лекари и медицински специалисти включва три основни метода: на базата на заплата, по предварително фиксирана тарифа (*fee-for-service*) и според очакваните разходи, свързани с обслужваните пациенти (*capitation payment*). НЗОК и държавата определят размера на плащанията по всеки един метод, независимо от реалните разходи на индивидуални доставчици.

Методът основаващ се на заплата предполага лесно планиране на бъдещите разходи по отношение на използвания труд, но той е по-малко прилаган, защото не предлага стимул за ефективното използване на финансовите ресурси и повишаване на качеството на услугите. Другите два метода (на базата на тарифа или броя на пациентите) оказват положително влияние върху контрола на разходите, защото колкото по-ефективна е дейността на един лекар и колкото повече той се доближава до нивото на заплащане, толкова по-голям е шансът за реализиране на печалба. Поради същата причина обаче, използвани самостоятелно, заплащането по фиксирана тарифа обикновено води до прекомерно предлагане на медицински услуги, а методът, базиран на броя пациенти - до неадекватно намаление на услугите. Ето защо, институциите, финансиращи здравния сектор, обикновено търсят подходяща комбинации от тези два метода.

По отношение на заплащането на дейността на лечебните заведения, най-често срещаните методи включват предварително фиксирани бюджети, системи от тарифи и стандартни разходи за един леглоден или услуга, но може би най-разпространеният метод в момента е метода, базиран на диагностично-свързаните групи (ДСГ, на англ. *diagnosis related groups*). Принципният ефект на всички тези методи е подобен. В България се предвиждаше поетапно въвеждане на ДСГ през 2012 г. като метод за финансиране на болничната помощ. По този начин ДСГ щяха да заменят използваните по настоящем клинични пътеки, в качеството им на инструменти за финансиране на ЛЗБП.

В заключение, разнообразните методи за определяне на цените в сектор „Здравеопазване“ са систематизирани и представени схематично на фиг. 1, която представлява класификация на методите за ценообразуване, на базата на класификационния признак „субект, определящ цената“.

Адрес за кореспонденция:
Медицински университет – Варна
ул. „Марин Дринов“ 55, гр. Варна 9002
e-mail: lubomira@yahoo.com



Фиг. 1. Класификация на методите за ценообразуване в сектор „Здравеопазване", според субекта, определящ цената

ПРЕПОДАВАНЕТО ПО ДИСЦИПЛИНАТА „УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ" В МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ НА ТРАКИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ДЕСЕТГОДИШЕН ОПИТ И РАЗВИТИЕ

Светлана Димитрова

Катедра Социална медицина и здравен мениджмънт, Медицински факултет, Тракийски университет – Стара Загора

NURSING MANAGEMENT TEACHING AT MEDICAL FACULTY OF TRAKIA UNIVERSITY – TEN YEARS EXPERIENCE AND DEVELOPMENT

Svetlana Dimitrova

Department of Social Medicine and Health Care Management. Medical Faculty, Trakia University – Stara Zagora Medical Faculty, Trakia University

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Специалността „Управление на здравните грижи" е създадена през 2004 година в МФ на ТрУ в Стара Загора, първоначално за бакалавърска степен на обучение. Оттогава стартира и преподаването по едноименната дисциплина.*

Цел: *да се опише и сподели досегашният опит от преподаването по „Управление на здравните грижи" (УЗГ) в МФ – Стара Загора и да се дискутират перспективите за нейното развитие.*

Материали и методи: *анализ на документи - учебни програми, писмени студентски разработки, обратни връзки и др. учебна документация; SWOT анализ.*

Резултати и обсъждане: *Представена е първоначалната философия на дисциплината и концепцията за учебното съдържание с неговите основни акценти. Проследено е развитието на преподаването в съдържателен и процесуален план. Описани са най-често използваните методи на обучение – интерактивни лекции, работа в малки групи, ролеви игри, обсъждане на казуси, мозъчна атака и др. Оценяването при семестриалния изпит се извършва комплексно – не само в деня на изпита, а и на базата на предварително подготвени самостоятелни разработки на студентите по три до четири задачи. Особено внимание е отделено на преддипломния стаж по дисциплината и неговия логически край – практическия държавен изпит по УЗГ. Дискутирани са*

SUMMARY

Introduction: *The specialty 'Nursing management' is created in 2004 year at Medical Faculty of Trakia University in Stara Zagora, for the bachelors degree in the beginning. The nursing management teaching has started since then as well.*

Aim: *the experience of teaching in Nursing management to be described and shared and the perspectives for its development to be discussed.*

Materials and methods: *document analysis – teaching programs, written students' works, feed back and other teaching documentation, SWOT analysis.*

Results and discussion: *The initial philosophy of the subject and the concept of the teaching content with its main focuses are presented. The development of teaching both as content and process is analyzed. The most frequent used methods of teaching are described – interactive lectures, case discussions, role playing, brainstorming etc. Special accent is analysis of assessment methods at the end of teaching. The formative assessment is a complex one – it consists not only of written exam but of individual work on three to four tasks during the semester. Special attention is put on the practice before graduation and its logical ending – the state practical exam. The student feedback is discussed. SWOT analysis of teaching is done. On that base a prognosis for the future development of teaching has been made.*

Conclusions: *The ten years experience of Nursing management teaching at Medical Faculty of Trakia University shows positive trend despite certain dif-*

обратните връзки на студентите. Направен е SWOT анализ на преподаването.На тази база е напаравена прогноза за бъдещото развитие на обучението по УЗГ.

Изводи и заключение: *Десетгодишният опит от преподаването по УЗГ в Медицински факултет на Тракийски университет показва положителен тренд въпреки определени трудности и недостиг като критично ниския брой на преподаватели и работното претоварване.*

Ключови думи: *преподаване, управление на здравните грижи, история, развитие, Стара Загора*

ficulties and insufficiencies as a critical number of teachers and work overload.

Key words: *teaching, nursing management, history, development, Stara Zagora*

УВОД

Специалността „Управление на здравните грижи" е създадена през 2004 година в МФ на ТрУ в Стара Загора, първоначално за бакалавърска степен на обучение. Оттогава стартира и преподаването по едноименната дисциплина.

Целта на тази разработка е да се опише и сподели досегашният опит от преподаването по „Управление на здравните грижи" (УЗГ) в МФ – Стара Загора и да се дискутират перспективите за нейното развитие.

ЗАДАЧИ

1. Съдържателен тематичен анализ на преподаването по УЗГ в МФ – Стара Загора.
2. Описание на процеса на обучение по УЗГ в МФ – Стара Загора.
3. Анализ на обучението със силните и слабите му страни.

МЕТОДИ

1. Анализ на съдържанието на документи – учебна документация:учебни планове и програми; дневник на стажанта по УЗГ.
2. SWOT анализ.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Съдържателен анализ на преподаването по УЗГ.

Управлението е изкуството и науката да се направляват усилията на хората и наличните ресурси, за да се постигнат планираните цели на организацията. То е многокомпонентен и комплициран процес, чието изучаване може да се разгръща в различни аспекти. Несъмнено, генералната цел на обучението се явява определяща в планирането на преподаването, както в съдържателен, така и в процесуален план.

Основната цел на учебната дисциплина УЗГ, съобразно учебната програма в МФ-Стара Загора е: „... да подготви студентите за ефективно лидерство и мениджиране за постигане на ценово ефективни и качествени здравни грижи съответно на възприетата политика и цели на на здравната организация.» (5,6) Това е амбициозна и нелека задача, особено в контекста на дълго и не особено ефективно реформиращата се българска здравеопазна система, «задъхваща се» от дефицити от всякакъв тип. Управляващият здравните грижи, на което и мениджърско ниво да се намира, ежедневно се сблъсква с предизвикателства от различно естество, често надхвърлящи неговата професионална компетентност. Този мениджър обикновено няма финансови лостове на властта.При всички случаи обаче той разполага с един много мощен инструмент – специфичното познание за управлението на хора и за осигуряване на качеството на работа.

На тази база, основните акценти в преподаването по УЗГ в МФ-Стара Загора са:

- Фундаментални теоретични теми;
- Комуникативни умения;
- Управление на човешките ресурси;
- Управление на качеството на здравните грижи;
- Саморазвитие – мениджмънт на самия себе си.

Добрата теоретична подготовка е неотменно условие за изграждането на специалиста по управление на здравните грижи. Познаването на основните принципи на мениджмънта в сестринството, на теориите и моделите на сестринските грижи, както и на традиционните управленски функции по планиране, организиране,

ръководство и контрол в контекста на управлението на здравните грижи е в основата на обучението по дисциплината.

Освен общата терия на комуникацията по УЗГ се изучават и някои от най-съществените специфични комуникативни умения на мениджъра, необходими за ефективното ръководене на хора. Такива са: уменията за активно слушане, за ръководене на работна среща, за провеждане на телефонен разговор, за представяне на устно изложение и др.

Един от приоритетите в дисциплината УЗГ е да се научат бъдещите ръководители на здравните грижи не само да разбират, а и да повлияват работното поведение на подчинените си така, че да се достигнат ефективно целите на съответната здравна организация. Затова обучението включва такива аспекти като: теории и стилове на управление, мотивация, власт и лидерство, управление на конфликтите, управление на работните групи и др.

Във връзка с управлението на човешките ресурси се разискват отговорностите на специалиста по управление на здравните грижи по осигуряването на персонала Поставя се акцент върху формирането на персонала и неговото развитие. Разглеждат се различни методи и съвременни техники за подбор и за обучение на персонала.

Познаването на модерни подходи, методи, техники и средства за мениджиране на качеството е част от професионализма на специалиста по управление на здравните грижи. Той трябва да може и да ги прилага на практика, като подобрява условията, начина и резултата от здравните грижи. Придобиването на умения за планиране на грижите и прилагане на средства за осигуряването им на качествено ниво включително и чрез разработване на съответната документация е един от акцентите на обучението.

Саморазвитието е от ключово значение за всеки мениджър. Затова в обучението се засягат и теми, които са в областта на «мениджмънта на самия себе си» - ефективно управление на времето, умения за представяне на устна презентация, умения за настойчивост и решителност и др.

Изброените по-горе акценти в преподаването по дисциплината УЗГ в МФ-Стара Загора са изведени съобразно нейната основна цел и на базата на опита и любезното сътрудничество на водещи преподаването по УЗГ и автори на учебници и учебни помагала във ФОЗ-МУ-Плевен и ФОЗ-МУ-София – Г. Грънчарова, Ив. Стамболова, Г. Чанева, А. Петков (1,3,4).

Процесът на обучение по УЗГ.

Като всеки процес, обучението по УЗГ се планира съобразно учебните цели. Обучението по УЗГ – бакалавърска и магистърска степен, редовна и задочна форма е по същество обучение на възрастни и като такова изисква внимателно обмисляне не само в съдържателен план, а и при планирането на неговото протичане. За да бъдат постигнати учебните цели е необходимо да се съобразят особеностите на процеса на обучение на възрастни и ученето от опита, както са описани от редица автори, като: Бърнард, Нейбър,Роджърс, Уайтхаус и др. (8,9,10,11,12). Предвид обстоятелството, че студентите по УЗГ в огромната си част са работещи и съчетават професионалните си задължения със следването, обучителният процес трябва да е достатъчно гъвкав и същевременно ефективен. Затова се прилага модулно обучение, особено при редовната форма, като се планират по 8 до 10 учебни часа на ден. Методите на преподаване са съобразени и с тази особеност на обучението по УЗГ. Използва се преимуществено студент-центрирания подход. Лекциите са изработени като презентации на PowerPoint и са интерактивни. Прилагат се, особено при практическите занятия, съвременните методи за обучение с активност на цялата група - работа в малки групи, обсъждане на казуси, групови дискусии, ролеви игри, «мозъчна атака» и др. След като е осъществен, учебният процес по УЗГ завършва с оценяване – семестриален и държавен изпит. Семестриалният изпит се състои от 4 части, три от които са задачи за извънаудиторна самостоятелна работа: реферат, описание на казус за решаване на конфликт на базата на реален опит, формулиране на мисия на организацията/структурата не месторабота и писмен изпит (в деня на изпита). (5,6)

Съгласно ЕДИ за специалността, след завършване на семестриалното обучение, следва стаж по УЗГ. (2,7)Той се провежда се в МБАЛ ЕАД - Ст. Загора (Университетска). Всеки стажант получава от главната медицинска сестра разпределение в подходящо за неговата специалност отделение. Всеки стажант се ръководи от обучен наставник.Стажът завършва с държавен практически изпит, под формата на защита на курсова работа. Прилагат се следните критерии за оценяване на практически изпит по управление на здравните грижи:

1. Съдържателна страна на работата - 12 т.:

А. Съответствие със структурните изисквания за конкретната писмена работа - 6 т.(по 1 т. на всеки подкритерий): титулна страница; загла-

вие, отразяващо адекватно разработваната тема; добре формулирани цел/и/; логически подредено, съобразно спецификата на темата изложение; добре оформени приложения (анкетни карти, таблици, графики, снимки и др.); адекватна библиографска справка.

Б. Новост и оригиналност на проекта - 2 т. (0-липсва; 1-донякъде; 2-да)

В. Практическа приложимост (релевантност) на проекта - 2 т. (0-липсва; 1-донякъде; 2-да)

Г. Онагледяване на представянето, вкл. мултимедийно - атрактивност - 2 т. (0-липсва; 1-донякъде; 2-да)

2. Процесна страна - 22 т.:

А. Вербално поведение на студента - 9 т.:

богата лексика - 3 т. (0-липсва; 1-колеблива оценка; 2-да; 3-отлична); коректна употреба на термини - 3 т. (0-липсва; 1-колеблива оценка; 2-да; 3-отлична); паралингвистични характеристики - поддържане на подходящи ритъм на говорене, паузи, мелодика на речта, гладко говорене - 3 т. (0-липсва; 1-колеблива оценка; 2-да; 3-отлична).

Б. Невербално поведение - 9 т.:

спокойно поведение с поддържане на отворена позиция на тялото - 3 т. (0-липсва; 1-колеблива оценка; 2-да; 3-отлична); подходящи лицеизраз и очен контакт - 3 т. (0-липсва; 1-колеблива оценка; 2-да; 3-отлична); подходящо жестикулиране - 3 т. (0-липсва; 1-колеблива оценка; 2-да; 3-отлична).

В. Спазване на предварително зададеното време (15 минути) 2 т. (0 -липсва; 1 т. - приблизително; 2 - точно)

Г. Предизвикан интерес на аудиторията - въпроси и отговори - 2 т. (0-липсва; 1-колеблива оценка; 2-да)

Общата оценка се формира по следния начин: Отлична - 30-34 т.; Мн. добра - 25-30 т.; Добра - 20-25 т.; Средна - 18-20 т.; Слаба – под 17 т.

SWOT анализ на обучението по дисциплината УЗГ:

1. Силни страни:
   - Устойчив интерес към дисциплината за всички форми на обучение по УЗГ
   - Студент-центриран подход
   - Активни методи на преподаване
   - Комплексно оценяване
   - Гъвкава (модулна) система на преподаване
   - Налични учебни помагала на български език
   - Участие на гост-лектори
   - Добро взаимодействие с наставниците от УМБАЛ – Стара Загора.
2. Слаби страни:
   - Интензивност – натоварване на студенти и преподаватели
   - Дефицит на човешки ресурс – 1 хабилитирано лице и 1 асистент за две форми на обучение и за две образователни степени
   - Материални дефицити
   - Текучество на обучени наставници.
3. Възможности за развитие:
   - Увеличаване на преподавателите по дисциплината
   - Кариерно израстване на преподавателите по УЗГ
   - Създаване на собствени учебни помагала
   - Привличане на повече гост-преподаватели, включително от практиката на здравните грижи
   - Съвместни научно-изследователски проекти с практиката.
4. Заплахи:
   - Увеличаване на всички видове дефицити
   - Недооценяване на специалността УЗГ на различни нива на мениджмънт
   - "Изчерпване" на търсенето на специалността
   - Текучество на преподаватели
   - Демотивиране на преподавателите и обучените наставници
   - Засилване на текучеството на обучените наставници
   - Други "външни" заплахи.

Направеният по-горе анализ очертава и перспективите за развитие на обучението по УЗГ. Несъмнено то е неотделимо от развитието на специалността, което се обуславя най-вече от търсенето на пазара на труда.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

десетгодишният опит от преподаването по УЗГ в Медицински факултет на Тракийски университет има положителни характеристики и капацитет въпреки определени трудности и недостиг като критично ниския брой на преподаватели и работното претоварване.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грънчарова Г., Управление на здравните грижи. Издателски център на МУ-Плевен, 2005, с. 301.
2. НАРЕДБА за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалността „Управление на

здравните грижи“ за образователно-квалификационните степени „магистър“ и „бакалавър“ от професионално направление „Обществено здраве“Приета с ПМС № 215 от 18.08.2006 г., обн., ДВ, бр. 70 от 29.08.2006 г., в сила от учебната 2006 - 2007 г., изм., бр. 87 от 7.10.2008 г.

3. Петков А., Мениджмънт и здравен мениджмънт, Част 1, Организационна психология, Изд.»Ирита», 2009, 165.
4. Стамболова Ив., Г. Чанева. Управление на здравните грижи, под ред. на проф. д-р С. Попова, д.м., учебно-практическо ръководство. Филвест, 2007, 127.
5. Учебна програма по Управление на здравните грижи, бакалавърска степен, Медицински факултет, Тракийски университет, 2008 г.
6. Учебна програма по Управление на здравните грижи, магистърска степен, Медицински факултет, Тракийски университет, 2008 г.
7. Учебна програма по Управление на здравните грижи, предипломен стаж, Медицински факултет, Тракийски университет, 2008 г.
8. Burnard Ph., Effective Communication Skills for Health Professionals, Stanley Thornes Publishers Ltd., 1997, 265.
9. Neighbour R., The Inner Apprentice, Petross Press, 1996, 222.
10. Neighbour R., The Inner Consultation, Petross Press, 1997, 306.
11. Rogers A., Teaching Adults, Open University Press, 1996, 249.
12. Whitehouse C., M. Roland, P. Campion, Teaching Medicine in the Community, Oxford University Press, 1997, 229.

Адрес за кореспонденция:
Катедра Социална медицина и здравен мениджмънт,
Медицински факултет, Тракийски университет
Ул. Армейска 11:
6000 Стара Загора
e-mail: svdimitr@abv.bg

СТУДЕНТСКА ОЦЕНКА НА МЕТОДИТЕ НА ОБУЧЕНИЕ ПО БИОСТАТИСТИКА С SPSS В ТРАКИЙСКИ УНИВЕРСИТЕТ

К. Пеева, Ю. Маринова, Св. Димитрова, Б. Парашкевова, Г. Чамова

Катедра Социална медицина и здравен мениджмънт
Медицински факултет, Тракийски университет

MEDICAL STUDENTS ASSESSMENT OF TEACHING METHODS IN BIOSTATISTICS WITH SPSS AT THE TRAKIA UNIVERSITY

K. Peeva, J. Marinova, Sv. Dimitrova, B. Parashkevova, G. Chamova

Department of Social Medicine and Healthcare Management
Medical Faculty, Trakia University

РЕЗЮМЕ

Въведение: *В ерата на медицината, основана на доказателства, биостатистиката и епидемиологията са основни елементи, подпомагащи здравните специалисти при изработване на научни изследвания. Тези дисциплини предоставят възможност на бъдещите лекари да вземат решения за грижите за пациентите, на базата на собствена* изследователска *дейност и научната литература, публикувана в съвременните медицински списания и книги.*

Цел*: Студентската оценка на качеството и ефективността на учебния процес по предмета биостатистика.*

Материали и методи*: Изследвано е мнението за преминат курс на обучение по биостатистика чрез пряка индивидуална анкета на 408 студенти от втори курс, специалност медицина за периода 2006-2012 г. Оценени са методите на работа, видовете материали и технологии на обучение, отделните теми, личната активност на студентите и потребността им от продължаващо обучение по биостатистика.*

Резултати и обсъждане*: От дейностите по време на преподаването най-високо са оценени практическите упражнения, примерите и пакета за статистическа обработка SPSS. От методите на работа най-високи оценки има груповата дискусия. Студентите оценяват високо примерните задачи в издаденото в катедрата учебно помагало с използване на пакета за ста-*

SUMMARY

Introduction: *In the era of evidence-based medicine, biostatistics and epidemiology are key elements supporting health professionals in their everyday work and research. This course provide an opportunity for future doctors to make decisions about patient care, based on their own research and scientific literature published in current medical journals and books.*

Objective: *Students' assessment of the quality and effectiveness of the learning process in biostatistics.*

Materials and methods: *Medical students' assessment after completing a course in biostatistics was investigated by analysis of students' feedback with direct individual inquiry from 408 medical students for the period 2006-2012 year. Methods of work, different types of materials and training technologies, the students' personal activity and their views on the need for further qualification in biostatistics at postgraduate level were investigated.*

Results and discussion: *More than half of students most valued training classes, problems, use of the statistical program SPSS. Group discussion has highest ratings from working methods. Students accepted and highly valued sample tasks developed in the provided textbook with use of statistical package SPSS, and the stimulation of student activity during the training course.*

Conclusions: *The most significant contribution of the training is the awareness of the usefulness of the obtained skills in biostatistics for future career development and promotion of students interest. The high-*

тистическа обработка SPSS, както и стимулирането на студентската активност по време на упражнения.

Изводи и заключения: *Съществен принос от обучението е осъзнаването на полезността от формираните умения в областта на биостатистиката за бъдещата професионална реализация и стимулирането на интереса. Най-голям интерес е показан в областта на аналитичната статистика.*

Ключови думи*: биостатистика, висше медицинско образование, оценяване, качество на обучение, студенти по медицина*

est interest was demonstrated in the area of analytic statistics.

Keywords: *Biostatistics, Higher Medical Education, Assessment, Quality of Education, Medical Students*

ВЪВЕДЕНИЕ

В ерата на медицината, основана на доказателства, биостатистиката и епидемиологията са основни елементи, подпомагащи здравните специалисти при изработване на научни изследвания. Тези дисциплини предоставят възможност на бъдещите лекари да вземат решения за грижите за пациентите, на базата на собствена изследователска дейност и научната литература, публикувана в съвременните медицински списания и книги.

Студентската оценка на завършен курс на обучение е съществен елемент в процеса на осигуряване качеството на обучение, чрез оценяване качеството и ефективността на учебния процес с методите на преподаване и възможност за неговото подобряване.

Съвременните проучвания в областта на медицината и здравеопазването, в които се работи с данни, най-често се провеждат от екип разнородни специалисти. Според съвременните виждания, специалистът, занимаващ се с биостатистика играе ключова роля в екипа. Тази роля се определя от изискването за коректен синтез на доказателства, без които научната работа се обезценява, а съответната статия не се приема за печат от водещите научни списания. Използването на методите на биостатистиката осигурява точността на представените данни, използваните подходи за анализ и правилното тълкуване на резултатите в контекста на научно-изследователските цели (1).

Това определя учебната програма по Биостатистика за студентите по медицина в Медицински факултет на Тракийския университет да бъде разработена съобразно опита на изявени български и европейски институции и специалисти по биостатистика (2,3), с използване на съвременен статистическият пакет, SPSS. Тематичните единици са определени съответно основните акценти на съвременната биостатистика, със стремеж да се постигнат необходимите познания и практически умения за правилна употреба на основните статистически методи и анализ на получените показатели (4,5,6).

Проучване на студенти по медицина в Университета в Малайзия (7) за оценка на модула по биостатистика и епидемиология установява, че студентите възприемат значението на биостатистиката и епидемиологията тогава, когато решават казуси за реални здравни проблеми. Подходящи методи и технологии в преподаването, както и тяхното оценяване, се коментират в работи на редица автори (8,9,10).

ЦЕЛ

Студентската оценка на качеството и ефективността на учебния процес по предмета Биостатистика, като използвани технологии и методи на преподаване.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Изследвано е мнението за преминат курс на обучение по биостатистика чрез пряка индиви-

дуална анкета на 408 студенти от втори курс, специалност Медицина за периода 2006-2012 г., 57% са жени, средната възраст е 20.7 години, 85% са българи.

Оценени са:

- Методите на преподаване
- Технологиите, включително използвания пакет за статистическа обработка SPSS и учебното ръководство, разработено на негова база
- Потребността на студентите от продължаващо обучение по биостатистика.

Оценяването е в 3 степени като „много интересен", „предизвикващ интерес" и „не много интересен". За да се оцени относителният риск една тема от учебната програма да бъде оценена като неинтересна в зависимост от оценките на методите и технологиите на преподаване, оценките са представени дихотомно. За обработка на получените данни и анализ на резултатите е използван статистическия пакет SPSS с дескриптивен анализ, оценка на риска - Cross-sectional Odds Ratio (OR), тест на Shapiro-Wilk за нормалност на разпределение и непараметричен тест на Man Witney.

Защо ползваме SPSS?

Като водещ доставчик на статистически анализи, статистическият пакет SPSS позволява адекватно аналитично обучение и подготовка за научни проучвания. В областта на висшето образование основна цел на софтуера е да подпомага студентите при придобиване на концептуално и практическо разбиране и възможност за използване на статистическите методи. Така се осъществява основната цел на всяка образователна институция - да предостави на обучаващите се възможно най-добър опит в процеса на учене.

Като отчита все по-важната роля на статистическите анализи в подпомагане на организациите за постигане на целите им, SPSS Inc. прави значителни подобрения с мощни, но и лесни за използване статистически софтуерни продукти, които са служили на потребностите на десетки бизнес организации, на правителствено ниво, в академичните среди и научните изследвания от 1968 г. и досега. SPSS Incorporated се превърна в лидер в технологията модерни прогнозни анализи. Повече от 250000 клиенти от публичния сектор, академичните и търговските среди разчитат на технологията SPSS (11).

Всички най-добри колежи и университети в САЩ повече от 40 години използват в обучението си помощта на SPSS, а от 1989 г. той се използва и в България от много бизнес организации и висши училища.

Какво правим ние?

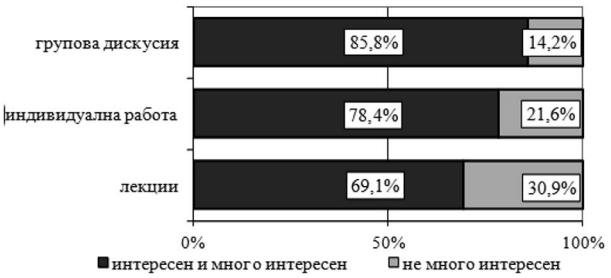
Използването на статистическия пакет SPSS за учебни цели от 1994 г. и досега, отразява стремежа на водещите дисциплината преподавателите от катедрата, за постигане на съвременно качество на обучението. През 2006 г. беше издадена учебна тетрадка за практическите упражнения, на базата на разработените в предишни години материали за упражнения (12), която беше разширена и допълнена през 2009 г. (13). През 2013 г. тези материали послужиха като основа за актуализирано и разширено учебно ръководство, което включва 14 теми (14).

Учебното ръководство е индивидуално и в него всеки студент записва резултатите от практическата си работа по време на упражнение в специално отделени за целта полета. Във всяка тема, описваща определен статистически анализ, когато един тип задача се появява за първи път, тя се представя с точно описан алгоритъм за решаване със SPSS и коментар на получените резултати. Публикувани са всички таблици и фигури от изхода на SPSS при решаване на конкретната задача. В последното ръководство са публикувани и визуалните елементи при решаване на задачите и при описание на функции на SPSS 19. Упражненията завършват с въпроси по разглежданата тема, които се коментират в края на упражнението, а част от тях се оставят за самостоятелна работа.

Този начин на представяне и решаване на задачите е предпоставка за по-добро разбиране и осмисляне на най-важните особености в съответния анализ. В края на преподаването студентите попълват анкетна карта за обратна връзка, като оценяват методите на преподаване, технологиите; личната си активност и потребност от продължаващо обучение по биостатистика.

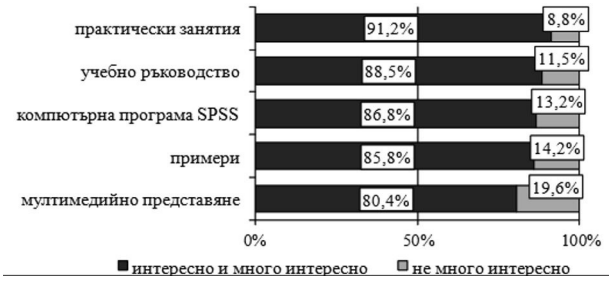
РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

В рамките на хорариума на задължителното университетско обучение е постигнато високо качество и осъзнат интерес у студентите към предмета биостатистика. Използваните **методите на преподаване** по биостатистика са оценени високо от над 70% от студентите. Най-високи оценки има груповата дискусия, избрана от 86% от студентите, индивидуалната работа е оценена като интересна от всеки трима от четирима студента, а лекциите – от повече от 2/3 от студентите (Фигура 1).



Фигура 1. Оценка на използваните методите на преподаване

Почти 90% от студентите оценяват високо практическите занятия, следват учебното ръководство за упражнения и използваната статистическа програма SPSS. Примерите и мултимедийното представяне са оценени високо от всеки четирима от петима студента (Фигура 2). Всички тези резултати може да се възприемат като удовлетворяващи, но и подсещане за това, че не всички **технологии** са били използвани достатъчно задоволяващо очакванията на студентите.

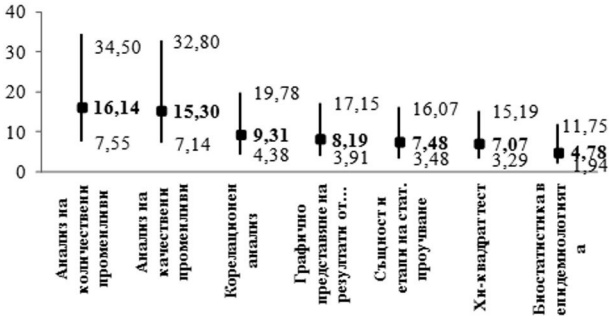


Фигура 2. Оценка на използваните в преподаването технологии

Използвано е отношение на шансовете като мярка за силата на действие на един фактор върху оценката на съответната тема, т.е. относителният риск преподавана тема да бъде оценена като неинтересна в зависимост от оценката на **метода на преподаване или използваните технологии** в преподаването.

Всички **технологии** действат най-силно върху добрата оценка от преподаването на темата „Анализ на количествени променливи“. От всички технологии най-силно въздействие имат практическите занятия. Относителният риск която и да било тема да получи ниска оценка при отрицателна оценка на практическите занятия е от 5 до 16 пъти по-голям спрямо риска, ако практическите занятия са много интересни (Фигура 3).

Всички **методи на преподаване** имат силно въздействие върху оценките на изучаваните теми. Относителният риск преподавана тема да бъде оценена като неинтересна в зависимост от

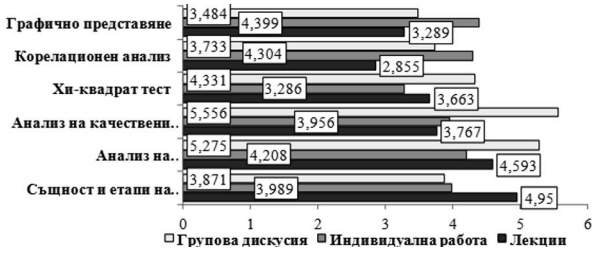


Фигура 3. Отношение на шансовете, OR с 95% CI за въздействието на практическите занятия върху оценките на учебните теми

това, каква е оценката на метода на преподаване е от 3 до 5.

От **методите на преподаване** лекциите имат най-силно въздействие върху добрата оценка на преподаването по темата „Същност и етапи на статистическо проучване”. Относителният риск темата да получи ниска оценка при ниска оценка на лекциите е пет пъти по-голям спрямо риска, ако лекциите бяха много интересни. Тази тема е изключително теоретична и затова лекциите играят най-голяма роля.

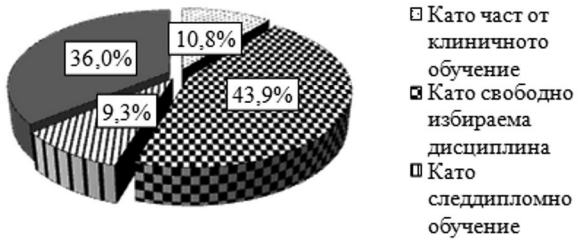
Индивидуалната работа има най-силно въздействие върху темите „Анализ на количествени променливи“, „Корелационен анализ” и „Графично представяне на резултати от проучване“ – всички с относителен риск над 4. Груповата дискусия има най-силно въздействие върху темите „Анализ на количествени променливи” и „Анализ на качествени променливи”, с относителни рискове над 5. Навсякъде относителният риск и 95% му интервал на доверителност имат стойности по-големи от 1 (Фигура 4).



Фигура 4. Отношение на шансовете,OR с 95% CI за въздействието на методите на преподаване върху оценките на учебните теми.

Всеки двама от трима студента намират за необходимо да изучават допълнително биостатистика, най-вече като свободно избираем предмет (избрано от половината студенти). Следдипломното обучение и изучаването като част от клиничното обучение са избрани от всеки пети студент. Въпреки това всеки трети студент

предполага, че няма необходимост да изучава допълнително биостатистика (Фигура 5). Това е съвсем предвидимо, тъй като те са още в началото на обучението си (втори курс) и не осъзнават добре ролята на биостатистиката в бъдещата си медицинска професия.



Фигура 5. Необходимост от допълнително изучаване на биостатистика

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. От използваните **технологии** най-силно въздействие имат **практическите занятия**, където относителният риск е от 5 до 16 за оценките на която и да било от темите.
2. **Всички методи на преподаване** имат силно въздействие върху оценките на изучаваните теми с относителни рискове е от 3 до 5.
3. Всеки двама от трима студенти предполагат, че **допълнителното изучаване на биостатистика** е необходимо.
4. Съществен принос от обучението е осъзнаването на полезността от формираните умения в областта на биостатистиката за бъдещата професионална реализация и стимулирането на интереса на студентите, особено в областта на аналитичната статистика.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Donaldson, N., M. Gray. The Client-Consultant Relationship in Medical Research: The Role of a Professional Statistician in the Research, Team International Statistical Institute, 55th Session 2005.

2. Учебна програма по биостатистика, специалност Медицина, Катедра Социална медицина и здравен мениджмънт, В: Сборник учебни програми, Медицински факултет, Тракийски университет – Стара Загора, 2007 г., 108-113.

3. Michael J. Campbell, David Machin. Medical statistics, A Commonsense Approach, Second Edition, John Wiley&Sons, Ltd., 1993:189 pp.

4. Бийгълхол Р., Р. Бонита, Т. Келстрьом. Основи на епидемиологията, СЗО, Женева, 1993, Конквиста Варна, 1995: 204 с.

5. Вуков М. Епидемиологични методи в управлението на здравеопазването. Епидемиология и биостатистика, В: Здравната реформа в България, Сборник лекции II част, Македония прес, 1998: 399-422.

6. Вуков, М., Кратко въведение в биостатистиката, лекционни записки, Стара Загора, Контраст, 2010.

7. Daher, Aqil M, Farzana Amin. Assessing the perceptions of a biostatistics and epidemiology module: Views of Year 2 medical students from a Malaysian university. A cross-sectional survey. BMC Medical Education 2010, 10:34, http://www.biomedcentral.com/1472-6920/10/34, намерено 28.07.2010

8. Pérez-Pérez, M., L. Sánchez-Ruiz, A. Mª Serrano-Bedia, B. Blanco-Rojo. Learning Methodologies In The European Higher Education Area: An Operations Management Approach. The 6th International Conference of Education, Research and Innovation, Seville, Spain, 18th-20th November, 2013, Proceedings of ICERI2013 Conference.

9. Guilland, A., A. Hakkarainen, J. Heinonen, P. Harmoinen. Group Assignments Require Specific Assessment Tools. The 6th International Conference of Education, Research and Innovation, Seville, Spain, 18th-20th November, 2013, Proceedings of ICERI2013 Conference.

10. Lievens, Sigried. Universal Design For Learning: Enhancing Students' Involvement. The 6th International Conference of Education, Research and Innovation, Seville, Spain, 18th-20th November, 2013, Proceedings of ICERI2013 Conference.

11. SPSS Product: SPSS for Windows, Student learning, In: Education: Achieving New Standards, © 2008 SPSS an IBM Company, All rights reserved, http://www.spss.com/

12. Пеева К., Ю. Маринова, С. Димитрова. Практически упражнения по биостатистика, Контраст, Стара Загора, 2006, 56 с.

13. Пеева К., Ю. Маринова, С. Димитрова. Практически упражнения по биостатис-

тика, Второ преработено и допълнено издание, Контраст, Стара Загора, 2009, 80 с.

14. Пеева, К. Биостатистика с IBM SPSS Statistics 19 (практическо учебно ръководство за студенти по медицина и медицински специалисти), Академично издателство на Тракийски университет, Стара Загора, 2013, 164 стр.

Адрес за кореспонденция:
Катя Пеева
Тракийски университет
Армейска №11, 6000
гр. Стара Загора
E-mail: katya.peeva@gmail.com

КОНЦЕПЦИЯ ЗА ОРГАНИЗАЦИЯ НА ПРЕДДИПЛОМНИЯ СТАЖ ЗА РЕГУЛИРАНА ПРОФЕСИЯ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА”

Тодорка Стефанова[1], Деспина Георгиева[1], Радка Иванова[2]

[1]Русенски университет ”Ангел Кънчев”
[2]МБАЛ РУСЕ АД

CONCEPT OF ORGANIZATION GRADUATE PRACTICE OF REGULATED PROFESSIONS “NURSE”

Todorka Stefanova[1], Despina Georgieva[1], Radka Ivanova[2]

[1]Ruse University “Angel Kanchev”
[2]Hospital RUSE

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Проблемът е актуален в следните аспекти. Първо, значимо е мястото на преддипломния стаж за формиране на професионалните компетенции на медицинската сестра; Второ, голям хорариум от 1600 астрономически часа , които трябва да бъдат организирани по-възможно най ефективния начин в реалната болнична среда. Трето, необходимостта за първи път в образователната политика на Русенски университет да се подготви документация и реално провеждане на преддипломен стаж по регулирана медицинска професия. От следващата 2014/2015 година трябва да бъде завършена подготовката за преддипломен стаж.*

Цел: *Разработване на съвместен документ между Русенски Университет и Многопрофилна болница за активно лечение - Русе - Правилник за провеждане на преддипломен стаж за студенти от регулирана професия „Медицинска сестра“.*

Материали и методи: *Анализ на значими за разработвания проблем нормативни документи на национално ниво: Националната квалификационна рамка на Република България, Единни Държавни Изисквания за обучение по регулирани професии / в частта й за професия “медицинска сестра“/; Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности /в частта й за медицинските сестри/, които сестрата може да извършва по назначение, или самостоятелно; Наредба № 18 от 20.06.2005 за критериите, показателите*

SUMMARY

Introduction: *The problem is relevant in the following aspects. First, significant is the place of my graduate internship for the formation of the professional competencies of the nurse; Second, large workload from 1600 astronomical hours, to be organized in the most efficient way in the real hospital environment. Third, the need for the first time in the educational policy of the University of Ruse to prepare documentation and actually holding a pre-graduation experience in a regulated health profession. From the following 2014/2015 year should be completed preparations for Probation Practice.*

Objective: *Develop a joint document between Rousse University and Hospital for Active Treatment - Ruse - Regulations for the diploma internship for students of regulated profession „Nurse“.*

Materials and methods: *Analysis of major problem for developing regulations at the national level: the National Qualifications Framework of the Republic of Bulgaria , unified state requirements for training in regulated professions /with regard to its occupation ”nurse”/; Ordinance № 1 of 8.02.2011 on professional activities /, s budget for nurses / nurse who can perform on purpose or self; Ordinance №18 of 20.06.2005 of criteria, indicators and methodology for accreditation of medical institutions, analysis of documents Ruse University - Regulations for the learning activity; self-study report for the project and program accreditation of specialty „ nurse“. Analysis of documents from internal hospital organization Hospital house rules ,*

и методиката за акредитация на лечебните заведения; Анализ на документи на Русенски университет – Правилник за учебна дейност; Доклади –самооценка за проекта и за програмна акредитация на специалност „Медицинска сестра“. Анализ на документи от вътрешно болничната организация на МБАЛ - Правилник за вътрешния ред и др. SWOT анализ на провежданите досега клинични практики в МБАЛ и извеждане на основни проблеми, които трябва да бъдат включени в Правилника за преддипломния стаж. Анализ на анкети на студенти, преподаватели наставници, които провеждат клинични практики и практическо обучение в МБАЛ.

Резултати и обсъждания: *В концепцията е предложено композиционно структуриране на Правилника с обосновка за това; разработени процедурни механизми за спазване на конкретните позиции на Правилника.*

Ключови думи: *преддипломен стаж, студенти, наставници, бази за обучение, регламентиране.*

etc. SWOT analysis conducted to date clinical practice in hospital and output of major problems that must be included in the Rules of graduate practice. Analysis of surveys of students, faculty mentors who conduct clinical practices and practical training in the hospital

Results: *In the concept proposed compositional structure of the Rules of justification; procedural mechanisms designed to comply with the specific positions of the Rules.*

Keywords: *Probation Practice, students, instructors, training facilities, regulation*

ВЪВЕДЕНИЕ

Актуалността на разработвания проблем е в следните аспекти:

Първо: значимо е мястото на преддипломна стаж, като част от практическата подготовка на студените от специалност Медицинска сестра. Този аспект е добре защитен от ЕДИ [2], както с хорариума от 1600 / 2128 акад. часа, така и с отделеното му място в ЕДИ в системата на практическата подготовка, надграждащ уменията, формирани в предхождащите клинични практики.

Второ: Преддипломният стаж като форма на практическата подготовка поставя студентите в реална болнична среда.

Трето: Открит е въпросът за оптимална организация на преддипломния стаж като съдържание на професионалните дейности и формираните от тях компетентности и като времеви график. Тази организация изисква нормативно уреждане на взаимоотношенията между клинична база и университетска среда. Този аспект на актуализацията е твърде значим за Русенски университет т.к. през учебната 2014/2015г. за първи път се провежда преддипломен стаж.

ЦЕЛ

Целта на настоящото проучване е:

- Разработване на пакет от нормативно - административна и учебна документация.
- Моделиране на цялостната процедура за прогнозиране, планиране, реализиране и мониторинг на преддипломния стаж.

Разработените документи и модел ще се апробират в условията на педдипломния стаж на първия випуск обучени студенти по специалност Медицинска сестра в Русенски университет.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Анализ на значими за разработвания проблем нормативни документи на национално ниво: Националната квалификационна рамка на Република България [4], Единни Държавни Изисквания за обучение по регулирани професии / в частта й за професия “Медицинска сестра“/ [2]; Наредба № 1 от 8.02.2011 г. [1] за професионалните дейности, които сестрата може да извършва по назначение, или самостоятелно; Наредба № 18 от 20.06.2005 [3] за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения; Анализ на документи на Русенски университет – Правилник за учебна дейност; Доклади–самооценка за проекта и за програмна акредитация на специалност „Медицинска сестра“. Анализ на документи от вътрешно болничната организация на МБАЛ-Правилник за провеждане на практическото обучение на студенти, утвърдени със заповед 147/13.02.13г. Изпълнителния директор на МБАЛ - Русе. Задължителните реквизити в него са:

- Декларация за конфиденциалност за студент, провеждащ практическо обучение в МБАЛ-Русе.
- Анкета за оценяване възможностите на МБАЛ- Русе за провеждане на практическо обучение.
- Правилник за вътрешния ред на МБАЛ- Русе.
- Правилник за вътрешния ред на отделните структури на МБАЛ- Русе.
- Инструктаж по реда на Закона за безопастност на условиията за труд и противопожарна охрана. (ЗБУТ) (ППО).
- Програма за профилактика и контрол на ВБИ.

Други материали, които са използвани са сключените договори с други акредитирани за обучение клинични бази –МБАЛ- Силистра, МБАЛ- Търговище.

Основни концептуални компоненти за реализиране на целта на изследването.

Първата компонента е системата на учебна документация за преддипомния стаж. В нея се включват: учебна програма за преддипломен стаж, учебен график, Дневник на стажанта.

А. Учебни програми за двата семестъра, съдържащи следните задължителни елементи, утвърдени чрез Заповед №1/18.04.2011г. на Декана на ФОЗЗГ. Чрез тази заповед е възложено на ЕС на професионално направление Здравни грижи, на титулярите и авторските екипи да спазват методологичен формат за представяне на всяка учебна програма. Макетът е приложение към заповедта. Форматът е съобразен със задължителната структура на учебна програма в Русенския университет, с препоръките на Експертната група за акредитация на проекта на професионалното направление. Макетът е съобразен и с Националната квалификационна рамка в България. Задължителните компоненти в програмата са:

- **Извадка от учебния план**:

- (ECTS кредити, хорариум в семестъра, седмичен хорариум- лекции, семинарни упражнения, лабораторни упражнения, практически упражнения);
- Окончателен контрол;
- Самостоятелна работа в часовете, общо в семестъра, самоподготовка в семестъра, работа по индивидуални задания, самоподготовка за изпита.

- **Анотация на дисциплината**:

- Цел и задачи на дисциплината;
- Място на дисциплината в цялосното абучение на специалността;
- Очаквани резултати: знания, умения, компетентности.

- Съдържание на учебната програма:

- Лекции;
- Семинарни упражнения;
- Практически упражнения.

- **Технология на обучението:**

- Начин на провеждане на занятията;
- Проверка на знания, умения, компетентности-(текущ контрол, условия за заверка на дисциплината, формиране на окончателна оценка).

- **Система за натрупване на кредити**:

(представена в табличен вид, като за всяка студентска дейност е съпоставен определен брой кредитни точки).

- **Литература**:

- Основна;
- Допълнителна.

По изброените компоненти са разработени всички учебни програми от I до VI семестър. В програмите за преддипломен стаж VII и VIII семестър е представено разпределение по клинични звена към МБАЛ- Русе.

Таблица 1. Разпределение на клиничните звена по седмици и хорариум за преддипломен стаж – VII семестър.

Клинично звено	**Брой учебни седмици**	**Хорариум в астрономични часа**	**Хорариум в академични часа**
Терапевтични звена	6	240ч.	318ч.
Хирургични звена	4	160ч.	213ч.
Спешно отделение	3	120ч.	160ч.
Отделение за интензивно лечение на заболявания с хирургическа насоченост. (ИХО)	4	160ч.	213ч.
Отделение за интензивно лечение на заболявания с терапевтична насоченост. (ИТО)	3	120ч.	160ч.
Общо за семестъра	20	800ч.	1064ч.

Таблица 2. Разпределение на клиничните звена по седмици и хорариум за преддипломен стаж – VIII семестър

Клинично звено	**Брой учебни седмици**	**Хорариум в астрономични часа**	**Хорариум в академични часа**
Терапевтични звена	7	280ч.	372ч.
Хирургични звена	5	200ч.	266ч.
Операционна зала	1	40ч.	53ч.
Анестезиология и реанимация	1	40ч.	53ч.
Отделение по обща и съдова неврология	3	120ч.	160ч.
Отделение по Педиатрия Отделение по Неонатология	3	120ч.	160ч.
Общо за семестъра	20	800ч.	1064ч.

В таблици 1 и 2 са представени примерни варианти на разределение по клинични звена и хорариум часове за седми и осми семестър в учебните програми за преддипломен стаж.

Б. Учебен график за организационно разпределение по учебни сидмици и клинични звена (отделения и клиники). Той се извежда от следните организационни постановки:

- Студентите работят в реална обстановка с дублиращ график на медицинската сестра-наставник**.** Всеки наставник обучава един или двама студента по време на преддипломния стаж.
- От общия брой студенти се формират толкова подгрупи, колкото са предвидените клинични звена, съгласно *Таблици 1 и 2.*

Графикът се разработва от организатор учебна дейност към факултета. Организационната макрорамка на графика по клинични звана и хорариум са разработва 15 дни преди започване на преддипломния стаж за съответния семестър. Функционален оперативен график се разработва за всяко клинично звено, съобразно броя на определените наставници за обучение. Разработва се от екип:

- старша медицинска сестра;
- наставник;
- студент;
- ръководител на преддипломния стаж, член на Академичния състав на катедра „Здравни грижи”.

В. Дневник на стажанта.

Дневникът съдържа необходимите по Наредба 1 дейности, разпределени по клинични звена, които медицинската сестра може да извършва самостоятелно или по назначение на лекар, съобразно тематичния план на учебната програма. Темите са подбрани така, че обобщават, както знанията от всички изучавани дисциплини по ЕДИ, така и усвоените практически умения по време на клиничните практики в съответните звена.

През учебната 2014/2015г. предстои апробиране на разработената програма и учебен график в основната клинична база – МБАЛ-Русе. Клиничните бази, получили акредитация за обучение на територията на гр. Русе и региона на Северизточна България позволяват провеждане на преддипломен стаж в тези структури и осигуряване на мобилност на студентите.

Съгласно изискванията по Наредба 18/ 20.06.2005г (в частта и за оценяване на обучението на студенти и/или специализанти). Учебните програми и списъци на студентите се предоставят на всяко отделение или клиника, провеждащо обучение.

Втората концептуална компонента на учебната документация е изработване на нормативно-административни документи. Те трябва съдържателно и функционално да са в съответствие с цялостната процедура за прогнозиране, планиране, реализиране и мониторинг на преддипломния стаж. Този процес е представен в следната логическа матрица:

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложените концептуални компоненти, визиращи научно и методически обосновано решение на екипа на катедра „Здравни грижи“ на Русенския университет за преддиплмен стаж са отворени за компенсиране на пропуски за усъвършенстване на елементите от процудурата. По този начин се търси по- високо качество на отговорния дидактически процес, заемащ една годи-

№	Дейност - разработване на документ	Резултат	Индикатор за резултат	Изпълнител
1.	Договор за организиране и провеждане на преддипломен стаж	Конструирани отделни композиционни структури в договора.	Подписан Договор с № и дата от всички договарящи страни.	МБАЛ- Русе РУ-Катедра Здравни грижи
2.	Избор на наставници	Разработен регистър на наставници.	Изработени критерии за подбор на наставници.	МБАЛ- Русе
3.	Правилник за провеждане на преддипломен стаж за специалност Медицинска сестра	Регламентиране на цялостната процедура.	Утвърден правилник от ФОЗЗГ и МБАЛ.	МБАЛ- Русе РУ-Катедра Здравни грижи
4.	Актуализиране на учебни програми за VII и VIII семестър.	Регламентиране на цялостния учебен процес.	Утвърдени програми за преддипломен стаж на КС и ФС	РУ-Катедра Здравни грижи
5.	Дневник на стажанта	Обособени групи професионални дейности и задължителен брой изпълнени манипулации.	Заверен списък с дейности и манипулации.	РУ-Катедра Здравни грижи
6.	Организационен макрографик	Осигурен ротационен принцип	Таблица с график, утвърден от Декан на ФОЗЗГ и главна медицинска сестра на МБАЛ- Русе	РУ-Катедра Здравни грижи

на от обучението на студентите от специалност Медицинска сестра.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните специлисти и здравни асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.
2. Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „Медицинска сестра" и „Акушерка" за образователно-квалификационна степен „бакалавър", обн. ДВ. бр.95 от 29.11.2005г. - в сила от 01.09.2006 г., посл. изм. ДВ. бр.88 от 09.11.2010г.
3. Наредба за изменение и допълнение на наредба №18 от 2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения (ДВ, бр. 54 от 2005г, МЗ, обн. ДВ. бр.10 от 1 февруари 2011г.
4. Национална квалификационна рамка на Република България, Решение на Министерски съвет № 96/02.02.2012г.

Адрес за кореспонденция:
Тодорка Стефанова
Русенски университет
e-mail dora@uni-ruse.bg

НЕОБХОДИМОСТ ОТ ОБУЧЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ ЗА РАБОТА С ДЕЦА СЪС СПЕЦИАЛНИ ПОТРЕБНОСТИ

Тамара Цветкова

Медицински университет Варна

TRAINING NEEDS OF NURSES WORKING WITH CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS

Tamara Tcvetkova

Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Развитието е динамичен процес, в който участват заедно децата и заобикалящата ги среда. Проблемите са свързани със семейството на детето като цяло и отделните негови членове. Нарушения при развитието в този контекст са едно значително отклонение от очакваните нормални модели на развитие, през които преминава детето и които се приемат за важни.

Ключови думи: *обучение, медицински специалист, деца, специални потребности, специфични нужди*

SUMMARY

The development is a dynamic process involving the children together and their environment. Problems are related to the child's family as a whole and its individual members. Developmental disorders in this context are a significant departure from the expected normal patterns of development through which the child and that are considered important.

Keywords: *education, healthcare, children special needs, special needs*

ВЪВЕДЕНИЕ

В Европа движението за интеграция бързо печели популярност, а икономическият просперитет, културните и историческите традиции на всяка страна, определят цялостната политика по отношение на грижите и правата на децата със специални нужди.

Движението за интеграция, възникнало през 80-те години, печели все повече привърженици. То е факт, залегнал в нормативната уредба, свързан с хората със специални нужди в страните от Европа и САЩ. Без да се пренебрегва специализираната помощ и обучението, повечето развити страни отдават необходимото значение на нуждата от адаптация и участието на тези групи в обществения живот [1,4].

Ранната интервенция се опира на някои ключови понятия:

1. Развитие.
2. Рискове при развитието.
3. Нарушения при развитието.
4. Ранна интервенция.

Развитието е динамичен процес, в който участват заедно децата и заобикалящата ги среда. Проблемите са свързани със семейството на детето като цяло и отделните негови членове.

Терминът **рискове при развитието** предполага, че съществуват данни и нарастваща възможност за появата на нарушение като: медицински условия, риск на обкръжението, биологичен риск /преждевременно развитие, прекъсване на развитието и други/. Могат да бъдат различени три типа рискови фактори, които не са единствените такива [1,4].

- Развиване на риска поради специфични затруднения, свързани със здравето или синдроми, такива като синдром на Даун, синдром на Рет.
- Риск на средата при децата – на лошата социална и образователна обстановка, в която живеят те и която на свой ред

има въздействие върху способността им да се възползват от опита си получен при обучението.
- Биологични са рисковете от гледна точка на фактори, които се развиват преди, по време и веднага след раждането - случаите на преждевременно развитие и прекъсване на развитието [2].

Нарушения при развитието в този контекст са едно значително отклонение от очакваните нормални модели на развитие, през които преминава детето и които се приемат за важни.

Терминът "**ранна интервенция**" може да бъде дефиниран като включващ всички форми на дейностите, ориентирани към детето и напътствията към родителите. Ранна интервенция се прилага в практиката като директно и незабавно следствие след установяване на забавяне в развитието. Ранната интервенция е насочена както към детето, така и към неговите родители и към това членовете на семейството и фамилията също да вземат участие в работата. Процесът на ранна интервенция минава през следните фази: определяне, изследване, диагноза, обучение и по-нататъшни насоки и помощ [5].

Определяне. Наблюдение на всички симптоми или признаци, от които следва, че развитието на децата е рисково или нетипично.

Изследване. Систематично търсене на такива симптоми и признаци в населението като цяло. Резултатите от едно такова изследване, сами по себе си, не са диагностициране, но те дават насоки за по-нататъшни изследвания на децата.

Диагнозата включва анализ на това дали има нарушения при развитието заедно с предполагаемите последици от такова нарушение.

Обучение. В контекста на ранната интервенция, обучението означава да се поставят цели за определени занимания на децата и техните семейства във възможно най-подходящата среда за обучение, която е домът на детето.

Препоръки. Всички възможни форми за предоставяне на обучение и препоръки се предлагат на родителите, на семейството и на цялата фамилия [1,2,4].

Основната група във всяка служба по ранна интервенция са децата със затруднения в едно или повече от следните полета на действие: развитие на грубата моторика; развитие на фината моторика; сетивно възприемане; познавателна способност; общуване; адаптивно поведение.

Аргументите в подкрепа на ранната интервенция са многобразни и засягат различни аспекти на проблема. Децата имат полза от един ефикасен начин, по който да се **решават нуждите им свързани с развитието**. Това се постига, когато още от ранните години на развитие на детето се използват правилният начин за стимулация и взаимодействие със заобикалящата го среда. Ранната интервенция има една основна **оздравителна функция**, която важи за децата, които имат значителна степен на забавяне на развитието. Семейството може да няма възможност да компенсира празнината в развитието или да намали степента на забавяне на развитието [3,4].

Ранна интервенция в същото време е един **много ефикасен начин да се помогне на родителите в работата им с техните деца с нарушения**. Постига се чрез активно включване на родителите в процеса на интервенция по такъв начин, че те да могат да открият възможностите си, за да работят по-ефективно във времето, което прекарват заедно с децата си. Ранната интервенция в значителна степен подкрепя родителите и им помага да се справят с емоционалните проблеми свързани с приспособяването, адаптирането и работата с техния син или дъщеря със затруднения. От изучаването на ранната интервенция е известно, че братята и сестрите играят важна роля в посрещането на някои от нуждите на децата със затруднения. Екипът по ранна интервенция може да помогне в този процес. По-важно е, че ранната интервенция може да гарантира, че семейството функционира по един последователен начин и родителите на детето със затруднения могат да се обърнат към бабите, дядовците, чичовците и лелите, за да потърсят помощ при грижата за детето със затруднения, което пада върху семейството [3,4].

Съществува и много важен социален аргумент в подкрепа на ранната интервенция и това е акцентирането върху това да се привлекат всички; също и акцента върху това хората да бъдат осведомени, че малките деца с нарушения в развитието са част от обществото и имат правото на подкрепа. Ранната интервенция изтъква и възможностите за децата да преминат през етапите на обучение по-успешно [3,4].

ЦЕЛ

Да се проучи необходимостта от обучение на медицинските сестри за работа с деца със специални потребности

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

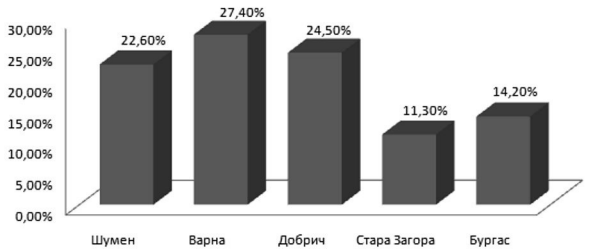
Проучването е осъществено чрез собствено разработен инструментариум - анонимна ан-

кета съдържаща 45 въпроса на 106 медицински специалисти, работещи в Дневни центрове към ДМСГД от пет населени места през периода м. март-април 2013г.

Използван е документален и анкетен методи. Данните са обработени с SPSS v.15

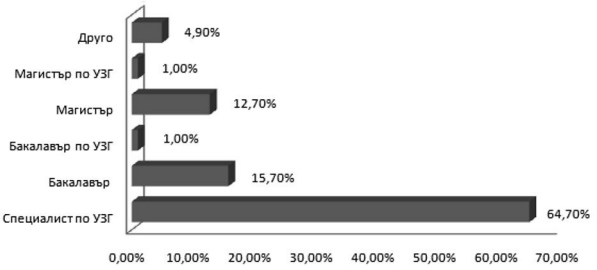
РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Медицинските специалисти, които бяха изследвани са от пет града – Шумен, Варна, Добрич, Стара Загора и Бургас, като най-много са специалистите от Варна (27,40%), следвани от специалистите от Добрич (24,50%) и Шумен (22,60%).



Фиг. 1. Разпределение на специалистите по градове

Изследвахме анкетираните медицински специалисти за тяхната образователна степен (фиг. 2).

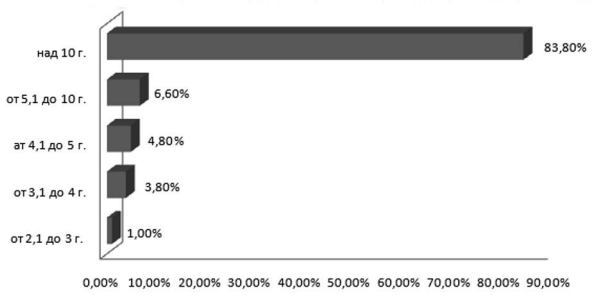


Фиг. 2. Образователна степен на специалистите от ДМСГД

По-голямата част от анкетираните лица са посочили, че имат образователна степен специалист по УЗГ (64,70%), следвани от тези с бакалавърска степен по различни специалности (15,70%) и медицинските и други специалисти с магистърска степен (12,70%).

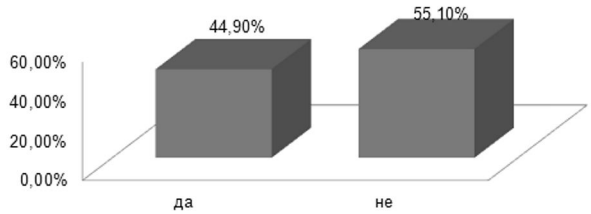
Попитахме и анализирахме анкетираните относно професионалният им стаж (фиг. 3).

Много голям е броят на медицински и други специалисти притежаващи професионален стаж повече от 10 г. (83,80%), което показва, че имат богат професионален опит и могат да дадат адекватно оценка за работата с деца със специални потребности в структурите на ДМСГД, но от друга страна няма интерес от страна на младите специалисти да работят с такива деца (1%).



Фиг. 3. Разпределение според професионалния стаж

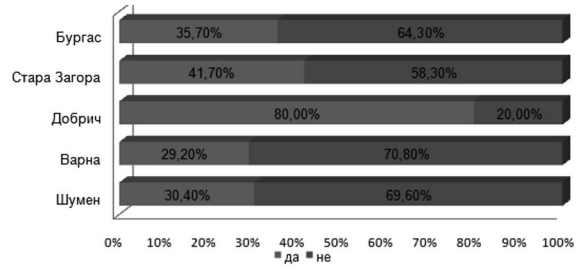
Попитахме медицинските и други специалисти провеждано ли е обучение за работа с деца със специални потребности (фиг. 4).



Фиг. 4. Проведено обучение за работа с деца със специални потребности

Въпреки, че при работата си в ДМСГД специалистите работят предимно с деца със специални потребности повече от половината от анкетираните са посочили, че не са били обучавани да работят с деца със специални нужди (55,10%). Останалите, които са посочили, че са преминали някакво обучение е било под формата на различни курсове, като има и такива, които имат необходимото допълнително образование (44,90%).

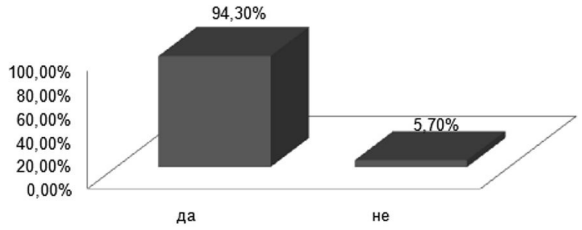
Сравнихме подготовката на медицинските и други специалисти за работа с деца със специални потребности в различните градове (фиг. 5).



Фиг. 5. Проведено обучение за работа с деца със специални нужди по градове

При изследването на подготовката на специалистите за работата им деца със специални потребности в различните градове беше намерена съществена разлика ($p<0,01$), която показва, че специалистите от Добрич са най подготвени за работата си с деца (80,00%), а най-неподготвени са специалистите от Варна (70,80%).

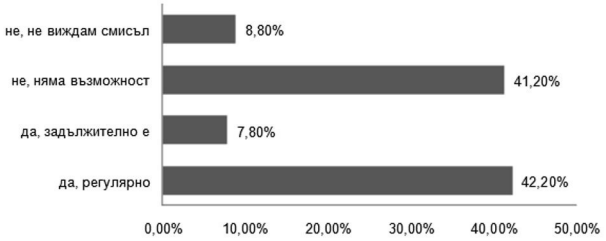
Изследвахме мнението на анкетираните относно желанието им за повишаване на квалификацията им (фиг. 6).



Фиг. 6. Желание за повишаване на квалификацията

Почти всички анкетирани медицински специалистите, независимо от образователната си степен са посочили, че желаят да повишат своята квалификация (94,30%). Считаме, че това е показател за високата отговорност която имат специалистите относно работата им с деца със специални потребности за да могат адекватно да задоволяват техните медико-социални нужди.

Попитахме анкетираните за нагласите им да посещават специализирани курсове, свързани с актуални проблеми в сестринството и социалните дейности (фиг. 7).

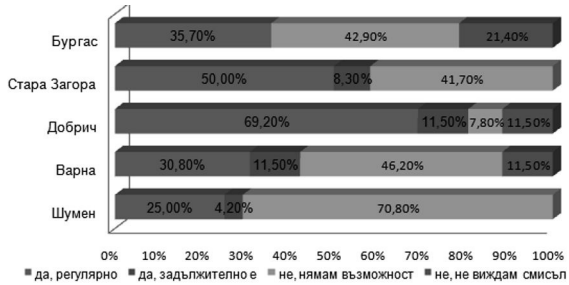


Фиг. 7. Посещаване на специализирани курсове, свързани с актуални проблеми в сестринството и социалните дейности

Може да се констатира, че специалистите, които не са пожелали да повишават своята квалификация са с ниска образователно-квалификационна степен. Представителите на другите образователни степени са посочили, че искат да повишат своята квалификация винаги когато това е възможно (100%).

Половината от специалистите са посочили, че посещават регулярно специализирани курсове, свързани с актуалните проблеми в сестринството и социалните дейности (42,20%), почти толкова са и тези, които са посочили, че нямат възможност за това (41,20%) и малка част от анкетираните са отбелязали, че не виждат смисъл в такова обучение (8,80%).

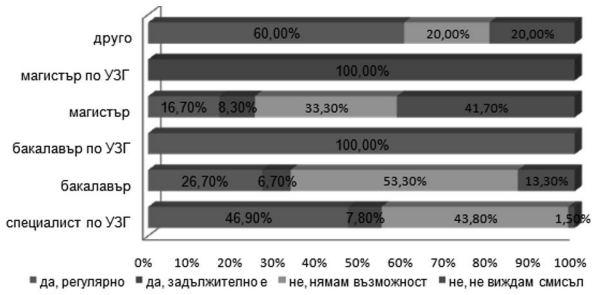
Сравнихме мнението на анкетираните относно нагласите им да посещават специализирани курсове, свързани с актуални проблеми в сестринството и социалните дейности по градове (фиг. 8).



Фиг. 8. Посещаване на специализирани курсове, свързани с актуални проблеми в сестринството и социалните дейности по градове

Анализът по градове показва, че има съществена разлика в посещенията на специалистите, свързани със специализираните курсове ($p<0,01$). В най-висок процент готовност за обучение в курсове се отчитат от специалистите от Добрич (80,70%), а в най-нисък процент на желание за специализирани курсове, свързани с актуални проблеми в сестринството и социалните дейности се отбелязват от специалистите от Шумен (29,20%) .Основната причина, която е посочена от специалистите за да не посещават специализираните курсове е липсата на възможности (70,80%).

Съпоставихме мнението на анкетираните относно нагласите им да посещават специализирани курсове, свързани с актуални проблеми в сестринството и социалните дейности по образователна степен (фиг. 9).



Фиг. 9. Посещаване на специализирани курсове, свързани с актуални проблеми в сестринството и социалните дейности по образователна степен

Съществена разлика беше намерена и по отношение на образователната степен на специалистите ($p<0,001$). В най-висок процент за желание за специализирани курсове се отбелязват от специалистите с образователна степен бакалавър и магистър по УЗГ (по 100,00%), а най-нисък процент, специалистите със степен магистър (25,00%).

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В резултат на проучените документи, литературни източници и собствените резултати от проведено проучване можем да направим следните изводи:

1. При работата си в ДМСГД медицинските специалистите работят предимно с деца със специални потребности и повече от половината от анкетираните са посочили, че не са били обучавани да работят с деца със специални нужди (55,10%).
2. Преминалите обучение е било под формата на краткосрочни курсове (44,90%).
1. Две трети от анкетираните медицински специалисти като причина за избора на определена специализация са посочили по-добра реализация в професията (74,60%).
2. Повече от 2/3 от анкетираните медицински специалистите са изявили желание да се включат в някоя от специализациите, провеждани в Медицински университет – Варна (70%).
3. В най-висок процент за желание за специализирани курсове се отбелязват от специалистите с образователна степен бакалавър и магистър по УЗГ (по 100,00%), а най-нисък процент, специалистите със степен магистър (25,00%).
4. Може да се констатира, че специалистите, които не са пожелали да повишават своята квалификация са с ниска образователно – квалификационна степен. Представителите на другите образователни степени са посочили, че искат да повишат своята квалификация винаги когато това е възможно (100%).

Децата не са изолирани индивиди. Те са част от семейна и общностна система и дори децата, които от много години не са виждали семействата си мога да имат полза, ако контактът се възобнови. Съгласно КПД и Европейската конвенция за правата на човека (ЕКПЧ), семействата имат право да контактуват с децата си и имат право на подкрепа от държавата, за да са в състояние да се грижат адекватно за децата си. Със своята професионална квалификация медицинските сестри трябва да полагат адекватни специализирани грижи на децата със специални потребности.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Дерижан, И., Технология на социалната работа с деца, Благоевград, 2001г.
2. Драгошинова, Р., Психология и педагогика на ранното детство, Медицина и физкултура, 1991 г.
3. Радулов, В.-„Децата със специални педагогически нужди в училището и обществото”-1996г., Бургас
4. Support services for families with disabled children www.nadacesirius.cz/.../fam...
5. http://web.hit.bg/dmsgd-ss/index.html

Адрес за кореспонденция:
Медицински университет – Варна
Ул.“Марин Дринов“ № 55
e-mail: tamara1960@abv.bg

НЕОБХОДИМОСТ ОТ ДОПЪЛНИТЕЛНО ОБУЧЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ ПО ВЪПРОСИТЕ, СВЪРЗАНИ С ПРАВНАТА УРЕДБА НА ПРАВОТО НА ПАЦИЕНТИТЕ НА ИНФОРМАЦИЯ И ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

Анна Георгиева[1], Мария Вълканова[2]

[1] Катедра по Здравни грижи, Медицински университет – Варна
[2] Катедра по Социална медицина и организация на здравеопазването, УНС по етика и право, Медицински университет – Варна

NEED FOR ADDITIONAL TRAINING NURSES IN ISSUES RELATED TO THE LEGAL ARRANGEMENTS TO PATIENT INFORMATION AND INFORMED CONSENT

Anna Georgieva[1] Maria Valkanova[2]

[1]Department of Nursing, Medical University – Varna
[2]Department of Social Medicine and Organization of Health, Scientific and Educational Sector of Ethics and Law, Medical University – Varna

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Все повече нараства в наши дни значението на професията на медицинската сестра. Тя покрива голям периметър от общата медицинска дейност. От своя страна, това води до нарастваща отговорност при вземане на професионални решения, изисква повишаване на стандартите на професионалното поведение и добро познаване и спазване на правната уредба на правото на пациентите на информация и информирано съгласие. Поради това проучването на необходимостта от допълнително обучение на медицинските сестри по въпросите свързани с правната уредба на правото на пациентите на информация и информирано съгласие има важно научно и практическо значение.*

Цел: *Да се проучи необходимостта от допълнително обучение на медицинските сестри по въпросите свързани с правната уредба на правото на пациентите на информация и информирано съгласие.*

Материали и методи: *Приложен е анализ на литературни източници, документален и анкетен метод. Изследвано е мнението на 80 медицински сестри, работещи в акредитирани МБАЛ, утвърдени за учебни бази към МУ- Варна. Проучването е проведено в периода 2012- 2013 г.*

SUMMARY

Introduction: *The importance of the nursing profession increases these days. It covers a broader range of general medical services. In turn, this leads to increasing responsibility in making professional decisions which require raising the standards of professional conduct and good knowledge of and compliance with the rules to patient information and informed consent. Therefore, the study of the need for additional training of nurses on issues related to legislation on patients' rights to information and informed consent is of great scientific and practical importance.*

Objective: *To examine the need for additional training of nurses on issues related to the legal framework to patient information and informed consent.*

Material and methods: *A complete analysis of the literature, documentary and questionnaire method. Studied is the opinion of 80 nurses working in accredited hospital approved for training facilities to MU - Varna. The study was conducted between 2012 – 2013 years.*

Results: *Two-thirds of the nurses confirm that always before making manipulation of a patient wanting to consent (68.8%) and another quarter - (26.3%). Most respondents claim to know all the regulations related to informed consent (65%) and a quarter were aware "partly". While a significant proportion of re-*

Резултати и обсъждане: *Две трети от медицинските сестри потвърждават, че винаги, преди да извършат манипулация на даден пациент, искат неговото съгласие (68,8%), а една четвърт - понякога (26,3%). Повечето от анкетираните твърдят, че познават всички нормативни документи, свързани с информираното съгласие(65%), а една четвърт са запознати „отчасти". Същевременно значителна част от респондентите изразяват положителни нагласи за обучение по проблема (90%).*

Изводи и заключения: *Резултатите от проведеното анкетно проучване обосновават необходимостта от допълнително обучение, даващо възможност на медицинските сестри да актуализират и допълват знанията си по отношение на правното регулиране на правото на информирано съгласие, като неразделна част от правата на пациентите.*

Ключови думи: *медицинска сестра, пациент, право на информация, право на информирано съгласие, правна уредба*

spondents expressed positive attitudes to learning problems (90%).

Conclusions: *The results of the survey justify the need for additional training, enabling nurses to update and complement their knowledge on the legal regulation of the right of informed consent as part of patients' rights.*

Keywords: *nurse, patient, right to information, right to informed consent, legislation*

ВЪВЕДЕНИЕ

Все повече нараства в наши дни значението на професията на медицинската сестра. Тя покрива голям периметър от общата медицинска дейност. От своя страна, това води до нарастваща отговорност при вземане на професионални решения, изисква повишаване на стандартите на професионалното поведение и добро познаване и спазване на правната уредба на правото на пациентите на информация и информирано съгласие. Поради това проучването на необходимостта от допълнително обучение на медицинските сестри по въпросите свързани с правната уредба на правото на пациентите на информация и информирано съгласие има важно научно и практическо значение.

ЦЕЛ

Да се проучи необходимостта от допълнително обучение на медицинските сестри по въпросите свързани с правната уредба на правото на пациентите на информация и информирано съгласие.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Приложен е анализ на литературни източници, документален и анкетен метод. Изследвано е мнението на 80 медицински сестри, работещи в акредитирани МБАЛ, утвърдени за учебни бази към МУ- Варна. Проучването е проведено в периода 2012- 2013 г.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

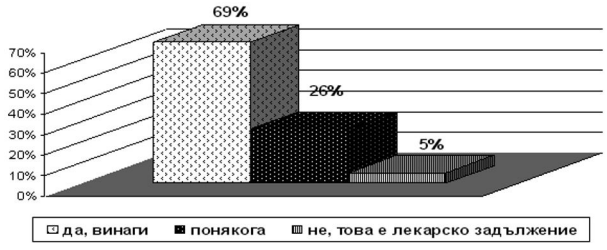
Автономията на волята на личността в сферата на медицината се реализира основно чрез правото на пациента да предостави информирано съгласие при извършване на медицински дейности.

Това негово право е уредено в различни правни източници в Република България, които имат определена йерархия в зависимост от органа, който ги издава.

От вътрешното законодателство на първо място е Конституцията на Р България, следвана от закони и подзаконови нормативни актове като Закон за здравето, Закон за трансплантацията на органи и тъкани, Закона за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането, Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина, Национален рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз, Наредби, утвърждаващи медицински стандарти, Наредба №1 от 8 Февруари 2011г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките,

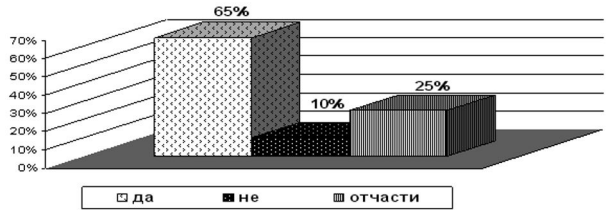
асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение и самостоятелно и др. (4,5,6,7,8,13,14,15,16,17).

В предходни наши проучвания относно нормативното определяне на ролята на медицинската сестра в процеса на информиране на пациентите на Република България се установи необходимост от възприемането на ясен и единен подход на правно регулиране на участието на медицинската сестра в процеса на информиране на пациентите (1,2). Въпреки това познаването на действащата правна уредба е необходимо условие за спазване правото на информирано съгласие на пациента от страна на здравните професионалисти (4,19). Нещо повече, според законодателството на Р България всяка оказана медицинска помощ, манипулация или интервенция, предприета без съгласието на пациента е неправомерно поведение от страна на медицинския специалист (9,10,11,15,18). В тази връзка за нас представляваше интерес дали медицинските сестри са запознати с особеностите на правото на пациента на информирано съгласие и доколко спазват това негово право. Две трети от медицинските сестри потвърждават, че винаги преди да извършат манипулация на даден пациент искат неговото съгласие (68,8%). Една четвърт от медицинските сестри правят това понякога (26,3%). Интерес представляват твърденията на малка част от анкетираните сестри, които посочват, че това е задължение само на лекаря (5%) (Фиг. 1). Посочените резултати потвърждават необходимостта от изясняване и регламентиране на ролята и компетенциите на медицинската сестра, свързани с информирането и получаването на съгласие от пациентите в нормативната уредба, извод, до който достигнахме и в предходни наши проучвания. Проведено от С. Тончева (2004) изследване също потвърждава потребността от вземане на информирано съгласие от пациентите при извършване на сестрински манипулации, вземане на материали за изследване, както и в целия процес на лечение и грижи за него (19).



Фиг. 1. Получаване на информирано съгласие от страна на медицинските сестри

Познаването на нормативната уредба е важно условие за правомерно практикуване на професията, спазване на правата на пациентите и конкретно правото на пациента на информирано съгласие. Запитани дали познават всички нормативни документи, свързани с информираното съгласие, приблизително две трети практикуващите медицински сестри отговарят положително (65%). Всяка десета от анкетираните медицински сестри признава, че не е запозната, а и една четвърт от респондентите са запознати „отчасти"(Фиг.2).



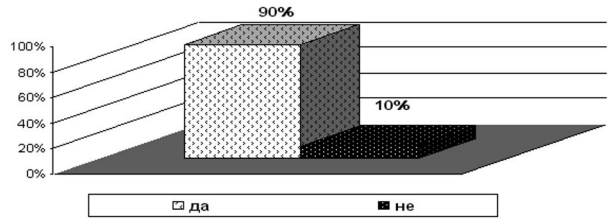
Фиг. 2. Познания на медицинските сестри, свързани с нормативната уредба на правата на пациентите на информация и информирано съгласие

Между възрастта на изследваните лица и познанията им на нормативните документи се установи статистически значима връзка ($p<0,5$). Прави впечатление, че медицинските сестри, дали отрицателен отговор или "отчасти" са във възрастова група над 40 години. Получените резултати според нас са напълно обясними с факта, че посочените анкетирани са завършили своето професионално образование в различни периоди на непрекъснато реформиращото се сестринско образование, по учебни програми, в които са липсвали дисциплини свързани със социалното и здравно законодателство.

Потвърждение на това е и статистически значимата връзка между образователно-квалификационната степен и познанията на практикуващите сестри по проблема ($p<0,1$). Всички медицински сестри, които не познават или отчасти познават нормативните документи, свързани с информираното съгласие са със средно специално или полувисше образование, за разлика от останалите здравни професионалисти с по-висока образователно-квалификационна степен, които са дали утвърдителен отговор.

Във връзка с това за нас представляваще интерес дали практикуващите медицински сестри биха се включили във форми на обучение, свързани с правата на пациентите на информация и информирано съгласие. Значителна част от респондентите изразяват положителни нагласи за обучение по проблема (90%) (Фиг.3). Между на-

гласата за обучение и образователно-квалификационната степен се установи статистически значима връзка (p<0,5). Повече от половината от положително отговорилите са с полувисше образование (55%).



Фиг. 3. Нагласи на медицинските сестри за обучение, свързано с правата на пациентите на информация и информирано съгласие

Статистически значима е и връзката между стажа на анкетираните и желанието за обучение по проблема (p<0,5). До подобни резултати достига и С. Тончева (2004), в резултат на социологическо проучване, според което най-висок е делът на изказалите желание за обучение при сестрите със стаж над 10 години (63%), при висок дял на всички потвърдили неоходимост (92%) (19).

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Познаването на действащата правна уредба е необходимо условие за спазване правото на информация и информирано съгласие на пациента от страна на здравните професионалисти. Резултатите от проведеното проучване обосновават необходимостта от непрекъснато следдипломно обучение, даващо възможност на медицинските сестри да актуализират и допълват знанията си в тази насока. Целесъобразно е да се продължат и задълбочат изследванията и разработките по въпросите, свързани с участието на медицинската сестра в процеса на информиране и получаване на информирано съгласие от пациентите, както и по отношение на необходимостта от следдипломно обучение по проблема.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Георгиева, А., М. Вълканова, Необходимост от правна регламентация на участието на медицинската сестра в процеса на информиране и получаване на информирано съгласие от пациентите, Здравна икономика & мениджмънт, год.VIII, 4(50), 2013, 3-7.

2. Георгиева, А., М. Вълканова, Роля на медицинската сестра в процеса на информиране на пациентите с оглед на медицинските стандарти в Република България, Здравна икономика & мениджмънт, год. VIII, 4(50), 2013, 7-12.

3. Голева, П., Цв. Панов, Съгласието на пациента и задължението на лекаря за неговото информиране, Съвременно право, 4, 2003, 27-42.

4. Димитрова Св., Информираното съгласие в медицинската практика, I изд., Стара Загора, Алфамаркет, 2003.

5. Закон за здравето – ДВ.бр.103 от 23 Декември 2005г. .

6. Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина, в сила от 13.04.2007 г. Обн. ДВ. бр.31 от 13 Април 2007г.

7. Закон за трансплантацията на органи и тъкани, в сила от 01.01.2004 г., Обн. ДВ. бр.83 от 19 Септември 2003г.

8. Закона за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането, Обн. ДВ. бр.102 от 21 Ноември 2003г.

9. Зиновиева Д., Н. Гевренова, Правно изследване на НРД, Административно правосъдие, 1, 2004, 22-58.

10. Зиновиева Д., П. Салчев, Права на пациента, СИЕЛА, София, 1998.

11. Зиновиева, Д. Права на пациента– анализ на действащото законодателство и особени хипотези, Медицинско право, 1, 2008, 38-49.

12. Йовчев и съавт., Информирано съгласие на пациента-законов регламент в Република България, Здравен мениджмънт, 5, 2006, 81-84.

13. Конституция на Република България, в сила от 13.07.1991 г., Обн. ДВ. бр.56 от 13 Юли 1991г.

14. Министерство на здравеопазването, Медицински стандарти, Наредби, утвърждаващи медицински стандарти,www. mh.government.bg/Articles.aspxpageid=39

15. Митков В., М. Вълканова, Здравно законодателство, РА" Дона 13", Варна, 2005.

16. Наредба № 1 от 8 Февруари 2011г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките , асоциираните медицински специалисти и здравните

асистенти могат да извършват по назначение и самостоятелно, Обн. ДВ. бр.15 от 18 Февруари 2011г., изм. ДВ. бр.50 от 1 Юли 2011г.

17. Национален рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2014 г. , Обн. ДВ, брой: 3, от дата 10.1.2014 г.

18. Ставру, С., Правен режим на съгласието за лечение, Медицинско право, 4, 2008, 34-61.

19. 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.

Адрес за кореспонденция:
Медицински университет – Варна
Катедра по здравни грижи
ул. "Марин Дринов" 55, Варна 9002
e-mail: anngebg@gmail.com

ИНФОРМИРАНОСТ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ ПО ПРОБЛЕМА ЗА ДОМАШНОТО НАСИЛИЕ И НЕОБХОДИМОСТТА ОТ ОБУЧЕНИЕ

Мариана Димитрова, Златка Димиева, Анна Георгиева

Медицински университет „Проф. П. Стоянов“ – Варна,
Факултет „Обществено здравеопазване”, Катедра „Здравни грижи”

NURSES' KNOWLEDGE ON THE PROBLEM OF DOMESTIC VIOLENCE AND THE NEED FOR TRAINING

Mariana Dimitrova, Zlatka Dimieva, Anna Georgieva

Medical University „Prof. P. Stoyanov“ - Varna, Faculty of Public Health,
Department of Health care

РЕЗЮМЕ

Домашното насилие, извършено срещу жени е значим обществен и здравен проблем. Медицинските сестри могат да играят ключова роля при идентифициране на пациенти, преживели насилие и да предложат необходимата емоционална, практическа и психологическа подкрепа. Този доклад има за цел да изследва информитаността на медицинските сестри по проблемаи „домашно насилие“, степента на тяхната подготовка и необходимостта от допълнително обучение при оказване на сестрински грижи на пострадалите. В него се подчертава необходимостта от засилено сестринско образование и информираност, което ще дадат възможност на медицинските сестри да осигуряват качествени и цялостни здравни грижа на жени пострадали от домашно насилие.

Ключови думи: *домашно насилие, магистри, стажанти, институции медицински сестри*

SUMMARY

Domestic violence committed against women is a significant public and health problem. Nurses can play a key role in identifying patients who have suffered from domestic violence and offer them the needed emotional, practical and psychological support. This report studies the extent of nurses' knowledge on the issue of "domestic violence" and the need for additional training in providing nursing care to the victims. It highlights the need for enhanced nursing education and awareness that will enable nurses to provide quality and comprehensive health care for women victims of domestic violence.

Keywords: *domestic violence, graduate trainees, institutions nurses*

ВЪВЕДЕНИЕ

В последните десетилетия „домашно насилие“ се определя, като важен социален и здравен проблем, с който се сблъскват професионалистите в областта на здравните и социални грижи (1, 13). Статистиката в световен и национален мащаб сочи, че всяка четвърта жена е преживяла някаква форма на домашно насилие (6,9). Според редица експерти, домашното насилие в Източна Европа е в резултат на сериозните икономически проблеми (3,7). Анализът на литературните източници показва, че съществуват пропуски в координацията между отделните институции, ангажирани с проблема, както и че държавата и обществото все още не е достатъчно ангажирана с проблема, който се задълбочава независимо активното участие на редица Неправителствени организации (НПО) (2,4,14,15). Все по-голямо внимание се обръща на това, как насилието въздейства върху физическото и психическо здраве (5,11). Много от жертвите на домашно насилие са пациенти на лечебните заведения. Голяма част от тях не споделят открито пред здравните специалисти, че са жертва на насилие от интимния им партньор. Медицинските сестри могат да играят ключова роля при идентифициране на пациенти, преживели насилие и да оказват необходимата емоционална, практическа и психологическа подкрепа (10,12). Те са в уникална позиция да предлагат на жертвите на домашно насилие най-правилния път за безопастно решаване на проблема. Според Berlinger (1998) „Работата на медицинската сестра не е да лекува пациента или да решава проблемите му, но тя би могла да предложи възможните начини, които ще помогнат на пациента да намери правилното решение“ (8).

ЦЕЛ

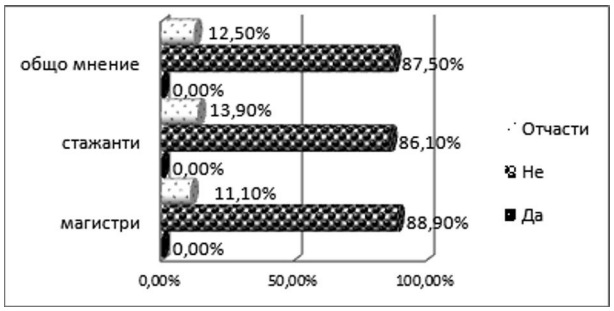
Основната цел на настоящата разработка е да се изследва информитаността на медицинските сестри по проблема „домашно насилие“, степента на тяхната подготовка и необходимостта от допълнително обучение при оказване на сестрински грижи на пострадалите.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Изследвани са общо 72 студенти от които 36 по направление „магистър по управление на здравните грижи“ и 36 стажанти от специалност „медицинска сестра“, към Медицински университет - Варна, чрез анонимна анкета. Проучването е проведеното през месец януари 2014г., статистическата обработка на данните включва структурен, сравнителен и корелационен анализ.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Насилието е сериозен обществен и здравен проблем пред който е изправено цялото общество и е много по-широко разпространен, отколкото повечето хора предполагат. На въпроса считате ли, че обществото е достатъчно информирано по проблема за домашното насилие анкетираните настоящи и бъдещи медицински сестри изказват категорично становище. Според 87,50% обществото ни не е достатъчно информирано, едва 12,50% смятат, че обществеността отчасти е запозната с разпространението, динамиката и въздействието на насилието срещу интимния партньор (фиг.1).

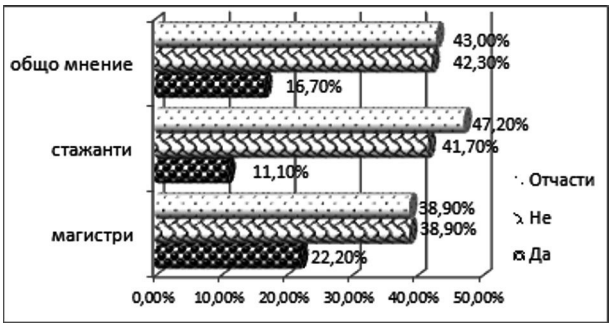


Фиг. 1. Информираност на обществото по проблема „домашното насилие“

Информираността на обществото относно проблема „домашно насилие“ ще повиши нивото на доверие в способностите и компетенциите на институциите и организациите подкрепящи пострадалите от насилие. От друга страна познаването на Закона за защита от домашното насилие (ЗЗДН) ще промени нагласите на търпимост не само в семейството но и сред обществото.

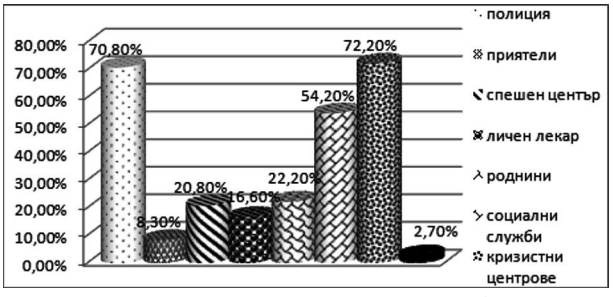
Информирани ли са медицинските ни сестри относно проблемите, правата и нормативната уредба свързани с домашното насилие, могат ли да разпознаят и осигурят емоционална подкрепа стимулирайки жертвите на насилие да сигнализират. Едва 16,70% от анкетираните твърдят, че познават законовите и нормативни актове, уреждащи проблеми свързани с насилието върху жени. Отрицателен отговор са дали 42,30% от респондентите, почти толкова 43,00% са и тези които, отчасти имат някакви познания по въпроса. При сравнителния анализ, между двете групи респонденти се установява, че в процентно съотношение магистрите показват една по-добра подготовка и ниво на знания, като 22,20% от тях заявяват, че познават добре българското законо-

дателство. Не толкова убедени в своите познания са стажантите и само 11,10% от тях твърдят, че имат необходимата подготовка. Получените резултати не са никак оптимистични и очертават необходимостта от по задълбочено запознаване с нормативните актове по проблема (фиг. 2).



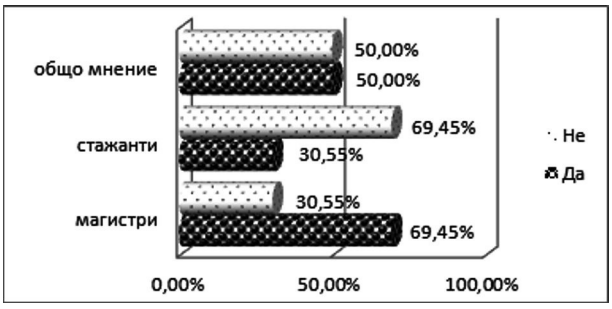
*Фиф. **2.** Познаване на законовите и нормативни актове*

Познавайки добре ЗЗДН, професионалистите по здравни грижи, биха могли да предлагат на жертвите на домашно насилие най-правилния път за безопасностно решаване на проблема, насочвайки ги към правилната институция. В тази посока за нас беше важно да установим, кои са институциите, към които настоящите и бъдещите медицински сестри биха насочили пострадалите от домашно насилие. Резултатите от анализа сочат, че 72,20% от изследваните лица биха насочили жертвите на насилие за помощ и подкрепа към кризистните центрове. За голяма част, 70,80% от анкетираните, полицията си остава една от основните институции, оказваща съдействие в подобни ситуации. Малко повече от половината (54,20%) биха се доверили на социалните служби, а 22,20% смятат, че роднините са тези, които биха могли да помогнат (фиг. 3).



*Фиг. **3.** Институции за оказване на подкрепа в случаи на домашно насилие*

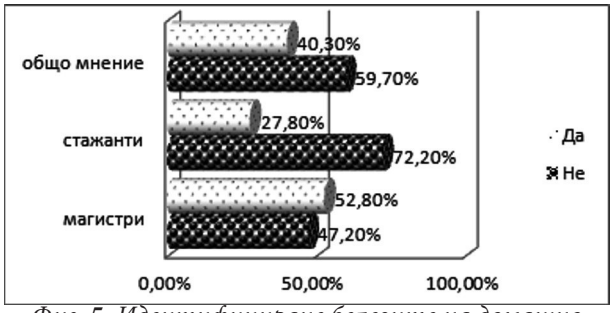
Насилието срещу жени нарушава и накърнява човешките права и свободи, но от съществено значение е, как то въздейства върху физическото и психическо здраве на индивида и семейството. Проучвания в отделенията за спешна помощ в много страни показват, че физическото насилие е основната причина за нараняванията при жени. Голяма част от пациентите, обект на насилие, попадат за лечение в болниците. Половината от настоящите и бъдещи медицински сестри (50,00%) са се сблъсквали със случаи на домашно насилие в своята практика. Данните от сравнителния анализ сочат, че представителите с по-богат професионален и житейски опит са имали повече случаи на пациенти преживели домашно насилие (69,45%). Обратнопропорционално е разпределението при стажантите, при които отрицателен отговор са дали 69,45%, а положително отговорилите са 30,55% (фиг. 4).



*Фиг. **4.** Наличие случаи на домашно насилие в практиката*

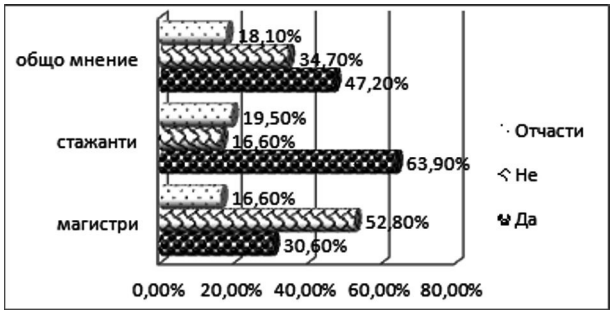
Много често медицинските сестри са тези, които първи установяват белезите на насилие в своята практика. Ранното разпознаване на белезите на насилие и своевременната намеса може да спомогне за предотвратяване на тежко физическо и психическо нараняване, а в друг момент да спаси живот. Много от жертвите на домашно насилие търсят помощ в здравно заведение, често пъти и многократно. За съжаление здравните специалисти не винаги успяват да идентифицират белезите на насилие. Резултатите от проучването сочат, че 40,30% от от анкетираните са в състояние да разпознаят белезите на насилие. Обезпокоителен е факта, че 59,70% от изследваните лица не притежават необходимите знания за идентифициране белезите на домашно насилие. Сравнителния анализ отново показва една по-голяма сигурност при магистрите, като 52,80% от тях са дали положителен отговор, а 72,20% от бъдещите медицински сестри не биха могли да разпознаят белезите на насилие (Фиг. 5).

Професионалистите по здравни грижи трябва да проявяват емпатия и да прилагат знания и умения при работа с такива пациенти. Първата и най-важна стъпка е оценката на риска, точно регистриране на насилието, разработване на план за безопасност и насочване към подходящи институции за оказването на помощ.



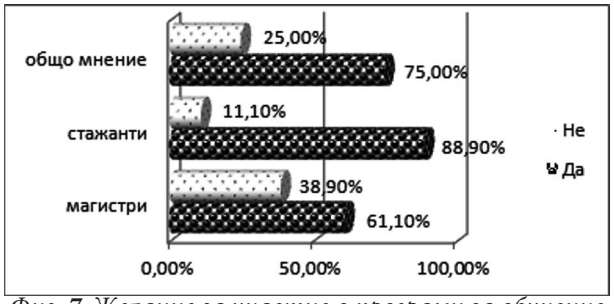
Фиг. 5. Идентифициране белезите на домашно насилие

Мнението на анкетираните съвсем ясно подчертава необходимостта от допълнително обучение на медицинските сестри, като 47,20% са категорични, а 18,10% отчасти имат такава потребност. За нас отворен остава въпроса, получават ли в базовото си обучение нашите медицински сестри необходимата подготовка за работа с пациенти, обект на насилие. Основание за тази наша тревога е високия относителен дял на стажантите, които напълно или отчасти имат нужда от обучение (83,40%). Отново магистрите са по-уверени в своята професионална компетентност, като повече от половината (52,80%) не изпитват нужда от допълнителна подготовка (Фиг. 6). Установена беше умерена зависимост, между познаването на законовите и нормативни актове и необходимостта от допълнително обучение ($p<0,05$).



Фиг. 6. Необходимост от обучение

Оптимистичен е факта, че 75,00% от анкетираните твърдо заявяват желание за участие в програми за допълнителна подготовка. Чрез знания и клинични умения, медицинските сестри могат да участват в оценката, интервенциите и превенция на домашното насилие. Въпреки че сестрите с повече опит се чувстват уверени и в състояние да следват знаците, подавани им от пациентите, 61,10% от тях биха се включили в програми за обучение. Почти всички анкетирани стажанти (88,90%) потвърждават с отговорите си необходимостта от по-задълбочено и разширено изучаване на проблема в базовото обучение (фиг. 7).



Фиг. 7. Желание за участие в програми за обучение

При анализа на данните беше намерена зависимост, между професионалната подготовка на медицинските сестри за идентифициране белезите на домашно насилие и желанието да се включват в програми за обучение ($p<0,01$). Това показва, че медицинската сестра осъзнават необходимостта от допълнителна подготовка по проблема и желаят да се включват в програми за обучение. За да могат ефективно да се намесват и безопасно да противодействат на това широко разпространено и понякога животозастрашаващо нарушение на човешките права на жената (16).

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От направения анализ и оценка на резултатите, можем да направим следните изводи:

1. Обществото ни не е достатъчно запознато с разпространението, динамиката и въздействието на насилието срещу интимния партньор според 87,50% от анкетираните.
2. Анкетираните медицинските сестри не са достатъчно запознати със ЗЗДН уреждащ правата на лицата, пострадали от домашно насилие, мерките за защита и реда за тяхното налагане.
3. Медицинските сестри често се сблъскват със случаи на домашно насилие в своята практика (50,00%).
4. Малко повече от половината бъдещи и настоящи медицински сестри не се чувстват достатъчно подготвени, а 75,00% заявяват желание за участие в програми за допълнителна подготовка.

Домашното насилие все още не е във фокуса на общественото внимание. Обществото не е достатъчно информирано за разпространението, динамиката и въздействието на насилието срещу интимния партньор. Съвсем ясно се очертава необходимостта от допълнително обучение и информираност, които ще дадат възможност на медицинските сестри да осигуряват цялостна грижа за жените, обект на насилие. Бъдещите насоки в работата на медицинските сестри е по-го-

ляма ангажираност в борбата с домашното насилие, като се акцентира върху необходимостта от по-качествена и цялостна подготовка на професионалистите по здравни грижи.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Ганева В., Домашното насилие върху жени обект на социална работа Списание „Диалог“, 2. 2011г.
2. Костадинова Р., Юредически механизми за защита на пострадалите от домашно насилие www.google.bg
3. Мантарова А., Домашното насилие в България и Македония Balkans'21 – 2003
4. Отговорност на държавата за домашно насилие.. Фондация «Български джендър изследвания», С. , 2000;
5. Петева С., Кацарова Я., Наръчник за превенция на домашното насилие сред възрастни хора С., 2013.
6. Според данните, предоставени от «Алианс за защита срещу домашното насилие», през последната година (юли 2012 г. – юни 2013 г.)
7. Филипс Р., Ч. Томас. /1997/ Домашното насилие в България. Доклад на "Защитниците на човешките права от Минесота" София: Български център по правата на човека
8. Berlinger, June Sheehan. (1998). "Why Don't You Just Leave Him?" Nursing, 28(4), 34–6.
9. Bynorth J (2008) The scandal of Scotland's battered women. The Herald ; 6 January
10. Drauker, Claire Burker Domestic Violence: The Challenge for Nursing 2010
11. Ellsberg M, Jansen HAFM, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C, et al. (2008) Intimate partner violence and women's physical and mental health in the
12. McDowall H., What causes domestic abuse and how can nurses effectively support abused women (2010) Nursing Times ; 106: 8, early online publicatio
13. Tufts, K.A., Clements, P.T., & Karlowicz, K.A. (2009). Integrating intimate partner violence content across curricula: Developing a new generation of Nurse Educators. Nurse Education Today, 29(1), 40-47.
14. http://www.ngo-rz.org/arhives/doklad_zzdn.pdf, Доклад за приложение на закона за домашно насилие
15. http://www.animusassociation.org/wp Проблемни области във взаимодействието между институции и доставчици на социални услуги в процеса на работа по случаи на домашно насилие. Обобщен доклад 2012
16. http://www.palmenia.helsinki.fi/ Наръчник за преподаватели по социални и здравни грижи. 2010

Адрес за кореспонденция:
Медицински университет – Варна
Катедра „Здравни грижи"
ул. "Марин Дринов" 55, Варна 9002
e-mail: mariana.nikolova@bad.bg

ОБУЧЕНИЕ НА СТУДЕНТИ ОТ МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ И МЕДИЦИНСКИ КОЛЕЖ ЗА ПСИХОСОЦИАЛЕН СЪПОРТ В СИСТЕМАТА НА СРЕДНОТО ОБРАЗОВАНИЕ

Цветелина Търпоманова, Йоанна Атанасова, Кольо Колев

Медицински колеж – Варна

TRAINING STUDENTS FROM MEDICAL UNIVERSITY AND MEDICAL COLLEGE FOR PSYCHO-SOCIAL SUPPORT IN THE SECONDARY EDUCATION SYSTEM

Tsvetelina Tarpomanova, Yoanna Atanasova, Kolyo Kolev

Medical College – Varna

РЕЗЮМЕ

Въведение: *В последните години се забелязват няколко тревожни тенденции: нарастване на броя на учениците, употребявали наркотични вещества, все по-ранната възраст на първата употреба, липсата на достатъчно ресурси в училищата – педагогически съветници, училищни психолози, които да извършват проследяване, превенция и корекция на проблемната употреба на психоактивни вещества от учениците. Това налага подготвянето на нов тип специалисти, които да осъществяват тази функция.*

Цел: *Да се представят собствени изследвания на студенти от специалност „Социални дейности" към Медицински колеж- Варна.*

Да се обоснове необходимостта от допълнително специализирано обучение на студентите от определени специалности в Мединси университет и Медицински колеж- Варна

Материали и методи: *Изследвания на ученици от VII и X клас на две варненски СОУ чрез пряка индивидуална анкета, вторичен анализ на данни от Изследване на употребата на наркотици на ученици от VII- XII кл.в 15 учебни заведения на територията на Община Варна по Общинска програма „Учение без напрежение", интервюиране на училищни психолози и педагогически съветници.*

Резултати и обсъждане: *46% от изследваните ученици от X-ти клас са пробвали наркотични вещества, а 67% от тях биха продължили да ги употребяват. Такава употреба е установена*

SUMMARY

Introduction: *During the last years noticed are several worrisome tendencies: increased is the number of students having used narcotic substances, the early age of first use, lack of enough resources in the schools – pedagogy advisors, school psychologists performing supervision, prevention and correction of problematic use of psycho-active substances by the students. This imposes the training of new type of specialists who to perform this function.*

Objective: *Presenting own researches by students of major "Social Activities" at Medical College- Varna.*

To justify the need of additional specialized education of students from certain majors at Medical University and Medical College - Varna.

Materials and methods: *Research of students from VII and X grade of two Varna Secondary Comprehensive Schools through individual poll, secondary analysis of date by Research of the drug use by students from VII – XII grade in 15 schools on the territory of Varna Municipality under Municipal Program "No pressure school", interview of school psychologists and pedagogy advisors.*

Results and discussion: *46% of the researched schools from X grade have tried drugs, 67% of them would continue to use them. Such use is established in 53.11% of the students from XI and XII grade and in 27.4% of the students from VII and VIII grade.*

All interviewed school psychologists and pedagogy advisors share that due to the many obligations they don't have the practical possibility to implement systematic events on prevention or intervention in relation to the use of drugs by students.

при 53.11% от изследваните ученици от XI и XII кл. и при 27.4% от учениците от VII и VIII кл.

Всички интервюирани училищни психолози и педагогически съветници споделят, че поради многобройните си задължения нямат практическата възможност да осъществяват системно мероприятия по превенция или интервенции във връзка с употребата на наркотични вещества от учениците.

Изводи и заключения: *Очевидно е, че проблемът с употребата на психоактивни вещества в ученическа възраст е актуален и все повече се задълбочава. Неосопорим факт е и недостигът на специалисти, които да осъществяват системни интервенции сред учениците. Затова би било целесъобразно въвеждането на допълнителни обучителни модули в някои специалности от Факултет по обществено здравеопазване към МУ-Варна, както и в специалност „ Социални дейности" към Медицински колеж с цел подготовка на специалисти за работата с ученици и млади хора в риск.*

Ключови думи: *проблемна употреба на наркотици, допълнително специализирано обучение, системни интервенции*

Conclusions: *It's apparent that the problem with using psycho-active substances in adolescence is deepening. Undisputable fact is the lack of specialists who to perform systematic interventions among students. That is why it would be appropriate to implement additional education modules ion some majors from the Faculty of Public Health at Medical University – Varna as well as major "Social Activities" at Medical College with the purpose to prepare specialists for work with students and young people in risk.*

Key words: *problematic use of drugs, additional specialized education, systematic interventions*

ВЪВЕДЕНИЕ

В последните години се забелязват няколко тревожни тенденции: нарастване на броя на учениците, употребявали наркотици, все по-ранната възраст на първата употреба, липсата на достатъчно ресурси в училищата - педагогически съветници, училищни психолози, които да извършват проследяване, превенция и корекция на проблемната употреба на психоактивни вещества от учениците.

В подкрепа на първите две тенденции са данните от представително социологическо изследване „Оценка на разпространението на употребата на незаконни психоактивни вещества сред ученици от 9 и 10 клас – Варна 2011" (1). Всеки трети (33%) от анкетираните ученици е употребявал някога през живота си незаконно психоактивни вещества. Констатира се сравнително висока готовност за експериментиране и/или инцидентна употреба на наркотици с цел забавление и рекреация.

Третата тенденция - липсата на ресурси за интервенции по училищата, се доказва от практиката. Длъжността "Педагогически съветник" или „Училищен психолог" се разкрива при брой на учениците над 500. Съществуват разминавания между длъжностната характеристика и извършваното на практика. Проследяването, превенцията и корекцията на проблемната употреба на психоактивни вещества от учениците е само едно от многобройните задължения на училищните психолози и по тази причина те или не са в състояние да го изпълняват изобщо или могат да извършват само определени спорадични интервенции (2).

Целите на настоящата разработка са да се представят собствени изследвания на студенти от специалност „Социални дейности" към Медицински колеж - Варна и да се обоснове необходимостта от допълнително специализирано обучение на студентите от определени специалности в Мединси университет и Медицински колеж- Варна.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Представени са собствени изследвания на ученици от VII и X клас на две варненски СОУ. Първото проучване е проведено в СОУ „Васил Друмев" гр. Варна с ученици от VII клас. Анкетирани са 100 души (97% от учениците). Част от въ-

просите в анкетната карта са насочени към употреба на цигари, алкохол и наркотици и оценяване на риска от използването на психоактивни вещества.

Второто изследване е с ученици от X клас в СОУ „Климент Охридски". Въпросите са аналогични, съотнесени към по-голямата възрастова група. Целта е да се оцени степента на разпространение на употребата на наркотици и отношението на анкетираните към проблема.

Резултатите се потвърждават и след вторичен анализ на данни от Изследване на употребата на наркотици на ученици от VII- XII кл. в 15 учебни заведения на територията на Община Варна по Общинска програма „Учение без напрежение". В изследваненето са включени общо 1743 ученика. Всички проучвания са извършени чрез пряка индивидуална анкета.

Представени са и резултатите от интервюиране на 60 училищни психолози и педагогически съветници за провежданите от тях интервенции за превенция и корекция на употребата на психоактивни вещества от учениците.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Резултати от проучване в СОУ „Васил Друмев"- VII кл.

Анкетирани са 100 ученика, от които 60 момичета и 40 момчета. В анкетата са включени 10 въпроса, съобразени с възрастовите особености на учениците.

Мнозинството от учениците (82%) не подценяват опасността от употребата на наркотици (фиг. 1). 11% от анкетираните са посочили, че са опитвали наркотични вещества поне веднъж. Част от седмокласниците (17,7%) се движат в среда на употребяващи наркотици (фиг. 2).

Изводите са, че въпреки информацията за рисковете от употреба на психоактивни вещества, група ученици посочват само някои наркотици за опасни, делят наркотиците на „тежки" и „леки", а 3,9% от анкетираните ги оценяват като „напълно безопасни" или „не много опасни". Те не само подценяват риска от употребата, но и считат, че пушенето на канабис е напълно приемливо. 4,4% от анкетираните нямат информация и не могат да преценят степента на опасност при употреба на наркотици. 17,7% от анкетираните са в среда, в която се употребяват наркотици и това ги поставя в уязвимост. На практика всеки шести от тях се движи в рискова приятелска среда.

Резултати от изследване в СОУ „Климент Охридски"- X кл.

За разлика от резултатите, получени от проучването на седмите класове, тук процентът на употребилите наркотици поне веднъж е значително по-висок. (фиг.3).

Всички (100 %) са били в компания на приятели, които вземат психоактивни вещества.

И сред седмокласниците, и сред десетокласниците преобладава мнението, че алкохолът и тютюнът не се наркотици и не водят до пристрастяване, а пушенето на трева е норма.

Резултати от Изследване на употребата на наркотици на ученици от VII- XII кл. в 15 учебни заведения на територията на Община Варна.

От 610 анкетирани ученици от XI и XII клас 53,11% са употребявали наркотични вещества под различна форма и вид. Употребата, разгледана по пол е с почти равни стойности. От 311 изследвани от X клас, 45% са опитвали поне веднъж наркотици. Употребващите ученици показват значително по-високи нива на всички показатели за агресия в сравнение със средните нива за цялата извадка. Фрапиращи са разликите при телесната агресия. От 822 анкетирани от VII и VIII клас, от 12 учебни заведения на територията на Община Варна 27,40% са употребявали наркотици (фиг. 4).

Анкетирането бе извършено от студенти от факултет „Обществено здравеопазване" към МУ-Варна, които работиха като доброволци по проекта. Една от препоръките, дадена от тях, бе анкетирането да се извършва от „външни лица"- студенти, по-големи ученици, но не и от учители, защото отговорите, които учениците дават са различни. Ако анкетиращите са близки по възраст с анкетирантие, това улеснява контакта с учениците и интервенциите биха били по ефективни.

Резултати от интервюиране на училищни психолози и педагогически съветници.

Интервюирането се извърши в рамките на проведено обучение по Общинска програма „Учение без напрежение". Въпросите са насочени към дейностите по превенция и интервенциите при употреба на наркотични вещества от учениците. Теоретично училищното ниво на превенция включва общообразователни програми по въпросите на наркотиците за ученици и за родителити, общи програми за алтернативно прекарване на свободното време, общи интерактивни превантивни програми, насочени към обучения в жизнени умения, специализирани превен-

тивни програми за високо-рискови групи и към родителите от семейства на деца с повишен риск.

Всички интервюирани отговарят, че те самите осъществяват единствено мероприятия по превенция на зависимо поведение и то в рамките на предвидения учебен план. Практически им е невъзможно да работят индивидуално или групово с ученици, употребяващи психоактивни вещества. Причините за това са липсата на време (натоварени са с много други задължения), липсата на подходящо място (зала за групова работа) и др. Част от интервюираните споделят трудности и в осъществяването на контакти с родителите на деца с проблемно поведение, а след това - в сътрудничеството на родителите за търсене на помощ и проследяване. И в интервенциите с учениците, употребяващи наркотици, и в работата със семействата им, е налице специфика, за усвояването на която се изискват системно обучение и практически тренинги.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Очевидно е, че проблемът с употребата на психоактивни вещества в ученическа възраст е актуален и все повече се задълбочава. Неоспорим факт е и недостигът на училищни психолози и педагогически съветници. Това налага подготвянето на нов тип специалисти, които да осъществяват проследяване на употребата на наркотици в училищата, превенция и насочване към специализирани структури на ученици с проблемно поведение и/ или злоупотребяващи с наркотични вещества и алкохол. Тези специалисти ще могат да съдействат на учличищния психолог за организирането на анкети, обучения, тренинги, насочени за разпознаване и решаване на проблемите, свързани със употребата на наркотици. Фактът, че това ще са експерти, независими от ръководството на съответното училище и близки по възраст до учениците, дава по-голяма свобода и създава предпоставки за доверие от страна на подрастващите.

В този ракурс може да се изработи ясна методика за обучение на студенти от факултет по Обществено здравеопазване към МУ- Варна и от УНС „Инспектор по обществено здраве и социални дейности" към Медицински колеж- Варна. Обучението ще е насочено към работа с конкретните рискови групи. Това от една страна, би обезпечило специалисти, подготвени за спецификата на работата с млади хора в риск, а от друга страна би подпомогнало дейността на училищните психолози.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Дирекция „Превенции" - Община Варна. Тенденции в разпространението на наркотиците и проблемите, свързани с тяхната употреба - Варна 2002-2011 г. Варна, 2012. www.prevencii.com.
2. Търпоманова, Цв. Ст. Здравкова, Св. Павлова, Методическо ръководство за педагогически съветници и училищни психолози за индивидуална и групова работа, Варна, 2013

Адрес за кореспонденция:
Цветелина Търпоманова
Медицински колеж- Варна
e-mail: dr_tarpomanova@abv.bg

ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЕСТРИНСКИТЕ ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ ОКАЗВАНЕ НА ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Силвия Борисова Димитрова

Катедра „Здравни грижи“, ФОЗ, Медицински университет - Варна

DEFINITION OF NURSING INTERVENTIONS AT RENDERING HEALTH CARE

Silviya Borisova Dimitrova

Department of Health Care, Medical University - Varna

РЕЗЮМЕ

Сестринството е възникнало и съществува за да служи на обществото и в съответствие с това, когато се изменят социалните условия и потребности на здравеопазването, се изменя и ролята на медицинската сестра. В днешно време сестринството направи крачка напред в един нов етап от своето развитие. Ролята, функциите и организационните форми в дейностите на медицинските сестри се изменят успоредно с нуждите на обществото и изискванията за по-добро качество на полаганите здравните грижи. Сестринската интервенция е действие, предприето от медицинската сестра в съответствие с поставената сестринска диагноза. За правилната организация на сестринската дейност е необходимо съвместно с пациента да се формулират целите на грижи и да се направи избор на подходящи интервенции и намеси за решаването на неговите проблеми и постигане на определени резултати.

Ключови думи: *медицинска сестра, планиране, сестринска намеса, сестринска диагноза, резултат, здравни грижи*

SUMMARY

Nursing was incurred and exists to serve the community and in compliance with, when you alter the social conditions and needs of of health, be amended and the role of nurses.Today nursing took a step forward into a new single stage of its development. The role, functions and organizational forms in the activities of nurses amend parallel with the needs of society and the requirements for better quality of health care. Nursing intervention is an action taken by a nurse in corresponds with the nursing diagnosis.For the correct organization of nursing activity is necessary and the patient to formulate treatment goals and the selection of appropriate interventions and interventions to solve the his problems and achievement of results.

Keywords: *nurse, planning, nursing intervention, nursing diagnosis, result, health care.*

Сестринската интервенция е действие, предприето от медицинската сестра в съответствие с поставената сестринска диагноза, за решаването на проблемите на конкретния пациент и постигане на определени резултати. Реализирането на плана за сестрински грижи е непрекъснат и взаимосвързан с останалите етапи процес. Приизвършване на дейностите си медицинската сестра многократно се среща с пациента, прави оценка на неговото състояние, при необходимост прави оценка и променя плана за грижи, очертава и изпълнява дейности, свързани с оказаните здравни грижи. При всяко взаимодействие с пациента медицинската сестра започва отначало, като отчита проблемите на пациента, които могат да се променят под влиянието на обстоятелства, лечение и сестрински интервенции. За успешното изпълнение на сестринския план от значение е информираността на пациента с предвидените дейности и оказвани интеревенции, поведението му по време на конкретни процедури и манипулации в рамките на компетенциите на медицинската сестра.

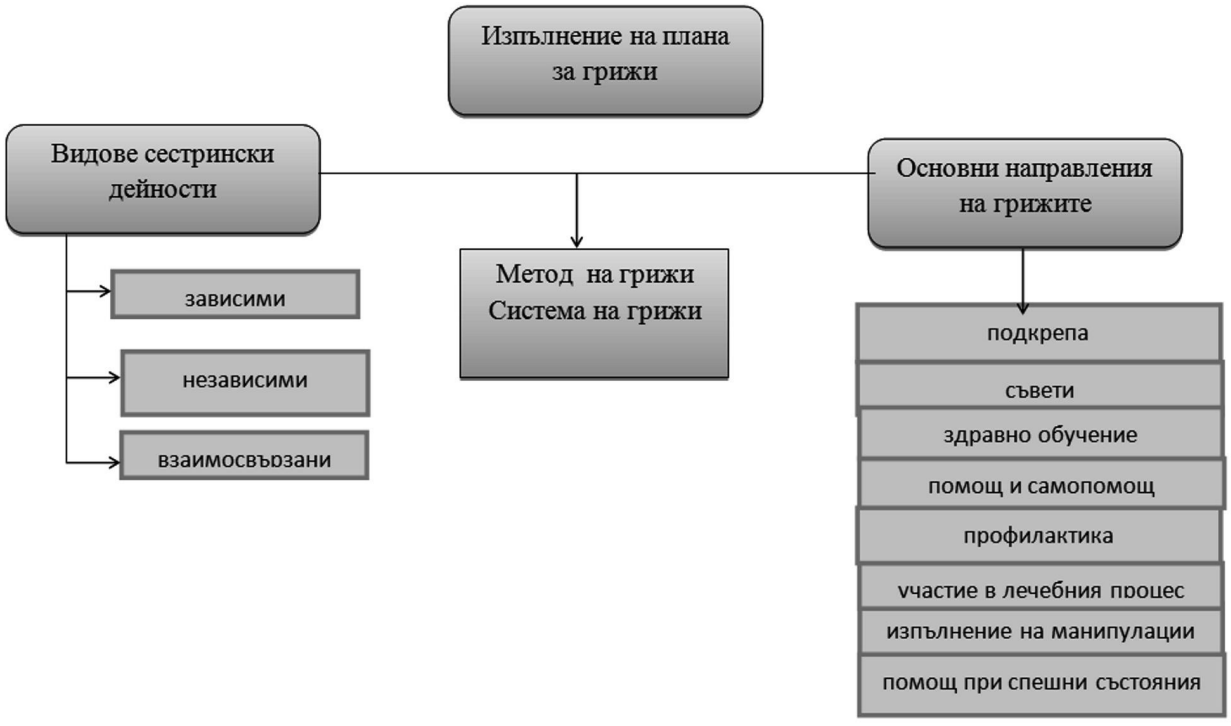
Сестринската интервенция е всяко действие на медицинската сестра, което активира плана на грижи и ли се предприема при разрешаване на проблем възникнал при реализираното на този план. Тези дейности могат да включват: подкрепа, помощ, грижи, обучение и т.н. (Фиг. 1).

Медицинската сестра в своята дейност изпълнява интервенции, които могат да бъдат зависими, независими и взаимосвързани. Освен това, съществуват и интервенции, които трябва да се основават на препоръки и стандарт и установени в сестринската практика

Независимите сестрински интервенции са действия, предприети от медицинска сестра, които не изискват контрол и назначение от други специалисти. Това са дейности, които тя сама може да предприеме и извърши на база придобитите компетенции и умения, за които носи отговорност. Те се осъществяват при удовлетворяване на ежедневните дейности на пациента, здравно обучение и консултиране, промоция на здраве.

Зависимите сестрински интервенции са действия, изпълнявани от медицинска сестра, на основание писминни предписания от други специалисти или под непосредствено наблюдение на лекуващия лекар.

Взаимосвързани интервенции са тези действия на медицинската сестра, които се изпълняват чрез сътрудничество с други медицински специалисти. Сътрудничеството е партньорство, в което всеки участник оценява своята роля и компетенциите на останалите, Сътрудничеството се използва при събиране на данни, планиране, изпълнение, оценка и обективност за изследване на друго мнение. Взаимнозависимите сес-



Фигура 1. Изпълнение на плана за грижи

тински намеси позволят проблемите на пациента да бъде решени въз основа на прилагане на интердисциплинарен подход оказване на сестринските грижи.

За да може етапа от сестринския процес – определяне на сестниските интеревнции, да се осъществява правилно е необходимо да се спразват следните изисквания:

- Последователно следване на етапите в реализирането на плана за грижи;
- Координация на предвидените дейности;
- При промяна в обстоятелствата, планираното действие може да бъде променено, ако това се счита за целесъобразно;
- Долекарска сестринска дейност се оказва съгласно станадртите за добра сестринска практика, отчитайки индивидуалните потребности на пациента;
- Осъществяване на сестринските дейности в съответствие с установения алгоритъм (протокол за грижи).
- Изпълнението на плана и извършените сестрински дейности се регистрират и отчитат в утвърдената специфична сестринска докумантация.

Изкуството на сестринската грижа се състои в това да се грижиш не за пациента с определеното заболяване, а за човека имащ своите специфичини, личностни особености, характер, потребности, навици и желания. Създаването на благоприятна среда за пациента, деликатно и тактично отношение, готовност за оказване на подкрепа и помощ във всяка минута, се явяват задължителни условия за качествени сестрински грижи.

Съвременните приниципи на грижи, оказани от медицинската сестра, можем да представим в следната схема:

При прилагането на сестринския процес в пракитката, Световната здравна организация препоръчва използването на модела на сестрински грижи на Верджиния Хендерсън. Този модел е създаден през 1960г. и акцентира вниманието на медицинската естра върху физиологичните потребносити на пациента, които могата да бъдат удовлетворени в резултата на оказаните грижи.

След като съвместно с пациента се формулират целите на грижи медицинската сестра взема решение за избор на подходящи интервенции и намеси.



Фигура 2. Елементи на сестринското действие

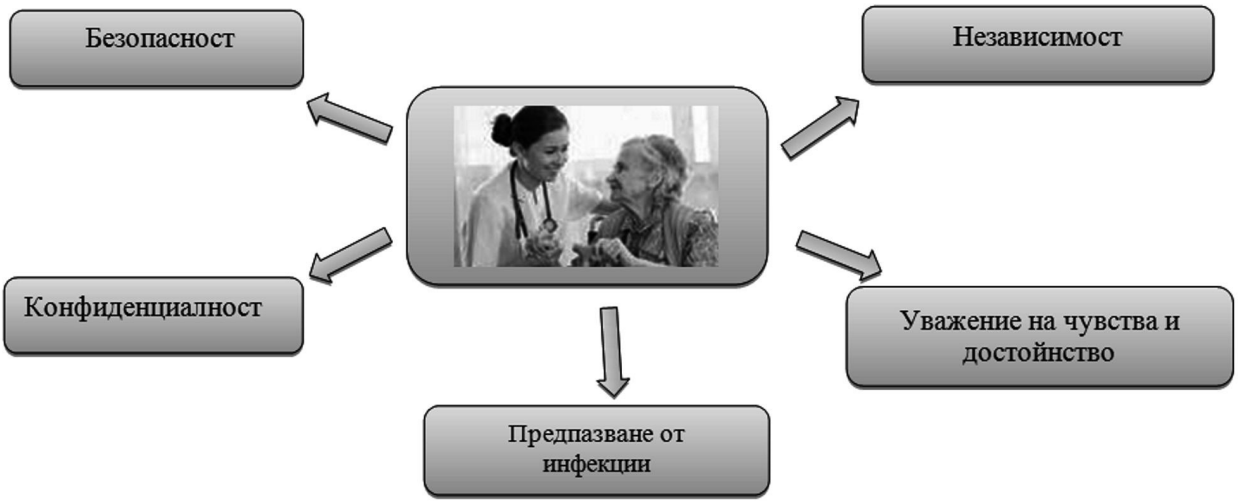
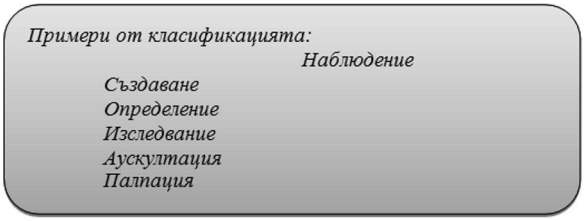


Схема 1. Приниципи на сестринските грижи

Съгласно Международната класификация за сестринска практика сестринското действие се състои от 8 елемента (Фиг. 2).

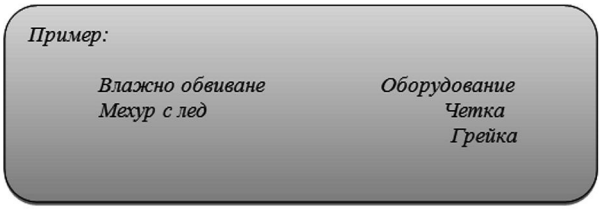
A. Вид действие – дейности, изпълнявани от медицинската сестра.



B. Задача – обект, явление, към което е насочено действието на медицинската сестра.



C. Средство – средство, което се използва при изпълнение на сестринските дейности



D. Време – времевата рамка за изпълнение на сестринските дейности



E. Локализация – анатомическа локализация на дейностите на медицинската сестра или мястото, където ще се извършват сестринските действия



F. Топография – анатомическо разположение върху тялото



G. Път – Начин (път) , по който ще се изпълняват сестринските дейности



H. Кой - Към кого са носочени сестринските дейности



В плана за грижи могат да бъдат записани няколко възможни сестрински намеси за решаването на един проблем, като се подреждат по реда, в който ще бъдат изпълнени. Това позволява медицинската сестра, както и пациента да чувстват увереност, че за постигане на поставените цели могат да бъдат предприети различни действия, а не само една единствена интервенция. Няколко фактора могат да подпомогнат медицинска сестра при подбора на сестрински интервенции. Точно както целите на грижи, интервенциите могат да бъдат разработени на база признаците на всяка сестринска диагноза. Сестринската намеса трябва да бъде реалистична от гледна точка на възможностите на пациента и медицинската сестра и да бъде съвместима с наличните възможности на пациента, ценности и убеждения.

Д. Орем в предлагания от нея модел ясно формулира три системи за сестринска помощ.

Напълно компенсираща система, подходяща при:

- Пациенти, които не са в състояние да осъществяват никакви действия по самообгрижване и които се намират в състояние на безсъзнание;

- Пациенти, които се намират в съзнание, на които не е разрешено да се движат или не могат да се предвижват самостоятелно;
- Пациенти, които не са в състояние самостоятелно да приемат решения и да се грижат за себе си, но могат да се предвижват и да извършват някои действия по самообгрижване под ръководството и наблюдението на специалисти.
- Частично компенсираща система е предназначена за пациенти, които имат различна степен на ограничение на двигателната активност. От пациента се изисква определени знания и умения, а също така готовност да изпълнява определени действия.
- Консултативно-поддържаща система се използва при пациенти, които осъществяват самообгрижване или се обучават на това при наличието на поммощ. Медицинската сестра поддържа, ръководи обучава, създава подходящи условия за самостоятелни грижи.

След като се изберат една или други сестрински намеси те следва не само да се изброят на пациента, но и да се обясни защо трябва да бъдат изпълнявани. Изследователите по сестринско дело посочват, ако намесата е формулирана с общи термини, те могат да бъдат разбрани по различен начин от различните медицински сестри (6).

При определяне на сестринските интервенции, които да се приложат, медицинската сестра следва да предвиди последствията и рисковете от всяка една намеса. След като обърне внимание на тези фактори, медицинска сестра избира тези намеси, които ще бъдат най-ефективни и с минимален риск за пациента.

Сестринската намеса, както и целият етап на планиране, зависи от избрания модел за сестрински грижи.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Борисова, С. Прилагане на сестринския процес в практиката на медицинската сестра,Учебно помагало, СТЕНО, 2013, 57-69.
2. Мухина, С., И. Тарновская, Теоретичниосновинасестринскитегрижи,Издателскицентърна МУ Плевен, 2006, 10-12.
3. Delaune, C.,S., Ladner, K., P. *Fundamentals of nursing: Standards and practice.* Second Edition. Delmar, Thomson Learning,1998, 23-39.
4. Fitzpatrick, J. J., Wall, A., L., *Conceptual models of nursing, Analysis and applicatio*n, 2004, 18-32.
5. ICNP *International Classification for Nursing Practice* – Beta 1 Version. 1999 by ICN – International Council of Nurses, Geneva.
6. http://www.icn.

Адрес за кореспонденция:
Медицински университет – Варна
Катедра „Здравни грижи“, ФОЗ,
България, Варна, 9002,
ул. Марин Дринов, №55
e-mail: silvia.borisova2003@gmail.com

ПРОУЧВАНЕ НА НАГЛАСИТЕ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „АКУШЕРКА“ ЗА НАДГРАЖДАНЕ НА ПОЛУЧЕНОТО ОБРАЗОВАНИЕ

Тодорка Боева, Валя Димитрова, Теодора Евтимова

Медицински университет „Проф. Д-р П. Стоянов“ – Варна,
Факултет по „Обществено здравеопазване“, Катедра „Здравни грижи“

MIDWIFE STUDENTS INTENTIONS TO CONTINUE AND IMPROVE THEIR EDUCATION

Todorka Boeva, Valia Dimitrova, Teodora Evtimova

Medical University „Prof. Dr. P. Stoyanov“- Varna,
Faculty of Public Health, Department of the Health Care

РЕЗЮМЕ

Цел: *Да се проучи информираността и намеренията на студентите от специалност „Акушерка” относно съществуващите възможности за надграждане на ОКС „бакалавър“.*

Материали и методи: *Проучено е мнението на студенти от МУ – Варна, специалност „Акушерка“ - III и IV курс (40) през периода януари – февруари 2014 г. Приложени методи: документален, статистически - анкетен метод и графичен анализ.*

Резултати и обсъждане: *Студентите изразяват намерение да надградят базовото медицинско образование, с цел усъвършенстване и по-добра професионална реализация. Те са формирали мнението си в процеса на това обучение, но изявяват желание да получат повече информация за възможностите за надграждане на образованието. По-голямата част от студентите възнамеряват да продължат обучението си в магистърски програми веднага след завършването, в същия университет.*

Изводи и заключение: *Студентите осъзнават необходимостта и възможностите, които дава надграждащото обучение и изразяват потребност от засилване на информационните кампании, относно предлаганите магистърски програми.*

Ключови думи: *акушерка, информираност, намерения, надграждане на образованието*

SUMMARY

Objective: *to research the midwife students awareness and intentions regarding the current opportunities to improve the Bachelor degree profile.*

Materials and methods*: research was made among the students in 3rd and 4th course of study (40). The research was made in January and February 2014 and is very detailed, containing both documentary and statistical methods (inquiry and graphical analysis).*

Results and discussion*: students share the opinion that the basic medical education needs to be improved in order to secure the stable development both educational and career. This is concluded while being in the process of training, but the students insist they need more information about the opportunities how to improve their education. The majority of the students will decide to further their education by mastering in the same university right after they graduate from bachelors.*

Conclusion: *Students are aware about the necessity of improving and the opportunities it opens and they all show their need of gaining more and accurate information during the educational campaigns related to master courses.*

Key words*: midwife, awareness, intentions, improving education*

ВЪВЕДЕНИЕ

Според много автори високите постижения в образованието са от съществено значение за страните за да бъдат те способни да постигнат високо ниво на икономическо развитие. Качественото образование предполага непрекъснато надграждане на знания с оглед максимално развитие на потенциала на личността и възможност за пълноценна професионална реализация. Съвременните тенденции за увеличаване броя на хората, посвещаващи голяма част от живота си за придобиване на нови знания и навлизащите нови информационни технологии придават особена значимост на въпроса за квалификацията на медицинските специалисти. В постоянно развиваща се Европа непрекъснато се повишава предлагането на продължаващо професионално обучение в областта на здравните грижи. Необходимо е това обучение да стане достъпно за по-широк кръг медицински специалисти.

Основната мисия на продължаващото образование е да надгражда, разширява, усъвършенства и адаптира базисната образователна и професионална подготовка и основните умения. Продължаващото обучение предполага развитието на медицинските специалисти и е основа за професионално израстване, развитие на личността и дейността им, както и на целия им житейски път. Ученето през целия професионален живот се утвърждава и като приоритет на реформата в здравеопазването.

Европейският съвет в Лисабон, 2000 г. в отговор на бързите промени в икономиката и обществото установи, че преходът към икономика, основан на знанието изисква модернизация и постоянно подобряване на системите за професионално образование и обучение (ПОО), така че тези системи да допринесат за увеличаване на заетостта и социалната интеграция и да улеснят достъпа до учене през целия живот за всички, включително за хората в неравностойно положение.

Европейският съвет в Барселона от 2002 г. определи целта – европейските системи за образование и обучение да бъдат превърнати в световен еталон за качество.

С интегрираните насоки от Лисабон за растеж и заетост 2005-2008 г. държавите-членки се призовават да развиват достъпна система за учене през целия живот на достъпни цени. Адаптирането и изграждането на капацитет на системите за образование и обучение са необходими, за да може се подобри тяхната степен на съответствие с пазара на труда. В изпълнение на резолюцията на Съвета от 19 декември 2002 г. Относно насърчаване на засиленото европейско сътрудничество в областта на професионално образование и обучение, т.нар. Копенхагенски процес, е разработена обща рамка за осигуряване на качество (ОРОК) въз основа на наличния опит и „добри практики“ в различните участващи страни.

ЦЕЛ

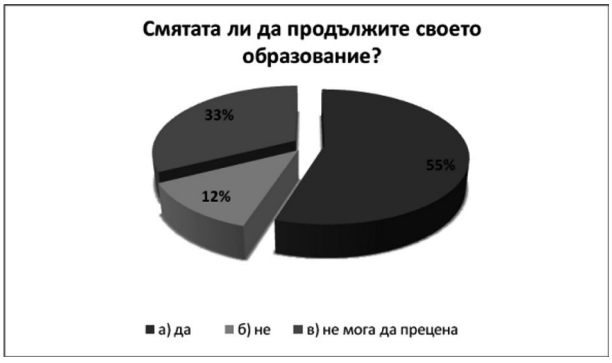
Да се проучи информираността и намеренията на студентите от специалност „Акушерка” относно съществуващите възможности за надграждане на ОКС „бакалавър“.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проучено е мнението на студенти от МУ – Варна, специалност „Акушерка“ - III и IV курс (40) през периода януари – февруари 2014 г. Приложени методи: документален, статистически - анкетен метод и графичен анализ.

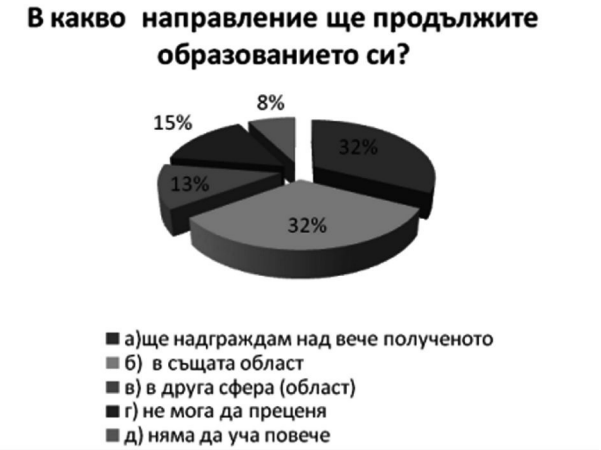
РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

За нас беше интересно да разберем мнението на студентите за намерението им за надграждане на своето образование. Повече от половината анкетирани изразяват намерения да продължат своето образовани. Това е резулта, които говори за тяхната силна мотиваци, необходимо условие за успешна реализация (55%). Около 1/3 се колебаят (32%), т.с не са си формирали мнението на този етап от обучението си, останали те 12% от анкетираните не смятат на този етап да продължат своето образованието. Отговорът на студентите съвпада със съвременните изисквания на пазара на труда за висококачествени професионалисти. За да бъдат адекватни на новостите, произтичащи от социално-икономическите промени и реформата в здравеопазването, те трябва постоянно да обогатяват и развиват знанията и уменията си (фиг. 1).



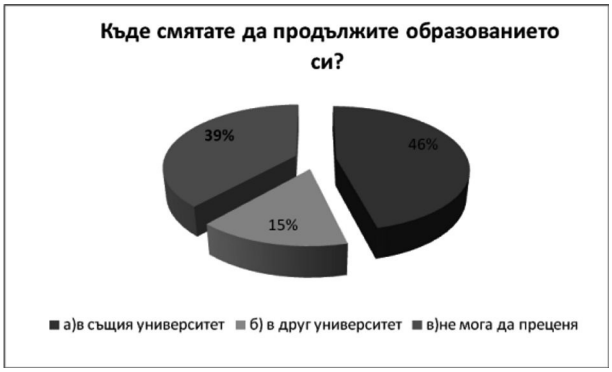
Фиг. 1. Намерения свързани с образованието

За да изследваме намеренията на студентите за надграждане ги попитехме за направлението в което ще продължат образованието си .По- голямата част от тях смятат надградят над вече полученото медицинско образование (32%) и също токлова да продължат образованието си в същата област (32%), и едва 13% предпочитат това да стане в друга сфера на образованието, тези които на този етап се колебаят и не са взели решение са 15%. Студентите които категорично смятат да приключат своето образование са само 8%. Това води до извода, че по- голямата част от студентите са удовлетворени от своя избор на професия и смятат да се реализират в избраната област (фиг. 2)



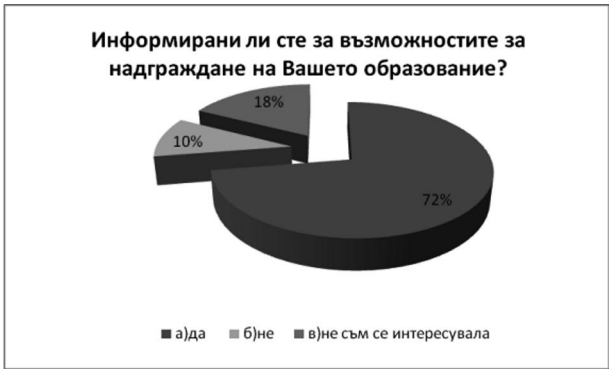
Фиг. 2. Направление за надграждане

В проведеното проучване анкетираните студенти смятат да продължат своето образование в същия университет - 46%, тези които все още не могат да решат са 39%, и много малка част от тях ще продължат в друг университет. Тези резултати могат да се тълкува липса на този етап на ориентация за мястото на професионална реализация (фиг. 3).



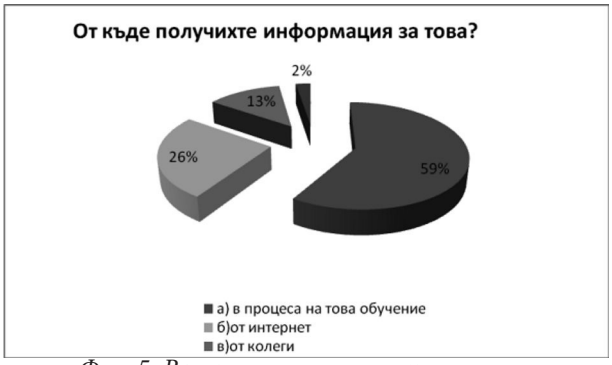
Фиг. 3. Избор на университет

За да насочим изследването към факторите, които определят решенията на студентите ги попитахме да ли са информирани за възможностите за надграждане. Повече от половината посочват, че решението им се основава на базата на пълна информираност 72%. Малка част от тях 10% посочват, че не са достатъчно информирани и 18% от респондентите не са получили никаква информация (фиг. 4.). Това води до извода, че има достатъчно информация и мотивация за надграждане на базовото медицинско образование.



Фиг. 4. Информираност за съществуващите възможности

По голямата част от студентите са формирали своето мнание в пороцеса на това обучение 59%, 1/4 споделят, че получената информация е от интернет 26%, останала част от студентите са се информирали от колеги13% и от брошури 2% (фиг. 5.)

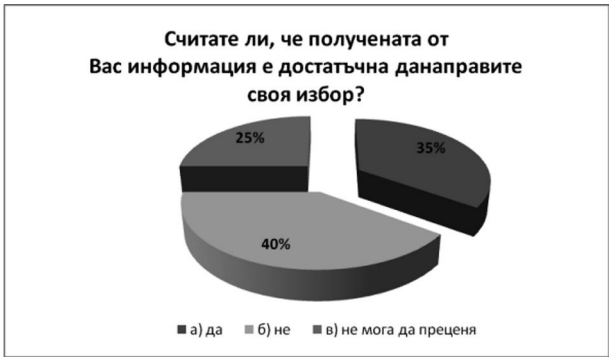


Фиг. 5. Възможности на получаване на информация.

За нас беше интересно да разберем да ли респоддентите са взели решението си за надграждане на базовото образование на базата на достатъчна информираност. От получените резултати можем да направим извод, че почти половината от тях не са били достатъчно информирани при определяне на своя избор - 40%. Приблизително толкова са били информирани - 35%, и ¼ не могат да заемат точна позиция 25% (Фиг. 6).

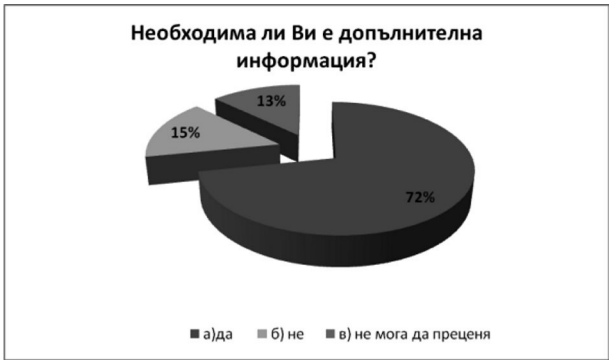
Отговорът на студентите означава, че съществуват възможности за промяна в намеренията и

заемане на точна позиция, при получаване на допълнителна информация.



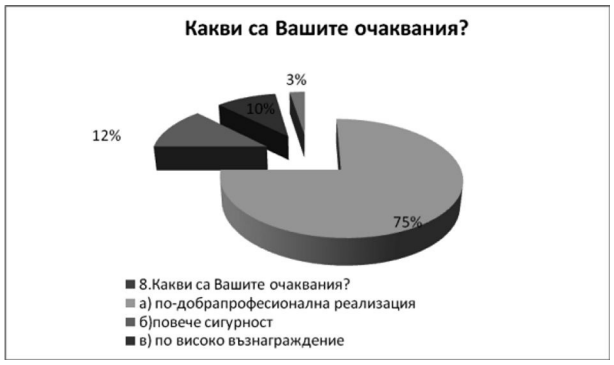
Фиг. 6. Информираност за правилен избор за надграждане

Въпреки големия процент на респондентите, които са посочили, че са информирани решихме да ги попитаме дали се нуждаят от допълнителна информация за да направят своя избор. Повече от половината от изразяват готовност за повече информация 72%. Друга час от тях - 15% заявяват, че не се нуждаят от повече информация и 13% не могат да преценят необходимостта от допълнителни разяснения. Анализът на резултатите показва, че студентит имат необходимост и готовност за допълнителна и по конкретна информация за съществуващите възможности за надграждане Достъпът до актуална информация и знания, заедно с мотивацията и уменията да се прилагат тези знания в полза на самия себе си и на обществото като цяло, се оказва ключ към повишаване на европейската конкурентоспособност, към усъвършенстване и адаптиране към новите условия на трудовия пазар (фиг. 7).



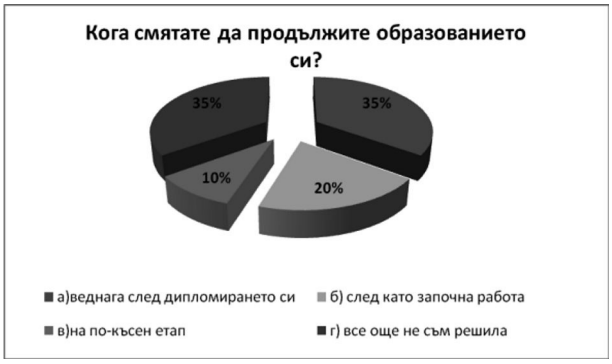
Фиг. 7. Необходимост от информация

По-голямата част от анкетираните студенти свързват по-високият образователен ценз с по по добра професионална реализация - 75%. По-голяма конкурентна способност и сигурност са посочили 12% от тях, почти толкова от тях очакват по- високо възнаграждение (фиг. 8).



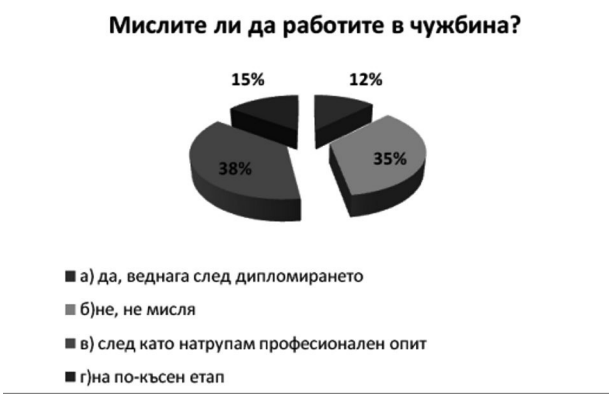
Фиг. 8. Очаквания за реализация

Попитахме студентите как виждат във времето реализиранто на намеренията си за надграждане на образованието. По-голямата част от тях смятат това да стане веднага след завършване на настоящето образование - 35%, също толковане са взелирешение за времето на реализиране на намеренията си - 32%. Този отговор на студентите е може би и отражение на широкия диапазон на възраста на анкетираните студентите, и тяхното семейно положение. Най-голям е делът във възрастовата група 20-25г., останалите анкетирани са в диапазона 26-37г. Друга характеристика, която корелира с тези резултати е и семейното положение на по-голямата част е неомъжена - 70% (фиг. 9.)



Фиг. 9. Бъдеща реализация на намеренията за надграждане

За нас беше интересно да разберем да ли респоддентите имат намерения да се релизират в чужбина. От получените резултати се вижда, че повече от половината изразяват намерение за реализация извън страната. Като 38% от тях смятат това да се случи след като първо се реализат в страната и натрупат професионален опит, делът на тези които смятат да направят това веднага след завършването - 12%, на по-късен етап смятат да направят това - 15%. Тези които категогично са посочили, че нямат намерения за реализация извън страната са 35% от анкетираните студенти.



Фиг. 10. Реализация в чужбина

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Получените резултати ни дават основание да направим следните изводи:

1. Студентите осъзнават необходимоста от надграждане на базовото си образование.
2. Бъдещите медицински специалисти са мотивирани да надграждат образованието си. Силната вътрешна мотивация е необходимо условие за постигане на успех в обучението.
3. Студентите виждат възможности които ще получат след надграждане на образованието.
4. Анкетираните изявяват желание за повече информация относно предлаганите магистърски програми.
5. Студентите осъзнават високата отговорност и необходимоста от непрекъснато усъвършенстване, саморазвитие, придобиване на нови умения и компетенци за реализиране на избраната от тях професия.

Студентите от специалност „Аушерка” са мотивирани, информирани за възможностите, които им се предоставят за надграждане. Мотивацията на медицинските специалисти за продължаващо образование трябва са се разглежда като непрекъснат процес на формиране на нагласи и ценности и готовност за професионална реализация. Тя може да се променя по време на учебния процес под влиянието на редица фактори.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Министерство на образованието, младежта и науката 2009, с. 6.
2. ((en)) UNESCO, Education For All Monitoring Report 2008, „Net Enrollment Rate in primary education“
3. Министерство на образованието, младежта и науката 2009, с. 7.
4. Министерство на образованието, младежта и науката 2009, с. 10.
5. ((en)) Education for All Global Monitoring Report 2005 - The Quality Imperative
6. bg.wikipedia.org/wiki/Образование_във_Варна
7. bg.wi
8. www.sustz.com/.../Papers/.../Tornyova_Biyanka_2.pdf
9. www.zdravennavigator.bg/article/pyrvata.../17856
10. www.mon.bg/?h=downloadFile&fileId=1454
11. Десев,Л. Педагогическа психология, С., 2000г.
12. Катански,Ч. Сп.Педагогика бр.5 1998г.

Адрес за кореспонденция:
Факултет „Обществено здравеопазване”
Катедра „Здравни грижи”
ул. „М. Дринов” 55
E-mail: boevat@mail.bg

АКУШЕРКАТА В ПОДКРЕПА ЗА ИЗГРАЖДАНЕ НА ВРЪЗКА МАЙКА – БЕБЕ

Теодора Евтимова, Валя Димитрова, Тодорка Боева

Медицински университет "Проф. д-р Параскев Стоянов"

MIDWIVES SUPPORT LINK BUILDING MOTHER – BABY

Theodora Evtimova, Valia Dimitrova, Todorka Boeva

Medical University "Prof. Dr. Paraskev Stoyanov"

РЕЗЮМЕ

Въведение*: Бременността, раждането и постнаталния период е време на значими психологически и социални промени на жените, тъй като те поемат ролите си на майки. Понастоящем в системата на майчиното и детско здравеопазване у нас подкрепата на емоционалното благосъстояние на майките през тези периоди се разглежда като не толкова важна дейност на акушерката, колкото традиционното внимание, което се отделя на физическото здраве на майката и детето. Все повече данни за ранното развитие на мозъка и начина, по който кърмачетата развиват емоционалното си и поведенческо благосъстояние в контекста на ранните си връзки, разкриват особеното значение на изграждането на връзка с новороденото и полагането на ранни грижи, осигуряващи топлота и отзивчивост. Акушерката може да насърчава ранната връзка чрез изграждането на положителен образ на бебето като самостоятелна личност още по време на бременността.*

Цел: *Да се проучат нагласите и очакванията на родителите за ролята на акушерката при предоставянето на подкрепа на жената по време на нейната бременност, раждане и ранния постнатален период за насърчаване на ранната връзка между майката и детето.*

Материали и методи: *Приложени са документален и социологичен метод. Чрез анонимна индивидуална анкета е изследвано мнението на 46 родилки в постнаталния период в МБАЛ "Св. Анна"- Родилно отделение. Проучването е проведено през периода – месец септември 2013/месец февруари 2014 година.*

Резултати и обсъждане: *От съществено значение за благосъстоянието и развитието на жените, които стават майки /особено за първи път/, е да разбират и отговарят на чувствата*

SUMMARY

Introduction: *Pregnancy, childbirth and the postnatal period is a time of significant psychological and social changes in women as they assume their roles as mothers. Currently, in the system of maternal and child healthcare in the country, supporting the emotional well-being of mothers during these periods is seen as less important activities of midwives as traditional attention being paid to the physical health of the mother and the child. More and more data on the early development of the brain and the way in which infants develop emotional and behavioral well-being in the context of early relationships reveal the particular importance of building a relationship with the newborn and making early care, providing warmth and responsiveness. The midwife can encourage early connection by building positive image of the baby as a person even during pregnancy.*

Objective: *To examine the attitude and expectations of the parents on the role of the midwife in providing support to a woman during her pregnancy, birth and early postpartum period and to promote the early relationship between mother and child.*

Materials and methods: *Attached documentary and sociological method. By anonymous individual opinion poll were studied 46 mothers in the postnatal period in hospital "St. Anna"- Maternity Ward. The study was conducted during the period - September 2013/ February 2014.*

Results and discussion: *It is essential to the welfare and development of women who become mothers / especially for first time / to understand and meet their child's feelings. Although mothers are biologically programmed to respond to their babies, the midwives have a unique opportunity to provide a conducive environment for this purpose. Although babies are born ready for social interaction with their parents, many factors can affect the capacity of the mother to build a relationship with their children. Many of the diffi-*

на детето си. Въпреки, че майките са биологично програмирани да реагират на бебето си, акушерките имат уникална възможност да осигурят благоприятна среда за тази цел. Макар бебетата да се раждат готови за социално взаимодействие с родителите си, редица фактори могат да повлияят на капацитета на майката да изгради връзка с детето си. Много от трудностите, възникващи при изграждането на връзка майка - бебе могат да бъдат свързани с чувство на вина, срам и неспособност още по време на бременността. Други се появяват по време или непосредствено след раждане и са признак на „травматични" преживявания при раждането, свързани с акушерска интервенция, неудовлетвореност от грижите по време на раждане, преждевременно раждане.

Изводи и заключение: *Последствията от проблемите при изграждането на връзка, могат да окажат въздействие върху биологичната реакция на новороденото, стрес, на уменията му за учене и социалните му умения. Съществуват данни, че това би могло отчасти да обясни някои биологични и поведенчески проблеми в зрелостта.*

Близкият телесен контакт между бебето и неговата майка непосредствено след самото раждане оказва влияние върху физиологията и поведението и на двамата.

Ключови думи*: акушерка, връзка майка-бебе, изграждане, подкрепа*

culties arising from the construction of the connection mother - baby may be associated with feelings of guilt, shame and failure even during pregnancy. Others occur during or immediately after birth and are a sign of "traumatic" experiences at birth associated with obstetric intervention, dissatisfaction with care during labor, premature birth.

Conclusions: *the consequences of the problems in building a relationship can affect the biological response of the infant, stress, its abilities to learn and its social skills. There is evidence that this could partly explain some biological and behavioral problems in adulthood.*

Close body contact between the baby and its mother immediately after birth affects the physiology and behavior of both.

Keywords*: midwife, mother-baby, build, support*

ВЪВЕДЕНИЕ

Емоциите на майката през бременността оказват съществено влияние върху плода. През деветте месеца започва да се формира личността му**.** Отдавна науката се раздели със схващането, че човешкият зародиш, току-що роденото бебе или дори съвсем малките деца НЕ разбират околния свят, че не чуват, не виждат и не запаметяват нещата около себе си**.** Оказа се, че те чуват всеки звук и възприемат интуитивно всеки цвят, форма, чувство или мисъл около тях. Вече все повече учени са убедени, че всичко това се случва още от първия миг на зачеването. Затова за тях, когато детето се ражда вече има деветмесечно минало, което се оказва, че е в основата на неговото бъдеще. Мнението на френският неонатолог проф. Жан Пиер Белие: е: „Важното е майката, двойката да си дадат сметка, че качеството на периферните стимулации на ниво реч, музика, ласки и хранителни съставки, на ниво мисъл и емоции, и главно на любов, представляват най-подходящата стимулация за една хармонична синаптогенеза." (фаза на развитие, по време на която в мозъка се създават връзки /синапси/ между невроните).

Още по-конкретен е швейцарският детски психиатър проф. Бертран Крамер който твърди, че „Човешките взаимоотношения се създават и поддържат с помощта на картини, създадени от всеки. Може да се каже, че детето първо се ражда в главата на своите родители, защото се констатира, че картината за едно дете води до цяла серия от желания и идеали. Едно идващо дете носи в себе си много надежди." Още в утробата бебето харесва едни неща, не харесва други, плаши се от трети. Започва да се формира от-

ношението му към себе си, това как се възприема, очакванията му към света. Затова отношението на майката към бебето и бъдещото майчинство е изключително важно, а също и на бащата . Страхът и тревогата на майката се предават на бебето чрез катехоламините (адреналин и норадреналин) в кръвта на майката. Повишената секреция на хормони през бременността води до напрежение в нервна система, което от своя страна в бъдеще би могло да доведе до проблеми с храносмилането, ниско тегло или поведенчески проблеми при детето. Твърде вероятно е хората, които са се чувствали несигурни в утробата, да се чувстват несигурни в себе си по-нататък в живота. Краткотрайният стрес не се отразява толкова силно на бебето, колкото продължителният. Напротив, безпокойството в умерени дози дори е полезно за бебето, защото започва да създава защитни механизми, търси начини за реакция, а това са предвестници на човешките мисли. Най-негативно се отразява личен стрес, който заплашва директно майката и бебето. Томас Верни, авторът на книгата „Тайният живот на неродения дете" смята, че любовта на родителите към бебето би могла да го предпази като щит от различни стресове. Бебето усеща нагласата на майката, а нейните положителни мисли му помагат да се справи. Много е важно бебето да се чувства обичано и от двамата родители, желано и сигурно, да говорят за него, да общуват с него много преди раждането.

ЦЕЛ

Да се проучат нагласите и очакванията на родителите за ролята на акушерката при предоставянето на подкрепа на жената по време на нейната бременност, раждане и ранния постнатален период за насърчаване на ранната връзка между майката и детето.

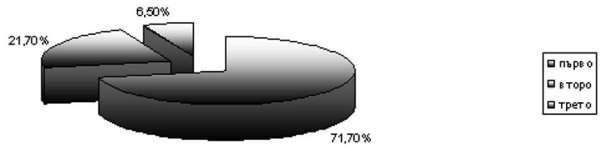
МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Проучено е мнението на родилки в постнаталния период в МБАЛ "Св. Анна"- Родилно отделение (46), изследването е проведено през периода–месец септември 2013/месец февруари 2014 година.Използвани методи – документален, статистически – анкетен, графичен анализ.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

В „прехода към родителство" трябва да се акцентира и върху емоционалните и социалните промени, които настъпват по време на бременността и следващия постнатален период, тъй като това е време изпълнено със стрес и адаптиране към нова роля. Съществуващата „конспирация на мълчанието", която обгръща този период, може да накара родителите да се чувстват така, като че ли са единствените, на които им е трудно. Това е изразено в различна степен в зависимост от поредността на раждането. Преобладаваща при нашите респонденти е групата (71,70%) за която настоящото раждане е първо (Фиг. 1).

Фиг. 1 Кое раждане беше това за Вас?



Редица фактори могат да окажат влияние върху способността на бъдещите майки да се свържат с развиващото се бебе, но определящ е дали бебето е било планирано и/или желано.

Първото тримесечие на бременността е време на нормална амбивалентност относно бременността. Дори и при планирана и желана бременност (85%), много е вероятно бременната да преживява противоположни чувства и емоции относно възможните последици от бременността й върху кариерата, връзката с мъжа й, бебето й и дори собственото й съществуване (Фиг. 2).

Фиг. 2 Доколко желана беше бременността за Вас?

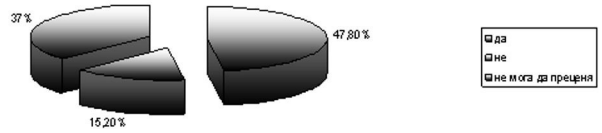


С навлизането във второто тримесечие се появяват много осезаеми признаци за съществуването на отделно живо същество. Майката чувства движението на бебето в нея. Може да види образа му върху монитора на ултразвуковия апарат. Започва да идентифицира плода като цялост, различна от нея, като отделна личност с независими движения, характеристики на съня и личностни черти.

За състоянието на бъдещата майка, преживяванията са от съществено значение. Затова попитахме родилките относно тяхната емоционална подготовка през бременността за новата роля, която ще поемат – тази на родител.

По-голяма част от анкетираните (47,80%) имат емоционална нагласа към прехода към родителство. Недостатъчно удовлетворителен, е отговорът на респондентите които не се чувстват подготвени (15,20%) или изразяват несигурност (37%), относно тяхната подготовка (Фиг. 3).

Фиг. 3. Бяхте ли подготвена емоционално за ролята си на родител?



Анализът на тези резултати посочват възможност за оптимизиране работата на Женска консултация чрез засилване на ролята и участието на акушерките .

Стресът и тревожността по време на бременност могат да имат вредно въздействие, което е възможно да продължи през целия живот на детето. Постоянно високите нива на хормони на стреса увреждат развитието на невралните връзки в мозъка на плода. Майчиният стрес през бременността може да бъде свързан и с акушерска патология. Грижите в периода след раждането са критичен момент, в който поведенческият отговор на майката към стрес може да повлияе върху физическото и емоционалното развитие на детето, включително и чувствителността към стрес в по-нататъшния му живот.

Много фактори по време на бременността могат да повлияят на нейния ход. Един от най-основните е стресът на майката – емоционален или физически. Отговорът към стрес е уникален за всеки индивид.

За да изследваме факторите, които са оказали влияние по време на бременността попитахме родилките за тревогите и страховете, които са изпитвали по време на бременността. Най- големи са опасенията свързани с финансовото обезпечаване на семейството (95,60%), следван от съмненията дали ще бъдат добри майки (91,30%) и дали всичко ще е наред с детето (82,60%) (Фиг. 4).

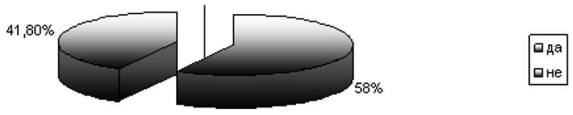
Фиг. 4. Кои са най-големите Ви опасения и тревоги, свързани с бременността?



Богатството на пренаталните представи на майката обуславя до голяма степен изграждането на връзка майка-бебе и привързаността на детето към родителите до едногодишна възраст.

За да насочим изследването си към степента и естеството на свързаност на майката определено от менталните й представи (т.е. ментални образи) за развиващото се бебе, ние попитахме родилките за представите които са изградили по време на бременността. Повече от половината (58%) са изградили ментални представи не само на базата на настъпващите биологични промени, но и от редица психични и социални фактори като спомените на майката, семейните й традиции, надеждите й. Те са свидетелство за привързаността й към плода. Възможно е обаче някои бременни жени (41,8%) да нямат желание да се ангажират с бебето си по време на бременността поради недостатъчен социален опит или като защитна реакция от разочарования (относно пола на детето, на кого ще прилича визуално) (Фиг. 5).

Фиг. 5. Имахте ли изградени представи за Вашето бебе , преди то да е родено?



Хроничната тревожност и депресия оказват въздействие върху развитието на мозъка на плода и водят до значителни промени във физиологията и поведението на плода/новороденото и до дългосрочни проблеми като хиперактивност, дефицит на вниманието, поведенческо разстройство. Значителен дял от анкетираните (83%) не са се чувствали депресирани по време на бременността, но дори и малката част от тях (15,20%) изпитвали чувство на депресия трябва да бъдат обект на въздействие от страна на акушерката с цел преодоляването й (Фиг. 6).

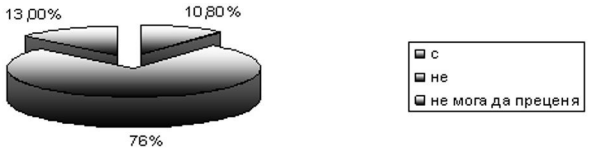
Фиг. 6 Бяхте ли депресирана по време на бременността?



Преживяванията по време на раждане влияят косвено при изграждане на емоционална връзка между майката и детето и трябва да са приоритетни в дейността основно на акушерките. Усещането на жената за раждането като травматично е индивидуално (субективно), а не дали обективно то е преминало без усложнения от акушерска гледна точка. Посттравматичното стре-

сово разстройство е свързано с редица фактори като високата степен на акушерска интервенция, неудовлетвореност от грижите по време на раждането, тревожност и депресия. Значителният дял на родилките (76%), които не свързват раждането с отрицателни емоции е предпоставка към бърз и безпроблемен преход към емоционалната връзка с новороденото (Фиг. 7).

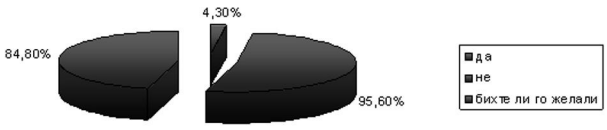
Фиг. 7 Раждането при Вас беше ли свързано с отрицателни емоции?



Близкият телесен контакт между бебето и майката непосредствено след самото раждане оказва влияние върху изграждането на връзка майка-бебе.

За съжаление в Родилно отделение на МБАЛ ”Св. Анна” такава практика няма (95,60%) или е епизодична (4,30%) , но отговорите на респондентите сочат, че тя е силно желана от тях (84,80%). Те интуитивно усещат, че контакта кожа-кожа в първите мигове след раждането им позволява да изградят по добра връзка между себе си и детето и осигурят пълно с любов здравословно начало (Фиг. 8).

Фиг. 8. Беше ли осъществен контакт ""кожа до кожа" с вашето бебе непосредствено след раждане?



ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Получените резултати ни дават основание да направим следните изводи, относно ролята на акушерката при изграждане на връзка майка-бебе :

1. Акушерката трябва да насърчава бъдещата майка да изгражда връзка със своето дете още по време на бременността, чрез създаването на положителен образ на бебето, отнасяйки се към него като самостоятелна личност.
2. Акушерката да оказва емоционална и психологическа подкрепа на бременните, особено на тези които изпитват чувство на тревожност или са в депресия.
3. Жени, които са подложени на опасност от травматично раждане трябва да получат допълнителна емоционална подкрепа от акушерката преди и по време на раждането.
4. Акушерката да насърчава контакта „кожа до кожа”, тъй като той оказва влияние върху физиологията и поведението и на двамата.

Акушерките трябва да идентифицират своята активна роля за прилагане на дейности, при изграждането на връзка майка-бебе през бременността, раждането и послеродовия период .

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Алис Милер - „В началото бе възпитанието“, издателство Изток Запад,2012
2. Дейвид Чембърлейн “Бебетата Помнят раждането” (1988)
3. Пионтели - “От Ембрион до Младенец”
4. Ръководство за добри практики за акушерки на Роял Колидж –„Емоционалното благосъстояние на майката и развитие на бебето“
5. Томас Верни: “Тайният Живот на Неродено дете” (1981)
6. Янус, Людвиг “Трайните Ефекти на Пренаталния Опит” (1997)

Адрес за кореспонденция:
Факултет „Обществено здравеопазване”
Катедра „Здравни грижи”
Ул. „М. Дринов” 55
e-mail: valitedi@abv.bg

НЕОБХОДИМОСТТА ОТ ДЕНТАЛНИ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ В ЗЪБОЛЕКАРСКИЯ КАБИНЕТ

Вержиния Цветкова[1], Даниела Христова[2]

[1]Катедра по Здравни грижи, МУ – Варна
[2]Студент III курс, спец. Мед. сестра, МУ – Варна

NEED FOR DENTAL NURSE AT DENTAL OFFICE

Verginia Tzvetkova[1], Daniela Hristova[2]

[1]Department of Nursing, Medical University – Varna
[2]Student III course spec: Copper. sister, MU – Varna

РЕЗЮМЕ

Въведение: *В днешно време изключителен интерес има към професията дентална медицинска сестра не само в България, но и в цял свят. Това е една актуална професия и специалност, която дава възможност на сестрата да асистира, администрира и подготвя лечението на пациента, да посреща пациента и подготвя за лечението, води иинформацията за пациентите.*

Необходимостта от присъствието на сестра специално обучена за работа с пациенти в денталния кабинет, все повече се усеща,липсата им води до понижено качество на здравното обслужване.

Целта на настоящето проучване е да се проучи мнението на български граждани над 16 години относно необходимостта от дентални медицински сестри в зъболекарските кабинети.

Материали и методи: *Проведено е онлайн интерактивно анкетно проучване с 173 лица през месец декември, документален метод – проучен литературен източник от интернет сайтове, лекционен материал,статистически метод за обработка и анализ на събраната информация.*

Резултати и обсъждане: *От направеното проучване и информация от чуждестранни сайтове се установи, че за да се практикува тази професия е нужно да се отнасят добре с хората, включително деца и лица със специални нужди, да притежава добри умения за работа в екип, позитивен и гъвкав подход към работата, добри организационни умения. Анкетираните лица потвърдиха нашите очаквания, за необхо-*

SUMMARY

Introduction: *Nowadays, there is great interest to the dental nurse not only in Bulgaria but also in the world. This is an actual profession and specialty, which allows the nurse to assist, administer and prepare the patient's treatment. Meet patient and prepare him for treatment. Results and patient information. The need for the presence of the nurse specially trained to work with patients in a dental office is increasingly felt their absence leads to reduced quality of care.*

Objective: *The purpose of this study is to examine the opinion of Bulgarian citizens over 16 years on the need for dental nurses in dental offices.*

Materials and Methods: *An online interactive survey with 173 litsa in December, documentary method - studied literary source websites, lectures, statistical method for processing and analysis of the information collected.*

Results: *The studies and information from foreign websites is found that in order to practice this profession need to relate well with people, including children and people with special needs to have good skills in teamwork, positive and flexible approach to work, good organizational skills. Respondents confirmed our expectations, the need for dental assistants in the dental office.*

Conclusion: *In conclusion we can say that this profession is especially topical nowadays, more and more talk about it and feel the need for dental nurses who will assist in the provision of quality medical care.*

Keywords: *dental nurse's office, need, current*

димостта от дентална сестра в зъболекарския кабинет.

Изводи и заключение: *В заключение можем да кажем че тази професия е особено актуална в днешно време, все повече се говори за нея и се усеща необходимостта от дентални сестри, които ще подпомогнат за оказване на качествени медицински грижи.*

Ключови думи: *дентална сестра, кабинет, необходимост, актуална*

ВЪВЕДЕНИЕ

В днешно време изключителен интерес има към професията дентална медицинска сестра не само в България, но и в цял свят. Това е една актуална професия и специалност, която дава възможност на сестрата да асистира, администрира и подготвя лечението на пациента, да посреща пациента и подготвя за лечението, води иинформацията за пациентите.

Необходимостта от присъствието на сестра специално обучена за работа с пациенти в денталния кабинет, все повече се усеща,липсата им води до понижено качество на здравното. обслужване.

ЦЕЛ

Целта на настоящето проучване е да се проучи мнението на български граждани над 16 години относно необходимостта от дентални медицински сестри в зъболекарските кабинети.

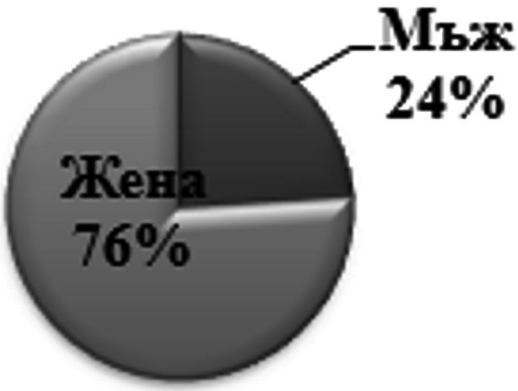
МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Проведено е онлайн интерактивно анкетно проучване с 173 лица през месец декември, документален метод – проучен литературен източник от интернет сайтове, лекционен материал,статистически метод за обработка и анализ на събраната информация.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Резултатите отразяват мнението на анкетираните, които посочват необходимостта от стоматологичната медицинска сестра. Проучването е анонимно с научноизследователска цел.

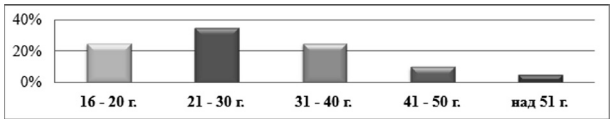
На фигура 1 е изобразена графиката на участниците в анкетата.



Фиг. 1. Пол на анкетираните

В проведеното онлайн интерактивно проучване се включиха 135 Жени и 42-ма Мъже. В процентни стойности се образуват като 76% Жени и 24% Мъже.

На фиг. 2 е изобразена диаграма с възрастовите групи на анкетираните.



Фиг. 2. Възраст на анкетираните

Анкетата беше попълнена от 5 възрастови групи, като най-много бройна беше възрастовата група на лицата между 21-30г., след тях на 2-ро място се нареждат лица между 15-20г. и лицата между 31 – 40г., следващи в проучването бяха лица на възрастта между 41-50г. и на последно място в анкетата се включиха 10 лица над 51 г.

На фиг. 3 е изобразена графика показваща резултатите от въпроса: „С какво образованието сте?”.



Фиг. 3. Образование на анкетираните

От графика става ясно, че 105 от анкетираните с резултат 60% са със средно образование, това ни кара да направим извода, че се интересуват от тази специалност, 13% от анкетираните са с основно образование. С образование Бакалавър са около 11% или само 20 от анкетираните са придобили това образование. Само 8% от анкетираните са с образование магистър, а само 6% са с образование висше специалист. В друго образование влизат 2% от анкетираните като в тази група, влизат лица без образование.

На фиг. 4 е изобразена графика на резултатите от въпроса: При Вашия зъболекар има ли медицинска сестра.



Фиг. 4. Има ли медицинска сестра при вашия зъболекар

От всички анкетирани 72% са категорични, че при тяхните лични стоматолози работят и медицински сестри, 21% посочват че при тяхните специалисти не работят медицински сестри. А 7% това са 12 лица от анкетираните са посочели, че не знаят.

На фиг.5 е изобразена графика на въпроса: „Според Вас стоматологичната медицинска сестра осигурява ли помощ и подкрепа на зъболекарите и други стоматологични специалисти ?"



Фиг. 5. Помощ и подкрепа от стоматологичната медицинска сестра

Вижда се, че анкетираните са категорични с 96% и смятат, че медицинската сестра ще осигурява помощ и подкрепа на зъболекарите и стоматологичните специалисти. Но само 4% посочват, че няма нужна от помощ и подкрепа от медицинска сестра.

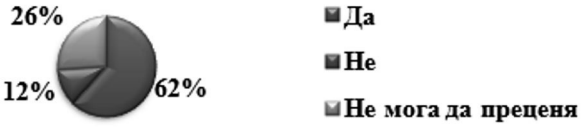
На фигура 6 представя резултатите на анкетираните,които запитахме необходимо ли е при зъболекар да работи сестра,която е обучена за стоматологична медицинска сестра?



Фиг. 6. Обучение за стоматологична медицинска сестра

На този въпрос, анкетираните посочват със 77%, че е задължително медицинските сестри които работят в стоматологични кабинети да бъдат обучени, отговора: „Не мога да преценя" посочват 14% от участниците в анкетата. От всички анкетирани това са 9% смятат че, медицинската сестра, която работи в дентален кабинет да бъде обучена за стоматологична медицинска сестра.

На фиг. 7 представя резултатите на анкетираните, които запитахме смятате ли че, медицинската сестра е достатъчно квалифицирана да участва в психологическата подготовка на деца и възрастни в стоматологичен кабинет.

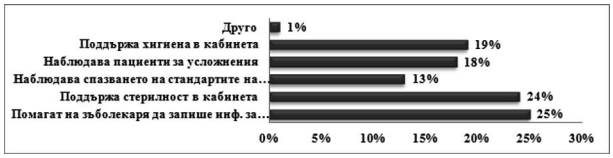


Фиг. 7. Участие на медицинската сестра в психологическата подготовка на пациент

От графиката става ясно на 62% от анкетираните споделят мнение че, медицинската сестра трябва да е достатъчно обучена и квалифицирана да участва в психологическата подготовка на деца и възрастни, но 12% посочват отговор „Не". А изненадващо е че, 26% анкетираните не могат да преценят и да посочат конкретен отговор.

На фиг. 8 е изобразена графика показваща резултатите от въпроса: С какво би помогнала стоматологичната сестра на зъболекаря?

На този въпрос, помолихме анкетираните да посочат толкова отговори, колкото смятат за необходимо. Ясно се вижда 25% посочват като основна помощ тя би помагала при записване на информацията за всеки пациент, с 24% посочват че стоматологичната сестра би по могла при под-



Фиг. 8. Стоматологичната сестра в помощ при наблюдение на пациент

държане на стерилността в кабинета. На следващо място са наредили по важност с 19% че поддържането на хигиена в кабинета от сестрата. С 18% са посочели, че наблюдаването на пациенти за усложнения би помогнала на зъболекаря, а само 13% смятат, че стоматологичната сестра би помогнала като наблюдаването спазването на стандартите на здравната и безопасна политика.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

От направеното проучване и информация от чуждестранни сайтове се установи, че за да се практикува тази професия е нужно да се отнасят добре с хората, включително деца и лица със специални нужди, да притежава добри умения за работа в екип, позитивен и гъвкав подход към работата, добри организационни умения. Анкетираните лица потвърдиха нашите очаквания, за необходимостта от дентална сестра в зъболекарския кабинет.

В заключение можем да кажем, че тази професия е особено актуална в днешно време, все повече се говори за нея и се усеща необходимостта от дентални сестри, които ще подпомогнат за оказване на качествени медицински грижи.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Лекционен материал от дисциплина: Сестрински грижи в денталната медицина, от Проф С. Тончева,д.м , Катедра „Здравни грижи" към ФОЗ.
2. http://www.nebdn.org/
3. http://badn.org.uk/4
4. http://infozauk.com/

Адрес за кореспонденция:
Даниела Димитрова Христова,
Медицински университет
„Проф. д-р П. Стоянов",
ФОЗ, катедра „Здравни грижи",
гр. Варна, ж.к „ Владислав Варненчик "
бл. 18 вх.5 ет. 3 ап.84
e-mail: danielawee9@gmail.com

ЕМОЦИОНАЛНА ИНТЕЛИГЕНТНОСТ И ОБУЧЕНИЕ НА СПЕЦИАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Мария Прошенска, Пенка Аргилашка, Мария Кукуларова

Медицински Университет – Пловдив
Медицински колеж, специалност Медицински лаборант

EMOTIONAL INTELLIGENCE AND TRAINING OF HEALTHCARE PROFESSIONALS

Maria Proshenska, Penka Argilashka, Maria Kukularova

Medical University – Plovdiv, Bulgaria
Medical College, Spesialty Medical Laboratory technician

РЕЗЮМЕ

Професионалното обучение на млади специалисти в медицинските колежи е насочено към придобиване на професионални знания и умения. Оказва се, че днес това не е достатъчно за тяхната успешна бъдеща реализация. В условията на съвременния здравен мениджмънт от тях се изисква да притежават и личностни качества и умения - екипност, комуникативност, самокритичност, инициативност, адаптивност, необходими за тяхното професионално утвърждаване и усъвършенстване, т.е. способности, съставящи "емоционална интелигентност" - термин, въведен от Даниъл Голман за означаване на широк спектър от способности.

Това провокира редица въпроси, а именно – емоционално интелигентни ли са младите хора, решили да се посветят на здравните професии; влияе ли нивото им на емоционална интелигентност на учебния процес, изискващ овладяване не само на професионални знания и умения, но и на умения за работа в професионална среда; необходимо ли е включването в учебния процес на подходи, водещи до развиване на емоционалната интелигентност на студентите и какви да бъдат те? Проучването показа, че развитата ЕИ има положителен ефект върху практическото обучение, което се отразява и върху цялостния учебен процес на студентите в медицинските колежи. Отделни нейни аспекти – екипност, комуникативност, емпатия, търпят развитие в процеса на професионално обучение.

SUMMARY

The vocational training of young professionals in medical colleges is mainly aimed at acquiring professional knowledge and skills. However it turns out that nowadays this is not enough for their successful future development. The modern healthcare management requires them to possess personal qualities and skills like teamwork, communication skills, self-criticism, initiative, adaptability, which are necessary for their professional recognition and development, i.e. abilities that form the "emotional intelligence" - term introduced by Daniel Goleman to refer to a wide range of abilities.

This provokes a number of questions related to their vocational training and namely - are young people who dedicated themselves to healthcare professions emotionally intelligent; does their level of "emotional intelligence" affect the teaching process that requires not only mastery of professional knowledge and skills but also the ability to work in a professional environment; is it necessary to include approaches in the teaching process that lead to the development of the "emotional intelligence" of students and what are they?

The study showed that high EI has a positive effect on the practical training. This also reflects in overall on the teaching process of students in medical colleges. Other aspects of IE like teamwork, communication skills, empathy are being further developed in the course of the professional training.

Knowing the nature of "emotional intelligence" and its impact on the training process in medical colleges, and respectively vocational schools, will contrib-

Познаването на същността на емоционалната интелигентност и влиянието й върху учебния процес в медицинските колежи, респ. професионални училища, ще допринесе за повишаване ефективността и качеството на професионалното обучение на младите специалисти.

Ключови думи: *емоционална интелигентност, професионално обучение, здравни специалисти*

Knowledge of the essence of emotional intelligence and its influence on the educational process in medical colleges, respectively professional schools, will contribute to increasing the efficiency and quality of vocational training of young specialists.

Keywords: *"emotional intelligence", professional training, healthcare professionals*

ВЪВЕДЕНИЕ

През последните години популярност придоби термина „Емоционална интелигентност", въведен от Даниел Голман за означаване на широк спектър от способности: способност за мотивация и устойчивост към фрустрация; контрол над импулсите; склонност към емпатия; способност да разбираме и приемаме собствените и тези на другите емоции, чувства, скритите механизми, които ни карат да реагираме по един или друг начин. Компонентите, съставящи емоционалната интелигентност, са:

- Самоконтрол – способност да управляваме и контролираме собствените си емоции;
- Самопознание – познаването на себе си и собствените емоции;
- Мотивация – способност да направляваме емоциите си с цел постигане на целите си;
- Емпатия – възможност да откриваш и определяш чуждите емоции;
- Социални умения – развиване и поддържане на междуличностни отношения, работа с другите, общуване с другите.

Те не се разглеждат като отделни характеристики, а всяка една се явява следствие другите, т.е. те са взаимно свързани помежду си.

Под интелигентност обикновено разбираме рационалната, познавателна интелигентност, чийто измерител е коефициентът на интелигентност IQ. На практика се оказва, че емоционалната интелигентност има много по-значителна роля за успешната личностна и социална реализация. Днес тя се разглежда като значим психичен ресурс за справяне в сложните житейски и професионални ситуации. „Интелектът сам по себе си никога не е достатъчен, защото много от проблемите са по същество от емоционален характер. Например такива проблеми са колегите, които са недоволни, когато работата не върви по техния начин, други, които са сприхави и лесно избухливи, трети, които не се справят със задълженията си по известни само на тях причини, и други, неспособни да работят в екип."(5) Според Голман, "Емоционално интелигентните хора имат преимущество в коя да е житейска област. По-вероятно е те да са в по-голяма степен удовлетворени и ефективни в живота."(1)

Професионалното обучение на млади специалисти в областта на здравеопазването е насочено към придобиване на професионални знания и умения. Оказва се, че днес това не е достатъчно за тяхната успешна бъдеща реализация. В условията на съвременния здравен мениджмънт от младите специалисти се изисква да притежават и личностни качества и умения - умения за работа в екип, комуникативност, самокритичност, инициативност, адаптивност, необходими за тяхното професионално утвърждаване и усъвършенстване, т.е. способности, съставящи емоционалната интелигентност.

Това провокира редица въпроси, свързани с професионалното им обучение, а именно – емоционално интелигентни ли са младите хора, решили да се посветят на здравните професии; влияе ли нивото им на емоционална интелигентност на учебния процес, изискващ овладяване не само на професионални знания и умения, но и на умения за работа в професионална среда (работа с пациенти и техните близки, колеги); необходимо ли е включването в учебния процес на подходи, водещи до развиване на емоционална интелигентност на студентите и какви да бъдат те?

ЦЕЛ

Проучване влиянието на емоционалната интелигентност върху ефективността и качеството на обучение на специалистите по здравни грижи в медицинските колежи.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Проведено бе проучване (март, 2013г.) сред 100 студенти от I, II и III курс в Медицински колеж, Пловдив, обучаващи се в специалностите „медицински лаборант", „акушерка" и „помощник-фармацевт".

Методиката на изследване включваше тест за емоционална интелигентност (адаптиран по Голман) и изготвена за целта на проучването анкета. Използваните методи са социологически (анкетен метод) и статистически (алтернативен анализ, графичен анализ, корелационен анализ). Наблюдавани бяха следните признаци: ниво на EIQ; среден успех на обучение; аспекти на емоционална интелигентност - мотивираност, комуникативност, умения за работа в екип, емпатична способност.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Данните от проучването показаха следното: от наблюдаваните 100 студенти при **82%** установихме висок EIQ; останалите **18%** притежават среден EIQ. Нисък EIQ не бе регистриран.

Високият EIQ предполага способност за своевременно установяване на контрол над собствените емоции, тяхното разпознаване и насочване към полезната за момента цел. Притежавайки точен, достоверен модел за себе си и максимално възползвайки се от него, хората с висок EIQ успешно се справят в критични ситуации, независимо от какъв характер. Лицата със *среден EIQ* са с малко неясна представа за някои от слабостите си, често надценяват своите способности и в повечето ситуации реагират или твърде емоционално, или с досада, отегчение. Лесно се влияят от настроението на околните и е почти невъзможно да установят контрол над емоциите (приятни или неприятни), които в момента ги владеят. Въпреки това, тези личности успешно се справят с ежедневния стрес и с лекота решават проблеми от различен характер.

Имайки предвид тези характеристики, формулирахме следното твърдение за работна хипотеза: ***високото ниво на емоционална интелигентност има положителен ефект върху качеството и ефективността на учебния процес***.

За целта разпределихме лицата с висока емоционална интелигентност на *справящи се* (със среден успех на обучение над добър (добър, много добър и отличен) и *трудно справящи се* (със среден успех на обучение задоволителен). От общо 82 студенти с висок EIQ **93%** са справящи се и **7%** трудно справящи се. Прилагайки алтернативен анализ, изчисленията показаха следното: при уровен на значимост над 95% и максимално допустима грешка 5,2, интервалът на доверителност за генералната съвкупност е 93,9+/-5,2, т.е. истинската стойност на относителния дял на справящите се с учебния процес студенти, притежаващи висока емоционална интелигентност, за генералната съвкупност е в интервала 88,7% до 99,1%. Изчисленият коефициент на корелация на Пирсон-Браве не доказа причинно-следствена връзка, т.е функционална зависимост между нивото на емоционална интелигентност и ниво на справяне с учебен процес, чийто показател е средният успех на обучение. Факт е обаче високият процент на студентите с висока емоционална интелигентност, справящи се в процеса на професионално обучение.

Как емоционалната интелигентност влияе върху качеството на учебния процес в посока неговата ефективност?

Разглеждайки *мотивацията* като един от нейните аспекти, предположихме, че регистрираното високо ниво на емоционална интелигентност у студентите се формира от наличието на висока мотивация. На въпроса „Чувствате ли се по-мотивирани в овладяването на Вашата професия за разлика от началния момент на обучението Ви?" **62%** отговарят положително**.** Ето част от причините, които студентите посочват за високата си мотивация:

- „чувство на уважение към професията";
- „придобиването на интересни и полезни знания"
- „интересно работно място";
- „желанието да упражнявам тази професия";
- „по-високо професионално самочувствие в резултат на придобитите знания и умения";
- „желанието да мога да се справям с всичко, да съм убедена в уменията си";
- „удовлетворение от това, което правя";
- „добри отзиви от колеги и пациенти;
- „притежавам знания, с които се чувствам полезен на близките ми".

Влияние върху високата мотивираност на студентите оказва и високата самомотивация при вземането на решение за избор на професия - **76%** от тях са взели самостоятелно решение.

Ако за цялостния учебен процес мотивацията е еднакво значима, в практическото обучение от значение са способности като комуникативност, екипност, емпатия, всяка една представляваща аспект на емоционалната интелигентност. Студентите, притежаващи тези качества, имат възможността максимално да се възползват от условията, които предлага учебният процес на студентите в реална професионална обстановка при работа с пациенти, с клиенти, с колеги. Емоционалната интелигентност „гарантира то-

лерантност във взаимоотношенията с другите, успешното общуване и работата в колектив, разрешаването на конфликти, понасянето, отправянето на критика и впрягането й в конструктивни цели" (Коцева 2013), а всичко това позволява ефективното обучение в професионална среда.

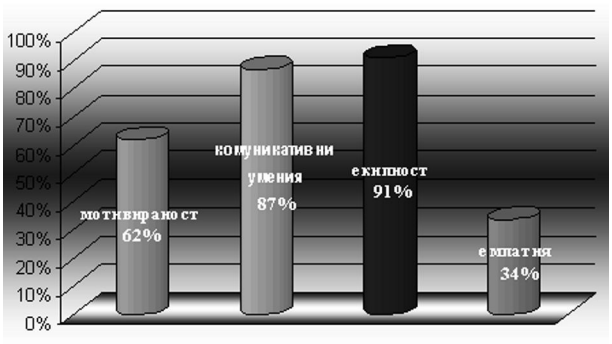
По отношение на аспекта *социални умения*, **87%** от студентите с висока емоционална интелигентност показаха развита *комуникативна способност*. Умението позволява по-лесното и по-бързо създаване на отношения на доверие с хората, включително поддържането на позитивни и продуктивни отношения с другите, а това е необходимо за разгръщане на ефективен учебен процес в реална професионална среда.

Екипността се разглежда като важно и необходимо условие при работа в професионална среда – професията на здравните специалисти е свързана с работа изключително в екипна среда. Тя (екипността) позволява изграждането на конструктивни взаимоотношения в съвместната работа с други хора. Резултатите от проучването потвърдиха факта, че при лицата с висока емоционална интелигентност и тази способност е добре развита. **91%** от студентите с висок коефициент на емоционална интелигентност в напрегната професионална ситуация търсят подкрепа или съвет от своите колеги, преподаватели и състуденти и само малък процент от тях - **9%**, игнорират екипа, влизайки в ролята на пасивни наблюдатели или разчитат единствено на себе си за справяне с проблемните моменти.

Емпатията като аспект на емоционалната интелигентност ни позволява да усещаме емоционалната атмосфера около нас и да направим правилна преценка за бързо приспособяване в конкретните житейски или професионални условия. Така, при студентите с висока емоционална интелигентност данните от проучването показаха наличие на средно ниво на адаптивност в професионална среда **34%** (1 курс 28%, 2 курс 31% и 3 курс 41%).

Хронологичното нарастване на процента на адаптивност се дължи на развиване на емпатична способност у студентите в резултат на работата им с различни колективи и пациенти/клиенти с различни здравен/социален статус, възраст, темперамент (практическото обучение на студентите от различните специалности в Медицински колеж протича в различни учебно-практически бази).

Ако за цялостния учебен процес мотивацията е еднакво значима, при практическото обучение от значение са способностите - комуникативност, екипност, емпатия, необходими за максимално възползване от условията, които предлага учебният процес на студентите в реална професионална обстановка при работа с пациенти, с клиенти, с колеги. Емоционалната интелигентност „гарантира толерантност във взаимоотношенията с другите, успешното общуване и работата в колектив, разрешаването на конфликти, понасянето, отправянето на критика и впрягането й в конструктивни цели" (3), а всичко това позволява ефективното обучение в професионална среда. Това е и вероятната причина **72,8%** от студентите, притежаващи висока емоционална и социална компетентност, да се справят изключително успешно по време на практическото си професионално обучение в сравнение с теоретичното, където се изискват определени интелектуални способности. Обобщавайки казаното дотук, данните показаха в групата *справящи се* студенти с висока емоционална интелигентност наличие на висока мотивираност, висока комуникативна способност, развити умения за работа в екип и емпатична способност (фиг.1).



Фиг. 1 Аспекти на емоционалната интелигентност, водещи до ефективен учебен процес

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Базирайки се на данните от проучването, можем да направим следните изводи:

1. Развитата емоционална интелигентност оказва положителен ефект върху практическото обучение, респ. и върху цялостното обучение на студентите в професионалните училища (в конкретния случай - медицинските колежи), с което и доказахме работната си хипотеза;
2. Високата емоционална интелигентност не е причина, а предпоставка за успешно справяне с учебния процес;
3. Отделните аспекти на емоционална интелигентност търпят развитие в процеса на професионално обучение.

Въпреки, че изнесените данни неоспоримо говорят за развита емоционална интелигентност при наблюдаваните студенти, на въпроса: „Не-

обходими ли са допълнителни часове към обучението Ви за овладяване на умения за общуване и справяне с проблемни ситуации в професионална среда?" **45%** отговарят утвърдително, **40%** не чувстват такава необходимост и **15%** нямат мнение. Отговорилите с „да" са студенти, които все още изпитват несигурност в действията си и трудности в общуването си с пациенти или колеги в професионални условия. С оглед развиване на тези проблемни аспекти е необходимо:

- установяването им още в начален курс на обучение чрез специални тестове за емоционална интелигентност;
- използване на различни подходи през цялостния процес на обучение, като ролеви игри, решаване на проблемни казуси, обучаване в различни комуникативни техники и др.

Защо е толкова важна емоционалната интелигентност? Съвместно проучване на университетите Харвард и Станфорд показва, че само 15% от успеха в живота се дължи на IQ (умствен интелект) и 85% се дължи на EIQ или емоционална интелигентност. „Добрата емоционална интелигентност дава възможност за изграждане на здравословни взаимоотношения и контрол над негативните емоции, които влияят върху способността ни да мислим, да се фокусираме и да извършваме задълженията си докрай (4)". Уменията да се справяме с емоциите ни помагат „да съхраним връзките си, да сме успешни в работата си и подхранват здравето и благополучието ни" (3).

Можем ли да развием своята емоционална интелигентност? Тя започва да се развива от най-ранното общуване в семейството и продължава цял живот. Развиването ѝ води до формиране на правилно и адекватно поведение при различните обстоятелства; способност за активно слушане и наблюдение върху другите; стремеж към по-високи стандарти; инициативност; способност за конструктивни взаимоотношения и съвместна работа с другите; способност за правилна преценка на емоционалното ни обкръжение с цел бързо приспособяване. В този смисъл, обучение, насочено и към развиване емоционалната интелигентност у студентите, ще бъде от полза за тяхното личностно развитие в професионален, включително и в житейски план. Така високата емоционална интелигентност се превръща в залог за бъдещата им успешна професионална реализация.

Познаването същността на емоционалната интелигентност и влиянието ѝ върху учебния процес в медицинските колежи, респ. професионални училища, несъмнено би допринесло за повишаване ефективността и качеството на професионалното обучение на младите специалисти.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Голман, Д., 2000. Емоционална интелигентност, 138
2. Гитуни, М., 2000, Емоционална интелигентност.
3. Коцева, А., 2013. Емоционалната интелигентност подлежи на тренинг, намерено на 15.04.2013г. от http://namama.bg/article-emocionalnata-inteligentnost-podlezhi-na-trening/215
4. Мавродиев, А., 2013. Емоционална Интелигентност – семинар, намерено на 26.03.2013г. от http://internet-biznes.net/lichno-prostranstvo/eq.html
5. Ууд Р., Х. Толи, 2007. Професионални тестове за емоционална интелигентност, 10-11

Адрес за кореспонденция:
Медицински университет – Медицински колеж, специалност „Медицински лаборант"
4000 Пловдив
e-mail: Margina62@abv.bg

СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА СЪДЪРЖАНИЕТО НА АКУШЕРСКИ ОБУЧИТЕЛНИ ПРОГРАМИ В КОНТЕКСТА НА БОЛОНСКИЯ ПРОЦЕС

Диана Димитрова, Лъчезар Попов

Медицински университет – Варна

COMPARATIVE ANALYSIS OF MIDWIFERY EDUCATION PROGRAMS IN THE CONTEXT OF THE BOLOGNA PROCESS

Diana Dimitrova, Luchezar Popov

Medical university – Varna

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Акушерското образование претърпя редица промени през последните няколко десетилетия не само у нас, но в държавите от ЕС. Реформата, известна като „Болонски процес" има за цел да създаде сближаване в областта на висшето образование, да увеличи възможностите за мобилност, трудова заетост и съвместни научни изследвания.*

Целта на настоящото изследване е да се направи анализ на учебното съдържание на акушерските обучителните програми у нас и четири държави от ЕС (Великобритания, Германия, Швеция, Белгия).

Материал и методи: *Проучени са осем програми за обучение на акушерки в бакалавърска образователна степен по отношение на обем, съдържание и дидактическо единство. Използван е документален метод и качествен контент - анализ.*

Резултати и обсъждане: *Европейските обучителни програми са съобразени със Световните стандарти за акушерско образование (Global Standards for Midwifery Education) приети през 2010 година. Те се базират на т.н. акушерски модел на грижа. Учебното съдържание е с акцент върху профилактиката и опазване на женското здраве и почива върху практика, основаваща се на доказателствата (Evidence-based practice).*

Заключение: *Акушерското образование в България все още е подчинено на медицинския модел на грижа към бременната жена. Липсва акцент върху превантивната медицина и консултантските умения. Наставничеството, което се утвърждава у нассъвпада напълно с европейската обучителна практика.*

SUMMARY

Introduction: *Midwifery education has gone through a series of changes in the last decades, not only in Bulgaria but also in other countries in the European Union. The reform known as the "Bologna process" aims to produce convergence in the area of higher (university) education, to increase opportunities for mobility, employment and joint scientific research.*

The objective *of the current study is to analyze the academic content of midwifery education programs in Bulgaria and four other countries in the European Union (Great Britain, Germany, Sweden, and Belgium).*

Materials and methods*: Eight bachelor`s degree midwifery programs are studied in terms of volume, content and didactical integrity. Documentary method and quality content analysis are used.*

Results and discussion*: European education programs are consistent with the Global Standards for Midwifery Education adopted in the year 2010. They are based on the so-called midwifery model of care. The academic content emphasizes prophylaxis and preservation of women`s health, and relies on evidence-based practice.*

Conclusion*: Midwifery education in Bulgaria is still subordinated to the medical model of care for pregnant women. The emphasis on preventive medicine and consulting skills is missing. Tutorship which gains popularity in Bulgaria completely corresponds to the European educational practices.*

Keywords: *midwifery education, midwifery education programs, Bologna process*

Ключови думи: *акушерско образование, акушерски програми за обучение, Болонски процес*

ВЪВЕДЕНИЕ

Акушерското образование претърпя редица промени през последните няколко десетилетия не само у нас, но ив държавите от ЕС. Реформата, известна като „Болонски процес“ създаде възможност за сближаване в областта на висшето образование, улесни мобилността, трудовата заетост и съвместните научни изследвания. Това насърчава прозрачната и лесна за сравнение системата на научните степени, генериране на нова образователна система в три цикъла. В допълнение към процеса от Болоня, акушерските програми са съобразени и с други европейски директиви, свързани с акушерката квалификация. Тези директиви изискват не по-малко от три години редовно обучение или най-малко 18 месеца (3000 часа) за редовно обучение след получаване на формална квалификация за медицинска сестра с общ профил (Директива 2005/36/ЕО). За разлика от Болонския процес, те не предявяват академични изисквания при регистрация и създават чудесна възможност за признаване на акушерското образование в целия ЕС. През 2009 г. СЗО разработи и предложи глобални образователни стандарти (Global standards for the initial education of professional nurses and midwives), които предвиждат девет модула, фокусирани върху укрепването на централната роля и функцията на акушерката в предоставянето на високо-качествени грижи по време на бременността и раждането, както и услуги в областта на репродуктивното и сексуалното здраве (WHO Nursing and Midwifery Progress report 2008-2012). За да бъдат напълно квалифицирани акушерките трябва да бъдат образовани и обучени според световните стандарти за акушерско образование от 2010г. (Global Standards for Midwifery Education 2010) на Международна конфедерация на акушерките (International Confederation of Midwives - ICM).

ЦЕЛ

Целта на настоящото изследване е да се направи съдържателен и сравнителен анализ на акушерските обучителните програми у нас и четири държави от ЕС: Великобритания, Германия, Швеция и Белгия.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проучени са осем програми за обучение на акушерки[1] в бакалавърска образователна степен по отношение на обем, съдържание и дидактическо единство. Използвани са интернет-ресурси и базата данни на Медицински университет-Варна (Scopus, Science Direct, Web of Knowledge), документи на Международната конфедерация на акушерките, СЗО, Министерство на образованието и науката в България, Българската асоциация на специалистите по здравни грижи и Медицинските университети. Електронното търсене е по ключови думи: „curriculum“ – учебен план; „syllabi“ – учебни програми; „midwifery education” - акушерско образование; “midwifery educational program“ – акушерски обучителни програми; College of Midwives – колеж по акушерство, Hebammenschulen (нем.) – училища за акушерки. Приложен е документален метод и качествен контент – анализ. Използвайки конструктивен подход, е направен анализ на съдържанието на разглежданите документи чрез тълкуване.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

1. Обучение на акушерки в Германия.

Практикуващите акушерки в Германия към 2012 година са около18 000. Броят на институциите, които обучават тези специалисти е 58. За настоящото проучване са анализирани програмите на **Institut für Hebammen Humboldt-Universität zu Berlin**[2] и в Университета в Оснабрюк (**Hochschule Osnabrűck**). Учебният план включва 1600 часа теория и 3000 часа практическо обучение в тригодишен срок на обучение последвани от 10 месеца практика. Образователната степен е **Bachelor Hebamme**. Обучението завършва с държавен изпит, който се състои от 3 части: писмен, устен и практически. За да се премине е необходима оценка не по-ниска от 4[3].При резултат под „4“ изпитът може да бъде повто-

[1] *Общото наименование „обучителна програма“ - curriculum е еквивалент на „учебен план“ в българската образователна система.*

[2] *Институт за акушерки към Университета Хумболт в Берлин.*

[3] *Оценките варират от „1“- много добре до „6“ – незадоволително.*

рен само още веднъж. Успешно положените изпити дават право на дипломантите да се сертифицират и да работят като акушерки. Много често се предпочита формата на групова акушерска практика. **Обучението включва 6 модула:**

- Знания за женското здраве в контекста на акушерството - 17 %;
- Акушерски умения - оказване на акушерски грижи, клинична оценка, действия в ситуации на спешност - 9%;
- Професионални роли - история на акушерството, етика, право, консултиране, методи на изследване, психология, социология, лидерство и PR - 11%;
- Медицински науки: анатомия, физиология, патология, хигиена, микробиология, генетика, неонатология, педиатрия, гинекология - 8%;
- Интерпрофесионални дисциплини: основи на научните изследвания, изследователски методи, статистика, епидемиология, комуникации, право и здраве, здравна политика, професионално сътрудничество, здравна превенция и промоция на здравето - 15%.
- Между 33 до 50% практическо обучение – 4 практически модула по 10 седмици по време накурса на обучение и 10 месеца допълнителен практически модул (преддипломен стаж).

2. Акушерско образование във Великобритания.

Всяка година в акушерски програми за обучение постъпват около 1600 кандидати, като 99% от тях са жени. Разгледани са учебните планове на Университета в Брайтън (**University of Brighton**) и **Florence Nightingale School of Nursing & Midwifery** към King'sCollege в Лондон. Присъжданата образователна степен след 3 годишен срок на обучение (156 седмици) е бакалавър (Midwifery BSc (HONS). Теоретичното обучение съставлява 45% от общия хорариум, а практиката е 55%. В табл. 1 са посочени модулите, които се преподаватв двете институции.

Табл. 1. Тематични модули на акушерски програми за обучение във Великобритания

	Университета в Брайтън	**King's College - Лондон**
Първа година	• Въведение в акушерската практика; • Въведение в изкуството на акушерството: акушерство базирано на доказателства; • Основи на акушерството; • Акушерско изследване; • Човешкото тяло в детеродна възраст; • Човешките взаимоотношения в контекста на акушерската практика.	• Акушерска практика I-ва част; • Биология и акушерска практика I-ва част; • Биология и акушерска практикаII-ра част; • Основи на акушерството; • Фармакология в акушерството; • Социални науки и акушерство;
Втора година	• Разработване на акушерски компетенции в практиката; • Промени в здравния статус по време на бременност и раждане; • Спешни състояния в акушерството; • Обществено здраве в сестринската или акушерската практика; • Оценка на научно-изследователския процес в акушерството.	• Акушерска практика II-ра част; • Обществено здраве и акушерство; • Методи за изследване; • Акушерство и сексуално здраве; • Медицински аспекти на раждането - I-ва част; • Медицински аспекти на раждането - II-ра част; • Оценка на нуждите и полагане на грижи; • Организация и модели на грижи (продължава и през трите години).
Трета година	• Организация на специализирана акушерска практика • Оценяване на културните различия в акушерската практика • Подготовка за автономна акушерска практика • Управленски умения	• Спешни състояния в акушерството; • Акушерска практика – III част; • Управление и обучение; • Оценка на новороденото; • Студентски проект; • Организация и модели на грижи (продължение)

3. Акушерско образование в Белгия

Акушерските обучителни програми в Белгия са много подобни по структура и съдържание на учебните планове у нас. В настоящия об-

зор са представени програмите на два университета: в град Льовен (**Leuven University**) и в Брюксел (**Erasmus School of Brussels**). Срокът на обучение е тригодишен (6 семестъра), а образователната степен е Bachelor of Midwifery. Разпределението на модулите е както следва:

Първи и втори семестър: развитие на нормална бременност, раждане и следродилен период, последван от стаж

Трети и четвърти семестър: рискова бременност, раждане и високо рискови новородени. Стажове в пренатална консултация, родилната зала, неонатологично отделение или отделение по избор.

Пети и шести семестър: Високо рисково акушерство, гинекология, първичнамедицинска помощ, инфертилитет, практика по избор.

Учебни дисциплини през първата година:

- Въведение: социология, етика, законова рамка на упражняване на професията, психология;
- Физиология на раждането;
- Физиология на бременността;
- Физиология на пуерпериума;
- Общи акушерски грижи;
- Биомедицински аспекти при здрави хора: фармакология, микробиология, хранене;
- Особености на професионалната реализация в областта на здравеопазването: акушерката и здравните грижи; научни изследвания в акушерството.
- Промоция на здравето и комуникативни умения;
- Хуманитарни науки: културно многообразие, етика, психология, право
- Практика.

Учебни дисциплини през втората година:

- Патология на раждането и постпарталния период;
- Акушерски умения и патология;
- Практика;
- Обща патология: психиатрични заболявания, хранене, неонатология, обща патология и фармакология;
- Акушерство базирано на доказателства (Evidence Based Midwifery)[4]
- Основни първични грижи;
- Интегрирано акушерско поведение.

Учебни дисциплини през третата година:

- Практика;
- Интензивни грижи;
- Гинекология;
- Грижи за жени преди забременяването (Preconception care)[5]
- Трудово право в областта на акушерските здравни грижи;
- Изготвяне на портфолио и заключителен обобщен тест.

4. Акушерско образование в Швеция

Според неправителствената организация „Save the Children", Швеция е най-доброто място да станеш майка, след Финландия.Неонатална смъртност е 1,5 смъртни случая на 1000, втората най-ниска в Европа след Исландия[6]. Акушерките в Швеция са натоварени с грижата за бременната жена и благосъстоянието на плода и дейността им се обезпечава от държавата. Акушерското образования в страната датира от 1711 година.От 1993 година е въведен четиригодишен курс на обучение с образователна степен BSc Honours Midwifery.

Според проучване на шведски учени, след въвеждането на бакалавърска степен в Швециямного преподаватели считат, че „комбиниране на академични и професионални изисквания може да бъде проблематично за някои студенти". Освен това преминаването на една доскоро „практическа" професия, каквато е акушерството към академично ниво поставя въпроса за баланса между теоретичната подготовка и придобиване на практически умения. В Швеция студентите трябва да проведат практика в родилно отделение като полагатгрижи за не по-малко от 100 жени, като водят самостоятелно раждане поне на 50 от тях. Същото изследване докладва, че делът на преподавателите с докторска степен след Реформата се е увеличил значително, като 90% имат 15 ECTS в педагогическо направление. От

[4]Evidence-based practice (EBP) - Практика, основана на доказателства е интердисциплинарен подход, за който започва да се говори след 1992г. Той се налага в областта на медицината и се разпространява и в други области като сестринството, психологията, образованието и информационните технологии. Неговите основни принципи постулират, че всички практически решения трябва: 1) да се основават на научни изследвания и 2) тези изследвания са избрани и се тълкуват в съответствие с някои специфични норми, характерни за EBP.

[5]„Preconception care" се дефинира като набор от интервенции, които имат за цел да идентифицират и отстранят биомедицински, поведенчески и социални рискове за здравето и/или бременността на жените чрез превенция и управление.

[6]Майчината смъртност в Исландия е 3,1 на 100 000 раждания.

друга страна, обаче, студентите се контролират от една или няколко акушерки, които често нямат бакалавърска или магистърска степен. Академичната общност в Швеция споделя мнението, че по-високото академично ниво сред акушерки в клиничната практика е желателно и трябва да се работи в тази посока.

Основните компоненти на акушерските образователни програми са посочени в табл. 2.

Според Директива 2005/36/ЕО (Раздел 6, Член 40) обучението на акушерките включва теоретично и практическо обучение с минимална продължителност от три години и познания в областта на акушерството и гинекологията; професионалната етика; познания върху биологичните функции, анатомията и физиологията в сферата на акушерството и на новороденото; проследяване на нормалната бременност; извършване на

Табл. 2. Концептуален модел на акушерски обучителни програми в Швеция

Акушерски критерии, които са фундамента на акушерското образование:	**Компоненти на Акушерските грижи (теория):**	**Акушерската практика включва:**	**Основни дисциплини**
Разпознаване на бременността, раждането и менопаузата като нормален физиологичен процес, свързан с развитието	Познаване историята на акушерството	Систематично събиране на пълни данни за изчерпателна оценка на здравето на всеки пациент, включително пълна здравна история и физически изследвания	Анатомия и физиология, включително фетална анатомия и физиология
Избягване на ненужната намеса при липса на усложнения	Познаване на основните правила за практикуване на професията	Разпознаване на проблемите и поставяне на точните диагнози основани на базата данни	Нормален растеж и развитие: физиология и психология на развитието
Излагане на научни доказателства в клиничната практика	Познаване на националните и международните изисквания и тенденции за женското здраве, майчинството и грижите за новороденото	Определяне на нуждата от здравни грижи/ проблеми с помощта на пациента	Наблюдение и съпровождане на нормална бременност. Водене на нормално раждане. Разпознаване на рискови фактори
Обучение на жените и техните партньори в здравните грижи.	Познаване на здравната политика на съответната страна	Осигуряване на информация и подкрепа на пациентите във вземането на решения и поемане на отговорност за тяхното собствено здраве	Грижи за жената и семейството в следродилния период. Насърчаване и подпомагане на кърменето.
Помощ за изграждането на здрави семейства и междуличностни взаимоотношения	Възпитаване на отговорност към философията на акушерските грижи и спазване на Етичния кодекс	Разработване на разбираем за пациента план на действие	Подпомагане на жената и семейството в полагане на грижи за деца до 3-годишна възраст.
Промоция на здравето, превенция на болестите и здравно образование	Усъвършенстване на самооценката, правилната преценка, самообучението и други дейности, които осигуряват качествено обслужване	Постоянни консултации, планиране и сътрудничество, отнасящи се или пренасочващи към подходящи грижи за пациента	Психо-социално, сексуално и поведенческо развитие. Теории за семейството.
Грижа за рисковите групи.	Развиване на лидерски умения	Вземане на правилни решения при усложнения, спешни ситуации и отклонения	Фармакодинамика и фармакотерапевтика

Подкрепа в полза на информираното съгласие, съгласуване на решенията и правото на самоопределяне.	Запознаване с мениджмънта и финансите	Оценяване с помощта на пациента на ефективността на грижите и подходяща промяна в плана на действие	Принципи на индивидуалното и групово обучение
Познаване на културните различия.		Консултантски умения в областта на семейното планиране и сексуалното здраве	Промоция на здравето и превенция на болестите
Познаване на допълнителните и алтернативни методи за подпомагане на раждането.			Медицинска генетика
Умела комуникация, напътстване и съветване.			Държавни документи и актове свързани със здравната политика
Уважение на личността на човека			Основи на епидемиологията
Сътрудничество с останалите членове на екипа			Хранене

необходимите прегледи за проследяване протичането на нормалната бременност; подпомагане на родилката по време на раждането и наблюдение на плода in utero чрез съответните клинични и технически средства; предприемане на спешни мерки в отсъствие на лекаря; преглед на новороденото и полагане на грижи за него; наблюдение на майката по време на следродилния период и даване на съвети за отглеждане на новороденото; провеждане на назначено от лекар лечение; достатъчен клиничен опит, придобит в акредитирани здравни заведения под контрола на специалисти с квалификация по акушерство.

Тези изисквания са реализирани под различна форма в съответните европейски обучителни програми. Обучението на акушерките в България се регламентира от Единните държавни изисквания и от издадената от МЗ Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. Акцентът в учебните планове е поставен върху медицинските аспекти на бременността и раждането, като се изучават дисциплини (УНГ, очни болести, нервни болести, медицинско осигуряване при бедствени ситуации) които не са включени в нито един учебен план на разгледаните европейски акушерски модели на обучение. От друга страна, в Европейските програми, дисциплини като вътрешни болести, хирургия, фармакология се интерпретират само в обсега на акушерските компетенции. У нас все още липсва холистичен подход към бременността и раждането:

- Не се преподават знания свързани с познаване на допълнителните и алтернативни методи за подпомагане на раждането;
- Знания свързани с различията в културните норми и практики по отношение на сексуалността и брака;
- Знания за интерперсоналната комуникация между акушерката, майката и нейното семейство (особено т.н. кризисни интервенции);
- Не се акцентира върху консултативните умения, работата в екип и лидерски умения;
- Акцентът се поставя върху поведение и лечение на съответните заболяване, а не върху неговата превенция и конкретната роля на акушерката.
- Превенция на насилието, промоция на женското здраве и поведение на акушерката при спешни състояния в акушерската практика са сред задължителните области на знания, а не факултативни или избираеми дисциплини, както е у нас.

Практическото обучение у нас не отстъпва по хорариум на европейското. Единствената разлика е, че в Европейските страни клиничната практика се преподава от работещи, изявени в практиката професионалисти под формата на менторство и наставничество. Студентите имат пра-

во да избират отделения в които да провеждат част от клиничното си обучение (както в съответната страна, така и извън нея).

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основните направления в които се провежда акушерското обучение в Европа са: пренатални грижи и семейно планиране (Prenatal Care/ Family Planning), майчини и неонатални грижи (Maternity/Neonatal Care), раждане (родилно отделение - Delivery Ward). По същите направления се провежда и обучението у нас, въпреки че все още е подчинено на медицинския модел на грижа към бременната жена. Липсва акцент върху превантивната медицина и консултантските умения. Наставничеството, което се утвърждава у нас, съвпада напълно с европейската обучителна практика.

Обучението в бакалавърски академични програми поставя въпроса за изискванията към преподавателите иутвърждаване на практики, основани на доказателства, респ. акушерство базирано на доказателства (Evidence Based Midwifery). Студентите получават не само диплома за акушерка, но и възможност за академично развитие в магистърски и докторски програми. Според Директива 2005/36/ЕО на Европейския парламент от 7 септември 2005 г. „не е желателно да се приемат валидни за всички държави-членки стандартизирани изисквания за обучение на акушерки. Вместо това държавите-членки трябва да разполагат с възможно най-голяма свобода да организират обучението за тази професия".

Това дава основание да твърдим, че акушерското образование в България удовлетворява Европейските изисквания и стандарти.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Директива 2005/36/ЕО на Европейския парламент от 07.09.2005.
2. Наредба № 1 на МЗ от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.
3. Учебни планове за специалност „акушерка" за учебната 2013/14 година в МУ Варна, София и Пловдив.
4. Ball, L., British Journal of Midwifery. Midwifery education: Making sense of the current challenges, Volume 20, Issue 7, July 2012.
5. Emons J.K., Midwifery in Europe. An inventory in fifteen EU-member states.The European Midwives Liaison Committee (EMLC)
6. Essential Competencies for Basic Midwifery Practice, International Confederation of Midwives.
7. Eval Health, PNJ Education. Nurse-midwifery education through graduate programs to provide a sufficient number of high quality nurse-midwives. Dec 5, 2006.
8. Evelyn Hermansson, The evolution of midwifery education at the master's level: A study of Swedish midwifery education programs after the implementation of the Bologna process, Nurse Education Today, Volume 33, Issue 8, August 2013.
9. Fleming Valerie, Anna Holmes. Basic nursing and midwifery education programs in Europe. A report to the World Health Organization Regional Office for Europe, 2005
10. Global Standards of Midwifery Education (2010), International Confederation of Midwives.
11. Lake, S. ,McInnes, R.J. Exploring cognitive skill development in midwifery education, Nurse Education in Practice, Volume 12, Issue 5, September 2012.

Адрес за кореспонденция:
Медицински университет – Варна
Медицински колеж, бул. «Цар Освободител» 84
e-mail: dimitrova@mu-varna.bg

ИЗПОЛЗВАНЕ НА НОВИ МОДЕЛИ ЗА ОБУЧЕНИЕ И УЧЕНЕ. ПРИЛАГАНЕ НА „МИСЛОВНИ КАРТИ" ПРИ ОБУЧЕНИЕТО НА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА"

Деспина Георгиева

Русенски университет "Ангел Кънчев"

USE NEW MODELS FOR THE TEACHING AND LEARNING. IMPLEMENTATION OF THE "MIND MAP" IN THE TRAINING OF THE STUDENTS OF SPECIALTY "NURSE"

Despina Georgieva

Ruse University "Angel Kanchev"

РЕЗЮМЕ

Дидактиката на висшето образование разработва въпросите за създаване на нови модели за обучение и учене. Необходимо е прилагане на стратегии за получаване на знания чрез въздействие върху когнитивните операции - усвояване, запомняне, възпроизвеждане на информация, използване и приложение в практиката. В началото на 70-те години на XX век Тони Бюзан измисля и разработва метода на „Мисловните карти". Те представляват визуално представяне на мисловния процес и са адаптивен инструмент за много дейности. Целта е да се повиши успеваемостта на студентите чрез въздействие върху когнитивните операции за усвояване и възпроизвеждане, използване и приложение на информацията в практиката. Материали и методи на изследването: При проучване на студентите от специалност „Медицинска сестра" в Русенски университет се установяват следните когнитивните дефицити - недостатъчни умения за систематизиране на голям обем информация, липса на умения за учене и частична удовлетвореност от учебния процес. Във връзка с компенсирането на посочените дефицити е проведен дидактически експеримент включващ: установяване на изходно ниво на знания; семинар на тема „Да се научим как да учим" и използване на техниката за изработване на мисловна карта; проверка на усвоените знания чрез 4 дидактически теста по модул от учебната програма. Дидактическите тестове са подбрани върху съдържанието на основни понятия, върху които се

SUMMARY

Didactics of higher education develop questions to create new models for teaching and learning. It is the implementation of strategies for gaining knowledge through an effect on cognitive operations - learning, remembering, playing information, use and application in practice. In the early 70 - es of XX century Byuzan Tony invents and develops the method of "Mind maps". They are visual representations of thought processes and adaptive tool for many activities. The aim is to increase the success of students through effects on cognitive operations to learn and play, use and application of information in practice. Materials and methods of the study: A study of students in " Nurse" in the University of Rousse, the following cognitive deficits - insufficient skills in organizing large amounts of information, lack of skills to learn and partial satisfaction of the learning process . In connection with the compensation of those deficits didactic experiment was conducted including: the founding of baseline knowledge; seminar "Learning how to learn" and technique for making mind map, checking the knowledge acquired by four didactic test in module of the curriculum. Didactic tests were selected on the content of the basic concepts that underpin adaptation to educational judgment. They make it possible to assess the effectiveness of the technique "mind map" to absorb the basic concepts. Summary of results conducted didactic tests found no difference in the K absorption of concepts in students from both groups. At equal values of Q in checking the baseline group used honey mind map was an increase of Q from 0.8 to 0.9, and the average score on a six-point rating scale improved from

гради адаптирането към образователно съждение. Те дават възможност да се оцени ефективността на техниката „мисловна карта" за усвояване на базовите понятия.

От обобщените резултати при проведените дидактически тестове се установява разлика в К на усвояване на понятия при студентите от двете групи. При равни стойности на Ку при проверката на изходното ниво, в групата използвала медота на мисловните карти се установява повишаване на Ку от 0.8 на 0.9, а средната оценка по шестобална оценъчна скала се повишава от 4.39 на 5,39 след приложения метод. При проведено отсрочено изследване на студентите (6месеца след усвояване на метода) 70% отговарят, че информацията се запомня по-бързо и знанията им са трайни. При 75% от студентите изпитните резултати са се подобрили, 90% от изследваните, споделят, че използват метода за обработка на различен тип информация. Студентите, при които този метод се е превърнал в стил на учене, са 50%.

Ключови думи*: обучение, метод "Мисловна карта", успеваемост, студенти, дидактически екперимент*

4.39 to 5.39 after the method. In a study conducted deferred students (six months after the absorption method) 70% responded that the information is saved faster, and their knowledge is durable. 75% of students examination results have improved, 90% of those surveyed said they would use the method for processing different types of information. Students in which this method has become a learning style is 50%.

Keywords*: training method "mind map" success, students, teaching experiment*

ВЪВЕДЕНИЕ

Дидактиката на висшето образование разработва въпросите за създаване на нови модели на обучение и учене. Те трябва да създадат условия, при които успеваемостта да е по-голяма, изразходването на психическа и физическа енергия по-малко, нивото на развитие на логическото и критическо мислене у обучаемите да се повишава, уменията за приложение на знанията в практиката да са по-комплексни [4].

Стратегиите за получаване на знания, свързани с когнитивни операции като усвояване, запомняне, възпроизвеждане, ползване, приложение в практиката, могат да бъдат разделени на две категории: разпознаване на съществено от несъществено и обработка и запазване на ценната информация. Тези две стратегии за придобиване на знания могат да бъдат усъвършенствани и да придобият универсален характер за всички учебни дисциплини. Независимо от избраната професионална област, студентите винаги ще прилагат в учебната си дейност наблюдението, слушането, говоренето, воденето на записки, конспектиранет. Стратегиите за подготовка за изпити започва от началото на семестъра. За добрата подготовка влияние оказват участието в семинарните занятия, контролните упражнения, посещението на лекции, различните видове практики. Според Л. Милков, базирал се на Ж. Делор за качеството на преподаването влияят множество фактори от обективен и субективен характер – обща и професионална култура на преподавателя, умения за резултатно общуване със студентите, богат активен и пасивен речник, материална база, висока степен на информатизация на образователната среда, активност на студентите (умения за задаване на въпроси, за анализ на изложени теории, факти, данни от програмния учебен материал, за бързо ориентиране в проблемни ситуации, опит при класифициране на информацията на главна и второстепенна) [6].

В началото на 70-те години на XX век Тони Бюзан измисля и разработва метода на „Мисловните карти", който се ползва от над 250 милиона хора по света. Те представляват визуално представяне на мисловния процес и са адаптивен инструмент за много дейности в личния живот и бизнеса: планиране, организиране, създаване, представяне, решаване на проблеми, комуникация и др. Литературните източници показват, че методът „Мисловни карти" „интелектуални кар-

ти“, «карти на знанието» са удобен начин за изобразяване процеса на общото системно мислене с помощта на схема. Мисловните карти са проста и ефективна техника. Използват се от ученици, студенти, преподаватели, бизнесмени. С помощта на мисловните карти може да проведе мисловна атака, да се структура сайт, да се запомни информация [3].

ЦЕЛ

Повишаване на успеваемостта чрез въздействие върху когнитивните операции за усвояване и възпроизвеждане, използване и приложение на информацията в практиката.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

При проучване на студентите от специалност „Медицинска сестра” се установяват следните когнитивните дефицити - недостатъчни умения за систематизиране на голям обем информация, липса на умения за учене и частична удовлетвореност от учебния процес.

На изходните знания на тема „Задължения и отговорности на медицинската сестра при прилагане на лекарствени средства, изписване на лекарства”-чрез дидактически тест от I и II познавателно равнище по В. Беспалко[47]: Изследването е осъществено със 44 студента , разделени на две подгрупи – група А и група Б.

Оценките на дидактическите тестове се формират въз основа на получените съществени операции (СО). След изчисляване на правилно изпълнените СО може да се намери Ку коефициент на усвояване.

Ку= а/р

а- правилно изпълнени съществени операции

р - всички съществени операции съгласно еталон

За провеждане на изследването са използвани Дидактически тестове, разработени по съдържанието учебниците на Е. Желева, използвани в обучението [5].

Резултати от началния констатиращ тест:

Задължения и отговорности на медицинската сестра при прилагане на лекарствени средства изписване на лекарства

Изследвани групи	Средна оценка по шестобална оценъчна скала	Усреднена стойност на коефицент на усвояване Ку
Група А	4,30	0,8
Група Б	4, 40	0,8

Във връзка с компенсирането на посочените дефицити е проведен дидактически експеримент включващ:

1. Установяваване на изходно ниво на знания;
2. Проведане на семинар на тема „Да се научим как да учим” и използване на техниката за изработване на мисловна карта;
3. Проверка на усвоените знания чрез 4 дидактически теста по модул от учебната програма.

Дидактическите тестове са подбрани върху съдържанието на основни понятия, върху които се гради адаптирането към образователно съждение. Те дават възможност да се оцени ефективността на техниката „Мисловна карта” за усвояване на базовите понятия.

С цел установяване на ефективността на метода на мисловната карта, преди да се представи методиката на обучителния модул е необходимо да се установи изходно ниво на усвояване на понятия. След лекционния курс по дисциплината Философия и въведение в сестринските грижи по време на УПЗ, осъществено по традиционния начин на провеждане се осъществи оценка

От получените резултати се установява, че при двете групи равнището на усвоени знания е еднакво. Средната стойност на Ку е 0.8 при максимален Ку=1.

Тази техника е подбрана като подходяща т. к тя обобщено „работи” за онези фактори, които бяха групирани във връзка с когнитивните дефицити-недостатъчните умения за систематизиране на голям обем информация, липса на умения за учене и частична удовлетвореност от учебния процес.

За подготовка на семинара са използване книгите на Т. Бюзън [1,2,3].

Целта на проведения семинар на тема „Да се научим как да учим” е да се установи:

- как влияе методиката на мисловната карта върху усвояването на понятия;
- как влияе практическото използване на методиката върху усвояване на понятия.

Методът на мисловната карта се прилага при обучението на студенти от специалност „Медицинска сестра” по дисциплините Клинична

практика и учебно-практически занятия по Философия и въведение в сесринските грижи.

Методичен план на семинара:

1. Запознаване с метода на „Мисловните карти" за обработка на информация.
2. Определяне на целта на предложения метод - систематизиране, логическа последователност на подрежане на информацията, запомняне и лесно възпроизвеждане на учебното съдържание.
3. Анализиране предимствата на метода и запознаване с публикувани модели на „мисловни карти", обсъждане на положителните резултати, получени при подготовка за изпити и необходимост от запомняне и възпроизвеждане на голям обем от информация.
4. Определяне на стъпките, правила и изискванията за приложението на техниката за създаване на мисловни карти.

Подготовката за реализиране методиката включва:

- подготовка на преподавателя, включваща осигуряване на учебни материали и технически средства;
- подготовка на студентите, изразяваща се в теоретично усвоени знания по конкретната тема, осигураване на технически средства.

Основен методичен акцент бе предоставеният на всички 44 студента алгоритъм от последователни действия и методика за изработване на мисловна карта, които е разработен за целите на изследваането, основавайки се на Т. Бюзан [1].

- Предоставяне на предварително подготвена информация по темата на студентите.
- Използва се лист А4, разположен хоризонтално.
- Дава се указание в центъра на листа да се разположи образ на проблема /задачата/, т.е централната идея.
- От центъра излизат дебели разклонения с надписи – те означават главните раздели на картата.
- Основните разклонения имат подразклонения, свързани с ключови думи.
- Желателно е да се използват печатни букви
- По възможност се вмъква разнообразна визуална декорация – форми, цветове, обем, шрифт, стрелки, изображения.
- Важно е да се изработи индивидуален стил.

Студентите бяха запознати с методологичния инструментарим, покойто се оценяват познавателни умения за „Мисловна карта".

Макет на карта за оценка на усвоена техника „Мисловна карта"

Изследвани студенти	Единици за наблюдение					Общ. бр. точки
	1. Използване на подходящ формат листи	2.Централно разположение на идеята	3. От центъра излизат дебели разлконения с надписи-главни раздели на картата	4. Използване на подходяща декорация	5.Използване на друг визуален формат	
1.						
2.						
...						
22.						

Със знак „+" се отбелязва приложена единица за наблюдение и носи 1 т., а със знак „-" не спазено изискване, съответно 0 точки. Максималният брой точки е 5.

Критерии за оценка на усвоено умение:

Ку = а / р

Ку –коефициент на усвояване на техниката

а – верни единици за наблюдение

р – общ брой предвидени единици за наблюдение

Въз основа на коефициента е предложена степенна скала за усвояване на техниката.

Таблица 1. Степени на усвоена техника

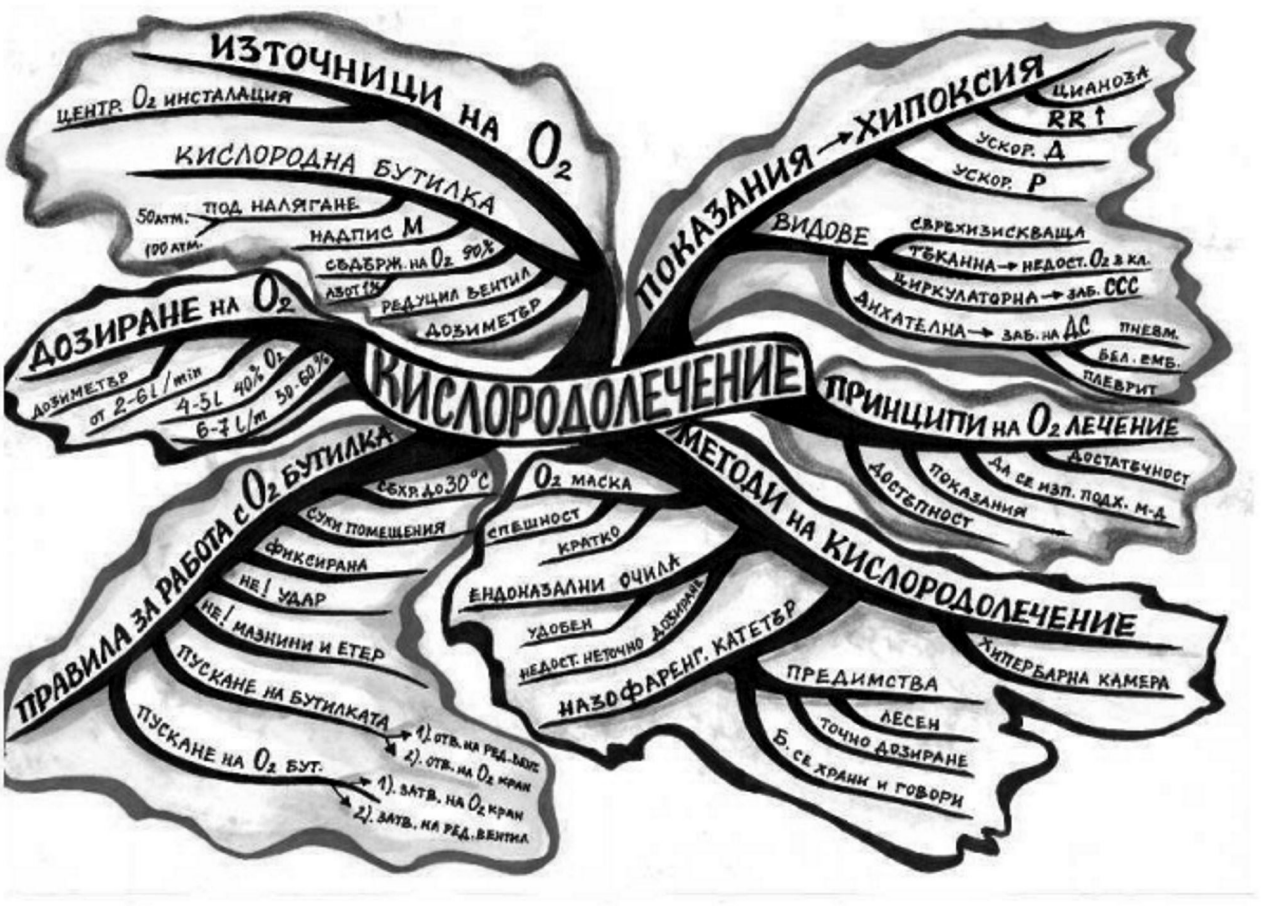
Степени на усвояване	**Висока степен на усвояване**	**Средна степен на усвояване**	**Ниска степен на усвояване**
Бр. точки	5 точки	4-3 точки	под 3 точки
Ку	Ку=1	Ку=0.8	Ку=0.6

Степента на усвоените умения се осъществява чрез карта за оценка, след представяне на индивидулно изработената от студентите мисловна карта.

Отчитане на резултатите от оценка на умения за усвоена техника:

- група А - състояща се от 22 студента, при 17 от студентите е установена висока степен на усвоено умение, при 5 - средна степен на усвояване.
- група Б - от изследваните 22 студента 19 са усвоили техниката по всички показатели, а 3 от студентите са със средна степен на усвояване, като основен пропуск е използването на друг визуален формат при организиране на информацията.

В практическата част на семинара се разработи колективна мисловна карта на тема „Кислородолечение” по следните методични указания съобразени с Т. Бюзан [1].



Фигура 1. Миловна карта на тема ”Кислородолечение”

За доказване ефективността на прилагането на техниката „Мисловна карта” и повишаване на когнитивните способности на студентите изразени в успешно усвояване на знания при двете групи студенти се прилагат различни подходи при провеждане на УПЗ. Използва се Модул инжекционна техника от прогрмата за обучение по Философия и въведение в сестрински грижи-част втора, включващ следните теми:

Подготовка за инжектиране - аспириране на лекарствени средства от ампула, флакон, банка; Правила и техника на подкожна инжекции, приложение на инсулин; Правила и техника за вътрекожна инжекция; Правила и техника за венозна инжекция. Осигуряване на траен периферен венозен път. Поддържане и обработка на траен венозен път.

Спазено е изискването за изравняване на двете изследователски групи, студентите от двете групи са участвали в обучителен семинар за прилагане на техниката „Мисловна карта”, провеждане на изследването по един и същи теоретичен модул; включване на еднакъв брой студенти в двете групи и еднакво ниво на изходни знания. Единствена разлика се изразява в прилагането на различен подход при провеждане на УПЗ по ФВСГ.

При студентите от група група А се използва традиционна методика при провеждане УПЗ,

без да се изисква от тях изготвянето на мисловна карта.

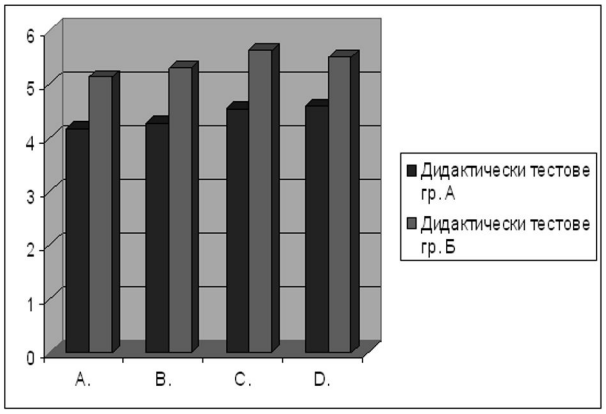
При студентите от група Б, образователният процес протича в следната последователност:

5. Провеждане на УПЗ по традиционната методика.
6. В последната част на упражнението при съобщаване на темата за следващото УПЗ, на студентите се поставя задача при подготовката си по темата за следващото упражнение да използват техниката на мисловната карта и да я представят по време на учебни занятия.

Същият подход се използва по всяка от темите, включени в тематичния модул. В края на всяко УПЗ паралелно в двете групи се провеждат дидактически тестове по съответната тема. Представени са обобщени резултати от проведените 4 теста, включени в модул "Инжекционна техника, проведени със студентите от група А и група Б, представени в таблицата като А, Б, С, D.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНИЯ

Представена е таблица с обощени резултати от проведените дидактически тестове.



Фигура 2. Обобщени резултати от дидактически тест A, B, C, D по цифрова оценка

дул „Инжекционна техника" след приложен метод на „Мисловната карта" резултатите, изразени в цифрова оценка по шестобалната оценъчна скала при 4-те теста в група Б са съответно - 5.13, 5.31, 5.63, 5.50, при група А оценките са 4.18, 4.27, 4.54, 4.59 и среден резултат 4.39.

При еднакво изходно ниво на знания при двете изследвани групи се наблюдава увеличаване на степента на усвояване на понятия с една единица от шестобалната оценъчна скала при студентите от група Б, използвали метода на мисловната карта.

Таблица 2. Обощени резултати от приложените четири дидактически теста

Дидактически тестове	Група А		Група Б	
	Средна оценка по шестобална оценъчна скала	**Усреднена стойност на коеефицент на усвояване Ку МИНК- 0.6**	**Средна оценка по шестобална оценъчна скала**	**Средна стойност на коеефицент на усвояване Ку МИНК- 0.6**
А.	4.18	Ку=0.8	5.13	Ку=0.9
В.	4.27	Ку=0.8	5.31	Ку=0.9
С.	4.54	Ку=0.8	5.63	Ку=0.9
D.	4.59	Ку=0.8	5.50	Ку=0.9
Среден резултат	4.39	Ку=0.8	5. 39	Ку=0.9

От получените обобщени данни на резултатите от проведените дидактически тестове е очевидна разликата в степента на усвояване на студентите от двете групи. При група А, резултатите на Ку са над 0.7, което е показател за добра успеваемост - средна оценка - 4.39 по шестобалната оценъчна скала. Значително се променят резултатите на студентите от група Б, използвали метода на мисловната карта. При тях на всички тестове е постигнато ниво на Ку=0.9 и среден резултат по шестобалната оценъчна скала 5.39.

От фиг. 2 е видна разликата в нивото на усвоени понятия на двете изследвани групи. По мо-

От проведеното отсрочено изследване чрез интервю със 22 студенти от група Б шест месеца след запознаване с метота „Мисловна карта", 70% отговарят, че информацията се запомня по-бързо и знанията им са трайни. При 75% от студентите изпитните резултати са се подобрили, 90% от изследваните, споделят, че използват метода за обработка на различен тип информация. Студентите при които този метод се е превърнал в стил на учене са 50%, споделят, че го използват

без да се изисква това от тях. Част от мненията на студентите са цитирани.

Мнения на студенти от група „Б"- специалност „Медицинска сестра"

Студент: Ф.А

„Аз прилагам метода за обработка на информация – мисловна карта и мога да кажа, че използвайки този метод много бързо запомням материала, използвам различни цветове за основни точки по темата. Обработената информация е систематизирана, лесно се запомня и бързо се преговаря. Използвам метода при подготовката си по голяма част от дисциплините."

Студент: Б.К

„Одобрявам и използвам метода. Чрез този метод запомням лесно. При подготовката си за изпити по различни дисциплини резултати ми се подобриха. Методът позволява в логическа последователност и систематизирано да се организира информация, която е с голям обем. Във формат А се синтезира целият материал по темата. Използвам различни цветове и символични рисунки."

Студент: В.Н

„Аз мисля, че разработването на мисловни карти е много добър и ефективен метод за систематизиране на материала и улесняване на ученето. Възможността да се събере цялата тема на една страница изключва риска от пропускане на важните акценти по темата. Използвам метода по много от дисциплините, трудя се повече, но успехът на изпитите е гарантиран"

Студент: А.Б

„Според мен методът " мисловна карта" е изключително полезен при изучаването на обемен лекционен материал. Особено полезен е когато източниците на информация са различни. Този метод осигурява качествена подготовка т. к информацията се синтезира, използват се ключови думи, рисунки и цветове. Подредената информация в логическа последователност и свързаност спомага за по-бързото и трайно запомняне. Преговаря се бързо"

Студент: М.М

„Съставянето на мисловни карти е изключително ефективен метод и може де се използва във всяка област. Подходящ е поради необходимостта от осмисляне на информацията и последващото и подреждане. Аз лично съм използвала този метод и съм изключително доволна от резултатите".

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ

На базата на проведения дидактически експеримент се доказа ефективността на метода „Мисловна карта" върху когнитивните способности на изследваните студенти.

От проведеното отсрочено изследване се установява, че при 75% от студентите, използващи „Мисловни карти", като основен метод за учене изпитните резултати са се подобрили.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Бюзан Т, Суперпамет, Софт Прес, 2011г
2. Бюзан Т., Б. Бюзан, Твоят ум може всичко, Мисловни карти, Софт Прес ООД, 2010г.
3. Бюзан, Т.,Използвай интелекта си, Кибея,2000г.
4. Иванов, И., Интерактивни методи на обучение, Юбилейна научна конференция с международно участие 50 години ДИПКУ- Варна на тема Образование и квалификация на педагогическите кадри, развитие и проекция през 21 век", Варна, 2005 г. (стр. 16-17)
5. Желева Е.,Общи и специални сестрински грижи- практико - приложни аспекти, първа и втора книга, Екс-прес, 2011г.
6. Милков Л., Приложение на екипната дейност в университетското обучение (с. 93-96)

Адрес за кореспонденция:
Русенски университет
e-mail dgeorgieva@uni-ruse.bg

ПРЕНОСИМОСТ НА ОСИГУРИТЕЛНИ ПРАВА В ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ

Параскева Манчева[1], Мария Вълканова[2]

[1]Катедра „Обща медицина и клинична лаборатория“, Медицински университет – Варна
[2]Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“, Медицински университет – Варна, УНС по медицинска етика и право

INSURANCE RIGHTS TRANSFER WITHIN THE EUROPEAN UNION

Paraskeva Mancheva[1], Maria Valkanova[2]

[1]Department of Family Medicine and Clinical Laboratory, Medical University of Varna
[2]Department of Social Medicine and Public Health Organization, Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

След присъединяването на Р България през месец януари 2007 г. към Европейския съюз (ЕС), европейските правила от всички сфери станаха реалност и за българските граждани.

Осигуряването на високо равнище на социална защита е ключовата и най-важна цел на социалните политики на страните-членки на Европейския съюз. Водеща роля в изпълнението на тази цел на национално ниво имат системите за социална сигурност и в частност пенсионните системи. Разрастващото се сътрудничество дава възможност все повече българи да търсят професионална реализация в други държави-членки на ЕС.

Осигурителните системи на страните-членки на ЕС са изправени пред предизвикателства, поставящи под въпрос потенциала им успешно да изпълняват своята обществена функция.

С цел запазване на устойчивостта на осигурителните системи ЕС насърчава държавите-членки да пристъпят към тяхното реформиране в насоки, даващи възможност за осигуряване на социално-осигурителните права на гражданите.

Ключови думи: *осигурителни права, социална защита, пенсионна система*

SUMMARY

After Bulgaria joined the European Union (EU) in January 2007 European norms and regulations in all areas became true to all Bulgarian citizens. Providing high level of social protection is the corner stone of all social politics in EU member states. Leading role in accomplishing this goal on a national level has the social security system, in particular – the pension system. Growing cooperation gives the chance to more and more Bulgarians find professional opportunities in other EU member states. Insurance *systems in EU member states confront challenging questions concerning their potential for successful public function execution. Aiming to preserve sustainability of* insurance *systems EU encourages member states to engage in reforms enabling opportunities to guarantee all citizens' social security rights.*

Keywords: *insurance rights, social security, pension system*

ВЪВЕДЕНИЕ

На територията на държавите-членки на Европейския съюз (ЕС), живеят и работят повече от 450 милиона души. Правилата на ЕС се прилагат в Р България след присъединяването на страната към Съюза през месец януари 2007 г. Наред със свободното движение на стоки, капитали, услуги, ЕС се стреми да насърчава и движението на хора [7,14]. От разработените в тази посока правила са се възползвали много граждани на страните от ЕС, които се преместват да живеят и работят в друга държава-членка за по-кратък или по-дълъг период от време. Разрастващото се сътрудничество дава възможност все повече българи да търсят професионална реализация в други държави-членки на ЕС. Още с постъпването си на работа в чужбина българските граждани следва да се подчиняват на различни правила за социално осигуряване. Това обуславя необходимостта от информираност на лицата относно правата и задълженията им в тази област [3,9,10,11,12]. С цел запазване на устойчивостта на осигурителните системи ЕС насърчава държавите-членки да пристъпят към тяхното реформиране в насоки, даващи възможност за гарантиране на социално-осигурителните права на гражданите.

СЪЩНОСТ

Един от често задаваните въпроси, свързан с последиците от застаряването на населението в Европа е „Възможна ли е преносимост на осигурителни права от Р България към страните от ЕС и обратно?" Този въпрос има своя смисъл, тъй като в някои страни от ЕС работещите рискуват да изгубят осигурителните права, които са натрупали, ако сменят работата си или се преместят в друга държава. Загубата на осигурителни права се явява сериозно препятствие пред свободното движение на работещите от една страна в друга. С оглед съхраняване на стабилността на осигурителните системи, на територията на Европейският съюз е разработено законодателство, което стимулира тяхното реформиране в три основни насоки:

- гарантиране на адекватни пенсии за всички и борба с бедността на възрастните хора;
- гарантиране на финансовата устойчивост на пенсионните режими;
- приспособяване към демографските промени.

Осигурителните системи на ЕС дават възможност за реализиране на конкретни права и задължения, свързани с изплащане на различни видове обезщетения, а именно: обезщетения за общо заболяване и майчинство, за трудова злополука и професионално заболяване, за безработица, семейни обезщетения, обезщетения за наследници и помощи при смърт, както и пенсии за осигурителен стаж и възраст, пенсии за инвалидност и пр.

Правилата на ЕС са насочени към преодоляване на възникването на евентуални правни проблеми, свързани с преносимостта на посочените права. За тази цел е необходимо:

- избягване на двойното социално-осигурително покритие, което води до двойно плащане на осигуровки;
- българските граждани да проверяват предварително, дали вноските им за социално и здравно осигуряване се заплащат редовно;
- избягване на ненужно високи цени за медицинска помощ.

Във връзка с разглежданата проблематика от съществено значение е да се изясни при какви условия Правилата на ЕС за социално осигуряване са относими към българските граждани. Тези предпоставки са следните:

- Първо, съответните граждани следва да са по националност българи като независимо от националността им, членовете на семейството на българските граждани и неговите наследници, ще имат покритие по някои видове обезщетения, например семейни обезщетения, наследствени пенсии, медицински разходи;
- Второ, необходимо е да са били осигурени по българска схема за социално осигуряване като наето или самостоятелно заето лице [13,17].
- Трето, наличие на навършена пенсионна възраст преди 1 януари 2007 г. – датата на присъединяването на България към ЕС;
- Четвърто, отнасят се и за държавните служители, студентите, лицата без гражданство и бежанците.

Тези правила се прилагат единствено и само, ако е налице **преместване на местоживеенето в друга държава-членка на ЕС.** По-конкретно те се отнасят:

- за всички държави-членки, страните от Европейското икономическо пространство (ЕИП – Лихтенщайн, Норвегия и Исландия) и Швейцария;

- за граждани на трети страни, които пребивават законно на територията на ЕС (с изключение на Дания) и които отговарят на критериите за миграция;

Преди започване на работа в друга държава-членка на ЕС, българският гражданин трябва да знае [2,4]:

- къде ще се осигурява, т.е. кое законодателство ще се прилага спрямо него – българското или на друга държава. Това е изключително важно не само заради заплащането на вноските за социално осигуряване, но също и с оглед на правата за получаване на обезщетения и сумирането на бъдещите осигурителни права;
- при напускане на работното място в България и постъпване на работа в друга страна от ЕС, за българския гражданин ще важи законодателството на държавата, където е започнал работа. В резултат на това правата му в Р България ще престанат да се натрупват, а ще започне натрупване на права в страната, където е започнал работа, дори и да продължи да живее в Р България;
- в случаите, когато се касае за период по-кратък от 12 месеца, спрямо лицето ще действа българското законодателство (например при командироване в друга държава ще продължи натрупването на осигурителни права в Р България);
- при наличие на право на пенсия за инвалидност, придобито в една държава, а местоживеене или пребиваване в друга, е необходимо осъществяването на някои административни процедури, в т.ч. и медицински прегледи, които се организират от институцията на държавата по местоживеене или престой. Възможно е обаче за тази цел лицето да бъде задължено да се върне в страната, където е придобито правото, за извършване на медицинските прегледи, стига здравословното му състояние към този момент да го позволява.

Според законодателствата на повечето страни от ЕС един и същ осигурителен орган осъществява и социалното и здравното осигуряване [5]. В Р България компетенциите са разделени между Националния осигурителен институт и Националната здравно-осигурителна каса [8,16]. За да получи право на обезщетение в държава-членка, българският гражданин трябва да попълни т.н. европейски формуляри (Е-формуляри), които служат за обмен на данни между институциите за социално осигуряване в различните страни.

В тази връзка следва да се има предвид, че схемите за изчисляване на някои обезщетения, като тези за изчисляване на обезщетенията за инвалидност например, в отделните страни от Европейския съюз, **се различават съществено.** Тези различия могат да бъдат обобщени в две големи групи [1,6]:

- страни, които прилагат основана на риска логика (законодателство от тип А). Според този подход лицето има право на една и съща пенсия независимо от периодите на осигуряване. Задължително изискване е в момента на получаване на увреждането лицето да е осигурено. Този метод на изчисляване важи само за някои схеми, изброени в Приложение VI към Регламент 883/2004, например схемите в Чешката република, Естония, Ирландия, Гърция, Латвия, Финландия, Швеция и Обединеното кралство. Ако лицето е било осигурявано само по законодателства от тип А и ако тези законодателства са изброени в горепосоченото Приложение VI то ще получи пенсия от страната, в която е било осигурено, когато е получило увреждане;
- Страни (преобладаващата група), които използват пропорционален метод (законодателство от тип Б), а именно: пенсията за инвалидност се изчислява в зависимост от периодите на осигуряване във всяка страна: колкото по-дълго е осигурявано лицето преди да получи увреждане, толкова по-висока ще бъде пенсията му. Дори ако не е били осигурено, когато е получили увреждане пак ще има право на пенсия. Ако лицето е било осигурявано само по законодателства от тип Б, ще получи отделна пенсия от всяка държава, отговаряща на периодите на осигуряване там.

В случай, че лицето е било осигурено по две или повече законодателства от тип А и Б, ще получи пропорционална пенсия от всяка от тези страни. Веднъж отпуснато обаче, **обезщетението се изплаща** на лицето, където и да се намира то в ЕС.

Според законодателството на Р България пенсиите и другите обезщетения, които са гарантирани от европейското право, се изплащат на българските граждани при напускане на страната и установяване в друга държава-членка. Това става по два начина:

- в повечето случаи парите ще се изплащат директно на лицето;
- има и някои държави (Германия, Кипър и Литва), в които изплащането на обезщетенията се извършва чрез техните институции, т.е. осигурените лица ще получават парите си от чуждите институции, а не директно от българските.

Общи правила по отношение на изплащането на обезщетенията:

- ако не са изпълнени условията за придобиване на пенсия за инвалидност в конкретната държава се търсят държавите, в които лицето е пребивавало или работило, прилагащи същата пенсионна система, които могат да отпуснат пенсията за инвалидност;
- при достигане на необходимата възраст за пенсия по старост за пенсионер с право на пенсия за инвалидност по регламент 1408/71 съществува възможност пенсията за инвалидност да се трансформира в пенсия за старост по същия регламент;
- по отношение на лица, осигурени в една държава: размерът на пенсията за инвалидност се определя в съответствие с действащото в конкретната страна законодателство и правата на тези лица ще бъдат същите като на нейните граждани;
- по отношение на лица, осигурени в повече от една държава: ако преди придобиване на право на обезщетение за инвалидност лицето е осигурено в повече от една държава, съществуват няколко различни възможности. В тези случаи обикновено лицата имат право кумулативно да получат две или три отделни пенсии за инвалидност.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Преносимостта на осигурителни права в ЕС е правно регулирано явление
2. Схемите за изчисляване на обезщетенията за инвалидност на държавите-членки на ЕС са съвместими със законодателството на Р България
3. Правилата за социално осигуряване на ЕС са относими и толерантни към българските граждани
4. Необходимост от информиране на българското общество относно добросъвестно усвояване на осигурителни права в ЕС

С присъединяването на България към ЕС социално-осигурителните права на българските граждани в рамките на Съюза са добре защитени. Това допринася за по-голямата мобилност на работната сила и за по-доброто гарантиране на плащанията към осигурените лица след като са излезли от „полето на труда". Българските граждани, работещи в ЕС имат право на пенсии от страните, в които са работили, но същото се отнася и за лицата, идващи от страни-членки да работят в България. Това налага ефективно взаимодействие между институциите, адаптиращи правилата за преносимост на осигурителни права в ЕС и адекватна информираност на обществеността с оглед избягване на злоупотреби в осигурителните системи на страните-членки.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Башева, Ф. Преносимост на пенсионни права при свободно движение на хора в ЕС, Правни механизми за осигуряване на преноса на пенсионни права, Търново, 2008, http://www.nbu.bg.
2. Бояджиев, Вл. Пенсионни системи в някои страни от ЕС и България, Конфедерация на труда „Подкрепа", София, 08.2009, http://library.fec.de.
3. Гачева, А. Изплащане на български пенсии в Република Турция, Труд и право, 2001, 9.
4. Димитров, И. По някои въпроси от правната уредба на инвалидите, УИ„Св.Св.Кл. Охридски". Актуални проблеми на трудовото и осигурително право, т.3, София, 2008.
5. Кларк, Дж. Институционална рамка на Европейския съюз в сферата на уврежданията: Политика и директиви, Център за независим живот, София, 2002, http://search.nationallibrary.bg.
6. Координиране на схемите за соц.сигурност в ЕС, НОИ, брошура за правата на българските граждани след присъединяването към ЕС, http://www.nssi.bg.
7. Права на човека, ООН, www.undp.bg/uploads/documents/1219_654.pdf.
8. Проблеми на пенсионната система в България, Икономически и социален съвет на РБ, становище, София, 12.12.2006.
9. Списък на действащите двустранни спогодби за социално осигуряване към

01.02.2005, страна по които е РБългария, http://www.bulgaria.be/sp_embassy.htm.

10. Спогодба между Република България и Великото херцогство Люксембург за социално осигуряване, ратифицирана със закон, приет от 39-то Народно събрание на 30.03.2005 г., ДВ, бр. 32/2005., изд. Министерството на труда и социалната политика, обн., ДВ, бр. 21/10.03.2006.

11. Спогодба за социална сигурност между РБългария и държавата Израел, 25.03.2008, http://aliya.bg.

12. Спогодба за социално осигуряване между Република България и кралство Белгия, http://www.noi.bg/content/laws/spogodbi.html.

13. Станкова, Л. Евроинтеграция – свободно движение на хора, Труд и право - месечен дайджест с приложение „Българското трудово законодателство – 100 години и след това“, 2005, 12.

14. Танчев, Е. Равенството - конституционни измерения и съобразяване с хартата за основните права в Европейския съюз и Директива 2000/43, Права на човека, изд. Фондация „Български адвокати за правата на човека“.

15. Точев, И. Международно признаване на осигурителни права, Труд и право-месечен дайджест с приложение „Българското трудово законодателство – 100 години и след това”, 2005.

16. Хаджиев, К. Декларация за правата на хората с увреждания в Република България, Център за независим живот, София, 2001, http://search.nationallibrary.bg.

17. Шойлеков П. Отново за правата ни в ЕС, Отворено общество, София, 22.10.2009, http://potv.eu.

Адрес за кореспонденция:
гр. Варна, Бул.“Христо Смирненски” 1,
МБАЛ ”Св.Марина” – Варна,
ДКЦ „Св.Марина” – Варна
Катедра по Обща медицина и клинична лаборатория,
Факултет „Обществено здравеопазване”,
Медицински университет
„Проф. Д-р Параскев Стоянов”- Варна
гл.адм. асистент д-р Параскева Манчева, д.м.
e-mail: p_mancheva@abv.bg

ЯВЛЕНИЕТО WHISTLEBLOWING В СЕСТРИНСТВОТО

Силвия Александрова-Янкуловска

Медицински университет - Плевен

WHISTLEBLOWING IN NURSING

Silviya Aleksandrova-Yankulovska

Medical University of Pleven

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Whistleblowing е публично разобличаване на нередности в една организация от нейн служител. Това е начин за вътрешна критика и финална стъпка на поемане на отговорност. В края на XX век обществена популярност добиват няколко случая на сестри претърпели различни наказания заради предприето от тях разобличаване на нисък стандарт на грижи за пациентите, скрито смесване на лекарства с храната на пациентите, неквалифицирана лекарска помощ.*

Целта *на настоящия доклад е на базата на литературен обзор да представи същността на явлението whistleblowing, аргументите за и против, професионалните последици и ефектите върху сестрите, предприели разобличаване.*

Дискусия. *Разобличаването на неетични и незаконни практики е оправдано, когато съществува риск от сериозна вреда за обществото, налице е ясен доказателствен материал, разобличаването е последно средство на избор и би довело до предприемане на ефективни мерки. В сестринството аргументите в полза на разобличаването включват справедливо третиране на пациентите, защита на техните права, предотвратяване на вреда. Разобличаващият поема риск да бъде обвинен в нелоялност, нарушаване на конфиденциалността, пресметливост. Професионалните последици за лицето варират от понижение в длъжност, порицание, натиск за оставка и дори консултация с психиатър. Физическите ефекти включват безсъние, отпадналост, главоболие, засилено тютюнопушене.*

Заключение. *С повишаване на обществените очаквания към качеството на медицинските грижи наличието на възможност за вътрешен контрол от колеги е важно. За да може разобличаването да бъде ефективно е необходимо да*

SUMMARY

Introduction*: By definition whistleblowing is a public reporting of wrongdoing in an organization by its worker. It is a way of internal critics and final step of taking responsibility. In the end of XX century several cases of nurses who suffered different reprisals for whistleblowing got publicity. These were signals for low standard of patients' care, secretly slipping sedatives in patients' food, unsafe physician's care.*

The aim *of this paper, based on literature review, is to present the essence of whistleblowing, the arguments for and against, professional consequences and effects on the nurses-whistleblowers.*

Discussion. *Reporting of unethical and illegal practices is justified when there is a risk of serious damage to the society, clear evidence, whistleblowing is a means of last resort, and it would lead to effective measures in the organization. In nursing the arguments for whistleblowing include treating patients justly, fulfill the role of patients' advocate, prevention of harm. The whistleblower takes risk to be blamed in disloyalty, breach of confidentiality, self-interest. Professional consequences vary from demotion to reprimand, pressure for resignation and even referral to psychiatrist. Consequences on physical health include restless sleep, fatigue, headache, and increased smoking.*

Conclusion. *With the increase of public expectations towards medical care, the availability of opportunity for internal control by colleagues is important. So as to whistleblowing being effective, it is necessary to guarantee protection to the whistleblower from the negative personal effects.*

Keywords*: whistleblowing, nursing, harm, reporting*

се подсигури защита на разобличаващия спрямо негативните лични ефекти от действията му.

Ключови думи: *whistlewblowing, разобличаване, сестринство, вреда*

ВЪВЕДЕНИЕ

Whistleblowing е публично разобличаване на нередности в една организация от нейн служител. Това е начин за вътрешна критика и финална стъпка на поемане на отговорност. До публично разобличаване се стига, когато в дадена организация един служител смята, че знае правилния път на поведение, но колективът или компанията като цяло прокламира различно, неетично решение. В така създадения междуличностен конфликт „различният служител" може да реши да следва собствените си ценности и да откаже да участва в неетично или незаконно поведение. След като такъв служител не може да обсъди ситуацията с колегите си или с непосредствените си ръководители, той може да пристъпи към излизане извън организацията и разгласяване на ситуацията с цел коригиране [11].

Сигнализиращият служител трябва да действа особено предпазливо, за да защити законните интереси на работодателя си и самия себе си. С това предварително условие се разграничават няколко *основателни критерии за пристъпване към разобличаване*:

- Риск от сериозна вреда за обществото. В противен случай вътрешните проблеми трябва да се повдигат първо в организацията.
- Ясни индикации и наличие на доказателствен материал.
- Пропорционалност между интересите, които се защитават и тези, които се накърняват.
- Последно средство на избор след изчерпване на всички възможности за справяне отвътре, като разкриването трябва да бъде пред подходящи „трети лица".
- Сигнализиращият служител трябва да вярва, че разобличаването ще доведе до предприемане на ефективни промени спрямо нарушението.
- Чиста мотивация [5].

Последиците за разобличаващият често са драматични: временно отстраняване от длъжност, глоби, понижение, уволнение. Предвид на това, че разобличаването е в полза на обществото, някои страни прилагат специални мерки за защита на разобличаващото лице.

В края на XX век обществена популярност добиват няколко случая на сестри претърпели различни наказания заради предприето от тях разобличаване на нисък стандарт на грижи за пациентите, скрито смесване на лекарства с храната на пациентите, неквалифицирана лекарска помощ [12,18]. Същевременно проучване от 2011 г. на Британския кралския сестрински колеж сред 3000 сестри показва, че 34% от тях са били разубеждавани да не докладват проблеми на работното си място, което е с 13% повече от резултатите от аналогично проучване през 2009 г. [1].

ЦЕЛ

Целта на настоящата работа е на базата на литературен обзор да представи същността на явлението whistleblowing, аргументите за и против, професионалните последици и ефектите върху сестрите, предприели разобличаване.

ДИСКУСИЯ

Говорейки за явлението whistleblowing (разобличаване) в сестринството първо трябва да изясним особеностите на дефинирането на понятието в този специфичен контекст. Според Ahern и MacDonald [2] това е всяко докладване на неетично поведение на работното място. Същите автори конкретизират, че разобличаваща сестра е тази, която идентифицира ситуация на некомпетентност, неетичност или незаконност на работното място и я докладва на някой, който има властта да спре порочната практика. В тези дефиниции не се разграничава вътрешното от външното разобличаване. Подчертаването на публичния характер на разобличаването, обаче, е от решаващо значение за разбиране на рисковете и дилемите свързани с него. В този аспект Wilmot [22] определя разобличаването като обществено излагане на погрешно организационно поведение.

Сестрите имат уникалната възможност да регистрират освен единични инциденти, така и тенденции на неуместно поведение, игнориране на процедури и опасни практики в директна-

та грижа за пациентите. За съжаление наличните кодекси за професионално поведение често се оказват неефективни в такива случаи. Съгласно Международния кодекс на сестрите „сестрата предприема подходящи действия за предпазване на индивидите, семействата и общността, когато здравето им е застрашено от колега или друго лице“ [9]. Какви да бъдат тези „подходящи действия“ е оставено за свободна интерпретация според ситуацията. Сестрите основно предприемат разобличаване за защита на пациента [4]. Тези, които се въздържат от разобличаване споделят „традиционни ценности“ за ролята на сестрата, а именно следване на инструкциите на лекаря и подчинено положение [2].

В сестринството *аргументи в полза на разобличаването са:*

- Предотвратяване на нанасянето на вреда. В медицината неетичните практики могат да доведат до тежки последици за пациентите – загуба на личното им достойнство, злоупотреби и дори причиняване на смърт.
- Благодеяние. Неетичните практики правят пациентите още по-уязвими, възпрепятстват благоденствието им и достигането на целите на здравните грижи.
- Подсигуряване на справедливо отношение към пациентите в случаи на дискриминация [6].
- Защита на правата на пациента.
- Предотвратяване на повторение на неетичната практика.
- Привличане на политически и управленски интерес към проблемите на медицинската практика.
- Защита на имиджа на професията [21].
- Заслужава да се отбележи и ефекта, който имат неетичните практики върху обучаващите се: разочарование от тези, които трябва да са техни ролеви модели и да ги водят в професията; обезсърчаване и насърчаване на апатия; страда техния професионален идеализъм [7]. Ако не се отговори на тези чувства на обучаващите, те се превръщат в млади професионалисти социализирани в среда, в която се толерира мълчание спрямо неетичните практики.

Аргументи против разобличаването:

- Лоялност към организацията. Лоялността по принцип се разглежда като добродетел, но тъй като може да стигне до неприемливи крайности е необходимо да бъде съчетана с професионална мъдрост и интегритет.
- Собствен интерес и протекция на собственото здраве от негативните ефекти на разобличаването.
- Конфиденциалност [6].

Да се докладва ли даден проблем?

Нека се обърнем към етичните теории, за да отговорим на този въпрос. Според деонтологията човешките действия трябва да са хармонизирани с универсални правила. Казването на истината е крайъгълен камък на тази теория, така че тя би изисквала от професионалиста да отстоява истината независимо от последствията. Деонтологичният подход обаче поставя сестрите в ситуация на конфликт на задължения – към работодателя и към пациентите. В съответствие с етичните кодекси задълженията към пациента, обаче, вземат превес. Утилитаризмът също би подкрепил разобличаването с аргумента да се постигне максимална полза и да се минимизира вредата [22]. Етиката на добродетелта изисква от индивида да въплъщава интегритет и смелост. Разкриването на колеги с неетично поведение се вписва напълно в същността и на тази теория [13].

Решението дали да се докладва регистриран от сестрата проблем изисква внимателно предварително обмисляне на редица въпроси (***табл. 1***), а също и преценка дали ако не се докладва проблема това ще е съвместимо с личните ценности и житейски цели. Lackman съветва да се потърси отговор на въпросите [13]:

- Ако осъществя това решение, ще се чувствам ли спокойна да го съобщя на семейството си?
- Бих ли искала децата ми да се държат като мен?
- Това решение съответства ли на решението на един разумен, информиран и добродетелен човек?
- Мога ли да се примиря с решението си?

Проучване на реакциите на 23 студенти образователно-квалификационна степен магистър

Табл. 1. Въпроси при обмисляне на предприемане на разобличаване

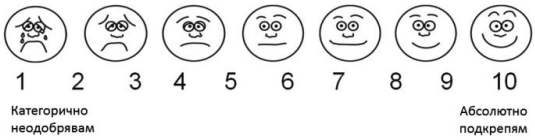
В чии интерес е разобличаването?
Кой може да понесе вреди?
Каква е мотивацията за разобличаването?
Какви са последиците за разобличаващия и организацията?
Съществува ли друг начин за привличане на внимание върху проблема?
Разобличаването ще разреши ли проблема?
Целта оправдава ли средствата?

на специалност „Управление на здравните грижи“ спрямо различни ситуации на разобличаване показа следните резултати (***табл. 2***):

Как да се докладва?

Общото правило е преди да се излезе в широката общественост проблемът да се докладва въ-

Табл. 2. Реакция на студенти спрямо различни ситуации на разобличаване

											
		брой студенти избрали отговора									
Ситуация А	Вие се включвате в приятелски мач, по време на който Ваш съотборник извършва нарушение спрямо противников играч. Нарушението остава незабелязано от съдията. Друг Ваш съотборник, обаче, спира играта и уведомява съдията за нарушението.	0	1	4	2	4	2	2	0	2	6
Ситуация Б	В днешния ежедневник прочитате, че строителна компания е предоставила доказателства за съществуващи строителни практики, които застрашават здравето и са в разрез с нормите за безопасност и които са довели до сериозни наранявания или фатални случаи през последните 2 години.	0	0	0	4	1	0	0	0	2	16
Ситуация В	Вие работите във фирма произвеждаща леки автомобили. Ваш колега, когото не познавате лично, разкрива в медиите информация за потенциално животозастрашаващ дефект в най-продавания модел автомобили на фирмата. Продажбите на въпросния модел спадат главоломно и се налагат големи съкращения на персонал.	0	0	1	0	5	2	5	0	0	10

Студентите са по-склонни да подкрепят разобличаване, когато то е в интерес на по-голяма група хора, може да нанесе сериозни вреди и разобличаването може да доведе до разрешаване на проблема (ситуации Б и В). Компактността на одобрителните отговори намалява при понасяне на директни рискове за интересите на разобличаващото лице (ситуация В).

тре в организацията като се преминава на по-високо йерахично ниво в случай на неудовлетвореност от предприетите мерки на по-ниското ниво.

Лицето, което планира разобличаване първо трябва да се запознае с наличната политика за докладване на етични проблеми и да идентифицира лицето, към което следва да се обърне непосредствено. Проблемът трябва да бъде ясно

изложен и да се търсят отговори, а не само да се отправят обвинения. Разобличаващият трябва да изрази притесненията и чувствата си. Лицето, което изслушва сигнала, трябва да предприеме изясняване на случая, на гледните точки на въвлечените лица и наличието на регулаторни механизми за отстраняването на проблема. Дискутират се и се документират предприетите мерки, при нужда се информира по-високо ръководно ниво. Разобличаващото лице задължително трябва да получи информация за действията по случая [17].

Последици от докладването

Здравните професионалисти са социализирани в култура, протектираща мълчанието, която прави разобличаването рядко избирана опция за постигане на желана промяна в съществуваща неетична практика. Възниква напрежение между нуждата да се разреши проблема и необходимостта да се контролират щетите за организацията, тъй като подронването на репутацията на здравните институции има неблагоприятни ефекти върху обслужваната популация.

Philipsen и Soeken [16] правейки преглед на няколко случая на разобличаване в сестринството отчитат, че нито една от предприелите действието сестри не е била наградена като герой от работодателя си; нито една не е запазила работното си място след разобличаването; нито едно от разобличаванията не е довело до промени в здравните грижи, нито дори и малки такива.

Табл. 3. Описвани в литературата последици от разобличаването

Групиране на последиците	Конкретни примери
Емоционални последици	Чувство на обезверяване, безсилие, неудовлетвореност, унижение
Професионални последици	Враждебност, изолация, дисциплинарни наказания, подигравки от колеги, заплашване, порицание, трансфер на по-неблагоприятно работно място, натиск за подаване на оставка, затрудняване на работата на лицето, насочване към психиатър
Последици за здравето	Безсъние, главоболие, изтощение, нарушения на храносмилането, засилено тютюнопушене
Последици за организацията	Паника от последваща инспекция, невъзможност за разграничаване на виновните от невинните лица

Източници: **Firtko, A., Jackson, D.** *Do the ends justify the means? Nursing and the dilemma of whistleblowing. Australian Journal of Advanced Nurising, 23, 2005, 1, 51-56/* **Lackman, V.D.** *Whistleblowers: Troublemakers or Virtuous Nurses? Dermatology Nursing, 20, 2008, 5, 390-393/* **MacDonald, S., Ahern, K.** *Physical and emotional effects of whistleblowing. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv, 40, 2002, 1, 14-27./* **MacDonald, S., Ahern, K.** *The professional consequences of whistleblowing by nurses. J Prof Nurs, 16, 2000, 6, 313-321./* **Philipsen, NC, Soeken, D.** *Preparing to blow the whistle. A survival guide for nurses. Journal for Nurse Practitioners, 7, 2011, 9, 740-746.*

Търсени резултати от разобличаването

- Подобрени професионални стандарти;
- Разрешаване на повдигнатия проблем;
- Промяна в неетичната практика [13];
- Повишаване безопасността на пациентите [4];
- Създаване на етичен климат за изпълнение на професионалните сестрински задължения.

Възможности за справяне с неетичното поведение

Като основен виновник за неетичното поведение и практика се сочи организационната култура [3]. Организационна култура наричаме комплекса от ценности, схващания, цели, норми и ритуали споделяни от членовете (служителите) на дадена организация. Изграждането на етична инфраструктура е отговора на неетичната организационна култура. Разграничават се четири стратегии за постигането й:

1. Изясняване и артикулиране на ценностите на организацията и обвързването им с мисията и визията й.
2. Подпомагане на комуникацията и осъзнаване на етичните проблеми.
3. Създаване на структури, които насърчават и подкрепят организационната култура: етични комисии, етични работни групи, интеграция на етичните структури със структури за контрол на качеството.
4. Създаване на процес на проследяване и получаване на обратна връзка за етичните постижения. Този процес е от особено значение в областта на здравеопазването, където етичните проблеми се визуализират едва при изключителна сериозност. Могат да се използват различни подходи като: обратна връзка с пациентите, етични одити, преглед на процеса на вземане на етични решения, регулярно оценяване на мисията на организацията, изявленията за ценностите й и етичните кодекси [20].

За справяне с етичните проблеми в организацията в дългосрочен план се предлагат обучения още на ниво сестринско образование, обучение на ръководните кадри и подходи за мониториране. Фокусът на обучението е върху разбирането от страна на студентите на естеството и значимостта на проявяването на професионално съзнание. Обръща се внимание на увеличаването на предметите с по-широка хуманна насоченост като етика, право и социални науки в учебните програми за медицински сестри [8].

Защита за разобличаващото лице

В различните държави са предприемани различни мерки за защита на разобличаващото лице. Така например в САЩ 1ва и 14та поправка на Конституцията забраняват на държавни служители да налагат репресивни мерки спрямо разобличаващи лица. В болшинството от щатите са приети и закони за защита на лицата от отмъщение. Създаден е и Национален център на разобличаващите лица [19].

Проучване на Британския кралския сестрински колеж от 2011 г. показва, обаче, значително намаляване (от 46% на 35%) на убедеността на сестрите, че работодателя им би ги защитил в случай на разобличаване [1].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Неетичните практики в медицината ще продължат да съществуват в някаква степен и не всеки натъкнал се на тях колега ще дръзне да предприеме разобличаване. Причините се коренят във взаимоотношенията между здравните институции и индивидите. Медицинските професионалисти не са непогрешими и могат да бъдат уязвими на оказан натиск, при което да отдадат приоритет на собствените си интереси или тези на организацията пред интересите на пациентите.

С повишаване на обществените очаквания към качеството на медицинските грижи наличието на възможност за вътрешен контрол от колеги е важно. За да може разобличаването да бъде ефективно, обаче, е необходимо да се подсигури защита на разобличаващия спрямо негативните лични ефекти от действията му.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Adams, S. [Internet]. Nurses 'discouraged' from whistleblowing, says RCN. The Telegraph, 5 Dec 2011. [cited 2014 March 30]. Available from: http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/8933998/Nurses-discouraged-from-whistleblowing-says-RCN.html
2. Ahern, K., MacDonald, S. The beliefs of nurses who were involved in whistleblowing event. Journal of Advanced Nursing, 38, 2002, 303-309.
3. Drew, D. [Internet]. Ask your nursing director what the board is doing to ensure it's safe to raise concerns. Nursing Times.net, 3 March 2014. [cited 2014 March 30]. Available from: http://www.nursingtimes.net/confirmation?rtn=%252fopinion%252fin-the-hot-seat%252fdavid-drew-ask-your-nursing-director-what-the-board-is-doing-to-ensure-its-safe-to-raise-concerns%252f5068431.article
4. Firtko, A., Jackson, D. Do the ends justify the means? Nursing and the dilemma of whistleblowing. Australian Journal of Advanced Nurising, 23, 2005, 1, 51-56.
5. Fisher, C., Lovell, A. Business Ethics and Values. Individual, Corporate and International Perspectives. Pearson Education Limited. FT Prentice Hall, 2009, p.616.
6. Gallagher, A. Whistleblowing: what influences nurses' decisions on whether to report poor practice? Nursing Times, 106, 2010, 4.
7. Girvin, J. [Internet]. Challenging poor practice is an important part of a student's role. Nursing Times.net, 18 October 2013. [cited 2014 March 30]. Available from: http://www.nursingtimes.net/opinion/speak-out-safely/challenging-poor-practice-is-an-important-part-of-a-students-role/5064377.article
8. Girvin, J. [Internet]. Education must prepare nurses to speak out about poor care. Nursing Times.net, 9 July 2013. [cited 2014 March 30]. Available from: http://www.nursingtimes.net/june-girvin-education-must-prepare-nurses-to-speak-out-about-poor-care/5060752.article
9. International Council of Nurses. The ICN Code of Ethics for Nurses. Geneva, Switzerland:ICN, 2012.
10. Jackson, D., Peters, K., Andrew, S. et al. Understanding whistleblowing: qualitative insights from nurse whistleblowers. J Adv Nurs, 66, 2010, 10, 2194-2201.
11. Jeurissen, R. Ethics&Business. The Netherlands: Royal Van Gorcum, 2007, p.295

12. Johnstone, M. Patient safety, ethics and whistleblowing: a nursing response to the events at the Campbelltown and Camben Hospitals. Australian Health Review, 28, 2004, 1, 13-19.

13. Lackman, V.D. Whistleblowers: Troublemakers or Virtuous Nurses? Dermatology Nursing, 20, 2008, 5, 390-393.

14. MacDonald, S., Ahern, K. Physical and emotional effects of whistleblowing. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv, 40, 2002, 1, 14-27.

15. MacDonald, S., Ahern, K. The professional consequences of whistleblowing by nurses. J Prof Nurs, 16, 2000, 6, 313-321.

16. Philipsen, NC, Soeken, D. Preparing to blow the whistle. A survival guide for nurses. Journal for Nurse Practitioners, 7, 2011, 9, 740-746.

17. Royal College of Nursing. Raising concerns: A guide for RCN members. London:RCN, March 2013.

18. Schlesinger, F. [Internet]. The nurse victimised for being a whistleblower: Trainee thrown out after exposing abuse at shamed hospital. MailOnline, 15 May 2010. [cited 2014 March 30]. Available from: http://www.dailymail.co.uk/news/article-1278533/The-nurse-victimised-whistleblower-Trainee-thrown-exposing-abuse-shamed-hospital.html

19. Shuttleworth, A. [Internet]. We want to make it safe for health professionals to speak up about patient care and safety issues. Nursing Times.net, 18 March 2013. [cited 2014 March 30]. Available from: http://www.nursingtimes.net/opinion/practice-team-blog/we-want-to-make-it-safe-for-health-professionals-to-speak-up-about-patient-care-and-safety-issues/5056278.blog

20. Silva, M.C. Organizational and Administrative Ethics in Health Care: An Ethics Gap. OJIN, 3, 1998.

21. Speak out Safety. [Internet]. Why you think it's important to speak out and raise concerns: LIVE. Nursing Times.net, 3 April 2013. [cited 2014 March 30]. Available from: http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-zones/whistleblowing/why-you-think-its-important-to-speak-out-and-raise-concerns-live/5056972.article

22. Wilmot, S. Nurses and whistleblowing: ethical issues. J Adv Nurs, 32, 2000, 5, 1051-1057.

Адрес за кореспонденция:
Доц. д-р Силвия Александрова-Янкуловска, дм
Медицински университет – Плевен
Факултет „Обществено здраве“
Ул. Климент Охридски 1
e-mail: silviya_aleksandrova@hotmail.com

ART СРЕЩУ TEKHNE ИЛИ КАК МЕДИЦИНАТА СТАНА НАУКА

Атанас Анов, Силвия Александрова-Янкуловска

Медицински университет - Плевен

ART VS TEKHNE OR HOW MEDICINE BECAME SCIENCE

Atanas Anov, SilviyaAleksandrova-Yankulovska

Medical University of Pleven

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Изследванията в историята на медицината показват, че в древна Гърция и в древен Рим е „нямало официална подготовка или квалификация и е нямало общоприет медицинска подход“.*

Цел: *Целта на настоящия доклад е да атакува разделението на art и tekhne в древната медицина, така нареченото демистифициране на медицината. Повдига се въпроса дали медицината в античността е била наука или е била някакъв вид мистична практика.*

Дискусия*: Ровейки по-надълбоко в историята на медицина виждаме, че що се отнася до разбирането как функционира здравото човешко тяло, мистицизмът в медицината е бил доминиращ за голям период от време. Шаманизмът, оракулите или намесата на древните богове в процеса на оздравяване и разболяване е било често срещано разбиране за Древността.*

Философският принос към демистификацията на медицината не е ясен. Например, някои извеждат на преден план твърдения, които подвеждат древните лекари, други са видели ползата от доброто здраве (физическо и ментално) и са се обвързали с медицината по различни начини.

Платон е философът с най-голям принос в древната медицинска практика. Той „вкарва“ форма на медицински холизъм в древното общество, който свързва философията и медицината. По този начин art и tekhne се свързват в интерес единствено на обществото.

Заключение: *Платоновата „идея“ за холизъм има голямо въздействие върху съвременната научна ситуация. От една страна тя показва, че холизмът в някаква форма е бил прилаган в античността. От друга страна виждаме, че холизмът в медицината включва не само медицина-*

SUMMARY

Introduction: *Researches in history of medicine show that in Ancient Greece and Ancient Rome there was “no official medical training or qualifications and there was no orthodox medical approach”.*

*O***bjectyive:** *This paper aims to tackle the distinction between art and techne in ancient medicine, the so called demystification of medicine. This brings the question whether medicine was a science in the Ancient times? Or it was just some kind of mystic practice?*

Discussion: *Digging deeper into history of medicine we see that mysticism was dominant for quite some time for understanding how healed human body works. Shamanism or oracles or ancient gods' intervention in the healing process and getting ill was common understanding in Ancient times.*

Philosophical contribution to the demystification of medicine is vague. For example, some promoted statements which misled physicians, others saw the benefits of good health (physical and mental) and were concerned with medicine in various ways.

Plato is the one who made the most contributions to ancient medical practice. He “introduced” a form of medical holism in the ancient society which binds philosophy and medicine. Thus bringing art and tekhne together is in the interest solely of the society.

Conclusion: *Plato's “idea” of holism has major impact on contemporary scientific situation. On the one hand, it shows that holism in some small form had been applied in ancient science. On the other hand, it shows that holism in medicine includes not only medicine and technology, but also philosophy in a highly moral manner.*

Keywords: *medicine, holism, health, philosophy, art, tekhne*

та и технологиите, но и също философия в един високо морален смисъл.

Ключови думи: *медицина, холизъм, здраве, философия, art, tekhne*

ВЪВЕДЕНИЕ

В Древногръцката култура съществува разделението *art - tekhne*. То присъства най-ясно в сферата на естетиката. Древните гърци са класифицирали различните видове изкуства в една от двете категории. Така например: изобразителното изкуство и поезията попадат в сферата на art, а дърворезбата, например, в сферата на tekhne. За да се разбере разликата между двата термина, първо трябва да ги изясним. Art е с латински корен, докато tehkne е с древногръцки. Последното също може да се преведе като изкуство (art). Разликата е в това, че под tehkne се имат предвид занаятите, към които има задължение да се работи по-определени правила, докато под art в древногръцката култура се има предвид нещо по-възвишено, нещо което е вдъхновено от боговете или от муза [4,14].

В Античността на медицината също се е гледало като на изкуство [2]. Още в онези далечни времена хората са забелязали важната роля на медика в обществото. Хората са видели, че не всеки може да се занимава с медицина. Така както не всеки актьор може да разсмива или разплаква публиката в театъра еднакво добре като всички други актьори и граждани, така и не всеки може да се занимава с медицина и да лекува хората. Оттук и особеният статут на медицината като изкуство.

Приемайки това, логично следва въпросът към коя категория изкуства спада медицината - art или tekhne? Гледайки единствено в историята на медицината едва ли бихме могли да отговорим точно на този въпрос. Историческите сведения показват, че в Древността лекарите са се делели, най-общо казано, на два вида: лечители - които се лекували главно с помощта на диети и билки; и хирурзи - които са действали главно на бойното поле, премахвали са върхове на стрели, ампутирали са крайници и т.н. [5]. Интересен е фактът, че в Античността е „нямало официална подготовка или квалификация (на лекарите)и е нямало общоприет медицинска подход“ [5].

В това изследване разглеждаме дихотомията art – tekhne не толкова в сферата на естетическото, а в сферата на философия на науката и ще се облегнем на нея за изясняването на проблема как медицината се превръща в такава.

ЦЕЛ

Целта на настоящия доклад е да атакува разделението на *art* и *tekhne* в древната медицина, така нареченото демистифициране на медицината. Повдига се въпроса дали медицината в античността е била наука или е била някакъв вид мистична практика.

Тезата, която ще се опитаме да аргументираме е, че медицината е изкуство, което събира дихотомията art - tekhne в едно цяло. За да бъде аргументацията по-ясна ще обърнем внимание на още две понятия, които не са традиционни за Античната култура, но присъстват имплицитно в идеите на древните изследователи. Става дума за два много популярни през XX в. и XXI в. подхода спрямо науката въобще: редукционизъм и холизъм.

ДИСКУСИЯ

Под редукционизъм се има предвид идеята, че за да се разбере цялото, трябва да се разберат частите му [12]. Този подход се счита за традиционен за изследване на Света от времето на Исак Нютон. Нека вземем за пример една комплексна система като човешкото тяло. Прилагайки редукционизма следва да го „разчленим“ на съставните му части. Свойствата на всяка една част се изучават поотделно „като дисциплини и под-дисциплини“ [12] – анатомия, цитология, неврология, нефрология, кардиология и т.н. Идеята е да се изучат особеностите на частите на системата, за да се разбере тя като цяло. „Познавайки частите, динамиката на една система лесно може да бъде видяна“ [12,15,16,17]. Като цяло грешката на учените, следващи този подход е, че задълбочават прекалено много изследванията си в работената от тях сфера и не успяват да приложат откритото към общата картина.

Холизмът има различен подход към изследвания обект. Свойствата на частите допринасят за нашето разбиране за цялото, но свойствата

могат да бъдат напълно разбрани чрез неговата динамиката. С други думи, човешкото тяло може да бъде разбрано като комплексна система единствено и само в своята цялост. В контраст с редукционизма, цялото в парадигмата на холизма се разбира като нещо повече, дори различно от [12,15,16,17] сбора на съставните му части. Цялото притежава свойства, които не могат да бъдат разбрани или да се проявят, чрез просто събиране на частите. Да вземем за пример историята за „Франкенщайн"– хуманоид събран от части на различни хора. Тези части са еднакви с частите, които имат всички други хората. Следователно, творението на д-р Франкенщайн би трябвало да е като всички други хора. Оказва се, че не е като тях. В него има нещо различно от останалите, независимо от „общите съставни части". Холизмът успява да даде общата картина на изследваната система благодарение на интердисциплинарния [12] подход, който прилага. В случая под интердисциплинарност следва да се разбира свързването на различни сфери на познанието, дори на такива, които нямат „пряк допир една до друга".

Въпреки, че тези подходи спрямо науката се появяват през XX в., тяхната основна същност присъства по един или друг начин в Античността [8]. Хипократ, както и други антични лекари, не са харесвали как философите гледат на света и на човека. Основната разлика е била във възгледите им за начина, по който е трябвало да живее човекът. Античният лекар е смятал, че може да предложи по-добра методология, от тази на философите, за постигане на по-добър живот.

Не всяка философска концепция засягаща медицината, обаче, е дотолкова абстрактна, че да не може да се приложи към медицината. Такава е именно концепцията на Платон. С оглед на това, че Платон няма систематизиран възглед относно здравето и с какво то е важно за човека, е разбираемо, че той засяга многократно тази тема. Ще се опитаме да покажем как възгледите на Платон в различни негови диалози помагат на медицината да се превърне в наука още в Древността независимо от мнението на тогавашните лекари.

Първо трябва да се направи едно уточнение. Терминът психе (*Psihe*) в случаят ще бъде ползван в едно по-широко разбиране на думата „душа"– в религиозен, духовен смисъл, както и в смисъл на „съзнание".

В Закони (631 b-d) Платон ни показва своето разделение на добродетелите [9]. Той смята, че има два вида добродетели: човешки и божествени. Човешките са следствие от божествените. Ако избереш божествените, то заедно с тях ти приемаш и човешките (по-нисшите). Сред божествените добродетели намираме такива като: трезвост на духа, правда, доблест. Сред чисто човешките, обаче, водещо е здравето. То е добродетел само по себе си, независимо от всякакъв опит.

Диалогът Тимей ни предлага по-разгърната концепция за здравето и заболяванията. В този диалог Платон поставя началото на своето „холистично схващане" за здравето. Той обляга възгледа си на идеята за четирите елемента или още четирите „природи": земя, огън, вода и въздух. Идеята е много близо до тази на Алкимион за четирите хумора, според който, за да е болен един човек, то има нарушение на балансът между хуморите [11]. Това обаче не се вписва в холистичната концепция на Платон именно заради идеята за равновесие между елементите. При Платон болестта е не-природно състояние. Щом пациент е болен, то има излишък или дефект в някой от елементите, или някаква промяна в последните. Смущенията в душата, казва Платон, зависят от тялото, а най-големите сред тях идват когато тялото се пренасища от болка или удоволствие (86b). Именно връзката, която прави Платон между тялото и душата е неговата първа стъпка към един холистичен подход към здравето и медицината, като цяло, а именно здравият човек е нещо повече от здраво тяло. Той е здрав физически и душевно; в еднаква пропорция [3].

> Всичко, което е добро е красиво,
> а красотата винаги е в някаква пропорция (87c).
> Няма пропорция или несъразмерност
> по-изобилна от здравето и болестта,
> добродетелта и порока (87d).

Тази идея е необходима на Платон, за да може да разгърне по-добре идеята си за това, че не може да се грижим нито само за тялото, нито само за душата. Винаги трябва пропорцията да е равна. В Тимей (88b-d) [3] Платон дава пример с хората, които се занимават с интелектуален труд и тези, които се занимават с физически труд. Първите трябва да отделят достатъчно време за гимнастика, за да могат да поддържат тялото в добро здраве. Вторите трябва да отделят достатъчно време за развитие на интелекта, за да могат да поддържат душата в добро здраве. Рецептата, която Платон ни дава в Тимей е следната: диета, гимнастика и философия. Това е очистително лечение само в „крайна нужда" (Тимей, 89b) [3].

Интересен е аргументът на Уилям Стемпси (WiliamStempsey) [18] в полза на идеята за холизъм спрямо здравето у Платон. Стемпси смята, че във Федон [4] Платон излага силни аргументи в полза на холистичния поглед към здравето, като казва, че здравето е една от Формите. С оглед на по-доброто разбиране ще спомена, че Теорията на формите (Учението за идеите) е фундамента на Платоновата епистемология (теория на познанието). Според нея човекът няма как да има пряк опит за постигането на една идея въобще, а се докосва до нея само косвено, т.е. само до една малка част от нея. Идеите или формите не са в човешкия свят. Те са, по-просто казано, нещо странично, до което човекът има косвен допир. Една такава форма или идея е здравето. Човек може да наблюдава какво е да си здрав, признаците на здравия организъм. Здравето, като такова, обаче няма как да бъде наблюдавано. Следователно, за да можем да разберем какво е здравето, трябва да приложим холистичен,а не редукционистки подход спрямо него. Няма как да „видим" цялостния образ на здравето само и единствено от събирането на частите му.

Американският философ Джоел У. Лидз ни предоставя една по-различна теза. В "Medicineas Metaphor in Plato" се изказва идеята, че етичните възгледи на Платон приложени към здравето наблягат на превенцията на заболяването, а не на лечението му [10]. Подчертава се развиването на добър характер, а не толкова придобиването на определени етични добродетели. Това е много близко до съвременното схващане за холизъм в медицината с неговия фокус върху профилактиката на заболяванията чрез здравословния стил и начин на живот.

Приносът на Платон към разбирането на медицината и превръщането ѝ в наука, която служи на обществото, се появява в неговия диалог Държавата. В него Платон отново подхваща проблема тяло-душа, но този път той претърпява коренно различно развитие [3,7].

Платон подчинява науката за тялото на науката за душата. Античните лекари, според него, не лекуват тялото с тяло, а лекуват тялото с душата. Това е революционното разбиране на Платон, че лекарят трябва да лекува тялото на пациента със своята душа. Така добрата душа може да лекува страдащото тяло, докато порочната не може да излекува нищо. Това ни показва още, че за да имаме добро разбиране за древната медицина и за медицината като цяло, трябва да се има предвид именно този частен случай на проблема тяло-душа. Холистичният подход към медицината не трябва да бъде прилаган само към пациента или само към лекаря, а и към двамата.

От тази гледна точка можем да направим аналогия с Хипократовата клетва. В нейният последен параграф (Обет) се казва:

> Ако спазя тази клетва и никога не я наруша,
> нека получа признание от хората
> за моя живот и за моето изкуство;
> но ако я престъпя и наруша,
> нека ме сполети обратното [1].

Обетът на Клетвата подчертава двустранните взаимоотношения между лекаря и обществото. Те могат да бъдат разбрани най-добре през парадигмата на холизма, а именно да бъдат разглеждани като едно цяло.

В контекста на Платон трябва да сме по-внимателни. Лекарят не трябва да се грижи обществото (в по-общ план държавата) да е здраво, а трябва да се грижи, то да не се разболява. Това ни насочва отново към идеята на Лидз, че етиката на здравето при Платон е фокусирана към превантивната практика. Към това можем да добавим и една интересна хипотеза: ако се нагърбим да търсим някаква телеология, то не без основание можем да кажем, че именно в Античността се поражда идеята за промоция на здравето. В древна Гърция това не се вижда толкова ясно, но в Римската империя е добре застъпено. Превенцията от заболяванията, поне на част от тях, както и хигиената са широко разпространени във величествения град: обществена канализация, бани, частни лекари в домакинствата [6].

Всичко казано до тук бяха аргументи от гледна точка на Платон. Сега ще се опитаме да представим аргументи от съвременна гледна точка, които са успешно приложими към Платоновия контекст и с които да сложим последния щрих в отговора на въпроса "Как медицината става наука". Както бе показано по-горе холизмът е по-специален от редукционизма. Този по-специален статут, който холизмът придава на медицина, в сравнение с редукционизма, идва от това как първият възприема взаимоотношенията между частите. Редукционизмът разделя системата на части и изучава всяка една от тях под формата на дисциплини и под-дисциплини, като по този начин превръща медицината в tehkne. Платон, обаче, предлага свой вариант за интердисциплинарност– свързване на науката за тялото (медицината) с науката за душата (етиката); лекуване едно-

временно на тялото и душата на пациента. Така медицината излиза извън традиционните рамки на природните науки, предлагайки идеята за етиката като наука за душата, за начините и правилата за добро поведение в социоума. Без етика медицината е само tehkne, но не и art. Именно в това се състои най-големият принос на Платон спрямо медицината.

Здравето като водеща добродетел в поведението на човек вкарва изискване едновременно към лекарят и към пациента. Пациентът трябва да има такова поведение, което да не позволява какъвто и да е порок да наруши хармонията както на тялото, така и на душата. Лекарят трябва да овладее огромно познание, което да ползва единствено и само в полза на обществото.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Платоновата „идея“ за холизъм има голямо въздействие върху съвременната научна ситуация. От една страна тя показва, че холизмът в някаква форма е бил прилаган в античността. От друга страна виждаме, че холизмът в медицината включва не само медицината и технологиите, но и също философия в един високо морален смисъл.

Свързването на медицината с етиката успява да превърне медицината от занаят (tehkne) и изкуство (art) в нещо повече – в наука. Интердисциплинарният подход на Платон – да свърже тялото и душата – претърпява огромно развитие особено през XX в. Днес медицината като наука успешно прилага своите открития в практиката и успешно взаимодейства с другите сфери на познанието (психология, социални науки, право и други), за да служи колкото се може по-добре на обществото. Заветът, който ни оставя Платон е, че медикът винаги трябва да лекува тялото и душата на пациента, а не само заболяването и през целия този процес той, медикът, не трябва да забравя и себе си. „За да бъдеш добър медик, трябва да си добър артист с достатъчно научно познание” [13].

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Александрова-Янкуловска, С. Биоетика. Издателски център МУ – Плевен, 2013.
2. Апостолов, М., Иванова, П. История на медицината и сестринството. София, ГорексПрес, 1998.
3. Платон Диалози. том 4. София, Наука и изкуство, 1990.
4. Платон Избрани диалози. Народна култура, София, 1982.
5. Cartwright, M. [Internet]. Greek Medicine.12.09.2013. Available from: http://www.ancient.eu.com/Greek_Medicine/.
6. Cartwright, M. [Internet]. Roman Medicine. 29.10.2013. Available from: http://www.ancient.eu.com/Roman_Medicine/.
7. Coumoundouros, A. [Internet]. Plato: The Republic, In: [Internet] Encyclopedia of Philosophy. Available from: http://www.iep.utm.edu/republic/
8. Di Stefano, V. Holism And Complementary Medicine Origins and Principles. Allen & Unwin, 2006.
9. Jowett, B.TheDialogs of Plato. Vol. 2. London: Humphrey Milford. Oxford University Press, 1892.
10. Lidz, J. W. Medicine as Metaphor in Plato. Journal of Medicine and Philosophy 20, 1995, 5, 527–541.
11. Magner, L. N. A History of Medicine, Second Edition. Taylor & Grancis Group, 2005.
12. Østreng, W. Reductionism versus Holism – Contrasting Approaches? Consilience. Interdisciplinary Communications 2005/2006, Centre for Advanced Study, Oslo, 2007.
13. Panda, S. C. Medicine: Science or Art?Mans Sana Monogr, 4, 2006, 1, 127-138.
14. Parry, R. [Internet]. Episteme and Techne. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2008 Edition). Edward N. Zalta (ed.), Available from: http://plato.stanford.edu/archives/fall2008/entries/episteme-techne/
15. Risjord, M. [Internet].Reductionism and Holism: Ontological (Part 2). Available from: http://nursingknowledge.wordpress.com/2009/11/28/reductionism-and-holism-ontological-part-2/
16. Risjord, M.[Internet]. Reductionism and Holism: the Practical Holism of Nursing Practice (Part 3). Available from: http://nursingknowledge.wordpress.com/2009/12/29/reductionism-and-holism-the-practical-holism-of-nursing-practice-part-3/

17. Risjord, M. [Internet].Reductionism and Holism: Three Varieties (Part 1). Available from: http://nursingknowledge.wordpress.com/2009/11/01/reductionism-and-holism-three-varieties-part-1/

18. Stempsey W. E. Scientific Contribution Plato and holistic medicine. Medicine, Health Care and Philosophy 4, 2001, 201–209.

Адрес за кореспонденция:
Ас. Атанас Анов
Медицински университет – Плевен
Факултет „Обществено здраве“
Сектор „Медицинска етика“
Ул. Климент Охридски 1
e-mail: atanas.anov@gmail.com

ПРЕВОДЪТ НА МЕДИЦИНСКИ СТАТИИ ОТ БЪЛГАРСКИ НА АНГЛИЙСКИ – ПРОБЛЕМНИ ОБЛАСТИ И ВЪЗМОЖНИ РЕШЕНИЯ

Ивайло Дагнев[1], Мария Сайкова[2]

[1]Медицински Колеж към МУ – Пловдив, докторант към ФКНФ, СУ „Св. Кл. Охридски“
[2]Медицински Колеж към МУ – Пловдив

TRANSLATING MEDICAL ARTICLES FROM BULGARIAN INTO ENGLISH – PROBLEMATIC AREAS AND POSSIBLE SOLUTIONS

Ivaylo Dagnev[1], Maria Saykova[2]

[1]Medical College at MU – Plovdiv, PhD student at SU St Kl. Ohridksi
[2]Medical College at MU - Plovdiv

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Въпреки, че преводът от матерен език на чужд е смятан за „второ качество“, необходимостта понякога не оставя друга алтернатива, освен да се прибегне към него. Такъв е случаят с превода за Folia Medica, медицинско списание, издавано на английски език от МУ – Пловдив. Така, преводачът е изправен пред задачата да предаде възможно най-адекватно трудната материя като се съобразява с принципите на динамичната еквивалентност.*

Цел: *Целта на статията е да очертае най-съществените трудности при превода от български на английски, произтичащиот значими различия в културните реалии.*

Материали и Методи: *Анализира се материал от 28 медицински статии, преведени и редактирани от екипа преводачи на Folia Medica. Основният подход при анализа се основава на понятието „динамична еквивалентност” - необходимостта за възможност от близка интерпретация както на езика източник, така и на езика цел.*

Резултати и обсъждане: *Спецификите на българските медицински жанрове съществено се отличават от тези в англоезичната специализирана литература. Разликите са на много езикови нива и едва ли биха могли да бъдат анализирани в една статия,но за да се осветлят, достатъчно е само дасе споменат проблемните области, свързани със словореда при превода на така характерните безлични конструкции в*

SUMMARY

Introduction*: Although translating into a second language is considered less successful than into one's mother tongue, necessity sometimes leaves no choice but to resort to the former. Such is the case with translating for Folia Medica, a quarterly journal issued by MU – Plovdiv in English. The task of the translator is to correctly and efficiently render the difficult subject matter, written in Bulgarian, into English, adhering to the principle of dynamic equivalence.*

Objective*:The aim of this paper is to outline the most salient problematic areas, which ultimately emanate from underlying cultural idiosyncrasies.*

Materials and methods*: A corpus of 28 articles, translated by the Folia Medica translators' team, has been analyzed. The main approach to the analysis has been the idea of dynamic equivalence – the concept that requires the possibility of similar interpretation in both source and target languages.*

Results and discussion*: Many aspects of Bulgarian medical genres differ considerably from English and American ones. The points of dissimilarity are on various linguistic levels and are far beyond the scope of a single article. Yet, to substantiate our claim, we can mention the problem with word order, connected with translating impersonal constructions so common in Bulgarian medical articles and frequently impossible to render into English precisely. Another problematic area is tense, where Bulgarian scholarly traditions are at variance with the English ones.*

българските медицински текстове на английски. Друга неднозначно тълкувана в преводен план стратегия е тази, отнасяща се до употребата на времената, при които българската жанрова традиция далеч не съвпада с англоезичната.

Изводи и заключения: *Установяват се различия във всички области на този вид превод, като най-съществените се отнасят до лексикалния, морфологичен и синтактичен избор на преводача.*

Ключови думи: *превод, чужд език, медицински статии, различия, словоред, време*

Conclusion*: Differences have been found on all linguistic levels, with lexical, morphological and syntactic ones being the most prominent.*

Keywords: *translation, foreign language, medical articles, dissimilarities, word order, tense*

ВЪВЕДЕНИЕ

Въпреки, че преводът от матерен език на чужд е смятан за „второ качество", необходимостта понякога не оставя друга алтернатива, освен да се прибегне към него. Такъв е случаят с превода за Folia Medica, медицинско списание, издавано на английски език от МУ – Пловдив. Така, преводачът е изправен пред задачата да предаде възможно най-адекватно трудната материя като се съобразява с принципите на динамичната еквивалентност.

Посоката на превода се влияе от множество фактори – езиковата среда, наличието на квалифицирани преводачи и консултанти специалисти, текстовите сортове, крайните срокове, различните институционални органи (Лонсдейл 2001:66). В крайна сметка, обаче, погледнат през призмата на прагматиката, преводаческият метод има за основна цел качеството и точността. По отношение на методологията, от основно значение е компетентността на преводача или преводаческия екип. Въпреки множеството теоретични спорове, динамичната еквивалентност се явява основният инструмент и водещ метод, в чиято сърцевина стои идеята за преводната единица. От гледна на точка на процеса на превода,гореспоменатата единица е „тази част от текста източник, върху която преводачът фокусира вниманието си, за да я предаде като единно цяло в текста цел (Льоршер 1993:209). По отношение на превода като продукт, преводната единица е картирания смислов еквивалент на текста източник върху текста цел, съобразно компетентността и опита на преводача – по този начин Тури (1986a) отбелязва в своя експеримент с превод от иврит на английски от студенти, зависимостта на сформирането на представата за езикова единица от квалификацията на преводачите.

От друга страна, преводът на специализирана литература поставя допълнителни изисквания както към преводача, така и към текста. По отношение на текстуалността, на преден план, както може да се очаква, се откроява ролята на терминологичния компонент, както в лексикален, така и в фразеологичен план. Съществуват множество други проблемни области, засягащаи всички полета на лингвистичен анализ, затова настоящата статия си поставя много по-скромни задачи. Вниманието се фокусира върху един по-малко третиран аспект – синтактичният и по-специално, преводът на безподложните изречения в така характерни българския писмен научен дискурс на английски език. Друга опорна точка е проблематизацията на наративното време в българската и английска научна статия.

ЦЕЛ

Целта на статията е да очертае най-съществените трудности при превода от български на английски, произтичащи от значими различия в културните реалии. Ограниченият обем на разработката диктува и фокусът върху два компонента, недостатъчно добре осветлени в изследователски план, а именно – възможните варианти при превода на едносъставни безпродложни изреченски структури в българския език, както и граматичското време при описанието на медицински експерименти.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Анализира се материал от 28 медицински статии, преведени и редактирани от екипа преводачи на Folia Medica. Статиите са публикувани в 12 броя на списанието в 5 годишен период – от 2008 до 2013 г. Засегнатите области са: стоматология,

социална медицина, хирургия, епидемиология, педиатрия, онкология.

Обект на анализа са безлични изречения, в които подложната позиция е празна и може да бъде запълнена от формалния експлетивен подлог *то*. Напр.

Пр. […]се започна лечение с Kreon, Sanostol, Vit. K, еднократно плазмотрансфузия, безглутенова диета, частично парентерално хранене.

Пр. За пръв път в България се описва дете с муковисцидоза и целиакия.

По отношение на категорията глаголно време се изследва превода на наративниструктури, използвани в статиите при описание на провеждани експерименти. Напр.

Пр. При 11 от оперираните пациенти се налагаше стабилизация на засегнатия сегмент, която се постигна посредством прилагането на различни видове импланти и стабилизиращи системи.

Пр. В Клиниката по педиатрия и генетични заболявания, към УМБАЛ „Св. Георги" се хоспитализира момче на 1 г. 5 мес./М.С.Х. ИЗ №770/2012 г/.

Обемът на изследвания материал обхваща 196000 знака и 33600 думи, което е сравнителна добра извадка, даваща възможност да се направят съответните изводи.

РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЯ

Общият брой на изследваните структури е 364 единици, което представлява 16% от общия брой на глаголните структури (2280), използвани в корпуса, твърде висока стойност на фона на разговорния език, но напълно в рамките на нормата по отношение на академичния стил. Безличните изреченски структури се разпределят сравнително равномерно в отделните статии от различните области (вж Табл.1).

Таблица 1. Разпределение на безличните изреченски структури по брой употреба в медицински статии от изследваните области

Област на медицината	Стоматология	Соц. медицина	Хирургия	Епидемиология	Педиатрия	Онкология
Брой на безлични изреченски структури	62	58	55	64	61	64
Брой статии	5	4	4	5	5	5

Както беше вече отбелязано, общия брой на статиите е 28, а броят думи във всяка от тях е в тесни граници, съобразно изискванията на списанието.

Преводът на тази граматическа категория на английски език е извършен спрямо принципа на динамичната еквивалентност (Катфорд 1965, Тури 1980а), който дефинира последната като отношение между текст източник (ТИ) и текст цел (ТЦ). Така преводът се обуславя от еквивалентната сила на посланието в двата текста, а преводната единица не е строго фиксирана и зависи от илокутивната сила.

Съобразно този принцип са използвани различни преводни механизми на ниво изречение, т.н. translation shifts (Катфорд2000:141-7). Най-често е употребявана:

- трансформацията от страдателен в деятелен залог, следвана от;:
- Пр. В последните пет години в специализираната литература се появиха множество публикации споделящи…
- Over the last five years numerous publications have appearedsharing…
- безличната екзистенциална структура there;

Пр. Установява се наличието на високи нива на заболеваемостот шарка….

- *There have been established high levels…*
- експикация на подлога в английски език;
- Пр. За пръв път в България се описва дете с муковисцидоза и целиакия.
- We have described for the first time in Bulgaria a child with cystic fibrosis and celiac disease.

Разбира се, срещат и други подходи, като напр:

Пр. В последните няколко години се наблюдава възраждане на лапароскопската експлорация на общият жлъчен проток,...

The last few years have seen a resurgence of laparoscopic exploration of the common bile duct,…

Такъв тип промяна във вида на изречението обаче е по-рядко срещана поради метафоричния си характер, като присъствие и в академичния стил е предмет на сериозни дискусии. Общо, други видове промени конституират приблизително една четвърт от всички случаи (вж Табл. 2).

Водещият елемент при предаването на посланието от ТИ на ТЦ във всичките преводи е запазването на функционалната изреченска перспектива като основен идеационен двигател на

Таблица 2. Разпределение на видовете промени при превода от български на английски.

Тип промяна при превод от Б-А	Трансформация	Употреба на there	Експликация на подлога	Други
Общ брой: 364 единици	121 - 33%	70 - 19%	92 - 25%	81 - 23%

еквивалентността (Фрайс 1983). Както отбелязва Бейкър (Бейкър 1992: 120), основния стремеж на волеизявлението е придържането към яснота и чистота на информационния поток.

Макар и да изглежда по-скоро функция на нормативността, проблемът с граматическото време при научното повествование е не по-малко значим. Ограниченият обем на настоящата разработка не позволява детайлен анализ, но погледнат в по-общ план, проблемът се състои в употребата, основно, на сегашно време в българската научна литература и различието й с англоезичната. Разбира се, тази тенденция в българския език не е абсолютно нормирана, както установи и анализът. В някои статии, макар и не в мнозинството им, употребата на минало свършено време се среща при описание на експериментите. В английските преводи масово е използвано минало просто време, както е прието в англосаксонските академични стилове. И все пак, преводачите са се съобразили с екстралингвистични фактори като времева перспектива и валидност, съобразно намеренията на авторите. По-конкретно, това са случаи на неясно ситуирани или амбивалентни имплицитни наративи, които непосредственият контекст не може да определи. Напр:

При 8 от болните екстракцията на конкрементите е успешно извършена трансцистично през инцизията използвана за холангиографията. Докато при 4 от тях този маньовър е бил неуспешен и при тях сме използвали надлъжна холедохотомия…

В първото изречение употребата на перфект е напълно уместно, но вариант с минало просто време е също възможен, както се вижда и от последвалото изречение, което е ясно позиционирано в миналото.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Най-големите трудности, както и най-съществените различия при всеки един превод си остават тези опредметени от културните различия, проявяващите се на всяко едно ниво на езика: морфологично, лексикално, синтактично, текстово. Преводачите често са изправени пред задачи, чиято специфика изисква ясен методологичен подход. Динамичната еквивалентност е едно възможно решение в тази посока, даващо свобода гъвкавост и приложена от опитен и компетентен преводач е мощно средство при всеки един превод, включително и на специализирания.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Бейкър М, 1992: M. Baker. In Other Words: A Coursebook on Translation. Routledge. London and New York, 117-121.
2. Катфорд Дж, 2000: J.C. Catford. Translation Shifts. In 'The Translation Studies Reader', ed. by Venuti, Routledge, London and New York, 141-7.
3. Лонсдейл А. 2005: A. B. Lonsdale. Direction of translation (directionality). In 'Routledge Encyclopedia of Translation Studies', ed. by M. Baker. Routledge, London and New York.
4. Льоршер В. 1991a: W. Lörscher. Translation Performance, Translation Process, and Translation Strategies. Tubingen: Narr.
5. Тури Г, 1980a: G. Toury.In Search of a Theory of Translation. Tel Aviv. Porter Institute
6. Тури Г, 1986: G. Toury. Monitoring Discourse Transfer: A Test-case for a Developmental Model of Translation in 'House and Blum-Kulka' (eds), 79-94.
7. Фрайс П, 1983: P.H. Fries. On the status of theme in English: arguments from discourse, in J. S. Petöfi and E. Sözer (eds.) 'Micro and Macro Connexity of Texts', Hamburg: Helmut Buske.

Адрес за кореспонденция:
МК към МУ
Бул. Бр. Бъкстон, 120
Пловдив, 4000
E-mail: ivodagnev@abv.bg
E-mail: mariya_saykova@abv.bg

ПЪРВИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ: ИМА ЛИ ДОСТАТЪЧНО ВРЕМЕ ЗА ПРОФИЛАКТИКА НА ВЪЗРАСТНИТЕ?

Пенка Костадинова[1], Анжелика Велкова[2], Петкана Христова[2], Йоана Симеонова[2], Мариела Камбурова[2], Стела Георгиева[2], Сергей Костадинов[3], Стефан Костадинов[4]

[1]Районна Здравноосигурителна каса – Плевен
[2]Медицински Университет – Плевен, ФОЗ, Катедра „Социална и превантивна медицина, медицинска статистика, педагогика и психология“
[3]Медицински Университет – Плевен, ФОЗ, Катедра „Обща медицина, Съдебна медицина и деонтология“
[4]Медицински Университет – Плевен, студент III-ти курс, специалност „Медицина”

PRIMARY CARE IS THERE ENOUGH TIME FOR PREVENTION OF THE ADULTS?

Penka Kostadinova[1], Angelika Velkova[2], Petkana Hristova[2], Joana Simeonova[2], Mariela Kamburova[2], Stela Georgieva[2], Sergey Kostadinov[3], Stefan Kostadinov[4]

[1]Regional Health Insurance Fund - Pleven
[2] Medical University - Pleven, Faculty of Public Health, Department of „Social and Preventive Medicine, Medical Statistics, Pedagogy and Psychology“
[3] Medical University - Pleven, Faculty of Public Health, Department „General Medicine, Forensic Medicine and Deontology“
[4]Medical University - Pleven, student III[rd] course, „Medicine“

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Една от основните дейности на общопрактикуващите лекари (ОПЛ) е изпълнението на Програмата за профилактика на задължително здравноосигурени лица (ЗЗОЛ) над 18 г., финансирана от НЗОК. За да се изпълнява програмата е необходимо обезпечаване с човешки, финансови и времеви ресурс.*

Цел: *Целта на настоящето проучване е да се определи необходимото работно време на ОПЛ за ефективно изпълнение на програмата за профилактика на ЗЗОЛ над 18 г.*

Материал и методи: *Използвани са официални данни от НЗОК за периода 2006–2013 г.; анализирана е действащата нормативна уредба и е проведена пряка индивидуална анкета със 123 ОПЛ от област Плевен.*

Резултати и обсъждане: *Средният брой ЗЗОЛ, обслужвани от един ОПЛ в страната за наблюдавания период варира от 1480 ЗЗОЛ през 2006 г. до 1631 през 2013 г. Ежегодно с профилактичен преглед са обхващани от 37% до 49% от*

SUMMARY

Introduction: *One of the main activities of general practitioners (GPs) is the implementation of the program for prevention of compulsory health insured people (CHIP) over 18 years of age, financed by the National Health Insurance Fund (NHIF). Running the program needs sufficent human, financial and time resources.*

Objective: *The aim of this study was to determine the necessary working time of GPs for effective implementation of the prevention prdgram for CHIP over 18 years of age.*

Materilas and methods: *Official data of the NHIF for the period 2006-2013 and the current health legislation were analysed. Self-administered questionnaire was used to collect information from 123 GPs in the region of Pleven.*

Results and discussion: *The average number of CHIP served by one GP in the country for the observed period ranged from 1480 CIHP in 2006 to 1631 in 2013. The annual health check ups covered 37% to 49% of the eligible CHIP. The results show that 20.3%*

подлежащите ЗЗОЛ. Резултатите показват, че 20.3% от анкетираните ОПЛ се затрудняват да изпълняват програмата поради недостатъчно време, а от тях 40% не предвиждат в дневния график време, за да обхванат всички лица над 18 г. с профилактичен преглед. Повече от една четвърт (26,5%) от останалите анкетирани лекари също не предвиждат в графика достатъчно часове за профилактични прегледи.

Изводи и заключение: *За реализиране на пълен обхват на възрастните с профилактични прегледи, един ОПЛ при среден брой пациенти трябва да има поне 6-часов работен ден в амбулатория, от който да отделя по един час за профилактика.*

Необходимо е да се въведат нормативни изисквания за минимално работно време, съобразено с индивидуалния брой пациенти на ОПЛ и времето, необходимо за профилактични прегледи.

Ключови думи: *общопрактикуващи лекари, здравноосигурени лица, профилактика, профилактични прегледи, работно време.*

of the GPs reported insufficient working time for implementation of the program, 40% of them did not provide time in their daily schedule to work on the preventive program. Of the remaining 26.5% also did not provide sufficient working hours in their schedule.

Conclusion: *To achieve a full coverage of adult population with prevention a GP with an average number of patients has to work at least six hours a day in the office, spending one hour for prevention, along with other duties.*

It is necessary to establish regulatory requirements for minimum working hours in accordance with individual number of patients of GPs and the time required for prevention of the adults.

Keywords: *GPs, health insured people, prevention, preventive check ups, working hours*

ВЪВЕДЕНИЕ

Ограничените ресурси в здравеопазването са неоспорим факт. Предоставянето на качествени здравни грижи в условията на икономическа криза и ограниченост на ресурси е сериозно предизвикателство пред мениджърите на медицинските и здравни услуги. Времето като ресурс е обект на все повече научни изследвания. Д. Димитров и С. Кирилов доказват, че ресурса „време“ все още се подценява в здравеопазването и че ефективното управление на времето е сред основните задачи на мениджърите [2]. Нещо повече, когато се търсят скрити неизползвани ресурси за повишаване на ефективността, почти никога не се говори за времето. Подобно на останалите ресурси на всяка една организация (човешки, финансови, материални), времето е на входа на системата на управление. То влиза и участва в процеса на преобразуване на ресурсите в резултати. Без него, както и без останалите ресурси, е невъзможно да функционира която и да е организация [3,5]. Размерът на времето, предоставено за изпълнението на различни дейности се определя като бюджет на времето. Бюджетът на времето трябва да има своя ясна структура [1].

Една от основните дейности на общопрактикуващите лекари (ОПЛ) е изпълнението на Програмата за профилактика на задължително здравноосигурени лица (ЗЗОЛ) над 18 г., финансирана от НЗОК. Изпълнението на програмата изисква обезпечаване с човешки, финансови и времеви ресурс. Съгласно Наредба № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията, профилактичният преглед не може да бъде извършван за по-малко от 15 мин. Националният рамков договор, както и индивидуалните договори на ОПЛ със Здравната каса задължават личните лекари да представят график за работа, включващ: Амбулаторни прегледи; Домашни прегледи; Промотивна и профилактична дейност; Дейност по програма „Детско здравеопазване”; Дейност по програма „Майчино здравеопазване”.

ЦЕЛ

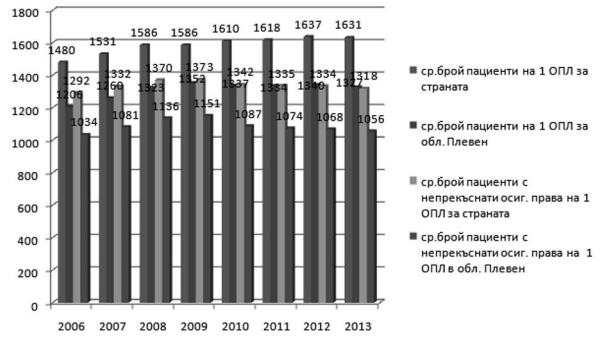
Целта на настоящето проучване е да се определи необходимото работно време на ОПЛ за ефективно изпълнение на програмата за профилактика на ЗЗОЛ над 18 г.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Използвани са официални данни от НЗОК за периода 2006 – 2013 г.; анализирана е действащата нормативна уредба и е проведена пряка индивидуална анкета със 123 ОПЛ от област Плевен.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

За периода от 2006 г. до 2013 г. се установява трайна тенденция за намаляване на ОПЛ - с 10% за страната и с 12% за Плевенска област. Увеличава се средния брой пациенти, записани при един ОПЛ. През 2006 г. средно за страната при един

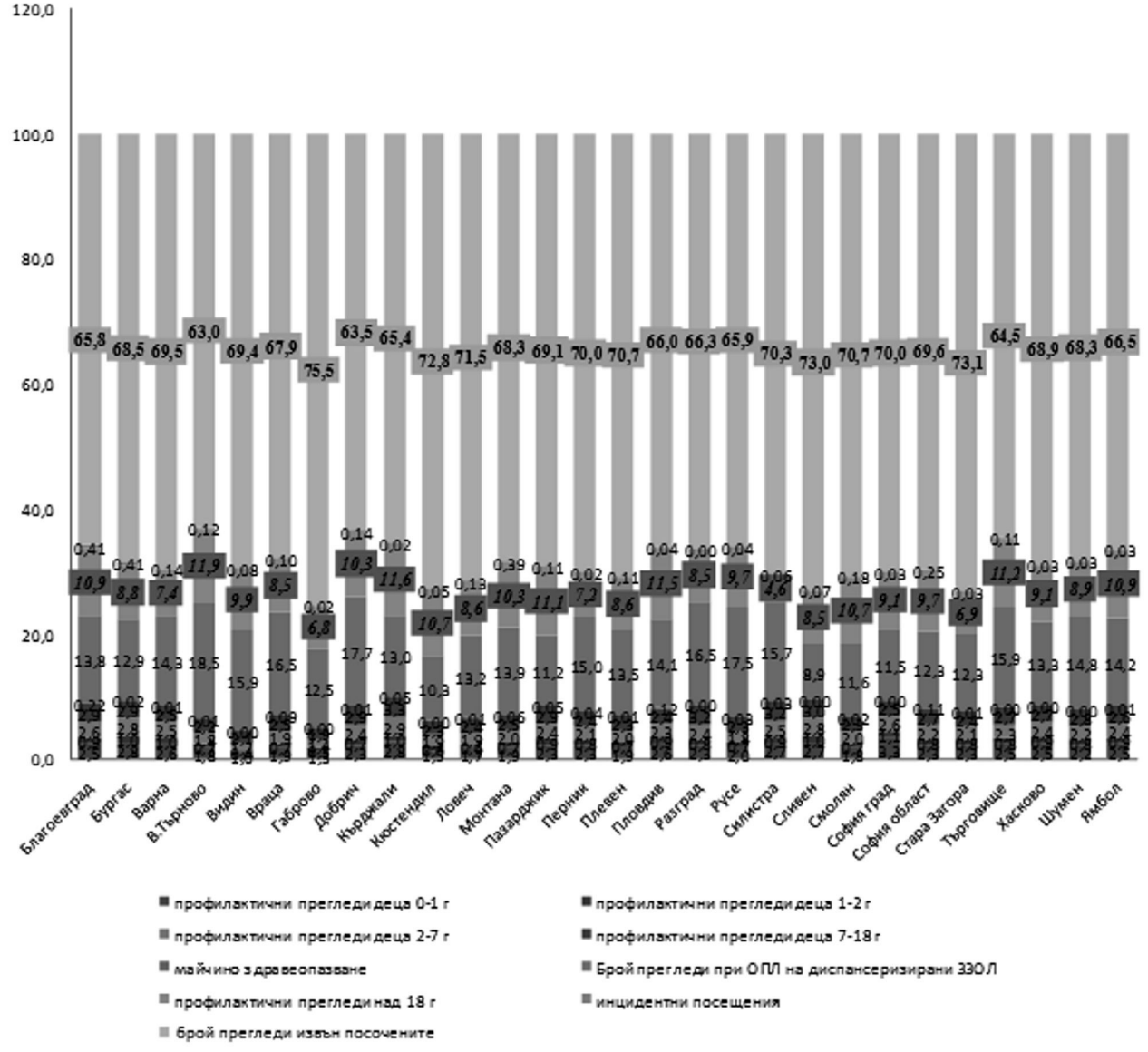


Фиг. 1. Среден брой ЗЗОЛ на 1 ОПЛ за страната и област Плевен

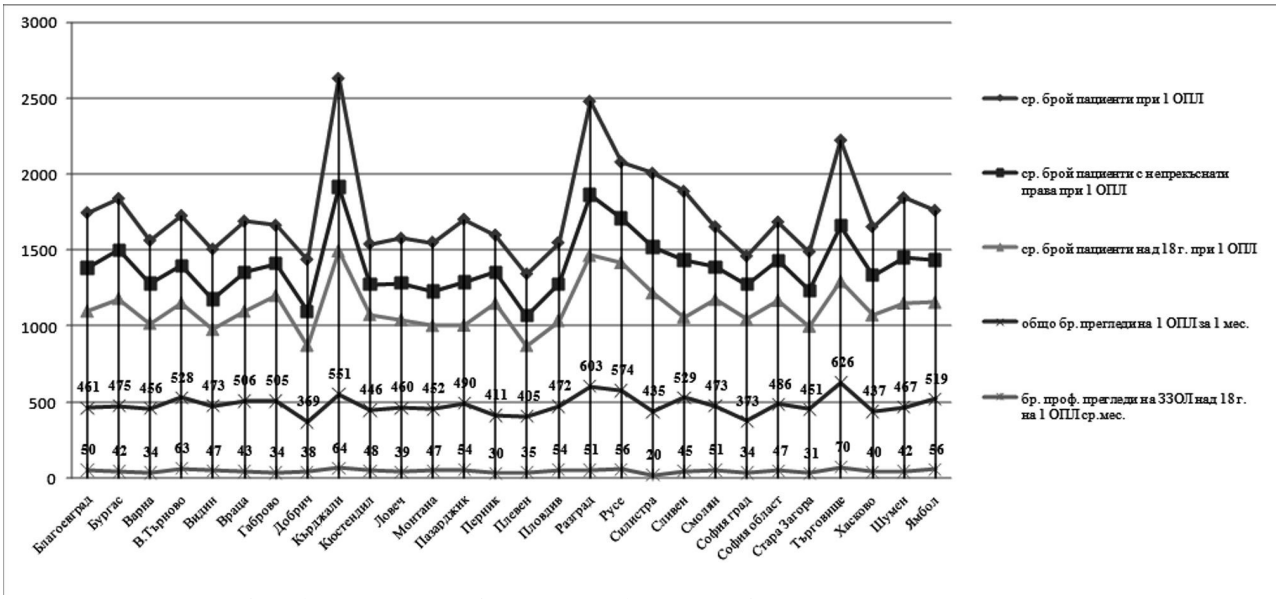
общопрактикуващ лекар са били записани 1480 задължително здравноосигурени лица /ЗЗОЛ/, от които 1292 с непрекъснати здравноосигурителни права. За област Плевен средният брой лица на един ОПЛ е 1206, от които 1034 с непрекъснати осигурителни права. През 2013 г. средният броя на ЗЗОЛ на един лекар нараства, съответно за страната - на 1631, от които 1318 с непрекъснати права и за Плевенска област - 1327, от които 1056 осигурени (фиг. 1).

Най-голям относителен дял сред извършваните от ОПЛ дейности имат прегледите, свързани с остри състояния и хронични недиспансерни заболявания – над 70%. Те са последвани от прегледи по повод диспансерно наблюдение - около 14% и профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18 г. - близо 10% (фиг. 2).

Анализът на реализираните дейности показва, че през 2012 г. средномесечно един ОПЛ в страната е извършил 480 прегледа, от които 45 са били профилактични на ЗЗОЛ над 18 г. В отделните



Фиг. 2 Относителен дял на прегледите по вид през 2012 г. по региони /%/.



Фиг. 3. Среден брой ЗЗОЛ и средномесечен брой прегледи на 1 ОПЛ по региони през 2012 г.

региони на страната натовареността на ОПЛ с прегледи се различава, като е в пряка зависимост от средния брой записани лица. В области като Добрич, София – град, Плевен, в които има висока осигуреност с ОПЛ, средномесечният брой прегледи е по-малък от 400, в сравнение с реализираните над 600 прегледа средномесечно в области като Търговище и Разград (фиг. 3).

През периода 2006–2012 г. в страната с годишни профилактични прегледи от подлежащите ЗЗОЛ над 18 г. са обхванати между 35.8% и 48.3% (фиг. 4).



Фиг. 4 Обхват на ЗЗОЛ над 18 г. с годишни профилактични прегледи

Наблюдават се значителни диспропорции между отделните области в страната както по ниво на осигуреност с общопрактикуващи лекари, така и по брой на обхванатите с профилактика възрастни. През 2012 г. в Силистренска област е извършен профилактичен преглед едва на 16 % от подлежащите, докато в област В. Търново са обхванати 54%.

Ако се приеме, че един общопрактикуващ лекар извършва всички останали дейности и осъществява профилактични прегледи на всички записани в пациентската листа лица над 18-годишна възраст, а не само на 40%, то при пациентска листа със среден за страната брой и възрастова структура, е необходимо ОПЛ да работи в амбулаторията си минимум по 6.30 ч. дневно. От тях всеки работен ден лекарят трябва да отделя по 1.10 ч. за профилактика на лица над 18 г. Най-затруднени по отношение на времето са лекарите от областите Разград и Търговище, на които са им необходими над 8 часа дневно работа в амбулатория, за да изпълнят всички свои задължения (табл. 1).

В периода 2012 -2013 г. бе проведена пряка индивидуална анкета с ОПЛ от Плевенска област. Бяха анкетирани 123 ОПЛ, като от тях 25 (20.3%) съобщават, че са затруднени да извършат профилактичен преглед на всичките си пациенти поради недостиг на време. Лекарите, които имат регистриран повече от един адрес на практика (в град и село) по-често посочват липсата на време като причина, затрудняваща ги в извършването на профилактика.

Сред лекарите, съобщаващи за недостиг на време за профилактика, 40% не са предвидили достатъчно часове в графика си за тази дейност, около 70% не са доволни от заплащането за профилактичен преглед, а 56% изобщо не водят регистър с пациенти, включени в рискови групи.

От останалите анкетирани ОПЛ над една четвърт (26,5%) също не предвиждат в графика си достатъчно часове за профилактични прегледи.

Лекарите, които имат записани повече от 1000 ЗЗОЛ над 18 г. по-често съобщават за затруднe-

Табл. 1. Необходимо работно време на ОПЛ по области за обхват на всички подлежащи ЗЗОЛ над 18 г. с профилактични прегледи

РЗОК	бр. ОПЛ	общо ЗЗОЛ над 18 г.	прегледи на 1 ОПЛ за 1 м.	раб. време дневно без профил. над 18 г. / часове/	часове годишно за профилактика общо за ОПЛ	часове дневно за профил. за всички ОПЛ	необходимо време за профилактика над 18 г. на 1 ОПЛ дневно	необходимо общо работно време
Благоевград	193	211527	437	5,20	52882	212	1,10	**6,29**
Бургас	225	265360	465	5,54	66340	265	1,18	**6,72**
Варна	310	315010	448	5,34	78753	315	1,02	**6,35**
В.Търново	148	170278	490	5,84	42569	170	1,15	**6,99**
Видин	71	69229	445	5,30	17307	69	0,98	**6,27**
Враца	115	125962	485	5,77	31491	126	1,10	**6,87**
Габрово	78	93494	490	5,84	23373	93	1,20	**7,04**
Добрич	138	120070	350	4,17	30018	120	0,87	**5,04**
Кърджали	63	94259	524	6,24	23565	94	1,50	**7,73**
Кюстендил	93	99875	420	5,00	24969	100	1,07	**6,07**
Ловеч	93	96732	444	5,28	24183	97	1,04	**6,32**
Монтана	99	99066	427	5,09	24766	99	1,00	**6,09**
Пазарджик	172	172593	463	5,51	43148	173	1,00	**6,51**
Перник	84	96385	401	4,78	24096	96	1,15	**5,93**
Плевен	213	184983	390	4,65	46246	185	0,87	**5,52**
Пловдив	461	476453	445	5,30	119113	476	1,03	**6,33**
Разград	55	80554	587	6,99	20138	81	1,46	**8,46**
Русе	116	164380	543	6,47	41095	164	1,42	**7,89**
Силистра	61	74202	444	5,28	18551	74	1,22	6,50
Сливен	111	117329	519	6,18	29332	117	1,06	**7,23**
Смолян	75	87989	444	5,28	21997	88	1,17	**6,45**
София град	868	906320	362	4,31	226580	906	1,04	**5,35**
София област	145	169321	466	5,55	42330	169	1,17	**6,72**
Стара Загора	236	235296	444	5,28	58824	235	1,00	**6,28**
Търговище	59	76320	590	7,02	19080	76	1,29	**8,31**
Хасково	150	160639	423	5,03	40160	161	1,07	**6,10**
Шумен	101	116131	453	5,40	29033	116	1,15	**6,55**
Ямбол	78	90078	491	5,84	22519	90	1,15	**7,00**
Общо	4611	4969834	437	5,20	1242459	4970	1,08	**6,28**

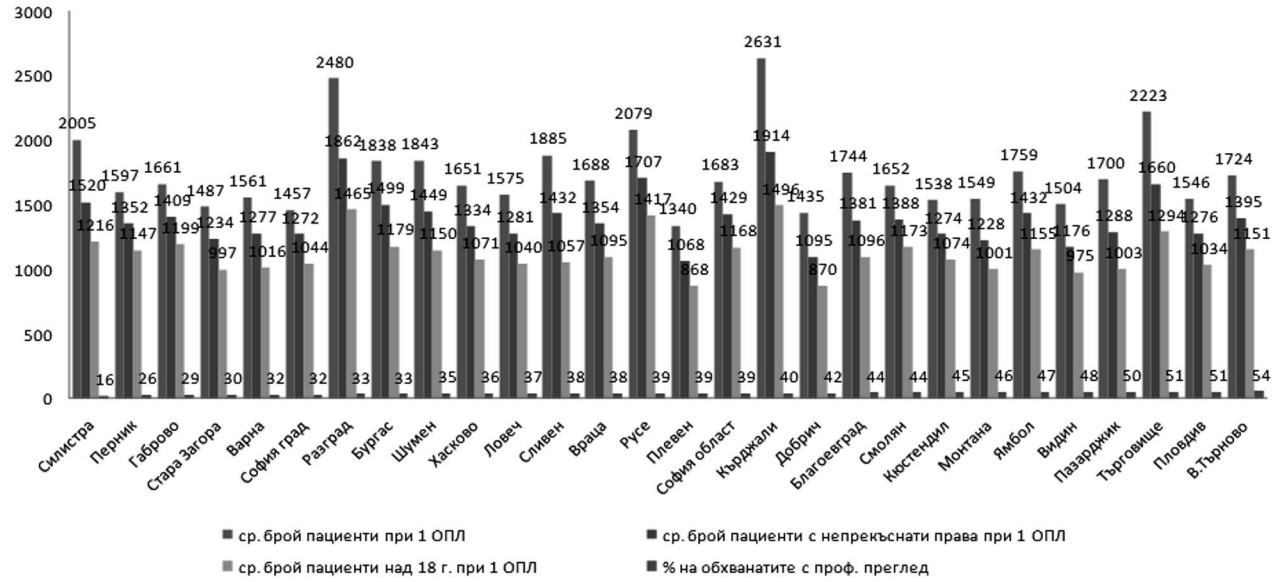
ния, свързани с липсата на време за профилактика (виж фиг. 6).

Наличието на придобита специалност и трудовият стаж не оказват съществено влияние за правилното разпределение на времето.

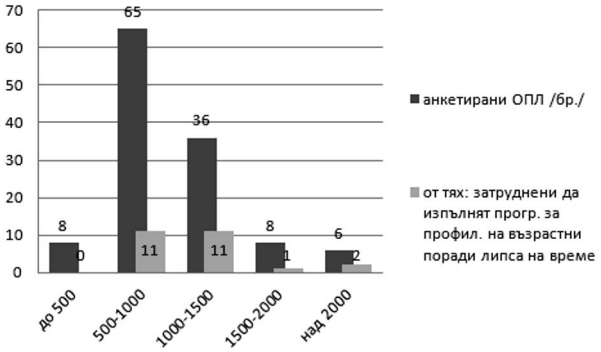
ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Един ОПЛ със среден за страната брой пациенти трябва да работи 6.30 часа дневно в амбулатория, в т.ч. да отделя по един час (или 5 часа седмично), за да осъществи заедно с останалите си задължения и пълен обхват с профилактични прегледи на възрастните.

Необходимо е да се въведат нормативни изисквания за минимално работно време, съобразено с индивидуалния брой пациенти на ОПЛ и времето необходимо за профилактични прегледи.



Фиг. 5. Среден брой ЗЗОЛ на 1 ОПЛ и относителен дял на обхванати с профилактичен преглед ЗЗОЛ над 18 г. по области за 2012 г.



Фиг. 6 Недостигът на време, като причина за непълно изпълнение на програмата за профилактика на ЗЗОЛ над 18 г. според проведена анкета сред ОПЛ в Плевенски регион.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Борисов В. Мениджмънт на времето в здравеопазването http://zdraveonline.com/index.php?view=article&catid=29:zdraven-management-zdravna-politika&id=68:2009-06-10-20-28-31&format=pdf&option=com_content&Itemid=56
2. Драганова М., Досева С. Научни трудове на РУ – 2012, том 51, серия 8.3.
3. Костадинова П., А. Велкова, Ст. Георгиева, С. Костадинов. Обхват с профилактични прегледи на задължително здравноосигурените лица над 18 г. от област Плевен за периода 2006-2011 г. – проблеми и тенденции. „Годишник Наука – Образование – Изкуство", **6**, част 2, 2012 г., 219-226, СУБ– Благоевград.
4. НЗОК – Годишни отчети http://www.nhif.bg/
5. Yarnall KS, Polak KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? Am J Public Health. 2003; 93:635.-41 PubMed.

Адрес за кореспонденция:
д-р Пенка Стефанова Костадинова
Районна здравноосигурителна каса – Плевен,
ул. „Княз Александър Батенберг I" №7,
email: pstefanova_pl@abv.bg

ПРЕДИМСТВА И НЕДОСТАТЪЦИ НА ИНТЕГРИРАНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С АРТРОЗА – МЕЖДУНАРОДНИ ПРАКТИКИ

Галина Петрова, Тодорка Костадинова, Гергана Ненова

Медицински Университет „Проф. д-р Параскев Стоянов" - Варна
Факултет по обществено здравеопазване
Катедра по икономика и управление на здравеопазването

ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF INTEGRATED CARE FOR PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS - INTERNATIONAL PRACTICES

Galina Petrova, Todorka Kostadinova, Gergana Nenova

Medical University „Prof. Dr. Paraskev" - Varna
Faculty of Public Health
Department of Health Economics and Management

РЕЗЮМЕ

Съвременният начин на живот и съпътстващите рискови фактори като тютюнопушене, обездвижване, затлъстяване и неправилно хранене водят до увеличаване на дегенеративните ставни заболявания, едно от които е остеоартрозата. Това води до необходимост от различни модели за решаване на тези проблеми на индивидуално и национално ниво. Един от успешните модели, които са известни в европейски и световен мащаб са интегрираните грижи. Настоящият доклад представя предимствата и недостатъците на интегрираните грижи за решаване на проблемите на пациентите с артроза и повишаване на тяхното качество на живот.

Ключови думи: *остеоартроза, интегрирани грижи, хронични заболявания, рехабилитация, мултидисциплинарен екип*

SUMMARY

Modern lifestyle and associated risk factors such as smoking, lack of exercise, obesity and poor nutrition are leading to increased incidence of degenerative joint disease, one of which is osteoarthritis. This predetermines the need of different models to solve these problems on individual and national level. One of the successful models that are known on European and worldwide level is integrated care. The following article presents the advantages and disadvantages of integrated care the process of solving the problems of patients with arthritis and increasing of their quality of life.

Key words: *osteoarthritis, integrated care, chronic illness, rehabilitation, a multidisciplinary team*

ВЪВЕДЕНИЕ

Хроничните неинфекциозни заболявания са основна заплаха за здравето на населението и представляват все по-голямо предизвикателство за здравеопазването. В световен мащаб хроничните заболявания причиняват около 60% от всички смъртни случаи и се очаква увеличаване със 17% през следващите 10 години. Паралелно с нарастващия брой на случаите на хронични заболявания, все повече специалисти признават нуждата от предоставяне на комплексен интердисциплинарен пакет от добре координирани грижи за хроничните заболявания. Той включва превенция, наблюдение и поддържащо лечение,

даващо възможност на хронично болните пациенти да участват активно в лечението си. Необходимостта от обезпечаване на разходите за лечение на хроничните заболявания, и признанието, че в момента системите за здравеопазване нямат възможност за тяхното осигуряване, води до промяна моделите за предоставяне на грижи за хроничните заболявания в световен мащаб.

ЦЕЛ

Целта на настоящото изследване е да се представят теоретичните рамки за предоставяне на мултидисциплинарни екипни грижи при пациенти с артроза и да се изведат предимствата и недостатъците при прилагането им.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Изследването съчетава теоретични концепции и наблюдения относно приложението на интегрираните грижи при пациенти с артроза.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Остеоартрозата е най-честото ставно заболяване - по данни на Световната здравна организация от артрити и артрози страда около 10 процента от населението на земята, а при половината от тях заболяването е причина за инвалидност. Ставните болести по принцип влошават здравето и са причина за значителни финансови загуби както за болния, така и за обществото като цяло.

Жените страдат от артроза 10 пъти по-често от мъжете. Заболяването се проявява най-често във втората половина от живота, но не може да се приеме, че артрозата е старческо заболяване. Опитът на медицинските специалисти сочи, че висок процент на разпространение на артрозни оплаквания се установява в зрялата, творческа възраст на човека, като нерядко страдат и млади хора. Причината за болестта остава неясна, но по-доброто разбиране на основните механизми улеснява разработването на нови лекарства и коренно измени лечението.

Въпреки широкия спектър от налични в момента лекарства и тяхната безспорна ефективност, значителна част от пациентите с артроза имат относително ниско, но постоянно ниво на активност на заболяването. Това затруднява ежедневните им дейности в различна степен. По-голямата част от пациентите се нуждаят от дългосрочни грижи, които включват медикаментозна терапия, рехабилитация, обучение, напътствия и подкрепа за справяне с последиците от болестта. Последните насоки за управление на артрозата наблягат на прилагането на интегрирани грижи.

При пациенти с остеоартроза широко се използва цялостна рехабилитация, включваща екип от здравни специалисти от различни дисциплини. Те продължават традициите от 50 те години на миналия век, когато фармакологичните и хирургични възможности за лечение са ограничени и главните елементи на основния терапевтичен режим включват почивка на легло, шиниране, терапия с пасивни или подпомагани упражнения, топлинна и студена терапия, трудова терапия и емоционална подкрепа. Всичко това предполага добре координирани действия от мултидисциплинарни екипи. Мултидисциплинарният екип за интегрирани грижи може да се дефинира като група от медицински специалисти от различни дисциплини, които споделят общи ценности и цели. По отношение на интегрираните грижи за болните от остеоартроза, целите на мултидисциплинарния екип за медицински грижи включват запазване и подобряване на качеството на живот на пациентите чрез подобряване на активността по време на заболяването, функционалните способности, психическото и социалното здраве и професионалния статус.

В определен период от време (1994-2006) редица проучвания се фокусират върху процесите на екипните грижи, а не върху конкретните резултати. Методът на работа на екипите в днешно време често се характеризира по-скоро като интердисциплинарен или мултидисциплинарен. В съвременното развитие на модела пациентът и неговото семейство са идентифицирани като най-важните членове на мултидисциплинарния екип. Този подход е известен като „пациент – центриран" подход и включва системна оценка на всички аспекти на здравословното състояние на пациента, съвместно определяне на целите за лечение и планиране на интервенциите. Някои автори (Stucki, 2003) предлагат да се въведе така наречения „рехабилитационен цикъл". Този подход спомага за системен преглед на последиците от заболяването, за определяне на целите на терапията и за отнасяне на проблемите до координатори. Той води и до оптимизиране на лечението чрез свързване на интервенциите с резултатите по време на процеса на рехабилитация. За тази цел са нужни конкретни средства, насочени към повишаване на ролята на пациента в процеса на лечение и/или за улесняване на комуникацията между членовете на екипа. Такива сред-

ства са профил на рехабилитационни дейности (RAP - Van Bennekom, 1995), формуляр за разрешаване на рехабилитационни проблеми (RPS – Steiner at all, 2002), Канадската скала за производителност на труда (COPM - Wressle at all, 2003), показателите за рехабилитационен статус (IRES-3 – Schochat at all, 2003), пациентските въпросници (Buhrlen at all, 2005). Формулярът за разрешаване на рехабилитационни проблеми дава възможност на здравните специалисти да използват общ език, за да опишат интервенциите, както от гледна точка на пациента, така и от гледна точка на здравния специалист. Полезността на COPM е изследвана в програма за дневно лечение от мултидисциплинарни екипи на пациенти с артроза (Wressle at all, 2003).

Американският опит в идентифицирането на хроничните заболявания и предоставянето на грижи в зависимост от нуждите на пациентите оказва влияние в Европа и в други страни. Той е в основата на въвеждането на модел на управление по отделните случаи във всички тръстове за първична помощ в Националната здравна система на Великобритания през 2007 г. Основната цел е да се подобри качеството и достъпността до грижи за хората с хронични заболявания, като включва и свързаните с това разходи. В същото време много други европейски страни (Германия, Швеция, Холандия, Франция) експериментират с различни форми на предоставяне на интегрирани грижи.

В Германия голям брой пациенти с хронични заболявания са включени в програми за управление на заболяванията, които са въведени в по-голям мащаб. До 2009 г. има силен стимул за регистриране на пациенти, защото тези програми са отделен компонент на схемите за компенсиране на рисковете в болничните каси. На свой ред болничните каси осигуряват силни стимули за лекарите да регистрират пациенти.

В Швеция много общини предлагат мрежи за предоставяне на здравни грижи за диабет, деменция и ревматоиден артрит. Във Франция формирането на локални мрежи от доставчици на грижи за амбулаторни пациенти се стимулира чрез Закона за правата на пациентите и качеството на здравните грижи от 2002 г. По същия начин в провинция Онтарио в Канада са създадени мрежи за интегриране на семейните лекари и местните здравни служби.

Предимството е по-добрия достъп, наблюдение и непрекъсност на грижата. В няколко отношения, политиките имат и следните различия:

- някои започват като местни или регионални инициативи, координирани от един или няколко здравни специалисти;
- потенциална заплаха в повечето случаи при регионалните интегрирани грижи е, че тяхната приемственост силно зависи от физически лица, което ги прави уязвими в известен смисъл;
- има необходимост от повече време за разработване и осигуряване на подкрепа за изпълнението на подобни грижи, преки резултати на национални (или регионални) здравни грижи или политика, както и за преговори с доставчиците на здравни услуги.

Други страни като Австралия, Дания и Англия разработват национални политики за контрол на хроничните заболявания с национални стратегии за интегрирани грижи от стимулиране на здравеопазването до грижи за пациенти със сложни хронични заболявания, обхващащи целия диапазон грижи. Предимствата тук са:

- достъп и универсално покритие на потребностите и избор на услуги;
- грижи предоставени от мултидисциплинарен екип от специалисти, включващ личен лекар, ортопед – травматолог, кинезитерапевт, медицинска сестра;
- отговорността за грижите и задачите се разпределят между всички участващи в екипа специалисти;
- осъществява се обратна връзка между мултидисциплинарния екип и пациента, за оценка на състоянието, ранно откриване на признаци на обостряне на заболяването, както и за незабавни действия от страна на екипа.

Недостатъците при тях могат да се определят като:

- риск от разпокъсване на услугите;
- високи разходи, правни и технически ограничения на изпълнението;
- липса на клинични информационни системи;
- отказ за участие на медицински специалисти, а понякога и свързаните с тях членове на екипа;
- административна тежест на стратегиите за интегрирани грижи за доставчиците на тези услуги.

Тъй като не съществува единен подход, който да отговаря на условията във всички страни, в националните и провинциалните структури за осигуряване и финансиране на здравни гри-

жи трябва да бъдат включени нови инициативи за предоставяне на интегрирани грижи.

Предимства и недостатъци на интегрираните грижи прилагани при пациенти с артроза.
Предимства:

- Достъп и универсално покритие на потребностите и избор на услуги;
- Грижи предоставени от мултидисциплинарен екип от специалисти, включващ личен лекар, ортопед – травматолог, кинезитерапевт, мед. сестра;
- Координирани грижи с осигурено непрекъснато наблюдение на пациента от мултидисциплинарния екип;
- Разпределени роли, задачи и отговорности между участващите в екипа специалисти;
- Обратна връзка между мултидисциплинарния екип и пациента, за оценка на състоянието, ранно откриване на признаци на обостряне на заболяването, както и за незабавни действия от страна на екипа;
- Активно участие на пациента.

Недостатъци:

- Липса на единен подход, който да отговаря на условията във всички страни като нормативна рамка, законови разпоредби и финансиране, които да регламентират прилагането на интегрирани грижи;
- Оказване на интегрирани грижи за кратък период от време.
- Отказ за участие на медицински специалисти, а понякога и свързаните с тях членове на екипа;
- Административна тежест на стратегиите за интегрирани грижи за доставчиците на тези услуги.
- Високи разходи, правни и технически ограничения на изпълнението.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В практиката съществуват доказателства за постигане на по-добри резултати следствие интегрирани грижи при лечението на пациенти с артроза. В сравнение с извънболничната помощ, програмите за интегрирани грижи, предоставяни от мултидисциплинарни екипи за лечение на артроза, са по-ефективни по отношение на активността на заболяването и функционалните способности.

Традиционните мултидисциплинарни интегрирани грижи първоначално се осигуряват в болнична обстановка, докато през последните десетилетия фокуса на интегрираните грижи се насочва към мултидисциплинарни екипи със силно участие на първичната помощ, както и обслужване, ориентирано спрямо нуждите на пациентите.

Представените международни практики и резултатите от тяхното прилагане са категоричен пример, че при лечението на остеоартроза пациентите, се нуждаят от услугите на различни здравни специалисти (напр. ортопеди, медицински сестри, физиотерапевти, кинезитерапевти, социални работници и други). За нейното ефективно лечение в условията на ограничени ресурси, развитието на технологиите в здравеопазването е допълнителен фактор за постигане на тази задача в следващите 20 години, за които се прогнозира увеличаване на броя на хроничните заболявания.

Екипите на бъдещето за лечение на пациенти с артроза ще включват информационни технологии, образователни програми за пациентите, участие на различни специалисти в мултидисциплинарен екип и засилена роля на първичната помощ.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Бакова Д., Матева Н., Рехабилитация и социална интеграция на пациенти с хронични заболявания, Юбилейна научна конференция с международно участие «Здравеопазването през 21 век» 30 септември-2октомври 2010г., Доклади Том 1, 677 - 681
2. Вълков А., Маркетингов подход в управлението на качеството на здравните услуги, Здравна икономика и мениджмънт, година 9, 2009г., бр.4(34), 3-11
3. Грънчарова Г., Велкова А., Александрова С., Социална медицина, Издателски център МУ- Плевен, 2009, 324, 3-52
4. А. Йотова, Петрова Г., Костадинова Т.– Интегрираните грижи като елемент на здравната система, Социална медицина Социална медицина, бр.2, 2013 г.
5. Костадинова Т. Стратегическо управление на лечебните заведения, Стено, Варна, 2006, 83 с.;53-57

6. Костадинова Т., Петрова Г, Интегрираните грижи в България – предизвикателство и необходимост, Сборник доклади от Международна научна конференция Тенденции и предизвикателства в развитието на икономиката, ИУ Варна 10-11 май 2012г., том IV стр. 150-159.

7. Мутафова Е.Атанасова Е., Коева Л., Димова А., Рохова М. и съавт., Болничен мениджмънт, Дийор принт, НЦОЗ, 2005, 350 с.;32-39;274-283

8. Мутафова Е., Костадинова Т. Интегрираните грижи - новата парадигма в здравеопазването, Здравна икономика и мениджмънт, бр.2, 2002

9. Попова Ст., Социална медицина, учебник за студенти по управление на здравни грижи, Стено, Варна, 2010, 78-96, 143 с.; 86-96

10. Петрова Г., Костадинова Т., Интегрираните пътеки като модел за грижи, Социална медицина, бр.2, 2013 г.

11. Петрова Г., Костадинова Т., Петрова Ф., Възможност за прилагане на принципите на интегрирани грижи в МБАЛ „Св. Марина" ЕАД Варна, Социална медицина, бр.3, 2013 г.

12. Петрова Г, Костадинова Т., Йотова А, Добри практики за интегрирани грижи в Европа и света – обзор, Социална медицина, бр.3, 2013 г.

13. Тулчински Т., Варавикова Е., Ново обществено здравеопазване, Въведение в XXI –ви век, Издателство Лотос 23, Варна, 2004г., 804 с., 237-279

14. Ahgren B, Axelsson R. Evaluating integrated health care: a model for measurement. International Journal of Integrated Care 2005;5:3–14

15. Andersson G, Karlberg I. Integrating care for the elderly: the background and effects of the reform of Swedish care of the elderly. International Journal of Integrated Care. 2000 Nov 1;1

16. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. Hospital Quarterly 2003;7(1):73–82

17. Alter S. The work system method for understanding information systems and information system research. Communications of the Association for Information Systems 2002;9:90-104.

18. Stucki, G. Understanding disability. Ann Rheum Dis 2003;62:289-90.

19. Van Bennekom CAM, Jelles F, Lankhorst GJ. Rehabilitation Activities Profi le: the ICIDH as a framework for a problem-oriented assessment method in rehabilitation medicine. Disabil Rehabil 1995;17:169-75

20. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. Phys Ther 2002;82:1098-107

21. Wressle E, Lindstrand J, Neher M, Marcusson J, Henriksson C. The Canadian Occupational Performance Measure as an outcome measure and team tool in a day treatment program. Disabil Rehabil 2003; 25:497-506

22. Schochat T, Pilz C, Neuner R. The Indicators of Rehab Status questionnaire version 3 (IRES-3) in 1818 rehabilitees with musculoskeletal Diseases. Rehabilitation (Stuttg) 2003;42:236-44. In German

23. Buhrlen B, Gerdes N, Jackel WH. Development and psychometric testing of a patient questionnaire for medical rehabilitation (IRES-3). Rehabilitation (Stuttg) 2005;44:63-74. In German

Адрес за кореспонденция:
Медицински университет „Проф.д-р П.Стоянов" Варна
e-mail: galina.petrova@mu-varna.bg

СПЕЦИФИКА НА ТРУДА НА РЪКОВОДИТЕЛИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ В БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

Макрета Драганова, Силвия Александрова-Янкуловска, Надя Велева

Катедра „Медицинска етика, управление на здравните грижи и информационни технологии“, Факултет „Обществено здраве“
Медицински университет – Плевен

SPECIFIC CHARACTERISTICS OF MANAGERIAL WORK OF HEALTH CARE MANAGERS IN THE HOSPITALS

Makreta Draganova, Silviya Aleksandrova-Yankulovska, Nadia Veleva

Department “Medical Ethics, Management of Health Care and Information Technologies”, Faculty of Public Health, Pleven Medical University

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Здравните грижи са грижите, полагани за човека от професионалистите по здравни грижи от зачеването до смъртта му. За качеството на извършените здравни грижи са отговорни ръководителите по здравните грижи (РЗГ), съгласно съществуващата нормативна уредба. Те са част от персонала на всяко лечебно заведение за болнична помощ. Законът за лечебните заведения и длъжностните характеристики регламентират труда на този персонал. Техните основни задължения и отговорности, свързани с мениджърската им дейност са планиране, организиране, координиране, оценяване.*

Цел: *Целта на проучването е да се анализира същността и спецификата на управленския труд в областта на здравните грижи, предоставяни в лечебните заведения за болнична помощ у нас.*

Материал и методи: *Изследването се основава върху систематичен анализ на научни публикации в рецензирани научни сборници и списания.*

Резултати и обсъждане: *Основното затруднение при изучаване на труда на РЗГ в лечебните заведения е свързано с огромното разнообразие от дейности, извършвани от тях. Между здравните мениджъри на различните нива на управление съществува колаборация, но спецификата на отговорноститеим предполага въвеждането на различни класификации за дейностите на старши и главни РЗГ.*

Изводи и заключение: *Ръководителите на здравните грижи в лечебните заведения за болнична помощ у нас са Главни ръководители на*

SUMMARY

Introduction: *Health care services are all services provided by health care professionals to patients from birth until death. According to current legal regulations the quality of health care is responsibility of health care managers. They are members of the staff of each hospital care facility. The health establishments act and job descriptions regulate the managerial work. The main responsibilities and duties of heath care managers involve planning, organization, coordination and assessment.*

Objective: *The aim of the study is to analyze the essence and specificity of managerial work in the area of health care services provided in hospital settings in Bulgaria.*

Material and methods: *This survey is based on systematic analysis of scientific publications in peer-reviewed journals and conference proceedings.*

Results and discussion: *The main difficulty in exploring the work of health care managers in hospitals is related to the vast majority of activities that they perform. There is collaboration between health care managers from different levels but the specificity of their responsibilities requires introduction of different classifications for the activities of senior and head managerial personnel.*

Conclusion: *Managers of health care in hospital settings in Bulgaria include head health care managers and senior health care managers which are members of the managerial teams of the hospitals. Considering the specific characteristics of managerial work of health care managers there is a necessity of profound research aiming at exploration and analysis of their activities.*

здравните грижи (ГРЗГ) и Старши ръководители на здравните грижи (СРЗГ) и са част от мениджърския екип на лечебните заведения.Предвид спецификата на труда на здравните мениджъри е необходимо провеждането на задълбочени проучвания с цел изследване и анализ на извършваните от тях дейности.

Ключови думи: *ръководител по здравни грижи, управленски труд, качество на здравните грижи, управление на времето.*

Key words: *health care manager, managerial work, quality of health care, time management*

ВЪВЕДЕНИЕ

Управлението на здравните грижи е специалност на висшето образование, която съществува от 1996 в България. Член 1 от Наредбата за ЕДИ регламентира, че с наредбата се определят единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалността „Управление на здравните грижи“ за образователно-квалификационните степени „магистър“ и „бакалавър“ от професионално направление „Обществено здраве“ и професионална квалификация «ръководител на здравните грижи ипреподавател по практика“ [11]. Изискване за тази специалност бе въведено в съответната нормативна база за заемане на ръководна длъжност в областта на здравните грижи. Според чл. 70 от ЗЛЗ главна медицинска сестра (акушерка, рехабилитатор) може да бъде лице с образователно-квалификационна степен „бакалавър“ или „магистър“ по специалността „Управление на здравните грижи“ [7].

В стратегията за развитието на здравните грижи у нас до 2020 година, се акцентира, че професионалните грижисе реализират за човека от неговото зачеване до смъртта му [13]. Както е известно „Здравето е основата на човешкия живот и затова трябва да бъде обект на ефикасни политики и действия в държавите членки на Европейската общност и в световен мащаб“ [10]. Следователно управлението на здравните грижи е процес, който е отговорен за здравето и благополучието на гражданите на РБългария.

Съгласно съществуващата нормативна уредба, за качеството на извършените здравни грижи са отговорни ръководителите по здравни грижи (РЗГ). Те са част от персонала на всяко лечебно заведение за болнична помощ“ [3]. Законът за лечебните заведения и длъжностните характеристики регламентират труда на този персонал. Техните основни задължения и отговорности, свързани с мениджърската им дейност са планиране, организиране, координиране, оценяване.

ЦЕЛ

Целта на проучването е да се анализира същността и спецификата на управленския труд в областта на здравните грижи, предоставяни в лечебните заведения за болнична помощ у нас.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Изследването се основава върху систематичен анализ на научни публикации в рецензирани научни сборници и списания.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Управленският труд е обект на проучване от редица автори (М. Андреева, К. Каменов) в областта на мениджмънта. Естеството на управленската дейност е в основата на съществуващите определения за понятието „здравен мениджър“. J. Rakish определя здравния мениджър като „индивид със специална квалификация, който е в позиция на власт, направлява работните усилия на подчинените си и е отговорен за ресурсите и резултатите от дейността на съответната здравна организация“ [1,2].

Според Т. Веков здравните мениджъри са професионалисти с квалификация, регламентирана в рамките на университетското образование, които имат властта да управляват, контролират и практически реализират определени резултати [2].

От казаното дотук може да се приеме, че „Управлението на здравните грижи“ е специфична мениджърска дейност, която се реализира от професионалисти по здравни грижи с квалификация, регламентирана в рамките на университетското образование, които имат властта за ме-

ниджърски дейности и реализират определени резултати.

Длъжностите в Р България са регламентирани в Национален класификатор на професиите и длъжностите от 2005 г. Ръководителите по здравни грижи в лечебните заведения у нас са главни-



Фиг. 1. Възможните длъжности, които съчетава старшата медицинска сестра в болничните лечебни заведения

те медицински сестри и старшите акушерки, медицински сестри, рехабилитатори, лаборанти и др. Съгласно цитирания документ тези длъжности са с код 1342 – Ръководители в здравеопазването [12]. В съответствие със заеманата длъжност логични са наименованията„Главен ръководител по здравни грижи“ (ГРЗГ) и „Старши ръководител по здравни грижи“ (СРЗГ). Въвеждането на тези наименования в специализираната лексика би улеснило значително писмената и говорима комуникация.

Р. Дойновска (2012) счита, че основни фактори на влияние върху управлението на медицинския персонал са силно изразената хетерогенна структура по отношение на образователен ценз, специализация, функционални задължения и място в служебната йерархия, навлизане на пазарни отношения в здравната система и конкуренцията между здравните субекти – държавни, общински, частни, свободен достъп на медицинските ресурси до трудовия медицински пазар в страната и Европейския съюз и отливът от някои медицински професии [4]. Всички тези фактори правят трудно изучаването на управленския труд в реализирането на здравните грижи.

Основното затруднение при изучаване на труда на РЗГ в лечебните заведения е свързано с огромното разнообразие от дейности, извършвани от тях. Редица проучвания доказват комплицирания характер на дейността на сега действащите РЗГ [5]. Проучване доказва, че СРЗГ могат да съвместяват няколко длъжности едновременно (фиг. 1).

Изпълнението на няколко длъжности от РЗГ крие риск за влошаване на качеството на предоставяните услуги поради липса на време за ефективно изпълнение на мениджърските функции. По данни на научно изследване, проведено през 2012 г. сред 175 РЗГ от 14 лечебни заведения за болнична помощ в Северна България, повече от половината от обхванатите лица считат, че се занимават с несвойствени дейности и им се поставят задачи, различни от техните задължения, регламентирани в длъжностните им характеристики [5]. Същото проучване установява, че над 40% от реално извършваните дейности от РЗГ не са регламентирани в нормативната база. Всичко това създава ограничения за ефективното управление на здравните грижи у нас.

Какви качества трябва да притежават за да се справят със задълженията си и същевременно да гарантират качествени здравни грижи на обществото?

Съществуват редица класификации за качествата на съвременния мениджър. С. Кирилов приема като важни и значими творческа прозорливост, усет, въображение, гъвкавост, концентрация, търпение [9].

През 1999 г. е проведено проучване от Европейски регион на СЗО съвместно с Министер-

ството на социалните грижи и здравеопазването на Финландия с цел да се установи развитието на сестринските и акушерските грижи в различните страни, както и да се добие представа за моментното състояние на сестринското представителство на управленските нива в Европа [15]. Включени са всички 51 страни-членки на СЗО, Европейски регион, но са отговорили 27 държави. Въпросникът се състои от различни секции. От особено значение за проучването е секцията, относно управлението на сестринските/здравните грижи. Въпросите в тази част се отнасят до установяване на ръководна сестринска позиция. Консенсус относно най-важните качества/атрибути за ръководителя на сестринските/здравните грижи се постига на втори етап от проучването от 12 държави. Това са следните 16 качества, ранжирани по ранг на значимост:

1. Комуникативни умения
2. Работа в екип
3. Стратегическо мислене
4. Доказан професионализъм
5. Лидерски качества
6. Политическа проницателност
7. Любезност/почтеност
8. Иновативност
9. Умения за решаване на проблеми
10. Лични качества
11. Утвърждаване на сестринството/здравните грижи
12. Добро управление
13. Умения за решаване на конфликти
14. Умения за работа с информация
15. Изследователски умения
16. Физически характеристики

Съвременния мениджър, независимо от нивото на управление, се налага да се справя с три основни дилеми: дилемата на времевите хоризонти, дилема „доверие-контрол“ и дилема на лидера. Не е случайно, че първата дилема, с която трябва да се справя мениджъра е дилемата на времевите хоризонти и по-точно дилемата „настояще – бъдеще“. За просперитета на всяка организация е важно да има бъдеще. Това налага ръководителят да отделя достатъчно времеви хоризонт за планиране на бъдещето. В същото време е необходимо да се справя с проблемите в настоящето. Следователно широтата на времевия хоризонт за справяне с тази дилема е в права пропорционална зависимост с нивото на мениджмънт, а това изисква съсредоточаване върху мениджърските дейности и недопускане на разсейване на времеви разходи в изпълнението на други, различни от мениджърските дейности [6,8].

За да се справя с предизвикателствата на днешното време мениджърът трябва да бъде комплексна личност, съчетана от компетентности, умения и специфични индивидуални качества [14].

ИЗВОДИ

1. Дейността на ръководителите по здравни грижи е специфична, комплицирана и мултифункционална. Осъзната е необходимостта от задълбочено изучаване на този вид труд и предприемане на мерки за оптимизиране на неговата организация.
2. Съгласно нормативните документи от ръководителите по здравни грижи се изисква необходимата квалификация и отговорност за качеството на здравните грижи, но не се регламентирана обхвата на властта и съответните мениджърските отговорности на заемащите тези длъжности.
3. Въвеждането на термините„Главен ръководител по здравни грижи“ (ГРЗГ) и „Старши ръководител по здравни грижи“ (СРЗГ) ще унифицира ръководните длъжности в областта на здравните грижи и ще ги направи адекватни на заеманата длъжност, а не на базовата специалност.
4. Съобразяването с основните 16 качества, предложени от Европейския регион на СЗО за ръководители по здравни грижи в българските лечебни заведения за болнична помощ ще оптимизира здравните грижи у нас в съответствие с европейските изисквания.

„Голяма част от бедите на този свят идват от това, че хората недостатъчно добре са разбрали своите цели.»

Йохан Волфганг фон Гьоте

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Борисов, В., С. Кирилов. Мениджмънт на времето – актуалност на един забравен ресурс.-Здравен мениджмънт, 5, 2005, №1, 37-39.

2. Веков, Т., Управление и икономика на здравеопазването и здравните реформи. – С., Български кардиологичен институт, 2010, 390.

3. Грънчарова Г., Управление на здравните грижи. В:Управление на времето, 2011, Издателски център на МУ – Плевен, 2005, с. 254 – 257

4. Дойновска, Р., Предизвикателства пред управлението на медицинския персонал в българската армия и направления за разрешаването им. – Автореферат, София, 2012, 42.

5. Драганова, М., Управление на ресурса време на ръководните кадри по здравни грижи в лечебните заведения. Дисертация, Плевен, 2013, 149.

6. Дракър П., Ефективният ръководител. – С., Класика и стил, 2002, с. 27-50

7. Закон за лечебните заведения. – ДВ, бр.60 от 5.08.2011 г.

8. Иванов, И. Основи на мениджмънта. – Пловдив, Издателство „Макрос“, 2011, 380.

9. Кирилов, С., Качества на здравния мениджър. – Здравен мениджмънт, 2001, т.1, №1, 10-13.

10. Комисия на Европейската общност, Бяла книга „Заедно за здраве: Стратегически подход за ЕС 2008 – 2013, Брюксел, 23.10.2007, Достъпно в Internet на адрес http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52007DC0630

11. Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалността „Управление на здравните грижи“ за образователно-квалификационните степени „магистър“ и „бакалавър“ от професионално направление „Обществено здраве“, приета с ПМС № 215 от 18.08.2006 г., обн., ДВ, бр. 70 от 29.08.2006 г., в сила от учебната 2006-2007г.,изм.,бр.87от7.10.2008г.

12. Национален класификатор на професиите и длъжностите 2011. – Достъпно в Интернет на адрес http://www.mlsp.government.bg/class1/store/azbuchnik.asp

13. Стратегия за развитие на здравните грижи в Р България 2013– 2020, достъпно в Internet на адресhttp://www.nursing-bg.com/str.html

14. McConnell E., Ten tactics to help beat the clock. RN Sept 1983, pp.47-50

15. The Ideal attributes of Chief Nurses in Europe: A Delphi Study for WHO: Europe, Accessible in Internet at

16. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/102230/E74525.pdf accessed 2011.

Адрес за кореспонденция:
Медицински университет – Плевен
Факултет „Обществено здраве“
Катедра „МЕУЗГИТ“
ул. „Климент Охридски“ №1
e-mail: makreta_99@yahoo.com

СПЕЦИФИКА НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ХРОНИЧНО БОЛНИ ПАЦИЕНТИ

Соня Тончева[1], Албена Керековска[2], Клара Докова[2]

[1]Катедра „Здравни грижи", ФОЗ,Медицински университет - Варна
[2]Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването", ФОЗ, Медицински университет - Варна

SPECIFIC CHARACTERISTICS OF HEALTH CARE FOR CHRONICALLY ILL PATIENTS

Sonya Toncheva[1], Albena Kerekovska[2], Klara Dokova[2]

[1]Department Health care, Faculty of Public Health, Medical University of Varna
[2]Department of Social Medicine and Organization of Health Care, Faculty of Public Health, Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Поведението на здравните професионалисти има различни измерения при остри и спешни състояния и при хронично болни пациенти. В първия вариант се налага състоянието да ръководи здравните грижи, докато при хроничните състояния грижите са постоянни и непрекъснати за хронично болния.*

Цел: *Да се докаже, че спецификата на здравните грижи при хроничната болест са насочени към съхранение на болния като личност, като се цели да бъде улеснен процесът на превъзмогване на болестта, за което съществен принос има промяната в поведението на медицинските сестри.*

Материал и методи: *Направен е обзор на литературата по проблема, свързан със спецификата на сестринските грижи при хронично болни. Проучени са най–често цитираните модели за оказване на здравни грижи на базата на които е разработен алгоритъм на поведение. Приложени са собствен опит и документален метод.*

Резултати и обсъждане: *Много често болните са със стабилизиран осъстояние и се нуждаят предимно от грижи със социален и психологически аспект. Спецификата на здравните грижи при хроничнаболест е насочена към промяна на представата на болния за самия себе си, както и засмисъла на живота. Поведението на здравните професионалисти цели изграждане на умения у пациента за справяне с ежедневния живот, са-*

SUMMARY

Introduction: *The health professionals' behavior towards patients with acute and chronic conditions has different dimensions. In the first case the illness determines the care needed while in second case the care for the chronically ill is constant and continuous.*

Aim: *To prove that the specificity of health care in chronic illness is its focus on the patient as a person, aiming to relieve the process of overcoming disease with the most important contribution being the changing behavior of the nurse.*

Material and methods: *A literature review is performed on the topic nursing care in chronic illness. The most frequently cited models are studied based on which an algorithm for action is developed. Personal experience and document analysis are applied as well.*

Results and discussion: *Very often patients with chronic illness are in a stable condition and they need care with social and psychological aspects. The specificity of care in chronic illness is its focus on helping the patient to change his perception of himself and change his understanding about the meaning of life. Health professionals should help the patients develop skills for managing their everyday life and for achieving control on the disease and daily activities.*

Chronic illness leads to restricted activity, dependence on other people and changes the usual life of the patient. In many cases chronically ill patients meet intolerance, lack of understanding, less often sympathy. Often friendships are lost and patients live in isolation. In other cases there is a struggle for preserving

моконтрол на собственото заболяване и живота си. Хроничната болест често води до ограничена активност, имобилизация и нежелана зависимост от другите хора и променя живота на болния. В много случаи към хронично болния има проява на нетолерантност и неразбиране, а понякога симпатия. Не рядко се загубват приятелства, болният се отдръпва от живота в мъчителна изолация. В други случаи се води интензивна борба за поддържане на достойнство и себеуважение. За да бъдат ефективни грижите трябва да се очертае спецификата на сестринската дейност, като се приложи алгоритъм на поведение, насочен към хронично болните.

Изводи и заключение: *Хроничната болест е предизвикателство не само, защото заплашва интересите на болния, а и защото поставя важен въпрос пред медицинските сестри: Как медицинскитесестри да променятповедението си къмстрадащите от хроничнозаболяване?*

Ключови думи: *здравни грижи, рехабилитация, ресоциализация, хронично заболяване, хронична болка, медицинска сестра*

one's dignity and self-respect. In order to provide effective care the specificity of the nursing activity should be defined and an algorithm of behavior developed towards chronically ill patients.

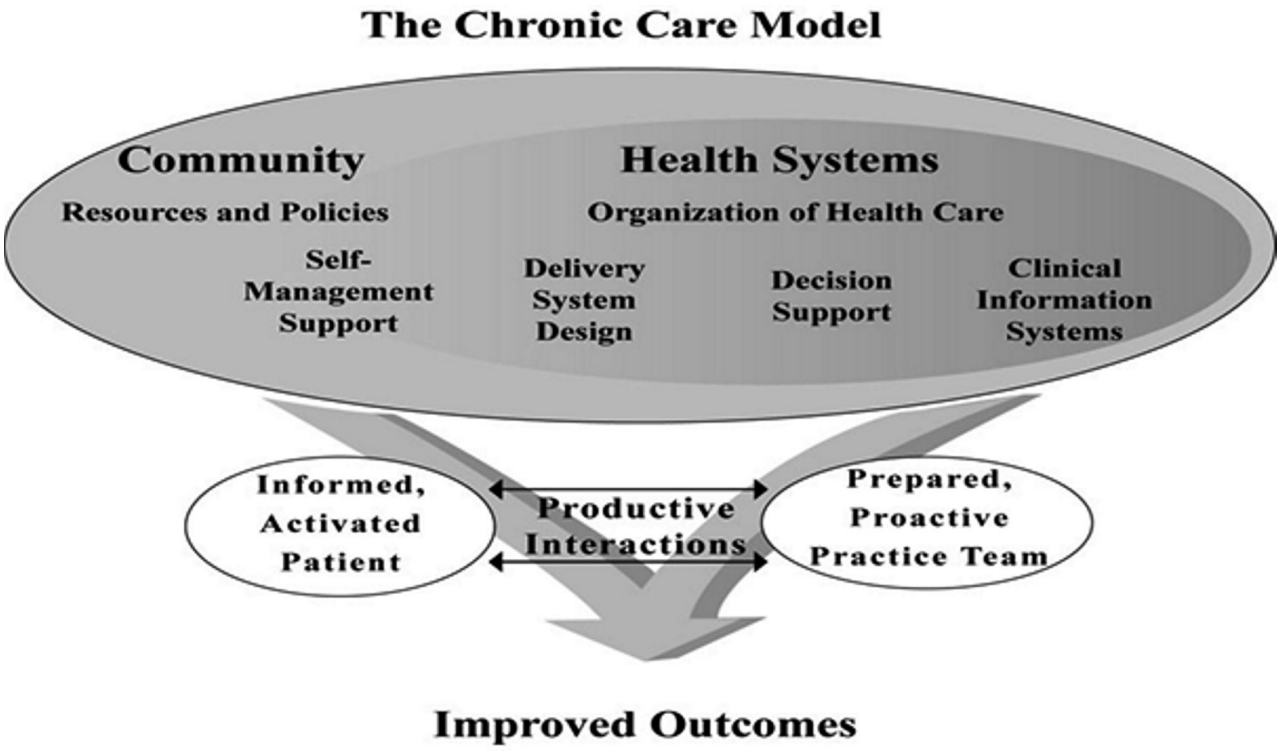
Conclusions: *Chronic illness is a challenge not only because it threatens the interest of the chronically ill but also because it pauses a question infront of the nurses: how to change their behavior in cases with chronic illness?*

Keywords: *health care, rehabilitation, resocialization, chronic illness, chronic pain, nurse*

Възприето е в медицинската практика тежкото остро заболяване да се разглежда като заплаха за индивида и морално изисква другите да го подпомагат в борбата му с него. При остро заболяванелекарят и болният чрез сътрудничество се справят с тазизаплаха. Медицинските потребности на пациента ръководятздравнитегрижи и лечението. При хронично болните се изисква друг подход. През втората половина на 20-ти век, учените започнаха да създават модели за грижа за оценка и лечение на хронично болните. Без да считаме за необходимо да визираме развитието на проблема според нас е важно да спомена Модел TheChronic Care (CCM).Edward H. Wagner, MD, директор на Института за MacColl Health care иновации, директор на Националната програма Robert Wood Johnson Foundation „Подобряване на грижите при хронично болни", и старши изследовател в Group Health Research Institute в Сиатъл, предлага разработен Модел The Chronic Care, или CCM. Той обобщава основните елементи за подобряване на грижите за хронично болни в здравните системи на различни нива. Тези елементи са на общността, здравната система, подкрепата за самостоятелно управление, подпомагане при вземането на решения и клинични информационни системи. Акцент се поставя върху взаимодействието между информираните пациенти, които вземат активно участие в грижите за тях и с доставчиците на ресурси и експертиза. Моделът The Chronic Care може да се прилага при различни хронични заболявания, здравни грижи и целеви групи от населението. В крайна сметка целта е по-здрави пациенти, по-доволни доставчици, както и намаляване на разходите (фиг. 1).

Терапевтичният подход при хронична болест има специфични измерения. Моделът за медицинската помощ при остри заболявания не действа при постоянната, непрекъсната грижа за хроничноблния. Здравните грижи при хроничната болест са насочени към съхранение на болния като личност, като се цели да бъдеулесненпроцесът на превъзмогване на болестта и се създадевъзможност да се живее с и въпреки хроничното страдание. В голямата си част проблемите, коитотрябва да се решават са по-скоросоциални и психични. Затова задачите на здравните грижи са насочени към подобряване на живота на хронично болния.

Спецификата на здравните грижи при хронична болест е свързана с променена предста-



ва на болния за самия себе си, както и за смисъла на живота. Хроничното заболяване принуждава болният да се адаптира, да промени начина и стила на живот за да съумее да контролира състоянието си. С честите периоди на ограничена активност, и мобилизация и нежелана зависимост от другите хора хроничната болест променя живота на болния. Отношението към хронично болния може да включва проява на нетолерантност и неразбиране или добронамерена покровителствена симпатия от колеги, приятели и близки. Променената социална роля на хронично болният, често се свързва с занижен интерес към реалния живот и изолация. В други случаи се води интензивна борба за подъжане на достойнство и себеуважение.

Хроничната болест налага принудителни промени **не само в личния, но и в семейния живот** на пациентите, като поставя нови трудни проблеми пред тях самите и пред близките им. Поради факта, че хронично болният трябва да се адаптира към новия променен статус, то и задачите на здравните професионалисти са свързани най-вече с мениджмънта на болестта, а не толкова – с лечението. В този случай "мениджмънтът" означава емоционална и социална подкрепа на болния в стремежа му да преподреди приоритетите си, да се идентифицира с определена общност, ресоциализация и окуражаване за продължаване на живота въпреки страданието.

Медицинската сестра трябва да познава **основните проблеми**, с които човек се сблъсква при наличие на хронична болест:

- загуба на основни функции, наличие на хронични болки и страдание в резултат на болестта или травмата;
- нарушена автономия – негативни ефекти върху способността на човека да функционира пълноценно като член на обществото, както и индиректно – с отношението на обществото към него;
- негативно влияние на хроничната болест върху себеоценката, очаквания на хроничноболния и справянето с управлението на собствения живот, въпреки здравния проблем.

За разрешаването на тези проблеми са необходими нови програми за здравно обслужване. Те трябва да повишават капацитета на хората да се справят успешно с хроничните си състояния и да подобряват качеството на живота си. В това отношение промоцията на здравето предлага ефективни **подходи**:

1. **Концепцията за себеуправление и активно участие на индивидуално и обществено ниво**. Тя е отразена в принципите за подкрепа, представяне на възможности и посредничество;
2. **Екологичната концепция за здравето**, която включва здравословна социална политика, изграждането на укрепваща здравето жизне-

на среда, засилване на общественото участие и развитие на личните умения за укрепване на здравето.

Това е едно от най-сериозните предизвикателства не само за пациентите, но и за здравните специалисти.

Предоставянето на актуална здравна информация чрез здравно обучение и здравно възпитание на хронично болният човек може да допренесе за съхраняване и повишаване на здравния му потециал. Научавайки повече за болестта си и как да възприема състоянието си практически хронично болният може да увеличи собствения си ресурс, за може да се справя с ежедневните си потребности, както и да си оказва самопомощ. В тази дейност трябва да бъдат въвлечени медицинските сестри, които имат компетенции и знания да обучават и развиват практическите умения на пациентите за да повишават здравната-култура и на тази основа да се утвърждава здравословен стил на живот. Необходимо е да се прилага холистичен подход при оказване на грижи на хронично болните – те да бъдат възприемани като био- социални същества като се вземат-предвид социалните аспекти на здравето, семейство, среда, бит, култура, верски убеждения, ценностна система, цялата уникалност и неповторимост на пациента, за да се окажат индивидуализирани здравни грижи, достатъчни по обем и качество и непрекъснати.

Важно е медицинска сестра да диагностицираболката, тъй като голяма част от хроничните-заболявания се съпътстват с усет за болка. Тези знания са необходими тъй като се изисква адекватно поведение: изясняване на мястото (локализация) на болката, продължителност, праг на чувствителност, съпътстващи изживявания, ограничения на автономията на пациент с болка и още много други аспекти на проблема. Здравна промоция и хронична болка.

Все ощелечението на хроничната болка се основава на медицинския подход, на модела на острата болка. Болката се свежда до нейния сезонен аспект и се разглежда като израз органична лезия. Пренебрегват се важни психологични и социални аспекти на диагностицирането и мениджмънта на хроничната болка.

При пациенти с хронична болка са необходими модели, които отчитат следните моменти:

- как се възприема болката от пациента по отношение на нейния интензитет и продължителност; предизвиква ли страдание;
- в каква степен болкат а нарушава интегритета на пациента като личност;
- какво е отношението му към живота и чувството му за пълноценост на социалния живот;
- какво значение има жизнената среда в етиологията на болестта;
- какви промени настъпват в ролите на пациента и на здравните специалисти;
- специално внимание върху екипния подход на работа;
- фокус върху потребността да се мобилизират човешките и социални тересурси.

Интегралния подход при терапията на болката е сравнително нова област, която е насочена към личността, страдаща от хронична болка, а не само болковия синдром, като включва и страдащия пациент като субект в терапевтичния процес.

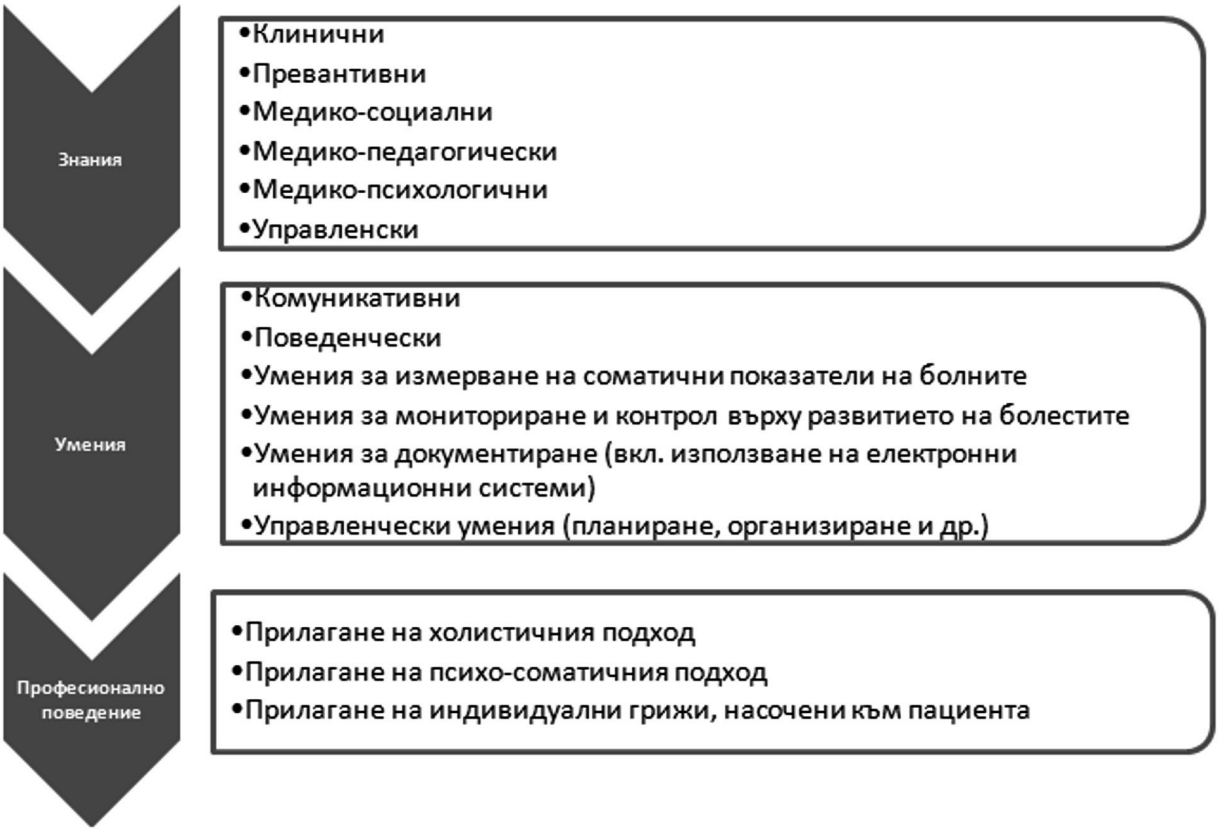
Характерът на взаимоотношенията между здравния специалист и пациента играе изключително важна роля в терапията на хроничната болка. Силните, продължителни във времеболки пораждат прояви на агресивност, затвореност, безпомощност, склоност към зависимост. Тезисъстояниязатрудняватконтактите на пациента с околните. Такъв пациент особено се нуждае от загриженост, разбиране и окуражаване, за да се изявят онези черти на неговата личност, които имат позитивен заряд. Здравният специалист е човекът, който трябва да разкрива и укрепва позитивните личностни качества на своя пациент. Медицинската сестра може да формира мотивация на пациента за активно участие в терапевтичния процес и поемането на лична отговорност. Различните методи за релаксация, техниките за справяне с болката, масажите, хранителния режим, приготвянето на здравословна храна и др. се нуждаят от професионалното ръководство от страна на здравните специалисти.

Хронично болните се нуждаят от екипно здравно обслужване. Част от мултидисциплинарния екип е медицинската сестра. Грижите, които тя ще окаже могат да бъдат насочени към предоставяне на **знания**, изграждане на **умения** и адекватно **поведение** на хронично болните. Следователно дейността на медицинската сестра трябва да бъде ориентирана към поведение включващо:

- Общуване с болния и неговите близки
- Обучение на болния и неговитеблизки
- Формиране на знания за правилно отношение на близките на пациента към заболяването
- Познаване и прилагане на здравното и социално законодателство

- Преценка на психоемоционалното състояние и осигуряване на психоемоционален комфорт на заболялата личност
- Умения за адекватна комуникация с пациента (самооценка за професионалната компетентност, осигуряване на ресоциализация на заболялата личност, връзка със службите за социално подпомагане и ТЕЛК)
- Познаване на рисковите фактори и възпитаване на поведение, предпазващо от вредното им въздействие
- Индивидуален подход към лекуваната личност
- Анализ на обективното състояние на пациента
- Поставяне на сестринска диагноза
- Изготвяне на план за сестрински грижи
- Съгласуване на дейността с ОПЛ
- Изпълнение на сестрински грижи според състоянието на пациента
- Подпомагане процеса на социална адаптация, рехабилитация и ресоциализация

Обучението на медицинската сестра в България е синхронизирано с европейското и презумцията на университетското образование е да формира у бъдещата медицинска сестра умения, способности и мотивация за адекватен стил на професионално поведение извеждайки на преден план следните дейности: поемане на отговорности за отделния човек и разрешаване на проблеми свързани със здравето му, разглеждане на индивида във връзка със социалната му среда, поставяне на сестрински диагнози и планиране на дейността за подобряване състоянието на пациента. Специалността Медицинска сестра, като регулирана професия, отговаря на Стратегията на СЗО за обучение на медицински сестри и Европейска Директива за взаимно признаване на придобити компетенции, които осигуряват сигурност при оказване на здравни грижи в т.ч на хронично болни (фиг. 2).



Фиг. 2. Съдържание на професионалната компетентност на Медицинската сестра при оказване на грижи на пациент с хронично заболяване (алгоритъм)

- Отчитане на възможностите на пациента и приучване към автономни грижи
- Динамика в общуването и обгрижването на хроничноболния

Получаването на адекватна професионална компетентност от медицинската сестра е един дълъг процес, който започва още от студентското обучение и продължава по време на профе-

сионалната практическа дейност. Учебният план на специалността включва дисциплини, формиращи базови познания за работа с хронично болни, които считаме за удачно да визираме:

- **Профилиращи дисциплини** - Практически основи на сестринските грижи – (Сестрински грижи при болни със соматични, онкологични, неврологични и психични заболявания; Сестрински грижи за възрастни, Палеативни сестрински грижи, Сестрински грижи при деца и възрастни с увреждания, Сестрински грижи в домовете
- **Клинични дисциплини** – Вътрешни болести, Хирургични болести, Гериатрия, Лечебно хранене, Нервни болести, Детски болести
- **Социалномедицински и педагогически** – Социална медицина, Медицинска психология, Промоция на здраве, Детска педагогика и психология

Професионалната компетентност няма статичен характер и постоянно се променя, което налага медицинската сестра непрекъснато да се обучава. По пътя на специализации и краткосрочни курсове и други форми на СДО следва грижите за хронично болни да бъдат поставени с висок приоритет с оглед на необходимостта от прилагане на адекватен подход.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицинската сестра трябва да бъде квалифицирана, за да се справи с всички нужди на хронично болният и трябва да бъде застъпник, като постави случая на хронично болните пред различните нива на здравната администрация, болницата или техните семейства. Сестрата може да бъде обучена да подпомага пациента при извършване на ежедневни дейности, което ще облекчи страданието. Необходимо е сестрите да бъдат проактивни и да дадат на своя пациент свободата да извършват всичко макар и минимално, което могат. Ролята на сестрата трябва да бъде подпомагаща и само в случай на невъзможност и цялостно нарушена автономия на пациента да изпълнява заместваща роля. Тя трябва професионално да общува и да мотивира пациента да мобилизира усилията си при извършване на ежедневни дейности, тъй като подобен подход окуражава болния и му създава самочувствие. В някои случаи медицинската сестра може да оказва палиативни грижи. Палиативните грижи са насочени към запазване на достойнството на болния. Медицинските сестри, които се посвещават на грижи за палиативно болни изискват допълнителни компетенции – морална издръжливост, психическо равновесие, търпение, уважение към личността на болния и семейството му, емпатичен подход. Израз на съпричастност кара пациента да мобилизира собственият си ресурс, да усеща вниманието, загрижеността и подкрепата.

Хроничната болест е предизвикателство не само, защото заплашва интересите на болния, а и защото поставя важен въпрос пред медицинските сестри: Как медицинските сестри да променят поведението си към страдащите от хронично заболяване?

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Даниела Гавраилова Ръководство по вътрешни болести със сестрински грижи - II част, Медицински университет – София,2013
2. Едварт Лебикян, Пенка Василева, Компетенциите на медицинските сестри в променящото сесъвременно общество, Научни трудове на Русенския Университет - 2009, том 48, серия 8.1
3. Стамболова, Ив. Сестрински грижи при соматични заболявания.С., Манта Принт, 2012, 208.
4. www.mlsp.government.bg/bg/docs/Long_Term_Care_Strategy_final.doc
5. http://ec.europa.eu/health/newsletter/127/newsletter_bg.htm
6. www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The...CareModel&s=2
7. www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Model_Elements&s=18
8. www.parliament.bg/.../20140124042637Nacionalna%20zdravna%20stra...

Адрес за кореспонденция:
Медицински университет – Варна
Катедра „Здравни грижи“, ФОЗ
Варна 9002
ул. Марин Дринов, №55
e-mail: toncheva2960@abv.bg

УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ ОТ РАБОТАТА – ОСНОВЕН ФАКТОР ЗА ЕФЕКТИВНОСТТА НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

А. Забунов, П. Манчева, В. Маджова

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

GENERAL PRACTITIONERS' WORK SATISFACTION – A BASIC FACTOR FOR THE HEALTHCARE SYSTEM EFFECTIVENESS

A. Zabunov, P. Mancheva, V. Madjova

Department of General Medicine and Clinical Laboratory, Medical University - Varna

РЕЗЮМЕ

Централното място на общопрактикуващите лекари (ОПЛ) в здравната система, близостта до пациента и определящата им роля в процеса на решаване на здравните проблеми, с основание ангажират вниманието на учените и здравните мениджъри. За актуалността на проблема „удовлетвореност от работата", допринася и наблюдаваната през последното десетилетие тревожна и трайна тенденция за намаляване числеността на активно практикуващите лекари в България, в т.ч. и ОПЛ, увеличаване на текучеството и емиграцията, както и нежелание на новозавършилите лекари да специализират обща медицина. Това налага да се изследват факторите и да се търсят причините, обуславящи удовлетвореността от работата на ОПЛ.

Целта на проведеното анкетно проучване сред 108 ОПЛ, титуляри на практики за ПИМП от Варна и областта, за периода м.септември – м.декември 2013 г. е да се изследват факторите, определящи усещането за удовлетвореност сред общопрактикуващите лекари от Варна и областта. Респондентите изтъкнаха редица фактори-проблеми, свързани с недостатъчното време за комуникация и обгрижване на пациента, липсата на достатъчна информираност на обществеността за 24 часовото разположение (35%), липсата на навици за контакт със здравната система (16%), ниската здравна култура, ниският къмплаянс от страна на пациентите (19%) и др. Резултатите от изследването изтък-

SUMMARY

The central role of general practitioners (GPs) in the healthcare system, their closeness to the patient and their decisive role in the process of health problem solving, reasonably engages the attention of scientists and health managers. Actuality of the issue is supported by the alarming and sustained trend for diminution of the number of gainfully employed physicians in Bulgaria, including GPs, fluctuation of manpower and emigration of doctors, as well as the reluctance of newly graduated doctors to specialize General medicine as a career opportunity. All this sets the need to determine the factors and reasons motivating work satisfaction of GPs.

The objective of our study amongst 108 GPs, primary care practice holders, in Varna region for the period September – December 2013 is to investigate the factors determinant for the GPs' feeling of work satisfaction. The responders pointed out a number of alarming factors, related to the lack of time for communication and care for the patient, insufficient informing of the society about the meaning of 24 hour doctor disposition (35%), shortness of habits to communicate with the healthcare system (16%), low level of patient health information and compliance (19%) etc. Study results indicate the need for changes of normative order in general practice.

Keywords: *satisfaction, general practitioner, primary healthcare, management.*

ват необходимостта от промени в нормативната уредба в ОМП.

Ключови думи: *удовлетвореност, общопрактикуващ лекар, първична здравна помощ, мениджмънт*

ВЪВЕДЕНИЕ

Лекарската професия е резултат от скъпо и продължително обучение, което продължава през целия активен живот на лекаря. Глобалната тенденция към застаряване на населението, отливът от лекарската професия в световен мащаб и миграцията на лекарите към западните страни, налагат да се мисли за подобряване на условията за реализация на лекарите у нас и повишаване на удовлетвореността от тяхната работа [2]. Уместно е да се създадат възможности за практикуване на медицинската професия и след достигане на пенсионна възраст.

ОМП е от особено важно значение за адекватното функциониране на здравната система в Р България. Общопрактикуващите лекари (ОПЛ) са призвани да изпълняват пълния пакет здравни дейности, гарантирани от НЗОК, т.е. една много голяма част от първичната медицинска помощ (ПМП) и същевременно да регулират движението на пациентите в здравната система. В качеството си на „пазач на вратата“ ОПЛ е натоварен с изпълнението на много и отговорни задачи при условията на дефицити на финансов ресурс, на време за консултация, на персонал и при необходимостта да се запази и умножава пациентската листа, като възможност за оцеляване на практиката.

За съжаление, още със старта на реформата, се появиха научни данни за тревожно нарастване на неудовлетвореността от работата сред лекарското съсловие от първичната извънболнична медицинска помощ (ПИМП), проявяваща се с много висока честота на „синдрома на изпепеляването“, наред с висока обща заболяемост сред лекарите [1]. Последиците са: неудовлетвореност на лекарите, значително текучество на кадрите към други медицински специалности, към работа в други страни, предимно от Европейския съюз или избор на професия извън здравеопазването. Младите лекари не проявяват особен интерес към общата медицина, като възможност за кариерно развитие.

Причините за проблемите са свързани с естеството на общата медицинска практика (ОМП), характеризираща се с всеобхватност и непрекъснатост на здравните грижи, което на практика означава „всички оплаквания на пациента, по всяко време на денонощието за 365 дни в годината“. Не по-малко важен е и избраният модел на организация на здравната система в РБ - един модел, който може да се определи като „уникален“, предвид икономическата ситуация в страната и в здравната система, характеризираща се с хроничен финансов дефицит и неефективно работещи базисни структури, в т.ч. спешна помощ, болнична помощ, лекарствоснабдяване, социална служба, ТЕЛК и др.

ЦЕЛ

Цел на проучването - да се изследват факторите, преимуществено определящи усещането за удовлетвореност сред общопрактикуващите лекари от Варна и областта.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Проведено бе анкетно проучване сред 108 ОПЛ, титуляри на практика за ПИМП от Варна и областта, за периода м.септември – м.декември 2013 г. на средна възраст 48,2±1,2 години, от които 22 мъже и 86 - жени. Използвана бе анкетна карта, създадена от Катедрата по Обща медицина за целта на проучването, която съдържа 38 въпроси, от които 28 са изборни, 8 изследват удовлетвореността по петстепенна скала и 2 са отворени. Информираното съгласие на ОПЛ за участие бе потърсено след предварително разясняване на условията и целите на проучването. Данните са част от пилотно проучване на цялостната удовлетвореност на ОПЛ от тяхната работа. Резултатите са обработени със статистическия пакет SPSS v.17.0 for Windows.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Общопрактикуващите лекари изразяват своята първоначална мотивация за избор на професия, като преобладаващата част от тях (60%) я свързват с „желанието да помагам на хората“, „хуманния характер на професията“ и „перспективата за стабилна работа“. Решението за работа като ОПЛ в 80% от тях е взето под влияние на фактора „възможност за относителна самостоя-

телност и сигурна работа“. Ниско мотивиращи фактори, определящи избора са фамилността на професията и съветите на семейството.

Ролята на продължаващото обучение е определена в над 80% от респондентите като значим фактор за тяхното професионално израстване, като водеща е личната мотивираност за самостоятелно планиране на участието в него. Проучването показва подчертаната привилегированост на лекарите от градовете, притежаващи практики с голяма пациентска листа, предвид по-лесния достъп до специализирана медицинска помощ и обслужване в извънработно време.

За съжаление изследването установи в значително по-нисък процент (60%) възможност за прилагане на придобитите знания и умения в практиката. Вероятните причини за това са нереалистичните нагласи на немалка част от техните пациенти от една страна и възможностите на здравната система у нас. В тази връзка ОПЛ посочват неспазване на регламента в отношенията с тесните специалисти и болниците, залегнали в нормативните актове (95%).

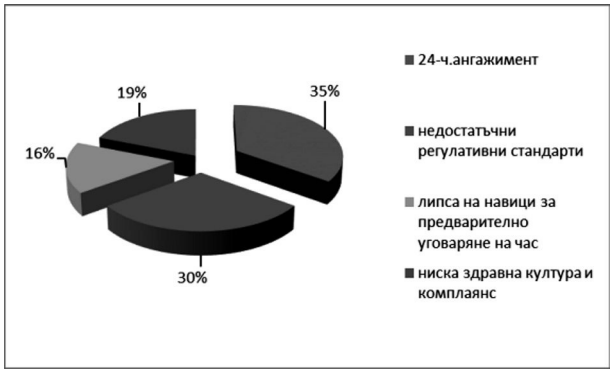
ОПЛ изразяват положителното си становище за възможността да прилагат знанията и уменията, които притежават и позицията на общата практика в здравната система, което кореспондира с положителната самооценка за резултатите от тяхната работа.

Всички респонденти споделят своето несъгласие с факта, че значителна част от работното им време се изразходва за несвойствени административни дейности, силно ограничаващи адекватната комуникация с пациента. Тези данни се потвърждават и от оценката на самите пациенти за работата на лекарите (според самооценката на ОПЛ). Неоправданата загуба на по-голямата част от времето за консултация и ограничените финансови ресурси (регулативни стандарти) не позволява на ОПЛ да прояви в достатъчна степен емпатичното отношение, което пациентът очаква. Това рефлектира и върху имиджа на ОПЛ пред тесните специалисти от доболничната и особено от болничната помощ, поради което респондентите в 74% определят отношението на гореспоменатите колеги като „по-скоро негативно“.

Анкетираните ОПЛ твърдят, че не са в състояние да ползват годишен отпуск повече от десет дни или не са ползвали такъв от дълго време, поради затрудненията в назначаването на заместващ лекар, според изискването на НРД. Тези данни кореспондират с резултатите от проучването на РЗИ Варна, в което наред с другите проблеми се коментира и ограничената възможност за бременност и раждане при жените-ОПЛ, поради невъзможността да отсъстват от практиката за повече от 4 месеца и реалния риск да загубят пациенти от пациентската си листа.

ОПЛ споделят убеждението си, че годишните финансови резултати не само са намалели в сравнение с началото на реформата, но и категорично не съответстват на степента на отговорност, както и на количеството и качеството на вложения труд.

Обобщените данни за най-значимите фактори, определящи неудовлетвореността на ОПЛ от работата са представени на фиг. 1.



Фиг. 1. Обобщени данни за най-значимите проблеми в ОМП

Анкетираните извеждат като основен проблем в ОМП недостатъчната информираност за смисъла на 24 часовото разположение на институцията ОПЛ, което дава „свободата“ на пациентите да търсят „своя“ лекар по всяко време на денонощието за незначителни проблеми (35%). Това е част от големия национален дебат за осигуряването на спешната и „неотложна“ помощ и конституционното право на здравна грижа за всеки гражданин. За сравнение, достъпът до ОПЛ в европейските страни с най-добре финансирани здравни системи и дългогодишни традиции във фамилната медицина, е възможен само след предварително записване на час за консултация [3,4].

Регулативните стандарти (направленията за тесен специалист и изследвания) са крайно недостатъчни за реализиране на холистичния потенциал на ОПЛ в 30%. В същото време очакванията на гражданите са да получат направление, винаги когато пожелаят, дори и в случаите на противоречие с професионалното решение на ОПЛ. Администрирането при диспансеризацията на пациентите с хронични заболявания води до лишаване на ОПЛ от правото да взе-

ма самостоятелно решение за необходимостта от консултации с тесен специалист и изследвания при конкретни пациенти. Неизбежните последици от подобна практика са задълбочаване на финансовите дефицити и допълнително ограничаване на лекаря в провеждането на задължителната по закон ежегодна профилактика.

Липсата на навици за контакт със здравната система, ниската здравна култура и ниският къмплаянс от страна на пациентите (35%) в голяма степен може да се обясни с тежката и често противоречива нормативна уредба, която най-общо казано дава на пациентите само права, а на лекарите само задължения. Усещането на ОПЛ за тотална подчиненост пред пациента и здравната система стои в основата на деформираното отношение лекар-пациент, отсъствието на емпатия и адекватна комуникация, което ограничава възможността за здравно обучение на пациентите.

Повечето ОПЛ по различен начин споделят чувството, че с императивните административни изисквания за попълването на документацията, в т.ч. рецепти, направления и сериозните финансови санкции от страна на контролните органи, лекарите служат повече на здравната каса и администрацията и в доста по-малка степен на пациентите.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основните фактори-проблеми, влияещи върху удовлетвореността от работата на ОПЛ са:

1. Необходимост от подобряване на комуникацията и обгрижването на пациентите за сметка на редуциране на времето за работа с документацията.
2. Недостатъчната информираност на обществеността за смисъла на 24 часовото разположение се явява предпоставка за напрежение в отношението лекар-пациент.
3. Отсъствието на навици и традиции за общуване с лекарите и здравната система, наред с високите очаквания на пациентите представляват сериозна предпоставка за конфликтни ситуации.
4. Нормативната уредба с императивните си изисквания и санкции в значителна степен ограничава свободата на ОПЛ за вземане на решение при конкретна ситуация.

Удовлетвореността от работата е основен фактор за проследяване на резултатите от труда и самочувствието на работещите, както и за успеваемостта на всяка организация. Предвид водещата роля на здравеопазването в социално-икономическото развитие на една държава, удовлетвореността на лекарите от работата има основно значение за подобряване качеството на здравното обслужване. Вниманието на изследователите в РБ към настоящия момент е насочено преимуществено към проучване мнението на пациентите като индикатор за качеството на здравните грижи и в много по-малка степен изследва удовлетвореността на лекарите от тяхната работа. Данните от нашето проучване демонстрират значението на удовлетвореността от работата на ОПЛ за правилното функциониране на здравната система и баланса в отношението лекар-пациент. Респондентите изтъкват редица фактори-проблеми, свързани с недостатъчното време за комуникация и обгрижване на пациента, липсата на достатъчна информираност на обществеността за 24 часовото разположение, отсъствието на навици и традиции за общуване със здравната система и др. Адаптирането на нормативната уредба към конкретната проблематика в ОМП би допринесло за аптимизиране на работтаа на лекарите, което ще подобри отношението лекар-пациент.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Киров, Л. Епидемиология и съдържание на синдрома на изпепеляването на общопрактикуващите лекари в България. Дисертационен труд за присъждане на ОНС „Доктор“, 2012 г.
2. Парашкевова, Б. Професионална кариера на лекарите в общата медицинска практика. Дисертационен труд за присъждане на ОНС „Доктор“, 2014 г.
3. Leigh, J. P., D. J. Tancredi, R. L. Kravitz. Physician career satisfaction within specialties. BMC Health Services Research 2009, 9:166, doi:10.1186/1472-6963-9-166.
4. Wetterneck, T. B., M. Linzer, J. E. McMurray, J. Douglas, M. D. Schwartz, J. Bigby, M. S. Gerrity, D. E. Pathman, D. Karlson, E. Rhodes. Worklife and Satisfaction of General Internists. Arch Intern Med. 2002,162(6):649-656.

Адрес за кореспонденция:
гл.ас. д-р Андрей Забунов
Катедра по Обща медицина и клинична лаборатория,
Факултет „Обществено здравеопазване”
Медицински университет-Варна
бул.“Христо Смирненски” 1, Варна 9010
e-mail: a_zabunov@mnet.bg

РАННАТА ИНТЕРВЕНЦИЯ – ИНСТРУМЕНТ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯТА НА ДЕЦА СЪС СПЕЦИАЛНИ НУЖДИ

Златка Димиева[1], Апостол Апостолов[2]

[1]Медицински университет Варна
[2]Карин дом – Варна

EARLY INTERVENTION - PREVENTION TOOL FOR INSTITUTIONALIZATION OF CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS

Zlatka Dimieva[1], Apostol Apostolov[2]

[1]Medical University of Varna
[2]Karin dom – Varna

РЕЗЮМЕ

Ранната интервенция за деца е мултидисциплинарна, координирана услуга, свързана с развитието на деца на възраст между раждането и три години, за които има опасения по отношение на развитието. Фондация „Карин дом" е посветена на идеята за по-добро качество на живот и равни възможности за хората с увреждания в България.

Цел: *Да се изследва и оцени мнението на родителите, за качеството на семейно – ориентираният подход за ранна интервенция и превенция на институционализацията на деца със специални нужди.*

Материал и методи: *Проведена анонимна анкета сред 100 родители на деца с увреждания, ретроспективно проучване по документи, литературен анализ, анализ на действуващи програми.*

Резултати и обсъждане: *Услугите и програмите подпомагат семействатата за изграждането на разбиране и увереност по отношение потребностите на своето дете. Насърчават родителите да участват активно и да стимулират развитието на детето си. Децата имат възможност да изградят силна емоционална връзка със своите подкрепящи семейства и така да развиват оптимално своите силни страни, способности и потенциал. Отчитайки, че децата с увреждане са най-рисковата/неглижирана група, която не е обект на осиновяване, нито на интерес от страна на приемни семейства, необходимостта от такава услуга е най-голяма и създава предпоставка за нейното извършване и след процеса на деинституционализация.*

SUMMARY

Introduction*: Early intervention for children is a multidisciplinary, coordinated service associated with the development of children between birth and three years for which there are concerns about the development. Foundation „Karin Dom" is dedicated to the idea of quality of life and opportunities for people with disabilities in Bulgaria.*

Objective: *To explore and evaluate the views of the parents, the quality of family - oriented approach to early intervention and prevention institutionalization of children with special needs.*

Material and Methods*: A study anonymous survey 100 parents of children with disabilities, a retrospective study of documents, literary analysis, acting programs.*

Results and Discussion*: The services and support programs families to build understanding and confidence regarding the needs of their child. Encourage parents to actively participate in and promote the development of your child. Children have the opportunity to build a strong emotional bond with their supporting families and so to develop optimal strengths, abilities and potential. Recognizing that children with disabilities are most risk group that is not subject to adoption, or the interest of the host families , the need for such a service is the biggest and creates preconditions for its implementation and after deinstitutionalization.*

Conclusions*: Reduced risk of abandonment of children with special needs and the chance for better inclusion of children in the education system and social life.*

Изводи и заключения: *Намалява се риска от изоставяне на децата със специални нужди и се увеличават възможностите за по-доброто приобщаване на децата в образователната система и социалния живот.*

Ключови думи*: ранна интервенция, риск, обучение, деинституционализация, увреждания*

Key words: *early intervention, risk, education, institutionalization, disability*

ВЪВЕДЕНИЕ

Фондация „Карин дом" е посветена на идеята за по – добро качество на живот и равни възможности за хората с увреждания в България. Ранната интервенция за деца е мултидисциплинарна, координирана услуга, свързана с развитието на деца на възраст между раждането и три години, за които има опасения по отношение на развитието. Приема се, че този период е критичен за навременно установяване на забавяне в развитието или увреждане с цел максимално да се посрещнат нуждите на детето и семейството, да се оптимизират резултатите и пълноценното участие в семейния и обществения живот [6]. Тази услуга е сравнително нова за България. Много от новородените в България, които са идентифицирани с изоставане в развитието или увреждане, са изоставени в държавните институции за деца на възраст от 0 до 3 години (ДМСДГ). Други причини за изоставянето включват – бедност, несигурност за прехраната и и липсата на неща от основна необходимост за отглеждане на дете [1]. Важен фактор е кърменето. Ако детето се роди с увреждане, то бива отделяно от майката и тя е възпрепядствана да го кърми, да му предоставя млякото си или да развие привързаност към него. Данни от международно изследване показват, че практиките в подкрепа на кърменето след раждане могат да доведат зо заздравяване на връзката между майката и детето – и по този начин да бъдат решаващ фактор в превенция на изоставянето на ниво родилните отделения [5]. За разлика от институционалната грижа и услугите, базирани на медицинския модел ранната интервенция за деца работи за подкрепа и засилване на взаимодействията и взаимоотношенията родител–дете, както и оптимизиране развитието на детето.

ЦЕЛ

Да се изследва и оцени мнението на родителите, за качеството на семейно – ориентираният подход за ранна интервенция и превенция на институционализацията на деца със специални нужди.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проведена анонимна анкета сред 100 родители на деца с увреждания, ретроспективно проучване по документи, литературен анализ, анализ на действуващи програми,

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Екипът от специалисти и консултанти от Карин дом използува семейно–ориентирания подход в работата си. Ключова фигура за предоставяне на услугата е консултантът по ранна интервенция. За всяко семейство се определя водещ консултант, който при необходимост ползва експертизата на останалите членове на екипа. Екипът от консултанти включва: рехабилитатор, психолог, логопед,и социален работник. Екипът ползва експертизата и на лекар – педиатър. Семейството е в центъра на услугите и има водеща роля за тяхното планиране и реализиране. Услугите имат за цел да повишат уменията на родителите да подкрепят развитието на своето дете, като това се постига чрез партньорство между специалист (консултант по ранна интервенция) и родител.

Основни постановки в ранната интервенция:

- Семейството включва широк кръг от хора
- Радителите оказват най–голямо влияние върху развитието на детето си
- Родителите вземат сами решенията си
- Партньорството между семейство и консултанти е най–важният инструмент за успеха на услугата.

Основните изисквания за услуги по ранна интервенция, които са залегнали и в Европейският

модел на ранна интервенция за деца и стриктно се съблюдават и спазват са: [2,3,4]

- Услугите по ранна интервенция са отворени за всички без оглед на етнос, религия и социален статус.
- Услугите са на близко разстояние и са семейно ориентирани
- Услугите са достъпни – с нулев или минимален разход за семействата
- Услугите са базирани на мултидисциплинарна екипна работа
- Услугите са разнообразни.

ДЕЙНОСТИ

Услугата Ранна интервенция, предоставяна от Фондация „Карин дом" включва следните основни дейности:

- Домашни посещения от мобилен екип
- Провеждане на родителски групи за взаимопомощ и подкрепа
- Поддържане на неформална родителска мрежа
- Групи за игра - дете-родител
- Подкрепа за кърмене
- Информационни дейности
- Обучителни дейности

Основната услуга на програмата е:
Домашно посещение

Домът на семейството се възприема като естествена среда на детето. По време на домашните посещения консултантът по ранна интервенция работи със семейството върху оценката на детето, определяне на цели и изготвяне на индивидуален план за шестмесечен период. Чрез поредица от домашни посещения той прави практически демонстрации на родителите за това как да учат своите деца на различни умения чрез игра или рутинни дейности като обличане, хранене, къпане и т. н. Консултантът отчита нуждите и убежденията на родителите и използва за отправна точка техните силни страни, знания и умения. В допълнение към домашните посещения консултантът може да подпомага детето на детската площадка, в детската ясла или на други места, където то прекарва ежедневието си.

Допълващите услуги на програмата включват:

- **Група за игра родител – дете**

Групата за игра предлага възможност за родителите и децата да си взаимодействат едни с други, да се учат чрез игра, да срещат нови хора, нови приятели и да се забавляват заедно. Родители и специалисти работят заедно и учат децата на нови навици и умения (когнитивни, двигателни, речеви, социални). Групите за игра дават възможност на децата да бъдат по-добре подготвени при започване на детска ясла или градина. Освен това, групите за игра дават възможност на родителите да практикуват нови модели на взаимодействие дете – родител.

- **Родителска мрежа за подкрепа**

Ролята на тази услуга е да се подкрепят и овластяват родителите да се справят с предизвикателствата и да отстояват своите права и правата на децата си. Услугата включва провеждане на групи за взаимопомощ и подкрепа, водени от психолог индивидуално консултиране на родители от психотерапевт, информационни срещи, неформални сбирки на родители и предоставяне на материална подкрепа. Част от родителската мрежа е групата "родител за контакт". Това са родители обучени да предоставят ранна подкрепа за семейства, които току-що са разбрали за увреждането на детето си.

- **Ресурсна библиотека**

На разположение са играчки, помощни средства, детски книжки и специализирана литература, които се предоставят за ползване в дома на семейството.

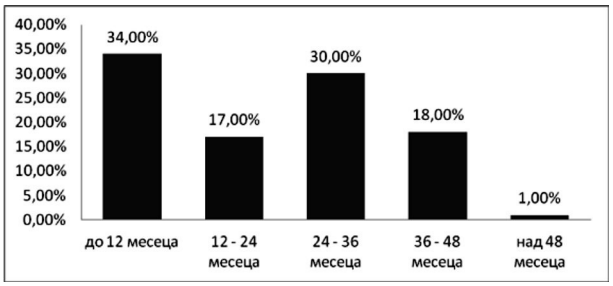
- **Подкрепа за кърмене**

Подкрепата за кърмене се предоставя в родилните отделения на майки на новородени деца, които са в риск от развитие на увреждане. Сертифицирани консултанти по кърмене подпомагат майката да се справи с предизвикателствата при кърменето и да изгради емоционална връзка със своето дете. Кърменето се разглежда като важен фактор за развитието на детето и механизъм за превенция на изоставянето на деца в институция.

- **Обхват на програмата „Ранна интервенция"**

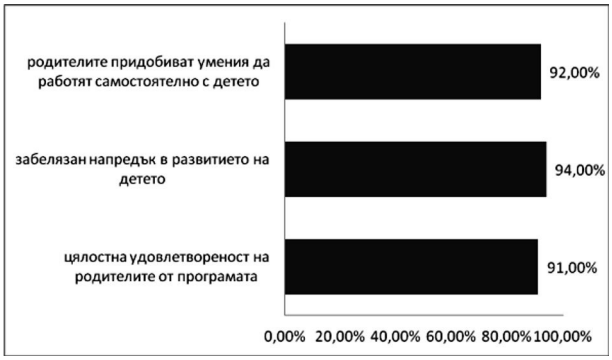
За периода 2010г. – август 2013г. услугите на програмата са използвани от 253 деца и техните семейства от град Варна.

Разпределение на децата по възраст на постъпване в програмата: (фиг. 1).



Фиг. 1. Разпределение на децата по възраст на постъпване в програмата

Как родителите оценяват въздействието на програмата? (фиг. 2).



Фиг. 2. Как родителите оценяват въздействието на програмата

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ

В България работата с деца в риск от развитие на увреждане/ с увреждане обикновено започва много късно, след като проблемът е станал очевиден.

Услугата „Ранна интервенция" има положително влияние върху подобряване състоянието и развитието на децата със специални нужди. Тя осигурява изграждането на здрави връзки между родител и дете, като помага на семействата да откриват и насърчават уникалните силни страни и способности на своите деца. По този начин се намалява риска от изоставяне на децата със специални нужди и се увеличават възможностите за по-доброто приобщаване на децата в образователната система и социалния живот.

Отчитайки, че децата с увреждане са най-рисковата/неглежирана група, която не е обект на осиновяване, нито на интерес от страна на приемни семейства, необходимостта от такава услуга е най-голяма и създава предпоставка за нейното извършване и след процеса на дейнституционализация.

Намалява се риска от изоставяне на децата със специални нужди и се увеличават възможностите за по-доброто приобщаване на децата в образователната система и социалния живот.

Услугите и програмите подпомагат семействатата за изграждането на разбиране и увереност по отношение потребностите на своето дете. Насърчават родителите да участват активно и да стимулират развитието на детето си. Децата имат възможност да изградят силна емоционална връзка със своите подкрепящи семейства и така да развиват оптимално своите силни страни, способности и потенциал. Отчитайки, че децата с увреждане са най-рисковата/неглежирана група, която не е обект на осиновяване, нито на интерес от страна на приемни семейства, необходимостта от такава услуга е най-голяма и създава предпоставка за нейното извършване и след процеса на деинституционализация.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Апостолов А., Василева В. и съавт. Услуги по ранна интервенция аз деца с увреждания в България: алтернатива на институционалните грижи за деца на възраст 0 – 3 г., Фондация „Карин дом", 2013
2. European Agency for Development in Special Needs Education. Early Childhood Intervention – Progress and Developments 2005 – 2010, Odense, Denmark: European Agency for Development in Special Needs Education, 2010
3. Hodes, M. Early intervention in Vietnam. Down Syndrome Research and Practice, 2007, vol. 12 (1), p. 38 - 41
4. Jones, L. Making Hope a Reality: Early Intervention for Infants and Toddlers with Disabilities. ZERO TO THREE Policy Center, National Center for Infants, Toddlers, and Families. Washington, USA, 2009
5. Lvoff,NM., Lvoff V., Klaus MH. Effect
6. Nelson, CA. Zeanah, C., Fox, NA. The effects of early deprivation on brain-behavioral development. Adolescent Psychopathology and the Developing Brain: Integrating Brain and Prevention Science. Oxford University Press, USA. 2007 of the Baby – Friendly Initiative on Infant Abandonment in a Russian Hospital. Archives of Pediatric and Adolescence Medicine, 2000, vol. 154, 474 – 477

Адрес за кореспонденция:
Медицински университет Варна
ФОС, катедра Здравни грижи,
бул. „Цар Освободител" 84
e-mail: z.dimieva@abv.bg

ФАКТОРИ НА ФОРМИРАНЕТО НА ЗДРАВНАТА САМООЦЕНКА ПРИ АМБУЛАТОРНИ И ХОСПИТАЛИЗИРАНИ ПАЦИЕНТИ НА ВЪЗРАСТ НАД 44 Г.

Йоана Симеонова, Анжелика Велкова, Силвия Цветкова, Пенка Костадинова

Катедра „Социална и превантивна медицина", Медицински университет – Плевен

FACTORS OF SELF-RATED HEALTH AMONG AMBULATORY AND HOSPITALIZED PATIENTS OVER 44 YEARS OF AGE

Joana Simeonova, Angelika Velkova, Silvia Tsvetkova, Penka Kostadinova

Dept. of Social and Preventive Medicine, Medical University – Pleven

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Здравната самооценка (SRH) е обобщаващ измерител на здравето, представящ едновременно информация за физическото, психическото и социалното измерение на здравето. Предиктивните възможности на SRH позволяват да се идентифицират подходящи интервенции за предотвратяване на някои заболявания, възможна инвалидизация, както и редуциране на потреблението на здравни услуги и медикаменти.*

Цел: *Да се определи и съпостави здравната самооценка при амбулаторни и хоспитализирани пациенти и да се идентифицират водещите детерминанти при нейното формиране.*

Материали и методи: *През 2014 г. е проведено срезово проучване, в което са обхванати 212 пациенти на възраст над 44 г. Лицата попълниха анкетна карта, като допълнително беше събрана информация за обективния здравен статус. Данните са обработени със софтуерния пакет SPSS.v.19. При търсенето на сигнификантни различия между групите са използвани параметрични и непараметрични методи.*

Резултати и обсъждане: *Повечето лица (над 70%) оценяват здравето си като задоволително и добро. Влошаване на SRH се отчита с напредване на възрастта, по-често при лица с повече хронични заболявания и с изразени дефицити във функционирането. По-големият брой посещения при общопрактикуващия лекар и хоспитализации е сигнификантно свързан с по-ниска здравна самооценка (p<0.05).*

Изводи и заключение: *Ефективното планиране на здравните услуги изисква познаването и*

SUMMARY

Introduction: *Self-rated health (SRH) is a summary health indicator which presents information about the physical, mental and social dimensions of health. Predictive power of SRH allows to identify appropriate interventions to prevent diseases, disability and to reduce health care utilization and medication.*

Objective: *To determine and compare the self-rated health among ambulatory and hospitalized patients and to identify the leading determinants on SRH.*

Materials and methods: *Cross-sectional study was conducted in 2014. Two hundred and twelve patients over 44 years of age were included in the study. The respondents were selected from 5 GP practices and the different clinics of the University Hospital-Pleven. The patients filled in a self-administrated questionnaire. The information about their objective health was collected from the treating physician. Data were processed by SPSS.v.19. Parametric and non-parametric statistical methods were applied.*

Results and discussion: *The majority of individuals (over 70%) rated their health as fair and good. SRH deterioration was established with age, more common in persons with increasing number of chronic diseases and functional disability. More frequent medical visits to GP and hospitalizations were significantly associated with poor self-rated health (p<0.05).*

Conclusion: *The effective planning of health care requires recognition and integration of subjective and objective health.*

Key words: *self-rated health, physical health, health care utilization*

интегрирането на обективната и субективната оценка за здравето на пациентите.

Ключови думи: *здравна самооценка, физическо здраве, потребление на здравни услуги*

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравната самооценка (SRH) е обобщаващ измерител на здравето, представящ едновременно информация за физическото, психическото и социалното измерение на здравето. Предиктивните възможности на SRH позволяват да се идентифицират подходящи интервенции за предотвратяване на някои заболявания, възможна инвалидизация, както и за редуциране потреблението на здравни услуги и медикаменти [2,4,8,13,15,18,21].

ЦЕЛ

Да се определи и съпостави здравната самооценка при амбулаторни и хоспитализирани пациенти и да се идентифицират водещите детерминанти при нейното формиране.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

През 2014 г. е проведено срезово проучване, в което са обхванати 212 пациенти на възраст над 44 г., избрани на случаен принцип от 5 индивидуални практики за първична медицинска помощ и от различни клинични звена на УМБАЛ-Плевен. Участниците попълниха анкетна карта, като допълнително е събрана информация за обективния им здравен статус. На **табл. 1** е представено разпределението на лицата по някои основни техни характеристики.

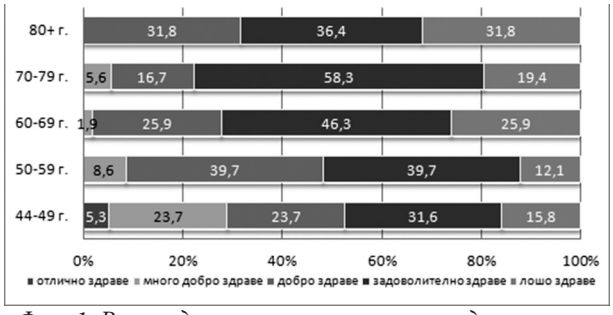
Табл. 1. Основни демографски и здравни характеристики на лицата (в брой и %)

Признак	Амбулаторни болни	Болнични пациенти	Признак	Амбулаторни болни	Болнични пациенти
Пол					
Мъже	48 (51,1)	50 (43,9)	**EQ-VAS**	3,26±1,058	3,04±1,019
Жени	46 (48,2)	64 (56,1)			
Възраст			**Бр. хоспитализации**		
45-49 г.	14 (14,6)	25 (21,7)			
50-59 г.	28 (29,2)	30 (26,1)	нито една	9 (12)	18 (17,5)
60-69 г.	29 (30,2)	26 (22,6)	1-2 пъти	39 (52)	42 (40,8)
70-79 г.	17 (17,7)	20 (17,4)	3-4 пъти	19 (25,3)	20 (19,4)
80+ г.	8 (8,3)	14 (12,2)	4 пъти	8 (10,7)	23 (22,3)
Местоживеене			**Амбулаторни прегледи**	6,70±5,710	4,88±4,433
Областен град	69 (71,9)	44 (38,3)	0 пъти	63 (66,3)	40 (35,1)
Малък град	0 (0,0)	47 (40,9)	1-2 пъти	25 (26,3)	50 (43,9)
Село	27 (28,1)	24 (20,9)	≥2 пъти	7 (7,4)	24 (21,1)
Индекс на психосоматични симптоми	33±11,48	32,69±11,64	**Приемани лекарства**	2,09±1,22	1,79±1,34
Бр. хронични заболявания	2,26±1,933	2,17±1,585	**Общо лица**	**97 (45,8)**	**115 (54,2)**

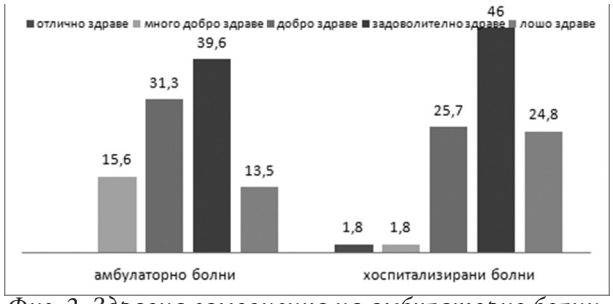
При определяне на обобщения измерител на субективното здраве (GSRH) е използвана 5-степенна рангова скала. За оценка на физическото здраве е проследена честотата на 20 психосоматични симптома през последните 2 седмици и честотата на боледуване през последната 1 година. Потърсена е също информация за наличните хронични заболявания, за потреблението на здравна помощ и медикаменти. При оценка на функционалните способности на лицата е използван стандартизирания въпросник EQ-5D. Данните са обработени със софтуерния пакет SPSS.v.19. При търсенето на сигнификантни различия в групите са използвани параметрични и непараметрични методи.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Нашето проучване установи, че повечето пациенти (над 70%) оценяват здравето си като задоволително или добро. Подобни данни се съобщават и от други изследователи [4,18]. Влошаване на SRH отчетохме с напредване на възрастта (Фиг. 1), по-добре изразено сред хоспитализираните, отколкото сред амбулаторно болните (Фиг. 2).



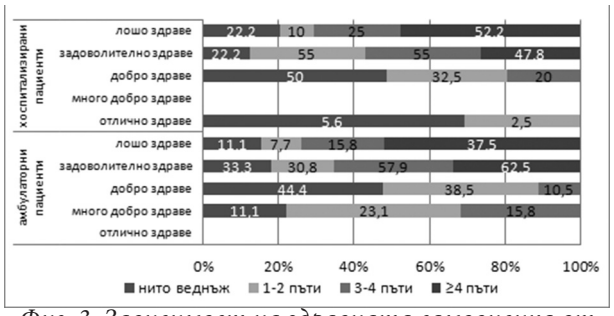
Фиг. 1. Разпределение на лицата според тяхната здравна самооценка и възрастта (%)



Фиг. 2. Здравна самооценка на амбулаторно болните и хоспитализираните пациенти (%)

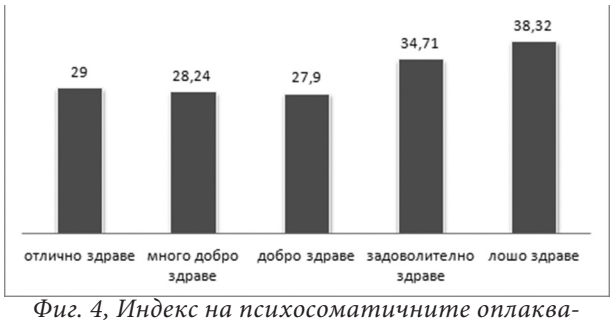
Подобна зависимост на здравната самооценка от възрастта откриваме и в други литературни източници, като тя е свързана с влошено физическо здраве и функциониране на лицата [4,15]. В същото време прави впечатление, че в крайната възрастова група делът на лицата, определящи здравето си като добро е по-висок, отколкото в групите 40-49 г., 60-69 г. и 70-79 г. Очаквахме това да бъде изяснено в рамките на перспективата „социално сравнение“ [13,19,21], но извършеният статистически анализ не потвърди предположенията ни (p>0.05). По-нататък фокусът на нашата работа беше изцяло насочен към изследване влиянието на детерминантите на физическото здраве върху GSRH. От направената литературна справка стана ясно, че досега проблемът не е анализиран задълбочено и едновременно в двете групи пациенти – амбулаторни и хоспитализирани, което е част от целта на настоящото проучване.

Над 80% от респондентите съобщават, че през последната година са боледували ≥2 пъти и това е сигнификантно свързано с по-лоша здравна самооценка (χ^2=45,152; p=0,001), като същата зависимост се наблюдава както сред амбулаторните, така и сред клиничните пациенти (Фиг. 3).



Фиг. 3. Зависимост на здравната самооценка от честотата на боледуване сред двете групи пациенти (p<0,05)

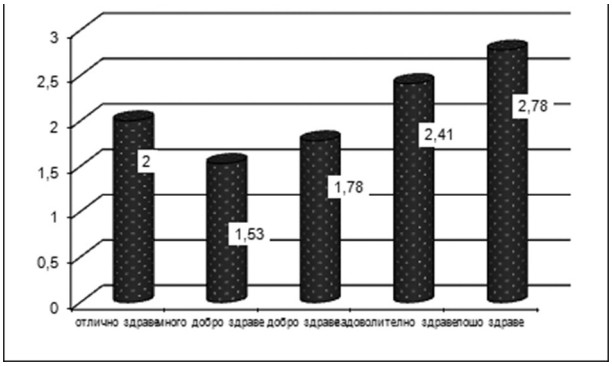
Индексът на психосоматичните симптоми варира в границите 17-65, като висока честота се отчита при всяко пето лице и това е определящо за различията в групите според SRH (Фиг. 4).



Фиг. 4, Индекс на психосоматичните оплаквания при пациенти с различна здравна самооценка (средни стойности

Пациентите с по-висок индекс имат по-лоша здравна самооценка (F=6.984; p=0.001), но тази закономерност не беше потвърдена при сравняване на двете групи пациенти (p>0.05). Подобни резултати сред пациенти са получени и при други проучвания [9,22], макар повечето от тях да измерват ефекта на всеки симптом върху SRH самостоятелно [7,10,18]. Закономерни различия установихме между честотата на някои от симптомите и субективното здраве. За хоспитализираните пациенти умората е най-честото оплакване през последните 2 седмици, свързано с по-ниска SRH (p<0.05). В амбулаторната практика 5 от симптомите са определящи за пациентите, за да категоризират здравето си като добро, задоволително или лошо: болка в кръста, болка в ставите, проблеми със съня, липса на настроение и чести афекти (p<0.05). Някои от симптомите (хронична болка, чувство на обща слабост, умора, нарушения на съня, потиснатост) са идентифицирани и от други изследователи и са свързани с по-лоша здравна самооценка [1,3,7,10-12,21].

Сред най-често съобщаваните от лицата хронични заболявания са сърдечносъдовите (34,4%), белодробните (21,2%) и някои дегенеративни заболявания на опорнодвигателната (19,3%) и на нервната система (17,5%). Установихме че преходът от отлично към лошо здраве е свързан с промяна в броя на хроничните заболявания (F=3.016; p=0.016). Пациентите с лошо здраве имат средно по 3 хронични заболявания в сравнение с тези, които оценяват здравето си като отлично, много добро или добро (Фиг. 5), като подобна констатация е отчетена и в по-ранни проучвания [1,12,14,21]. Изследването на зависимостта брой хронични заболявания – здравна самооценка сред двете групи лица не констатира сигнификантни различия (p>0.05).



Фиг. № 5 Среден брой заболявания при лица с различна здравна самооценка

Повечето проучвания установяват, че нарушенията във функционирането са по-честа причина за лоша здравна самооценка на лицата [4,15,10]. Немалка част от пациентите ни съобщават за налични функционални дефицити, като 14 (6,7%) отчитат сериозни проблеми в извършването на инструменталните дейности, 15 (7,4%) преживяват силна болка и дискомфорт, а 9 (4,4%) се чувстват крайно неспокойни или потиснати. Приложеният еднофакторен анализ показа значими разлики и сред двете групи пациенти – лицата, които оценяват функционирането си на 2 и 3 ниво във всяка от петте димензии имат по-ниска здравна самооценка (p>0.05). Отрицателна умерена корелация отчетохме между GSRH и EQ-VAS при контрол на променливата „категория пациент“ (r=-0.528; p=0.001), като зависимостта остава сигнификантна и при контрол върху възрастта (r=-0.501; p=0.001).

Представени са безспорни доказателства за предиктивните възможности на SRH по отношение потреблението на здравна помощ. Пациентите с лоша здравна самооценка имат неколкократно по-висока вероятност за последваща хоспитализация, повече на брой реализирани посещения при GP или психиатър [2,6,14,16,17,20]. Средният брой посещения при лекар, реализирани от амбулаторните пациенти е 6,70±5,710, докато хоспитализираните пациенти са реализирали 4,88±4,433 посещения (p<0.05). Налице е слаба корелационна зависимост между здравната самооценка и честотатата на медицинските визити при контрол върху променливата „категория пациент“ (r= 0.295; p=0.001). Над 50% от лицата са били хоспитализирани поне веднъж през последните 6 месеца, предхождащи проучването. По-висока честота (65%) се регистрира сред хоспитализираните болни, отколкото сред амбулаторно болните (33,7%). Същевременна слаба корелция отчетохме между честотата на хоспитализациите и SRH, която не се променя и при включването на допълнителната променлива „категория пациент“ (r= 0.263; p=0.001) – по-високата честота на хоспитализациите се свързва с по-лоша здравна самооценка на пациентите.

Редица изследователи констатират, че пациентите с лоша здравна самооценка имат по-висок прием на медикаменти [6,15]. Някои от тях считат, че тази зависимост е по-добре изразена при по-възрастните лица [2,15], докато други смятат, че приемът на повече медикаменти е по-слаб предиктор на SRH при пациенти над 80 години [15]. Над 70% от лицата са приемали поне 2 медикамента за последните 6 месеца, а 20,8% - поне 3, като антихипертензивните средства и аналгетиците са сред най-често използваните. Въпреки това отсъства статистически значима връзка между броя на медикаментите и здравната самооценка, дори и при проследяването ѝ в двете групи пациенти (p>0.05).

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нашето проучване установи значително по-висок дял на лошото и задоволителното здраве сред хоспитализираните пациенти, отколкото сред амбулаторните (p<0.05), като някои от преживените оплаквания са специфични за всяка от двете изследвани групи лица и имат определящо значение за по-лошата им SRH (p<0.05). Други детерминанти (лошо функциониране и по-висока честота на потребление на здравни услуги) са също свързани с по-ниска здравна самооценка, но при проследяване на зависимостта в еднородни слоеве на променливата „категория пациент“. Повечето индикатори на физическото здраве, обаче, са сигнификантно свързани помежду си, което налага използването на логистичен регресионен модел, за да бъде определен количествено

ефектът на независимите фактори на здравната самооценка. Ефективното планиране на здравните услуги изисква познаването и интегрирането на обективната и субективната оценка за здравето на пациентите.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Arnadottir, S. Physical Activity, Participation and Self-Rated Health among Older Community-Dwelling Icelanders. Population-Based Study, Umea University, Sweden, PhD, p. 95
2. Chan, U, C H Ee. Self-perception of Health among elderly Community Dwellers in Singapore, Ann Acad Med Singapore, 1998, 27(4):461-467
3. Cott, C., M. Girnat, E. Badley. Determinants of self-rated health for Canadians with chronic diseases and disability, J Epidemiol Community Health, 1999; 53:731-736
4. Hillen, T., S. Davies, A. Ruud, T. Kieselbach, C. Wolfe. Self-rating of health predict functional outcome and recurrence free survival after stroke, J Epidemiol Community Health 2003; 57: 960-966
5. Janszky, I., M. Lekander, M. Blom, A. Georgiades, S. Ahnve. Self-rated health and vital exchaustion, but not depression, is related to inflammation in women with coronary heart disease, Brain, Behavior, and Immunity 2005; 19: 555-563
6. Kennedy, B., S. Kasl, V. Vaccarino. Repeated Hospitalizations and Self-Rated Health among the Elderly: A Multivariate Failure Time Analysis, American Journal of Epidemiology; 2001, 153(3): 232-241
7. Lekander, M., S. Elofsson, I-M. Neve, L-O. Hansson, A-L. Unden. Self-rated Health is Related to Levels of Circulating Cytokines, Psychomatic Medicine 2004; 66: 559-563
8. Lim, W., S. Ma, D. Heng, V. Bhalla, K. Chew. Gender, ethnicity, health behavior & self-rated health in Singapore, BMC Public Health, 2007, 7-184
9. Lodin, K. Self-rated health: The importance of sickness behavior for subjective health perception, Karolinka Institutet, 2011
10. Mantyselka, P., J. Turunen, R. Ahonen, E. Kumpusalo. Chronic Pain and Poor Self-rated Health, JAMA 2003; 290:2435-2442
11. Nützel, A et al. Self-rated health in multimorbid older general practice patients: a cross-sectional study in German, BMC Family practice 2014; 15(1): 1471-2296
12. Peruccio, A. The Contribution of Physical, Mental and Social Dimensions of Health to Predicting Self-Rated Health over the Course of Recovery. Following Total Joint Replacement Surgery, University of Toronto, 2009, PhD, p. 210
13. Pu, C., G. Tang, Y. Fang, Y. Chou. Which Domain of Self-Rated Health Best Predict Medical Care Utilization Among Taiwanese Adults?, J Epidemiol, 2012; 22(5): 417-424
14. Rohrer, J., J. Pierce, A. Denison. Walkability and self-rated health in primary care patients, BMC Family Practice 2004; 5(29): 1471-2296
15. Rosholm, J., K. Christensen. Relationship between drug use and self-reported health in elderly Danes, European Journal of Clinical Pharmacology, 53: 179-183, 1997
16. Salvo, K., V. Fan, M. McDonell, S. Fihn. Predicting Mortality and Healthcare Utilization with a Single Question, Health Serv Res., 40(4): 1234–1246, 2005
17. Shadbolt, B., J. Barresi, P. Craft. Self-Rated Health as a Predictor of Survival among Patients with Advanced Cancer, J of Clinical Oncology; 2002, 20(10): 2514-2519
18. Trump, T. Self-rated Health and Health Care Utilization after Military Deployment, Military Medicine, 2006; 171(7):662-668
19. Vuorizalmi, M. Examining Self-Rated Health in Old Age. Methodological Study of Survey Questions, University of Tampere, PhD, 2007, p. 120
20. Weinehall, L., O. Johnson, J. Jansson, K. Boman, F. Huhtasaari. Perceived health modifies the effect of biomedical risk factors in the prediction of acute myocardial infarction. An incident case-control study from northern Sweden, Journal of Internal Medicine 1998; 243: 99-107

Адрес за кореспонденция:
Катедра „Социална и превантивна медицина”
Факултет „Обществено здраве”
Медицински университет – Плевен
ул. „Св. Климент Охридски” 1,
5800, гр. Плевен,
e-mail: goana@dir.bg

СОЦИАЛЕН СТАТУС НА БЪЛГАРСКИЯ ДЕНТАЛЕН ЛЕКАР: РЕЗУЛТАТИ ОТ СОЦИОЛОГИЧЕСКО ИЗСЛЕДВАНЕ (2012)

Камен Ногалчев[1], Жана Рангелова[2]

[1]Катедра Протетична дентална медицина и ортодонтия, Дентален факултет, Медицински университет- Варна
[2]Катедра Икономика и управление на здравеопазването, Факултет обществено здравеопазване, Медицински университет – Варна

SOCIAL STATUS OF THE BULGARIAN DENTIST: RESULTS FROM A SOCIOLOGICAL STUDY (2012)

Kamen Nogalchev[1], Zhana Rangelova[2]

[1]Department of Prosthodontics and Orthodontics, Faculty of Dental medicine, Medical University - Varna
[2]Department of Healthcare Economics and Management, Faculty of Public Health, Medical University - Varna

РЕЗЮМЕ

Лекарят и пациентът са двете основните фигури в системата на здравеопазването. Провеждат се много изследвания за удовлетвореността на пациента от получаваната медицинска помощ. Но относно удовлетвореността на лекаря изследванията са значително по-малко.

Получава ли той заслужено признание като представител на една от най-високостатусните професии в света, наред с професиите на архитекта, юриста, банкера?

Ключови думи: *социален статус, икономически статус, професионално-квалификационен статус, професионална удовлетвореност, български дентален лекар, емпирично социологическо изследване*

SUMMARY

The dentist and the patient are two of the most important personas in the healthcare system. Many studies are carried out to see if the patient is satisfied with the medical care that he/she receives, but there are far less studies on the satisfaction of the dentist. Does he receive the deserved recognition as the representative of one of the high-profile jobs in the world, alongside with the jobs of architects, lawyers and bankers?

Keywords: *social status, economic status, proffesional status, professional satisfaction, Bulgarian dentist, an empirical study*

ВЪВЕДЕНИЕ

Проблемът за неравенствата в обществото е един от най-важните проблеми. Настоящият доклад си поставя за цел да види къде се позиционира денталният лекар в системата на социалната стратификация у нас.

ЦЕЛ

Да се открояят съществуващите проблеми в социалния статус на денталния лекар и да се предложат управленски мерки за тяхното разрешаване.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проведено е социологическо изследване за социалния статус на денталния лекар в края на 2012 г. сред 74 лекари от цялата страна. Използваният метод е пряка индивидуална анкета с 43 затворени и отворени въпроси. Изследвана е самооценката на денталните лекари по 3 групи критерии: икономическо положение на лекарите, квалификационен статус и професионална удовлетвореност. Данните са обработени със статистическа компютърна програма SPSS.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

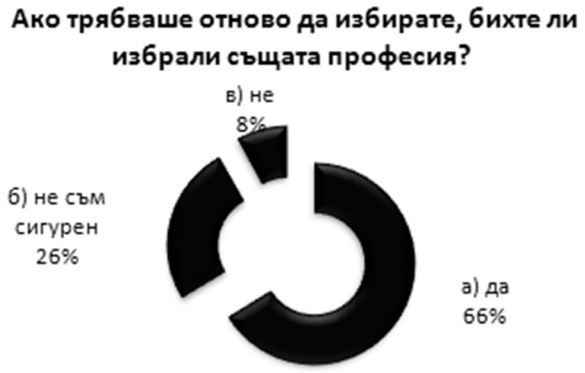
Според данните от изследването, професионалната удовлетвореност е безспорен факт сред денталните лекари – 92% са напълно удовлетворени или удовлетворени отчасти (фиг. 1). Тези данни са и свидетелство, че професионалното ориентиране и професионалния избор при завършилите специалността „Дентална медицина“ не са направени на случаен принцип („кандидатствам на различни места, пък където ме приемат“), а са едно дълбоко осмислено решение и траен афинитет към професията.



Фиг.1. Процентно съотношение на отговорите

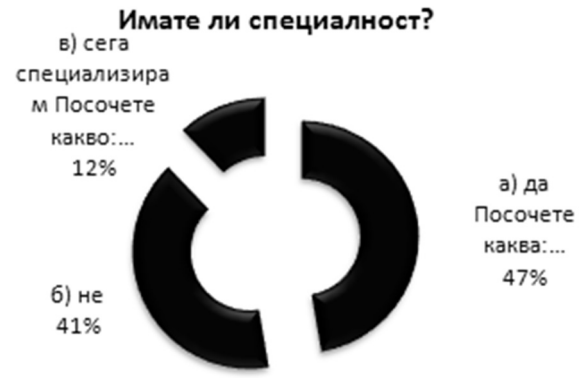
При това групиране на резултатите може да се каже, че професията “Лекар по Дентална медицина” в България носи нужното удовлетворение, специалистите са имали една представа за бъдещето си и тя се е оказва възможна за реализиране към настоящето, въпреки множеството трудности в едно общество в преход и в условията на социално-икономическа криза.

Ако трябва отново да избират, близо две трети от респондентите биха повторили професионалния си избор, но останалата една трета не са сигурни дали биха го направили (фиг. 2). На фона на високата професионална удовлетвореност, обаче, това може да се тълкува не като разочарование от професията като такава, а от обществените условия, които затрудняват нейната пълноценна реализация.



Фиг. 2. Процентно съотношение на отговорите

Квалификационната характеристика при малко повече от половината от денталните лекари е добра, но не е малък процента на тези, които нямат специалност и не специализират (фиг. 3).



Фиг. 3. Процентно съотношение на отговорите

Почти равният процент на лекарите със и без специалност, показва необходимостта от отпускане на нови места за специализации. Основна задача на Българския зъболекарски съюз, като

съсловна организация, е да се грижи за професионалното израстване на членовете си. Наблюдава се тенденция получаването на специалност да е свързано най-вече с работата на колегите в университетите. Липсата на акредитирани центрове за обучение ограничава и развитието на колегията. Докато в същото време в университетите се оформя ядро от млади специалисти, които са мотивирани, както за професионално израстване, така и за научно такова. Преодоляването на тази диспропорция и съответно гарантирането на равнопоставеността на различните категории дентални лекари е изключително важен ангажимент на БЗС.

Икономическото положение на денталния лекар показва, че най-голям е броят на тези, които са инвестирали в кабинет и апаратура (47%), в процес на придобиване са 15%, но близо една трета (31%) не са инвестирали, а не смятат да го направят едва 7% (фиг. 4). Интересно е, че процента на тези, които не са инвестирали в кабинети и апаратура съвпада с процента на индивидуалните практики. Очевидно е, че разпръсването на специалистите, децентрализацията на професията може би дава по-голяма индивидуална свобода, но пък намалява възможностите да се инвестира в нови технологии, апаратура и пр. Едни обединени инвестиции биха позволили закупуването на по-модерна апаратура и сграден фонд. А и взаимната обмяна на опит ежедневно, би работила само за издигането на професионалната квалификация на всеки един от екипа.

Определяйки своето място в социалната стълба на богатството и бедността, респондентите са дали следните отговори (фиг. 4):



Фиг. 4. Процентно съотношение на отговорите

Тези данни предоставят интересен материал за размисъл. Към 1-4 позиция (заможни слоеве) се причисляват 15% от анкетираните; към 5-7 позиция (средни слоеве) се причислява мнозинството дентални лекари – 63%; към 8-10 позиция (бедни слоеве) се причисляват 22%. Фрапиращото тук е, че 1/5 от представителите на тази престижна лекарска професия са част от бедните слоеве, като 4% ги дели само една крачка от социалното дъно. А и в самите средни слоеве само 28% са в най-високото ниво, докато 35% са в средното и ниското ниво на средната класа. Интерес представлява и още един факт. Усреднената позиция на анкетираните лекари за техния собствен статус дава позиция 5.8. В подобно изследване от 2009 г. усреднената позиция на дентални лекари със специалност и без специалност пак е 5.8, което показва, че техния статус е в пълен застой през последните 4 години – годините на кризата.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проучването очерта незадоволителни резултати по отношение на социалния статус на денталния лекар. Лекарският престиж се оказва повече мит, отколкото реалност. Обществото уважава професията, но обществените условия за обучение и квалификация, за подобаващи условия на труд и инвестиране в практиката, се оказват под потребностите на специалистите. Поради несъответстващо заплащане лекарят пренебрегва много свои нужди в професионален, физически и духовен план. Професията не заема подобаващо социално ниво и причините за това са комплексни.

Необходимо е да се демонополизира НЗОК, да се разреши доплащането и да се увеличи финансирането. Така българският лекар по дентална медицина ще получи своето подобаващо място в социалната стълба на обществото.

Адрес за кореспонденция:
ас. Камен Ногалчев
Медицински университет – Варна
ул. "Марин Дринов" 55, Варна 9002
Дентален факултет
Катедра Протетична дентална медицина и ортодонтия
e-mail: kamen.nogalchev@mu-varna.bg

СОЦИАЛНА ДИАГНОЗА НА КОГНИТИВНИ НАРУШЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИЯ

Силвия Крушкова, Николина Ангелова-Барбалова

Русенски университет „Ангел Кънчев", Факултет Обществено здраве и здравни грижи
Център за психично здраве Русе

SOCIAL DIAGNOSIS OF THE COGNITIVE DYSFUNCTIONS IN SCHIZOPHRENIA

Silvia Krushkova, Nikolina Angelova-Balabanova

Ruse University „Angel Kanchev", Faculty of Public Health and Health Care
Center for Mental Health Ruse

РЕЗЮМЕ

Статията представя клиничните параметри на социалната диагноза на когнитивните нарушения при шизофренни разстройства. Във въведението се акцентира върху тезата, че когнитивните нарушения представляват първична, специфична и откриваща се при всичко шизофренно болни характеристика и не зависят от останалите симптоми. Тези нарушения са сред основните причини за това шизофренията да бъде толкова опустошаващо функционирането на личността заболяване. Акцентира се, че социалната диагноза е в помощ при определяне на параметрите на ресурсите, с които личността на шизофренно болния разполага. В изложението авторите разглеждат определението за когниция, споменават се методите за изследване на когнитивните функции и точно кои характеристики на личността са обект на изследването като част от социалната диагноза. Представят се областите/домените/ на когницията, а именно общо интелектуално равнище, моторни умения, внимание, памет, изпълнителни функции, критичност. Разгледани са когнитивния дефицит и хода на болестта. В края на изложението се представя и идеята за лечение, което се прилага при шизофренните разстройства. В заключението авторите отбелязват значимостта на социалната диагностика тъй като шизофренията трайно увреждa когнитивните функции. В изводите се посочва, че болните показват изразени нарушения на вниманието, паметта и изпълнителните функции на фона на генерализиран когнитивен дефицит.Отделено е

SUMMARY

Schizophrenia affects permanently the cognitive functions. The patients exhibit marked troubles in attention, memory and executive functions along with generalized cognitive deficit. With manifestation of the disorder there is a decline to a lower level of functioning followed by a stabilization of the overall cognitive level.

The cognitive dysfunctions have a considerably greater impact on the illness course over a longer period of time, with emphasizes the importance of their specific treatment. The treatment with conventional antipsychotics has not shown any clinical results. The social diagnosis is very important of the cognitive dysfunctions in schizophrenia.

Keywords: *social diagnosis, schizophrenia, cognitive disorder, antipsychotics*

място върху значимото им отношение към дезадаптацията на пациентите и трудностите, които предизвикват при осъзнаването на болестта, сътрудничеството в лечението и най-вече ресоциализацията, която следва след осъществяване на социалната диагноза. Тъй като когнитивните нарушения при шизофрения оказват значително по-голямо влияние върху протичането на болестта в дългосрочен план се налага особен акцент върху социалното диагностициране.

Ключови думи: *социална диагноза, шизофрения, когнитивни нарушения, терапия, когниция, ресоциализация*

ВЪВЕДЕНИЕ

През последното десетилетие акцентът в изследванията на шизофренията/най-вече по отношение на социалната диагноза/ се измести от позитивните симптоми/налудности и халюцинации/ към негативните – нарушенията в концентрацията, вниманието, притъпеният афект. Напоследък значителен брой изследователи посветиха усилията си да акцентират на когнитивния дефицит, свързан с шизофренните разстройства. Когнитивните нарушения при шизофрения включват получаване на информация и интерпретацията й, формирането на отговор и поведение към другите хора [1,2,5] и са в основата на социалното взаимодействие и функциониране.

Докато преди се е мислело/от биологична гледна точка/, че когнитивния дефицит при шизофренията е резултат от налудностите и халюцинациите, сега развитите в резултат на заболяването когнитивни недостатъци се смятат/от гледна точка на социалната диагностика/ за независими от позитивните шизофренни симптоми – като отделна характеристика на болестта, засягащи не само познавателното функциониране, но най-вече социалното функциониране. Тези болестни промени могат да се използват като достоверен предиктор на протичането на заболяването, като и за вземането на адекватни решения в полза на самото благополучно социално функциониране на субекта.

Мнението, което безспорно се налага напоследък е, че когнитивните нарушения представляват първична, специфична и откриваща се при всички шизофренно болни характеристика и не зависят от останалите симптоми. Тези нарушения са сред основните причини за това шизофренията да бъде толкова опустошаващо функционирането на личността заболяване.

ОБСЪЖДАНЕ

Терминът *когниция* се появява в Англия през 15 век. Коренът й е латински – gnoscere – зная. Понятието включва процеса на опознаване и прецевка за себе си и на околния свят.

С това наименование в психологията се описват всички функции на психиката, свързани с обмена, преработването, складирането и използването на постъпващата чрез сетивата информация. Когницията е процес на получаване, организиране и използване на интелектуалното познание.

Едно по-кратко и оперативно определение [3] е способността да се разпознават и обработват по адекватен и икономичен начин сложни задачи, или казано още по-просто – да се възприема, мисли и учи. Това е способността на мозъка да обработва информация и да програмира адаптивно поведение.

Изследването на когнитивните функции като част от цялостната социална диагноза, става чрез клинично социално интервю и използването на различни психологични тестови методики, които се основават на следните характеристики на личността:

- Съзнание;
- Ориентация и памет;
- Концентрация и внимание;
- Четене и писане;
- Способност за ориентиране в пространството;
- Абстрактно мислене;
- Информираност и интелигентност.

- Когнитивните нарушения при шизофрения се наблюдават в следните области:
- Общото интелектуално равнище;
- Моторни умения;
- Внимание;
- Памет;
- Изпълнителни функции;
- Критичност.

Известно е, че квотиентът на интелигентност на болни от шизофрения е по-нисък от този на здравите хора. При проява на заболяването се наблюдава спад в интелигентността от едно първоначално по-ниско равнище. Много от изследователите смятат, че болестта се развива на един предварително увреден терен. Тези факти стоят в основата на теорията, че шизофренията се дължи на дискретна мозъчна увреда, която се проявява клинично предимно в младежка възраст със симптомите на шизофрения.

На второ място е важно да се отбележи и е от значение за социалната диагноза фактът, че пациентите с шизофрения имат удължен латентен период преди започване на движенията, те са прекъсващи се, чести са персеверациите и затрудненията при прехвърлянето от едно действие към друго. Изследванията сочат, че дискретни нарушения в моторните умения са налице и у лица с висок семеен риск от развитие на шизофрения и у самите болни, преди развитието на болестта. Тези данни също подкрепят теорията за предварителна мозъчна увреда и са в помощ на изготвянето на социална диагноза.

При шизофренията са нарушени и различни аспекти на вниманието. Отдавна е известно, че разсеяносттадезинтересираността и невъзможността за активно пренасочване са основни шизофренни симптоми. Смята се, че най-увредената страна от вниманието при шизофрения е бдителността т.е. способността да се различават реални сигнали от фоновия шум. При шизофрения вниманието е разностранно засегнато и нарушенията в него могат да се наблюдават по най-разнообразни начини.

От друга страна при шизофрения е налице изразено и стабилно първично нарушение на паметта. Според някои от изследователите то се дължи на смущения в кодирането на информацията, а също така и в ускореното забравяне. Всичко това води до увреждане преди всичко на вербалните области на паметта – основно семантичната памет. За социалната диагноза най-вече има значение наблюдаваното при шизофрения, разпадане на понятията и смущенията в мисленето.

Засягането на изпълнителните /екзекутивните/ функции е един от основните когнитивни дефицити при шизофрения. Той се изразява в затруднения при генерирането и прилагането на планове; при решаването на проблеми от по-сложен характер, които изискват комбиниране на възможни решения. Те се наричат така, защото ангажират използването на информация, а не основната й обработка, което е от съществено значение не само когнитивното, но и социалното функциониране на болната личност.

И не напоследно място по важност е сферата свързана с критичността. Шизофренно болните често не съзнават болестта си и не разбират състоянието си, което също създава проблеми със социалното функциониране. Не е открит обаче механизъм на този тип нарушение при шизофрения.

Изследванията на развитието на когнитивния дефицит в хода на шизофренията показва, че се наблюдава рязък спад в последващо дълговременно стациониране на нарушенията по тип „плато". В този период не се наблюдава влошаване на когницията независимо от обостранията и ремисиите. Като краен стадий се наблюдава допълнителен спад на когнитивните способности, който съвпада по време и по интензивност с наблюдаващия се спад на когнитивните способности и в популацията на здравите индивиди.

Това означава, че ранната медикаментозна интервенция при шизофрения е от съществено значение за постигане на добри резултати и висока ефективност при лечението. Паралелно с медикаментозната терапия е важно да бъде включен и план/на базата на социалната диагностика/, подпомагащ и доброто социално функциониране на индивидите с шизофрения.

Когнитивните нарушения трябва да се разглеждат като прицелни болестни симптоми при лечението на шизофренията. Съхраняването на когнитивната функция у пациенти с първи психотичен епизод трябва да се признае за особено важна терапевтична задача, което от своя страна ще намали и нарушенията в съцоалното функциониране на болните от шизофрения.

От ефективното лечение на шизофренията и навременните психосоциални интервенции се очакват да започнат рано, за да се предотврати резкия упадък, който се наблюдава в началото на болестта, засягащ не само индивида, но и неговото социално функциониране. Също така лечението и психосоциалната подкрепа трябва

да продължат достатъчно дълго за да повлияят множеството нарушения, които водят до когнитивни симптоми. Установено е, че някои медикаменти подобряват най-вече характеристиката на вниманието нарачена бдителност, което влияе на социалното общуване, което е важно за цялостното социално функциониране на индивида, засегнат от шизофрения [4].

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Шизофренията уврежда трайно когнитивните функции. Социалната диагностика като част от цялостната клинична диагностика показва, че болните манифестират изразени нарушения на вниманието, паметта и изпълнителните функции на фона на генерализиран когнитивен дефицит. При изява на болестта се наблюдава упадък на нивото на функциониране, който се следва от стабилизиране. Важността на социалното диагностициране е важна не само за установяване на дефицитите по отношение на когнитивната сфера, но и за уточняване параметрите на ресурсите, с които индивида, болен от шизофрения разполага.

Когнитивните нарушения оказват значително по-голямо влияние върху протичането на болестта в дългосрочен план, което налага особен акцент върху специфичното им лечение и ресоциализация.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Brothers, L. The neural basis of primate social communication // Motivation and Emotion. 1990. Vol.14. P. 81–91.
2. Fiske S. T., Taylor S. E. Social cognition (2-nd ed.). New York: McGraw-Hill Book Company. 1991. 717 p.
3. Kaplan H, Sadock B, Synopsis of psychiatry, 1998
4. Kaplan H, Sadock B, Grebb J, Synopsis of psychiatry, 2004
5. Kunda Z. Social cognition: Making sense of people. Cambridge, MA: MIT Press, 1999. 602 p.

Адрес за кореспонденция:
Център за психично здраве Русе ЕООД
Русе, п.к. 7000
бул. „Тутракан" 20
email: nikolinaangelova@abv.bg

СПЕЦИФИЧНИ ЗДРАВНИ ПРОБЛЕМИ НА ВЪЗРАСТНИТЕ ХОРА И РОЛЯ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА ЗА ПРЕОДОЛЯВАНЕТО ИМ В УСЛОВИЯТА НА СОЦИАЛНИ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ВЪЗРАСТНИ

Даниела Драганова

Русенски университет „Ангел Кънчев“

SPECIFIC HEALTH PROBLEMS OF THE ELDERLY AND THE ROLE OF THE NURSE TO OVERCOME THEM IN CONDITIONS OF INSTITUTIONS FOR ADULTS

Daniela Draganova

Rousse University „Angel Kanchev“

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Разработването на проблемите на възрастните хора, особено през последните години, стана много актуално. Повишеният изследователски интерес към този последен етап от живота на човека е резултат преди всичко на относително нарастващия брой на старите хора в социално-демографската структура на съвременното общество и разнообразието от фактори, които оказват влияние върху здравето на възрастните хора.*

Целта *на настоящото изследване е да проучим потребности и удовлетвореност на възрастни хора, настанени в социални услуги от качеството на здравните грижи.*

Материали и методи: *Социологически метод – пряка анонимна анкета, проведена през м. март 2014 г. сред 40 потребители на социална услуга - Дом за стари хора.*

Документален метод – проучени са нормативни документи – стратегии, закони и методически указания. Статистически метод за обработка и анализ на събраната информация.

Резултати и обсъждане: *Наличието на повече от 3 хронични заболявания при настаненитe в дом за стари хора обуславя необходимостта от 24 часово медицинско обслужване. Възрастните хора смятат, че не биха се справили със здравните си проблеми без помощта на дежурната медицинска сестра в социалното заведение.*

Изводи и заключение: *С нарастване на относителния дял на възрастното население в България, нараства и необходимостта от социални услуги за самотни възрастни хора, обезпечени с*

SUMMARY

Introduction: *Developing of the problems of the elderly, especially in recent years, has become very trendy . Increased research interest in the last stage of human life is the result primary of the relatively growing number of elder people in the socio-demographic structure of contemporary society and the variety of factors that affect the health of elder people. Nowadays the matter about role and place of the elderly people and how they are treated by the younger generation is referred to even more sharply.*

Objective *of this study is to investigate the needs and satisfaction of elderly people in social services quality of care.*

Materials and methods: *Sociological method - direct anonymous survey conducted in March 2014 among 40 users of social service - a home for elderly people. Documentary method - legal documents are studied - strategies, laws and methodological guidelines. Statistical method for processing and analyzing the gathered information.*

Results and discussion: *The presence of more than 3 chronic diseases in residents in the nursing home necessitates 24-hour medical servic. Elderly people feel that they would not be able to deal with their health problems without the help of the nurse on duty in the social institution.*

Conclusions: *With the increasing number in the share of the elderly population in Bulgaria, the need for social services for elderly people is also growing, provided by medical personnel to meet the major health needs.*

медицински персонал за задоволяване на по-големите здравни потребности. При оценяване здравето е важно да се определи влиянието на заболяването върху функционалния статус и способност за самостоятелно справяне в ежедневието.

Ключови думи: *Специфични здравни проблеми; възрастни хора; медицинска сестра; подкрепяща семейна среда*

When assessing health is important to determine the impact of the disease on functional status and ability to cope independently in everyday life.

Keywords: *Specific health problems, elderly people, nursing, supportive family environment*

ВЪВЕДЕНИЕ

Материалите от геронтологични изследвания доказват, че в старческа възраст умственият статус на личността не намалява, а само се изменя и се допълва от такива нюанси като умереност, разсъдителност, внимание, спокойствие. С възрастта се повишава усещането за ценността на живота, променя се самооценката. Възрастните хора отделят по-малко внимание на своята външност и повече внимание на вътрешният си свят и физиологическото си състояние. Те живеят при свой жизнен ритъм. Изследванията и всекидневната практика показват, че съществуват някои характерни особености на стила на живот и поведение на стария човек [4].

За по-голямата част от тях трудовата дейност вече е приключила или предстои твърде скоро да приключи. Постепенно проблемите, свързани с по-нататъшното им образование и самообразование за повишаване на професионалната им компетентност и издигане на общокултурното им равнище започват да отстъпват на заден план. Първостепенно значение започват да имат проблемите, свързани с приспособяването им към промените, настъпили след излизането им в пенсия, с прекратяването на извършваната от тях трудова дейност. Особена важност придобиват проблемите, отнасящи се до здравословния им начин и стил на живот. С други думи, т. нар. "възпитателна", здравно-хигиенна проблематика става все по-значима, все по-актуална. Тази проблематика много тясно се преплита с проблематиката на социалната педагогика, на социалната медицина, на геронтологията, на геронтопсихологията, на гериатрията и др. Старите хора се изучават и от редица други науки – анатомия, физиология, социология, хигиена и пр. Всяка една от тези дисциплини има свой аспект на изследване или предмет [4].

ЦЕЛ

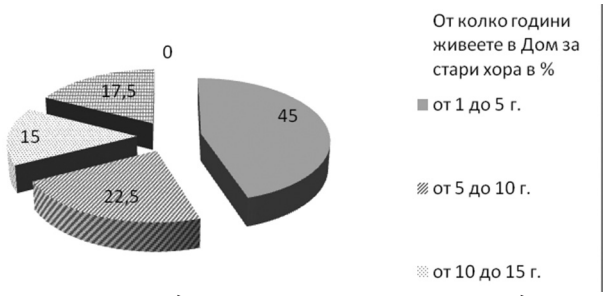
Целта на настоящото изследване е да проучим потребности и удовлетвореност на възрастни хора, настанени в социални услуги от качеството на здравните грижи.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

- **Социологически метод –** пряка анонимна анкета, проведена през м. март 2014 г. сред 40 потребители на социална услуга - Дом за стари хора;
- **Документален метод** – проучени са нормативни документи – стратегии, закони и методически указания;
- **Статистически метод** за обработка и анализ на събраната информация.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

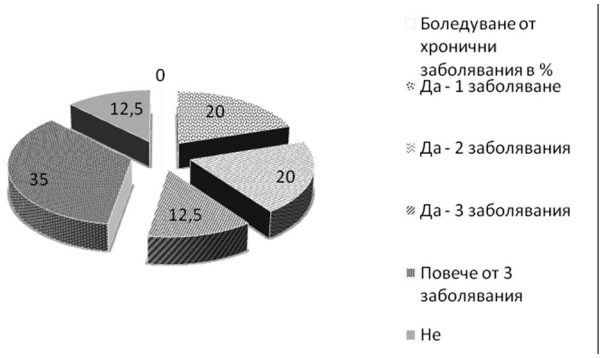
В проучването бяха включени 40 от общо 226 потребители на институционалната социална услуга Дом за стари хора. Условие за постъпването в дома е навършване на пенсионна възраст [5]. Анкетираните са с различна продължителност на местоживеене в дома (фиг. 1). Това предполага достатъчно натрупани навици и наблюдения за живота в такъв тип институция.



Фигура 1. Продължителност на престой в дом за стари хора

За възрастните хора е характерна хронична множествена патология [7] – според проучване

на СЗО с 3 и повече заболявания са 30% от възрастовата група 65-74 г. и 40% от възрастните над 75 год. В изследваната група 47,5% от потребителите са с 3 и повече хронични заболявания (фиг. 2).



Фигура 2. Боледуване от хронични заболявания

Наличието на повече от 3 хронични заболявания при настанените в дом за стари хора обуславя необходимостта от 24 часово медицинско обслужване [2].

Възрастните хора смятат, че не биха се справили със здравните си проблеми без помощта на дежурната медицинска сестра в социалното заведение. На въпросът „Смятате ли, че бихте се справяли добре със здравните си проблеми и без медицинските сестри в дома?“ с възможни отговори „да“, „не“, „понякога“, 80% от потребителите са отговорили с „не“, 20% с „да“, а отговори „понякога“ няма (фиг. 3).



Фигура 3. Възможност за справяне със здравни проблеми без м. с.

82,5% от анкетираните отговарят, че разчитат на съдействието на медицинските сестри в дома за решаване на здравните им проблеми, а 62,5% биха се обърнали към медицинските сестри за съдействие при необходимост, възникнала от битов характер.

Желанието на много от тях е свързано с наличие на лекар в дома и повече медицински сестри, които да обезпечат присъствие близо до тях на всеки етаж.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С нарастване на относителния дял на възрастното население в България, нараства и необходимостта от социални услуги за самотни възрастни хора, обезпечени с медицински персонал за задоволяване на по-големите здравни потребности.

В условията на съществуващата здравно осигурителна система и предоставяне на първична медицинска помощ от общо практикуващ лекар по избор, нараства ролята на медицинската сестра в социалните услуги за възрастни като здравен специалист на който могат да разчитат при необходимост денонощно.

При оценяване здравето е важно да се определи влиянието на заболяването върху функционалния статус и способност за самостоятелно справяне в ежедневието [7].

От много голяма важност е да се познава способността на възрастния човек да се справя с ежедневния живот при наличието на хронична болест, и да се определи степента на необходимата подкрепа в условията на понижена активност.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Закон за интеграция на хората с увреждания. Д.В. бр. 81 от 17. 09. 2004 г.
2. Закон за социално подпомагане. Д.В. бр. 56 от 19.05. 1998 г., изм. и доп,
3. Национална Здравна Стратегия 2008 – 2013 Година
4. Петров, П., Основи на герагогиката, “ Авангард Прима”, София, 2005, 12-13
5. Правилник за приложение на Закона за социално подпомагане,
6. Стратегия за развитие на здравните грижи в Р България 2013 – 2020 г.
7. Фролькис, В.В. Старение и биологические возможности организма. М., 1975.

Адрес за кореспонденция:
РУ „АнгелКънчев“
гр. Русе, ул. „Студентска“ № 8
e-mail: ddraganova@uni-ruse.bg

СОЦИАЛНО-ЗНАЧИМА ПАТОЛОГИЯ И СТАРЕЕНЕ

Красимир Визев

Факултет по Обществено здраве, Медицински Университет – София

SOCIALLY SIGNIFICANT PATHOLOGY AND AGING

Krasimir Vizev

Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

РЕЗЮМЕ

В клиничната медицина социално-гериатричните проблеми заемат важно място в дейността на практикуващия лекар. Те са обусловени, най-вече от социално-значимата дегенеративна полиморбидност на хората в напреднала и старческа възраст.

При изучаването на интимните механизми за формиране на полиморбидността, основна генерална роля отдаваме на неврохуморалния комплекс и системите за адаптация на организма, не без активното участие на множеството средови фактори на окръжаващата среда.,определящи ортобиозата. На фона на изявени процеси на ниво молекулярна обмяна, структура и функция, се наблюдават специфичните за стареенето физиологични и патологични процеси по типа на атрофия, инволюция и ентропия. С напредването на възрастта изявената патология най-демонстративно се изявява с ентропията, което обуславя сложни медико-социални и герохигиенни проблеми.

В резултат на застаряване на населението се увеличава и съвкупността, както и разпространението на хронично - дегенеративни заболявания със социален характер (заболявания на мозъчно-сърдечно съдова системи, кръвоносната система, неоплазми, урологична патология, захарен диабет със затлъстяване, сенилни фрактури на базата на патологична или физиологична остеопороза, координационни нарушения при мускулно-скелетни разстройства, нерядко придружени и с психични разстройства, свързани с възрастта патологични процеси на сетивните органи и т.н.). Всичко това изисква адекватно отношение от страна на системата на здравеопазването, включително ерудирани специалисти, персонал с отлична подготовка при прилагане на социално-хигиенните грижи, както и приемането на нови организационни решения.

Ключови думи*: социално-значими заболявания, полиморбидност, стареене*

SUMMARY

In geriatric medicine, social problems occupy an important place in the work of the practitioner. They are determined mainly by socially significant degenerative polimorbidity of people in elderly.

In the study of the intimate mechanisms of formation of polimorbidity, basic general role attribute of complex neurohumoral systems and adaptation of the organism, not without the active participation of many environmental factors of the surrounding environmentq determining orthobiosis. Amid prominent processes at the level of molecular metabolism, structure and function observed aging -specific physiological and pathological processes such as atrophy, involution and enthropy. With advancing age, manifested most demonstrative pathology manifested by entropy, which makes complex medical and social problems. As a result of population aging and increasing population and the prevalence of chronic - degenerative diseases of a social nature (diseases of the brain cardiovascular system, circulatory system, neoplasms, urologic pathology, diabetes mellitus, obesity, senile fractures based on pathological physiological or osteoporosis, coordination disorders in musculoskeletal disorders are often accompanied by psychiatric disorders and age-related pathologies of the sense organs , etc.). This requires adequate treatment from the health care system, including knowledgeable specialists, staff with excellent training in the application of social hygiene care, and adoption of new organizational solutions.

Keywords*: social diseases, polymorbidity aging*

През последните години промените в социалната и икономическа сфера в нашата страна доведоха до появата на нови условия и тенденции, формиращи специфични демографски процеси сред населението. България понастоящем е сред първите страни в света с най-старо население. Този факт по принцип се отнася за почти всички развити европейски страни. Според международните стандарти, застаряването на населението на дадена популация, се счита при нараставане делът на хората над 65 годишна възраст над 12%. По данни на Националния Статистически Институт на България в края на 2012 г. хората на 65 и повече навършени години са 1 395 078, или 19.2 на сто от населението на страната. Относителният дял на жените на възраст над 65 години е 22.2 на сто, а на мъжете - 16 на сто (5) Остаряването на обществата има много общи характеристики при всички индустриално развити страни. Повишеният жизнен стандарт, урбанизацията с всичките удобства на съвремието предизвикват увеличаване средната продължителност на живота. В съображение влизат намалената раждаемост, удължаване на средната продължителност на живота, подобрените социално-медицински услуги, мощните миграционни процеси на поколенията. У нас тези тенденции се запазват с повишаване относителния дял на възрастните и стари хора. Неблагоприятните отражения в динамиката на остаряване на населението са резултат и от намален фертилен контингент, депопулационни процеси вкл. обезлюдяване в национален и регионален аспект, проблеми с работната сила и нейното остаряване, увеличаване процента на бедност и безработица. Безспорен за тази глобална трансформация е и фактът на подобрено качества на живот, успехите на съвременната медицина, подобряване на социалнохигиенни форми на поведение (3), на информираността на незаразните социално-значими заболявания (1), възприемането на по-здравословен стил на живот, общо повишаване на жизнения стандарт, развитие ва огромна мрежа от професионални консултации по отношение правилно хранене, движение, лична хигиена и пр. (2).

Развитието на човека е не само биологически, а и обществено-исторически детерминирано. Напълно споделяме становището, че една научно обоснована теория за стареенето трябва да изхожда от следните основни положения: да се изяснят онези вътрешни причини и външни условия в развитието на организма, които определят особеностите в динамиката на жизнените процеси в него. Старостта най-често поражда сложни социално-здравни проблеми. Всякакъв опит и дискусия за процеса стареене като резултат само на биологични причини е неправилен . Двете крайни становища, различно нюансирани в многобройните оценки на старостта, като един непрекъснато развиващ се физиологичен процес, обуславян от вътрешни (биологични) и външни (социални) фактори намират място в една научна теория при тяхната взаимна интеграция, която обективно съществува.

С напредването на възрастта намаляват адаптационните механизми на организма. Съществуващото в миналото становище, че старостта е болест постепенно и основателно се приема като антиеволюционно и погрешно. Повечето съвременни учени приемат, че старостта е закономерен етап от развитието на човека, както неговото детство, юношество и зряла възраст. Старостта не е болест, не е диагноза, а завършен етап от развитието на човека (3). Извънредно трудно е да се отделят специфичните възрастови изменения от съпровождащите ги патологични нарушения. За тяхното фино разграничение особено много допринасят съвременните клинико-физиологични и експериментални изследвания при човека. Стареенето като генетично детерминиран процес се е оформил в еволюцията на живота и се е утвърдил като подходяща адаптация за организма. То е активен процес на "преобразуване", "преустройство" на организма на различни адаптивни звена към променящата се среда на съществуване, като една от неговите форми на развитие. Тази нова форма на "еволюция във времето", определя и успешното регулиране на функциите на обменните процеси в късната възраст. Това е и функционалният израз на стареенето, като биосоциален процес на едно ново, активно преустройство, на приспособяване, на адаптация. Ето защо, ние считаме, че този процес в редица отношения може да бъде регулиран, управляван. В това отношение съществуват и възможности за реално, активно вмешателство, контрол и управление на протичането на възрастовата еволюция на организма в късната онтогенеза.

Съществува както теоретична, така и фактическа обоснованост за разграничаването на физиологично и преждевременно остаряване. Съвременната социална геронтология се стреми да изучи значението и влиянието на патологичните процеси, на неблагоприятните рискови фактори върху първичните механизми на стареенето да изясни ония звена, които в хода на стареенето най-много са подложени на тези въздейст-

вия и накрая: да установи комплекса от показатели, определящи и разграничаващи физиологичните от патологичните процеси, определянето на физиологичното от патологичното стареене. Последното не е прост и лесно разграничим феномен. То е изключително сложен процес, за чиято мултикаузална природа е необходимо взаимосвързаното обяснение на много съвременни теории.

Старостта се проявява със специфични особености на намаление на функционалните възможности на организма. Това определя една особена възрастова група сред населението, пораждаща много специфични и същевременно трудно решими медико-социални проблеми. Крайно намалените способности на адаптация на организма, прогресивния характер на инволюцията и атрофията му, свързани често и със значително изявена патология, със склонност за хронификация, създават най-значителния здравен, медико-социален и икономически проблем

С авансиране процесите на стареене съществено се променя биологичното състояние на организма. Това изменение се изявява в повишена склонност към патология и очевидно с по- голяма честота на необратимите усложнения от хронично-дегенеративни заболявания. С удължаването на живота специфичните заболявания у възрастните и стари хора придобиват масов ендемичен характер с многостранни последствия. От това следва и постоянно увеличаване на потребностите, на аргументираните обективни претенции за грижите относно старите хора, осигуряване качествено здравеопазване, социална и икономическа обезпеченост.

В клиничната медицина социално-гериатричните проблеми са обусловени, най-вече от социално-значимата дегенеративна патология, често демонстрирана с изявена патология. При изучаването на интимните механизми за формиране на полиморбидността, основна генерална роля отдаваме на невроимунохуморалния комплекс и системите за адаптация на организма. На фона на изявени процеси на ниво молекулярна обмяна, структура и функция, се наблюдават специфичните за стареенето физиологични процеси по типа на атрофия и инволюция. С напредването на възрастта клинично изявената патология най-демонстративно се изявява с ентропия, което отбелязва сложни медико-социални и герохигиенни проблеми.

Всеки човек над 65 години става носител на две, три и повече заболявания (т.нар. полиморбидност), които са най-често с хроничен характер. Тези заболявания, особенно в старостта /75+/ непрекъснато се "конкурират", взаимно се преплитат и обуславят. С най-голяма значимост остават болестите на органите на кръвообращението /мозъчно- и сърдечно-съдови заболявания/. Атеросклерозата с нейните форми и усложнения придобива първостепенно значение, следвана от мозъчно-съдовата болест, исхемична болест на сърцето, сърдечен инфаркт, аневризми, неоплазми (2,3).

Причините за умиранията при хората в напредналата и старческа възраст в България през последните 1 5 - 2 0 години са обект на задълбочено мултидисциплинарно проучване. Те се изучават по критериите на хронологичната възраст и по-специално сред хората на 65 и повече години. Данните имат важно практическо значение за здравното и социално дело. Съществуват многобройни данни за хроничния характер и прогресивното развитие на някои основни групи заболявания в тази възраст, които определят структурата на смъртността по причини на умиранията. Съществуват насочени и продължителни научни наблюдения на това демографско явление /Др. Матеев, Г. Стойнев, Ст. Визев, Цв. Дойчинова и др. (8), което разкрива и същността и динамиката на възрастовата патология. Това от своя страна определя типът на остаряване на населението. Обхващането на всички починали в страната на 60 и повече години за определен период от време, осигурява най-точна и изчерпателна информация на основните тенденции на причините за смъртността. Увеличаване интензитета на умиранията с напредване на възрастта представлява закономерен биологичен процес. Закономерна е тенденцията обаче, макар и неравномерно, да нараства интензитетът на умиранията причинно обусловени от бързото развитие на инволютивните процеси в старостта.

Прогресивната инволюция и атрофия, която съпътствува и характеризира старостта като особено физиологичен феномен, представлява благоприятен терен за развитието на патологични процеси и определя особения дискретен характер в тяхното протичане. Заболеваемостта и смъртността сред възрастовите групи от населението представлява основен медико-социален проблем. Заболеваемостта е био-социално явление. Във всяка определена възраст на онтогенетичното развитие тя се обуславя предимно от социалните фактори.

Старият човек най-често е поразен от хронично- дегенеративна мултиплена патология с кумулативен характер. Не рядко те пораждат промени в психиката, а в редица случаи и авансиращи психични нарушения, като определят т.нар. соматопсихични и/или психосоматични състояния, често които взаимно се обуславят и преплитат. Те пораждат едни от най-тежките и трудни за решаване проблеми на здравеопазването и социалните грижи. Значимостта им нараства още повече при самотните стари хора. Значителна дейност развиват социалните асистенти по домовете на старите хора и особено по грижите за самотните старци. Въпросът за изолираните, (самотни) стари хора е извънредно тежък и трудно разрешим социален, но високо морално-деонтологичен проблем.

Демографското остаряване на населението в България /особено в селата/ налага необходимото внимание за медицински и социални грижи. През последните години, социално-икономическите условия на живот повлияха допълнително върху настроението и възможностите за адаптация на старите хора към трайно променения стереотип (6).

Основна насока в усъвършенстване на клиничните проучвания при процесите на физиологично и патологично стареене е осигуряването на оптимална здравно-социална поддръжка и грижа за болните или зависими стари хора. За да се реализират напълно тези направления са необходими прецизни методи за изчерпателна оценка на продължителните нужди от герохигиенни грижи. Трябва да се определят всички състояния на инвалидизация, които ще изискват продължителни грижи, оценка на програмите и службите относно тяхната ефективност. Изследванията трябва да дадат убедителни доказателства за ефективността от подобни превантивни мерки. Нашите анализи и проучвания в областта на физиологичните за възрастта норми за физически натоварвания, периодичните проверки на здравния, дентален статус и поведенчески промени, доказаха важността на медико-социалните грижи в този аспект. Старостта има своите определени биологични, клинични и патофизиологични особености, които се отразяват върху проблематиката при медицинското обслужване при старите хора -амбулаторно, консултативно, стационарно. Склонността към усложнения и инвалидизация често обуславят забавена, продължителна реконвалесценция, като често се налага и рехоспитализация (3).

Грижите за старите хора по принцип се осъществява от общо медицинската мрежа при установените организационни форми на дейността на здравните заведения в нея. В икономически напреднали страни понастоящем са изградени специализирани гериатрични болници, където настаняването на болните се извършва съобразно характерните особености на съответните соматични, психосоматични заболявания и други съпътстващи състояния. Медицинската помощ на старите хора извън стационарите, след тяхната дехоспитализация се предоставя на ерудирани специализирани медицински сестри от националната здравна служба под ръководството на лекари и социални работници. В тази област бихме отнесли установените най-целесъобразни форми на устройство за възрастни и стари хора в специални домове и пансионати, с организирана амбулаторна, диспансерна и стационарна медицинска помощ. По примера на много страни понастоящем можем да се убедиме в целесъобразността на определените форми на организация на социална и медицинска помощ в гериатрията. Нашите дългогодишни наблюдения и проучвания недвусмилено демонстрираха напреднала еволюция на множествена патологията в Пансионите за възрастни и стари хора /ПВСХ/. А грижата за всички контингенти възрастни и стари хора с техните хронични заболявания и по правило полиморбидност, изисква най-тесен контакт и дейности от учрежденията на социално обезпечаване и здравни грижи, квалифицирани социални работници и ерудиран медицински персонал. Без съмнение е разбира се и факта, че съвременното здравеопазване е длъжно да разполага с широка мрежа учреждения от разнороден тип, където може да се оказва високо квалифицирана професионална помощ, с всички достижения на съвременно ниво на медицинско и социално дълготрайно обслужване и помощ на стария човек за неговия достоен, заслужен последен етап от жизнения му цикъл.

Нуждите на възрастните хора и грижите за тях е значимо по-висока от социалните нужди на населението от средната възраст и необходимостта от хоспитализация сред хората на 65 и повече години е почти три пъти повече от средното търсене на населението. Тяхните консултативни прегледи в извънболничната помощ е над 60% от общия брой на посещенията. Проблемът на прогресиращото остаряване на населението и увеличаване на броя на хората над 75 години е с важно значение за различните сектори на икономиката

и обществото. С нарастване на възрастта се увеличава броят и относителният дял на възрастните и стари хора от общото население на страната.

Споровете относно целесъобразността от създаване на гериатрични болници не са престанали, но се наблюдават и отчитат положителни резултати от дейността на тези заведения. Дългогодишната практиката и опит утвърди тяхното съществуване. Развитието на такъв тип болници също така се оказва целесъобразно, с оглед особеностите на клиниката и динамиката на протичането на заболяванията у възрастните хора и особено с оглед грижите за тях. Създаването на гериатрични болници оправдава лечението на острите форми на заболявания у старите хора. В последно време се организират и действат гериатрични амбулатории (консултации), чиято дейност обхваща лечебните грижи, превативни мерки и решаването на някои социални въпроси по обслужването на старите хора. Прилагайки диспансерния метод като основен в своята работа, те могат да развият огромна дейност в осъществяването на първична профилактика на преждевременното остаряване сред населението. Ако искаме тяхната дейност да бъде пълна, тя трябва да се насочи към изучаване и на средата, където възникват причините – т.е. факторите на риска за преждевременно остаряване у хората, изучаването на заболеваемостта, проучване на жилищно-битовите, трудовите условия, характера и качеството на храненето, психическите въздействия и реакции, особените привички в живота, съобразяване с религиозни и битови обичаи, санитарно-хигиенните изисквания от гледище на онзи режим, който познаваме като програма на ортобиозата.

При условията на националната реформа в здравеопазването е уместно да се намери най-добрия модел на организация на медицинското обслужване с безспорното значение на подобряването на специализирани видове здравни услуги, които са най-скъпата част от здравната система. Една системно изградена организация и разумно използване на средствата по типа на предложения ”*Социално-либерален модел за развитието на здравеопазването, би могъл да бъде в основата за нов тип здравна политика и инструмент за модифициране на националното здравеопазване*” (4).

Пред общественото здравеопазване и наука е поставен подценяван до сега проблем - да разработи нови методи за изучаване на механизмите на физиология в късната възраст, патогенезата на заболяванията у възрастните хора и да постави на публична преоценка отношението и поведението за превенция на социално-значими болести и свързаните с тях усложнения и инвалидизация, качество на живот.

Прогресивното нарастване броя на лицата достигнали 65 години, които получават по-големи по обем и специфичност здравни и социално-хигиенни грижи от всяка друга възрастова група, прави особено значима тази област на проучвания както за възрастните хора, така и за обществото, в което живеят. Остаряването на населението поражда и широк кръг въпроси, свързани с намаляване на трудоспособното население. Решаването (отчасти или тотално) на социалните, медицински и икономически проблеми би могло да освободи трудоспособните членове на семейството и обществото, ангажирани в обслужването и грижи за болните възрастни и стари хора. Това от своя страна ще осигури определен икономически ефект за семейството и обществото. В такъв аспект дейностите по превенция на хроничните заболявания е насочена към осигуряването на определени гаранции, че програмите за социална сигурност и интеграция, околна среда и научноизследователска дейност осъществяват оптимално взаимодействие и постигането на максимален ефект при тяхното фунциониране.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Борисова Б.- Причини за пропуски в дейността на ОПЛ според мнението на пациентите-Здравна политика и мениджмънт 2013,т.13, № 1, с.28-30
2. Визева М., Кр. Визев, А. Воденичарова, В. Петков Медицински и социални аспекти на здравните грижи при възрастни пациенти с диабет тип 2, сп. Здраве и наука бр.2, 2013 год., стр.12-15
3. Визев Ст., Болест ли е старостта? Наука и изкуство,1985
4. Воденичаров, Ц., С. Попова, М. Мутафова, Е. Шипковенска.- Социална медицина Горекс Прес София 2013
5. НСИ Служебен бюлетин 2012г
6. Я. Проданова, Глобален риск, Първа международна конференция по медицинска география, 24-26.10.2003, София.Съюз на научните медицински дружества в България. Българско дружество по медицинска

география. Научни доклади по медицинска география, 2004,

7. Проданова Я., Застраховане и корпоративна социална отговорност. Здравна политика и мениджмънт, С, 2014 (14), бр. 1, с. 44-45
8. Стойнев Г. Социална геронтология, Изд. МФ, 1985

Адрес за кореспонденция:
Доц д-р Красимир Визев-Зам. Декан,
Факултет по Обществено Здраве,
Медицински Университет – София
ул "Бяло Море"№8
e-mail: kvizev@abv.bg

УЧИЛИЩЕТО КАТО ИНСТИТУЦИЯ И РОЛЯТА НА УЧИТЕЛИТЕ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА ОРАЛНОТО ЗДРАВЕ НА УЧЕНИЦИТЕ

Джема Грозданова

Докторант КОДЗ, ФДМ София

SCHOOL AS AN INSTITUTION AND ROLE OF TEACHERS IN IMPROVING STUDENTS' ORAL HEALTH

Dzhema Grozdanova

PhD student, Faculty of Dental Medicine Sofia

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Доброто или приемливото ниво на орално здраве на обществото, в частност на децата е цел, която се формулира като част от здравната политика. Участници и партньори в процесите на здравеопазването са работещите в детското и училищното здравеопазване и гражданите.*

Училището е място, където ученици и учители общуват и участват в процес на предаване на знания и умения. Желателно е децата да се възползват от възможността да научат в училище максимално много за здравето, като в този процес да участват и техните родители

***Целта** е да се представи темата за ролята на училището като институция за подобряване на денталното здраве на учениците.*

Материал и методи: *Материал - 445 ученици и 66 учители. Методи - пряка анонимна анкета за учениците и учителите.*

Резултати и обсъждане: *29.4% от учениците са научили много за зъбното здраве от училище; 69.7% не са говорили по този въпрос в училище. 59,1% от анкетираните учители са способни с личните си познания и умения да повлияят на децата да подобрят хигиенните си навици; 27,3% ще се справят с помощта на ръководството на училището, 13,6% нямат желание за такава дейност.*

Училището би могло да осигури отлични условия за предоставяне на дентална услуга за деца, защото в него могат да се използват вече изградени структури и системи.

SUMMARY

Introduction: *Achieving good or agreeable level of public oral health, in particular of children, is a goal to be formulated as part of the overall health policy. Municipal health policy is part of the social policy of the State. Participants and partners in healthcare processes are the people working in child and school healthcare and the citizens.*

School is a place where students and teachers interact and take part in a process of transfer of knowledge and skills. It is desirable for children to take the opportunity to learn at school as much about health as possible and to have their parents involved in this process.

Objective: *The purpose is to introduce the topic of the role of school as an institution in improving the dental health of students. Material: 445 students and 66 teachers. Methods: direct anonymous questionnaire for students and teachers.*

Results and discussion*: 29.4% of students say they have learned a lot about dental health at school; 69.7% answered they have not discussed the issue at school. 59.1% of surveyed teachers respond that with their personal knowledge and skills they are capable of influencing children to improve hygiene habits; 27.3% think they will succeed, however with the help of school management, 13,6% have no desire to manage this problem.*

School could provide excellent conditions for delivery of dental services for children because already established structures and systems can be used thereat.

Conclusions: *With increase in age, students' knowledge of dental health is not enriched. Upon existence and opportunity to implement prevention*

Изводи и заключения: *С увеличаване на възрастта познанията на учениците за зъбното здраве не се обогатяват. При възможност за провеждане на профилактични програми в училище учителите ще съдействат. С цел насърчаване на образованието по орално здраве и включването му в учебните програми, правителството и здравните професионалисти трябва да оказват трайна подкрепа под различна форма. Промяната в детското и училищно здравеопазване е необходима в посока повече превенция и профилактика.*

Ключови думи: *здравна политика, образование, дентална услуга в училищата, училищни дентални програми*

programmes at school, majority of teachers will contribute. In order to promote oral health education and its inclusion in school curricula, it is imperative that governments and health professionals provide continued support in various forms.

Change in child and school healthcare is needed towards more prevention and prophylaxis.

Keywords: *health policy, education, school dental service, dental programmes at school*

ВЪВЕДЕНИЕ

Наличието на здравни кабинети в детските градини и училищата е изискване на действащата нормативна база, засягаща детското и училищното здравеопазване в България. Държавата и общините трябва да създават условия за осигуряване на здравословна жизнена среда и нормално физическо и психическо развитие на децата в тези институции. Здравните кабинети осигуряват промоция и превенция на здравето, както и организират провеждане на програми за здравно образование на децата и учениците. Финансирането на дейностите на здравните кабинети в общинските и държавните училища се извършва със средства от общинските бюджети като делегирана от държавата дейност. В тези кабинети работят кадри с придобито висше образование по специалност „Медицина“ и професионална квалификация „лекар“ и/или от други медицински специалисти с придобита образователно-квалификационна степен „бакалавър“. За осигуряване на профилактична медицинска и дентална помощ на децата и учениците в детските градини и училищата, веднъж годишно се изискват документи за проведени прегледи или се извършват профилактични медицински и дентални прегледи. За запознаване на родителите с проблемите на детското здраве училищните настоятелства организират различни мероприятия [1].

Глобалната инициатива за училищно здраве (GSHI) на СЗО стартира през 1995 година. С тази инициатива се цели мобилизиране и затвърждаване на здравната промоция и превенция в училищата, за да се подобри здравето на учениците, училищния персонал, семействата и обществото [2]. Инициативата включва четири ключови стратегии, насочени към изграждане на капацитет за утвърждаване на здравни програми в училищата:

1. създаване на информационна мрежа за развитието на този тип училища – Health Promoting Schools (HPSs);
2. засилване на националните възможности за създаване на такива училища;
3. осъществяване на проучвания за подобряване ефективността на училищните здравни програми;
4. създава се възможност за решаване на проблемите на оралното здраве както като специфични проекти, така и като част от стратегията за общото здраве.

Осъзнава се важността от включването на тези инициативи в здравните кампании, провеждани в училищата [3]. Освен това, скрининговите дентални прегледи в училищата дават възможност, на базата на зъбния статус да се направи оценка на нуждите от дентални грижи за децата, както и на необходимите ресурси. На скрининг подлежат заболявания, които представляват значим обществен и здравен проблем [7], каквото заболяване е и зъбния кариес.

ЦЕЛ

Целта на този доклад е да се представи темата за потенциалната роля на училището като институция за подобряване на денталното здраве на учениците.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В изследването са включени 445 ученици на възраст между 6 и 18 години, които учат в 3 училища в три общини в централната част на град София, и 66 учители, които преподават в наблюдаваните училища (29 лица) и в други училища в съответните общини (37 лица) Табл. 1 и 2.

Таблица 1. Данни за общините

Община	Брой население	Брой у-ща	Брой ЦДГ	Брой деца	Брой учители
Средец	46 657	7	4	6 223	459
Възраждане	49 189	10	7	8 499	542
Лозенец	51 198	12	8	8 216	641
Общо	147 044	29	19	22 938	1642

Таблица 2. Структура на извадката

Училище	Брой ученици	Брой анкетирани ученици	Брой анкетирани учители
32 СОУ „Св. Кл. Охридски“	2030	240	12
12 СОУ „Цар Иван Асен II“	623	73	7
35 СОУ „Добри Войников“	1120	132	10
ОБЩО	3773	445	29

С пряка анонимна анкета са изследвани нивото на знания на учениците и нагласите на учителите. Извадката на изследваните групи ученици и учители са подбрани по следния начин:

1. Извадката на групата с учениците е извършена чрез непреднамерен подбор, на случаен принцип, като учителите трябва да осигурят равен брой момчета и момичета. В 32 СОУ са поканени по 3-ма ученика от всяка паралелка на началния и прогимназиалния курс и по 4 ученика от гимназиалния курс Така са обхванати ученици от всички класове, групирани в две подгрупи от 6 до 12 и от 13 до 18 години. В 12 СОУ от всяка паралелка са канени по 3 деца, проявили желание да попълнят анкетата. В 35 СОУ също са канени по 3 деца от всяка паралелка.
2. Случайно избраните учители от трите училища, в които са анкетирани учениците са 29. Раздадени са въпросници и на още 37 произволно избрани учители от други училища в трите общини Възраждане, Средец и Лозенец.

Въпросниците за учениците включват 19 въпроса. Всички въпроси са затворени и изискват един отговор. Учениците отговарят по какъв повод е било първото им посещение в зъболекарски кабинет, ходят ли на профилактичен преглед и колко често, какви средства за орална хигиена познават, какво са научили в училище за зъбите, страхуват ли се от посещението при зъболекар и мислят ли, че трябва да има зъболекарски кабинет в тяхното училище.

Въпросниците за учителите включват 20 въпроса, групирани около контактите на учителите с ученици, родители и зъболекари по темата „зъбно здраве“, така че да се установи ефективността на връзката с другите участници в процеса. Въпросите са свързани с посочване на източници на информация за зъбното здраве, кого биха поканили в час на класа да говори с децата за орално здраве и какви са били поводите за разговор с родителите за зъбното здраве на децата им. Търси се отношението на учителите за съществуването на зъболекарски кабинети в училищата и към профилактиката като цяло.

Събраната информация е обобщена в база данни на MS Excel, изчетена и обработена със статистически пакет SPSS 17.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

На въпросите за наученото в училище за зъбното здраве 29.4% от учениците оценяват, че са научили много за зъбното здраве от училище, 69.7% отговарят, че не са говорили по този въпрос в училище. От учениците във възрастовата група 6-12 години 58,8% отговарят, че не са обсъждали проблеми свързани със зъбите в училище. Съответно 41,2% казват, че са научили много от училище. От учениците във възрастовата група 13-18 години 77,2% отговарят, че нямат информация за оралното здраве от училище, а 22,8% са говорили и научили доста неща по въпроса. На табл. 3 е представена връзката между получените в училище знания и орално-хигиенните нави-

Таблица 3. Връзка между повишаване на знанията в училище и редовни хигиенни грижи

Научено в училище за зъбното здраве	**Орална хигиена: Мие зъбите**		
	Два пъти дневно	**Един път дневно**	**Понякога**
да, от там знам доста неща	31,1%	24,2%	22,7%
не, не сме учили	68,9%	75,8%	77,3%

Променливите са статистически независими, p>0.05

ци. Парадоксално, децата, които съобщават, че научават нещо по темата, всъщност имат много по-нестабилни хигиенни навици.

Изчисленията показват, че между двата въпроса няма статистически значима връзка, p>0.05, т.е. обучението в училище не влияе върху честотата на миене на зъбите.

Връзката между възрастта на учениците и наученото в училище за зъбното здраве е представена на табл. 4:

Таблица 4. Връзка между възрастта на учениците и наученото в училище за зъбното здраве

Научено в училище за зъбното здраве	Възрастови групи		
	6-12 г.	13-18 г.	общо
да, от там знам доста неща	41,2%	22,8%	165
не, не сме учили	58,8%	77,2%	276
общо	100%	100%	441

Променливите са статистически зависими, p<0.001.

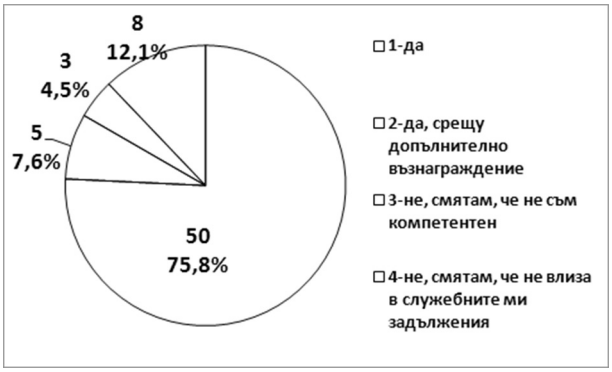
Без да се отчита възрастта, процентът на информираните от училище е 29,7%, а на тези, които не са участвали в дискусии за зъбното здраве в училище е 70,3%. Изчисленията показват, че между двата въпроса има статистически значима връзка, p<0.001. Корелационният коефициент на **Spearman** (0.195) потвърждава, статистическата значимост на връзката между възрастта на децата и наученото за зъбите и зъбното здраве в училище. Този резултат противоречи на предположението, че колкото са по-големи учениците, толкова повече са научили за зъбното здраве от училище.

Повече от половината от анкетираните учители (59,1%) мислят, че са способни, със своите познания и умения, да повлияят на децата, с които работят, да подобрят хигиенните си навици. Около 1/3 от тях (27,3%) мислят, че ще се справят, но с помощта на ръководството на училището, а 13,6% не искат да се занимават с това (Фиг. 1).

На въпроса „бихте ли сътрудничили ако в училището се провежда профилактична програма" 50% от учителите отговарят категорично „да". Другите 50% потвърждават участие, но със съдействието на ръководството на училището. Нито един от анкетираните не отказва сътрудничество.

На въпросите, засягащи съществуването на зъболекарски кабинети в училищата, 30,3% отговарят, че в тяхното училище има дентален кабинет, 69,7%, че няма дентален кабинет в училището, в което преподават. 84,1% от учителите, които казват, че няма кабинет в тяхното училище смятат, че би било полезно да има, 4,8% нямат мнение и 11,1% казват, че няма нужда от такъв. 85,7% от анкетираните учители не се притесняват, че ученика ще пропусне учебен час заради лечение или профилактика на зъбите; 11,1% не са склонни да освобождават от час заради профилактика.

Процентът на учениците, които твърдят, че не е повдигана темата в училище е много висок (70,3%) и това показва, че трябва да се вземат необходимите мерки за включване в учебния про-



Фигура 1. Желание на учителите за съвместна работа

цес на повече часове и повече начини за представяне на здравни теми.

Организирането на училища, в които се работи по промоция на здравето, означава нов начин на мислене [4]. Опитът показва, че там, където има такива училища образователните програми за орално здраве са ефективни по отношение на изграждането на навици за устна хигиена и грижи на децата в училищна възраст, както и на повишаването на информираността на техните родители по въпросите на оралното здраве [5,6].

Въпреки, че нормативната уредба, засягаща здравните кабинети в детските градини и училищата е добра и изисква провеждане на профилактичен дентален преглед веднъж годишно във възрастта 2-18 години [7], практиката показва, че тя не се спазва.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. С увеличаване на възрастта познанията на учениците за зъбното здраве не се обогатяват
2. При възможност за провеждане на профилактични програми в училище учителите ще съдействат.
3. С цел насърчаване на образованието по орално здраве и включването му в учебните програми, правителството и здравните професионалисти трябва да оказват трайна подкрепа под различна форма. Промяната в детското и училищно здравеопазване е необходима в посока повече превенция и профилактика.

Съкращения

ЦДГ – целодневна детска градина

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Закон за здравето чл.21, 26, 34, 117-125а, 145 ал.1 т.2

2. Kwan S., Petersen P., Pine C. et al., Health-promoting schools:an opportunity for oral health promotion Bulletin of the WHO, September 2005,83(9)

3. WHO, Local action Creating Health Promoting Schools, 2000

4. Jürgensen N, Petersen P E Promoting oral health of children through schools Results from a WHO global survey 2012 Community Dental Health (2013) 30, 204–218 © BASCD 2013

5. Gunay H, Dmoch-Bockhorn K, Gunay Y, Effect on caries experience of a long term preventive program for mothers and children starting during pregnancy. Clin Oral Investing. 1998 Sep;2(3):137-42

6. National Committee for Oral Health. The second national oral health survey. Beijing: Remnin Weisheng Publisher; 1999

7. Наредба № 39 от 16 ноември 2004 за профилактичните прегледи и диспансеризацията.

Адрес за кореспонденция:
Джема Гроздаванова
Факултет по Денталнa медицина
e-mail: j_grozdanova@abv.bg

АНАЛИЗ НА ВЪЗМОЖНОСТИТЕ ЗА ОБУЧЕНИЯ НА СЕМЕЙСТВАТА НА ДЕЦА С МЕНТАЛНИ ПРОБЛЕМИ КЪМ УМБАЛ „ СВЕТА МАРИНА“ И ФОНДАЦИЯ „КАРИН ДОМ“ В ГР. ВАРНА

Деница Вичева, Геновева Рагьовска-Монова

Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна

ANALYSIS OF THE OPPORTUNITIES FOR TRAINING TO FAMILIES OF CHILDREN WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS TO MEDICAL HOSPITAL „SAINT MARINA“ AND FOUNDATION „KARIN DOM“ IN VARNA

Denitza Vicheva, Genoveva Ragyovska-Monova

Medical University „Prof. d-r Paraskev Stoyanov“- Varna

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Децата са бъдещето на всяка нация. Част от тях не се развиват според очакванията ни.Различни заболявания ги лишават от нормален начин на живот. Родителите им трябва да бъдат запознати със състоянието им и трябва да знаят как да им помогнат. Това налага сформирането на мултидисциплинарни екипи и групи за взаимопомощ.*

Целта *на настоящото проучване е да се установят възможностите за обучение на семействата с деца с ментални проблеми във Фондация “Карин Дом” и Детско психиатрично отделение към УМБАЛ “Св.Марина” гр. Варна.*

Материали и методи: *Документален метод - ретроспективно проучване по документи за периода: ноември 2013г. - януари 2014г.; Анализ на литературни, електронни източници.*

Резултати и обсъждане: *За нас беше важно да установим необходимостта от регламентирано обучение на семействата по въпроси свързани със здравето и отглеждане на техните деца. Анализът на резултатите показва, че предлаганите възможности за обучение в двете структури се различават по: възрастов показател;програми за обучение; характер, време и място.*

Изводи и заключения: *Съществува необходимост от индивидуално и групово обучение на семействата на деца от 7 до 18 годишна възраст. Приобщаването на децата към училище*

SUMMARY

Introduction: *Children are the future of every nation . Some of them do not develop as expected.Different diseases deprive them of normal life. Parents should be aware of their condition and need to know how to help them. This requires the formation of multidisciplinary teams and support groups*

The purpose *of this study is to identify training opportunities for families with children with mental health problems the Karin Dom Foundation and child psychiatric ward at University Hospital St. Marina in Varna.*

Materials and methods: *Documentary method - retrospective study documents for the period: January - December 2014 2013 year; Analysis of literature, electronic sources.*

Results and discussion: *For us it was important to establish the need for regulated training to families on issues related to health and care of their children. Analysis of the results shows that the proposed learning opportunities in both structures differ: age indicator, training programs, character, time and place.*

Conclusions: *There is a need for individual and group training to families of children from 7 to 18 years. Enrolling children in school need and develop training programs for the parents to the child not only physically with their peers, but also to be associated with them. Problems negatively affect the quality of life of children. Increasing training opportunities for*

налага и разработване на програми за обучение на родителите, за да може детето не само физически да е с връстниците, но и да бъде приобщено към тях. Проблемите се отразяват негативно на качеството на живот на децата Увеличаването на възможностите за обучение на семействата би оказало благоприятно въздействие върху по-нататъшното развитие на децата.

Ключови думи: *родители, деца, ментални проблеми, възможности, обучения*

families would have a beneficial impact on the further development of the children.

Keywords: *parents, children, mental health problems, opportunities, training*

ВЪВЕДЕНИЕ

Децата са бъдещето на всяка нация. Част от тях не се развиват според очакванията ни. Различни заболявания ги лишават от нормален начин на живот. В двадесет и първи век светът се развива с бързи темпове. Това предполага развиване на ресурсите във всички сфери, в това число и хуманитарните дейности. Родителите на децана със специално потребности трябва да бъдат запознати със състоянието им и трябва да знаят как да им помогнат. Родителите са тези хора, които са най-близко до децата. Те ги подкрепят и насърчават. Именно поради тази причина те трябва да имат адекватни знания и умения. По този начин децата ще се развиват в подходяща пълноценна домашна обстановка. Обучението на родителите на деца с ментални проблеми налага сформирането на мултидисциплинарни екипи и групи за взаимопомощ.

ЦЕЛ

Целта на настоящото проучване е да се установят възможностите за обучение на семействата с деца с ментални проблеми във Фондация „Карин Дом“ и Детска психиатрична клиника към УМБАЛ „Св.Марина“, гр. Варна.

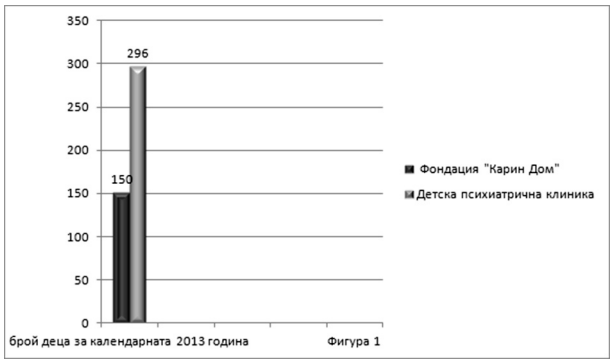
МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Документално проучване за броя на децата посетили двете институции за календарната 2013 година. Проучване на литературни и електронни източници за по - подробен анализ на дейността на институциите относно провеждането на учебни срещи със семействата на деца с ментални проблеми.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

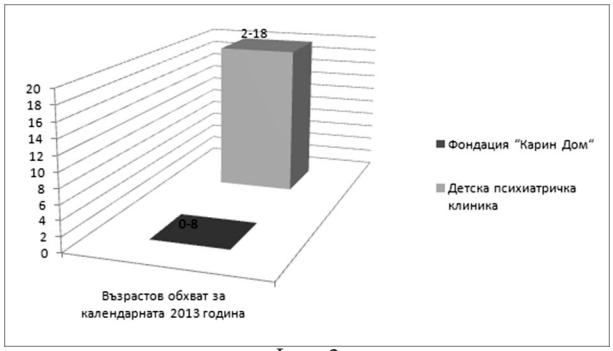
Анализът на резултатите на направеното документално проучване показва, че предлаганите възможности за обучение в двете структури се различават по много характеристики.

Броят на клиентите на фондацията е 150 деца, докато Детската психиатрична клиника към университетската болница е с 296 пациенти за календарната 2013 година. Според статистиката университетската болница, в частност Детската психиатрична клиника е работила с по-голям брой деца за последната една година (фиг. 1).



Фиг. 1.

Възрастта, в границите на която се набляга контрола на децата във Фондация „Карин дом“ е от 1 до 7 годишна възраст, а в държавното заведение – 2 годишни до 18 годишни деца,най-често се приемат от 6 до 18 годишни. Клиниката към УМБАЛ „Св.Марина“ предлага по-широк капацитет от възможности обхващайки по-голям брой от децата (фиг. 2).



Фиг. 2.

Възможността за обучение за родители е по-добре развита във фондацията – Програма „Ранна интервенция“, която обхваща деца на възраст от 0 - 4г. Услугите на програмата са следните:

- Посещения в дома на семейството от консултант по ранна интервенция
- Разработване на дейности за развитие на детето
- Посещение на училище по кърмене
- Работни срещи и групи за подкрепа за родителите
- Консултация на семейството при прехода към ясла или детска градина.

Други програми обхващи родители и деца са: Програма Ранен старт, Програма Насърчаващо обучение, Програма Аз мога.

Център за рехабилитация и социална интеграция към фондацията предлага срещи на родителите. Изготвена е „План програма на тематични срещи и дискусии за родители, ползващи програмите на Фондация „Карин Дом“. Периодът, през който ще се проведат тематичните срещи е от 31.10.2013г. до 25.07.2014г. Срещите се провеждат в сградата на „Родителски клуб“ на „Карин дом“. Дискутираните въпроси се провеждат със специалисти от различни области - логопеди, кинезитерапевти, клинични психолози, социални психолози и други. Висококвалифицираните специалисти отговарят на важни за семействата въпроси. Помагат им за справянето с належащи проблеми. Особено внимание се обръща на деца с прояви на хиперактивност, деца с дефицит на внимание и деца с аутистични прояви. Дискутират се възрастовите кризи. Родителите научават повече за подпомагане на двигателното развитие и физическата активност на деца със специални нужди. За родителите на деца с агресивни прояви е подготвен алгоритъм „как да разбираме и учим децата да изразяват чувствата си“. Всичко това се прави с цел родителите да се почувстват по-сигурни в действията си и да могат да подпомагат активно развитието на децата.

За сравнение специално обучение в УМБАЛ „Св.Марина“ за родители и деца няма. Няма изготвени програми за обучение на родители. Децата са с различни не леки диагнози – хиперактивност, умствена изостаналост, наркомании и други. Това предполага комплексна помощ, която обаче реално не се осъществява. Срещите на семейството на болните деца със специалистите са индивидуални.

Времевия престой е различен в изследваните институции.

УМБАЛ „Света Марина“ е държавна институция, която е снабдена с леглова база,диагностатично-лечебни процедури за своите пациенти. Фондация „Карин Дом“ предлага различни програми за комплексна грижа за деца с различни състояния и групи за взаимопомощ насочена към родителите. Родителите обменят опит и допълват знанията си чрез преживяванията и впечатленията на други родители. Консултират се със специалисти.

Предстои да се осъществи проект за развитието на взаимоотношенията в семействата чрез метода коучинг до края на тази година. Този проект е насочен комплескно към родители и деца. В чужбина се практикува успешно от години. Резултатите са положителни и насърчителни.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Въз основа на проведеното проучване и получените резултати,бихме могли да изведем няколко важни извода.

Положителни страни на здравното обслужване към държавната институция:

1. Оказване на специализирана здравна помощ за 24 часа, седем дни в седмицата
2. Обхваща деца с по-голям възрастов обхват и по-голям брой пациенти за една година
3. Времетраенето на престой не е опоменат - децата се прибират у дома след стабилизиране на състоянието.

От друга страна фондацията предлага:

1. Обгрижване от специалисти от различни области
2. Обстановката на центъра наподобява домашната
3. Работи се индивидуално с детето за конкретния му проблем
4. Срещи на специалисти със семейството на децата
5. Престоя прекъсва по желание на родителите или настъпване на училищната възраст

Препоръки

В разгледаните институции открихме пропуски в предлаганите услуги.Това ни амбицира да погледнем в перспектива.Решението на проблемите се крие в тяхната причина.Имаме желание да запълним пропуските, така че да има взаимна полза както за обучаващите (откриване на работни места), така и за родителите:

1. Един от нерешените проблеми се състои в това, че съществува необходимост от индивидуално и групово обучение на семействата на деца от 7 до 18 годишна възраст към Фон-

дация „Карин дом“. Приобщаването на децата към училище налага и разработване на програми за обучение на родителите, за да може детето не само физически да е с връстниците, но и да бъде приобщено към тях. Проблемите се отразяват негативно на качеството на живот на част от децата.

2. Към УМБАЛ „Св. Марина“ няма сформирани групи за обучение на родители.Този факт е неблагоприятен както за децата, така и за техните семейства. Неинформираността е предразполагащ фактор за изоставане в развитието им и обостряне на състоянията им. Прогреса на децата с ментални проблеми зависи от помощта на семействата им, тъй като те в биологичен,психичен и социален аспект са ограничени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Увеличаването на възможностите за обучение на семействата би оказало благоприятно въздействие върху по-нататъшното развитие на децата с ментални проблеми. Фондация „Карин Дом“ предлага програми за децата в различни състояния,както и програми за обучения за семействата. Детска прихиатрична клиника към УМБАЛ „Св. Марина“ не разполата с програми за обучение на семействата на децата. Център за рехабилитация и социална интеграция към фондацията продължава развитието си чрез въвеждане на нови програми, а Детска психиатрична клиника трябва да започне да се развива в тази област. Обмена на знания и опит с неправителствени организации би оказал благоприятно влияние върху развитието на казуса.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Диплянка „Как се развива вашето дете“
2. Диплянка „Програма за ранна интервенция“
3. План програма на тематични срещи и дискусии за родители,ползващи програмите на Фондация „Карин дом“
4. Статистически данни предоставени от Детска психиатрична клиника към УМБАЛ „Св. Марина“
5. Статистически данни предоставени от Фондация „Карин дом“
6. www.karindom.bgwww.karindom.org

Адрес за кореспонденция:
Деница Вичева
Медицински университет
„Проф. д-р Параскев Стоянов“ Варна
Катедра „Здравни грижи“
e-mail: nadetseto@abv.bg

ПРОУЧВАНЕ НЕОБХОДИМОСТТА ОТ ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ПОМОЩ И ПОДКРЕПА ЗА ПАЦИЕНТИТЕ НА ХЕМОДИАЛИЗНО ЛЕЧЕНИЕ ОТ КЛИНИКАТА ПО ДИАЛИЗА КЪМ МБАЛ „СВЕТА МАРИНА" ЕАД – ГР. ВАРНА

Кр. Стамова[1], Св. Стайкова[1], Р. Димитрова[2]

[1]Медицински Университет "Проф. Д-р Параскев Стоянов" – Варна
[2]МБАЛ "Света Марина" ЕАД – гр. Варна

EXAMINE THE NEED TO PROVIDE ASSISTANCE AND SUPPORT TO PATIENTS ON HEMODIALYSIS BY THE DIALYSIS CLINIC AT THE HOSPITAL „ST. MARINA" – VARNA

Kr. Stamova[1], Sv. Staykova[1], R. Dimitrova[2]

[1]Medical University „Prof. Dr. Paraskev Stoyanov" – Varna
[2]MBAL „St. Marina" – Varna

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Хроничната бъбречна недостатъчност е краен стадий на редица бъбречни заболявания. В терминалните стадии на хроничното заболяване, една от възможните алтернативи за лечение са методите на диализа.*

Цел: *Целта на настоящото изследване е да се проучи необходимостта от предоставяне на помощ и подкрепа за пациентите на хемодиализно лечение от Клиниката по диализа към МБАЛ „Света Марина" ЕАД – гр. Варна.*

Материали и методи: *Анкетирани са 60 пациента, посетили Клиниката по диализа към МБАЛ „Света Марина" ЕАД - гр. Варна от 20 до 24 януари 2014г. В проучването са приложени анкетен метод, анализ на литературни източници, документален метод.*

Резултати и обсъждане: *Всички анкетирани пациенти заявяват, че се нуждаят от допълнителна помощ и подкрепа. Такава те са получавали от своето семейство, около една трета – от свои близки, около една четвърт – от лекуващия лекар, по-малко – от медицинска сестра, познати, от здравна каса. Помощ от държавата или от неправителствени организации, както и от „други" не са получавали участниците проведеното изследване. Анкетното проучване установи, че след необходимостта от финансова и материална подкрепа, респондентите се нуждаят най-много от емоционална и социална подкрепа.*

SUMMARY

Introduction: *Chronic renal failure is the final stage of many kidney diseases. In the terminal stages of chronic disease, one of the possible treatment options are dialysis method.*

Objective: *The aim of this study is to examine the need to provide assistance and support to patients on hemodialysis Dialysis Clinic at the Hospital „St. Marina" JSC - Varna.*

Materials and methods: *60 patients were interviewed, visited the dialysis clinic at the Hospital „St. Marina" JSC - Varna from 20 to 24 January 2014. The study administered questionnaire method, analysis of literature, documentary method.*

Results and discussion: *All patients surveyed say they need additional help and support. That they received from their family, about one-third - from their relatives, about a quarter - from doctor less - a nurse, known from the health insurance fund. Assistance from the state or by non-governmental organizations, as well as „others" have not received the survey participants. The survey found that since the need for financial and material support, respondents were most in need of emotional and social support.*

Conclusion: *hemodialysis represents a significant change in the lives of patients with For patients are serious problems arise related to social adaptation, often chronic renal failure. disability, depression, aggressive behavior, fear and anxiety. This often makes them dependent, which affects the psychological status and*

Изводи и заключения: *Хемодиализното лечение представлява значителна промяна в живота на болните с ХБН. За пациентие възникват сериозни проблеми, свързани със социалната им адаптация, често нетрудоспособност, депресия, агресивно поведение, страх и тревожност. Това ги прави често зависими, което оказва влияние на психическия им статус и на качеството им на живот. Пациентите изключително се надяват на помощ от държава, здравеопазна система, здравни специлисти, или поне на психологическа подкрепа от най-близки.*

Ключови думи: *пациент, подкрепа, помощ, хемодиализа*

quality of life. Patients very hope of help from the state health system, those skilled health care, or at least psychological support of the family.

Keywords: *patient, support, help, hemodialysis*

ВЪВЕДЕНИЕ

Хроничната бъбречна недостатъчност (ХБН) е краен стадий на голям брой бъбречни заболявания. Тя се изявява при отпадане на функцията на повече от 60% от нефроните и прогресира с тяхното намаляване [1]. В крайните стадии на хроничната бъбречна недостатъчност, когато методите на консервативното лечение се оказват недостатъчни, една от възможните алтернативи са методите на диализа на кръвта.

Корените на хемодиализата могат да бъдат открити в XIX-ти век в лабораторията на химика Thomas Graham. Първата, при човек с бъбречна недостатъчност е била осъществена през октомври 1924 г. от проф. Georg Haas в Университета в Giessen, Германия [5].

В България хемодиализата с изкуствен бъбрек е внедрена в началото на 1962г. Идеята принадлежи на проф. А. Червенаков, по чието предложение през 1958г. са внесени два изкуствени бъбрека модел "Нефра" – единият в тогавашния ИСУЛ, а другият във ВМИ – София. Първите опити у нас за хемодиализно лечение при опитни животни са направени от Н Атанасов, а при пациенти от М. Карпандов [2]. В началото процедурите са провеждани предимно при болни с остра бъбречна недостатъчност, като едновременно са правени единични опити при болни с хронична бъбречна недостатъчност. През 1967г. е разкрито отделение за хемодиализа във ВМИ – София със завеждащ З. Киряков. Отделенията работят със съветските изкуствени бъбреци, които са били едни от добрите апарати по това време.

Постепенно се разкриват отделения за хемодиализа и в останалите медицински институти в страната – Варна, Пловдив и Плевен, а след това и в редица окръжни центрове – Враца, Габрово, Стара Загора, Русе и др.

Най-голям връх хемодиализата у нас достига през 1981 и 1982 година, когато благодарение на МНЗ центрове са разкрити във всички окръжни градове на страната.

Броят на болните в краен стадий на бъбречна недостатъчност има прогресивен характер в сравнение с предходни данни за минали години [4]. В България от хронична бъбречна недостатъчност страдат около 15 000 души, а близо 2500 болни са на хемодиализа.

Екстракорпоралното лечение крие някои възможни усложнения, както и дългогодишното провеждане на хемодиализа води до специфични усложнения [3]. Изисква се значителна промяна в живота на болните с ХБН, затова се смята, че преди започването й те трябва да бъдат запознати с нуждата от съответното лечение и последиците от него. На болните трябва да бъдат разяснени соматичните, психологическите и социалните аспекти. Хемодиализното лечение трябва да бъде така организирано, че болните да не се чувстват напълно зависими от лекар, медицинска сестра, друг диализен персонал, диализен център и апаратура.

Проблемите, свързани най-вече с психо-социалната адаптация на пациентите на хемодиализа, и икономическата криза у нас, както и проблемите в здравеопазната система ни провокираха да направим настоящото проучване.

ЦЕЛ

Целта на настоящото изследване е да се проучи необходимостта от предоставяне на помощ и подкрепа за пациентите на хемодиализно лече-

ние от Клиниката по диализа към МБАЛ „Света Марина" ЕАД – гр. Варна.

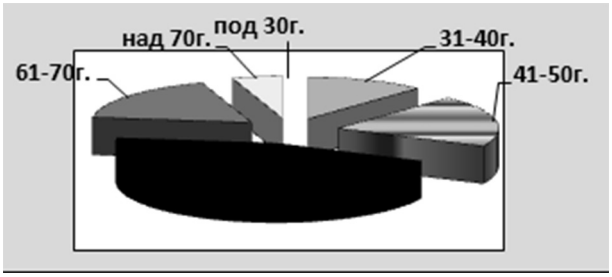
МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Изследването е проведено в периода от 20 до 24 януари 2014 година. Приложените методи в проучването са: пряка анонимна анкета, ***анализ на литературни източници***, ***документален метод.*** Данните са обработени чрез статистически и графичен анализ. Анкетното проучване е проведено в Клиниката по диализа към МБАЛ „Света Марина" ЕАД - гр. Варна.

Анкетирани са 60 пациента на хемодиализно лечение в споменатия център. В изследването са включени всички пациенти, диализирани първи и втори смени, които са в състояние да участват. Много от хемодиализните пациенти са със здравословни проблеми, които биха затруднили участието им в анкетното проучване. Участието за всеки респондент е прецизирано и с информираното съгласие на всеки отделен анкетиран.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

От анкетираните, най-голяма е групата на 51-60 годишните (45%, фиг.1).



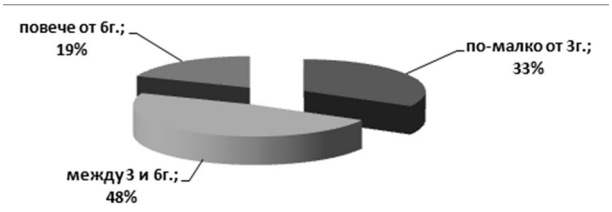
Фиг. 1. Възрастово разпределение на анкетираните

Следват групите на 41-50 годишните (20%), 61-70 годишните (18%), 31-40 годишните (12%) и над 71 годишните (5%). В групата под 30 години няма анкетирани участници.

Разпределението по пол на респондентите показа минимален превес на мъжкия пол (52%) за сметка на женкия (48%).

За нас беше интересно да разберем от колко време анкетираните пациенти са на хрониодиализно лечение. Разпределението в класифицираните от нас три групи се оказа с не особено значителни разлики (фиг. 2).

Най-голяма се очерта групата на хрониодиализно лечение с продължителност между 3 и 6 години (48%). Една трета от анкетираните пациенти са на съответното лечение по-малко от 3 го-



Фиг. 2. Продължителност на хемодиализното лечение за анкетираните пациенти

дини (33%), а малко по-малко от тях са диализни пациенти повече от 6 години (19%).

По-голяма част от участниците в анкетното проучване са живеещи в село, близо до Варна (58%). Останалите живеят в града (42%).

Проведеното проучване установи, че всички респонденти се нуждаят от допълнителна помощ и подкрепа.

Клиниката по диализа към МБАЛ „Света Марина" – Варна е най-големият диализен център у нас. В него се поддържа живота на 165 тежко болни пациенти. Работи от 20 февруари 1974г., две години след отварянето на столичния. Първите пет години се помещава в бившата окръжна болница, след което се премества в МБАЛ „Св. Марина".

В 40-годишната си история варненският център по хемодиализа се превръща в модел за останалите в страната. Управлява се с идеята, че пациентите не само трябва да бъдат поддържани в максимално добро здраве във връзка с основното им заболяване, но и да имат добро качество на живот. На практика това включва – квалифициран персонал, модерна и безотказно работеща апаратура, битови удобства, наличие на съвременни жизненонеобходими лекарства и максимум усилия в областта на трансплантацията. Клиниката по диализа работи с най-добрите препарати, поддържа се отлична рехабилитация на пациентите. От миналата година към Клиниката работи Училище за болни с хронична бъбречна недостатъчност. Целта на **това училище е да у**чи пациентите да живеят с болестта. Често пациентите с новооткрит проблем страдат от депресии, тревожност и стрес. Необходимостта от коренна да промяна в навиците и целия си живот ги срива. Освен психологическа помощ тук пациентите и техните близки получават и практически съвети.

В трудния живот с болестта, пациентите разчитат най-вече на помощ и подкрепа от близките си – семейството (100% от анкетираните). Такава всички са получавали от своето семейство, около една трета са били подкрепяни от свои близки (35%), около една четвърт – от лекуващия лекар (28%), по-малко – от медицинска сестра (26%),

познати (20%), от здравна каса (2%). Помощ от държавата или от неправителствени организации, както и от „други" не са получавали участниците проведеното изследване.

Анкетното проучване установи, че след необходимостта от финансова и материална подкрепа, анкетираните се нуждаят най-много от емоционална и социална такава.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хемодиализното лечение представлява значителна промяна в живота на болните с ХБН. Болните са изложени на стрес във връзка с тяхното сериозно соматично заболяване. Възникват сериозни проблеми, свързани със социалната им адаптация, налице са често депресия, агресивно поведение, предимно вербално, страх и тревожност. Често хемодиализните пациенти са нетрудоспособни. Всичко споменато ги прави често зависими, което оказва влияние на психическия им статус и на качеството им на живот. Много от пациентите са обезверени. Въпреки скъпото лечение и кризисната ситуация в страната, надяващи се на помощ от държава, здравеопазна система, здравни специлисти, или поне на психологическа подкрепа от най-близки.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Гъбев, Е., Г. Стефанов, Наръчник на участъковия лекар, Медицина и физкултура, София, 1987.
2. Киряков, Здр., Извънбъбречни методи за очистване на кръвта, Медицина и физкултура, С., 1984.
3. Монтрьойл Б., Св.Стайкова, Б.Денчев. Съдов и перитонеален достъп за диализа – ТАСК критерии, Варна, СТЕНО, Варна, 2006.
4. Стайкова, Св., Съвременен алгоритъм при съдов и перитонеален достъп за диализа, Варна, СТЕНО, Варна, 2013.
5. Тодоров В., Д.Досев, Съдов достъп в хемодиализата,"ЕА"АД, Плевен, 1999.

Адрес за кореспонденция:
Красимира Стамова
e-mail: kr.stamova@dir.bg

ФАКТОРИ, ВЛИЯЕЩИ ВЪРХУ УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА ОТ ТРУДА ПРИ МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ

Станислава Павлова

Медицински университет - Варна

FACTORS AFFECTING THE JOB SATISFACTION OF NURSES

Stanislava Pavlova

Medical university - Varna

РЕЗЮМЕ

Професионалната удовлетвореност може да се определи като индивидуално отношение към това, доколко очакванията отговарят или не на тези, които има личността. Индивидуалната оценка, основана на собствените ценности, предизвиква емоционално състояние на удовлетворение. Анализирайки професионалната удовлетвореност, можем да я характеризираме като цялостно усещане за осъществяваната трудова дейност или само за някои аспекти от нея. Проучване проведено сред 440 медицински сестри работещи в отделения с терапевтична и хирургична насоченост в МБАЛ, показва повишена удовлетвореност свързана с работното взаимодействие и постигнатите взаимоотношения в екипа. Силно недоволство е изразено от размерът на трудовото възнаграждение, физическото и психическото натоварване в отделението. Тези фактори могат да се определят като демотивиращи и намаляващи удовлетвореността на медицинските сестри. Възрастта на медицинските сестри е основание за по-висока или по-ниска степен на професионална удовлетвореност.

Ключови думи: *медицинска сестра, удовлетвореност, професия, болнична помощ, мотивация*

SUMMARY

Professional satisfaction can be defined as an individual attitude to how expectations meet or not to those who have personality. The individual assessment based on their own values, causes emotional state of satisfaction. Analyzing the professional satisfaction, we can characterize it as an overall feeling of economically active or certain aspects of it. A survey conducted among 440 nurses working in wards with surgical and therapeutic focus in the hospital, shows increased satisfaction with work-related interaction and achieved relationships in the team. Strong dissatisfaction is expressed by the amount of remuneration, physical and mental load compartment. These factors can be determined by discouraging and reducing the satisfaction of nurses. The age of the nurses is a reason for a higher or lower degree of a professional satisfaction.

Keywords: *nurse, satisfaction, profession, hospital care, motivation*

ВЪВЕДЕНИЕ

Успехът от дадена дейност зависи от редица субективни и обективни фактори (5). Някои хора са удовлетворени от едни фактори и неудовлетворени други, което показва, че измерването на трудовата удовлетвореност на работещите не може да е еднозначно (2). При обсъждане на удовлетвореността от труда, тя не трябва да се тълкува много тясно, само като удовлетвореност от условията на труда. Тя трябва да се разглежда, като компонент на човешкото благополучие и като критерий за качество на живот (3). Ниската удовлетвореност потиска положителната мотивация за дейност и обратно. Професионалната удовлетвореност не е само резултат, но и фактор, влияещ на бъдещата дейност на човека. Според L. Mullins към факторите, повлияващи професионалната удовлетвореност, се отнасят (2): Индивидуални, опиращи се на личността, образованието, интелекта, способностите, възрастта, нагласите, ориентацията на личността; Социални, определящи колегиалните отношения, груповата и екипна работа; Културни фактори; Екологични фактори. Според Ж. Христов, неудовлетвореност носят икономическите фактори свързани с неадекватното заплащане на труда, както и организационните фактори, отнасящи се до неефективна организация, водещи до професионален негативизъм и професионална неустойчивост, текучеството и др. (2). Често удовлетвореността се определя и по отношение на ценности като чувство на постижение, способност за взаимодейства с другите, самоуважение, натрупване на знания, умения и способности, креативност, наградни стимули (8).

Върху професионалната удовлетвореност на медицинската сестра оказват влияние редица фактори като стрес, автономия, натоварване (6). Въпреки че стресът е неделима част от динамичните условия на труд, той се определя като състояние на максимално нервно напрежение, предизвикано от негативно емоционално или физическо въздействие върху организма (1). Професионалната неудовлетвореност може да се разглежда и като мотив за смяна на работата (6,2). Сред медицинските сестри възприемането на трудовото им възнаграждение като несъответстващо с високите отговорности и с това при другите професии също е условие, повлияващо професионалната им удовлетвореност (7). Медицинските сестри рядко получават допълнителни награда и поощрения. Възнаграждението им не компенсира допълнителното натоварване и високо стресовия характер на професионалната им дейност, предпоставка на намаляване на удовлетвореността (4).

ЦЕЛ

Да се проучат и анализират факторите повлияващи удовлетвореността от труда сред медицинските сестри.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

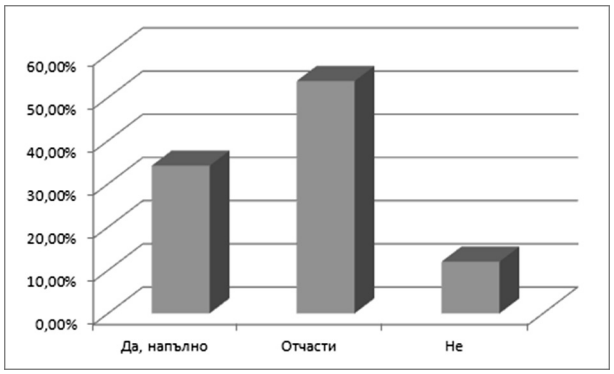
Проведено е анкетно проучване, чрез индивидуална анонимна анкета сред 440 медицински сестри, работещи в отделения с терапевтична и хирургична насоченост към МБАЛ в градовете: гр. Варна (УМБАЛ „Св. Марина“, МБАЛ „Св. Анна, МБАЛ-Варна към ВМА-София), гр. Шумен, гр. Търговище, гр. Добрич, гр. Нови Пазар, гр. Велики Преслав, гр. Кубрат, гр. Балчик, през периода **юни-август 2011** / януари 2012г. Използвани са документален, социологически, статистически методи.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Анализът на данните показва, че значителна част от медицинските сестри са с образователно-квалификационна степен „специалист по ЗГ” (61,70%). Въпреки че обучението в бакалавърска и магистърска програма по „Управление на здравните грижи“ не е задължително за медицинските сестри, една част от респондентите са провели обучение в бакалавърската (10,50%) и магистърската (7,10%) програма по „Управление на здравните грижи“, показващо стремеж за развитие в сестринството. Средната възраст на анкетираните е 45 г.±9 г., като минималната възраст е 23 г., а максималната е 71 г., Данните сочат, че в проучването са участвали и медицински сестри вече в пенсионна възраст. Средната възраст на медицинските сестри работещи в университетските МБАЛ е 42 г.±10 г., на медицинските сестри в областните МБАЛ е 45 г.±9 г., а работещите в общинските МБАЛ е 51 г.±8 г. Наблюдава се тенденция към застаряване на медицинските сестри в общинските МБАЛ. В общинските МБАЛ, възрастта на медицинските сестри е най-висока, за разлика от работещите в областните и университетски МБАЛ ($p<0,001$). Значителен е делът на медицинските сестри в предпенсионна възраст, работещи в общинските МБАЛ-и (59,80%), докато в университетските МБАЛ 46,20% от медицинските сестри са във възрастовата група до 40 г. Установените средни години професионален сестрински стаж са 22 г.±10 г., като минимални-

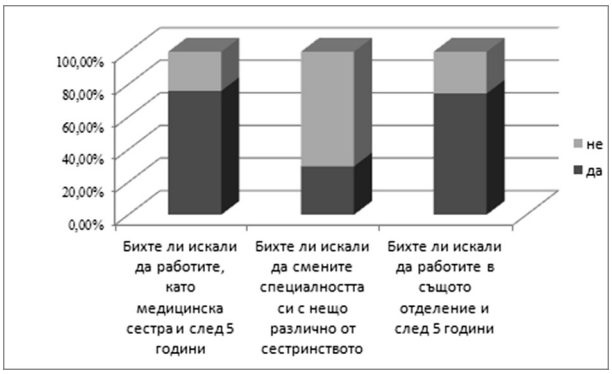
ят стаж е 1 г., а максималният е 47 г. Интересен е фактът, че 20,90 % от медицинските сестри имат стаж над необходимия за пенсиониране. Посочените фактори повлияват в различна степен професионалната удовлетвореност на медицинските сестри и мнението на респондентите.

Проучвайки удовлетвореността от сестринската професия, към настоящия момент медицинските сестри изразяват мнение, че не са „напълно" удовлетворени (53,80%) (Фиг. 1).



*Фиг. **1.** Удовлетвореност на медицинската сестра от сестринската професия*

Професионалната неудовлетвореност може да повлияе на ефективността на осъществяваната трудова дейност и може да е предпоставка за текучеството сред сестринския персонал. Възрастта е фактор, повлияващ професионалната удовлетвореност на работещите медицински сестри ($p<0,001$). Изразена удовлетвореност от професията е сред медицинските сестри в пред- и в пенсионна възраст, основно работещи в общинските МБАЛ. Медицинските сестрите над 60г. възраст са предимно удовлетворени от своята професия за разлика от останалите възрастови групи, при които преобладава частичната удовлетвореност. Резулатът не е изненадващ, тъй като трудовата дейност в тази възраст има икономическо значение поради възможността за допълнителни доходи. От друга страна професионалната неудовлетвореност сред работещите в активна възраст, може да е предпоставка за работно текучество, емиграция, работни конфликти, „вегетиране" на работното място и др. Вида на МБАЛ в който работят медицинските сестри, също е от значение за удовлетвореността им от професията ($p<0,01$). Работещите в университетски и областни МБАЛ-и са по-скоро „частично удовлетворени", докато в общинските МБАЛ в по-голямата си част са удовлетворени „напълно", но това са медицински сестри в пред- и пенсионна възраст. Ниската професионална удовлетвореност не повишава мотивацията за трудова дейност и може да е предпоставка за повишаване на нивата на стрес, за работно текучество, за влошаване на качеството на трудовата дейност, конфлити и др. Въпреки слабата професионална удовлетвореност в настоящия момент, медицинските сестри биха искали да работят професията си и в бъдеще (76,00%). Голяма част от анкетираните изказват мнение, че не биха сменили професията си с друга (70,30%) и биха искали да продължат да работят в съответната структура и „след 5 г." (74,40 %). Въпреки това трябва да се има предвид, че една трета от работещите медицински сестри не биха искали да упражняват сестринската професия (24%) и биха желали да я заменят (29,70%) (Фиг. 2).



Фиг. 2. Мнение на медицинските сестри за бъдеща професионална дейност

Съществуват множество причини, които са от значение за професионалната удовлетвореност на медицинската сестра. Част от тях са свързани с характеристиките на личността и трудно могат да бъдат управлявани, а други произтичат от трудовата среда. Приемайки, че част от професионалната удовлетвореност е пряко свързана и с качеството на работната среда, предложихме на медицинските сестри да оценят по петобалната скала от „1 лошо" до „5 много добро" удовлетворението си от различни мотивационни фактори. Най-високо са оценени работните взаимодействия в трудовата среда - взаимоотношението с другите медицински сестри (4,28), с лекарите (4,19) и с пациентите (4,10), водещо до положителни емоционални преживявания на личността.

Получените средни оценки показват добър психоклимат в структурата и удовлетвореност на медицинските сестри от взаимоотношенията които имат, което ги определят, като значими компоненти за професионалното удовлетворение. В голяма степен според нас взаимоотношенията, основани на сътрудничеството с колегите, биха били условия за вдъхновяваща работна среда. Така те могат да се разглеждат, като зна-

Таблица 1. Средна оценка на мотивиращите фактори, в зависимост от възрастовите групи

Фактор	Обща ср. оценка	Под 30 г.	31-40 г.	41-50 г.	51-60 г.	**над 60 г..**
Заплащане на труда*	1,88	1,85	2,02	1,82	1,90	1,20
Материално – техническа обезпеченост на отделението*	2,79	2,73	2,79	3,04	2,67	1,77
Условия на труд в отделението*	3,09	3,30	3,16	3,22	2,93	2,31
Възможност за повишаване на професионалната квалификация*	3,33	3,58	3,36	3,23	3,38	2,85
Организация на работата	3,77	3,85	3,78	3,73	3,82	3,60
Взаимоотношения в отделението с другите мед. сестри*	4,28	4,30	4,37	4,19	4,28	4,20
Взаимоотношенията в отделението с лекарите	4,19	4,06	4,17	4,21	4,22	4,20
Взаимоотношенията в отделението с пациентите	4,10	4,15	4,12	3,98	4,19	4,15
Физическо натоварване в **отделението**	3,32	3,33	3,28	3,32	3,30	3,77
Психическо натоварване в **отделението**	3,18	3,24	3,13	3,27	3,10	3,47

**Мотивационни фактори със статистически значима разлика (p<0,05)*

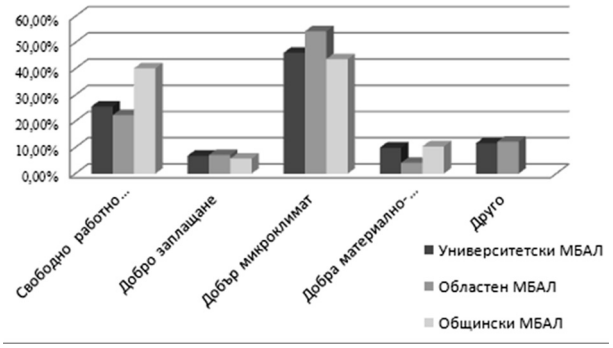
чим фактор за професионалната удовлетвореност, мотивация, предпоставка за намаляване на работните конфликти и психическия стрес на медицинските сестри.

При степенуване на факторите, получили най-ниска оценка на удовлетвореност, първо място заема заплащането на труда (1,74). Резултатът показва силно изразено недоволство от размера на трудовото възнаграждение. На следващо място по израз на недоволство е материално техническата обезпеченост на отделението (2,78), следвано с малка разлика от условията на труд, физическото и психическото натоварване. Посочените фактори могат да се определят по-скоро като демотивиращи и намаляващи удовлетвореността на медицинските сестри. Факторите свързани с трудовото възнаграждение, материално-техническата обезпеченост на отделението и условията на труд зависят от болничното управление, докато факторите свързани с възможността за повишаване на професионалната квалификация, организацията на работата, физическото и психическо напрежение са управляеми и са в компетенциите на ръководителите по здравни грижи.

Данните, получени от мнението на медицинските сестри за оценка на мотивационните фактори в зависимост от възрастовите групи, не се различават съществено от общото мнение. Сравнението на първите възрастови групи (до 40г. възраст) и последната възрастова група (над 60 г.) показва известни разлики в оценките. Средните оценки, дадени от медицинските сестри над 60 г., са по-ниски в сравнение с тези на най-младите, което може да се обясни с това, че с времето са станали по взискателни към условията на работната среда. Докато по-младите медицински сестри, започващи работата с ентусиазъм и много очаквания, са по-склонни в началото да дават по-високи оценки. Възрастта на работещите медицински сестри е основание за даване на по-висока или по-ниска оценка относно заплащането на труда; материално-техническата обезпеченост на отделението; условията на труд в отделението; възможността за повишаване на професионалната квалификация; взаимоотношенията в отделението с другите медицински сестри ($p<0,05$) (Таблица 1).

Удовлетвореността от мотивационните фактори в значителна степен се влияе от придобитата образователна степен. Най-критични към заплащането на труда, материално-техническата обезпеченост на отделението, условията на труд, възможността за повишаване на квалификацията, реализираните взаимоотношенията и физическото натоварване са медицинските сестри с ОКС специалист по „здравни грижи" и ОКС бакалавър по „здравни грижи". Те дават най-ниски оценки на посочените фактори ($p<0,001$). Притежаващите ОКС „бакалавър" и „магистър" по УЗГ поставят по-високи оценки на посочените мотивационни фактори. Според нас това е така, тъй като медицинските сестри с управленско образование, оценяват възможностите на болничния мениджмънт. Данните показват, че незави-

симо от вида на МБАЛ, добрият микроклимат на работното място е основна причина за работа в



Фиг. 3. Причини за работа в конкретното отделение, според вида на МБАЛ

конкретното отделение (Фиг. 3).

Освен добрият микроклимът, причина медицинските сестри да работят в конкретното отделение е липсата на свободни работни места в желани структури. Липсата на предпочитано работно място е най-изразена в областните МБАЛ (40,20%).

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение можем да направим следните изводи:

1. Към настоящия момент медицинските сестри не са „напълно" удовлетворени от сестринската професия (53,80%). Малък е делът на работещите, които имат пълно удовлетворение от професията (34,20%). Предимно удовлетворени са медицинските сестри в напреднала възраст и тези които работят в общинските МБАЛ.
2. Въпреки слабата професионална удовлетвореност в настоящия момент, медицинските сестри биха искали да работят професията на „медицинската сестра" и в бъдеще (76,00%) и не биха я сменили с друга (70,30%).
3. Трудовата атмосфера в отделенията е добра, което е предпоставка за успешна професионална дейност и удовлетворение. За медицинските сестри взаимоотношенията в екипа са много важни. Добрите работни отношения са един от мотивационните фактори. Медицинските сестри в младата възрастова група оценяват по-високо удовлетвореността си от мотивационните фактори, докато по-възрастните са по-критични и поставят по-ниски оценки на удовлетвореност.
4. Професионалната сестринска удовлетвореност, може да се повиши, като се обърне внимание не само на заплащането на сестринския труд и подобряване на трудовите работни условия, но и на възможностите за професионална квалификация.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Буров, Ст., В. Бонджолова, М. Илиева, П. Пехливанова. Съвременен тълковен речник на българския език, GABEROFF, В. Търново, трето издание.
2. Василев, С. Професионална удовлетвореност и текучество на младите лекари. Сп. Медицински преглед, Медицински мениджмънт и здравна политика, Год. XLI, 2010, бр.1, 3.
3. Петкова, М., А. Шишков. Условия на работа и удовлетвореност от труда на медицинските работници. Българско списание по психология, 1993, № 3, 28-37.
4. Рангелова, Ж., К. Докова. Социален статус на медицинската сестра - Skripta Scientifica Medicaq Vol. 43 (7), 2011, 297-300.
5. Цветкова, С., П. Христова, М. Карчева, С. Милева. Влияние на мотивационни фактори върху удовлетвореността от дейността на лекари. Skripta Scientifica Medicaq Vol. 43 (7), 2011, 225-229.
6. Bjork, I.T., G. B. Samdal, B. S. Hansen, S. Torstad, G. A. Hamilton. Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: A questionnaire survey/ International Journal of Nursing Studies 44, 2007, 747–757.
7. Coomber, B., K. Louise Barriball. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature. International Journal of Nursing Studies 44, 2007, 297–314.
8. Cowin, L. S. , M. Johnson, R. G. Craven d,2, H. W. Marsh. Causal modeling of self-concept, job satisfaction, and retention of nurses. International Journal of Nursing Studies 45, 2008, 1449–1459.

Адрес за кореспонденция:
Медицински университет
„Проф. д-р П. Стоянов" - Варна
ФОЗ, Катедра „Здравни грижи"
ул. „М. Дринов"55
гл.ас. Станислава Павлова, д.м.
e-mail: stpavlova@abv.bg

ВИЗИЯТА НА СТАРШАТА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА ПРЕЗ ПОГЛЕДА НА СТУДЕНТИТЕ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ

Геновева Рагьовска, Диана Гроздева

Катедра „Здравни грижи“, Факултет Обществено здраве, Медицински универсиет - Варна

THE VISION OF THE MATRON THROUGH THE EYES OF STUDENT NURSES

Genoveva Ragyovska, Diana Grozdeva

Department of „Health Care“, Faculty of Public Health, Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Въведение: *В съвременното обучение на бъдещите здравни професионалисти старшата медицинска сестра играе все по-съществена роля. Тя е фигура, която се откроява в медицинския екип и на нея студентите гледат като еталон и пример за подражание.*

Цел: *Да се проучи мнението на студентите медицински сестри за визията на старшата медицинска сестра.*

Материал и методи: *Изследването е проведено през януари 2014 год. Приложено е анонимно анкетно проучване на 98 студенти медицински сестри в I, II и III курс от Медицински университет – Варна. Използвани са документален, социологически и статистически метод. Данните са обработени чрез статистически и графичен анализ.*

Резултати и обсъждане: *Анализът на резултатите показа, че голяма част от анкетираните имат контакт със старшата сестра само в началото на клиничната практика. За тях тя е „лицето” на отделението и има основно организационна роля в него. Интересно е виждането на студентите, че старшата сестра трябва да има голям трудов стаж, но не задължително в това отделение.*

Изводи и заключение: *Повече от половината запитани споделят, че ги привлича позицията на старша сестра и притежават нужните качества. Нейната личност и роля на организатор на екипа се възприема и следи критично от студентите по време на клинична практика. Старшата сестра трябва да е в тесен контакт със студентите, да съдейства при организацията и безпроблемното протичане на учебния процес. Нейната наставническа, обучителна и въз-*

SUMMARY

Introduction: *In the modern training of future health professionals senior nurse plays an increasingly important role. It is a figure that stands out in the medical staff and her students watch as a model and example.*

Objective: *To investigate the opinion of students nurses vision of the senior nurse.*

Material and methods*: The study was conducted in January 2014 Attached is an anonymous survey of 98 student nurses in I, II and III year of the Medical University – Varna. Used are documentary, sociological and statistical methods. The data were processed by statistical and graphical analysis.*

Results discussion: *Analysis of the results showed that the majority of respondents had contact with the head nurse only in early clinical practice. For them it is the "face" of the department and has major organizational role in it. It is interesting seeing the students that the matron should not have much work experience, but not necessarily in that compartment.*

Conclusion*: More than half of the respondents reported that attracts them the position of head nurse and possess the necessary qualities. Her personality and role of leader of the team is perceived and critically monitor students during clinical practice. Matron should be in close contact with students to assist in the organization and smooth running of the learning process. Her mentoring, training and educational function is important for the proper conduct of the clinical practice of nursing students and attracting more young professionals later in her clinic*

Keywords*: senior nurse, vision, students, clinical practice*

питателна функция е от значение за качественото провеждане на клиничната практика на студентите медицински сестри и за привличане по-късно на млади специалисти в клиниката й.

Ключови думи: *старша медицинска сестра,визия, студенти, клинична практика*

ВЪВЕДЕНИЕ

Професионалистите по здравни грижи са най-многобройното съсловие в здравната система, които предоставят почти 80% от преките грижи за пациентите. Качеството на сестринските грижи се обуславя не само от непрекъснатото обгрижване, стриктно изпълнение на лекарските назначения, професионализъм, но също и факторите които са предпоставка за удовлетвореност от професията на медицинските сестри.

Добрия професионален имидж създава и поддържа положителна нагласа към дадената професия в публичното пространство. Формирането на общественото мнение няма светкавичен характер, а обхваща определен период – по-кратък или по-продължителен. Обикновено става натрупване на мнения, оценки и аргументи в съзнанието на хората, които насочват процеса на формиране на общественото мнение в определена посока. Много често в обществото няма достатъчно информация, а това се случва най-често поради непрофесионално изграждана комуникация. Професионалния имидж на сестринското съсловие е актуален въпрос, провокиран от реформите в системата на здравеопазването, от новите стандарти за обучение и образование, от непрекъснато повишаващите се изисквания на пациентите за качествени здравни грижи, от въведените нови роли и компетенции.

В съвременното обучение на бъдещите здравни професионалисти старшата медицинска сестра играе все по-съществена роля, от значение е не само добрата квалификация на специалист, но също наставник, организатор и управленец. В организационната структура на отделението тя се явява свързващото звено между лекари, медицински сестри, помощен персонал. Намира се под прякото подчинение на завеждащия отделение, носейки отговорност за организацията и качеството на здравните грижи, санитарно-хигиенното и материално-техническо състояние в ръководеното от нея отделение. Всички изброени задължения показват колко значим и отговорен е нейния труд. Тя е фигура, която се открова в медицинския екип и на нея студентите гледат като еталон и пример за подражание.

ЦЕЛ

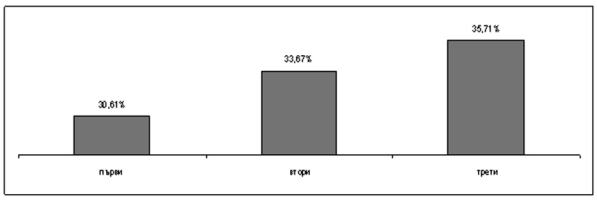
Да се проучи мнението на студентите медицински сестри за визията на старшата медицинска сестра.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Изследването е проведено през януари 2014 год. Приложено е анонимно анкетно проучване на 98 студенти медицински сестри в I, II и III курс от Медицински университет – Варна. Използвани са документален, социологически и статистически метод. Данните са обработени чрез статистически и графичен анализ.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Във връзка с проучването, бяха анкетирани 98 студенти от специалност „Медицинска сестра" към Медицински университет – Варна. Студентите са избрани на случаен принцип, в I курс - 30,61%, II курс - 33,67% и III курс - 35,71% (фиг. 1).



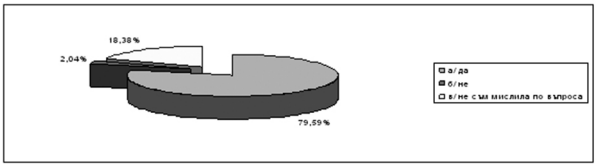
Фиг. 1. Разпределение на медицинските сестри по курс

Всеки студент от специалността трябва да посещава по време на клинична практика отделенията към лечебните заведения, за да затвърди знанията и усъвършенства уменията които са необходими за избраната от него професия. Първата среща на студентите е с старшата медицинска сестра. Тя ги запознава с вътрешния ред, особеностите и организацията на ръководеното от нея отделение, представя студентите на медицинския екип. Не случайно и анкетираните посочват старшата медицинска сестра като първи които ги посреща в съответното отделение (фиг. 2).



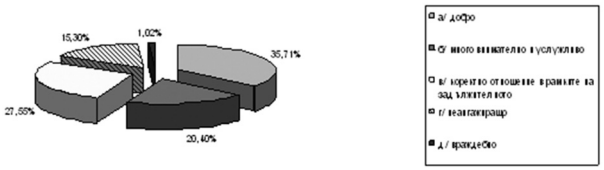
Фиг. 2. Ангажираност на медицинския персонал при посещение на студенти „Медицински сестри" по време на клинична практика

Прави впечатление, че голяма част от студентите (79,59%) определят старшата медицинска сестра като"Лице" на ръководеното от нея отделение, останалите нямат отношение по въпроса (20,41%) (фиг. 3). Това понятие обобщава в себеси умението на старшата медицинска сестра да представя отделението пред всички ръководни структори на лечебното заведение, пред здравните специалисти които кандидатстват за работа в медицинския екип.Тя организира приема и настаняването на пациентите. В организационната структура на отделението тя се явява свързващото звено между лекари, медицински сестри, помощен персонал и студенти. Управленческият опит в болничните отделения показва колко е отговорна ролята на старшата медицинска сестра. Сестринските грижи изискват широки познания в областта на здравните грижи. Образователният ценз безспорно е необходимо условие. Трябва да се отбележи факта, че по-високата образователна степен през последните години е задължително условие за заемане на ръководен пост "Старша медицинска сестра".



Фиг.3. Старшата медицинска сестра "Лице" на болничното отделение

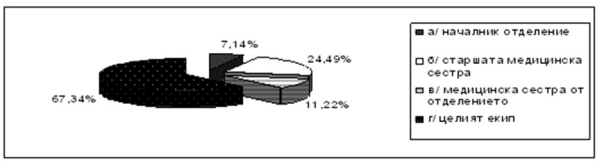
По време на обучението не маловажна роля играе първото впечатление от отделението, като условия на труд, визията и взаимоотношенията между медицинския персонал по между си и към студентите. Реализирането на усвоените знания и възможността за усъвършенстване на уменията на студентите медицински сестри зависи от предоставяне на възможност за пряко участие в лечебния процес. При извършването на тази дейност важно е умението на старшата медицинска сестра да намери общите интереси между работещите медицински сестри в отделението и студентите на клинична практика и по този начин да стимулира активността и на двете страни.Това определя нивото на ангажираност, резултат и отношение към клиничната практика. При анализа на отношението на старшата медицинска сестра към студентите преобладава добро (35,71%) и много внимателно и услужливо (20,40%), коректно отношение в рамките на задължителното (27,55%), но също така неангажиращо (15,30%) и враждебно (1,02%) (фиг. 4).



Фиг. 4. Проявено отношение на старшата медицинска сестра към студентите от специалност „Медицинска сестра" по време на клинична практика

В лечебните заведения ролите и задачите в сестринския екип на всяка една медицинска сестра са ясно и точно определени. Взаимната подкрепа и съпротива са двете форми на поведение, които има решаващо значение за организацията на работа, професионалната дейност, междуличностните взаимоотношения.

Ефективното управление на старшата медицинска сестра изисква притежаването на знания, умения, да осъществява анализи и взима управленски решения. Организира ръководения от нея здравен екип за тяхното изпълнение.Тя осъществява ръководство, организация и контрол между дейността на медицинските сестри, помощния персонал в отделението с цел осъществяване на качествени здравни грижи, поддържане на хигиенното състояние в отделението, както и повишаване на квалификацията на персонала. Анкетираните трябваше да отговорят кои от екипа би ги мотивирал за работа в конкретно отделение. От значение за избора на студентите е взаимоотношенията и организацията в целия медицински екип (67,34%), както и личността на старшата медицинска сестра(24,49%) (фиг. 5)

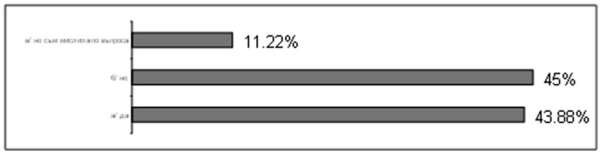


Фиг. 5. Фактор за избор на отделение

Това показва, че създадена положителна работна атмосфера повлиява на избора и желание за професионална реализация на бъдещите

здравни кадри (студентите медицински сестри). Спомага за осъществяване на професионалните ангажименти и дейност.

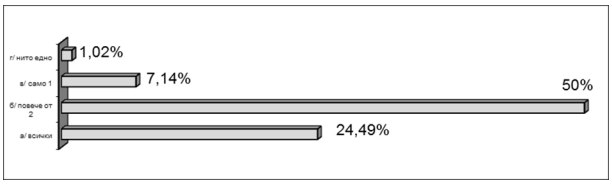
Изследваното мнение на студентите относно продължителността на трудовия стаж за заемането на поста на старша медицинска сестра резултатите са разделени почти по равно (фиг. 6).



Фиг. 6 Отношение към трудовия стаж на старшата медицинска сестра

Повече от половината запитани споделят, че ги привлича позицията на старша сестра и притежават нужните качества. Нейната личност и роля на организатор на екипа се възприема и следи критично от студентите по време на клинична практика.

Удовлетвореността от обучението се предизвиква от няколко групи фактори, непосредствено свързани с уменията, качествата и знанията, които придобиваме. При наличието на мотивация и визия за бъдеща реализация, Както и откриването на качества които притежава старшата медицинска сестра в тях самите. Това от своя страна предизвиква и желание за добро професионално развитие със заемане и на поста на старша медицинска сестра (фиг. 7).



Фиг. 7. Притежаване на нужните качества за заемане на длъжността"Старша медицинска сестра"

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение на направения анализ можем да изведем следните изводи:

- Старшата медицинска сестра е здравния специалист първи посрещащ студентите „Медицинска сестра" и ги запознава с организацията и спецификата на отделението.
- Старшата сестра трябва да е в тесен контакт със студентите, да съдейства при организацията и безпроблемното протичане на учебния процес.
- Нейната наставническа, обучителна и възпитателна функция е от значение за качественото провеждане на клиничната практика
- Повече от половината запитани споделят, че ги привлича позицията на старша сестра и притежават нужните качества.
- Студентите „Медицинска сестра" я възприемат като еталон и пример за подражание.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Кръстева, Н. Управление на здравните грижи,Пловдив,2004
2. Кръстева,Н. Медицинска сестра и общуване, Сестринско дело,2, 2001
3. Попова, С.,Н. Кръстева, С. Попова,Комуникационни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, 2001

Адрес за кореспонденция:
Катедра „Здравни грижи",ФОЗ, МУ-гр. Варна
Бул. „Цар Освободител"84
e-mail: gevir@abv.bg

ПРИЕМСТВЕНОСТ НА ПОЛИТИКИТЕ ЗА ЗДРАВНИ ГРИЖИ ЗА ДЕЦА В БЪЛГАРИЯ

Галина Петрова[1], Христо Петров[2]

[1]Катедра Социална медицина и здравен мениджмънт, Медицински факултет, Тракийски университет – Стара Загора
[2]Регионална здравна инспекция Бургас

CONTINUITY OF POLICIES FOR CHILDREN HEALTH CARE IN BULGARIA

Galina Petrova[1], Hristo Petrov[2]

[1]Department of Social Medicine and Healthcare Management, Medical Faculty of Trakia University, Stara Zagora, Bulgaria
[2]Regional health inspectorate, Burgas

РЕЗЮМЕ

Синтезиран израз на здравните грижи за новородени и деца до 7 годишна възраст представляват здравно съвещателни станции /ЗСС/, организирани от Съюза за закрила на децата в България /СЗДБ/ след 1924 г. Те са пример за сътрудничество между неправителствени организации и държавна власт. Направен е сравнителен съдържателен анализ на правилника за работа на ЗСС, постановките на държавния здравен план, приет от Народното събрание през 1940 г., принципите и дейността на първото самостоятелно министерство на здравеопазване (1944 г.) в областта на майчинството и детството. Установена е приемственост в идеите и политиките в трите документа, в т.ч. по отношение задачите на медицинските сестри. Разгледана е структурата и функциите на Дирекция „Майчинство и детство" като отражение на новата държавна политика в областта на опазване здравето на майките и децата.

Ключови думи: *здравни грижи за деца, майчинство и детство, сестри-посетителки, история на здравеопазването*

SUMMARY

The Health Advisory Stations (HAS), organised by the Union for Protection of Children in Bulgaria after 1924, represent a succinct expression of the health care for new-borns and children up to 7 years of age. These stations are also a good example of the cooperation between non-government sector and state authorities. The comparative analysis of the HAS Rules of Procedure, of the provisions of the State Health Plan, adopted in 1940 by the Parliament, and of the principles and activities in the field of maternity and childhood of the first separate Ministry of Health (1944) shows the established continuity in ideas and policies within the three documents, including the commitments of nurses. The tasks of visiting nurses and of social patronage nurses in child counselling services are outlined. The structure and functions of Motherhood and Childhood Directorate are reviewed as reflecting the new state policy of health care for mothers and children.

Keywords: *health care policies, maternity and childhood, visiting nurses, history of health care*

ВЪВЕДЕНИЕ:

Идеите за добри здравни грижи с държавно участие датират отдавна. Първите здравни законодателни актове на възстановената българска държава: Временни правила за устройството на медицинското управление в България (1879), Гражданските медицински закони (1882г.), и Санитарният закон (1888г.) не третират специално проблемите на детско здравеопазване. Здравната просвета и профилактика при децата не са регламентирани дейности, липсва държавно участие. През 1903г е приет Законът за общественото здраве, с който се регламентира селския здравен участък като задължителна организационна форма, където работи участъков лекар или фелдшер [3,9]. Свидетелство за възгледите на българските лекари по проблемите на майчиното и детско здраве е програмата на /БЛС/ през 1912г., която се отличава със своята профилактична насоченост, с искане за безплатна медицинска помощ, за широки медико-социални грижи и за разширяване на санитарно-противоепидемичната дейност и първи стъпки за въвличането на обществото като партньор в борбата с болестите. В тази програма се поставя въпроса за безплатно здравно обслужване на децата, грижи за майките и децата, борба с туберкулозата, маларията и т.н. Авторите на програмата пледират за създаване на самостоятелно Министерство на народното здраве /МНЗ/.

Поредицата от войни, в които България участва в периода 1912-1918 г. отлага дискусиите по тези предложения. Неблагоприятната следвоенна ситуация, притокът на големи маси бежанци от загубените български територии, изправя страната пред изключителни затруднения, като засягащите живота и здравето на децата са с размер на хуманитарна катастрофа. Това ускорява създаването на СЗДБ, който за дълъг период от време има ключова роля в оказване на здравни грижи за майките и децата.

ЦЕЛ

Да се анализират политиките и дейностите по отношение на опазване здравето на майките и децата в България през периода 1920-1965г.

МЕТОДИ

Съдържателен и сравнителен анализ на основополагащи документи и дейности по майчино и детско здравеопазване. Анализирани са:правилника за работа на Здравно- съвещателните станции /ЗСС/, постановките на държавния здравен план 1940г., принципите и дейността на първото самостоятелно министерство на здравеопазване в областта на майчинството и детството 1944- 65г.

Здравните грижи за деца – дело на СЗДБ (1925-1944г.)

СЗДБ е основан на 27 август1925г. като част от Международен съюз за закрила на децата/МСЗД/ с главна задача да решава най-важните въпроси на детското здраве – високата детска смъртност на собственото население както и тази на децата от бежанските семейства. По това време Дирекция народно здраве /ДНЗ/ при Министерството на вътрешните работи /МВР/ няма стратегия за детското здравеопазване. Под председателството на проф. д-р Стефан Ватев, СЗДБ се оформя като авторитетна неправителствена организация, която развива изключително ползотворна дейност. СЗДБ започва мащабна дейност за създаване на ЗСС, като организирани звена, които да водят борба с високата заболяемост и детска смъртност. Проф. Ст. Ватев определя здравно-съвещателните станции като **„институти за социална хигиена и здравно възпитание“**, базирайки се на тяхната пълна безплатност за населението и подчертаната профилактична същност. Работата в ЗСС се осъществява в самата станция и чрез посещения по домовете. Основните фигури в здравно-съвещателната станция са лекар с допълнителна квалификация по детски болести, за предпочитане със специализация в чужбина и сестра-посетителка, подпомагана при нужда от акушерка или самарянка. Основен метод на работа в ЗСС е непрекъснатото наблюдение и проследяване на децата по отношение на тегло, ръст, физически аномалии и други особености. Първоначално постоянно наблюдение обхваща децата до 1 г., а по-късно - до 3 и до 7 г. Данните се регистрират в специална лична карта за всяко дете. Непосредственото наблюдение в ЗСС включва антропометричните измервания, а при посещенията в дома се изясняват социално – битовите условия и дават препоръки към родителите, които медицинските сестри отразяват в личният картон. Прави впечатление и вменяването на обществено-социални задължения на сестрата посетителка: на нуждаещите се бедни деца, които посещават здравните станции, сестрата раздава мляко, рибено масло, каменни въглища и др. Урежда коледни елхи и великденско подпомагане.

Неотменна част от непрекъснатото наблюдение на децата както в станцията, така и по домо-

вете е здравната просвета на майките за правилно отглеждане, хранене и възпитание на кърмачетата и малките деца. За това допринасят и организирани форми като з*дравно-просветни курсове* за деца, ученички, млади момичета и майки: от 1926 г. до 1935 г. са уредени общо 84 такива курса. Голяма популярност добиват *пътуващите изложби*, които нагледно показват правилните хигиенни грижи за бременната жена, новородените, децата и дома. Една такава изложба за 4 години и 6 месеца преминава през 60 града и 70 села и е посетена от 500 000 души [7]. Курсовете и изложбите се организират от СЗДБ съвместно Българско дружество червен кръст /БДЧК/.

С издигане здравната култура на майките се увеличава търсенето на квалифицирана консултация при отглеждане на децата, расте потребността от нови ЗСС. През 1933 г. в Царство България общият брой на ЗСС е 42, от които 15 – държавни, 9 – общински и 18 дружествени, предимно в градските райони. За периода 1935-39 г., техният брой достига 540 [1].

Влияние за това оказва и подкрепата на ДНЗ при МВР, която нарежда да се създадат здравно съвещателни станции при всички местни селски здравни служби, които са завеждани от лекари. България вече се посочва като единствената културна страна, която има изградена толкова гъста мрежа от здравно- съвещателни станции [7]. През 1936 г. в тях са обхванати 50% от кърмачетата в страната, което представлява значително постижение [7]. Фактът, че дейците от СЗДБ считат това обхващане недостатъчно, показва високите цели, които са си поставили.

Елемент на държавност в грижите за децата се съдържа в Закона за народното здраве от 1929г., който регламентира селския здравен участък (санитарна околия) като задължителна организационна форма. Така нараства възможността за квалифицирани здравни грижи за децата в селата- обезпечава им се лечебната помощ в селските райони, но само там, където има лекари. Същевременно се правят опити за увеличаване броя на лекарите на село с Наредба - закон за обединение на здравните служби от 1934 г., последвана от Наредба - закон за задължителната служба и частната практика на лекарите в селата от 1935 г. От 1938 г. се пристъпва към изграждане на здравни домове в селата и по-малките градове [3].

През периода от основаване на СЗДБ до Втората световна война се разширяват профилактичните грижи за новородени и малки деца но все още страната има високи стойности на детска смътност, която в селата (146,1‰) е значително над тази в градовете (105‰) [5].

Проект за Държавен здравен план/ДЗП/

Проблемът „детска смъртност" е поставен като един от най-важните в подготвения от БЛС проект за Държавен здравен план. Проектът е изработен от представители на групата „Обществен лекар" към БЛС д-р К. Куситасев, секретар на БЛС и д-р Др. Матеев, гл. инспектор-лекар при МНП и е приет на XXV лекарски събор през 1940г. В уводната част на плана централно място заемат данни за големи различия в детската смъртност между България и напредналите европейски страни. Така през 1931 - 35г. детската смъртност в България е 147.1‰, докато в Белгия е 82‰, във Франция - 73‰, в Германия - 64‰. [5] Лошите условия на живот, ниската битова и здравна култура кореспондиращи с бедността, както и недостатъчно развитата здравна мрежа се посочват като най-важни причини. Липсата на акушерски помощен персонал в селските здравни служби е причина българската майка да ражда без компетентна помощ. През 1936г. само 19.4% от раждания в страната са осъществени с намесата на квалифицирана акушерска помощ, останалите 80%, особено в селата са извършвани при неблагоприятни, нехигиенични условия [5].

Поради тази причина, здравето на българската жена е сериозно застрашено от различни послеродови заболявания, а това несъмнено води до висока детска смъртност и болести на родилката и новороденото(родилна треска, инциденти при раждането)

В този проект се очертават следните приоритетни задачи:

1. Подобряване на жизненото равнище здравна култура на народа, преобразяване и оздравяване на народния бит и труд;
2. Повишаване на естественият прираст, чрез поощряване на раждаемостта и ликвидиране на високата детска смъртност- редовно наблюдение и надзор на всички бременни, осигуряване на компетентна помощ при всяко раждане, както и подобряване отглеждането на децата и ефикасна борба с детските болести;
3. Поставяне на основите на системна и планова борба с туберкулозата и други заразни и социални болести у нас;
4. Усъвършенстване/ подновяване уредбата за санитарно благоустройство на дома и населените места и да се предостави висококачествена лечебна помощ на населението.

5. Активиране на самото население и събуждане на неговата самодейност в творческа работа за подобряване на собственият му живот [5].

Както става ясно, голяма част от поставените приоритети имат отношение към детското и майчино здравеопазване. Естествено за страна с предимно селско население, авторите на плана подчертават важното значение на добре развита селската здравна служба и определят нейните задачи. Ръководител на селската здравна служба е участъковият лекар, който „ е истинският носител и разпространител на здравни начала и здравна култура сред народа" [5]. Неговите задачи според плана са в три дяла:

- оздравяване на селската обстановка „в дома, двора, улицата, полето, нивата, обществените заведения и пр.;"
- оздравителна работа сред населението;
- социална и просветна работа, насочена към превъзпитание на населението, преобразяване и оздравяване на народния бит.

Чрез сестра посетителка участъковият лекар ще провежда оздравителна работа в семейството, в дома, с цел да приучи населението към здравословен живот, като тези усилия са насочени най-вече към децата. Всяко дете в участъка се наблюдава от раждането до навършване на една година по установения правилник на ЗСС. Всички новородени имат здравни карти, в които се отразява физическото развитие и здравното състояние на детето. Тази медицинска документация се съхранява в картотеката на здравно- съвещателната станция. По този начин с помощта на районния здравен център, се планира системна дейност за подобряване на грижите по отглеждането на децата като същевременно се осигурява качествена медицинска помощ при заболяване и ефикасна социална борба с детската заболеваемост.

Към бременните и родилките се подхожда с особено внимание и засилено посещение в домовете, което има за цел да измести вредното влияние на бабите, врачките и др. С помощта на акушерка се проследява състоянието на всички бременни, чрез редовни прегледи в съвещателната станция, медицински съвети и попълване на здравни карти. За бъдещите майки се организират практически курсове по хигиена на жената и на брака и подготовка за отглеждане и хранене на детето. Комитет от обществото подпомагане ще осигурява за бедните семейства необходимите принадлежности за раждането и новороденото.

Много съществена идея на създателите на ДЗП е съчетаването на здравните със социални дейности. Те предвиждат създаване на самостоятелно Министерство на народното здраве(МНЗ), което да има две дирекции: Главна дирекция на народното здраве и Дирекция на общественото подпомагане. В структура на Главна дирекция на народното здраве има самостоятелно звено- „Отделение за майчинство и детство", в което са включени: инспектор за брачно съвещание, инспектор за майчинство, инспектор за закрила на детството [5].

Тези идеи не се осъществяват, защото са твърде радикални и поради въвличането на страната във война. Очевидна е приемствеността между правилника за работа на ЗСС и планираните здравни грижи за деца и бременни.Заслугата на ДЗП е, че поставянето на приоритетни задачи е последвано от детайлно разработване на стъпките, по които да се постигне осъществяването им. В този смисъл разработеният документ основателно носи наименованието план.

Новата държавна политика в областта на опазване здравето на майките и децата.

С указ 184/09.09.1944г. на новото правителство е създадено първото в историята на България МНЗ. Много скоро към него се създава самостоятелна Дирекция „Майчинство и детство" (на базата на Дирекция „Социални болести"). През 1946г., чрез Закон за здравна защита на майчинството и детството се въвежда безплатна медицинска помощ за децата и майките. Този закон се характеризира с подчертано социално съдържание и комплексни медицински грижи за майките и децата. МНЗ е задължено да провежда системна здравна просвета, която цели да насажда здравни, културни и хигиенни навици по въпросите, свързани с майчинството и детството. Всичко това показва една държавна стратегия, насочена към укрепване здравето на децата и тяхното благополучие [8].

Като най-важни профилактични звена за наблюдение на бременни и деца са ЗСС, които след 1951г. приемат наименованието Детски и женски консултации.

Министерството издава нов правилник за тяхната дейност, според който те са предназначени да предпазват от заболявания бременните, кърмачета и деца до 7г. За целта консултациите организират и провеждат мероприятия в следните насоки: активно издирват всички бременни и деца до 7 г., работят за повишаване на медицинската култура на майките за отглеждане на детето, проучват се социално-битовите условия на

семействата като при необходимост осигуряват материална помощ и съдействат за тяхното подобряване, осъществяват системен патронаж за наблюдение на детето и проследяване изпълнението на предписаните назначения. В правилника за детските консултации(ДК) ясно личи „наследството" от ЗСС, но новите структури се отличават с масовост, пълна държавна подкрепа, значителна кадрова обезпеченост.

Първостепенна задача в областта на майчиното и детско здраве е борбата за намаление на детската смъртност. Нова дейност, регламентирана в специално указание през 1948 г.са група мероприятия за:запознаване на народните съвети със здравното състояние на децата и ангажирането им с опазване на детското здраве, запознаване на всички здравни работници с високото ниво на показателя „детска смъртност" и мерките за неговото подобряване, укрепване на ЗСС като водещи и най ефективни звена за утвърждаване на здравната просвета с родителите [8]. Повишава се интереса на цялото общество към детското здраве и борбата с детската смъртност. мероприятия активно се включват не само здравни работници, но широки обществени кръгове и чрез масова здравна пропаганда се засягат здравни проблеми на детството. Разширява се научното обезпечаване: създаденият през 1947 г. Институт по хигиена, диетика и възпитание на детето /ИХДВД/, след 1952г. прераства в Научен институт по охрана на майчинството и детството / НИОМД/. Приоритетни негови задачи са въпросите за детското хранене, хигиена, закаляване в ранна детска възраст, психическото развитие и възпитанието. НИОМД провежда методична дейност под формата на курсове, конференции, издаване на методични указания и др. По този начин подпомага здравната мрежа в борбата с детската смъртност и при разрешаването на редица важни за педиатричната помощ проблеми [8].

За отстраняване на субективните моменти в обслужването на децата, в това число и в селските райони, МНЗ систематизира своите изисквания и издава инструкции. Според инструкция №15 за организация на патронажното наблюдение, от консултацията се осъществяват домашни посещения на всички новородени от лекар и медицинска сестра (патронажна) до третия ден след изписването им от родилния дом. Честота на следващите посещения на сестрата се определят от лекаря в зависимост от индивидуалните особености и развитие на новороденото, от битовите условия и здравно-културно нивото на майката. В детската консултация се отделя специално внимание за своевременното провеждане на профилактичните ваксинации и имунизации в борбата с инфекциозните болести, които се извършват след предварителни разяснения на родителите [2].

Въпреки предприетите мерки през разглеждания период, значителна част от селата и отдалечените градски квартали остават извън грижите на консултациите. Поради това със заповед А-10/1957г МНЗСГ възлага организирането на подвижни женско-детски консултации в съставните села на лекарските участъци и здравните пунктове на отдалечените и малцинствени квартали в градовете [2]. Важен момент от здравните грижи е създаването на млечни кухни към обединените болници с основна задача да осигуряват пълноценна храна на децата до 3г. За преодоляване на неравнопоставеността на селските деца МНЗСГ в духа на заповед А-10/1957 г. нарежда да се разкрият детски млечни кухни в райони, където има укрепнало ТКЗС и селско здравно заведение с лекар и акушерка. Този документ постановява съвместна работа и отговорност на акушер-гинеколози и педиатри в борбата за намаление на детската смъртност; провеждане на анкетни проучвания от компетентни специалисти за причините на умиране на всяко дете до 3 г.; решителни мерки за укрепване на основните профилактични звена – ЖК и ДК и установяване средни норми за профилактични прегледи за бременни (8-9 прегледа) както и за деца до 1г. (12 прегледа); редица лечебни мерки за болните деца и осигуряване на единно и комплексно ръководство на цялата здравна мрежа в борбата с детската смъртност, чрез обединяване на Управление „Майчинство и детство" с Лечебно-профилактичното управление на МНЗ [8].

Проблемът за намаляване на детската смъртност се превръща в приоритет на национално и местно ниво. Резултатите са забележителни-от 144,50‰ през 1945г. тя спада на 30,8‰ през 1965 г. с различия между града - 25,6‰ и селото - 35‰, което очертава бъдещи задачи за намаляване на тези неравенства [6].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Липсата на държавна политика по отношение на детското здравеопазване в България бива компенсирана в периода след войните(1912-1918) от широка дейност на неправителствената организация СЗДБ, която създава модел на здравни грижи за децата от 0 до 7 г. След доказаните успехи на ЗСС, държавното ръководство на здравео-

пазването взема решения, подпомагащи разширяването на ЗСС в селата.

Решителна стъпка за засилване на държавното участие е ДЗП, който поставя приоритети и разработва бъдеща структура на ръководните органи. Неговото реализиране е дело на първото самостоятелно МНЗ след 1944 г., когато се институциализират грижите за деца и бременни. Установява се приемственост във формите на профилактична грижа за децата; детските консултации от 60-те години имат за първообраз работата на ЗСС, но при обезпечени кадрови и материални ресурси, пълна държавна подкрепа и участие на широки обществени групи. Създаването на стройна система за детско и майчино здравеопазване е плод на идеите на прогресивни лекари - обществеици, опита на ЗСС, добри управленски практики и активното участие на населението.Наличието на здравна политика с ясен приоритет – детско и майчино здравеопазване в периода 1945-1965 г. дава много добри резултати в намаляване на детската смъртност.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ватев Ст., Съюза за закрила на децата в България /СЗДБ/ – Благотворителни институции в царството, В: Нашето дете, год. VI, бр.7, 1933г.
2. Гаргов К, В. Чолаков, Сборник от официални материали по организацията на здравеопазването в НР България- Том II, Изд. „Медицина и физкултура", София 1958г.
3. Давидова В., М. Попов, Развитие и характер на здравеопазването в България В: Основи на социалната хигиена 1965; 376-398
4. Койчев Н., Обществени грижи за детето (в чужбина и у нас), Ст. Загора 1936г.
5. Куситасев К., Др. Матеев, Проект за държавен здравен план, София 1940
6. Кушев П., Здравно състояние на населението в България 1880-1980, Медицина и физкултура, София 1986г.
7. Петров Хр., Г. Петрова, Съюз за закрила на децата в България и Здравно-съвещателните станции (1924-1944) Социална медицина год. 2012,.1; 46-48
8. Цонев М., Развитие детското здравеопазване в България, Медицина и физкултура, София 1979г.
9. Boriana Parashkevova, Krum Marinov, Juliana Marinova, Regional Healthcare Services and Regional Physician – Establishment and Development in the End of the 19th and the Beginning of 20th Century in Bulgaria, The Trakia Journal of Sciences, The Scientific Serial of The Trakia University, Volume 10, Suppl. 3, 2012: 102-106.

Адрес за кореспонденция:
Катедра „Здравни грижи",ФОЗ, МУ-гр. Варна
Бул. „Цар Освободител"84
e-mail: gevir@abv.bg

ДИСЦИПЛИНАТА „СОЦИАЛНО И ЗДРАВНО ЗАКОНОДАТЕЛСТВО" В ОБУЧЕНИЕТО ПО СПЕЦИАЛНОСТИТЕ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА" И „АКУШЕРКА"

Мария Радева

Юридически факултет, Русенски университет „Ангел Кънчев"

THE COURSE SOCIAL AND HEALTH LEGISLATION IN THE TRAINING OF NURSES AND MIDWIVES

Maria Radeva

Department of Law, University of Ruse

РЕЗЮМЕ

Учебната дисциплина „Социално и здравно законодателство" е задължителна за придобиване на висше образование по специалностите „Медицинска сестра" и „Акушерка". Докладът разглежда мястото на дисциплината в обучението медицинските сестри и акушерките и в професионалната им реализация. Представена е визията на автора за развитието на дисциплината.

Ключови думи: *социално законодателство, здравно законодателство, Медицинско право*

SUMMARY

The course „Social and health legislation" is obligatory for student in nursing and midwifery. The paper analyzes the place of discipline in education of nurses and midwives. It presents author's vision about the development of the course „Social and health legislation".

Key words: *Social and health legislation, Social security law, Healthcare law, Medical law*

ВЪВЕДЕНИЕ

Професиите „Медицинска сестра" и „Акушерка" са включени в Списъка на регулираните професии в РБ (изм. ДВ 30/2012). Обучението по специалностите от регулираните професии се осъществява по утвърдени от МС държавни изисквания (чл.9, ал.3, т.5 от Закона за висшето образование). За визираните професии същите за утвърдени с Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „Медицинска сестра" и „Акушерка" за образователно-квалификационна степен „Бакалавър" (обн. ДВ 95/2005). Един от елементите на единните държавни изисквания е нормативното определяне на задължителните учебни дисциплини и минималния задължителен хорариум по всяка една от тях.

Учебната дисциплина „Социално и здравно законодателство" е задължителна за специалностите „Медицинска сестра" (чл. 8, ал.1 от Наредбата) и „Акушерка" (чл.13, ал.1 от Наредбата), с минимален хорариум от 30 часа. Качеството на обучението, освен от изпълнението на формалните изисквания, зависи и от предметното съдържание, което се включва дисциплината.

Предмет на дисциплината „Социално и здравно законодателство"

Наименованото на дисциплината визира изучаване на определен вид законодателство. Следователно визираната дисциплина следва да бъде отнесена в областта на Правото. В юридическата наука няма общоприето определение за понятията социално законодателство и здравно законодателство. Обемът на темите може да бъде изведен по тълкувателен път.

Здравно законодателство

Както е видно от наименованието здравното законодателство разглежда въпросите на правната регламентация на отношенията, които се осъществяват в здравната сфера. Безспорно в широкия обхват на здравеопазването се включват раз-

лични обществени отношения – такива, свързани с изграждането и функционирането на здравната система, както и такива свързвани с непосредственото оказване на медицинска помощ.

Първоначално научният интерес е насочен към етичните проблеми на медицината, а след това и към правните регламенти, приложими към дейността на лекарите и отношенията с пациентите по повод предоставянето на различни видове медицински услуги. В последните години Медицинското право се разви като самостоятелна дисциплина и се преподава в някои от юридическите факултети в страната. При определяне на предмета на Медицинското право са правени анализи на близки по значения понятия – здравно законодателство, медицинско законодателство, правно регулиране в здравеопазването.

Съществува становище, че понятията здравно и медицинско законодателство не са реципрочни (1). Здравото законодателство има по-широк обхват и включва нормите, регулиращи отношенията между институциите, които се занимават със здравеопазване. Медицинското законодателство регулира отношенията между субектите, участващи в процеса на оказване на медицинската помощ (2). Предметът на правна регулация на съответното законодателство се разграничава и в съответното наименование. Понятието медицина, е по-тясно спрямо понятието здравеопазване. Тази разлика е видна и в понятията „Medical law" и "Healthcare law" (Д. Зиновиева).

В националното законодателство, като обобщаващо понятие се използва понятието „правно регулиране в здравеопазването". По смисъла на Наредба 34/2006 за придобиване на специалност в системата на здравеопазването „Правно регулиране в здравеопазването" е наименование на специалност, която може да бъде придобивана от магистри, работещи в системата на здравеопазването. Това наименование може да се отъждестви с по-краткото и ясно наименование Медицинско право (3).

Според Д. Зиновиева в предмета на Медицинското право се включват обществените отношения, които възникват в процеса на здравеопазването между държавни и обществени органи, медицински специалисти, пациенти и трети лица. Цитираният автор застъпва тезата, че при утвърдената в РБ класическа система на правото и обособените отрасли в него, Медицинското право не може да се отграничи като самостоятелен отрасъл, но предвид спецификата на правоотношенията не може да се причисли и към вече определен правен отрасъл.

Голяма част от обществените отношения, предмет на изучаване от Медицинското право, се определят с общото понятие „управление на здравеопазването", което се съдържа в специалната част на Административното право. Традиционно, онази част от проблемите, изучавани от Медицинското право, които разглеждат обществените отношения, свързани със здравното осигуряване, се включват в предмета на Осигурителното право. В този смисъл Медицинското право включва изучаването и на социално законодателство.

С оглед дискусионността на въпросите, разгледани по-горе, предметът на здравното законодателство, в контекста на обучението специалностите „Медицинска сестра" и „Акушерка", може да бъде изведен от понятията за здравеопазване и здравна система.

В преамбюла на Конституцията на СЗО се казва, че правителствата носят отговорност за здравословното състояние на своите народи и тази отговорност изисква да вземат подходящи мерки от здравен и социален характер. В този смисъл е и ползваното в българската теория определение за здравеопазване. То представлява система от медицински и немедицински мероприятия, провеждани в дадена страна за опазване, укрепване и възстановяване на здравето на населението, за предотвратяване на преждевременната му нетрудоспособност и смърт, за увеличаване на продължителността на активния творчески живот на човека (Б. Стефанов).

Медицинската подсистема е свързана с предостявянето и ползването на конкреден вид медицинска помощ, съгласно правилата на медицинската наука. Обществените отношения в медицинската подсистема се реализират в лечебни заведения (в общия случай). В немедицинската подсистема се включват дейности като дефиниране на националните здравни приоритети, програмите за здравна превенция, мерки за защита на общественото здраве, правилата за функциониране и финансиране на здравноосигурителната система. И двете подсистеми функционират в определена правна рамка. Правната регламентация институционализира структурите на системата, дефинира правомощията им.

В теорията (4) за обобщаване на обществените отношения, свързани с всички аспекти на здравеопазването, е въведено понятието здравна система. СЗО определя здравната система като съвкупност от всички организации, учреждения и ресурси, предназначени за дейности в интерес на здравето. Дейност в интерес на здравето е всяко

действие, било то лична грижа за здравето, медицинска помощ или междусекторна инициатива, главната задача, на която се състои в подобряване на здравето.

Изхождайки от общото понятие за система (съвкупност от елементи, свързани по между си с динамично въздействие, които функционират като едно цяло, за да се постигне определена цел), може да се дефинира и частното понятие здравна система. Здравната система е съвкупност от елементи – структури и участници, чрез функционирането на които се реализират обществените отношения, свързани с всички аспекти на здравеопазването.

Българското законодателство използва понятието национална система за здравеопазване, като синоним на здравна система. Съгласно чл. 4 от Закона за здравето, националната система за здравеопазване включва следните компоненти: лечебните заведения по ЗЛЗ, здравните заведения по смисъла на Закона за здравето и ЗЛПХМ; държавните, общинските и обществените органи и институции за организация, управление и контрол на дейностите по опазване и укрепване на здравето.

С оглед казаното, здравното законодателство включва нормативните актове приложими към правната уредба на здравеопазването във всички негови аспекти, както в медицинската, така и в немедицинската подсистема. От тази гледна точка, здравното законодателство, което изучават студентите от специалностите „Медицинска сестра" и „Акушерка" може да бъде обособено в два раздела.

В първия раздел се включва изучаването на правната материя, приложима към управлението, функционирането, финансирането на здравната система. Това може да бъде определено като здравно законодателство в традиционния смисъл на това понятие. Тук се включват темите за:

- Структурата на здравната система, органи в системата на здравеопазването - централни и местни
- Лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ - видове, създаване, структура и управление, други видове лечебни заведения по смисъла на ЗЛЗ
- Съсловна организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, функции, устройство, права и задължения на членовете
- Правни изисквания за упражняване на професията „Медицинската сестра" и „Акушерката", вкл. и някои въпроси от Трудовото право, предвид някои особености на трудово - правните отношения в лечебните заведения (5).

Вторият раздел включва правната регламентация на обществените отношения, свързани с оказването на медицинската помощ. Това може да бъде определено като здравно законодателство, в по-широк смисъл, включващо и въпросите от предмета на медицинското законодателство, Медицинското право. Тук се включват темите за:

- Структурата на здравната система, органи в системата на здравеопазването - централни и местни
- Лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ - видове, създаване, структура и управление, други видове лечебни заведения по смисъла на ЗЛЗ
- Съсловна организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, функции, устройство, права и задължения на членовете
- Правни изисквания за упражняване на професията „Медицинската сестра" и „Акушерката", вкл. и някои въпроси от Трудовото право, предвид някои особености на трудово - правните отношения в лечебните заведения (5).

Вторият раздел включва правната регламентация на обществените отношения, свързани с оказването на медицинската помощ. Това може да бъде определено като здравно законодателство, в по-широк смисъл, включващо и въпросите от предмета на медицинското законодателство, Медицинското право. Тук се включват темите за:

- Професионалната компетентност на медицинската сестра и акушерката
- Права на пациента, право на информирано съгласие
- Отказ от лечение, принудително лечение
- Здравна информация и лични данни в лечебните заведения
- Юридическа отговорност (гражданска, дисциплинарна, административна, наказателна) на медицинската сестра и акушерката

Социално законодателство

Връзката между здравната и социалната сфера е видна и от цитирания преамбюл на Кон-

ституцията на СЗО. Управленските решения, насочени към една определена обществена сфера, формират държавните политики в съответната област. Управленските решения в сферата на здравеопазването формират държавната здравна политика (6). Управленските решения в социалната сфера формират социалната политика в държавата.

Традиционно социалната политика включва принципите, дейностите на държавата, съответната правна регулация, които са насочени за подобряване на човешкото благосъстояние. Департаментът по социална политика на Лондонското училище по икономика (http://www.lse.ac.uk/home.aspx) дефинира социалната политика като държавна политика, която се фокусира върху онези аспекти на икономиката, обществото и политиката, които са необходими за човешкото съществуване и начините, по които те могат да бъдат реализран. Основните човешки нужди включват: вода, храна и подслон, устойчива и сигурна среда, насърчаването на здравето и лечение на болните, грижи и подкрепа на тези, които не могат да живеят един напълно независим живот, образование и обучение на лица до ниво, което им позволява пълноценно да участват в живота на обществото.

Центърът за социална политика в Харвардския университет описва социалната политика като обществена политика и практика в областта на здравеопазването, социалните услуги, неравенствата и дискриминацията, образованието, условията на труд. Разширява понятието, с включването в социалната политика и дейността на наказателното правосъдие.

От цитираните понятия е видно, че социалната политика включва обширен кръг от обществени отношения – здравеопазване, обществено осигуряване, социални услуги, жилищно настаняване, образование, трудова заетост. Безспорно здравеопазването (изградената система за оказване на медицинска помощ) е част от общата социална политика.

В едно по-тясно разбиране за социална сфера, в контекста на обучението на студентите от специалностите „Медицинската сестра” и „Акушерката,” следва да се включат обществените отношения свързани със социалното и здравно осигуряване и социалното подпомагане.

Социалното законодателство, за нуждите на преподаваната дисциплина включва:

- Функционирането на осигурителната система – органи, принципи, осигурени социални рискове
- Задължително и доброволно здравно осигуряване, правоотношения между изпълнителите на медицинска помощ, задължително здравноосигурени лица, Национална здравноосигурителна каса
- Социално подпомагане – принципи, финансиране, управление, социални помощи, социални услуги

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В последните години освен традиционният научен интерес към етичните проблеми на медицината, се формира научен и практически интерес и към правните регламенти на медицинските професии и оказването на медицинската помощ.

В публикуваното през 1996 изследване на Светослав Славов „Лекарски грешки и лекарски деликти” се изследва и анализира „лекарската професионална грешка като медико-правно понятие и на свързаните с нея проблеми за професионалната вина и правната отговорност на медицинските лица в рамките на непредпазливия лекарски деликт”. В учебното ръководство на Петко Лисаев „Медицинска деонтология и медицинско право” са представени някои от основните виждания по професионално – етични проблеми на медицината. Те са свързани както с класическите изисквания към практикуващия лекар, така и с предизвикателствата в медицината, свързани с развитието на науката. В раздела за професионалните пропуски, нарушения и престъпления са включени примери от съдебната практика. За техния анализ, до думите на автора, са правени консултации с квалифицирани юристи.

С оглед казаното здравното законодателство има своите допирни точки с медицинска етика и деонтология.

Деонтологията в медицината е наука за дълга и професионалната етика на лекаря. Съотношението между всички етични дисциплини и правните такива е, че деотнтологичните принципи и норми формират вътрешна мотивация и убеждение у адресатите им, докато правните норми се изпълняват по силата на своята задължителност и поради предвидената държавна принуда при неизпълнение (7). Етичното поведение е водещо при утвърждаване авторитета на медицинските професионалисти, но спазването на правните норми е гаранция за избягване на юридическата отговорност. Този извод трябва да се превърне в стандарт, както в практиката, така и при обучението на медицинските специалисти от всички специалности и всички образователно-квалификационни степени (8).

Социалната медицина изучава влиянието на социалните и биологичните фактори върху общественото здраве и на всички социални аспекти на човешкото здраве. Обектът на изследване са формите, подходите и дейностите по запазване и повишаване здравето на населението. Изучаваните от социалната медицина демографски процеси, заболеваемост, показатели за индивидуално и обществено здраве, медицинска статистика, социално значими заболявания и др. имат безспорна връзка за формирането на социалната политика. Структурата и показателите за здравословното състояние на населението, продължителността и качеството на живот имат своето място при формулирането на принципите и правилата за функциониране на осигурителната система.

Всяка от посочените по-горе дисциплини, има свой, самостоятелен предмет. Макар и да съществуват известни допирни точки, всяка една от тях следва да се концентрира в собственото си научно поле. Излизането извън предмета на дисциплината крие рискове от непрофесионален подход, а понякога и грешки в преподавания материал. Акцентът на дисциплината „Социално и здравно законодателство" е изучаването на правните норми, на действащия правен регламент. Познаването на правните норми не може да бъдат заменено с изучаване на етични норми, философски принципи и социални теории (както е вярно и обратното), защото нарушенията на правните предписания имат за последица реализирането на юридическа отговорност.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Панев, Б., П. Дончев, А. Вълчев, Проблеми на „медицинското" право, сп. Правна мисъл, 2/1991, стр. 90
2. Зиновиева, Д. Развитие на Медицинското право у нас и по света, сп. Медицинско право, 1/2008, стр. 5-22
3. Зиновиева, Д. Медицинско право, Сиела, 2004, стр. 20
4. Димова, А; Попов, М; Рохова, М. Здравната реформа в България, 2007
5. Радева, М. Особености на трудово - правните отношения в лечебните заведения, Известия на Съюза на учените – Варна, Серия „Хуманитарни науки" 1/2012, стр. 36 – 39
6. Радева, М. Държавната здравна политика – формиране и реализация, Сборник с доклади от Юбилейната научна конференция, 20 години Юридически факултет, Русе, 2012, стр. 124-131
7. Зиновиева, Д. Развитие на Медицинското право у нас и по света, сп. Медицинско право, 1/2008, стр. 13
8. Радева, М. Етични и правни норми в медицината, Научни трудове на РУ – 2011, том 50, серия 8.1, стр. 14 - 18

Адрес за кореспонденция:
Русенски университет „Ангел Кънчев"
ул. „Студентска" N 8
e-mail: mradeva@uni-ruse.bg

ИНСТИТУЦИЯТА НА УЧАСТЪКОВИЯ ЛЕКАР В БЪЛГАРИЯ – ИСТОРИЧЕСКИ ПОГЛЕД

Боряна Парашкевова, Юлияна Маринова

Катедра „Социална медицина и здравен мениджмънт“, Медицински факултет, Тракийски университет – Стара Загора

THE INSTITUTION OF THE DISTRICT DOCTOR IN BULGARIA – HISTORICAL REVIEW

Boryana Parashkevova, Juliana Marinova

Department of „Social Medicine and Health Care Management“, Medical Faculty, Trakia University - Stara Zagora

РЕЗЮМЕ

Целта е да се представи мястото и ролята на участъковия лекар като основна фигура за развитието и укрепването на здравния участък като организационна форма на общественото здравеопазване за достъп до квалифицирана лекарска помощ в България от Освобождението до края на XX век. Използвани са исторически документи, пряко свързани с поставените задачи. Ангажираността и отговорността на държавата за достъп до квалифицирана лекарска помощ чрез утвърждаване на институцията на участъковия лекар проличава в прегледа на законодателството от разглеждания период. След Освобождението България създава здравна система с държавно-обществен характер. Здравната политика на България е насочена към утвърждаване на здравния участък като основна организационна форма на общественото здравеопазване. С възприемането на концепцията за първичната здравна помощ, участъковия лекар става ключова фигура за постигане на идеите, заложени в концепцията от Алма-Ата.

Мрежата от здравните участъци съставляват гръбнака на обществената система на здравеопазване в целия период от развитие на българската държава след Освобождението до края на XX век. Участъковият лекар се утвърждава като ключова фигура в здравната система с широк спектър от дейности със специално подчертавани здравно-просветни и профилактични функции.

Ключови думи: *първична здравна помощ, участъков лекар, здравна политика*

SUMMARY

Objective is to present policies for the development and strengthening of the health district as an organizational form of the public health for access to qualified medical care in Bulgaria from the Liberation till the end of the 20th century. Used methods and materials are analysis of documents directly related to the tasks was applied.

After the Liberation, Bulgaria established health system of state-public nature. Bulgaria health policy is aimed at strengthening the health district as the main organizational form of public health system. By adopting the concept of primary health care, the district doctor became a key figure in achieving the ideas underlay in the concept of Alma-Ata. The state commitment and responsibility for access to qualified medical care by promoting the institution of the district doctor can be seen in the review of the legislation of the period. Health policy of Bulgaria during the indicated period is focused on strengthening the health district as the main organizational form. The network of health districts constitutes the backbone of the public health system through the whole span of Bulgarian history after the Liberation till the end of the 20th century. The district doctor is affirmed as a key figure in the health system with a wide range of activities with special emphasis on the health education and prevention.

Keywords: *primary health care, district doctor, health policy*

„Истинският прогрес е невъзможен, докато историята остава в мрака на забвението."
Марин Дринов

ВЪВЕДЕНИЕ

Историческият преглед не е просто романтичен поглед към миналото, а преглед на събития с интерпертация и търсене на причини за логиката на обстоятелствата, за да се стигне до заключения, важни за настоящето. Това създава уроците на историята, които макар и без конкретни предвиждания, остават валидни и необходими, защото могат да насочат настоящето и бъдещто. Проучването на факти и предпоставки за минали събития, освен въпроса "Защо?", поставя и въпроса: „Накъде?".

ЦЕЛ

Да се представи мястото и ролята на участъковия лекар за развитието и укрепването на здравния участък като организационна форма на общественото здравеопазване за достъп до квалифицирана лекарска помощ в България от Освобождението до края на 20 век.

ЗАДАЧИ

- Да се анализират предпоставките и факторите за възникването и утвърждаването на здравния участък като основа на здравната система.
- Да се представи развитието на здравните участъци и политиките за тях в периода след Освобождението и през социалистическия период на страната до началото на прехода към пазарна икономика.
- Да се представи и анализира мястото, функциите и задачите на лекаря в здравния участък чрез анализ на исторически документи и проведени проучвания през посочените периоди.

МЕТОДИ И МАТЕРИАЛИ

Извършен е анализ на документи, пряко свързани с поставените задачи.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

В края на XIX век и началото на XX век България е в началото на нов път на развитие като млада държава, току-що получила независимостта, но едновременно с това носеща заряда на огромното исторически наследство на една от най-старите страни в Европа. Освободителната Руско-турска война през 1877-1878г. поставя край на петвековното османско владичество и изиграва ролята на буржоазно-демократична революция за България (7, 13). Войната срива до основи феодализма на Османската империя и създава благоприятни условия за установяването на капиталистически отношения в страната. Първите стъпки на българското обществено здравеопазване съвпадат с тези нови социално-икономически промени. Организирането на здравна мрежа и осигуряването на населението с медицинска помощ е една от първите задачи на временното руско административно управление. Руската административна власт поставя основите на общественото здравеопазване, като съвсем естествено се повлиява от принципите на руската земска медицина (18,19). Още с първия здравен закон на България е проявен стремеж за създаване на обществена здравна система, като се предвиждало организиране на здравна служба за определен район, оглавявана от лекар (1,2). Влиянието на руската земска медицина се оказва ключов фактор в този исторически момент на съграждане на прогресивна система на здравните участъци в България. Другият фактор, благоприятстващ приемането на принципите на земската медицина са възрожденските традиции на българските общини за организиране на осигуряването с основна здравна помощ преди Освобождението (18,19).

И докато България възприема прогресивните принципи на руската земска медицина още през 1879 г., то западните европейски страни започват да ги възприемат едва четвърт век по-късно (21). Лигата на нациите (родоначалник на ООН) посочва земската медицина като пример за обществено-здравна система и я определя през 1922 г. като „най-добрата в света система на здравеопазване, съвършено оригинална по своя участъков принцип на организиране и пример за подражание" (21).

Историческата ситуация и обстоятелствата предопределят България да възприеме тази концепция много по-рано и да я вложи в изграждането на своето обществено здравеопазване чрез първия си здравен закон „Временни правила за устройство на медицинското управление в България". Те са написани от д-р Димитър Моллов и утвърдени от княз Александър Дондуков-Корсаков, представляващ руското управление в страната през 1879 г. С този нормативен акт се определя дейността на формиращата се об-

ществено-здравна система с най-висшият орган на управление Медицински съвет към Отдела за вътрешни работи (първообраз на Министерството на вътрешните работи) и местни органи – окръжни и градски лекари. Окръжните и градски лекари са един вид местни здравни органи контролиращи санитарно – епидемиологичната обстановка в окръга и общината. Особено важна тяхна задача е ранното оповестяване за възникването на инфекциозни заболявания и бързото организиране на противоепидемични мерки. Мъртвопроверителството и ваксинирането са специално подчертани задължения. Лечебната дейност не е нормативно определена, освен по отношение на определени групи като родилки и затворници, а за военни (особено новобранци) и представители на публични домове трябва регулярно да осъществяват медицински прегледи. Медицинският съвет назначава окръжните и градски лекари. Окръжни лекари се предвиждат за всички 21 окръга на Княжество България за население 50 000 души, а градски за всички общини с население – 8000 души. Общини с население по-малко от 8000 души имат правото да решат дали да „издържат" лекар. Този принцип на райониране е основния елемент, взаимстван от руската земска медицина, при който на определен брой население от даден район трябва да се осигури лекар, който да отговаря за организацията и управлението на лечебната и санитарно-противоепидемичната дейност(7, 17).

Окръжните лекари са длъжни са да изготвят ежемесечни и годишни отчети до Медицинския съвет за санитарното състояние в поверената им териториална единица, както и за дейността на болниците и градските лекари, които се намират на територията на окръга. Подобна законова постановка, нормативно уреждаща важния въпрос за събирането на здравна информация е изключително прогресивна, тъй като създава предпоставки за вземане на обосновани и адекватни на здравните потребности управленски решения, а следователно, за по-ефективно управление на новоизграждащата се здравеопазна система (1,7,13,18).

"Временните правила" са законодателен акт, който слага прогресивно начало на българското здравеопазване. Той отразява българските демократични идеи, започнали формирането си през Възраждането, и прогресивните схващания на руската обществена медицина от XIX век (12). Със следващите здравно-законодателни актове Граждански медицински закони от 1882 г. в княжество България, изработени от руския лекар Иван Василиевич Грим, се разширява здравната мрежа и се въвеждат и околийски лекари, освен окръжните и градски (1,12,13). Регламентира се извършването на здравна просвета сред населението в районите на околийските лекари, което е един много прогресивен елемент в здравното законодателство и съответно в регламентираната лекарска дейност (3,12).

По същото време общественото здравеопазване в Източна Румелия се формира въз основа на Закон за устройство на санитарната част, приет две години по-късно след „Временните правила" с териториално райониране и определяне на дейността на местни санитарни власти – околийски лекари на 26 000 души, подпомагани от фелдшери (3, 12). В останалите под османско владичество Тракия и Македония, единствената организация, която се грижи за медицинското осигуряване на българското население, е Българската екзархия. В края на 19 век и началото на 20 век, Екзархията формира институцията „екзархийски лекар" и създава мрежа от лекари, които да оказват медицинска помощ на градското и селско население (12).

Здравната организация на обединена България се поставя през 1888 г. със Санитарния закон, дело на правителството на Стефан Стамболов. Това е първият здравен законодателен акт, който е внесен и разгледан по конституционен ред в Народното събрание (3, 12). В него отново се уточняват функциите за санитарен контрол на определена териториална единица от окръжен, околийски и общински или градски лекар, като за първи път се регламентира безплатно лечение на бедно болни, болни от заразни и венерически заболявания, военни и ученици.

През 1903 г. с указ на княз Фердинанд се приема нов здравен закон - Закон за опазване общественото здраве, с който се утвърждават основните фигури на обществената здравна система – окръжен, околийски, градски и общински лекар и се определя санитарна околия като основна организационна форма на здравната система. Най-висш орган за държавното здравно управление става Дирекцията за опазване на общественото здраве (ГДОЗ) към Министерството на вътрешните работи с основни функции за контрол, докато Висшия медицински съвет се определя да се занимава с научна и съветническа дейност. Като местни представители на ГДОЗ са окръжните лекари. Според чл. 22 от Закона те са длъжни: „1) да следят за опазване на общественото здраве в окръга и да следят за точното изпълнение на съществуващите закони, правилници и разпоред-

би, както и за упражняването на медицина, фармация, зъболекарство и акушерство; 2) да ревизират най-малко два пъти в годината подведомствените си околийски лекари, както и други санитарни органи и учреждения в окръга; 3) да изучават здравословното състояние на населението в окръга и преобладаващите болести, особено заразните и епидемическите, като изучават причините за тяхното появяване и разпространение и мерките, които трябва да се вземат за тяхното прекратяване; 4)да следят за редовното свикване и функциониране на окръжните хигиенически съвети; 5) да контролират надзора върху проституцията; 6) да следят за редовното извършване на вакцинация и ревакцинация; 7) да осветляват окръжните хигиенически съвети, а чрез тях окръжните съвети, за санитарните нужди на окръга, за увеличаване на санитарния персонал, за откриване на болници, приюти и други санитарни заведения"(5). Освен това, в края на всяка година окръжният лекар изготвя доклад – рапорт за дейността си и за здравното състояние на населението в окръга до ГДОЗ, заедно с предложения за мерки за „подобрение на частната и обществената хигиена". Законът за опазване на обществено здраве от 1903 г. регламентира санитарната околия като задължителна организационна форма. Във всяка административна околия могат да се обособяват няколко санитарни околии – големи не повече от 25-30 км в диаметър и с не повече от 20 000 души население (5). За всяка санитарна околия се назначава околийски лекар, който е на подчинение на окръжния. Околийският лекар, освен осъществяването на санитарно-епидемиологичния контрол, отговаря за развитието и укрепването на санитарни служби в околията, които най-често са съответни на броя на общините. Освен околийски лекар, според законодателството, за общини с население над 4000 души трябва да има назначен общински лекар. Трябва да се отбележи, че общинските лекари, подобно на околийските и окръжните, са със санитарно-контролни функции за техния район (участък), но в закона при тях вече изрично се подчертава и задължението за извършване на лечебна дейност – в амбулатория и по домовете. Медицинската помощ, оказвана от общинските лекари, е срещу определена такса, като от нея са освободени бедните, като за тази цел общинските съвети редовно снабдяват общинските лекари със списъци на бедните в общината. Освен това, тези общински лекари изпълняват дейността и на училищни лекари в общинските училища и заместват лекарите от санитарните служби в общината при необходимост (5). Общинските и околийски лекари започват да биват наричани „участъкови" сред лекарското съсловие, въпреки че подобен термин и нормативно регламентирана институция липсва в закона. Това проличава от документите на Българския лекарския съюз (БЛС) в периода 1901 -1904 г, когато се формира и утвърждава като съсловната организация. В документираната реч на д-р Ст. Тонев на първия събор на БЛС, се споменава за необходимостта за осъществяване на реформа на участъковите лекари (8). Д-р Ораховац, един от създателите на БЛС, на втория лекарски събор прави редица предложения, в които се коментира утвърждаване на институцията на участъковия лекар (8). През 1904 г. той представя разработен от него законопроект за народното здраве. В него се съдържат много прогресивни елементи за организацията на здравеопазването, за институционализирането на участъковия лекар и за здравния участък като основна организационна форма на обществена здравна система. Тези негови идеи намират отражение едва четвърт век по-късно в новия здравен акт - Закон за народното здраве, приет през март 1929 г. с указ на цар Борис III. В този здравен закон за първи път се използва термина „участъков лекар", като нормативно се определя институцията на участъковия лекар и се посочват неговите задължения и условията на които трябва да отговаря за заемането на тази длъжност. Участъковите лекари и здравните служби към тях са обезпечени от държавата, въпреки че по време на правителството на Цанков, те преминават на издръжка на общините в резултат на което много бедни общини ги закриват (2). Това се отчита за грешка и държавния им статут е върнат. Според Закона за народното здраве окръжните, околийските и общински лекари са определени като лекари-хигиенисти и са на държавни служба (заплата), поради което нямат право на частна дейност, но „в замяна получат допълнително възнаграждение"(6).

Участъковият лекар трябва да изпълнява широко обхватна дейност – лечебна, профилактична, здравно-просветна. Задълженията, свързани със санитарен надзор на околната среда, жилища, хранителни магазини, храни, питейни води, питейни заведения, заведения за хранене, училища са по-скоро в ресора на околийския лекар, но и участъковите лекари са натоварвани с някои от тези задължения за своите участъци (6). Към участъковата служба се включва и акушерска помощ, въпреки малкия брой участъкови акушерки, което е прогресивен елемент в развитието на

здравния участък. Здравно-просветната дейност се оказва една от основните прогресивни черти на българския участъков лекар, независимо, че някои исторически документи показват, че много често тази здравна просвета е свързана с личния ентусиазъм на участъковия лекар. Някои санитарни околии снабдяват свои селски участъци с прожекционни апарати за извършването на здравната пропаганда.

Докато в края на XIX век участъковия лекар е извършвал основно санитарно-противоепидемични дейности, имал е задължението да следни за заразни заболявания, да извършва ваксинации и реваксинации, да извършва съдебно-медицинска експертиза, а като професионален лечител е търсен по-слабо от населението, което се доверя повече на своите народни лечители и по-малко на дипломираните лекари. Но през следващите години, явно с промененото здравно съзнание на населението и икономическия подем на България, участъковите лекари стават все по-търсени като професионалисти. В много участъкови служби има създадени здравно-съвещателни станции, участъковият лекар извършва профилактични прегледи на децата и най-вече на кърмачетата. Здравно-съвещателната станция като част от участъковата здравна служба се институционализира със Закона за народното здраве от 1929 г. (6).

Здравните участъкови служби търпят съществено развитие през 30-те години на XX век, като към 1936 – 1939 г. има близо 500 здравни служби със здравно-съвещателни станции, За сравнение: през 1933 г. има изградени не повече от 30 такива (9, 14). Данни от годишните отчети на областните лекари сочат, че профилактиката за опазване на детското здраве е важна дейност, която те като местни здравни власти очакват да бъде съвестно изпълнявана от участъковите лекари (20). Към участъковите служби са се създавали малки аптечни пунктове, за да се осигури лекарствоснабдяването на населението и те са се завеждали от участъковите лекари. Много общини се грижат да развият своите здравни участъци с една добре снабдена амбулатория и да предоставят жилища на лекарите, готови да станат участъкови лекари. Това не означава, че няма проблеми. Много от здравните участъци в селата са непривлекателни и с неблагоприятни условия, така че лекарите бързо са ги изоставяли. Още оттогава съществува тенденция лекарите да се концентрират в градовете. Като се добави и все още малкият брой лекари в страната, се стига до това много от участъковите здравни служби да остават без лекари или да се покриват от фелдшери. Развитието на здравната участъкова служба се основа на държавна политика, като за уреждането на здравните участъци и обезпечаването им с лекари, се поддържа и от силната съсловна лекарска организация. Българският лекарски излиза на събор от 1930 г. с Резолюция за подобряване на дейността и статута на участъковите лекари с няколко основни положения: „1) Уволнението и преместването на участъковите лекари да става от Главна Дирекция Народно здраве съвместно Висшия медицински съвет, но след допитване до местния лекарски клон на БЛС; 2) Заплащането на заплатите от държавата да става редовно, „подобно на учителите в държавата" да се изплащат командировки, свързани с обучителни курсове; 3)Да се вземат мерки за снабдяване на лекарите на село с подходящо жилище, амбулатория и превозно средство. До пълното реализиране на тези искания да се дават в достатъчен размер квартирни и безотчетни за превоз пари"; 4) Работното време на лекаря в амбулаторията да бъде от 8 до 12 часа, а следобед да извършва здравно-просветна и административна и хигиенна дейност. Селата от общинските здравни участъци, които включват няколко села, да се обхождат задължително от участъковия лекар в определен период; 5) Лекари, прекарали повече от две години в селска здравна служба, да бъдат командировани за тримесечни курсове за опресняване на знанията и това опресняване да става на всеки три години; 6) Освен това редовно снабдяване на селските здравни служби с медицинска литература и подходящи пособия за здравно-просветната дейност, като например прожекционни апарати" (8).

Българският лекарски съюз е деен и активен по въпросите за условията на работа на лекарите от селските участъци, но и за място и ролята на участъковия лекар и качеството на оказваната от него медицинска помощ. БЛС излиза с предложения за реформи по отношение на здравния участък: за определяне на максималния брой население, на радиуса на територията на обслужване, за назначаването на участъковите лекари. С цел осигуряване на качествени грижи, БЛС предлага новозавършилите да не се назначават в здравните участъци, а такива, които след завършване на медицинското си образование са преминали задължителен двугодишен стаж в болница с работа в терапевтично, хирургично и кожно-венерологично отделение или лекари с най-малко тригодишна практика (частна).

Според член 221 от Закона за народното здраве за участъкови лекари се назначават лекари, работили поне една година в „клиника или в първостепенна болница", след като са „прекарали отделен курс" и са издържали успешно изпит по санитарно законодателство, санитарна администрация, епидемиология, обществена хигиена, съдебна медицина и психиатрия (6).

Една много характерна дейност на българския участъков лекар в този период е извършваната здравно-просветна дейност сред населението. Д-р М. Русев, един от първите председатели на БЛС, определя особеностите на ролята и мястото на лекаря в организираното здравеопазване по следния начин: „От лекаря у нас се изисква твърде много, повече отколкото другаде. От него очакват благосъстоянието си в здравословно отношение всички слоеве на населението. Лекарят у нас принадлежи на всеки, той е на разположение на всички страдащи, каквото и да бъде тяхното материално положение. От неговите познания и неговия труд се изисква запазването на общественото здраве. Минаха ония времена, в които деятелността и заслугата на лекаря се състоеше само в церенето на болния. Сега, откакто медицината се разви неимоверно бързо във всичките си клонове, откакто се откриха безброй нови способи, не само за разпознаване и лечение на болестите, но и за предпазване на населението от заболявания, умственият хоризонт на лекаря се разшири и кръгът на неговата деятелност стана по-голям. Лекарите дойдоха до убеждение, че тяхното изкуство за лечение е безсилно за още много болести и че те могат да допринесат за човечеството и за народите си често много по-голяма услуга, ако се постараят покрай лекуването да укрепят народното здраве и попречат на болестите да се разпространяват. Ето защо не е далече времето, когато лечебната медицина ще отстъпи мястото си на предпазната и тогава заслугата на лекаря ще бъде по-голяма." (9,20). Пример за осъзната огромна роля на профилактиката е организираният от Главната дирекция на народно здраве към МВР 16-дневен курс по предпазна медицина за участъкови, околийски и окръжни лекари, с поемане на разноските по пътуването и престоя на участниците (8).

Отношението на държавната власт за утвърждаване на силна здравна участъкова служба и мястото на участъковите лекарите в нея прозира в думите на Александър Гергинов – министър на вътрешните работи и народното здраве (1931-1934): „На обществените здравни служби трябва да се поставят подбрани лекари, които ще се ползват с доверието на обществото и на отделните лица, които ще поискат услугите... Ако ние устроим 800 добре обзаведени здравни пункта – това ще бъде нашата първична фундаментална основа за добре организирана здравна служба" (8). През 1938г. с приета наредба за изграждане на здравни домове в селата и по-малките градове се цели подобряване на битовото устройство на селския лекар и улесняване на професионалната му дейност. В резултат на това започват строежи в някои участъци на тези здравни „пунктове" или наричани още здравни домове, където се намират амбулатории, жилище и др. удобства за дейността и престоя на лекаря. Това става със средства на местната власт, но с подпомагане с държавни средства (10). Съгласно тази наредба Главна дирекция народно здраве подпомага селските и по-малки градски общини при изграждането на здравни домове. Те се строят от общината и стават нейна собственост. Средствата се набират от кредити от общинските бюджети, от материали и работна ръка, трудова повинност и други от местната власт, с определена финансово помощ от държавата.

Въпреки усилията за изграждане на стабилна мрежа от здравни участъци с квалифицирана лекарска помощ, обезпечеността с лекарски кадри е сериозен проблем за здравната система в България в проучвания период (1, 3, 10, 13). Историческите източници сочат желание на лекарите за работа на държавна служба, каквато е участъковата, но с подчертан интерес към града. В началото на XX век, като и сега, основен е стремежът за работа в градски условия. Затова много често се налага селските участъци да се попълват с фелдшерски кадри, въпреки мнението на съсловната организация, че тези места трябва да се заемат от лекари и производството на фелдшери да затихне (8, 9, 10). В държавната политика към участъковите здравни служби има моменти на слабост, които довеждат до сривове и впоследствие служат или би трябвало да служат като исторически уроци за правителствата. Например, за известно време при правителствата на Цанков и Стамболийски участъковите здравни служби преминават на издръжка от окръзите и общините. Това веднага води до съкращаване на броя им, а липсата на материална сигурност отклонява участъковите лекари от обществено-здравните начинания и здравно-просветна дейност и ги насочва основно към практикуване частна лечебна дейност.

Към края на 1944 г. в страната има 870 участъкови служби. С политическите промени в стра-

ната в края на Втората световна война започва началото на социалистическия период. Първоначално в здравната система не се извършват съществени нормативни промени в организацията на здравния участък. Дори новосъздаденото самостоятелно Министерство на народното здраве проявява приемственост по отношение на политиката на Главна дирекция народно здраве към МВР за строителството на здравни домове. С поредица от окръжни писма се изисква от общините да изберат място за строеж и да съобщят за неговия размер, какъв здравен дом ще е необходим, какви средства са осигурени, какво ще бъде трудовото участие. От своя страна, Министерството на народното здраве обещава финансова помощ и изработване на плановете. Идеята за възобновяване и ускоряване на строителството на здравните домове намира благодатна почва сред общинските власти и местното население.

Другото, което прави новото управление, е увеличаване броя на селските здравните участъци, но много от местата остават вакантни поради липсата на кадри. Затова новосъздаденото Министерството на народното здраве повишава заплатите на селските участъкови лекари, но и задължава лекарите, след завършване на образованието си и след едногодишен стаж, да прослужат две години в селски здравен участък (8). Тези мерки дават ефект и броят на селските лекари се увеличава два пъти, което обаче не е достатъчно и все още много райони остават без лекари, особено в пограничните и планински райони.

През 1948 г. се приема Указа за задължителна обществена служба на лекарите, едновременно с това започва и одържавяване на частни болници и кабинети, което довежда до запълване със здравни кадри на много селски служби (10, 12). С Постановление 2658 от 20 декември 1950 г. се утвърждава нова номенклатура и типове здравни заведения, техния йерархичен статут и цялата организационна структура на здравеопазването. С Указа за всенародната безплатна медицинска помощ от 1951 г. се формира основната нормативна система в здравеопазването, доразвита от Закон за народното здраве, приет през 1973 г (4,12).

От 1951 с Указа за всенародна безплатна помощ до 1999 г. с фактическото начало на здравната реформа в България със Закона за здравното осигуряване, обществената здравна система почива на следните принципи: държавност, безплатност, участъковост, общодостъпност, профилактична насоченост. Здравното обслужване на населението през социалистическия период на развитие на страната, базирано на тези принципи, е организирано по възприетия участъков принцип. Създават се терапевтични участъци с постоянни лекарски и сестрински екипи (участъкови екипи). Терапевтичният участък осигурява медицинска помощ на населението, което живее на територията на участъка и на организираните контингенти, които работят или учат на територията на участъка. Поради това се наричат единни терапевтични участъци. Педиатричният участък осигурява медицинска помощ на децата от 0 до 15 години, които живеят или учат на територията на участъка (единен педиатричен участък). Акушеро-гинекологичният участък осигурява акушеро-гинекологична помощ на жените, които живеят или работят на територията на участъка (единен акушеро-гинекологичен участък) (11).

Организацията на медицинското обслужване на населението в този период е построена на единни принципи, въпреки това има много различия между града и селото (11). Професионалната дейност на участъковите лекарите в селските райони се отличава със своите особености. И. Николаева в своето изследване я описва като особено тежка и отговорна в сравнение с градските участъкови лекари. Извънредната ангажираност и удължаване на работните часове, липсата на системна консултативна помощ по акушерство и гинекология, педиатрия, хирургия, неврология, липсата на подходящи условия за живот и труд са причина за голямото текучество на селските участъкови лекари, посочва И. Николаева (11). След 1975г. се разкриват филиални поликлиники в централните селища в селските общини в опит да се доближи специализираната медицинска помощ до жителите в малките градчета и селата (11,16). Анонимна анкета, извършена през 1970 г. показва, че лекарите не желаят да работят по селата поради следните причини: липса на подходяща среда, невъзможност за удовлетворяване на културните потребности, изоставане в квалификацията, липса на професионален растеж и проблем при специализацията (11, 16).

Изследователите на проблемите с кадрите в селските райони през 70-те и 80-те години на XX век предлагат серия мерки за преодоляване на дефицита с лекарските кадри по селата: чрез укрепвана на материално-техническата база, финансови стимули, създаване на благоприятни условия на труд и бит, прием на студенти от тези райони, непрекъснати грижи за специализацията на тези лекари.

В края на този етап от политическото развитие на страната (социалистическото устройство на държавата) институционалната структура на първичната здравна помощ в България е следната: поликлиники при болници: 203 броя; самостоятелни поликлиники (от четири категории в зависимост от числеността на обслужваното население): 200 броя; работнически поликлиники: 10 броя; селски здравни служби: 114 броя; селски здравни участъци: 1049 броя; фелдшерски здравни пунктове по селата: 2075 броя; самостоятелни лекарски и фелдшерски здравни пунктове в предприятията: 80 броя (15). Тези служби покриват цялата територия на страната.

Основните здравни дейности в участъка, които се осъществят амбулаторно или в дома са: диагностика, лечение, експертиза на трудоспособността, диспансеризация, (включва активно откриване, системно наблюдение на лица със здравен риск и някои хронично болни), детска и женска консултация, профилактична дейност, здравна просвета. Въпреки регламентирането в съответните нормативни документи на тези дейности, те не се изпълняват изцяло в участъците. Диагностиката, лечението и експертизата на трудоспособността на практика изцяло се включват в работа на здравния участък, но диспансерните грижи с откриването на лицата със здравен риск, промотивната и профилактична работа, не са застъпени. Интерес представлява фактът, че в най-пълен обем споменатите функции се изпълняват от селската здравна служба (4,11,15).

Краят на XX век се характеризират с крупни политически промени, които обуславят нови социални и икономически условия на живот в България. В този период се прави преоценка на съществуваща първична здравна помощ (ПЗП) с цел извършването на здравна реформа с нов финансов модел. Работна група, начело с Т. Чолакова, прави анализ на ПЗП, в който отбелязва нейните силни и слаби страни (15). Силните страни са: в страната съществува разгърната мрежа от здравни участъци, които осигуряват достъпна и без заплащане медицинска помощ, включително профилирана грижа за децата, жените и възрастните (в поликлиниките в градовете); има създадени условия за профилактична и здравно-възпитателна дейност; традиционно е свързана с населението, което я познава и има нагласа да се ползва от нея.

Съществуват обаче негативни страни, които препятстват нейното развитие и удовлетвореността на хората от ПЗП. Такива са: недостатъчно осигуряване на правата на пациентите; съществуване на нерационални и неадекватни на потребностите елементи в организацията; необосновано насочване на пациенти за консултация; липса на достатъчна мотивация на лекарите да работят в ПЗП и неефективност на техния труд (15).

Началото на XXI-ви век в България се бележи от здравна реформа, която институционализира фигурата на общопрактикуващия лекар. Така, в едни нови политически и социално-икономически условия се определя новата роля на лекаря от ПЗП, както и на пациента. Пациентът е активен участник в процеса на лечение, неговите права и автономност се зачитат. По този начин се отговаря на правото на пациента за свободен избор на лекар. Това право на свободен избор повлиява, както на ролята на лекаря, така и на пациента (15).

От лекаря в ПЗП се очаква да е стимулиран към качество на медицинската помощ и предприемачество, което от своя страна да превърне ПЗП в един икономически приемлив модел, спестяващ ограничените финансови ресурси в системата, чрез включване на функцията „гейткипинг".

Работната група, която разработва проекта за реформиране на ПЗП, предлага три форми на организация на работа: здравни центрове, самостоятелни (индивидуални) и групови лекарски практики (15). Предвижда се здравните центрове да са с общинско участие, където да работят лични лекари, терапевт, педиатър и акушер-гинеколог. Видна е идеята за запазване на позитивното от предишния период - наличието на специализирана първична грижа за деца и жени на ниво първи контакт. Предвижда се тези здравни центрове да се развиват с основната роля на общинската власт. При индивидуалните и груповите практики се предлага възможност за избор при регистрация като частно или обществено лечебно заведение (в здравен център). Груповата практика се препоръчва с предимството лекарите да могат взаимно да се заместват при необходимост и да поддържат общ персонал. Независимо от формите на регистрация на дейността в ПЗП, задължително условие, на което набляга работната група, е необходимостта от достатъчен брой медицински сестри, фелдшери, акушерки, общински сестри и социални работници.

По отношение на финансирането, освен от здравно-осигурителния фонд, работната група предлага да се осигури един минимум от финансови ресурси от държавата за нормалното функциониране на ПЗП (15).

Независимо от тези предложения и тяхната аргументация, в Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ) от 1999 г. се определят само частни форми на лекарски практики за ПЗП, без възможност за общинско участие, при положение, че такова се запазва във формите на специализираната извънболнична помощ. От този етап от развитието на ПЗП в България, виждаме, че това предложение е особено далновидно, когато в условията на финансова криза, част от населението е без здравноосигурителни права и практически без достъп до ПЗП. Достъпът до ПЗП, като неприкосновено право за всеки човек, което е определено от Алматинската конференция преди повече от 30 години и реализирано в България и преди нея, е загубено към настоящия момент.

Така, през 2000 г. в България се въвежда институцията на общопрактикуващия лекар с единствен възможен статут на самонаето лице с регистрация по Търговския закон като ЕТ, ЕООД или юридическо лице със свободна професия, без държавен ангажимент за реализиране на достъп до ПЗП.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Основите на здравната система с държавно-обществен характер с принципа на районiране в България се полагат след Освобождението с първия законодателен акт, отразяващ прогресивните идеи на руската земска медицина и демократичните традиции на българските възрожденски общини.
2. Мрежата от здравните участъци започва да съставлява гръбнакът на обществената система на здравеопазване, като нормативно институцията на участъковия лекар се утвърждава през 1929 г. със Закона за народното здраве.
3. Участъковият лекар се утвърждава като ключова фигура в здравната система с широк спектър от дейности със специално подчертавани здравно-просветни и профилактични функции.
4. Ролята на Българския лекарски съюз е незаменима за утвърждаването на участъковия лекар и за определянето му като основна фигура за общественото здравеопазване.
5. Ангажираността и отговорността на държавата ясно проличават в прегледа на законодателството от през целия период от Освобождението до 2000 г . Обезпечаването на здравната участъкова служба от държавната и общинска власт показва осмислянето, че осигуряването на основна здравна помощ е функция на здравната политика на една държава.
6. В цялата история на Третата българска държава, за първи път Държавата абдикира от своите ангажименти за подкрепа на първична здравна помощ, оставена единствено на частната инициатива на общопрактикуващите лекари в Република България.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Апостолов М., История на медицината и социалното дело,София, 1994, с.153.
2. Бобев Б., Записки по история на България, 1878 – 1944, София, 1992, с. 171.
3. Божилова К., "Документално наследство на здравната администрация и здравни професионални организации в Централния държавен архив (1879-1944)", Автореферат, София, 2012 г.
4. Гаргов К.,Т.Паскалев, А. Вълчев, Т.Трендафилов, Социална хигиена, Медицина и физкултура, София, 1970, с. 204.
5. Закон за опазване общественото здраве, обн. - ДВ, бр. 287 от 1903 г.
6. Закон за народното здраве обн. - ДВ, бр 277 от 9 март 1929 г.
7. Игнатова А., Й. Спиридонов, Здравно и професионално движение в Старозагорски окръг, под ред. П.Кушев, Стара Загора, 1986, с.57.
8. Кинов В., К. Миленков, История на БЛС от 1901 до 2002 , София, 2003, с. 147.
9. Койчев Н, Здравно състояние на област Стара Загора, 1935", изд. Светлина, 1937 г, Ст. Загора, с.188.
10. Константинов Н., Здравеопазването в България -1944-1952, София, 2006, с.403
11. Николаева И., А. Вълчев, Здраве и здравеопазване на селското население в България, Медицина и физкултура, София, 1984, с. 149.
12. Николова В., Законодателни основи на българското здравеопазване (1878 – 2000 г.), Сборник доклади от национална научна конференция „Освобождението на България и първи стъпки в изграждането на общественото здравеопазване", София, 2007: 69-78

13. Павлова В. История на медицината, Медицина и физкултура, София, 1979, с. 275.

14. Петрова Г., Здравната просвета в областта на майчинството и детството в България (Исторически поглед от Възраждането до 1950 г.), сборник „Стратегии и иновации в развитието на медицинското образование" на Медицински колеж, Стара Загора, 2012г.: 73-78.

15. Развитие на Първичната здравна помощ в Република България, Европейска общност, Програма PHARE, Министерство на здравеопазването, 1997, с. 61.

16. Фесчиева, Н., М. Манолова, Участъковият лекар - престиж, квалификация, проблеми. Социологически анализи. Варна, 1987: 134-143.

17. Чамова Г., Ю. Маринова, Св. Димитрова, Г. Петрова, Б. Парашкевова, К. Пеева, "Временни правила за устройството на медицинското управление в България" като законодателна основа на българското здравеопазване, сп. Известия, том 16, Сливен, 2009: 53-55.

18. Чамова Г., Б. Парашкевова, Ю. Маринова, Св. Димитрова, К. Пеева, Организирано от Старозагорската църковна община здравеопазване през Националното възраждане, Asklepios, XVIII, 2005: 216-219.

19. Parashkevova B., V. Tsenkova, J. Marinova et al, Dr Hrisant Bodurov –initial attempt for Public Health Care during the Bulgarian Revival. Asklepios, 2012: 26-30.

20. Parashkevova Boryana, Juliana Marinova, Krum Marinov, Iliana Pavlova, Focus On: "Health Status In Stara Zagora Region In 1935", Report By D-r Nikola G. Koychev, Regional Physician, Stara Zagora – Bulgaria. Asklepios/Асклепий, VIII (XXVII), Sofia, 2013, №2: 29-33.

21. Volodin M., Birth and death of Zemska medicine, Pervaya Crimean informatsionnaya Gazeta,263, 27.02 –05.03.2009, available on: http://1k.com.ua/263/details/9/1

Адрес за кореспонденция:
катедра Социална медицина и здравен мениджмънт
Медицински факултет,
Тракийски Университет
гл.ас. д-р Боряна Парашкевова, дм
e-mail: boriana@mf.uni-sz.bg

СТУДЕНТИТЕ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ ЗА КЛИНИЧНАТА ПРАКТИКА В ХИРУРГИЧНО ОТДЕЛЕНИЕ

Д. Гроздева, Й. Григорова, П. Пенчева

ФОЗ, Катедра „Здравни грижи"

STUDYING FOR A NURSE – A CONSCIOUS CHOICE OR A COINCIDENCE

D. Grozdeva, Y. Grigorova, P. Pencheva

Faculty of Public Health, Department of Healthcare services

РЕЗЮМЕ

Въведение: *Клиничната практика е мястото, където студентите извършват дейности в реална работна среда. В хирургичните звена медицинската сестра има широк кръг от задължения, затова е нужно студентите по здравни грижи да бъдат запознати със специалните грижи, основните хирургични заболявания и лечението им. Хирургичните отделения като цяло са бази, които създава притеснение на обучаващите се, затова искахме да разберем мнението на бъдещите медицински сестри за клиничната практика в тях.*

Цел: *Настоящото изследване има за цел да проучи мнението на студентите медицински сестри за клиничната практика в хирургично отделение.*

Материали и методи: *Проведено е анонимно анкетно проучване в периода: декември 2013 – януари 2014 г. Изследвани са 80 студенти – медицински сестри от I и II курс, обучаващи се в Медицински университет - Варна. Използвани са: документален метод, наблюдение, анкетен метод и анализ.*

Резултати и обсъждане: *Получените данни сочат, че голяма част от студентите не изпитват притеснение по време на клинична практика в хирургично отделение. За повечето от запитаните тежкото физическо и емоционално състояние на пациентите предизвиква неприятни емоции по време на работа. Прави впечатление, че това, което затруднява студентите по време на клинична практика са: недостатъчния опит в работата с пациенти, малкият обем знания и умения, комуникацията с болните.*

SUMMARY

Introduction: *The students are set in a real working environment during their clinical practice. In surgical wards, the nurse has a number of specific obligations involving the application of general and special nursing care. However, mastering and applying that knowledge, skill and habits to a surgical patient's bed in the process of clinical practice is often accompanied by a certain concern on behalf of the future nurses. That is the reason why we wanted to find out what the students experience during their clinical practice in a surgical ward.*

Aim: *This study aims to examine the nursing students' viewpoints with regard of the clinical practice in a surgical ward.*

Materials and methods: *An anonymous survey was carried out in the period of December 2013 – January 2014. 80 nursing students, 1st and 2nd-year, studying at the Medical University of Varna have been engaged in the research. The following methods have been used: documentary method, observation, questionnaire method and analysis.*

Results and comment: *According to the received information, most of the students do not experience any particular concerns during their clinical practice in a surgical ward. The grave physical and emotional condition of the patients invokes some negative emotions in the majority of questioned students. The difficulties during the clinical practice in a surgical ward are mostly related to the insufficient working experience with patients, the small amount of knowledge and skills, and communication with the patients.*

Conclusion: *The clinical practice is a particular form of education which is related to acquiring skills and education of a number of qualities in students.*

Изводи и препоръки: *Клиничната практика е форма на обучение, която е свързана с голяма отговорност за студентите и структурите, свързани с тяхното обучение. Въпреки че хирургичните стационари са тежки отделения, голяма част от завършилите студентите избират да работят в тези бази.*

Ключови думи: *медицинска сестра, студенти, хирургично отделение, клинична практика, сестрински грижи*

Surgical ward is one of the gravest units in the practical training which demands great responsibilities in part of the future nurses. Despite this, the majority of graduated students choose to work in this medical ward.

Keywords: *nurse, surgical ward, clinical practice, concerns, nursing cares.*

ВЪВЕДЕНИЕ

По време на клинична практика студентите са поставени в реална работна среда. В хирургичните отделения медицинската сестра има редица специфични задължения, свързани с прилагането на общи и специални сестрински грижи. Но овладяването и прилагането на тези знания, умения и навици до леглото на оперирания в хода на клиничната практика често е съпроводено от известно притеснение от страна на бъдещите медицински сестри. Затова искахме да разберем какво изпитват студентите по време на клинична практика в хирургично отделение. Важно е здравните специалисти да придобият не само научни знания, но също така и да усвояват такива знания, умения и компетентности, с които да отговарят на изискванията на социалната и здравната политика в страната и на европейските стандарти за качество на здравните грижи.

ЦЕЛ

Настоящото изследване има за цел да проучи мнението на студентите медицински сестри за клиничната практика в хирургично отделение.

Основните задачи в проучването са:

- съставяне на анкетна карта;
- провеждане на социологическо проучване;
- анализ на резултатите;
- изготвяне на изводи и препоръки.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

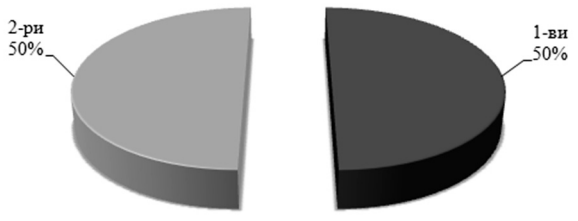
Проведено е анонимно анкетно проучване в периода: декември 2013 – януари 2014 г. Изследвани са 80 студенти – медицински сестри от I и II курс, обучаващи се в Медицински университет - Варна. Използвани са: документален метод, наблюдение, анкетен метод и анализ.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

В европейски мащаб професията „медицинска сестра" е регулирана професия и това налага повече предизвикателства пред обучението и придобиването на професионални компетенции. Усвояването на знания и умения за работа в различни звена е важен момент в съвременното здравеопазване, свободното движение на хора и възможността на медицинската сестра да се реализира професионално в различни европейски страни.

Провеждането на практическото обучение на студентите е предпоставка за формиране на професионалните им компетенции и е важен елемент от цялостния процес на обучение. Добре организираната клинична практика в значителна степен определя пълноценната подготовка на студентите като специалисти, вдъхва им увереност и подобрява мотивацията за по - нататъшна квалификация. Клиничната практика в хирургично отделение през първи и втори курс е с продължителност над 200 часа. Тази учебна база е широко застъпена в началото на обучението на медицинските сестри, за да може чрез активното участие в работния процес да се формират необходимите професионални умения и навици под контрола на преподавателя.

Хирургично отделение е клинична база, в която работата е с повишена интензивност и

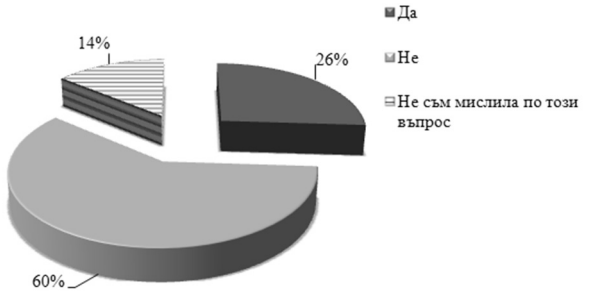


Фиг. 1 Разпределение на анкетираните по курсове

това събуди интерес у нас да проучим мнението на студентите от специалност „Медицинска сестра" относно клиничната практика в една от най-тежките учебни бази.

Професията на здравните специалисти е изключително хуманна и изисква отлично подготвени и мотивирани кадри. Необходими са добри теоретични, практични и комуникативни знания и умения за работа в хирургично отделение.

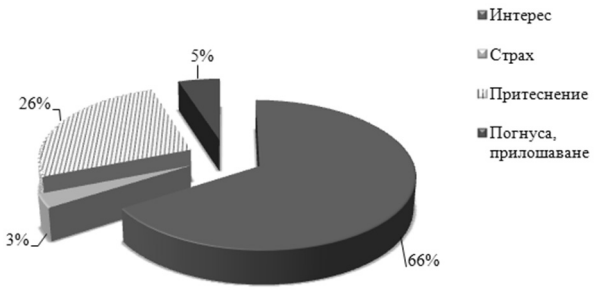
Анкетирахме 80 студенти – медицински сестри. От тях 40 се обучават в първи курс и 40 - във втори курс.



Фиг. 2. Притеснение на студентите преди клинична практика в хирургично отделение

Професионалната адаптация включва приспособяването на студента към съдържанието, условията и организацията на работа, формирането на компетенции за самостоятелна работа, свързана с подготовка за нормативно регламентираните дейности, които медицинската сестра може да извърши самостоятелно или в екип.

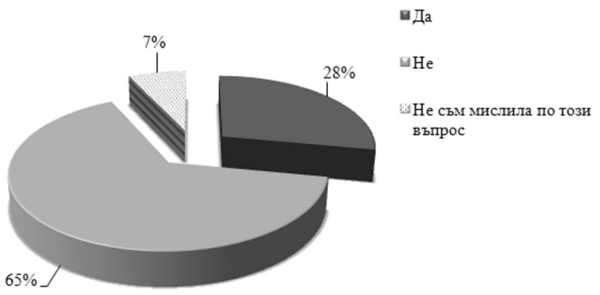
Запитахме анкетираните дали преди клиничната практика в хирургично отделение са изпитали притеснение. Повече от половината студенти (60%) са отговорили, че не са изпитвали чувство на притеснение. В голям процент така са отговорили студенти от втори курс, които вече имат натрупан опит в тази база. Друга част от запитаните (26%) се притесняват преди учебна практика. Вероятно това е резултат от различни стресиращи фактори като: динамиката на работа, страданията на пациентите и извършването



Фиг. 3. Чувства на студентите при първо посещение в хирургично отделение

на различни манипулации, голяма част от които болезнени за болните. Само 14% от запитаните не са мислили по този въпрос. Това по себе си е показател, че тези студенти не възприемат чувствата си като притеснение.

Клиничната практика предизвиква множество емоции в студентите, затова ни беше любопитно да разберем какви са били чувствата на анкетираните при първото им посещение в хирургично отделение. От всички анкетирани, 66% са проявили интерес, което е обяснимо, поради големия обем прилагани здравни грижи и оперативни интервенции. Близо ¼ (26%) са били притеснени преди клиничната си практика. Малка част са изпитали неразположение (5%) и страх (3%). Този макар и малък процент е логичен, заради стресиращата обстановка в отделението, емоционалното състояние на болните, специфичната миризма и тежкото общо състояние на оперираните. Не случайно в Учебния план е предвидена клинична практика в хирургична база във всеки семестър на първите две години от обучението на медицинските сестри. Това има за цел, освен овладяване на специфични умения, но и привикване с тежката обстановка и спецификата на работа в тези звена. За това на всеки студент му е необходим различно дълъг период от време.

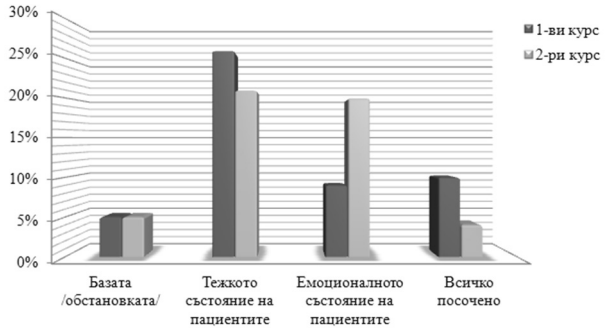


Фиг. 4. Притеснение на студентите при среща с пациент в следоперативния период

Следоперативния период обхваща времето от приключване на операцията до изписването на болния от хирургично отделение. Оперативната интервенция предизвиква редица промени в организма. В този период за оперирания са характерни: състояния на стрес, страх, тревожност, повишена чувствителност, болезнено чувство за подценяване на проблемите му, отричане, сугестия. Всичко това изисква прилагане на **личностно - индивидуален психологичен подход към болния човек.**

Повече от половината (65%) респонденти не се притесняват от среща с болен в следоперативния период по време на клинична практи-

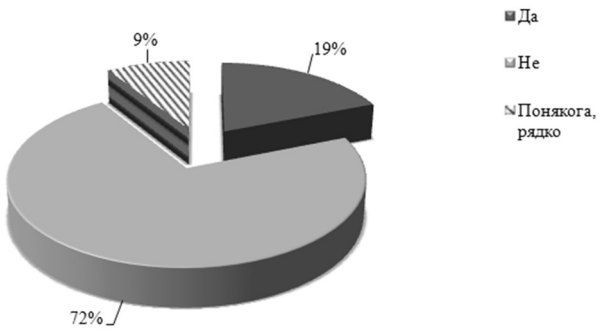
ка. Този висок процент показва увереност на студентите в техните теоретични и практически знания и умения, и свидетелства за една добра оценка за качеството на обучение в Медицински университет – Варна. Друга част (28%) от запитаните споделят, че изпитват притеснение при работа с пациентите в този период, което вероятно се дължи на проявена емпатия и съчувствие от страна на студентите към страданието на оперираните. Не са мислили по този въпрос едва 7%.



Фиг. 5. Фактори, предизвикващи неприятни емоции по време на клинична практика в хирургично отделение

Напрегнатото емоционално състояние и болката на пациентите в хирургичните звена предизвикват емпатията на бъдещите медицински сестри. Съпричастността към психическото и физическото страдание формират неприятни емоции у студентите по време на клинична практика.

От анкетираните голям процент посочват, че тежкото соматично (40%) и емоционално (30%) състояние на пациентите предизвикват отрицателни емоции в тях. За 14% от отговорилите обстановката в хирургичното отделение създава тягостни чувства, а за 16% те са породени от отношението на екипа.

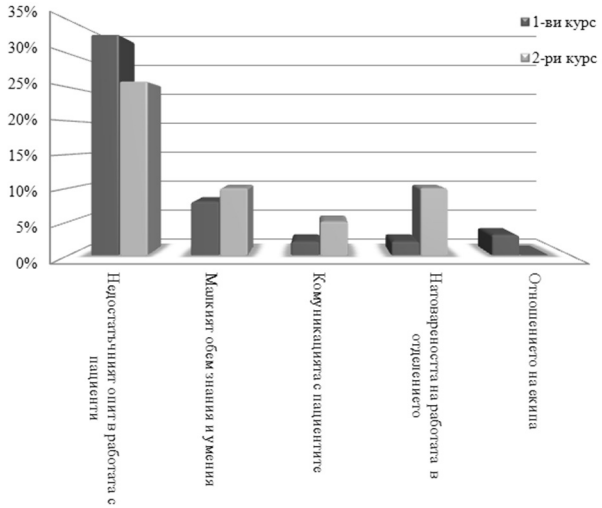


Фиг. 6. Затруднения на студентите при работа с пациенти по време на клинична практика

Болестта изменя психиката на болния и той тежко преживява раздялата с близките си. Обкръжението от непознати хора, болезнените манипулации и хирургичните интервенции предизвикват неприятни емоции, което в голяма степен затруднява изпълнението на задълженията на медицинската сестра.

На въпроса дали изпитват затруднения при работа с пациенти в хирургично отделение, 72% от студентите са посочили, че не изпитват трудности. Проблеми при изпълнение на практически задачи срещат 19%, а 9% от студентите се затрудняват само понякога.

Фактът, че все пак, макар и малко, има студенти, които срещат затруднения при изпълнение на практически задачи в хирургично отделение ни провокира да потърсим причините за това.



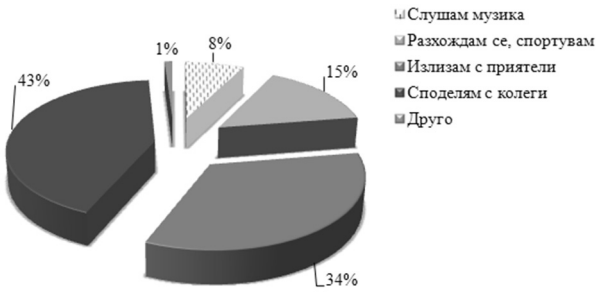
Фиг. 7. Причини за трудностите при работа с хирургично болни

Половината (50%) от респондентите споделят, че недостатъчният опит в работата с пациенти ги затруднява при оказване на здравни грижи. Около ¼ са тези, които се затрудняват, поради малкия обем знания и умения. Този резултат се дължи на недостатъчните теоретични знания на анкетираните студенти, които са от първи и втори курс. В този период на своето обучение те все още не познават или са в процес на усвояване на специалните сестрински грижи при хирургично болни. За 14% от запитаните трудност им създава интензивността на работа в хирургичното отделение, а малка част (3,5%) посочват отношението на екипа за препятствие по време на клинична практика.

Проблемите, които се налага да преодоляват бъдещите медицински сестри по време на клинична практика неминуемо водят до стрес.

Според редица изследвания, студентите медицински сестри често изпитват стрес по време на учебните и практическите занятия, свър-

зани с професионалната им подготовка, което може да доведе до психологическо и емоционално увреждане.



Фиг. 8. Справяне със стреса, натрупан по време на клинична практика

Бъдещите специалсти по здравни грижи прилагат различни стратегии за справяне със стреса, натрупан по време на клинична практика. Около от половината (44%) от запитаните споделят с колеги преживяванията и притесненията си, 34% излизат с приятели, за да се разсеят и да се преборят с отрицателните емоции. Една част (15%) се справят със стреса като се разхождат или спортуват, а друга част (7%) като слушат музика. Това е добър показател за справяне със стреса. Споделянето с колеги и приятели дава възможност да се търсят решения, да се обмени опит при подобни ситуации, да се огледат проблемите от повече страни, да се чуят други мнения.

ИЗВОДИ

От получените резултати от нашето проучване, бихме могли да направим следните изводи:

1. Значителна част от студентите медицински сестри, обучаващи се в Медицински университет – Варна не изпитват притеснения от клиничната практика в хирургично отделение.
2. Над 2/3 от респондентите не изпитват затруднения при среща с пациента в следоперативния период.
3. Почти всички анкетирани проявяват емпатия към хирургично болните.
4. Изключително голяма част от студените считат, че трудностите при изпълнение на практически задачи в хирургично отделение се дължат на недостатъчния опит в работата и малкия обем знания и умения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Клиничната практика е форма на обучение, свързана с голяма отговорност за студентите и структурите, ангажирани с тяхното обучение. Голяма роля по време на практическото обучение за формиране на знания и умения имат нагласите и мотивацията на студентите. Практиката показва, че въпреки сериозните бариери, които студентите трябва да преодоляват по време на клинична практика в хирургично отделение, значителна част от тях се стремят да се реализират по-късно именно в това звено.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Андонова, А., Обучението на медицинските сестри. Роля на мотивацията, Ст. Загора, 2013
2. Балканска П., За умението да общуваме с пациента, сп. Сестринско дело, бр. 41/ 2009 г., стр. 26-30
3. Димитрова М. и Стамболова И., Проблеми на професионалното общуване на медицинските сестри, сп. Сестринско дело, бр. 42/2010 г., стр. 7-11
4. Попов, Т., Мотивация на студентите, обучавани в системата на общественото здраве, сп. Здр. мениджмънт, бр.2/2006 г. стр. 55-59
5. Тончева С., Фактори, определящи професионалния имидж на медицинската сестра, сп. Сестринско дело, бр. 44/2012 г., стр. 24-30.

Адрес за кореспонденция:
гр. Варна, п.к. 9002, ул. „Марин Дринов“ 55
Тел: + 359 52 677 011, + 359 52 677 274
E-mail: dekanat_foz@mu-varna.bg
dgrozdeva69@abv.bg

ЗА ПРАВОТО НА УСТАНОВЕН ПРОИЗХОД И СЛУЖЕБНАТА ТАЙНА ПРИ АСИСТИРАНАТА РЕПРОДУКЦИЯ

Мария П. Петрова

Варненски свободен университет „Черноризец Храбър”

OF THE RIGHT OF ESTABLISHED PARENTAGE AND OFFICIAL SECRECY IN ASSISTED REPRODUCTION

Mariya Petrova

Varna Free University „Chernorizets Hrabar”

РЕЗЮМЕ

Правото на установен произход не е изрично изведено в нормите на международното право или правото на Европейския съюз, нито като основно право в Конституцията на Република България. Същевременно правната регламентация за спазване на служебна тайна по Наредба № 28 от 20 юни 2007 г. за дейности по асистирана репродукция изключва възможността да се установи произходът от биологичния/те родител/и (донор/и), респективно – да се установи връзката родител-дете.

Целта на изследването е да се анализират опасностите от неустановения/неустановимия произход при дейностите по асистирана репродукция, като се изведат възможните решения на разглежданите проблеми.

Материалът, на който се основава изследването, е действащото законодателство, в частта, която регламентира дейностите по асистирана репродукция, както и в частта, която урежда въпросите на семейноправния произход.

Методите на изследването:

- *преглед на литературата и законодателството по темата*
- *теоретичен анализ на правната регламентация по темата*

Неустановеният/неустановимият произход от биологичния/те родител/и, водещ и до неустановеното/неустановимото родство между родители и деца крие редица опасности в две насоки: 1) при вземане на решения в животозастрашаващи ситуации (изискващи например кръвопреливане или трансплантации на органи, на костен мозък, на стволови клетки и др.); 2) възмож-

SUMMARY

The right of established parentage has not been worked out in the regulations of international law or European Union law neither has it been worked out as a basic substantive right in the Constitution of Republic of Bulgaria. At the same time the legal regulation for keeping official secrecy under Enactment № 28 dated 20 June 2007 regarding assisted reproduction activities excludes the possibility for parentage from the biological parent/parents (donor/donors) to be established, respectively the parent-child relationship to be established.

The target of the research is the dangers of non-established /non-establishable parentage in the assisted reproduction to be analyzed and the possible solutions of the problems under examination to be drawn up.

The material on which the research is based is the active legislation in the part that regulates the assisted reproduction activities as well as in the part that settles the parentage under the family law.

Methods of research

- *review of literature and legislation on the topic*
- *theoretical analysis of the legal regulation on the topic*

The non-established /non-establishable parentage from the biological parent/parents leading to non-established/non-establishable kinship between parents and children hides a series of dangers in two directions: 1) when making decisions in life-threatening situations (that require for example blood transfusion, transplantation of organs, marrow, stem cells and the like); 2) the possible unconscious sexual relationships between the closest degrees of kinship which in their most negative variant lead to expressing

ните неосъзнати полови връзки между роднини от най-близките степени на родство, които в най-неблагоприятния си вариант водят до експресиране на генетични аномалии, а също така биха съставлявали кръвосмешение.

Може да се направи извод за необходимостта от въвеждането на правна регламентация, която да бъде съобразена с опасностите, които крие служебната тайна при предвидените в законодателството и прилагани на практика методи на асистирана репродукция.

Ключови думи*: рроизход, асистирана репродукция, право на установен произход, генетични аномалии, родство, кръвосмешение*

of genetic anomalies and which would also constitute incest.

A conclusion can be drawn about the necessity of introducing of legal regulation consistent with the dangers which the official secrecy hides under the envisaged in legislation and put into practice methods of assisted reproduction.

Keywords*: Parentage, assisted reproduction, right to established parentage, genetic anomalies, kinship, incest*

1. Въведение.

Под „право на установен произход" трябва да се разбира правото да се установи биологичната истина относно произхода, от чието установяване по предписаните от законодателството способи и ред пряко (въз основа на закона) възниква правоотношението (правната връзка) между родител и дете.

*Правото на установен прои*зход не е изрично формулирано в нормите на международното право или правото на Европейския съюз. То не е визирано като основно право и в Конституцията на Република България от 1991 г.[1] Но то може да бъде изведено както от Конвенцията за правата на детето (от чл. 7, ал. 1)[2], така и от Конституцията на Република България (от чл. 47)[3], от Семейния ни кодекс от 2009 г. (от Глава шеста, от чл. 60 до чл. 73 включително)[4] и от отделни правни норми от други нормативни актове.

Същевременно правната регламентация за спазване на *служебна тайна при асистирана репродукция* по Наредба № 28 от 20 юни 2007 г. за дейности по асистирана репродукция[5] в определени хипотези изключва възможността да се установи произходът от биологичния/те родител/и (донор/и)[6], респективно – да се установи биологичната и правната връзка родител-дете.

В българската правна литература все още няма изследвания по повдиганите с настоящото изложение проблеми, но практиката налага задълбочения им анализ предвид рисковете от правните и други последици, които за в бъдеще ще настъпват много по-често от гледна точка на непрекъснато увеличаващия се брой деца, създавани чрез методите на асистирана репродукция.

Донорството на генетичен материал предполага и налага своевременна промяна на действащото ни законодателство, което по адекватен начин да уреди правото на детето да познава своите родители дори, когато става въпрос само за донорство, а не за същинско родителство и съответно – да предотврати евентуалните негативни последици както от юридически характер, но най-вече и от гледна точка на живота и здравето на детето, а в обратен смисъл – на самите донори, от които то е създадено.

При много случаи медицината е безсилна, ако няма данни за биологичния произход на дадено лице, а това би могло реално да застраши не само здравето, но и живота на даден човек, които са закриляни и гарантирани от държавата[7].

2. Правото на установен произход и правото на детето да познава своите родители.

За да се изследват последиците от неустановения/неустановимия произход на дадено дете от

[1] Съкратено КРБ'1991.

[2] Според чл. 7, ал. 1 от същата конвенция детето още от рождението си има право да познава своите родители, доколкото това е възможно.

[3] В чл. 47, ал. 1 от КРБ са уредени правата и задълженията на родителите да отглеждат и възпитават децата си до навършването на пълнолетието им, а според ал. 3 от същия член децата, родени извън брака и в брака имат равни права (разбира се, когато става въпрос за деца с установен и неоспорен произход – бел. моя).

[4] Съкратено СК'2009 г.

[5] Съкратено Наредба № 28/2007 г.

[6] В това число от мъжа-донор, по смисъла на чл. 9, ал. 5-7, както и от жената-донор, по смисъла на чл. 14, ал. 2-4 от Наредба № 28/2007 г.

[7] Правото на живот е конституционно признатото висше, неотменимо и гарантирано от държавата ни основно право (чл. 28 от КРБ), а здравето е висше благо, което следва да бъде опазвано (чл. 1 от Закона за здравето).

неговите родители, е необходимо да се открояят някои особености и различия от теоретично естество, които имат голямо практическо значение.

Правото на установен произход на дадено лице и правото на детето да познава своите родители не са еднозначни права.

При *правото на установен произход* е важно да се създаде правната връзка родител-дете, докато правото на дадено дете да познава своите родители не води до създавате на правоотношението родител-дете. Достатъчно е детето да познава своите родители, макар и то да има създадена правна връзка родител-дете с други лица, имащи качеството на родители. Такива са например случаите, при които детето познава лицето/лицата, от което/които произхожда биологично, въпреки неустановения си правен произход от него/тях и създадената правна връзка с друго лице/други лица (например при презумпцията за бащинство на съпруга на майката по чл. 61 от СК'2009 г., при непълното осиновяване по чл. 102 от СК'2009 г., както и при осиновяването от съпруг на родителя по чл. 103 от СК'2009 г., или при припознаване по чл. 64 от СК'2009 г., когато биологичният родител и припознаващият не са едно и също лице).

Правото на установен произход цели създаването на правоотношението „родител-дете" с произтичащите от него права и задължения за участниците в тази правна връзка – както за родителите, така и за децата.

Правото на детето да познава своите родители може да се интерпретира по два начина. От една страна, то може да се разглежда като част от правомощията на детето във връзка с правото му да има установен произход. И това е традиционното възприемане на правото на детето да познава своите родители, когато родителите упражняват своите права и задължения в пълен обем. Тук става въпрос за фактическа яснота, която води и до създаване на правоотношението „родител-дете".

Но, от друга страна, в случаите, когато се касае за анонимно донорство при асистирана репродукция, правото на детето да познава своите родители трябва да се отграничи от правото на установен произход. Тук става въпрос за фактическа яснота, която не води до създаване на правоотношението „родител-дете". Това отграничение произтича както от текста на чл. 7, ал. 1 от Конвенцията за правата на детето, който изрично обвързва познаването с условието „доколкото е възможно", така и от смисъла на анонимното донорство – да се подпомогне създаването на дете по изкуствен път, а не създаване на общо между донора и рецепиента потомство[8]. В такива случаи донорът не може да претендира родителски права, нито могат да му се вменят родителски задължения по отношение на детето, създадено с дарения от него генетичен материал, съответно – детето не би трябвало да има право да претендира установяване на произхода си от донора, с чийто генетичен материал е създадено. В случай на анонимно донорство не може въобще да става въпрос за установяване на произход от анонимния донор, съответно – за създаване на правна връзка между него и детето, което е създадено с негов генетичен материал.

3. Правната уредба на проблема с анонимното донорство и служебната тайна при асистираната репродукция в чуждите законодателства.

Основен принцип в донорството, в това число и при асистираната репродукция е принципът за анонимност на донора[9]. Той се основава на етичното задължение за максимална полза и свеждане до минимум на вредите за донора при спазване на правото за зачитане на личния му живот[10]. В изпълнение на тези принципи е регламентирано и правилото за спазване на служебна тайна при асистираната репродукция[11].

В различните държави принципът за анонимност на донора и спазване на служебната тайна при асистирана репродукция са уредени по различен начин. Но в повечето страни в Европа, както и в САЩ, Канада и Русия донорството е анонимно и не се позволява разкриването на служебната тайна при асистираната репродукция[12].

Според Белгийския граждански кодекс не е възможно да се осъществи семейна връзка меж-

[8] В същия смисъл вж. Ставру, Стоян. Произход на дете при асистирана репродукция. Общество и право, 7/2010, с. 45.

[9] Вж. Директива 2004/23/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 31 март 2004 година относно установяването на стандарти за качество и безопасност при даряването, доставянето, контрола, преработването, съхраняването, съхранението и разпределянето на човешки тъкани и клетки.

[10] По-подробно вж. Международния пакт за граждански и политически права и Конвенцията за правата на детето.

[11] Вж. чл. 9, ал. 5-7 и чл. 14, ал. 2-4 от Наредба № 28/2007 г.

[12] По-подробно вж. Регламентиране на сурогатното майчинство и ин витро процедурите. Законодателно проучване на Народното събрание. http://www.parliament.bg/students/index.php?action=displays&id=274.

ду дарител и детето, родено от неговото дарение. Семейноправната връзка възниква между авторите на родителския проект и детето. Не е позволено и търсене на наследство от донора или обратното – от децата, създадени с генетичния материал на донора.

В Германия, при спазване на правилото, че всеки човек има право да знае произхода си, анонимността на донора не е гарантирана. Но донорът няма право да получава информация за създадените с неговите полови клетки деца.

Във Великобритания и Северна Ирландия още от 1992 г. се разрешава разкриването на информация на определени трети лица. А след законодателни промени от 2004 г. данни относно донорите на яйцеклетки и сперматозоиди, регистрирани след 1-ви април 2005 г., включително името и последния адрес на донора, могат да бъдат разкривани на потомството. Съществуват даже мнения, че анонимността трябва да се разширява и да включва и двете имена на биологичните родители в акта за раждане на детето.

В САЩ, в Канада и в Русия личността на донора представлява медицинска тайна.

Във Франция двойката-реципиент и двойката-донор не могат да научат самоличността си. Но в случай на необходимост от медицинска интервенция, лекарят има достъп до медицинска информация, незасягаща самоличността на двойката-дарител на ембриона.

В Швейцария донорът не може да научи по никакъв начин самоличността на детето, нито родителите на детето не могат да научат неговата. Детето може при навършване на пълнолетие да получи данни за донора си.

Представените правни решения в различни чужди законодателства наред с останалите споделени в настоящото изложение виждания дават основание да се преосмисли и усъвършенства законодателната уредба и в нашата държава.

4. Последиците, които произтичат от анонимното донорство.

Служебната тайна при асистираната репродукция, подобно на тайната на осиновяването са предмет на различни дискусии с полярни гледища[13]. Към настоящия момент никой в България не е дръзнал да заеме официално законодателна инициатива за разкриване на служебната тайна при асистирана репродукция, вероятно не само заради деликатността на самите процедури, но и заради множеството възникващи въпроси преди всичко от медицинско, етично, психологично, социологично и правно естество.

Съществува и реалният риск от злоупотреба с данните на донорите, рецепиентите и децата, създадени и създавани по изкуствен път. Затова се налага изключително внимателен подход при решаването на проблемите, произтичащи от служебната тайна при разглеждания вид донорство.

Не може да се отрече обаче, че непознаването на анонимния донор от страна на детето, а в обратния смисъл – непознаването на рецепиента, както и на детето от страна на донора, крият сериозни рискове и безспорно не винаги водят до благоприятни последици.

С ясното осъзнаване за липса на каквато и да било изчерпателност по темата, или най-общо, последиците от тайното донорство могат да бъдат групирани в няколко насоки.

Първа насока. Последиците, които могат да настъпят при асистираната репродукция имат преди всичко значение за живота и здравето на детето и на анонимния донор.

Когато се касае за болести, предавани по генетичен път, или когато се касае за животозастрашаващи ситуации (изискващи например кръвопреливане, трансплантации на органи, на костен мозък, на стволови клетки и др.), особено когато другият родител (рецепиентът) е починал или отсъства, има значение дали детето и анонимният донор се познават, за да може да се пристъпи към необходимите медицински процедури. При това могат да бъдат засегнати и животът и здравето и на трети лица (например другите деца на донора или неговите родители).

Засега в България не е предвидено законодателно решение на тези проблеми.

Втора насока. Могат да настъпят и други последици, които да се породят от възможни неосъзнати полови връзки между роднини от най-близките степени на родство, като в най-неблагоприятния си вариант те биха довели както до експресиране на генетични аномалии.

Според редица медицински изследвания създаването на потомство между роднини по права линия или от съребрена от най-близките степени предполагат аномалии, които не са в интерес нито на децата или техните родители, нито е в интерес на обществото, съответно – на държавата ни. Дали обществото би стигнало до абсурда – ДНК профилиране преди създаването на

[13] За предимствата и недостатъците по-подробно вж. Регламентиране на сурогатното майчинство и ин витро процедурите. Законодателно проучване на Народното събрание. http://www.parliament.bg/students/index.php?action=displays&id=274.

потомство?! Очевидно поне на този етап това е немислимо.

Трета насока. Неосъзнатите, но възможни полови контакти между детето и тайния донор, или между деца, които вследствие на асистирана репродукция са биологични братя и сестри или други близки роднини по права или съребрена линия могат да се окачествят и като същинско (биологично) кръвосмешение, независимо че от правна гледна точка кръвосмешението не би било установимо, съответно – не би било наказуемо без да е установен произходът между лицата, които го осъществяват[14].

Това не изключва случайното узнаване на тези обстоятелства (например при определени медицински изследвания или процедури) и дълбоко психологичните травми, които биха могли да се отразят на психичното здраве на потърпевшите лица[15].

Означава ли това, че преди интимни контакти конкретните партньори, евентуално – при сключването на брак ще трябва да се подложат на ДНК тестове?!...

Много и разнопосочни са проблемите, свързани с анонимното донорство. Въпрос на време е обаче те да бъдат дълбоко осмислени, така както и последиците, които биха настъпили от него, за да се стигне до ефективна правна уредба. Необходима е и законодателна воля за това.

4. Последиците, които произтичат от премахване на служебната тайна при анонимното донорство.

В зависимост от различни критерии последиците, които могат да произтекат от премахване на служебната тайна при донорството, биха могли да се разгледат като предимства и/или като недостатъци.

От гледна точка на медицината, и по-конкретно – на превантивната медицина е важно да се предвидят и предотвратят вредите, които асистираната репродукция би нанесла не само на здравето на реципиентите и/или на анонимните донори (в конкретната разглеждана тема), но също така и вредите, които биха настъпили за поколението (при това не само за първото, но и за следващите поколения).

От гледна точка на различните области в медицината, например генетиката, служебната тайна крие повече опасности, отколкото ползи. Най-опасни са рисковете от генетични аномалии в поколението, плод на асистираната репродукция с генетичен материал от анонимен донор при кръвно родство от най-близките родствени линии. Положителният ефект е ясен днес – повече създадени деца. Дали това е добро бъдеще за създадените и създаваните по изкуствен път деца и за следващите ги поколения – е въпрос, по който засега в българското законодателство няма правна уредба.

От гледна точка на психологията или социологията трябва да се отчитат нагласите на донорите и реципиентите, а така също доколко едно дете може да възприеме ролята на биологичните си създатели и функциите на юридическите си родители така, че да „разпределя" чувствата си, правата и отговорностите си…

От гледна точка на етиката трябва да се отчете кое може да се приеме за приоритет – гарантираната анонимност на донора или правото на детето да познава биологичните си родители… Ако се съпоставят от една страна – правото на даден индивид да има поколение на всяка цена с произтичащите от това права и задължения (гледната точка на реципиента), от втора страна – с правото на друго лице да дари своя генетичен материал, но без значение на кого и без обвързване с каквито и да било права и задължения по отношение на детето, което ще се създаде (гледната точка на анонимния донор) и от трета стана – с правото на детето да познава своите биологични създатели, тогава кое е правилното решение – да има или да няма служебна тайна?!...

---

[14] Освен неангажиране на друга наказателна отговорност при непознаване на произхода си анонимният донор няма как да знае и може да декларира неверни данни за липса на родствени връзки с реципиента по чл. 6, ал. 1, т. 1 от Наредба № 28/2007 г. (бел. моя).

[15] Такъв случай е описан в Япония, при брачна двойка, която след зачеването на първото си дете е пристъпила към рутинен генетичен тест, от който се е изяснило, че съпрузите са биологични брат и сестра. Вж. Съпрузи в шок-направили рутинен ДНК тест в очакване на бебе и разбрали, че са брат и сестра. http://www.zajenata.bg/съпрузи-в-шок-направили-рутинен-днк-тест-в-очакване-на-бебе-и-разбрали-че-са-брат-и-сестра-news12935.html. По данни на британският в. „Дейли мейл" двама влюбени от Южна Африка, които имали връзка от пет години, в навечерието на сватбата си и след като жената била вече бременна в осмия месец от бременността си, изпаднали в шок, след като научили, че всъщност са брат и сестра. Вж. След 5 г. връзка влюбени научиха, че са брат и сестра. http://www.dnes.bg/akoshtete-vqrvaite/2011/11/04/sled-5-g-vryzka-vliubeni-nauchiha-che-sa-brat-i-sestra.133138.

Каквато и да е гледната точка – няма как да се постигне еднозначно решение така, че да не се засегнат нечии права. Акцентът по-скоро трябва да се постави върху приоритета на благата, които преследва обществения интерес. И тук би следвало да се намеси правото. Законодателно, но след отчитане на конкретните обществени отношения и техните особености, с изрично предвидени способи и ред трябва да се преформулират правилата в сферата на асистираната репродукция при участието на анонимни дарители. При това, или служебната тайна трябва да отпадне изцяло, както е във Великобритания и Северна Ирландия, или при известни ограничения, както е например във Франция.

Въпрос на време е това да се случи и България. Не бива обаче анонимното донорство да създава предпоставки за повече вреди, отколкото ползи за бъдещите поколения, респективно – за обществото.

И тук могат да се открояят няколко основни насоки във връзка с последиците, които могат да произтекат от премахване на служебната тайна при анонимното донорство.

Първа насока. Възможно е да се стигне до отлив от или спад на донорството. Така например, се е случило във Великобритания и Северна Ирландия след 2005 г., когато са въведени законодателните промени, които премахват правото на анонимност на донорите[16].

Затова трябва да се намери балансът между интересите на участниците в асистираната репродукция – рецепиенти, анонимни донори и деца.

Втора насока. Не е изключено от премахване на служебната тайна да се стигне до всякакъв вид злоупотреби – психологически натиск, изнудване и т.н. с цел парично и/или имотно и/или лично облагодетелстване, намеса в личния живот на детето, на двойката-реципиент и/или двойката-донор.

В законодателството трябва да се въведат и такива норми, които да регламентират ясно правата и задълженията, както и санкциите при злоупотреба с права в конкретната разглеждана материя.

Трета насока. При премахването на служебната тайна е възможно да се постигне ефект с аналогична сила, каквато би била при разкриване на биологичния родител при деликатни случаи, като изнасилване или осиновяване.

В тази насока също трябва да се изведат ясни и категорични правила за конкретни санкции с правна сила.

Четвърта насока. Възможно е да се стигне и до разпадане на съществуващи семейства, членове от които са станали анонимни донори и/или рецепиенти.

Това всъщност е може би най-деликатната сфера, която би засегнала широк кръг лица, и която най-трудно би се поддала на балансирани законодателни решения.

5. Изводи, предложения de lege ferenda и заключение.

С оглед на поставените проблеми може да се направи извод за необходимостта от въвеждането на правна регламентация, която да бъде съобразена с опасностите, които крие тайното донорство при предвидените в законодателството и прилаганите на практика методи на асистирана репродукция.

Неустановеният/неустановимият произход от анонимния донор при асистираната репродукция, водещ и до неустановеното/неустановимото родство между родители и деца крие редица опасности, които могат да бъдат преодолени чрез законодателни промени, със създаването на правни норми, които изрично, ясно и точно да уредят отношенията между участниците в процедурите по асистирана репродукция – анонимния донор и рецепиента, както и детето, създадено вследствие на тези процедури. Трябва да се предоставят определени права и на третите засегнати или заинтересовани от асистираната репродукция лица.

Още повече, че самият законодател в чл. 9, ал. 7 и в чл. 14, ал. 3 от Наредба № 28/2007 г. е предвидил изключения за служебната тайна „освен в случаите, посочени в закон". Тези изключения обаче засега не са изрично доразвити в законодателството ни[17].

Евентуално, по аналогия с текста на чл. 105 от СК'2009 г.[18], би могло да се предвиди правото на

[16] Вж. Регламентиране на сурогатното майчинство и ин витро процедурите. Законодателно проучване на Народното събрание. http://www.parliament.bg/students/index.php?action=displays&id=274.

[17] Освен най-общо, с правните норми на Закона за защита на класифицираната информация, според чл. 1, ал. 3 от който служебната тайна е призната за класифицирана информация (бел. моя).

[18] Според чл. 105 от СК'2009 г. е допустимо осиновителите или навършилият шестнадесет години осиновен „да поискат от окръжния съд, постановил решението за допускане на осиновяването, да им бъде предоставена информация за произхода на осиновения, когато важни обстоятелства налагат това".

информация, когато важни обстоятелства налагат това.

В този смисъл чл. 9 и чл. 14 биха могли да бъдат допълнени с по една алинея, съответно – ал. 9 в чл. 9 и ал. 5 в чл. 14 с аналогичния текст:

Донорът, рецепиентът, детето, както и заинтересованите лица могат да поискат от окръжния съд по местонахождението на медицинското заведение, осъществило асистираната репродукция, да им бъде предоставена информацията по предходните алинеи, когато важни обстоятелства, свързани с живота и здравето на молителя, налагат това. Окръжният съд в съдебно заседание при закрити врата, след като изслуша рожденитe родители и заключението на прокурора, се произнася с решение.

При евентуално приемане на такъв текст би се спазило и правото на информация, при условие, че се спазят и правилата на Закона за защита на класифицираната информация.

Вероятно ще трябва да минат десетилетия, или поне едно-две поколения още, за да може да се констатират конкретните ползи и вреди от асистираната репродукция, при това не толкова като преки, а като косвени последици от нея.

А доколкото една от основните цели на превантивната медицина е да предотврати щетите, които гените биха могли да причинят[19], въпрос на време е и законодателят да възприеме нов подход при решаването на правни хипотези при асистираната репродукция, както и да включи много повече от скромно предложените в настоящото изложение промени.

ИЗТОЧНИЦИ

1. Ставру, Стоян. Произход на дете при асистирана репродукция. Общество и право, 7/2010, с. 45.
2. Международен пакт за граждански и политически права. Обн. ДВ. бр. 43 от 28 май 1976 г.
3. Конвенция за правата на детето. Обн. ДВ. бр. 55 от 12 юли 1991 г.
4. Директива 2004/23/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 31 март 2004 година относно установяването на стандарти за качество и безопасност при даряването, доставянето, контрола, преработването, съхраняването, съхранението и разпределянето на човешки тъкани и клетки.
5. Конституция на Република България. В сила от 13.07.1991 г. Обн. ДВ. бр. 56 от 13 юли 1991 г., с посл. изм. ДВ. бр.12 от 6 февруари 2007 г.
6. Семеен кодекс. В сила от 01.10.2009 г. Обн. ДВ. бр. 47 от 23 юни 2009г., с посл. изм. ДВ. бр.68 от 2 август 2013 г.
7. Закон за закрила на детето. Обн. ДВ. бр.48 от 13 Юни 2000 г., с посл. изм. и доп. ДВ. бр. 84 от 27 септември 2013 г.
8. Закон за защита на класифицираната информация. Обн. ДВ. бр.45 от 30 април 2002 г., с посл. изм. ДВ. бр. 70 от 9 август 2013 г.
9. Закона за здравето. В сила от 01.01.2005 г. Обн. ДВ. бр. 70 от 10 август 2004 г., с посл. изм. и доп. ДВ. бр. 1 от 3 януари 2014 г.
10. Наредба от 20 юни 2007 г. за дейности по асистирана репродукция. Издадена от Министерството на здравеопазването. Обн. ДВ. бр. 55 от 6 юли 2007 г., с посл. изм. и доп. ДВ. бр. 34 от 15 април 2014 г.
11. ДНК: най-новите открития. http://vbox7.com/play:1408d5c0d0.
12. Регламентиране на сурогатното майчинство и ин витро процедурите. Законодателно проучване на Народното събрание. http://www.parliament.bg/students/index.php?action=displays&id=274.
13. След 5 г. връзка влюбени научиха, че са брат и сестра. http://www.dnes.bg/akoshtete-vqrvaite/2011/11/04/sled-5-g-vryzka-vliubeni-nauchiha-che-sa-brat-i-sestra.133138.
14. Съпрузи в шок-направили рутинен ДНК тест в очакване на бебе и разбрали, че са брат и сестра. http://www.zajenata.bg/съпрузи-в-шок-направили-рутинен-днк-тест-в-очакване-на-бебе-и-разбрали-че-са-брат-и-сестра-news12935.html.

Адрес за кореспонденция:
Варненски свободен университет „Черноризец Храбър", Юридически факултет, Катедра „Правни науки", к.к. „Чайка", гр. Варна, 9007 тел. +359889307711. e-mail: mariya.p.petrova@abv.bg

[19] Вж. ДНК: най-новите открития. http://vbox7.com/play:1408d5c0d0.

УДОВЛЕТВОРЕНОСТ НА ПАЦИЕНТИТЕ ОТ БОЛНИЧНА ПОМОЩ – РЕЗУЛТАТИ ОТ АНКЕТНИ ПРОУЧВАНИЯ ПРИ АКРЕДИТАЦИЯ

Милена Владимирова, Наташка Данова

Национален център по обществено здраве и анализи – София

PATIENT SATISFACTION IN PATIENT SERVICES - RESULTS OF A SURVEY AT THE ACCREDITATION

Milena Vladimirova, Natashka Danova

National Center of Public Health and Analyses

РЕЗЮМЕ

През последните години в редица страни се наблюдава развитие и утвърждаване на потребителски ориентирани здравни системи, в които удовлетвореността на пациента заема съществено място.

Проучването на удовлетвореността на пациентите от болнична помощ е задължителна част в докладите на експертните комисии за акредитация на болниците у нас и е показател за качеството на предлаганите здравни услуги. Установява се висока степен на удовлетвореност на пациентите: 95% не са срещнали никакви трудности при постъпването; 80% са напълно доволни от предоставената им информация; 91% са доволни от отношението на лекарите и 93% - от отношението на сестрите; 88% са доволни от битовото обслужване. Най-критични са пациентите по отношение на количеството и качеството на храната (59.3%). Като цяло анкетираните дават висока оценка за болницата и биха постъпили при необходимост отново в нея, както и биха я препоръчали на други свои близки.

При извършване на регулярни изследвания получената обратна информация способства за вземане на адекватни и навременни мерки за поддържане на високо ниво на удовлетвореност и отстраняване на допуснати пропуски. Необходимо е да се разработи и прилага единна методика за периодично проследяване удовлетвореността на пациентите от оказаните здравни услуги и да се сравнява в динамика, както и да се осигури по-голяма прозрачност и публичност на резултатите.

SUMMARY

In recent years, many countries have seen the development and enforcement of consumer-oriented health systems in which patient satisfaction takes a prominent place.

The survey of patients' satisfaction from hospital care is a mandatory part of the reports of expert committees for accreditation of hospitals in the country and is an indicator of the quality of health services.

A high level of patient satisfaction was established: 95% have not encountered any difficulties in entering, 80% were completely satisfied with the information provided to them, 91% were satisfied with the attitude of doctors and 93% - with the attitude of the nurses, 88% were satisfied with community services.

Patients were most critical in terms of quantity and quality of food (59.3%). In general, respondents praised the hospital and would go again if necessary in it and would recommend it to other relatives.

In carrying out regular surveys we received feedback that helps to take adequate and timely measures to maintain a high level of satisfaction and eliminate the gaps.

It is necessary to develop and implement a uniform methodology for periodic monitoring of patient satisfaction, rendered health services and compares in performance, and to ensure greater transparency and publicity of the results.

Keywords: *patient hospital care, questionnaire method, satisfaction*

Ключови думи: *пациенти, болнична медицинска помощ, анкетен метод, удовлетвореност*

ВЪВЕДЕНИЕ

Акредитацията е процес, насочен към осигуряване на качеството на здравните услуги, оценка на базовите възможности за обучение на студенти и специализанти, за постигане на по-добри резултати и информиране на медицинските професионалисти и гражданите [2,3]. Качеството на лечебната дейност се оценява по критерии и показатели, обединени в 3 групи: оценка на условията и средствата, с които се оказват здравните услуги; оценка на дейностите, чрез които се оказват здравните услуги и оценка на резултатите [4,5]. Задължителна част в докладите на експертните комисии за акредитация при оценката на резултатите е проучване на удовлетвореността на пациентите.

Цел на настоящото проучване е да се анализират резултатите от проведени по време на акредитация анкети, свързани с удовлетвореността на пациенти от болничния престой.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Анализирани са резултатите от проведени анонимни индивидуални анкети по време на акредитация в 24 болнични лечебни заведения сред 1340 пациенти за периода 2010-2013 г. В една частна болница проучването е проведено под форма на телефонно интервю, а в Специализирана болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация на деца с детска церебрална парализа "Света София ЕООД", гр.София е проведено социологическо наблюдение и стандартно индувидуално интервю сред родителите на деца. Анкетите са проведени лично от един и същи експерт по акредитация по единна методика, което обуславя достоверността на получената информация и сравнимостта на данните. Въпросникът съдържа 16 въпроси, насочени към следните аспекти: достъп до болнична помощ, болнична среда, информираност, отношение на персонала, обща оценка на болничния престой, спазване на права, препоръки.

При определянето на лечебните заведения са взети предвид следните съображения:

- да бъдат обхванати както многопрофилни, така и специализирани болници;
- да има представени различни видове болнични лечебни заведения по отношение района на обслужване – публични - университетски, областни, общински и частни;
- да има представени лечебни заведения от различни региони на страната, с различна характеристика на обслужваното население.

Включването на обхванатите в проучването пациенти е направено по метода на случайния подбор при съблюдаване на анонимност и гарантиране на конфиденциалност.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Прием в болницата - над 95% от всички респонденти не са срещали трудности при постъпване, което показва, че в съвременната болница у нас има добре изградена организация за прием на пациентите и достъп до болнична помощ. За МБАЛ в някои областни градове и общини пациентите постъпват за трети или четвърти път, което потвърждава твърдението, че тези лечебни заведения се познават и пациентите са доволни от престоя си в него, но същевременно за някои пациенти липсва алтернатива за друго болнично заведение в дадения район. За университетските болници в София постъпилите пациенти за първи път е 44%, което е логично предвид високоспециализираната медицинска помощ, която търсят в тях. По- малък е делът и на постъпилите по спешност, по-висок - на постъпилите за планов прием.

Насочване към болницата - най-голямата част от пациентите - 60% са насочвани от личните лекари, 30% - от специалисти от извънболнична помощ и 8.7% постъпват в болница срещу заплащане.

Информация за вътрешния ред и организация на работа - като цяло относителният дял на удовлетворените от получената информация е много висок - 85%. В университетски, частни болници и някои специализирани болници този показател е 90%.

Отношение на лекари и сестри - много висок е относителният дял, независимо от вида на болницата, на удовлетворените от отношението на лекарите (91%) и отношението на медицинските сестри (93%). Качеството на обслужване е ключов момент, в който са обвързани пробле-

мите на хронично недофинансираната болнична помощ и на човешкия фактор - мотивация, култура, етичност на медицинския персонал, както и адекватен мениджмънт. Въпреки недостига на лекари и професионалисти по здравни грижи и наличие на засилени и тревожни процеси у нас на вътрешна и външна миграция, в момента се отчита добра комуникация и етичност по време на време на болничен престой в отношенията между пациенти, от една страна, и лекари, сестри и друг медицински персонал, от друга.

Удовлетвореност от начина на провеждане на лечебния процес и обяснения за здравното им състояние. Анкетираните показват в отговорите си висока степен на удовлетвореност от начина и провеждането на лечението им - 88%, докато 5.7% го оценяват като недостатъчно и незадоволително. Достатъчна информация за здравното си състояние са получили 86% от респондентите, а 4% я оценяват като недостатъчна.

Спазване на правата на пациентите - над 90% от анкетираните пациенти считат, че са спазени правата им. Особено през последните години пациентите се информират за заболяването и начините на лечение, за изхода от заболяването, за своята безопасност, за всяка една манипулация, като попълват информирано съгласие. По време на престоя се обръща внимание чрез листовки, беседи от страна на лекари и сестри за безопасността им. Самите пациенти като цяло са по-информирани и някои от тях членуват в различни пациентски организации.

Битово обслужване - над 88% са удовлетворени от него в университетските, частните и някои специализирани болници, намиращи се на територията на големи общини. Над 70% са удовлетворени от бита в болничната стая в по-малките общински болници. Дадени са препоръки за осигуряване на самостоятелен санитарен възел в болничните стаи.

Храна и хранене – налице е разнопосочност в отговорите. По-ниското ниво на удовлетвореност по отношение на храната е напълно обясним с факта, че в момента е период на силна рестрикция на средствата за болнична помощ. За областна МБАЛ 98,36% от пациентите посочват удовлетвореност от количеството и качеството на храната, докато за пациентите от УМБАЛ в столицата е най-нисък делът на доволните от храната – 49.15%, обясняват с препоръчаните противоепидемични мерки от РЗИ във връзка с повишения брой болни от хепатит А в страната и преминаването на болните за 45 дни на суха храна. За общинска МБАЛ в гр.София пациентите са също много критични по отношение на храната – 59.80% са доволни от количеството и качеството й, а 21.57% са недоволните**.** В МБАЛ извън София 88% от пациентите са удовлетворени от количеството и качеството на храната**.** Около 60% от анкетираните са удовлетворени от храната в две различни общински МБАЛ. В друга МБАЛ, извън София, 2/3 от пациентите не са доволни от храната. Във всички останали болници удовлетвореността от храната е над 80%.

Хигиена в болничната стая и болницата - над 95% от пациентите са удовлетворени от хигиената и чистотата на болничното белъо, само 3% посочват, че са удовлетворени само отчасти. Прилагат се специални дезинфектанти за ръце, за санитарни помещения, за под, за операционни зали и др. Според 79.8% от анкетираните сервизните помещения отговарят на изискванията им.

Като цяло пациентите са *доволни от лечението и престоя си* в болницата (над 85%), която са предпочели и биха я препоръчали и на други или биха постъпили отново в нея при необходимост.

В нито една от 24-те болници пациентите не са посочили е, че им *са искани пари на ръка, н*езависимо че проблем на болничната помощ у нас и в другите страни са разпространените форми на формални и неформални плащания.

Анкетираните показват в отговорите си висока степен на удовлетвореност от *получената информация за заболяването и лечението им* - 86%, като 7.7% го оценяват като недостатъчна и незадоволителна.

ИЗВОДИ

Независимо от икономическата рецесия, пациентите показват значителна степен на удовлетвореност и във всички видове болници.

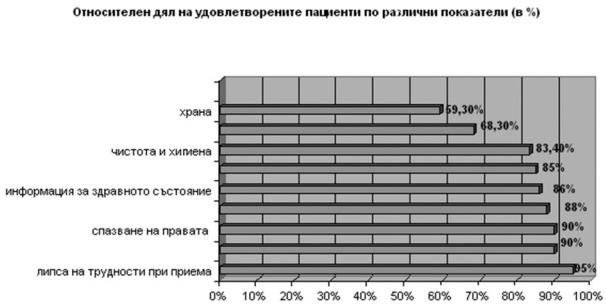
Нашите резултати потвърждават тези от проведени други проучвания в страната и от проведени от ръководствата на съответните болници. Все пак следва да се има предвид, че анкетите са проведени на хоспитализирани в момента пациенти по време акредитация, което най-вероятно има отражение върху оценките им.

Като рейтинг на отговорите на респондентите по наблюдаваните показатели се получава следната скала по отношение на удовлетвореността:

1. Липса на трудности при приема – над 95 % не са срещнали такива.
2. Отношение на лекари и сестри – над 90% са удовлетворени;
3. Спазване на правата им – над 90% считат, че са спазени правата им.

4. Качество на проведеното лечение - задоволство са изразили 88%.
5. Получена информация за здравното състояние - 86% са удовлетворени.
6. Получена информация за вътрешния ред – над 85% от анкетираните са удовлетворени.
7. Чистота и хигиена в болничната стая и болницата - като цяло над 83.4% са удовлетворени.
8. Битово обслужване – 68.3% са доволни, има предложение за ремонти и подобряване комфорта на болничната стая.
9. Количество и качество на храната – само 59.3% посочват задоволство.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ



Фигура 1: Относителен дял на удовлетворени пациенти по различни показатели

Все повече се утвърждава становището за общественото мнение (мнението за удовлетвореност на пациентите) като първостепенен критерий за качество на здравните болнични услуги. По този начин на практика общественото мнение, обществените нагласи и оценки могат да станат надежден и ефективен инструмент на включването на гражданите в процеса на управлението и позволява да се интегрират по-добре ценностите, културата, стилът на мислене и нуждите на обществото в областта на здравеопазването [1].

Регулярните проучвания на удовлетвореността по време на акредитационния процес целят да подобрят мениджмънта на лечебните заведения. Научно обосновани, провеждани по единна методика, те могат успешно да изпълнят тези цели. Осъществяването на по-голяма прозрачност и публичност на резултатите биха могли да увеличат управленския капацитет на този вид проучвания.

Препоръчително е да се разработи Национална програма по качество, включваща и пациентската удовлетвореност. Политиката по осигуряване и контрол на качеството, следва да се фокусира и към постоянното изучаване на мнението на потребителите и нивото на удовлетвореност на пациентите от оказаните им здравни услуги и към гарантиране на спазването на техните права и безопасност, като резултатите трябва да се сравняват в динамика на национално ниво по видове болнични лечебни заведения.

Необходимо е да се доразвива процесът за проучване на пациентската удовлетвореност по време на акредитационния процес - да се извършва по единна методика, позволяваща сравнение на резултатите.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дракър, П. *Практика на мениджмънта*. Класика и стил, София, 2001, с.23-26.

2. *Болничен мениджмънт*, под ред.проф. Л.Иванов, Дийор Принт, София, 2005, с.306-320.

3. Манлиев, Г. *Новият мениджмънт в публичния сектор*, София, 2010, с.39-42.

4. *Концепция за оптимизиране на болничните заведения*, www. mh.government.bg.

5. Donabedian, A. *The Quality of care - how it can be assessed?* JAMA, Sept.23/30, 1988, Vol.260, N.12:1743-1748.

Адрес за кореспонденция:
Милена Владимирова
Национален център по обществено здраве и анализи
Бул. "Акад. Иван Евст. Гешов" 15
София 1431 България

Варненски медицински форум
том 3, 2014, приложение 2
http://press.mu-varna.bg/ojs/index.php/vmf/index

Главен редактор: проф. д-р Красимир Иванов, д.м.н.
Зам. главни редактори:
доц. д-р Албена Керековска, д.м.
проф. д-р Риналдо Шишков, д.м.н.

Предпечат: Емилия Йорданова, Издателска дейност, МУ-Варна
Дизайн на корицата: Христина Христова, ОИОТ, МУ-Варна

Лит. група: III-3
Дадена за печат: септември 2014 г.
Печатни коли: 90
Формат: 8/60x84
Подписана за печат: октомври 2014 г.

Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна, 2014
ул. „Марин Дринов“ 55
Варна 9002
България
www.mu-varna.bg

ISSN 1314-8338 (Print)
ISSN 2376-5500 (Online)