

**СБОРНИК ДОКЛАДИ
ОТ
ВТОРА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ
„ЗДРАВЕТО – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО
ПРЕД ПРОФЕСИОНАЛИСТИТЕ
ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ“**

Организатор на събитието:

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца

РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ:

Проф. д-р Тихомира Златанова, дм

Доц. Павлинка Добрилова, дм

Проф. д-р Ралица Златанова-Великова, дм

Проф. д-р Пламен Цветанов, дмн

Доц. Галя Янкова, дм



**СБОРНИК ДОКЛАДИ
ОТ
ВТОРА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ
„ЗДРАВЕТО – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО
ПРЕД ПРОФЕСИОНАЛИСТИТЕ
ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ“**

РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ:

Проф. д-р Тихомира Златанова, дм
Доц. Павлинка Добрилова, дм
Проф. д-р Ралица Златанова-Великова, дм
Проф. д-р Пламен Цветанов, дмн
Доц. Галя Янкова, дм

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ



ЦЕНТРАЛНА МЕДИЦИНСКА БИБЛИОТЕКА

2019

**ОРГАНИЗАТОР НА ВТОРА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ
„ЗДРАВЕТО – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО ПРЕД ПРОФЕСИОНАЛИСТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ“ –
ФИЛИАЛ „ПРОФ. Д-Р ИВАН МИТЕВ“ – ВРАЦА, МЕДИЦИНСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
29-30 ноември 2018 г., Враца**

СБОРНИК ДОКЛАДИ ОТ ВТОРА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ:
„ЗДРАВЕТО – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО ПРЕД ПРОФЕСИОНАЛИСТИТЕ
ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ“, ВРАЦА, 2018

ISBN 978-619-7491-04-3

Под редакцията на: *проф. д-р Тихомира Златанова, дм, доц. Павлинка Добрилова, дм,
проф. д-р Ралица Златанова-Великова, дм, проф. д-р Пламен Цветанов, дмн, доц. Галя Янкова, дм*

©Медицински университет – София
Централна медицинска библиотека

1431 София, ул. "Св. Г. Софийски" № 1

СЪДЪРЖАНИЕ

<i>Р. Т. Georgiev, I. Lisichkov, V. Hegde, R. T. Rousseff, P. Dobrilova, B. Sadarzenska-Terzieva.</i> Проспективно проучване на аномалиите на контингент негативната вариация при пациенти с болест на Паркинсон.....	5
<i>Л. Маринов, П. Аспарухова.</i> Проучване режима на хранене при пациенти с артериална хипертония.....	11
<i>Кр. Георгиева, Т. Христова.</i> Здравният проблем – дефицит на витамин D.....	16
<i>Ив. Михайлова, А. Маринова, Н. Йорданов.</i> “Искам да съм с теб” – групов метод на работа при деца със СОП и студенти от специалност „Трудотерапия“	21
<i>Д. Хаджиделева, А. Димитрова, И. Соколова, М. Станоева.</i> Връзка между психопрофилактиката по време на бременност и постпарталните поведенчески разстройства	28
<i>И. Иванов.</i> Наркоманията – глобалната заплаха и перспективи.....	33
<i>А. Маринова, И. Михайлова, Н. Йорданов, Н. Рашева.</i> Влияние на тревожните разстройства върху трудоспособността и трудовия процес	36
<i>Е. Иванова.</i> Психоаналитичен дискурс на взаимовръзката между страховете и емоционалните нарушения при деца, отглеждани в резидентен тип грижа	41
<i>Б. Садарзанска-Терзиева, П. Цветанов, П. Добрилова.</i> Когнитивни и афективни нарушения при болни с новооткритата множествена склероза и техните корелации с невроизобразителни и клинични показатели.....	45
<i>М. Лаловска, М. Борисова.</i> Оценка на здравните и психологически аспекти при пациенти с мозъчен инсулт.....	49
<i>Е. Владимирова, П. Аспарухова, Г. Янкова, Е. Янкулова.</i> Артериална хипертония – ролята на медицинската сестра при профилактика, лечение и превенция на усложненията	55
<i>Г. Георгиева, Н. Симеонова.</i> Влиянието на тинитуса върху качеството на живот	59
<i>П. Добрилова.</i> Съвременни аспекти на медико-социалната рехабилитация	64
<i>Св. Вълкова.</i> Затлъстяването в детската възраст – социалнозначим проблем	68
<i>М. Борисова, М. Лаловска.</i> Информираност на студентите от специалност „Медицинска сестра“, относно заболяването доброкачествена простна хиперплазия.....	73
<i>К. Стефанова, П. Добрилова.</i> Мотивираност и нагласа на медицинската сестра за повишаване ефективността на промотивните и профилактични дейности в ПМП	79
<i>Т. Христова, Кр. Иванова.</i> Компетенциите на медицинските сестри – основа за автономност на професията	83
<i>П. Аспарухова, Л. Маринов, Г. Янкова, Е. Владимирова.</i> Справедливост, равенство и безпристрастност в медицинската практика	86
<i>Е. Янкулова, Е. Владимирова.</i> Агресията – реакции и отношение към проблема в студентската общност от филиал „Проф. Д-р Иван Митев“ – Враца.....	88
<i>В. Стоянова.</i> Динамика на конфликтите на работното място. Анализ на конкретен случай на конфликт в МБАЛ	94
<i>Г. Янкова, П. Добрилова, П. Аспарухова, К. Стефанова, Е. Владимирова.</i> Анализ на грешките в сестринската практика	102
<i>Цв. Джиганска.</i> Мнение на студенти от специалност „Акушерка“ за ролята на преподавателя за повишаване качеството на обучение	107
<i>Н. Семов, Н. Попов.</i> Икономически анализ на Университетската многопрофилна болница за активно лечение „Свети Георги“	111

CONTENTS

<i>P. T. Georgiev, I. Lisichkov, V. Hegde, R. T. Rousseff, P. Dobrilova, B. Sadarzanska-Terzieva.</i> A prospective study on abnormalities of contingent negative variation in parkinson disease	5
<i>L. Marinov, P. Asparuhova.</i> A study of diet of patients with arterial hypertension.....	11
<i>Kr. Georgieva, T. Hristova.</i> The health problem called vitamin d deficiency	16
<i>Iv. Mihaylova, A. Marinova, N. Yordanov.</i> "I want to be with you": a group method of work in children with sen and students of specialty ergotherapy.....	21
<i>D. Hadzhideleva, A. Dimitrova, I. Sokolova, M. Stanoeva.</i> The relationship between psychoprophylaxis during pregnancy and postpartal behavior disorders	28
<i>I. Ivanov.</i> Narcotism: a global threat and perspectives.....	33
<i>A. Marinova, I. Mihaylova, N. Yordanov, N. Radeva.</i> The impact of anxiety disorders on working capacity and work process	36
<i>E. Ivanova.</i> A psychoanalytic discourse on the relationship between fears and emotional disturbances in children in a residential type of care.....	41
<i>B. Sadarzanska-Terzieva, P. Tzvetanov, P. Dobrilova.</i> Cognitive and affective disorders in patients with newly diagnosed multiple sclerosis and their correlations with the neuroimaging and clinical parameters.....	45
<i>M. Lalovska, M. Borisova.</i> Assessment of the health and psychological aspects of patients with cerebral stroke	49
<i>E. Vladimirova, P. Asparuhova, G. Yankova, E. Yankulova.</i> Arterial hypertension: the role of the nurse in prophylaxis, treatment and prevention of complications.....	55
<i>G. Georgieva, N. Simeonova.</i> The impact of tinnitus on the quality of life	59
<i>P. Dobrilova.</i> Contemporary aspects of medical and social rehabilitation.....	64
<i>Sv. Valkova.</i> Early childhood obesity: a socially significant problem.....	68
<i>M. Borisova, M. Lalovska.</i> The awareness of the nursing students on benign prostatic hyperplasia	73
<i>K. Stefanova, P. Dobrilova.</i> Motivation and attitude of the nurse to increase the effectiveness of the promotional activities in the primary medical care.....	79
<i>T. Hristova, Kr. Ivanova.</i> Competence of nurses: the base for the autonomy of the profession	83
<i>P. Asparuhova, L. Marinov, G. Yankova, E. Vladimirova.</i> Fairness, equality and impartiality in medical practice	86
<i>E. Yankulova, E. Vladimirova.</i> Aggression: the reactions and attitude to the problem in the student community of the Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa.....	88
<i>V. Stoyanova.</i> Dynamics of workplace conflicts. The analysis of a real case of conflict in a multiprofile hospital	94
<i>G. Yankova, P. Dobrilova, P. Asparuhova, K. Stefanova, E. Vladimirova.</i> Analysis of errors in nursing practice.....	102
<i>Tzv. Dzhiganska.</i> The opinion of midwifery students on the lecturer's role in the improvement of the quality of education	107
<i>N. Semov, N. Popov.</i> An economic analysis of university multiprofile hospital for active treatment "Sveti Georgi"	111

**A PROSPECTIVE STUDY ON ABNORMALITIES OF CONTINGENT NEGATIVE VARIATION
IN PARKINSON DISEASE**

**ПРОСПЕКТИВНО ПРОУЧВАНЕ НА АНОМАЛИИТЕ НА КОНТИНГЕНТ НЕГАТИВНАТА
ВАРИАЦИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С БОЛЕСТ НА ПАРКИНСОН**

P. T. Georgiev¹, I. Lisichkov², V. Hegde³, R. T. Rousseff⁴, P. Dobrilova⁵, B. Sadarzanska-Terzieva⁵

¹Department of Clinical Neurophysiology, Broomfield Hospital Mid Essex Hospital Trust, Chelmsford CM1 7ET, UK

²Department of Neurology, Multiprofile Hospital for Active Treatment of Russe, 2 Independence Street,
Ruse 7002, Bulgaria

³Department of Neurosciences, University Hospitals, Coventry and Warwickshire NHS Trust, Clifford Bridge
Road, Coventry CV2 2DX, UK

⁴Department of Neurology, Ibn-Sina Hospital, Kuwait, pob 25427, Safat 13115, Kuwait

⁵Department of Psychology, Affiliate "Prof Ivan Mitev" – Vratza, Medical University – Sofia,
School Complex 1, Vratza, Bulgaria

Abstract. The aim of current study is to evaluate the influence of Parkinson's disease (PD) severity on contingent negative variation. **Patients and methods:** This is a prospective cross-sectional study on 59 patients with PD (mean age 65.7 ± 16.3 ; 45 male) and 35 age and sex-matched controls. The PD cohort was subdivided according to the Hoehn-Yahr, common Unified Parkinson's Disease Rating Scale and Unified Parkinson's Disease Rating Scale-Part III scores into two subsets – 40 subjects (19 male) with early uncomplicated PD and 19 subjects (10 male) patients with advanced PD. Contingent negative variation was recorded over the frontal and central at the vertex with a linked bi-mastoid reference using a dual-stimulus paradigm with inter stimulus intervals of 1.7 and 2.0 sec. **Results:** In patients with advanced PD there is significant reduction in the amplitude of late contingent negative variation recording over the vertex is ($p < 0.005$) during tasks with inter stimulus intervals of 1.7 sec. It is less significantly reduced ($p < 0.05$) at 2 sec. In pooled data (early and advanced cases) the decrease of late amplitude correlates with total Unified Parkinson's Disease Rating Scale ($r = -0.35$; $p < 0.001$ at 1.7; $r = -0.38$; $p = 0.05$ at 2.0 sec) and with Unified Parkinson's Disease Rating Scale-Part III score ($r = -0.45$; $p < 0.001$ at 1.7; $r = -0.35$; $p = 0.05$ at 2.0 sec). **Conclusion:** There is abnormality of late contingent negative amplitude in PD which correlates with the severity and reflects the clinical progression of the disease.

Key words: CNV – Slow cortical potentials – Parkinson's disease

Corresponding Author: Plamen Tzvetanov Georgiev, Russe str. 43-5, Pleven 5800, Bulgaria, Tel.: 00359888677914,
fax: 00359802246, e-mail: tzvetanovplamen@hotmail.com

INTRODUCTION

Preparation and execution of voluntary movements are associated with complex and intricate interaction between basal ganglia and cerebral cortex. Neuroimaging techniques such as functional MRI, PET and SPECT providing an accurate spatial neu-

roanatomic picture of changes in metabolic neuronal activity and mediator systems in movement disorders are available [2, 3, 8, 11, 16, 19]. Although the images of spatial abnormalities are accurate, their temporal resolution is low and the changes are detected over a time scale of minutes.

In contrast, the temporal resolution of slow cortical potentials such as Contingent negative variation-CNV [28] and the readiness potential-Bereitsschaftspotential, BP [19] assessing the changes in cortical activity during mental and motor performance-related tasks are of seconds to milliseconds [6, 10, 18, 21].

Despite the fact that some previous studies found abnormality in amplitude of the early BP component [4-5] and that of the late CNV component [25, 26] in patients with movement disorders, correlation between neurophysiological changes and Parkinson's disease (PD) severity remains controversial.

We studied the correlation of PD severity, duration and clinical features with CNV parameters, comparing patients with advanced PD to age- and sex-matched cohorts of patients with early PD and to healthy controls.

PATIENTS AND METHODS

Patients

This study involved 59 patients with PD followed at the Outpatient Neurology Clinic of tertiary care hospitals between 2009-2016 and 35 healthy age- and sex-matched controls. Informed consent was obtained from all study subjects. Five patients are excluded from enrollment – 1 with progressive supranuclear palsy; 2 with essential tremor and 2 with subtle extrapyramidal signs, which do not meet the criteria for full parkinsonism.

According to Hoehn-Yahr rating scales [13] and Unified Parkinson's Disease Rating Scale (common UPDRS score and motor activity UPDRS Part III) [7] and advanced PD group (19 cases) parkinsonian cohort was further divided into early group (35 with early uncomplicated PD, 24 of whom were treatment-naïve at the time of neurophysiological study).

On Table 1 we summarize in details the demographic and clinical features of our study population.

METHODS

Clinical methods

PD was diagnosed according to UK Parkinson's Disease Society Brain Bank clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease [14]. All participants underwent detailed history, general and neurological examination. PD stage and severity was classified using the Hoehn -Yahr rating scales [13] and the Unified Parkinson's Disease Rating Scale, common UPDRS score and motor activity UPDRS Part III [7] (Table 2). Global functional impairment by PD was assessed by the Schwab and England Activities of Daily Living Scale [23]. Cognitive assessment was accomplished using the Mini-Mental Status Examination scale [9].

Neurophysiological method (Contingent Negative Variation)

All studies were performed between 08:00-11:00. The participants had breakfasted; those on treatment had taken the morning dose of anti-Parkinsonian medication. None had used alcohol and/or psychoactive medications in the last 24 hours. The patients were comfortably seated in a sound- and light-proof room, in a quiet wakefulness with eyes closed, with the event button mounted on the right armrest. An optimal intensity of the "flash" stimulus was used (17%), so as not to cause blink artifacts.

CNV was recorded using modified method described by Walter et al., 1964 [28], on a two-channel EMG/EP machine (NeuroMER, Neurosoft). Scalp electrodes (Ag/AgCl discs) were placed after the 10-20 system, recording from Fz and Cz with a common bimastoid reference and a ground electrode on Fpz.

Table 1. Cognitive and motor function in controls and patients with Parkinson's disease

Functional scales	Controls (n = 35)	Initial PD (n = 40)	Late PD (n = 19)
MMSE (mean ± SD)	26.7 ± 2	28.3 ± 2.1	25.36 ± 3.0
UPDRS (mean ± SD)	–	27.83 ± 11.6	61.3 ± 16.3
UPDRS Part III (mean ± SD)	–	1568 ± 5.3	28.5 ± 9.9
Modified H-Y scale (mean ± SD)	–	1.64 ± 0.5	3.5 ± 0.4
Shw. Engl. scale (mean ± SD)	–	93.7 ± 6.4	71.4 ± 9.4

PD – Parkinson's disease; MMSE – Mini mental state examination; UPDRS – Unified Parkinson's Disease Rating Scale; H-Y – Hoehn and Yahr scale; Shw. Engl. scale – Schwab and England scale.

Table 2. Clinical characteristic of controls and patients with Parkinson's disease (PD)

	Controls (n = 35)	Initial (uncomplicated) PD (n = 40)	Late (complicated) PD (n = 19)
Neurologically healthy	33 (94%)	–	–
Nosological Unit			
PD duration (months) ± SD	–	13.2 ± 10	67.8 ± 37,5
Essential tremor	3 (7%)	–	2 (10%)
Arterial hypertension	22 (60%)	17 (63%)	14 (74%)
Diabetes mellitus	6 (11%)	3 (10%)	5 (16%)
Clinical characteristic			
Resting tremor	–	25 (83%)	18 (84%)
Postural tremor	–	2 (7%)	3 (16%)
Kinetic and intention tremor	–	3 (7%)	2 (10%)
Extrapyramidal rigidity	–	14 (51%)	19 (95%)
Bradykinesia	–	16 (48%)	19 (100%)
Postural instability	–	8 (22 %)	14 (74%)
Motor complications (Predicted effect of depletion)			
Morning akinesia	–	3 (3%)	16 (84%)
Night-time akinesia	–	–	13 (68%)
Postprandial akinesia	–	–	3 (5%)
L-dopa retarded action phenomena	–	–	–
Delayed motor response ("delayed on")	–	–	9 (42%)
Weakened (Suboptimal) response	–	3 (3%)	15 (79%)
Lacking response ("no on")	–	–	–
Inclusion and exclusion ("on-off") phenomena			
Acute akinesia (hours, days)	–	–	8 (26%)
Freezing phenomenon ("freezing"- s. to min.)	–	2 (3%)	10 (53%)
Kinesia paradoxa	–	–	3 (16%)
Peak-dose dyskinesia ("peak of dose")	–	–	10 (47%)
Dystonia during the single dose effect depletion (in "off" period)			
Morning dyskinesia of the thumb	–	–	11 (54%)

Impedance was kept below 3 kΩ. Filter setting was 0,02 Hz-10 Hz. Forty pairs of incentives were delivered at random intervals. First, cueing (Sw; S1) signal was a sound stimulus (frequency 1000 Hz; intensity 60 dB above the hearing threshold (HL); duration of 200 msec) applied through audiometric headphones (TDH 49-10 Ω). The second "imperative" (Si; S2) stimulus was a single "flash" with duration 50 msec, generated

by a LED source fotostimulator. Between tests, ISI was changed manually, and two intervals (1700 and 2000 msec respectively) were used. Responses were automatically canceled and eliminated from averaging if the response fell outside of the 500-milliseconds "time window" (250 msec before to 250 msec after the Si). The number of dropouts was calculated as percent of wrong answers. Mean EEG value within 1 second pre-

Statistical method

Statistical software packages STATISTICA, Vers.10.0, STATGRAPHICS; SPSS and EXCEL for Windows were used for statistical analysis. The results were described using tables, plots and numerical indicators of structure, frequency, mean values and correlation coefficients. Results with normal and near-normal distribution of cases were analyzed using the following parametric tests: t-test, ANOVA with post hoc tests Tukey, Scheffe, Bonferroni, Newman-Keuls, Duncan. In other than normal distribution of cases we applied nonparametric tests (Pearson's χ^2 , Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H-test). Regression models were used for modeling and forecasting of correlation dependences. The significance of the results, findings and conclusions were determined at $p < 0.05$.

RESULTS

The groups did not differ significantly in age distribution and cognitive capacity (Table 1). The mean Hoehn-Yahr modified scale score of early PD group was significantly lower as compared to late PD group ($p < 0.00001$). UPDRS, UPDRS Part III and Shwab England ADLS were statistically different between two clinical groups ($p < 0.00005$).

The latency of early and late CNV was not influenced by the presence of PD (controls versus Parkinsonians) nor by its severity (early versus advanced group).

Patients with advanced PD showed significantly reduction in the amplitude of late contingent negative variation recording over the vertex is ($p < 0.005$) during tasks with inter stimulus intervals of 1.7 sec. Less significantly reduction ($p < 0.05$) was noted at 2 sec. In pooled data (early and advanced cases) the decrease of late amplitude correlates with total Unified Parkinson's Disease Rating Scale ($r = -0.35$; $p < 0.001$ at 1.7; $r = -0.38$; $p = 0.05$ at 2.0 sec) and with Unified Parkinson's Disease Rating Scale-Part III score ($r = -0.45$; $p < 0.001$ at 1.7; $r = -0.35$; $p = 0.05$ at 2.0 sec).

DISCUSSION

This prospective study found a significant decrease of the amplitude of late CNV over the central vertex in tasks with both ISI of 1.7 and 2.0 sec in patients with PD. However, the latencies of the early and late CNV were not affected by the presence and stage of PD.

Other authors reported similar changes in the "late" CNV amplitude, mostly in the central and posterior leads [25, 26]. Specific topography of the changes are most likely due to the fact that PD interferes with the function of neuronal complexes of the frontal and parietal lobes, responsible for the processing of visual-motor unexpected sensory events. This is attributed to the reduction of facilitating inputs from the respective striatal-thalamic circuits [22]. This conjecture is also supported by the reported increase of CNV amplitude in the frontocentral areas after bilateral deep brain stimulation of the subthalamic nuclei in patients with PD [10].

Reduction of early RT after DOPA medication, with returning to normal values upon repeated administration was reported by some authors [5]. The DOPA-induced changes of late CNV amplitude may even be dose-dependent. Our results would also support the generally held hypothesis that dopaminergic brain activity is decisive for the generation of late CNV cortical potential [1].

Marked reduction of the amplitude of "late" CNV in patients with advanced forms of PD is consistent with the results of most CNV studies that used tasks with 2 stimulus paradigm [15, 25, 26]. In the same vein may be interpreted the reduction of early RT in patients with PD reported by Dick et al., 1989 [5], as the amplitude of the late CNV is considered to reflect the amount of early-RT and pre-stimulus negativity (Stimulus Preceding Negativity) [27].

We did not find significant changes in the amplitude of "early" CNV unlike Oishi et al., 1995 [20]. This finding may be due in part to the homogeneity of our clinical group, including only patients with "degenerative parkinsonism" and without cognitive deficit. In contrast, Oishi et al. enrolled a high proportion of patients with "vascular parkinsonism", who had also more severe cognitive changes. The early CNV changes are nonspecific for PD; the amplitude of the early CNV increases after intravenous L-DOPA, both in patients with "degenerative Parkinsonism" and in those with "vascular" forms of the disease [20].

The influence of L-DOPA administration and withdrawal on CNV parameters was not studied which is a disadvantage of the current study. This was not done as we didn't have the ethical approval to manipulate patients' treatment regimen. Furthermore, 25 patients of the group with early PD are newly diagnosed patients who were treatment-naive.

Small number of patients enrolled prevents us from definite conclusions on the possible diagnostic

role of CNV in early PD. The abnormalities in our cohort with early PD were minimal, with CNV amplitude values close to those of healthy controls. Our findings contrast other studies [17] suggesting that CNV changes may provide an early neurophysiological marker of dopamine deficiency.

CONCLUSION

In conclusion, changes of the late CNV found in patients with PD reflect the clinical progression of the disease. Further pharmacological and neurophysiological studies are required to define the role of these changes in diagnosis and staging of PD.

References

1. Amabile G, Fattapposta F, Albani G et al. Parkinson disease: electrophysiological (CNV) and biochemical aspects. In: Johnson R, Rohrbangh JW, Parasuraman R, eds. *Current Trends in Event-Related Potential Research*. Amsterdam: Elsevier, 1987, 538-42.
2. Catafau AM, Tolosa E. DaTSCAN Clinically Uncertain Parkinsonian Syndromes Study Group. Impact of transporter SPECT using 123I-loflupane on diagnosis and management of patients with clinically uncertain Parkinsonian syndromes. *Mov. Disord*, 2004, 19(10): 1175-82.
3. Cunnington R, Egan GF, O'Sullivan JD. et al. Motor imagery in Parkinson's disease: a PET study. *Mov Disord*. 2001, 16(5):849-57.
4. Dick JP, Cantello R, Buruma O. et al. The Bereitschaftspotential, L-Dopa and Parkinson's disease. *Electroenceph. Clin. Neurophysiol.*, 1987, 66:263-74, .
5. Dick JPR, Rothwell JC, Day BL. et al. The Bereitschaftspotential is abnormal in Parkinson's disease. *Brain*, 1989, 113:233-44.
6. Fabiani M, Gratton G, Federmeier KD. Event-Related Brain Potentials: Methods, theory and applications. In: Tassinari L.G., Berntson G., eds. *Handbook of Psychophysiology*. Cacioppo: Cambridge University Press, 2007, 85-119.
7. Fahn S, Elton RL. The UPDRS Development Committee. Unified Parkinson's disease rating scale. In: Fahn, S.; Marsden, CD.; Calne, D., et al., eds. *Recent Developments in Parkinson's Disease*. Florham Park, NJ: Macmillan Health Care Information, 1987, 153-163.
8. Ferrandez AM, Hugueville L, Lehericy S. et al. Basal ganglia and supplementary motor area sub-tend duration perception: an fMRI study. *Neuroimage*, 2003, 19:1532-44.
9. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 1975, 12:196-198.
10. Gerschlager W, Alesch F, Cunnington R. et al. Bilateral subthalamic nucleus stimulation improves frontal cortex function in Parkinson's disease. An electrophysiological study of the contingent negative variation. *Brain*, 1999, 122: 2365-73.
11. Haslinger B, Erhard P, Kämpfe N. et al. Event-related functional magnetic resonance imaging in Parkinson's disease before and after levodopa. *Brain*, 2001, 124:558-570.
12. Hinton SC, Meck WH, MacFall JR. Peak-interval timing in humans activates frontal-striatal loops. *Neuroimage*, 1996, 3:224.
13. Hoehn MM, Yahr MD. Parkinsonism: onset, progression, and mortality. *Neurology*, 1967, 17:427.
14. Hughes AJ, Daniel SE, Kilford L. et al. Accuracy of clinical diagnosis of idiopathic Parkinson's disease: a clinicopathological study of 100 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1992, 55:181-4.
15. Ikeda A, Shibasaki H, Kaji R. et al. Dissociation between contingent negative variation (CNV) and Bereitschaftspotential (BP) in patients with parkinsonism. *Electroenceph and Clin Neurophysiol*, 1997, 102:142-151.
16. Kornhuber HH, Deecke L. Hirnpotentialänderungen beim Menschen vor und nach Willkürbewegungen, dargestellt mit Magnetband-Speicherung und Rückwärts-analyse. *Pflügers Arch. Eur. J. Physiologie*, 1964, 281:52.
17. Linsen W, Vuurman M, Sambeth A. et al. Contingent negative variation as a dopaminergic biomarker: evidence from dose-related effects of methylphenidate. *Psychopharmacology*, 2011, 218:533-42.
18. Luck S. *An Introduction to the Event-Related Potential Technique*. Massachusetts: MIT Press; 2005, 25-26.
19. Nagai Y, Critchley HD, Featherstone E. et al. Brain Activity Relating to the Contingent Negative Variation: An fMRI Investigation. *Neuroimage*, 2004, 21:1232-41.
20. Oishi M, Mochizuki Y, Du C. et al. Contingent negative variation and movement-related cortical potentials in parkinsonism. *Electroencephalogr. Clin Neurophysiol*, 1995, 95: 346-9.
21. Picton TW, Bentin S, Berg P. et al. Guidelines for using human event-related potentials to study cognition: recording standards and publication criteria. *Psychophysiology*, 2000, 37:127-52.
22. Pulvermüller F, Lutzenberger W, Müller V. et al. P3 and contingent negative variation in Parkinson's disease. *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol*, 1996, 98:456-67.
23. Schwab RS, England Jr AC. Projection technique for evaluating surgery in Parkinson's disease. In: Gillingham, F.J., Donaldson, IML., eds. *Third symposium on Parkinson's disease*. Edinburgh: E&S Livingstone, 1969, 152-7.
24. Thobois S, Guillouet S, Broussolle E. Contributions of PET and SPECT to the understanding of the pathophysiology of Parkinson's disease (review). *Neurophysiol Clin*, 2001, 31(5):321-40.
25. Tsuda T. CNV and the related thalamic activities: observation on the responses evoked by ipsilateral and contralateral hand movements. *Tokushima J. Exp. Med*, 1984, 31:29-32.
26. Tsuda T. Contingent negative variation in Parkinsonism-studies recorded during stereotactic VL thalamotomy. *Tokushima J. Exp. Med*, 1982, 29:87-94.
27. van Boxtel GJ, Brunia CH. Motor and non-motor components of the Contingent Negative Variation. *Int J Psychophysiol*, 1994, 17(3):269-79.
28. Walter WG, Cooper R, Aldridge VJ. et al. Contingent Negative Variation: an electric sign of sensorimotor association and expectancy in the human brain. *Nature*, 1964, 203:380-384.

ПРОУЧВАНЕ РЕЖИМА НА ХРАНЕНЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ

Л. Маринов, П. Аспарухова

Катедра "Здравни грижи", Филиал "Проф. д-р Иван Митев" – Враца, МУ – София

A STUDY OF DIET OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

L. Marinov, P. Asparuhova

Department of Health Care, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. Arterial hypertension (AH) is a chronic disease with social concern, which is determined by its significant frequency in the population, target organ damage, a natural evolution to chronic heart failure, early disability, impairment of the quality of life and the associated financial cost and premature death. It is the most common cardiovascular disease and the most important risk factor for other cardiac and non-cardiac complications. There is strong scientific evidence on the relationship between hypertension and certain foods, and in others it is thought likely. The diet is an integral part of the therapy and health care of each disease. Some may even have a leading role. The "Guide to the Treatment of Arterial Hypertension" prepared by the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC) unambiguously highlights the importance of diet for the treatment and prevention of arterial hypertension. The subject of this article is a dietary study of patients with arterial hypertension.

Key words: arterial hypertension, diet, prevention, health care

Адрес за кореспонденция: Любомир Маринов, Катедра "Здравни грижи", Филиал "Проф. д-р Иван Митев", МУ – София, ул. "Втори юни" № 179, 3000 Враца, България, e-mail: lyubo60@abv.bg

Address for correspondence: Lubomir Marinov, Department of Health Care, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev", MU – Sofia, 179, Vtori Yuni Str., Bg – 3000 Vratsa, e-mail; e-mail: lyubo60@abv.bg

Хранителният режим е неразделна част от терапията и здравните грижи при всяко заболяване. При някои дори може да има водеща роля.

За връзката между хипертонията и определените храни има сериозни научни доказателства, а при други влиянието се определя като вероятно. Диетата при високо кръвно налягане трябва да е добре балансирана и с разнообразно хранително меню. Положителен ефект върху намаляване на артериалното налягане оказва диета, богата на плодове и зеленчуци, полиненаситени мастни киселини, чиито източници са рибата и рибните масла, слънчогледовото, царевичното, соевото масло, храни с повече калий.

В тази връзка американският National Heart, Lungs and Blood Institute разработва диетата

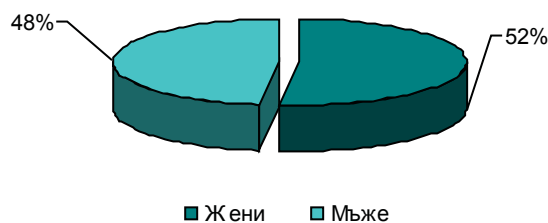
DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension). Програмата е специално разработена за контролиране нивата на кръвното налягане и редукция на теглото. Тя е създадена от екипи от експерти в храненето, ендокринолози, кардиолози, психолози и става популярна първоначално в Америка сред хора с хипертонични оплаквания. Терминът DASH е въведен за първи път през 1997 година в научни студии. В Европа диетата се доближава най-много до средиземноморската кухня, като включва в менюто главно плодове, зеленчуци, нискомаслени и обезмаслени продукти. Съдържанието на сол в нея е ограничено до минимум, както и приемът на червени меса, масла и сладки продукти. По този начин наситените мазнини и холестеролът са сведени до минимум.

Диетата DASH разчита и на един допълнителен аспект: проведените във връзка с нея изследвания показват, че достатъчната употреба на нискомаслени млечни продукти оказва намаляващо кръвното налягане действие. Ето защо в нея широко са застъпени нискомаслените и обезмаслените млечни продукти (мляко, кисело мляко, сирене, извара).

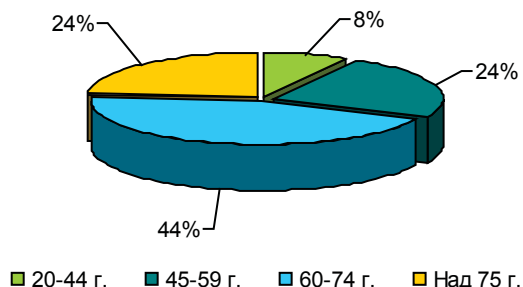
Програмата DASH не включва само препоръки за консумация на подходяща храна и количества. Тя изгражда навици в полза на доброто здраве и дава алтернативни предложения за замяна на вредните храни и полуфабрикатите.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Настоящото проучване бе проведено в първото полугодие на 2017 г. Неговата цел е да установи хранителния режим на пациентите с артериална хипертония (АХ) в изследваната група. Проучени са 50 пациенти с установена артериална хипертония. Разпределението на анкетираните по пол и възраст е онагледено на фиг. 1 и фиг. 2. От изнесените резултати прави впечатление, че по голяма част от изследваните, 68%, са на възраст над 60 години. В групата има превес лицата от женски пол – 52%.



Фиг. 1. Разпределение по пол

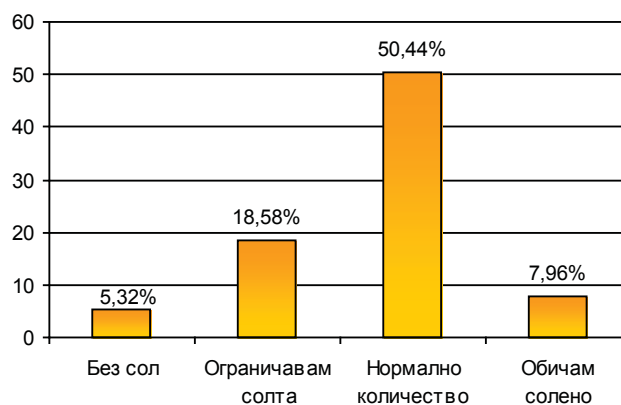


Фиг. 2. Разпределение по възраст

РЕЗУЛТАТИ

Още в началото на ХХ век е установена връзката между артериалната хипертония и натриевия хлорид – най-честата форма на сол в хра-

ната. Солта е главният фактор за повишаване на кръвното налягане. Почти 50% от хората, които са с хипертония, са чувствителни към солта. Консумацията на твърде много натрий рязко повишава кръвното налягане и ги поставя в риск за усложнения. Дневният прием на сол за възрастен човек не трябва да надвишава 3 до 5 g. За Западна Европа количеството консумирана сол на ден е от порядъка на 7-8 g, а в България то е значително по-високо – 12 g.

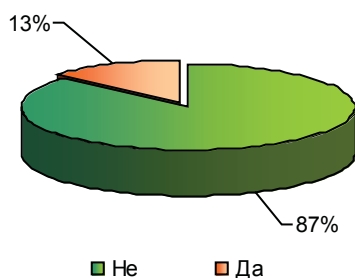


Фиг. 3. Употреба на сол при респондентите

Проведеното проучване не ни дава количествен показател за консумираната сол от анкетираните. То представя по-скоро тяхна самооценка за контрола върху приема на сол, тъй като усещането за соленост е субективно и различно при всеки индивид. Независимо от това резултатите са показателни: 7,96% приемат високи количества, 50,44% считат, че приемат нормални количества, 18,58% ограничават приема и само 5,32% не добавят сол към храната си (фиг. 3). Изхождайки от факта, че за традиционната българска кухня са характерни по-високи нива на консумация на сол, може да се приеме, че дори при лицата, определили своя прием на сол като „нормален“, има завишени количества консумирана сол. Това определя повишения прием на сол като един от съществените рискови фактори за АХ.

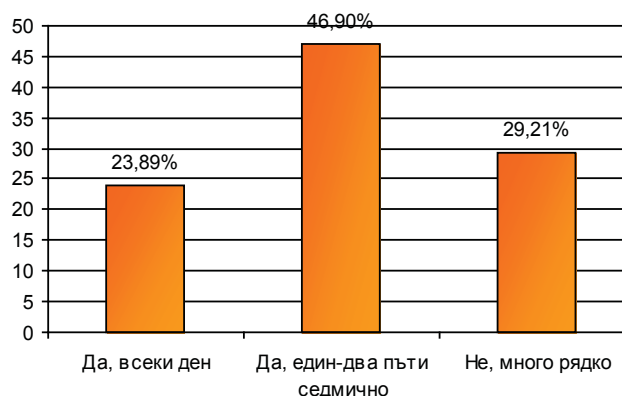
При епидемиологични проучвания в различни географски райони е установена зависимост между количеството на употребената с храната сол и честотата на АХ. При натоварване с NaCl фамилно обременените с хипертония лица имат забавено излъчване на Na чрез бъбреците. От друга страна, не всички индивиди, злоупотребяващи със сол, имат повишено АН, т.е. налице са

солево чувствителни и солево резистентни индивиди, като посочената солева чувствителност и нарушенията в обмяната на натрия са генетично обусловени. Злоупотребата с готварска сол като рисков фактор за АХ има по-голямо значение за лицата в напреднала възраст.



Фиг. 4. Спазване на хранителен режим от анкетираните пациенти

Тревожен факт е, че 87% от изследваните лица не спазват хранителен режим (фиг. 4). В „Ръководство за лечение на артериална хипертония“, изготвено от Европейското дружество по хипертония (ESH) и Европейското дружество по кардиология (ESC), недвусмислено се подчертава значението на хранителния режим за лечение и превенцията на артериалната хипертония.



Фиг. 5. Честота на консумация на плодове и зеленчуци от респондентите

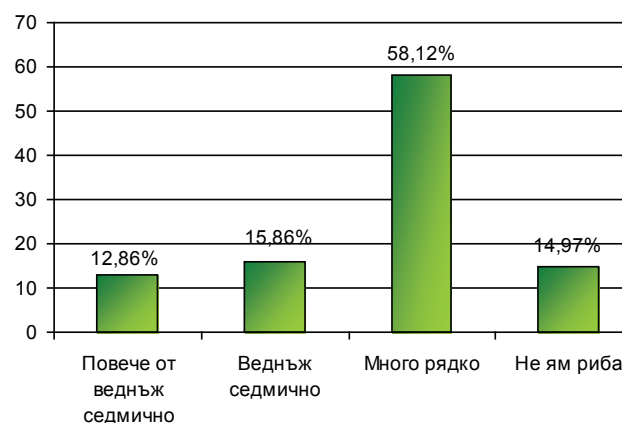
Потреблението на плодове и зеленчуци в България се определя от климатичните особености и географското местоположение на държавата. Умереният климат и наличието на четири сезона са предпоставка за предимно сезонна консумация на тези продукти. Глобализацията през последните десетилетия доведе до по-голямо предлагане на пресни плодове и зеленчуци целогодишно, което не означава, че се е повишила тяхната консума-

ция. Резултатите от проведеното от нас проучване сочат, че едва 23,89% ежедневно консумират плодове и зеленчуци, 46,90% ги включват един-два пъти седмично, което е крайно недостатъчно, а 29,21% – много рядко (фиг. 5). Тези резултати са крайно тревожни, изхождайки от важноста на храненето за протичането и превенцията на заболяването и неговите усложнения.

Диетата е детерминант и на кръвното налягане. Епидемиологични проучвания доказват, че зеленчуците и плодовете намаляват артериалното налягане, а допълнителното му понижаване се получава при прибавяне на нискомаслени млечни продукти. По този начин, диета, богата на плодове, зеленчуци и нискомаслени млечни продукти, не само намалява LDL холестерола, но и повлиява благоприятно стойностите на артериалното налягане.

Консумацията на риба и рибни продукти е една от съществените препоръки за здравословно хранене предвид тяхната висока биологична стойност. Препоръките на СЗО, 2003 [2], са за консумация на риба 1-2 пъти седмично, предвид факта, че рибата и рибните продукти са богати на полиненаситени мастни киселини (ПНМК).

В световен план консумацията на тези продукти представлява 18.6 kg на човек годишно, или 15,7% от приема на животински протеини. В рамките на Европейския съюз средната консумация на риба е 23,3 kg на човек годишно. Консумацията варира от 5.4 kg на човек годишно в България до 61,6 kg на човек годишно в Португалия.

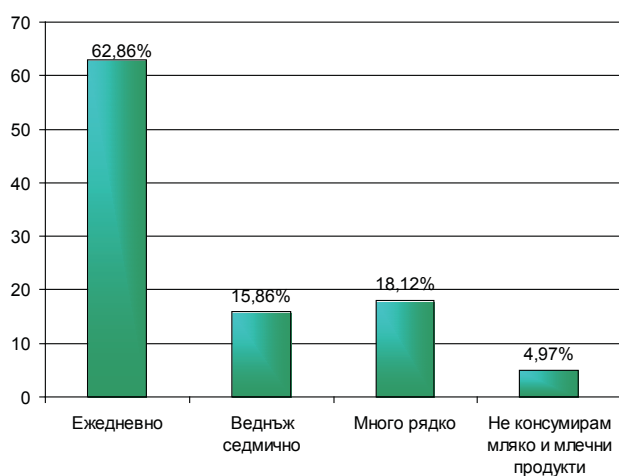


Фиг. 6. Честота на консумация на риба от респондентите

Неблагоприятен факт е, че повече от половината от анкетираните (58,12%) консумират риба много рядко, адекватният прием от един или два

пъти седмично се наблюдава съответно при 15,86 и 12,86% от изследваните. Очевидно България е сред страните с ниска консумация на риба на глава от населението (фиг. 6).

Сравнително отдавна е известно от епидемиологични проучвания, че съществува обратна корелация между консумацията на мляко и млечни продукти и развитието на хипертония, както и че млечните протеини са в състояние да понижават кръвното налягане. Тези природни агенти притежават потенциал за превенция и контрол на хипертонията и свързаните с нея заболявания.



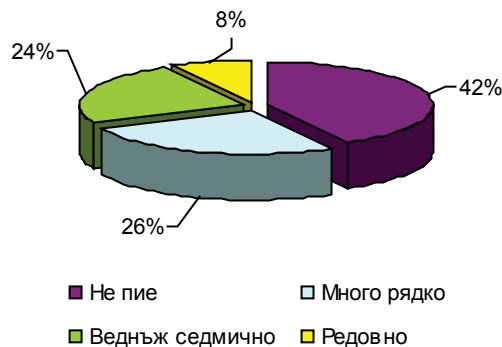
Фиг. 7. Честота на консумация на мляко и млечни продукти от респондентите

На въпроса „Колко често консумирате мляко и млечни продукти?“ приблизително 2/3, или 62,86%, от респондентите отговарят положително, а 15,86% – поне веднъж седмично, което е благоприятна тенденция в храненето им. Малък е делът на тези, които не приемат мляко, 4,97%, а 18,12% консумират мляко и млечни продукти понякога (фиг. 7). Млякото и млечните продукти са важен елемент на здравословното хранене при артериална хипертония. Високата консумация на мляко и млечни продукти се дължи най-вече на традициите и бита на българина, в които производството и консумацията на мляко и млечни продукти винаги са заемали достойно място. На Балканите от векове млякото и млечните продукти са задължителен елемент от дневното меню. Българинът е консумирал кисело мляко, бяло саламурено сирене, кашкавал и извара от векове.

Консумацията на високоалкохолни напитки за дълъг период увеличава риска от високо кръвно. От 5 до 7% от случаите с високо кръвно се дължат

на прекалена консумация на алкохол. В същото време при допълнителен анализ на 15 клинични проучвания се установява, че намаляването на приетото количество алкохол води до сериозно понижаване на стойностите както на систолното, така и на диастолното кръвно налягане (при хипертониците това понижаване се наблюдава само след няколко седмици).

От фиг. 8 е видно, че 42% никога не са употребявали алкохол. 26% пият много рядко. Както споделят самите анкетирани – на големи празници за наздравница, т.е. на Коледа, Нова година, Великден, и то в изключително малки количества. 24% от участниците пият 1-2 пъти седмично, като визират най-често почивните дни от седмицата. И 6% употребяват алкохол ежедневно.



Фиг. 8. Честота на консумация на алкохол от респондентите

Обикновено връзката високо кръвно–алкохол е ясно изразена при постоянна консумация на повече от две питиета на ден. Съответно допълнително влияние върху крайните резултати оказват: възраст, тегло, вид на алкохолната напитка.

Препоръчителните количества при употреба на алкохол не трябва да превишават 30 ml етанол, съответстващи на 750 ml бира, 60 ml концентрат или 300 ml вино – за мъжете, като при жените количеството се редуцира наполовина.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведеното проучване очертава една от проблемните области при лечението и превенцията на артериалната хипертония, а именно – недооценяване значението на хранителния режим от пациентите. Въпреки препоръките в „Ръководство за лечение на артериална хипертония“, изготвено от Европейското дружество по хипертония (ESH) и Европейското дружество по кардиология (ESC)

за значението на хранителния режим в лечението и превенцията на артериалната хипертония, болните с хипертония не спазват хранителен режим. Завишен е приемът на сол. Ниска е и консумацията на плодове и зеленчуци.

Промените в диетичния режим се препоръчват като първи вид въздействие преди стартиране на медикаментозна терапия при неусложнена хипертония. При индивиди с хипертония, които приемат антихипертензивни медикаменти, промените в диетата, и в частност намаляване на консумацията на сол, могат допълнително да понижат артериалното налягане, да улеснят минимизирането на медикаментозната терапия и да намалят вероятностите за последващи усложнения.

Библиография

1. Грозданов И. Организация на дейностите по профилактика и рехабилитация в системата на НОИ. XXVIII международна научна конференция. Стара Загора, 2018.
2. Грозданов И. Състояние и проблеми на организацията на дейностите по профилактика и рехабилитация в системата на НОИ. XXVII международна научна конференция, Стара Загора, 2017.
3. Грозданов И. Протективната роля на физическата активност и промоция на здравето, Европейски стандарти в спортното образование. Враца, 2018 г.
4. Дулева В. Диетологични подходи при хипертония. Наука Диететика, 1, 2009.
5. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020.
6. Янкова Г, Горанова С. Проучване отношението на пациенти с артериална хипертония към лечението и грижите. Сб. Доклади от XI национална научна сесия за студенти и преподаватели. Плевен, 2013, 99-103.
7. A Global Brief On Hypertension World Health Day 2013.
8. Chockalingam A. World Hypertension Day and global awareness. Can J Cardiol. 2008, 24(6): 441-44. PMC 2643187.
9. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K et al. Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data. Lancet, 2005;365:217-23.
10. Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. Geneva, World Health Organization and World Economic Forum, 2011.
11. Spruill, TM. Chronic Psychosocial Stress and Hypertension. Current Hypertension Reports. 2010, 12(1): 10-16.
12. World Health Organization and World Economic Forum. From Burden to "Best Buys".
13. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J, 2013, 34, 2159-2219.

ЗДРАВНИЯТ ПРОБЛЕМ – ДЕФИЦИТ НА ВИТАМИН D

Кр. Георгиева, Т. Христова

Филиал "Проф. И. Митев" – Враца, Медицински университет – София

THE HEALTH PROBLEM CALLED VITAMIN D DEFICIENCY

Kr. Georgieva, T. Hristova

Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. Vitamin "D" deficiency is defined as the most common hypovitaminosis that leads to serious health problem. Serious vitamin "D" deficiency ranges from < 2.5 nmol/l and a lack of vitamin "D" from 25-50 nmol/l level of serum. The human body receives vitamin "D" from food (around 10%) and from UV sun rays (around 90%). Worldwide there are around 1 000 000 000 people with inadequate vitamin "D" levels. In Bulgaria 54.5% of the elderly population has a lack of vitamin "D" and 21.3% experience a deficiency, according to a national survey in 2012 performed by the Bulgarian Association of Endocrinology. This disturbing data and the lack of knowledge among the Bulgarian population about the problem determined the main purpose of this survey, i.e. providing information on health resulting from a variety of conclusions and proofs from a wide circle of participants. We used theoretical and statistical methods. Based on the results we concluded the following: Between 50% and 90% from the world population show inadequate vitamin "D" levels and around 76% from the Bulgarians have the same health problem. Vitamin "D" deficiency is mostly observed in women – 27%, compared to that of men – 15%. 10.7% of the participants in the survey conducted by the Bulgarian Association of Endocrinology have hypothyroidism and 3.9% of them have a hyperthyroidism. 23% from the urban population has a vitamin "D" deficiency compared to population living in villages. Conclusions: A wide range of hypovitaminosis of vitamin "D" is found worldwide. The levels of vitamin "D" in our country are very low. Vitamin "D" deficiency is a high risk for developing chronic diseases. Lifestyle and the environment affect the production of vitamin "D" in the human body.

Key words: deficiency, lack, vitamin D, high risk

Адрес за кореспонденция: Красимира Георгиева, Филиал "Проф. И. Митев", Медицински университет – София, ул. "Втори юни" № 179, 3000 Враца, email: krasimira_ivanova59@abv.bg

Address for correspondence: Krassimira Georgieva, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev", MU – Sofia, 179, Vtori Yuni Str., Bg – 3000 Vratsa, email: krasimira_ivanova59@abv.bg

"С витамин D се означават група витамини, стероидни деривати, формиращи се като активни субстанции под влияние на слънчевата светлина и действащи върху калциево-фосфатната обмяна в човешкия организъм" [6].

Витамин D е мастноразтворим витамин. Произвежда се ендогенно, когато ултравиолетовите лъчи от слънцето попаднат върху човешката кожа и предизвикат неговия синтез. Оттук идва и ненаучното му име – слънчевият витамин.

ИСТОРИЧЕСКИ ПРЕГЛЕД

Появата на витамин D в историята на медицината датира от началото на XX век и първоначално се свързва с името на английския медик сър Едуард Мелънби. Той, повлиян от работата на своя колега д-р Маккълъм, предположил, че болестта рахит, която била разпространена в Англия и най-вече в Шотландия, се причинява от недоимъчно хранене.

За да провери своето предположение, през 1919 г. той извършил експеримент с опитни ку-

чета, които живеели в затворени помещения без слънчева светлина и били хранени с овесени ядки – основен хранителен продукт, консумиран най-вече от шотландците. Опитните животни бързо развили симптоми, идентични на тези при хората със заболяването, но когато лекарят третира болните кучета с рибено масло от черен дроб на треска, те се излекували. С този експеримент д-р Мелънби доказал, че рибеното масло от черен дроб на треска, което съдържа и витамин А, може да предотврати появата на рахит.

През 1922 г. д-р Маккълъм решил лично да се убеди дали витамин А е ключът към лечение на рахита. За целта той обогатил с кислород рибе-но масло от треска, но при този опит витамин А лесно се разрушавал. Д-р Маккълъм установил, че с новополучената субстанция се лекуват симптомите на рахита, и предположил, че това е нов витамин, който нарекъл витамин D.

По това време лекар от Виена, д-р Хулдшински, съвместно с английски учени стигнал до извода, че децата, засегнати рахит, могат да се излекуват чрез излагане на слънце или чрез облъчване с изкуствена UV светлина. Тезата му била потвърдена и от лекарите Хес и Ънджър, които също излекували немалко деца от коварното заболяване.

Обнадеждаващите новини за победа над болестта привлекли вниманието и на професор Хари Стийнбък от университета в Уисконсин, който след опити с кози установил, че добрият баланс на калций е свързан със слънчевата светлина, а при опити с плъхове, облъчени с UV лъчи, констатирал, че в резултат на реакция се получава специфична субстанция, която действа арахитно.

Малко по-късно станало ясно, че тази лечебна субстанция, която може да се синтезира от кожата, е „слънчевият“ витамин D.

Химичната структура на витамин D е разгадана през 1930 г. от професор Уйндас в лабораториите на Гьотинген университет, а витамин D3 е химически характеризирани през 1936 г.

Описахме историческото развитие на познанието за витамин D, за да покажем колко труд, време и енергия са били необходими за изясняване само на химичната му структура.

Етиология

Човешкият организъм си набавя витамина чрез храната в 10% и от слънчевите лъчи в 90%.

В природата много малко храни са източници на витамин D.

В по-големи количества се съдържа в масло от моруна, съомга, скариди, животински мазнини, краве масло, мляко, черен дроб, яйчен жълтък, кашкавал и сирене.

Според д-р Heike A. Bischoff-Ferrari, факултет на Университета на Цюрих, за да се получат достатъчни нива на витамин D чрез диета, ще трябва да се консумират две порции мазна риба, като съомга или скумрия, всеки ден [9].

Според него схващането, че може да се поддържа нормално ниво на витамин D в организма само с диета е погрешно, тъй като витамин D не е самостоятелен витамин.

За да изпълнява многото си функции, витамин D действа съвместно с други витамини и минерали, като например магнезий, който може да бъде намерен в зелените листни зеленчуци.

Най-честата причина за хиповитаминоза и авитаминоза D е недостатъчното действие на слънчевите лъчи за превръщане на провитамина във витамин, но само малка част от спектъра на слънчевата светлина има това фотохимично въздействие и ако слънчевите лъчи са по-силни, се получават токсични продукти без витаминно действие [2].

МЕХАНИЗЪМ НА ДЕЙСТВИЕ

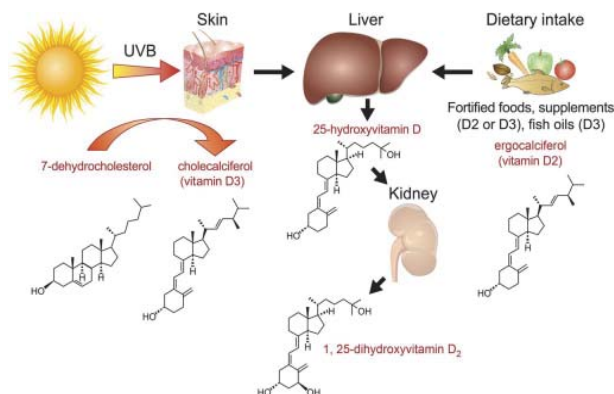
Открити са пет форми на витамин D – D1, D2, D3, D4, D5, но само две от тях имат най-голямо клинично значение – ендогенен витамин D3, образуващ се в кожата под въздействие на ултравиолетовите слънчеви лъчи с дължина на вълната 290-315 nm, и екзогенен витамин D2, чийто прием се осъществява чрез храната.

И двете форми на витамин D са биологично неактивни и за да се активират, трябва да се подложат на два процеса в човешкото тяло: синтезираният в организма витамин D3 и приетият с храната D2, свързвайки се с витамин D-свързващ протеин, се транспортират до черния дроб, където чрез хидроксилация витамин D се превръща в калцидиол.

Следващият етап от синтеза се извършва в бъбреците отново чрез хидроксилация и с участието на паратхормон се превръща в калцитриол – биологично активния витамин D.

От бъбрека попада в кръвообращението и участва в костната обмяна, регулираща усвояването на калций в червата, и с това повлиява обмяната и на фосфора.

Активиращо действие в процеса на хидроксилране имат и половите хормони, растежен хормон, пролактин и др. [5].



Фиг. 1. Метаболизъм на витамин D

РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА ХИПО- И АВИТАМИНОЗА НА ВИТАМИН D СРЕД ЧОВЕШКАТА ПОПУЛАЦИЯ

По данни на СЗО около 1 млрд. души по света страдат от дефицит и недостатъчни нива на витамин D.

В Средния Изток и Африка 81% от хората са с неадекватен статус на витамина, в Северна Америка – над 56%, в Европа – около 70%. В България само 24,2% от възрастното население е с нормални стойности на витамин D.

СЪВРЕМЕННИ КЛИНИЧНИ ПРОУЧВАНИЯ В СВЕТА

През последното десетилетие сериозни и дългосрочни проучвания от Северна Америка и Европа са доказали корелационната връзка между ниските нива на витамин D и повишения риск от социалнозначими заболявания.

През 2013 г. в Американското списание за клинично хранене са публикувани данни от епидемиологично проучване, в което са проследени нивата на витамин D в кръвта на 9949 души на възраст от 50 до 74 год. за период средно около 9,5 години. Изследователите са установили, че индивидите с неадекватен статус на витамин D са със 71% по-висока смъртност по всякакви причини, като 42% – поради раково заболяване, 39% – поради сърдечно-съдово, както и 25% по-висок риск от смъртност поради респираторно заболяване.

Изследване върху медицински сестри, проведено в Харвардския университет, установява, че жените с ниски нива на витамин D са с 67% повишен риск от развитие на хипертония.

Изследователи от Georgetown University Medical Center във Вашингтон са открили връзка между висок прием на витамин D и намаляване на риска от рак на гърдата. Резултатите от проучването, представени на Американската асоциация за изследване на рака, са показали, че с повишени дози от слънчевия витамин може да се намали туморът с 50% сред вече заболелите.

През 2015 г. гръцки изследователи публикуват епидемиологично проучване в списание за ядрена медицина, с което установяват връзка между ниските нива на витамин D и увеличаването на специфичен маркер за автоимунна болест, позната като тиреодит на Хашимото [13].

АНАЛИЗ НА СИТУАЦИЯТА В БЪЛГАРИЯ

Национално представително епидемиологично проучване на Българското ендокринологично дружество за статус на витамин D сред българската популация, проведено в България през 2012 г., установява, че 21% от изследваните 2032 души са с дефицит на витамин D, което е доста тревожен факт. Скринингът е проведен през януари-февруари само върху свободно живеещи лица в десет големи града и подлежащите им селища. При анализ на резултатите изследователите констатират, че тежък дефицит е налице два пъти по-често при жените – 26,9%, отколкото при мъжете – 15,1% [1]. С най-висок процент на авитаминоза D са живеещите в София – 35%, следвани от изследваните в Северозападна България. В селата честотата на дефицит D е сравнително ниска – 12,8%, докато в градовете е 21,8%.

Диабет е установен при 9,6% от изследваното население, при 10,7% – хипотиреозидизъм, а при 3,9% – хипертиреозидизъм [1].

Статусът на витамин D сред българите е изключително лош.

Докато в Европа, Америка, Азия се предприемат мерки за превенция на здравния проблем дефицит и недостатъчност на витамин D с обогатяване на храните за населението, широко достъпни профилактични и информационни програми, в България много от хората дори не подозират, че са с неадекватен статус на витамина.

Нива на витамин D (25-ОН)

- Тежък дефицит < 10 ng/mL
- Недостиг 10-30 ng/mL
- Достатъчност > 30 ng/mL
- Токсичност > 100 ng/mL

Нива < 20 ng/mL също се считат за показатели за дефицит.

Дефицит на витамин D

„Дефицит на витамин D е състоянието, при което нивата на калцидиол (формата, в която витамин D се складира) са по-ниски от нивата, нужни на човешкото тяло, за да се поддържа нормално комплексно здраве“ [2].

Недостигът на витамин D води до намалена абсорбция на калций и фосфор и по тази причина продължителният дефицит предизвиква негативна промяна в костната минерализация. При децата се развива болестта рахит, късно срастване на шевове на черепа, изоставане в ръста, липса на апетит, отпуснати мускули, проблеми със зъбния статус, а при възрастните се наблюдават остеомаляция и болки в кръста. През последното десетилетие обаче излизат все повече доказателства за връзката между дефицита и социалнозначими хронични заболявания като сърдечно-съдови, ендокринни, респираторни и метаболитни. Изследванията продължават. Важно е не само да се докаже връзката между дефицит D и заболяванията, но да се разберат и докажат биологичните процеси, които ги свързват, както и механизмът на действие между тях.

Рискови фактори за дефицит на витамин D

Изследователите в областта на дефицит на витамин D свързват основните рискови фактори за появата му със: недостатъчна експозиция на слънчевите лъчи, стил на живот, нездравословно хранене [8], затлъстяване, свръхупотреба на слънцезащитни кремове и лосиони с висок фактор, възраст, запрашена среда, работа на закрито, пигментация на кожата, стил и традиции на обличане.

Основни симптоми на дефицит на витамин D: качване на килограми, без да може да се свалят, липса на енергия, умора, мускулни крампи, схващания, кожни проблеми, болки в ставите и кръста, раздразнителност, проблеми с кръвната захар.

Основни симптоми на предозиране на витамин D: главоболие, дехидратация, повръщане, хиперкалциемия, сърдечно-съдови и бъбречни проблеми.

От прегледа на специализираната литература установихме, че недостатъчността и дефицитът на витамин D са здравен проблем. Като всеки здравен проблем той се лекува от лекари с активното съдействие на здравните професионалисти. Много хора искат да поддържат добро здраве, но го правят сами, без да са добре подготвени, съставят си профилактични програми, като наблюдават на самодеен прием на различни лекарства и хранителни добавки с витамин D, а пазарът изобилства от тях. Дефицитът на витамин D създава здравни проблеми, но не по-малко опасно е и предозирането му. То може да доведе до смърт от сърдечно-съдова или бъбречна недостатъчност. Нашата задача като здравни професионалисти е да информираме обществото както за вредата от дефицита на витамина, така и за вредата от самопрофилактиката и самолечението.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За подобряване на общественото здраве бихме препоръчали мащабна информационна обществена кампания за ползата от този уникален за човешкото тяло витамин – стероид, както и за последиците от дефицита му. Като превенция на дефицита – осигуряване на информация за ползата от здравословен начин на живот с разумно излагане на слънце, чист въздух и подходяща храна.

Благодарности. Благодаря на доц. Добролова и доц. Стефанова, както и на библиотекаря на филиал "Проф. д-р И. Митев", град Враца, МУ – София, за предоставената литература.

Библиография

1. Борисова А, Шинков А, Влахов Й, Даковска Л, Тодоров Т, Свиначков Д, Касабова Л. Честота на дефицит, недостатъчност и достатъчност на витамин D в българската популация. Ендокринология, 2012.
2. Витанова Л, Гърчев Р. Физиология на човека. София, АРСО.

3. Добрилова П. Интегрираните грижи като елемент на първичната медицинска помощ. *Обща медицина*, 2016, 18(2), 3-8.
4. Енчев Е. Нормален серумен вит. Д и ползите за човешкото здраве. *Наука Ендокринология*. 2012, (2).
5. Красимирова Д, Петкова Д, Георгиев О, Чернева Р. Витамин Д – известното и неизвестно. *Торакална медицина*, 2016, 8(1).
6. Малеев А. Вътрешни болести с терапия – учебник за студенти медици. *София, Мед. и физк.*, 1975, 2, 479.
7. Стефанова К, Добрилова П, Маринова А. Промоция на здравето – нова философия на общественото здраве. XIV Международна научна конференция, Варна, 2015, 566-571.
8. Aloia JF, Li-Ng M. Re: Epidemic influenza and vitamin D. *Epidemiol Infect.* 2007 Oct;135(7):1095-1096.
9. Bikle DD. The vitamin D receptor: a tumor suppressor in skin. *Discov Med*, 2011, 11(56):7-17.
10. Bischoff HA, Stahelin HB, Urscheler N. et al. Muscle strength in the elderly: its relation to vitamin D metabolites. *Arch Phys Med Rehabil.* 1999, Jan;80(1):54-58.
11. Bischoff-Ferrari HA, Borchers M, Gudat F, et al. Vitamin D receptor expression in human muscle tissue decreases with age. *J Bone Miner Res.* 2004 Feb;19(2):265-269.
12. Dobrilova P, Stefanova K. Professional realization of the medical nurse. *Folia medica*. Medical university, Plovdiv, под печат.
13. <https://www.nature.com>
14. <https://www.puls.bg/aktsenti-c-16/vitamin-d-kliuchov-zakostnoto-formirane-n-2726>

“ИСКАМ ДА СЪМ С ТЕБ“ – ГРУПОВ МЕТОД НА РАБОТА ПРИ ДЕЦА СЪС СОП И СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „ТРУДОТЕРАПИЯ“

Ив. Михайлова, А. Маринова, Н. Йорданов

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

“I WANT TO BE WITH YOU”: A GROUP METHOD OF WORK IN CHILDREN WITH SEN AND STUDENTS OF SPECIALTY ERGOTHERAPY

Iv. Mihaylova, A. Marinova, N. Yordanov

Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. The availability of various art therapy methods for children with special educational needs (SEN) to date is highly indicative of the need for this type of therapy in our time as a healing approach and form of communication. The deliberate isolation of these children from their peers is strongly expressed due to the obvious physical or mental disparity, the lack of contact and the difficulty of joining the class and the usual way of working at school. At the same time, it causes fear and perplexity in other children, and creates a non-ethical attitude and sometimes mocking and aggressive behavior. The article presents a specific technique for working with children with SEN, "I want to be with you", by applying it under the art therapeutical form. The presented material is based on repeatedly held art sessions together with the students of specialty Ergotherapy, children with SEN to RCPppo – Vratsa and children in the norm from general education schools.

Key words: art therapy, children with special educational needs, ergotherapists, emotions, social behavior

Адрес за кореспонденция: Доц. Ивета Михайлова, дм, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, Медицински университет – София, ул. Втори юни № 179, 3000 Враца, e-mail: mihailova_iveta@abv.bg

Address for correspondence: Assoc. Prof. Iv. Mihaylova, PhD, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev", Medical University – Sofia, 179, Vtori Yuni Str., Bg – 3000 Vratsa, e-mail: mihailova_iveta@abv.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Основателна причина за използване на груповия арттерапевтичен метод „Искам да съм с теб“ е дълбокият вътрешен конфликт при всички деца с проблеми в развитието.

Трудното възприемане на учебния материал, липсата на концентрация или натрапчивото хиперактивно поведение са силен показател за нуждата от по-подходящ прием за работа и не-консервативен похват, който да приобщи детето към съучениците му. По-значим етап от индиви-

дуалната схема за работа с конкретното дете е последователно въвеждане на мерки от психолози и арттерапевти за опознаване и възприемане на собственото „Аз“, за възприемането на проблема: „Аз съм различен“ през призмата на вече осъзнатото различие не като сериозен недъг и проблемност, а като перцептивен процес за надграждане на когнитивния акт в съзнателното му развитие. Осъзнатата разлика с навършването на 7-годишна възраст вече е повод за тревожно разстройство при детето и за несъгласие с тази му същност. Намесата на родителите е от първостепенно

значение за преодоляването на това състояние и за пренасочването на стремежите на детето към облекчаване на симптомите на тревожното състояние. Концептуалната схема на симптомите на тревожността вследствие на неприемането на личностния проблем послужи за основа на прилагането на арттерапевтичния групов метод „Искам да съм с теб“ чрез серия от арттерапевтични сесии, насочени към възприятието, вниманието и самоличностното утвърждаване в собствените очи и пред съучениците на детето със СОП.

ЦЕЛ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Установяване въздействието на метода „Искам да съм с теб“ при деца със СОП и деца в норма чрез игровия метод, приложен в масова групов организационна форма, с присъствие на студенти от специалността „Трудотерапия“.

Подцел: Изграждане на професионални умения при студентите от специалност „Трудотерапия“ за работа с деца със СОП.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Груповият арттерапевтичен метод „Искам да съм с теб“ е приложен по време на 2 артсесии с 51 участници, от които:

- Студенти специалност „Трудотерапия“ – 19 души;
- Деца със СОП – 19 деца;
- Ученици от основните и средните училища, град Враца – 10 ученици;
- Учители и ръководители – 2-ма души;
- Арттерапевт – 1 специалист.

Спецификата на използвания групов арттерапевтичен метод „Искам да съм с теб“ е, че са включени 4 групи от хора, които взаимно си въздействат в процеса на работа. При метода на работа „Искам да съм с теб“ при двете групи – А (деца със СОП) и Б (деца в норма), е приложено *апликиране на хартиени кукли с разнородни материали (богат набор от платове, мъниста, кожи, прежди, вълна, цветни камъчета, шевици).*

Използвани методи за оценка на резултатите: Наблюдение и оценка от арттерапевта, учителите и студентите. Резултатите са анализирани от студентите въз основа на личния им принос в артсесията „Искам да съм с теб“ и директния контакт по време на партньорството с детето участ-

ник, като резултатите са отразени в *оценъчни карти*, подготвени за тази цел.

Хипотеза за провеждането на артсесията: *Чрез използването на известния арттерапевтичен похват за изработване на кукли (прилаган от много арттерапевти от цял свят) се предоставя възможност на детето със СОП:*

1. Да изрази себе си и да покаже своите представи за естетика, емоция и отношение;
2. Да повиши комуникативните си умения при участие в голяма група от хора;
3. Да се представи успешно пред очите на своите съученици в норма, получавайки силна подкрепа от студента по време на работа.

От друга страна, формата на работа „Искам да съм с теб“ оказва силно влияние върху децата в норма, като:

1. Спомага за опознаване отблизо на децата със СОП и на техните проблеми;
2. Допринася за промяна в отношенията и създава възможност за приятелски връзки – важни и за двете страни.

Участието на студентите от специалност „Трудотерапия“ е от важно значение за тяхната подготовка и бъдещо професионално развитие.

Основа за използване на метода на работа „Искам да съм с теб“ ни дават различните проблеми при децата със специални образователни потребности, продиктувани от характера на заболяванията, от които страдат:

1. Сензорни, физически, умствени или множество от увреждания;
2. Езиково-говорни нарушения;
3. Обучителни трудности и др.

Решаването на проблемите при тях е насочено в две главни посоки – вътреучилищно общаване и извънкласна форма на дейност. От важно значение е установяването на възможностите за съвместяване на диференцирания подход към децата със СОП в класната стая с фронталната и груповата работа с останалите деца. Това предполага отговори на въпроси като: Как децата със СОП да бъдат включени във фронтална и груповата работа в класната стая съвместно с другите деца? Тук ролята на специалния педагог е водеща за приобщаването на това дете и вграждането му в групата [6].

Особен интерес у нас предизвиква друг ключов момент за включването на децата със СОП в

извънкласни и извънучилищни дейности заедно с деца от паралелката, училището или други училища. Това предполага отговори на въпроси като: В какви по характер извънкласни и извънучилищни дейности може да се включи дете със СОП, така че да развият то и другите деца социални умения и нагласи по посока толерантност, умение за работа в екип, съпреживяване, взаимопомощ и др. [9].

Този момент на извънкласна ангажираност е използван от ресурсните учители и арттерапевта, като са включени студенти трудотерапевти, така че да се поднесе на децата едно ново, различно изживяване и нов вид комуникация, основана повече на невербалното общуване, отколкото на непосредствено заучените клишета за работа с проблемните деца.

В процеса на работата е заложено на включването на деца в норма, с креативно мислене, които да подтикнат своите връстници със СОП към освобождаваща непринудена контактност. Извършена е и предварителна психологична подготовка за разясняване на съвместната творческа работа със съученици със СОП. Тук е съобразен и факторът за измерване успешността на интеграционния процес, а именно взаимодействието между децата със СОП и другите деца. И едните, и другите деца имат нужда от формиране и развитие на комуникативни умения за взаимодействие помежду си и за формиране на социално поведение [5].

За решаването на този казус е използван обичаят от арттерапевтите метод за изработка на кукли, като е добавен новият елемент "Искам да съм с теб" – къщичка, в която всички изработени кукли ще отидат и ще живеят заедно. На него беше заложено поради многобройните положителни страни, насочени към сваляне на напрежението и към желанието на детето със СОП да комуникира, от една страна, със своя връстник и от друга – със самата кукла. Апликирането на куклите е насочено към:

- Положително емоционално състояние и ведро настроение;
- Създаване на емоционална устойчивост и социална комуникация;
- Преодоляване на страха и травмиращите мисли от изолацията;
- Чувство за съпричастност към околните и толерантност;
- Развитие на фината моторика;
- Създаване на приятелство между детето със СОП и неговия връстник в норма.

Самият процес на работа е насочен към:

- Повишаване на вниманието и концентративията;
- Развитие на сръчност, креативно мислене и адекватно за възрастта социално поведение;
- Себеизразяване през погледа на куклата под формата на диалог;
- Опознаване на нови материали с цел развитие на наблюдателността и паметта при децата.

УЧАСТИЕ НА СТУДЕНТИ ТРУДОТЕРАПЕВТИ В МЕТОДА НА РАБОТА „ИСКАМ ДА СЪМ С ТЕБ“

Работата на трудотерапевта и неговите компетенции са пряко насочени към деца и лица с физически и умствени увреждания, както и към похвати на работа, способстващи за тяхната социализация и ресоциализация и за формиране на социално поведение. Студентите от специалност „Трудотерапия“ имат засилена подготовка в областта на арттерапията и занимателната трудотерапия. Придобитите знания по време на обучението в университета са обширни и обхващат всички видове рисувателни техники, като работа с моливи, флумастери, акварел, сух и маслен пастел, работа с акрилни бои и контури. Богати са познанията им в работата с всички видове приложни материали и техники като: апликация, моделиране, квиллинг, декупаж, работа с плат, работа с пластмаса, работа с кожа и много други. Тази солидна база от умения в сферата на изкуството е подкрепена и от добре структурираната психологична и педагогическа подготовка на младите специалисти, която позволява тяхното включване в похвата "Искам да съм с теб".

ОПИСАНИЕ НА ГРУПОВАТА ФОРМА НА РАБОТА С ПРИЛАГАНЕ НА МЕТОДА „ИСКАМ ДА СЪМ С ТЕБ“

Артсесията под надслов „Искам да съм с теб“ протича по следния начин.

Подготвителен етап

- Разпределяне върху работните маси на огромно количество разнородни материали, подредени така, че да е улеснен достъпът до тях на всяко дете. Тук са включени: копчета, пайетки, мъниста, пластмасови очи, парченца плат от различни материи и цветове, преди и цветна вълна, цветни хартии и флумастери.

- Инструментите и помощните пособия, използвани от децата, са: лепила, ножици, силиконови пистолети.

- Предоставяне на децата на картонен модел на кукла с поставка – моделите са изработени предварително от студентите.

- Многоцветна, голяма хартиена къща, подготвена от студентите.

- Към всяко дете е прикрепен студент, за да окаже нужната помощ и подкрепа.

Същинска част

Работата протича в силно емоционална атмосфера, като всички се стремят да бъде достатъчно весело и забавно. Ключов момент след направата на куклите е те да бъдат въведени в един общ и многоцветен дом, показващ, че хората с увреждания имат същото право на живот и радост, както и всички останали членове на нашето общество.

Поставената пред къщата зелена пътека е изпълнена с очертанятия на обувките и написаните имена на всички участници, което е сигурен показател за себеутвърждаване и повишаване на самочувствието на децата.

ОТЧИТАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Наблюденията на студентите трудотерапевти върху двете групи – група „А“, деца със СОП, и група „Б“ – деца в норма, дават възможност след приключване на работата студентите да попълнят за всяко дете изработената оценъчна карта „За емоционалното състояние и социалното поведение“. Анализът за активността, възможностите за концентрация и творческо мислене на децата, за които отговаря, както и резултатите от оценъчната карта всеки студент трябва да представи на своя ръководител като „доклад“ за състоянието и възможностите на едно дете от група А и едно от група Б.

При оценката на емоционалното състояние за показатели са заложили най-често срещаните и дискутирани положителни и отрицателни емоции. От табл. 1 е видно, че по време на работа най-често наблюдавани положителни емоции са радостта, вълнението и веселото настроение.

При децата от група А (деца със СОП) радостта е ясно изразена при 89,47%, като 15,78% я показват, а 73,68% силно я изразяват. Само 10,52% не показват радост в процеса работа със съуче-

ници и студенти. При анализа на резултата на група Б – 90% от децата показват видимо силна радост и 10% я изразяват по-сдържано.

От останалите положителни емоции – „вълнение“ са изразили 17 деца от група А, от които 10,52% го показват и 84,21% го изразяват видимо силно, като две от децата (10,52%) не показват никакви признаци на вълнение.

Положителното емоционално състояние „весело настроение“ демонстрират двете групи деца – 89,47% от група А (68,42% силно го изразяват и 21,05% само го показват) и 100% от децата от група Б изразяват това весело настроение, като 30% силно го изразяват и 70% го показват.

От отрицателните емоции са изразени две – „срам“ и „тревожност“, останалите емоционални състояния – „страх“, „тъга“ и „гняв“, не се наблюдават. „Срам“ са изпитали 4 деца, като при две от тях той е изразен (10,52%) и при също 10,52% е силно изразен. Останалите 84,47% от децата по време на работа не изпитват срам.

„Тревожност“ се наблюдава при две от децата от група А, а останалите 89,47% не показват емоционалното състояние „тревожност“.

В табл. 2 са заложили 8 показателя, които студентите трудотерапевти трябва да оценят, и резултатите да бъдат нанесени в оценъчната карта.

При оценката на социалното поведение на детето по време на работа се наблюдават следните резултати (табл. 2).

По-лесно във взаимоотношения и взаимодействия влизат децата от група Б (90% изразяват силно и ясно отношенията си към околните и 10% ги показват към другите деца). За разлика от тях децата от група А по-трудно влизат в определени отношения, като при 10,52% са напълно невъзможни, при 21,05% – невъзможни, при 31,57% са положително изразени и при 31,57% са силно положително изразени. Обобщено 73,68% от децата от група А могат да установяват отношения със своите съученици и със студентите от специалност „Трудотерапия“, като 26,31% от тези деца се нуждаят от подкрепа при създаване на отношения в групата.

Установяването на връзки и създаването на приятелства не са проблемни за децата от група Б, 100% от тях могат да установяват връзки и да създават приятелства, за разлика от група А, в която 31,57% от децата не са в състояние да установяват връзки и 36,84% не могат да създават

Таблица 1. Оценка на изразените емоции по време на прилагане на приема "Искам да съм с теб"

Показатели	Силно изразява (++)		Изразява (+)		Не изразява (-)		Силно не изразява (--)		Необходима подкрепа	
	А%	Б%	А%	Б%	А%	Б%	А%	Б%	А%	Б%
А – деца със СОП Б – деца в норма	А%	Б%	А%	Б%	А%	Б%	А%	Б%	А%	Б%
Радост (щастие)	73,68	90	15,78	10	10,52	–	–	–	–	–
Вълнение	84,21	20	10,52	80	10,52	–	–	–	–	–
Весело настроение	68,42	30	21,05	70	10,52	–	–	–	–	–
Срам	10,52	–	10,52	–	84,21	–	–	–	–	–
Тревожност	–	–	10,52	–	89,47	–	–	–	–	–
Страх	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Тъга	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Гняв	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Таблица 2. Оценка на социалното поведение по време на прилагане на метода „Искам да съм с теб“

Показатели	Силно изразява (++)		Изразява (+)		Не изразява (-)		Силно не изразява (--)		Необходима подкрепа	
	А%	Б%	А%	Б%	А%	Б%	А%	Б%	А%	Б%
А – деца със СОП Б – деца в норма	А%	Б%	А%	Б%	А%	Б%	А%	Б%	А%	Б%
Отношение към другите деца	36,84	90	31,57	10	21,05	–	10,52	–	Да	–
Установява връзки в групата	31,57	100	36,84	–	21,05	–	10,52	–	Да	–
Може да установява приятелски взаимоотношения	26,31	100	36,84	–	26,31	–	10,52	–	Да	–
Има самоконтрол върху поведението си	26,31	80	26,31	20	21,05	–	26,31	–	Да	–
Може да оценява чуждо поведение	36,84	80	26,31	20	21,05	–	15,78	–	Да	–
Има поведение, съответстващо на възрастта	36,84	90	31,57	10	21,05	–	10,52	–	Да	–
Хиперактивност	10,52	–	5,2	10	89,47	90			Да	–
Хипоактивност	–	–	10,52	–	89,47	100	–	–	–	–

приятелства. Тези деца се нуждаят от подкрепата от ресурсния учител и на студентите от специалността „Трудотерапия“ за установяване на връзки и създаване на приятелства.

Не е малък броят на децата от група А, които могат да установяват връзки – 68,42%, степенувано „силно изразена“ при 31,57% и по-слабо изразена при 36,84%.

Седем от децата (36,84%) от група А не могат да установяват приятелства, те се нуждаят от

подкрепа в този процес на взаимоотношения и взаимодействия и 63,15% могат да създават приятелски взаимоотношения. Степента на трайност на приятелските взаимоотношения не е проучвана.

Самоконтролът върху поведението в групата е изключително важен за създаване на връзки, отношения и кохезия в групата. От анализите на оценъчните карти се установява, че 100% от децата от група Б (80% силно изразен и 20% изра-

зен) имат самоконтрол върху своето поведение, което е изключително важно, за да могат да приемат "по-различните" от тях свои съученици.

Девет от децата от група А (47,36%) нямат самоконтрол върху поведението си и се нуждаят от подкрепа, а останалите 52,63% могат да контролират поведението си.

Оценка на чуждото поведение могат да извършват 100% от децата от група Б и 63,15% от група А. Невъзможност за оценяване на чуждото поведение е отчетена при 36,84% от децата от група А.

Относно показателя "Има поведение, съответстващо на възрастта", 100% от децата от група Б (10% изразено и 90% силно изразено) демонстрират поведение, типично за тяхната възраст. При група А 13 от децата (68,42%) също имат поведение, отговарящо на възрастта, но при 31,57% от тях се наблюдава поведение, съответстващо на по-ниска възрастова група.

Хиперактивност се наблюдава при едно от децата от група Б и при три от децата от група А, като при едно от тези три деца има изразена хиперактивност, а при две тя е силно изразена. Хипоактивност показват две от децата от група А.

По време на работа е наблюдавана пълна концентрация на вниманието при 90% от децата от група Б и при 89,47% при децата от група А.

Изводи

1. Груповият арттерапевтичен метод "Искам да съм с теб" е подходящ за работа с деца със СОП и деца в норма, организирани в съвместна мащабна групово форма.

2. Методът „Искам да съм с теб“ влияе положително върху емоционалното състояние не само на децата в норма, но и на децата със СОП, като 100% от децата в норма и 89,47% от децата със СОП изпитват радост, приятни вълнения и весело настроение.

3. Приложеният метод дава възможност на децата със СОП не само да развият фината си моторика, но и да се представят успешно пред съучениците си, да изразят себе си и своите представи за естетика, емоция и отношение.

4. Този метод на работа позволява децата в норма да опознаят по-добре съучениците си със

СОП, да оценяват собственото си и чуждото поведение, да осъзнаят проблемите на другите.

5. Голямата група от хора на различна възраст, работещи съвместно, допринася за промяната в отношенията на децата, за създаването на връзки и приятелства, които са важни и за двете страни.

6. Прилагането на игровия метод с вплитането на такъв похват позволява постигането на емоционална устойчивост, креативно мислене и социално поведение, адекватно за възрастта на двете групи деца.

7. Такъв вид организационна форма на работа позволява на студентите да формират практически умения за наблюдение, анализ и оценка на деца със СОП.

Библиография

1. Грозданов И. Плащанията за профилактика и рехабилитация като форма на превенцията на риска в публичната социалноосигурителна система в България. Свищов, Студия – СА "Д. А. Ценов".
2. Грозданов И. Особенности на проявлението и превенцията на временната неработоспособност с общ характер на територията на област Враца в контекста на организационно развитие на програмата за профилактика и рехабилитация на НОИ. Свищов, Сборник Алманах – СА "Д. А. Ценов".
3. Грозданов И. Състояние и проблеми на организацията на дейностите по профилактика и рехабилитация в системата на НОИ. *Science and technologies*, 2017, 7.
4. Грозданов И. Организацията на дейностите по профилактика и рехабилитация в системата на НОИ. *Science and technologies*, 2018, 8.
5. Караджова К. Детерминанти на интегрираното обучение при деца с интелектуална недостатъчност. С., Св. Климент Охридски, 2010, 143.
6. Костова С. Наръчник за учители и специалисти: за методики и практики за работа с деца със специални образователни потребности. Сдружение „Младежки форум – 2001 Разград“, 2013, 17.
7. Маринова А. Паническо разстройство. Диагностика, терапия и профилактика. Комуникативни техники и информираност. Горекс Прес, 2017.
8. Рашева Н. Трудотерапия за развитие на фината моторика при деца. Сборник доклади от първа научна студентска сесия, Враца, 2016, 74-79.
9. Шошева В. Образование и социализация на умствено изостанали ученици. Ст. Загора, 2008, 82.
10. <http://www.cdrburgas.com/kukloterapia.html>

Приложение



Оценъчна карта

Оценка на дете при прилагане на метода „Искам да съм с теб“

Група А

Група Б

Име на детето

Показатели	Силно изразява (++)	Изразява (+)	Не изразява (-)	Силно не изразява (--)	Необходима подкрепа
А) Емоции при прилагане на метода					
Радост (щастие)					
Вълнение					
Весело настроение					
Страх					
Тревожност					
Срам					
Тъга					
Гняв					
Б) Социално поведение при прилагане на метода					
Отношение към другите деца					
Установява връзки в групата					
Може да установява приятелски взаимоотношения					
Има самоконтрол върху поведението си					
Може да оценява чуждо поведение					
Има поведение, съответстващо на възрастта					
Хиперактивност					
Хипоактивност					

ВРЪЗКА МЕЖДУ ПСИХОПРОФИЛАКТИКАТА ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТ И ПОСТПАРТАЛНИТЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИ РАЗСТРОЙСТВА

Д. Хаджиделева, А. Димитрова, И. Соколова, М. Станоева

Факултет "Обществено здраве" Медицински университет – София

THE RELATIONSHIP BETWEEN PSYCHOPROPHYLAXIS DURING PREGNANCY AND POSTPARTAL BEHAVIOR DISORDERS

D. Hadzhideleva, A. Dimitrova, I. Sokolova, M. Stanoeva

Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Abstract. The problem of maternal and child health is of great medical and social importance and requires special attention to the quality of prenatal care. The intense rhythm of life, the extremely rich, poor and misleading information environment, a high level of stress in everyday life, the influence of socio-economic factors can have a negative impact on the psycho-emotional state of the pregnant woman. The period of pregnancy is often accompanied by lability in the psyche and its behavior, intensive adaptation processes and balancing the edge between health and disease. Even physically healthy women during this period are in a state of biological and psychological crisis. Studies in recent years convincingly testify to the psychosomatic nature of these deviations. This leads to the need for prenatal preparation aimed at eliminating the fear of birth and other negative emotions that arise during pregnancy; developing and strengthening the idea of a physiological and painless process that will lead to a new positive feeling about impending maternity as well as the prevention of postpartal behavior disorders. The aim of this study was to study the impact of psychoprophylaxis during pregnancy as a means of reducing behavioral disorders in the postpartum period. The subjects of the survey were 100 puerperas from the Sofia Departments, surveyed through an individual anonymous questionnaire containing 15 questions. The survey was conducted in May–September 2018. Conclusions prove that psychoprophylaxis performed during pregnancy is a predictor of the normal course of the postpartum period in a psycho-emotional aspect.

Key words: pregnancy, childbirth, psychoprophylaxis, behavioral problems, postpartum

Адрес за кореспонденция: Доц. Д. Хаджиделева, дм, Факултет „Обществено здраве“, Медицински университет, ул. „Бяло море“ № 8, 1527 София, тел.: 02 9432-219, e-mail: dhd_@abv.bg

Address for correspondence: Assoc. Prof. D. Hadzhideleva, Faculty of Public Health, Medical University, 8 Byalomore St., Bg – 1527 Sofia, tel.: 3592 9432-219, e-mail: dhd_@abv.bg

Бременността се счита за период с комплексни психобиологични, психофизични и психосоциални явления. Бременността за една съвременна жена е изключително важно събитие, което изисква адаптация в кратък период от време към промените в тялото и тези в обществения живот.

Опазването на майчиното и детското здраве е с висока медицинска и социална значимост и част

от неговото значение е качеството на здравните грижи по време на бременността и подготовката за раждането.

Отношението на една жена към бременността и раждането се формира под влиянието на различни фактори, включително социални, морални и етични, икономически и т.н., и зависи от характеристиките на личността на жената.

Характеристиките на психологичните реакции на бременните жени и естеството на техния емоционален стрес обикновено се считат за проява на адаптация на организма и личността през този период [1].

В съвременната акушерска практика много изследвания са установили важността на психосоматичния статус по време на бременност и раждане, както и влиянието му от гледна точка на прогнозиране на усложненията при бременност, раждане и в послеродовия период. Проблемът за корелацията между душата и тялото психически и физиологично представлява интерес за учени и медицински специалисти. На настоящия етап няма съмнение за влиянието на психоемоционалното състояние на жените по време на бременност и раждане, както и при протичането на следродилния период при жени с различен психосоматичен статус. Необходимостта от проучвания на психосоматичното състояние на бременната жена се определя от задачите на съвременното акушерство: превенция на усложненията по време на бременност и раждане и намаляване честотата на поведенческите проблеми в послеродовия период [1].

Психиката на бременната жена има специфични характеристики през всеки триместър на бременността:

1. Първият триместър се характеризира с нестабилно настроение: от една страна, съзнателното желание да има дете, от друга – несигурност в майчинските способности, страхът от раждането. От голямо значение са физиологичните промени, характерни за много бременни жени през този период: гадене, реакции на миризми, звуци, цветове, промени в усещането за вкус. Появяват се необичайна чувствителност и раздразнение, повишено негодувание и капризност, придружени от огромна нужда от любезно отношение и внимание.

2. Вторият триместър е период на относително спокойствие. Бъдещата майка постепенно се адаптира към необичайното състояние, започва да усеща движението на детето, адаптира се към новия живот.

3. Третият триместър се отличава с основна черта – „потопяне“ в очакването на бъдещото дете. Жената може да развие свръхчувствителност към бъдещото бебе: сънища, предразсъдъци, необичайни преживявания, усещане за психичен контакт с детето [3].

Майчиният инстинкт е присъщ на жените по природа и всяка жена съзнателно или несъзнателно се стреми да изпълни основната си роля. По време на бременността жената може да има много страхове: страх от раждането, свързан с неизбежна болка, страх от отговорност – отговорността за детето е доминанта в живота на човека, страх от социална изолация, страх за професионалната кариера, страхове от естетически характер и др. Същността на психологичния дискомфорт при бременната жена е, че тя започва да се тревожи не само за своето здраве, но и за здравето на бъдещото бебе.

Основният подход за решаването на този проблем е осъзнаването на това, което се случва в нейното тяло. Бъдещата майка изгражда връзка не само с бъдещото си дете, но и се адаптира към новото си социално положение – на майка. Положителната психологична нагласа и комфорт по време на бременността, раждането и послеродилния период е подходящата и навременна психологична подготовка, която улеснява мобилизацията на силите ѝ за предстоящото [4].

От значение са всички компоненти на предстоящата подготовка:

- Профилактика и ранна диагностика на нарушения във физиологичното протичане на бременността;
- Освобождение на жените от фалшиви отрицателни емоции, свързани с бременността и раждането;
- Обучение за активно поведение при раждане – предиктор за физиологично протичане на раждането;
- Промяна на понятието „неизбежност на страданието“ по време на раждането.

Интегрирането на психопрофилактиката, психотерапията в психогенен, социално-образователен, както и в акушерско-гинекологичен аспект има градивна роля в подготовката на бременната [2]. Психопрофилактиката е широко използван метод в женските консултации и родилните звена в редица страни.

Отношението на психопрофилактиката по време на бременност към появата на постпарталните поведенчески разстройства ни доведе до решението да проведем проучване в столични АГ отделения.

Целта на изследването е да се проучи влиянието на психопрофилактиката по време на

бременността като средство за намаляване на поведенческите разстройства в постпарталния период.

В тази връзка си поставихме следните задачи:

1. Да се проучи нивото на информираност на родилките относно провеждане на психопрофилактика на бременността.

2. Да се установи какви са основните страхове и притеснения на жените по време на бременността и след раждането.

3. Да се установи какво е нивото на посещаемост на занятия и курсове, свързани с психологичната подготовка на жените.

4. Да се проучи какво влияние оказва проведената психопрофилактика върху психоемоционалното състояние на родилките.

Предмет на проучването е психопрофилактиката по време на бременност и връзката ѝ с появата на психоемоционална нестабилност в постпарталния период.

Обект на проучването са 100 родилки от родилните отделения в СБАЛАГ „Майчин дом“ – София, ПСАГБАЛ „Св. София“, II САГБАЛ „Шейново“ в периода от месец май 2018 г. до месец септември 2018 г. Използвана е индивидуална анонимна анкета, съдържаща 15 въпроса.

Методи:

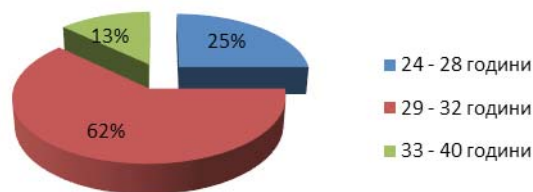
- Социологически метод – анонимна анкета
- Статистически метод за анализ на данните.

Въвеждането на данните, първоначалната обработка и графичното представяне на резултатите са осъществени с програмен продукт Microsoft Excel.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Анализът на възрастовата характеристика на включените в проучването родилки показва, че средната възраст на анкетираните е 32 год., като най-голям е относителният дял на тези, които са на възраст от 29 до 32 год. – 62%. Близко една четвърт от родилките са на възраст от 24 до 28 год. Не е малък дялът и на майките, чиято възраст е над 36 год., което потвърждава тенденцията за раждане в по-късна възраст (фиг. 1).

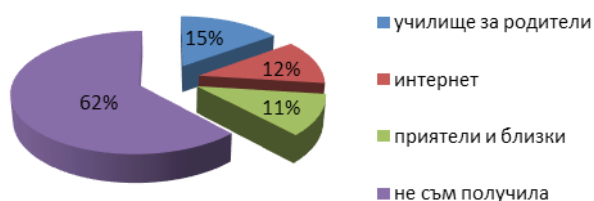
По отношение на паритета на респондентите се забелязва, че по-големият относителен дял е дялът на първораждащите – 60%, следват второраждащите – 35%, и най-малък процент са родилките с три и повече раждания – 5%.



Фиг. 1. Възрастова характеристика

Страхът и вълнението, които придружават бременността (особено при първораждащите), инхибира активността на централната нервна система, което води до потискане на сигналите, идващи директно от вътрешните органи. Психопрофилактичните методи могат да намалят невротичните симптоми, тялото ще даде адекватна реакция в отговор на стресовите стимули, също така тези методи подготвят тялото и ума за бъдещото раждане.

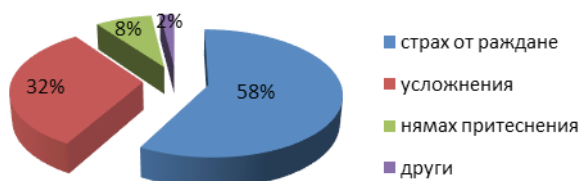
Информацията е основен ресурс в съвременното общество, източниците ѝ са многобройни и разнообразни. На въпроса „Запознати ли сте с психопрофилактиката по време на бременност и откъде черпите информацията?“ повече от половината анкетираните (62%) отговарят, че не са получили информация, а останалите посочват, като източници с почти равен процент, училищата за родители, интернет и приятели (фиг. 2).



Фиг. 2. Източници на информация относно психопрофилактиката

В световен мащаб съществува силно развита мрежа от курсове за психологична подкрепа и подготовка на бъдещите майки. Пренаталната консултация е службата, където би трябвало да се предостави най-пълната информация на жената по всички въпроси, които я интересуват във връзка с бременността, раждането и отглеждането на детето ѝ. Отсъствието на добра женска консултация на акушерско ниво води и до този сериозен процент на дезинформация относно психологичната подготовка на бременните.

При анализа на данните от фиг. 3 се вижда, че от притесненията на жените по време на бременност с най-голям дял е страхът от раждането (58%), следва безпокойството относно усложненията на бременността, повлияващи здравето на бебето, и страхът за здравето на новороденото (32%). Едва 8% от респондентите посочват, че не са изпитвали никакви притеснения и страхове през бременността.



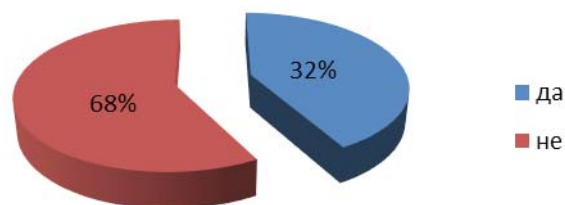
Фиг. 3. Притеснения (страхове) по време на бременност

Периодът на бременността на субективно ниво в някои случаи може да бъде придружен от отрицателни емоционални състояния. Те включват раздразнителност, емоционална нестабилност, изключителна чувствителност към стресови фактори, несигурност за живота, чувство за самота. Изправена пред тази криза, жената често се опитва да игнорира и да отрича тези емоционални състояния. Пълната липса на отрицателни емоции обаче може да бъде симптом на отказ от усилия за преодоляване на кризата. Жените, които пренебрегват трудностите, преувеличават положителните чувства по време на бременност, а след това те не са уверени в себе си като майки, раждането протича по-трудно в емоционален (а е възможно и във физиологичен) аспект, влошават се съпругеските отношения и т.н.

Здравната грижа, която провежда пренаталната консултация, е един от сигурните гаранتي за женското и детското здраве. Промените в мислите, чувствата, нагласите и очакванията на бъдещата майка обаче остават извън обсега на това наблюдение. На субективния свят на бременната жена, както и на психичните феномени, формиращи майчинството, у нас на практика не се обръща достатъчно внимание.

Притеснително малък е дялът на посещаващите занимания или курсове, свързани с психопрофилактиката на бременността (32%), а тези, които не са провеждали такава, са 68%. (фиг. 4). Този резултат ни навежда на мисълта, че причи-

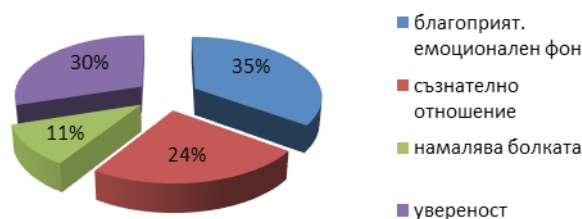
ната може да се търси, от една страна, в нивото на информираност и от друга – в достъпността. Наред с екзактното наблюдение на бременността, пренаталната консултация има за цел да подготви – теоретично, физически и психоемоционално, жената за бременността, предстоящото раждане и послеродовия период. Основна роля в психопрофилактиката изпълнява акушерката в женската консултация. Обобщеното мнение на респондентите е, че предоставената от ЖК подготовка не е задоволила очакванията им и почти липсва. Психопрофилактика се осъществява предимно в училища за родители, което ограничава провеждането ѝ. И отново на преден план излиза въпросът за качествена акушерска пренатална грижа и комуникацията с бъдещите майки като основа за опазване на тяхното физическо и психично здраве.



Фиг. 4. Провеждана психопрофилактика по време на бременност

Родилката също има изразена потребност от внимание, разбиране и подкрепа за споделяне на преживяванията ѝ. Предразполагането на пациентката и спечелването на нейното доверие са основни елементи от акушерските грижи.

Психопрофилактиката и информацията, предоставена по време на бременността, раждането и послеродовия период, фокусирана към практически напътствия при подготовката за предстоящата поява на детето и адаптацията към него, могат да редуцират много от рисковете за поява на психична неустойчивост при родилката. Почти равен е дялът на респондентите, които смятат, че проведената психологична подготовка по време на бременността е довела до създаването на благоприятен емоционален фон (35%), съзнателно отношение (24%) и увереност (30%) към самата бременност и всичко, което очаква жената по време на раждането и следродилния период (фиг. 5).



Фиг. 5. Влияние на психопрофилактиката върху емоционалното състояние

Въз основа на направения анализ на данните от проведената анкета, могат да се формулират следните изводи:

1. Повече от половината анкетираните не получават достатъчно информация относно провеждането на психопрофилактика по време на бременността.

2. Основният страх при бременните е страхът от раждането, а при родилките – за здравето на новороденото. Умението на акушерката да поддържа системно емоционална връзка с майките, да им вдъхва увереност и подкрепя ще намали тези страхове.

3. Висок процент от респондентите не са провеждали психопрофилактика по време на бременността. Участието на акушерката в ЖК е сведено до водене на документация, а комуникацията и индивидуалните психопрофилактични занимания са недостатъчни.

4. Резултатите показват положителното влияние на психологичната подготовка при жените по време на бременността, като превенция на емоционалните и поведенческите разстройства в постпарталния период.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Бременността е един от вълнуващите и важни периоди в живота на жената, съпроводен от огромни физически и психични промени, които настъпват в организма на бъдещата майка.

Психопрофилактичната подготовка помага на бременните жени да укрепят майчинството си и да развият съзнателно отношение към бременността и раждането.

От акушерките зависи съхраняването на женската психоемоционална стабилност, мобилизирането на физическите сили, успешното ро-

доразрешение и последващите грижи за детето. Задача на акушерките е да информират бременните за психохигиената и физиопсихопрофилактиката, както и да изпълняват ролята на семеен консултант, като крайната цел е съхраняване здравето на майката и детето.

Необходимостта от пренатална подготовка има за цел премахване на страха от раждането и на други негативни емоции, които възникват по време на бременност; развитие и укрепване на идеята за физиологичен и безболезнен процес, който да доведе до ново положително чувство, свързано с предстоящото майчинство, както и предотвратяване на ППД.

Благодарност: Изследването е реализирано по проект с вх. № 7740. /22.11.2017 г. за конкурс „ГРАНТ- 2018“, финансиран от Съвета за медицинска наука при МУ – София, с Договор № Д-100/ 03.05.2018 г. Тема на проекта: “Информираност и обучение на студенти от специалност „акушерка” и акушерки за оценка на риска от възникване на постпартална депресия”

Библиография

- Абдурахманов ФМ, Мухамадиев ИМ, Рафиева ЗХ. Надырова А. Влияние психоемоционального стресса, на течение и исходы беременности. Научно-практический журнал, 2010.
- Абрамченко ВВ. Физиопрофилактическая подготовка беременных к родам. СПб, 1992.
- Бутман ВИ, Филиппова ГГ, Хамитова ИЮ. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов. *Вопр. психологии.* 2000; (1): 59-69; (3): 109-117.
- Васильева ОС, Могилевская ЕВ. Групповая работа с беременными женщинами: социально-психологический аспект. *Психологический журнал*, 2010.
- Коваленко НП. Психологические особенности коррекции эмоционального состояния женщины в период беременности и родов. СПб. Питер, 2001.
- Коваленко НП, Скворцова ЯМ. Исследование психоэмоционального состояния женщин до и после родов. *Перинатальная психология и медицина: Сб. мат. конф. по перинатальной психологии.* СПб. 2001.
- Кузьминых ТУ. Подготовка беременных к родам. Методическое пособие. Под ред. проф. Э.К. Айламазяна. СПб.: Н-Л, 2007, 36 с.
- Gavin N, Gaynes B, Lohr K et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet. Gynecol.* 2005; 106: 1071-82.

НАРКОМАНИЯТА – ГЛОБАЛНАТА ЗАПЛАХА И ПЕРСПЕКТИВИ

И. Иванов

Териториално поделение на Национален осигурителен институт – Враца

NARCOTISM: A GLOBAL THREAT AND PERSPECTIVES

I. Ivanov

Territorial Division of National Insurance Institute – Vratsa

Abstract. Drug addiction is a significant medical and social problem. It deeply affects the physical, emotional and social well-being of dependent individuals and their families. In recent years problems related to the abuse of narcotic drugs have been attracting more and more attention to the Bulgarian public. A person is unseen in the history of Bulgaria of the abuse of a wide range of narcotic substances, which covers a serious part of the young generation. This leads to a serious increase in the percentage of abusive drugs, both in the general population of young people and in particular among students. The collision with narcotic drugs at an age when the person is still unformed leads to the rapid development of severe dependence and early social disenfranchise as well as risky sexual behaviors. The goal we have set is to support healthcare reform in the area of drug abuse and its adverse health and social consequences for the younger generation in Bulgaria. This targeted intervention in the real public health risk is mainly positioned in the prevention of limiting the problems related to the abuse of narcotic substances. The importance of preventive activities is that it is better to make an effort to prevent a health problem than to heal and restrict it is obvious. In the context of this, we focus on the following key areas of intervention and approaches: (1) Prevention of drug abuse among young people in Bulgaria - formation and promotion of a healthy lifestyle free of narcotic substances; (2) Rehabilitation activities and programs that support the efforts of the young drug abuser to return fully to the society to which it belongs; (3) Reducing the health and social damage caused to the society and the individual by the abuse of narcotic substances; (4) Information and infrastructure provision - development of an institutional sustainable network in the field of prevention as well as research on drug abuse. In conclusion, we would like to point out that the implementation of such a broad-based and science-based approach will ensure the achievement of the stated objective and will lead to concrete results related and focused on limiting the further spread of drug abuse among young people in Bulgaria.

Key words: social - medical approaches, prevention, drug addiction

Адрес за кореспонденция: Иван Грозданов Иванов, Директор Териториално поделение на Национален осигурителен институт – Враца, e-mail: ivan_grozdanov_noi_vraca@abv.bg

Address for correspondence: Ivan Grozdanov Ivanov, Director Territorial Division of National Insurance Institute – Vratsa, e-mail: ivan_grozdanov_noi_vraca@abv.bg

Анализ

Съвременният поглед върху опасността, която представляват наркотиците, и прилагането на законодателни, административни и обществени мерки на противодействие неслучайно се превърна

в ключов елемент за обсъждане на състоялата се в края на м. септември 2018 г. среща на най-високо ниво в структурите на ООН – Ню Йорк.

Сложността и многопосочността на проблема, както и неговата актуалност и значимост очерта-

ват концептуалната рамка, включваща превантивни послания, които имат синергичен ефект за редуциране на употребата и злоупотребата с наркотични вещества.

Известно е, че наркоманиите представляват приоритетен медико-социален проблем. Те повлияват дълбоко физичното, емоционалното и социалното благополучие на зависимите индивиди и техните семейства. Броят на злоупотребяващите с психоактивни вещества нараства все повече, като намалява възрастовата граница за начална употреба.

Налице е невиджана в историята на България епидемия на злоупотреба с широк спектър от наркотични вещества, която обхваща сериозна част от младото поколение. Според Националния център по наркомании понастоящем у нас се предлагат почти целият спектър на незаконни наркотични вещества. Това води до сериозно нарастване на процента на злоупотребяващи с наркотични вещества.

Водещият по масовост наркотик е марихуаната – 24,0% от учениците от средния курс на софийските училища поне веднъж са опитвали канабис. Това е 3-кратно увеличение в сравнение с 2005 г. (9,2%).

Наркотичното вещество, представляващо най-сериозна опасност, е хероинът, който през последните години е бил причина за над 90% от случаите на търсене на лечение в специализираните звена. Особено опасна тенденция е ранното започване на злоупотребата с този сериозен наркотик, като средната възраст на първа употреба на хероин спада от 21,4 г. на 18,8 г. за последните 10 години. Тревога буди фактът, че повишеният процент вирусноносителни на хепатит С свидетелства за развитие на епидемия от СПИН, както и за прогресивното соматично увреждане и необходимостта от комплексни здравни грижи за тези хора.

Ето защо профилактиката представлява най-важният и икономически ефективен метод за намаляване на злоупотребата с психоактивни вещества.

Профилактиката на наркоманиите разглеждаме в класическа рамка – първична, вторична и третична.

Целта на първичната профилактика е свързана с недопускане или редуциране честотата на наркоманиите, ключови аспекти характеризират

премахването или редуцирането на рискови и повишаването на протективните фактори.

Вторичната профилактика е свързана с ранното установяване и подходящо лечение, с оглед редуциране на дългосрочните и вторичните ефекти от злоупотребата с психоактивни вещества.

Третичната профилактика цели предпазване или забавяне на развитието на инвалидност. Тя включва различни форми на рехабилитация и социална адаптация.

Успехът на профилактиката е неизменно свързан с извънболничната система от общо-практикуващи лекари, което има важно значение за подобряване на медицинските и други грижи за зависимите към наркотични вещества. Образованието и обучението в профилактиката, ранното откриване на злоупотребата и в интервенции с индивида и семейството му ще допринесе за подобряване на качествата и за разширяване на обхватността със здравни услуги на нуждаещите се.

Целта, която си поставихме, е да се подпомогне здравната реформа в областта на проблемите със злоупотребата с наркотични вещества и неблагоприятните здравни и социални последици от нея за младото поколение в България.

Тази прицелна намеса в реалния общественоздравен риск се позиционира най-вече в посочените от нас приоритетни области в пределите на профилактиката и тяхното ефективно прилагане. Несъмнено това представлява стратегическа част от политиката за ограничаване на проблемите, свързани със злоупотребата с наркотични вещества.

Важността на превантивните дейности, че е по-добре да се положат усилия за предотвратяване на здравен проблем, отколкото след това да бъде лекуван и ограничаван, е очевидна.

В контекста на казаното, специален акцент поставяме върху следните ключови области на интервенции и подходи:

1. Превенция на злоупотребата с наркотични вещества сред младите хора в България – формиране и утвърждаване на здравословен начин на живот, свободен от наркотични вещества.

2. Рехабилитационни дейности и програми, които подпомагат усилията на злоупотребяващи с наркотични вещества млад човек да се завърне пълноценно в обществото, към което принадлежи.

3. Намаляване на здравните и социалните щети, причинени на обществото и отделния индивид от злоупотребата с наркотични вещества.

4. Информационно и инфраструктурно обезпечаване – развитие на устойчиво функционираща институционална мрежа в областта на превенцията, както и на научноизследователската дейност по проблемите, свързани със злоупотребата с наркотични вещества.

Съвременните стратегии за прилагане на подходящи профилактични мерки използват мултикомпонентни подходи, базирани, от една страна, на обучение в личностно-социални умения на злоупотребяващите с наркотични вещества и от друга – на включването на следните основни принципи:

1. Усъвършенстване на разработването и провеждането на балансирана и активна медико-социална политика в областта на наркотиците.

2. Създаване на стратегическа координация на дейностите между държавните, неправителствените институции и гражданското общество.

3. Подобряване на информационния обмен на базата на анализи на ситуацията и оценка на потребностите и създаване на обществена нетърпимост към наркоманията.

4. Провеждане на здравнообразователни политики на централно, регионално и местно ниво с ясно разпределени отговорности, права и задължения.

Ефективното прилагане на такава философия на взаимно допълващи се принципи и преплитачи се подходи разкрива интегралната същност на

проблема и се превръща в надежден инструмент в борбата против наркоманията. Става ясно, че проблемът не може да бъде решен с фрагментирани, едностранчиви или временни профилактични мерки, а трябва да бъде ефективно атакуван комплексно посредством многофункционални интервенции в рамките на широко междусекторно сътрудничество.

В заключение бихме желали да отбележим, че логическите обосновки за такъв широкоспектърен и научнообоснован подход ще гарантират постигането на поставената цел и ще доведат до конкретни резултати, свързани и фокусирани върху ограничаване на по-нататъшното разпространение на злоупотребата с наркотични вещества сред младите хора в България.

Библиография

1. Владимирова Е, Аспарухова П, Янкова Г. Употребата на алкохол сред учениците – рискови фактори. Първа национална научна конференция по трудова медицина, работоспособност и безопасност при работа. Сб. Научни статии и доклади. 2015, 188-193.
2. Мерджанов Ч. Поведенчески рискови фактори за здравето на българския народ. Наука, 2008.
3. Станчева-Попкостадинова В. Психохигиенни и психопрофилактични аспекти на наркоманиите в детската и юношеската възраст. ЦТБ, 2014, 240.
4. Тотева С. Наркология. София, Медицина, 2012.
5. Тулчински Т, Варвикова Е. Новото обществено здравеопазване в XXI век. Варна, Лотос 23, 2009.
6. Франк В. Злоупотреба и зависимост. В: Психиатрия. С., 2005.

ВЛИЯНИЕ НА ТРЕВОЖНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА ВЪРХУ ТРУДОСПОСОБНОСТТА И ТРУДОВИЯ ПРОЦЕС

А. Маринова, И. Михайлова, Н. Йорданов, Н. Рашева

Филиал "Проф. Иван Митев" – Враца, Медицински университет – София

THE IMPACT OF ANXIETY DISORDERS ON WORKING CAPACITY AND WORK PROCESS

A. Marinova, I. Mihaylova, N. Yordanov, N. Rasheva

Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. Anxiety disorders are one of the common psychiatric problems in modern society. Statistics shows that they affect patients at all age groups, however, being most characteristic for the people between 25 and 45 years of age, when the individual is considered most active and productive. The patient's anxiety impacts adversely work process and the opportunity for career development. The disorder often causes social insulation, non-attendance, resignation and re-qualification. In this paper, the mode, by which anxiety disorders decrease working capacity and restrict work and professional realization, is examined. The options for prevention and limitation of negative consequences are analyzed. Recommendations for concrete measures aimed at decrease of anxiety and improvement of working capacity of the people with diagnosed anxiety disorders are given.

Key words: anxiety disorders, working capacity, employment, generalized anxiety, panic disorder

Адрес за кореспонденция: А. Маринова, Филиал "Проф. д-р Иван Митев", МУ – София, ул. "Втори юни" № 179, 3000 Враца

Adress for correspondence: A. Marinova, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev", MU – Sofia, 179, Vtori Yuni Str., Bg – 3000 Vratsa

ВЪВЕДЕНИЕ

Тревожните разстройства са един от най-често срещаните психични проблеми в глобален мащаб при хора в активна възраст. Характерната за психичното състояние тревожност, която персистира при пациентите/клиентите, често се оказва сериозен проблем при трудовата реализация и адаптацията на работното място. Тя стои в основата на чести отсъствия от работното място, болничен отпуск, понижена производителност и трудна адаптивност, а в много от случаите става причина за напускане на работа и принудителна преквалификация или за безработица. В последните случаи огромна роля играят усложнения на състоянието като агорафобия и депресия, които често се появяват в по-късни етапи на нелекуваната тревожност.

Реалните случаи на тревожни разстройства в България са повече, отколкото в официалната статистика, тъй като те често остават недиагностицирани по една или друга причина. Също така не съществуват статистически данни, които да разделят тревожните разстройства по вид, а се представя само обобщена информация. Според справка, предоставена през 2015 г. от Националния център по общественото здраве и анализи, хоспитализираните случаи в стационарни лечебни заведения за цялата страна през 2013 г. с „невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства“ (МКБ-10 – F-40-F-48) са 4110. Броят на болните под наблюдение на психиатрични заведения, отделения, кабинети и амбулатории е 14 029 (табл. 1).

Таблица 1. Пациенти с „невротични, свързани със стрес и соматоформни разстройства“ (МКБ-10 – F-40-F-48) към 31.12.2013 г.

	Общ брой	На 100 000 население
Хоспитализирани случаи в стационарни лечебни заведения	4110	56.6
Болни под наблюдение в психиатрични заведения, отделения, кабинети и амбулатории	14 029	193.6

Както е известно, тревожните разстройства са:

- Специфични фобии
- Генерализирано тревожно разстройство
- Паническо разстройство
- Социално тревожно разстройство
- Агорафобия
- Обсесивно-компулсивно разстройство.

При тях водещ симптом е тревожността, наличието на страх, разрастващ се до паника при някои от разстройствата. Именно те са причина за възпрепятстване на трудовия процес при страдащите от този вид психични състояния.

Всички видове тревожни разстройства се проявяват на физическо ниво с разгръщането на симптоми като сърцебиене, мускулно напрежение, треперене, изпотяване, замайване, учестено дишане, понякога замъглено виждане, гадене, топли и студени вълни. Емоционалните симптоми са страх от полудяване, от загуба на контрол, страх от смъртта, деперсонализация, дереализация. Тези реакции се разгръщат най-драматично по време на паническа атака, която е характерна за паническото разстройство, фобиите (при среща с фобийния дразнител), социалното тревожно разстройство (при проява в социума) и понякога при обсесивно-компулсивното разстройство (при неизпълнение на стереотипните действия). Агорафобията може да бъде със или без разгръщане на панически атаки.

Според статистиката, по-често засегнати от тревожни разстройства са жените, а по-рядко – мъжете. Хроничната тревожност и пристъпите на паника могат доведат до сериозни поведенчески промени като избягване на страхови ситуации, избягване на места, където вече се е случвала паническа атака, ограничаване в извършването на дейности. Когато това засяга изпълнението на служебните задължения, страдат трудовият процес и производителността.

Представеното в настоящата разработка проучване изследва взаимовръзката между тревожните разстройства и трудоспособността и трудовия процес при страдащите от състоянието хора. На базата на резултатите от изследването са изготвени няколко препоръки към различни институции.

ЦЕЛ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Установяване на влиянието на тревожните разстройства върху трудоспособността и производителността на пациенти/клиенти с диагностицирано тревожно разстройство.

МЕТОДИ

За постигане целта на проучването са използвани следните методи:

– **Анкетен метод**, приложен сред лица, страдащи от тревожни разстройства. Използвана е анкетна карта, състояща се от 25 отворени, затворени и полузатворени въпроса, засягащи социално-демографския профил на анкетираните лица, заетостта, социалните последици от състоянието, промяна в трудоспособността.

– **Документален метод** – проучени са различни нормативи, документи и литература, имащи отношение към проблема.

– **Статистически метод** – данните са обработени с помощта на компютърната програма Excel и специализирания продукт за обработка на статистически данни SPSSv19.

ОБХВАТ И ВРЕМЕ НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Обхванати са 30 респонденти на възраст от 16 до 51 год., като средната възраст е 33.43 г.

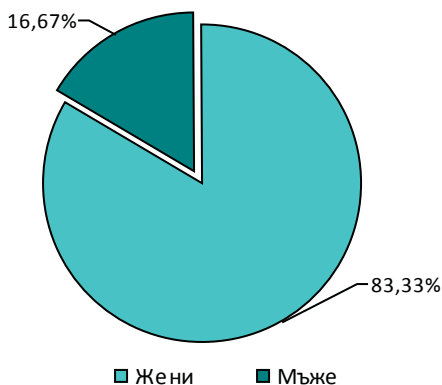
Изследваните лица са пациенти на общопрактикуващи лекари, психиатрични практики и клиенти на кабинети на психолози от цялата страна. Част от респондентите са участници в групи и форуми за взаимопомощ в интернет.

Изследването е проведено в периода от декември 2016 до май 2017 г.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

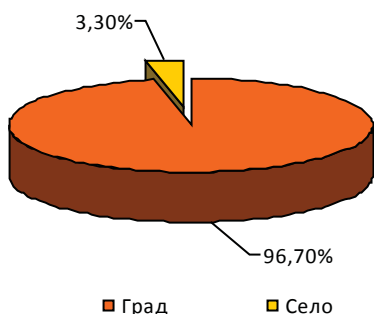
Данните от изследването показват, че по-голямата част от изследваните лица са жени – 83,33%, и само 16,67% са мъже. Този факт доказва статистическите данни, че по-често от

тревожни разстройства страдат жени, отколкото мъже (фиг. 1).



Фиг. 1. Полова принадлежност на изследваните лица

По отношение на демографския статус на респондентите се наблюдава следната статистика – 96,7% от анкетираните живеят в град и едва 3,3% живеят в село (фиг. 2).

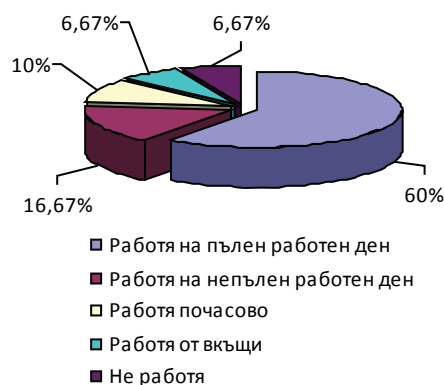


Фиг. 2. Разпределение на изследваните лица по местоживее

При анализа на резултатите от анкетното проучване става ясно, че повечето от анкетираните страдат от паническо разстройство, следват тези с генерализирана тревожност и социално тревожно разстройство. Най-малко са лицата с агорафобия (без панически атаки) и obsесивно-компулсивно разстройство. Сред анкетираните няма такива, които да страдат от специфична фобия (табл. 1).

Въпреки че са диагностицирани с тревожно разстройство, повечето от изследваните лица са

работещи, а не безработни – 93,33%. Процентът на неработещите е съвсем малък – едва 6,67. Сред работещите преобладават тези, които са заети на пълен работен ден – 60%, следвани от работещите на непълен работен ден – 16,67%. Равен е броят на респондентите, които работят почасово и от дома си – съответно по 6,7% (фиг. 3).



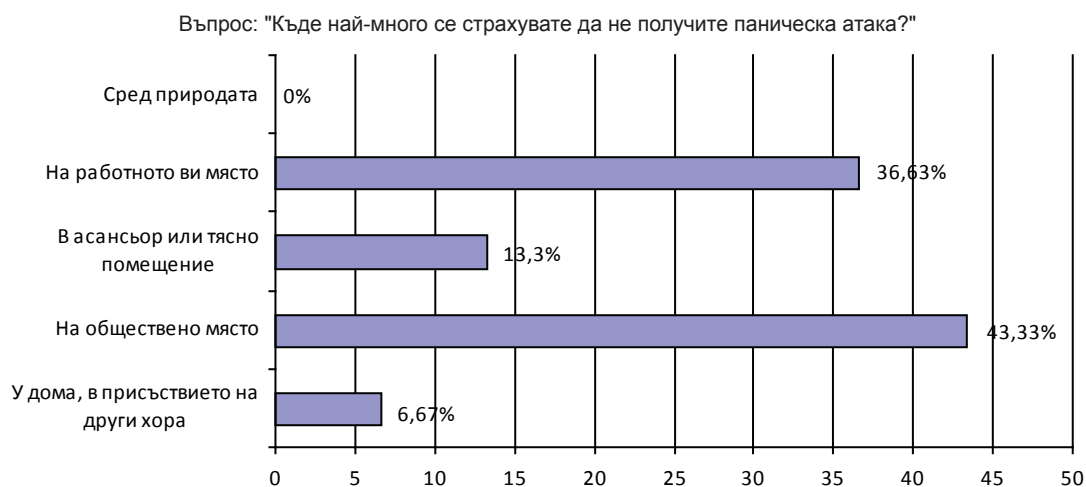
Фиг. 3. Заетост при изследваните лица с тревожно разстройство

Интересна е статистиката относно връзката между работното място и паническите атаки при хората с тревожни разстройства, при които паническите пристъпи са основна характеристика. Оказва се, че те се страхуват значително от появата на паник-атака именно там, където работят – цели 36,63% изпитват такъв страх (фиг. 4). Това е второто по честота място, което е посочено като отговор на въпроса „Къде най-много се страхувате да не получите паник-атака?“. Най-много от респондентите отговарят „На обществено място“ – 43,33%. Нито един от анкетираните не е посочил, че се страхува от паническа атака сред природата, което доказва положителния психотерапевтичен ефект на еко-терапията върху хора с тревожни разстройства.

На въпроса „Пречи ли Ви тревожността и/или паническите атаки при изпълняването на служебните Ви задължения?“ процентът на отговорилите положително е много голям – 86,67% (фиг. 5). От тях 66,67% заявяват, че това се случва много често, а 20% посочват – „Да, понякога“. Едва 3,33% дават отговор „Не, не ми пречи“ и 10% не могат да преценят.

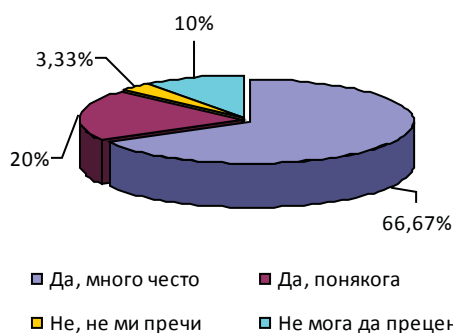
Таблица 1. Разпределение на тревожните разстройства по вид

Паническо разстройство	Генерализирана тревожност	Социално тревожно разстройство	Агорафобия	Obsесивно-компулсивно разстройство
56,67%	20%	13,33%	6,67%	3,33%



Фиг. 4. Връзка между паническите атаки и работното място

Въпрос: "Пречи ли Ви тревожността и/или паническите атаки при изпълняването на служебните задължения"



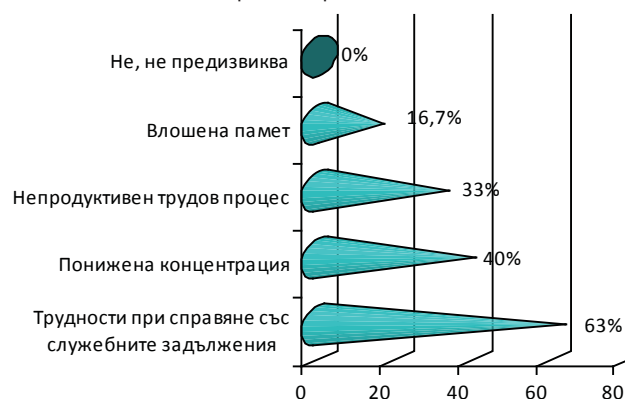
Фиг. 5. Честота на поява на панически атаки на работното място

Голяма част от анкетираните споделят, че поради тревожност или страх от паническа атака на работното им място са имали понижена концентрация, влошена памет и непродуктивен трудов процес.

На въпроса „Тревожността и/или страхът от паническа атака предизвиква ли някои от следните състояния при Вас по време на работа?“ 40% посочват отговор „Понижена концентрация“, 33,33% посочват „Непродуктивен трудов процес“, а 16,7% – „Влошена памет“. Трудности при справяне със служебните задължения са имали 63,33% от анкетираните. Отговор „Не, не предизвиква“ не е посочил нито един от анкетираните.

Сборът от процентите надхвърля 100, тъй като анкетираните са посочили повече от един отговор (фиг. 6).

Въпрос: "Тревожността и/или страхът от паническа атака предизвикват ли някои от следните състояния при Вас по време на работа?"



Фиг. 6. Влияние на тревожността и страха от паническа атака върху когнитивни и познавателни процеси и върху трудовия процес

Изводи

1. Тревожните разстройства се появяват по-често при жените, отколкото при мъжете – 83,33% от изследваните лица са жени с тревожно разстройство. Това означава, че е засегната трудоспособността и трудовият процес най-вече при служители от женски пол, в сравнение с работници от мъжки пол.

2. По-голямата част от изследваните лица са работещи – 93,33%. От тях цели 33,33% са работещи на непълнен работен ден, почасово или от дома. Резултатите показват, че пациентите/клиентите с тревожно разстройство са активни,

полагащи труд хора, които носят служебни отговорности.

3. Голяма част от респондентите отговарят, че се страхуват да не получат паническа атака на работното си място – 36,63%. От това може да се предполага, че при пребиваването си на работното си място пациентите/клиентите продължават да изпитват тревожност и/или страх от паник-атака, което повлиява негативно състоянието им като цяло.

4. Цели 86,67% от анкетираните са категорични, че тревожността и/или страхът от паническа атака влияе негативно върху изпълнението на служебните им задължения, съответно – трудовият процес и трудоспособността са съществено засегнати.

5. Хората с тревожно разстройство търпят негативни когнитивни и поведенчески последиствия, които се проявяват на работното им място чрез понижена концентрация, влошена памет, непродуктивен трудов процес и трудности при изпълнение на служебните им задължения. Резултатът показва, че качеството на работа също се понижава или задържането му на достатъчно високо ниво изисква полагане на повече усилия от страна на пациента/клиента с тревожно разстройство.

ПРЕПОРЪКИ

1. Провеждане на контрол над нивото на стрес и тревожност сред служителите и спазване на психохигиена и психопрофилактика при установяване на повишен риск от развитие на тревожно разстройство.

2. Контрол от службите по трудова медицина и Инспекцията по труда относно грижата за психичното здраве на работниците и осигуряване на благоприятен психоклимат.

3. Безплатни прегледи и консултация с психолог на работното място с цел ограничаване на разпространението на тревожни разстройства.

4. При установяване на тревожно разстройство работодателят да осигури облекчен режим на работа за засегнатото лице, като се има предвид, че когнитивните и поведенческите способности могат да бъдат отслабени.

5. Включване на психичната консултация и психотерапевтичната помощ сред здравните услуги, покривани от Здравната каса.

Библиография

1. Wirtchen HU, Essau CA. The epidemiology of panic attacks, panic disorder and agoraphobia. In J. R. Walker, G. R. Norton, & C. A. Ross (Eds.), *Panic disorder and agoraphobia* 1991, 103-149.
2. Ачкова М. Психиатрия. Обща и клинична психиатрия. София, Знание, 1998 г.
3. Балканска П. Приложна психология в медицинската практика, Булвест, 2000.
4. Головач АА, Терещук ЕИ. Клиника и лечение пароксималной тревоги, Учебно-методическое пособие. Минск, Бел МАПО, 2004.
5. Грозданов И. Плащанията за профилактика и рехабилитация като форма на превенцията на риска в публичната социалноосигурителна система в България. Свищов, Студия – СА „Д.А. Ценов“.
6. Грозданов И. Особенности на проявлението и превенцията на временната неработоспособност с общ характер на територията на област Враца в контекста на организационно развитие на програмата за профилактика и рехабилитация на НОИ. Сборник Алманах – СА „Д.А. Ценов“, Свищов.
7. Грозданов И. Състояние и проблеми на организацията на дейностите по профилактика и рехабилитация в системата на НОИ. *Sci Technol*, 2017, 7(7), 63-70.
8. Грозданов И. Организацията на дейностите по профилактика и рехабилитация в системата на НОИ. *Sci Technol*, 2018, 8(7):8-13.
9. Корсини Р. Дж. (под ред.). *Енциклопедия по психология*. София, Наука и изкуство, 1998.
10. Международна класификация на болестите – 10 ревизия. Национален център за комплексно изследване на човека, София, 1998.
11. 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 29.11.2005 г.; в сила от 01.09.2006 г.; изм. и доп., бр. 82 от 10.10.2006 г.; изм. и доп., бр. 88 от 09.11.2010 г., в сила от 09.11.2010 г.
12. Психиатрия, психология и психотерапия за общопрактикуващи лекари. Под ред. на Св. Николова и П. Маринов.
13. Психично здраве и трудова заетост, наричник за работодатели, фондация „Глобална инициатива в психиатрията“ – София. Проект „Социално предприятие и рехабилитация“, София, 2010.
14. www.orlinbaev.blogspot.com

**ПСИХОАНАЛИТИЧЕН ДИСКУРС НА ВЗАИМОВРЪЗКАТА МЕЖДУ СТРАХОВЕТЕ
И ЕМОЦИОНАЛНИТЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ДЕЦА, ОТГЛЕЖДАНИ
В РЕЗИДЕНТЕН ТИП ГРИЖА**

Е. Иванова

Катедра „Психология“, Великотърновски университет "Св. св. Кирил и Методий"

**A PSYCHOANALYTIC DISCOURSE ON THE RELATIONSHIP BETWEEN FEARS AND
EMOTIONAL DISTURBANCES IN CHILDREN IN A RESIDENTIAL TYPE OF CARE**

E. Ivanova

Department of Psychology, Veliko Tarnovo University "Sv. Sv. Kiril i Metodi"

Abstract. This report aims to present the problem of anxiety, respectively the relationship between fears and emotional disturbances in children in a residential environment. It considers the psychoanalytic approach to working with children with accompanying emotional disorders. According to the psychoanalytic understanding, anxiety as a basic characteristic accompanies the functioning and development of the individual throughout life, and can be explained in a broad sense as a state associated with experiencing uncertainty in the form of constant anxiety, fear, panic, crying, helplessness and the impossibility of getting out of situations. The issue of fear and anxiety is a key element in psychoanalytic understanding – anxiety is one of the main areas - subject matter and therapy. On the other hand, the presence of fearsome experiences in the child correlates with the separation from the primary object – the mother. The study of the relationship between fears and emotional disturbances in children living in a residential environment provides a good basis for more effective professional intervention and support, which undoubtedly positively affects the mental health of children.

Key words: anxiety, fear, emotional disturbances, unconscious, principle of pleasure, aggressive symptoms

Адрес за кореспонденция: Елица Виолинова Иванова, докторант в Катедра „Психология“, Великотърновски университет "Св. св. Кирил и Методий", e-mail: elica1423@abv.bg

Address for correspondence: Elitsa Violinova Ivanova, Department of Psychology, Veliko Tarnovo University "Sv. Sv. Kiril i Metodi", e-mail: elica1423@abv.bg

Концепцията за „несъзнаваното“ заема основна роля в психоаналитичната теория за организацията на личностната структура. Динамиката на протичане на психичните процеси функционира изцяло в т.нар. структура на несъзнаваното и според З. Фройд е изцяло подчинена на принципа на удоволствието. Концепцията за страха е възлова в психоаналитичното разбиране и в нея се преплитат множество неизвестни. Проблемът за страховете и емоционалните нарушения е пряко

свързан с тревожността, чиято симптоматика се проявява под формата на безпокойство, паника, напрежение, неуравновесеност, усещане за безпомощност, тъга, агресия. В психоаналитичната теория З. Фройд представя един модел на проява на симптома, който едновременно се проявява и остава скрит. Тревожността е основен проблем в психоаналитичната теория и практика. Психичната динамика протича отвъд случващото се в настоящия момент и същевременно е обусловена

от несъзнаваните психични процеси. Психоаналитичното разбиране за тревожността заема централно място относно функционирането на Аза и наличието на реални травми в детството, обуславя се от връзката „майка–дете“ и от въздействието на думите, които се определят като фактор за развитието на личността и наличието на психични нарушения в развитието. За развитието в норма е необходимо осигуряване на пространство, в което детето да има разбиране към заобикалящия свят, в който удовлетворяването на инстинктите протича паралелно и е в пряка връзка със социалната действителност. Структурираната личност, според З. Фройд, се обуславя от усвоения ценностен модел и се определя като такава само „когато родителският контрол е заменен от самоконтрол“. (Фройд. З. „Отвъд принципа на удоволствието“). Клиничната симптоматика на тревожността като базисна характеристика, съпътстваща функционирането и развитието през целия живот, може да се обясни в най-общ смисъл като състояние, свързано с такива преживявания на несигурност като непрекъснато безпокойство, проява на страхови състояния под формата на паника, плач, безпомощност и невъзможност за излизане от ситуации. Според Лазарус съществува пряка връзка между преживяването на тревожност и привързаността на индивида към готови оценъчни модели. Първата и най-значима привързаност се обуславя от връзката „майка–дете“. Според психоаналитика Дж. Боулби и неговата теория за привързаността, бебето не може да оцелее без осигуряване и наличие на грижи от страна възрастен. Другият е значима фигура не само за отглеждане на бебето от соматична гледна точка, но и при структурирането на психичния апарат на малкото дете. Липсата на близост води до състояния на силна тревожност при детето.

Детето в резидентна среда се развива в условия, близки до семейната среда. Какво обаче се случва в ситуации на тревожност и как децата, настанени за отглеждане в резидентна среда, оценяват дадена ситуация, е въпрос, който е обект на разглеждане в настоящия доклад. Основна цел на доклада е да се проследи взаимовръзката между страховете и емоционалните нарушения при деца, постъпили за отглеждане в резидентна грижа, и да се отговори на въпроса за тревожността, която според когнитивната теория се случва в мисълта и не е обособена от принципа на реалността.

Психоаналитичното разбиране за преживяването на тревожност се обяснява с факта, че тя е присъща изначално за същността на всеки човек. Според З. Фройд проявленията на страха могат да са под различни форми като невротичен страх, или, казано по друг начин, като една обща тревожност – най-често се обяснява с очакването на индивида, че може или предстои да се случи нещо лошо; втората форма на страх според З. Фройд е т.нар. фобичен страх, при който няма реална видима заплаха, но се преживява на фантазно ниво от индивида паралелно с тревожността, причинена от реална заплаха.

Можем да видим проявленията на страха под различните му форми в разнообразни житейски ситуации, но страховите проявления и взаимовръзката им с емоционалните нарушения, както и съпътстващата тревожна симптоматика при децата в резидентна среда са актуален въпрос, обект на изследване от психологична, психоаналитична и медицинска гледна точка. Психо-емоционалното състояние на детето в резидентна грижа е предизвикателство и условие за бъдещи професионални изследвания от специалистите в областта на психо-социалната и медицинската рехабилитация.

Научни и приложни изследвания в тази област, и в частност относно детето в резидентна среда като обект на всичко, „което бива загубено“, могат да бъдат обяснени с възгледите на З. Фройд и Р. Шпиц, който още през 30-те години на XX в. провежда първите психоаналитични изследвания върху деца в институции. Той проследява връзката между липсата на отношения с майката и наличието на т.нар. болести на емоционалния дефицит, като дава пример с анаклитичната депресия при децата в резултат от емоционална депривация. Лишаването на детето от обектни отношения оказва съществено влияние върху протичането на болест.

Важно е да се отбележи, че в условията на постъпване и отглеждане в резидентна среда съществуват редица фактори, оказващи влияние за адаптирането, отглеждането, психичното и физическото функциониране на всяко отделно дете както в личностен, така и в социален аспект. Адаптирането на детето в емоционален и социален план е строго индивидуален процес, пряко свързан с индивидуалните възможности на отделния субект да отговори адаптивно на социалните изисквания. Освен това той се повлиява и от

наличието/липсата на емоционални нарушения, съпътствани от такива поведенчески прояви като агресия, емоционални реакции (гняв, плач, други отрицателни състояния и/или прояви).

Адаптирането на детето в условията на резидентната грижа е пряко свързано, от една страна, с откъсване от средата, в която е било досега, и от навиците, които е придобило, независимо в какви условия е живяло, а от друга страна, е налице нова обстановка, в която попада при постъпването си в резидентен тип грижа. Настъпилата промяна е стресираща, най-малкото, защото е непозната за детето и изисква то да отговори на други непознати до момента на постъпването очаквания. Резидентната среда изисква от детето формирането на нови навици, умения, адаптирането към нови ситуации и условия, попадайки в които се чувства тревожно, мълчаливо или се наблюдават резки поведенчески промени. Новата обстановка, непознатите лица на другите деца и на хората от персонала предизвикват чувство на страх, проява на плахост в поведението или поведенческа активност, свързана с невъзможността чисто физически да стои на едно място дори за кратко време.

В тази непозната за детето среда то изпитва безпокойство, поведението му е бурно, емоционалното състояние е съпътствано от тревожна симптоматика именно защото резидентната среда представлява една нова социална среда, изискваща разширяване на социалния опит и механизмите за справяне на детето.

От психологична гледна точка в резидентната среда детето се нуждае от осигуряване на подкрепа, която да му помогне да развие т.нар. "сигурна привързаност", която от своя страна да улесни адаптирането му. Необходимостта от адаптивни механизми е свързана със спецификата на психологичните механизми за справяне, които да осигурят възможност детето да се адаптира сравнително бързо и успешно към новите условия и същевременно да развие способност за самостоятелно справяне, както и възможност за лично развитие по-нататък.

Случай 1

И. А. е дете на 3-годишна възраст, постъпило за отглеждане в резидентна среда. При постъпването се наблюдава изпотпяване, треперене, детето мълчи. В условията на резидентна грижа се на-

блюдават нощно напикаване, писъци по време на сън, детето се напикава нарочно в присъствието на възрастен. По време на отглеждането и подкрепата на детето в психо-емоционален аспект в резидентната услуга се забелязва сравнително добра комуникация, търсене на контакт от страна на детето не през тялото (като се напикава), а чрез думи, прегръдка, ласка, проява на интерес към разнообразна съвместна дейност и включване в детска градина. Налице е добра адаптация в група.

Случай 2

А. И. е момиче на 17 год. Живее в резидентна среда от 3-годишна възраст. Споделя, че желае да учи. Наблюдава се сравнително висока степен на развитие на познавателните психични процеси. В процеса на взаимодействие прави впечатление, че момичето е с девиантни прояви – лъже, краде, бяга от училище, не спазва вечерен час. В хода на провеждането на индивидуална психологична работа се изграждат отношения на доверие – при споделяне момичето заявява, че никога не е получавало внимание. След определен брой срещи закъсненията и бягствата от училище спряха. Когато не искаше да ходи на училище, казваше, че не ѝ се ходи и искаше разрешение за това. Спря да се „прави на болна“, когато не иска да ходи на училище или да свърши нещо.

Адаптацията, формирането на социални и обучителни умения, стимулирането на психичните процеси при децата в резидентна среда несъмнено са съществени фактор през целия период от постъпването, отглеждането и извеждането на детето в условията на самостоятелен живот. Въпроси обаче по-скоро възникват в посока как страхът при тези деца се проявява и какви са последиците от него върху психичното развитие и състояние според индивидуалната психична структура и механизмите за справяне и повлияване върху психо-емоционалното състояние на всеки отделен субект.

Взаимовръзката между страховете и емоционалните нарушения при децата, които са отглеждани в резидентен тип грижа, е ключът за справяне със страховете, които несъмнено намират отражение в преживяванията на децата под формата на тревожност, агресия и трудно поведение (Е. Иванова, 2017).

Адаптирането и отглеждането на децата в условията на резидентна грижа е сложен процес и изисква продължителна професионална интервенция, която е насочена не само към механизмите за приспособяване към непозната за детето среда, но и към помощ в онези аспекти на забравянето, изтласкването, потискането, които ще помогнат да се адаптира по-добре към другите, след като е “припознало” само себе си. Способността на детето да намери своето “място”, чувството за принадлежност, увереност в себе си и познаване на своите възможности, умения и таланти ще му позволят по-добре да се приспособи към всичко, което се случва в заобикалящата реалност.

Р. Шпиц подчертава основното значение на обектните отношения за развитието на отделното дете. Липсата на обектни отношения оказва влияние върху личностното развитие на децата, което в резидентни условия се изразява под формата на агресивни прояви, нервни кризи, защитни механизми, липса на увереност, понижена самооценка, придружени от съпътстваща тревожност, агресия и трудно поведение.

Появата на страхови преживявания при детето корелира с отделянето от първичния обект – майката. Изследването на взаимовръзката между страховете и емоционалните нарушения при деца, живеещи в резидентна среда, предоставя добра основа за по-ефективна професионална намеса и подкрепа, което несъмнено повлиява в положителна посока психичното здраве на децата.

Библиография

1. Бръчкова М. Тревогата в психоанализата.
2. Иванова Е. Особености на страховете при деца, отглеждани в резидентен тип грижа. Велико Търново, Диоген, 2017.
3. Иванова Е. Стресови разстройства и страх в класическата психоанализа”. Теория и практика. Варна, 2011.
4. Риман Ф. Основни форми на страх. София, 2002.
5. Фройд З. Отвъд принципа на удоволствието. София, 1992.
6. Фройд З. Изкуството на психоанализата. София, 1998.
7. Христозов Хр. Страховете у децата. София, 1980.
8. Шпиц Р. Первѝй год жизни.

КОГНИТИВНИ И АФЕКТИВНИ НАРУШЕНИЯ ПРИ БОЛНИ С НОВООТКРИТИТА МНОЖЕСТВЕНА СЛЕРОЗА И ТЕХНИТЕ КОРЕЛАЦИИ С НЕВРОИЗОБРАЗИТЕЛНИ И КЛИНИЧНИ ПОКАЗАТЕЛИ

Б. Садарзанска-Терзиева, П. Цветанов, П. Добрилова

Филиал „Проф. Д-р Ив. Митев“ – Враца, МУ – София

COGNITIVE AND AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED MULTIPLE SCLEROSIS AND THEIR CORRELATIONS WITH THE NEUROIMAGING AND CLINICAL PARAMETERS

B. Sadarzanska-Terzieva, P. Tzvetanov, P. Dobrilova

¹Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev – Vratsa, MU – Sofia

Abstract. Aim: To explore cognitive and affective disorders in patients with newly diagnosed MS and their correlations with clinical and neuroimaging parameters. **Material and Methods:** Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT), Symbol Digit Modalities Test (SDMT) and Brief Visuospatial Memory Test-Revised (BVRT-R), BDI-II, MSQOL, EDSS, MSFC and MRI study in 40 patients with newly diagnosed MS (27 female, average age 34.85 ± 11.4 (16-58)) took place. Control group including 30 healthy individuals was used. **Results:** The results of PASAT correlate negatively with age ($r = -0,38$; $p = 0,03$), EDSS ($r = -0,42$; $p = 0,01$), the number of MRI lesions ($r = 0,41$, $p = 0,01$) and fulfilled criteria of Barkhof ($r = -0,30$; $p = 0,04$ and BDI-II ($r = 0,49$, $p = 0,004$). Moderately positive correlation of the results of SDMT and the number of MRI lesions ($r = 0,64$, $p = 0,0001$), age ($r = -0,42$; $p = 0,01$), BDI-II ($r = 0,48$, $p = 0,006$), EDSS ($r = -0,40$; $p = 0,02$), the number of fulfilled criteria of Barkhof ($r = 0,31$, $p = 0,04$) was found. BVRT-R correlates negatively with EDSS ($r = -0,40$, $p = 0,02$), the number of MRI lesions ($r = 0,47$, $p = 0,04$) and BDI-II ($r = 0,30$, $p = 0,04$). **Conclusion:** A change in more than 3 neuropsychological tests in screening study of patients with first demyelinating episode predicts a higher risk of early involvement of cognitive abilities and early disability.

Key words: multiple sclerosis, PASAT, SDMT, BDI-II и MSQOL

Адрес за кореспонденция: Б. Садарзанска-Терзиева, „Клинични и медико-биологични науки“, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, МУ – София, ул. "Втори юни" № 179, 3000 Враца

Address for correspondence: B. Sadarzanska-Terzieva, Department of Clinical and medical Biological Sciences, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev", MU – Sofia, 179, Vtori Yuni Str., Bg – 3000 Vratsa

ВЪВЕДЕНИЕ

Множествената склероза (МС) е аутоимунно, прогресиращо демиелинизиращо и невродегенеративно заболяване на ЦНС, което се характеризира с различни фенотипове и форми на проти-

чане [13, 15]. Въпреки че често се пренебрегват, когнитивните нарушения засягат 43-70% от пациентите, а афективните – 75%, и оказват сериозно влияние върху социалната им активност, семейния живот и работоспособността им [6]. Тези нарушения имат сложни невроанатомични

и патофизиологични основи [1, 2]. Афективните увреждания се проявяват клинично с депресия, еуфория, тревожност, раздразнителност, нарушения на съня и апатия [3].

Когнитивните нарушения протичат като подкоров тип деменция с дисконекция на връзките между коровите области и подкоровите структури. Проявяват се нарушения в разпределение на вниманието, работната и епизодичната памет, екзекутивните функции и други [1, 6, 8].

Цел

Да се проучат когнитивните и афективните увреждания при болни с новооткрита МС и корелациите им с клинични и невроизобразителни показатели.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Диагностицирането, клиничното изследване и проследяването на пациентите е осъществено през периода 2014–2017 г. в Неврологично отделение на МБАЛ – Плевен, и АИПСИПНБ „Академика“ ЕООД – Плевен. Пациентите са набирани амбулаторно и от неврологичните отделения на област Плевен, Враца, Видин и Ловеч след получаване на информирано съгласие. В проучването са включени 40 болни с новооткрита МС съгласно ревизираните критерии на McDonald 2010. От тях 13 са мъже, средна възраст $34,85 \pm 11,4$ [16]. Невропсихологичните тестове са проведени и при 30 съответстващи на пациентите по възраст, образование и пол здрави лица (средна възраст $32,45 \pm 11,03$), от които 14 са мъже (51,8%).

Клиничен метод

Обективизирането на неврологичния дефицит се базира на общоприети клинични скали:

- Скала за отчитане на общия функционален дефицит по Kurtzke и съавт. (1983) – **Expanded Disability Status Scale (EDSS)**. MSFC и нейната ревизия от 2001 г.

- За допълнителна оценка е прилагана **MSFC** (1994), съставена от 3 теста: 25-Foot Walk, 9HPT и PASAT.

- **Ambulation index (AI)** – скала за оценка на походката.

Психометрични изследвания

Когнитивните функции на болните са изследвани с тестовете:

- **Paced Auditory Serial Additional Test (PASAT)** – измерва скорост на обработка на слуховата информация, поддържане на вниманието и работната памет. Приложен е трикратно преди оценка на изходното ниво, тъй като пациентите показват по-нисък скор при първи опит, поради непознаване на задачата.

- **SDMT** – при който се трансформира всяко от посочените геометрични изображение в писмен или вербален цифров еквивалент, съобразно показан ключ. SDMT изисква едновременно бързина на зрителната обработка и работна памет. Провежда се чрез стандартизирани формуляри, след кратко упражнение и време за администриране 90 секунди.

- **BVSMT-R** ревизиран кратък тест за зрително-пространствена памет, тества едновременно учене и памет. Състои се от 6 тест-форми. На всяка са изобразени 6 геометрични фигури, отпечатани в масив 2 x 3. Пациентът има три опита за заучаване с продължителност 10 секунди. След всеки опит трябва да прерисува по памет фигурите от тест-формата, като спазва начина на разположението им. След 25 минути ги рисува отново без припомняне (recall test).

- Въпросник на Бек за депресия – BDI-II, състоящ се от 21 въпроса.

- Болните с МС са анкетирани с въпросник (MSQOL) от 54 въпроса относно качеството на живот при множествена склероза.

Невроизобразителен метод

Пациентите са проспективно проследени с магнитно-резонансна томография (MPT) на главен мозък с контрастно вещество Omniscan по Barkhof [4] на апарат Siemens Medical Systems с мощност 1,5 T с валидизирани протоколи Poser [16].

Статистически анализ

Данните от проучването са представени като средни стойности (X) \pm стандартна грешка на средната стойност (SE). Разликите между изследваните групи са анализирани с ANOVA, като в случай на статистически значими различия и параметрично разпределение на данните е правен post hoc анализ с метода на най-малките значими разлики (LSD). При непараметрично разпределение е използван теста на Kruskal-Wallis. Корелациите между изследваните показатели са оценявани по метода на Pierson. За всички тестове е възприе-

то ниво на значимост $p < 0.05$. За статистическа обработка на данните е използвана програмата SPSS за Windows, версия 15.

РЕЗУЛТАТИ

Средните изходни стойности на PASAT, броят на коректните отговори от теста за зрително-перцептуална обработка на информацията, сборът от точките от BVSMT-R и от въпросника за депресия BDI-II, са значимо по-ниски ($p < 0,05$) при пациентите с МС в сравнение с контролите (табл. 1). Приложението на по-стандартните тестове като MMSE не показва разлика ($p > 0,05$) между проучваните групи (табл. 1).

Таблица 1. Резултати от невропсихологичните тестове

Невропсихологични тестове	МС Mean \pm SD	К Mean \pm SD	p
PASAT	32,2 \pm 7,2	50,9 \pm 2,1	P = 0,0001
BVSMT-R Общо заучени	15,4 \pm 8,7	23,8 \pm 5,2	P = 0,0001
BVSMT-R с отложено припомняне	6,2 \pm 1,4	9,3 \pm 0,7	P = 0,0001
BVSMT-R raw score	58,5 \pm 13,9	63,2 \pm 5,9	P = 0,04
SDMT	44,9 \pm 7,2	55,9 \pm 3,5	P = 0,0001
BDI-II	5,73 \pm 1,28	1,10 \pm 0,65	P = 0,0001
MMSE	27,59 \pm 1,16	29,2 \pm 1,58	P = 0,04

Данните са средни аритметични (SD) PASAT – Paced Auditory Serial Additional Test; BVSMT-R – Brief Visuospatial Memory Test-Revised; SDMT – Symbol Digit Modalities test; BDI-II – Въпросник на Бек за депресия † Kruskal-Wallis Test при разпределение различно от нормалното

Общият сбор точки от PASAT корелира негативно с възрастта ($r = -0,38$; $p = 0,03$) и инвалидността ($r = -0,42$; $p = 0,01$). Когнитивните нарушения са свързани в умерена степен с броя и локализацията на T1 и T2 лезиите ($r = 0,41$; $p = 0,01$) и с депресията ($r = 0,49$; $p = 0,004$).

Умерена е корелацията между резултатите от SDMT и броя на лезиите на MPT ($r = 0,64$; $p = 0,0001$), както и броя изпълнени критерии на Barkhof ($r = 0,31$; $p = 0,04$). Негативна е връзката с възрастта на проучените болни ($r = -0,42$; $p = 0,01$), началната инвалидност ($r = -0,40$; $p = 0,02$) и депресията ($r = -0,48$; $p = 0,006$).

Общият брой точки на BVSMT-R, тестващ зрително-пространствената функция, е в отрицателна връзка с инвалидността ($r = -0,40$; $p = 0,02$). Умерена по степен е корелацията между крайния сбор от BVSMT-R с броя на лезиите на MPT ($r = 0,47$, $p = 0,04$) и афективните нарушения ($r = 0,30$, $p = 0,04$).

ОБСЪЖДАНЕ

МС води до двигателни, сетивни, зрителни и невропсихиатрични симптоми, които могат да се проявяват независимо един от друг. Най-честите когнитивни дефицити при нашите болни засягат активното внимание, скоростта на обработка на информацията, абстрактното мислене, епизодичната и работната памет, зрително-перцептуалната обработка на информацията, което се установява и от други автори [1, 5, 9].

Най-честото емоционално нарушение при пациентите с МС е депресията, следвана от дисфорията, които са средни по степен. Тези когнитивни и афективни нарушения оказват неблагоприятно влияние върху семейния живот, професионалните умения, справянето с реални житейски ситуации и рефлектират върху качеството на живот – MSQOL, на болните с МС, като често са причина за загуба на работното място [6].

С прилагането на MPT особено на неконвенционалните MPT техники при пациенти с МС напредна разбирането за структурните и функционалните промени в мозъка, характерни за това заболяване, включително и за когнитивните нарушения [14]. Те корелират най-добре с броя и локализацията на T1 и T2 лезиите във фронтална област, corpus callosum [9, 10], таламуса [12] и могат да се появят във всички стадии и подтипове на МС [7, 8].

Дискусионни остават предимствата на SDMT пред PASAT при откриване на когнитивните нарушения. В проучването ни данните от теста за слухова обработка, поддържане на активно внимание и скорост на превключването му (PASAT), се понижават значимо на 1-вата година и са почувствителен маркер, в сравнение с този, оценяващ зрително-пространствена памет (SDMT). На третата година подчертано по-ниски са резултатите и от двата теста, но влошаването при PASAT е по-изразено, което съответства на резултатите и на други изследватели. Както показват нашите и

чужди данни [11], нивото на образование и афективното състояние (тревожност, депресия, мотивация) оказват сигнификантно влияние върху общия брой точки от PASAT.

Сравнението на тестовете, оценяващи когнитивните функции на анализирани от нас пациенти след 3 години, показва по-добри резултати от PASAT, SDMT, BVSMТ-R при болните с по-малък брой пристъпи, в сравнение с тези с по-агресивен ход на заболяването. Вероятно това се дължи на по-малкия брой МРТ лезии и липсата на корова атрофия при тях. По същата причина когнитивно по-съхранени са пациентите с първично прогресивна форма пред тези с вторично прогресивна.

Изводи

- Промяната в повече от 3 невропсихологични теста при скрининговото изследване на болни с първи демиелинизиращ епизод прогнозира по-висок риск за ранно засягане на познавателните способности и по-бърза инвалидизация.

- Когнитивните нарушения корелират най-добре с броя и локализацията на T1 и T2 лезиите и с депресията.

- Използването на лесно приложими, евтини и стандартизирани психометрични изследвания като скринингов тест при болни с първи клиничен пристъп може да е надежден метод за рисковата стратификация на болните.

Библиография

1. Achiron A, Barak Y. Cognitive impairment in probable multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003; 74:443.
2. Amato MP, Zipoli V. Clinical management of cognitive impairment in multiple sclerosis: a review of current evidence. *Int MS J*. 2003; 10:72.

3. Arnett PA, Higginson CI, Voss WD et al. Depressed mood in multiple sclerosis: relationship to capacity-demanding memory and attention functioning. *Neuropsychology*. 1999; 13:434.
4. Barkhof F, Filippi, Miller DH. Comparison of MRI imaging criteria at first presentation to predict conversion to clinically definite multiple sclerosis. *Brain*, 1977, 120: 2059-2069.
5. Bellmann-Strobl J, Aktas O, Dorr J. et al. Poor PASAT performance correlates with MRI contrast enhancement in multiple sclerosis. *Neurology*, 2009, 73: 1624-1627.
6. Cohen B. Identification, causation and prevention of complications (ICAP). *Neurology*, 2008, 71 (Suppl.): S14-S20.
7. Comi G, Filippi M, Barkhof F et al. Effect of early interferon treatment on conversion to definite multiple sclerosis: a randomised study. *Lancet*, 2001; 357: 1576-1582.
8. Doraiswamy PM, Rao M. Treating cognitive deficit in multiple sclerosis. *Neurology*, 2004,63: 1552-1553.
9. Fisher J, Priore R, Jacobs L. et al. the Multiple Sclerosis collaborative Research Group. Neuropsychological effects of interferon-b-1a in relapsing multiple sclerosis. *Ann. Neurol.*, 2000, 48: 885-892.
10. Fleming J. Diagnosis and management of multiple sclerosis. Professional Communications, Inc., New York, 2002, 320.
11. Foong J, Ron M. Neuropsychiatry: cognition and mood disorders. – In: Multiple Sclerosis 2, Eds.: McDonald, W., Hoese worthy, J., Elsevier Science, Philadelphia, 2003, 115-124.
12. Franklin GM, Heaton RK, Nelson LM. et al. Correlation of neuropsychological and MRI findings in chronic/progressive multiple sclerosis. *Neurology*. 1988; 38:1826.
13. Lublin F. The incomplete nature of multiple sclerosis relapse resolution. *J. Neurol. Sci.*, 2007, 256: 14-18.
14. Rao SM, Leo GJ, Bernardin L, Unverzagt F. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. I. Frequency, patterns, and prediction. *Neurology*, 1991; 41:685.
15. Pascual A, Martinez-Bisbal M, Bosca I et al. Axonal loss is progressive and partly dissociated from lesion load in early multiple sclerosis. *Neurology*, 2007, 69: 63-66.
16. Poser C, Brinar V. Diagnostic criteria for multiple sclerosis. *Clin. Neurol. Neurosurgery*, 2001, 103: 1-11.

ОЦЕНКА НА ЗДРАВНИТЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИТЕ АСПЕКТИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

М. Лаловска, М. Борисова

Катедра "Здравни грижи", Филиал "Проф. д-р Иван Митев" – Враца, Медицински университет – София

ASSESSMENT OF THE HEALTH AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PATIENTS WITH CEREBRAL STROKE

M. Lalovska, M. Borisova

Department of Health Care, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. The stroke is one of the most significant global health problems among the population. It has become a major challenge for global health policy and medicine, with the number of stroke sufferers in Europe expected to grow by about 30% over the period 2010-2025. Today, in the industrialized world, stroke is the second most common cause of death and the most common disability among the population. In a large number of stroke survivors, their activity is impaired by showing residual functional, cognitive and mental changes that are essential for social, professional and family relationships. Strokes are the second most common cause of dementia, the most common cause of elderly epilepsy and a very common cause of depression. Therefore, population health requires a more thorough and comprehensive lifestyle analysis, assessment of the impact of risk factors, cerebrovascular diseases, specialized health care, and finding ways and means to reduce these diseases and prevent complications.

Key words: stroke, patients, health care

Адрес за кореспонденция: Маргарите Лаловска, Катедра "Здравни грижи", Филиал "Проф. д-р Иван Митев", Медицински университет – София, ул. "Втори юни" № 179, 3000 Враца, e-mail: mdm61@abv.bg

Address for correspondence: Margarita Lalovska, Department of Health Care, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev", Medical University – Sofia, 179, Vtori Yuni Str., Bg – 3000 Vratsa, e-mail: mdm61@abv.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Мозъчният инсулт е не само социален и здравен проблем, но и страдание за пациентите. Той е финансова тежест както за пациентите, и за техните семейства, така и за обществото като цяло. Мозъчният инсулт се е превърнал в голямо предизвикателство за световната здравна политика и медицината, като се очаква броят на прекаралите инсулт в Европа да нарасне с около 30% за периода 2010-2025 години. При голяма част от пациентите, преживели мозъчен инсулт, е нарушена

активността им като проява на остатъчни функционални, когнитивни и психични промени, които са от съществено значение за социалните, професионалните и семейните взаимоотношения.

Мозъчните инсулти са втората по честота причина за развитие на деменция, най-честата причина за епилепсия в напреднала възраст и твърде честа причина за депресия. Затова здравето на населението изисква по-задълбочен и всеобхватен анализ на начин на живот относно превенцията на мозъчносъдовите заболявания, осигуряването на специализирани здравни грижи

на болните и намирането на начини и средства за редуциране на тези заболявания и за предотврътяване на усложненията.

Значимостта на проблема се обуславя преди всичко от социалните и здравните потребности на пациентите с влошено качество на живот и повишени специфични здравни и психологични изисквания. Възникват сложни за решаване социални и психологични казуси. Това се определя както от прогресиращата мозъчносъдова заболяемост, така и от високата инвалидизация и смъртност, с което се свързват тези заболявания.

Всеобщо е мнението за сериозността и необходимостта от адекватни мерки в борбата с мозъчносъдовите заболявания. Нарастващото търсене на здравни услуги и застаряването на населението изискват прилагането на ефективни, ефикасни и приемливи методи за решаване на проблемите на пациентите с мозъчен инсулт и за повишаване на качеството им на живот.

Цел

Поставената от нас цел бе да се проучат критериите за анализ и оценка на здравните и психологичните аспекти при пациенти с мозъчен инсулт.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Изследването се проведе през периода февруари–юни 2017 г. Бяха обхванати 120 пациенти, преминали през Неврологично отделение, от две медицински заведения на територията на областта – МБАЛ “Христо Ботев” – Враца, и Специализираната болница за рехабилитация в град Вършец. За проучване на пациентското мнение бе изработена специална анкетна карта. Събраните данни са анализирани посредством документален, социологически и статистически метод.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

В проведеното проучване бяха включени след даване на информирано съгласие за участие 120 пациенти, преминали през Неврологично отделение на МБАЛ „Хр. Ботев“ – Враца, и Специализираната болница за рехабилитация – Вършец. От тях 70 са мъже и 50 – жени (табл. 1). Разпределението по пол на нашата кохорта е в подкрепа на наличните данни от епидемиологични проучвания по проблема, че болестта се разпространява приблизително еднакво сред представителите и на

двата пола, с незначително преваляване на разпространението при мъжкия пол.

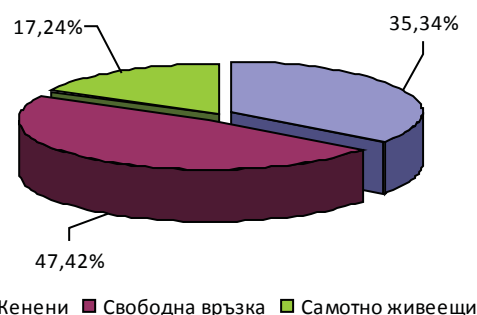
Двадесет и пет процента от анкетиранияте пациенти са във възрастовия диапазон 45-64 години.

Таблица 1. Разпределение по пол и възраст

Възрастови групи	Мъже		Жени	
	Абс. бр.	Относит. дял	Абс. бр.	Относит. дял
до 44 год.	8	6,66%	5	4,16%
45-54 год.	10	8,33%	8	6,66%
55-64 год.	30	25%	29	24,16%
65-75 год.	11	9,16%	18	15%
Над 75 год.	5	4,46%	6	5%

Като се вземе под внимание, че като цяло населението в България застарява, следва да се отбележи негативният факт, че нашият регион е на едно от водещите места в страната по критериите *брой на населението в напреднала възраст и демографски срив*. Това налага необходимостта от по-задълбочено изучаване на причините и на социалните предпоставки, водещи до висока смъртност и инвалидизация при мозъчен инсулт.

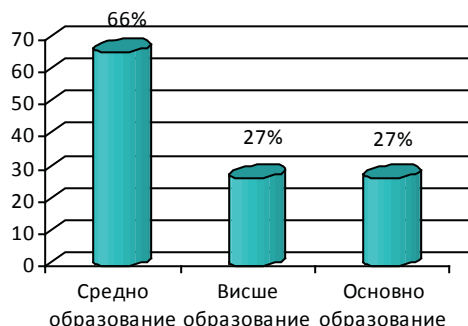
Получените данни от изследването показват, че по-голям относителен дял от проучвания контингент живее с партньор (82.82%), независимо дали на семейни начала или в брак, като самотно живеещите са само 17.24% от общия брой анкетирани (фиг. 1).



Фиг. 1. Разпределение (%) на анкетиранияте в зависимост от семейното им положение

От отговорите в проведената анкета е видно, че сред изследваните пациенти преобладават лицата със средно образование – 66 човека. Броят

на лицата в нашата извадка с по-висок (висше) или по-нисък (основно) образователен ценз е тъждествен (по 27 души) (фиг. 2).



Фиг. 2. Разпределение на участниците (брой) според степента им на образование

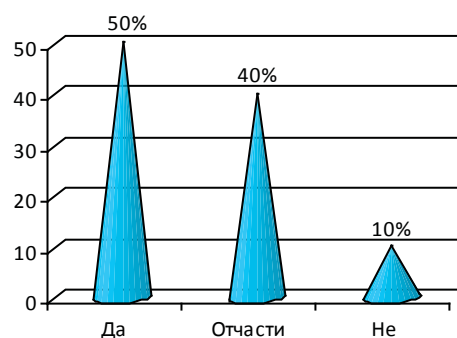
Резултатите от изследването потвърждават теорията за наследствената генеза при мозъчния инсулт, като 42,24% от анкетиранияте пациенти съобщават за фамилна обремененост. 25,86% са категорични, че нямат родственици, страдащи от това заболяване, а 31,90% нямат информация да са имали в рода лица, претърпели мозъчен инсулт (фиг. 3).



Фиг. 3. Процентно разпределение на анкетиранияте пациенти относно фамилна анамнеза за мозъчен инсулт

При анализа на данните от отговорите на въпроса: „Отрази ли се заболяването на семейния Ви бюджет“ в нашето изследване установихме, че доходите на анкетиранияте са недостатъчни за удовлетворяване на някои от основните им жизнено потребности – осигуряване на рехабилитация, диетична храна, медицинско и санитарно обслужване, лекарства. При някои категории пациенти с мозъчен инсулт, довел до трайни увреждания, стойността на необходимите

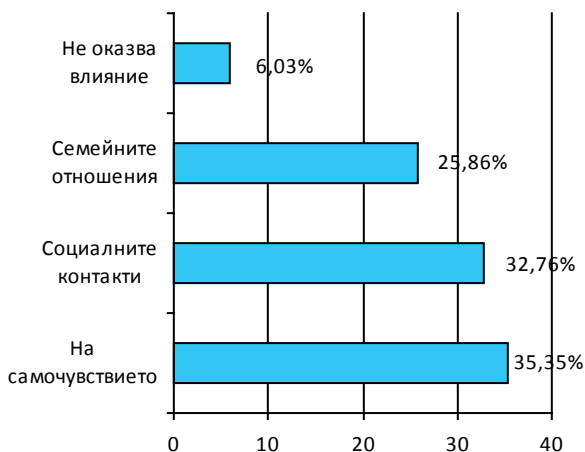
лекарства за поддържане на живота им достига до над 50% от доходите им (пенсия, социални помощи). Едва 10% от анкетиранияте болни смятат, че са в състояние да се справят с финансовата тежест от заболяването и болестта няма да се отрази значимо на семейния бюджет (фиг. 4).



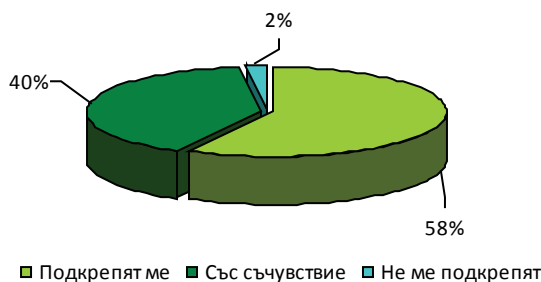
Фиг. 4. Разпределение (%) на болните в зависимост от финансовата тежест от заболяването

Болните с мозъчен инсулт се нуждаят от специални грижи и подкрепа за справяне с трудностите, породени от заболяването, като двигателни затруднения, ограничаващи ежедневноста им дейност и невъзможност или ограничена способност за самообслужване, както и проблеми, свързани с жилището, финансова нестабилност, невъзможност за посрещането на жизнените потребности. Семейството играе основна роля за запазване и съхранение на пациентите с мозъчен инсулт в неблагоприятните социални условия. За да се установи степента, в която заболяването е повлияло в негативен аспект на живота на изследваните болни, в анкетната карта бе включен въпрос „Променили заболяването по някакъв начин живота Ви?“. Отговорите на респондентите показват, че за 35,35% заболяването сериозно се е отразило на „самочувствието“. При над половината респонденти (58,62%) прекараният мозъчен инсулт се е отразил на социалните контакти и на семейните им отношения и само според 6,03% заболяването не е повлияло живота им в значима степен. Особено внимание болните обръщат на **адаптацията на обитаваното жизнено пространство**, за да е съобразено с техните нужди и да подпомага функционирането им (фиг. 5).

Мнозинството анкетирани лица (98%) са на мнение, че получават нужната подкрепа и съчувствие от семейството си, което ги подпомага в предстоящата адаптация. Едва 2% от болните не срещат нужното разбиране и подкрепа от близките си (фиг. 6).



Фиг. 5. Разпределение на анкетираните (%) в зависимост от оценката им за отражението на болестта върху начина им на живот

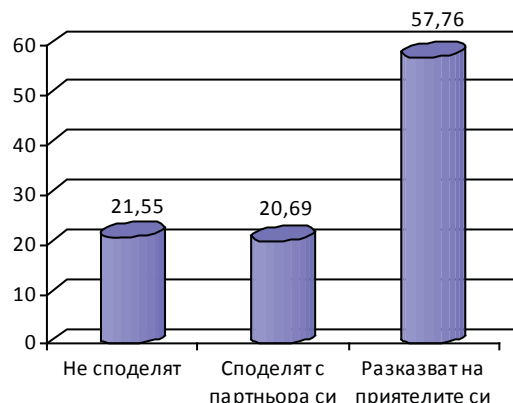


Фиг. 6. Процентно разпределение на участниците в проучването в зависимост от семейната подкрепа, която получават

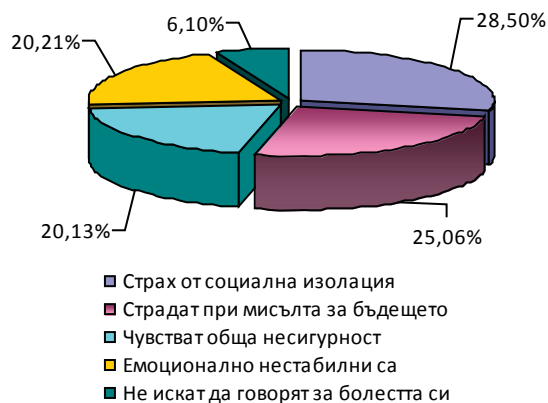
Повече от половината участници в проучването (57.7%) разказват на приятелите си за проблемите във връзка със състоянието им, търсейки решение на затрудненията си. Това са предимно пациенти, за които проблемите са свързани най-вече със страх от мозъчносъдовите заболявания, тъй като ги възприемат като рискови и застрашаващи живота им. Друга част от болните предпочитат да споделят тревогите във връзка с болестта си с партньора си (20,69%). Има обаче и не малък дял болни, таящи опасенията за себе си и несподелящи с близки и роднини (21,55%) (фиг. 7).

От проведената анкета установихме, че прекаралите мозъчен инсулт се страхуват от социална изолация (28,50%), страдат за бъдещето, свързано с проблеми от здравословен характер (25,06%), чувстват се несигурни във всяко отношение (20,13%) и са емоционално нестабилни след заболяването (20,21%), а 6,10% от болните не искат да разговарят по този въпрос (фиг. 8). Тези данни показват, че заболяването повлиява

негативно емоционалното състояние на пациентите и то в значителна степен. Социалната изолация, липсата на сигурност и нестабилното емоционално състояние при преживелите мозъчен инсулт водят до депресивни състояния, понижаващи качеството на живот и повишаващи смъртността при тази група пациенти.



Фиг. 7. Разпределение (%) на анкетираната група в зависимост от степента, до която споделят пробле ми с близки си



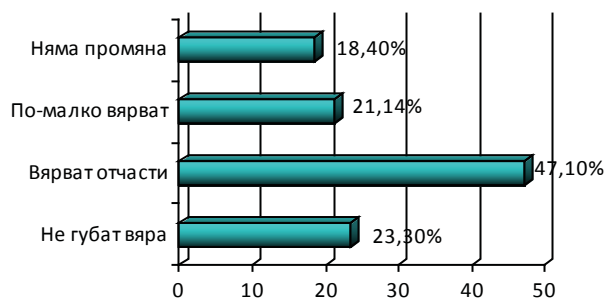
Фиг. 8. Разпределение на анкетираните лица (%) в зависимост от начина им на приемане на заболяването

Вярата и упоритостта са двигателите за справяне със заболяването, но отнема време човек да се научи да живее с последиците от мозъчен инсулт. Слабата социална подкрепа, начинът на живот – самостоятелно, в семейна среда или в институции, при пациентите с преживян мозъчен инсулт могат да доведат до поведенчески промени, липса на желание за лечение, депресия, социална изолация. Това ясно личи и от отговорите, които получихме на въпроса *Вярвате ли в себе*

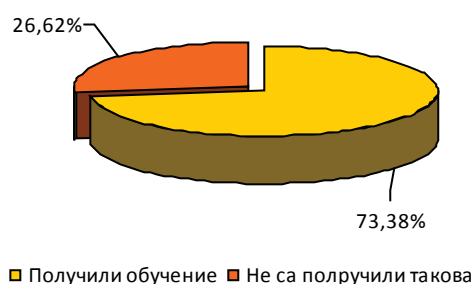
си след заболяването? Установихме, че докато 18,40% от анкетираните от нас пациенти са запазили без промяна самоувереността си от времето преди заболяването, а 23,3% не губят вярата си в собствените сили, то при значителен дял (47,16%) самоувереността е отчасти нарушена, а 21,14% вярват все по-малко в себе си и във възможностите си за справяне с предизвикателствата, наложени от болестта (фиг. 9).

Обучението на болния за справяне с последиците от болестта осигурява добро качество на живота и е основен фактор за предотвратяване на усложненията при мозъчен инсулт. Нашите данни показаха, че по-голяма част от анкетираните – 73,38%, са получили обучение и само 26,62% не са получили такова (фиг. 10).

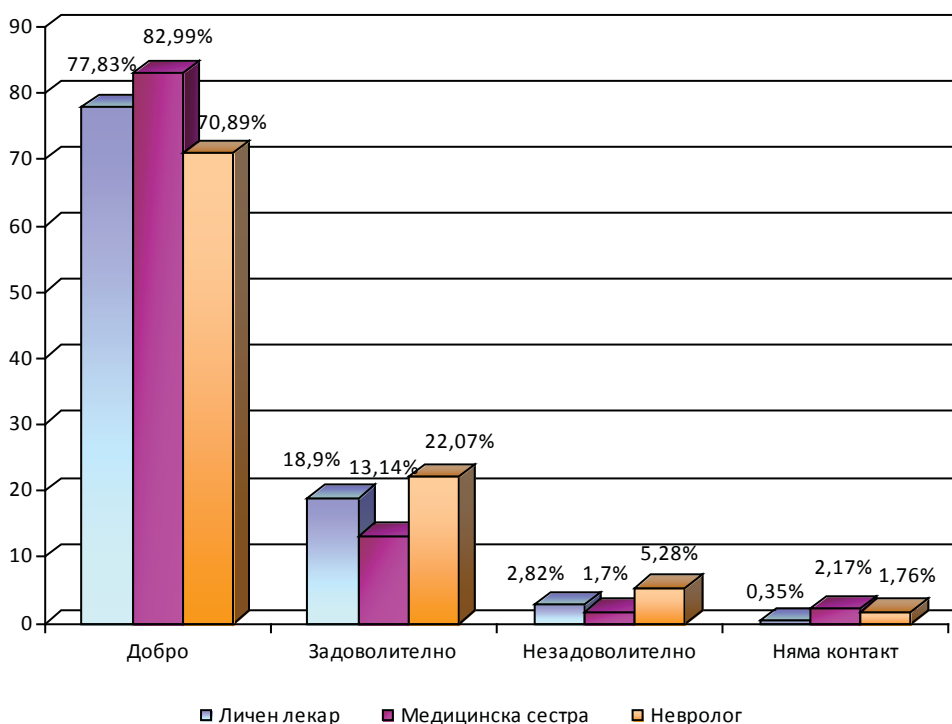
Оказването на качествени грижи за пациентите с мозъчен инсулт е основна задача не само на медицинските екипи, но и на цялото общество. Това ще доведе до изграждането на адекватен модел на справящо се поведение при пациентите с мозъчен инсулт, което е гаранция за справяне със заболяването и забавяне на усложненията и инвалидизация (фиг. 11).



Фиг. 9. Процентно разпределение на анкетираните лица в зависимост от увереността им в собствените сили след преживения мозъчен инсулт



Фиг. 10. Разпределение на болните (%) в зависимост от необходимостта им от обучение по въпросите, касаещи тяхното заболяване



Фиг. 11. Процентно разпределение на анкетираните в зависимост от дадената оценка за отношението на медицинските специалисти към тях

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Възстановяването след мозъчен инсулт е тежка задача както за болните, така и за близките им. На преживелите мозъчен инсулт трябва да се осигури достъп до качествена медицинска рехабилитация, насочена към профилактика и предотвратяване на появата и развитието на увреждания, намаляване или отстраняване на периодите на неработоспособност и на функционалните разстройства, както и компенсирание по различни начини и чрез различни средства на загубените функции на организма. Преживелите мозъчен инсулт пациенти трябва да бъдат навременно диагностицирани за наличие на депресивни симптоми с оглед осигуряване на адекватно лечение, ефективна рехабилитация и по-бързо възстановяване и социализиране.

Необходимо е да бъдат осигурени достатъчно рехабилитационни структури, осъществяващи комплексни рехабилитационни програми: медицинска и функционална диагностика, физикална терапия, говорна терапия, ерготерапия, психотерапия. Защото дори и след инсулт изключително важно е скоростта на възстановяване на пациента, ранното откриване и лечение, тъй като промяната в психоемоционалното развитие влияе на други здравни аспекти и на нивото на социална изолация.

В този аспект ролята на медицинската сестра може да се определи като процес, който да гарантира непрекъснати, качествени и адекватни на здравните потребности, ефективни здравни грижи, в които водещо място и значение има формирането на здравно обусловен начин на живот при пациентите, предлагане на необходимата здравна информация и съдействие за повишаване качеството на живот на болния.

Библиография

1. Алексиев А. Синтетична психотерапия и психопрофилактика. Благоевград, УИ Неофит Рилски, 2010.
2. Балканска П, Проданова Я, Визева М. Стимулираща образователна среда за развитие на управленска и

- лидерска компетентност в здравеопазването. – В: Съвременното образование – мисия и визии, Благоевград, УИ Неофит Рилски.
3. Балканска П, Визева М, Николова М, Кючукова С, Андонова А. Насилието над възрастни и стари хора – реалности и възможности за превенция. Интердисциплинната идея в действие, ТЕМПТО 2012.
4. Борисов В. Стратегическият мениджмънт – дефицит на здравната реформа. Здравен мениджмънт, 2005.
5. Велева Ст, Василева Н, Недев Хр. Възстановяване след инсулт. АлиансПринт, 2000.
6. Грозданов И. Организация на дейностите по профилактика и рехабилитация в системата на НОИ. XXVIII международна научна конференция, Стара Загора, 2018.
7. Грозданов И. Състояние и проблеми на организацията на дейностите по профилактика и рехабилитация в системата на НОИ. XXVII международна научна конференция, Стара Загора, 2017.
8. Грозданов И. Протективната роля на физическата активност и промоция на здравето. Европейски стандарти в спортното образование. Враца 2018.
9. Димитров Т, Алакиди В. Ефективна рехабилитация при невродегенеративни заболявания. – В: Сборник статии „Европейските етични стандарти и българската медицина“. София, 2014.
10. Добрилова П. Рехабилитационният процес – предизвикателство за съвременното сестринство. ЦМБ – МУ, София, 2016.
11. Добрилова П, Джиганска Ц. Дистанционното обучение в здравните условия на съвремието – проблеми и перспективи, XIII международна научна конференция „Съвременното дистанционно обучение: тенденции, политики и добри практики“, 17-18 юни 2016, МВБУ, Ботевград, 274-279.
12. Колева И, Илиева Е, Йошинов Р, Кръшков Д, Йонова Д. Клиничен алгоритъм за физикална терапия и рехабилитация при болни с увреди.
13. Кинезитерапия при нервни и психични заболявания. Под ред. на Д. Любенова. София, Бетапринт-Петрови и Сие, 2011.
14. Стефанова, Добрилова П, Борисова М. Комуникативните умения на медицинската сестра – фактор за обществена удовлетвореност от дейността на първичната медицинска помощ, Стара Загора, Science & Technologies, Medical biology studies, clinical studies, social medicine and health care, 2017, 7(1), 143-146.
15. Янкова Г, Аспарухова П, Добрилова П. Проблеми на нуждаещите се от палиативни грижи и връзката им с качеството на живот. Сестринско дело, 2017, 49 (2): 36-41.

АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ – РОЛЯТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА ПРИ ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРЕВЕНЦИЯ НА УСЛОЖНЕНИЯТА

Е. Владимирова, П. Аспарухова, Г. Янкова, Е. Янкулова

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, Медицински университет – София

ARTERIAL HYPERTENSION: THE ROLE OF THE NURSE IN PROPHYLAXIS, TREATMENT AND PREVENTION OF COMPLICATIONS

E. Vladimirova, P. Asparuhova, G. Yankova, E. Yankulova

Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. One of the most serious socially significant diseases of our time is hypertension. Unfortunately, despite the number of papers, information on the Internet, the number of patients still grows and complications do not diminish. Goal: To identify the level of awareness of the disease, healthy lifestyle and prevention of complications through a new vision and development of nursing care. Materials and Methods: The documentary method, questionnaire with 23 questions and a statistical and graphical analysis were used for the study. Analysis of the results: The study, which does not claim representativeness, shows that most of the patients have gaps in knowledge about diet and the presence of harmful factors. One of the main tasks of the nurse as the person who is in the closest contact with the patient is to inform the patient about a healthy lifestyle and avoid complications from the illness. Conclusion: A nurse is a highly humane profession aimed at caring for the patient with love and understanding. When a disease occurs in the patient's life, the mind is pretty fragile and the nurse is the closest person to the patient. Performers of this profession should never forget its essence, namely to provide help and support without harm.

Key words: hypertension, illness, complications

Адрес за кореспонденция: Елка Владимирова, Катедра "Здравни грижи", Филиал "Проф. д-р Иван Митев", Медицински университет – София, ул. "Втори юни" № 179, 3000 Враца

Address for correspondence: Elka Vladimirova, Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, 179 Vtori Yuni, Str., Bg – 3000 Vratsa

ВЪВЕДЕНИЕ

Артериалната хипертония (АХ) е най-разпространеното сърдечно-съдово заболяване в света. Тя представлява трайно повишено артериално кръвно налягане, дължащо се най-вече на прекомерната употреба на сол, стреса, затлъстяването, адинамията и наследствената предразположеност. АХ е заболяване, причиняващо най-голяма вреда на здравето на хората в световен мащаб. България е на едно от първите места в света по

брой на мозъчни инсулти и инфаркт на миокарда. Високото артериално налягане играе първостепенна роля за тази статистика. Почти във всяко българско семейство има човек с повишено кръвно налягане. През последните 15 години се наблюдава снижаване на възрастовата граница за възникване на хипертонията. В България хипертонията е най-разпространеното хронично заболяване – 60% от българското население страда от тази болест, а възрастовата граница на инфарктите пада. В момента в страната ни има 2 млн.

хипертоници и броят им ежегодно се увеличава значително. Заради тази огромна значимост наричат хипертонията „новата чума“. Именно поради това при поставяне на диагнозата хипертония пациентът трябва да бъде информиран за същността на заболяването, за възможните усложнения, за диетичния режим, който е необходим за спазване, за начина на живот с това заболяване.

Наблюдавайки жизнения стандарт, статуса на хипертониците и последвалите усложнения, си поставихме за цел да установим нивото на информираност относно заболяването, здравословния начин на живот и възможностите за предотвратяване на усложненията, чрез нова визия и развитие на сестринските грижи.

ЗАДАЧИ

1. Проучване на отношението на пациентите към хранителния режим.
2. Констатиране на нивото на познания относно евентуалните усложнения.
3. Установяване на нуждата от обучение.
4. Установяване на нивото на удовлетвореност от сестринските грижи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

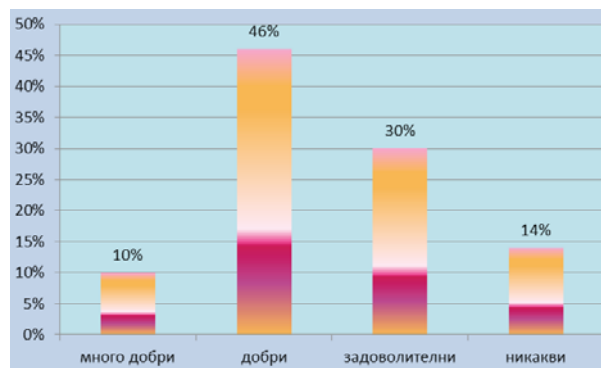
Изследването се проведе през периода декември 2017–май 2018 г. За провеждането му бе изработена анкетна карта с 20 затворени, полузатворени и отворени въпроси, групирани и насочени съобразно целта и поставените задачи. Бяха анкетирани 85 пациенти на възраст от 22 до 82 години, преминали прегледи при общопрактикуващите лекари в ДКЦ 1 и Първа частна болница в град Враца, както и в Кардиологичното отделение в МБАЛ „СИТИ КЛИНИК – Свети Георги“ ЕООД в град Монтана.

Бяха използвани социологични – наблюдение и анкетно проучване, и статистически методи за анализ на данните от проучването.

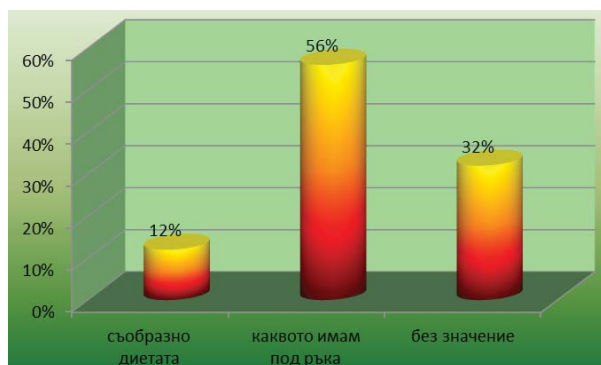
РЕЗУЛТАТИТЕ

От обхванатите в проучването общо 85 пациенти 39 са жени и 46 – мъже. Всичките са с различна здравна култура и начин на живот. Спазването на определен хранителен режим е неотменна част от живота на пациентите с хипертония. Храненето им трябва да бъде пълноценно и разнообразно, съобразено с диетата.

На въпроса от анкетата „Какви са познанията Ви относно хранителния режим?“ 10% оценяват знанията си по проблема като много добри, като добри – 46%, задоволителни – 30%. Обезпокоително е, че 14% нямат никакви познания по проблема (фиг. 1).



Фиг. 1. Разпределение на анкетиранияте (%) относно информираността им за диетата при АХ

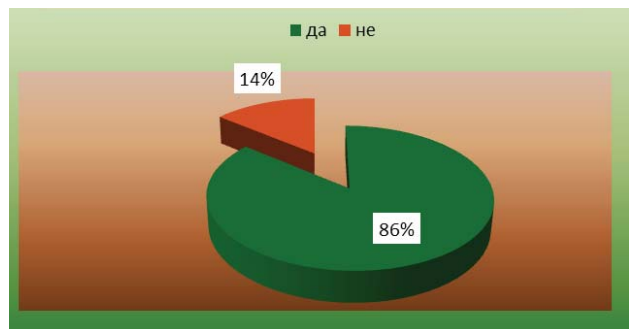


Фиг. 2. Разпределение на пациентите (%) в зависимост от начина на хранене

Само 12% от пациентите се хранят в съответствие с препоръчаната им диета. Повече от половината (56%) консумират каквото имат под ръка, а за 32% е без значение каква ще е храната им (фиг. 2). Тези резултати са тревожен сигнал, че проучваните пациенти имат недостатъчна информация за диетата при своето заболяване. При немалка част от изследваните нарушенията в хранителния режим са поради липса на средства за необходимите качествени храни или се дължат на лоши хранителни навици.

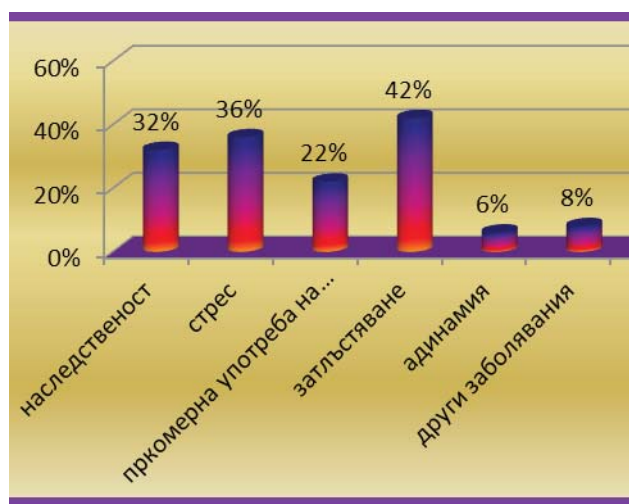
Физическата активност на пациентите е с много лоши резултати. Над 1/2 (58%) от анкетиранияте са със слаба физическа активност и едва 12% – с интензивна натовареност. Оценката за отношението на пациентите към хранителния режим и двигателната активност е показател за здравния статус на пациентите с хипертония.

Окуражаващ е фактът обаче, че 86% от анкетираниите са наясно какво представлява хипертонията и само 14% не са информирани по проблема (фиг. 3).



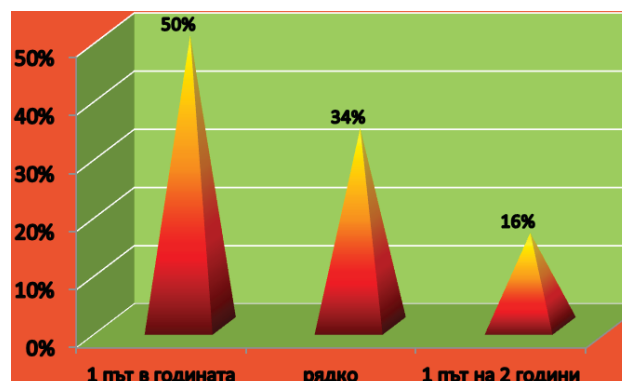
Фиг. 3. Процентно разпределение на анкетираниите относно информираността им за заболяването

Получените данни за информираността на пациентите по отношение на предразполагащите факторите, водещи до възникване на хипертония, са добри (фиг. 4). Наблюдава се обаче противоречие – пациентите са наясно с причините за тази болест и предразполагащите фактори, но въпреки това се хранят нездравословно, а физическата им активност е слаба – 58%.



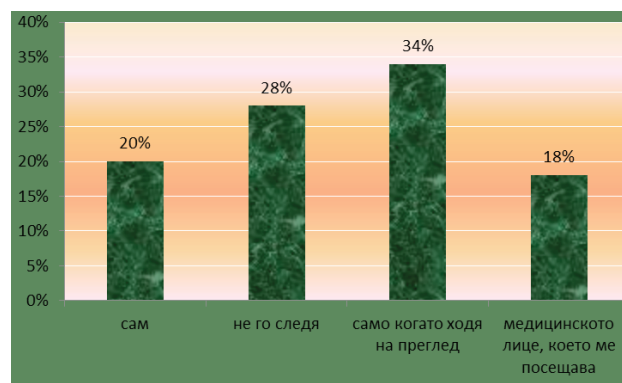
Фиг. 4. Процентно разпределение на участниците в анкетата относно информираността им за предразполагащите фактори за АХ

На въпроса „Колко често ходите на профилактичен преглед?“ половината (50%) от анкетираниите споделят, че посещават профилактичен преглед веднъж годишно. Не малък е относителният дял на посещаващите рядко личния лекар (34%), а 16% ходят на профилактични прегледи 1 път на 2 години (фиг. 5).



Фиг. 5. Разпределение на анкетираниите лица (%) в зависимост от посещенията им при ОПЛ за профилактичен преглед

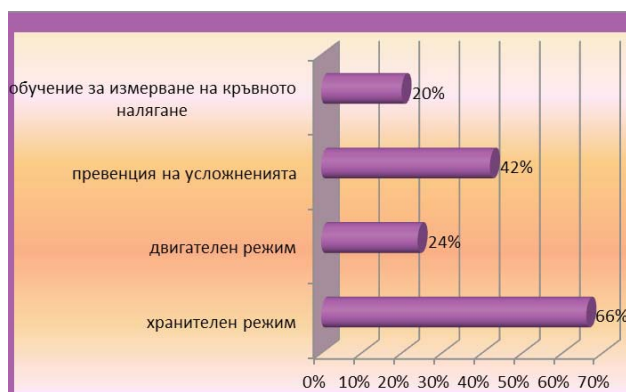
На фиг. 6 е илюстрирана степента на контрол на хипертонията от пациента. Относителният дял на непроследяващите регулярно артериалното си налягане е сравнително висок (62%), което демонстрира ниска информираност относно важността на редовното проследяване на стойностите на артериалното налягане и е предпоставка за висок риск от усложнения. Това се доказва и от високия процент на усложнения при анкетираниите. Проблемите могат да бъдат решени със съответната профилактика и повишаване на нивото на информираност [2].



Фиг. 6. Разпределение на анкетираниите (%) в зависимост от контрола на артериалното им налягане

Положителна тенденция е, че относителният дял на болните, проявяващи по-голяма заинтересованост по отношение на хранителния режим е висок (66%), 42% искат да имат повече информация за превенция на усложненията. 24% се интересуват какъв да бъде двигателния им режим и 20% проявяват желание да бъдат обучени сами да контролират артериалното си налягане. Паци-

ентите имат нужда от грижи и профилактика [1] (фиг. 7).



Фиг. 7. Разпределение на анкетираниите (%) относно нуждата им от по-голяма информираност относно здравословния начин на живот с АХ

Изводи

1. По-голямата част от анкетираниите пациенти са наясно с необходимостта от спазване на здравословен хранителен режим и увеличаване на двигателната активност. Въпреки това обаче затлъстяването е чест съпътстващ рисков фактор при тези пациенти.

2. Участващите в проучването пациенти са запознати с важността от извършване на профилактични прегледи, но все още относителният дял на посещаващите рядко личния лекар е голям.

3. Въпреки че са наясно за абнормно високите стойности на артериалното налягане и до какви усложнения водят те, делът на болните с АХ сред анкетираниите, които не следят стойностите на артериалното си налягане или го правят твърде рядко е твърде висок.

4. Хипертониците сочат като основен източник на информация за заболяването – средствата за масова комуникация (интернет) или други болни, по-рядко лекар, а най-нисък е процентът на тези, получили сведения от медицинската сестра.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Професията медицинска сестра е високо хуманна и е насочена към полагането на грижи за болния с любов и разбиране. Когато в живота на един човек се появи заболяване неговата психика е доста крехка и лесно ранима и именно тук е мястото на сестрата, която е най-близкият персонаж

до болния. Изпълняващите тази професия никога не бива да забравят същността ѝ – а именно да оказва помощ и подкрепа без да се нанася вреда. Здравето за всеки човек е най-ценното, което притежава [4].

Колкото и тежка да е работата в дадено отделение, колкото и труден да е живота в дадена държава, медицинските специалисти никога не бива да забравят хуманността и съпричастността към проблемите на пациента. Не бива да се пропусна фактът, че и ние може да сме пациенти, и в тази си роля ще очакваме някои да се погрижи за нас качествено.

Библиография

1. Белоев Й. Грижи за болния и сестринска техника. София, 2002.
2. Грозданов И. Организация на дейностите по профилактика и рехабилитация в системата на НОИ. XXVIII Международна научна конференция. Стара Загора, 2018.
3. Грозданов И. Състояние и проблеми на организацията на дейностите по профилактика и рехабилитация в системата на НОИ, XXVII Международна научна конференция. Стара Загора, 2017.
4. Грозданов И. Състояние на профилактиката и рехабилитацията в системата на НОИ. Институционно взаимодействие с кореспондиращите институции. Под печат.
5. Грозданов И. Протективната роля на физическата активност и промоция на здравето, Европейски стандарти в спортното образование. Враца, 2018.
6. Добрилова П, Младенова Й, Георгиев П, Рачова Р. Информаност на пациентите в болнични условия, Сборник доклади, Втора национална студентска сесия „Съвременни тенденции в развитието на здравните грижи“. Плевен, 27-28.03.2014, 79-83.
7. Добрилова П. Анализ на потребностите от сестрински грижи при пациенти с хронични заболявания. Сестринско дело, 2014, 6(1), 10-15.
8. Добрилова П, Георгиев П, Младенова Й. Здравна култура при пациенти със захарен диабет. Тринадесета национална научна сесия за студенти и преподаватели. Плевен, 2-3.10.2014, 286-293.
9. Добрилова П, Младенова Й, Георгиев П. Здравно-образователна програма за предотвратяване усложненията от захарен диабет в пубертетна възраст. Тринадесета национална научна сесия за студенти и преподаватели, Плевен, 2-3.10.2014, 268-276.
10. Милева Ж, Нешев Г. Ръководство по диагностика и терапия на вътрешните болести, София, APCO, 2012.
11. Тодоров В. Вътрешни болести. ВМА, Плевен, 2002.

ВЛИЯНИЕТО НА ТИНИТУСА ВЪРХУ КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ

Г. Георгиева, Н. Симеонова

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

THE IMPACT OF TINNITUS ON THE QUALITY OF LIFE

G. Georgieva, N. Simeonova

Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. Any change in a person's health, from a physiological or psychological point of view, affects the organs of hearing. Hearing impairment ranks among socially significant diseases that affect quality of life. It affects our physiological or psychological health condition. Hearing is the ability to perceive sound through the ear. The perception of sound in the ear without a source of noise from the outside is called tinnitus or "noise in the ears". Tinnitus is not a disease but a symptom and is often such an unpleasant symptom that significantly reduces the quality of life. It is described as a ringing sound, ringing in the ears, humming, or other sounds. The strength of the noise may be different, as in some people tinnitus causes serious suffering that hinders communication, concentration and sleep. The significance of the problem is often underestimated as a subjective and there is no reliable and objective test of proof in a large number of cases.

Key words: tinnitus, quality of life, symptom

Адрес за кореспонденция: Галя Георгиева, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, МУ – София, ул. "Втори юни" № 179, 3000 Враца, тел.: 0876833153, e-mail: galia.georgieva2009@mail.bg

Address for correspondence: Galia Georgieva, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev", Medical University – Sofia, 179 Vtori Yuni, Str., Bg – 3000 Vratsa, tel.: 0876833153, e-mail: galia.georgieva2009@mail.bg

Увод

Качеството на живота се определя от положителната оценка на пациентите на нивото на техните функции и активност и от удоволствието, което получават от тях. Степента на лична удовлетвореност, изпитвана от даден човек, се формира по много и разнообразни критерии от физическо, психологично и социално естество, като това е субективно усещане и по тази причина е трудно да бъде измерено.

Възприемането на звук в ухото, без да съществува източник на шум, възпроизвеждан отвън, се нарича тинитус (*tinnitus*), или „шум в ушите“. Тинитусът не е заболяване, а симптом и е абсолютно

субективен. Понякога усещането на тези звуци е временно състояние, но в много от случаите става въпрос за дългогодишен хроничен проблем, който е обезпокоителен за хората, страдащи от него. Шумовете могат да се изразяват по различен начин. Хората ги описват различно – като шум от спирачки, свистене, пицене, щракане, щурчета, бучене и др. Тинитусът причинява дискомфорт, придружен от загуба на слуха или световъртеж.

Много хора, които страдат от тинитус, изпитват странични ефекти от шума в ушите си. Това може да включва психологични, физически и социални проблеми. Някои също изпитват стрес, умора, емоционални проблеми и депресия, което може да има негативно въздействие върху ежедневието им живот.

Заболявания, включващи тинитус (tinnitus) като симптом

- УНГ болести

– Звукопроводна слухова загуба: ушна кал (церумен); инфекциозни заболявания на ухото, отосклероза.

– Звукоприемна (нервносензорна) слухова загуба: остра и хронична звукова травма; инфекция на слуховия нерв; мениерова болест; пресбиакузис; ототоксични медикаменти.

- Неврологични болести: мултиплена склероза, черепномозъчни травми; засягане на темпоромандибуларните стави.

- Метаболитни заболявания.

- Психични заболявания.

- Други.

Фактори за появата на „шум в ушите“ могат да са: силен шум – свързан с работното място, със силна музика и др.; ушна кал (церумен) в ухото; прием на определени медикаменти – ототоксични антибиотици, аспирин; травми на главата; стресови ситуации; депресивни състояния; възпалителни заболявания на ухото; сърдечно-съдови заболявания; проблеми в шийния дял на гръбначния стълб; по-рядко причина могат да бъдат по-сериозни проблеми – аневризми, повишено вътречерепно налягане, туморни образувания.

Характеристика на „шума в ушите“

- Двустранен – чува се в двете уши
- Едностранен – чува се само в едното ухо
- Постоянен
- Периодичен
- Неравномерен
- Пулсиращ – в синхрон със сърдечните удари
- Свързан със загуба на слуха или загуба на равновесието.

Диагностицирането на мястото на увреждане е труден процес. Мястото на увреждане може да бъде в средното ухо, вътрешното ухо (кохлея), слуховия нерв, слуховите ядра в мозъчния ствол, надстволовите слухови пътища, подкоровите ядра и коровите полета. Често „шумът в ушите“ може да се съпровожда от намаление на слуха. Пациентите с по-продължителен шум имат промени в слуха. При определяне на тоналността на шума с провеждане на аудиометрично изследване тя съвпада със зоната на увреждане на аудиограмата. Важни изследвания са отоневрологичните, доплер на мозъчните артериални и венозни съдове, специ-

фични кръвни тестове, ангиография. Компютърна томография или магнитнорезонансно изследване са необходими, за да се изключи вероятността от развитие на туморен процес. В някои от случаите е препоръчително и психологично консултиране, тъй като причината за шум в ушите или главата може да са заболявания като панически атаки, маниакални състояния и др.

В голям процент причината остава неизвестна. В тези случаи може да се подозира психогенен тинитус (сам по себе си шумът е субективно усещане). Особено значение има връзката между тревожност и депресивност и тежестта на шума.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

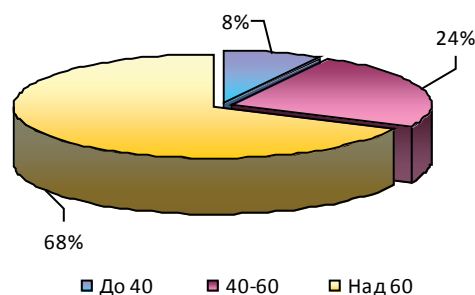
За целите на разработката са използвани статистически данни и резултати от проведено анкетно проучване с 62 лица с тинитус в слухопротезен център в град Враца за периода от месец януари 2018 г. до месец май 2018 г.

Резултатите са обработени с компютърна статистическа програма SPSS 16,0. Графиките са изработени чрез програма Excel.

Целта на разработката е да проучим рисковите фактори, влиянието на тинитуса върху качеството на живот и здравната компетентност на пациентите, живеещи със тинитус.

РЕЗУЛТАТИ

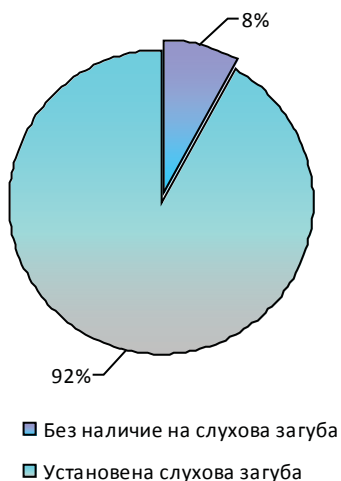
В слухопротезен център в град Враца за периода от месец януари 2018 г. до месец май 2018 г. е проведено анкетно проучване при 62 лица от посетилите центъра.



Фиг. 1. Разпределение по възраст на лица с тинитус

Възрастовото разпределение на лицата, съобщаващи за наличието на симптома, е следното: на възраст до 40 год. – 8%; 40-60 год. – 24%, и над 60 год. – 68%.

Напредналата възраст се характеризира с множествена патология в различни области, най-вече презбиакузис (възрастово намаление на слуха), откъдето следва и увеличаване броя на лицата, съобщаващи за тинитус.



Фиг. 2. Наличие на слухова загуба при лица с тинитус

От анкетираните участници 92% са с установена слухова загуба, докато 8% са без оплаквания за намален слух. Лицата без намаление на слуха, които са и предимно под 40-годишна възраст, съобщават за придружаващи заболявания от различно естество или за инциденти.

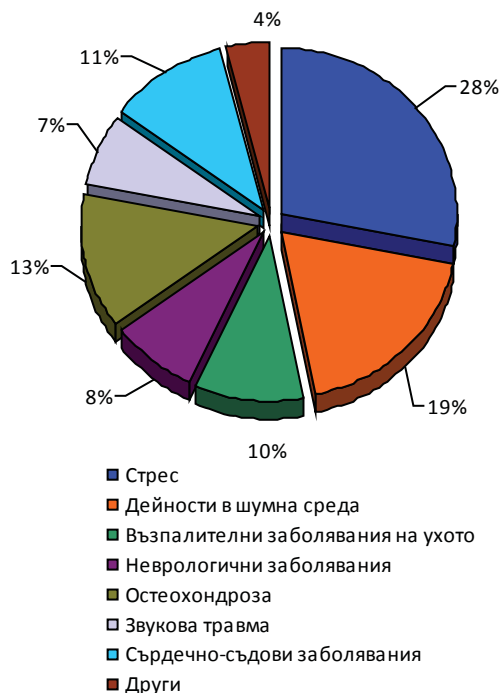


Фиг. 3. Характеристика на тинитуса

При 60% от анкетираните тинитусът е постоянен. При 19% шумът в ушите се появява периодично, докато при 13% е неравномерен.

При 8% от респондентите шумът е пулсиращ с различна тоналност. Пулсациите са в синхрон със сърдечната дейност. Каротидната артерия и югуларната вена преминават в непосредствена близост под вътрешното ухо. Съдовите стеснения също могат да предизвикат съдов шум.

Пациентите описват шума по различен начин, което е в зависимост от локализацията – като звънчета, шум на течаща вода, вятър, като пулс и др. В почти всички случаи съобщават, че се засилва при тиха среда, особено нощем.



Фиг. 4. Фактори за поява на „шум в ушите“

Стресът е подценяван проблем, но ежедневието на повечето хора в съвременното общество преминава под неговото въздействие. 28% от проучваните лица съобщават за ежедневие в хроничен стрес.

19% от лицата с тинитус посочват, че извършват дейности в шумна среда (учители, строителни работници, музиканти, полицаи, ловци и др.) 10% са с чести възпалителни заболявания на органите на слуха, 11% са с регистрирани сърдечно-съдови заболявания. 8% са с неврологични заболявания. 13% са с доказани изменения в областта на шийния отдел на гръбначния стълб. При 7% тинитусът се е появил вследствие на звукова травма – изстрел, звук в тнр 3 плър и др. За други фактори съобщават 4% от проучваните лица (паническа атака, метаболитни заболявания).

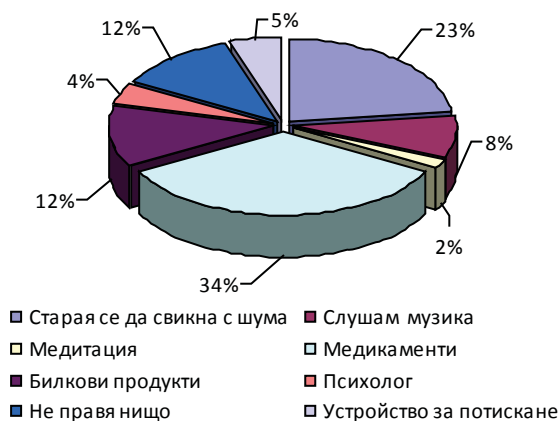
18% съобщават за проблеми със съня. Тинитусът обикновено не събужда хората, но в повечето случаи затруднява заспиването. 16% считат, че тинитусът има негативно влияние върху социалния им живот. 11% от страдащите смятат, че

шумът при тях значително влияе на способността им да се концентрират по време на някаква дейност, най-вече при дейности, които изискват повече внимание. Това затруднява изпълняването на служебните им задължения или дори ежедневието. 9% изпитват напрегнатост, а 6% споделят, че състоянието им предизвиква депресия. Според 4% тинитусът е причина за проблеми с паметта. В много редки случаи – 1%, хроничният и продължителен шум навежда на суицидни мисли.

В проучването участниците са отговорили положително на повече от един въпрос.



Фиг. 5. Затруднения в ежедневието при лицата с тинитус



Фиг. 6. Техники за справяне с проблема

В повечето случаи лицата с шум в ушите са пробвали повече от един метод за справяне с проблема. 36% приемат различни медикаменти, което е обяснимо предвид различните причини за появата на тинитуса. 24% от проучваните лица се стараят да не обръщат внимание на проблема и да свикнат с наличието му. 12% приемат различни продукти на билкова основа, 8% се справят с неприятния симптом, слушайки музика, която е звуков фон, потискащ собствения. От анкетираните лица 4% посещават психолог, за да преодолеят субективния шум. 2% използват медитативни техники за справяне с проблема. 12% смятат, че никакви действия няма да отстранят шума.

От анкетираните лица, които са и с придружаваща слухова загуба, 5% ползват електронни устройства за потискане на шума в ухото.

Изводи и препоръки

Не съществува еднократна манипулация, която да премахне шума в ушите. Когато тинитусът е част от друго заболяване, лечението на заболяването може да доведе до резултат. Лечението на тинитуса зависи от причините и може да включва медикаменти, билкови продукти, промяна в начина на живот, в хранителния режим, техники за управление на стреса. Често добър ефект има психотерапия, балнеолечение и физиотерапия.

Съществуват и средства, които смекчават симптомите. С развитието на технологиите добър ефект има използването на електронни устройства – слухов апарат с тинитус маскер – с приложение на маскиращ шумов фон. В зоната на тинитуса той произвежда звук, който да потисне шума в ухото.

Според Американското дружество „Тинитус“ има няколко начина за предотвратяване на неприятния шум в ушите:

- Предпазни мерки за защита на слуха на работното място, като използване на протектори или електронни устройства, които да намаляват шумовия фон на работното място, при участия в шумни събития, лов и др.
- Контрол на кръвното налягане.
- Намалена употреба на сол, кафе и никотин.
- Намаляване на тревожността.
- Пренасочване на мислите в друга посока, без да се концентрират в субективния шум.
- Избягване на преумората.

- Включване на звуков фон – музика, ромон и др.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здравето на всеки човек е най-ценното, което той притежава [3]. Слухът е средството, което ни осигурява добрата комуникация с околните. Предпоставка е за добро обучение, позволява ни да се насладим на всички прекрасни звуци в природата, на нещата, които ни заобикалят – детският смях, песента на птиците, красивата музика и др. Слухът е много чувствителен механизъм. Той реагира на най-незначителните изменения – както на околната среда, така и в самия организъм.

Тинитусът не е само субективният шум в ухото, той води след себе си комплекс от разнородни проблеми – емоционални, психологични, социални. Той може да бъде изключително обезпокоителен за хората, страдащи от него. Точната физиологична причина за шум в ушите е неизвестна. Значимостта на проблема често е подценявана, тъй като проблемът е субективен и няма точен и обективен метод за доказване в повече от случаите, но използването на различни методи и сред-

ства може да доведе до облекчаване на симптомите и до по-добро качество на живот.

Библиография

1. Грозданов И. Протективната роля на физическата активност и промоция на здравето. Европейски стандарти в спортното образование. Враца, 2018.
2. Добрилова П. Рехабилитационният процес – предизвикателство за съвременното сестринство. София, 2016.
3. Колев О. Отоневрология. София, Мед. и физк., 2017.
4. Миланов И, Трайков Л. Неврология. София, Мед. и физк., 2017.
5. Янков Г, Ботушаров М. Ръководство по ушни болести. София, Мед. и физк.
6. Янкова Г, Аспарухова П, Добрилова П. Проблеми на нуждаещите се от палиативни грижи и връзката им с качеството на живот. Сестринско дело, 2017, 49(2),36-41.
7. Henry JA, Myers TL, Kendall PJ et al. A triade guide for tinnitus. J Fam Pract, 2010, 59, 389-303.
8. American Speech – Language – Hearing Association. Tinnitus Triage Guidelines.
9. Velikov S, Zlatanova-Velikova R, Dobrilova P. The teachers opinion about introduction interactive methods in training of medical specialists. J Educat Instruct Studies in the world, 2018, 8(2), 8-13.

СЪВРЕМЕННИ АСПЕКТИ НА МЕДИКО-СОЦИАЛНАТА РЕХАБИЛИТАЦИЯ

П. Доброилова

Филиал "Проф. д-р Иван Митев" – Враца, Медицински университет – София

CONTEMPORARY ASPECTS OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION

P. Dobrilova

Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. The aging of the population leads to a high incidence of chronic non-infectious diseases and this causes serious medical and social problems. Primary role in these people has rehabilitation as a part of the tertiary prophylaxis, the main purpose of which is to limit complications and disability. This paper examines the complex impact of rehabilitation covering a number of aspects of impact: medical, social, physical, pedagogical, psychological, economic, etc. The medical-social aspect of impact requires the development of modern rehabilitation strategies that are adequate to the health needs of the at-risk populations.

Key words: rehabilitation, medical aspect, social aspect

Адрес за кореспонденция: Павлинка Доброилова, Филиал "Проф. д-р Иван Митев", Медицински университет – София, ул. "Втори юни" № 179, 3000 Враца

Address for correspondence: Pavlinka Dobrilova, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev", Medical University – Sofia, 179 Vtori Yuni, Str., Bg – 3000 Vratsa

През последните години се наблюдава рязко увеличаване на хроничните заболявания сред населението, обуславящи сериозни медико-социални проблеми. Това изисква прилагането на рехабилитационни мероприятия, насочени към предотвратяване на развитието на патологичните процеси с цел ранно и адекватно завръщане на болните към техните реални функции. Днешното състояние на здравната система показва недостатъчна ефективност. Нарушени са нейните вътрешни и външни баланси, като се дава предимство на лечебните пред превантивните, промотивни и рехабилитационни дейности. В цялостния възстановителен процес средствата на рехабилитацията играят основна роля. Правилният им подбор може да ускори и съкрати възстановителния период, да спомогне за правилното трудово професионално обучение или преквали-

фикация за пълното или частичното ресоциализиране на увредения индивид.

Рехабилитацията е важен и с нарастващо значение дял на съвременната медицинска практика. Предвид застаряването на населението и увеличаването на тежестта на хроничните заболявания и инвалидността е необходимо да се преосмислят специфичните здравни потребности на рисковите групи от населението и да се изградят рехабилитационни стратегии, които да осигурят правата на хронично болните и инвалидите и тяхната интеграция в социалния, политическия и икономическия живот на обществото (Попова, С., 2001).

Понятието рехабилитация започва да се споменава в началото на XX век, като досега бива дефинирано по различни начини. Според една от най-старите дефиниции рехабилитацията е про-

цес на приложение на всички медицински мероприятия, ускоряващи лечението. Тези мероприятия са преди всичко от областта на физикалната медицина и допълват специфичната терапия, която може да е лекарствена или хирургична. Тази дефиниция обаче определя само едната страна на проблема – медицинската, като напълно игнорира другата не по-малко важна страна – социалната.

Друга дефиниция разглежда рехабилитацията като възстановяване на лицата с определен недъг, ограничаващ тяхната трудоспособност, до максимално възможната физическа, психична, професионална и икономическа пълноценност, на която те са годни. Така рехабилитацията се разглежда като самостоятелна, трета фаза на медицината, започваща с наличие при болните на определен недъг.

Трета дефиниция разглежда рехабилитацията като клон на социалната медицина. Нейната главна цел е подпомагането на нетрудоспособните лица да бъдат върнати към нормален и естествен начин на живот (Костадинов, Д., Ст. Бусаров, 1982).

Според СЗО **рехабилитацията е комплексно и целенасочено използване на медицински, социални, образователни и трудови мерки, с цел да се подпомогнат болните да достигнат оптималното за тях равнище на активност.**

Рехабилитацията не се разглежда толкова като усилия за намаляване и преодоляване на болестния процес, колкото като усилия за превенция на пълната или нежеланата инвалидност, след като анатомичните и физиологичните промени в човешкия организъм са повече или по-малко стабилизирани. Затова именно рехабилитацията се отнася към третичната превенция, чиито принципи се реализират посредством намаляване на ефектите на инвалидизиране и промоция на независимостта и увереността в собствените сили и възможности на хронично болния човек.

По смисъла на приетия през 2004 г. у нас Закон за интеграция на хората с увреждания рехабилитацията е последователен и непрекъснат възстановителен процес, подпомагащ лицето с увреждане да достигне оптимално физическо, интелектуално, психично и социално равнище на дейност, като му се осигуряват възможности за промяна на живота към по-висока степен на независимост (Закон за интеграция на хората с увреждания, ДВ, бр. 81/17.09.2004).

За всички тези дефиниции на понятието „рехабилитация“ са характерни следните моменти:

1. Ранно започване на активните рехабилитационни мерки.
2. Тяхното поддържане през целия период на терапия.
3. Комплексен характер на рехабилитационните мероприятия.
4. Ресоциализация на инвалидизираните лица.

Така медицинската рехабилитация не е третата фаза на лечение, а е интегрална част от терапията, активен метод, изискващ съставянето на комплексна рехабилитация, включваща мероприятия от т.нар. активна терапия, като трудотерапия, обучение в дейности от ежедневието, професионално ориентиране и др.

От 01.01.2007 г. България е пълноправен член на Европейския съюз (ЕС). Подготовката и влизането на страната ни в ЕС беше предшествано от реформа в здравеопазването, която най-напред обхвана извънболничната, а на по-късен етап и болничната помощ.

Реформата бе съпроводена от крупни промени в социалния ни живот, породени от развитието на пазара в здравеопазването, висока инфлация и безработица, развитие на здравните технологии, високи разходи за закупуване на информационни и медицински технологии (Борисов, В., 1997).

Доброто здравеопазване се идентифицира като фактор, промоциращ по-голямо участие в пазара на труда, по-дълга работоспособност, по-висока продуктивност и по-ниски здравни и социални разходи. Основните цели са повишаване качеството на живот на хората и работна сила в добро здраве, като двете основни насоки за действие са намаляването на различията в развитието на здравната инфраструктура и превенцията на здравни рискове.

Този процес цели постигане на условия, необходими за опазване на здравето на населението, също така и за задоволяване на все нарастващите потребности на населението от висококачествени здравни услуги. Целият процес на здравни грижи от превенция до ранна диагностика, лечение и рехабилитация трябва да бъде укрепен, тъй като качествена здравна инфраструктура определя модерната и ефективна здравна система (Ангелов, А., 1998; Иванов, Л., 1992).

Именно на национално ниво правителствата на различните държави – членки на ЕС, трябва да определят здравеопазването като ключов приоритет в своите национални програми и да осигурят необходимото съфинансиране за тяхното изпълнение. Съгласно действащия в нашата страна Закон за лечебните заведения, видовете лечебни заведения за болнична помощ са:

- 1) болница за активно лечение;
- 2) болница за долекуване и продължително лечение;
- 3) болница за рехабилитация;
- 4) болница за долекуване, продължително лечение и рехабилитация.

В болницата за рехабилитация се приемат лица, нуждаещи се от физикална терапия, моторна и психична рехабилитация, балнео-, климато- и таласолечение (Закон за лечебните заведения, ДВ, бр. 70, 2004).

Подобряване здравето на населението е обявено за приоритет в програмата на правителството. Здравето на населението е основа за социалното развитие на България. Държавата и обществото несъмнено споделят отговорността за укрепване и опазване здравето на нацията, а тази отговорност произтича както от задължението им да развиват човешкия ресурс и да укрепват социалния капитал, така и от неоспоримото доказателство за взаимната зависимост между икономическия и социалния прогрес. Ето защо здравето на нацията е стратегически приоритет на държавата и обществото и здравеопазването е общодържавна и общонационална задача.

Планирането и разпределението на рехабилитационните болници се извършват чрез Национална и областни здравни карти, посредством които се осъществява националната здравна политика. Съгласно изработената Национална здравна карта на територията на нашата страна са регистрирани 24 специализирани болници за рехабилитация. От тях 13 са филиали на „Специализирани болници за рехабилитация – Национален комплекс“ ЕАД, град София – търговско дружество със 100% държавно участие и с филиали в цялата страна. Финансирането се осъществява от НЗОК, НОИ, ДЗОФ, свободен прием. „СБР – НК“ с филиалите си е в списъка на лечебните заведения за болнична помощ, с които Националната здравноосигурителна каса задължително сключва ежегодно договори по смисъла на Закона за здравното осигуряване

за предоставяне на достъпна медицинска помощ. В тези специализирани болници се прилагат физикални лечебно-профилактични и рекреативни програми от медицински специалисти за възстановяване на здравето на болния. За да се постигне пълен ефект, е необходимо комплексно прилагане на всички фактори при рехабилитацията – апаратната физикална терапия, мануалната терапия, лечебна гимнастика, термотерапия и всички природни фактори за рехабилитация (въздух, слънце, вода, пелоиди). Работещите в тях специалисти прилагат комплексно всички фактори за рехабилитация, подход, който дава много добри резултати в тази медицинска сфера.

На този фон липсата на оборудване и морално остарялата апаратура и сграден фонд са сериозна пречка за осигуряване на високо качество на услугите и лечението. Голяма част от рехабилитационните болници в страната са строени преди много години, техническото им състояние е влошено и са функционално неефективни. Модернизацията и реконструкцията на болниците не цели увеличаване на броя болнични легла, а по-скоро адаптиране на съществуващите сгради към промените в политическата, икономическата и демографската среда и по-специално осъвременяване на организацията на здравеопазването и медицината с нови методи и технологии, с което да се доближим до средните статистически показатели за ЕС.

Ограничен е и капацитетът в областта на информационните технологии в здравния сектор. Това също спъва ефективността на предлаганите здравни услуги, междуинституционалните комуникации и контрола върху дейностите.

Правилното провеждане на медико-социалната рехабилитация значително намалява разходите на държавата за здравеопазване и социални грижи. Това редуциране намира реален израз в съкращаването на срока на лечение и главно в активното трудово реадптиране на лицата с придобито намаляване на работоспособността. Редица проучвания доказват значението на ранното започване на медико-социалната рехабилитация, по-точно ранното превеждане на засегнатите лица (заболели или претърпели травми) от болничните заведения в рехабилитационните болници, което има огромно значение не само от медицинска, но главно и от икономическа и финансова гледна точка.

Медико-социалната рехабилитация е отговорен и продължителен процес. За правилното му практическо осъществяване са необходими значителни материални средства, много и различни специалисти, както и съвременни заведения, снабдени задължително с модерни разнообразни по вид средства за рехабилитация. Необходимо е също държавата на първо време да субсидира в известна степен тези медико-социални заведения. Поради това провеждането на медико-социалната рехабилитация с право поставя за разглеждане и доказване въпроси от икономическо и главно финансово естество.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Икономическите и социално хуманните ефекти са възможни само при правилно организиране и практическо осъществяване на цялостната рехабилитация, на всички нейни равнища и видове. Несвоевременното и късно започване на рехабилитацията, необоснованите прекъсвания на нейния ход, осъществяването на трудово-професионалната рехабилитация без правилно и точно отчитане и определяне на остатъчния рехабилитационен потенциал, неправилната организация на труда в работните колективи и други погрешни неща рязко понижават икономическата ефективност. Това показва огромното значение на правилната организация на медико-социалната рехабилитация и ролята на рехабилитационните болници за постигане на максимална социална пълноценност на личността в рамките на заболяването.

Библиография

1. Александрова М, Москов А. Развитие на сестринската професия в България и влиянието на европейските държави. Сестринско дело, 2001, 33(4), 20-23.
2. Ангелов А. Основи на мениджмънта. София, Тракия-М, 1998.
3. Апостолов М. Исторически, социални и етични изменения на медицината. София, 2002.
4. Апостолов М, Иванова П. История на медицината и сестринството. София, ГорексПрес, 1998, 238.
5. Борисов В. Мениджмънт на организационната промяна в здравеопазването. София, Филвест, 1997.
6. Борисов В. Здравна политика и мениджмънт (лекционен курс). София, График Консулт, 1998, 94-96.
7. Воденичаров Ц, Попова С, Мутафова М, Шипковенска Е. Социална медицина. София, ГорексПрес, 2013.
8. Джустини А. Европейско дружество по ФРМ – перспективи и цели. Физикална медицина, рехабилитация, здраве, София, 2009, 2, 18.
9. Драгър П. Мениджмънт на предизвикателствата през 21 век. София, Класика и стил, 2000.
10. Закон за здравето. ДВ, бр. 70, 2004.
11. Закон за интеграция на хората с увреждания. ДВ, бр. 81/17.09.2004.
12. Закон за лечебните заведения. ДВ, бр. 62, 1999, доп. бр. 108, 2000.
13. Златанова Т, Великова Р. Подходи за повишаване на качеството на управление в болницата, ИНГА, Двадесет и седма научно-технологична сесия. София, КОНТАКТ 2011, 24.06.2011, с. 114-120.
14. Костадинов Д, Бусаров Ст. Основи на медико-социалната рехабилитация. София, Мед. и физк., 1982.
15. Медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина. Достъпно на www.mh.government.bg.
16. Национална здравна карта на Република България. Достъпно на www.strategy.bg.
17. Попова С. Хронична болест и промоция на здравето. Обществено здраве. Ръководство за специализация на медицински сестри. София, ГорексПрес, 2001, 34-41.
18. Попова С. Формиране на умения на пациента за справяне с психосоциални проблеми. Обществено здраве. Ръководство за специализация на медицински сестри. София, ГорексПрес, 2001, 133-137.
19. Abrams R. Monitoring Quality Buid's Capacity. In: Nursing productivity: The Hospital's Key to Survival and Profit. Roxane Spitzer, S-N Publications, Inc., Chicago, 1986, 63-77.
20. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organizational support, and quality of care: cross-national findings. Int J Quality Health Care, 2002, 14, 5-13.
21. Attree M. Patients and relatives experiences and perspectives of "good" and "not so good" quality care. J Adv Nursing, 2001, 33(4), 456-466.
22. European Foundation for Quality Management, EFQM Excellence Model, Public and Voluntary Sector Version, 2003.
23. European Foundation for Quality Management (<http://www.efqm.org>).
24. Malcom Baldrige Awards, Mauk K. Rehabilitation nursing. Jones & Bartlett, Learning, 2012. (<http://www.asq.org/info/baldrige/index.html>).
25. www.nсна.org, Rehabilitation nursing.

ЗАТЛЪСТЯВАНЕТО В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ – СОЦИАЛНОЗНАЧИМ ПРОБЛЕМ

Св. Вълкова

Катедра “Здравни грижи”, Филиал “Проф. д-р Иван Митев” – Враца, Медицински университет – София

EARLY CHILDHOOD OBESITY: A SOCIALLY SIGNIFICANT PROBLEM

Sv. Valkova

Department of Health Care, Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. Childhood obesity has reached epidemic levels in both developed and developing countries. The number of overweight or obese babies and young children (aged 0-5 years) has increased from 32 million in 1990 to 41 million in 2016. The childhood obesity has a direct and long-term impact on physical, social and emotional health. Overweight children are very likely to remain obese in their mature ages, and have a greater predisposition to developing non-communicable diseases such as diabetes and cardiovascular disease. The main cause of obesity is not fully understood; it is believed to be due to the complexity of multiple factors. Environmental factors, lifestyle preferences and the cultural environment play a central role in the growing prevalence of global obesity. It is generally assumed that overweight and obesity are the result of an increase in calories and fat intake. On the other hand, there is supportive evidence that excessive intake of non-alcoholic beverages, increased portion size and a steady decline in physical activity play an important role in rising obesity levels around the world. Childhood obesity can seriously affect the physical health of children, social and emotional well-being and self-esteem. It is also associated with poor academic performance and lower quality of life for the child. Many concomitant diseases such as metabolic, cardiovascular, orthopedic, neurologic, liver, lung and kidney diseases also occur in relation to childhood obesity.

Key words: childhood obesity, epidemic, poor lifestyle, non-communicable diseases.

Адрес за кореспонденция: Светлана Вълкова Ценова, Катедра “Здравни грижи”, Филиал “Проф. д-р Иван Митев”, Медицински университет – София, ул. “Втори юни” № 179, 3000 Враца, тел.: 0878650372, e-mail: svetlana_v_c@abv.bg

Address for correspondence: Svetlana Valkova, Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“ – Vratsa, Medical University – Sofia, 179, Vtori Yuni Str., Bg – 3000 Vratsa, e-mail svetlana_v_c@abv.bg

Увод

Светът е подложен на бърз епидемиологичен и хранителен преход, характеризиращ се с персистиращи хранителни недостатъци. Детското затлъстяване е едно от най-сериозните предизвикателства за общественото здраве на XXI век.

Проблемът е глобален и постоянно се отразява на много страни с ниски и средни доходи, особено в градските райони. Според СЗО в края

на 2010 г. около 43 млн. деца под 5-годишна възраст са с наднормено тегло. В Европа те са над 22 млн. и около 5 млн. страдат от затлъстяване. България е сред първите 6 места в Европа. Според проучване на Националния център по опазване на общественото здраве (НЦООЗ) от 2008 г. в България децата с наднормено тегло са 200 000, от тях 65 000 са със затлъстяване.

Затлъстяването се определя като излишък на телесна мазнина. Индексът на телесна маса (ИТМ)

е широко използван скринингов метод за измерване на затлъстяването. ИТМ е теглото на човека в килограми, разделено на площта на височината на човек в метри. Учените са установили, че ИТМ кореспондира с директните измервания на телесната мастна тъкан. Измерването на височина и тегло е по-лесен и по-евтин метод за оценка на теглото в сравнение с другите познати методи.

Методът се използва и за измерване при деца и младежи на възраст от 2 до 20 години.

Основната причина за затлъстяването не е напълно изяснена. Счита се, че се дължи на комплексното действие на множество фактори.

Причини за затлъстяването са:

- *Дисбаланс при приемането на енергия и разходите* – консумирането на повече енергия от храни и напитки, отколкото тялото използва за здравословно функциониране, растеж и физическа активност, може да доведе до допълнително увеличаване на теглото с течение на времето.

- *Генетично предразположение* – съществуват все повече данни, показващи, че генетичният произход на индивида е важен при определянето на риска от затлъстяване. При липса на затлъстяване в семейството, вероятността детето да заболее е под 8%, при затлъстяване на един от родителите – честотата на заболяването при децата достига 40%, а при двама затлъстели родители – повече от 80%. При затлъстяване на майката по-голям риск от затлъстяване има за дъщерята, отколкото за сина.

- *Прехранване* – размерите на порциите са се увеличили драстично през последното десетилетие. Консумирането на големи порции храна, в допълнение към честите закуски с висококалорични храни, допринася за прекомерния калоричен прием. Този енергиен дисбаланс може да доведе до наддаване на тегло и следователно до затлъстяване.

- *Намалена физическа активност* – един от факторите, които най-много се свързва със затлъстяването, е заседналият начин на живот. Всеки допълнителен час пред телевизора на ден увеличава разпространението на затлъстяването с 2%.

- *Увреждане на ЦНС*

- *Ендокринни нарушения*

- *Стрес*

- *Социално-културни фактори* – използването на храна като награда, като за средство за контрол на другите и като част от общуването

- *Семейни фактори* (видове храна, хранителни навици и количество на храната, която се приема)

- *Психологически фактори* – депресии и тревожност, понижено самочувствие, недоволство към тялото, емоционални проблеми

Всички тези фактори водят до развитие на затлъстяване главно чрез нарушен енергиен баланс. Той се изразява в увеличен прием на висококалорични храни и нисък разход на енергия.

Форми на затлъстяването

Затлъстяването е хронично и патологично състояние, което се характеризира с прекомерно натрупване на мастна тъкан в организма, дължащо се на увеличение на размерите и/или броя на мастните клетки. Очертават се два типа затлъстяване – хиперпластичен и хипертрофичен.

Хиперпластичният тип затлъстяване се характеризира с увеличаване на броя мастни клетки (адипоцити), които обаче запазват размера си. Клинично този тип затлъстяване е с ранно начало (преди 18-годишна възраст) и протича като по-тежка форма. Често се среща сред индивидите с фамилна обремененост за затлъстяване и трудно се поддава на лечение поради факта, че броят на адипоцитите не може да се редуцира, дори и след отслабване. Те продължават съответно да служат, като стимул за повишен апетит с поддържане на положителен енергиен баланс. По този начин се достига до увеличаване и на обема на мастни клетки. Така от хиперпластичен затлъстяването преминава в смесен тип. Влияние върху хиперпластичния тип затлъстяване могат да окажат генетични и екзогенни (външни) фактори. Например увеличеният брой мастни клетки може да се унаследи. Освен това може да е следствие от прием на големи количества храна през последните няколко месеца от бременността, което води до хиперплазия на мастните клетки при плода.

В ранно детство затлъстяването е предимно от хиперпластичен тип, дължи се най-вече на увеличен брой мастни клетки и трудно се поддава на лечение. Именно в тази възраст се формира броят мастни клетки на организма и се запазва за цял живот. След това те само увеличават или намаляват обема си.

Хипертрофичният тип затлъстяване е за сметка на увеличаване размера на адипоцитите вследствие на повишено отлагане на масти в тях под

формата на мастни капки. Обикновено той е с начална изява при възрастните. Протича като по-лека или средно тежка форма на затлъстяване. Зависи повече от външни фактори, най-често повишен калориен внос вследствие на прехранване.

При смесения тип затлъстяване е налице комбинация от хиперпластичен и хипертрофичен тип (т.е. от увеличен брой и обем на адипоцитите).

Според клиничните критерии се определят следните видове затлъстяване:

Андройдно затлъстяване, наричано още мъжки тип затлъстяване, централно затлъстяване или затлъстяване тип “ябълка”. Характеризира се с натрупване на прекомерно количество мастна тъкан в горната половина, над ханша, предимно в подкожието на коремната стена и в мезентериума. Отлагане на мастна тъкан може да има и по горната част на гърдите, раменете и врата. Характеризира се с индекс на съотношение талия / ханш над 0,85 при жените и над 0,95 при мъжете.

Гиноидно затлъстяване, известно още като женски тип затлъстяване или затлъстяване тип “круша”. Характеризира се с отлагане на мазнини най-вече в долната половина на тялото. При него съотношението талия/ханш е под 0,85 при жените и под 0,95 при мъжете.

Смесеният тип затлъстяване е комбинация от характеристиките на андройдния и гиноидния тип.

Затлъстяването се дели на две форми според клиничната изява: *първично* – среща се при около 95% от подрастващите и е свързано с повишен прием на енергия, и *вторично* – явява се като симптом на друго заболяване.

За децата със затлъстяване са характерни: повишен апетит; повишена жажда (полидипсия); лесна уморяемост; понижена физическа активност; невротични прояви; хъркане по време на сън (сънна апнея); по-ниска успеваемост в училище.

Според степента на изява на заболяването то бива:

- I степен – телесното тегло надвишава 15-30%
- II степен – телесното тегло надвишава 30-50%
- III степен – телесното тегло надвишава 50-100%
- IV степен – телесното тегло надвишава 100%.

Последици от детското затлъстяване.

Детското затлъстяване може сериозно да увреди физическото здраве на засегнатите, а също

така и социалното и емоционалното им благосъстояние и самоуважение.

- Медицинските последици могат да бъдат: чернодробна стеатоза; сънна апнея; диабет тип 2; астма; сърдечно-съдови заболявания; холелитиаза; менструални аномалии; ортопедични проблеми.

- Социално-емоционални последици:

- Дискриминация – често са изключвани от физически отборни дейности, тъй като са по-бавни от своите връстници и се изморяват по-бързо.

- Социални последици – децата с наднормено тегло имат склонност да се предпазват от негативни коментари и нагласи и се оттеглят на безопасни места (в дома). Освен това тези деца имат по-малко приятели, което води до по-малко социално взаимодействие и често се заседяват пред компютъра.

- Академични последици – изследванията показват, че децата с наднормено тегло и затлъстяване са склонни към проблеми в училище, поради хроничните заболявания, които налагат често отсъствие от учебните занятия.

Целта на изследването е да се проучи необходимостта от повишаване на здравната култура и информираността на родителите и децата относно социалнозначимия проблем затлъстяване.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

За целите на разработката са използвани данни и резултати от личните амбулаторни картони на ученици от I клас в училище „Свети Софроний Врачански“ в град Враца и е проведено интервю сред 54 родители на деца от първи клас в същото училище през септември 2018 година.

Резултатите са обработени с компютърна статистическа програма SPSS 16,0. Графиките са изработени чрез програма EXCEL.

РЕЗУЛТАТИ

В училище „Свети Софроний Врачански“ – Враца, през 2018 г. в първи клас са приети 94 деца. През септември 2018 г. сред 54 ученици и родители на обхванатите в изследването деца бе проведено интервю. За целите на проучването са използвани данни и резултати от личните амбулаторни картони на децата.

Общият брой първокласници в училището е 94 души, като включените в проучването за проблема затлъстяване са 67%, или 54 деца.



Фиг. 1. Общ брой деца в първи клас



Фиг. 2. Процентно съотношение на проучените деца относно телесното тегло

При 2/3 от изследваните (81%) не е регистрирано наднормено тегло, докато 19% са с отклонение в измереното тегло. Допълнително е изчислен и ИТМ при проучената кохорта.



Фиг. 3. Дейности в свободното време

В проведеното интервю сред децата и родителите относно дейностите в свободното време се наблюдава следната тенденция – над половината (64%) спортуват активно или посещават

курсове по народни танци, спортна гимнастика и плуване. Това разкрива, че голяма част от родителите разбират важноста на активния двигателен режим за предотвратяване на затлъстяването. В 25% от случаите децата извършват някаква двигателна активност само в свободното време на родителите. Един от факторите, които най-много се свързва със затлъстяването, е заседналият начин на живот. В 11% свободното време се запълва от престой с телефона, пред компютъра и телевизора.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ПРЕПОРЪКИ

Затлъстяването в детската възраст се лекува трудно. Успехите са незадоволителни и резултатите са нетрайни. Само 25% достигат до дълготрайна редуция на тегло. За да се справим по-успешно с този социалнозначим проблем могат да се направят следните препоръки:

- Ранна диагноза и терапия на затлъстяването.
- Усъвършенстване на превенцията и здравната помощ при някои съпътстващи затлъстяването социалнозначими заболявания (сърдечно-съдови заболявания, хипертония, диабет, остеопороза, неопластични заболявания и др.).
- Да се засили ролята на медицинските специалисти при разработване на диагностично-лечебни методики и даване на профилактични съвети за здравословно хранене, целесъобразна почивка, двигателна активност и комуникация със семейството.

Предпочитанията към храни се формират през първите години от живота. Препоръки към родителите и профилактика:

- Родителите да преценяват какви храни и напитки купуват.
- Да не настояват детето да изяде всичко в чинията.
- Да предлагат повече плодове и зеленчуци.
- Да се избягват заведения за бързо хранене.
- Да се избягват захарни и подсладени храни и напитки, както и чипс, бонбони и др.
- Родителите трябва да са модел на подражание, самите те да се хранят здравословно.
- Родителите заедно с детето да приготвят балансирана храна.
- Детето да се движи, да играе на открито, да кара колело, да плува.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Консумирането на повече високоенергийни храни и напитки, отколкото тялото използва за здравословно функциониране, растеж и физическа активност, може да доведе до допълнително увеличаване на теглото с течение на времето

Ако всички ние обърнем повече внимание на причините за детското затлъстяване, този нарастващ проблем със сигурност може да се забави.

Комбинирането на диета и физическа активност, провеждани вкъщи и в училище, могат да доведат до много добър ефект при децата с наднормено тегло – по този начин детето ще се замисли за избора на храна извън дома и ще бъде по-активно при вземането на решения за здравословно поведение.

Правителствените и социалните политики също биха могли да насърчават здравословното поведение при подрастващите.

Библиография

1. Бобев Д, Генов Е. Педиатрия, София, АРСО, 2000.
2. Мумджиев Н. Детски болести учебник медицински колежи. София, Ciela, 2000.
3. Мумджиев Н. Педиатрия. София, АРСО, 2006.
4. Flegal KM, Wei R, Ogden C. Тегло за ръст в сравнение с диаграмите за растеж на индекса на телесна маса за възрасти за САЩ от Центровете за контрол и превенция на заболяванията.
5. Gupta RK. Хранене и заболявания на начина на живот. В: Bhalwar RJ, редактор. 2009.
6. Himes JH, Dietz WH. Насоки за наднорменото тегло в профилактичните услуги за подрастващите. Препоръки от експертен комитет.

ИНФОРМИРАНост НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА”, ОТНОСНО ЗАБОЛЯВАНЕТО ДОБРОКАЧЕСТВЕНА ПРОСТАТНА ХИПЕРПЛАЗИЯ

М. Борисова, М Лаловска

Филиал „Проф. д-р Ив. Митев” – Враца, Медицински университет – София

THE AWARENESS OF THE NURSING STUDENTS ON BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

M. Borisova, M. Lalovska

Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. In the context of the current demographic crisis, studying diseases of the genitourinary system is quite timely. In the structure of urological diseases, a significant share of all pathologies is attributable to male genital organs. A major proportion of all prostate gland diseases is presented by benign prostatic hyperplasia and inflammatory diseases, chronic prostatitis. Objective: To investigate the awareness of students of the nursing specialty, on benign prostatic hyperplasia. Materials and Methods: A study was carried out among 180 students from the "Prof. Ivan Mitev" Branch – Vratsa at the Medical University – Sofia and PHO at the Medical University in Sofia. Sociological and statistical methods have been used. The data are processed statistically through SPSS v.19. Conclusions: The lack of knowledge and the acquisition of such knowledge in the course of practice itself proves the social importance and attitude of medical professionals to the disease benign prostatic hyperplasia.

Key words: benign prostatic hyperplasia, disease, awareness, students, nurses

Адрес за кореспонденция: Мариела Борисова, Филиал „Проф. д-р Ив. Митев”, МУ – София, 3000 Враца, ул. "Втори юни" № 179, GSM: 0879448292

Address for correspondence: Mariela Borisova, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev", Medical University – Sofia, 179, Vtori Yuni Str., Bg – 3000 Vratsa., GSM: +359 879 44 82 92

ВЪВЕДЕНИЕ

В условията на съвременната демографска криза изучаването на болестите на пикочо-половата система са доста актуални. В структурата на урологичните заболявания значителен дял от всички патологии се падат на болести на мъжките полови органи. Основен дял при всички заболявания на простатната жлеза представлява доброкачествената хиперплазия на простатата и възпалителните заболявания в нея – хроничния простатит.

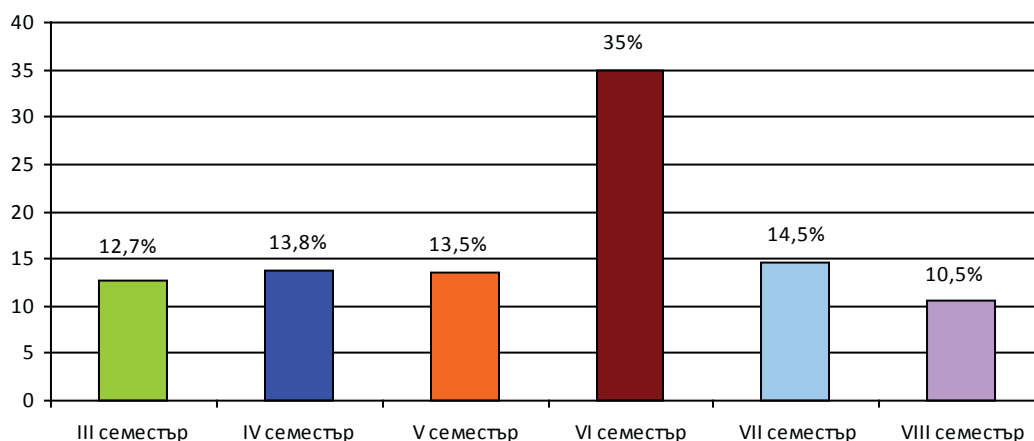
Доброкачествената простатна хиперплазия (ДПХ) е едно от най-често срещаните заболявания при мъже във възрастова група 40-80 години.

По статистически проучвания на редица автори състоянието се диагностицира при около 25% от мъжете на възраст над 40 години, при 50% от мъжете над 50-годишна възраст, до 80% – над 60 години, и при мъжете над 80 години засяга над 90%.

ДПХ е четвъртото по честота диагностицирано състояние при мъжете над 50 години. Честотата на ДПХ се увеличава със застаряване на населението.

Цел

Да се изследва информираността на студентите от специалност „Медицинска сестра” относно заболяването доброкачествената простатна хиперплазия.



Фиг. 1. Разпределение на участниците според семестъра на обучение

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проведено е проучване сред 180 студенти от Филиал „Проф.д-р Иван Митев“ – Враца, и от Факултет по обществено здраве (ФОЗ) към Медицинския университет – София.

Използвани са социологически и статистически методи. Данните са обработени статистически чрез SPSS v.19.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

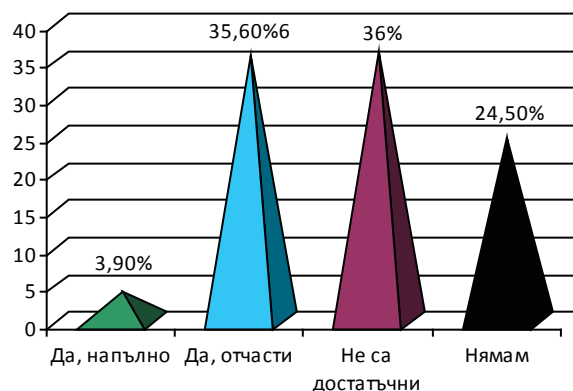
Основният масив студенти са във възрастовата група 21-24 години, като средната възраст е 29,11 години. Във възрастовата структура на изследваните три курса на обучение (втори, трети и четвърти) не се установяват статистически различия ($p > 0,05$).

Констатира се, че най-висок е дялът на студентите от III курс – шести семестър – 35%, IV курс седми семестър на обучение – 14,50%, II курс – четвърти семестър – 13,80%, следват пети семестър – 13,50%, IV курс седми семестър – 14,50%, II курс трети семестър – 12,70%, и осми семестър – 10,50% (фиг. 1.)

Учебна практика в урологично отделение са преминали 30,60%, не са провеждали такава практика – 41,60%. Равен дял се наблюдава при отговорилите „еднократно“ и „няколко дни“ – 13,90%, което води до извода, че е необходимо на студентите да се предложи свободно избираема дисциплина, за която при проявено желание да се запишат.

Анализът на данните относно степента на познания на обучаваните за сестринските грижи (СГ) при пациентите с ДПХ показва, че според

преобладаваща част от студентите знанията им по въпроса са „недостатъчни“ – 36%, „нямат познания“ – 24,50%. Едва 3,9% споделят, че имат пълни познания по проблема, а 35% са запознати само „отчасти“.



Фиг. 2. Самооценка на познанията относно сестринските грижи (СГ) при пациенти с ДПХ

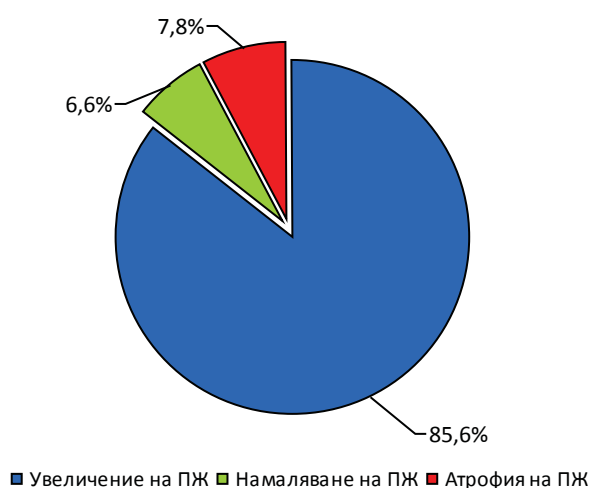
Таблица 1. Източници на знания

Отговори	Абсолютна честота	Относителна честота в %
Лекции	36	26.6
Учебно-практическа дейност	35	25.7
Клинична практика	43	31.6
Научни форуми, семинари	13	9.5
Друго	9	6.6
Общо	136	100

Студентите, отговорили положително на въпроса относно степента на познанията в областта

на сестринските грижи при пациенти с ДПХ, са посочили като източници на знанията си с най-голям дял получените от клиничната практика – 31,6%. Незначително по-нисък е относителният дял на лекциите (26,6%) и на учебно-практическата дейност (25,7%). От научни форуми и семинари са се образовали по проблема 9,5% и от други източници – 6,6%.

Интересно е, че 85,60% от анкетиранияте от нас студенти посочват ДПХ, като заболяване, свързано с увеличение на простатната жлеза, 7,80% го определят като атрофия на простатната жлеза (ПЖ) и 6,60% – като намаляване на ПЖ, което показва, че студентите имат познания за "доброкачествената простатна хиперплазия" като заболяване, но все още познанията им за тежестта на заболяването са недостатъчни.



Фиг. 3. Същност на заболяването ДПХ

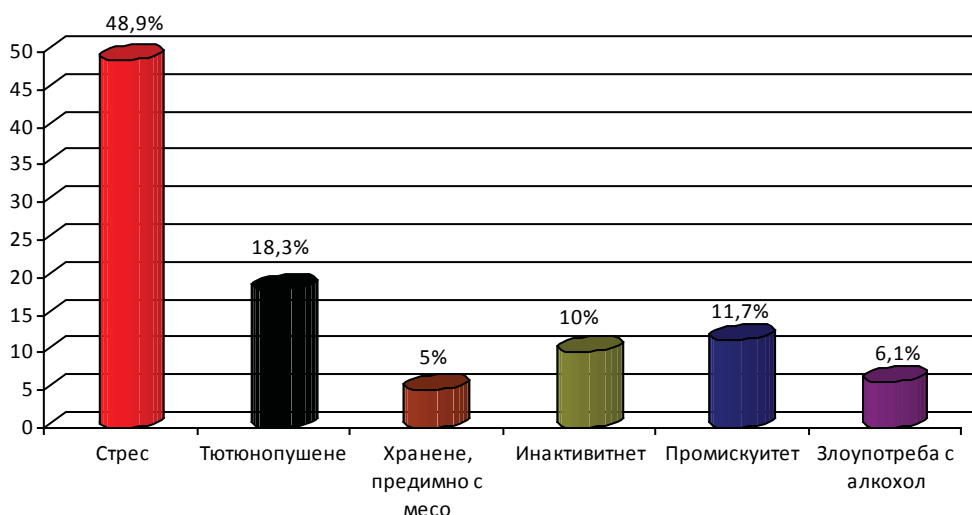
Като най-съществен рисков фактор, водещ до развитието на доброкачествена хиперплазия, студентите определят стреса (48,9%), следван от тютюнопушене (18,30%), храненето предимно с месо (5%), инактивитет (10%), промискуитет (11,70%) и злоупотреба с алкохол (6,10%).

Изводът, който се налага от анализа на тези данни е, че знанията, получени по време на базовото обучение, са недостатъчни. Това би могло да се реши, като се предостави възможност студентите да се дообразоват по тази дисциплина в свободно избираема дисциплина, което е особено необходимо при студентите от Филиал „Проф. д-р Ив. Митев” – Враца, при МУ – София.

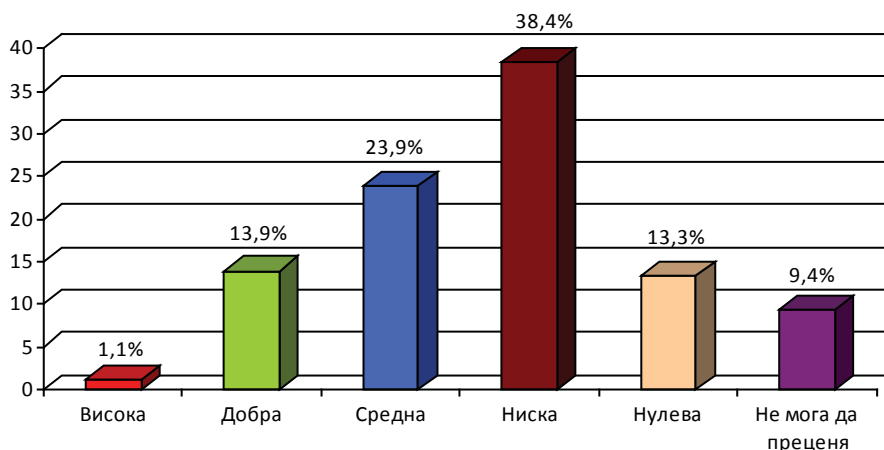
Тревожен е фактът, че доста висок е относителният дял на студентите, отговорили, че са слабо обучени (38,40%), че имат нулеви познания по темата (13,30%), неможещите да преценят до каква степен имат знания за урологични манипулации (9,40%). Едва 1,1% смятат, че са обучени във висока степен, добра – 13,90%, и средна – 23,90%.

Тези резултати демонстрират, че студентите в по-горните курсове са преминали обучение в Урологично отделение на МБАЛ „Враца“ и във ФОЗ – София. Тези от по-долните курсове не са, тъй като Урологичното отделение при МБАЛ „Хр. Ботев” – Враца, е било затворено.

От студентите 66% не се чувстват подготвени да полагат грижи за урологично болни, 22% са обучени в „известна степен”, 4% „не могат да преценят”, 7% дават отговор „Да” и само 1% са дали отговор „Категорично да”, което доказва необходимостта от допълнителна квалификация



Фиг. 4. Рискови фактори за развитието на ДПХ според анкетиранияте



Фиг. 5. Степен на обученост в урологични манипулации



Фиг. 6. Степен на обученост, относно СГ при урологично болни

(специализация) на медицински специалисти за работа с пациенти с урологични заболявания.

Като се има предвид, че в учебните програми по време на базовото обучение часовете по тази дисциплина са ограничени, стигаме до заключение, че е необходимо допълнително обучение под формата на свободно избираема дисциплина.

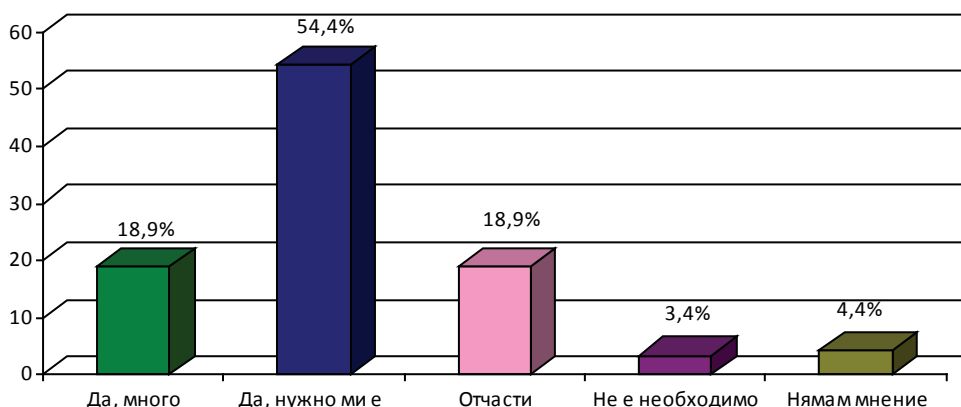
От получените данни става ясно, че повечето студенти биха желали да получат допълнително обучение за грижите при пациенти с урологични заболявания. При 54,40% отговорът е „да – нужно ми е“, 18,90% са отговорили с „да – много“, „отчасти“ е необходимо според 18,90%, а „нямат мнение“ – 4,40%, и „не е необходимо“ – според 3,40% от респондентите.

Този резултат показва, че в посочените дисциплини частично се изучават и придобиват знания за полагането на здравни грижи при урологично болни. Това се дължи и на факта, че съгласно Единните държавни изисквания (ЕДИ) хорариумът по отделните дисциплини е регламентиран и не е възможно в рамките на базовото обучение да се обхванат всички специфични грижи за всяка отделна клинична единица.

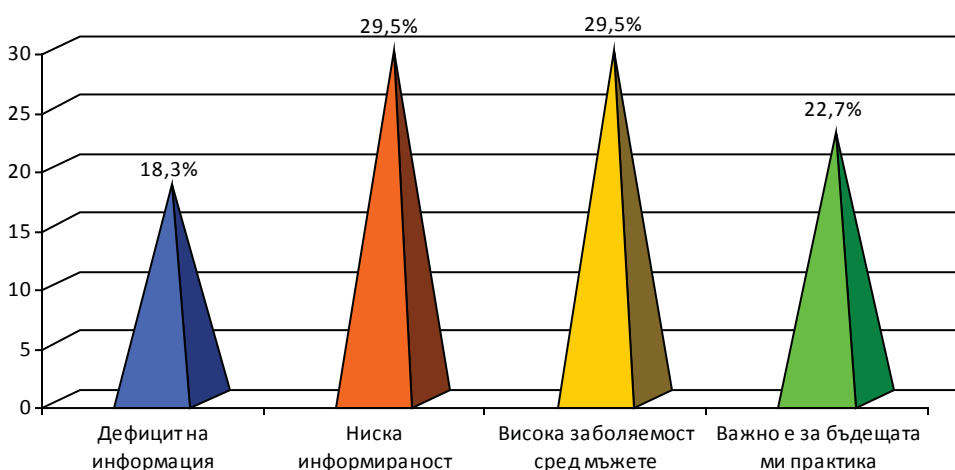
Таблица 2. Предпочитани форми на обучение

Отговори	Абсолютна честота	Относителна честота в %
Лекционен курс	15	9.0
Учебно-практическите занятия	69	41.7
Клинична практика в урологично отделение	58	34.9
Факултативни занятия	12	7.2
Семинари	8	4.8
друго	4	2.4
общо	166	100

От резултатите, отразени в табл. 2, се вижда, че 92,2% от анкетираните студенти, желаещи да се обучат допълнително в "Сестрински грижи при болни с урологични заболявания", са посочили като най-желана форма „учебно-практическите занятия“ – 41,7%. Клинична практика в урологично отделение желаят 34,9%, „лекционни курсове“ – 9%, „факултативни занятия“ – 7,2%, „семинари“ – 4,8%, и „друго“ – 2,4%.



Фиг. 7. Желание за допълнително обучение относно грижите за пациенти с урологични заболявания



Фиг. 8. Причини за желание от допълнително обучение

От тези резултати можем да направим извода, че интересът към урологичните заболявания стои на вниманието на студентите. Като се има предвид социалната значимост на заболяването, считаме, че е необходимо да предложим специализирана програма за обучение.

Зададохме въпроса: „Кое според Вас налага допълнителното обучение?“ и получихме следните отговори: с равен дял съответно по 29,50% са „ниската информираност за заболяването“ и „високата заболяемост сред мъжете“. Според 22,70% това е „важно е за бъдещата им практика“ и 18,30% смятат, че имат дефицит на информация.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Информираността на студентите показва, че методологичните и практическите насоки на организацията и управлението са правилни и адекватни. Този благоприятен факт дава възможност

за изграждане на необходимите професионални знания, умения и компетенции, гарант за успешна професионална реализация и перспектива за кариера

Дефицитът от знания и получаването на таква в хода на самата практика доказва социалната значимост и отношението на медицинските специалисти към заболяването доброкачествена простатна хиперплазия.

Библиография

1. Василевски Н, Вуков М. Носителство на фактори на риска за здравето сред изследваните мъже в зоните на програмата за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести (СИНДИ). Социална медицина, 2003, (4), 15-19.
2. Воденичаров Ц, Глутникова Зл, Гатева Л. Иновации в медицинското образование. София, Акваграфикс, 1997, 176.

3. Герасименко НФ. К вопросу об оптимизации структуры здравоохранения и организации медицинской помощи на межрегиональном уровне (Н. Ф. Герасименко, Б. П. Маштаков, В. М. Чернышев) Здравоохранение Сибири: вестник. 1998, (3), 5-8.
4. Добрилова П, Джиганска Ц. Дистанционното обучение в здравните условия на съвремето – проблеми и перспективи, Тринадесета международна научна конференция „Съвременното дистанционно обучение: тенденции, политики и добри практики“, 17-18 юни 2016, Ботевград, МВБУ, 274-279.
5. Младенова С. Здравно образование, София, Артик 2001, 2009.
6. Маринова П. Направления в кариерата на медицинските сестри, Социална медицина, 1999, 4.
7. Стефанова К, Добрилова П, Борисова М. Комуникативните умения на медицинската сестра – фактор за обществена удовлетвореност от дейността на първичната медицинска помощ. Science & Technologies, Стара Загора, Medical biology studies, clinical studies, social medicine and health care, 2017, 7(1): 143-146.
8. Стефанова К, Добрилова П. Медико-психологически профил на сестринската професия, Сестринско дело, 2016, 48(3), 27-29.
9. Blaney D, Hobson C, McHenry J. Improving the cost effectiveness of nursing practice in a hospital setting. J Contin Educ Nura, 1988, 19.
10. Dufuor O. Diagnostic et clinique infirmiere pour la qualite des soins. In: Actes des journee d'etude. Luxembourg, 1998, 64. Djavan B. Lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia: fast control of the patient's quality of life : Rev. // Urology. - 2003. - Vol.62, № 3, Suppl.I.- P.6-14.
11. Dobrilova P, Yankova G, Stefanova K. Nursing and health policy. Science and world, International scientific journal, 2017, 2(51), 43-46.

МОТИВИРАНост И НАГЛАСА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА ЗА ПОВИШАВАНЕ ЕФЕКТИВНОСТТА НА ПРОМОТИВНИТЕ И ПРОФИЛАКТИЧНИ ДЕЙНОСТИ В ПЪРВИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

К. Стефанова, П. Добрилова

Катедра “Здравни грижи“, Филиал “Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, Медицински университет – София

MOTIVATION AND ATTITUDE OF THE NURSE TO INCREASE THE EFFECTIVENESS OF THE PROMOTIONAL ACTIVITIES IN THE PRIMARY MEDICAL CARE

K. Stefanova, P. Dobrilova

Department of Health Care, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. Primary medical care is a priority in the national health system in Bulgaria, which determines the great responsibility of the workers in the sector – mostly nurses. They, together with the provision of health services and care, must also improve the health culture of society. The high morbidity and mortality rates in Bulgaria show that the health problems of the nation stem mainly from unhealthy lifestyle as well as from inadequate health promotion.

Key words: nursing, motivation, promotional and prophylactic activities

Адрес за кореспонденция: Калина Стефанова, Катедра “Здравни грижи“, Филиал “Проф. д-р Иван Митев“, Медицински университет – София, ул. “Втори юни” № 179, 3000 Враца

Address for correspondence: Kalina Stefanova, Department of Health Care, Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev”, Medical University – Sofia, 179, Vtori Yuni Str., Bg – 3000 Vratsa

Основно място в първичната медицинска помощ (ПМП) заемат общопрактикуващият лекар и медицинската сестра. Ключовата роля на медицинската сестра произтича от компетенциите, развити въз основа на потребностите на пациентите от извънболнични здравни грижи. В ПМП се включват различни видове сестрински функции – здравно-промотивни, профилактични и други, които са релевантни на съдържанието на общата медицина и съответстват на здравните потребности на хората.

Познаването и изследването на промотивните и профилактичните сестрински функции е предпоставка и гарант за навременна, компетентна и прицелна намеса за подобряване на промоцията на здравето и профилактиката на болестите. За

да бъдат тези функции правилно анализирани, следва да се обърне специално внимание на фигурата на медицинската сестра и с оглед на нейната значимост, да се изследват личната оценка на дейностите и мотивираността в работата.

Целта на настоящото проучване е да се определят мотивираността и нагласите на медицинските сестри за провеждане на качествени промотивни и профилактични дейности в ПМП.

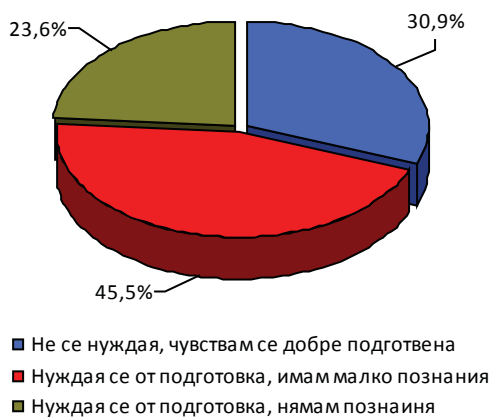
МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Направено е анкетно проучване сред 110 медицински сестри, работещи в ПМП на територията на област Враца. Анкетата е проведена през периода април-май 2018 година.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Получените от проучването резултати подчертават информираността и нагласите на медицинската сестра при провеждането на промотивни и профилактични дейности в ПМП.

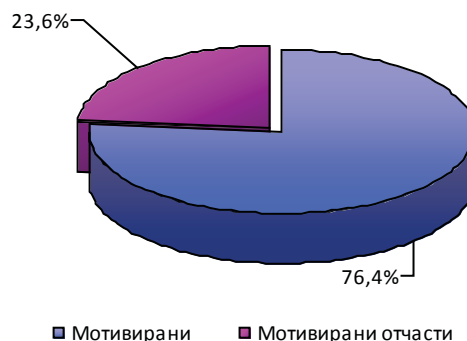
От проведеното проучване сред споменатия брой медицински сестри се установява, че 30.9% се чувстват добре подготвени за осъществяване на задачите по промоция на здравето и профилактика на болестите. Най-голяма част от респондентите твърдят, че имат малко специфични познания в областта и се нуждаят от подготовка. Може да се направи изводът, че при тях е налице мотивация да получат подготовка, отнасяща се конкретно до дейностите по промоция и профилактика. Значителен е и делът на анкетираниите медицински сестри (23.6%), които споделят, че нямат познания и се нуждаят от допълнителна подготовка. Последното като факт отчита сравнително ниската специализация на медицинските сестри, която е необходимо да бъде насърчавана и развивана в духа на стремежа за постигане на добрата медицинска практика. Резултатите са онагледени на фиг. 1.



Фиг. 1. Процентно разпределение относно нивото на подготовка и специфични знания при медицинските сестри за промотивните и профилактичните дейности

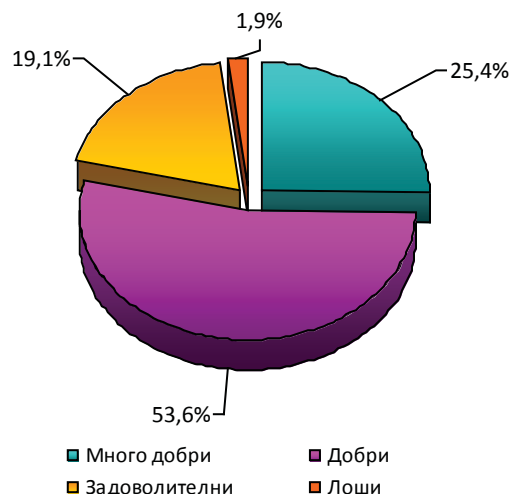
За извеждане на основните принципи на съвременната парадигма на промотивните и профилактичните функции на медицинската сестра е важно да се отчете степента на мотивация у тях за осъществяване на здравнопромотивна дейност в практиката. На анкетираниите е дадена възможност да изразят своята мотивираност. Анализът на резултатите показва, че относителният дял на мотивираните да осъществяват здравнопромотивна дейност в своята работа е много голям

(76.4%) и само 23.6% от анкетираниите споделят, че са „отчасти мотивирани“ (фиг. 2.).



Фиг. 2. Разпределение (в %) на изследваните лица относно мотивираността им да осъществяват здравнопромотивна дейност в своята практика

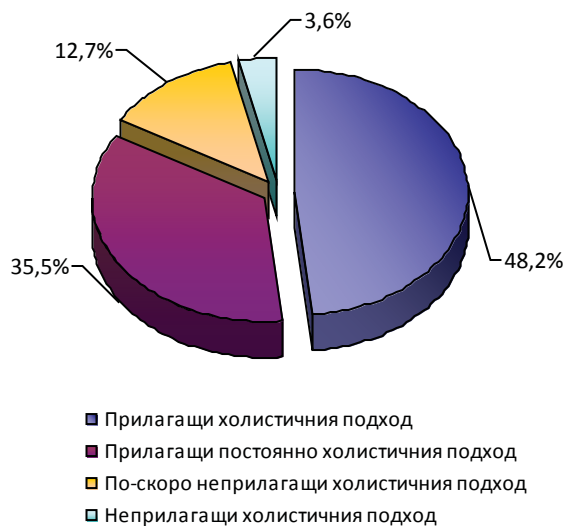
С оглед целта на проведеното изследване изключително значим е въпросът за качеството на предлаганите здравнопромотивни дейности в ПМП. Съвременните изисквания към тези дейности предполагат отчитане на състоянието, силните и слабите страни, и очертаване на перспективите. Фигурата на медицинската сестра е изключително важна в този процес, тъй като тя е пряк участник в развиващите се дейности. По тази причина най-актуална оценка за качеството на здравнопромотивните дейности, могат да дадат именно медицинските сестри (фиг. 3).



Фиг. 3. Процентно разпределение на изследваната кохорта според оценката им за качеството на здравнопромотивните дейности в ПМП

За цялостната организация на медицинската практика е от изключителна важност прилагането на холистичен подход. Съвременното схващане

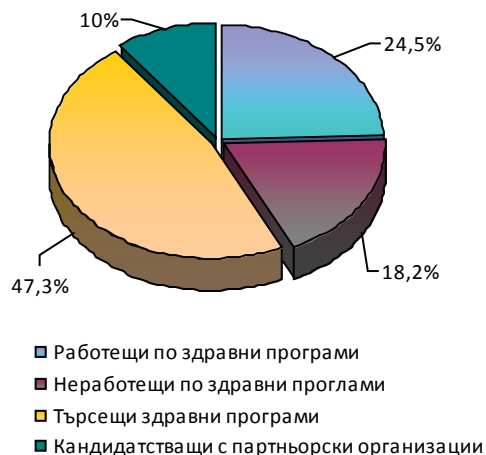
за ефективно провеждане на промоция и профилактика в ПМП е свързано именно с холистичния подход. Резултатите от проучването дават информация относно честотата на действия по неговото прилагане. Почти половината (49,5%) от анкетираниите медицински сестри отговарят положително на зададения им въпрос, целящ да установи прилагат ли холистичния подход в своята дейност, използват ли соматична, психична и социална информация при решенията и действията си в своята работа. Други 31% от участващите в проучването посочват, че използват подхода „постоянно“, а 14,2% от респондентите споделят, че „по-скоро не прилагаат“ този метод в работата си, и само 5,3% дават отрицателен отговор (фиг. 4).



Фиг. 4. Разпределение (%) на медицинските сестри в зависимост от мнението им за приложимостта на холистичния подход в дейността им

Като мултидисциплинарен екип медицинската сестра и ОПЛ участват заедно в реализирането на дейности по промоция на здравето и профилактика на болестите. В тази връзка в ПМП именно на тях се пада основната роля в процеса за подобряване на здравето на населението. Съвместната работа на медицинската сестра и ОПЛ по различни програми, касаещи здравето на населението, представлява интерес, тъй като отразява, от една страна, мотивацията за развитие на извършваните в ПМП здравнопромотивни дейности, а от друга – свидетелства за добра екипна дейност. Затова е потърсено мнението на медицинските сестри, включили се в проучването, до каква степен работят по програми за повишаване

здравето на населението съвместно с ОПЛ. Получените данни са илюстрирани на фиг. 5.



Фиг. 5. Процентно съотношение на медицинските сестри, работещи с ОПЛ по здравни програми за повишаване здравето на населението

Поради голямата натовареност и многостранните дейности в ПМП медицинските сестри, участващи в проучването, са помолени да определят доколко са значими според тях дейностите по промоция на здравето и профилактика на болестите. Според 42,7% от респондентите, това е „важна задача от ежедневноната дейност“, а над половината (57,3%) считат, че промоция на здравето и профилактиката на болестите са „една от важните“ задачи в дейността им. Нито една от анкетираниите сестри не счита, че осъществяването на тези дейности не е приоритет за нея.



Фиг. 6. Разпределение на участниците в проучването (%) в зависимост от мнението им за значимостта на дейностите по промоция на здравето и профилактика на болестите в работата на медицинските сестри

При пряката си комуникация с пациентите медицинските сестри достигат до същността на здравните потребности на населението. В тази връзка участващите в проучването професионалисти по здравни грижи са запитани за най-честите здравни потребности на населението, станали им известни по време на тяхната дейност.



Фиг. 7. Процентно разпределение на медицинските сестри според мнението им за най-честите здравни потребности на населението

Изводи

От направеното анкетно проучване е видно, че голяма част от медицинските сестри (76.4%) са мотивирани да осъществяват здравнопромотивна дейност в своята работа, а 57.3% от тях считат, че промоцията на здравето и профилактиката на болестите са „една от важните задачи“ в работата им.

Безусловно това е основен инструмент за формиране на правилен подход за работа на медицинската сестра в ПМП, осигуряващ здравната стабилност на пациентите.

Библиография

1. Воденичаров Ц, Попова С. Медицинска етика. София, ДАК, 2003.
2. Горанов М. и др. Основи на общата медицина. Абагар, 2001, 215-230.
3. Златанова Р. Организационни проблеми в дейността на ОПЛ. Дисертация, София, 2006.
4. Златанова Т, Златанова-Великова Р. Първичната извънболнична медицинска помощ – проблеми и перспективи. София, 2008.
5. Стефанова К. Съвременен модел за промотивни и профилактични функции на медицинската сестра в първичната медицинска помощ. София, МУ, Централна медицинска библиотека, 2018.

КОМПЕТЕНЦИИТЕ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ – ОСНОВА ЗА АВТОНОМНОСТ НА ПРОФЕСИЯТА

Т. Христова, Кр. Иванова

Катедра „Здравни грижи“, Филиал „Проф. д-р Ив. Митев“ – Враца, МУ – София

COMPETENCE OF NURSES: THE BASE FOR THE AUTONOMY OF THE PROFESSION

T. Hristova, Kr. Ivanova

Department of Health Care, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. Education of nurses in Bulgaria is referred to as a university type professional training. The professional knowledge, skills and qualifications, acquired by the nurses during the process of their education, grants them the opportunity of providing effective healthcare in the dynamically changing health, social and economical environment. They become professionals ready to take certain responsibilities in providing patients with healthcare, participate in dealing with health problems, partner with other professionals in the healthcare system and practice the profession with autonomy.

Key words: training, professional qualifications, autonomous profession

Адрес за кореспонденция: Таня Христова, Катедра „Здравни грижи“, Филиал „Проф. д-р Ив. Митев“, МУ – София, ул. "Втори юни" № 179, 3000 Враца, e-mail: thg_j@abv.bg

Address for correspondence: Tanya Hristova, Department of Health Care, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev", Medical University – Sofia, 179 2 Yuni, Str., Bg – 3000 Vratsa, e-mail: thg_j@abv.bg

Увод

Динамично променящата се социална, икономическа и здравна среда поставя нови предизвикателства пред медицинските сестри. Те не само се грижат за болните, но и отговарят за поддържане и укрепване на здравето и качеството на живот на всички хора, без значение на тяхната социална група, етническа принадлежност и възраст.

Съвременната медицинска сестра е добре обучена и може да поеме отговорност за работата си, лесно се адаптира към променящата се среда и може да работи в мултидисциплинарни екипи в болници, социални заведения и общности.

Целта на проучването е да се направи анализ на базовото сестринско образование с оглед формирането на професионални компетенции за автономно упражняване на професията.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проучването е проведено въз основа на анализ на съдържанието на :

- Учебните планове и програми за обучение по специалността „Медицинска сестра“ с образователно-квалификационна степен „бакалавър“;
- Нормативни документи – Закон за висшето образование, Закон за лечебните заведения, Закон за съсловните организации, Единни държавни изисквания (ЕДИ), правила за добра медицинска практика, длъжностни характеристики и др.
- Документи на СЗО.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

От анализа на учебната документация е видно, че подготовката на медицински сестри се базира на солидна научна основа. Студентите по

специалност „Медицинска сестра“ получават знания в областта на медико-биологичните, социалните и специални науки. Можем да обобщим, че сестринското образование в България е:

- съобразено с Европейските стандарти;
- регламентирано с ясна законова рамка – ЕДИ, ЗВО, Наредби № 34, 21 и др.
- обучението на бъдещите медицински сестри се организира и провежда в медицинските университети;
- продължителността на обучението е 4 години за степен „бакалавър“ с хорариум не по-малко от 4600 академични часа;
- съотношението между практическата и теоретичната подготовка е 1:1;
- клиничната практика е 2660 часа, а в добавка към нея е и удължен преддипломен стаж от 800 часа;
- практическото обучение се провежда в акредитирани за обучение здравни заведения;
- Студентите придобиват професионални знания, умения и навици, съответстващи на съвременните изисквания и технологии. По време на обучението у студентите се формират нагласи за екипен подход при оказване на грижи, както и нагласи за изследователска дейност;
- обучение в надграждащи образователни степени – магистър, доктор;
- изгражда лидерски умения;
- създаване на възможност за придобиване на специалност – Наредба № 1/22.01.2015 на МЗ;
- въведена е система от образователни кредити;
- завършват с конвертируема диплома – условие за свободно движение на човешки ресурси (медицински сестри) в ЕС, Канада и САЩ.

След дипломирането си медицинските сестри придобиват компетенции да:

- предпазват, поддържат, възстановяват и подобряват здравето на лицата и независимостта на жизнените им функции, съобразявайки се с индивидуалните им особености;
- определят и оценяват наличните човешки и други ресурси за справяне с нуждите на пациента и борба с рисковете за здравето;
- осъществяват общи и специални грижи;

- осъществява качествени сестрински грижи, като планират, организират, изпълняват, оценяват и документират сестринските грижи;
- осъществяват промотивни здравни грижи;
- обучават и образоват индивида, семейството и обществото;
- работят ефективно като партньор в медицинскодиагностичната дейност (МДЕ);
- провеждат предписани медицински изследвания и лечение;
- съдействат за укрепването, адаптацията и възвръщането на лицата в семейството и социалната група;
- полагат грижи за пациенти в терминален стадий за достоен завършек на живота им;
- разработват научни проекти и да провеждат сестринска научна работа;
- прилагат резултатите от научните изследвания.

За разлика от сестринското образование дейността на сестрите в България не е ясно законово регламентирана:

- Липсват критерии за степенуване на професията, обвързани с притежаването на конкретни знания и умения.
- Няма законово регламентиране на съвременни сестрински практики, за които медицинската сестра има професионална подготовка.
- Не е създаден остойностен пакет за сестрински дейности в Националната здравноосигурителна каса (НЗОК).
- Липсват стандарти за качествени здравни грижи.
- Няма национални унифицирани документи, които да отразяват сестринските дейности.

Според българското здравно законодателство професията на медицинската сестра все още се третира като помощна на лекарската. Докато в развитите страни сестринството е автономна професия, която си партнира с другите професии, работещи в здравеопазването.

Изводи

Съвременното сестринско образование формира у медицинските сестри знания, умения и компетенции, които са основа и предпоставка за автономно упражняване на професията. В същото време законодателните промени, регламенти-

ращи сестринската дейност, се бавят, голяма част от обществото и лекарите все още смятат сестрата за помощник, а не за партньор на лекаря.

Подценяването на университетското образование на медицинската сестра демотивира медицинските сестри – част от тях не упражняват професията, а други заминават на работа в страните от ЕС, което води до дефицит на кадри и до влошаване на качеството на здравните грижи.

Библиография

1. Директива 2000/5/ЕО.
2. Директива 2005/36/ЕО.
3. Директива 100/2006ЕП.
4. ЕДИ за специалност „Медицинска сестра“.
5. Закон за висшето образование.
6. Закон за лечебните заведения.
7. Учебни планове и програми за специалност „Медицинска сестра“.

СПРАВЕДЛИВОСТ, РАВЕНСТВО И БЕЗПРИСТРАСТНОСТ В МЕДИЦИНСКАТА ПРАКТИКА

П. Аспарухова, Л. Маринов, Г. Янкова, Е. Владимирова

Катедра “Здравни грижи”, Филиал “Проф. д-р Иван Митев” – Враца, Медицински университет – София

FAIRNESS, EQUALITY AND IMPARTIALITY IN MEDICAL PRACTICE

P. Asparuhova, L. Marinov, G. Yankova, E. Vladimirova

Department of Health Care, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. This literary review analyzes the role and place of ethical principles in medical practice. Particular attention is paid to the basic elements of ethics in the practice of the medical profession – the desire for fairness, equality and impartiality. The roots of these principles, which are of great importance in prioritizing healthcare, and their historical development are outlined. Emphasis is placed on the need to provide a new space for ethical and political discourse.

Key words: ethical principles, medical practice, patients

Адрес за кореспонденция: П. Аспарухова, Катедра “Здравни грижи”, Филиал “Проф. д-р Иван Митев”, Медицински университет – София, ул. “Втори юни” № 179, 3000 Враца

Address for correspondence: P. Asparuhova, Department of Health Care, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev", Medical University – Sofia, 179 Vtori Yuni Str., Bg – 3000 Vratsa

Важен елемент в развитието на медицинската професия винаги е била медицинската етика, дефинирана обикновено като система от морални принципи, които се използват при различните ситуации в медицинската практика [4].

В медицинската етика принципите са от голямо значение за етичните взаимоотношения между здравния персонал и пациентите. В контекста на медицинската етика принципите характеризират абстрактните рамки на етичните норми на поведение и очертават морално допустимия обсег на взаимоотношенията „здравен персонал–пациент“ [5]. Етичните принципи подпомагат вземането на решения, тъй като те представляват определен стандарт за измерване и оценка на действията. Етичните принципи за разлика от правните норми не могат да бъдат променени или установени с решение на какъвто и да е авторитет или власт [9]. Те не дават указания как да се действа в конкретна ситуация и не се ограничават в специ-

фично поведение. Те действат като ориентири за подходящо поведение, като оставят широко пространство за преценка във всеки специфичен случай и дават възможност от тях да се изведат по-подробните правила за конкретно поведение [7].

Етичната основа на здравната стратегия се формира от 3 водещи ценности:

1. Здравето, като фундаментално човешко право;
2. Равнопоставеността в здравеопазването и солидарността в действията между всички страни и техните граждани;
3. Участието и отговорността на индивидите, групите, институциите и общностите за непрекъснатото подобряване на здравето [6].

Принципите и отговорностите на медицинския професионализъм трябва да са ясно разбрани както в професията, така и в обществото. Необходимо е да се осигури ново пространство за етичен и политически дискурс [3]. Новата политическа рамка

на Европейския регион на СЗО – „Здраве 2020“, и на Европейския съюз подкрепя разширяването на действията за здраве и благополучие отвъд правителствено ниво към ангажиране на обществеността и подчертава ролята на доброто здраве за осигуряване на икономическо и социално развитие. Идентифицирани са четири принципа, които имат голямо значение при поставянето на приоритети в здравеопазването: безпристрастно лечение на хората; приоритет на най-уязвимите групи от населението; възможно най-голяма полза за общественото здраве и промоция на социалната полезност. Познаването на основните ценности, като свобода и справедливост, е необходимо за успеха на здравната реформа, особено в търсенето на етична, устойчива и всеобхватна здравна реформа [6].

Терминът справедливост винаги се свързва с честността. В този смисъл справедливостта в здравеопазването означава честно, справедливо, безпристрастно и подходящо лечение с оглед какво е дължимо и трябва да се направи за конкретния пациент [1]. Според този основен етичен принцип индивидите трябва да се третират като равни, да се действа честно и безпристрастно спрямо личността в дадена ситуация, спрямо дължимото към нейната автономност, спрямо възприетите норми [2]. Лечението на пациентите трябва да се осъществява според техните лични желания, потребности и задачи. Ние всички сме равни като автономни личности и уважението, което се дължи на автономността на личността, се дължи или се заслужава от всеки индивидуален автономен човек по еднакъв начин [7]. Според принципа на формалната справедливост, към равните трябва да се отнасяме еднакво равно. Оттук следва, че когато човек има нужда от нещо, ако той не го получи, на него ще му се нанесе вреда или най-малкото ще е ошетен [8]. Принципът на справедливост е тясно свързан със сътрудничеството между хората. Той се прилага при преценката на съответствието между направено и възмездено, между вложено и придобито, между права и задължения. Принципът на справедливостта в здравеопазването означава честно, справедливо, безпристрастно и подходящо лечение и здравни грижи за всеки пациент с оглед да се осигури това, което е дължимо [9].

В медицинската професия – тази най-хуманна сфера на човешкия живот, би било най-добре да се търси медицинска ефективност от оказаните здрав-

ни грижи. Тук можем да споменем т.нар. „златно правило“, прието да се нарича в етиката библейската заповед: „Винаги постъпвай с другите така, както искаш да постъпят с теб“. Всъщност това е била една от първите в историята на моралните представи на човечеството формулировка на принципа на равенството, приложен към нравствеността [7]. Друг фокус в етичните теории са основанията на човешката моралност. Ключовите морални добродетели на хората, като смелост, справедливост, умереност и благородноположеност, са необходими винаги за всяко благоприлично общество [9].

В заключение можем да направим извод, че етиката в съвременната медицина има ключово значение за добра медицинска практика. Трябва да се подчертае също, че наше морално задължение е не само да не вредим на другите, а да им помагаме и принасяме полза. Това е особено важно за здравните професионалисти, тъй като тяхната цел е да дават най-доброто, на което са способни, на нуждаещите се от здравна помощ и подкрепа.

Библиография

1. Борисов В, Воденичаров Ц. Доброволното здравно осигуряване, С., 2001.
2. Грънчарова Г, Александрова С, Велкова А. Медицинска етика. Плевен, 2001.
3. Попова К, Борисова Б. Медицинският професионализъм – база за ефективен обществен договор между медицината и обществото. Европейските етични стандарти и българската медицина. Сборник статии. С., 2013.
4. Танчев П, Танчев ПП. Медицинската етика през вековете.
5. Александрова С. Медицинска етика. Плевен, 2007.
6. Воденичаров Ц. Европейските етични стандарти и българската медицина. Сборник статии. София, 2013.
7. Воденичаров Ц, Гатева Л, Томова С. Медицинска етика и медицинско право. В: Ново обществено здравеопазване. София, Акваграфикс, 1998.
8. Воденичаров Ц, Митова М, Гатева Л. Медицинска етика, София, 1995.
9. Воденичаров Ц, Попова С. Медицинска етика, София, 2003.
10. Воденичаров Ц, Попова С, Мутафова М, Шипковенска Е. Социална медицина. София, 2013.
11. Добрилова П, Стефанова К, Джиганска Ц. Справедливостта при разпределението на здравни ресурси – етичен проблем за лицата в старческа възраст. Здравна политика и мениджмънт, 2017, 1, 51-53.
12. Dobrilova P, Yankova G, Zlatanova-Velikova R. The information and communication technologies – contemporary challenge for the education in health care. Int Sci Publicat. Educational Alternatives, 2018, 16, www.sciencebg.net.
13. Velikov S, Zlatanova-Velikova R, Dobrilova P. The teachers opinion about introduction interactive methods in training of medical specialists. J Educat Instruct Studies in the world, 2018, 8(2), 8-13.

АГРЕСИЯТА – РЕАКЦИИ И ОТНОШЕНИЕ КЪМ ПРОБЛЕМА В СТУДЕНТСКАТА ОБЩНОСТ ОТ ФИЛИАЛ „ПРОФ. Д-Р ИВАН МИТЕВ“ – ВРАЦА

Е. Янкулова, Е. Владимирова

Филиал "Проф. д-р Иван Митев" – Враца, Медицински университет – София

AGGRESSION: THE REACTIONS AND ATTITUDE TO THE PROBLEM IN THE STUDENT COMMUNITY OF THE AFFILIATE "PROF. DR. IVAN MITEV" – VRATSA

E. Yankulova, E. Vladimirova

Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. In the modern world the word "aggression" became "modern". Every day we are witnessing aggressive behavior: in the society, family, human behavior in certain situations. People have different reactions and attitudes towards aggression in general. Surveyed students determined Bulgarian society as very aggressive, but the student community is allegedly aggressive medium. Aggressive behavior by causing immature behavior of their own colleagues who exhibit non-collegiality, constantly complaining about something selfishly and lazy, running away from responsibility and carrying out the activity, with regular claims and lack of discipline, is seen. One of the main reasons is miscommunication between them due to the varying degree of responsibility and level of communication.

Key words: aggression, reaction, attitude, value system

Адрес за кореспонденция: Елка Янкулова, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, МУ – София, ул. "Втори Юни" № 179, 3000 Враца, e-mail: eliyana_u@abv.bg

Address for correspondence: Elka Yankulova, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev", MU – Sofia, 179 Vtori Yuni Str., Bg – 3000 Vratsa, e-mail: eliyana_u@abv.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Агресията сред младите хора е тревожна тенденция в световен мащаб. Всеки ден сме свидетели на фрапиращи случаи с агресивни действия – от обидни реплики до прояви с фатален край. Насилието и страхът обхващат все по-голяма част от човечеството – големите градове и семействата, всекидневието ни, мислите ни, преживяванията и постъпките. Съществува многообразие от изследователски определения на понятието „агресия“ – „поведение, което е насочено към съзнателно причиняване на вреда или болка с различни средства към околните хора“ (П. Стоянова, 2016); „специфична форма на поведение, което се изразява в демонстрация на неприязън, а по-

някага и на груба сила спрямо другото, с намерение да му се причини вреда, болка“ (А. Русимова, С. Вълкова, 2002) и др. Агресивността е присъща на човека от древността, когато е била способ за оцеляване, и го съпътства през всички етапи от неговата еволюция. Изследователи от различни направления се стремят да дадат научно обяснение за природата на агресията. Очертават се две основни позиции: първата е от изследователи, които защитават теорията за вродения характер на агресията (З. Фройд, К. Лоренц, Р. Ардей, Е. Уилсън), а втората разглежда агресивността като социално обусловено поведение (Дж. Долард, Н. Милър, Л. Бърковиц). Според К. Лоренц „агресията е генетичен импулс, който е еднакъв при животните и човека. Човешката агресия не е

резултат от реакция на дразнител, а вътрешно напрежение, което се стреми да бъде разтоварено“. Според бихейвиористичната теория (1939) между агресията и фрустрацията (възникване на препятствие по пътя към целта) съществува неразривна връзка, а именно че фрустрацията винаги води до агресия, респективно агресията е винаги резултат от фрустрацията (Стаматов, 2008). А. Бандура я определя като социално обусловена. Според него агресията може да бъде усвоена в процеса на социализацията по пътя на наблюдението и подражанието, превръщайки се в модел на поведение.

Целта на представеното проучване е да се установят реакциите и отношенията на студентите към агресивното поведение в тяхната общност.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Провеждането на настоящото изследване се налага от необходимостта за събиране на реална и достоверна информация относно реакциите и отношението на студентите към агресивното поведение в студентската общност. Използвани са документален метод и анкетно проучване. Изследването е проведено през периода септември–октомври 2018 г. сред студенти от II и III курс на специалност „Медицинска сестра“. Анкетирани са 74 студенти (38 от втори курс и 36 човека от трети курс), подбрани на случаен принцип. Информацията е събрана чрез провеждане на пряка анонимна анкета по специално изработен за целта въпросник, включващ 16 въпроса. За обработката на данните е използвана статистическата програма SPSS 16.0 при $p < 0,05$. Таблиците и графиките са изработени чрез програмите Word и Excel.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Битуват много и различни мнения относно полезността на агресивното поведение. В някои случаи то има важна роля за активната адаптация на индивида към средата, в други – играе ролята на отдушник на натрупан гняв и цели единствено да нанесе вреда на другия в процеса на общуване. Всички анкетирани са категорични, че агресивното поведение няма място в ежедневието на човешкия индивид. Това показва недостатъчната информираност на студентската общност относно дълбочината на понятието „агресия“ и затова се възприема в буквалния смисъл на думата един-

ствено като негатив, нанасящ само вреда. Агресивното поведение, освен физическа изява, може да включва заплашване или нарушаване правата на партньора, прекъсването му, докато говори, висок и обиден тон на гласа, убеденост на агресора, че е по-ценен от другите, и придържане само към собственото му мнение, високомерие и т.н. Анкетирани студенти и от двата курса споделят, че това, което най-често ги дразни и предизвиква агресивна реакция към поведението на колегите им, са проявите на нечестност, опитът да се мине „между капките“, невежество, надменност, безотговорност, неприсъствие на лекции и упражнения, наглост, налагане на собствено мнение, дразнителност и др. (фиг. 1 и 2).

Агресивното действие се разглежда като съзнателно отношение на личността спрямо източниците, от които идва заплахата. Решаваща роля за агресивните прояви при човека имат личностните нагласи, темпераментът и характеровата основа. Личностните особености определят в голяма степен и емоционалните възбуди, които могат да отключат агресивни реакции, често много сложни по своето съдържание – от отложен гняв до възмущение от несправедливост към по-слаби и беззащитни. Прагът на агресивното реагиране при всеки човек е различен. Независимо че фрустрацията поражда агресия, човек невинаги реагира агресивно. Обектът на агресия може да вземе под внимание вредното намерение на другите и независимо от причинената болка да потисне своята реакция. Себеутвърждаващото поведение включва защита на собствената позиция и въпреки това зачитане на мнението на другия. 71% от анкетирани от втори курс студенти се стараят максимално да овладяват емоциите си, когато някой от колегите им прави опит да ги ядоса. Този процент незначително нараства при третокурсниците (72,23%) – при тях преобладава вербалната агресия, липсват физически ориентираната и реакцията в зависимост от ситуацията. Това показва повишаване на емоционалната зрялост на младите хора с нарастване на възрастта (фиг. 3 и 4).

В зависимост от израза на агресията се различават три основни форми:

- *физическа* (преки физически атаки – ритане, спъване, удари с юмруци и т.н.),
- *вербална* (опити за унижаване, оскърбяване, опозоряване чрез викове, заплахи, псувни и др.),

Анкетирани студенти II курс

Неколегиално поведение, непрекъснато мрънкане, егоизъм, бягство от отговорност, мързел, скатаване, наглост, надменност, претенциозност, лоша комуникация, неидване навреме

Фиг. 1. Поведение, което най-често „изкарва от равновесие“ студентите второкурсници

Анкетирани студенти III курс

Нечестност, наглост, безразличие, самочувствие, налагане на мнение, нетактичност, раздразнителност, безотговорност, несериозност, разсеяност, прекъсване на преподаватели, неспазване на нормите на поведение

Фиг. 2. Поведение, което най-често „изкарва от равновесие“ третокурсниците



Фиг. 3. Мнения на второкурсниците (%) относно видовете поведение, когато са обект на агресия



Фиг. 4. Мнения на третокурсниците (%) относно видовете поведение, когато са обект на агресия

– *индиректна агресия* (поведение, което манипулира околните с цел да се нарани трето лице, като се разпространяват лъжи, клевети, тайни и клюки за него).

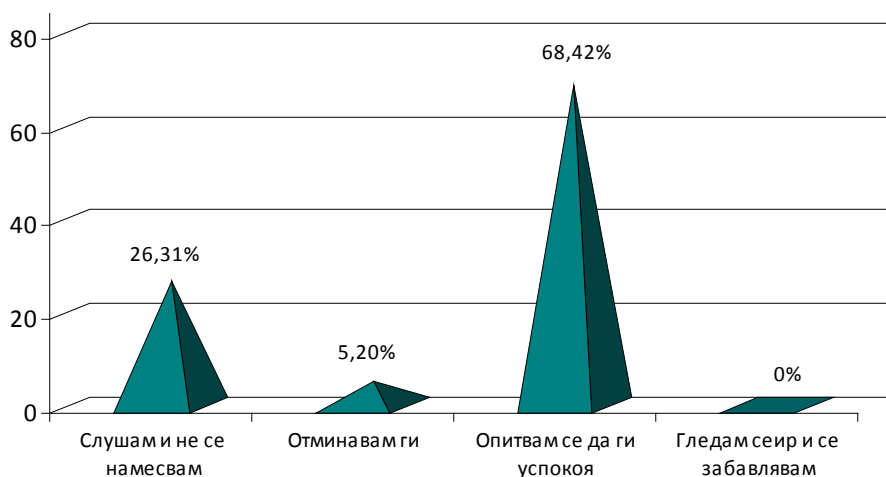
Житейската практика в нашето общество днес опровергава тези концепции за агресията. Оказва се, че при възникване на спонтанна агресия гневният изблик може да е насочен, вместо към източника на фрустрация, към случаен обект, който е наблизо и няма нищо общо с агресора. Десетки са примерите за подобно поведение спрямо

непознати личности: „тази защо ме гледа така“, „този защо се смее“, „тази какво си е вирнала носа“, „виж я къде е седнала“ и др. Вербалната агресия често е подценявана, но тя нерядко води до по-тежки прояви. Когато се чувстват безсилни, хората предпочитат да нападнат, за да не бъдат наранени. Агресията според редица специалисти е трупано напрежение поради факта, че не си разбран. Един от основните проблеми на днешното общество е, че голяма част от хората са емоционално невъзпитани и затова не знаят как да

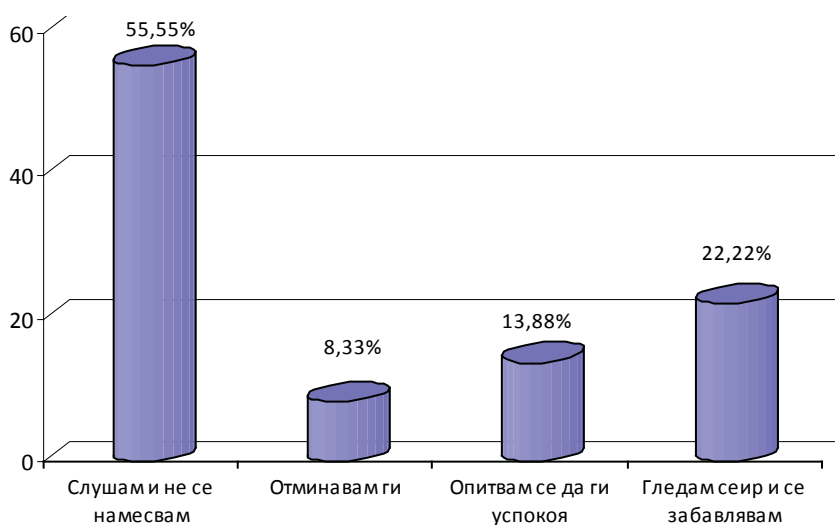
изразят емоциите си. Огромно влияние върху начина на реагиране при заплаха оказват медиите, телевизията, електронните игри, подражанието, семейната среда, училището. О. Нюман смята, че изграждането на градската среда също може да повлияе върху агресивното поведение – в жилищните блокове, където обитателите не могат да се различат от чужди хора, опасността от агресивни сблъсъци е най-голяма. Възникналите конфликти често са свързани с противоположни интереси, съперничество, антипатия, страх от промяна, статут и др. Всички анкетирани са категорични, че културата и моралът имат основна роля и влияние върху агресивното поведение на хората и начина им на реакция в определена ситуация. 68,4% от

анкетираните второкурсници се опитват да успокоят колегите си по време на възникнал конфликт между тях и само 13,8% от третокурсниците не отминават с безразличие случващото се. Човешката природа е свързана с много сложни емоционални състояния и понякога агресивното отношение към себеподобните се прилага за удоволствие, често скривано зад фалшива добронамереност. Тревожен е фактът, че 55,5% от анкетираните студенти от III курс наблюдават отстраняване на насилие сред колегите си и не се намесват, а за 22,2% това дори е забавление (фиг. 5 и 6).

Днес агресията е част от ежедневието на хората и се манифестира със и без повод. Непрекъснато сме преки или косвени свидетели на да-



Фиг. 5. Процентно разпределение на второкурсниците в зависимост от реакцията им като свидетели на агресивно поведение между студенти

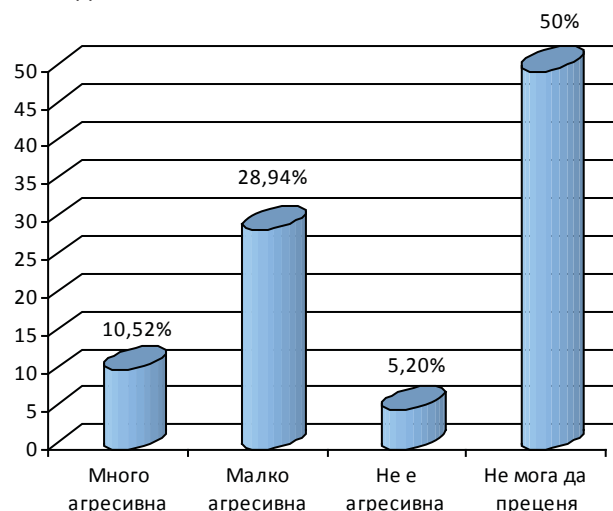


Фиг. 6. Процентно разпределение на третокурсниците в зависимост от реакцията им като свидетели на агресивно поведение между студенти

ден вид агресивни прояви в обществото. Всички анкетирани студенти и от двата курса категорично определят българското общество като силно агресивно. По отношение на агресивното поведение на студентската общност като цяло, мненията на анкетираните се различават. Само 10,52% от второкурсниците смятат, че студентската общност е твърде агресивна, докато според 69,44% от колегите им от III курс това категорично е така. 50% от II курс не могат да преценят доколко се наблюдава агресивно поведение сред колегите им. Този факт навежда на мисълта, че или агресивните реакции са сравнително рядко явление в по-долните курсове, или нивото на общуване не е достатъчно и затова нямат наблюдения върху взаимоотношенията в курса (фиг. 7 и 8).

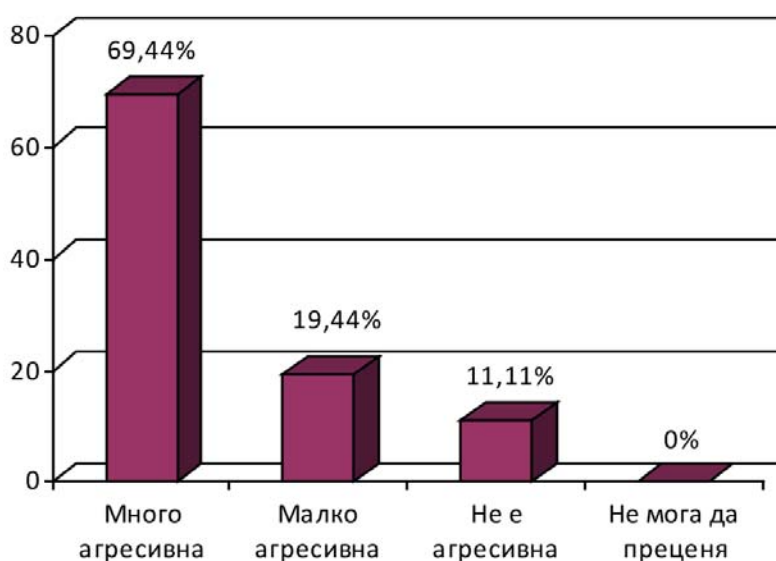
През дългия исторически период на развитие на човечеството агресивността се е прилагала като необходим фактор за адаптиране на индивида към биологичната среда, както и за унищожаване на големи общности от хора. Поради тази причина агресивното поведение се разглеждаше като част от естествените взаимодействия на човека с другите хора и поради това то не било санкционирано. Много по-късно започва да се разграничава агресията от агресивното поведение и агресивните действия. Всички анкетирани от двата курса са категорични, че агресивното поведение следва да се наказва, защото, останала ненаказана, една

агресивна проява води до възникване на нови и с още по-лоши последици, а агресорите стават самоуверени и още по-агресивни, смятайки, че могат да се измъкнат безнаказано.

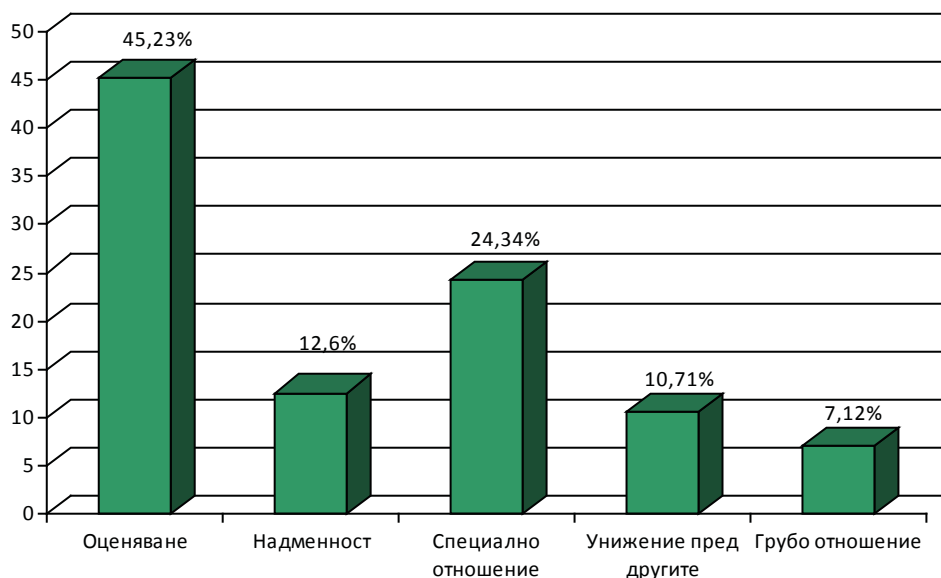


Фиг. 7. Разпределение на второкурсниците (%) в зависимост от становището им относно агресивността сред студентската общност

В процеса на проучването се установи, че една от честите причини за възникване на конфликтни ситуации сред студентите е и поведението на преподавателите. Анкетираните студенти и от двата курса се дразнят от тяхното самочувствие, високите очаквания, честата смяна на настроения, несправедливото (според тях) оценяване, специ-



Фиг. 8. Разпределение на третокурсниците (%) в зависимост от становището им относно агресивността сред студентската общност



Фиг. 9. Поведение на преподавателите, предизвикващо конфликти сред студентите

алното отношение към някои от обучаваните, унижението пред други студенти, грубо отношение, надменност, подценяване на възможностите им, раздразнителност (фиг. 9).

Изводи

1. Студентите определят българското общество като твърде агресивно, но сред студентската общност според тях агресивните прояви не са често явление.

2. Агресивното поведение сред студентската общност се провокира от липсата на зрялост в поведението на техни колеги и не умение за добра комуникация в процеса на междуличностното общуване.

3. С нарастването на житейския опит студентите проявяват търпимост в отношението си към агресивните прояви.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Свидетели сме на ежедневни прояви на насилие и вербална агресия както сред деца, така и сред възрастни. Агресията се разглежда като спонтанна, бърза емоционална реакция на индивида, която е свързана със самозащита, тоест тя е естествена реакция на всеки жив организъм, който усеща върху себе си някакъв вид заплаха.

В различните общества се правят опити за ограничаване на агресията, защото днес тя се приема в световен мащаб за опасен социален феномен. Насилието се научава чрез подражание още в детството и затова е необходимо да се вземат всички превантивни мерки за отстраняване на причините за прояви на агресия и за нейното трансформиране, чрез формиране на нагласи за толерантно поведение още в ранна детска възраст.

Библиография

1. Ачкова М. Приложна психология в медицината и здравните грижи. София, КОТИ, 2001.
2. Авторски колектив. Грижи за лица с умствени увреждания. София, ФИЛВЕСТ, 2002.
3. Григорова О, Ончев Г. Неврология и психиатрия. София, АРСО, 2012.
4. Миланова В. Психиатрия – учебник за студенти и специализиращи лекари. София, Мед. и физк., 2013.
5. Шишков Р. Психиатрия – учебник за медицински сестри и акушерки. Варна, 2015.
6. Сп. Психология – теория и практика, юли-септември 2017, (3).
7. Янкова Г, Янкулова Е, Владимирова Е. Проучване отношението на студентите към здравословното хранене и физическата активност. Сб. Доклади от Международна научна конференция „Европейски стандарти в спортното образование“. 2013, 100-108.

**ДИНАМИКА НА КОНФЛИКТИТЕ НА РАБОТНОТО МЯСТО.
АНАЛИЗ НА КОНКРЕТЕН СЛУЧАЙ НА КОНФЛИКТ В МБАЛ**

В. Стоянова

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ –София

**DYNAMICS OF WORKPLACE CONFLICTS.
THE ANALYSIS OF A REAL CASE OF CONFLICT IN A MULTIPROFILE HOSPITAL**

V. Stoyanova

Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. Introduction: The conflict diagnosis precedes its management and consists of defining the main elements of the conflict and the causes that give rise to it. This method gives a preliminary idea of the emergence, flow and resolution of conflicts. Purpose of the study: To perform analysis of conflict situations at the workplace of the healthcare professionals at the "Hristo Botev" Hospital of Vratsa and compilation of a map of the conflict using diagnostic methods. Materials and methods: The study was conducted at the Hristo Botev Multi-site Hospital in Vratsa for a period of one year, using protocols from meetings of the Council on Health Care (SZG), protocols from general meetings of departments at the Hristo Botev Hospital in Vratsa, protocols from meetings of the Medical Council, and the orders of the Executive Director. The data were analyzed using the methods of diagnosis and mapping of the conflict. Results and Discussion: Analysis and diagnostics of a specific case of conflicts at the Hristo Botev Hospital in Vratsa was made. Simple, direct observation and description of a specific case, combined with a survey of sources of information, was carried out. **Conclusions:** From the discussed and analyzed specific cases of conflicts in the Departments of the Hristo Botev Hospital in Vratsa we can conclude that the analysis can never be exhaustive nor provides absolute security. The dynamics of conflicts is simply too complex and unstable for each conflict process. The approach to conflict management should be chosen according to the organization's goals, with management taking into account the stage of development of the conflict, the magnitude and dynamics of the change (if any), the organizational culture, the degree of mutual trust and the intragroup consent, as well as the strength and parameters of the conflict.

Key words: conflict, diagnostics, management

Адрес за кореспонденция: Виолета Цветанова Стоянова, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, Медицински университет – София, ул. "Втори юни" № 179, 3000 Враца, e-mail: wioletta_tz@abv.bg

Address for correspondence: Violeta Tsvetanova Stoyanova, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev", Medical University – Sofia, 179, Vtori Yuni Str., Bg – 3000 Vratsa, e-mail: wioletta_tz@abv.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Анализът на конфликта, неговата диагностика, е един от основните елементи на процеса на управление. Не може да се управлява нещо, което не се познава.

Диагностиката на конфликта предшества неговото управление и се състои от определяне на основните елементи на конфликта и на причините, които го пораждат. Провеждането на диагностиката предполага определяне на:

- Източниците на конфликта, субективните преживявания на страните, обективните причини, способите за противопоставяне, противоречията на мнения, събитията, засегнатите потребности и интереси.

- Биографията на конфликта, т.е. неговата история, фона, на който той прогресира, нарастването му и повратните му точки.

- Участниците в конфликтното взаимодействие, личности и групи.

- Позиции и отношения на страните, техните взаимозависимости, роли и очаквания, междуличностни отношения.

За по-ясно представяне картината на конфликта може да се използва методът на картографирането (по Вихански). Същността на метода за картографиране на конфликта е да се покажат графично компонентите на конфликта, последователно да се анализира поведението на участниците в конфликтното взаимодействие, да се формулират основният проблем, потребностите и опасенията на участниците и начините за премахване на причините, довели до конфликта. Работата се извършва на няколко етапа. В началото проблемът е описан в общи линии, след което анализът се извършва по-задълбочено и на няколко етапа. Чрез този метод се получава една предварителна представа за възникването, протичането и решаването на конфликтите. Картата на конфликта разширява възможностите и създава условия за по-широк спектър от възможни решения след края на целия процес.

ЦЕЛ НА ПРОУЧВАНЕТО

Провеждане анализ на конфликтни ситуации на работното място на специалистите по здравни грижи в МБАЛ „Христо Ботев” – Враца, и съставяне на карта на конфликта чрез диагностични методи.

ЗАДАЧИ

1. Да се определят причините за възникването на конфликти.

2. Да се диференцират участниците в конфликта.

3. Да се определят фазите и етапите на конфликта.

4. Да се проучат конфликтните функции.

5. Да се отговори какви са начините за преодоляване на конфликта.

6. Да се установят стратегиите за разрешаването на конфликтите.

7. Провеждане на анализ на конфликтната ситуация.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Извършено е обикновено, непосредствено наблюдение и описание на конкретен случай, съчетано с проучване на източници на информация. Проучването е проведено в МБАЛ „Христо Ботев” – Враца, за период от една година, като са използвани протоколи от заседания на Съвета по здравни грижи (СЗГ), протоколи от общи събрания на отделенията в МБАЛ „Христо Ботев” – Враца, протоколи от заседания на Медицинския съвет, заповеди на Изпълнителния директор. Данните бяха анализирани с помощта на методите за диагностика и картографиране на конфликта.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

С цел оптималното разпределение на финансите и мотивирането на персонала в МБАЛ бе въведена нова схема за разпределение на средствата за допълнително материално стимулиране (ДМС).

Според тази схема на всички отделения се предоставят полагащите им се парични суми, като началник-отделенията и старшите медицински сестри отговарят за вътрешното разпределение. Ежемесечно те представят индивидуален коефициент за всеки член от персонала, на основание на който се изчислява допълнителното материално стимулиране. Коефициентът се базира на оценката на персонала.

Във всички отделения оценката на специалистите по здравни грижи бе субективна. Нямаше точни и одобрени от ръководството критерии, по които те да се оценяват. Ежемесечно възникваха конфликти между недооценените медицински сестри и началник-отделенията, между специалистите от отделните звена – диагностични и стационарни отделения и др., които ръководството се опитваше по един или друг начин да разреши. Използваха се авторитарни методи, отговаряше се „Каквото реши началник-отделението, това е”, издаваха се заповеди и разпореждания, но така

Таблица 1. Примерна схема за разпределение на ДМС

Месец ноември 2016 г.	Персонал	Отработено време	Коефициент отр. време	Коефициент вид персонал, приравнен към раб. време	Коефициент вид персонал	Оценка на нач.-отделение (0-10)	Коефициент оценка	Осреднен коефициент	Краен коефициент	Сума ДМС за разпределение и получаване	
Трите имена	АГО	20								1200,00	
										578,75	578,73
Д-р	Лекар, зав. отделение	10	0,500	5,000	10,00	10	5,000	13,000	0,0837	48,44	
Д-р	Лекар, акушер-гинеколог	0	0,000	0,000	9,00	9	0,000	0,000	0,0000	0,00	
								155,325	1,0000	571,60	571,43
	Ст. акушерка	20	1,000	10,000	10,00	10	10,000	26,000	0,1179	67,39	
	Акушерка	20	1,000	5,000	5,00	5	5,000	13,500	0,0612	34,98	
	Акушерка	12	0,600	3,000	5,00	5	3,000	8,100	0,0367	20,98	
	Акушерка	15	0,750	7,500	10,00	10	7,500	19,500	0,0885	50,59	
	Акушерка	16	0,800	2,400	3,00	3	2,400	6,800	0,0308	17,61	
								220,450	0,9997	50,02	50,02
	Санитар	20	1,000	5,000	5,00	5	5,000	13,500	0,2920	14,60	
	Санитар	12	0,600	1,800	3,00	3	1,800	5,100	0,1103	5,52	
	Санитар	5	0,250	0,750	3,00	3	0,750	2,125	0,0460	2,30	

или иначе се виждаше, че това са неефикасни методи за решаване на конфликтите.

Конфликти тлееха в почти всички звена на болницата. Тези конфликти щяха да засегнат цялостното управление на ЛЗ. По предложение на главната медицинска сестра и по решение на СЗГ в ЛЗ бе въведена Система за оценка на професионалистите по здравни грижи, включваща предложени, анализирани и утвърдени от всички професионалисти по здравни грижи на общи събрания на колективите критерии за оценка, обхващащи дейностите им по длъжностна характеристика.

Системата включваше ежедневен контрол на качеството на здравните грижи от страна на старшите медицински сестри и петкратно отразяване на проверките за всеки от колектива с оценка от 1-10. На заседание на СЗГ бе решено ежемесечно да се обсъждат резултатите от направената

оценка, да се коментират проблемите, да се вземат подходящи за всеки един от случаите решения с цел по-добра организация при въвеждането на системата. Отчитайки, че въвеждането на Системата за оценка е нещо ново, промяна, която ще засегне психоклимата и организацията на работата в отделенията, сестрите-мениджъри бяха подготвени за възникването на конфликтни ситуации.

Факт е, че професионалистите по здравни грижи в МБАЛ "Христо Ботев" са 291, хората се различават помежду си, техните пътища, начини на поведение, мислене и възприемане са различни и често се пресичат, което води до конфликтни ситуации. Очакваше се съпротива към тази промяна. Членовете на СЗГ обаче вярваха, че дори да възникнат конфликти, те ще са конструктивни, ще се овладеят позитивно, ще се извлече полезна информация и ще доведат до по-добро управление на здравните грижи в ЛЗ.

На първото заседание на СЗГ след апробирането на Системата за оценка се разбра, че в 90% от отделенията са възникнали конфликти. Коментирайки отделните случаи, се констатира, че:

1. Медицинските сестри не желаеха да бъдат непрекъснато наблюдавани, контролирани и оценявани.

2. Нямаха доверие на старшите сестри в обективността на оценката.

3. Свързването на оценката с ДМС предизвика напрежение, дори стрес в някои от професионалистите по здравни грижи.

4. По-възрастните сестри се страхуваха, че няма да могат да се съревновават с по-младите, и това прерасна в негодувание срещу тях.

5. Появиха се в повечето отделения случаи на грубо и некоректно поведение, размяна на обиди.

6. Медицинските сестри бяха недоволни, че те ще бъдат оценявани, а лекарите не.

От направения анализ на първото заседание на СЗГ се установи, че в зависимост от нивото на проява, конфликтите в 70% от отделенията са **вътреличностни**. Чувството, че постоянно ще бъдат наблюдавани и контролирани, че техните пропуски ще бъдат документирани и че поставените от старшата медицинска сестра оценки ще повлияят и в някои случаи ще оцетят професионалистите по здравни грижи финансово, създаде напрежение в работната среда. В пет отделения се съобщиха случаи, че медицински сестри избухват, обиждат се, влизат в разправа помежду си. Вътреличностните конфликти в тези отделения бяха предизвикани от това, че изискванията и намеренията на главната и старшите медицински сестри се разминаваха с личните предпочитания, потребности и ценности на някои медицински сестри (нарушиха се спокойствието и въведените с години закостенели навици).

В отделенията, където се бяха появили вътреличностни конфликти, в 90% прераснаха и в **междупличностни**. Проявите на междупличностни конфликти бяха в повечето случаи на вертикално ниво – между медицинска сестра–старша медицинска сестра и рядко, но съществуващи, конфликти между медицинска сестра и лекар. На хоризонтално ниво проявите бяха в 100% между медицински сестри. В три отделения се съобщиха случаи на междупличностни конфликти, възникнали във връзка с различие в маниера на поведение,

трудовия стаж и жизнения опит. Сестрите с повече трудов стаж, с повече професионален опит, но настроени по-консервативно към новостите, се обърнаха срещу въвеждането на Системата за оценка. По-младите обаче в 90% приеха новия начин на оценка като справедлив и се обърнаха към по-възрастните, за да защитят позициите си.

Установи се, че в две отделения има конфликт **личност–група**. Редовите медицински сестри в тези отделения застанаха в опозиция срещу старшите си медицински сестри. Това бяха старши сестри, които, смятайки, че няма да се справят с поставената от ръководството задача, предизвикаха проява на авторитарен стил на управление и налагане на дисциплинарни мерки. Императивно въведоха Системата за оценка, като не се съобразиха с мнението на персонала.

В шест отделения се забелязаха **конкурентни конфликти**. Следвайки правилно въведените правила и критерии в Системата за оценка, в тези отделения между медицинските сестри се наблюдаваха конкуренция и стремеж да се докажат и да надминат колежките си. Генериралите се чувства и действия бяха насочени към позитивното и естествено в тези отделения се наблюдаваше повишаване на качеството на работа и на качеството на предложените здравни грижи.

След разглеждане на предоставените данни от старшите медицински сестри на Първото заседание на СЗГ се обобщиха причините за възникналите дискутирани конфликти:

1. **Неподготвеността** на професионалистите по здравни грижи за предстоящата промяна.

2. **Управленски хаос**, идващ предимно от неясно дефинирани трудови задължения, неточни длъжностни характеристики, неадекватни организационни правила, изисквания и стандарти, нереални за изпълнение срокове, произтичащи от бързината на въвеждането на Системата за оценка.

3. **Неудовлетворителна комуникация** между членовете на колектива – лошо предаване на информацията за Системата за оценка, неразбиране на същността на тази система и на гледната точка на всеки член от колектива.

За коригиране на възникналите конфликтни ситуации бяха взети следните решения:

1. Да се подобри комуникацията главна медицинска сестра–старши медицински сестри–редови професионалисти по здравни грижи. Сис-

темата за оценка отново да се разгледа на общи събрания, като на всеки се раздаде разпечатка от примерната схема за оценка.

2. Старшите медицински сестри да изслушат мнението на всеки член от колектива, като приложат всички средства да му внушат нуждата от въвеждането на такава система за оценка.

3. Заложените критерии за оценка да се приемат от всички и това да бъде документирано с протокол и с подписа на всеки, че е съгласен да бъде оценяван по тях.

4. Сестрите-мениджъри да мотивират медицинските сестри да работят по тази система, като се обясни, че същността на системата е следната: по-добре работещите ще получават по-добро възнаграждение.

5. Да се премахне недоверието в оценката, като в момента на регистриране на пропуските медицинските сестри ще бъдат уведомявани за тях и ще се подписват, че са запознати с протокола.

6. Старшите сестри да се стремят да не допускат спор по време на разискванията. Да се запазва самообладание и да не се предизвиква допълнително нагорещяване на обстановката с обидни забележки и грубости.

7. С цел по-добра работа на персонала и по-добра оценка е необходимо някои длъжностни характеристики да се актуализират. Старшите медицински сестри са длъжни да запознаят редовите с тях, като всеки един се подпише, че е запознат. Това дава право оттук насетне с утвърждаването на Системата за оценка старшите сестри да изискват изпълнение на дейностите на медицинските сестри точно по длъжностна характеристика.

8. Отчитайки, че въвеждането на Системата е сложен и продължителен процес и в стремежа да се преодоляват навреме появилите се конфликти в отделенията, на всяко следващо заседание ще се анализират дейностите по въвеждане на Системата за оценка.

След прилагане на решенията от СЗГ, на няколко следващи заседания се разискваха резултатите от приложените действия. Установи се намаляване на вътреличностните и междуличностните конфликти. След провеждане на подробни разяснителни мероприятия, след изясняване на правилата, критериите, точния начин за провеждане на оценката, конфликтите се сведаха до минимум. Медицинските професионалисти се убедиха, че това е правилният и справедливият начин за разпределение на

допълнителните материални средства. Трябваше им време от няколко месеца, за да свикнат с мисълта за оценяване на труда им и естествено за получаване на адекватно с оценката допълнително възнаграждение. Стресът, напрежението, неизвестността – причините за вътреличностните конфликти, намаляха. За членовете на екипа бе важно да бъдат добре запознати с целта на неговата дейност, да бъдат мотивирани за достигането ѝ, да получават периодично обратна връзка (ежемесечно разглеждане пред колектива на оценката за тяхната работа) и не на последно място, да участват в изработването на правила за съвместна работа.

В някои отделения конфликтите се решиха с **компромис**, чрез договаряне за постигане на взаимно приемливо решение (временно въвеждане на определени критерии за оценка, които след няколко месеца, ако се наложи, ще се променят), отчитайки, че това е временен начин на решаване и начин за спечелване на време. В други, след проведените допълнителни действия, след приложената вербална комуникация се стигна до изглаждане и успокояване на обстановката и силните емоции, като между конфликтующите страни се поддържаше привидна хармония и всеки се стремеше да направи така, че другият да се чувства добре. За решаване на междуличностните конфликти бяха приложени и методите на сдобряване и приспособяване. Някои старши сестри използваха намеса на трето лице – началник-отделение, при решаването на междуличностните конфликти от типа старша-редова медицинска сестра. От позицията на власт, някои старши медицински сестри се възползваха да разрешат конфликтите с прилагане на заповеди или подлагане на гласуване, като тук едната страна губи, а другата печели и това също беше временен подход за решаване на конфликта. В случаите на проява на междуличностен конфликт между две медицински сестри в три отделения, отчитайки, че конфликтът не е спешен за решаване, старшите сестри бяха застанали в позиция на трета страна с изказването: „Настояваме двете страни да продължат да си вършат работата, докато ние анализираме фактите и вземем конструктивно решение“. В повечето отделения бе приложен **творческият модел** за разрешаване на конфликтите, като конфликтующите страни работеха заедно в сътрудничество за постигане на решение, инициираха се дискусии в подходяща обстановка, в много случаи на „глътка кафе“, ясно

Таблица 2. Анализ на конфликтите

Въпроси	Отговори
Кой е замесен?	Изпълнителен директор, главна медицинска сестра, старши медицински сестри, редови професионалисти по ЗГ
Къде се случва конфликтът?	В отделенията на МБАЛ „Христо Ботев“ – Враца
Какво се случва?	Въвеждане на Система за оценка на ПЗГ с цел правилно разпределение на ДМС
Какъв е конфликтът?	Вътреличностни, междуличностни, личност–група, конкурентни, положителни, конструктивни, творчески
Какъв е обектът на конфликта?	Извършената работа
Предмет на конфликт?	Необходимостта от обективна оценка на персонала и от правилно разпределение на ДМС
Причини за конфликт?	Общи: икономически Частен: неудовлетвореност от разпределението на ДМС
Техники за диагностика на конфликти?	Наблюдение, изследване, тестване, проверка на документи
Конфликтни функции?	Сигнализиране за огнища на социално напрежение
Какви са фазите и етапите на конфликта?	Фази: конфликт, инцидент, начало, развитие, разрешаване
Етапи: предконфликт, конфликт	
Какъв е моделът на поведение при конфликти?	Градивен
Каква е стратегията за разрешаване на конфликти?	Компромис
Какви са методите за разрешаване на конфликти?	Структурни преговори
Какво прекратява конфликта?	Увеличение на заплатите за служителите

и открито се представяха фактите, всеки се вслушваше в предложенията на другите и се опитваха да вземат решения, приемливи за всички страни. Постигна се съгласие, удовлетворяващо въвличените в конфликта страни, така се стигна до консенсус и всеки се почувства доволен. Този метод за решаване на конфликтите имаше траен характер и доведе до добри резултати в работата на професионалистите по здравни грижи в тези отделения.

След три месеца на заседание на СЗГ възникна нов конфликт, който бе междугрупов – между стационарните отделения и диагностичните отделения в болницата. Установи се, че професионалистите по здравни грижи от диагностичните звена получават сума за разпределение, по-малка от тази в стационарните отделения. Те от своя страна застанаха на позиция, че са в правото си да получават повече, тъй като пряко участват в изработването на КП. Без диагностичните звена

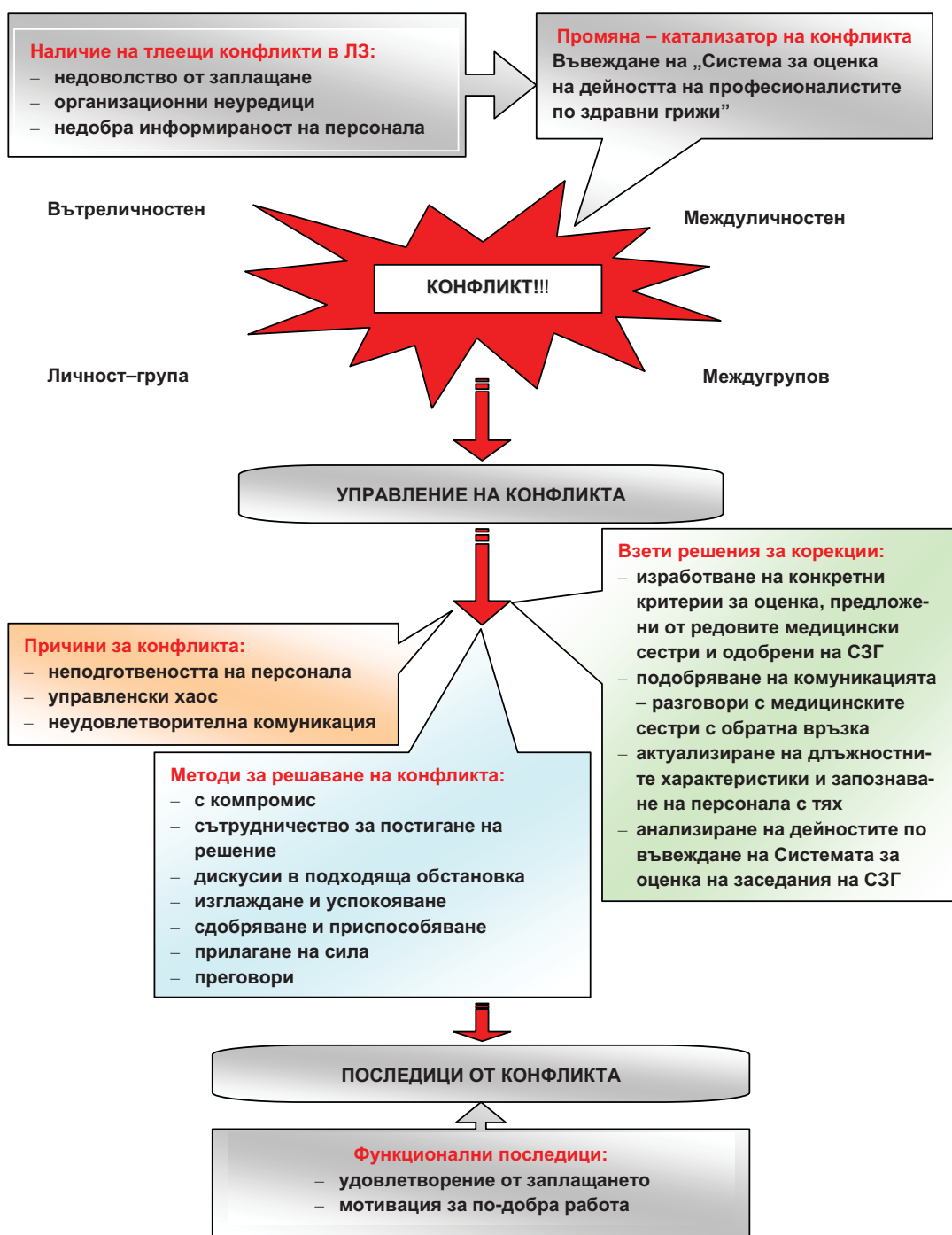
обаче не могат да се отчетат и заплатят повечето КП, затова се счете, че и двете страни от конфликта имат право. Същият конфликт бе представен и на заседание на МС, където и главната медицинска сестра се присъедини към разискването, като представи вижданията на професионалистите по здравни грижи. За повдигнатия проблем в различията на заплащане бе взето решение да се преразгледа Схемата на разпределение на допълнителното материално стимулиране. Установявайки, че конфликтът е труден за разрешаване, всички участници са силно емоционални и прибягват до нерационални аргументи, неразумни становища и личностни нападки, ръководството на болницата реши в обсъжданията да бъде включена страна арбитър – представители на синдикатите от ЛЗ, представители на ЛС и БАПЗГ, като страни, ползващи се с доверие и престиж.

Изводи

От описаните разгледани и анализирани конкретни случаи на конфликти в отделенията на МБАЛ "Христо Ботев" – Враца, можем за заключение, че анализът никога не може да бъде изчерпателен, нито гарантира абсолютна сигурност.

Динамиката на конфликтите е твърде сложна и нестабилна при всеки отделен конфликтен процес. Конфликтите могат да бъдат позитивни източници на енергия и творчество, те могат да бъдат конструктивни, когато са управлявани правилно, в противен случай могат да се превърнат в дис-

МОДЕЛ НА ОПИСАНИЯ КОНКРЕТЕН СЛУЧАЙ НА ВЪЗНИКВАНЕ НА КОНФЛИКТ В СЕСТРИНСКАТА ПРАКТИКА НА МБАЛ „ХРИСТО БОТЕВ“



функционални, разрушаващи, поглъщащи цялата енергия и намаляващи както личностната, така и организационната ефективност. Способността на сестрата-мениджър да направи подходящ избор сред множество стилове и стратегии за справяне с конфликта има решаващо значение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подходът при управлението на конфликта трябва да се избере в зависимост от целите на организацията, като ръководството се съобразява с етапа на развитие на конфликта, големината и динамиката на промяната; от организационната култура; от степента на взаимно доверие и вътрешногрупово съгласие, както и от силата и параметрите на конфликта.

Целта на сестрата-мениджър е да стимулира поведение на израстване и справяне с конфликта, като се избягва достигането до положение, когато конфликтът изглежда непреодолим. Когато е въввлечена в справяне с конфликт, сестрата-мениджър трябва да подпомага страните да видят голямата картина вместо ограничените перспективи на всяка страна. Тя трябва да се насочи към увеличаване на възможния брой алтернативи в разрешаването на конфликта, да насърчава конфликтующите страни да изразят няколко възможности, приемливи за всяка страна, и след това да работят за постигане на компромис. Това стимулира взаимодействието между страните и тяхното въвличане в разрешаването на конфликта, което е важна цел на мениджмънта на конфликта.

Библиография

1. Андреева Л. Социално познание и междуличностно взаимодействие. София, 1999.
2. Балканска П. Психологични подходи в здравния мениджмънт. Булвест 2000, 2009; 79-91.
3. Борисов, В. Healthcare Management. Fundamentals of Healthcare Management. Filvest. Sofia, 2004; 187-215.
4. Борисов В. Здравна политика и мениджмънт. София, 2008, 150.
5. Владимирова К. Управление на човешките ресурси. Основи на болничното управление. София, Македония прес, 2000, 302-352.
6. Воденичаров Ц, Попова С. Медицинска етика. София, 2010, 72-76.
7. Грънчарова Г. Управление на здравните грижи. Плевен, 2005, 143-158.
8. Димитров Д. Конфликтология. Университетско издание, София. 2003.
9. Добрилова П. Джиганска Ц. Развитие на професионалистите по здравни грижи – възможности и предизвикателства. XII МВБУ, София 12-13 юни, 2015, 507-513.
10. Добрилова П, Стефанова К, Янкова Г. Анализ на конфликтните ситуации в сестринската практика. Science & Technologies, 2016, 6(1), 155-159.
11. Джонев С. Социална психология. София, 1996.
12. Жеков А. Екипният подход в болничния мениджмънт. София, 2009, 49-57.
13. Иванов П. Междуличностният конфликт в трудовия колектив. София, 1989.
14. Маринова П. Конфликти в здравеопазването. Враца, 2002, 10-66.
15. Стамболова И, Чанева Г. Конфликтните ситуации в сестринската професия, Здравен мениджмънт, 2002, 2 (1), 28-32.
16. Wilson GB. Safer handling practice for nurses: a review of the literature. Br J Nurs, 2001;10(2):108- 14. View ArticlePubMedGoogle Scholar.
17. De Gaudemaris R, Levant A, Ehlinger V et al. Blood pressure and working conditions in hospital nurses and nursing assistants. The ORSOSA study. Arch Cardiovasc Dis. 2011;104(2):97-103.View ArticlePubMedGoogle Scholar.
18. Mönnikes H, Tebbe JJ, Hildebrandt M et al. Role of stress in functional gastrointestinal disorders. Dig Dis. 2001;19(3):201–11.View ArticlePubMedGoogle Scholar.
19. Chandola T, Brunner E, Marmot M. Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. BMJ, 2006,332(7540):521-5.View ArticlePubMedPubMed CentralGoogle Scholar
20. Dobrilova PP, Yankova GT, Stefanova KS. Nursing and health policy. Science and world, International scientific journal, № 11 (51), 2017, Vol. II, ISSN 2308-4804, Volgograd, 2017, 43-46.

АНАЛИЗ НА ГРЕШКИТЕ В СЕСТРИНСКАТА ПРАКТИКА

Г. Янкова, П. Добрилова, П. Аспарухова, К. Стефанова, Е. Владимирова

Катедра "Здравни грижи", Филиал "Проф. д-р Иван Митев" – Враца, Медицински университет – София

ANALYSIS OF ERRORS IN NURSING PRACTICE

G. Yankova, P. Dobrilova, P. Asparuhova, K. Stefanova, E. Vladimirova

Department of Health Care, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. This article explores current issues of nursing errors and their causes. The material was collected through a survey of nurses working in the hospital of Vratsa. The data obtained shows the importance of the problem and its role in terms of patient safety. The results of the study can be used to prevent nursing mistakes that pose a risk for the patient's safety.

Key words: nurses' medical errors, patient safety, causes, prevention

Адрес за кореспонденция: Г. Янкова, Катедра "Здравни грижи", Филиал "Проф. д-р Иван Митев", Медицински университет – София, ул. "Втори юни" № 179, 3000 Враца, e-mail: gyankova1968@abv.bg

Address for correspondence: G. Yankova, Department of Health Care, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev", Medical University – Sofia, 179, Vtori Yuni Str., Bg – 3000 Vratsa, e-mail: gyankova1968@abv.bg

Качеството на здравните грижи и услуги е едно от предизвикателствата към българското здравеопазване в период на реформа и динамично развитие на медицинската наука и практика.

През последното десетилетие въпросът с качеството на здравните услуги все повече се свързва с допускането на медицински грешки или нежелани сериозни инциденти, които са основна причина за поставяне на пациента в риск по време на лечението и грижите, прилагани при него.

Според ИАМО (Изпълнителната агенция за медицински одит) медицинската грешка е „неизпълнение и/или неправилно изпълнение на планирани действия и/или нормативни изисквания или приложение на грешен план за постигане на целта“.

Наличието на медицински грешки предполага съществуването на проблем в цялата здравна система не само от медицинска, но и от икономическа, правна, етична и обществена гледна

точка. Това е показател за нивото на качеството в здравеопазването, който изисква вниманието да се насочи и към извършване на подобрения във всички аспекти на медицинското обслужване [2].

Въпреки вековния принцип на медицината – "да не се вреди", неадекватната медицинска помощ води до висока заболяемост и смъртност в целия свят. При все че няма точни параметри за оценка на тази вреда, проучванията показват, че при значителен брой хоспитализирани пациенти в развитите страни е имало неблагоприятни последици по време на лечението.

Много се говори за отговорността на лекарите към пациентите, за медицинските (лекарските) грешки [3, 4, 6, 7, 8, 9, 10], но на практика не се споменава за отговорността на медицинските сестри и за "сестринска грешка" [1, 5]. Всъщност терминът "сестринска грешка" не е юридически и няма легално определение в нашето законодателство. Същевременно, в лечебния процес ме-

дицинската сестра участва заедно с лекаря и не може да не бъде отговорна за непрофесионално предоставяне на сестринска грижа, за усложнения и нежелани резултати, както и за нарушаване на правата на пациентите.

Случаите на неадекватно изпълнение на професионалните задължения от страна на медицинските сестри практически не са проучени в България, а въздействието върху причините за грешки може да подобри качеството на сестринските грижи и да намали риска от застрашаване безопасността на пациента.

Целта на настоящото изследване е да се анализират причините и характерът на сестринските грешки, допускани в сестринската практика.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Емпиричното изследване е насочено към оценка на причините и характера на сестринските грешки. Проведено бе анкетно проучване на базата на доброволно анкетиране сред 80 медицински сестри, работещи в МБАЛ „Христо Ботев“ – Враца, за периода май-юли 2018 г. За целите на изследването е използван въпросник, който да анализира отношението на респондентите към грешките, допускани в сестринската практика. Изследването е представително, което е свързано с

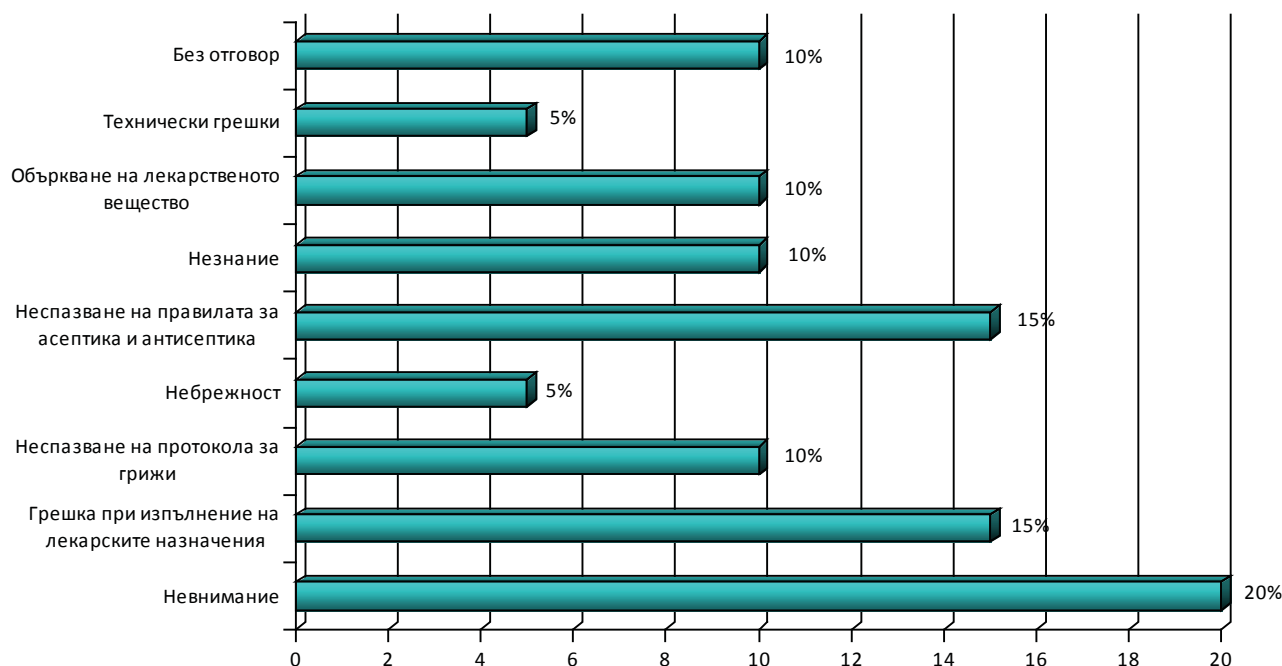
допустима грешка 5% и гаранционна вероятност 95%. Обработката на резултатите, статистическият анализ и съхранението на данните са осъществени с IBM SPSS Statistics 19.0.

РЕЗУЛТАТИ

В изследването на доброволен принцип са взели участие 80 медицински сестри, осъществяващи грижи в МБАЛ „Христо Ботев“ – Враца, с различен профил на дейност: хирургичен, терапевтичен, педиатрия, интензивно лечение.

Средната възраст на респондентите е в диапазона 45 год. Повече от половината (65%) от изследваните медицински сестри работят в сферата на здравеопазването повече от 10 г., 20% повече от 5 г., останалите (15%) от 1 до 5 години.

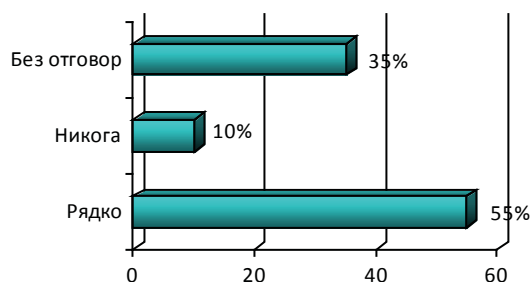
Анализът на получените данни показва перцепцията на медицинските сестри за понятието „сестринска грешка“. Въпросът: "Определете понятието сестринска грешка!" разкрива широка гама от мнения и разбиране на термина. Според по-голяма част от респондентите това е "невнимание" – 20%, следват «грешки при изпълнение на лекарските назначения» и "неспазване на правилата за асептика и антисептика" – 15%; подобни позиции заемат "незнание", "грешка при прилагане на лекарственото вещество", "неспазване на протокола за грижи" (фиг. 1).



Фиг. 1. Перцепция на медицинските сестри за понятието "сестринска грешка"

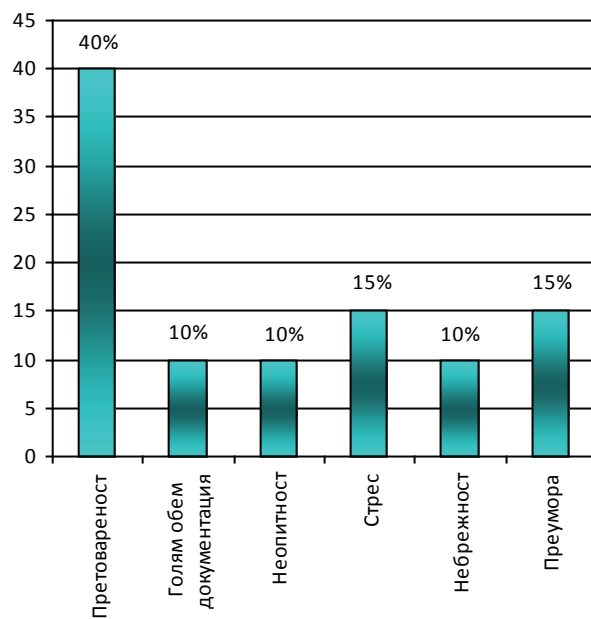
Резултатите показват, че самите медицински сестри нямат ясна представа за това какво е "сестринска грешка".

Повече от половината (55%) анкетираните споделят, че се случва да сгрешат по време на работа, но грешките им са рядкост, и само 10% съобщават, че никога не допускат грешки. 1/3 от респондентите обаче не са отговорили на този въпрос, което показва нежелание да се признае наличието на грешки на работното място (фиг. 2).



Фиг. 2. Мнение на медицинските сестри за честотата на грешките

Причините за сестринските грешки според 40% от анкетираните се дължат на претовареност, а 15% ги отдават на стрес и преумора. Според 10% от медицинските сестри „неопитността“, „големият обем документация“ и „небрежността“ по време на работа също са причина за грешки (фиг. 3).



Фиг. 3. Причини за сестрински грешки според респондентите

Класификация на най-често срещаните грешки в професионалната практика, по мнението на работещите медицински сестри, е представена на фиг. 4.

Според 60% от медицинските сестри грешките в работния процес са свързани с изпълнението на административни, технически, оперативни и инвазивни процедури, 20% – с разтваряне и дози-



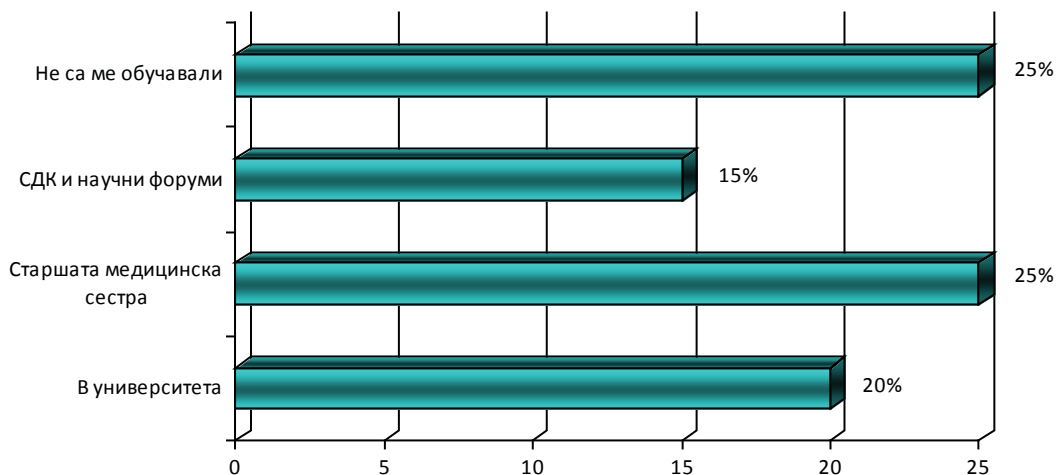
Фиг. 4. Най-често допусканите грешки в сестринската практика

ране на медикаменти и неспазване на правилата за асептика и антисептика. 10% от респондентите признават, че не съблюдават етико-деонтологичните принципи за добра сестринска практика, а 5% отдават грешките на невнимание и небрежност по време на работа (фиг. 4).

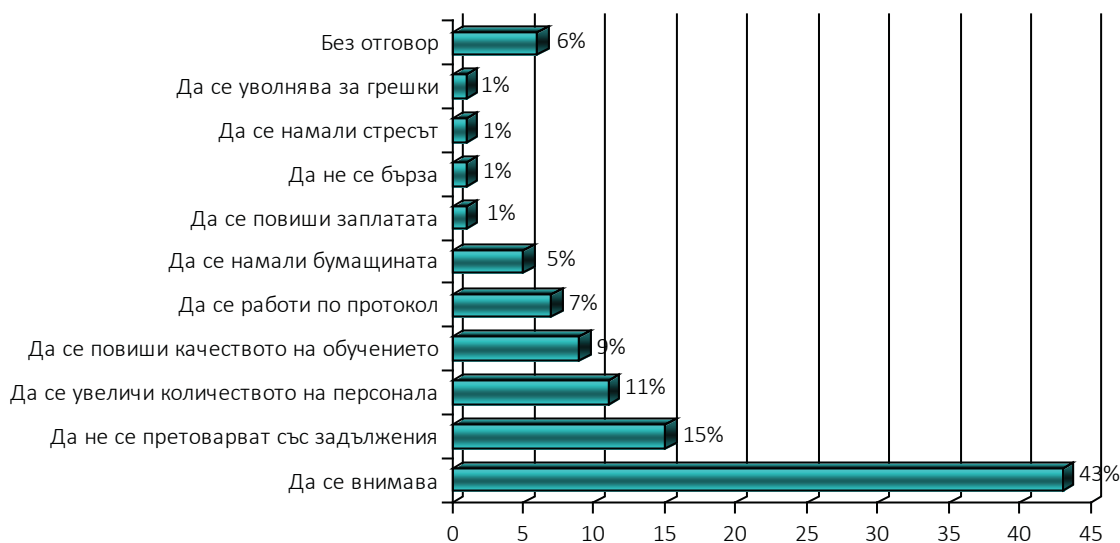
В превенцията на грешките в сестринската дейност голяма роля играе обучението. Обучение в превенция на сестрински грешки от старшата медицинска сестра са получили 25% от анкетираните; 20% са обучавани в университета и 15% – в курсове за повишаване на квалификацията и научни форуми. Тревожен факт е изявлението на

25% от медицинските сестри, че никой и никога не ги е обучавал за това (фиг. 5).

По отношение на начините за намаляване и избягване на грешки на работното място 43% от анкетираните заявяват, че е необходимо да бъдат внимателни, което отразява самокритичната и справедлива преценка за естеството на сестринските грешки. Намаляване на работното претоварване ще намали грешките според 15% от медицинските сестри, а 11% считат, че трябва да се увеличи броят на медицинския персонал. 9% от респондентите са на мнение, че е важно да се подобри качеството на образованието (фиг. 6).



Фиг. 5. Мнение на медицинските сестри за обучението в превенция на сестринските грешки



Фиг. 6. Предложения на респондентите за избягване на сестрински грешки

Резултатите от изследването не са изчерпателни, но показват значението на проблема със „сестринските грешки“ и неговата важност по отношение на безопасността на пациента. Този анализ обаче не може да бъде пълен без проучване на „другите“ заинтересовани страни: старши и главни медицински сестри, лекари и пациенти. Само включването на оценки и мнения на субектите в лечебния процес може да осигури по-пълна и обективна картина на причините за сестринските грешки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Безопасността на пациента е глобално предизвикателство за здравеопазването.

Усилията за предоставяне на качествена и безопасна грижа за пациента и за осигуряване на ползотворна работна среда на българските медици и професионалисти по здравни грижи са дълъг и постоянен процес, който изисква сътрудничеството и ангажимента на всички заинтересовани групи: политическо управление, институции, съсловни организации, пациентски организации и университети.

Резултатите от изследването могат да бъдат използвани за изработване на прийоми за превенция на типичните грешки, допускани в сестринската практика.

Библиография

1. Матвейчик ТВ. Сестринские ошибки как угроза безопасности пациентов. Медицинская сестра, 2014, (8), 45-50.
2. Петрова Зл, Загорчев П. Роля на етичните комисии и професионално съсловните организации при доказването на лекарска грешка, баланс и защита на правата на пациента и лекаря. Сб. Статии IX национална конференция с международно участие по етика на тема: "Европейските етични стандарти и българската медицина". 2013, 59-66.
3. Спасов Св. Лекарски грешки – литературен обзор и предложение за съвременна дефиниция. Sci Technol, 2012, 2(1), 189-193.
4. Станев Ст. Проблемът с грешките в денталната медицина – стратегии за постигане на безопасност в денталната практика, най-често срещани грешки. Eastern Academic Journal, 2017, 4, 33-40.
5. Щербин ПП. Дефекты оказания медицинской помощи: сквозь призму сестринских ошибок. Вестник Тамбовского университета. Т. 21, вып. 2. Медицина, 2016, 603-612.
6. Янева Р, Борисова Б. Мястото на пациента в триъгълника медицина – етика – икономика. Медицински меридиани, 2012, 1(2), 32-37.
7. Conklin A, Vilamovska A-M, Vries H, Hatziandreu E. Improving Patient Safety in the EU. RAND Corporation. 2008.
8. Montijo M, Nelson K, Scafidi M. et al. Bridging Physician-Patient Perspectives Following an Adverse Medical Outcome. Permanente J, Fall, 2011.
9. Milevska-Kostova N, Popova M, Serdiuk V, Kosheleva K. Patient Safety in Eastern Europe and Asia: Baselines and advances. Center for Regional Policy Research and Cooperation "Studiorum". 2008.
10. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW et al. The quality in Australian health care study. Med J Aust, 1995; 163: 458-471.

МНЕНИЕ НА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „АКУШЕРКА“ ЗА РОЛЯТА НА ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ЗА ПОВИШАВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА ОБУЧЕНИЕ

Цв. Джиганска

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

THE OPINION OF MIDWIFERY STUDENTS ON THE LECTURER'S ROLE IN THE IMPROVEMENT OF THE QUALITY OF EDUCATION

Tzv. Dzhiganska

Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. Medical education is a factor of social development and personal realization. Its main goal is to prepare qualified specialists in health care. Professionalism is formed by education, training and motivation for successful professional realization. Generation of modern health-care professionals is a serious challenge for higher medical schools. The aim of the presented study was examine the students' opinion on the lecturer's role in the improvement of the quality of education. The study included 59 midwifery students in the Branch "Prof. Dr Ivan Mitev" – Vratsa, Medical University – Sofia. The results showed that qualified preparation in basic education is significantly dependent on the lecturer.

Key words: students, quality, lecturer

Адрес за кореспонденция: Цветанка Джиганска, Катедра „Здравни грижи“, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, МУ – София, ул. "Втори юни" № 179, 3000 Враца, тел.: 0878650379, e-mail: tsvetij@abv.bg

Address for correspondence: Tzvetanka Dzhiganska, Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev", Medical University – Sofia, 179, Vtori Yuni Str., Bg – 3000 Vratsa, tel.: +359 0878650379, e-mail: tsvetij@abv.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Стремежът в съвременното обучение на акушерките е да се обхванат всички здравни потребности на пациентите и да бъде приложен цялостен подход за запазване и възстановяване на тяхното здраве. Професионализмът се изгражда чрез обучение, възпитание и мотивация за успешна професионална реализация. „Създаването“ на съвременните професионалисти по здравни грижи е сериозно предизвикателство пред висшите медицински училища. В съвременното общество на информационни технологии преподавателят не е единственият, а в много случаи не е основният източник на информация. Това променя неговата роля в медиатор и лидер, за да осъществи

целите си. Той трябва да формира в студентите професионални знания, практически умения и устойчиви мотиви за учене през целия професионален път.

Студентът е индивид, при когото функционират набор от взаимосвързани биологична, психологична и социална система, които влияят върху поведението му. Ето защо е необходимо прилагането на индивидуален подход от преподавателите при решаване на образователните проблеми на студентите, което е изключително трудно. Познаването на педагогическото взаимодействие между обучавани и обучаващ води към интерпретация на съдържанието на образованието и учебно-възпитателния процес в условията на разгръщането на процесите на техническия прогрес.

Цел

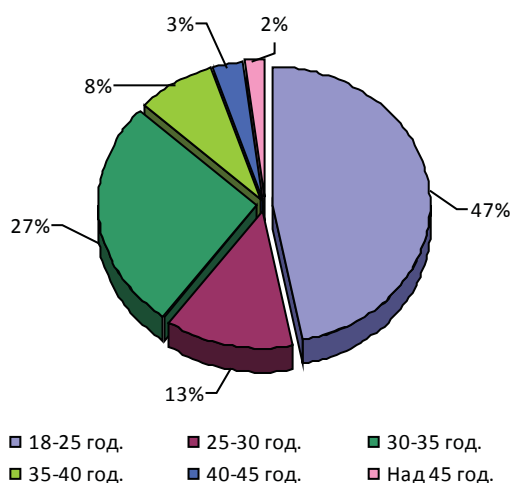
Да се проучи мнението на студенти от специалност „Акушерка“ относно ролята на преподавателя за повишаване качеството на обучение.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проведено е анонимно анкетно проучване сред 59 студенти от II, III и IV курс на специалността „Акушерка“ от Филиал „Проф. д-р И. Митев“ – Враца, към МУ – София, през месец септември 2018 год.

РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО

Сред изследваните преобладават лицата от възрастовата група 18-25 год. (47,1%), следвани от студенти на възраст от 30 до 35 год. (26,8%). Относителният дял на анкетираните във възрастта между 25 и 30 год. е 13,0%. По-малък е дялът на възрастовата група 35-40 год. (8,1%), на студентите между 40 и 45 год. – 3,4%, и над 45 год. – 1,7% (фиг. 1).



Фиг. 1. Възрастова характеристика на анкетираните

Значителен дял от анкетираните студенти (76,1%) съобщават, че са удовлетворени от обучението по специалността „Акушерка“ и то отговаря на техните очаквания. Отчасти са удовлетворени 19,8%. Едва 4,1% от обучаващите се смятат, че има разминаване между техните очаквания и реалното обучение, видно от данните в табл. 1.

Висок е относителният дял на студентите (88,4%), които смятат, че специалността, която са избрали, е подходяща за тях. Относителният дял на анкетираните, които все още не могат да

преценят, е 11,6% и няма нито един студент, според когото избраната специалност не е подходяща за него (табл. 2).

Таблица 1. Удовлетвореност на анкетираните студенти от обучението

Удовлетвореност от обучението по специалността	Абсолютна честота	Процент от валидни отговори
Да, много	14	25,2
Да, удовлетворена съм	30	50,9
Отчасти	12	19,8
Не съм удовлетворена	3	4,1
Общо	59	100

Таблица 2. Мнение на студентите относно избора на специалността „Акушерка“

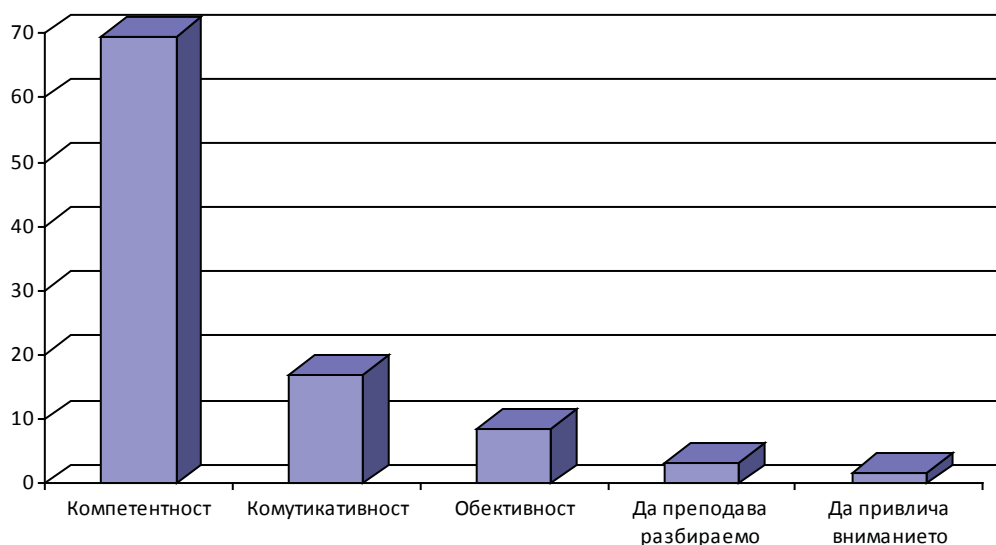
Подходяща ли е специалността за Вас	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Да, много е подходяща	18	30,7
Да, подходяща е	34	57,7
Все още не мога да преценя	7	11,6
Не е подходяща	0	0,0
Общо	59	100

На въпрос от анкетата „Смятате ли, че преподавателят има роля за повишаване качеството на образование?“ положително отговорилите студенти са 57 (96,6%) и само 2-ма са посочили отговор „не“ (3,4%).

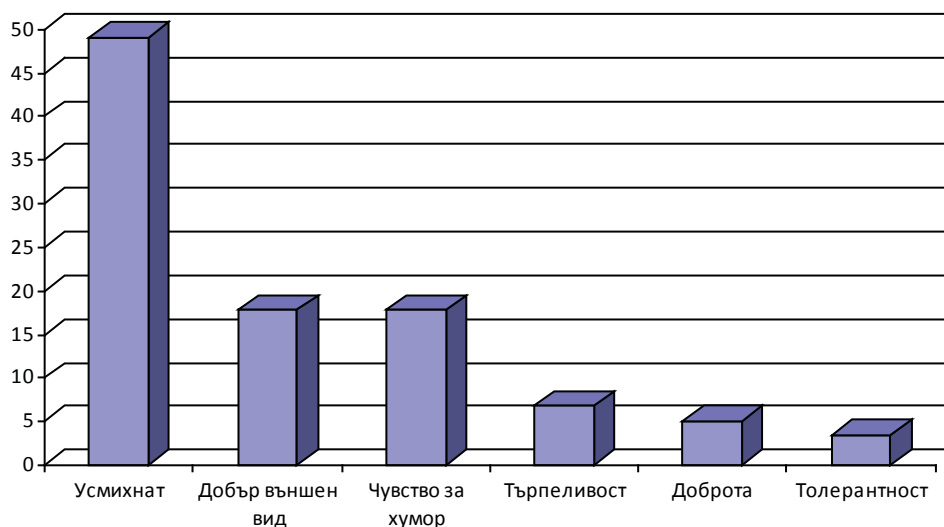
Относно професионалните качества, които трябва да притежава преподавателят, за да формира и усъвършенства знания и умения по съответната дисциплина, 71,2% от студентите посочват компетентността, 16,9% са отговорили комуникативност, 8,5% – да бъде обективен при оценяването, 1,7% – умения за привличане и задържане на вниманието, 1,7% – да преподава разбираемо (фиг. 2).

Личностните качества на преподавателя имат фундаментално значение в процеса на обучение. Изключително важен е личният пример.

На следващия въпрос от анкетата, с който бе потърсен отговор за това какви личностни качества трябва да притежава преподавателят, отговорите са многообразни. Повече от половината са дали отговор, че преподавателят трябва да бъде усмих-



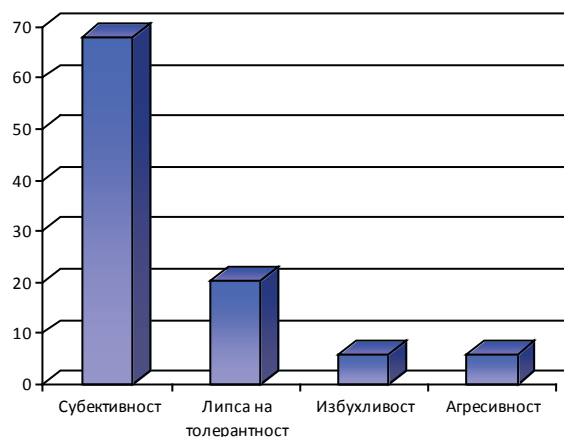
Фиг. 2. Мнение на анкетираните за желаните професионални качества



Фиг. 3. Мнение на анкетираните за необходимите личностни качества

нат (49,1%). Голяма част от анкетираните дават предпочитанията си за това, че преподавателят трябва да е с добър външен вид (17,8%). Същият е броят и на студентите, които оценяват чувството за хумор при преподавателите си (17,8%). 6,8% от изследваните смятат, че търпеливостта е качество, което трябва да притежава всеки преподавател. Останалите 8,5% се разделят между доброта (5,1%) и толерантност (3,4%) (фиг. 3).

При противоположния въпрос – кои са качествата, недопустими за преподавател, най-голям процент събира субективността – 67,9%, 20,3% посочват липсата на толерантност, а останалите 11,8% – избухливост и агресивност (фиг. 4).



Фиг. 4. Недопустими качества за преподавател според анкетираните

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подобрението на качеството на обучението според участниците в проучването в голяма степен (96,6%) зависи от преподавателя. Според анкетирания не е без значение дали обучението се провежда от квалифициран персонал. Въз основа на анализа на мнението на респондентите съвременният преподавател трябва да осигурява подкрепа, която е необходима на студентите, за да постигнат напредък в академичната си кариера. Да е отворен за новости, толерантен към различията, с висока обща култура, обичащ професията, с изградена ценностна система, положителна нагласа към младите хора, адекватен на промените в образованието и здравеопазването. Едно от най-използваните твърдения по отношение на преподавателя е, че той трябва да мотивира и вдъхновява.

Библиография

1. Андреев М. Образование и общество. Педагогическа социология. С., 2001.
2. Владимирова Е, Маринова П, Янкова Г, Аспарухова П, Янкулова Е. Влиянието на преподавателите по здравни грижи за професионалната реализация на студента. Сб. доклади от XII юбилейна национална научна сесия за студенти и преподаватели. Плевен, 2013, 124-129.
3. Гатева Л, Петрова Г. Насоки за развитие на висшето образование по здравни грижи в България. Здр. Мениджмънт, 2005, 5(5), 14.
4. Грозданов И. Организация на дейностите по профилактика и рехабилитация в системата на НОИ, XXVIII международна научна конференция. Стара Загора, 2018.
5. Грозданов И. Състояние и проблеми на организацията на дейностите по профилактика и рехабилитация в системата на НОИ, XXVII международна научна конференция, Стара Загора, 2017.
6. Грозданов И. Протективната роля на физическата активност и промоция на здравето. Европейски стандарти в спортното образование. Враца, 2018.
7. Милчева Х. Взаимоотношенията при обучението в медицински колеж от етико-деонтологичен аспект. Здравни грижи, 2006, (1): 20-26.
8. Митова М, Воденичаров Ц. Педагогически проблеми на медицинското образование. София, График консулт, 1998.
9. Митова М, Младенова С. Методика на практическото обучение на специалистите по здравни грижи. София, Артик 2001, 2008.
10. Попов Т, Христов Ж, Балканска П и др. Медицинска педагогика. Габрово, Експрес, 2010.
11. Христемова Н. Ролята на учителя в реформиращото се образование на 21 век. LITTERA et LINGUA, 2015, 12.
12. Bennett M. Understanding the Students We Teach. J Educat Strateg Issues and Ideas, 2008, 81(6).
13. Dobrilova PP, Yankova GT, Stefanova KS. Nursing and health policy. Int Sci J Science and World, № 11 (51), 2017, 2, 43-46.
14. Dobrilova PP, Dzhiganska TN, Popova IM. Economy of knowledge as measure of the progress in the development of healthcare professionals. J Int Sci Publicn: Economy & Business, 2013, 7(2), 229.
15. Pink D. A whole new mind, 2005.

ИКОНОМИЧЕСКИ АНАЛИЗ НА УНИВЕРСИТЕТСКАТА МНОГОПРОФИЛНА БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ „СВЕТИ ГЕОРГИ“

Н. Семов, Н. Попов

ФОЗ, Медицински университет – София

AN ECONOMIC ANALYSIS OF UNIVERSITY MULTIPROFILE HOSPITAL FOR ACTIVE TREATMENT “SVETI GEORGI”

N. Semov, N. Popov

Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Abstract. The present paper examines the economic analysis of UMBAL "Sveti Georgi" in Plovdiv. The analysis includes the activity of the company during the period 2008 – 2016. We analyze the following financial indexes: revenues, financial results, profitability, EBITDA, liquidity ratios. The study shows that the company has achieved a positive financial result over the nine-year period. On the basis of the analyzed indicators, we can conclude that it has found a market place and is an example of good management.

Key words: hospital, economic analysis, management

Адрес за кореспонденция: Недьо Семов, Катедра „Икономика на здравеопазването“, ФОЗ, Медицински университет, ул. "Бяло море" № 8, 1527 София, e-mail: nedynos@abv.bg

Address for correspondence: Nedyo Semov, Department of Health Economics, Faculty of Public Health, Medical University, 8 Byalomore Str., Bg – 1527 Sofia, e-mail: nedynos@abv.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Икономическият анализ в здравеопазването цели да се установят тенденциите и измененията, както и предизвикалите ги причини и по този начин да се опознае и по-добре да се използва механизмът на действие на икономическите закони, а оттук да се усъвършенства управлението и да се повиши ефективността на осъществяваната стопанска дейност. Икономическият анализ разглежда начина на развитието на икономическите процеси и явления като един непрекъснат процес на количествени промени, преминаващи в нови качествени изменения. Респективно на този закон, анализът дели факторите на количествени и качествени, като при измерване на тяхното влияние най-напред се изследва влиянието на количествените фактори, а влиянието на качествени-

ните фактори се установява върху фактическата основа, създадена от количествените факторни показатели.

АНАЛИЗ

Университетската многопрофилна болница за активно лечение „Свети Георги“ е еднолично акционерно дружество и представлява държавна университетска болница в структурата на Медицинския университет в Пловдив. Днешната УМБАЛ “Свети Георги” има над вековна традиция. Тя е приемник на разкритата веднага след Освобождението през 1879 г. болница на червенокръстната организация “Свети Пантелеймон” – първото крупно болнично заведение в южно-българския регион. От 1945 г. болничната база е обявена за факултетска болница, база за клинич-

но обучение на медицинските кадри към новооткрития Медицински факултет при Пловдивския университет. През следващите години базата на болницата се разширява значително чрез пристрояване и надстрояване на съществуващите корпуси и главно чрез строителство на нови. Разширяването приключва със завършването на блока на хирургичните клиники, аптекния блок, хранителния блок, перилния блок, парната централа и др. върху нов терен на бул. "Пещерско шосе" през 1980 г. Благодарение на значителните валутни постъпления от обучение на чуждестранни студенти тук е доставена медицинска апаратура и техника от най-реномирани западни фирми, която се използва в диагностично-лечебния и образователния процес. Днешната УМБАЛ "Свети Георги" е правопреемник на бившата болнична структура към ВМИ – Пловдив. През август 2000 г. със заповед на министъра на здравеопазването е преобразувана като търговско дружество. Притежава разрешение за осъществяване на лечебна дейност от януари 2001 г. Днешната УМБАЛ „Свети Георги“ е разположена в 2 бази в Пловдив: „Терапевтични клиники“ (на бул. „Васил Априлов“ 15а) и „Хирургичен блок“ (на бул. „Пещерско шосе“ 66), между които съществува 24-часова транспортна връзка за придвижване на болни и лекари консултанти. Болницата разполага с 1435 легла, чиято използваемост достига 80-90%. Всички болнични стаи са оборудвани с телевизор, а в хирургичния блок разполагат със собствен санитарен възел. Във връзка с изпълнение на националните задачи по спешна медицинска помощ болницата се е утвърдила като основен център за обслужване на спешни състояния на болни от града и областите от Южна България. УМБАЛ "Свети Георги" е един от утвърдените центрове, включени в програмата за донорство на органи и тъкани за трансплантация. Тя е и първата болница, сертифицирана по стандарт ISO 9001:2008 през 2008 г.

Анализът на финансовото състояние на това лечебно заведение цели да се оцени възможността на болничната структура да се самофинансира. Анализът е свързан със следенето на икономически и финансови показатели, на базата на които може да се направи заключение за способността на предприятието да поема текущите си задължения и да се развива устойчиво. Резултатите от анализа на финансовото състояние са от интерес най-вече за мениджмънта, за соб-

ствениците и за кредиторите на предприятието, а когато става въпрос за лечебно заведение, и за обществото като цяло. Предвид честите случаи на лечебни заведения, изпитващи сериозни трудности с финансовото обезпечаване на дейността си, както и заплахата от фалит на някои от тях, считаме за необходимо да се анализира финансовото състояние на УМБАЛ "Свети Георги", с цел да се идентифицира обезпечеността с достатъчно ресурси за поддържане и устойчиво развитие на дейността.

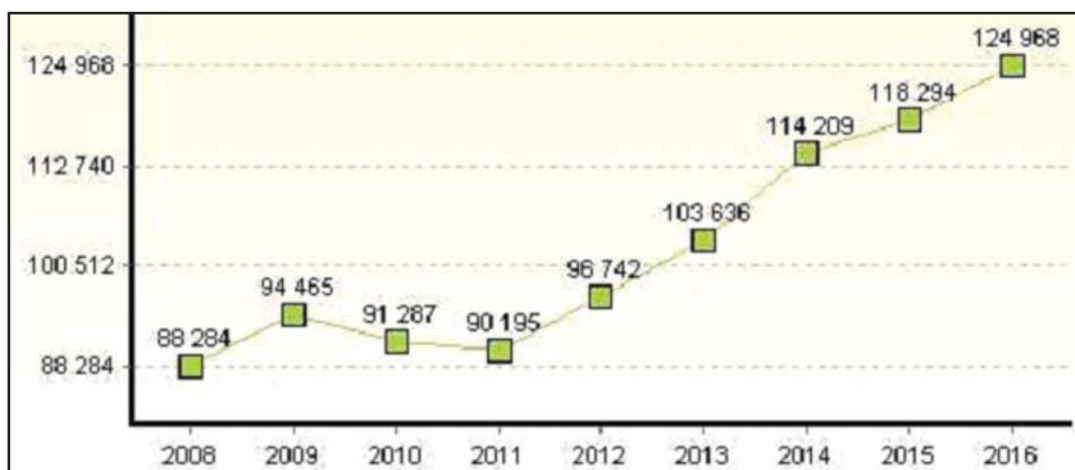
Според критериите – годишен оборот и/или стойност на активите и средносписъчен брой на персонала, УМБАЛ „Св. Георги“ се определя като голямо предприятие.

Важен критерий за дейността на едно дружество е размерът на приходите му (фиг. 1). Именно той показва реалната дейност на дружеството. Нарастването на приходите е основен фактор за подобряване на финансовите резултати на предприятието и затова сме анализирали размера и растежа на структурата във времето въз основа на нейните приходи. Това е основният показател за здравето на бизнеса и неговата способност да намира и монетизира търсенето в индустрията си. Всяко предприятие търси ръст на приходите, по-възможност над средното за конкурентите и сектора като цяло. Проблемите с ръста са едни от първите индикатори за:

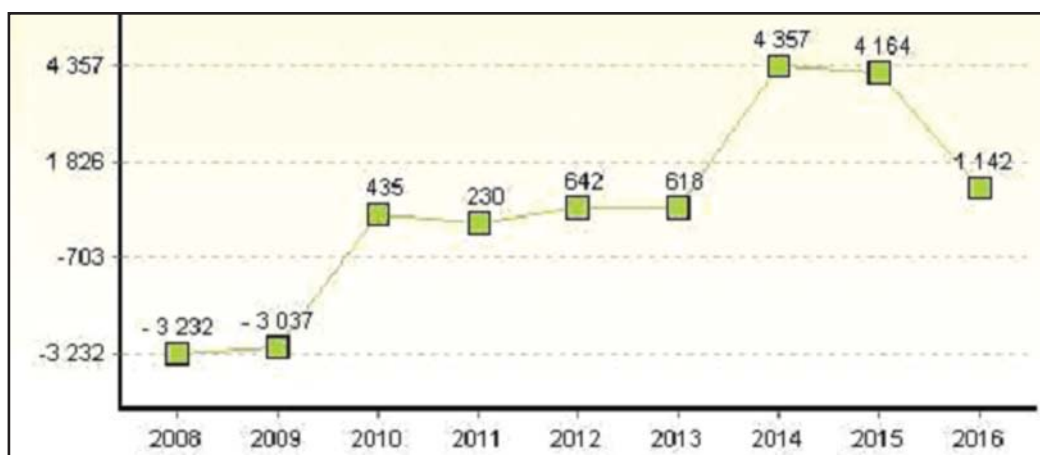
- а) слаба конкурентна позиция;
- б) свиващо се търсене на пазара и/или
- в) неумение на структурата да изпълнява оперативна своята стратегия.

Анализът на ефективността показва способността на структурата да създава добавена стойност на пазара. С други думи, дали на "изхода" тя успява да реализира приходи, които надминават по стойност всички материали, труд, разходи за финансиране и т.н., които са „влезли през входа“ на предприятието. Нетната печалба е най-важният показател за това, тъй като представлява крайният резултат от дейността на предприятието. Тази печалба е на разположение на собствениците за реинвестиране в бизнеса или за разпределение като дивиденди и е основният мотив за развитие на бизнеса или за пренасочване на капитала към други дейности с по-висока добавена стойност.

Нетната печалба обикновено се следи като процент от приходите, но също така е важно да се знае и като абсолютна стойност (фиг. 1 и 2). Две структу-



Фиг. 1. Приходи на УМБАЛ "Свети Георги"



Фиг. 2. Нетна печалба на УМБАЛ "Свети Георги" в хил. лева

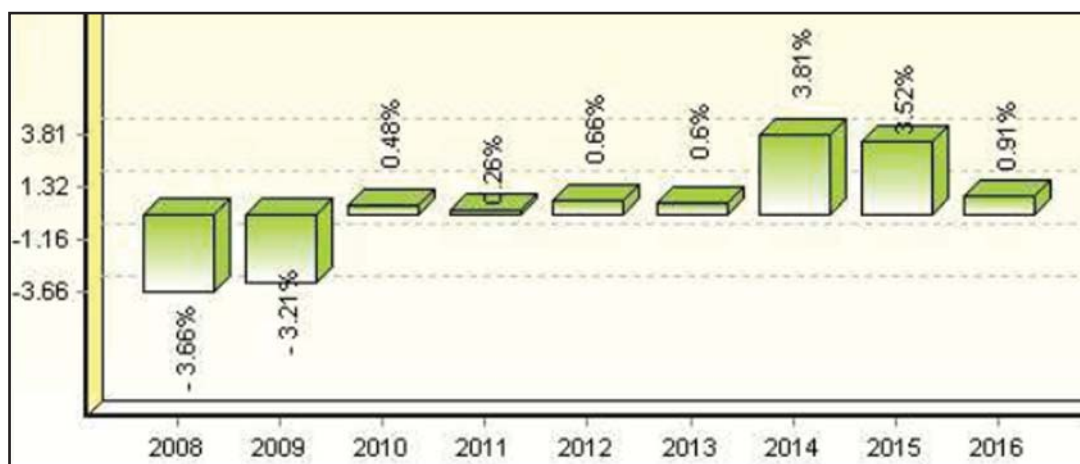
ри с еднакъв процент печалба могат да имат съвсем различен капацитет за нови инвестиции.

Собственият капитал на компанията е текущата сума на парите, които са вложени, включително и реинвестираната печалба, от нейните собственици. Възвръщаемостта на капитала показва каква стойност се генерира срещу всеки вложен лев. Пред всеки инвеститор стоят различни алтернативи за влагане на неговите финансови средства. Възвръщаемостта е изключително важен показател, който формира инвестиционните решения.

Екипът от служители на компанията и неговата организация на работа са от голямо значение за ефективността. По-ефективните компании успяват да постигнат повече с по-малко. Този показател позволява откриването на интересни разлики между две компании с подобна дейност, но с различен размер. Би трябвало във всеки бизнес по-големите компании да имат икономии

в съответствие с мащаба си и да имат по-високи приходи на служител, но това невинаги е така на практика. Той е особено важен при анализа на компании, в които активите, записани в баланса, не са от голямо значение за генериране на приходи, защото се разчита повече на екипа или на технологиите (фиг. 5).

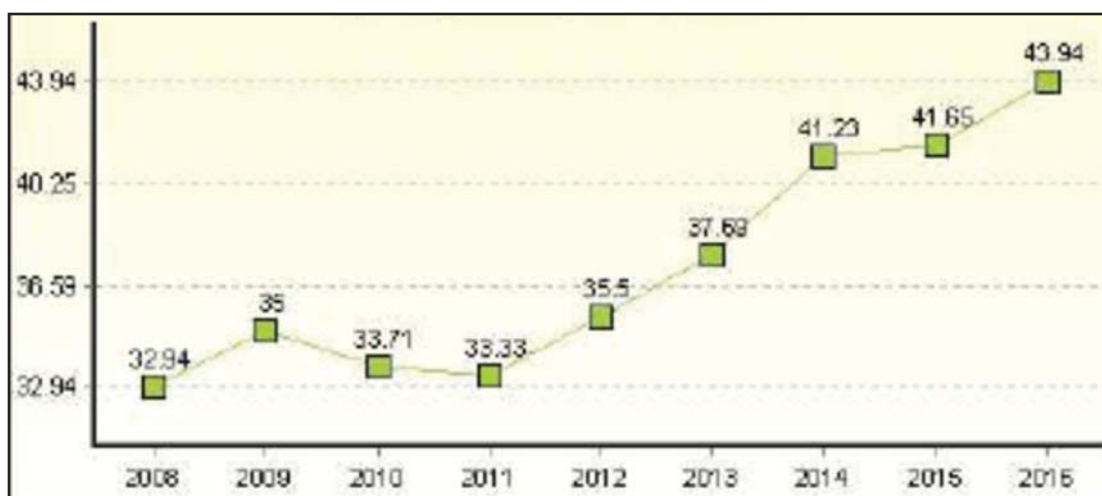
Показателят активи на един служител показва как са разпределени основните ресурси на компанията – служителите и общата сума на активите. С други думи, колко машини, инструменти, сгради, работен капитал и т.н., измерени в лева, са нужни на всеки служител, за да си върши работата. Ниската стойност на този показател може да е индикатор на ефективна работа, но също така може да показва и прекалено голям брой служители. Затова показателят трябва задължително да се разглежда заедно с останалите измерители за ефективност в тази секция.



Фиг. 3. Нетна печалба на УМБАЛ “Свети Георги” в %



Фиг. 4. Възвръщаемост на капитала на УМБАЛ “Свети Георги”



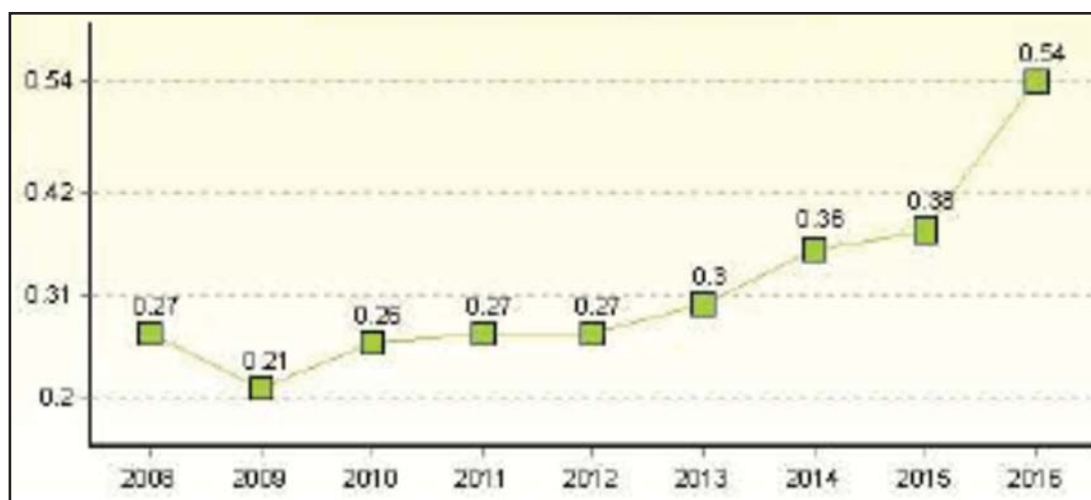
Фиг. 5. Приходи на служител в УМБАЛ “Свети Георги” в хил. лева



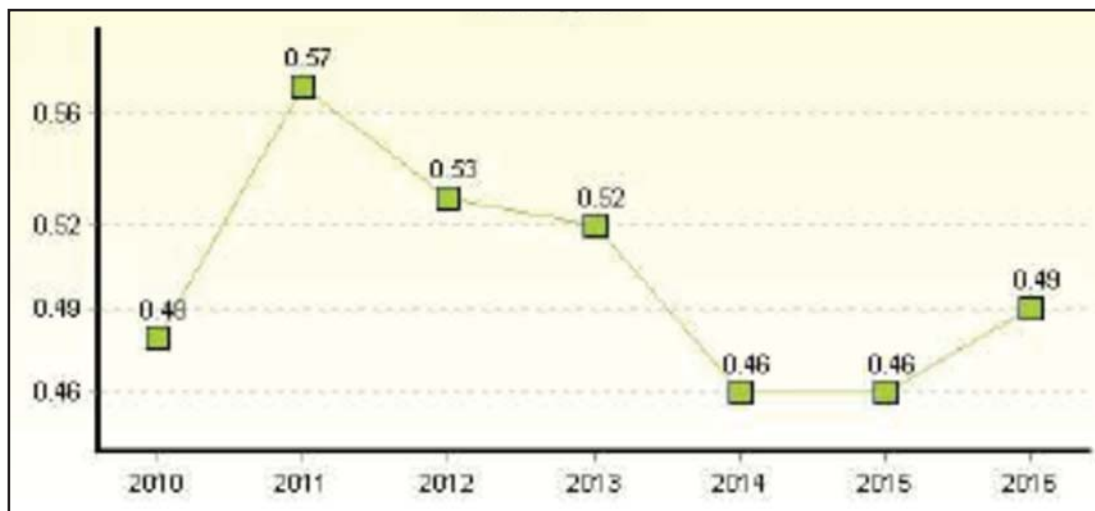
Фиг. 6. Активи на служител за УМБАЛ "Свети Георги" в хил. лева



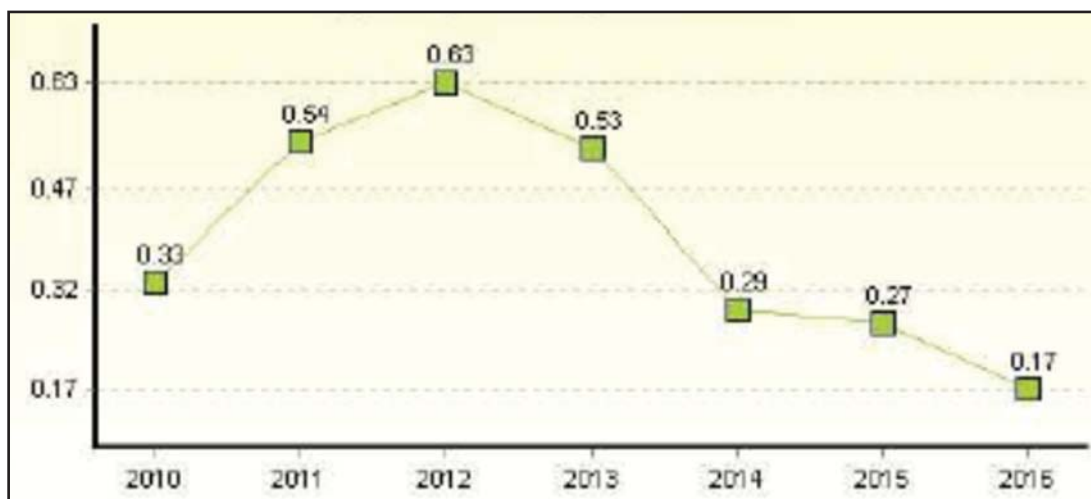
Фиг. 7. Ефективност на приходите (ЕБИДТА) на УМБАЛ "Свети Георги"



Фиг. 8. Задлъжнялост на УМБАЛ "Свети Георги" – собствен капитал спрямо активи



Фиг. 9. Ликвидност на УМБАЛ "Свети Георги"



Фиг. 10. Дългосрочна задлъжнялост на УМБАЛ "Свети Георги"

Освен нетната печалба, другият много използван измерител на ефективността е печалбата преди разходи за лихви, данъци и амортизация (англ. EBITDA). Предимството на EBITDA е, че изчиства ефекта от няколко фактора, които не са изцяло под влиянието на управленския екип. Това позволява да се направи по-обективна оценка на успеха на този екип. Премахването на тези фактори позволява и по-добро сравнение на няколко компании за способността им да извличат стойност от пазара.

Показателят задлъжнялост разкрива доколко активите на структурата са финансирани със собствен капитал от собствениците или чрез други източници, например краткосрочни задължения към доставчици или банков кредит. По-добре

управляваните бизнеси успяват да използват не само собствен капитал за финансиране, а и другите алтернативи, които често са по-евтини. Прекаленото привличане на средства от такива източници обаче повишава риска от фалит, защото бизнесът трябва да може да обслужва разходите, свързани с тези източници на средства. Ето защо и този показател е сред най-важните индикатори за възможността на компанията да посрещта своите задължения.

Ликвидността показва способността на структурата да посрещне текущите си задължения с текущите активи, т.е. дали тя е ликвидна. Това съотношение е много съществен показател, защото компаниите фалират, когато не могат да посрещат краткосрочните, а не дългосрочните си

задължения. Когато показателят е по-малък от 1, съществуват потенциални проблеми пред компанията, които следва да се изследват по-задълбочено (фиг. 9).

Дългосрочната задължнялост разкрива съотношението между дългосрочното финансиране на компанията и собствения капитал. Това е важен показател за банки и други институции, които предлагат дългосрочно финансиране. Задължнялостта варира много между секторите и затова трябва винаги да се разглежда в сравнение. По-високите нива на дълг съпровождат по-високи очаквания за бъдеща печалба, която да покрие разходите по финансирането и изплащането на главницата.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От направения финансов анализ можем да заключим, че УМБАЛ „Св. Георги“ е дружество, което е утвърден участник на пазара на болнични

услуги. Според критериите – годишен оборот и/или стойност на активите и средносписъчен брой на персонала, то се определя като голямо предприятие. Дружеството постига положителен финансов резултат през проучвания деветгодишен период. Налице са трайни тенденции и на базата на анализирания показател можем да заключим, че УМБАЛ „Св. Георги“ е водеща на пазара на здравни услуги и показва добро управление на ресурсите.

Библиография

1. Вълева К. Финансово управление на предприятието. <http://kvaleva.com/>
2. Димитров Г. Организация и финансиране на здравната система. ВУЗФ, 2014.
3. Закон за лечебните заведения.
4. Златанова Т, Петрова-Готова Цв, Попов Н, Щерева-Тзунни Д, Янева Р. Икономика на здравеопазването. София, ГорексПрес, 2017.
5. <https://www.unihosp.com/>

СБОРНИК ДОКЛАДИ ОТ ВТОРА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ:
„ЗДРАВЕТО – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО ПРЕД ПРОФЕСИОНАЛИСТИТЕ
ПО ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“, ВРАЦА, 2018

ISBN 978-619-7491-04-3

Стилова редакция и корекции *Св. Цветанова и Д. Танчева*

Редакция на англ. резюмета *В. Колев*
Страниране *О. Маркова*

Медицински университет – София
Централна медицинска библиотека
1431 София, ул. "Св. Г. Софийски" № 1