

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

ИВАЙЛА КИРИЛОВА ГЕОРГИЕВА

**МАРКЕТИНГ В ТРУДОВАТА МЕДИЦИНА –
ПСИХОЛОГИЧНИ И СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ**

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

**ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН
„ДОКТОР“**

Област на висше образование: 7. Здравеопазване и спорт

Професионално направление: 7.4. Обществено здраве

Докторска програма: „Хигиена

(трудова, комунална, училищна, радиационна и др)“

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:

ДОЦ. МИЛЕНА ГЕОРГИЕВА ЯНЧЕВА-СТОЙЧЕВА, ДМ

РЕЦЕНЗЕНТИ

ПРОФ. Д-Р НЕВЕНА КОСТОВА ЦАЧЕВА-ХРИСТОВА, ДМН

ПРОФ. Д-Р АДА ИВАНОВА БАЙНОВА, ДМН

София, 2020 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	1
I. ПЪРВА ГЛАВА ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	3
I.1. Същност на маркетинга. Етапи в развитието на маркетинговата теория и практика	3
Понятие за маркетинг като процес на управление.....	5
Фази в развитието на маркетинга.....	6
Маркетингови стратегии.....	10
Видове маркетингови модели.....	11
Маркетинг в сферата на здравеопазването.....	13
I.2. Маркетинг в трудова медицина – социални и психологични аспекти	17
Трудова дейност, компоненти и методи за оценка на здравето в страните от Европейския съюз.....	20
I.3. Злокачествени хематологични заболявания в детска възраст	21
Левкемии.....	21
Остра лимфобластна левкемия.....	21
Съвременна концепция на водещите интернационални терапевтични групи при лечението на острата лимфобластна левкемия.....	22
Остра миелобластна левкемия.....	23
Лечение на остра миелобластна левкемия.....	24
Лимфоми.....	24
Характерика на злокачествените новообразувания в детска възраст.....	24
Солидни злокачествени тумори.....	26
Химиотерапия при солидни злокачествени тумори.....	31
I.4. Психологични проблеми при с онкоболни деца	31
Преглед на историческите аспекти при формиране на представите за смъртта през възрастовите периоди детство и юношество.....	35
II. ВТОРА ГЛАВА МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО	44
II.1. Дизайн на научното изследване	44
Тема, предмет, време, обект, цел, задачи, хипотези на научното изследване.....	44

II.2. Изследователски методи.....	49
Анкетни методи на емпиричното изследване.....	49
Анкетна карта за родители.....	49
Социологическо изследване чрез Въпросник сред работодатели.....	50
Психологическите тестове като метод на емпиричното изследване за оценка на психичното състояние и елементи от работоспособността на родители на онкоболни деца.....	51
Въпросник за оценка на тревожността като състояние или черта с Българска адаптация на Димитър Щетински и Иван Паспаланов.....	54
Невропсихологичен Тест на Бентън за краткосрочно визуално запомняне.....	56
II.4. Методи на експертната оценка.....	58
Статистически методи.....	58
Методи за обработка и анализ на резултатите от изследването.....	61
III. ТРЕТА ГЛАВА РЕЗУЛТАТИ.....	62
III.1. Сравнителен анализ на медико-статистическите показатели за преминалите онкоболни деца през трите центъра за Р България за 2017/2018 г.....	62
III.2. Резултати от Анкетна карта за родители на пациенти с онкохематологични заболявания.....	74
III.3. Резултати от социологическо изследване сред работодатели.....	101
III. 4. Проверка на статистически хипотези.....	111
Анкетна карта за родители.....	111
Въпросник за работодатели.....	119
STAI-Y Въпросник за оценка на тревожността като състояние или черта.....	124
Невро-психологичен Тест на Бентън.....	131
IV. ЧЕТВЪРТА ГЛАВА ОБСЪЖДАНЕ.....	141
V. ПЕТА ГЛАВА ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ.....	154
Изводи.....	156
Препоръки към медицинската и психологическа практика.....	160
Публикации във връзка с дисертационния труд.....	162
Участия в научни конгреси, конференции и симпозиуми.....	163
БИБЛИОГРАФИЯ, ПРИЛОЖЕНИЯ	

СПИСЪК СЪС СЪКРАЩЕНИЯ

Съкращения на български език:

АД - Акционерно дружество

ДЗЗД - Дружество по закона за задълженията и договорите

ЕООД - Еднолично дружество с ограничена отговорност

ЕТ - Едноличен търговец

ЗБУТ – Здравословни и безопасни условия на труд

КДКХО – Клиника по детска клинична хематология и онкология

НПО - Национална неправителствена организация

ООД - Дружество с ограничена отговорност

СЗО - Световна здравна организация

УМБАЛ – Университетска многопрофилна болница за активно лечение

ЦНС – централна нервна система

Съкращения на английски език:

ALL – остра лимфобластна левкемия

AML – остра миелобластна левкемия

BFM, COG, NOPNO - водещи интернационални групи при лечение на деца със злокачествени заболявания

BVRT - Невро-психологичен Тест на Бентън за краткосрочно визуално запомняне

CEBM - Оксфордския център за медицина, основана на доказателства

ESMO - Европейска асоциация за медицинска онкология

ILO - Международна организация на труда

NHL – Неходжкинов лимфом

OSHA – Европейска агенция за безопасност и здраве

SPSS – Програмен продукт за обработка и анализ на данни, в който са вградени и формални и съдържателни технологии, позволяващи изучаването на явления от масовиден тип

(STAI-Y) - Въпросник за оценка на тревожността като състояние или черта на Чарлс Спийлбъргър, **(STAI - Form Y-1)** – форма 1 - за оценка на ситуативна тревожност; **(STAI - Form Y-2)** - форма 2 - за оценка на личностна тревожност

”Целта на маркетинга е да познава и разбира клиента толкова добре, че продуктът или услугата да му пасва и да се продава от само себе си.”

Питър Дракър

„Хората купуват доверие, преди да купят стока.“

Марк Стивънс

“...болниците са създадени да приемат бедни и странни хора, от което и поданичество да са били, без разлика по вяра и народност и от който и град или градец да са.”

Из текста на запазени печатни бланки на болницата в Тулча, една от първите граждански болници в Османската империя в края на 50-те години на XIX век

„В съвременното общество децата трябва да имат по-добро качество на живот от своите родители; трябва да добруват повече и да боледуват по-малко от тях; трябва да стареят след тях и не трябва да умират преди тях. Родителството е дейност в настоящето, насочена към бъдещето с очакване за възнаграждение. Родителите каляват и възпитават телата и умовете на децата си, за да растат те здрави и способни. Когато детето им се разболее или умре, главната им житейска инвестиция е загубена и те претърпяват емоционален, а много често и финансов банкрут, защото загубват работата си в дългата битка с болестта, грижейки се ежедневно за пациента. И тъй като първостепенна задача на родителството е отглеждане и защита на детето, неговата болест или смърт се възприемат като провал. Вътрешната мощ на родителския „Аз” е подкопана и ако не рухне, тя неизменно накланя към самообвинение, за което компенсации и давност няма!“

Доц. д-р Силвия Шопова

„Генетика в помощ на клиничната психология и специална педагогика”,

ВЪВЕДЕНИЕ

В триадата *маркетингово планиране, трудова медицина, центрове за активно лечение на деца с онкохематологични заболявания* е необходимо използването на *маркетингови инструменти* за постигане на конкурентност и високо качество на здравните грижи. Целта на *маркетинга* е да познава и разбира клиента толкова добре, че продукта или услугата да пасва и да се продава успешно на пазара. ^[49] Съгласно *маркетинговата концепция*, основната фирмена цел следва да бъде удовлетворяване на потребителите, а не максимизиране на печалбата. С други думи, фирмите трябва да бъдат *потребителски ориентирани*, да се *опитват да разберат потребителските изисквания* и да се *стремят да ги удовлетворяват - бързо и ефикасно*, за да има полза и за двата компонета - *потребител* и *фирма*. Това налага всяка организация, занимаваща се с *маркетингови изследвания* да събира информация за потребителските/пациентските нужди, да я обработва в маркетинговото “*know-how*”, което да подпомага ефикасното им удовлетворяване. ^[11] В настоящия научен труд е направен опит да бъдат представени *еволюцията и тенденциите в развитието на маркетинговите концепции през 21. век*. Прегледът на литературата е фокусиран върху публикационната активност по теми, засягащи стратегическия маркетинг в *здравеопазването* и *трудова медицина* за периода от 2000-та година до сега, с акцент върху последните *пет* години. ^[105] Стремешът на автора е резултатите от проведените за *целта* на научния труд емпирични изследвания, хипотези и заключения да бъдат дискутирани и съпоставени с публикации от съвременната литература, без да се пренебрегват по-стари, но основополагащи източници, считани за „златен стандарт“ в терминологията и областта. ^[57]

Онкохематологичните заболявания в детска възраст заемат *второ място в структурата на детската смъртност* след злополуките. ^[25, 35, 43] В световен мащаб разходите на семействата и болничните центрове за медикаменти и придружаващи грижи при лечението на онкологично болни пациенти непрекъснато нарастват, което превръща темата на настоящия дисертационен труд в изключително значима и актуална. Представените обобщени резултати и данни от проучвания на български, английски, руски и френски автори, съпоставени с емпиричните проучвания би следвало да дадат обобщена оценка за психичното здраве, развитие и преживяемост на деца със злокачествени

заболявания, лекувани и проследявани както и в *трите центъра за лечение на деца в Р България – в София, Варна и Пловдив*, така и в международни клинични центрове. [22, 87, 107, 114, 139] Според проучените източници, собствени и в съавторство изследвания, [16, 64, 65, 77, 106] откритата комуникация води до по-ефективна взаимна подкрепа и по-добро психо-социално функциониране на засегнатите от болестта семейства. *Диагнозата за злокачествено заболяване в детска възраст* е тежка психотравма, която поставя редица психологични и *социални проблеми* пред болния и близките. [18, 20, 26, 27, 65, 102, 142] Обзорът на научната литература представя проучвания, собствен и в съавторство, опит на автора по малко познатите у нас, *но значими проблеми като: загуба на работоспособност или невъзможност за извършване на елементи от трудовия процес, пряк резултат от невъзможността за справяне със стреса от диагнозата при родители на педиатрични онкологични пациенти*. [150, 151] Комплексното лечение при деца със злокачествени заболявания и психо-социална подкрепа на семействата включват не само клинични, но и трудово-правни елементи, запознаване със законовата и нормативна база, консултиране и участие на младежи и близки в кариерни обучения, включване в социално-терапевтични програми за родителите, рехабилитационни лагери и др. [36, 37, 38, 39, 41, 42, 147] Общеизвестно е, че въпреки постигнатите резултати в лечението на *малигнените заболявания*, те се възприемат като „най-страшната болест“, с възможен *фатален изход*, което предизвиква множество психо-социални проблеми във фамилното функциониране. [13, 14, 62, 77, 80] Въпреки емоционалната трудност *децата с онкохематологични заболявания* да бъдат определяни като „брой“ пациенти, а родителите като „клиенти“, тази терминология е утвърдена в международния *стандарт за управление на качеството EN ISO 9001: 2000* и в аспекта на *маркетинга*. [53, 60] Комплексно лечение на злокачествени заболявания при деца между кърмаческа и 18 - годишна възраст налага възприемането на процесен подход за *разработване и внедряване на ефикасна система за оценка и управление на психичното здраве, работоспособност и възможност за професионална реализация на родители от трите центъра за лечение на деца в страната, намиращи се в градовете София, Варна и Пловдив*. Включването на такъв тип услуга и измервания ще гарантира подобряване не само на *качеството на здравното обслужване*, но ще доведе и до *нарастване удовлетвореността на пациентите* в съответствие със съвременните стандарти при лечението на социално значимата група заболявания, каквито са онкологичните.

I. ПЪРВА ГЛАВА ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

I.1. Същност на маркетинга. Етапи в развитието на маркетинговата теория и практика

Маркетингът засяга интересите на всеки от нас, всеки ден от нашия живот, но какво стои зад това понятие? Наименованието произхожда от английската дума “*market*” (пазар). Научно-техническият прогрес в края на 19-ти и началото на 20-ти век и свързаното с него развитие на различни индустрии и браншове неизбежно водят не само до развитие на пазарите на различни продукти, но и до нарастване на потребителските предпочитания и изисквания. [9, 60, 53] По тази причина, наред с многообразието от управленски концепции и школи навлизат и научните концепции за практическото приложение на *маркетинга*. Елементи на *маркетинг* се срещат още в най-ранните форми на пазарна организация на стопанството, за което е характерно стоковото производство и обмен. [53, 60, 64, 144] Произходът на *маркетинга* можем да търсим в Древен Рим, където са били използвани механизми като: *стимулиране на продажбите, реклама и дори методи като връзки с обществеността*. В световната практика *маркетингът* също е обобщен резултат на многогодишната еволюция във възгледите на мениджърите за целите, намеренията и методите в развитието на производството и пласмента. *Адам Смит* в труда си “*Богатство на обществото*” през 1776 г. пише, че „*потреблението е единствената крайна цел на производството*“, като има предвид това, което на по-късен етап се нарича *маркетинг*. [100, 101]

Терминът “*маркетинг*” възниква в САЩ в край на XIX век, но се разглежда като водеща функция на управлението след 1950 г. [9, 123, 125, 126] В обобщен и съкратен вид, историята на маркетинга може да се представи в табличен вид – *Таблица 1*. [29, 47]

<i>Исторически етапи:</i>	<i>Характеристики:</i>
1. Бартерна ера	<i>Самозадоволяване;</i>
	<i>Натурално стоково стопанство;</i>
	<i>Зареждане на стоково-паричните отношения</i>
2. Производствена ера (около 1650 г.)	<i>Търсенето надхвърля предлагането;</i>
	<i>Обособяват се търговски отдели и фирми;</i>
	<i>Производителите диктуват условията за размяна.</i>
	<i>Търсенето и предлагането са в динамично равновесие;</i>

3. Търговска ера (до средата на XIX в.)	<i>Относително слаба конкуренция;</i>
	<i>Обособяват се първите отдели по маркетинг и реклама;</i>
	<i>Търговските отдели са най-важните във фирмата;</i>
	<i>Производителите често успяват да се наложат за стратегията и плановете на фирмата.</i>
4. Ранна маркетингова ера (1940 - 1970 г.)	<i>Предлагането надхвърля търсенето;</i>
	<i>Силна конкуренция;</i>
5. Късна маркетингова ера (1970 - 1990 г.)	<i>Стратегията и плановете на фирмата се формират основно от търговските служби при силно влияние на отделите по маркетинг и иновация.</i>
	<i>Предлагането надхвърля силно търсенето;</i>
	<i>Не е проблем в кратък срок да се произведе всичко, за което има търсене;</i>
6. Социално отговорен маркетинг (от 1966 г. и в наши дни)	<i>Стратегиите и плановете на фирмите целят управление на търсенето и предлагането с методи и средства на маркетинга.</i>
	<i>Маркетингът трябва да постигне единство на интересите на фирмата, потребителите и обществото като цяло;</i>
	<i>При конфликт на интереси социалната отговорност е приоритет пред печалбата”.</i>

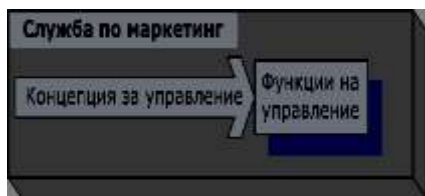
Като стройно организирана наука **маркетинга** започва да се преподава в някои американски университети от 1902 г., под формата на **курс лекции по рационална организация на стоковото обръщение**. В този и следващите периоди **маркетингът** се свързва главно с пласмента, продажбите и рекламата. Основният проблем на предприемаческата дейност през този период, формулиран от американските икономисти е организация на пласмента, с цел повишаване продажбите на произведения продукт. В по-късните периоди, характеризиращи се с други икономически условия, **маркетингът** изчерпва своите възможности като пласментно ориентирана теория и практика. [9, 53] Кризата на свръхпроизводство (от гледна точка на търсенето на пазара) от 1929-1933 г. дава основание на икономистите да направят извода, че подобно разбиране за съдържанието на **маркетинга** е много ограничено и не може да ползва повече стопанската практика. Става ясно, че продажбите са само част от възпроизводствения процес и само **една** от функциите на **маркетинга**. Налага се извода, че продажбите биха се осъществявали много по-успешно,

ако в предхождащите етапи на възпроизводствения процес в една стопанска единица се вземат предвид изискванията на крайния потребител на продукта. Както в практиката, така и в теорията, се достига до извода, че ако **маркетингът успешно идентифицира човешките нужди, формулира идея за съответен продукт, цена, начин на предлагането и подпомагането му**, то не само продажбите ще се осъществяват по-лесно, но всички **маркетингови дейности** ще бъдат по-ефективни. ^[9, 49, 53, 60] С развитието и нарастването на значението на **маркетинга** за стопанската практика, започва и създаването на съответните институционални форми за научни изследвания и теоретични обобщения – институти, центрове, асоциации, катедри и др.

Понятие за маркетинг като процес на управление

Като наука и практика **маркетингът** не се занимава само с пазара на продуктите на дадена фирма или организация, а обхваща много по-широка гама от дейности, чрез които тя да се приспособи към конкурентната пазарна рамка. ^[9, 49, 53] В съвременната теория и практика преобладава становището, че определението на **Филип Котлър**, че: **“маркетингът е социален и управленски процес, при който индивидите или групите получават това, от което имат нужда и потребност чрез обмен на продукти и стойности помежду си”** е най-прецизно. В днешния си вид **маркетингът** е резултат на продължителна еволюция. В процеса на развитие на науката и практиката той е определян различно: от **функция на управлението, философия на бизнеса, процес на планиране и осъществяване на замисъл**, като **процес на ценообразуване, придвижване и реализация на идеи, стоки и услуги**, също и **управленски подход** или **съвкупност от дейности**, обхващащи целия **процес на привеждане на ресурсите** на фирма/предприятие в съответствие с изискванията на пазара до - **изкуство**. Изкуството, да създаваш и удовлетворяваш клиенти. ^[9, 111, 112, 113] Съгласно определението на **Американската маркетингова асоциация**: **“Маркетингът** е процес на планиране и изпълнение на концепции за ценообразуване, придвижване и дистрибуция на идеи, стоки и услуги с цел създаване, изменение и удовлетворение на индивидуални и организационни цели.“ **Маркетингът**, според определението на **Джеск Траут** е: **„намиране на идеи за начина на продажба на стоки и услуги с реализиране на съответна печалба“**. ^[83, 84] **Концепцията на управление на маркетинга** представена на **Фигура 1.** и **Фигура 2.** (**Филева, П., Тужаров, Хр., „Тотално управление на качеството или Новата философия на бизнеса“**, 2007г.) показва

съвременния модел, налагащ всяка компания да разглежда **потреблението** като “демократичен” процес, при който потребителите имат право да “**гласуват**” с парите си за необходимия им продукт. [64]

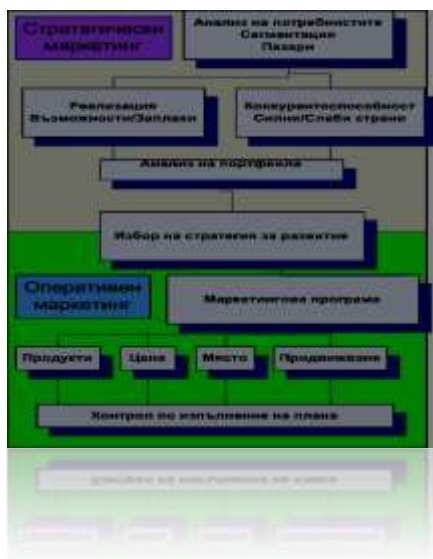


Фигура 1.

Концепция на управление на маркетинга [64]

Фигура 2. Основни действия при маркетинга: [64]

1. Обработка информацията, постъпваща от пазара и производствените звена;
2. Приема решения на база анализа на тази информация;
3. Решава въпроси за необходимостта, рентабилността и целесъобразността от производство на един или друг продукт.



Функциите на управление на маркетинга служат за организация и управление на производствената и пласментна дейност на компанията, с цел удовлетворяване търсенето на продукция и услуги и получаване на печалба.

Службата по маркетинг е мозъчният център на всяко предприятие.

Към основните принципи на маркетинга се отнасят:

Първи и основополагащ принцип на **маркетинга** е: направата на щателен отчет на потребностите, състоянието и динамиката на търсенето и пазарната среда при приемане на икономически решения, а задачата е да се разбере какво точно искат потребителите? **Втората стъпка** е в посока създаване на условия за максимално приспособяване на производството към изискванията на пазара и към структурата на търсене, а задачата - да се изхожда не от кратковременна изгода, а от дългосрочна перспектива. **Третата стъпка** е да бъде да се направена оценка на въздействието върху купувача с всички достъпни средства, като тук задачата е – да бъдат използвани оптимално и гъвкаво **рекламата, ценовата политика и пазарната инфраструктура**. [64]

Фази в развитието на маркетинга

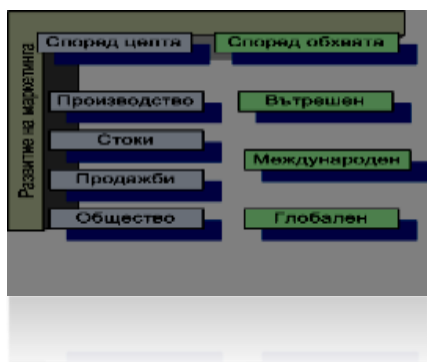
Филип Котлър – икономист, лидер на съвременния маркетинг



На *Фигура 3.* е представено развитието на маркетинга според *Филип Котлър* (род.1931 г., Чикаго, САЩ), който се счита и за основоположник на съвременния маркетинг. (*Управление на маркетинга – структура на управлението на пазарното предлагане, София, Класика и стил, 2002, с.9*),

Той е сред най-изтъкнатите съвременни учени-икономисти и всепризнат лидер в маркетинга.

Котлър, Ф. отбелязва, че „*Маркетингът* има следните *фази на развитие*:



Фигура 3. Фази на развитие на маркетинга ^[64]

Първа фаза: Развитие на маркетинга според целта.

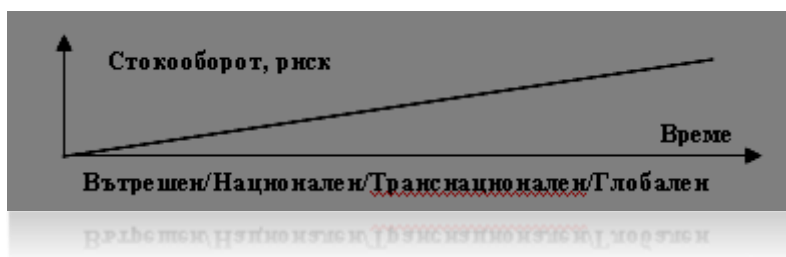
- **Концепцията за усъвършенстване на производството** се базира на предразположението на потребителите към широко разпространени и достъпни по цена стоки. Тя изисква усъвършенстване на производството.

- **Концепцията за усъвършенстване на стоките**

предполага, че потребителят се интересува от стоки с високо качество.

- **Концепция за интензификации на продажбите** означава, че за достигане определено ниво на реализация са необходими интензивни мероприятия в областта на пласмента на стоките.
- **Маркетинговата концепция** представлява откриването на съществуващи нужди и потребности в целеви пазари и тяхното удовлетворяване чрез по-ефективни от конкурентните подходи. Маркетинговата концепция съчетава баланса на двата ключови фактора: *печалба на компанията* и *удовлетворяване на потребителите*.
- **Концепцията на социално-етичния маркетинг** е *маркетинговата концепция*, която включва интересите на обществото като цяло. Тя балансира трите фактора: *печалба на компанията*, *потребностите на потребителите* и *интереси на обществото*.

Втора фаза: Развитие на маркетинга според обхвата.



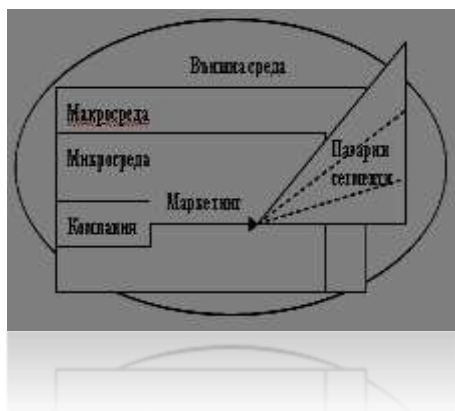
Фигура 4.

На *Фигура 4.* ^[64] са представени ключовите понятия в развитието на *маркетинга* според обхвата му, като на

абцисната ос са изброени последователно:

Вътрешният маркетинг, който обхваща дейността на компанията в рамките на едно селище или на определена област;

Националният маркетинг, който показва разрастващата се дейност на компанията и обхващането на цялата страна; **Транснационален маркетинг**, започващ с експортна дейност, преминаващ през създаване на дъщерни фирми и филиали в отделни страни и завършващ с международни корпорации с филиали по целия свят и изграждане на штаб-квартира в една страна; **Глобалният маркетинг**, който предполага свободното движение на материални ценности, работна сила и капитали по целия свят, бърз обмен на информация, липса на разлика между пазарите на отделните страни и унифициране на пласментната и маркетингова дейност. [9, 53, 64]



Фигура 5. Бизнес среда на маркетинга [64]

На Фигура 5. е представена бизнес средата на маркетинга с нейните основни компоненти:

1. Микросреда или **среда на пряко въздействие**, включваща в състава си съвкупност от субекти и фактори, непосредствено въздействащи на възможностите на организацията да обслужва своите потребителите - самата компания, доставчиците, маркетинговите посредници, клиентите, банки, масмедии и правителствени организации. **2. Макросреда** на маркетинга или **среда на косвено въздействие**, т.е. съвкупността от крупни обществени и природни фактори, които въздействат косвено на всички субекти на микросредата – политически, правови, научно-технически, културни и природни. Кои са факторите въздействащи върху **маркетинга**?

► **Политически фактори:**

- Ниво на стабилност и политическата обстановка;
- Защита на предприемачите от държавата;
- Отношение към различните форми на собственост.

► **Социално-икономически фактори:**

- Жизнен стандарт на населението;
- Покупателна способност на отделните слоеве на населението;
- Демографски процеси;

- Стабилност на финансовата система;
- Инфлационни процеси.

► **Правовите фактори и маркетинга включват:** Законодателната система едновременно с нормативните документи по защита на околната среда, стандартите в областта на производството и потреблението.

► **Научно-техническите фактори на маркетинга** са възможностите за производство на нова продукция и осъществяване на маркетингова дейност в съответствие със съвременните научно-технически постижения или: информатизация на компанията, реклама чрез Интернет и използването на съвременни технологии в процесите на взаимодействие с клиентите.

► **Културни фактори и маркетинг** - така наречените *културни фактори* на маркетинга понякога могат да оказват също значително влияние върху него, тъй като предпочитанията на потребителите могат да се основават единствено на културните традиции на компанията, на които от своя страна също силно влияние историческите и географски фактори.

► **Природните фактори:** характеризират наличието на природни ресурси и състоянието на природната среда.



Фигура б.

Класификацията на маркетинга [9, 53, 64]

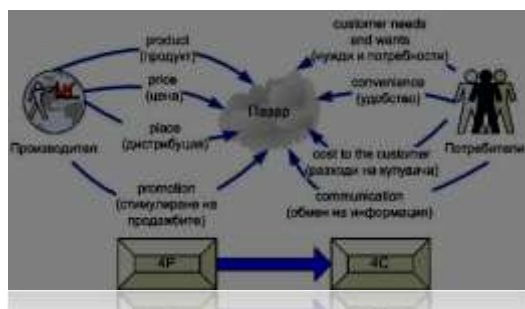
Класификацията на *маркетинга*, представена на *Фигура б.* е показателна относно различните видове *маркетинг* и използването на различни подходи и средства при организацията на каналите за продажба, изграждане на инфраструктура и реклама.

В *зависимост от вида на продукта, маркетингът* също се разделя на няколко вида: *маркетинг* на стоки с производствено-техническо назначение; *маркетинг* на потребителски стоки и *маркетинг* на услуги. В *зависимост от търсенето маркетингът* се разделя на: *Конверсионен маркетинг*, който се използва при отрицателно търсене и за който е необходима е разработка на *маркетингов план* за намиране на механизми, чрез които да се увеличи търсенето на продукта. *Стимулиращ маркетинг*, с приложение при

незаинтересованост от страна на потребителите от даден продукт или услуга. (в този случай е необходимо е да се изяснят причините за тази незаинтересованост и да се предприемат мерки за тяхното преодоляване.) **Развиващ се маркетинг**, който се използва при оформяне на търсенето или в случаите, когато е налице потенциално търсене на нещо, което още не съществува като продукт или услуга. Потенциалното търсене би трябвало да се превърне в бързи срокове в реално предлагане. **Ремаркетинг**, който се прилага при снижение в търсенето на продукт, във връзка с навлизането му в определен период на жизнения цикъл. (Необходимо е да се модернизира продукта чрез прибавяне на нови пазарни стойности.) **Синхромаркетингът** се използва в условия на колебливо търсене, с цел стабилизация на продажбите. **Поддържащият маркетинг** намира приложение, когато нивото и структурата на търсенето напълно съответстват на нивото и структурата на предлагането. Допълнително е необходимо да се направи анализ на ценовата политика и да се осъществи реклама. **Демаркетингът** се използва в случаите, когато търсенето значително превишава предлагането. В този пример се повишават цените, намалява се и рекламата, за да се намали търсенето, като едновременно се предприемат мерки за увеличаване производството на продуктите с висока степен на търсене. **Противодействащият маркетинг** е маркетингът, който се използва за намаляване на търсенето на нежелан, вреден продукт като: *спиртни напитки, цигари, продукти оказващи отрицателно влияние върху репутацията на компанията.*

Маркетингови стратегии

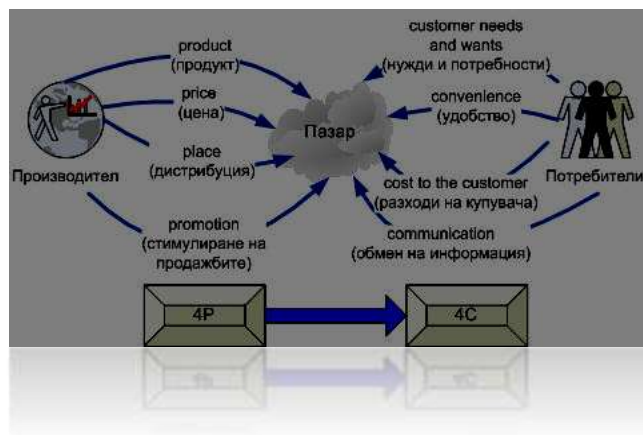
Фигура 7. представя Традиционната маркетингова стратегия (4P).



Фигура 7. [64]

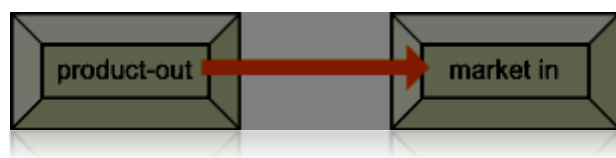
По дефиниция, **Традиционната маркетингова стратегия (4P)** е ориентирана към увеличаване дела на продукта в пазарната маса. Нарича се **“4P”**, тъй като включва четири елемента назоваванията на които в английския език започват с буквата **Р**. Реализира веригата:

product (продукт) à price (цена) à place (дистрибуция) à promotion (стимулиране на продажбите). **Продуктът** означава продуктите и ред услуги, които организацията предлага на пазара като: асортимент на продуктите, качество, дизайн, свойства, търговска марка, опаковка, обслужване, гаранции и т.н. **Цена** - това е сумата, която трябва да заплатят потребителите, за да получат даден продукт. В това се включват: цени на едро, отстъпки, срок на плащане, условия на кредит, дистрибутори и търговци на дребно, цени на конкурентите. **Дистрибуция** са методите на разпространение и действия на организацията, които правят продуктите достъпни за потребителите от целевия пазар. Тя включва: канали на разпределение, обхват на пазара, разположение на търговските точки, територии на продажби, складова система, транспортиране. **Стимулиране на продажбите** са действията, с помощта на които организацията информира, убеждава и напомня, т.е. разпространява сведения за продуктите си и убеждава целевите потребители да ги купуват. Включва: разгласа, реклама, персонални продажби, стимулиране на продажбите, връзки с обществеността и т.н. [53] На *Фигура 8.* е представена **Маркетингова стратегия насочена към потребителите (4C).** 4C по своята същност е 4P, само че от гледната точка на потребителите. Тя реализира веригата: *customer needs and wants (нужди и потребности) à convenience (удобство) à cost to the customer (разходи на купувача) à communication (обмен на информация).* [9, 53, 64]



Фигура 8. Маркетингова стратегия насочена към потребителите (4C)

Видове маркетингови модели

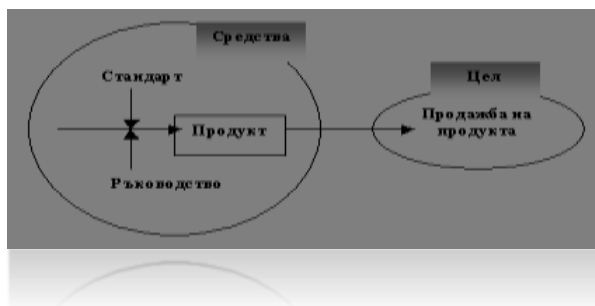


Фигура 9.

На *Фигура 9.* са показани двата вида **маркетингови модели**: маркетингов модел, насочен към продукта, (*product-out*) и маркетингов модел, насочен към продажбата (*market-in*). [9, 53, 64]

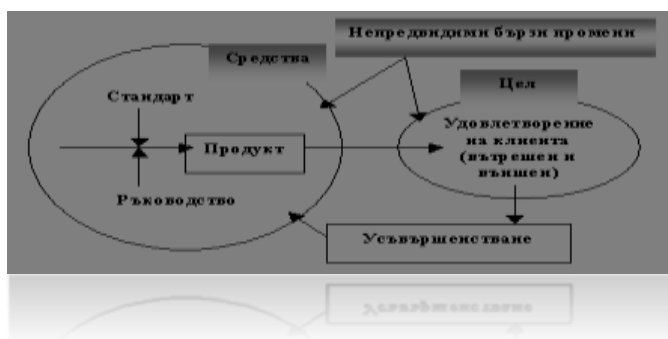
А). Маркетингов модел, насочен към продукта (product-out).

На *Фигура 10.* е представен маркетинговия модел, насочен към продукта (*product-out*), при който организациите отделят най-голямо внимание на продукта като главна цел в своята работа. Счита се, че работата е изпълнена, ако продуктът е произведен съгласно инструкциите, и служи в съответствие с работните му характеристики или стандарт. Фирмената концепцията в този случай се базира на факта, че на пазара липсва конкуренция, че потребителите са неинформирани и не разбират своите реални потребности. [9, 53, 64]



Фигура 10. Маркетингов модел (product-out).

Б). Маркетингов модел, насочен към продажбата (market-in)



Фигура 11.

Маркетинговият модел, представен на *Фигура 11.* (*market-in*) насочва вниманието на производителите към потребителите, чиито изисквания трябва да бъдат удовлетворени на всяка цена.

Концепцията се базира на факта, че на пазара съществува силна и ожесточена конкуренция, при която важи правилото: **“Клиентът е крал!”**. Стремезът е не само да се обхване цялата фирмена организация при реализиране на модела (*market-in*), но и да бъдат включени служителите от всички нива. Тъй като изискванията на потребителите се променят, е необходима обратна връзка за подобряване на параметрите на продукта. Основно изискване към модела (*market-in*) е да реагира адекватно на бързите и много често непредвидими

промени като: потребностите на персонала, външната среда, паричната система и дори динамиката в международната геополитическа ситуация. ^[9] В обобщение на цитираните литературни източници, можем да направим изводи, че:

1. Маркетингът е дейност, чиято основна задача е да определя на първо място, нуждите и желанията на потребителите, а на второ – пътищата и начините за тяхното задоволяване по начин, по-добър и по-ефективен от този на конкурентите.

2. Ключът за решаването на тази двойка задача е в **процеса на размяната** като основен стадий във възпроизводствения процес на бизнес-организацията/предприятието/фирмата или (както ще се убедим), болничното заведение и оборота на капитали.

3. В разбирането на тази истина е заложена и цялата философия на **маркетинга**. След 90-те години на 20. век и в съвременното общество, същността и приложението на успешния **маркетинг**, имайки предвид статията на доц. д-р Г. Вълчев („Същност и определение на маркетинга“, сп. „Летописи на Българската академия на науките“, Том 3, бр. 1 2017 г.), може да бъде обобщено чрез използването на термина „**Poise**“ (**равновесие, осанка**), което е и абревиатурата на **пет основополагащи понятия**:

А) profitable (печеливш, рентабилен) – подържането на адекватен баланс между потребността на бизнес-организацията/предприятието/фирмата от печалбата и потребността на клиента от стоки;

Б) offensive (настъпателен) – заемащ лидерска позиция на пазара, заставящ конкурентите да следват „първопроходника“;

В) integrated (интегриан) – обхващане чрез маркетинговите подходи на цялостната дейност на бизнесорганизацията/предприятието/фирмата;

Г) strategic (стратегически) – провеждане на предварителен анализ на състоянието на средата като условие за изработване на ефективни действия;

Д) effectively executed – ефективно изпълнение на дейността на бизнесорганизацията/предприятието/фирмата. ^[9, 53, 64]

Маркетинг в сферата на здравеопазването

Още от началото на 60-те години на миналия век се появяват първите научни публикации, свързани с приложението на *маркетинговия подход в здравеопазването*. През 1977 г. излиза и първата книга *“Маркетинг в здравеопазването”*, чийто автор е MacStravic R., като същата година се приема за “рождена” на *болничния маркетинг*.^[120, 121] Публикувани са статиите: *“Маркетинг – предизвикателството пред болничния мениджмънт”* на Lachner, B.,^[116], *“Какво е маркетинг”* от Wexler, N,^[144], *“Маркетингови концепции и стратегии в здравеопазването”* на Lovelock, Ch.,^[119], *“Маркетингът като инструмент за планиране и управление”* от Tucker, S.^[143] и др. През *първия етап* - от края на 70-те до началото на 90-те години *маркетингът в здравеопазването* се дефинира като *“системен подход в планирането, реализацията и оценката на разменните отношения на организацията”*.^[46, 95, 96] Въпреки, че идеите на маркетингозите не са посрещнати с



ентузиазъм в сферата на здравната помощ, необходимостта от подобна иновативна ориентация се оказва категорично печеливша. През 1984 г. *маркетинговият подход* е признат за един от основните подходи при управлението на здравните организации в САЩ, а след няколко години и в западноевропейските страни. В обширно изследване на Гърдева, М. от 2013

г. („Здравни потребности, приоритизиране, основен пакет и цикъл на планиране“, в сп. „Здравна политика и здравен мениджмънт“) се отбелязва, че в днес в законодателните рамки на редица страни като Обединеното кралство, САЩ, Канада, Австралия, Нова Зеландия, Скандинавските страни, Холандия – на централно или регионално ниво са определени органите за проучване/оценка на потребностите, приоритизиране чрез публични консултации и планиране на здравните услуги в рамките на провеждани реформи, породени от необходимостта за контрол на бързо нарастващите се разходи за здравеопазване, смяна на модела за заплащане на здравните услуги и предоставянето им, развитие на технологиите, застаряващите популации, съобразяване с ефективността на лечението и желанието за по-добро посрещане здравните потребности на популацията и отделните членове. Разбирането на здравните потребности като „способност за полза“ от здравната помощ може и трябва да се интерпретира от различните перспективи – на този, който лекува, и на този, който получава помощта.^[28] В началото на 90-те години на миналия век продължават дебатите относно ползата от маркетинговата ориентация в управлението на здравните структури, както и въобще от разпространението на *маркетинговия подход в здравеопазването*.^{[46, 89,}

^{145]} Поредица от изследвания за сравнително кратък период от около 6-7 години, посветени на връзката между маркетинговата ориентация, финансовите показатели и дейността на билингвистичните организации, отново безспорно доказват ползите и значимия принос от прилагането на *маркетингови инструменти*. ^[46, 85, 86] През 90-те години на 20. век въпреки дебатите значително нараства броят на публикациите, свързани със *стратегическия маркетингов мениджмънт в здравеопазването*, маркетинговата администрация, спечелването и задържането на пазарните позиции, управлението на продуктов микс в здравните организации, стратегиите за връзки с обществеността и работата с медиите. През 1996 г. Berkowitz, Eric., N., (Corigth © 2013 by Jones & Bartlett Learning, LLC, an Ascend Learning Company) в своята емблематична книга *“Основи на маркетинга в здравеопазването”* свързва маркетинговата концепция с *“оптимизирането на разменните отношения с целевите пазари, като акцентът се поставя върху клиента/потребителя, независимо дали това е пациент, лекар, или друго лечебно заведение, а желаният резултат е неговата удовлетвореност.”* ^[89] Изследванията по посочените теми продължават в началото на 21. век, с все по-подчертан акцент върху отношенията *“лекар–пациент”*, информиран избор и въвличане на пациента при вземането на решения. Разработват се стратегии за работа със специфични сегменти, проучва се как по-ефективно да се изгради и насочи пакетът от основни и допълнителни услуги, предлагани от здравните заведения. ^[50] През последното десетилетие не само здравните системи като цяло, но и отделните доставчици на здравни грижи се стремят да развиват своята дейност, фокусирана към пациента и неговите индивидуални потребности за постигане на удовлетвореност, доверие и лоялност. В здравеопазването вече все по-популярна става темата за *маркетинг на взаимоотношенията* и прилагането на програми, насочени към лоялните потребители. В последните години особено актуални са стратегиите за използване на съвременни информационни и телекомуникационни технологии относно реализация на *маркетингови стратегии*, както и *социалният маркетинг*, намиращ широко приложение в опазването и подобряването на общественото здраве, въпреки че, формално, това направление възниква преди още преди 25 години. ^[4, 6, 23]

В научната литература за приложението на *социално-маркетинговия подход* в *сферата на общественото здравеопазване*, значим принос имат публикациите от 90-те години на 20. век: *“Социален маркетинг: новият императив за общественото*

здравеопазване” на Manoff, R., от 1985 г., ^[123], “Социален маркетинг и обществено здравеопазване” от Lefebvre, R.C., Flora, J.A., 1988 г., ^[118] “Маркетинг в общественото здравеопазване: стратегии за промовиране на промяна в обществото” (Siegel, M., L. Donner, от 1988 г.), ^[139], “Маркетинг на обществената промяна: промяна в поведението за подобряване на здравето, социалното развитие и опазване на околната среда” (Alan R. Andreasen, 1995 г.) ^[85] и особено книгата на Ф. Котлър, Н. Роберто и Н. Лий “Социален маркетинг. Подобряване на качеството на живот.” от 2002 г. Интернационализацията на направлението “**маркетинг в здравеопазването**” започва с рефериране на публикациите в международните бази данни. До края на 80-те години общо 10 статии по темата са включени в MEDLINE, като основните акценти, разглеждани в тях, са свързани с популяризиране на социално-маркетингови кампании, маркетинговата практика и приложение на **маркетинговия подход** в управлението на здравните организации. ^[46, 50, 92, 94]

Първата статия в международно списание е от 1979 г. в *Journal New Internationalist (Обединеното кралство)*, а по същото време са публикувани и пилотни статии в специализирани издания по маркетинг “*Journal of Marketing Research Society*“ и „*Journal of Marketing*“, засягащи главно теми в областта на социалния маркетинг. Само за няколко години статиите, свързани с политиката на **маркетинг в здравеопазването** и **социален маркетинг**, се увеличават значително и интересът към предлаганите дейности се задържа на високо равнище. Още от 80-те год. на 20. век броят на публикациите, (реферирани в MEDLINE) бързо нараства (до 2004 г.) на 2 546. преобладават обзорните статии, а в 98 се прави преглед на развитието на идеите и подходите на **маркетинга в здравеопазването**. ^[46] Към настоящия момент с над 15-годишна история се издават специализирани списания по „Здравна политика и мениджмънт“, „Трудова медицина и работоспособност“ (двуезично) от Факултет по обществено здраве при МУ-София, сп. „Медицински Меридиани“, с главен редактор проф. В. Борисов и др., издания за **болничен маркетинг, маркетинг на доболничната помощ и маркетинг на фармацевтичната индустрия**.

В своята еволюция **маркетингът** постепенно навлиза в различни отрасли. В **сферата на здравеопазването** се развива самостоятелно през 70-те години на 20. век. **Стратегическият маркетинг** в болничното заведение **цели да организира и координира всички ресурси на здравното заведение, с цел задоволяване исканията и желанията на потребителите**. ^[4, 48, 50] В здравеопазването **маркетинговата среда** следва да се разглежда

като съвкупност от активни субекти и сили, действащи извън границите на здравното заведение, но влияещи върху възможностите на маркетинговото ръководство да установява и поддържа отношения на успешно сътрудничество с целевата група - пациенти/клиенти. [4, 28, 50] **Маркетингът** е не само съвкупност от управленски методи, но и философия за насочване на лечебните заведения към потребителите/пациентите, средство за управление в здравеопазването.

Приложенията на **стратегическия маркетинг** в болничните заведения са: да анализира конкурентната среда, да регулира търсенето и имиджа на медицинските услуги, да привлича ресурси, (човешки или материално-технически), да мотивира и ангажира медицинския персонал, **да доставя и развива нови медицински услуги и програми.** [4, 48] Можем със сигурност да твърдим, че през последните години **маркетингът** се превръща в една от основните функции при управлението на здравните организации и болнични заведения у нас. Специфично адаптираното приложение на общовалидните маркетингови принципи, подходи и инструментариум при управлението на здравните заведения, дава основание на **маркетинга в здравеопазването** да се гледа като на дисциплина, свързваща науката **маркетинг** със **здравния мениджмънт** и **трудова медицина** и то в нейния стратегически, **социално-психологически аспект**, който е насочен към здравеопазването като част от обществения живот на страната. [6]

I.2. Маркетинг в трудова медицина – психологични и социални аспекти

Трудова медицина е клон на клиничната медицина, най-активен в областта на трудовото здраве. Здравето на населението в трудоспособна възраст е един от приоритетите на здравната стратегия и политика по света и в България. [29] Ранното откриване на здравните проблеми и рисковите фактори, които ги обуславят, създава реални предпоставки за опазване и възстановяване здравето на работещите. [55] Основната роля на **трудова медицина** е да осигури здравен съвет на организации и индивиди, с което да подсили **най-високите стандарти на здраве и безопасност на работното място**, които могат да бъдат на само постигнати, но и поддържани. [61, 67]

Първото и най-важно условие за ефективно развитие на **маркетинга в трудова медицина** като теория и практика за успешно адаптиране към потребностите на клиента, е използването на съвременните достижения на научно-техническия прогрес в неговия най-бързо прогресиращ елемент - технологиите, представляващи една от главните сили на

макрообкръжаващата маркетингова среда. Развитието на съвременните технологии в областта на трудовата дейност, производството, комуникациите, транспорта и здравеопазването променят коренно стандарта на живот на обществото и начина, по който хората днес задоволяват своите потребности. ^[70] В професионалния жизнен цикъл на индивида анализът на трудовата дейност е динамичен процес, който се прилага в практиката за характеристиките на всяка структура, действаща под влияние на елементите: работна среда, изисквания на работа, работещ индивид. Анализът на **трудова дейност** е **трудопомедицински метод**, насочен към проучване и оценка на работата и работната среда, определяне на тяхното въздействие върху работещите, скрининг на професионални рискови фактори и детерминиране на зависимостта със здравето и безопасността при работа. ^[69] Международните организации, определящи настоящето и бъдещето на дейността по осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд са: **Международна организация на труда (МОТ), Европейска агенция за безопасност и здраве (OSHA), Световна здравна организация (СЗО).** ^[56, 59] От 1986 г. до сега Европейският съюз (ЕС) въвежда широка гама от **законодателство по здравословни условия на труд.** Заедно с разпоредбите за равнопоставеност на половете, това е най-силно развитата сфера в социалната политика на общността. С разширяването на Евросъюза предизвикателствата за промени стават още по-големи. ^[70] Във връзка с големия обем и сложност на **Законодателството по здравословни и безопасни условия на труд (ЗБУТ),** българските работодатели са изправени пред трудностите да спазят всички нормативни изисквания, поради непознаването им. В резултат пред тях възниква опасността от възможно намаляване на конкурентноспособността им на европейския пазар, увеличаване броя трудови злополуки и професионални заболявания. ^[71] ^[105] Необходимо е **качествено трудово-медицинско обсъждане,** при което управлението на здравния риск да не завършва само с предоставяне на работодателя на оценка на риска, а да бъде **„цикличен процес на разработване и реализиране на програми за намаляване на риска и последващ мониторинг на ефективността им.“** ^{[56].}

В триадата **маркетинговото планиране, трудова медицина и лечебно заведение,** като първа стъпка се налага извършването на поредица от пазарни анализи. С оглед постигането на тази аналитична точност, която да даде възможност за правилни изводи и заключения, са необходими данни за пазарната ситуация на здравните услуги в конкурентната среда. Основните етапи от процеса на **стратегическо планиране** са: анализ,

целепологане, избор на бизнес зона и др., които трябва да се осъществяват от **ръководителите на службите по трудова медицина**, самостоятелно или с помощта на експерти. ^[32, 30] Въпреки това, медицинското познание се е съсредоточило главно върху класификацията на заболяванията, диагностичната ерудиция и терапевтичните възможности, като често се забравят **психологическите** и **социални измерения** на пациента. ^[23] Потребителите на пръв поглед стоят далеч от традиционното понятие за клиент, прилагано в други области, тъй като положението на клиента се опира на два факта – свободата на избор и директното заплащане на получаваната услуга или стока. ^[5, 6, 23] Проблемите за публичната оценка и гражданския контрол в здравеопазването са все по-актуални в здравно-политически и организационен аспект. ^[4]

В системата на болничната помощ в Р България днес се използват основно три вида пазарни данни – публично достъпни, доставени по поръчка или собствени. Публичните данни предоставят полезна в пазарно отношение информация, но като цяло обслужват други цели и следователно не са достатъчни за целите на маркетинговото планиране. Данните по поръчка съдържат най-достоверната и специфична **маркетингова информация**, но са скъпи и изключително ресурсоемки. Собствените данни варират в своята полезност, но могат да покажат интересни исторически детайли, които липсват при другите две категории. Използването на пазарните данни от всяка една категория е свързано с необходимостта от тяхното обективно характеризирание, чрез което да бъдат избегнати грешки и неточности в планирането. Подобно характеризирание предполага класификация по определени признаци, оценка спрямо предварително зададени критерии и търсене на възможно приложение в **маркетинговия план**. Показателен пример за успешна практика е проучването на *Hull PC; Williams EA; Khabele D; Dean C; Bond B; Sanderson M.*, за използването на ваксина срещу HPV сред афро-американски момичета, определено като **„качествено формиращо изследване, използващо социално-маркетингов подход“** ^[109] Целта на националните и европейски документи е създаването на условия, при които трудът укрепва здравето и личната удовлетвореност и при които възможността за намиране и запазване на работа, подобряват общото здраве на населението. ^[54] Важно е да се подчертае приносът, при който доброто професионално здраве, респективно добрата практика в **трудова медицина**, може да има за общественото здраве. Именно работното място представлява специфичната рамка за напредък в здравната превенция. ^[71]

Трудова дейност, компоненти и методи за оценка на здравето в страните от Европейския съюз

Характерно за *трудова дейност* е, че това е процес на работа, който обичайно се извършва всекидневно по осем, а и често повече часове дневно в продължение на години. [32] От една страна, моделът на така заложен активен ритъм води до адаптиране към ситуацията, изграждане на нови умения или надграждане на съществуващите, но от друга страна, е неизбежен преход към наслагване и акумулиране на различни стресогенни фактори, които оказват значително влияние върху работещите индивиди. Доказано е, че *трудова дейност* може да има не само *неблагоприятни физически последици* за всяко работещо лице като: мускулно-скелетни увреждания, травми, интоксикация, респираторни заболявания и др., но и *негативни психо-социални ефекти* като: депресия, тревожност или понижаване на самооценката, психична преумора с отражение върху мотивацията, отношението към труда, социалната активност, ученето и общуването. [72] Практиците в областта на здравето и безопасността при работа са постигнали консенсус, че най-общо свързаният с труда стрес може се дефинира като: *отрицателно психосоматично състояние на работещите*, в отговор на обективно усещане за ситуация, при която способностите и уменията не съответстват или само минимално съответстват на изискванията на работата, и когато те (работещите) не получават никаква подкрепа. Стресът може да се съпреживява и в двата случая: *Първо*, когато изискванията и трудовото натоварване надхвърлят възможностите на работещите, и *второ*; когато изброените две условия са много по-ниски от квалификацията на работника, (например при изпълнението на скучна или повтаряща се професионална дейност). [74] Повечето от причините за свързания с труда стрес се коренят в начина на *маркетинговото проектиране, организацията на работата и начина на фирмено управление*. Този тип предизвикателства, познати като *психосоциални рискове* най-често са в пряка зависимост от организационните промени, изискванията към спецификата на извършваната работа, степента на контрол от страна на работещите върху работата, отношенията с ръководителя/супервайзора, неяснотата относно изпълняваната от индивида роля, лошите социални взаимоотношения на работното място, неудовлетворителните практики на управление и физически некомфортната работна среда. [72, 73] Основният фактор за все още ограничавания брой научни изследвания върху източниците на стреса на работното място е

свързан в значителна степен с неяснотата в концепцията и дефиницията на професионалния стрес, понятия, които често се различават при отделните изследователски екипи. Причината би следвало да се потърси във факта, че в някои изследователски проучвания, фокусът е заложен върху обследване на предшестващите условия, свързани с характеристиките на дадена професионална дейност, ^[75] докато други автори се съсредоточават главно върху последствията от стресиращите обстоятелства. ^[61, 76] Нещо повече, измерителните характеристики на професионалния стрес включват широк по съдържание спектър от организационни характеристики, индивидуални различия в нагласите и личностните черти, уменията и здравният статус на работника.



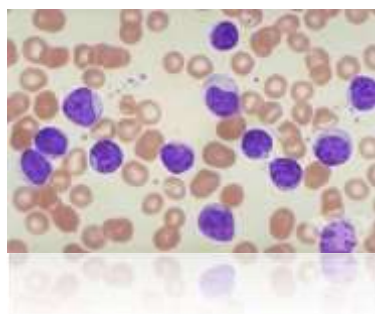
I.3. Злокачествени хематологични заболявания в детска възраст

Левкемии

Микроскопско изображение на разликата при нормална кръв и заболяване от левкемия

Остра лимфобластна левкемия

Микроскопско изображение на острата лимфобластна левкемия в детска възраст



Левкемиите са хетерогенна група системни злокачествени заболявания на кръвотворната тъкан, при които неконтролируема патологична клетъчна популация инвазира костния мозък. На определен етап малигненият клон преминава в периферната кръв и инфилтрира в различни органи от лимфоиден и нелимфоиден произход. Инфилтрацията на левкемичните клетки обуславя многостранните клинични прояви на болестта. Острите левкемии ALL съставляват 95 – 98 % от левкемиите в детска възраст и са най-често срещаните злокачествени заболявания с постоянна честота между 4 и 8 на 100 000 детско население за 1 година. ^[3] През последните 70 години в научната литература се съобщават постигнати драматични резултати в прогнозата, а считани в миналото за безнадежно болни, с преживяемост не по-дълга от четири месеца, днес повече от 85% от заболелите с ALL деца могат да бъдат дефинитивно излекувани. ^[7, 8] Изключителният напредък в лечението на ALL, понастоящем

е резултат от разделянето на пациентите в рискови групи, на базата на клиничните им характеристики, и прилагането, в зависимост от тях на различно интензивно лечение. От първото описание през 1948 г. от *Sidney Farber и съпр.* на временната ремисия (постигане на отсъствие на злокачествената болест) след проведена химиотерапия с *Aminopterin*, лечението на детската ALL е модел на „съвременната история на успеха“ на медицинските изследвания и терапевтични проучвания. [42, 98]

Българската история на лечението на детската ALL започва две десетилетия по-късно, но много бързо са въведени световните терапевтични модели и към настоящия момент преживяемостта на пациентите е сходна с тази в Европа и Северна Америка.

Първата научна публикация, посветена на лечението на острите левкемии при деца, датира от 1922 г. В публикацията канадският педиатър *Tisdall* описва клиничните и лабораторни белези на заболяването при 6-годишно дете, без да обсъжда терапията. [1] Следващата по-значима, включваща и прилаганите дотогава методи на лечение излиза повече от 20 години по-късно. За да се отговори на настоящите и бъдещи предизвикателства пред детските онколози за намиране на още по-ефективно лечение на детските левкемии, трябва да се разбере базата, осигурила терапевтичния успех в предшестващите 70. В България лечението на децата с ALL все повече се усъвършенства, в съответствие с напредъка в Европа и САЩ, което довежда до повишаване на преживяемостта на българските пациенти, деца и юноши от 10-20% през 60-те – 70-те години до 80% понастоящем. [1, 7, 82]

Съвременна концепция на водещите интернационални терапевтични групи (BFM, COG, NOPHO) при лечението на остра лимфобластна левкемия

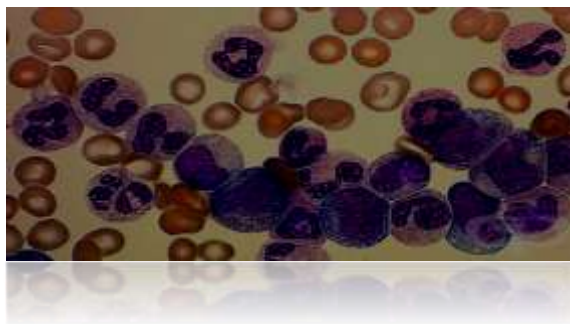
Няколко основни фактора допринасят за подобряване на преживяемостта на децата с остра лимфобластна левкемия и най-важният от тях е откриването на хетерогенността на заболяването; разбирането, че това не е едно, а група заболявания с различни биологични характеристики. Първоначално фенотипните и демографски маркери идентифицират подгрупите пациенти, изискващи по-интензивно лечение, а по-късно, това е последвано от методи за оценка на качеството и степента на терапевтичния отговор, като прогресира до дефиниране на подгрупи от пациенти чрез молекулярни маркери.

Другият фактор с централно значение за подобряване на лечението на ALL е клиничната и научна колаборация между центрoвете на Европа и Северна Америка при създаване и

усъвършенстване на терапевтичните протоколи. ^[141] Класическият пример за промяната в концепцията на лечение на ALL през 70-те години са ранните терапевтични протоколи на ***BFM групата***, които са доста сходни с малко по-късно утвърдените протоколи на ***Children's Oncology Group (GOG)***. Най-големите постижения на ***ALL-BFM*** групата са:

- Определяне на ранния терапевтичен отговор чрез определяне на абсолютния брой на бластите на 8 ден след едномесечно лечение с Prednisone и една интратекално приложена доза Methotraxate като най-важен прогностичен фактор.;
- Изследване на ранния отговор в костния мозък на ден 15 от лечението.;
- Комбинацията от изследване на терапевтичния отговор в периферната кръв на ден 8 и в костния мозък на 15 и на ≈ 33 (определяне на ремисията), осигурява възможност за по-фино адаптиране на терапевтичната интензивност чрез определяне на **3** рискови групи: Група на стандартен риск - 30% от пациентите; Група на интермедиерен риск – 50% от пациентите; Група на висок риск – 20% от пациентите. При постигане на ***начален терапевтичен успех (добър отговор)*** на етапа от лечението, определяне на ранния терапевтичен отговор чрез абсолютния брой на бластите на 8-мия ден, едномесечно лечение с Prednisone и интратекално приложена доза Methotraxate, родителите възприемат и осъзнават възможността от благоприятен изход, което променя адаптацията на семейството към обстановката и го стимулира към активно съдействие в хода на продължителния терапевтичен режим. ^[1]

Остра миелобластна левкемия



Микроскопско изображение на остра миелоидна левкемия

При засягане на миелоидния ред хемопоетични клетки в костния мозък е налице миелоидна левкемия. Състоянието се характеризира с относително висока честота и засяга предимно детската и напредналата възраст. Точните етиологични механизми, които отключват процеса, все още не са напълно изяснени. Различават се няколко типа **миелоидна левкемия**, в зависимост от засегнатите клетки и

техните прекурсори: 1. *Остра миелоидна левкемия*; 2. *Хронична миелоидна левкемия*; 3. *Миелоиден сарком*; 4. *Остра промиелоцитна левкемия*; 5. *Остра миеломоноцитна левкемия*.

За поставяне на диагнозата **миелоидна левкемия АМЛ** в детска възраст най-голямо значение имат лабораторните изследвания и извършването на аспирационна биопсия на костен мозък. [3, 146]

Лечение на остра миелобластна левкемия

Лечението на педиатрични пациенти с миелоидна левкемия се осъществява предимно с химиотерапевтични средства, приложени в стандартизирани комбинации и дозови режими [82, 146]

Лимфоми

През 1832 г. английският лекар Томас Ходжкин описва болестта за първи път. Лимфомите са неоплазми на клетки и клетъчни прекурсори от имунната система. Днес най-общо групата се дели на болест на ходжкин и неходжкинови лимфоми.

Характерика на злокачествените новообразувания (тумори) в детска възраст

Заболеваемостта от злокачествени новообразувания в детската възраст не е много висока. Съществува риск 1:600 деца да заболят или годишно тя е 15-16 на 100000 деца в световен мащаб. Фаталният изход при тези заболявания е висок и заема второ място в структурата на детската смъртност след злополуките. Всичко това налага диагностиката и лечението на тези страдания като един от най-актуалните проблеми в педиатрията [65]. В основата на появата на злокачествени новообразувания стои процесът **канцерогенеза** - сложен патофизиологически процес на придобиване на нов клетъчен растеж и диференциация на клетките, при което клетките загубват контрола върху инхибиторните фактори на клетъчния цикъл, регулиращи тяхната пролиферативна активност. Новите биологични свойства на туморната клетка се определят от **три основни признака: неконтролирана клетъчна пролиферация, инвазивност и метастази**. Към факторите на **канцерогенеза** се отнасят:

А). Екзогенни фактори.

В научната литература има известен брой съобщения за канцерогенен ефект на медикаменти приемани през бременността. [31, 65, 90] Известно е, че диетилstilбестролът причинява аденокарцином на влагалището след латентен период от 14-22 години у дъщерите на майки, приемали го през бременността. [31, 65] Наблюдаван е невробластом у

новородени, родени от майки вземали фенилхидантоин (фетален хидантоинов синдром) ^[65]. Съществува риск за развитие на мозъчни тумори при приемане на барбитурати, а при продължително приемане на анаболни стероиди, може да възникне хепатоцелуларен карцином. ^[31]

Б). Лъчева доза.

От факторите на външната среда с доказан канцерогенен ефект за детската възраст е йонизиращата радиация. Демонстративен пример са случаите на остра левкемия у японските деца сред преживелите атомната бомбардировка в Хирошима и Нагасаки (в Япония). Канцерогенното въздействие на лъчевата експозиция се демонстрира и от случаите на индуциран карцином на щитовидната жлеза, развил се години след рентгеново облъчване в тази област. ^[58]

В). Онкогенни вируси.

Ретровирусите са доказани етиологични агенти на спонтанни и индуцирани злокачествени тумори у специфични животински гостоприемници. Изолирани са около 30 различни вирусни онкогена. Откритието на онкогените даде тласък в изучаването на вирусите, като фактори в генезата на левкемиите, лимфомите, рака на назофаринкса, шийката на матката, хепатоцелуларния карцином. ^[35, 65]

Г). Ендогенни фактори:

→ Фамилни и генетични фактори.

Появата на злокачествени новообразувания в членовете на дадена фамилия може да се дължи на наследственост, на въздействие на околната среда или да е резултат от взаимодействието на двата фактора. ^[65] При фамилии с висока честота на рак са наблюдавани както хистологично сходни злокачествени новообразувания, така и неоплазми с различен хистологичен строеж. Туморите могат да бъдат фамилни само при малък брой пациенти. ^[90]

→ Съчетание на вродени малформации със злокачествени тумори.

При пациенти с вродени аномалии може да се наблюдават и злокачествени новообразувания. Това съчетание доказва, че увреждащите фактори, действали вътреутробно, могат да бъдат както тератогенни, така и канцерогенни. При синдромите на Turner и Klinefelter могат да се развият тумори на тестисите, тумори от невrogenен или герминативно-клетъчен произход. Понякога при конгенитална хемихипертрофия,

синдромът на Beckwith-Wiedemann може да се наблюдават и ембрионални тумори - нефробластом, хепатобластом, аденокортикални карциноми. Туморът на Wilms е най-честият ембрионален тумор, който се съчетава с вродени аномалии на пикочно-половата система (5%), телесна хемихипертрофия (2,5%) и конгенитална аниридия (1,2%). Към урогениталните малформации при нефробластома се причисляват и синдромите на Denis Drash и WAGR, а към хемихипертрофичните синдроми се причисляват синдромът на Beckwith-Wiedeman и синдромът на Perlman. Невробластомът също може да се съчетае с вродени малформации, урогенитални аномалии, хетерохромия на ириса и др. [65]

→ **Множествени първични тумори.**

Освен случаите с двустранен ретинобластом, в около 5% при Тумора на Wilms може да се наблюдава неопластично засягане на двата бъбрека. До 2% от случаите с невробластом могат да се наблюдават 2 или повече множествени първични локализации не само в медулата на двете надбъбречни жлези, но и с произход от симпатиковите ганглии (ретроперитонеални, медиастинални, гръбначно-мозъчни). Едновременно възникнали, туморите могат да имат различна степен на клетъчна диференциация при един и същ пациент - невробластом, ганглионевробластом, ганглионевром. [65]

→ **Вторични неоплазми.** Рискът от възникване на второ злокачествено новообразувание при дълготрайно преживели онкологично болни, получавали противотуморно лечение, е 10-20 пъти по-голям в сравнение с възникването на първична злокачествена неоплазма при общата популация на същата възрастова група от здравето население. Честотата на възникване на вторична неоплазма при преживели онкологично заболяване пациенти, варира от 3% до 12%, като при по-дълъг период на проследяване рискът е повишен. [65, 90]

→ **Други фактори на външната среда.**

От тях заслужават внимание слънчевата радиация и контактът с химически канцерогенни (полициклични въглероди, аминокотни съединения, ароматни амини, алфатоксини, смоли, бензол, азбест, уретан, въглероден двуокис, някои неорганични съединения, съдържащи никел, кобалт и други). Децата много по-рядко, отколкото възрастните, са подложени на такива въздействия. [65]

Солидни злокачествени тумори в детската възраст

Злокачествените новообразувания в детската възраст се отличават по биологичните си особености, хистологичен строеж и локализации от неоплазмите при възрастни и техните различия са следните:

1. Детският организъм е с формираща се имунна система и бързо расте. *Когато на този терен възникне злокачествено новообразувание, то с много по-бързи темпове нараства и метастазира, отколкото при възрастния индивид.* По време на карциномите, пубертетния период се намесват и допълнителни хормонални механизми, които оказват влияние върху туморния растеж.

2. Характерни и най-чести са злокачествените ембрионални тумори (15-19%) от всички детски злокачествени новообразувания, които не се срещат при възрастни, и туморите с мезенхимална компонента - саркомите, докато епителиалните тумори - характерни за възрастни, са казуистика при децата (съставляват под 2%).

3. Характерните първични локализации при възрастни - бял дроб, стомах, млечна жлеза, кожа, матка, простата почти не се срещат при деца. Най-чести локализации на злокачествените солидни тумори в детската възраст са вътрекоремна, ЦНС и медиастинална.

4. Тези биологични и хистоморфологични особености са предпоставката, обуславяща много по-голямата чувствителност и податливост на детските неоплазми на химиотерапия и лъчелечение, в сравнение с тази при възрастни. ^[35, 65] През последните години се съобщават постигнати драматични резултати в преживяемостта при деца със солидни злокачествени тумори. Считани в миналото за безнадежно болни, сега повече от **65%** от заболелите деца могат да бъдат дефинитивно излекувани. При преживелите пациенти на преден план се налагат проблемите от късните усложнения на нормалните тъкани и органи от противотуморното лечение и необходимостта от ранната им рехабилитация. Туморният процес при децата рядко е локализиран и не може да се контролира само с локални средства (операция, лъчелечение). Това изисква прилагането на съвременна адаптирана към хистологичния вариант химиотерапия за предотвратяване на рецидиви и далечни метастази, за предоперативно намаляване на размерите на големи тумори и за постигане на дефинитивно оздравяване. Противотуморната химиотерапия бележи значителен прогрес и от палиативно лечебно средство в началото на 60-те години, през последните три десетилетия се налага като радикален метод на лечение.

„Съвременната тенденция в педиатричната онкология е да се използват “агресивни” химиотерапевтични схеми, включващи няколко цитостатика, адаптирани към съответните хистологични типове солидни тумори, с кратки паузи между отделните курсове, за да не се придобие резистентност. По-известни международни обединения в областта на детската онкология са International Union against Cancer Children- UICC; International Society of Pediatric Oncology- SIOP, Children’s Cancer Group of America- CCGA и други обединени групи от няколко страни за проучване на резултатите от лечението на деца с дадени хистологични форми на злокачествени новообразувания.“ [65].

Тумор на Wilms

Честота. Туморът на Wilms (нефробластом, смесен бъбречен тумор, аденомиосарком на бъбрека, ембрион на бъбрека) е най-честият бъбречен тумор и е вторият по честота след невробластома солиден ембрионален тумор в детската възраст. Съставлява 5-8% от всички детски неоплазми, 90% от туморите на уро-гениталната система и се среща приблизително 0,8 на 100 000 деца. Т. F. Rance в 1814 г. прави първото съобщение за този тумор (106, 150), а немският хирург Max Wilms за първи път изследва подробно пациенти. [65]

Невробластом

Честота. Невробластомът (невроцитом, ембрионален симптом, симпатикогониом, симпатикобластом, ганглиосимпатикобластом, ганглионевробластом) е най-честият солиден ембрионален тумор в детската възраст, произхождащ от симпатикусовата нервна система и медуларната част на надбъбречната жлеза. Съставлява 8-10% от всички детски неоплазми (приблизително 1 на 100 000 деца). [65]

Рабдомиосарком

Честота. Рабдомиосаркомът е най-честият злокачествен тумор на меките тъкани, произхожда от примитивните мезенхимални клетки (ембрионалния мезенхим) или от мезодермалната тъкан, която формира напречно набраздената скелетна мускулатура. Надхвърля повече от половината случаи от злокачествените тумори на меките тъкани. През последните 10 години се отбелязва зачестяване и той вече съставлява около 4-5% от всички злокачествени тумори у децата.

Сарком на Ewing

Честота. Саркомът на EWING е злокачествен костен тумор, изграден от малки еднообразни клетки с кръгли ядра, и е един от малките кръгло синьо-клетъчни саркоми (невробластом, рабдомиосарком, сарком на Ewing, не Хочкинов лимфом). Не винаги се локализира в костите (осален и екстраосален). За тази хетерогенна група тумори се предполага, че произхожда от невроектадермални или от примитивни недиференцирани мезенхимални клетки, локализирани в костно-мозъчната кухина. Първото описание на тумора е направено от A. Luke в 1866 г. [65].

Злокачествени герминативно-клетъчни тумори

Честота. Злокачествените герминативно-клетъчни тумори при децата могат да възникнат от репродуктивните органи (яйчници и тестиси) или от герминативни клетки, останали в ектопични области през ембрионалното развитие (сакрококцигеална, ретроперитонеална, медиастинална, централна нервна система) и много рядко във вагина, пикочен мехур, назофаринкс или черен дроб.

Други ембрионални тумори

А. Хепатобластом

Честота. Съставлява под 1% от детските неоплазми. Засяга ранната възраст като след 5-тата година е казуистика. Момчетата боледуват 2 пъти по-често от момичетата и не е доказана етиологична връзка с прекаран вирусен хепатит. Може да се асоциира със синдрома на Backwith- Wiedemann или с телесна хемихипертрофия до 21% от случаите.

Б. Плевропулмонален бластом

Честота. Съставлява под 0,5% от детските тумори. Наблюдава се във всички възрастни периоди от 2 месеца до 15 години, като $\frac{1}{4}$ от съобщените случаи в литературата са деца. Най-често засегнатата възраст при децата е предучилищната. [65] Момчетата боледуват два пъти по-често от момчетата. [65]

Епителни злокачествени тумори – карциноми

Повечето злокачествени солидни тумори при децата имат мезодермален, невроектодермален и много по-рядко герминативно-клетъчен или епителиален произход. Характерните за възрастни епителиални злокачествени тумори (карциноми) се наблюдават при деца обикновено след 10-годишна възраст и не надхвърлят 2% от детските неоплазми. [65]

Карцином на бъбрека (тумор на Grawitz) (светло-клетъчен карцином, аденокарцином на бъбрека, хипернефром) е за първи път проучен в 1883 г. от немца Р. А. Grawitz, който поради сходството с надбъбречната жлеза го е назвал погрешно хипернефром. Съставлява около 3% от всички първични детски бъбречни тумори.

Карциноми на пикочния мехур, уретрата и бъбречното легенче се наблюдават изключително рядко. В канцерогенезата се предполага влиянието на някои химични агенти като например: нитратни съединения влизащи в състава на изкуствените торове. [65]

Карциномът на надбъбречната кора е също рядък и се среща под 0,5% от всички детски неоплазми. При повечето случаи се наблюдава хормонална активност вследствие секреция на глюкокортикоиди или полови хормони - синдром на Cushing, вирилизация, преждевременен пубертет, по-рядко феминизация.

Карцином на назофаринкса (тумор на Regaud-Schminke, епидермоиден карцином, лимфоепителиом), произхожда от назофарингеалния епител и за първи път е описана в 1921 г. от С. Regaud и А. Schminke независимо един от друг. В детската възраст случаите на **карциноми на слюнчената жлеза, езофага, стомаха, тънките черва, апендикса, панкреаса** са казуистика. [58, 65]

Колоректален карцином

Наблюдава се по-често в населението на по-развитите страни в сравнение с популацията в Африка и Азия. Обяснява се с консумацията на храни по-бедни на целулоза. Някои от случаите са генетично детерминирани (фамилна чревна полипоза - дегенерация в неопластично направление и колоректалния неполипозен карцином - синдром на Lynch I и II), допуска се и ролята на хербициди и пестициди в канцерогенезата на заболяването, както и продължително протичане на улцерозен колит. [65]

Карцином на черния дроб. Рядък в детската възраст, среща се след пубертетна възраст, като в 20% до 35% от пациентите се е наблюдавала асоциация с чернодробна цироза. В канцерогенезата на заболяването значение има хепатит В-вирусни инфекции, както и приемането на анаболни стероиди. Прогнозата на заболяването е лоша.

Карцином на яйчника. Докато при момчета преобладават ембрионалните тумори на тестисите, които се наблюдават най-често до 2-годишна възраст, при момичета се срещат дисгерминоми и по-рядко карциноми на яйчниците в пубертетния период. Карциномът на

яйчника е характерен за жени над 30-40 годишна възраст, но макар и рядко се наблюдава и у момичета след пубертета.

Карцином на щитовидната жлеза. Тези тумори са необичайни за детската възраст и се срещат три пъти по-често при момичета, отколкото при момчета. [35]

Химиотерапия при солидни злокачествени тумори

Познанията върху туморната биология и клетъчната кинетика, механизма на действие на химиотерапевтичните препарати, тяхната фармакокинетика се обогатиха значително през последните години. [35] **Основна цел на цитостатичното лечение е да се редуцира туморната клетъчна популация до пълното и унищожаване.** Противотуморните препарати оказват токсичен ефект не само върху туморните клетъчни популации, а и върху нормалните тъкани и изходът от това може да бъде **летален.** [65] Клетките на костно-мозъчното кръвотворене се делят най-активно и за това са най-чувствителни на токсичния цитостатичен ефект. В отличие от нормалните, при **туморните клетки** регулаторните механизми са променени и клетките продължават да пролиферират. Повечето **цитостатици** оказват максимално действие на активно пролифериращите клетки. Някои препарати са ефективни само в определени фази на клетъчния цикъл, други действат както на пролифериращите клетки, така и на клетките в състояние на покой. [35] **Късните усложнения** от противотуморното лечение при преживели онкологични заболявания деца днес са на преден план като един от основните проблеми на съвременната клинична онкология. Проследяването и лечението на тези късни последици са обект на съвместна работа на педиатрите-онколози с ендокринолози, ортопеди, гинеколози, генетици, психолози и други специалисти. Сред късните усложнения най-чести са: остеонекроза, метаболитен синдром, затлъстяване, сърдечно-съдови нарушения, токсични увреждания на ЦНС и ПНС. [65]

I.4. Психологични проблеми при онкоболни деца

A). Общи психологични реакции на децата към злокачествените заболявания

При направения анализ за нуждите на настоящия обзор, на литературните източници от български, английски, френски и руски автори [21, 26, 124, 127, 130, 131] , психологичните

реакции на децата към злокачествените заболявания могат да бъдат обособени в следните групи:

- **Реакции на непокорство** с афект, гняв, раздразнение, най-често насочени към родителите, които децата сякаш искат също да накажат заради собствените си страдания, причинени от болестта. Посредством този тип реакции пациентите се „опазват“ от нахлуването на още по-интензивни страхове, свързани с опасенията от възможно осакатяване (например: отстраняване на крайник при заболяването сарком на Ewing, или енуклеация при рабдомиосарком); [132, 147]

- **Депресивни реакции** - тези, при които болните, (най-често в юношеска възраст) обвиняват себе си за своеобразни „прегрешения“ – интерес към тялото, мастурбация, считайки ги причина за заболяването. Всъщност младите хора психически се подготвят за неприятните странични ефекти от болестта и терапията - алоpecia, къшингоиден фазиас или възможно предстоящо осакатяване (отстраняване на крайник), фатален изход;

- **Реакции на отричане на заболяването**, които са предизвикани от страх от загуба на активност, обезобразяване или трайно инвалидизиране. Като „отричат“ болестта, децата избягват разговори за тревогите и страховете си, дори и само за да не безпокоят допълнително родителите си. Наред с това юношите могат да проявяват нереалистичен оптимизъм за своето състояние;

- **Реакции с прояви на краткотрайна свръхвъзбуда и неконтролируемост** при по-малките, последвани от безпомощност, покорство и нужда от подкрепа, внезапна загуба на интерес към заобикалящата среда;

- **Реакции с хипохондрично фиксиране спрямо други области на тялото** - на принципа на защитното изместване; (напр: ако водещото заболяване е левкемия, а децата постоянно споделят за оплаквания от болки в областта на корема);

- **Реакции със стремеж към получаване на свръх-протекция** от родителите и околните.

- **Конверзионни реакции**, които най-често се наблюдават в периода на възстановяване на хематологичните показатели и постигане на ремисия. Обикновено тези реакции са породени от „конфликта“, създаден на фона на подобряващото се състояние на детето, неговите регресивни желания по време на терапията и компенсаторните усилия за връщане към предишни обичайни активности.

Б). Белези на психологичен дисстрес при деца и юноши с онкохематологични заболявания

Някои от често срещаните белези на психологичен дисстрес са:

- Различни био-психологични симптоми като: оплаквания от болка, раздразнителност, разстройство на съня и апетита, които не са свързани с медикаментозни усложнения;
- Подчертано поведение на привързаност с тежка сепарационна тревожност, „лепливост“ и търсене на внимание от родителите или от медицинския персонал;
- Регресивно поведение с прояви на регрес в развитието на определени функции: реч/говор, контрол върху тазовия резервоар, самообслужване;
- Пасивност и оттегляне с чувство на безпомощност;
- Агресивно, често опозиционно поведение с мрачно настроение;
- Фантазии за заболяването, манипулациите и лечението, мисли за наказание и страх от осакатяване;
- Повишена тревожност с мобилизация на психологичните защити, отричане, проекция, фобийни и конверзионни симптоми;
- Преципитация и агравация на предморбидни психични симптоми. [137, 138]

Таблица 2. и Таблица 3. са представени етапите при изграждане и формиране на знания при децата и юношите, свързани с диагнозата, лечението и рецидив (повторение на болестта) при злокачествени заболявания. [12, 15, 130, 131]

<i>Таблица 2.</i>				
Етапи				
1. Диагноза	2. Период на индукционна фаза. Консолидация	3. Рецидив на заболяването	4. Повторение на кризите, лечение на рецидив	5. Терминален стадий
Пациентът разбира, че това е едно сериозно заболяване.	Изгражда на знания по отношение на наименованията на цитостатиците и тяхното действие.	Научава за целта на терапията, която включва комбинация от неизползвани до момента цитостатици или повишени дози на	Разбира, че заболяването е поредица от терапевтични процедури, свързани с негативни странични ефекти: (мукозид,	Разбира, че болестта е поредица от повтарящи се процедури и соматични кризи и може да завърши с летален изход (+смърт).

		медикаменти от предхождащото лечение.	алопеция, къшингоиден фазиас) (- смърт).	
--	--	---------------------------------------	---	--

Таблица 3. Изграждане на знания на децата и юношите, свързани с диагнозата, лечението и рецидив при злокачествено заболяване

Таблица 3.				
Етапи				
1. Диагноза	2. Период на индукционна фаза. Консолидация	3. Рецидив на заболяването	4. Повторение на кризите, лечение на рецидив	5. Терминален стадий
„Аз съм сериозно болен!“	„Аз съм сериозно болен, но ще се подобря!“	„Аз съм постоянно болен, но се надявам да се подобря!“	„Аз съм постоянно болен и никога няма да се оправя!“	„Умирам!“

В). Концепции при изграждане представата и страховете, свързани със смъртта при деца със злокачествени заболявания

Според проучените литературни източници:

- **На възраст до четири** години пациентите - деца не изразяват своя страх, чрез използване на думи, като „умирам“ или „смърт“, но родителите и лекарите разбират за съществуващия страх, (например от пристъпи на избухване във внезапен, неконтролируем плач);
- **На възраст до пет години:** пациентите не разбират напълно смъртта, но осъзнават, че „да бъдеш мъртъв е нещо, като да бъдеш по-малко жив“^[130];
- **На възраст между пет и девет години:** пациентите виждат смъртта „като нещо или някой, който плаши хората“;
- **На девет-десет годишна възраст:** децата напълно изграждат своята концепция за смъртта, като я разбират не само като край, но и като нещо, което е неизбежно;
- **Над 11 годишна възраст** – страхът от смъртта се оприличава точно както при възрастните, т.е. някои пациенти **съвсем съзнателно избягват** директната употреба на думите „смърт“ и „умирам“, да не би чрез назоваването им, да ги предизвикат.

→ Страхът нараства в зависимост от продължителността и интензитета на терапията;

→ Страхът на родителите нараства със задълбочаване на кризата в психоаналитичен смисъл. Като момент на *първа* родителска криза се сочи съобщаването на диагнозата, а като *втора* – влошаването в състоянието или рецидив (повторение на болестта). [80, 130, 131]

Д). Психологична подкрепа при деца със злокачествени заболявания в терминално състояние

Терминалното състояния на деца и млади хора са изключителни отговорни моменти за персонала и родителите, защото времето, с което се разполага често е твърде кратко. Необходимо е темата „смърт“ да бъде съзнателно и умело отбягвана, дори и когато пациентът сам я подхваща. Почти във всеки пациент, независимо от неговата възраст се откриват, макар и в замаскирана форма психични защитни механизми пред неизбежната застрашаваща смърт, които би следвало грижливо да се установяват, зачитат и стимулират. [14, 15] Неоправдан оптимизъм е неуместен, тъй като персоналът на клиниката, а и не малка част от родствениците обикновено са вече информирани за лошата прогноза. Това дава повод на някои да избягват посещенията в болницата, а ако присъстват – да отбягват контакта с детето. [19, 130, 131]

В опита си да оценим *базовите* и *най-силно изразените родителски страхове*, както и тези на пациентите с онкохематологични заболявания, не само в аспекта на животозастрашаващото, социално значимо заболяване, а през призмата на общочовешките разбирания, е необходимо да разгледаме концептуалните изследванията в научната литература относно ключовите етапи и събития в обществено исторически и икономически аспект от световната история, довели до и формиране на съвременните аспекти в отношението към темата „табу“ – смъртта. [124, 127]

Преглед на историческите аспекти при формиране на представите за смъртта през възрастовите периоди детство и юношество

Родителите и голям брой специалисти, работещи в областта на детското и душевно здраве, често се притесняват и чувстват неподготвени в отговор на любопитство на децата по въпросите, свързани със смъртта. Прегледът на научната литература показва, че не само много родители, но и медицински специалисти смятат, че самите те не са били подготвени в разбиранията за смъртта през своето детство и често, от позицията на родител или на възрастен, им се налага да импровизират и разчитат на същите уклончиви обяснения, които са били използвани при тях. „Необходимо е да разгледаме историческите аспекти и

промята в обществените нагласи през различните епохи при изграждане на концепциите за смъртта, преди да погледнем собствените си интерпретации и тези на децата и юношите.“ [124]

А). Средновековната епидемия от чума през XIV век

Детската игра е включила темата за смъртта в много общества през вековете. Една от най-сложните форми е отразена в детска игра от XIV. век, когато децата на о-в Сицилия е трябвало да се изправят пред ужаса на „черната смърт“ – чумата в една от най-смъртоносните епидемии в цялата човешка история! "Кръг от рози... Всички ще паднат!" - игра, която се изпълнява от малка група деца като бавен танц в кръг, в който участниците един след друг падат на земята. Далеч от „удобното“ за възрастните „забравяне“ на смъртта, децата много отдавна са открили начин, който „признава“ смъртта в съответствие с правилата на детската игра! [127]

„Триумфът на смъртта“, Питер Бьогел Стари, 1562 г.



Б). Индустриалната революция от средата на VIII век: „Невинността на детството“

В средата на VIII. век или времето на **Индустриалната революция**, две противоположни тенденции настъпват в проспериращата средна класа. През този период децата са икономически активни или пасиви, в зависимост от обстоятелствата, но рядко попадат във фокуса на настроенията. Както децата, така и детството се превръщат в „скъпи“ характеристики на идеалното семейство - една нова идея за епохата. През Викторианската епоха - *царуването на кралица Виктория, 1837-1901 г.*, семейството се разглежда като „миниатюрна реплика от добродетели в строгата обществена рамка, обичано под егидата на Бог.“ Смята се, че децата все още не могат да разберат изкушенията и опасностите на секса или концепцията за смъртта, а от любящите родители се изисква да се погрижат деца им да живеят в свят на невинност толкова дълго, колкото това е възможно. Зигмунд Фройд в книгата си („Детската душа“, Изд. Евразия, 1994 г). отбелязва, че: „израснали в толкова протектирана и защитена информираност от смъртта, децата, станали родители и децата, като заместници на същите тези родители задължително ще да следват насладата от безопасност и комфорт за която са изградили представа.“ [130]

Но една от многото жестоки иронии на историята работи по същото време – това са условията, генерирани от *Индустриалната революция*.^[130] За първи път в литературата се



появяват сведения за деца и младежи, които почиствали комините в Лондон, а впоследствие заболели и починали от рак. По-късно се установява, че саждиите са канцероген, предизвикал неоплазми.^[1, 2, 93]

Докато заможните майки и бащи от средната класа четели приказки на любимите си деца, други деца гладували, страдали от различни злоупотреби и виждали отблизо смъртта в мизерните улички! Много деца по целия свят към настоящия момент също са заплашени от смърт,

поради липсата на храна, подслон, медицинска помощ или в резултат на насилствена смърт. Независимо от това дали децата *трябва да бъдат защитени от мисли за смъртта* е ясно, че някои деца нямат избор и следователно ще бъдат напълно наясно с нея като цяло и в частност със собствената си уязвимост.^[130, 131]

В). Научният принос на унгарския психолог Maria Nagy след Втората световна война 1949 г. при проучването на детските възприятия за смъртта

Пионер в проучването на детските възприятия за смъртта е унгарският психолог *Nagy, M.*^[127] Тя публикувала за първи път през 1940 г., резултати от изследвания върху групи унгарски сираци, оцелели, но загубили семействата си във Втората световна война. *Nagy, M.* търси и открива връзката между детската възраст и разбирането на смъртта. *Nagy, M.* описва следните *три етапа*, приблизителни по възраст, като отбелязва и индивидуалните различия:

- **Етап 1:** (за възраст на детето от три до пет години): Децата разбират смъртта като „...бледо продължение на живота. Мъртвите са по-малко живи, подобни на живите, но много по-сънливи. Мъртвият човек може или не може да се събуди след известно време“.

- **Етап 2:** (за възраст на детето от пет до девет години): Децата разбират, че смъртта е окончателна. Някои деца на това ниво на интелектуално развитие виждат смъртта като снимка или форма на човек: обикновено клоун, човек-сянка, човек-смърт или фигура на скелет. Децата в тази възрастова група смятат, че съществува възможност за бягство от смъртта, ако човек е умен или има късмет.

- **Етап 3:** (за възраст на детето от девет и след тази възраст): Децата разбират, че смъртта не е само край, но също е неизбежна, универсална и лична.^[130]

По-късно изследвания ^[93] потвърждават, че разбирането за смъртта на децата се развиват в общите рамки, описани от *Nagy, M.* Установено е, че нивото на съзряване на детето е по-добър предиктор за разбиране, дори от хронологичната възраст. Нещо повече, влиянието на житейския опит заслужава по-голямо внимание. Децата, които страдат от заболяване или застрашаващо живота състояние, често показват по-реалистично и мъдро разбиране за смъртта, което може да е бѐде сметнато за познание извън границите на техните календарни години. ^[131]

Б). Проучвания на *Maurer, Adah* от 1966 г. върху преживявания и поведение, свързани със смъртта в периода на ранна детска възраст

Контактите със смъртта не се ограничават само до децата, които са в рискови ситуации, нито само до тези, които имат емоционални нарушения. Установено е, че повечето деца нямат преживявания, свързани със смърт пряко или косвено. Любопитството за смъртта, обаче, е част от нормалния интерес на детето да научи повече за света. Изследванията и наблюденията над децата показват, че концепциите за смъртта се развиват чрез взаимодействието между когнитивното съзряване и личните преживявания. Децата може и да не започват своето разбиране за смъртта с реалната смърт на възрастен, но техните активни умове се опитват да придадат смисъл на свързаните явления в рамките на интелектуалния им капацитет. *Ада Маурер*, през 1966 г. в статия, със заглавие: "*Съзряване на концепции за смъртта*", (*Maurer, Adah. "Maturation of Concepts of Death."*, *British Journal of Medicine and Psychology*, 1966), ^[124] предполага, че такива „обследвания“ започват необичайно много рано. Доказателствата за „проучването на смъртта“ от децата и свързаните с нея явления стават по-ясни, когато езиковите умения и по-сложни модели на поведение се развиват. Това не означава непременно, че децата са постигнали една утвърдена и надеждна концепция. Малкото дете може да очаква хората да се приберат у дома от гробището, когато са гладни или уморени, без значение, че те вече са мъртви. Децата често „изпробват“ различни интерпретации, тъй като прилагат ограничения си опит за непонятните явленията, свързани със смъртта. *Раздялата и страхът от изоставяне* обикновено са в основата на детската загриженост. Колкото по-малко е детето, толкова по-голяма е зависимостта му от възрастните и толкова по-трудно му е да направи разграничение между „постоянните“ и „временни“ отсъствия на околните. „*Малкото дете не би следвало да притежава концепцията на възрастния индивид за смъртта, защото то*

би се почувствало още по-уязвимо, когато някой любим човек му липсва. Проучванията показват, че децата са по-приспособими към загубата на специални за тях хора или животни, отколкото към общата концепция на смъртта.“ [124]

Снимка на популярен образ, обиколил американските таблоиди на семейството Кенеди по време на погребението на Джон Ф. Кенеди на 24 ноември 1963 год., на която е „уловен“ Джон Кенеди – младши, отдаващ почит на баща си с поздрав. (Приема се, че това е първото документирано спонтанно отношение на дете към смъртта)



В). Проучванията на Жан Пиаже и Ерик Хомбургер Ериксон за преобразуване на концепции за смърт в юношеска възраст

Педиатричните пациентите са също близки наблюдатели на света, както и здравите им връстници. Подрастващите могат да направят дори повече от това. Подобрените познавателни способности. „отварят“ пред юношите нови хоризонти. В терминологията на швейцарския психолог Жан Пиаже (1896-1980 г.), влиятелен поддръжник на концепцията за развитието на мисленето, откриваме следното: „Подрастващите притежават формални операции под свое командване. Те могат да мислят абстрактно, както и конкретно, и нека да си представим обстоятелства извън тези, които възрастните виждат! Такова ново ниво на функциониране осигурява голямо удовлетворение на юношите: могат да критикуват установения ред, да заемат по-пасивната позиция на наблюдатели, да смесват тези позиции обратно - заедно и по различен начин или да се отдават на пищни фантазии.“ [130] Повишеният умствен обхват носи и по-ясен поглед върху перспективата за евентуална смърт. Немският психолог и психоаналитик Ерик Х. Ериксон (1902-1994 г.), отбелязва, че: „Въпреки, че подрастващите имат повече от достатъчно предизвикателства с които трябва да се справят като: формирането на сексуална идентичност, търсенето на роля, и на привилегии като на възрастните, постигане и приемане в партньорска група, също така те трябва да се „примирят“ с перспективата за собствената си смъртност и страховете, генерирани от това признание. Не е необичайно за един и същи юноша да опитва няколко стратегии, които дори могат да бъдат логически несъвместими една с друга, но за юношата си струва да опитва!“ [34]

В заключение е необходимо да подчертаем, че според цитираните литературни източници, това са едва няколко примера от широката палитра стратегии, чрез които децата

и юношите могат да „опитват да влязат“ в съответствие с разбирането, че съществува пряка връзка между животозастрашаващо заболяване и заплахата от смърт. Но по-късно, много от оздравялите/преживяли онкологичната болест хора ще могат да „интегрират“ перспективата за смъртта в живота си. Някои от тях ще го направят чрез разработване на по-ефективни отбранителни стратегии, чрез които да приемат мислите за смъртта като част от битието, а впоследствие, когато те станат родители, ще се справят по-лесно с любопитството и тревогите на собствените си деца. ^[34, 130, 131]

Диагнозата за злокачествено заболяване е стресогенно събитие за родителите и членовете на семейството. Значителен брой научни изследвания и студии ^[21, 91, 99, 104, 110, 137] с изследователски интерес върху групи родители, чиито деца страдат от различни онкохематологични заболявания, традиционно се фокусират върху емоционалното въздействие на болестта и най-често описват следните реакции към диагнозата, представени на Таблица 4. (по Елизабет Кюмблер-Росс, 1926-2004 г. „*On death and dying*“, Ню-Йорк: Scribner^[en], 1969.— 260 p.—ISBN 0-02-605060-9.):

Таблица 4.

Реакции към диагнозата:
1. Шок;
2. Дистрес;
3. Тревожност;
4. Депресия;
5. Страх и несигурност;
6. Отричане.

Страховете на родителите и пациентите по правило са най-силно изразени към момента на поставянето на диагнозата, дебютно хоспитализиране за лечение или операция. ^[21] Тревожността и дистресът продължават да се наблюдават дълго, след като лечението е приключило. Българският опит в изучаването на психологичните проблеми при пациенти и родители е на Проф. д-р Драган Бобев, дмн., в дисертационния му труд: („*Остра лимфобластна левкемия в детската възраст клиничко-биологични особености и прогностична характеристика*“, София, 1968 год.), където откриваме следното: „Диагнозата ALL е тежка психотравма, която поставя редица психологични проблеми пред болния и неговата близка семейна среда. Основен и все още неразрешен въпрос остава как лекаря да запознае родителите с естеството на заболяването, неговото развитие, възможностите за оздравяване и мястото на семейството в процеса на продължително

лечение и наблюдение? Някои от факторите, които оказват влияние върху поведението на родителите и респективно на младия пациент са: липса на реалистичен поглед върху заболяването (омаловажаване, хиперболизиране), продължителна стресова ситуация във фамилната анамнеза, семейна история преди настоящото заболяване (например: друг член на фамилията със злокачествено заболяване, който към момента се лекува без ефект от терапията или е починал от онкологична болест), съмнения във възможностите на провежданото лечение, които неизменно се пораждат на различните етапи от терапията, (особено в моментите на криза или рецидив), провокативно отношението на медицинския персонал. Задача на лекуващия екип е да предоставя в съответен обем и в достъпна форма необходимата информация за съвременните възможности на медицинската наука и практика, което да окуражава родителите и да ги привлича към активно съдействие в продължителния и труден лечебен процес.“ [2] Още през 1970 г. Върнън, Фоли, Шипович и Шулман анализират значителен обем изследователска литература, което е последвано и от разработки на Томпсън (1985 г.). [62] Резултатите показват, че емоционален стрес и повишена тревожност при деца с малигнена патология като пряк резултат от реакцията на родителите, са регистрирани често по време на активното лечение на пациентите и след приключването му. „Нетипично поведение или такова, характерно за по-ранен период, също е възможно.“ [62] Една част от заболелите деца „мълчаливо“ понасят страничните клинични прояви (афтозен стоматит, алопеция, костни болки и др.), но с още по-изразена страхова напрегнатост очакват неизвестното бъдеще и възможните усложнения на заболяването. Формите на психични реакции при деца, чиито родители не се адаптират към диагнозата и необходимите придружаващи грижи, изследователите *Magnire G. ed. Dunkan W.* в материала: (“*The psychological sequelas of childhood leukaemia in pediatric oncology*” *Berlin-Heidelberg, Springer Verlag, 1993, p. 47-56*), [62] най-общо обособяват в няколко типа:

1. Наличие на страхова непримиримост към заболяването и болничната среда;
2. Желание за „отлитане“ във въображаем свят;
3. Възприемане на заболяването и смъртта като неизбежност, с преживявания, аналогични на филмов герой.“

Различни нарушения в поведението и проблеми с обучението при юноши регистрират (Дъглас през 1995 г.; Куинтън & Ратър, 1996 г.) [62] и ги свързват с

хоспитализации, към които родителите са имали съпротиви (например: родителите демонстрират несъгласие детето да бъде хоспитализирано при регистриран намален брой на левкоцитите – левкопения, под $4 - 11 \cdot 10^9/l$).

По-късни проучвания относно прояви на повишена тревожност и стрес при деца и юноши, чиято тежест на симптомите е наложила допълнителни спешни грижи, доказват, че подобни реакции, макар и в зависимост от индивидуалните личностови особености на пациентите, могат да бъдат включени в категориите на активно, пасивно или регресивно зависимо от родителите поведение. ^[62]

Проучване на *Ричи, Кейти и Елертон (1988 г.)* показва, че директната агресивна проява е един от най-често използваните отговори на децата в предучилищна възраст по време на терапия във връзка с различни по степен стресови преживявания като: рутинен преглед от лекар, вземане на венозна кръв и др., когато родителят инстинктивно притиска детето към себе си в опит да го защити. „Поведението, свързано с директна агресия при децата, включва психологичен отговор за контролиране и намаляване на тревожността, чрез реакция, насочена към предпазване от нараняване, (подобно на родителите.) Родителското поведение като цяло се отразява върху оформящото се отношение към личната свобода, събитията и нещата, които предизвикват безпокойство у подрастващите.“ Авторите изтъкват, че обичайните детски реакции към преживяванията, свързани с грижата за здравето, са тревожност и агресия, а времето, прекарано в болница, е свързано с повишена вероятност от агресивни прояви. ^[62] Интерес представляват множеството проучвания, чиито автори предполагат, че децата, които са по-агресивни в болнична обстановка, са склонни да имат по-добро след болнично приспособяване. ^[62]

Преодоляването на тревожността и проблемите, свързани с грижата за здравето са процеси, влияещи се от множество фактори. При децата тези процеси са по-трудни, тъй като промените, свързани с развитието, постоянно оказват влияние върху способностите им да преценяват един фактор като стресов и да отриват потенциала, с който разполагат за справяне с проблема. ^[133, 134] Проучване на *S. B. Lansky, J. T. Lowman, T. Vats, J. Gyulay*, със заглавие: „*School phobia in children with malignant neoplasms*” докладва за група пациенти, демонстриращи училищна фобия и проблеми в семейната среда, несвързани с прогресия на малигнено заболяване, но заради които изследваната група не успява да се върне към нормалния ритъм. Чрез активна психологична подкрепа някои дългогодишни случаи на

училищна фобия могат да се подобрят, но това не обхваща всички изследвани. Предложението на авторите към педиатрите - онкохематолози е да търсят активно, (съвместно с психолозите) признаците на училищна фобия и да се намесят възможно най-скоро в профилактичен режим. ^[115] Продължителната хоспитализация и грижи за пациенти със злокачествено заболяване поставят въпроси не само в клиничен, психологичен, но и в социален и трудово-правен аспект. Във физическо състояние на имунокомпрометираност с риск от усложнения, децата се нуждаят от по-специално обгрижване за постигане на психично равновесие. Родителите на онкологични пациенти, ангажирани в придружаващите грижи около болното дете, обичайно загубват работата си или продължават да работят в условията на стрес, високо ниво на тревожност и намалена работоспособност. ^[20] Актуален проблем на детската онкология остава подбора на комплексна терапия с възможно минимално странично действие, без компрометиране на „качеството на живот“ не само на конкретния пациент, но и на семейното функциониране. Понятието “качество на живот“ като индикатор за изхода на конкретно лечение е обект на множество проучвания при възрастни онкологични пациенти и техните близки. Редица автори като *McGrath, P.Sahler Z., McCubbin, M., Major, D.* проучват влиянието на онкологичните заболявания в детска възраст върху семейните взаимоотношения, функционирането и запазването на работоспособността на родителската двойка. ^[57]

II. ВТОРА ГЛАВА МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

II.1. Дизайн на научното изследване

Тема на настоящия труд е оценката на възможностите за приложение на *маркетинговите стратегии* в психологичните и социални направления на *трудова медицина* като мерки за подобряване на психичното здраве, работоспособност и възможности за професионална реализация *на родители на деца с онкохематологични заболявания*. Проучените от автора обширен брой научни изследвания, описани в **I. ПЪРВА ГЛАВА ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР**, показват, че тази уязвима група лица е застрашена от загубата на работни места. ^[90, 104, 150] Съгласно *маркетинговата концепция* за потребителски ориентирана фирмена цел в двупосочния процес на диалог между родители и работодатели, и едните, и другите имат нужда от специфична консултативна помощ. ^[57, 104, 136, 139]

Родителите на деца с онкохематологични заболявания е необходимо да бъдат информирани относно трудовите права и начина за представяне пред работодателите (напр. при явяване на конкурс или интервю за работа) на своя актуален социален проблем – едновременното полагане на придружаващи грижи за дете със злокачествено заболяване до 18-годишна възраст и възможността за запазване на работния си статус.

Необходимо е *работодателите* да бъдат консултирани по въпросите за психологичните и личностни промени, особености на тази уязвима група родители/служители/работници в хода на придружаващите грижи за онкоболен пациент (дете), относно стандартите за работно място, пространство, режим на труд и почивка, както и за предпочитанията по отделните програми на Бюрото по труда.

Темата на настоящия научен труд и бъдещите изследователски търсения включват: обследване на психичното и физическо здраве, работоспособност и възможности за професионална реализация на родители на пациенти с онкохематологични заболявания чрез използване на методи от различни научни области (медицинска психология, социология, статистика). Крайната цел е достигане на резултат, основаващ се на научни доказателства относно необходимостта от изготвяне на обстоен материал с встъпителна информация за детския рак и възможните странични ефекти от лечението върху семейното функциониране. Материал, който да бъде еднакво полезен за родителите, работодателите (като активна

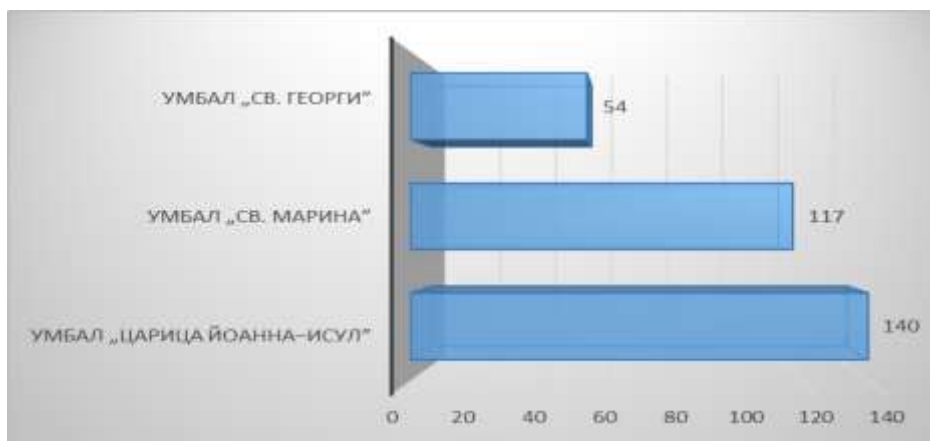
страна в осъществяване процесите на социална и икономическа интеграция в обществото чрез осигуряване на трудова заетост на гражданите) и за специалистите по здравни грижи в областта на детската онкохематология.

В социален аспект **темата** на пилотното проучване е насочена към изостряне чувствителността на работодателите за **потенциала** на родители на деца с онкологични заболявания и е съобразена с основополагащата **маркетинговата концепция**, която гласи, че **основната цел на всяка фирма следва да бъде удовлетворяване на потребителя, а не максимизиране на печалбата**. Авторът на настоящия научен труд изразява мнение, че получените от проучването резултати ще бъдат от полза за всяка организация, занимаваща се с **маркетингови изследвания**, която събира информация за потребителските нужди, обработва ги в **маркетинговото ноу-хау**, както и ще подпомогнат работодателите да разберат потребителските изисквания, за да имат полза и двете страни - **потребител и фирма**.

Предмет на научния труд е разработване и внедряване на ефективна система за оценка и управление на психичното здраве на родители на пациенти с онкохематологични заболявания в етапа на активно лечение на болното дете.

Време (период) на провеждане на научното изследване: Изследването е *текущо* - за определен период от време - от 01. 05. 2017 год. - до 30. 04. 2019 год.

Обект В научното изследване обект на проучване са **311** лица/майки, (разпределени в три групи) на деца с онкохематологични заболявания от трите специализирани центъра за лечение в страната. *Графика.1. Разпределение на изследваните майки*



Графика 1.

I група: **140** майки на онкоболни деца от Клиника по детска клинична хематология и онкология (КДКХО) на УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“ ЕАД.;

II група: 117 майки на онкоболни деца от УМБАЛ „Св. Марина”, гр. Варна – "Детска клиника по клинична хематология и онкология".;

III група: 54 майки на онкоболни деца от УМБАЛ „Св. Георги” и гр. Пловдив – Клиника по педиатрия и генетични заболявания, Звено „Детска онкохематология”.

За нуждите на настоящия дисертационен труд обект на проучване са и **170** лица/работодатели, избрани на случаен принцип от София, Варна и Пловдив, където се намират трите центъра за лечение на онкоболни деца. Разпределението на изследваните работодатели по вид на Търговското дружество е представено на *Графика.2.:*

23 лица на длъжност „управител“ на Акционерно дружество (АД);

31 лица на длъжност "управител" на Дружество с ограничена отговорност (ООД);

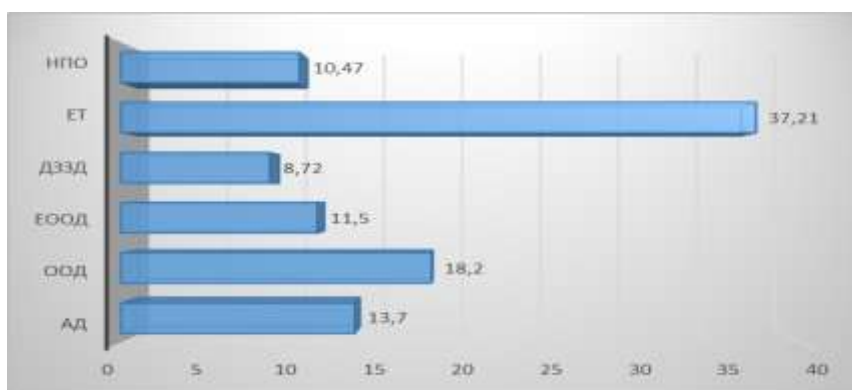
19 лица на длъжност "управител" на Еднолично дружество с ограничена отговорност (ЕООД);

15 лица на длъжност "съдружник", представител на Дружество по закона за задълженията и договорите (ДЗЗД);

64 лица на длъжност „собственик“ на Едноличен търговец (ЕТ);

18 лица, работодатели - представители на различни неправителствени организации (НПО).

Графика. 2. Разпределение на работодателите по вид на Търговско дружество



Графика 2.

- **Цел на научния труд**

Цел Целта на научния труд е да се направи анализ и оценка на необходимостта от маркетинг в трудовата медицина при изграждането на фирмената политика на болничните центрове за лечение на деца с онкохематологични заболявания в Р България, съгласно принципите за високо качество на здравните услуги.

- **Подцели/задачи на научния труд:**

- Осигуряване на необходимия брой лица – майки на деца с онкохематологични заболявания и работодатели от градовете София, Варна и Пловдив, които доброволно да вземат участие в изследването;

- Подбор на подходящ за целите на изследването методически инструментариум:

- Анкетна карта за родители;

- Въпросник за работодатели;

- Тест за оценяване нивата на тревожност и устойчивост на стрес на изследваните лица;

- Тест за оценка на невропсихологичните параметри и функционални състояния на изследваните лица.

- Провеждане на експерименталните изследвания;

- Статистическа обработка и анализ на резултати;

- Интерпретация на резултатите в контекста на съвременните психологични теории и схващания.

- **Задачи на дисертационния труд** Във връзка с целта на настоящия дисертационен труд си поставихме следните задачи:

1. Да се направи преглед на научната литература, изследваща необходимостта от маркетинг в сферата на здравеопазването, трудовата медицина при лечението на деца с онкохематологични заболявания.;
2. Да се направи анализ на медико-статистическите показатели на равни по възможност и категория УМБАЛ по количествени и качествени характеристики като бъдеща основа за висока конкурентност на трите центъра за лечение в Р България.;
3. Да се анализират и оценят нивата на тревожност и устойчивост на стрес при майки на деца със злокачествени заболявания от трите центъра за лечение в София, Варна и Пловдив.;
4. Да се анализират и оценят невро-психологичните параметри и функционални състояния с фокус към работоспособност при майки на онкоболни деца в трите УМБАЛ на страната.;
5. Да се направи оценка на информираността, нуждата от допълнителна информация по пролемите на детския рак и готовността на работодателите от София, Варна и Пловдив да наемат на работа родители/майки на онкоболни деца.;

6. Да се изготви проект и отпечата информационна брошура за диагностичните и лечебни мероприятия, психологичната и социална подкрепа на пациенти и родители в Клиника по детска клинична хематология и онкология на УМБАЛ „ЦАРИЦА ЙОАННА“ ИСУЛ ЕАД.;
7. Да се изготви проект и отпечата информационна брошура за родители на онкоболни деца и работодатели по актуални социални въпроси, относно права, подобряване условията на труд, намаляване на риска от инциденти на работното място и промоция на здравето.

Изготвените проекти и отпечатването за пакет печатни материали, които са продукт на информационната маркетингова стратегия и анализа на резултатите от настоящото проучване са разработени в сътрудничество с:

📖 *Академично издателство на БАН „Проф. Марин Дринов“;*

📖 *Благотворителна фондация за деца „Роналд Макдоналд България (БФДРМБ).*

● *Печатните и информационни материали са:*

1. *За родители и пациенти:* „Децата са нашето бъдеще“; УМБАЛ „ЦАРИЦА ЙОАННА-ИСУЛ“ ЕАД, Клиника по детска клинична хематология и онкология; Брошурата съдържа информация за диагностичните и лечебни мероприятия, които се осъществяват в КДКХО, както и за възможностите за оказване на психологична и социална подкрепа на пациенти и родители на онкоболни деца.
вж. **ПРИЛОЖЕНИЯ**.
2. *За родители, работодатели, мениджъри „Човешки ресурси“, управляващи директори и ресорни ръководители:* „Равни възможности за работа, безопасност и подобряване условията на труд на всички родители. Подкрепа на родители на деца с онкохематологични заболявания за професионална и социална реализация“; УМБАЛ „ЦАРИЦА ЙОАННА-ИСУЛ“ ЕАД, Клиника по детска клинична хематология и онкология, Факултет по обществено здраве – МУ-София, Катедра „Трудова медицина“;
Брошурата съдържа информация по актуални социални въпроси относно права, подобряване условията на труд, намаляване на риска от инциденти на работното място и промоция на здравето при работещи или търсещи работа родители на деца със злокачествени заболявания; вж. **ПРИЛОЖЕНИЯ**

● **Хипотеза на научния труд**

Литературният обзор, който лежи в основата на теоритичния модел на настоящото изследване, дава основание за формулирането на **хипотезата**, че здравното обслужване и комплексно лечение на злокачествени заболявания на деца между кърмаческа и 18 - годишна възраст, налага регулярно изследване на функционалните състояния и невро-психологични характеристики на родителите, грижещи се за онкоболни пациенти, с фокус към запазване на тяхната работоспособност. Работодателите в Р България имат необходимост от предоставяне на информация по проблеми на психичното здраве и работоспособност на родителите на онкоболни деца в етапа на активно лечение. Включването на маркетинговите стратегии в здравния пакет от услуги на УМБАЛ ще гарантира по-високото качество на здравното обслужване и нарастване на удовлетвореността на пациентите чрез прилагането на съвременните стандарти в детската онкология.

II.2. Изследователски методи

□ Анкетни методи на емпиричното изследване

Анкетна карта за родители (вж. ПРИЛОЖЕНИЯ)

Организацията на изследването, критерии и показатели за оценка, методи и начин на провеждане, описание на процедурите, характер на експеримента, начин на обработване на резултатите

Анкетната карта за родители е пилотно разработен инструмент за целта на настоящия научен труд. Съдържа 49 въпроса с включена паспортна част и въпроси относно: пол, възраст, образование, етническа принадлежност, семейно положение, брой икономически зависими лица в засегнатото семейство, години общ трудов стаж на изследваното лице, години стаж на настоящото работно място, местоживееене, професия на грижещия се родител, месечен доход, информираност и толерантност на работодателя към очакваните физически и психологични проблеми на родителя, отношение на колегите, оценка на риска на работното място, проблеми, свързани с периодичните хоспитализации за изследвания, терапия и грижа на детето/пациент. Въпросите в

Анкетата за родители са структурирани така, че да липсват въпроси, които са двойни, сугестивни или сложни, и биха могли да изкривят резултатите или подведат изследваното лице. Какви са очакваните приноси и ползи от подобно изследване? Общеизвестно е, че никой не познава по-добре корпоративната култура на дадено предприятие или компания от хората, които работят в нея. Това означава, че след направени подробен анализ и обобщение на резултатите от проведената *Анкета за родители* в **III. ТРЕТА ГЛАВА РЕЗУЛТАТИ** на научния труд, работодателите ще имат уникалната възможност да разполагат с мнение на свои служители по специфични фирмени особености – нещо, което и най-добрата външна агенция за проучвания не би могла да направи, тъй като не познава спецификите на организацията. Информацията, събрана от такъв тип изследване, би подпомогнала дейността на фирмите/предприятията в аспекта на *подобряване условията на труд и идентифициране на перспективи и проблемни елементи в структурата на всяка организация.*

□ Социологическо изследване сред работодатели чрез Въпросник (вж. ПРИЛОЖЕНИЯ)

Организацията на изследването, критерии и показатели за оценка, методи и начин на провеждане, описание на процедурите, характер на експеримента, начин на обработване на резултатите

За *целта* на настоящия научен труд е проведено социологическо изследване с пилотно разработен *Въпросник* за събиране на изчерпателна и надежна първична информация. Проучването обхваща **170** участници - работодатели/респонденти, мениджъри „Човешки ресурси“, управляващи директори и ресорни ръководители, които дават отговор на 10 определени въпроси чрез избор от дадени отговори или отговарят със свои думи. Дизайнът и форматът на *Въпросника* са съобразени с респондентите, като ясно се отграничени въпросите от обяснителните бележки и указанията за отговорите. Въпросите и отговорите (към тях) не се пренасят на две или повече страници. Социологическото изследване има за *цел* да се установи доколко работодателите (като участници при решаване на проблемите на пазара на труда) са активна страна в осъществяване процесите на социална и икономическа интеграция в обществото на тази група родители. Проблемът с трудовата заетост на родители, грижещи се за онкоболни деца не е нов, той е от международен мащаб,

което се подвърждава и от цитираните от автора множеството източници в литературния обзор. [10, 24, 65, 149] През последните години с развитието на пазарната икономика, която предявява по-големи изисквания към трудово заетите лица, проблемът се задълбочава. Става все по-трудно за хората (в това и число и на родителите на деца със злокачествени заболявания) да намерят или отстояват своята професионална реализация. Днес, в условията на свободен пазар, кръгът от работни места и професии е динамичен и практически неограничен, но доколко те са достъпни за всички? Доколко работодателите са наясно с професионалните възможности, физическото и психическо здраве на родителите на онкоболни деца като фактор работна сила? Доколко работодателите изобщо познават потенциала на тази работна сила и са склонни да ѝ дадат шанс? Има ли преференции и програми, от които да се възползват в тази насока? В общественото пространство и медии се афишира идеята, че в голямата си част работодателите са позитивно настроени и имат положителната нагласа да подкрепят активно кампании за деца, страдащи от рак, да оказват помощ за нуждаещите се семейства. Но за да се включат активно като страна в решаването на проблеми, свързани със социалната и икономическа интеграция на такива родители чрез създаване на достъпна и комфортна работна и среда и действащи програми за интегриране и трудова заетост е необходимо осигуряването на съответната специализирана информация.

➤ Психологични методи

Психологическите тестове като изследователски методики за оценка на психичното състояние и елементи от работоспособността при родители на пациенти с онкохематологични заболявания

Изследването на всеки феномен от областта на психичното здраве на човека като един от компонентите на здравето на работещите граждани на Р България в аспекта на *трудова медицина* изисква интердисциплинарен подход, когато научният труд претендира да е адекватен на многоаспектността на изследваните обекти и изучаваните явления. Известни са десетки хиляди методики за психологическа и педагогическа диагностика. Използваните в настоящия труд психологически тестове като *изследователски методики* са подбрани заради тяхната приложимост за различни

психологически изследвания. Приоритет при подбора им е, че са сравнително лесни за обработка, не изискват специално оборудване, нито значителен разход на хартия и други консумативи.

А) **STAI-Y** Въпросник за оценка на тревожността като състояние или черта с Българска адаптация на Димитър Щетински и Иван Паспаланов;

Б) **Невропсихологичен Тест на Бентън за краткосрочно визуално запомняне (BVRT)**.

Методиките имат широко приложение в областта на *невропсихологията, неврологията и клиничната психология за диференциална диагноза на различни психични и неврологични заболявания*. Други преимуществата на психологическите тестове, избрани за изследователски методи за целта на настоящото изследване са: Двата теста са адаптирани от **OS BULGARIA** при стриктно спазване на стандартите на Международния тестов комитет (ITC), като контролът върху качеството се осъществява от експерти в Giunti OS и от авторите и/или издателите на оригиналния текст’.; Тестовите са публикувани само след официалното им одобрение. Разполагат с ръководство за използване с информация за надеждността и валидността на проведените изследвания по адаптацията; *Тестове STAI-Y и Тест на Бентън за краткосрочно визуално запомняне (BVRT)* представляват версия, максимално близка до оригиналната, одобрена от авторите/издателите на оригиналния тест.; Материалите към тях са с отлично качество, което е гарант, че тестовата ситуация няма как да се компрометира или променя.; В много случаи клиентът пряко оценява компетентността на клиничния психолог по това, какви са материалите, които се използват при оценяването и работата.; Използването на легални тестове с качествени материали дава уникална възможност на експерта, който провежда оценяването да представи резултатите от работата си на професионално ниво, с оригинален принос за клиничната практика. Не на последно място изборът на двата теста е направен заради оправдания клиничен интерес, който предизвиква обследването на *невропсихологичните параметри и поведенчески характеристики на социално детерминирани поражения (каквато е например травмата за родители от диагнозата за злокачествено заболяване на тяхното дете)*, които са обект на медицинската психология при консултиране на индивиди и фамилни групи. При пациенти със злокачествени заболявания и техните родители, функциите и използването на клинични психологични методики (тестове) са не само диагностични, но и

подкрепящи. Необходимо е психологичното консултиране да се опира на базисни поведенчески изследвания като: **способност за разбиране, приемане и справяне със заболяването; степен на тревожност, съпреживяване, емпатия и свързаните с това личностни промени; качество на живот; оценка на семейния ресурс и социална подкрепа.** По отношение оценка на качеството на живот при злокачествена болест се обследва не само самооценката на пациентите, но и на техните родители и близки. Поведението на самотност, социална изолираност и преобладаващо чувство за „вина на здравия родител, т.е. незасегнатия от болестта индивид при обследваните семейства, и днес е професионално предизвикателство за фамилните психотерапевти. Нарушената комуникация и социална изолация на семействата в етапа на активно лечение са в пряка връзка с високата степен на обществена стигматизация на онкологичните заболявания при деца, обгърнати в устойчиви митове за възможност от зараза на околните или неизбежен фатален изход. По мнение на *McGrath, P.Sahler Z., McCubbin, M., Major, D.* ^[57], родителите могат несъзнателно да утвърждават страха и представата на детето за социално неодобрение и позор, като сами демонстрират занижена самооценка, неувереност в способностите си и в бъдещето, прекалена мнителност, до хипохондричност, дисбаланс и формиране на фаталистичен мироглед. Неразбиращата и неподкрепяща среда оказва още по-негативно отражение върху поведението на детето и юношата. Резултатите от психологичното консултиране са високо информативни за лекуващия екип и са ценни, за да се определи вярната и точна терапевтична стратегия, съобразена с оценката на фамилното функциониране, способността за психологична защита и възможност за успешно преодоляване на трудностите. Психологичното консултиране може да даде на терапевтите представа за емоционалния конфликт, настъпващ при „узнаването за болестта“ на детето от родителя, за съпреживяването на болестта, както и за психическото и физическо състоянието на грижещия се родител, което в крайна сметка може да се окаже толкова важно, колкото и избора на точен терапевтичен подход в лечението. (*S. B. Lansky, J. T. Lowman, T. Vats, J. Gyulay*) ^[115] Подробната оценка на психичното здраве, работоспособност и възможност за професионално развитие на засегнатите родители в условията на съвременното общество, изисква допълнителни изследвания на психичните процеси – внимание, памет, мислене и умствена работоспособност, които са важна предпоставка за нормалното функциониране на индивида и семейството, и е обект на бъдещи проучвания.

В заключение, изборът на психологичните тестове *STAI-Y* *Въпросник за оценка на тревожността като състояние или черта* и *Тест на Бентън за краткосрочно визуално запомняне (BVRT)* е направен поради факта, че те могат да бъдат използвани като ефективен и надежден инструмент с приложение за оценка и на психичното състояние и работоспособност при родители на пациенти до 18 - годишна възраст и с други системни заболявания.

Въпросник за оценка на тревожността като състояние или черта на Чарлс

Спийлбъргър (STAI-Y) вж. ПРИЛОЖЕНИЯ

Кратка характеристика на теста

Въпросникът за оценка на тревожността като състояние или черта на Чарлс Спийлбъргър (STAI-Y) е една от често използваните методики за измерване на *тревожността* на лица от 13 до 60 годишна възраст. Той принадлежи към групата методики, предназначени за *изследване на функционални състояния*. Разработен от *Чарлс Спийлбъргър* от Университета в Южна Калифорния - Тампа. Българската адаптация на въпросника е осъществена от Иван Паспаланов и Димитър Щетински през 1989 год., но официалното му публикуване става възможно едва през 2008 год., когато е уреден и въпросът с авторските права. Приложението на методиката позволява прецизна, диференцирана оценка на ситуативната и личностно-обусловената тревожност на изследваните лица. *Ситуативната тревожност* се проявява само във връзка с конкретни събития (например: *изпит, медицински преглед, предстояща операция, интервю за работа и др.*) За разлика от *ситуативната, личностната тревожност* отразява специфичния начин, по който един индивид възприема събитията от външния свят – предимно като предизвикателства и възможности за развитие или предимно като заплахи или непреодолими трудности? Към най-важните параметри на психическите състояния на хората спадат тревожността и свързаното с нея чувство/усещане за напрегнатост. Тревожността е чувството на емоционално напрежение, на очаквани възможни неприятности и безпокойство, неопределен страх от нещо, което може да се случи; отрицателно дифузно емоционално състояние на напрежение и готовност за реагиране на опасност, проявяваща се в и в спектъра на чувства като несигурност, безпомощност, опасения, вълнения. Симптомокомплексът „*тревожност*“ има познавателни (когнитивни), емоционални (емотивни), установъчни (конативни) и моторни (вегетативни и

физиологични) компоненти. От тях решаваща роля играят когнитивните фактори (когнитивната оценка и след това преоценка на опасността). Тревожността определя индивидуалната чувствителност към съревнователен стрес. Като черта на личността характеризира степента на склонност към страх. Тревожността най-често е свързана с очакване на социалните последици от успех или неуспех. Съществуват няколко теории за тревожността. Тя се разглежда като състояние, свойство (черта) на личността и като емоционален процес. Концепциите за тревожността като състояние (*S-тревожност*) и *черта (Т-тревожност)* са въведени за пръв път от **Реймънд Бърнард Кетъл (Raymond Bernard Cattell)** и доразвити от **Чарлс Спийлбъргър**. Тревожността като личностна черта (*Т-тревожност*) отразява относително устойчивата индивидуална склонност, диспозиция към изпитването на тревожно състояние, определена от оценъчните и преоценъчни когнитивни механизми, както и в спонтанния избор на формата и динамиката на включените защитни механизми. Въпросникът (*STAI-Y*) измерва тревожността и като свойство на личността, и като емоционално състояние, т.е. двете основни значения на понятието **тревожност**. Въпросникът съдържа две отделни скали за измерване на тревожността като състояние и като черта, които са отпечатани на двете страни на един и същ лист за отговори. Скалата за *S - тревожност (STAI - Form Y-1)* съдържа **20 твърдения**, които по инструкцията оценяват как изследваното лице/родител «се чувства в този момент», но би могло да се използва и с променена инструкция - насочена към миналото или бъдещето. Той оценява: чувството за опасност, напрежение, нервност и безпокойство. **Скалата за Т-тревожност (STAI - Form Y-2)** съдържа **20 твърдения**, които по инструкцията оценяват как изследвания «се чувства изобщо». Приложението на **Скала за Т-тревожност** е за диагностика на невротичност, депресия на лица при професионален подбор.

Организацията на изследването, критерии и показатели за оценка, методи и начин на провеждане, описание на процедурите, характер на експеримента, начин на обработване на резултатите

Изследването по S-скалата се провежда първо, следвано от Т-скалата, като може да се използва и само едната форма, според задачите на изследването. Оценяването става като по всеки айтем се приписва бал 1-4 точки. Оценка 4 точки индикира наличие на високо равнище на тревожност при 10 айтема от S-скалата и 11 айтема от Т-скалата: S-тревожност: 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18. Т-тревожност: 22,24,25,28,29,31,32,35,37,38,40. Айтемите,



говорещи за липса на тревожност, чийто оценъчни балове са обърнати за S и T-скалите са: S-тревожност: 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20. T-тревожност: 21,23,26,27,30,33,34,36,39. Събират се баловете по двете скали, като не се забравя, че при половината от айтемите баловете са обърнати. Общият резултат е от 20 до 80. Ако не се отговори на 1 или 2 айтема, общият сбор се коригира, като се прибавя средното (закръглено) от попълнените айтеми. При неотговори на повече от 2 айтема, резултатът не бива да се приема като валиден. Нормите за българска популация по двете скали са както следва: За скалата S: за ученици - мъже ($A_v=37,8$; $SD=9,7$) жени ($A_v=41,3$; $SD=10,6$) за възрастни - мъже ($A_v=41,1$; $SD=10,4$) жени ($A_v=45,5$; $SD=11,5$). За скалата T: за ученици - мъже ($A_v=40,4$; $SD=8,5$) жени ($A_v=45,7$; $SD=9,7$) за възрастни - мъже ($A_v=43,7$; $SD=9,1$) жени ($A_v=48,8$; $SD=9,6$). Въпросникът за оценка на тревожността като състояние или черта на Чарлс Спийлбъргър (STAI-Y) съдържа и STAI-Y1 (първите 20 айтема) и STAI-Y2 (21-40 айтем). На STAI-Y1 се отговаря според това, а на STAI-Y2 - според това как се чувстваш изобщо.

Benton Visual Retention Test (BVRT)

Тест на Бентън за краткосрочно визуално запомняне

Кратка характеристика на теста

Тестът на Бентън за краткосрочно визуално запомняне (BVRT) принадлежи към групата на така наречените **невропсихологичните тестове**. Той намира приложение в невропсихологията, неврологията и клиничната психология при диференциалната диагноза на различни психични и неврологични заболявания. Автор на теста е **Абигейл Бентън**, а автори на Българската адаптация са **проф. д-р Паулина Петкова** и **доц. д-р Николай Николов**. Разстройствата на възприятието и/или краткосрочната визуална памет са характерни за редица органични и психични заболявания затова, още от времето на Бине и Симон, психолозите се опитват да конструират подходящи методики за оценката на тези функции. Сред създадените през годините тестове безспорно се отличава този, предложен през 1955 год. от **Абигейл Бентън**. Чрез проста манипулация на инструкциите (обозначавани като администрации А, В, С и D) и благодарение на трите си паралелни форми, **BVRT** може да покрие цялото клинично значимо поле на възприятието и краткосрочната визуална памет. След първото си издание тестът е няколкократно преработван, като всяка нова версия е



показвала нарастваща надеждност и валидност. Българската адаптация е направена на базата на последната пета ревизия *BVRT* от 1992 год.

Организацията на изследването, критерии и показатели за оценка, методи и начин на провеждане, описание на процедурите, характер на експеримента, начин на обработване на резултатите

Целева популация за изследвани лица с *Тестът на Бентън за краткосрочно визуално запомняне (BVRT)* е в широкия възрастов диапазон от *20* до *80 год.* Начинът за администриране на лицата е индивидуален, като стандартна администрация се извършва на хартиен носител, а времето за администрация е *20-30 мин.* Броят на айтемите е *10* задачи - три различни, но еквивалентни в психометрично отношение форми. Изискването към изследваното лице е да запомни и да прерисува или само да прерисува дадени фигури-стимули. Тестът има три паралелни форми и четири начина на администриране. Броят на скалите е *9*. Оценяването се извършва на базата на общия брой верни отговори или на общия брой верни рисунки на целия тест; Общ брой грешки - общ брой грешки от целия тест; Пропуски и добавки - пропуснати или добавени фигури в рисунките; Деформации - деформирани фигури в рисунките; Персеверации - персевативни грешки; Ротации - завъртяни фигури в рисунките; Размествания - разместени фигури в рисунките; Грешки в размера - фигури, прерисувани в грешни пропорции. Точкуване на изследваните лица и начини за изчисление на резултатите е ръчно. Ръководството - Пето издание на *Тест на Бентън за краткосрочно визуално запомняне (BVRT)* съдържа скала за представяне на резултатите и таблица за сравнение на резултатите със статистическите очаквания. Размерът на нормативната извадка е [****] - (национална репрезентативна извадка е съставена от 638 изследвани лица). Адекватността на нормите, спрямо приложенията на теста е [***] - (нормативната извадка адекватно представя целевата популация на теста). Надеждността на (*BVRT*) е [***]. Консесусът между независими оценители на протоколите медиана 0,88 за всички скали и над 0,95 за основните изисквания за валидност на теста е [***], както и по показателя за корелации с други скали, измерващи същите конструкти или за изследвания с различни критериални групи - *Болест на Алцхаймер, тревожностни, афективни и личности разстройства, шизофрения, органично разстройство на мозъка и епилепсия.* Организацията на изследването, въпроси, критерии и показатели за оценка, методи и начин

на провеждане, описание на процедурите, характер на експеримента, начин на обработване на резултатите и корелации са описани и достъпни в *Ръководство* на **OS BULGARIA**.

II.4. Методи на експертната оценка

Статистически методи

А). Документален и математико-статистически методи от рутинната болнична статистическа отчетност за сравнителен анализ на медико-статистически показатели на преминалите онкоболни деца през трите центъра за Р България за 2017/2018 г.

Б) Корелационен анализ с коефициент χ^2 Pearson за установяване на статистически значимите корелации между променливите в изследването. Хи-квадрат методът на Пиърсън по своята същност е статистически метод за проверка на хипотези от класа на непараметричните методи. ^[24] Чрез него могат да се решават различни типове задачи, по-важни от които са изследване наличието на връзка между явления, представени чрез променливи на слаби скали на измерване; изследване закона на разпределение на дадено явление; изследване на някои от условията за приложение на други методи (като дисперсионен анализ). При решение на първата задача се търси отговор на въпроса, доколко предполагаема зависимост съществува обективно (неслучайно) и се проявява като такава сред изследвана съвкупност от единици. За да се отговори на този въпрос, е необходимо да се премине през статистическа проверка на хипотези, която преминава през следните етапи:

Етап 1. Дефиниране на нулева H_0 и алтернативна хипотеза H_1 :

H_0 : Между променливите не съществува обективна връзка

H_1 : Между променливите съществува обективна връзка

В края на проверката с определена вероятност ще се приеме едната или другата хипотеза.

Етап 2. Определяне на нивото на значимост:

Всички проверявани хипотези в анализа ще бъдат извършени при грешка от 5% ($\alpha = 5\%$), което означава, че ще бъдат достоверни с вероятност от 95%.

Етап 3. Определяне на емпиричната характеристика:

Тъй като всички въпроси от анкетното проучване са с качествени отговори, проверката на хипотезите ще се извърши с помощта на Хи-квадрат анализ, чиято емпирична характеристика се

намира по формула:
$$\chi^2 = \sum_{i=1}^{k_1} \sum_{j=1}^{k_2} \left[\frac{(f_{ij} - \hat{f}_{ij})^2}{\hat{f}_{ij}} \right]$$

където: f_{ij} - са фактическите стойности в клетките (observed)

f_{ij}^{\wedge} - са съответните им теоретични честоти (expected)

Етап 4. Определяне на критичната област :

Установяват се границите на областта на отхвърляне на нулевата хипотеза на основата на избраното равнище на значимост. При Хи-квадрат анализа критичната област винаги е едностранна.



Етап 5. Определяне на теоретичната характеристика:

Теоретичната стойност се намира при степени на свобода $k = (r-1)(c-1)$ и равнище на значимост α . Където r – брой на редовете, c – брой на колоните.

Етап 6. Вземане на решение:

Решението се взема въз основа на сравняване на емпиричната с теоретичната стойност. Когато емпиричната стойност (χ^2) е по-малка от теоретичната стойност, (χ_t^2) се приема нулевата хипотеза (H_0), в противен случай, когато $\chi^2 > \chi_t^2$ се приема алтернативната хипотеза (H_1). [24, 63]

В настоящия случай за проверка на хипотезите е използван статистически софтуер IBM SPSS Statistics v23, в който етапите на проверката не минават по теоретично указания начин. При него решението се взема въз основа равнище на значимост на „p” (Asymp. Sig.), което се сравнява с избраната грешка α . Ако равнището на значимост Asymp. Sig. е по-голямо от α , се приема нулевата хипотеза - H_0 . Ако равнището на значимост Asymp. Sig. е по-малко от α , се приема алтернативната хипотеза H_1 . Ако се установи наличие на връзка между променливите, нейната сила може да се установи с помощта на коефициент на Крамер.

$$V = \sqrt{\frac{\frac{\chi^2}{n}}{\min(r-1, c-1)}}$$

Той е нормиран в граници от 0 до 1, като колкото по-близо е стойността му до 1, толкова по-силна е взаимовръзката между променливите. Условно е прието, че ако коефициентът

заема стойност до 0,3 връзката е слаба, над 0,7 е силна, а между двете граници - умерена. За да се тълкува, обаче, освен да се докаже връзка между двете явления е необходимо коефициентът да бъде статистически значим. Проверката за значимост отново преминава през теоретичните етапи за проверка на хипотеза, като нулевата (H_0) хипотеза гласи, че коефициентът е статистически незначим, а алтернативната (H_1), че е статистически значим. Решението коя от двете хипотези да се приеме отново се извършва на основата на равнището на значимост изчислено от софтуера. Ако равнище на значимост на „p” (Asymptotic Significance (2-sided)) е по-голямо от α , се приема нулевата хипотеза - H_0 . Ако равнището на значимост е по-малко от α , се приема алтернативната хипотеза H_1 . [63]

В). Корелационен анализ, Коефициент на **Cramer s** за разпределение степента на корелации. Ако се установи наличие на връзка между променливите, нейната сила може да се установи с помощта на Коефициент на Крамер.

$$V = \sqrt{\frac{\frac{\chi^2}{n}}{\min(r-1, c-1)}}$$

Г). t - Тест на Стюдънт (Student) за сравняване на средни стойности при две

независими извадки. $t = \frac{p_1 - p_2}{\frac{p \cdot q_1}{n} + \frac{p_2 \cdot q_2}{n^2}}$

Д). Дисперсионен анализ ANOVA с Dunnett post - hoc test за проверка на хипотези за равенство между повече от две средни при променливи с нормално разпределение.

За нуждите на научното изследване като **метод на експертна оценка** е избран **методът на системния анализ** с основния аргумент, че той съставлява комплекс от методи, които позволяват изследването на сложни обекти и системи с многообразни връзки и зависимости между факторите и параметрите им. Избраният **метод на експертната оценка** като инструмент за обработка на получените резултати от различните емпиричните методи за целта на настоящото изследване се използва като метод за проверка на научната истина при:

- Установяването и доказването на връзката между ситуативната и личностна тревожност и мотивацията за работоспособност и трудова активност на изследваните лица/родители.

- Доказване на необходимостта от превантивна диагностика с възможност за ранно откриване на фини органични количествени промени на паметта, интелектуални нарушения, ранни симптоми на Болест на Алцхаймер, слабоумие, депресия за оценка психичното състояние при родители на пациенти с онкохематологични заболявания с фокус към тяхната работоспособност и качество на живот.

- Определяне на елементи на риска за работодателя при наемане работа на родители на деца с онкохематологични заболявания.

- Доказване на необходимостта от прилагане на *маркетингови инструменти* в триадата *маркетинговото планиране, трудова медицина, центрове за активно лечение на деца с онкохематологични заболявания* за постигане на конкурентност и високо качество на здравните грижи в здравния пакет от услуги на болничните заведения.

Методи за обработка и анализ на резултатите от изследването

Данните от емпиричното проучване са обработени статистически с пакета програми *IBM SPSS Statistics, Version 23*. Всички получени резултати са обсъдени при ниво на статистическа значимост $p < 0.05$.

III. ТРЕТА ГЛАВА РЕЗУЛТАТИ

III.1. Сравнителен анализ на медико-статистическите показатели за преминалите онкоболни деца през трите центъра за Р България за 2017/2018 г.

В исторически аспект, наименованието „болница“ идва от латинското понятие „*hospes*“ – „гост“, „гостоприемен“, чиито корени можем да открием в Древна Гърция и Рим. Болниците са най-сложната институция в съвременната здравеопазвена система и в обществото се възприемат от като неин основен стълб. Болничният сектор консумира над 50% от финансовите средства на бюджета на НЗОК. [23]

В условията на влошено здравно състояние на населението на страната и ограничен финансов ресурс по отношение комплексното лечение на деца със злокачествени заболявания, безспорно от решаващо значение е ефективното управление и оптимизиране на дейностите в трите центъра за лечение на деца у нас. Общозвестно е, че успешният *маркетинг* и добрият здравен мениджмънт се подчиняват на общия пазарен механизъм.

Параметрите на здравното състояние на пациентите се изменят по време на престоя им в болница - мястото, където им се оказват редица болнични услуги. *Целта* на успешният *маркетинг* на лечебните заведения е тези параметри да се променят в положителна посока, т.е. към подобряване здравното състояние, увеличаване „количеството здраве“ или с други думи - към по-добър здравен продукт.

Най-общо болничният продукт може да бъде разглеждан в *две* основни направления. В *първото*, продуктът се разглежда като процес на изпълнение мисията на болницата, т.е. да лекува, а във *второто*, маркетингово направление, болницата се представя като производствена система, която предоставя своеобразния здравен продукт - определен брой и вид медицински услуги за пациентите.

За нуждите на настоящия научен труд бяха събрани данни за оценка на болничната дейност на трите болнични центъра в Р България за лечение на деца с онкохематологични заболявания:

Клиника по детска клинична хематология и онкология (КДКХО) на УМБАЛ „Царица Йоанна–ИСУЛ” ЕАД;

„Св. Марина”, гр. Варна – "Детска клиника по клинична хематология и онкология";

УМБАЛ „Св. Георги”, гр. Пловдив – Клиника по педиатрия и генетични заболявания, Звено „Детска онкохематология” с цел да се представи обща, макар и кратка характеристика на медико-статистически показатели на тези болници в периода на двугодишното изследване – от 01.05.2017 г. до 30.04.2019 г.

Представените данни позволяват оценка и анализ на равни по възможност и категория организации (УМБАЛ) по количествени и качествени характеристики за бъдеща основа на висока конкурентност при разработване *маркетингови планове*, как да се правят подобрения или да се адаптират конкретни най-добри практики. Крайната цел е подобряване на аспекти при изпълнението на медицинските дейности и *удовлетворяване* на потребителите/пациентите.

Използвани са документални и математико-статистически методи от рутинната болнична статистическа отчетност, като са включени тази част от количествените и качествените показатели за болниците, които дават обобщена представа и оценка на:

1. Медико-статистическите показатели на преминалите онкоболни деца през трите центъра за Р България за 2017/2018 г.;

2. Сравнителен анализ на медико-статистическите показатели за трите центъра за лечение на деца с онкохематологични в Р България.

От данните на *Таблица 5.* е видно, че най-голям брой деца с онкохематологични заболявания са преминали през УМБАЛ „ЦАРИЦА ЙОАННА-ИСУЛ“ ЕАД, гр. София, съответно: за 2017 г. - 1846 болни, за 2018 г. - 1800 болни деца, следвани по прием от пациентите в УМБАЛ „Св. Георги“, гр. Пловдив, за 2017 г. 1701 деца, за 2018 г. – 1774 деца и за УМБАЛ „Св. Марина“, гр. Варна: 1672 деца за 2017 г. и 1600 деца за 2018 г. по показателите: „*Преведени от др. клиници*“ и „*Преведени в др. клиници*“ броят на пациентите остава почти постоянен, с по-малък брой на преведени в клиниките, съответно 2017 г. КДКХО 6 деца, за „Св. Георги“ – 2017 г. 10 деца и за „Св. Марина“ от други клиници за 2017 г. са преведени 5 деца. Преведените от и в други клиници пациенти остават като брой с незначителна разлика за 2018 г. Най-голям брой на преведени в др. клиници деца са за София и Варна.

Значителната динамика на пациентите за трите центъра за проучения от нас период от време 2017/2018 г. по показателите за преминали, постъпили (*Таблица 6, Графика 7.*), а за изписани и починали болни е представена на *Графики 3., 4., 5. и 6.*

Таблица 5.

МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИ ПОКАЗАТЕЛИ

СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА ПРЕМИНАЛИТЕ ОНКОБОЛНИ ДЕЦА ПРЕЗ ТРИТЕ ЦЕНТЪРА ЗА Р. БЪЛГАРИЯ ЗА 2017/2018 Г.

Клиники по детска клинична хематология и онкология	Преминали болни		Имаше		Постъпили		Преведени от др. клиники		Преведени в др. клиники		Изписани		Починали		Остават	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
УМБАЛ "ЦАРИЦА ИОАННА-ИСУЛ" ЕАД, КДКХО	1846	1800	0	0	1840	1788	6	12	6	13	1833	1779	7	8	0	0
УМБАЛ "Св. ГЕОРГИ" - гр. ПЛОВДИВ	1701	1774	0	0	1705	1773	10	14	12	10	1696	1769	7	8	0	0
УМБАЛ "Св. МАРИНА" - гр. ВАРНА	1672	1600	0	0	1667	1575	5	12	6	13	1659	1568	7	6	0	0

Графика 3. „Преминали болни“; Графика 4. “Постъпили“; Графика 5. „Изписани“; Графика 6. „Починали“ деца с онкохематологични заболявания за трите центъра през 2017/2018 г.

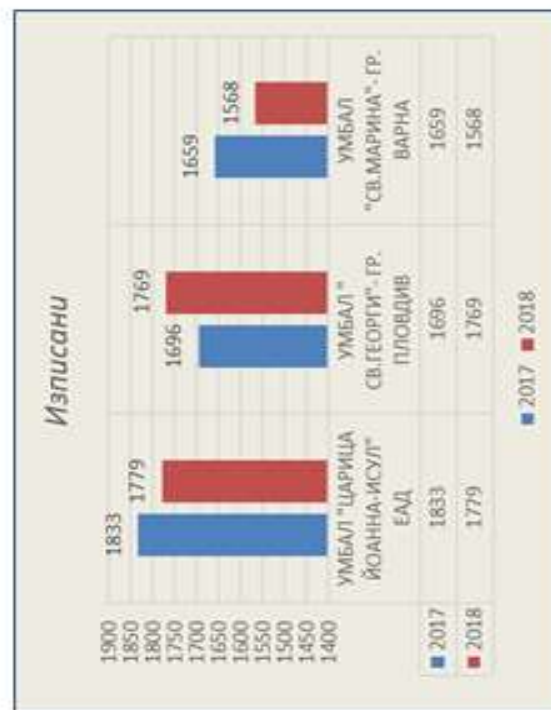
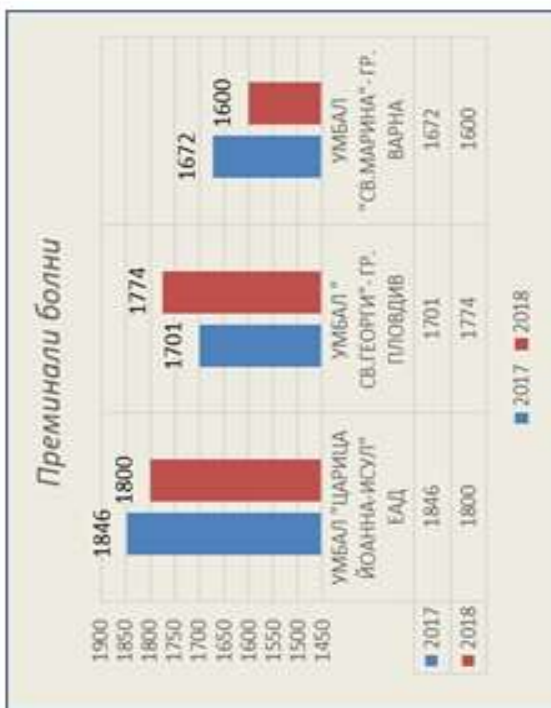
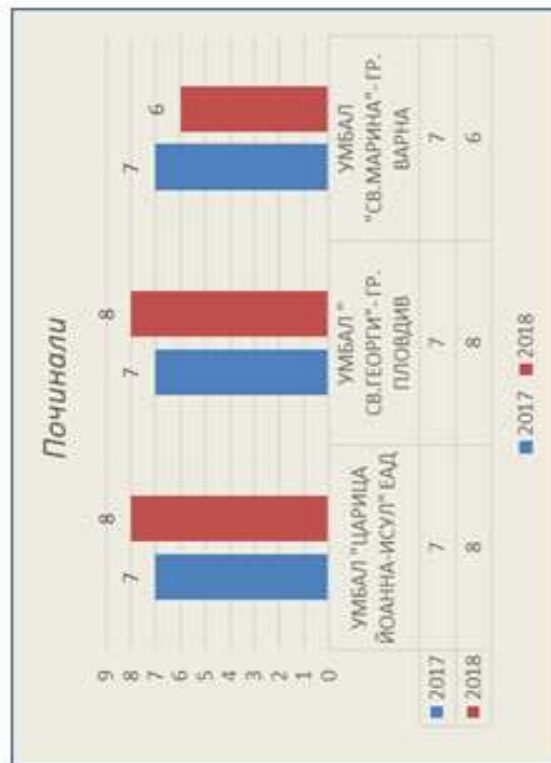
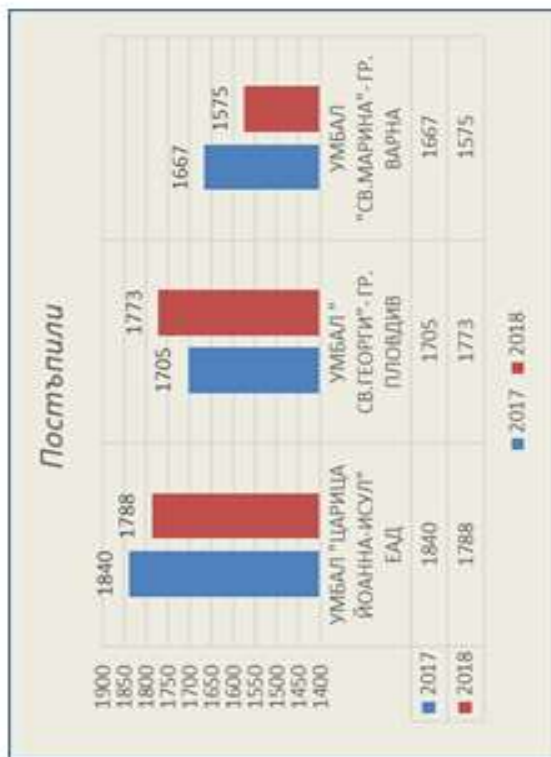
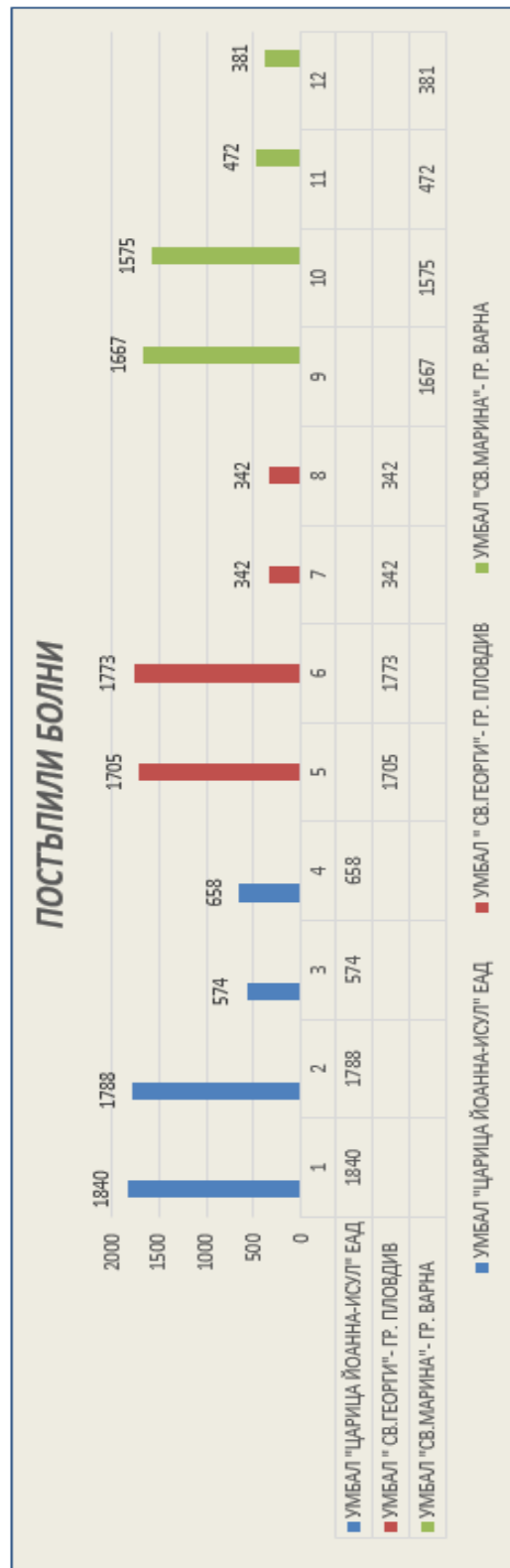


Таблица 6.; Графика 7. „Постъпили болни“ през 2017/2018 г. в трите центъра в Р България

Клиники по детска клинична хематология и онкология	Постъпили болни											
	Общо		от София		Общо		от Пловдив		Общо		от Варна	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
	1840	1788	574	658	1705	1773	342	342	1667	1575	472	381
УМБАЛ "ЦАРИЦА ИОАННА-ИСУЛ" ЕАД, КДКХО												
УМБАЛ "Св. ГЕОРГИ" - гр. ПЛОВДИВ					1705	1773	342	342				
УМБАЛ "Св. МАРИНА" - гр. ВАРНА												



В контекста на настоящото изследване е необходимо да подчертаем, че маркетинговите прогнози и успешният маркетинг се позовават именно на достоверната базова информация от медико-статистически показатели на отделните болнични заведения. Реализирането на успешен **маркетингов план** е възможно чрез допълване на представените от нас подробни данни с такива относно: заболяемост, здравни потребности, рискови фактори на обслужвания контингент пациенти и родители, здравна култура, демографска структура, териториално разпределение, очаквания и търсене на здравни услуги и доходи, (представени в: **„Коефициенти на икономическа активност по пол, статистически райони и по области“ за 2010 – 2018 г. (данни от ИНФОСТАТ)**). вж. **ПРИЛОЖЕНИЯ**. По данни на НСИ за 2017 г. детската смъртност е 9.9/1000 при българите; 17/1000 при лицата от турски произход и 28/1000 при лицата от ромски произход. Докато при лицата от български и турски произход се наблюдава тенденция за отлагане на брака и на раждането на първо дете, при лицата от ромски произход се запазва тенденцията на много ранни женитби, на раждане на първо дете в юношеска възраст и на следващи раждания с кратък интервал между тях. Ранните раждания са рисков фактор за недоносеност на плода, тежки вродени увреждания на бебето, за висока детска смъртност в първата година от живота.

По данни на **Факт Маркетинг** за 2018 г. в 68 % от ромските домакинства има хронично болен; 55 % посочват, че затрудненият достъп до ОПЛ и педиатри поради отдалеченост, представлява опасност за здравето на децата, като жителите на селата много по-често определят отдалечеността на помощ от педиатър като рисков фактор; 46 % от лицата от ромски произход не са здравно осигурени. (по данни от НИС).

Чрез така събраната за нуждите на проучването подробна базова информация, **маркетинговите прогнози** могат да получат своята максимална конкретност, да намалят несигурността и хаоса на отделните медицински дейности, (напр. в условията на една засилена конкуренция между университетските болници в София, Пловдив и Варна). Сравнителният анализ на медико-статистическите показатели в **маркетинговата система** е надежден индикатор за нивото на **маркетинговата култура** в различните лечебни заведения. Затова здравните мениджъри наричат още анализа на медико-статистическите показатели „*екологично качествено прогнозиране*“ [32, 33]. Качественото прогнозиране включва сравнителен анализ и оценка на средовите фактори, които неизбежно влияят върху пазара на предлаганите здравни услуги, прогнозиране на здравното поведение, търсене и

въвеждане на ефективни методи при лечението на злокачествените заболявания в детска възраст (*напр. като възможности за реализиране на аlogenна трансплантация на костен мозък в трите центъра за страната*).

Представените данни допълват информацията, че лечението на деца с онкохематологични заболявания се извършва *единствено* в трите големи болнични центрове на трите градове за Р България. Къде родителите ще предпочетат да се лекува болното от злокачествено заболяване дете? Кои фактори ще определят вземането на решение, дали то да се проведе в София, Пловдив или във Варна?

Първо и най-важно е да се отбележи, че лечението на рака в детска възраст изисква високо квалифицирани грижи от специалисти. Това са детските онкохематолози, детските хирурзи и лъчетерапевти. Подобно на възрастните пациенти, както беше упоменато в **I. РАЗДЕЛ ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР**, децата също както възрастните преминават през различни етапи на химиотерапия, лъчетерапия и хирургически операции в зависимост от вида и стадия на своето заболяване. За да се постигне това, е необходимо малките пациенти да получат възможност за ранна диагностика, достъп до животоспасяващи медикаменти и системно лечение, което е осъществимо само в големи болнични центрове. Навременната и ефективна терапия на онкологичните заболявания при децата води до относително по-малко физическа болка, психологически проблеми и най-важното – до по-висока преживяемост! Първоначалната реакция, когато всеки от нас чуе думата „рак“ е паническа тревога, а когато тази диагноза е отправена към дете, ситуацията придобива опустошителни измерения.

Като част от добрата *маркетингова стратегия* за да се повиши осведомеността за онкологичните заболявания в детска възраст на родителите и обществото е необходимо да се подчертае значението на своевременното поставянето и правилна диагноза на детето.

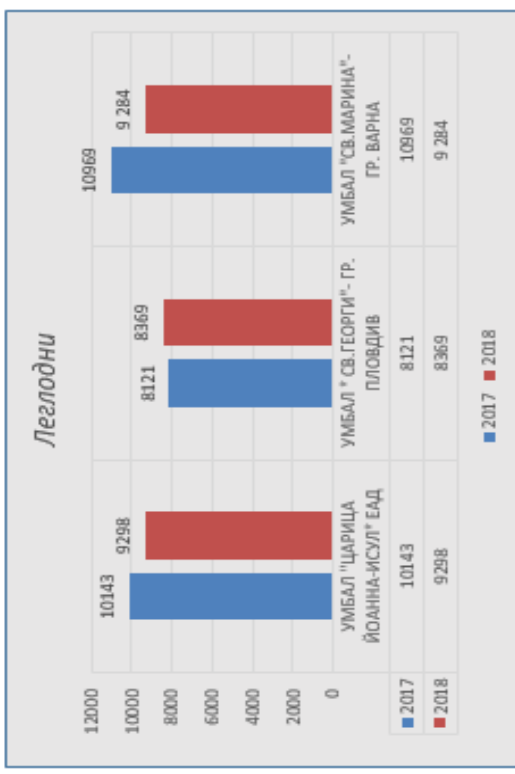
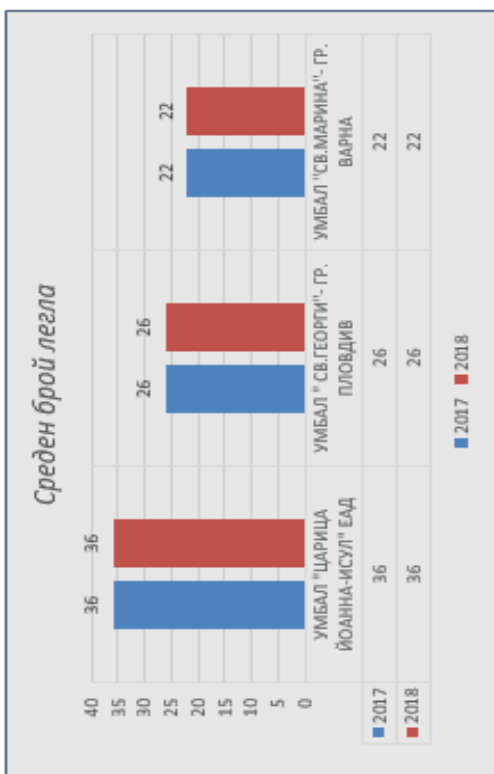
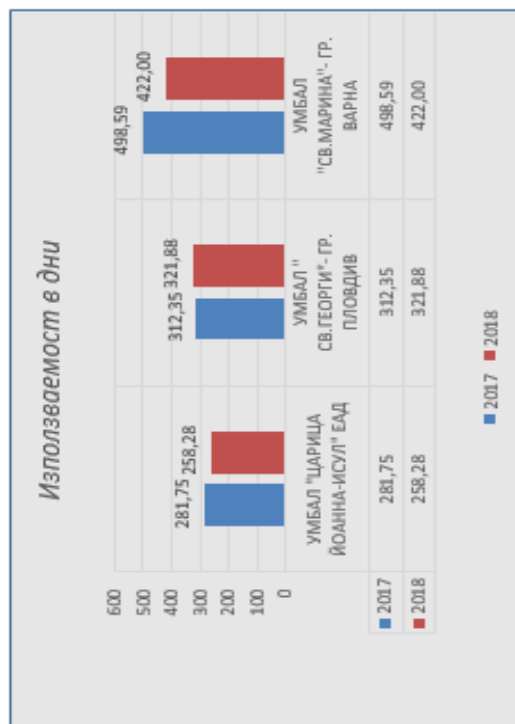
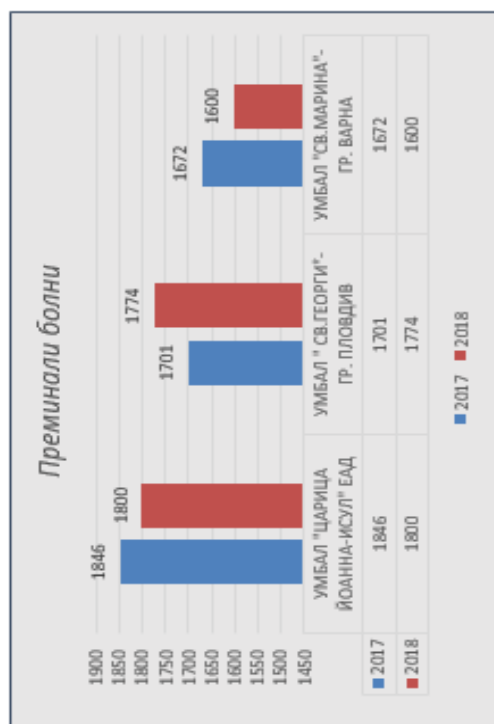
Според информация на *Световната здравна организация (СЗО)* почти **300 000 деца** биват диагностицирани с рак всяка година.^[47] Злокачествените заболявания сред децата са по-слабо разпространени в развитите страни и имат по-висока степен на преживяемост - около **80%**. Много по-различна и контрастираща е статистиката в страните с ниски и средни доходи, където процентът на оцеляване сред децата с малигнени заболявания е едва **20%**.

Таблица 7. Медико-статистически показатели за трите центъра – Сравнителен анализ

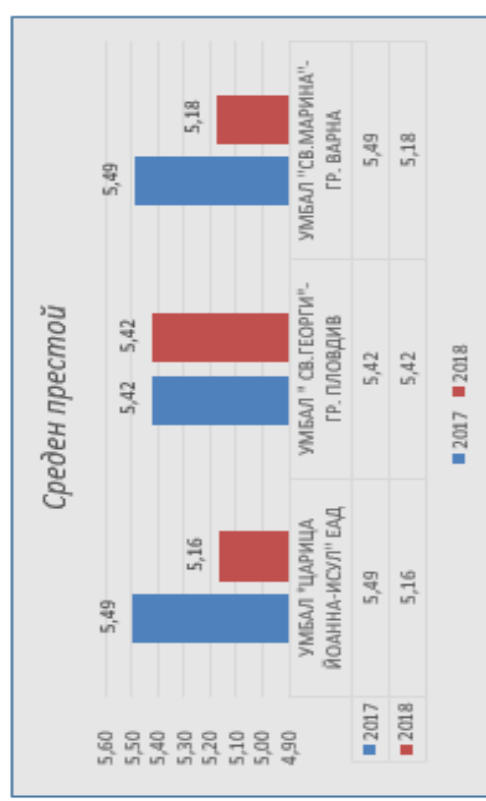
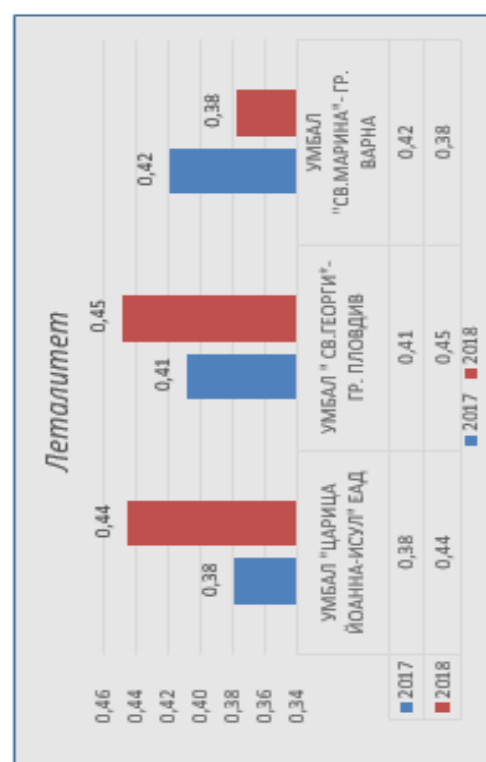
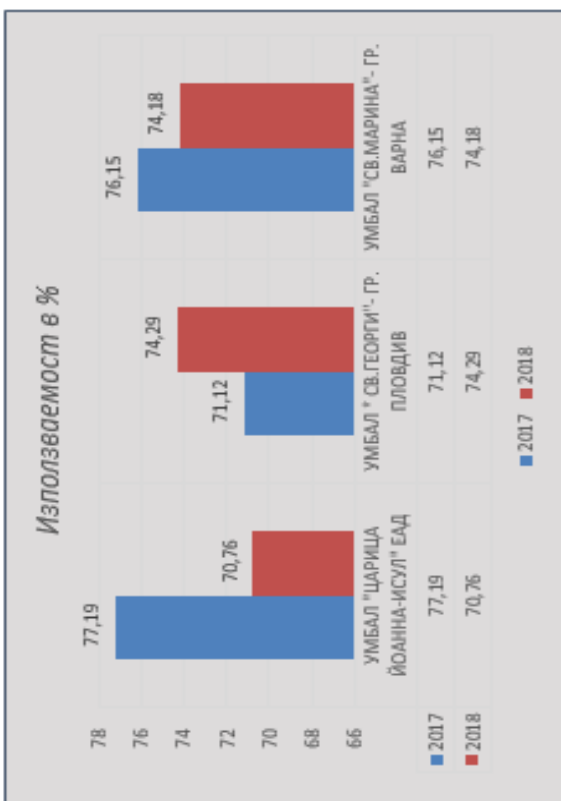
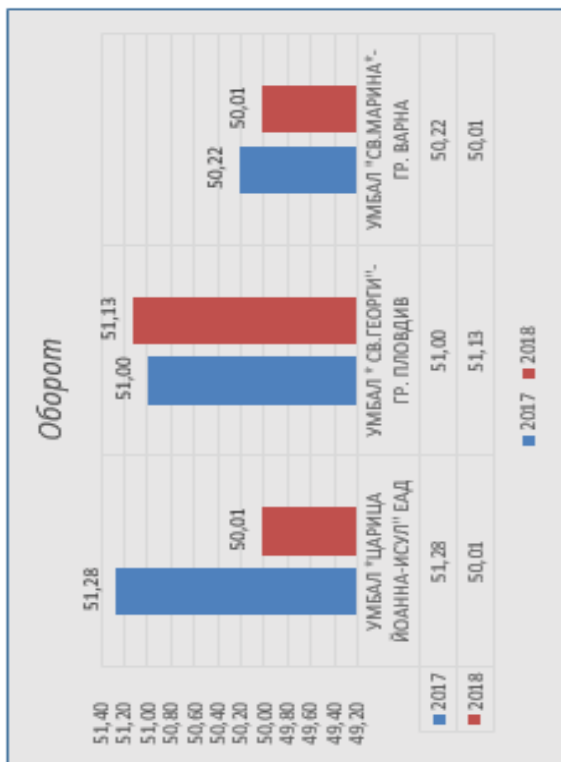
**СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИ ПОКАЗАТЕЛИ ЗА ТРИТЕ
ЦЕНТЪРА В Р. БЪЛГАРИЯ ЗА 2017/2018 г.**

Клиники по детска клинична хематология и онкология	Среден брой легла		Преминали болни		Леглодни		Използваемост в дни		Използваемост %		Оборот		Среден престой		Леталитет %	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
УМБАЛ "ЦАРИЦА ЙОАННА-ИСУЛ" ЕАД, КДЖО	36	36	1846	1800	10143	9298	281,75	258,28	77,19	70,76	51,28	50,01	5,49	5,16	0,38	0,44
УМБАЛ "Св. ГЕОРГИ"- гр. ПЛОВДИВ	26	26	1701	1774	8121	8369	312,35	321,88	71,12	74,29	51,00	51,13	5,42	5,42	0,41	0,45
УМБАЛ "Св. МАРИНА"- гр. ВАРНА	22	22	1672	1600	10969	9284	498,59	422,00	76,15	74,18	50,22	50,01	5,49	5,18	0,42	0,38

Графика 8. „Среден брой легла“, Графика 9. „Преминали болни“, Графика 10. „Леглодни“, Графика 11. „Използваемост в дни“



Графика 12. „Използваемост в %“, Графика 13. „Оборот“, Графика 14. „Среден престой“, Графика 15. „Леталитет“



Представените данни в *Таблица 7.* и *Графики 8.-11.* са информативни при оценката на диагностично-лечебния процес на болничните заведения, където се използва голям брой количествени и качествени показатели. Системата за оценка на диагностично-лечебния процес в стационара, при провеждане лечението на деца с онкохематологични заболявания, а също и на цялостната стационарна дейност от гледна точка на управленския процес, трябва да са тясно свързани, да подпомагат и осигуряват останалите етапи на управлението – планиране, прогнозиране, финансиране и контрол.

Трите, разглеждани в настоящото проучване Университетски болнични заведения, разполагат със съвкупност от ресурси, които се използват в различни производствени процеси. Необходимо е ръководството и здравният мениджър е да са запознати в каква степен и ефективно ли се изразходват наличните ресурси в болницата, мястото, където болничното легло представлява основният физически ресурс. Чрез показателя за *брой на болничните легла* се изчислява първият елемент от профила на използване ресурсите в болничните заведения: *Индексът на заетост (ИЗ)*. *Високият ИЗ (Използваемост на леглата в %)* показва, че леглата са винаги заети, докато *ниският ИЗ* означава, че леглата обикновено са празни. Въпреки това, независимо дали леглата се използват много, или малко, от гледна точка на показател *ефективност*, престоят може да бъде адекватен или не. *Престоят* представлява класически междинен продукт и като такъв се използва за поставяне на диагноза и/или лечение на пациенти. *Броят леглодни* за всеки пациент се определя от заболяването и зависи пряко от клиничната преценка на лекаря (процес на вторично или лекарско производство). Зависи също от външни фактори, чужди на самото лекарско решение, но присъщи на производствените процеси в други звена (процес на първично или техническо производство). *Оборотът на леглата* (или преминалите болни на едно легло) характеризира *Средния брой болни*, обслужени през годината на едно болнично легло. Изчислява се като съотношение между *броя на преминалите болни* (т.е. болните, които са били в отделението в началото на годината, и *постъпилите болни* през годината) и *Средногодишния брой на леглата*. За измерване на ефективността в използването на болничните легла се използва *Средният престой (СП)*, който се получава като се раздели броят на извършените леглодни през определен период от време на броя на преминалите пациенти за същия период. [21, 23]

Резултатите на представените *Графики 12.-15.* показват, че показател „*Среден брой легла*“ за трите клиники е постоянен. Показател „*Преминали болни*“ деца е 1846 за 2017 г. за УМБАЛ „Царица Йоанна“, КДКХО., за УМБАЛ „Св. Георги“ е 1701 за същата година и с известна динамика за 2018 г. – 1774 деца, докато за УМБАЛ „Св. Марина“ броят на преминалите пациенти бележи незначителен спад: 1672 за 2017 г. и 1600 през 2018 г. По показател „*Леглодни*“ от 10143 за 2017 г. за КДКХО постепенно намаляват на 9298 за 2018 г., за УМБАЛ „Св. Георги“ за 2017 г., броят им постепенно нараства от 8121 до 8369 за 2018 г., след което се наблюдава известен спад от 10968 леглодни за 2017 г. на 9284 за УМБАЛ „Св. Марина“, Варна. За показател „*Използваемост в %*“ – *Фиг. 12.* – в началото на разглеждания период се наблюдава спад от 77,19% за 2017 г. до 70,76% за 2018 г. и за Варна - от 76,15 за 2017 г. до 74,18 през 2018 г. По показател „*Оборот на леглата*“ за КДКХО индексът е най-висок - 51,28 за 2017 г. Счита се, че оптималната степен на използваемост на леглата е 85%, тъй като позволява да се разполага с определен брой незаети легла, които дават възможност за гъвкавост при приемането, както на спешни, така и на планирани случаи. Броят на преминалите болни деца през разглеждания период 2017–2018 г. за изследваните три болнични заведения е динамичен. Впечатление прави постепенното намаляване по показател „*Среден престой*“ на пациентите, отново най-силно изразен в София и Варна (5,49) за 2017 г.

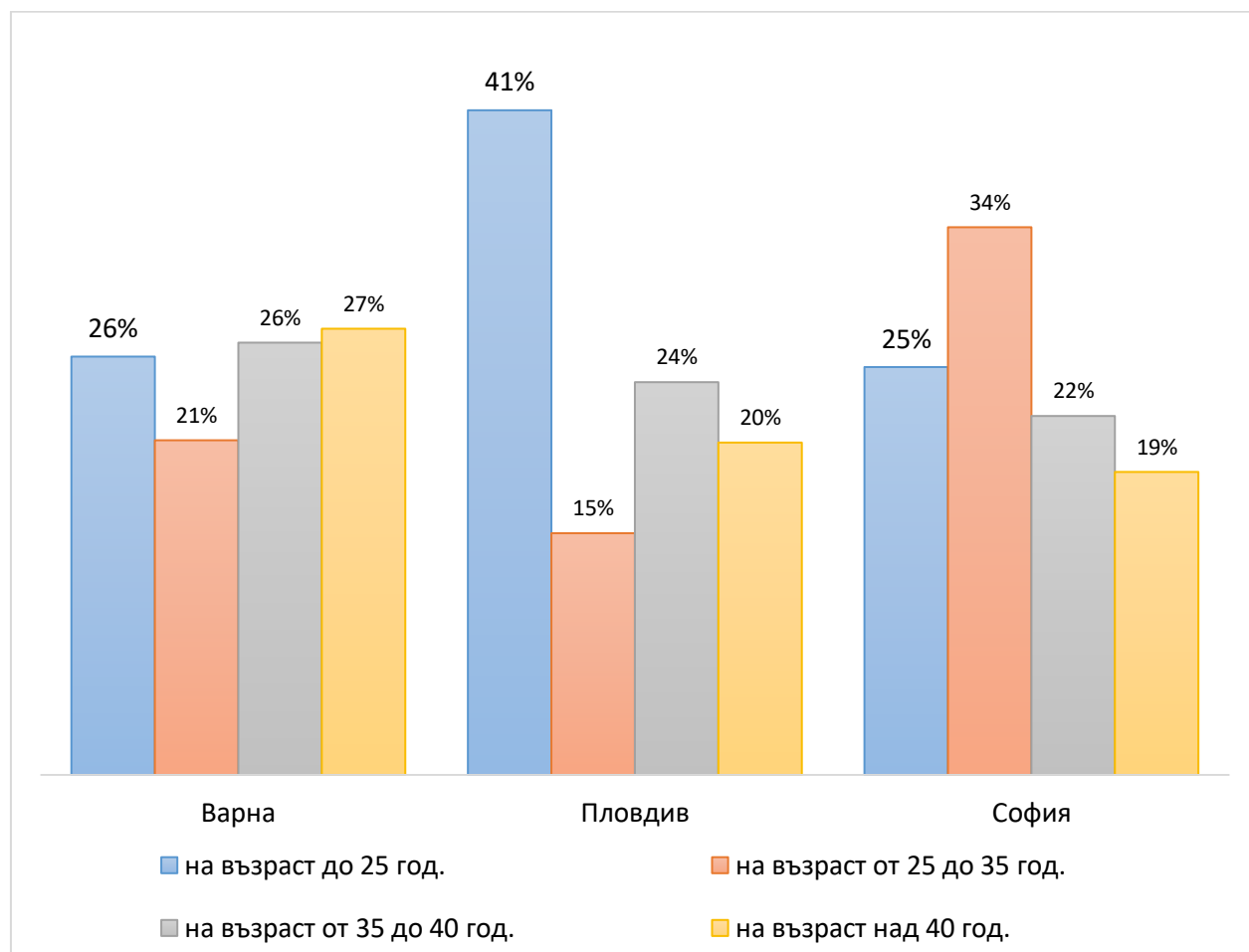
Получените и подробно представени резултати потвърждават като цяло тенденциите за болниците не само на национално ниво, а и при международния преглед на научните данни към намаляване на средния болничен престой. ^[23, 28] В трите болници за лечение на деца с онкохематологични заболявания в страната, каквито са многопрофилните болници за активно лечение е присъщ приемът за *кратко време, с интензивна клинична дейност по време на престоя на болното дете, с висока степен на заетост*, често достигаща краен предел. Именно чрез адекватно въздействие върху показател „*Среден престой*“ на един пациент, (т.е. върху процеса), може да се влияе позитивно както върху резултатите/изхода на болничната дейност, така и върху нейната крайна ефективност – оздравяване на болното дете.

III.2. Резултати от Анкетна карта за родители на пациенти с онкохематологични заболявания

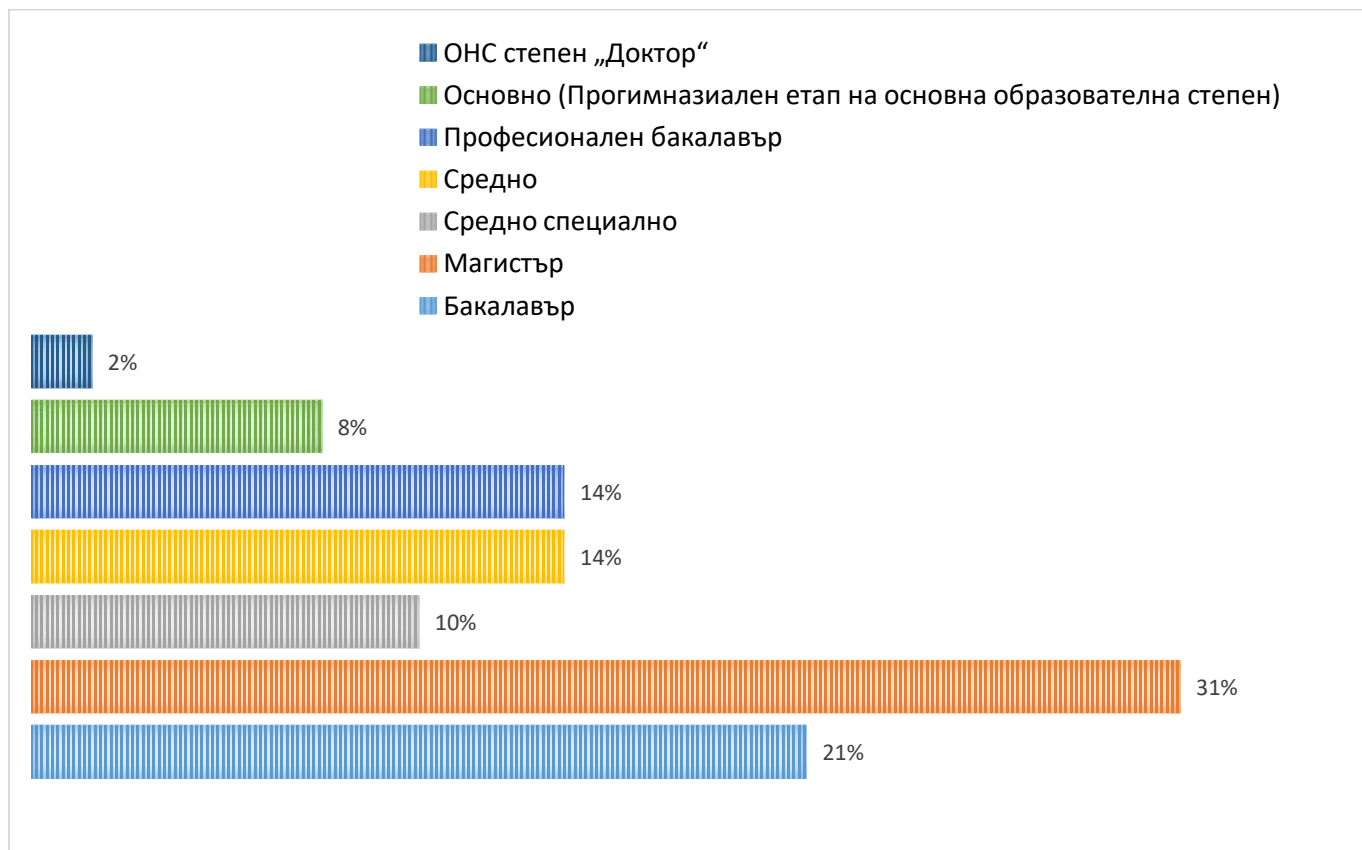
А) *Анкетната карта* е създадена и отпечатана за целта на настоящия научен труд. Тя е раздадена лично и попълнена индивидуално от общо 311 майки на онкоболни деца от трите центъра за лечение в страната. Времето за анкетиране и отговор на съдържащите се в нея **49 въпроса** е било съобразено с Правилника за вътрешния ред и болничния режим в университетските болници.

На *Графика 16.* е представено процентното разпределение на изследваните майки по възраст. Най-младите майки, на възраст до 25 год. - 41% са от Звено „Детска хематология“, гр. Пловдив, следвани от майките от гр. Варна - 26%. Майките от гр. София са с най-висок процент 34% във възрастта от 25 до 35 год.

Графика 16. Разпределение на изследваните майки по възраст. (Въпрос 2.)



Графика 17. Разпределение на изследваните майки по образование. (Въпрос 3.)

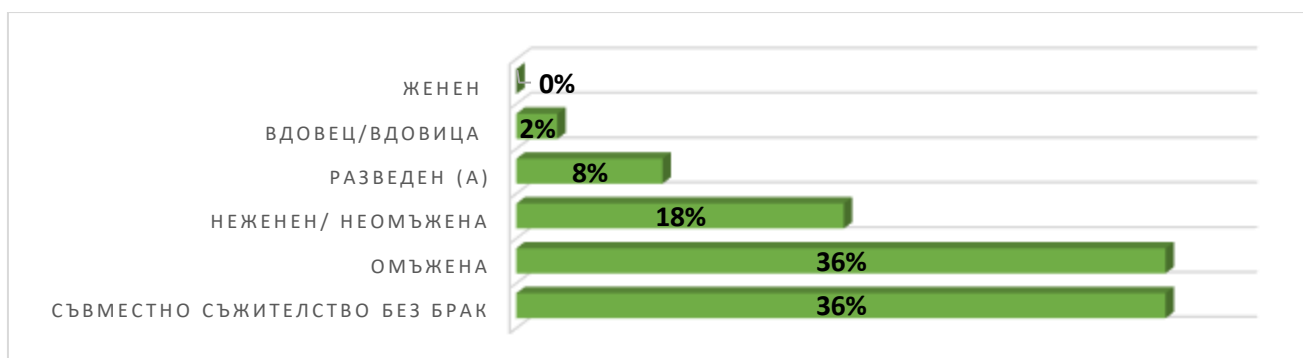


Данните на *Графика 17.* показват, че от изследваната група от майки на онкоболни деца с образователна степен „магистър“ са 31%, сравнително висок процент, който е показателен, че проучения контингент е хомогенна група, която се състои предимно от млади жени, с добро образование и средно/високо ниво на интелигентност. 21% от майките са с образователна степен „бакалавър“. Едва 8% от изследваната група имат основно образование (Прогимназиален етап на основна образователна степен).

Графика 18. Разпределение на изследваните майки по етническа принадлежност. (Въпрос 4.)

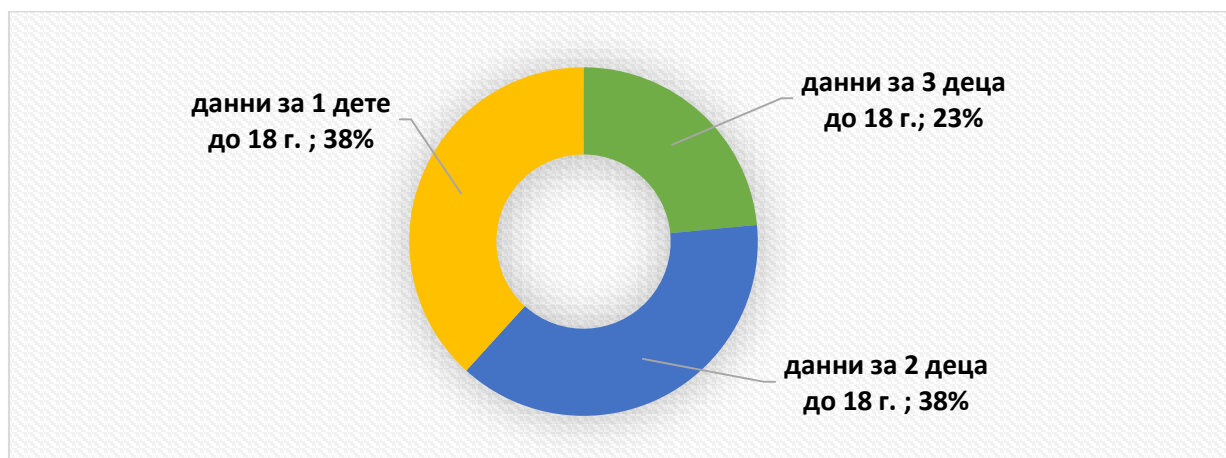


Графика 19. Разпределение на изследваните майки по семейно положение. (Въпрос 5.)



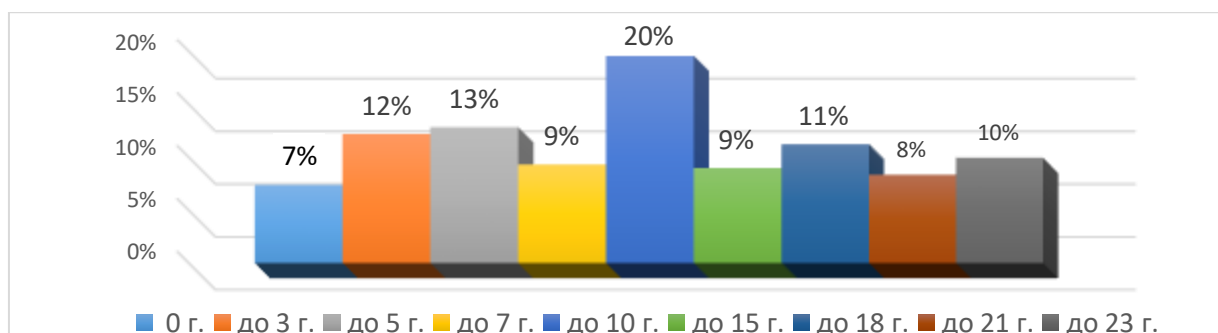
По отношение на семейно положение, значителен процент - 36% от изследваните майки от трите центъра дават положителен отговор за съвместно съжителство без брак, същият е процентът и на „омъжените“ майки. Неженените/неомъжените са 18%. Сравнително нисък е процентът на разведените - 8%, като вдовиците съставляват 2% от изследваните лица. Тъй като лечението и придружаващите грижи, свързани с лечението на онкоболно дете изискват време, търпение, постоянство и мобилизация на всички семейни ресурси, за медицинския екип е от изключителна важност информацията от фамилната анамнеза и придружаващите интервюта от клиничния психолог, (отразени в ИЗ. – то на пациента), относно дали майките имат от кого да бъдат подкрепяни – съпруг, приятел, близки, за да се справят успешно с трудностите от тежката диагноза и продължително лечение.

Графика 20. Разпределение по брой на икономически зависими лица в семейството. (Въпрос 6.)



От *Графика 20*. е видно, че процентното разпределение от 38% е по-равно относно данните за здравите деца – братя и сестри/сиблинги в семейството; за едно и две деца до 18 - годишна възраст. 23% от изследваната група майки дават сведения за три деца до 18 год. Този висок процентен резултат е важен, тъй като наличието на повече деца в семейства с онкологично болно дете е ценен показател за по-добра адаптация към заболяването и лечението, както и за по-добра социална интеграция на излекувания пациент. ^[10, 13]. Но от друга страна, нашата дългогодишна практика показва, че често майките - придружителки се тревожат за проблеми, свързани с грижи за здравото дете в семейството, което също страда от дефицита на родителско внимание ^[18].

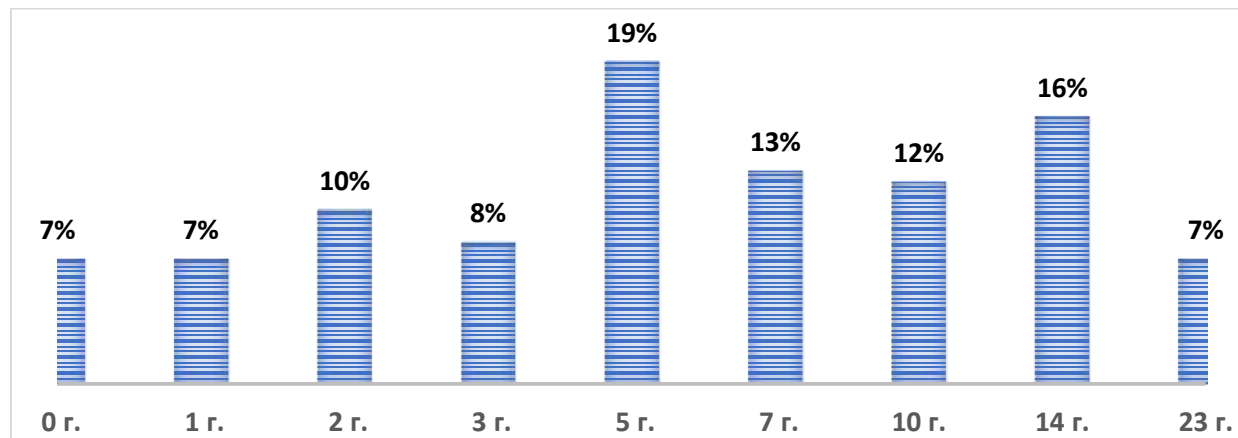
Графика 21. Разпределение на изследваните майки по години общ трудов стаж. (Въпрос 7.)



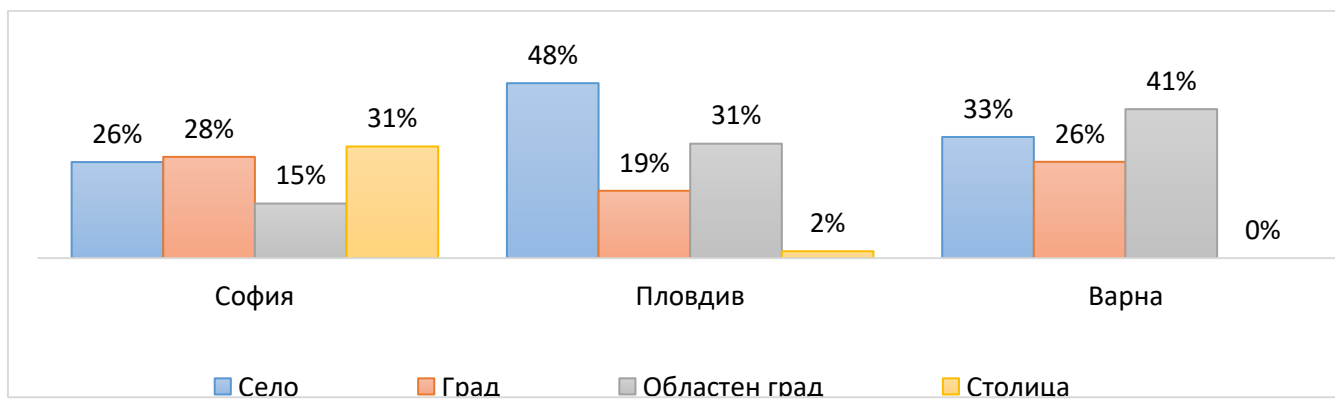
Процентно разпределение на изследваните майки по години общ трудов стаж, представено на *Графика 21*. отново потвърждава казаното до тук, а именно, че най-висок процент - 20% от майките имат сравнително малък трудов стаж – до 5 г., следвани от 13% майки, със стаж до 3 г. 10% от изследваните лица имат работен стаж до 10 г. Групата изследвани лица е от

млади майки, за които тепърва предстои да разкрият своя работен потенциал и да бъдат активна страна на пазара на труд. Задача на настоящото проучване е да изследва този перспективен контингент от родители като превенция срещу възможността те да се превърнат в маргинализирана група, оставаща в сянката на социалната изолация и обезверяване.

Графика 22. Разпределение на майките по години стаж на настоящото работно място. (Въпрос 8.)



Данните от Графика 22. показват известно стационаране по отношение на стажа на настоящото работно място с най-висок процент - 19% майки с пет годишен стаж и един сравнително нисък процент - 7% майки, които нямат стаж на настоящото работно място. Графиката е информативна за динамика по отношение на родителските отговори, което ще се допълни и от следващите въпроси, тъй като тенденцията при изследваните майки като цяло е да запазят, т.е. да се върнат на своето работно място от преди заболяването на детето, Графика 23. Разпределение на майките по местоживене. (Въпрос 9.)



Интересни са процентните резултати относно разпределението на майките от трите центъра по местоживене, които са ценни при съпоставка с данните от НСИ относно

медианният доход по области и градове за Р България, представени в **IV. ЧЕТВЪРТА ГЛАВА ОБСЪЖДАНЕ.**

Графика 24. Разпределение на майките по професии за: А) София, Б) Варна, В) Пловдив. (Въпрос 10.)

А) гр. София



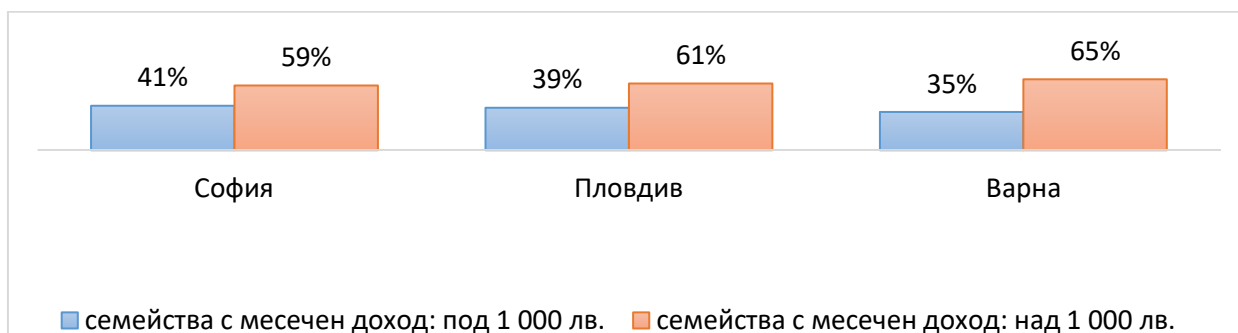
Б) гр. Варна





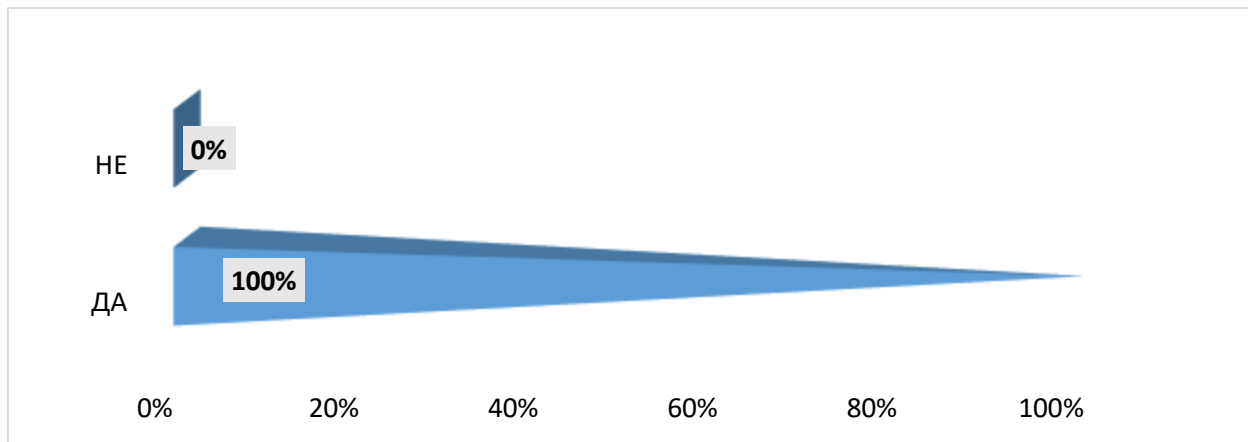
В) гр. Пловдив

Графика 25. Разпределение по месечен доход. (Въпрос 11.)



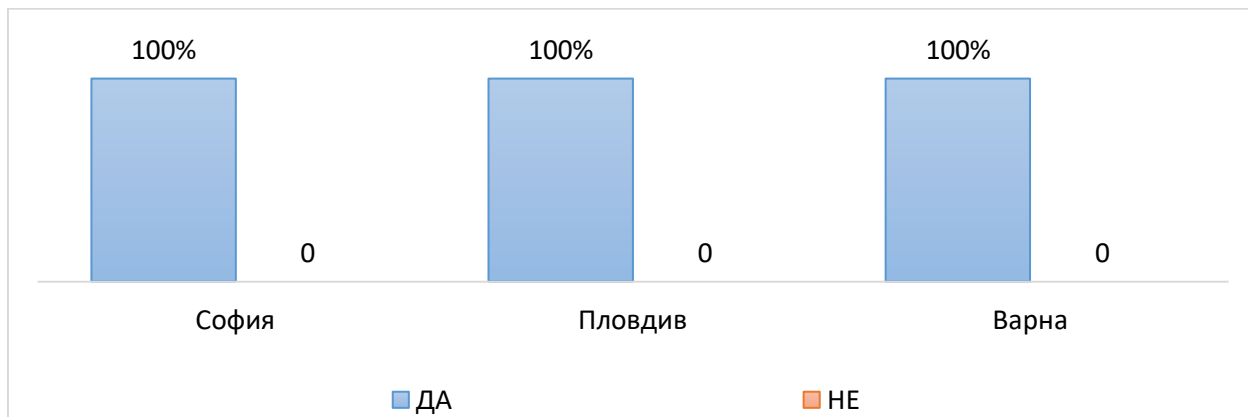
Процентното разпределение на изследваните майки по месечен доход (Графика 25.), показва едно сравнително високо разпределение на доходите за изследваните семейства, като най-висок е доходът на семействата от гр. Варна – 65% - семейства са с месечен доход над 1000 лева, следвани от семействата от гр Пловдив – 61%, а при семействата от София, 59% съобщават за доход под 1000 лева месечно. Обяснение на получените резултати можем да потърсим отново в допълнително събраните данни, които показват, че голяма част от изследваните лица от гр. София, КДКХО не живеят в собствено жилище, а под наем или изплащат високи жилищни кредити. Това на практика означава, че въпреки относително високите доходи на домакинствата, стандартът на живот в столицата е по-висок, което води до увеличаване на разходите за сметка на намаляване на приходите на домакинствата.

Графика 26. Разпределение по място на провеждане лечение на детето. (Въпрос 12.)



От представеното процентно разпределение на *Графика 26*. е видно, че всички изследвани майки на онкоболни деца (100%) отговарят, че малките пациенти провеждат лечение в трите центъра за страната. 0% е този на родители, чиито деца изобщо не провеждат лечение/отказ от лечение, което се отчита като положителен фактор за възможен по-благоприятен изход при наличие на животозастрашаващо заболяване, каквото е малигненото заболяване в детска възраст.

Графика 27. Разпределение на изследваните майки на *Въпрос 13*: „На настоящия етап от лечението на Вашето дете, Вие работите ли?“



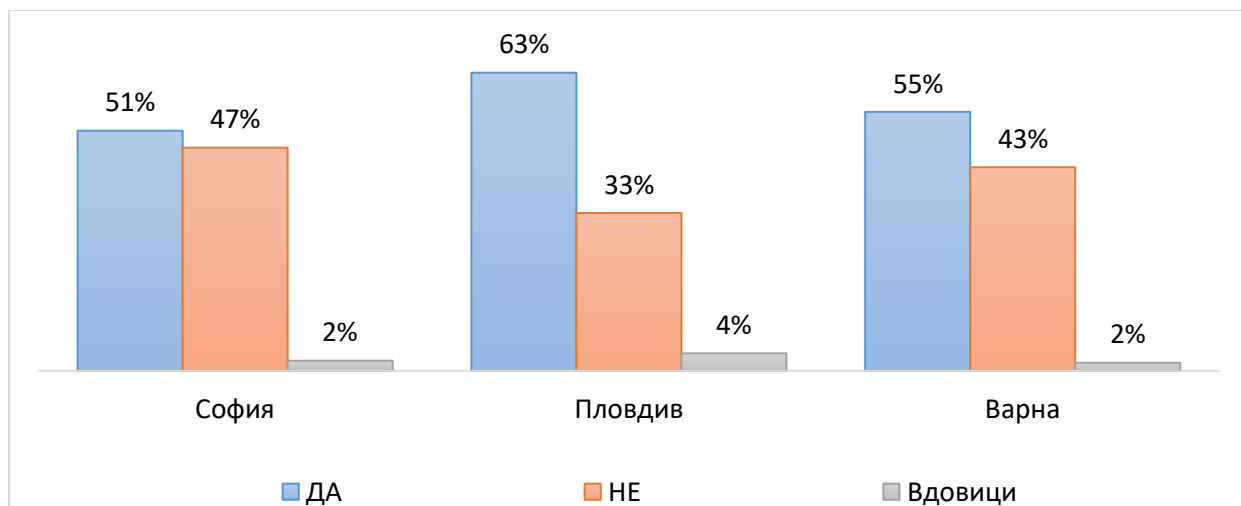
Процентно разпределение на изследваните майки на *Графика 27*. отново показва, че изследваната група майки са активно работещи към момента на диагностициране и лечение на детето – 100% за трите града – София, Пловдив и Варна.

Графика 28. Разпределение на изследваните майки на *Въпрос 14*: „На настоящия етап от лечението на детето, Вие работите на:“



По отношение на трудовия договор с работодателя, най-висок процент от изследваните майки, 45% съобщават, че работят на безсрочен трудов договор, значително по-нисък - 28% е този на майките, а 7% от майките работят на повече от един трудов договор.

Графика 29. Разпределение на изследваните майки на *Въпрос 15:* „На настоящия етап от лечението на вашето дете вашия съпруг/партньор работи ли?“



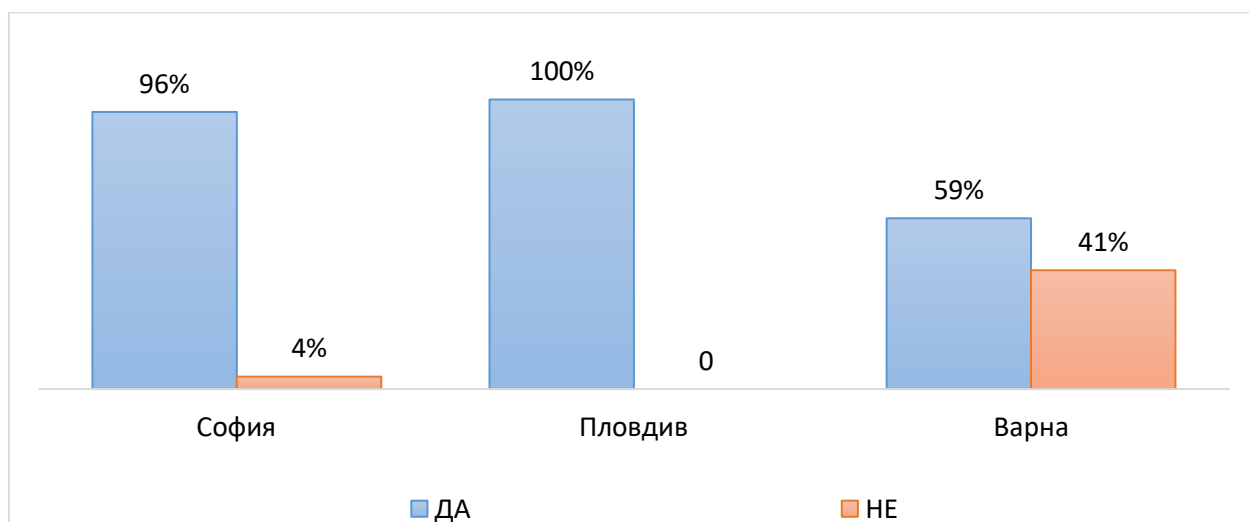
Процентно разпределение на изследваните майки на *Графика 29.* демонстрира най-висок процент - 63% за работещи бащи на деца с онкохематологични заболявания в гр. Пловдив, следвани от работещите бащи в гр. Варна – 55%. Най-нисък е процентът на трудещите се бащи в гр. София – 51%. Процентното разпределение показва високо ниво на трудова заетост на бащите/мъжете - показател, който има значение по отношение, от една страна, за възможност за по-добро финансово подпомагане на засегнатото семейство, но и вероятно е със значимост към общото разпределение на работната сила в страната по пол, с превес на търсенето и предлагането на работа и заетост на мъжете при сравнение с данните,

(представени в „Коефициенти на икономическа активност по пол, статистически райони и по области за 2010 – 2018 г.“ (данни от ИНФОСТАТ). ВЖ. ПРИЛОЖЕНИЯ.

Графика 30. Разпределение на изследваните майки на Въпрос 16.: „На настоящия етап от лечението на вашето дете вашия съпруг/партньор работи на:“



Графика 31. Разпределение на изследваните майки на Въпрос 17.: „На настоящия етап от лечение на вашето дете налага ли се Вие да отсъствате от работа?“



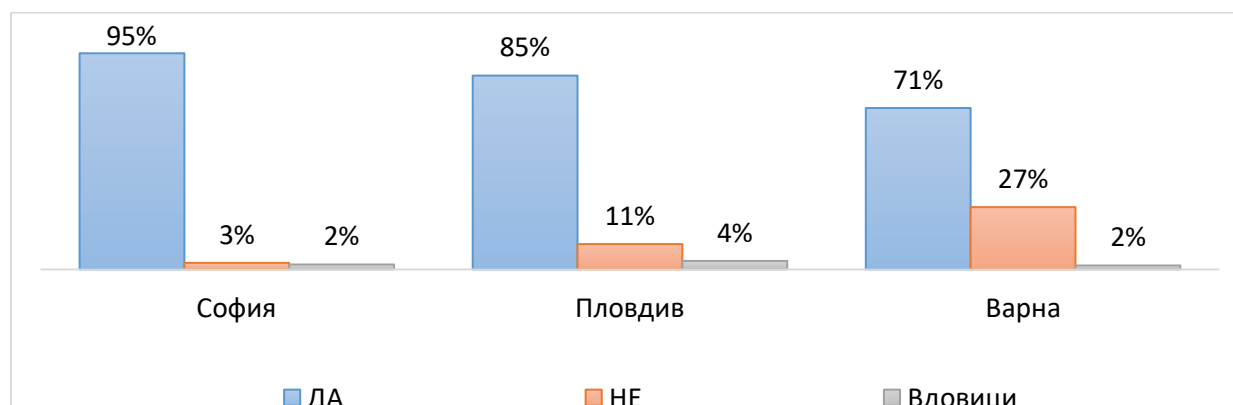
Получените резултати, представени на Графика 31. за процентно разпределение на изследваните майки по отношение на отсъствията от работа, поради необходимост от придружаване на болното дете по време на активното лечение е най-висок за майките от гр. Пловдив – 100%, следвани от майките от КДКХО – 96% и майките от гр. Варна – 59%.

Данните потвърждават, че най-сериозната тежест, свързана с този етап на лечението по отношение на обгрижване и активно присъствие е на майките, които през по-голямата част от денонощието са до леглото на пациента. Настоящите резултати потвърждават и наши предишни проучвания, на **Фигура 2.** ^[13] в които изследваните лица – родители на деца със злокачествени заболявания определят приблизително времето, необходимо на семейството за придружаващи грижи и общуване след диагностициране на онкологично заболяване на детето (*напр. лично време за разговор с детето/пациента, даване на лекарства извън цитостатичната терапия, осигуряване на транспорт от/до болничното заведение и време, прекарано като придружител в болницата*). Най-голям процент (32.50%) от родителите съобщават за прекарани значителен брой часове - повече от 40 часа; (21,80%) от родителите отделят време за придружаващи грижи между 21-40 часа. Едва (1.70%) от родителите дават сведения, че са прекарвали по-малко от един час в разговор и обгрижване на пациента.



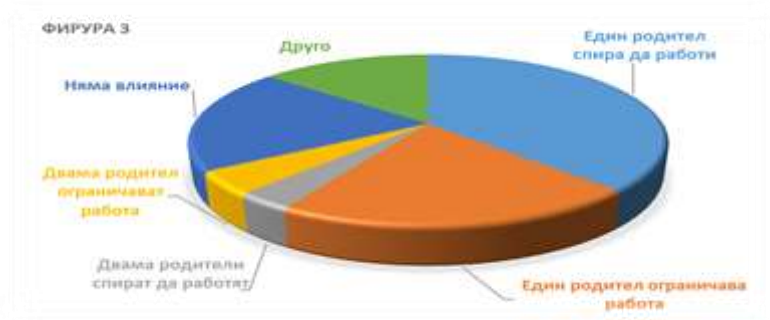
Фигура 2. ^[13]

Графика 32. Разпределение на изследваните майки на *Въпрос 18:* „На настоящия етап от лечението на Вашето дете, налага ли се Вашия съпруг/партньор да отсъства от работа за да Ви помага?“



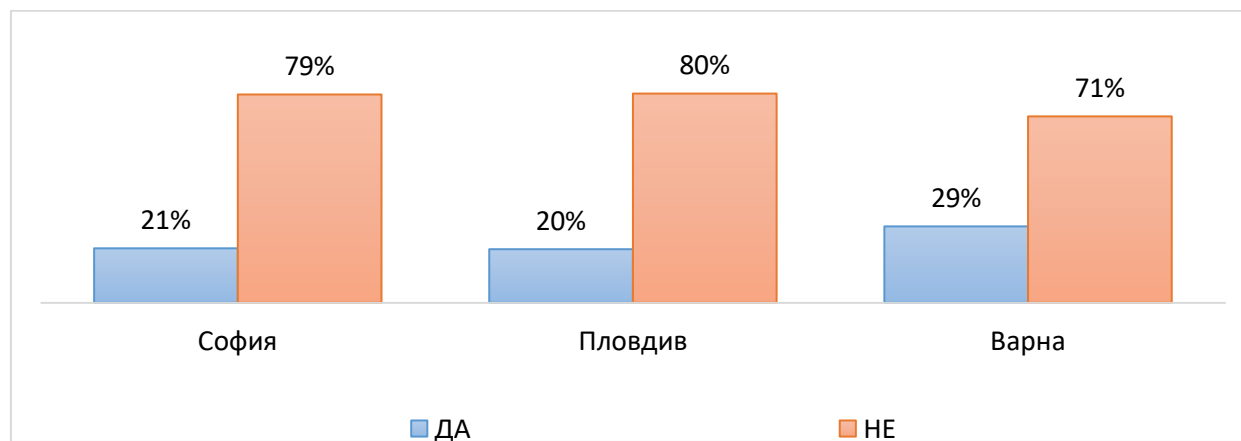
Получените резултати от отговорите на *Въпрос 18.* – *Графика 32.* отново потвърждават наши предишни проучвания върху влиянието на диагнозата като фактор за промяна на

работния статут на семейството. От **Фигура 3.** ^[13] е видно как значителен процент от анкетираните родители (21.50%) съобщават, че бащата е ограничил работата, в което изследваният от нас контингент включва: закъсненията за работа, честите отсъствия, възникналата необходимост от промяна в работните смени, необходимостта от допълнителен отпуск и др.

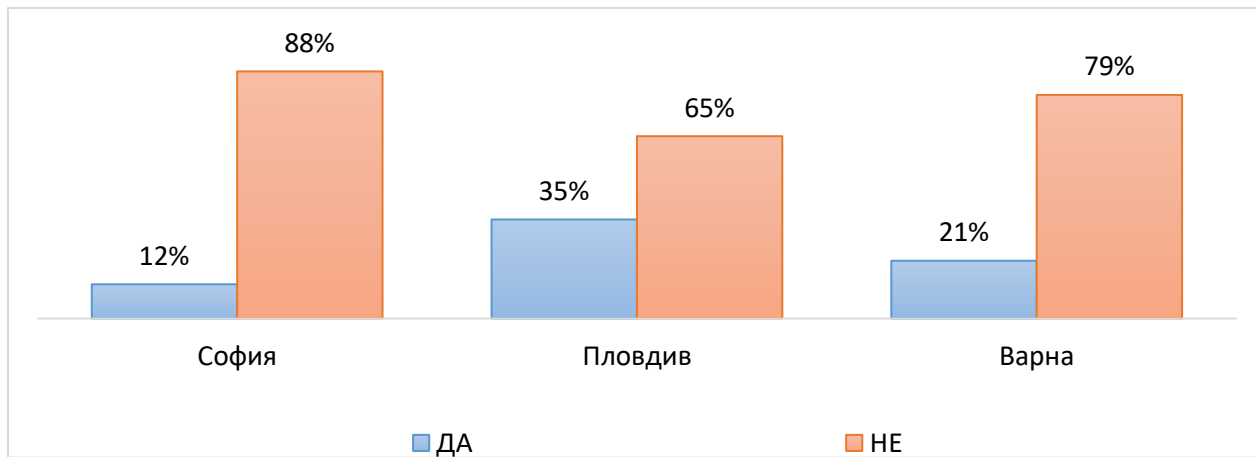


Фигура 3. ^[13]

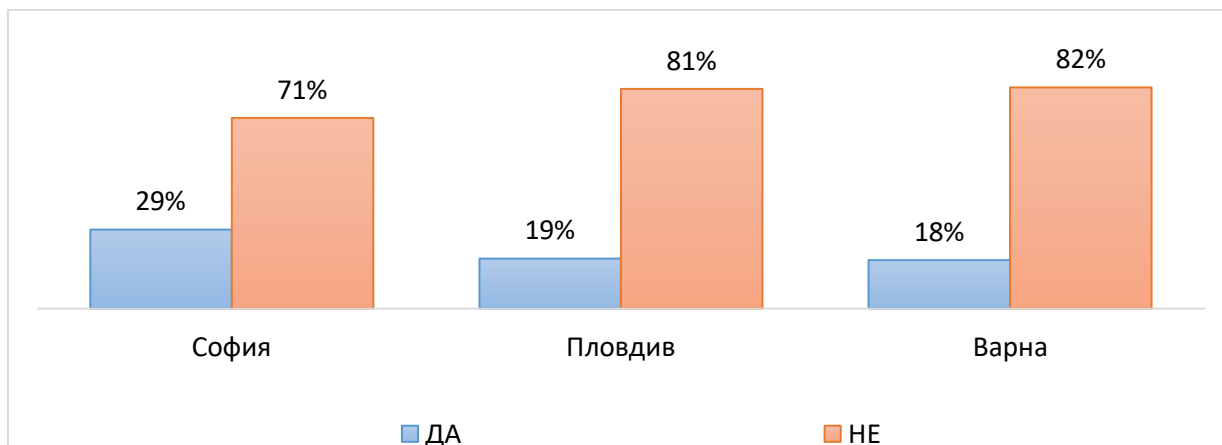
Графика 33. Разпределение на изследваните майки на *Въпрос 19:* „Познавате ли правата си като родител на дете с онкохематологично заболяване по отношение на социални помощи, семейни добавки за деца?“



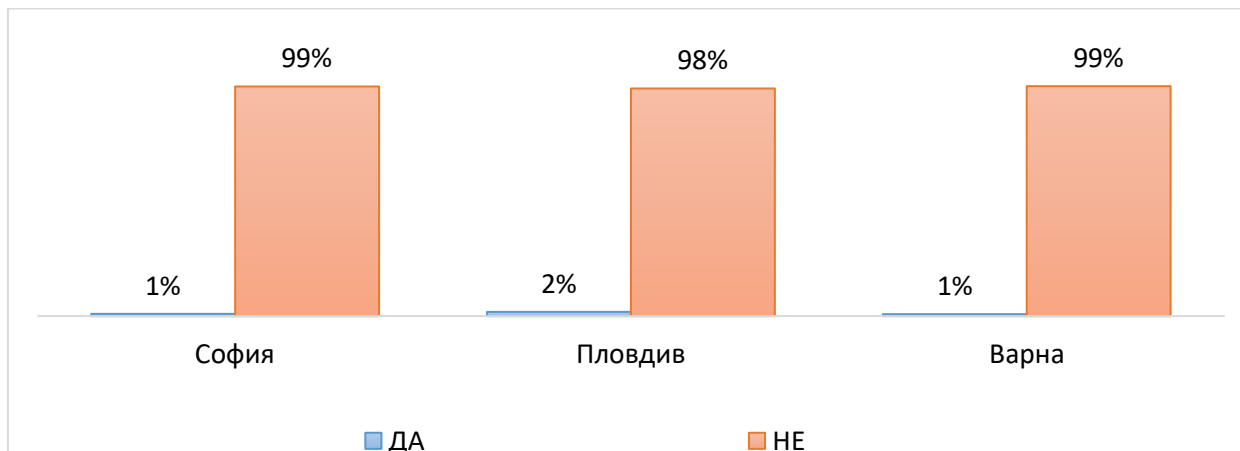
Графика 34. Разпределение на изследваните майки на *Въпрос 20:* „Запознат/а ли сте с правата си по отношение на НЕЛК/ТЕЛК?“



Графика 35. Разпределение на изследваните майки на Въпрос 21.: „Запознат/а ли сте с правата и възможностите за ползване на болнични и отпуски за гледане на болно дете до 18 - годишна възраст?“



Графика 36. Разпределение на изследваните майки на Въпрос 22.: „Запознат ли сте с правата и възможностите за отпускане на лекарства от НЗОК за деца с онкохематологични заболявания?“



Получените резултати на *Въпроси 19., 20., 21. и 22.* са информативни и доказателствени по отношение на общото непознаване на правата за изследваните родители от трите центъра в страната, което показва, че като цяло - 99% от майките не познават правата си, преимуществено поради постоянно променящите се административните процедури (*напр. закриване на ЦФЛД и прехвърляне към НЗОК и др.*). Тези резултати са красноречиви за необходимостта от много по-добра информираност на родителите, чрез прилагането на маркетингови инструменти, създаването и разпространението на информационни материали по проблемите на правата на този уязвим контингент от родители.

Графика 37. Разпределение на изследваните майки на *Въпрос 23.*: „Запознат ли сте с правата и възможностите по отношение на трудово-правни взаимоотношения и облекчения на работното ви място?“



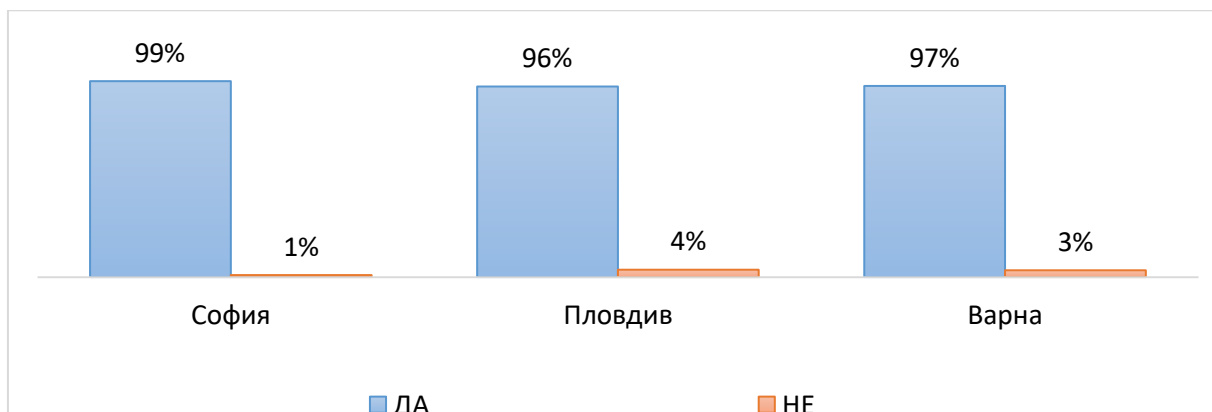
Резултатите от родителските отговори на въпроса за правата и възможностите по отношение на трудово-правни взаимоотношения и облекчения на работното място, представени на *Графика 37.*, отново потвърждават, че всички изследвани майки не са информирани и съществува огромен дефицит в тази област.

Графика 38. Разпределение на изследваните майки на *Въпрос 24.*: „След диагностициране на вашето дете с онкохематологично заболяване, възникнаха ли проблеми/смущения с вашето физическо здраве (напр. оплаквания от главоболие, болки по тялото, хронична преумора и др.)?“



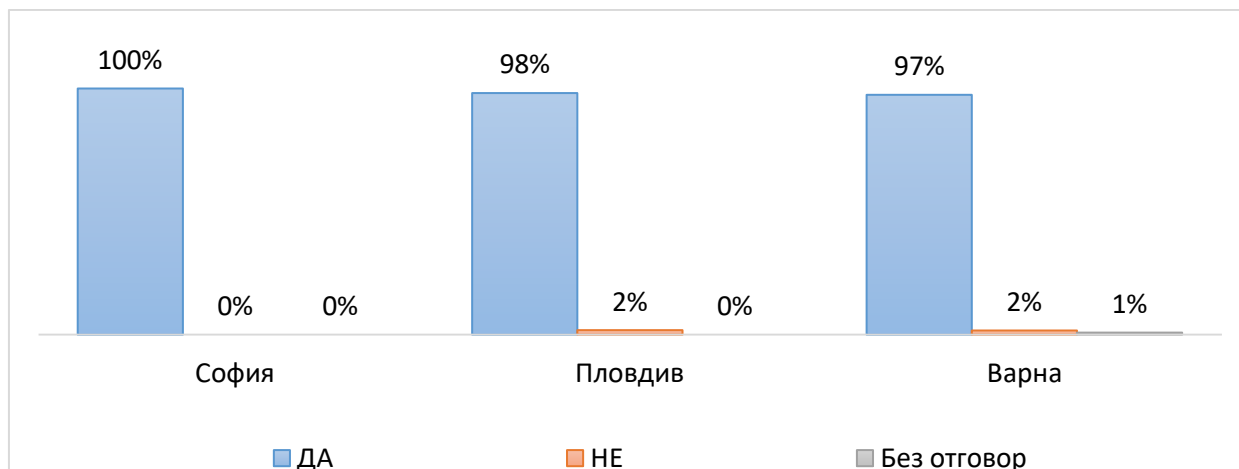
Родителските отговори на *Въпрос 24*. категорично показват, че диагнозата за злокачествено заболяване на детето е изключително сериозен фактор с негативно влияние върху физическото здраве и благополучие на изследваните майки от трите центъра.

Графика 39. Разпределение на изследваните майки на *Въпрос 25*: „Смятате ли, че възникналите проблеми/смущения с вашето физическо здраве дават отражение върху работата Ви?“



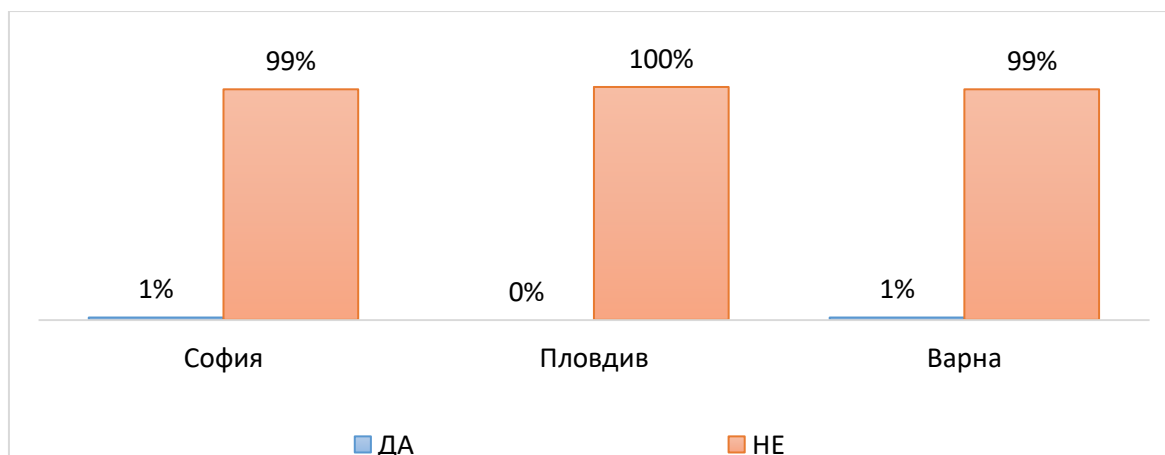
Процентното съотношение на отговорите на *Въпрос 25*. отново е категорично, с високи % за трите изследвани града, които показват, че смущенията в физическото здраве са пряко и неразривно свързани с проблеми при изпълнение на служебните задължения. Най-висок – 99% е на майките от София, като разликите с Варна - 97% и Пловдив – 96% са незначителни.

Графика 40. Разпределение на изследваните майки на *Въпрос 26*: „Имате ли проблеми със заспиването/съня?“

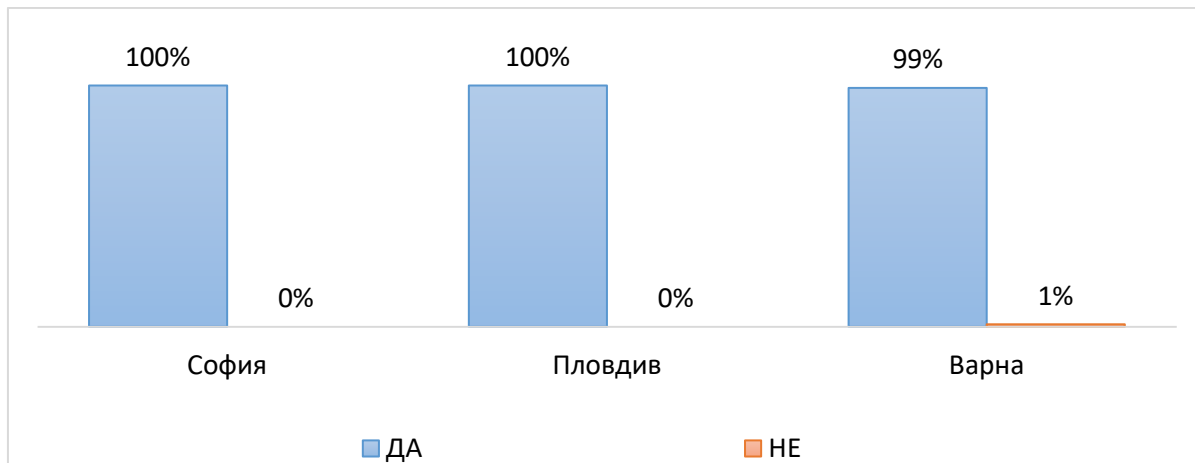


Резултатите отново са категорични за всички изследвани майки, които съобщават, че имат проблеми със съня, което е показател, пряко свързан с физическото състояние на бодрост, почивка и активност.

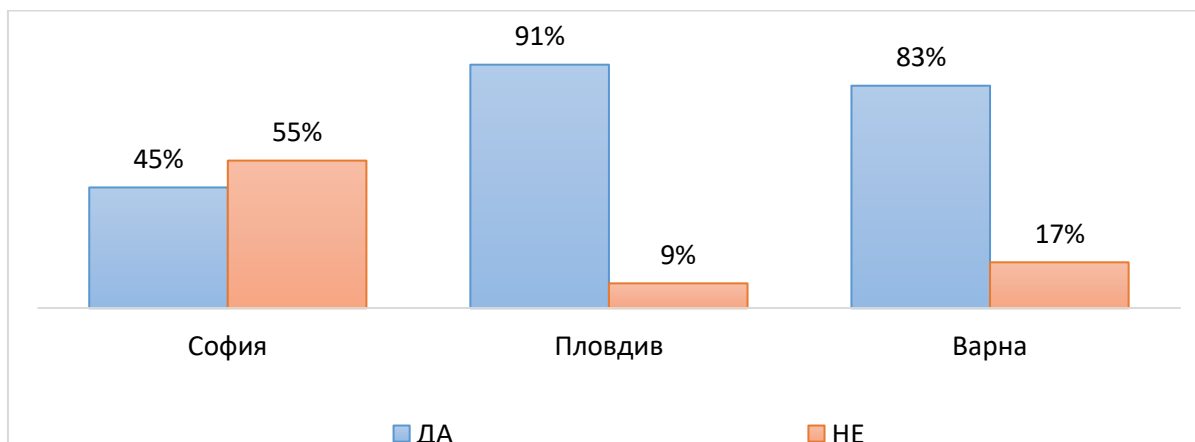
Графика 41. Разпределение на изследваните майки на *Въпрос 27*: “След ставане от сън, чувствате ли се бодри, отпочинали?”



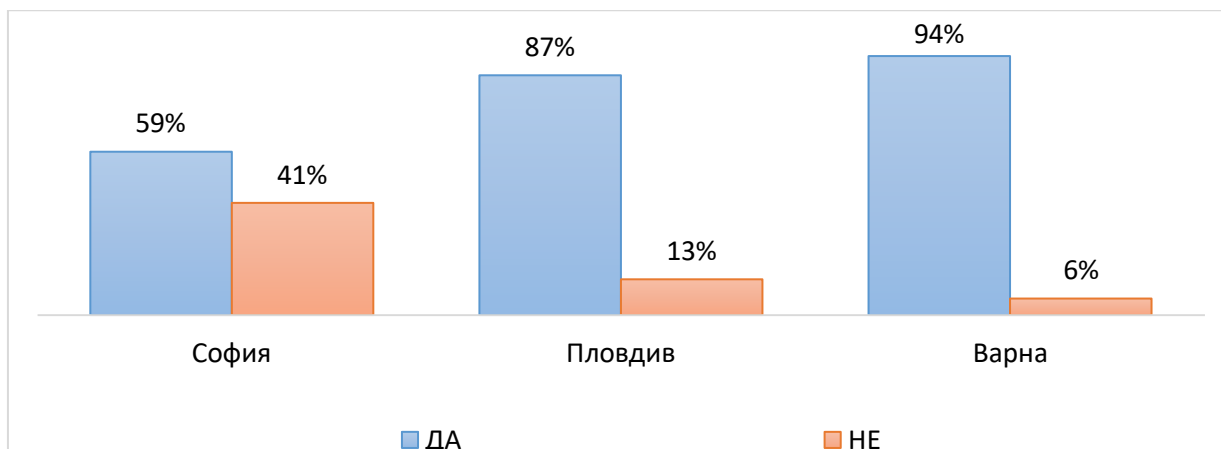
Графика 42. Разпределение на изследваните майки на *Въпрос 28*: “След диагностициране на вашето дете с онкохематологично заболяване, възникнаха ли проблеми с вашето психическо здраве (напр. стрес, безпокойство, тревожност, апатия и др.)?”



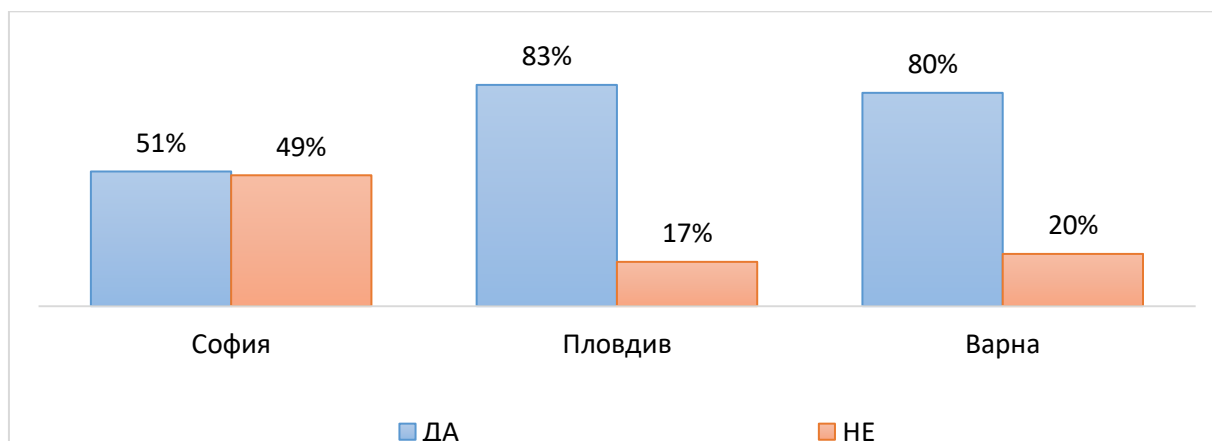
Графика 43. Разпределение на изследваните майки на Въпрос 29.: „Случвало ли се е по време на работа да се разстройвате и да плачете?“



Графика 44. Разпределение на изследваните майки на Въпрос 30.: „Изпитвате ли по време на работа проблеми с вниманието и концентрацията, които пречат на служебните Ви задължения?“

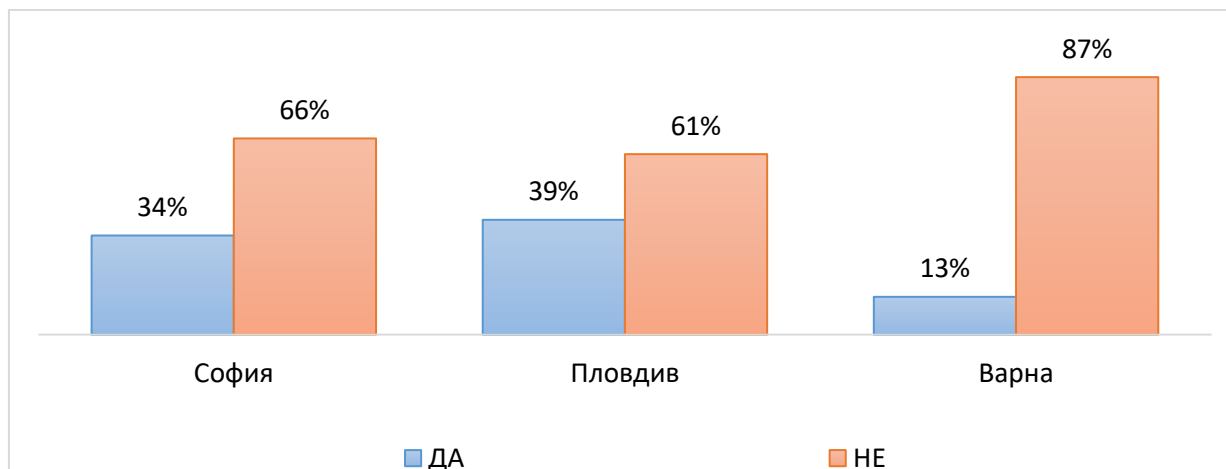


Графика 45. Разпределение на изследваните майки на Въпрос 31.: „Изпитвате ли по време на работа проблеми с паметта, които да пречат на служебните Ви задължения?“



Резултатите от отговорите на Въпроси 27, 28, 29, 30 и 31 са информативни по отношение на психическото състояние на изследваната група майки на онкоболни деца в аспекта на тяхната работоспособност. Родителските отговори категорично показват изключително висок процент (90-100%) на оплаквания и смущения в психичното състояние за майките и от трите центъра. Тази констатация потвърждава и нашата първоначална хипотеза, че здравното обслужване и комплексно лечение на злокачествени заболявания на деца между 0 (кърмаческа) и 18 - годишна възраст *налага* регулярно изследване на функционални състояния и невропсихологични характеристики на родителите, грижещи се за онкоболни пациенти в етапа на активно лечение, с цел превенция и запазване на тяхна работоспособност и възможности за професионална реализация. Горепосочената констатация се потвърждава и от резултатите от проведените психологични изследвания с методиките **STAI-Y** и **BVRT**, чийто подробен анализ предстои да разгледаме и анализираме.

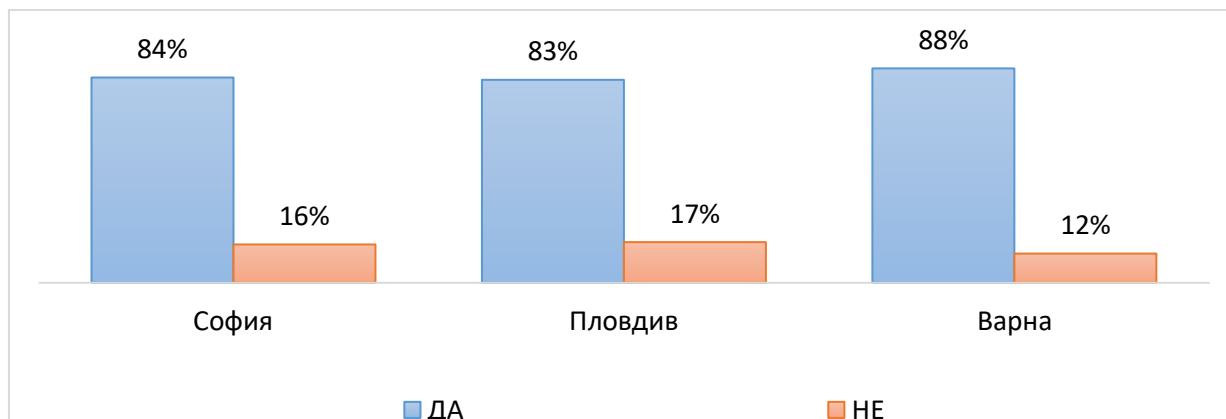
Графика 46. Разпределение на изследваните майки на Въпрос 32.: „Изпитвате ли страх да не загубите работата си?“



Родителските отговори на *Въпрос 32.*, *Графика 46.* дават интересна информация, която показва, че висок процент - 87% за Варна, 66% за София и 61% от майките в Пловдив, споделят, че не се страхуват от загуба на работа. Интерпретацията на резултатите би могла, от една страна, да е показателна за това, че към момента на диагноза и лечение на болното дете, мисълта за загубата на работа не е приоритет на родителите в ситуация на шок и отричане, когато детето започва лечение за животозастрашаващо заболяване - факт, който е напълно разбираем. Но, от друга страна (в проведените допълнителни интервюта), майките споделят, че техните работодатели и колеги проявяват разбиране към изключителни стрес, в който се оказва засегнатото семейство. До колко тази тенденция към подкрепа, разбиране и съпричастност продължава през целия период на лечение на детето като устойчива и автентична, предстои да подложим на проверка чрез статистически анализ на получените резултати и изследване на зависимости.

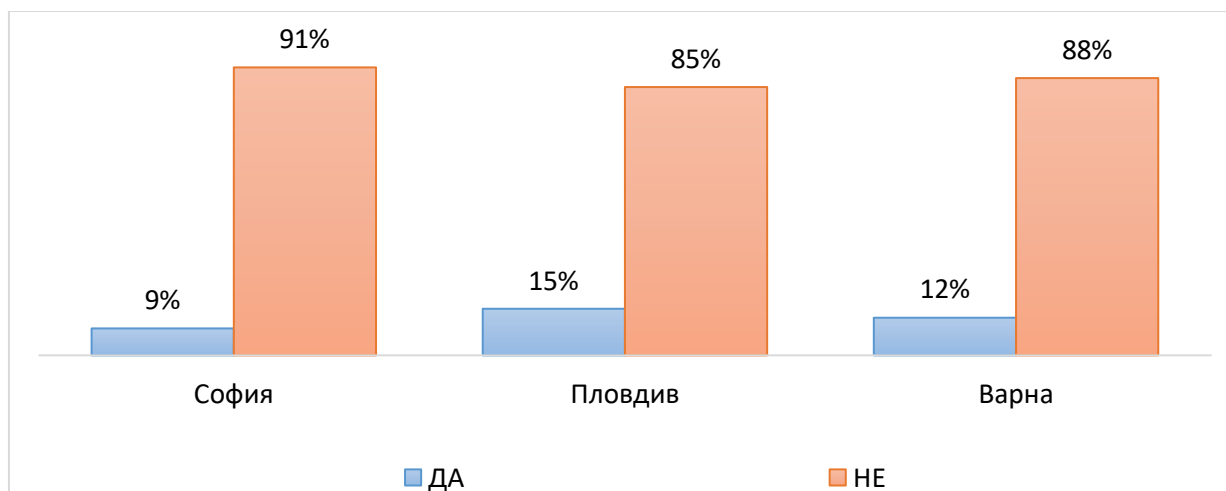
Резултатите от следващата фигура доказват, че висок процент от работодателите 88% за Варна, 84% за София и 83% за Пловдив са информирани, че техен служител е и родител/майка на дете с онкологично страдание.

Графика 47. Разпределение на изследваните майки на *Въпрос 33.*: „Информиран ли е вашия работодател/началник, че Вие сте родител, грижещ се за дете с онкохематологично заболяване, което провежда лечение?“



Процентното разпределение на отговорите на *Въпроси 34. и 35.*, (*Графика 48. и Графика 49.*) относно проявите на разбиране от работодателя/началник към възникнали проблеми/смущения с вашето физическото здраве и психическо здраве на родителя, свързани с лечението и грижата за болното дете, предстои да анализираме, чрез Хи-квадрат метода за проверка на хипотези и изследване наличието на връзка между явленията на стр. 115-118. Получените резултати са изключително интересни и са ключов момент в настоящото изследване.

Графика 50. Разпределение на изследваните майки на *Въпрос 36.*: „Вашият работодател реализира ли промени на работното Ви място с цел подобряване на условията на труд (напр. удължена почивка, намалено работно време)?“

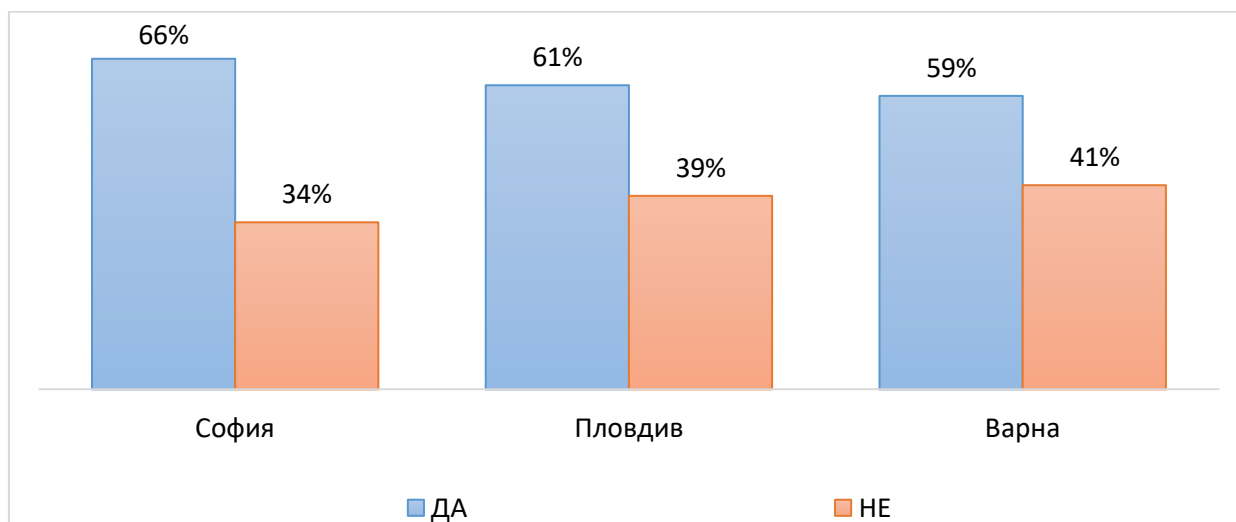


Родителските отговори на *Въпрос 36.* от *Анкетната карта за родители*, представени на *Графика 50.* показват, че изключително висок процент от майките и за трите града (91% за София, 88% за Варна и 85% за Пловдив), дават категоричен отговор, че работодателят не е реализирал промени на работното място, въпреки че е информиран за деликатната ситуация,

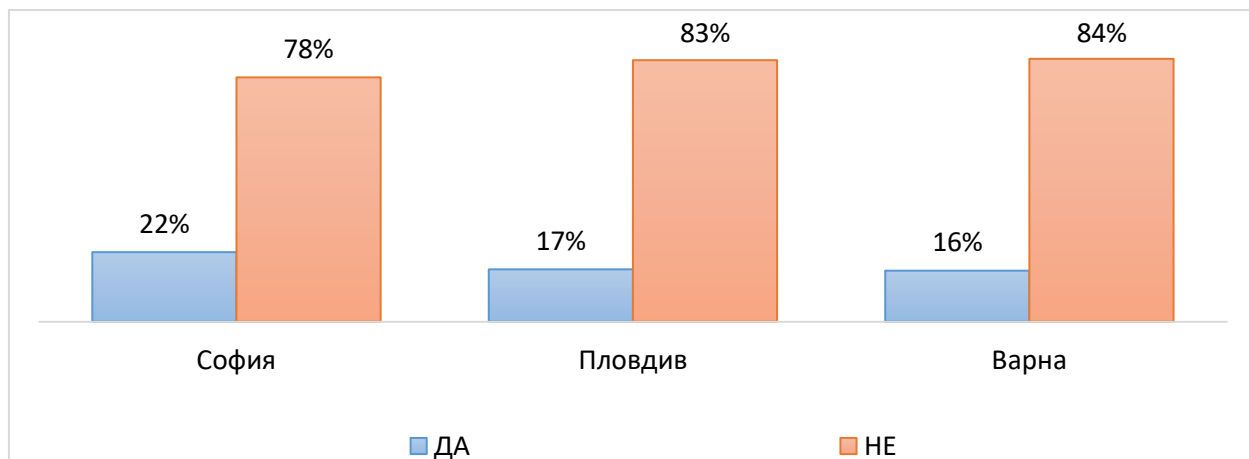
в която се намира работещата и грижещата се за онкоболно дете майка, негов служител. Процентното съотношение, най-високо за гр. София, с почти незначителна разлика към Варна и Пловдив, дава основание получените резултати да бъдат разгледани в аспект, че работодателите имат необходимост от допълнителна информация по отношение на това с какво могат да помогнат ефективно на работното място на засегнатия служител.

За съжаление настоящото проучване и данните от литературния обзор показват [90, 104, 150, 151], че обществото и работодателите, като част от социума, макар и да имат като цяло положителна нагласа към проблема, реално трудно реализират промени за подобряване комфорта на работната среда. Положителната тенденция, която все пак показват работодателите като отношение на родителските отговори, е в областта за запазване на работното място на засегнатите майки, (Графика 51.), за което съобщават повече от половината от анкетираните майки. Най-висок отново е процентът за София – 66%.

Графика 51. Разпределение на изследваните майки на Въпрос 37.: „Вашият работодател/началник съдейства ли за да запазите работното си място?“

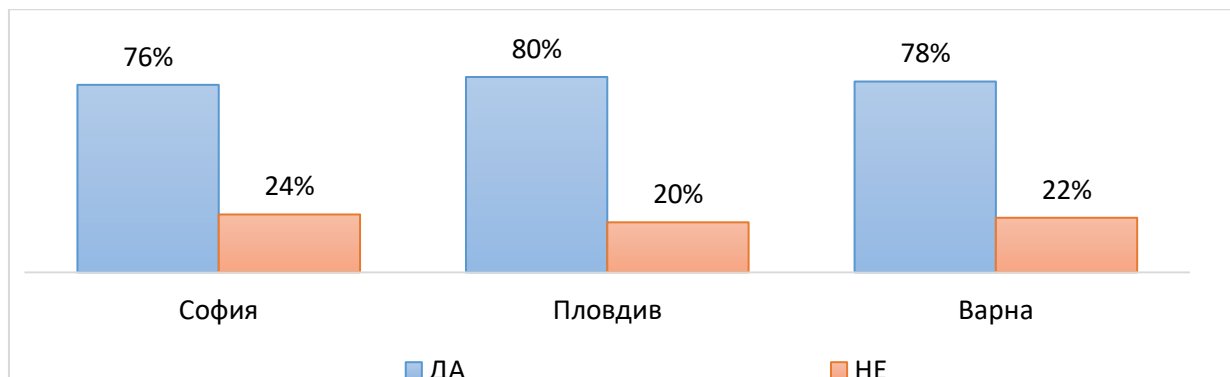


Графика 52. Разпределение на изследваните майки на Въпрос 38.: „Вашият работодател/началник съдейства ли за развитието на вашата кариера?“

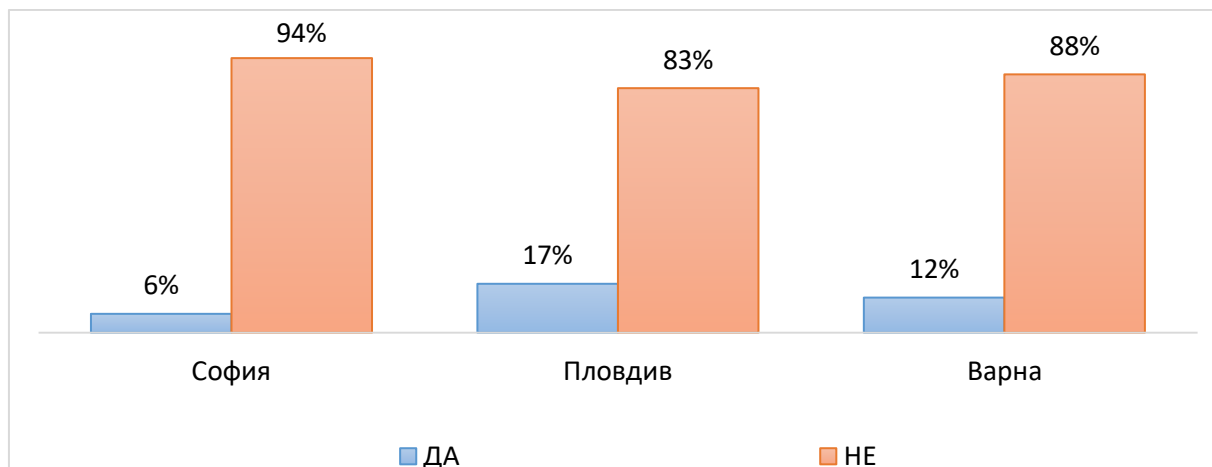


Отговорите на *Въпрос 38*. отново показват интересна тенденция, от една страна, анкетираните майки да дават категоричен отговор, че техният работодател съдейства активно за запазване работното място на майката, но едновременно с това и не спомага за професионалното израстване на служителя, като най-вероятно можем да намерим обяснение в недостатъчната информираност на ръководителя и обществото по проблемите на продължителност, изход от лечението и време за придружаващи грижи за онкоболни деца, в контекста на отсъствия от работа, платен/неплатен отпуск за гледане на дете и работоспособност на служителя.

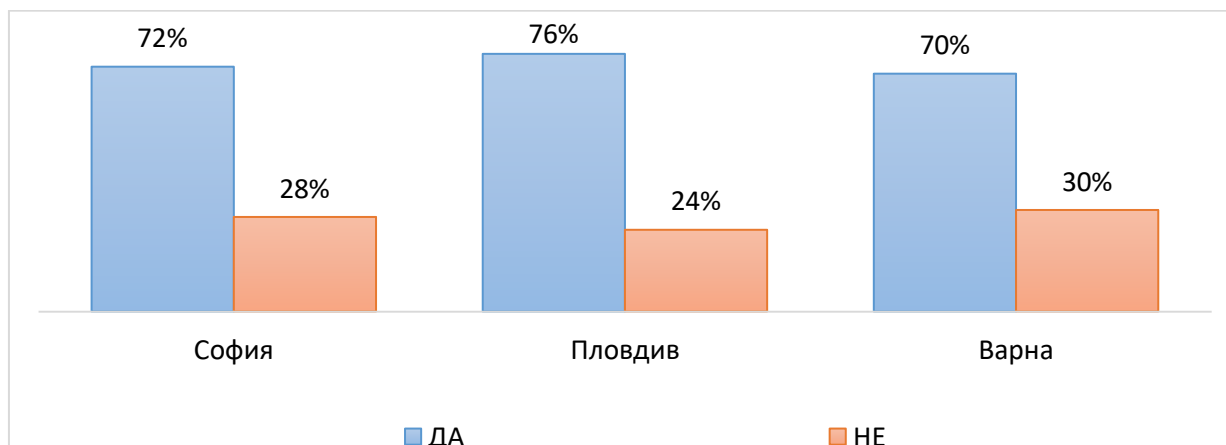
Графика 53. Разпределение на изследваните майки на *Въпрос 39*: „Вашите колеги информирани ли са, че Вие сте родител на дете с онкохематологично заболяване, което провежда лечение?“



Графика 54. Разпределение на изследваните майки на *Въпрос 40*: „Случвало ли се е да изпитвате страх и затруднения от конфликти на работното си място?“

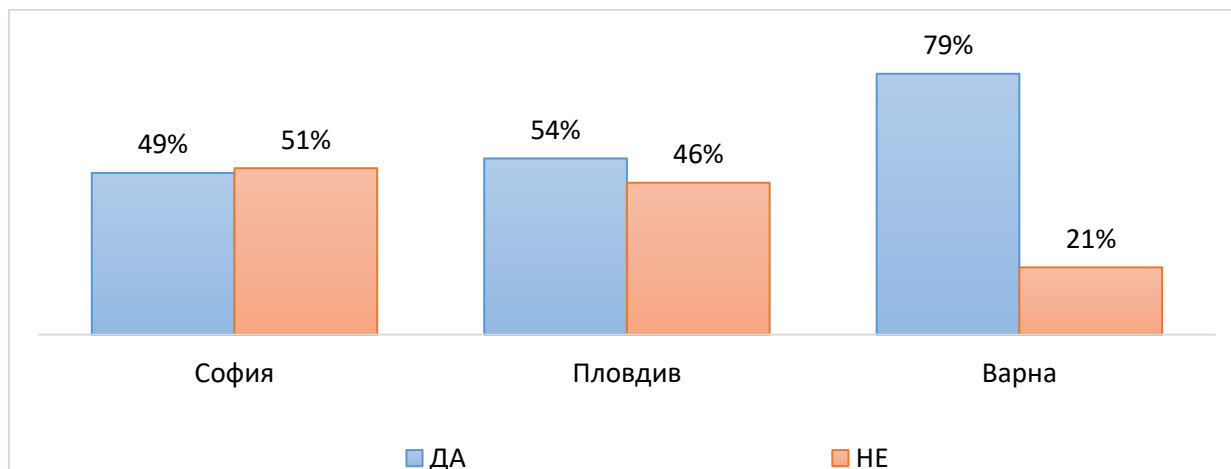


Графика 55. Разпределение на изследваните майки на Въпрос 41.: „Колегите Ви проявяват ли разбиране към това, че работите и полагате грижи за Вашето дете, което провежда активно лечение?“



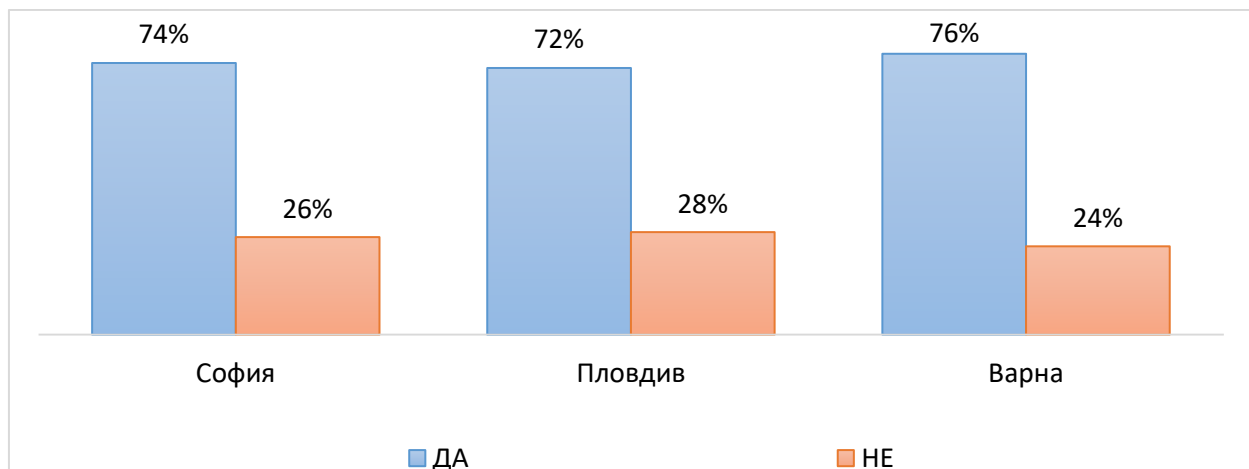
Родителските отговори на Въпроси 39., 40. и 41., които са представени на Графики 53., 54. и 55. са от областта на изследователски интерес в насока *Екип и колеги*. Висок процент от всички изследвани майки дават положителен отговор за това, че не срещат затруднения на работното си място, а колегите им проявяват разбиране към затруднената семейна ситуация, свързана с диагнозата и лечението на болното дете. Нашата дългогодишна практика показва, че голяма част от засегнатите семейства получават подкрепа – психологическа, финансова и логистична (напр. при търсене на дефицитен за нашата страна медикамент), много често от свои колеги.

Графика 56. Разпределение на изследваните майки на Въпрос 42.: „Срещате ли затруднения по отношение на вашите приятели и социални контакти?“



Резултатите, представени на *Графика 56*, са информативни отново по отношение осведомеността на обществото по проблемите на деца с онкохематологични заболявания, социална подкрепа, комуникация и възможности за открит диалог. За съжаление нашето общество все още е изправено пред „стигмата“ на злокачествените заболявания, страхът и притеснението от заразяване и как да общуваме с болните и техните семейства? Често семействата на деца с онкологични заболявания попадат в социален вакуум, поради страх на родителите от сезонни грипни и инфекциозни заболявания, които биха поставили в допълнителен риск имunosупресирания пациент. Приятелите и близките на семейството често също изпитват затруднения какво да кажат и как да подкрепят родителите и детето? Тези деликатни въпроси, свързани до голяма степен с народо-психологията, са предмет на дискусия в проучванията на множество автори в представения литературен обзор, което отново е знак за мащабността на проблема, независимо от многообразието на култури, религиозни вярвания и общества. ^[48, 138]

Графика 57. Разпределение на изследваните майки на *Въпрос 43*: „Чувствате ли се уважаван и ценен на работното си място?“



Процентното разпределение при отговорите на изследваните майки от трите центъра на *Въпрос 43*, показва, че значителна част от родителите се самоопределят като „уважавани“ и „ценни“ служители на работното си място. Най-висок – 74% е при майките в София, следвани от тези във Варна – 76%, като за гр. Пловдив процентът също е висок - 72%. Този висок процент се допълва и от резултатите за *Въпрос 44*., представени на *Графика 58*., на стр. 121, които предстои допълнително да анализираме, чрез Хи-квадрат метода за проверка на хипотези и изследване наличието на връзка между явленията.

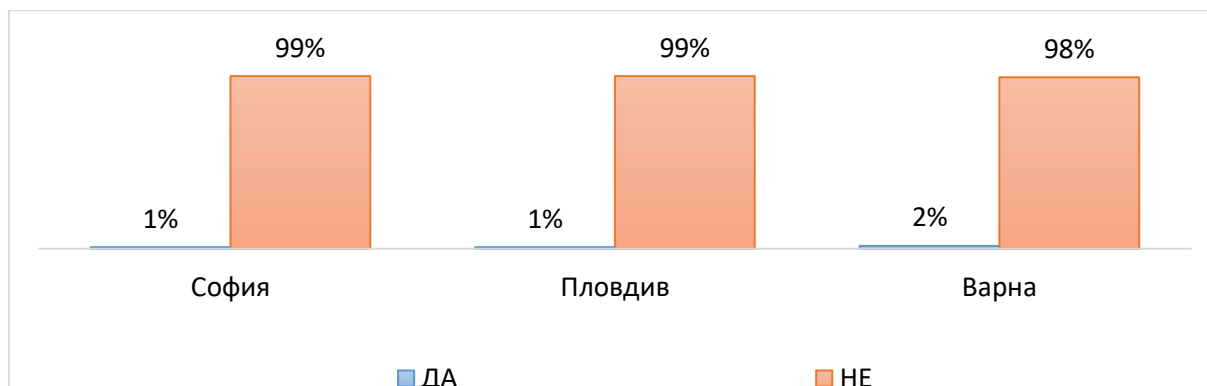
Графика 59. Разпределение на изследваните майки на *Въпрос 45*.: „Смятате ли, че вашето положение на родител на дете с онкохематологично заболяване е обект на прекомерна и неадекватна показност на работното Ви място?“



Резултатите от отговорите на *Въпрос 45*., представени на *Графика 59*. във висок процент: София 96%, Варна 97% и Пловдив 96% подадат отново в областта на изследователски интерес „*Екип и колеги*“. Те потвърждават оценката на майките/служители, че отношението

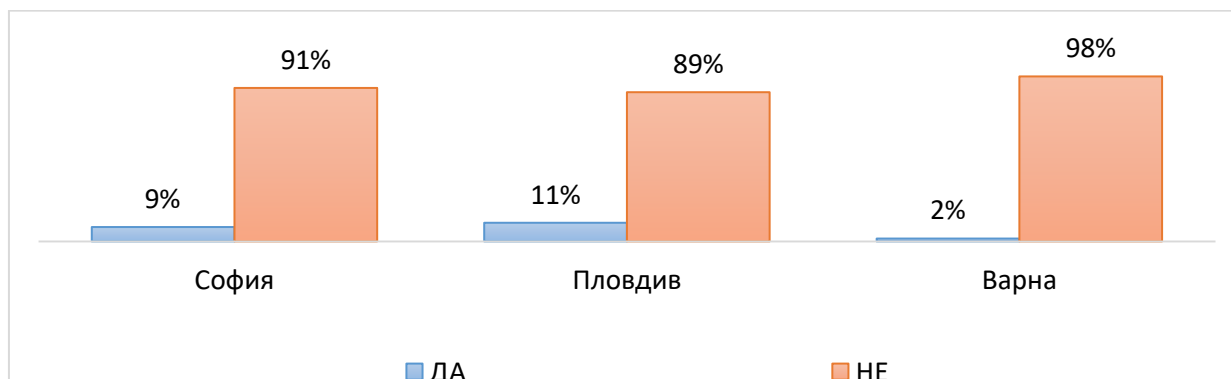
на работното място към проблема е като цяло положително, без ненужна показност или преекспониране на създалата се ситуация.

Графика 60. Разпределение на изследваните майки на *Въпрос 46.*: „Вашият работодател/началник провел ли е мероприятия за информираност сред служителите, относно потребностите на служители, грижещи се за деца със социално значими заболявания (промоция на здравето)?“



Отговорите на *Въпрос 46.* за изследваната група майки от трите центъра отново потвърждават категоричната необходимост от по-добра информираност сред обществото като цяло и в частност сред работодателите по проблемите на промоция на здравето за уязвими групи родители на деца с увреждания, деца със злокачествени заболявания и/или други групи системни заболявания в детска възраст, което е и цел на настоящото проучване в областта на научно-практическия принос – създаване и разпространение на информационни материали/брошури, които са продукт на по-успешна маркетингова стратегия.

Графика 61. Разпределение на изследваните майки на *Въпрос 47.*: „Имате ли предложения за по-пълно удовлетворяване на Вашите потребности като служител/работник, с цел осигуряване на възможност за подобряване грижите за Вашето дете?“



Графика 62. Разпределение на изследваните майки на Въпрос 48.: „Ако отговора Ви на в. 47 е „ДА“, моля опишете предложенията си:“



Графика 63. Разпределение на изследваните майки на Въпрос 49.: „Смятате ли, че има необходимост от повече информация относно правата и възможностите Ви в болницата/клиниката?“



Резултатите от отговорите на Въпроси 47., 48. и 49. показват, че макар висок процент от майките - 98% от Варна, 91% от София и 89% от Пловдив да декларират, че имат предложения за по-пълно удовлетворяване на потребностите им като служител/работник за подобряване грижите за болното дете, 87% от тях не са дали конкретен отговор. 3% дават предложение за по-голям платен отпуск, а 2% за по-гъвкаво работно време.

Категорични са родителските отговори и за трите центъра за необходимост от повече информация, относно правата и възможностите по време на лечение и престой в

болницата/клиниката, което отново е заложено като практически принос (създаване на информационен материал/брошура) от настоящата научна разработка.

III.3. Резултати от социологическо изследване сред работодатели по проблемите на наемане на работа на родители на деца с онкохематологични заболявания чрез

Въпросник за работодатели, вж. ПРИЛОЖЕНИЯ

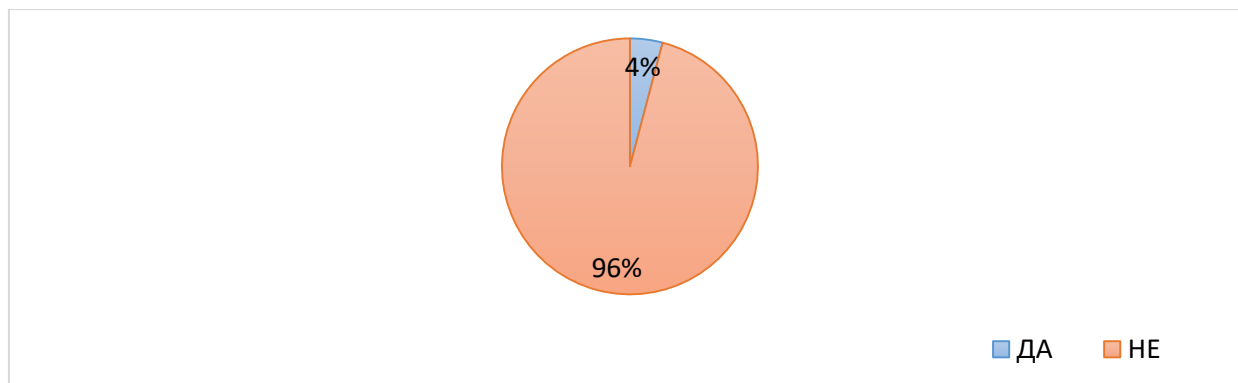
Цел на проведеното социологическо изследване е да установи и допълни събраните от родителите на онкоболни деца данни, с гледната точка на самите работодатели - доколко и как те, като участници при решаване на проблемите на пазара на труда в страната са активен фактор в осъществяване процесите на икономическа интеграция в обществото на уязвима група родители, чрез осигуряване възможност за работа? За нуждите на настоящото проучване е проведено социологическо проучване, което включва **172 лица/респонденти**, избрани на случаен принцип от София, Варна и Пловдив в качеството им на *работодатели*, представители от сферата на бизнеса. Два от предложените Въпросници са попълнени некоректно и отпаднаха от проучването. Обработени са резултати на **170** изследвани лица. Периодът на изследването отново е от 01. 05. 2017 год. до 30. 04. 2019 год.

Въпрос 1. от социологическото проучване имаше за цел да установи колко от работодателите са назначили в ръководената от тях фирма/предприятие родител на дете с онкохематологично заболяване? Отговорите са представени на *Таблица 8*.

Таблица 8. Назначени на родители на онкоболни деца от работодателя

Въпрос 1. "В ръководената от Вас фирма/предприятие има ли назначен на работа служител, който е и родител на дете със злокачествено заболяване?"						
Общо изследвани:	АД	ООД	ЕООД	ДЗЗД	ЕТ	НПО
(n=170)	23	31	19	15	64	18
ДА	1	1	1	1	1	2
НЕ	22	30	18	14	63	16

Разпределение на общо отговорилите на *Въпрос 1.* работодатели.



Графика 64. А

Получените резултати показват, че едва 4% от изследваните работодатели са се сблъскали пряко с проблемите на родители на деца с онкохематологични заболявания и имат назначен служител на работа. Останалите 96% от анкетираните отговарят, че нямат назначени на работа такива родители в ръководената от тях фирма. Резултатите могат да бъдат обяснени с факта, че злокачествените заболявания заемат 2% от всички заболявания в детска възраст, което е един малък процент от общата детска заболеваемост.

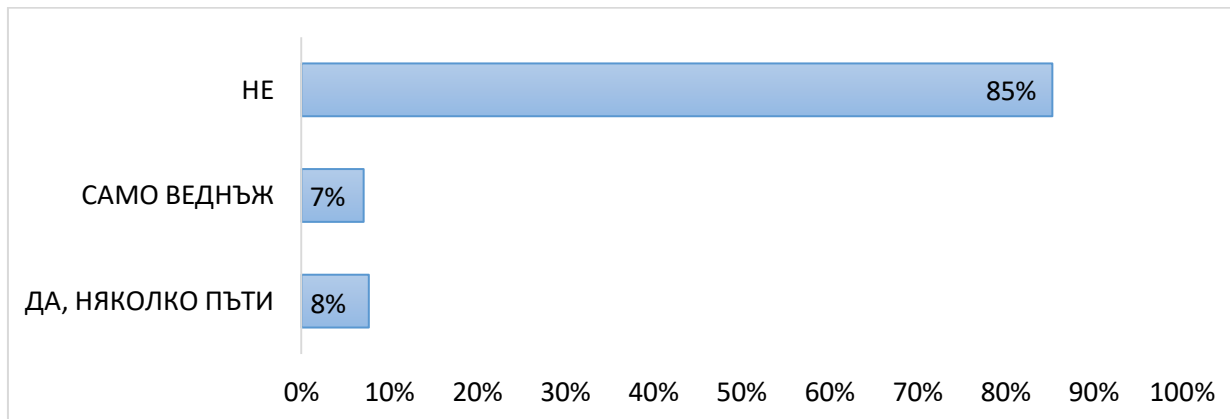
Отговорите на втория зададен въпрос - *Въпрос 2.*, представени на *Таблица 9.*, подсказват отново казаното до тук, а именно - от една страна, че за родителите на деца с онкохематологични заболявания търсенето на работа не е приоритет в момента на активно лечение, но и че, ако тази уязвима група хора бъде по-информирана за пазара на труда, родителите ще бъдат по-активни в търсенето на контакти с работодатели, а работодателите ще станат съпричастни към решаването на проблема със заетостта им.

Таблица 9. Търсене на работа от родители на онкоболни деца към Търговските дружества

Въпрос 2. "Към Вас като ръководител на фирма/предприятие обръщал ли се е родител на дете със злокачествено заболяване при търсене (от негова страна) на възможности за трудова реализация?"						
Общо изследвани:	АД	ООД	ЕООД	ДЗЗД	ЕТ	НПО
(n=170)	23	31	19	15	64	18
ДА, НЯКОЛКО	3	1	2	1	3	3

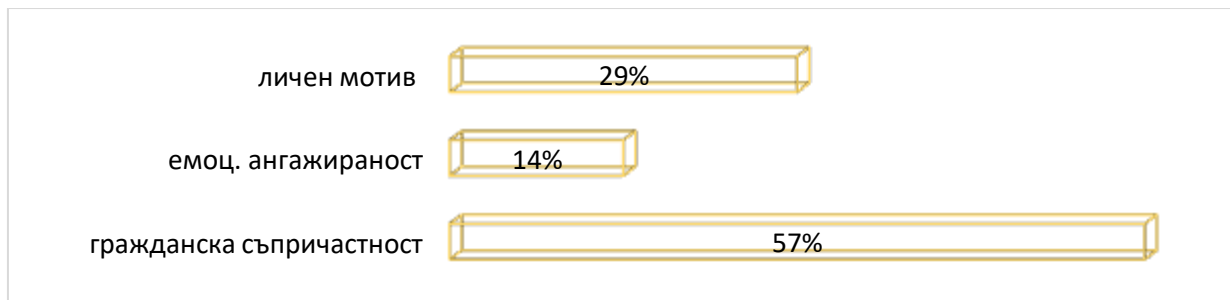
ПЪТИ						
САМО ВЕДНЪЖ	2	2	2	1	1	4
НЕ	18	28	15	13	60	11

Графика 65. Процентно разпределение на отговорите на Въпрос 2.



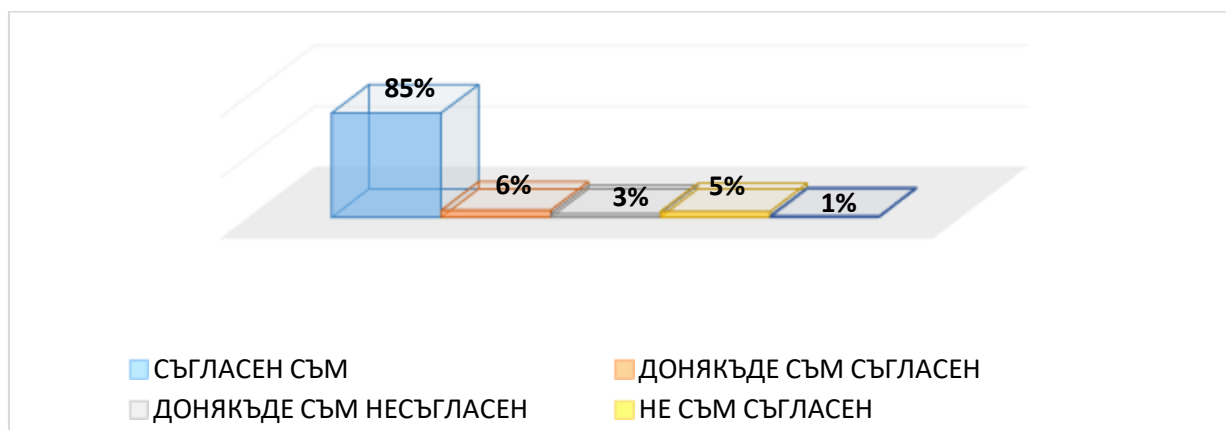
Процентното разпределение на отговорите на Въпрос 3., който е първият от въпросите с отворен край: "Ако във Вашата фирма/предприятие сте назначил/запазил работното място/ на служител, чието дете страда от злокачествено заболяване кой е бил основния Ви мотив за това?" е представено на Графика 66. Работодателите, които вече са назначили на работа родители на деца с онкохематологични заболявания, декларират, че основно са били водени от мотивите: гражданска съпричастност, емоционална ангажираност, личен мотив.

Графика 66. Основни мотиви на работодателите при назначаване на родителите



Резултатите на анкетираните работодатели на Въпрос 4., комбиниран въпрос: „Като ръководител на фирма/предприятие и работодател, смятате ли, че служител/работник,

който е и родител на дете със злокачествено заболяване е достатъчно конкурентно способен при търсенето на възможности за трудова реализация?“ са представени на *Графика 67.*



Графика 67.

Отговорите на *Въпрос 4.*, са интересни, защото, разгледани в аспекта на народопсихологията, доказват съществуването на една митология. Тайнството на различието, белязването и темата за животозастрашаваща болест, каквато е онкологичната, е предизвиквало от векове странни обяснения и заключения на обществото по отношение на засегнатите индивиди и семейства. Векове наред се е смятало, че "Бог едно взема, но друго дава". В някои случаи към семейства на деца с увреждания или деца с тежки заболявания, хората са се отнасяли различно: с изолиране, недоверие, страхопочитание, приписвали на родителите свръхестествени способности, гадателство, мъдрост, талант, мисия. В съвременното общество е доказано по безспорен начин, че действително когато в организма се появи дефицит, той включва автоматично компенсаторни механизми. Например - когато човек си счупи дясната ръка, автоматично започва да си служи с лявата. Но ако той не се тренира, това включване ще има само частичен ефект. Истинската компенсация на увреждането идва тогава когато човек включи целия си съзнателен потенциал - биологичен и интелектуален за допълване и заместване на липсващите функции. Така у хората с нарушено зрение се развива по-добре слухът, но не защото те по-добре чуват, а защото се научават по-добре да слушат, да внимават и да преосмислят чутото по интелектуален начин. В сферата на трудовите правоотношения намалената работоспособност може да се компенсира с висока квалификация, старание и стремеж към доказване и признание.

Необходимо е да се мобилизират ресурсите на личността, а дефицитите, да се компенсират по възможно най-добрия начин. Въпреки, че в 85% от изследваните работодатели признават, че родителите на деца с онкохематологични заболявания са **конкурентно способни** и имат достатъчно добри качества, които биха им позволили да се справят със служебните си задължения, 6% от тях, все пак остават резервирани относно възможността да назначат на работа такива работници или служители. Като основания за това, двама от изследваните **170** работодатели посочват, че във фирмата им няма необходимите условия за работа на родители на онкоболни деца и че същите не биха могли да издържат на голямото натоварване на производствения процес. Получените отговори разкриват и друг проблем, който съпътства търсенето на възможности за трудова реализация на родители на деца с онкохематологични заболявания, а именно, че необходимостта от информираност и пригодността на работната среда е проблем, чиито параметри се оказват непознати за хората от бизнеса.

В подкрепа на горепосоченото са и отговорите на *Въпрос 5. (комбиниран): "Смятате ли, че има форма на дискриминация към родители на деца със злокачествени заболявания по отношение на тяхната трудовата заетост (предвид възможни отсъствия от работа, свързани с необходимост от допълнителни грижи, физически или емоционални проблеми на родителя)?"*. Те са разпределени в *Таблица 10*. Процентното разпределение на отговорите е представено на *Графика 68*. - на стр. 126, като предстои да ги анализираме чрез Хи-квадрат метода за проверка на хипотези и изследване наличието на връзка между явленията.

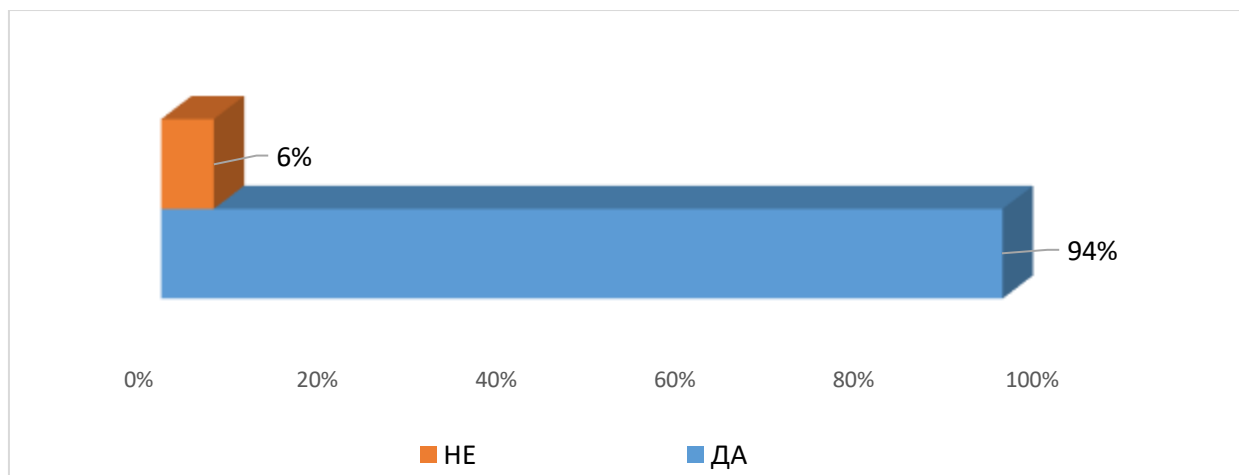
Таблица 10. Отношение на работодателите към дискриминация на родители

Въпрос 5. "Смятате ли, че има форма на дискриминация към родители на деца със злокачествени заболявания по отношение на тяхната трудовата заетост (предвид възможни отсъствия от работа, свързани с необходимост от допълнителни грижи, физически или емоционални проблеми на родителя)?"						
Общо изследвани:	АД	ООД	ЕООД	ДЗЗД	ЕТ	НПО
(n=170)	23	31	19	15	64	18
ДА, ИМА	4	1	1	0	5	18
ОТЧАСТИ ИМА	13	1	5	3	0	0
ОТЧАСТИ НЯМА	3	5	9	2	0	0
НЕ, НЯМА	3	24	4	10	59	0
ДРУГО:	0	0	0	0	0	0

Липсата на достатъчно информация доказано възпрепятства работодателите при вземане на решение за назначаване или не на родители на деца с онкохематологични заболявания. В повечето случаи това със сигурност е в ущърб на родителите. Нагласата у работодателите да предприемат конкретни действия за решаване на проблема със заетостта на хората с увреждания, може би произтича и от факта, че 17% от тях, смятат, че към тази група хора се проявява дискриминация по отношение на трудовата им заетост. Положителното е, че работодателите проявяват готовност да предприемат конкретни действия за разкриване на работни места за такива родители, но при добра информираност за проблема.

Процентното разпределение на отговорите на респондентите/работодателите на *Въпрос 6.*: *"Ако като ръководител на фирма/предприятие бъдете по-добре информиран, относно проблемите на родителите на деца със злокачествени заболявания, бихте ли предприели конкретни действия за разкриване на работни места за хора с такива проблеми?"*, които са представени на *Графика 69*. 94% от изследваните лица дават положителен отговор, а едва 6% изразяват несъгласие.

Графика 69. Необходимост от информация на работодателите



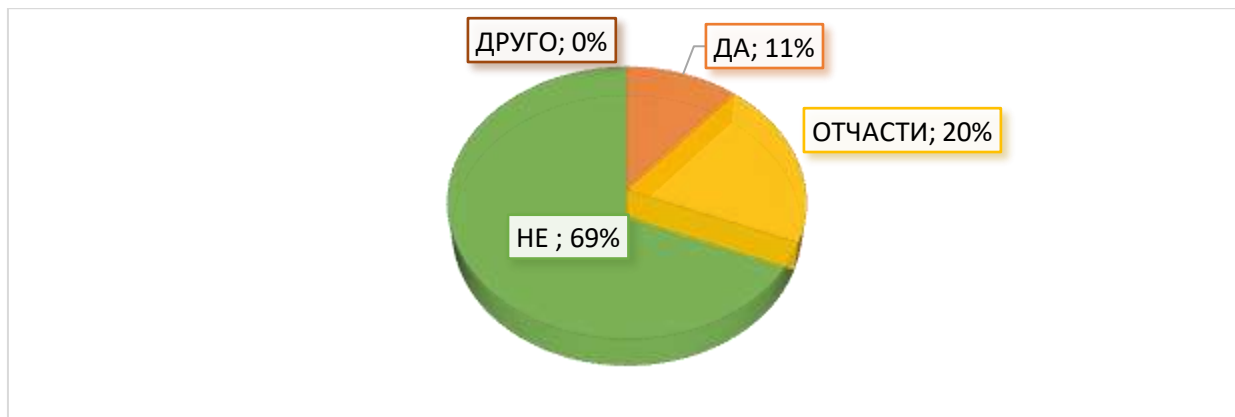
Резултатите от *Въпрос 7.* „*България е страна, членка на Европейския съюз от 1 Януари 2017 год. Смятате ли, че в България се работи достатъчно в посока интеграция в обществото на пациенти със злокачествени заболявания и техните родители?*“ са представени на *Таблица 11*.

Въпрос 7. "България е страна, членка на Европейския съюз от 1 Януари 2017 год. Смятате ли, че в България се работи достатъчно в посока интеграция в обществото

на пациенти със злокачествени заболявания и техните родители?“						
Общо изследвани:	АД	ООД	ЕООД	ДЗЗД	ЕТ	НПО
(n=170)	23	31	19	15	64	18
ДА	2	4	7	2	3	1
ОТЧАСТИ	11	7	1	4	10	1
НЕ	10	20	11	9	51	16
ДРУГО:	0	0	0	0	0	0

Таблица 11.

Графика 70. Процентно разпределение на отговорите на Въпрос 7.



Каква е оценката на участниците в анкетата по проблема, свързан с държавната политика за интеграция на родителите на деца с онкохематологични заболявания? В условията на пазарна икономика, когато проблемът със заетостта е проблем на голяма част от трудоспособното население на страната, не би следвало да се очаква, че решаването на проблема със заетостта на родители на онкоболни деца изцяло трябва да е задължение само на работодателите. Въпросите, свързани с икономическата и социална интеграция на уязвими групи от населението, трябва да се решават от цялото общество, така както е във всички развити демократични страни. Получените резултати, съответно с висок процент - 69% на далите отрицателен отговор в съотношение с ниския процент - 11% на далите положителен, показва, че работодателите не чувстват ролята на държавата при решаване на проблемите, свързани с интегрирането в обществото на родители на деца с онкохематологични заболявания. Все още според тях не е налице такава държавна политика,

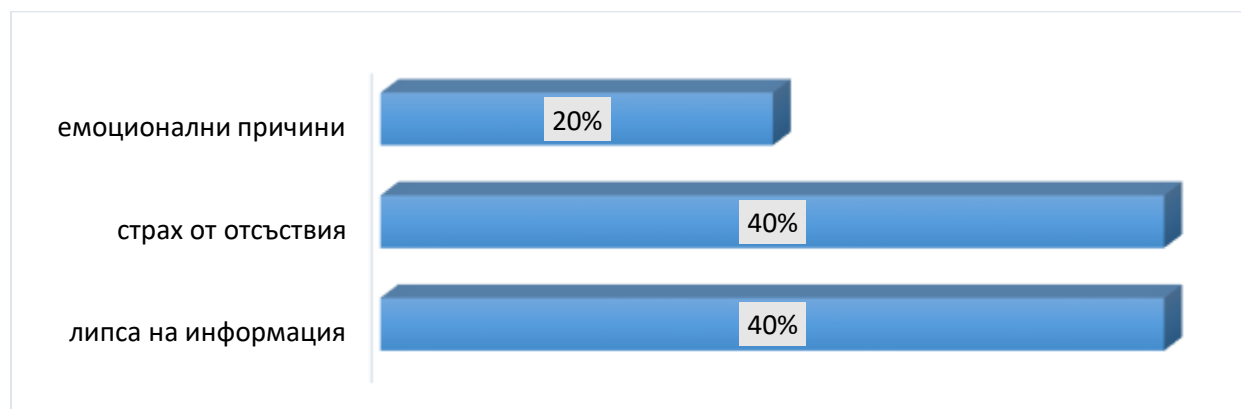
която би ги стимулирала за по-активно участие в тези интеграционни процеси.

Отговорите на работодателите на *Въпрос 8.* „*Статистическите данни от международни изследвания показват, че около 55% от родителите на деца със злокачествени заболявания остават временно или трайно безработни. Кои са според Вас основните причини за съществуването на този проблем?*” са представени на *Таблица 12.*:

Таблица 12.

Общо отговорили	Причини:		
	липса на информация за тази група хора като работна сила	страх от възможни отсъствия от работа на служителя/работника	емоционални причини
5	2	2	1

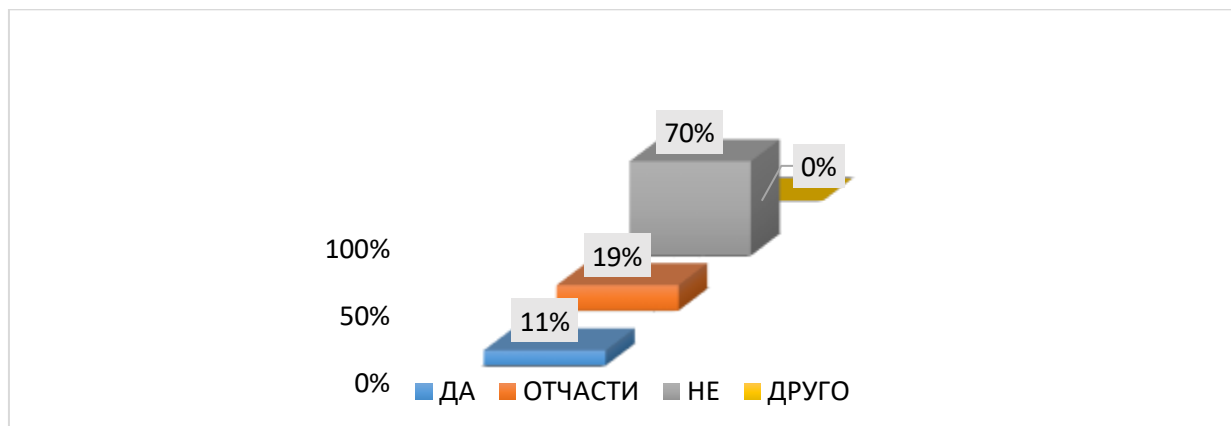
Процентното разпределение е представено на *Графика 71.*



Графика 70.

При отговорите на *Въпрос 8.*, 40% от работодателите определят като основна причина липсата на информация, същият процент – 40%, страха от отсъствия от работа на служителя, като на преден план поставят още проблеми, свързани с информираността на работодателите, непознаването на казуса „родител, грижещ се за онкоболно дете“ и страхът от допълнително психическо и емоционално натоварване. Това се потвърждава и от резултатите, получени като отговори и на следващия въпрос относно действащи програми в сферата на заетостта, насочени към осигуряване на трудова заетост на родители на онкоболни деца. Процентното разпределение на резултатите от отговорите на *Въпрос 9.*: „*Агенцията по заетостта е разработила програми, предоставящи преференции на*

работодатели при наемането на работа на безработни лица. Вие запознат ли сте с тях?“ са представени на *Графика 72*.



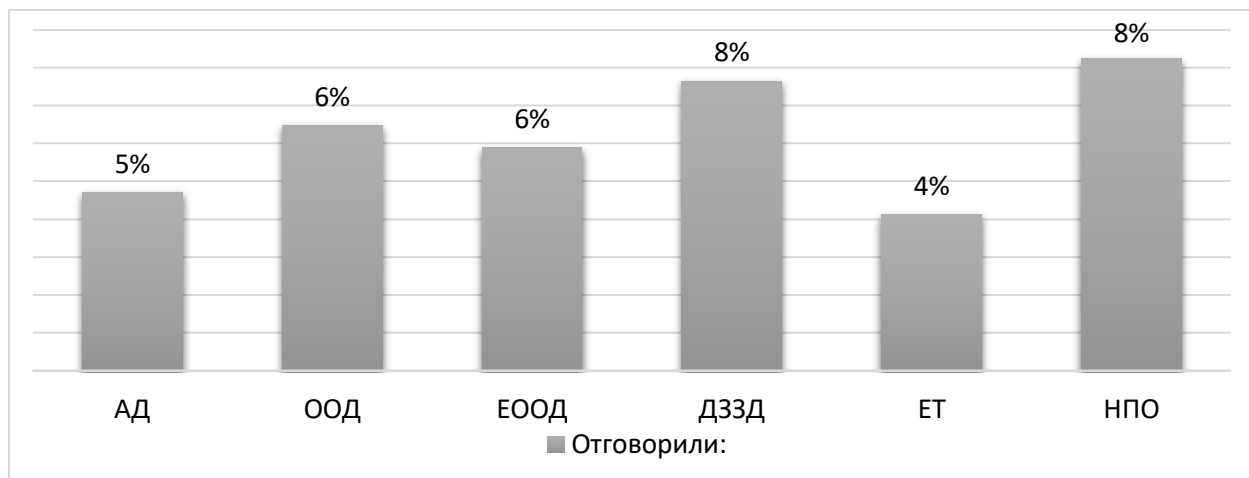
Графика 72.

Липсата на достатъчна информация за действащи програми и възможността за ползване на преференции до голяма степен предопределя пасивното поведение на изследваните работодатели, а и без съмнение като цяло при решаване на проблема с трудовата заетост на родители на деца с онкохематологични заболявания. 70% от работодателите отговарят, че не са запознати с действащите на територията на страната програми, а едва 19% един твърде нисък процент са отчасти информирани.

Резултатите от настоящото проучване, макар и ограничени, но със залог за бъдещи изследвания, потвърждават, че недостатъчната информираност е един от проблемите, който трябва да бъде решен, за да бъде по-ефективна дейността на работодателите за интегриране на родители на деца с онкохематологични заболявания в обществото. Но има и редица други проблеми, според участниците в анкетата, които трябва да бъдат решени, за да се реши въпроса със социалната и икономическа интеграция на тази група хора в обществото.

Процентното разпределение на резултатите от отговорите/предложенията на отговорилите 63-ма от запитаните 170 работодатели на *Въпрос 10. „Според Вас какво е необходимо да се направи за решаване проблемите с трудовата заетост (назначаване на работа/запазване на работното място)на родители на онкоболни деца?“*(трети въпрос със свободен отговор) е представено на *Графика 73*.

Графика 73.



Предложенията и отговорите на работодателите могат да се обобщат по следния начин:

- Държавна политика относно решаване проблемите с трудовата реализация на родители на деца с онкохематологични заболявания;
- Стимулиране на работодателите при наемане на работа на родители на деца с онкохематологични заболявания;
- Информираност на работодателите относно стандартите на работната среда при наемане на работа на родители на деца с онкохематологични заболявания;
- Промяна на законодателството, гарантиращо възможностите за трудова заетост на родители на деца с онкохематологични заболявания;
- Създаване на възможности за квалификация и преквалификация, възможност за интегрирано/дистанционно обучение на родители на деца с онкохематологични заболявания;
- Изискване към големите предприятия и фирми да назначават на работа родители на деца с онкохематологични заболявания и данъчни облекчения;

Заключенията, които могат да бъдат направени на базата на представените резултати от проведеня анкетен метод, с представители от сферата на бизнеса, по отношение решаването на проблема с трудовата заетост на семействата с онкоболни деца като един от основните фактори за тяхната социална и икономическа интеграция в обществото са:

1. В по-голямата си част работодателите са позитивно настроени и у тях е налице положителната нагласа активно да се включат в решаване на проблемите, свързани със социалната и икономическа интеграция на родители на деца с

онкохематологични заболявания, чрез осигуряване на възможност за тяхна трудова заетост. За решаването на тези проблеми обаче е необходимо осигуряване на съответната информация относно необходимост от допълнителни изисквания към работната среда, психологичен статус на родителите, злокачествените заболявания в детска възраст, както и информация относно всички действащи програми в сферата на заетостта в страната.

2. Необходимо е създаването на адекватна информационна среда по отношение на работодателите, за да бъдат подпомогнати при предприемане - от една страна, на необходимите стъпки от тяхна страна за отстраняване на проблемите, касаещи трудовата заетост на родители на деца с онкохематологични заболявания, а, от друга - при търсенето на оптималните варианти и предприемането на ефективните действия за решаване на проблема със социалната и икономическа интеграция на родители на онкоболни деца.

III. 4. Проверка на статистически хипотези. Анкета за родители

А) Да се провери дали работодателите в различните области проявяват различно разбиране към възникнали проблеми с физическото здраве на родителя.

В изследването отговор са дали 311 майки. От тях 69% са посочили, че работодателят е проявил разбиране към възникнали проблеми с тяхното физическото здраве. По градове най-висок е процентът на разбиране в София – 52%, а най-малък е в Пловдив – 19%. От останалите 31% от работодателите най-голям е процентът на неразбиране във Варна – 57%, следван от София – 29% и Пловдив с 14%. От майките в София 80% са посочили, че срещат разбиране от работодателя си. В Пловдив този процент е 76% и най-малък той е във Варна 53%. На Таблица 13. е представено *Двумерно честотно разпределение* на Въпрос 34.: “*Вашият работодател/началник проявява ли разбиране към възникнали проблеми/смущения с вашето физическо здраве, (свързани с лечението и грижата за вашето дете)?*” и “Град”.

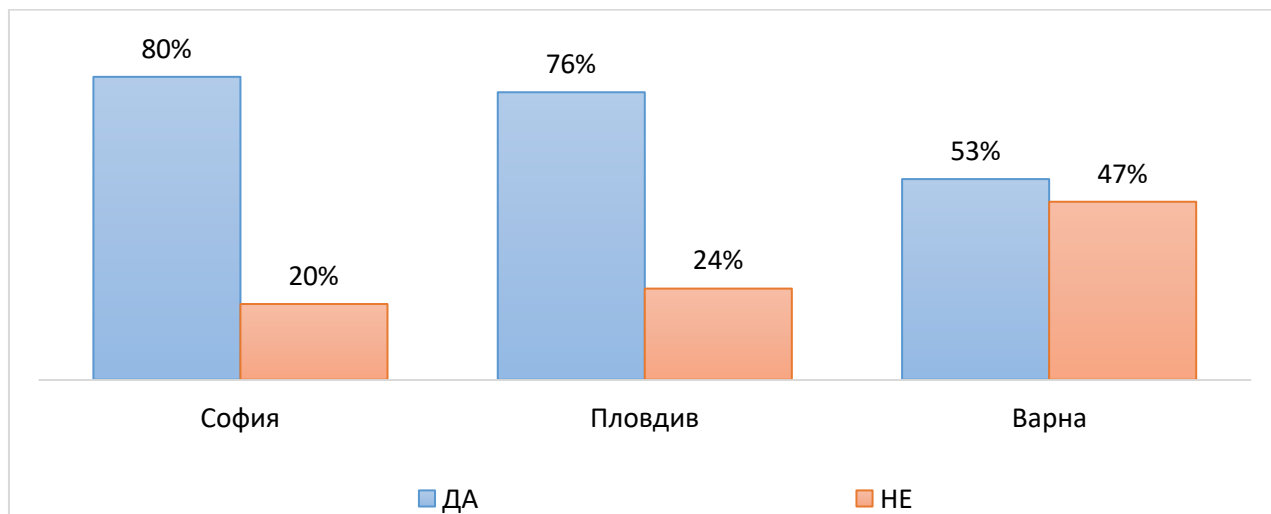
Таблица 13.

Разбиране от работодателя по отношение на физическо неразположение* Град
Crosstabulation

		Град			Total	
		София	Пловдив	Варна		
Вашият работодател/началник проявява ли разбиране към възникнали проблеми/смущения с вашето физическо здраве, (свързани с лечението и грижата за вашето дете)?	да	% within Разбиране от работодателя	52%	19%	29%	100.0%
	не	% within Град	80%	76%	53%	69%
		% of Total	36%	13%	20%	69%
		% within Разбиране от работодателя	29%	14%	57%	100.0%
		% within Специалност	20%	24%	47%	31%
		% of Total	9%	4%	18%	31%
Total		% within Разбиране от работодателя	45%	17%	38%	100.0%
		% within Град	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	45%	17%	38%	100.0%

Наблюдава се тенденцията, че в София и Пловдив работодателите са по-съпричастни в сравнение с работодателите от Варна. (Графика 48., Въпрос 34.)

Графика 48. Вашият работодател/началник проявя ли разбиране към възникнали проблеми/смущения с вашето физическо здраве, (свързани с лечението и грижата за вашето дете)?



Дали обаче има връзка между процента на разбиране на работодателите и областния град ще покаже Хи-квадрат анализът. Ако такава връзка съществува, това ще означава, че работодателите в различните области имат **различно ниво на разбиране и съпричастност** спрямо смущения във **физическото здраве на майките**.

H_0 - нулевата хипотеза ще гласи, че не съществува закономерна връзка между областта на работодателя и неговото разбиране и съпричастност към смущения във физическото здраве на майките.

H_1 – алтернативната хипотеза, че такава връзка обективно съществува.

Таблица 14.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	23.200	2	.000
N of Valid Cases	311		

Равнището на значимост Asymptotic Significance (2-sided) е по-малко от приетия риск за грешка от 5% (Asymptotic Significance (2-sided)=0% < α =5%), следователно се приема алтернативната хипотеза H_1 , която гласи, че между областта на работодателя и неговото разбиране и съпричастност към смущения във физическото здраве на майките съществува закономерна статистически значима връзка. Този извод може да се потвърди с вероятност за сигурност от 95%. След като връзката е доказана, може да се определи силата на тази връзка с помощта на коефициента на **Cramer's**.

Таблица 15.

Symmetric Measures

	Value	Approximate Significance
Nominal by Cramer's V	.273	.000
Nominal		
N of Valid Cases	311	

Той е статистически значим и заема стойност от 0,273 което е определя силата на връзката между областта на работодателя и неговото *разбиране и съпричастност към смущения във физическото здраве на майките като слаба.*

Б) Да се провери дали работодателите в различните области проявяват различно разбиране към възникнали проблеми с психичното здраве на родителя.

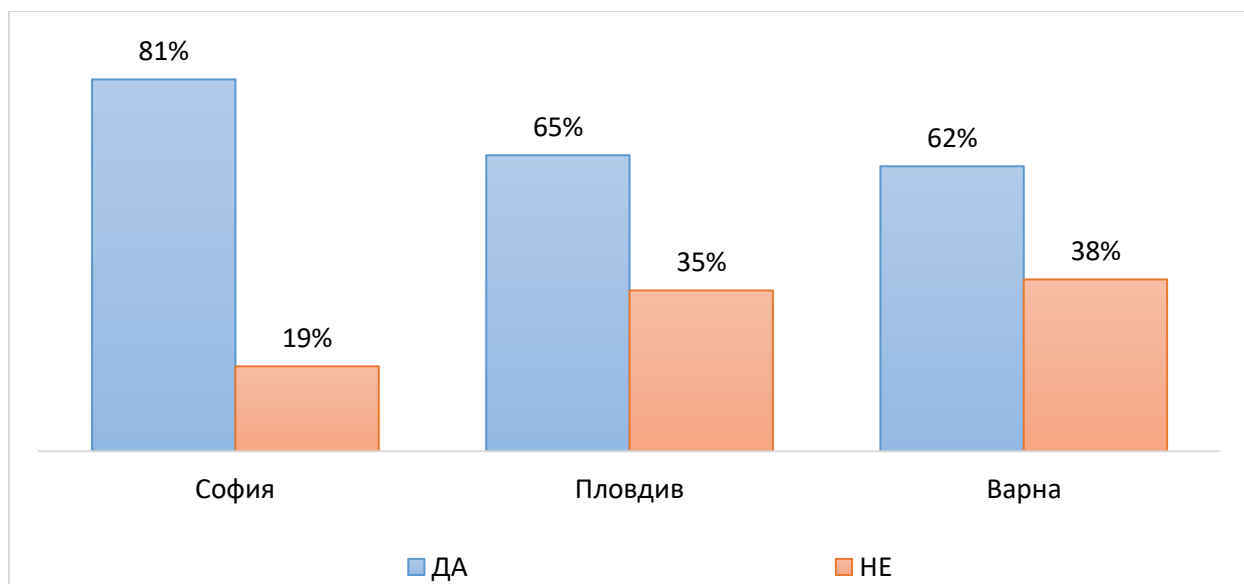
В изследването отговор дават общо **311** майки. От тях 71% са посочили, че *работодателят е проявил разбиране към възникнали проблеми с тяхното психическо здраве.* По градове най-висок е процента на разбиране в София – 51%, а най-малък е в Пловдив – 16%. От останалите 29% от работодателите най-голям е процента на неразбиране във Варна – 49%, следван от София – 29% и Пловдив с 21%, от майките в София 81% са посочили, че срещат разбиране от работодателя си. В Пловдив този процент е 65% и най-малък той е във Варна 62%. На Таблица 16. е представено *Двумерно честотно разпределение* на Въпрос 35.: “*Вашият работодател/началник проявява ли разбиране към възникнали проблеми, като психическо неразположение (напр. тревожност, стрес, емоционални реакции и др.), свързани с лечението и грижата за вашето дете?*” и “Град”

Разбиране от работодателя по отношение на психическо неразположение * Град
Crosstabulation

		Град			Total
		София	Пловдив	Варна	
Вашият работодател/началник проявява ли разбиране към възникнали проблеми/смущения с вашето физическо здраве, (свързани с лечението и грижата за вашето дете)?	да	51%	16%	33%	100.0%
	% within Град	81%	65%	62%	71%
	% of Total	37%	11%	23%	71%
не	% within Разбиране от работодателя	29%	21%	49%	100.0%
	% within Специалност	19%	35%	38%	29%
	% of Total	8%	6%	14%	29%
Total	% within Разбиране от работодателя	45%	17%	38%	100.0%
	% within Град	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	45%	17%	38%	100.0%

Наблюдава се тенденцията, че в градовете София и Пловдив *работодателите* са *по-съпричастни в сравнение с работодателите от Варна*, което е видно от Графика 49. От нея се вижда, че неразбирането от страната на работодателя в полза на майката във Варна (38%) е приблизително два пъти по-голямо от това в гр. София (19%).

Графика 49. Вашият работодател/началник проявява ли разбиране към възникнали проблеми, като психическо неразположение (напр. тревожност, стрес, емоционални реакции и др.), свързани с лечението и грижата за вашето дете?



Дали обаче има връзка между *разбирането на работодателите и областния град* ще покаже Хи-квадрат анализът. Ако такава връзка съществува, това ще означава, че *работодателите в различните области имат различно ниво на разбиране и съпричастност спрямо смущения във психическото неразположение на майките.*

H_0 нулевата хипотеза ще гласи, че не съществува закономерна връзка между областта на работодателя и неговото разбиране и съпричастност към смущения в психическото неразположение на майките; H_1 алтернативната, че такава връзка обективно съществува.

Таблица 17.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	12.685	2	.000
N of Valid Cases	311		

Равнището на значимост Asymptotic Significance (2-sided) е по-малко от приетия риск за грешка от 5% (Asymptotic Significance (2-sided)=0% < $\alpha=5\%$), следователно се приема H_1 алтернативната хипотеза, *която гласи, че между областта на работодателя и неговото разбиране и съпричастност към смущения в психическото неразположение на майките, съществува обективна статистически значима връзка*. Този извод може да се потвърди с вероятност за сигурност от 95%.

След като връзката е доказана, може да се определи силата на нейната връзка. (Таблица 18)

Symmetric Measures

	Value	Approximate Significance
Nominal by Cramer's V	.202	.000
Nominal		
N of Valid Cases	311	

Той е статистически значим и заема стойност от 0,202, *което определя силата на връзката между областта на работодателя и неговото разбиране и съпричастност към смущения във психическото неразположение на майките като слаба*.

В) Да се провери дали майките от различните области имат еднакво отношение към това да продължат работата си в същото предприятие след приключване на лечението на детето.

В изследването отговор отново са дали **311** майки. От тях 51% са посочили, че биха останали на същото работно място. По градове най-висок е процентът на оставане на същото място в София – 42%, а най-малък е в Пловдив – 12%. От останалите 49%, които не биха останали на работа при същия работодател най-голям е процента в София – 41%, следван

от Варна – 36% и Пловдив с 23%. Процентът на майките в София и Пловдив, които биха останали при същия работодател е около 55%. В Пловдив този процент е едва 35%.

На Таблица 19. е представено **двумерното честотно разпределение** на Въпрос 44.: “Бихте ли продължили да работите в същото предприятие/фирма и след приключване на лечение на вашето дете?” и “Град”.

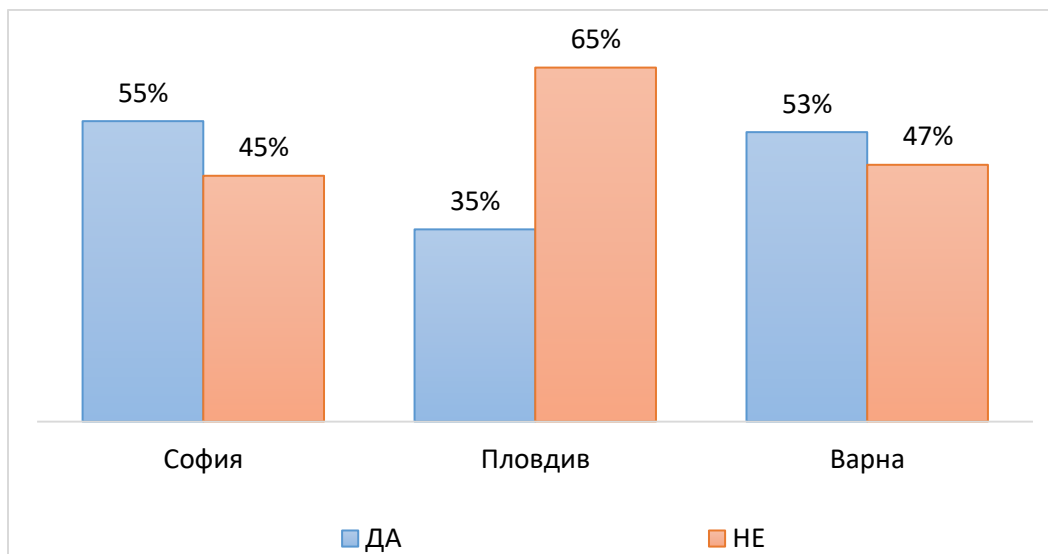
Оставане на работата на същото място * Град Crosstabulation

		Град			Total
		София	Пловдив	Варна	
Бихте ли продължили да работите в същото предприятие/фирма и след приключване на лечение на вашето дете?	% within Оставане на работа	42%	12%	39%	100.0%
	% within Град	55%	35%	53%	51%
	% of Total	25%	6%	20%	51%
не	% within Оставане на работа	41%	23%	36%	100.0%
	% within Специалност	45%	65%	47%	49%
	% of Total	20%	11%	18%	49%
Total	% within Оставане на работа	45%	17%	38%	100.0%
	% within Град	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	45%	17%	38%	100.0%

Таблица 19.

Наблюдава се тенденцията, че в градовете София и Варна **майките на онкоболни деца са по-склонни да останат при стария си работодател в сравнение с майките от гр. Пловдив** (Графика 58). От нея се вижда, че неразбирането от страната на работодателя в полза на майките във Варна (38%) е приблизително два пъти по-голямо от това в София (19%).

Графика 58., Въпрос 44.: „Бихте ли продължили да работите в същото предприятие/фирма и след приключване на лечение на вашето дете?“



Дали съществува връзка между мнението на майките за оставане на работа в различните областни градове ще покаже анализът. *Ако такава връзка съществува, това ще означава, че майките в различните областни градове имат различно мнение по отношение на това дали да останат на работа при стария си работодател.* С други думи, *майките имат различна удовлетвореност към работодателя си.*

H_0 - нулевата хипотеза ще гласи, че не съществува закономерна връзка между мнението на майките за оставане при същия работодател и областта;

H_1 - алтернативната, че такава връзка обективно съществува.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.481	2	.040
N of Valid Cases	311		

Таблица 20

Равнището на значимост Asymptotic Significance (2-sided) е по-малко от приетия риск за грешка от 5% (Asymptotic Significance (2-sided)=4% < $\alpha=5\%$), следователно се приема H_1 - алтернативната хипотеза, която гласи, че между мнението на майките за оставане при същия работодател и областта, съществува обективна статистически значима връзка. Този извод може да се потвърди с вероятност за сигурност от 95%.

Проверка на статистически хипотези. Въпросник за работодатели

А) Да се провери дали различните предприятия по вида на търговското дружество наемат различен брой служители - родители на деца със злокачествени заболявания.

В изследването отговор са дали **170** работодатели. От тях 4,2% са дали отговор, че имат назначен при тях *служител*, който е *родител на дете със злокачествено заболяване*. По видове предприятие най-голям е процента с такива служители при **НПО** – 30%. Останалите предприятия са с един и същ процент такива заети родители – 14%. От останалите 95,8% най-малък процент неназначени такива заети има при **ДЗЗД** – 9% и при НПО – 10%. Най-голям е процента при **ЕТ** – 39%.

Таблица 21. *Двумерно честотно разпределение на Въпрос 1.: “В ръководената от Вас фирма/предприятие има ли назначен на работа служител, който е и родител на дете със злокачествено заболяване?” и “Вид предприятие”.*

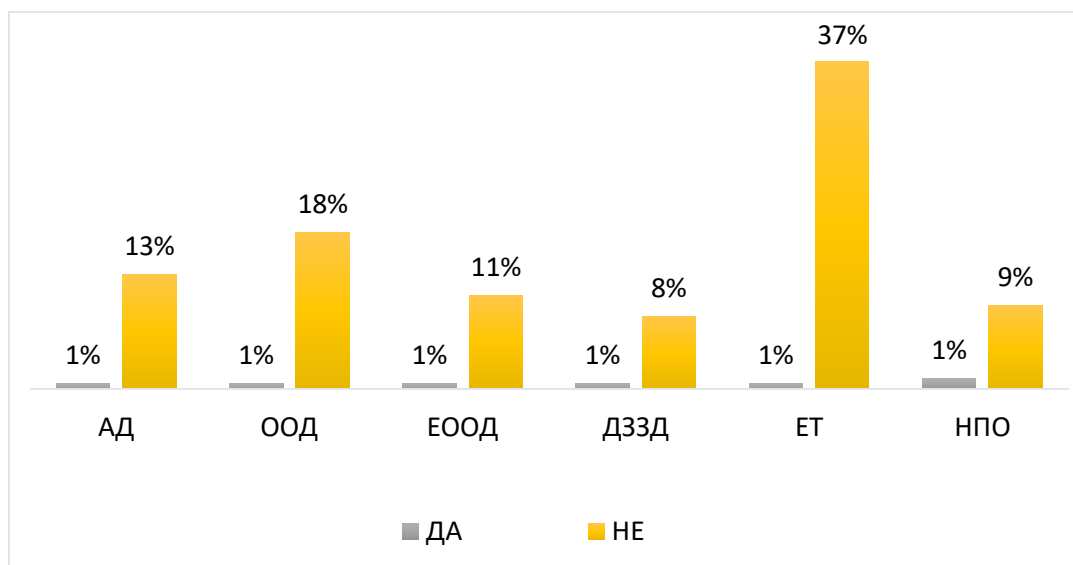
Назначен служител, родител на дете със злокачествено заболяване * Предприятие

Crosstabulation

		Вид предприятие						Total
		АД	ООД	ЕОО Д	ДЗЗД	ЕТ	НПО	
В ръководената да от Вас фирма/предприя тие има ли назначен на работа служител, който е и родител на дете със злокачествено заболяване?	% within Назначен на работа	14%	14%	14%	14%	14%	30%	100%
	% within Вид предприятие	4%	3%	5%	7%	2%	11%	4.2%
	% of Total	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	0.6%	1.2%	4.2%
Total	% within Назначен на работа	13.5%	18.2%	11.2%	8.8%	37.6%	10.6%	100%
	% within Вид предприятие	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	% of Total	13.5%	18.2%	11.2%	8.8%	37.6%	10.6%	100%

При наетите служители не се откроява никаква тенденция между предприятията. Разлика се наблюдава единствено при ненаетите лица. Графика 64. Б (отговорите са категоризирани по фирми/предприятия)

Графика 64. Въпрос 1. „В ръководената от Вас фирма/предприятие има ли назначен на работа служител, който е и родител на дете със злокачествено заболяване?“



Дали има връзка между броя на наетите лица и вида предприятие ще покаже Хи-квадрат анализът. *Ако такава връзка съществува, това ще означава, че различните видове предприятия има различна склонност да наемат родител на дете със злокачествено заболяване.*

Нулевата хипотеза H_0 - ще гласи, че не съществува закономерна връзка между броя на наетите лица и вида предприятие;

H_1 – алтернативната хипотеза, че такава връзка обективно съществува. (Таблица 22.)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.664	5	.599
N of Valid Cases	170		

Равнището на значимост Asymptotic Significance (2-sided) е по-голямо от приетия риск за грешка от 5% (Asymptotic Significance (2-sided)=59,9% > $\alpha=5\%$), *следователно се приема*

нулевата хипотеза H_0 , която гласи, че между броя на наетите лица и вида предприятие не съществува закономерна връзка т.е. различните предприятия имат приблизително една и съща толерантност да наемат родител на дете със злокачествено заболяване. Този извод може да се потвърди с вероятност за сигурност от 95%.

Б) Да се провери дали има различие в дискриминацията при родители на деца със злокачествени заболявания по отношение на тяхната трудовата заетост между различните видове предприятия по вида на търговското дружество.

В изследването отговор са дали **170** работодатели. От тях 17% са дали отговор, че има дискриминация към родители на дете със злокачествено заболяване. От тях най-голям е процента на **НПО** – 63%, а най-малък е процента при **ДЗЗД** – 0%. Работодателите, които смятат че отчасти има такава дискриминация са 13%. От тях най-много са работодатели на **АД** – 59%, следвани от **ЕООД** – 23%. Последната група, която смята че има някаква дискриминация, е 11% и са дали отговор, че отчасти няма дискриминация. Там най-голям е процента на **ЕООД** – 47%. Останалите 59% от работодателите смятат, че няма форма на дискриминация на такива родители, като най-голям е процента при **ЕТ** – 59%. По видове предприятие най-високи проценти имаме при **НПО** 100%, които смятат, че има дискриминация, при АД 59% отговарят, че отчасти има дискриминация, 47% от **ЕООД** казват, че отчасти няма и 59% от **ЕТ са сигурни, че няма дискриминация**.

Таблица 23. Двумерно честотно разпределение на Въпрос 5. : “Смятате ли, че има форма на дискриминация към родители на деца със злокачествени заболявания по отношение на тяхната трудовата заетост (предвид възможни отсъствия от работа, свързани с необходимост от допълнителни грижи, физически или емоционални проблеми на родителя)?” и “Вид предприятие”.

Дискриминацията при родители на деца със злокачествени заболявания *

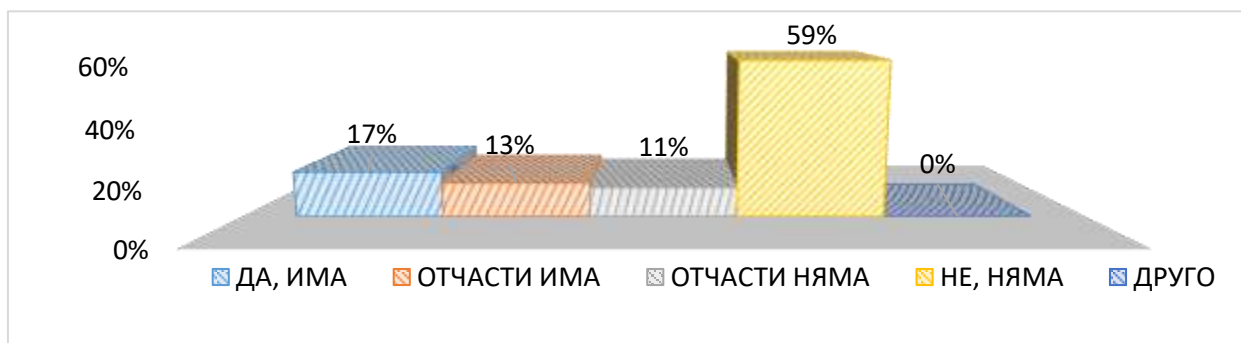
**Предприятие
Crosstabulation**

		Вид предприятие						Total
		АД	ООД	ЕОО Д	ДЗЗД	ЕТ	НПО	
Смятате ли, да, има че има форма на дискримина ция към родители на деца със злокачестве ни заболявания по отношение на тяхната трудова заетост	% within Дискриминация	14%	3%	3%	0%	17%	63%	100%
	% within Вид предприятие	17%	3%	5%	0%	8%	100%	17%
	% of Total	2%	1%	1%	0%	3%	11%	17%
отчаст и има Дискриминация	% within Дискриминация	59%	5%	23%	14%	0%	0%	100%
	% within Вид предприятие	57%	3%	26%	20%	0%	0%	13%
	% of Total	8%	1%	3%	2%	0%	0%	13%
отчаст и няма Дискриминация	% within Дискриминация	16%	26%	47%	11%	0%	0%	100%
	% within Вид предприятие	13%	16%	47%	13%	0%	0%	11%
	% of Total	2%	3%	5%	1%	0%	0%	11%
не, няма Дискриминация	% within Дискриминация	3%	24%	4%	10%	59%	0%	100%
	% within Вид предприятие	13%	77%	21%	67%	92%	0%	59%
	% of Total	2%	14%	2%	6%	35%	0%	59%
Total	% within Дискриминация	14%	18%	11%	9%	38%	11%	100%
	% within Вид предприятие	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	% of Total	14%	18%	11%	9%	38%	11%	100%

Наблюдава се тенденцията, **че различните видове фирми имат различно разбиране за нивото на дискриминация към родители на деца със злокачествени заболявания.**

Отговорите на Въпрос 5.: „Смятате ли, че има форма на дискриминация към родители на деца със злокачествени заболявания по отношение на тяхната трудовата заетост (предвид възможни отсъствия от работа, свързани с необходимост от допълнителни

грижи, физически или емоционални проблеми на родителя)?“ са представени на Графика 68.



Дали има връзка между нивото на дискриминация и вида предприятие ще покаже анализа. Ако такава връзка съществува, това ще означава, че едни предприятия са по-склонни да дискриминират родители на деца със злокачествени заболявания.

Нулевата хипотеза H_0 ще гласи, че не съществува закономерна връзка между дискриминацията и вида предприятие;

H_1 - алтернативната, че такава връзка обективно съществува. (Таблица 24.)

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	202.943	5	.000
N of Valid Cases	170		

Равнището на значимост Asymptotic Significance (2-sided) е по-малко от приетия риск за грешка от 5% (Asymptotic Significance (2-sided)=0% < $\alpha=5\%$), **следователно се приема H_1 - алтернативната хипотеза, която гласи, че между дискриминацията и вида предприятие съществува обективна връзка, която е статистически значима.** Този извод може да се потвърди с вероятност за сигурност от 95%. След като връзката е доказана, може да се определи силата на тази връзка с помощта на **Коефициент на Крамър.** (Таблица 25.)

Symmetric Measures

	Value	Approximate Significance
Nominal by Cramer's V	.631	.000
Nominal		
N of Valid Cases	170	

Той е статистически значим и заема стойност от 0,631 което *определя силата на връзката между нивото на дискриминация на работодателя по отношение на родители на деца със злокачествени заболявания като умерена.*

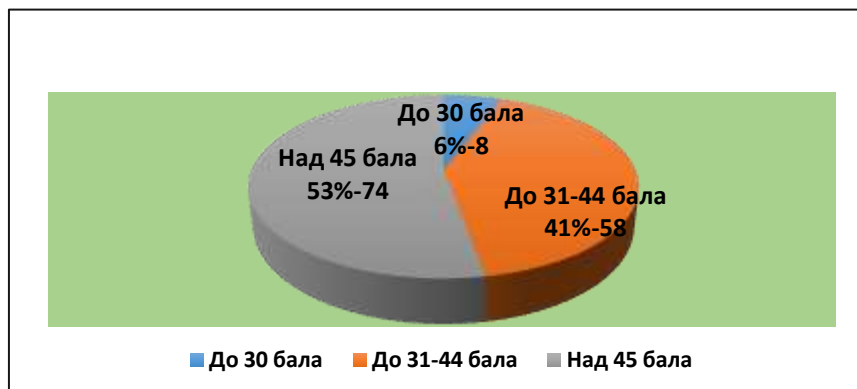
STAI-Y Въпросник за оценка на тревожността като състояние или черта

На Таблица 26. е представено разпределението на изследваната група от **140** майки от КДКХО, гр. София по *брой изследвани лица, оценка ниво на тревожност в %* с психологичната методика *STAI-Y Въпросник за оценка на ситуативна тревожност (STAI - Form Y-1) и личностна тревожност (STAI - Form Y-2).*

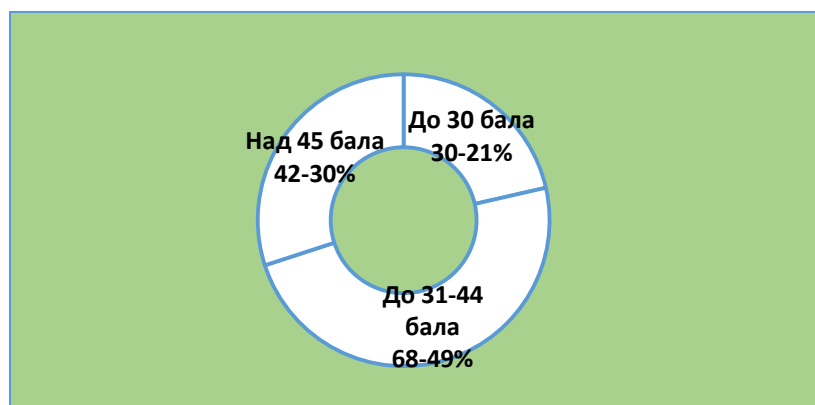
Таблица 26.

Психологична методика:	(STAI-Y)-Въпросник за оценка на ситуативна и личностна тревожност	
(STAI - Form Y-1) Ситуативна тревожност	изследвани майки от КДКХО: (n=140)	%
До 30 бала – ниска тревожност	<i>8 майки</i>	<i>5.71</i>
До 31-44 бала – умерена тревожност	<i>58 майки</i>	<i>41.4</i>
От 45 бала и > висока тревожност	<i>74 майки</i>	<i>52.86</i>
(STAI - Form Y-2) Личностна тревожност	изследвани майки от КДКХО: n=140	%
До 30 бала – ниска тревожност	<i>30 майки</i>	<i>21.43</i>
До 31-44 бала – умерена тревожност	<i>68 майки</i>	<i>48.57</i>
От 45 бала и > висока тревожност	<i>42 майки</i>	<i>30.00</i>

Графика 74. Процентно разпределение на ситуативна тревожност (STAI - Form Y-1) при 140 майки на онкоболни деца от КДКХО, гр. София.



Графика 75. Процентно разпределение на личностната тревожност (STAI - Form Y-2) при 140 майки на онкоболни деца от КДКХО, гр. София

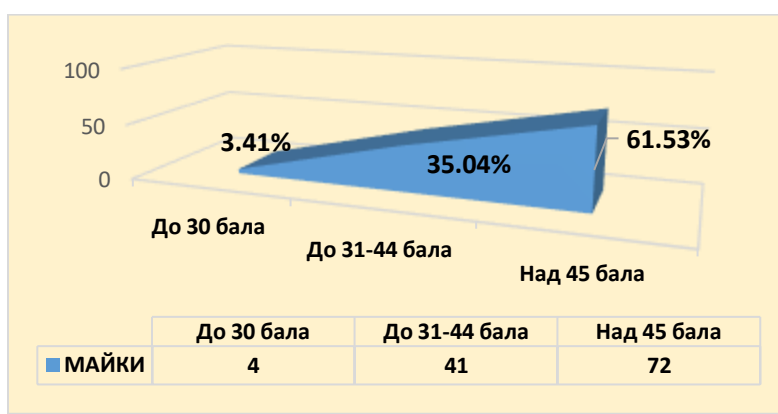


На Таблица 26. е представено разпределението на изследваната група от 117 майки от ДОХО, гр. Варна, по брой изследвани лица, оценка ниво на тревожност в % с психологичната методика STAI-Y Въпросник за оценка на ситуативна тревожност (STAI - Form Y-1) и личностна тревожност (STAI - Form Y-2).

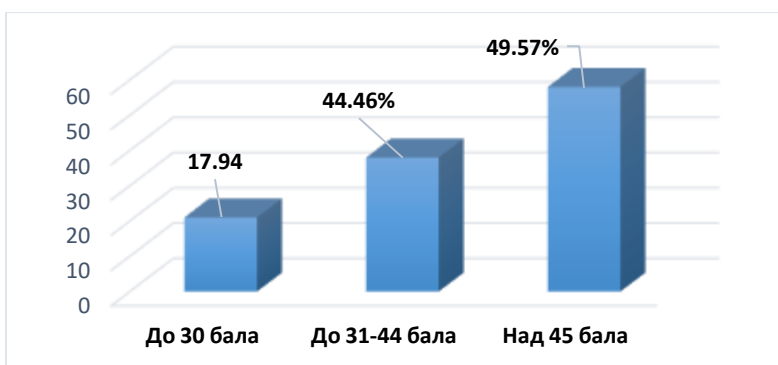
Психологична методика:	(STAI-Y)-Въпросник за оценка на ситуативна и личностна тревожност	
(STAI - Form Y-1) ситуативна тревожност	изследвани майки от ДОХО: (n=117)	%
До 30 бала – ниска тревожност	4 майки	3.41
До 31-44 бала – умерена тревожност	41 майки	35.04
От 45 бала и > висока тревожност	72 майки	61.53

(STAI - Form Y-2) личностна тревожност	изследвани майки от ДОХО: n=117	%
До 30 бала – ниска тревожност	<i>21 майки</i>	17.94
До 31-44 бала – умерена тревожност	<i>38 майки</i>	44.46
От 45 бала и > висока тревожност	<i>58 майки</i>	49.57

Графика 76. Процентно разпределение на ситуативна тревожност (STAI - Form Y-1) при 117 майки на онкоболни деца от ДКХО, гр. Варна



Графика 77. Процентно разпределение на личностна тревожност (STAI - Form Y-2) при 117 майки на онкоболни деца от ДКХО, гр. Варна

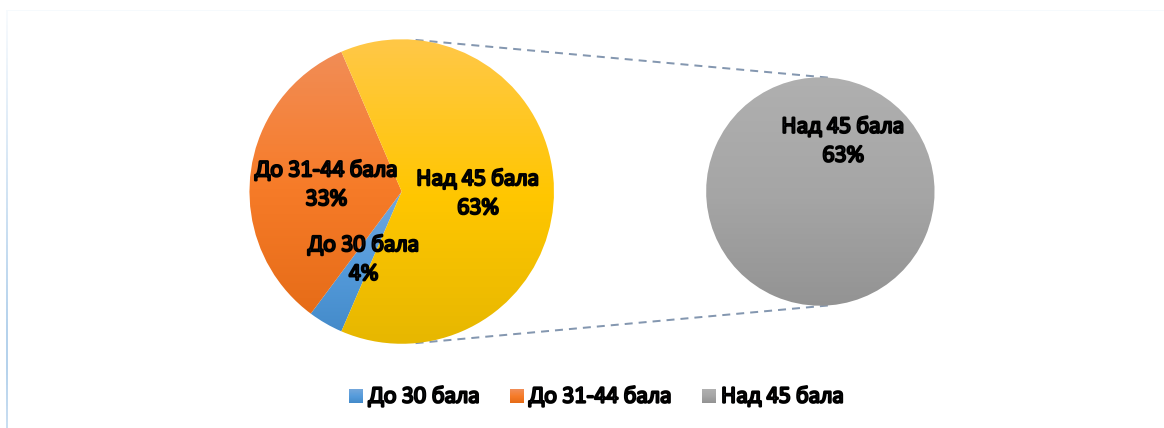


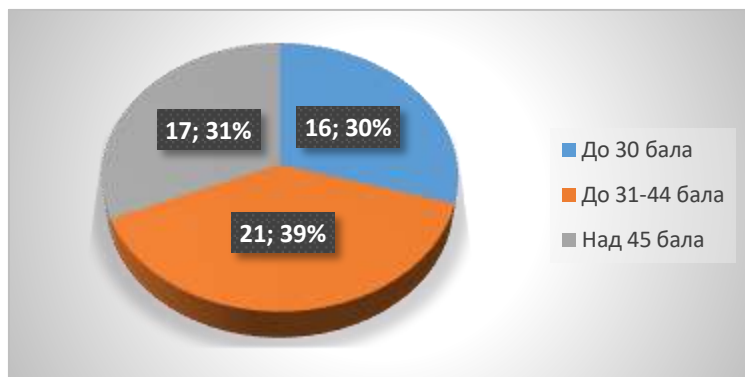
На Таблица 27. е представено обобщеното разпределение на изследваната група от 54 майки от Звено „Детска хематология“, гр. Пловдив по брой изследвани лица, оценка ниво на тревожност в % с психологичната методика STAI-Y Въпросник за оценка на ситуативна тревожност (STAI - Form Y-1) и личностна тревожност (STAI - Form Y-2).

Таблица 27.

Психологична методика:	(STAI-Y)-Въпросник за оценка на ситуативната и личностна тревожност	
(STAI - Form Y-1) Ситуативна тревожност	изследвани майки: (n=54)	%
До 30 бала – ниска тревожност	2 майки	3.70
До 31-44 бала – умерена тревожност	18 майки	33.33
От 45 бала и > висока тревожност	34 майки	62.96
(STAI - Form Y-2) Личностна тревожност	изследвани майки: n=54	%
До 30 бала – ниска тревожност	16 майки	29.63
До 31-44 бала – умерена тревожност	21 майки	38.89
От 45 бала и > висока тревожност	17 майки	31.48

Графика 78. Процентно разпределение на ситуативна тревожност (STAI - Form Y-1) при 54 майки на онкоболни деца от Звено „Детска хематология“, гр. Пловдив





Графика 79.

Процентно разпределение на личностна тревожност (STAI - Form Y-2) при 54 майки на онкоболни деца от Звено „Детска хематология“, гр. Пловдив79.

Резултатите в Таблица 28. са получените стойности от приложения Т-тест за сравнение на независими извадки, проследяващ значимостта на различията в средните стойности по (STAI-Y) - теста за измерване ситуативната и личностна тревожност на трите изследвани групи. Резултатите са сравнени с данни от скринингово изследване на тревожността в Р България, проведено със същата методика през 2012 г. Начинът за обработване на резултатите и корелации са описани и достъпни в *Ръководство* на **OS BULGARIA** стр. 50-75.

А) Да се провери дали има разлика в ситуативната и личностна тревожност на изследваните майки в периода на лечение.

Нулевата хипотеза H_0 ще гласи, че нивата на ситуативна тревожност са по-високи (STAI-Form Y-1; $St \geq 45$ бала и повече) при изследваната група майки от трите центъра по време на лечението. Алтернативната H_1 , че нивата за личностната тревожност ще бъдат определени като високи (STAI-Form Y-2; $Ti \geq 45$ бала и повече). Диагнозата за злокачествено заболяване на детето е особена стресова ситуация, която води до повишаване нивото на St на майките, от една страна от самата диагноза ”рак” на детето, а от друга, от медицинските процедури, които са тежки не само физически и емоционално за пациента, а и за майката-придружител. Те са интензивни и с голяма продължителност – през целия период на активно лечение на детето.

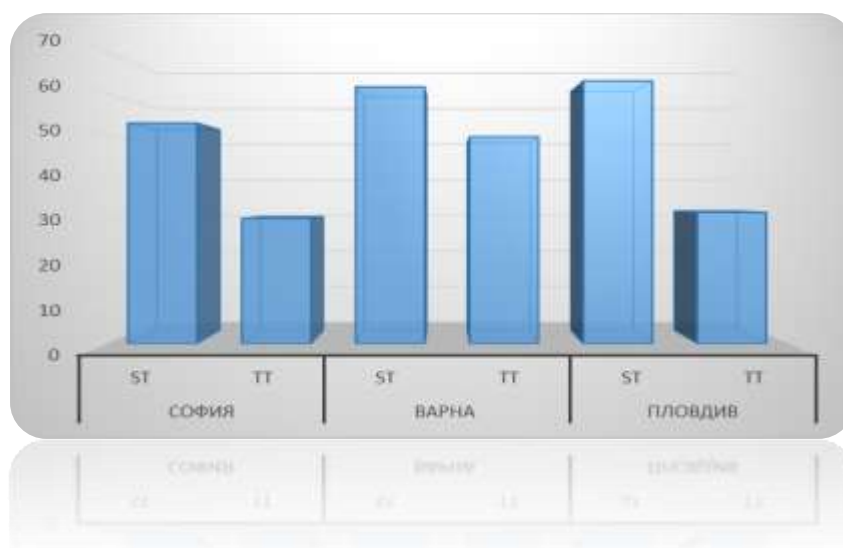
Таблица 29. Средни стойности и стандартни отклонения на нивата на личностна и ситуативна тревожност, резултатите от Т-теста и нивата на значимост при трите групи изследвани майки.

Тревожност	град	брой майки	Средна стойност	Стандартно отклонение	T	Нива на значимост
St Ситуативна тревожност	София	140	45,6	11,5	7,2	0,042
	Варна	117	42,8	9,5		

	Пловдив	54	36,8	8,4		
Tt						
Личностна тревожност	София	140	46,5	10,4	5,1	0,041
	Варна	117	43,6	9,7		
	Пловдив	54	39,2	8,6		

Sig (p<0,05)

Получените резултати, представени на Таблица 29. и Графика 80. показват общо повишена тревожност за целия период на лечение (*STAI-Form Y-1; St \geq 45 бала и повече*) (*STAI-Form Y-2; Tt \geq 45 бала и повече*), която е статистически значима при всички изследвани майки *Sig (p<0,05)*.



Графика 80.

Б) Да се провери влиянието на някои специфични фактори върху ситуативната и личностна тревожност на изследваната група майки.

За целта се фокусирахме се върху *влиянието на два специфични фактора: възраст* на майките и *място/лечебно заведение за провеждане лечение на болното дете*. Изследваните майки от трите центъра са разпределени в две възрастови групи: първа група до 25 години и втора група – от 25 до 35 и повече години. Нулева хипотеза H_0 ще гласи, че различната възраст не оказва влияние върху нивото на тревожност. Алтернативната хипотеза, H_1 , ще гласи, че възрастта оказва влияние върху нивото на тревожност, особено при при майките във втората възрастова група - от 25 до 35 години и повече (тъй като по-голямата възраст при жените/майки е свързана с допълнителен стрес, емоционална лабилност и страхова напрегнатост за здравето и живота на

детето). Данните от еднофакторния дисперсионен анализ на тревожността при изследваната група майки и възрастта са представени на *Таблица 30*.

тревожност	F	ниво на значимост
ситуативна тревожност (St) първа група до 25 години втора група – от 25 до 35	2,85	0,051
личностна тревожност (Tt) първа група до 25 години втора група – от 25 до 35	1,48	0,063

Sig (p>0,05)

Резултатите от *Таблица 30*., потвърждават H_0 , т.е., че възрастта не оказва влияние върху ситуативната и личностна тревожност *Sig (p>0,05)*. Майките на деца със злокачествени заболявания безспорно са тревожни за състоянието и прогнозата на детето.

В) Да се провери дали мястото на провеждане на лечение на детето оказва влияние върху тревожността на изследваната група майки от трите центъра за страната.

До колко мястото на лечебното заведение е също значим фактор, който оказва върху тревожността на изследваните майки ще покаже еднофакторният дисперсионен анализ. Нулевата хипотеза H_0 ще гласи, че мястото на провеждане на лечение не е от значение за различните нива на тревожност на майките. Алтернативната хипотеза H_1 , ще бъде, че различното място за провеждане на лечение оказва влияние върху тревожността.

Таблица 31. Средни стойности, стандартни отклонения и F стойности за личностната и ситуативната тревожност в зависимост от различното място/лечебно заведение за провеждане лечение на болното дете

Изследвани майки	гр. София	гр. Варна	гр. Пловдив	F	Ниво на значимост
(St) Ситуативна тревожност	46,9	45,3	43,3	0,684	0,003
(Tt) Личностна тревожност	47,1	46,1	46,3	0,130	0,02

Sig (p<0,05)

Полученият резултат *Sig (p<0,05)* от *Таблица 31*., показва, че **различното място/лечебно заведение за провеждане лечение на болното дете**, оказва влияние върху

тревожността на изследваните майки от трите центъра, което налага да отхвърлим H_0 и да приемем за вярна алтернативната хипотеза H_1 , която гласи, че мястото за провеждане на лечение е от значение за различните нива на тревожност и безпокойство на майките, породени от диагнозата за злокачествено заболяване на тяхното дете.

Невро-психологичен Тест на Бенгън за краткосрочно визуално запомняне

Таблица 32. Честота на видовете грешки

Вид на грешката	Функционални заболявания	Съмнителни за органика заболявания	Органични заболявания
изпускане	1-2	3	4 и повече
изопачаване	1-2	3-4	5 и повече
персерверации	1	2	3 и повече
стабилно обръщане	1	-	2 и повече
разместване	0	-	1 и повече
големина	0	-	1 и повече
регресивна	0	-	1 и повече
удължена персерверация	0	-	1 и повече
Брой правилни репродукции	5 и повече	4	3 и по-малко

За изследваната от нас група от общо **311** майки от трите центъра се установиха следните резултати, представени на *Таблица 33*.

Таблица 33. Скали от BVRT, по които са установени статистически значими различия между изследваните майки на деца с онкохематологични заболявания (n=140), УМБАЛ „ЦАРИЦА ЙОАННА-ИСУЛ“ ЕАД, гр. София Клиника по детска клинична хематология и онкология, КДКХО и нормативната извадка за жени за Р България.

MR	ML	PR	PL	ADD
SM	SMR	SML	SPR	SPL
IMR	IML	IPL	PerMR	PerML
PerPR	PerPL 3	PerMR 2	PerPR 2	PerML 3
PerPR 3	PerPL 3	MR	MR 180	ML 183
MR 90	ML 41	PR 47	PL 43	Rev
MisPR	MisPL	MisPl	UPL	DPR
DPL	SzPR	SzPR		

Таблица 34. Видове грешки

Изпускане	MR , MR 90, ML 45, MR 180, ML 183
Персевация	PerPR 3, PerPL 3, PerPL 3, PerMR 2, PerPR 2, PerML 3
Изопачаване	
Обръщане	MR 90, ML 41, MR 47, ML 43
Пространствени размествани	
Големина	

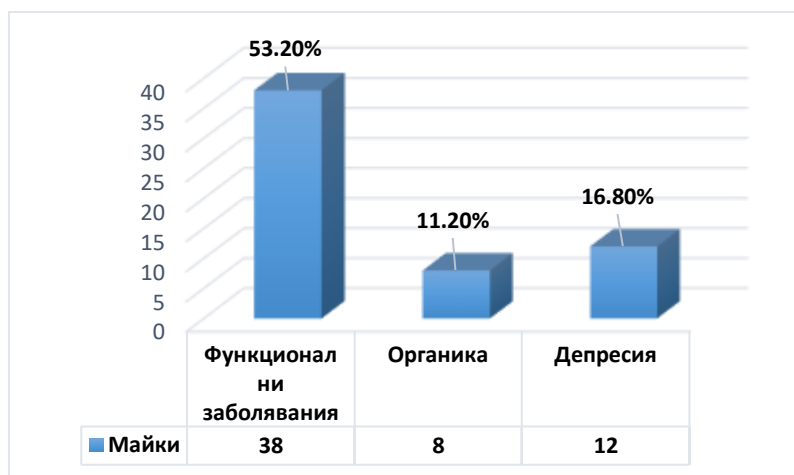
На Таблица 35. са представени резултатите от **Невро-психологичен Тест на Бентън за краткосрочно визуално запомняне (BVRT)** при изследваните **140** майки на онкоболни деца от **КДКХО, гр. София**. При **58** майки от тях се установиха следните нарушения:

Психологична методика:	Установени нарушения	Общо изследвани майки: (n=140)	%
Невро-психологичен Тест на Бентън за краткосрочно визуално запомняне (BVRT)	съмнение за начало или наличие на функционални заболявания	при 38 майки	53,20
	силната хипотезата за органика	при 8 майки	11,20
	има прояви на депресия	при 12 майки	16,80
		Общо установени нарушения при 58 майки	81,20

Таблица 35.

От изследваните **140** майки от София при **58** майки (**81,20%**) се установиха следните нарушения: При (**53.20%**) има съмнение за начало или наличие на функционални заболявания; (**11.20%**) майки поставят силната хипотезата за органика; При (**16.80%**) от изследваните майки има прояви на депресия.

На **Графика 81**. са представени резултатите от изследването с **(BVRT)** на **140** майки от **КДКХО, гр. София**.



Графика 81.

Таблица 36. Скали от BVRT, по които са установени статистически значими различия между изследваните майки на деца с онкохематологични заболявания (n=117), УМБАЛ „Св. Марина“, гр. Варна – "Детска клиника по клинична хематология и онкология" и нормативната извадка за жени.

Таблица 36.

MR	ML	PR	PL	ADD
SM	SMR	SML	SPR	SPL
IMR	IML	IPL	PerMR	PerML
PerPR	PerPL 1	PerMR 23	PerPR 7	PerML 5
PerPR 2	PerPL 6	MR	MR 172	ML 89
MR 60	ML 39	PR 18	PL 52	Rev
MisPR	MisPL	MisPI	UPL	DPR
DPL	SzPL	SzPR		

Таблица 37. Видове грешки

Изпускане	MR , MR 60, ML 39, MR 172, ML 88
Персевация	PerPR 2, PerPL 1, PerPL 6, PerMR 23, PerPR 7, PerML 5
Изопачаване	
Обръщане	MR 60, ML 39, MR 172, ML 89
Пространствени размествани	
Големина	

Резултатите от **Невро-психологичен Тест на Бентън за краткосрочно визуално запомняне (BVRT)** при изследваните **117** майки от **ДКХО гр. Варна**, са представени на **Таблица 38**. При **23** майки (**26,91%**) от тях се установиха следните нарушения:

Таблица 38.

Психологична методика: Невро-психологичен Тест на Бентън за краткосрочно визуално запомняне (BVRT)	Установени нарушения	Общо изследвани майки: (n=117)	%
	съмнение за начало или наличие на функционални заболявания	при 10 майки	11,70
	силната хипотезата за органика	при 6 майки	7,02
	има прояви на депресия	при 7 майки	8,19
		Общо установени нарушения при 23 майки	26,91

На **Графика 82**, са представени графично резултатите от изследването с **(BVRT)** на **117** майки от **ДКХО, гр. Варна**



От изследваните **117** майки от Варна, при **23** майки (**26,91%**) се установиха следните нарушения: При **10 (11,70%)** от изследваните майки има съмнение за начало или наличие на функционални заболявания; **6 (7,02%)** от изследваните майки поставят силната хипотезата за органика; При **7 (8,19%)** от изследваните майки има прояви на депресия.

Таблица 39. Списък на скалите от BVRT, по които са установени статистически значими различия между изследваните майки на деца с онкохематологични заболявания

(n=54) за УМБАЛ „Св. Георги“, гр. Пловдив - Клиника по педиатрия и генетични заболявания, Звено „Детска онкохематология и нормативната извадка за жени.

MR	ML	PR	PL	ADD
SM	SMR	SML	SPR	SPL
IMR	IML	IPL	PerMR	PerML
PerPR 9	PerPL 5	PerMR 5	PerPR 7	PerML
PerPR 4	PerPL 7	MR	MR 111	ML 172
MR 93	ML 38	PR 41	PL 52	Rev
MisPR	MisPL	MisPI	UPL	DPR
DPL	SzPR	SzPR		

Таблица 40. Видове грешки

Изпускане	MR , MR 93, ML 38, MR 111, ML 172
Персевация	PerPR 4, PerPL 5, PerPL 5, PerMR 5, PerPR 7, PerML 9
Изопачаване	
Обръщане	MR 93, ML 38, MR 111, ML 172
Пространствени размествани	
Големина	

На Таблица 41. са представени резултатите от **Невро-психологичен Тест на Бентън за краткосрочно визуално запомняне (BVRT)** при изследваните 54 майки от Звено „Детска хематология“, гр. Пловдив. При 19 майки от тях се установиха следните нарушения:

	Установени нарушения	Общо изследвани майки: (n=54)	%
Психологична методика: Невро-психологичен Тест на Бентън за краткосрочно визуално запомняне (BVRT)	съмнение за начало или наличие на функционални заболявания	при 4 майки	2,16
	силната хипотезата за органика	при 6 майки	3,24
	има прояви на депресия	при 9 майки	4,86
		Общо установени нарушения при 19 майки	10,26

На *Графика 83*. са представени графично резултатите от изследването с (BVRT) на **54** майки от *Звено „Детска хематология, гр. Пловдив*.

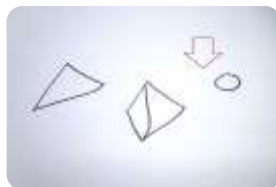
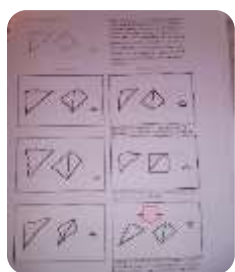


От изследваните **54** майки от Пловдив, при **19** майки (**10,26%**) се установиха следните нарушения: При **4** (**2,16%**) от изследваните майки има съмнение за начало или наличие на функционални заболявания; при **6** (**3,24%**) от изследваните майки поставят силната хипотезата за органика; При **9** (**4,86%**) от изследваните майки има прояви на депресия.

Примери:

Изображение 1) Пример за **Изпускане MR** , MR **90**, ML **45**, MR **180**, ML **183** (от *Ръководство Българска адаптация; стр. 31* втората колонка, третата фигура)

Изображение 1)

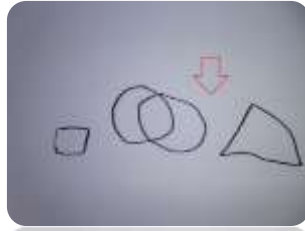


Изображение 2)

Изображение 2) Пример за **Изпускане** - Рисунка на майка от КДКХО, гр. София (*Дясната фигура е ротирана; периферната фигура е деформирана и преместена твърде високо*)

Изображение 3) Пример за **Персевация PerML 3** (от *Ръководство Българска адаптация; стр. 28* втората колонка, втората фигура)

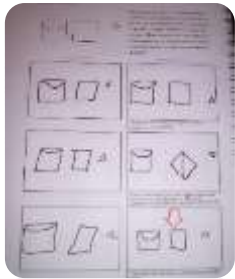
Изображение 3)



Изображение 4)

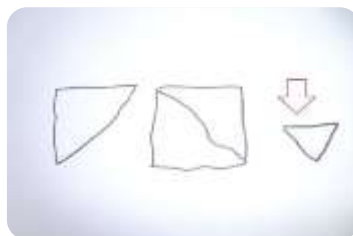
Изображение 4) Пример за **Персевация** - Рисунка на майка от ДОХО, гр. Варна (Лявата основна фигура е персевация на лявата основна фигура от Модел 3 (*PerML*))

Изображение 5) Пример за **Изопачаване** (от Ръководство Българска адаптация: стр. 32 втората колонка, третата фигура)



Изображение 5)

Изображение 6) Пример за **Обръщане** MR 90, ML 41, MR 47, ML 43 (от Ръководство Българска адаптация: стр. 31 втората колонка, втората фигура)



Изображение 6)

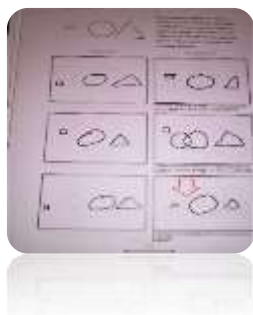
Изображение 7)

Изображение 7) Пример за **Обръщане** - Рисунка на майка от Звено „Детска хематология, гр. Пловдив (Дясната основна фигура е ротирана, т.е. не лежи на ъгъл)

Изображение 8) Пример за **Пространствени размествания**: (от Ръководство Българска адаптация: Периферната фигура е преместена твърде ниско стр. 32 втората колонка, първата фигура)



Изображение 8)



Изображение 9)

Изображение 9) Пример за Големина (от Ръководство Българска адаптация: стр. 28 втората колонка, третата фигура)

Проверка на валидността BVRT

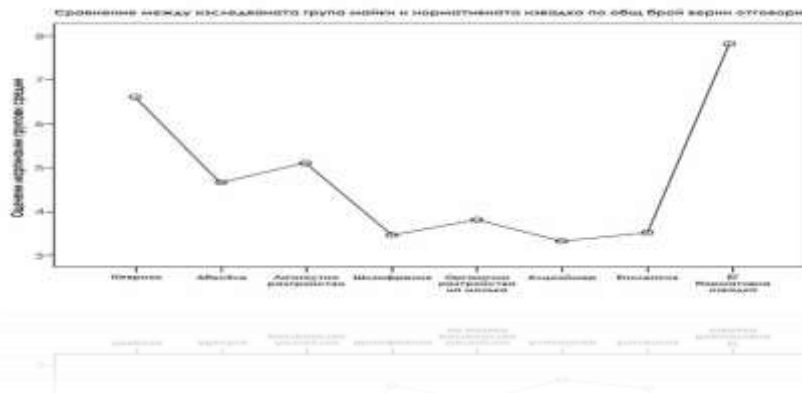
Начинът за обработване на резултатите и корелации са описани и достъпни в *Ръководство* на **OS BULGARIA** стр. 126-132. Проверката на валидността на BVRT в български условия е осъществена чрез изследване, включващо следните клинични групи: функционални заболявания, хипотеза за органика, депресия. В *Таблица 42.* са представени груповите средни и стандартни отклонения, а на *Графика 84.* груповите средни отклонения по скалата на клиничните данни и нормативната група.

Таблица 42.

диагноза	средна стойност	стандартно отклонение	брой
функционални заболявания	1,56	1,61	100
хипотеза за органика	9,33	3,26	6
депресия	1,33	,577	3

Резултатите на тези клинични групи са сравнени с резултатите на нормативната извадка за страната, като са конструирани отделни ANOVA модели за зависимите променливи.

Графика 85. Групови средни отклонения по скалата на клиничните данни и нормативната група.



Графика 85.

В обобщение можем да отбележим, че работоспособността се изразява в различно равнище на интензивност, устойчивост и продължителност на трудовата дейност, като от психологическа гледна точка, тази характеристика е непосредствено свързана с различната бързина, точност и устойчивост в протичане на основните психически процеси: емоционално състояние, усещане, възприятие, памет, мислене, внимание, сетивно-двигателна реакция и др. Получените резултати от психологичните методи на емпиричното изследване с психологични методики, сравнителния анализ и проверката на статистически хипотези, потвърждават, че майките на деца с онкохематологични заболявания имат високи нива не само ситуативна, но и на личностна тревожност, което е знак, че емоционалният контрол при изследваната група лица е нисък. Повишената тревожност е фактор, който оказва негативно влияние върху работоспособността, а също така влошава цялостната социална адаптация на изследваните майки. Създава се порочен кръг. От една страна, тревожността служи като неблагоприятен фактор, възпрепятстващ ефективната работоспособност, а от друга – диагнозата за злокачествено заболяване на детето вдига нивото на тревожност. Резултатите показват, че факторът - възраст не оказва влияние, докато различното място/лечебно заведение за провеждане на лечение на болното дете от своя страна влияе върху ситуативната и личностната тревожност на майки на деца с онкохематологични заболявания. Този резултат потвърждава, че диагнозата „злокачествено заболяване на детето“ е **изключително силен травматичен фактор**, на фона на който останалите фактори имат също своето различно значение. Така ситуативната тревожност при изследваните майки от трите центъра има доказано високи стойности, не зависещи от възрастта на майката, но зависещи от мястото на провеждане на лечение. В **психологичен аспект наличието на диагноза за злокачествено заболяване на детето е винаги**

травматично събитие за майката и работеща жена, което води до по-високи стойности на тревожност. Диагнозата „злокачествено заболяване на детето” сама по себе си е най-важният фактор, определящ емоционалното състояние на изследваните майки. Тя повишава нивата на ситуативна тревожност (*STAI-Form Y-1; St \geq 45 бала и повече*). Диагнозата на детето влияе върху емоционалния контрол не само ситуативно. Всички изследвани майки имат също така и по-високи стойности на личностна тревожност (*STAI-Form Y-2; Tt \geq 45 бала и повече*). С други думи, тревожността при тях е не само ситуативно състояние. **Тревожността** е личностна черта на майките на деца с онкохематологични заболявания. Получените от нас резултати, сравнени с данни от скринингово изследване на тревожността в Р България, проведено със същата методика през 2012 г., които са описани и достъпни в *Ръководство* на **OS BULGARIA** стр. 50-75 също показват абнормни стойности St и Tt (St>41=180 / Tt>44 =117).

Нашите резултати от **BVRT**, (втората психологична методика, която използвахме за нуждите на емпиричното изследване като част от психологичния инструментариум от методики), данните от проверка на валидността от *Ръководство* на **OS BULGARIA** стр. 126-132., потвърждават първата хипотеза от настоящия труд – за необходимост от *регулярно изследване на функционални състояния и невропсихологични характеристики с подходящи методики, какъвто е BVRT на родителите, грижещи се за онкоболни пациенти в етапа на активно лечение с фокус към запазване на тяхната активна работоспособност и възможност за професионална реализация.*

IV. ЧЕТВЪРТА ГЛАВА ОБСЪЖДАНЕ

В научната литература у нас проблемите на семейното функциониране и изграждане на стратегии за справяне с болестта и лечението водят своето начало още от 70-те години. Те са свързани с научните трудове и публикациите на *проф. Др. Бобев, проф. И. Христозова, доц. В. Калева, проф. П. Чакърова и др.*^[1, 2, 3] Като в първата хипотеза на настоящото научно изследване, приехме, че здравното обслужване и комплексно лечение на злокачествени заболявания на деца между 0 (кърмаческа) и 18 - годишна възраст налага регулярно изследване на функционални състояния и невропсихологични характеристики на родителите, грижещи се за онкоболни пациенти в етапа на активно лечение, с фокус към запазване на тяхната активна работоспособност и възможност за професионална реализация.

Резултатите от проведените изследвания с психологичната методика *STAI-Y* *Въпросник за оценка на тревожността като състояние или черта с Българска адаптация на Димитър Щетински и Иван Паспаланов* потвърдиха, че ситуативната и личностна тревожност на изследваната група майки ($n=311$) е общо повишена за целия период на лечение на болното дете: (*STAI-Form Y-1; St \geq 45 бала и повече*) (*STAI-Form Y-2; Tt \geq 45 бала и повече*), като разликата е статистически значима *Sig(p<0,05)*. Нашите резултати корелират с изводите от изследвания на други автори, посочени в литературния обзор по темата. „*Независимо от съществуването на оправдан оптимизъм, стресът от поставената диагноза присъства и ръководи изцяло психичните проблеми на семейството. При известна част от фамилиите се регистрират неврози от различен тип с изчерпване интереса към съвместния живот и дори с тенденция за разтрогване на брака.*“^[110] Същите автори (*Kent EE, Forsythe LP, Yabroff KR, et al.*) отбелязват, че промените в поведението при някои родители често се представят с елементи на тежка социална дезориентираност, които по-късно стават повод за лични и професионални неблагоприятия. ^[110] Потвърждение и допълнение на получените от нас резултати откриваме и в други от проучените литературни източници. Според концепцията за здравето: „като съвкупност от физически и психични компоненти“, много специфични загуби могат да бъдат определени като непреодолими. ^[78, 79] Такива са: перманентната загуба на телесно тегло, загуба на части от тялото или на когнитивен капацитет; смърт на близък. Узнаването на **диагноза** за злокачествено

заболяване също може да бъде окачествено като „непреодолима загуба” за индивида. Нито една друга човешка връзка не може да се сравнява по отношение на трайност, отговорност и уязвимост с тази между родител и дете. В хода на направеното емпирично изследване с психологичната методика *STAI-Y Въпросник за оценка на ситуативна тревожност (STAI - Form Y-1)* и *личностна тревожност (STAI - Form Y-2)*, подложихме на проверка още две работни статистически хипотези. Хипотеза, подложена на проверка беше относно дали влиянието на някои специфични фактори като възрастта на изследваните майки първа група (до 25 г.) и втора група (от 25 до 35 г.) и различното място/център на провеждане на лечение на детето оказват влияние върху тревожността на изследваната група ($n=311$). Получените резултати показаха, че възрастта не оказва влияние върху ситуативната и личностна тревожност. Тревогата за състоянието и прогнозата на детето, мислите и преживяванията на майките, свързани с процесите на предварителна скръб: *„Ако загубя детето? Ако нямам повече деца?”* са интензивни при майките във всички възрастови групи. Тези интересни резултати се потвърждават и от други проучвания по темата за зависимостите между възраст и възможна загуба на дете: *„Въпреки, че загубата е универсален човешки феномен, когато е породена от диагнозата “злокачествено заболяване” на дете, се изживява по строго индивидуален начин. Тя е полово диференцирана със специфична сила и времетраене, има „ефект на бумеранг, зависи от етапа на семейното функциониране и възрастта на пациента. Например, при загуба на новородено, тя се определя като „самотно преживяване и скърбене в социален вакуум; при загуба на дете в ранна детска възраст семейството изпитва „жажда и копнеж на потенциала, видян за кратко“; загубата на юноша носи за фамилията чувства на огорчение и разочарование за напразно вложени грижи и надежди за бъдещето.”* [79]

Резултатите от проведените изследвания, които са онагледени и съпоставени с примери от Ръководство Българска адаптация на **Невропсихологичен Тест на Бентън за краткосрочно визуално запомняне (BVRT)** показаха множество функционални нарушения, съмнение за органика и наличие на депресия при изследваната група майки. Проверката на валидността на BVRT в български условия и сравнението на резултатите на изследваната от нас група с резултатите на нормативната извадка за страната, се извърши посредством конструирани отделни ANOVA модели за зависимите променливи. Полученият резултат доказва, че на групово равнище изследваната от нас група майки се различава от контролите,

демонстрирайки статистически значима разлика ($p > 0.05$). Тези получени резултати корелират с данни от международни проучвания, като на Таблица 42. са показани най-честите физически и емоционални проблеми, за които съобщават 55% от анкетираните родители, грижещи се за онкоболни деца. [150, 151]

Таблица 42.

Физически и емоционални проблеми на грижещите се родители грижещи се родители (n=55%)	
липса на концентрация	22%
високо ниво на стрес, тревожност	15%
лесна уморяемост или хронично усещане за умора	9%
проблеми със запомнянето/паметта	6%
честа промяна на настроението, чувствата и действията	3%

Резултатите от нашето проучване са в потвърждение на обширно изследване на Цачева Н., в което се казва, че: „Неблагоприятните последствия от различните характеристики на работната дейност върху психичното благополучие и самочувствие на работещия се изразяват най-често в: **повишена тревожност**, свързана със субективната оценка на събитията и изискванията на работната дейност като към форма на заплахата; **депресивност** като индикатор на загубата на контрол върху ситуацията, **ниска самооценка** в случаите на тормоз и насилие на работното място, **ниска самооценка** като резултат от постоянното сравняване с колегите/другите, присъщо на всеки човек като социално същество; изразени **психосоматични оплаквания**, в отговор на нарушена координация между тяло и психика и **раздразнителност** като индикатор на изчерпването на психичните ресурси. [66] Резултатите от проведените психологични изследвания са категорични, че в етапа на активно лечение множество от компонентите за извършване на активна трудова дейност като съвкупност от физически и психически параметри са сериозно засегнати при изследваната група. Тези резултати са информативни, показват добра приложимост на двете психологични методики и осигуряват бъдеща възможност за задълбочен анализ на слабо проучван до сега проблем у нас. Необходимо е да се потърси връзка и с резултати от 2017 г. <http://www.childhoodcancerinternational.org/>, [онлайн]. от още проучвания по темата, в които се отбелязва, че: „Нетрудоспособността или загубата на

работно място по време и след приключване на активна терапия на детето могат да доведат до финансови проблеми за родителите. Допълнителните разходи по време на лечение са свързани най-често с: пропуснати ползи, увеличение на здравни застрахователни вноски, удръжки, доплащания, пътни разходи и други общи разходи за семейството.“ [150, 151] Опасенията за увеличаване на разходите по време на лечение са често споменавани от родителите въпреки, че съгласно промените в Закона за здравното осигуряване, в сила от 1 януари 2003 г., „здравните вноски на децата до 18-годишна възраст се заплащат от републиканския бюджет. Това важи и за навършилите 18 години до завършване на средно образование (редовна форма), както и за студентите редовно обучение до навършване на 26 години“ (Национална стратегия за дългосрочна грижа. Решение №2/2014 г. Министерски съвет, Агенция за социално подпомагане). [54] Почти една трета родители на деца, преживели онкологично заболяване, съобщават за финансови проблеми, през целия цикъл на лечение като: забавяне на лекарства, отпускани с рецепта от НЗОК, трудности при необходимост от стоматологична помощ в хода на лечение при ниски хематологични показатели на пациента, трудности при осигуряване на помощни технически средства или рехабилитационни грижи в рамките на изминала година. Според определението и на други водещи експерти в областта на психичното здраве на работещото население на страната: **„Професионалният стрес** възниква, когато **под въздействието на свързаните с труда фактори, психичното или физическото състояние на работника се промени до степен на сериозни отклонения от “нормалното си функциониране.”** [67] Точният и функционален анализ на трудовата дейност дефинира **основните работни задачи и операции, оценката на физическите, когнитивните и психологичните изисквания на работата**, свързани с професионалната активност, необходимите автоматизирани системи за работа, описанието на работната среда [47, 53], които биха се отразили на функционалното състояние, като допринася за превенция на здравето на работещите и тяхната безопасност при работа. Обстойното наблюдение, изследване и анализ на трудовата дейност от съответните медицински специалисти по трудова медицина, както и включването на мнението на работещи и работодател са особено ценен източник на информация по отношение на аспектите на работа и успешен залог за дейността на всяко предприятие. [52]

Резултатите от настоящото изследване потвърждават необходимостта и връзката с мисията на българската и международна политика в областта на **трудова медицина**,

която е насочена именно към *подобряване на общественото здраве, превенция на болестите и идентифициране на източниците на опасност за човешкото здраве.* [45]

Резултатите от емпиричното изследване с *Анкетна карта за родители* и проверката на статистически хипотези корелират с резултатите от още едно изследване - промотираната от *Алекс Нийл, Визия за работната сила 2020 г. „Всеки е важен”* [73] през 2013 г. В нея се изтъква необходимостта от справедливо отношение към всеки на работното място, от предоставяне възможност на работещите сами да определят начина си на работа и ред при изпълнение на професионалните задачи, от подкрепа за прилагане по възможно най-добрия начин на индивидуалните способности, подкрепа за поддържане и актуализиране на нивото на личните умения и знания. Нашите резултати са категорични, че в различните по вид търговски дружества в трите града София, Варна и Пловдив работодателите проявяват различно отношение към физическото и психическото здраве на родителите на деца с онкологични заболявания като техни служители. Интересни са резултатите, че в градовете София и Пловдив работодателите са по-съпричастни, отколкото тези във Варна. Родителите в София и Варна са по-удовлетворени от тези в Пловдив, които съобщават, че не биха се върнали при същия работодател. Като обобщение на изводите от нашето проучване и цитираните литературни източници са и резултатите от едно изследване на *Everyone Matters: 2020 Workforce Vision, Scottish Government, 2013, pp.22. www.workforcevision.scot.nhs.uk/*. Представени на *Таблица 43.*, върху условията на труд в страни, членки на ЕС, те са доказателство, че наред с основните ценности като уважение и справедливост, честност и отговорност, качество, сътрудничество и работа в екип, от значение за изпълнението на всяка работа, са необходими и промени в **5** приоритетни области: *1. Здравословна организационна култура; 2. Устойчива работна сила; 3. Компетентна и можеща, опитна работна сила; 4. Интеграция на работещите; 5. Ефективно лидерство и мениджмънт.* [72]

Таблица 43: Разпространение на широко срещани условия на труд в ЕС-25 [72]

Условия на труд в ЕС-25	общо %
<u>Организация и съдържание на труда</u>	
<i>1. Работа с висока скорост</i>	<i>60</i>
<i>2. Притискащи крайни срокове</i>	<i>62</i>
<i>3. Кратки повтарящи се задачи на по-малко от 10 мин.</i>	<i>39</i>
<i>4. Монотонни задачи</i>	<i>43</i>

<u>Липса на автономност и контрол в работата</u>	
1. Липса на контрол върху последователността на задачите	36
	33
2. Липса на контрол върху методите на работа	31
3. Липса на контрол върху темпа и скоростта на работа	
<u>Недостатъчна социална подкрепа</u>	
1. Недостатъчна подкрепа от колеги	33
2. Слаба подкрепа от непосредствен ръководител	44
<u>Работно време</u>	
1. Голяма продължителност на работния ден	16
2. Нощен труд	17
<u>Тормоз и дискриминация</u>	
Злоупотреба със служебното положение за тормоз и кариерно блокиране на подчинени	5
<u>Несигурност на работното място, удовлетвореност от заплащането и възможности за развитие и израстване</u>	
1. Страх/опасения от загуба работата през следващите 6 месеца	13
	56
2. Заплащането не отговаря на труда	68
3. Работата не предлага добри перспективи за кариерно развитие	

Литературният обзор, който лежи в основата на теоритичния модел на настоящото изследване, дава основание за формулирането на втората хипотеза на настоящото научно изследване, а именно че работодателите, мениджърите „Човешки ресурси“, управляващите директори и ресорни ръководители са информирани по въпроси, свързани с психичното здраве и работоспособност на родители на онкоболни деца като потенциални работници и служители. В процеса на проведеното емпирично изследване с **Въпросник за работодатели** бяха подложени на проверка и две работни статистически хипотези. Подложихме на проверка хипотезата дали различните предприятия по вида на търговското дружество наемат различен брой служители/родители на деца със злокачествени заболявания? Втората хипотеза беше, да се провери дали има различие в нивото на дискриминация между различните по вида на търговското дружество предприятия към родители на деца със злокачествени заболявания по отношение на трудовата заетост?

Направеното от нас проучване показва, че работодателите за трите изследвани града: София, Варна и Пловдив имат приблизително една и съща толерантност да наемат родители на деца със злокачествени заболявания. Резултатите са статистически значими с равнище на значимост *Asymptotic Significance (2-sided) по-голямо от приетия риск за грешка от 5%* (*Asymptotic Significance (2-sided)*=59,9% > $\alpha=5\%$). Направеният от нас извод се потвърди с вероятност за сигурност от 95%. По отношение проверка на хипотезата за възможно различно ниво на дискриминация за отделните предприятия по вида на търговското дружество бяха получени статистически значими резултати с равнище на значимост *Asymptotic Significance (2-sided) по-малко от приетия риск за грешка от 5%* (*Asymptotic Significance (2-sided)*=0% < $\alpha=5\%$). Прие се H_1 - алтернативната хипотеза, която гласеше, че между нивото на дискриминация и вида предприятие съществува обективна връзка, която е статистически значима. Този извод се потвърди с вероятност за сигурност от 95%, като е статистически значим и заема стойност от 0,631, което позволи да определим силата на връзката между нивото на дискриминация на работодателя по отношение на родители на деца със злокачествени заболявания като **умерена**. Резултатите от направените анкетни проучвания за целта на настоящия научен труд и изводите от изследванията на значителна група автори [32, 102, 122, 128], потвърдиха нашата трета хипотеза, че: включването на маркетинговите стратегии като: **допитване до пациентите, чрез анкетни методи, разработването и предоставянето на информационни материали и др.** в здравния пакет от услуги на УМБАЛ, **ще гарантира** по-високото качество на здравното обслужване и нарастване на удовлетвореността на пациентите, **чрез прилагането на съвременните стандарти в детската хематология и онкология**. Маркетингова концепция в здравеопазването, определяна от някои автори [117, 118] като “**ориентация към пациента**“ се осъществява именно чрез **интегриран маркетинг**, а крайната цел е да постигне удовлетвореност на потребителите като основна предпоставка за реализация целите на всяка здравна организация. В този аспект резултатите от настоящото проучване потвърждават и историческата концепция на здравните маркетинголози от САЩ, че предпоставките за възприемането на **маркетинговия подход** в управлението на здравеопазването и причините за нарасналия интерес към маркетинговата концепция още от 80-те години могат да се свържат основно с промените в здравните системи и предизвиканите от тях изменения в пазара на здравни услуги, предимно в САЩ. [46, 97, 129, 135] В допълнение на нашите резултати

са и тези на група автори, които отбелязват че увеличеният интерес към **маркетинга** и прилагането му в **здравеопазването** е директен резултат от **предоставената възможност на пациентите/родителите сами да избират лекар или болница** (Wolinsky, Steiber, 1982; Boscarino, Steiber, 1982 г.). Тези автори разглеждат **маркетинга** като **комплекс от инструменти и средства**, с които здравните организации, чрез предлагане на по-високо качество на здравните услуги могат да окажат влияние върху избор на потребителите/клиенти. У нас маркетинговите идеи и инструменти с времето ще се доразвиват и адаптират към спецификата на здравеопазването и управлението не само при лечението на деца със злокачествени заболявания, но и във всички здравни организации. В разширено изследване на Р. Янева („Насоки за оптимизиране на мениджмънта на Клиника по хирургия при УМБЛ „Царица Йоанна“ ЕАД), авторката изтъква, че: „**здравният мениджмънт е изкуството да се овладее процесът, чрез който здравните ресурси се преобразуват в здравни резултати.**“^[81] Основно понятие при оптимизация на мениджмънта е **превръщането на пациента от потребител в клиент**. В проучване на Младенов, А.,^[48] се казва, че: „**пълната картина на пазарната ситуация и реалната конкурентност на лечебно заведение, в частност болнично, може да бъде сглобена единствено като съвкупност от всички налични данни, при това след критична маркетингова оценка. Всеки източник може да осигури определени фрагменти информация, а от маркетинголога зависи по какъв начин ще я интерпретира в процеса на маркетинговото планиране.**“ За нуждите на настоящото проучване направихме **сравнителен анализ на медико-статистическите показатели за трите центъра за лечение на деца с онкохематологични заболявания в Р България, с което** да докажем, на първо място, че изключително голям брой деца със злокачествени заболявания: (за УМБАЛ „ЦАРИЦА ЙОАННА-ИСУЛ“ ЕАД, гр. София - 2017 г. - 1846 болни, за 2018 г. - 1800 болни деца, за УМБАЛ „Св. Георги“, гр. Пловдив, за 2017 г. - 1701 деца, за 2018 г. – 1774 деца и за УМБАЛ „Св. Марина“, гр. Варна - 1672 деца за 2017 г. и 1600 деца за 2018 г.). Направеният сравнителен анализ допълва цитираното изследване.^[81] На второ място, в концепцията и духа на стратегическия маркетинг, да акцентираме върху факта, че: „**Пациентът е оста, около която може да се развива цялостната дейност на медицинския екип, а цел на всяко професионално действие е възстановяването или подобрението на неговото здраве.**“ В изследване на Воденичарова, А. от 2016 г. по темата се отбелязва, че: „в нашата страна

процесът на реално внедряване на професионалния здравен мениджмънт и стратегически маркетинг е бавен. Системата не работи ефективно, липсва държавна политика, която да осигури ново отношение към здравето на хората със социално значими заболявания, каквито са онкологичните, което да мотивира и осигурява високо качество на живот. Липсва концепция за радикални промени в системата на здравеопазването, обединяваща усилията на държавата, всички заинтересовани страни и населението. Проблемите, свързани с опазването на здравето на населението, не са водещ приоритет на обществото. Тежките, задълбочаващи се демографски процеси и особено продължаващата емиграция на млади хора в активна работоспособна възраст, поставят в особена острота този проблем.“^[5] Не се осигурява реален и равен достъп до качествено здравеопазване на почти една трета от българите, включително и за социално значими заболявания, каквито са онкологичните.^[149] Средством метода на медианен подход, допълнително за нуждите на настоящото изследване бяха събрани и анализирани статистически данни на *НСИ* за доходите на домакинствата и населението в отделните области на Р България, с акцент върху градовете в които беше направено нашето двугодишно проучване. (*представени в „Коефициенти на икономическа активност по пол, статистически райони и по области за 2010-2018 г.“ по данни от ИНФОСТАТ*). вж. **ПРИЛОЖЕНИЯ**. Според данните, в нашата страна се генерират приходи за близо 36 милиарда лева през 2017/2018 г., а регионалната разбивка показва тежестта на всяка област. На *Таблица 44*. е представено разпределението на доходите в страната за 2017 г. по области, а на *Графики 86., 87. и 88.* медианния доход по райони и градове на страната по (*данни на НСИ*)

Графика 86. Медианен доход по райони за Р България за 2017 г. (лв./година).

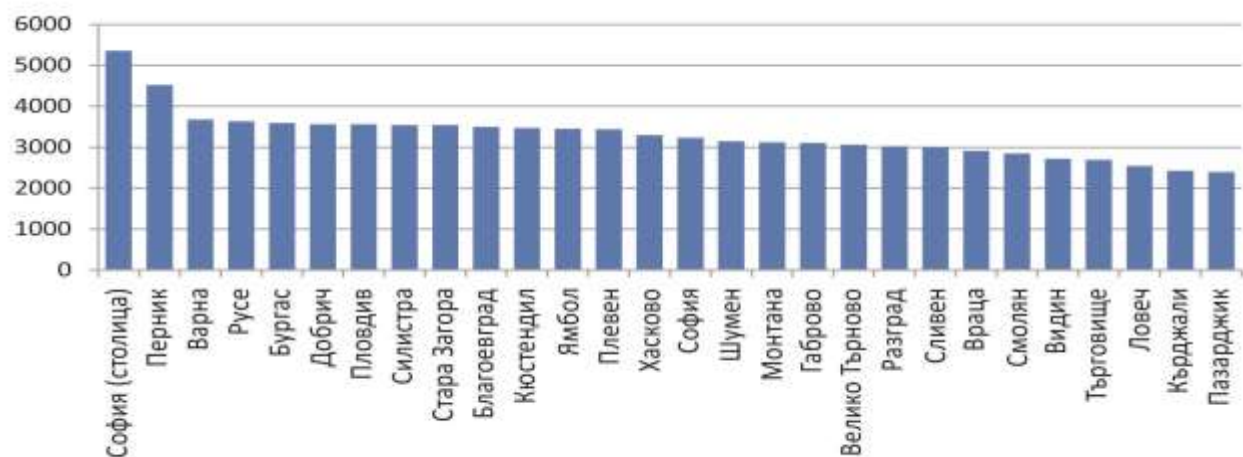


Таблица 44. Разпределението на доходите в страната за 2017 г. по области,

Водещи:	Доходи за 2017		Доходи от общия дял %	Второстепенни:	Доходи за 2017	Доходи от общия дял %
София (столица)	9 047	26.06	Благоевград	1 325	3.82	
Пловдив	2 985	8.60	Плевен	1 299	3.74	
Варна	2 373	6.84	Велико Търново	1 070	3.08	
Бургас	1 733	4.99	Русе	1 041	3.00	
Стара Загора	1 621	4.67	Хасково	991	2.86	
Общо:	17 760	51.16	Пазарджик	956	2.76	
			София (област)	903	2.60	
			Общо:	7 586	21.85	

Графика 87. Разпределение на доходите в Р България по области за 2017 г.

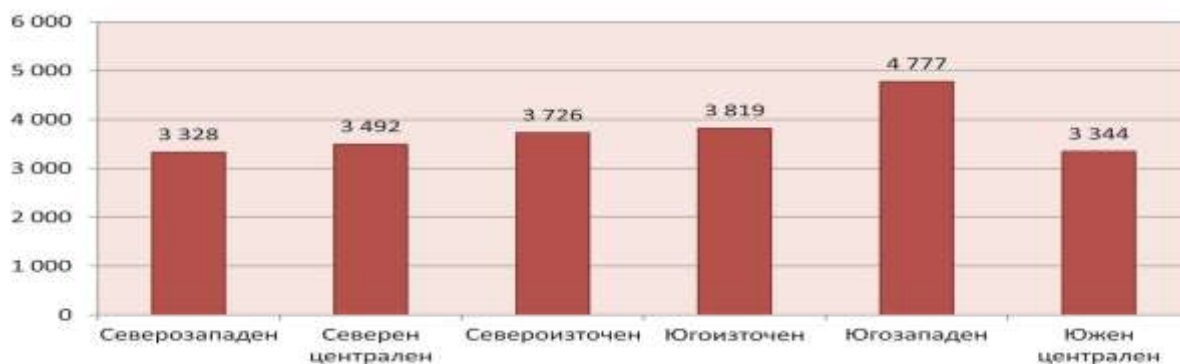
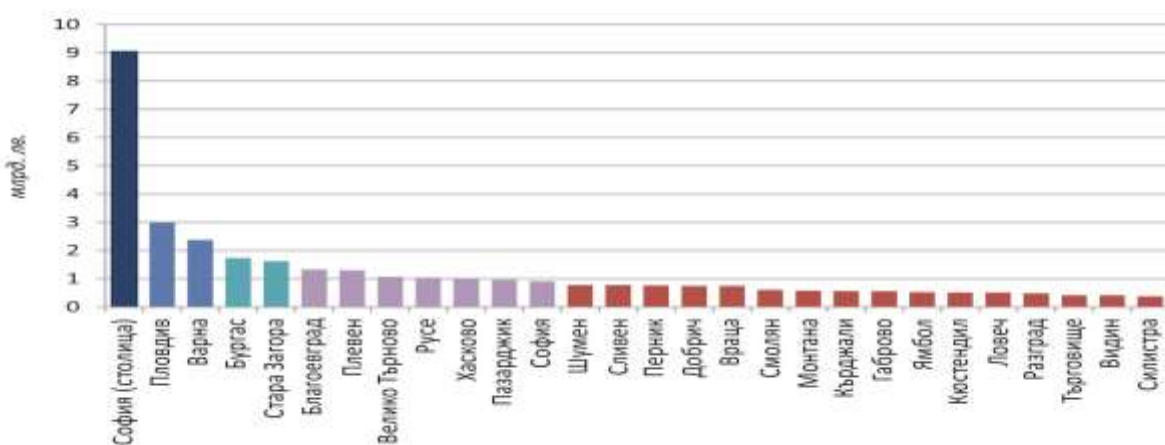


Таблица 45. Разпределение на доходите в страната по области за 2018 г.

Водещи:	Доходи за 2018 г	Доходи от общия дял %	Второстепенни:	Доходи за 2018 г	Доходи от общия дял %
София (столица)	9 147	28.07	Благоевград	1 350	3.90
Пловдив	3 000	8.91	Плевен	1 305	3.82
Варна	2 380	6.96	Велико Търново	1 081	3.10
Бургас	1 790	5.12	Русе	1 053	3.06
Стара Загора	1 650	4.83	Хасково	996	2.95
Общо:	17 967	53.89	Пазарджик	964	2.84
			София (област)	914	2.69
			Общо:	7 663	22.36

Графика 88. Медианен доход по градове за Р България за 2018 г. (лв./год.)





От направената за нуждите на проучването *Географска карта на Р България с разпределение на доходите по области за 2017/2018 г.*, е видно, че в гр. София-столица, (в тъмно-син цвят) Югозападен район генерират над 10 милиарда лева доходи. Следват другите два големи центъра, където се проведе

натоящото проучване – областите Южен централен – с център гр. Пловдив и Североизточен – с център гр. Варна. Данните за тези обособени икономически центрове в Р България са събрани и представени за да допълнят картината при разбирането на регионалните различия и проблемите на трудовата заетост на изследваните майки и работодатели в контекста на демографските процеси и продължаваща миграция. ^[5] Оценката на жизнения стандарт на изследваната от нас група в социалния континуум е въздействащ фактор на маркетинга. ^[9]

За да се добие по-ясна представа за ролята на икономическите центрове в отделните статистически райони и при съпоставка с данните за заетостта, представени в „Коефициенти на икономическа активност по пол, статистически райони и по области“ В три от шестте района има отчетлив лидер сред областите по отношение на заетостта – това са Югозападният (67% от заетите са в столицата София), Североизточният (55% от заетите са в област Варна) и Южният централен район (48% от заетите са в област Пловдив). Изводите, които се налагат са следните: София, Варна и Пловдив са икономически центрове, които генерират най-голяма част от доходите в обществото. Медианният доход позволява да вникнем по-дълбоко в проблемите на трудова заетост на родителите на онкоболни деца като част от работната сила на регионално ниво. Този вид доход е добър показател, тъй като най-точно отразява състоянието на местната „средна класа“ и линиите на бедност, (като класическата и най-често използвана такава е равна на 60% от медианния доход) за трите града – София, Пловдив и Варна, в които е проведено настоящото изследване, без да се влияе от крайности – (напр. голямо изкривяване в горната част на доходното разпределение на *Графики 86. и 88.*) Именно в тези райони е най-осезаем ефектът на социалните трансфери – телкове, майчинство, социални плащания, които макар и да свиват относителната бедност в рамките на района, не могат да компенсират липсата на трудови доходи при родители на онкоболни деца по време на активното лечение на пациента.

Направеният в заключение подробен регионален преглед показва, че утвърждаването на икономически центрове в Р България може да обясни до голяма степен резултатите от настоящото в аспекта на трудова заетост, отношение на изследваните лица към работодателя, отношение на работодателите при намане на работа на родители на онкоболни деца, различното ниво на дискриминация и регионалните проявления на бедността при семействата на деца с онкологични заболявания.

В аспекта на *трудова медицина* състоянието и тенденциите на здравния статус на нацията се оценяват в зависимост от демографските процеси, общата и детска заболяемост, рисковите фактори на труд, физическото развитие, дееспособност и самооценката на работещите за здравето.

V. ПЕТА ГЛАВА ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

В *заключение* трябва да отбележим, че прегледът на научната литература, представен в **I. ПЪРВА ГЛАВА ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР** върху етапите, ролята и тенденциите в развитието на *маркетинга* през 21. век, не може да отрази цялото богатство и разнообразие от идеи, изследвания, резултати и индивидуалния принос на множеството наши и чужди автори и изследователи.

Изводите от изброените в обзора литературни източници и съпоставката им с резултатите от настоящото емпирично проучване с изследване на родители, работодатели и анализ на данни от НСИ за страната, категорично показват, че становището на пациентите и гражданското общество би следвало да се отчита като *първостепенен фактор при оценка качеството на здравеопазването* от доставчиците на здравни грижи и болнична помощ.^[44] Разгледани в аспекта на европейските ценности и научни студии, получените от нас резултати потвърждават водещите изследвания, че съветът на Европа се концентрира върху изграждането на мрежа за обмен на информация между държавите-членки по въпросите за правата и участието на пациентите, *като критерии за качеството на болничните услуги в конкурентна среда*.^[45] Разходите за медикаменти и придружаващи грижи за онкологично болни пациенти непрекъснато нарастват в световен мащаб, което се потвърждава и от получените от нас резултати.^[39, 40]

В аспекта на *трудова медицина*, нуждата от обсъждане и прилагане на *маркетингово планиране* също се обуславя от клиничната актуалност при интерпретирането на съвременните стандарти на водещите интернационални групи като (*BFM, COG, NOPNO* и др.) в лечението на деца със злокачествена патология. В Програма "Здраве 2020: Европейска рамка за политики в помощ на действията на институциите и обществото за здраве и благосъстояние на СЗО" на МНЗ, концепцията за *качество на живот* все повече се разширява, включвайки категории като „духовно здраве“ и „социален комфорт“ на пациентите.

Категорията „качество на живот“ като *индикатор* за изхода на конкретно лечение е проучвано главно при възрастни онкологични пациенти.^[57, 104] Вероятната причина за това може да търсим в наложената обществена рамка за „ненадежност“ на детските оценки и

способност за самооценки, които често не корелират с реалните чувства и поведение, както и вероятно по-често не съвпадат с родителското мнение. [65, 108, 134]

Според стандартите на **Оксфордския център за медицина, основана на доказателства (СЕВМ)** се препоръчва **„оценка на психологичното състояние на всеки пациент/дете и родител** при: *поставяне на диагнозата, в дебюта на лечение, през редовни интервали по време на терапия, в края ѝ, след приключване или преход към възстановяване, при рецидив или прогресия на злокачественото заболяване, в периоди на възрастов и личен преход, преоценяване, семейна криза, при раздяла на родителската двойка, смърт на родител или близък родственик, след приключване на лечение и при приближаване на летален изход.*“ [57, 78, 104] **Психологичното изследване** определя степента и естеството на проблеми и възможности за справяне като статистически значим показател от типа **„червена лампа“**. Множеството цитирани научни студии [1, 2, 98, 22] в сферата на психологичното консултиране доказват, че над 50% от пациентите с диагноза остра левкемия в юношеска възраст се справят добре, проявявайки забележителна душевна сила при диагностициране, по време на лечение и впоследствие. *„Но, дори и когато психологичните реакции в периода на активна терапия са задоволителни, една подгрупа пациенти и членове на засегнатите фамилии остава уязвима за по-късни прояви. Независимо от момента и обстоятелствата, при които е възможно да се появят психиатрични нарушения, тревожни или депресивни разстройства, това може да има сериозни емоционални, междуличностни и финансови последици за пациентите, семействата, работещите в системата на болничните услуги и здравната система.“* [128] Комплексното лечение се структурира като **мултидисциплинарен и мултимодален процес с многофакторно съчетание от клинични, правни, трудово-медицински, социални и психологични аргументи.** [1]

Създаването на **маркетингов план** за оптимизиране на възможности и методи за подпомагането на родители на деца с онкологични заболявания, които са изправени пред финансов стрес, е предизвикателство, тъй като води до необходимост от разширяване на вече съществуващите модели за справяне с грижите и изисква усилия за намеса на няколко нива. Предложеният **модел на ESMO (от 2015 г.)** за рехабилитация на онкологично болни признава необходимостта от цялостна грижа за тази уязвима група пациенти и техните близки. [57, 104] Моделът препоръчва да се обърне внимание на социалните и професионални нужди, както и на разширяване на фамилните грижи с включване на пакет от услуги,

насърчаващи самостоятелно управление и подкрепа на близките да продължат работата си или да се завърнат като нова работната сила. [57, 103, 104] Подобна стъпка би имала потенциала да намали общите и индивидуални разходи при лечението на деца с онкологични заболявания и следва да се разглежда като начин за намаляване финансовата тежест на засегнатите семейства.

ИЗВОДИ

Анализът на представените в обзора литературни източници и съпоставката им с резултатите от емпиричните проучвания за целта и задачите на дисертационния труд с изследване на родители, работодатели и анализ на данни от НСИ за страната, налагат формулирането на следните *изводи*:

1. Направеният преглед на научната литература, изследваща необходимостта от маркетинг в сферата на здравеопазването, трудовата медицина при лечението на деца с онкохематологични заболявания, доказва нуждата от обсъждане и *маркетингово планиране*. То се обуславя от стандартите на водещите интернационални групи и препоръките на ESMO 2015 г. при лечението на деца със злокачествена патология. Комплексното лечение се структурира като мултидисциплинарен и мултимодален процес с многофакторно съчетание от клинични, правни, трудово-медицински, психологични и социални аспекти.;

2. Анализът на медико-статистическите показатели на равни по възможност и категория УМБАЛ по количествени и качествени характеристики може да послужи като бъдеща основа за висока конкурентност на трите центъра за лечение в Р България. Създаването на *маркетингов план* за оптимизиране на възможностите и методите за подпомагането на родители на деца с онкологични заболявания, които са изправени пред финансов стрес е сериозно предизвикателство, защото предполага необходимост от разширяване на вече съществуващите модели. За справяне с грижите се изискват усилия и намеса на няколко нива – МНЗ „Изпълнителна агенция „Медицински надзор“, НЗОК, Агенция за социално подпомагане, Служби по трудова медицина.;

3. Направеният анализ и оценка нивата на тревожност и устойчивост на стрес и оценката на невро-психологичните параметри и функционални състояния с фокус към работоспособност при майки на деца със злокачествени заболявания от трите центъра за лечение в София, Варна и Пловдив доказва, че: при поставяне на диагноза, активно лечение, в период на поддържащо лечение и дългосрочно проследяване е необходимо да се провежда

регулярно изследване на невро-психологични характеристики. Изследването ще позволи ранното идентифициране на проблемни групи родители, на които да бъде предложена психологична помощ, в по-широк от стандартния обхват.;

4. Оценката на информираността на работодателите от София, Варна и Пловдив доказва нуждата от допълнителна информация за детския рак и и придружаващите грижи. Готовността и желанието на работодателите да наемат на работа родители/майки на онкоболни деца зависи от добрата информираност по проблематиката;

5. Изготвянето на проект, презентирание и отпечатването на информационна брошура за диагностичните и лечебни мероприятия, психологичната и социална подкрепа на пациенти и родители в Клиника по детска клинична хематология и онкология на УМБАЛ „ЦАРИЦА ЙОАННА-ИСУЛ“ ЕАД е успешен маркетингов подход за удовлетворяване потребността на пациентите и висок залог за конкурентност на КДКХО в условията на пазарна икономика;

6. Изготвянето на проект, презентирание и отпечатването на информационна брошура за родители на онкоболни деца и работодатели по актуални социални въпроси, относно права, подобряване условията на труд, намаляване на риска от инциденти на работното място и промоция на здравето е съобразено с предложеният модел в Ръководството на *ESMO* от 2015 г. за рехабилитация на онкологично болни. Ръководството признава необходимостта от цялостна грижа за уязвимата група - деца със злокачествени заболявания и техните близки. Моделът препоръчва да се обърне внимание на *социалните и професионални нужди, както и на разширяване на фамилните грижи с включване на пакет от услуги, насърчаващи подкрепа и информираност на родителите за възможностите да продължат работа си или да се завърнат на пазара на труда като нова работната сила*. Подобна стъпка би имала потенциала да намали общите и индивидуални разходи при лечението на деца с онкологични заболявания и следва да се разглежда като начин за намаляване финансовата тежест на центровете за лечение и на засегнатите семейства.;

7. Становището на пациентите и гражданското общество би следвало да се отчита като първостепенен фактор при оценка качеството на здравеопазването от доставчиците на здравни грижи. Разгледани в аспекта на европейските ценности и научни публикации по темата, получените в дисертационния груд резултати са в потвърждение на водещи изследвания, акцентиращи позицията на съвета на Европа да се концентрира върху

изграждането на мрежа за обмен на информация между държавите-членки по въпросите за правата и участието на пациентите, като критерии за качеството на болничните услуги в конкурентна среда. В световен мащаб, разходите на болниците и семействата за медикаменти и придружаващи грижи при лечението на онкологично болни пациенти непрекъснато нарастват, което превръща темата на настоящия дисертационен труд в изключително актуална.

Въпреки пропагандираните ползи и големия брой предлагани услуги за пациенти с онкологични заболявания, реалният достъп до такъв вид грижа означава справяне с множество бариери. Привидното разнообразие на здравето осигуряване като съвкупност от различни възможности за финансиране и многобройни видове пакети здравни услуги е сложно за разрешение и изпълнение.^[5] Към момента съществуващата система при работата на регионалните и националните служби, схемите за отпускане на социални помощи и помощни технически средства, финансовият дефицит и променливата стойност на разходите за лечение, рехабилитация и палиативни грижи често се оказват неефективни механизми и пречки при връщане на работа на родителите на онкоболни деца. Проучените от автора резултати от различни литературни източници за отделни възрастови групи пациенти, преживели злокачествена болест доказват, че тези групи хора са сериозно засегнати от загубата на работни места.^[131] Има известни доказателства, че рехабилитацията и професионалната терапия ускоряват частично връщането на работа при възрастни пациенти с различни туморни заболявания, но липсват доказателства за пълно и стабилно завръщане на работа. Установено е, че вероятността лица, преживели онкологично заболяване да се окажат безработни е 1.37 пъти по-голяма, при сравнение със здравите индивиди (33.8% срещу 15.2%).^[90, 104] Нашите изследвания, събраните данни от НСИ, вж. **ПРИЛОЖЕНИЕ**, потвърдиха, че родители на деца с малигнена болест, живеещи в региони на страната с висока безработица или в периоди с високи темпове на безработица, са изложени на още по-значителен риск от загуба на работното място. Ниското образование, доходи и възраст над 39 год. в корелация с женски пол според анализиранияте данни са сред доказаните негативни предпоставки на *трудова заетост при родителите*.^[104, 151] Въз основа на направения анализ от настоящите и в съавторство предходни проучвания върху родители на онкоболни деца в Р България се констатира, че ограниченият брой прогностични фактори за завръщане на работа и трудова заетост могат да бъдат

идентифицирани в 48%, още по време на диагнозата и началната фаза на терапия. ^[10] Необходимо е клиницистите да са наясно с изброените до тук фактори, както и да обмислят възможности за превенция и ранна рехабилитация на родителите, като част от успешна **маркетингова стратегия** на болничното заведение. Това би било положителна стъпка към развитие на интервенции, включващи не само медици, но и по-широк кръг от професионалисти в усилията към подобряване трудовата активност на хората, засегнати от онкологично заболяване. Необходимостта от подобряване усилията на онкологичните специалисти като доставчици на първична медицинска помощ, както и на всички специалисти, работещи в конкурентната сфера на съвременното здравеопазване при процеса за връщане на работа и постигане „качество на живот“ на фамилната група, е от съществено значение за успеха на всяка УМБАЛ в страната.

Бъдеща цел и задача на настоящия труд е разработването и внедряването на ефективна система за оценка и управление на **психичното здраве, работоспособност и възможности за професионална реализация на родители на пациенти с онкохематологични заболявания**. В настоящия обем, научният труд има **задачите**: да изостри чувствителността на работодателите към потенциала на родители на деца с онкологични заболявания, като даде реалистична картина на медицинските, психологични, социални и фамилни проблеми, свързани с лечението на злокачествените заболявания в детска възраст; да информира родителите за нормативните уредби и закони за права, вж. **ПРИЛОЖЕНИЯ**, както и ги насърчи да не се оказват от първоначалните си планове за кариерно и професионално развитие, поради болестта на детето и придружаващите грижи. **Маркетинговите стратегии** да бъдат включени в здравния пакет от услуги и да допринесат не само за по-високото качество на здравното обслужване в болничните педиатрични заведения, но и крайния резултат - да се постигне нарастване удовлетвореността на пациентите, чрез прилагането на съвременните стандарти в детската онкология и хематология.

Принципът на понятието **престой по време на работа** или **прехабилитация** ^[57, 88, 104] е възможно също да стане част от **бъдеща успешна маркетингова стратегия** за превенция, включваща разработване на система за комплексна психо-социална грижа при съвременното лечение на онкохематологичните заболявания в детска възраст. Например: в по-широкия, психо-социален аспект на **маркетинга в трудовата медицина** се включват

дейности по организиране и провеждане на замервания на факторите на работната среда на родителите, участие в дейности по оценка на риска за здравето и безопасността при работа им, а в заключителен етап: **изготвяне на препоръки за подобряване условията на труд, разработване и участие в реализирането на програми за здравословен начин на живот, увеличаване на работоспособността и преодоляване на стреса.** [75, 76]

Работоспособността и удовлетвореността на служителите са фундаментални фактори за дългосрочния успех на всяка организация и би следвало да представляват неизменна част от цялостната стратегия на компаниите. Перспективата пациентите и близките, които се грижат за онкологично болен **да останат на работа** по време на лечението се оказва **напълно възможна алтернатива за работодателите.** При диагностициране на деца с онкологични заболявания е от значение здравните специалисти да обмислят възможностите за **професионална независимост** на грижещите се родители и то не само за работещите на пълен работен ден, но и на почасово заетите, както и за пенсионерите. [93, 104] Мероприятията, насочени към запазване на настоящата работа на родители на деца онкологични заболявания и осигуряването на приходи в семейството в проучените по проблематиката на литературния обзор източници се разделят на три групи:

1. Мероприятията по запазване на заетостта или престой по време на работа (рехабилитация);

2. Мероприятията, насочени към насърчаване за връщане на работа на един или двама родители (рехабилитация);

3. Дейности, насочени към родители на пациенти в палиативна фаза. [104] Схемите за компенсиране могат да помогнат при облекчаване на финансовите проблеми на засегнатите семейства и да бъдат използвани за заплащане на допълнителни разходи, които не се покриват от здравното осигуряване или от допълнителна здравна застраховка. [41,42,120,131] В този аспект мениджърите „Човешки ресурси“, управляващите директори и ресорни ръководители, отговарящи за наемането, въвеждането, обучаването на грижещи се родители на деца със злокачествени заболявания, работещи или търсещи работа безспорно се нуждаят от встъпителна информация за онкологичните заболявания в детска възраст и познания за страничните физически, социални и психологични ефекти върху семейството. Ефективността на **трудова дейност** зависи от състоянието на здравето на работника и служителя. Подобряването му е в тясна връзка с увеличаване на националния доход.

Здравето и трудоспособността на работниците и служителите имат съществено значение както за отделния индивид и неговото семейство, така и за цялото ни общество. [66]

ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Публикации в периодични научни списания

1. **Georgieva Ivaila**¹, Petrova Guergana²., Parents of children with oncological diseases and the employment market in Bulgaria, Research article, Asian Pacific Jurnal Nursing and Health Sci., 2019; 2 (1):1-6 e-ISSN 2581-7442 Received: 1-10-2018 / Revised: 18-12-2018 / Accepted: 30-12-2018;
2. **Георгиева И. К.**, Применение методики детской апперцепции тест (САТ, форма S) для исследования детей с онкологическими заболеваниями, (София, България), Журнал Медицинская психология в России, №4 (57) 2019, стр. 1-6;
3. Пенка Переновска, **Ивайла Георгиева**, Милена Янчева-Стойчева, Здравната информираност – необходим фактор за придържане към терапия при деца с неоплазмени заболявания и муковисцидоза, сп. Здравна политика и мениджмънт, 2019, том 19, №3 ISSN 1313-4981, стр. 22-30;
4. **И. Георгиева**, М. Стойчева, ФОЗ, Катедра Трудова медицина, Необходимост от маркетинг в трудовата медицина, Медицински меридиани, Списание за стратегически здравен мениджмънт, 2019, 1, стр. 18-22;
5. **Ивайла Георгиева**, Теодора Арменкова, Мениджмънт на неправителствените организации при комплексното лечение на онкоболни деца и техните родители, сп. Здравна политика и мениджмънт, 2018, том 18, №3 ISSN 1313-4981, стр. 34-39;
6. Ив. Георгиева, Д-р Ив. Чакъров, Доц. М. Янчева-Стойчева, Проблеми и перспективи в трудовата среда при родители на онкоболни деца, сп. Трудова медицина и работоспособност, бр. 1 I 2018, Issue II 2018 ISSN 2534-9481; стр. 28-34, „Problems and Prospects In The Working Environment Of Parents Of Children With Oncological Diseases”, стр. 59-73;
7. **И. Георгиева**, М. Янчева-Стойчева, Историческо развитие, съвременни тенденции и бъдещи предизвикателства на стратегическия маркетинг в болничните заведения при лечение на деца с онкохематологични заболявания, сп. Здравна политика и мениджмънт, 2017, том 17, №4, ISSN 1313-4981, стр.45-53.

УЧАСТИЯ В НАУЧНИ КОНГРЕСИ, КОНФЕРЕНЦИИ И СИМПОЗИУМИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. 33rd Annual conference of the European Health Psychology society, EHPS 3-7 Sept 2019, Dubrovnik, Croatia, „LEGAL, OCCUPATIONAL HEALTH AND PSYCHOLOGICAL PROBLEMS IN PATIENTS WITH BONE MARROW TRANSPLANTATION“, **I. Georgieva**, A. Georgiev, M. Stoycheva; (Certificate of attendance);
2. Първи конгрес по ТМ и ЕР с международна конференция по проект ЕПСИЛОН 2018 г., 07-08 ноември 2018 г., гр. София, НДК, **И. Георгиева**, М. Янчева-Стойчева, „Социално-икономическа интеграция при родители на онкоболни деца“; (Сертификат за участие);
3. Научна конференция с международно участие на Сдружение Колегиум частна психиатрия и Национален център по обществено здраве и анализи, Травмата – биологични, психологични и социални аспекти, гр. София, Национален център по обществено здраве и анализи, 13- 14 април 2018 г., „Медицински, психологични и социални аспекти на травмата (трудова заетост и интеграция) при пациенти с трансплантация на костен мозък. 20-годишен опит за България“, **Ивайла Георгиева**;
4. From European to national health policy, International conference, organized by the Faculty of Public health Dedicated to the 100 Anniversary of Medical University Sofia, 09-10 October 2017, Sofia, TechPark, „Job opportunities and integration of parents of children with oncological diseases“, **I. Georgieva**, Dr. I. Shtarbanov, Assoc. Prof. Iancheva- Stoycheva; (Certificate of attendance).

Участие в научни проекти

1. „Изследване на субективното възприятие за качество на трудовия живот на работещи в здравеопазването” По проект № 8366/07.12.2016 г. и Договор № Д-104/02.05.2017 г., финансиране в лв. от Съвета по медицинска наука на Медицински университет – София, ГРАНТ 2017
2. „Анализ и оценка на професионалния психо-социален стрес и на сърдечно-съдовия риск при работещи в значими и рискови сфери от общественно-политическия живот”, година на конкурса: Проект № 7855/23.11.2017 г. Договор № Д-94/03.05.2018 г.

ДУМИ НА ПРИЗНАТЕЛНОСТ

Искам да изкажа своята огромна благодарност на всички, които допринесоха за осъществяването на този научен труд. На Декана на ФОЗ МУ-София - Проф. д-р Магдалена Александрова, дмн, на Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн, Проф. д-р Н. Цачева, дмн, и Проф. д-р К. Любомирова, дмн - Ръководител Катедра Трудова медицина. На целият колектив на Катедра „Трудова медицина“ за предоставената ми възможност за научна работа. На моя научен ръководител Доц. д-р М. Янчева Стойчева, дмн за помощта, съветите, подкрепата, компетентното ръководство и безкрайното търпение при написването на дисертационния труд. На Проф. д-р Д. Константинов, дмн, Началник на Клиника по детска клинична хематология и онкология УМБАЛ „ЦАРИЦА ЙОАННА-ИСУЛ“ ЕАД. На всички мои колеги, които изразиха своята подкрепа в процеса на подготовката и завършването на тази дисертация. На Доц. д-р Васил Бозев УННС и на Е. Емануилова - статистическите анализи в този труд не биха били пълноценни без тяхната експертна помощ! На моите близки приятели и г-жа Хр. Малчевска от Благотворителна фондация за деца Роналд Макдоналд България. На г-жа Е. Шулце за отпечатването на информационната брошура за КДКХО. На Проф. д-р В. Калева, дмн, Началник "Детска клиника по клинична хематология и онкология“ УМБАЛ „Св. Марина“, гр. Варна, на Доц. д-р М. Спасова, дмн, както и на целия екип на Клиника по педиатрия и генетични заболявания, Звено „Детска онкохематология“ УМБАЛ „Св. Георги“, гр. Пловдив за оказаното съдействие при провеждане на анкетното проучване сред майки на онкоболни деца за целите на дисертацията. На Проф. д-р Ис. Христозова, дмн, за приятелството, мотивацията в моментите на несигурност, насърчението и градивната критика. На всички майки на пациенти от трите центъра за лечение на онкоболни деца в страната, които ми се довериха и участваха в изследването. На съпруга ми, адв. Ал. Георгиев за креативните идеи, доверието и безрезервната подкрепа. На децата ми, за отделеното време и оказаната техническа помощ. На всички мои приятели, които не спираха да вярват в мен и да ме подкрепят неотлъчно в трудните моменти. На Проф. д-р Др. Бобев, дмн. На всички лекари, медицински сестри, клинични лаборанти и колеги с които съм работила.

На преподавателите от ФОЗ МУ-София, мои учители през годините...

И. Георгиева