

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – С О Ф И Я
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ – С О Ф И Я
Катедра „Медицинска етика и право“

КАЛИНА СТЕФАНОВА ПЕЙЧЕВА

**МОРАЛНИ АСПЕКТИ
НА УСТОЙЧИВО РАЗВИТИЕ
НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

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

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт“
Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве“
Научна специалност „Социална медицина и организация
на здравеопазването и фармацията“

Научен ръководител:
Проф. Людмила Найденова Чакърлова, дп

С о ф и я, 2018 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ	5
ВЪВЕДЕНИЕ	6
I. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	10
1. Морални ценности и принципи на медицинска етика	10
2. Права и отговорности при достъп на здравни услуги в системата на здравеопазването	13
2.1. Професионално етични права и отговорности на медицинските професионалисти	13
2.2. Права и отговорности на пациентите	17
3. Морални аспекти на устойчиво развитие на здравеопазването	21
3.1. Общи принципи на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването	21
3.2. Цели на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването и насоки за постигането им	27
3.3. Предизвикателства на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването	29
3.4. Морални схващания и основни елементи на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването	31
4. Анализ на литературния обзор	41
II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕ	46
1. Цел	46
2. Задачи	46
3. Материал и метод	47

III. РЕЗУЛТАТИ	50
1. Характеристика на анкетираните	50
1.1. Възрастова и полова структура на анкетираните	50
1.2. Разпределение на анкетираните пациенти по образование, в зависимост от пола.....	53
1.3. Разпределение на анкетираните пациенти по образование, в зависимост от възрастовата група	53
2. Резултати от отговори на въпроси от анкетното проучване.....	54
2.1. Ангажираност към лично здраве	54
2.2. Здравна грамотност на населението като елемент на устойчиво развитие на здравеопазването	71
2.3. Проактивно отношение на личността за поемане на лична отговорност за здравето си като елемент на устойчиво развитие на здравеопазването	79
2.4. Здравна информираност и обучение на пациентите през техния поглед и този на медицинските професионалисти.....	96
2.5. Морални аспекти на устойчиво развитие на здравеопазването, касаещи медицинските професионалисти	105
2.6. Финансови въпроси, като морални аспекти свързани с устойчиво развитие на здравеопазването	116
3. Обобщени резултати.....	120
4. От теория към практика	125
 IV. ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ	 126
1. Роля на ПМП . Доверие на здравноосигурени граждани в ОПЛ	126
2. Профилактични прегледи	130
3. Добрата информираност на пациентите като елемент на УР на здравеопазването	133
4. Основни принципи на здравеопазването. Споделена отговорност между медицински професионалисти и пациенти.....	136
5. Възрастови особености и разбирания	140

6. Толерантност. Конкуренция. Подход на работа на медицински професионалисти. Следдипломно обучение	143
7. Здравна грамотност и начин на живот като елементи на концепцията за УР на здравеопазването	145
8. Заключение на обсъждане на резултатите.....	152
V. ИЗВОДИ	157
VI. ПРИНОСИ	159
VII. ПРЕПОРЪКИ	160
VIII. ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА	162
IX. ПРИЛОЖЕНИЯ	177
• ПРИЛОЖЕНИЕ № 1 – Анкетна карта за пациенти.....	177
• ПРИЛОЖЕНИЕ № 2 – Анкетна карта за медицински професионалисти.....	178
• ПРИЛОЖЕНИЕ № 3 – Анкетна карта за медицински сестри	180
• ПРИЛОЖЕНИЕ № 4 – Статистическа обработка на отговори на въпрос: „Водите ли здравословен начин на живот?“ от трите анкетни карти	181
• ПРИЛОЖЕНИЕ № 5 – Наръчник по здравни въпроси, здравословен начин на живот и психопрофилактика	191
• ПРИЛОЖЕНИЕ № 6 – Здравно досие на пациента.....	191
X. СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИ СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	192

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

БВП	Брутен вътрешен продукт
БЗС	Български зъболекарски съюз
БЛС	Български лекарски съюз
ЕС	Европейски съюз
МЗ	Министерство на здравеопазването
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
ОПЗ	Общопрактикуващ зъболекар/детален лекар
ОПЛ	общопрактикуващ лекар (личен лекар)
ПМП	Първична медицинска помощ
СЗО	Световна здравна организация
УР	Устойчиво развитие
ХНЗЗ	Хронични незаразни заболявания
DALY	disability – adjusted life year/ брой години живот като инвалид
GP	general practitioner/ общопрактикуващ лекар
QALY	quality – adjusted life-year/ брой години качествен живот
USAID	United States Agency for International Development/Американска агенция за международно развитие

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравеопазването е сложна система, която включва в себе си дейности по управление, финансиране и предоставяне на здравни услуги, целящо подобряване на здравния статус на населението на страната. Съвременната здравна система се базира на принципите на солидарността, правото на избор и ефективност при изразходване на ресурсите на системата и по своята същност има както социални, така и икономически характеристики. Ролята на държавата в здравеопазването в повечето страни все още е първостепенна, въпреки че тенденциите в света са към все по-голямо либерализиране на пазара на здравни услуги и въвеждане на конкуренция.

Системите на здравеопазване в държавите членки на ЕС се различават, тъй като отразяват съответните обществени нагласи. Въпреки различията по отношение на организацията и финансирането всички те са изградени на основата на общи ценности, отчетени на Съвета на министрите на здравеопазването през 2006 г. **(25)**: общовалидност, достъп до качествени здравни услуги, равнопоставеност, справедливост и солидарност.

През последните десет години системите на здравеопазване в Европа са изправени пред все повече предизвикателства: увеличаване на разходите за здравеопазване, застаряващо население, което от своя страна води до повишаване на хроничните болести и до мултиморбидност, което предполага нарастващо търсене на здравни услуги, недостиг и неравномерно разпределение на здравните професионалисти, различия в здравословното състояние и неравнопоставеност относно достъпа до здравно обслужване, повишените изисквания и очаквания на пациентите, новите технологии. Освен това през последните години икономическата криза наложи ограничения върху наличните финансови ресурси и така задълбочи трудностите на държавите членки при гарантирането на устойчивостта на системите им на здравеопазване. Това на свой ред застрашава способността на държавите членки да предлагат на всички достъп до качествени здравни грижи.

Системите на здравеопазване трябва да бъдат устойчиви **(39,41,60)**: те трябва да могат успешно да се нагаждат към променящите се условия и да са в състояние да се справят със значимите предизвикателства с ограничени ресурси. Общи цели са достъпност, качество и финансова устойчивост на здравните услуги предвид отворения метод на координация за социална закрила и социална интеграция. Налага се масова ин-

формираност, обучение, развитие, въвеждане и утвърждаване на стратегии за решаване на проблемите свързани с промоция и превенция на здраве, рискови фактори, биотехнологии, здравна информация и грамотност, фармацевтична индустрия. Това би дало възможност за закрила и поддържане на висок здравен статус на населението, въпреки съвременните условия на ограничени ресурси. Необходимо е установяването на модерни, адаптивни и устойчиви системи на здравеопазване (59).

Новата концепция за здравето се насочва към активен процес на балансиране на взаимодействието между индивидуално, съзнателно, информирано участие на пациента в промоцията и превенцията на здраве, лечението заедно с компетентното участие на професионална помощ, с цел постигане на добър здравен резултат. Фокусът е насочен към изменените биоетични принципи като задължението за осигуряване на достъп до информация, правото да бъдеш информиран, здравно образование, здравна компетентност и пр (26,39,41).

Здравето е ценност и е предпоставка за икономически просперитет както се отбелязва в работния документ на службите на Комисията „Инвестиции в здравеопазването”, който е част от пакета за социалните инвестиции. Здравето на хората оказва влияние върху икономическите резултати по отношение на производителността, предлагането на работна ръка, човешкия капитал и публичните разходи. Развитието на сектора на здравеопазването силно се влияе от иновациите и има значима икономическа роля и зависимост.

Съвременното ежедневие и начин на живот налагат преоценка на здравето като ценност на индивида и на обществото, приоритетно развитие на първичното здравно обслужване, повишаване удовлетвореността на пациентите чрез разширяване възможностите за избор, изграждане на система за мониторинг и оценка на влиянието на здравно-политическите програми върху здравето и здравеопазването. Дейностите са насочени към споделяне и укрепване на ценностите за солидарност и равнопоставеност чрез здравните политики и разпределението на ресурсите за гарантиране потребностите на бедните и другите уязвими слоеве в обществото, утвърждаване на прозрачността и контрола на функционирането на здравеопазните системи, по-голяма отговорност към потребностите на хората, техните предпочитания и очаквания чрез зачитане на техните права и отговорности към собственото им здраве.

Основно предизвикателство пред развитите страни е засилване участието и ролята на индивида в грижите по осигуряване на здраве. Индивидуалният интерес, знанието за здравето, здравната отговорност и обществената солидарност са основни етически принципи в здравеопазването. Здравната политика, здравното осигуряване, доставчиците на здравни услуги трябва да подпомогнат гражданите да упражняват информиран и грамотен избор като потребители на здравни услуги. По-високата ефективност и използване на капацитета на здравната система зависи от даването на образованите граждани на по-активна роля при осигуряване на своето здраве и в промоцията на здравна грамотност и здравни компетентности сред цялото население.

Предвид невъзможността да се прогнозира бъдещето, е наложително етиката в здравеопазването да бъде гъвкава и отворена за промени и настройки. Само така можем да се надяваме, че нейните основни принципи като състрадание, компетентност и автономност, грижа за фундаменталните човешки права и отдаденост на професионализма ще бъдат цел и стремеж към устойчивост.

Здравеопазването само по себе си е много екологично. Съвременният начин на живот също. Така отделният индивид трябва да е етичен и отговорен към себе си, към обществото и към заобикалящия го свят, запазвайки и предпазвайки планетата Земя, живота върху нея и ценността „живот“ като човешко право на здраве и благополучие и за бъдещите поколения. Устойчивото развитие на здравеопазването е съзнателен избор на всеки човек и за реализацията му се изискват морално отговорни личности и общество. Устойчивото развитие обединява двата основни стремежа на обществото за постигане на икономическо развитие, осигуряващо нарастващ жизнен стандарт и опазване и подобряване на околната среда и за в бъдеще.

Хората ще трябва да признаем реалността, че болестите и смъртта са част от живота и че ние трябва да се придържаме към разумни здравни очаквания. Затова често връщането към безпристрастно и справедливо разпределение на наличното и икономически възможното здравеопазване се нарича по аналогия с екологичното движение „устойчиво здравеопазване“.

Всеки човек има право на здраве, което е основа на човешкото щастие. Нека медицината със своите скъпи технологии помага при репродуктивни проблеми, наследствени и хирургически заболявания, преодоляване на разпространението на инфекциозните боле-

сти, рак и т.н. Първо трябва да се развие науката за здравето и това как човек да остане здрав и се създаде и високотехнологично направление за опазване на здравето. Устойчивостта изисква чист въздух, чиста храна, здравословен начин на живот. Всички знаем лозунга на СЗО „Направи здравословния избор – лесният избор“. Тогава, когато това стане, ще сме сигурни, че устойчивостта, поне до някъде, ще е гарантирана.

Концепцията за устойчиво развитие на обществото и в частност на здравната сфера има три компонента: икономически, екологичен и етичен. Бъдещите здравни професионалисти трябва да получат познания и да бъдат подготвени за това, че медицината наред с лечението на болните, има вече и други важни задачи. А именно, за да останат средства за лечение на всички нуждаещи се болни, трябва да се създадат условия повече хора да съхранят здравето си за сметка на промяна на начина си на живот към здравословен (114,115,182). Друг проблем е намирането на баланс между пациент-центрирания подход на класическата хипократова традиция и съобразяването с изискванията за разпределение на ресурсите. Правата на пациента и справедливостта на всички нива също трябва да бъдат балансирани до степен на обществен консенсус. Прозрачните правила за достъп и получаване на ресурс, например на база на спешност, са също подходи, които обществото трябва да е подготвено да разбере (95).

I. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. Морални ценности и принципи на медицинска етика

Моралът в тесен смисъл е призната съвкупност от правила за поведение. В широк смисъл той включва в себе си и нравствеността като съвкупност от възгледи на отделния индивид за добро и зло, дълг и справедливост, съвест и чест, похвално и срамно. Хората не живеят автономно, а в общество. Това ги задължава да регламентират отношенията си в някакъв ред, основан на взаимно съгласие. Моралът, който може да бъде личен и обществен, отразява реда в обществото. За да има ред в обществото, ние се нуждаем от права и правила. Наше задължение е да сме запознати с тях. Всяко общество изисква хората да спазват „добри нрави“ и да се държат по полезен за всички начин. Различните култури имат различни морални схващания. Културата включва поведението, вярванията, нравите и ценностите, предадени чрез възпитанието (10,73). Културните и религиозни схващания повлияват медицината, която служи за благополучието на човешката личност и обществото, като се грижи за здравето на хората във всички аспекти на промоция, превенция и лечение. Всеки човек изисква от обществото да осигури задоволяването на неговите потребности. Основният въпрос е кое е най-доброто съотношение между личното и общественото благо.

Медицинската професия изисква себеотдаване, любов към хората и към професията. Тя е винаги ръководена от морала на обществото, в което се практикува. Независимо от факта, че медицината е най-хуманната професия, наред с дълга на лекаря към пациента и отговорността на пациента към собственото му здраве, не е възможно да се спазва ред и да се зачитат правата на пациентите, ако не са възприети и наложени законови правни норми, правила и стандарти, формирани според културните и съответно морални особености на обществото. Така правото намира приложение в медицината. Възприети са медицински ценности като достъп до медицинска помощ, равенство и справедливост, хуманно отношение и емпатия към болния, автономност на пациента и свободен избор на лекар и клинична свобода на лекаря. За съжаление няма здравна система, в която тези ценности да са реализирани в максимална степен. В сферата на здравеопазването най-приемлив от етична гледна точка е принципът: „Най-много добро (полза) за най-много хора.“ Ролята на меди-

цинска етика е да подпомага избора на най-подходящ стил на поведение като се намерят най-верните аргументи при избора на лично поведение.

Здравните професионалисти имат морални задължения да поставят на първо място в своята дейност мерките за предотвратяване на заболяванията, да работят за повишаване на здравната култура, да бъдат инициатори на мероприятия, свързани със здравето на човека, но се изисква поемане на лична отговорност от страна на пациента и неговото осъзнато съдействие (37,58,95). Медицинската наука трябва да брани своите хуманни корени и да не се поддава на „пазарното“, а да стъпи здраво на принципите на разумност, необходимост и умереност. Това означава да се намери равновесие между правата на човека в здравеопазването, солидарността и пазарните елементи в управлението на здравните ресурси, отговорността на медицинските професионалисти и пациентите (58,120,122).

Важен морален аспект на здравеопазването е неговата достъпност. Това е един от принципите, залегнали в Европейската социална харта, с който се подчертава значението на наличието на прозрачни критерии за достъп до медицинско лечение, както и задължението на държавите да имат необходимата система на здравеопазване, която да не изключва части от населението от възможността да получават здравни услуги. Достъпът до здравни услуги си остава трудно измерим и не съществува общовалидна за ЕС методология за наблюдението му и за насърчаването на най-добрите практики. Това би представлявало важна крачка към намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването. Общовалиден показател за различията в ЕС е процентът на жителите, които съобщават за трудности при достъпа до медицинско обслужване по причини, свързани с достъпа до системата на здравеопазването: време на чакане, път и споделяне на разходите (22).

Принципите на медицинската етика са (13,45,55): уважение към автономността на личността, ненанасяне на вреда, благодеяние, справедливост и полезност. Всеки етичен принцип дава решения на етични проблеми. От *принципа за автономността на личността* следва правилото, че: автономността изисква висока степен на зрялост. *Принципът за ненанасяне на вреда* посочва няколко морални правила: да не се вреди умишлено, да не се убива, да не се излага пациентът на риск, да не се причинява болка и страдание на другите, да не се накърняват правата на другите. От *принципа за благодеяние* следва да допринасяме за благополучието на другите, а в медицинската професия е да се прави добро и да се

допринася за здравето на пациентите. *Принцип на справедливост* – да се уважават правата на пациентите, болните от едно заболяване да се лекуват по един и същи начин, справедливо разпределяне на скъпите и недостатъчни медицински ресурси, да има ясни критерии и прозрачност на принципите на избор **(9,41,45,46,105)**. *Принципът за полезност* е от друг порядък и ни дава правилото за максимална полза за максимално голям брой хора или цялото общество. Налага се търсене на баланс между полза и рискове, разход и резултат **(14,108,119,120,122)**. Удовлетворяват се потребностите на обществото, защото те надделяват над индивидуалните интереси и права **(195,196,197)**.

Правилата са: на всеки по равен дял, на всеки според потребностите, на всеки според усилията, на всеки според заслугите, на всеки според приносите, на всеки според принципите на свободния пазарен механизъм и според неговото желание за съдействие в лечебния процес.

Медицинската етика търси най-справедливата здравеопазна система, която да осигури най-добрите възможни здравни грижи за всички граждани. Не трябва да се забравя, че за сега равноправният достъп до медицински услуги за всеки и справедливо общество са само идеал **(22,95,97,102,172,181)**. Знанията по медицинска етика дават възможност да се избере най-подходящият стил на поведение като се намерят най-верните аргументи при избора на лично поведение. Знанията по право дават отговор на въпроса какво е позволено да се прави като се позовем на законови разпоредби, нормативни актове и уредби и др. **(135)**. Медицинската етика има и свои специфични правила, забрани, ценности, които се предават от поколение на поколение и определят неговото мислене и поведение. Тук можем да споменем за пример Хипократовата клетва. Ценностите в здравната система трябва да са нещо непреходно, което трябва да се запази, но и да се преосмислят в контекста на новите условия, защото те формират интегритета на медицината като наука и на здравната система като организация, даваща възможност медицинската дейност да е достъпна за пациентите и нуждаещите се **(143)**.

2. Права и отговорности при достъп на здравни услуги в системата на здравеопазването

2.1. Професионално етични права и отговорности на медицинските професионалисти

Социологическите анализи на отношението „лекар – пациент“ започват с дискусиите на Талкот Парсънс през 1950-те години. Той поставя началото на реципрочните права, отговорности и задължения в отношенията между лекаря и пациента. След 1990 година в Западна Европа и САЩ нараства интересът към комуникацията в здравеопазването. Причините са свързани с полагането в някои страни, например в САЩ, на националната здравноосигурителна система върху частни принципи, което води до трансформация на ролята на пациента в роля на „клиент“. Тази трансформация има своите позитивни и негативни страни по отношение на моралните и ценностните аспекти на устойчивото развитие на здравеопазването. Тя дава отпечатък върху поведението и на лекаря, и на пациента. Лекарят става по-внимателен, подхожда към пациента индивидуално, готов е да се вслушва в думите му. Пациентът става по-взискателен, дори капризен, с повече самочувствие, че влияе върху оздравителния процес. Но онези хуманни принципи и клетвата, които трябва да ръководят лекаря в поведението му, в подобен вид пазарни отношения се затрудняват.

В същото време в страни, където грижите за здравето са неприватизирани, под контрола на държавата, голям брой публикации в областта на психологията връщат към темата за интеракцията между лекар и пациент, за споделената отговорност между тях, за правата на пациента на пълна информация, за активното му участие във вземането на решения – принципа на информираното съгласие, за личната му активност и отговорност по отношение на здравето му (105).

Степента на контрол, упражнявана от всеки от комуникантите (лекар и пациент), става база на шест типа отношения във взаимодействието лекар-пациент (14,26,105):

1 – Патерналистичен модел, 2 – Автономен модел, 3 – Модел на партньорство, 4 – Договорен модел, 5 – Бизнес модел, 6 – Превантивен модел.

Медицинският професионалист има морални задължения да поставя на първо място в своята дейност мерките за предотвратяване на заболяванията, да работи за повишаване на здравната култура, да бъде инициатор на мероприятия, свързани със здравето на човека. Той трябва често да се ориентира в много сложни човешки взаимоотношения и проблеми,

като например – искане за прекъсване на бременност, искания за изкуствено оплождане и др. Моралът на лекаря се поставя на сериозно изпитание при необходимост от оперативна намеса при състояния, застрашаващи живота, когато пациентът не е в състояние да даде съгласие или пък неговите близки. От първостепенно значение е лекарят да изгради доверие в пациента и неговите близки.

Доверието на пациента към обгрижващия го персонал може да се подрони при следните видове поведение: несериозно отношение, несигурност и бързане при обгрижването, равнодушие към болния, липса на дежурен лекар и ненавременно осигурено лечение на болния след приема в болница, лошо настроение на медицинските специалисти. Но това не означава, че болният има право да вижда само собствените си страдания и проблеми и да изисква всички да се съобразяват с тях **(93)**.

Конфиденциалност е сложен момент във взаимоотношенията с пациента в основата, на което е професионалната тайна. След казването на истината от изключителна важност е и опазването на медицинската тайна, както е задължение за всички представители на здравните професии. То е включено във всички деонтологични кодекси, в клетвата на завършващите лекари, медицински сестри и други специалисти, оказващи здравна помощ, а в много страни конфиденциалността е регламентирана със закон. Медицинската тайна е дълг на лечителя още от древността и е важен и деликатен проблем, свързан с дълга, отговорността и съвестта на лекаря и другите членове на екипа, уязвимостта и доверието на пациента. Проблематиката свързана с медицинската тайна се разглежда от три аспекта: професионален, етичен и правен. Отговорност на здравните специалисти е да не злоупотребяват с доверието и да не предприемат нищо, което да нанесе морална или материална вреда или увреди доброто име на болния и близките му. Медицинската тайна може да бъде нарушена само, ако информацията се изисква от държавни органи, като опазването на тайната в България е регламентирано със закон чл. 91 от Закона за народното здраве и се санкционира по чл. 284 от Наказателния кодекс като служебна тайна.

Проблематиката около правата и отговорностите е много тясно преплетена. Правата на едни са отговорности и задължения на други хора. Хората имат морални и законови права, някои добавят към тях и на благополучие. Отговорностите биват лични, морални и законови **(166)**. Тъй като членовете на обществото са в действителност клиенти и пациенти, обществото иска да осигури най-високия стандарт на професионална медицинска по-

мощ, когато някой се нуждае от нея. Така обществото си гарантира доверие и конфиденциалност, а професията – поддържане на стандартите на определено ниво, престиж и уважение. За да има професионална отговорност обаче е необходима ясна йерархия. Тогава се знае кой взема решенията и кой носи отговорностите. Опазването на здравето, предотвратяването на заболяванията, възстановяването на здравето и облекчаването на страданията са четирите основни отговорности, които трябва да се разглеждат в един много широк социален контекст т.е., че професията трябва да бъде много активна, да се бори и защитава мястото си, поддържа високия стандарт, който пациентите очакват от нея по отношение на етичност, уважение към правата и достойнството на болните **(112)**. Професията трябва да настоява за по-добри условия на труд, тъй като те са предпоставка за по-качествени грижи за хората. Ето защо медицинските специалисти не бива да мислят, че стоят настрана от политиката. Отговорностите и задълженията могат да отидат по-далеч при икономически трудности, притискайки специалистите да не спазят принципа „да не се вреди“. Грижата за околната среда също е косвена грижа за обществото, така че ако професията иска да носи с чест отговорностите си, трябва да е активно ангажирана и в подобни дейности **(161)**.

Съществуват два вида професионални кодекси – етични и кодекси за поведение. В етичния кодекс професионалната организация разкрива какви са нейните цели. В професионалния кодекс има твърдения и заповеди. С тях се утвърждава уважението и вниманието на професията към висшите идеали на поведение и личното ангажиране на членовете на професията към тяхното спазване като така се оформя своеобразна клетва за професионално поведение **(163)**. Кодексът на поведение дава рамки за поведение на членовете на професията един към друг, към пациентите, към обществото. Професионалното поведение винаги се базира на етични принципи.

Професионалните кодекси изпълняват три функции: уверяват обществото, че действията са в негов интерес; дават указания на професията как да упражнява контрол върху дейността и поведението на членовете си; дава рамките, в които отделните членове могат да формулират решенията си. Обикновено кодексите на поведение и моралните дават повече указания за отговорностите на професията, а не за правата и задълженията. Отговорностите са нещо по-широко от това да се действа според предписани задължения, което може да е част от договор. Да се действа отговорно означава да се действа свободно в името на доброто и правилното за всеки индивид и в полза на цялото общество **(67,166)**. Да се

носи професионална отговорност означава да се вземат решения за това кое е добро, кое е зло, правилно, неправилно като крайната цел на действията е да се постигне най-голяма полза за пациента. Целта на кодексите е да се очертаят ясно отговорностите, а не да се диктуват конкретни действия. Те корелират с отговорностите. Етичните принципи дават широка рамка за нравствени разсъждения, които водят мисленето до етично правилни решения.

Основни изисквания към медицинските професионалисти **(39)**:

1. Трябва да желае и да е в състояние да прецени важните факти за планирането и осъществяването на грижите като се съобразява с преживяванията на пациента, неговите ценности и желания.
2. Да притежава необходимите познания, свързани със специфичните му отговорности, да осигури грижи според постиженията на науката и професионалния опит.
3. Да се осъзнава индивидуалната чувствителност от нарушаване на границата на личната сфера, което се отнася за тялото на пациента, личното му пространство и конфиденциалната за него информация.
4. Да има познания по психология, здравно законодателство и професионална етика.
5. Трябва да е морално независим, да знае кога може и трябва да поеме отговорност за собствените си действия в ситуации, в които се налага да се вземат етични решения.
6. Да е цялостно изградена личност, приела като ценности честността, откровеността и безпристрастността, да носи отговорност за взетите решения и последствията от тях, да не се поддава на натиск, морална корупция, лъжа и безпринципност.
7. Работата в екип е типична за медицинската професия. Тя има свои закономерности и независимо дали колективът е голям или малък принципите, на които той се подчинява са едни и същи.
8. Промяна към модел на съвместно взимане на решения от екип от различни специалисти.

Медициските специалисти трябва да разчитат на себе си, да знаят, че умеят да се справят в ситуации на емоционално натоварване и че няма да бъде изненадан от собствените си реакции (97). Нарушаването на етичните правила води до влошаване на социалните взаимоотношения. Липсата на морал може да се изрази и в липса на уважение към болните и близките им, неискането на съгласие, безотговорност и нехайство, накърняване на достойнството на пациентите, непроява на съчувствие, пълен разрез с професионалния облик на това, което е личният живот на медицинския работник. Професията на лекар не допуска голямо разминаване между личния стил на живот и това, което се препоръчва на пациентите, тъй като в препоръките липсва убедителност и се губи авторитетът. Липсата на морал може да се изрази и в искане на пари, неетична реклама, подялба на хонорари, непоемане и прехвърляне на отговорността, издаване на медицинска тайна и др.

Добрият здравен специалист освен добри манипулативни, комуникативни и други специфични професионални умения трябва да притежава и добри етични познания и нагласи. Да е цялостно изградена личност, да притежава умения за работа в екип. Съставянето на екип е много отговорна и трудна задача, съобразявайки се със знанията на членовете, техните психологически, възрастови и професионални особености с оглед съвместимостта им и колективната работа (39).

2.2. Права и отговорности на пациентите

Правото се възприема като система от предписания, които регулират отношенията между хората. Правният ред е в съществена връзка с морала (33). Правото гарантира права и задължения, моралът – дълг и отговорност. Медицина без дълг и отговорност, без вяра и желание за помощ не съществува.

Всяко човешко същество в поведението и живота си се ръководи от морални принципи и убеждения. Следователно другите трябва да проявяват уважение към тези убеждения, дори изобщо да не ги споделят. Това е основата на доктрината за правата на човека. С приемането на Всеобщата декларация за правата на човека (1948) естественото право започва да се прилага под формата на човешки права. Създаването на международно правно регулиране и универсални инструменти за защита на правата на човека показват тяхната важност (23,31,32,33,196).

Международната общност се обедини около една съвременна Всеобща декларация за правата на човека (1948г.). Има богато разнообразие по въпросите за правата на човека (125,151,170). Правата на човека са нравствени права, които никоя държавна власт не може да престъпи (23,196). Хората са равноправни и независими същества, чиито естествени права предшестват националното и международно право (59,72,184,197,198).

Нарушаването на правата на човека е един от важните и ключови проблеми, с които се сблъсква човечеството днес. Съдържанието на понятието правата на човека се променя. То е гъвкаво и търпи развитие. Реформите в здравеопазването имат за цел да осигурят справедливост и интеграция на човешките права. Те не са извоювани веднъж завинаги, те се усъвършенстват като се обогатяват и разширяват (87). Човешко достойнство, свобода, демокрация, равенство, върховенство на закона и спазване на човешките права – това са основните ценности на ЕС (33). Дълбокият смисъл на Европейската обществена здравна политика 2003-2020 г. е в това, че „човекът е най-същественният фактор във всички сфери на обществения живот и носител на отговорността за бъдещето”.

Не трябва да се забравя, че всяка една личност изпълнява различни роли – съпруг, баща, работодател, работник и т.н. Ролята на пациент е нова и съвсем неежедневна. Към нея човек трябва да се приспособи, да я научи, да изпробва адекватните и най-често неадекватните начини за поведение. Това е процес, към който лекарят трябва да има отношение и да направлява заболяването (9,10,11,31), да преценява образователни и професионални различия, отчита разлики във възрастта, пола, да съобразява с фактори като предварително познание или първа среща с лекаря и т.н. Основна цел в концепцията на устойчиво развитие на здравеопазването, е да се прилага модел на взаимоотношения, в който семейният лекар и пациентът са равнопоставени, по равно отговорни и съзнателни във всяко едно свое действие, споделящи рискове и взаимно доверяващи се един на друг. За тази цел бе въведено и информираното съгласие. Местните комисии по етика, както и етичните комисии по съсловните организации, все повече се утвърждават в сферата на здравеопазването. Постепенно в здравеопазната област се установява нова нравствена философия, която се стреми да подтикне всички към нова и по-голяма отговорност към самите себе си и стремеж към професионализъм и усъвършенстване (95,31,32). Това не трябва да предизвиква тревога, а разбиране.

Правата на човека в ролята му на пациент са важна и неотменна част от устойчивото развитие на здравеопазването. Те се определят от морала и поставят морални граници на поведението и взаимоотношенията между пациенти и медицински професионалисти. Устойчивото развитие на здравеопазването има задача да постигне баланс между: модела за правата на човека в здравеопазването; модела за солидарността, поемане на лична отговорност за здравето си и въвеждането на пазарни механизми (9,24). Стремещът е да се постигне справедливост чрез балансиране на правото на здравни услуги с ограничени здравни ресурси. Дейността е насочена към осигуряване на: основен пакет от здравни услуги, еднакъв достъп до лечебните заведения, лечение без дискриминация, задоволяване на потребностите на най-заstraшените групи от населението. Всяка национална професионална организация или съюз имат свой етичен кодекс и комисия по етика, които решават всички поставени спорове, оплаквания и др (81). Солидарността в здравеопазването изисква споделени права и отговорности на всички.

Правата на пациента (23,106,184):

- ✓ Право на качествени здравни услуги
- ✓ Право на достатъчна информация, която да даде възможност на пациента за неговото информирано съгласие
- ✓ Право на тайна и конфиденциалност
- ✓ Право на достъп до медицински услуги, медицинската информация
- ✓ Право на лично достойнство
- ✓ Право на достойна смърт
- ✓ Право на свобода на избора – на личен лекар, болница, мнение на други специалисти
- ✓ Право на самоопределение – да се съгласи или откаже да участва в биомедицински изследвания, в обучение на студенти и др.
- ✓ Права при състояние на некомпетентност, безсъзнание
- ✓ Диагностични процедури и лечение против волята на пациента – прилагат се в изключителни случаи с изрично разрешение със закон
- ✓ Насърчава се дейността на гражданското участие в постигането на стандарти за качество на здравните дейности

- ✓ Необходимо е специализирано обучение на здравните професионалисти за формиране на комуникационни умения
- ✓ Право на превантивни мерки – предпазващи от заболяване
- ✓ Право на уважение към времето на пациента
- ✓ Право на безопасност
- ✓ Право на иновации
- ✓ Право на избягване на ненужното страдание и болка
- ✓ Право на индивидуално лечение
- ✓ Право на жалване
- ✓ Право на обещетение

Незачитането и накърняването на правата на човека повлияват неблагоприятно здравето. В Конституцията на Световната здравна организация (СЗО) определението на здраве е: „Здравето е състояние на пълно физическо, психическо, емоционално, интелектуално и социално благополучие, а не само отсъствие на болест или недъг“ (9,19,97,120,122). При незачитане човешкото достойнство рухва физическото, психическото и социалното благополучие на личността. Поради широкия обхват на тази дефиниция, това определение изразява идеал, който трябва да бъде цел на всички дейности, предприети по отношение на здравето. В съвременната концепция за здравето то се определя като ценност, благодарение на която индивидът или цялата група, е в състояние да реализира своите житейски планове и да променя средата, в която съществува (108).

Всеки пациент изисква да се отстояват неговите собствени права, докато пренебрегва правата на другите. Съвременното общество се фокусира върху собствените права до такава степен, че изключва тези на другите или общото благо. Поемането на отговорност за нашите действия е определящо за човешкото съществуване и достойнство. За да се защитят правата трябва да се наблегне на отговорностите и дълга (23,106,107). Правата и отговорностите или задълженията са взаимно свързани. В чл. 29 от Всеобщата декларация за правата на човека от 1948 г. включва „основни задължения“. В правото има единство на права и задължението. Без изпълнението на задълженията не могат да се реализират правата. Отговорностите започват там, където свършват правата (25,32,33,34,106).

Културните фактори се разглеждат като ключови за диагностика, лечение и здравни грижи. Културните фактори оформят свързаните със здравето вярвания, поведение и цен-

ности, изграждането на междуличностни привързаности и идентичност на личността с групата и общността. Научни изследвания предоставят доказателства за чувствително подобряване качеството на медицинското обслужване, когато клиницистите са чувствителни към културните различия на своите пациенти и предоставят грижи, включващи културните проблеми от антропологична перспектива (25).

Пациентите имат отговорности за собственото си здраве и това на обществото. Тези отговорности се изразяват в грижа за здравето чрез воденене на здравословен начин на живот, в опазване на околната среда и запазване на ресурсите ѝ за бъдещите поколения, в подпомагане на най-нуждаещите се групи от населението, в познаване на правата и задълженията си, в повишаване на здравната си грамотност с цел опазване на здравето си и пестене на финансов и човешки ресурс, в проява на проактивно отношение към най-висшата ценност – човешкото здраве.

3. Морални аспекти на устойчиво развитие на здравеопазването

3.1. Общи принципи на концепцията на устойчиво развитие на здравеопазването

Декадата 2005-2014 г. бе обявена от ООН за образование за устойчиво развитие. То е част от предизвикателството да възприемем нови практики и подходи към нашите настоящи проблеми, които трябва да ни гарантират и едно по-сигурно бъдеще. В Декларацията на ООН, свързана с обявяване на началото на новото хилядолетие, се казва „настоящите неустойчиви начини на производство и консумация трябва да бъдат променени“ (93).

Най-разпространеното определение на понятието „устойчиво развитие“ е, че то е начин на използване на природните ресурси, който едновременно цели да задоволи човешките нужди като същевременно запазва естествения баланс в околната среда, така че тези потребности да могат да бъдат задоволявани както в текущия момент така и в далечното бъдеще. Устойчивото развитие обединява двата основни стремежа на обществото: 1 – постигане на икономическо развитие, осигуряващо нарастващ жизнен стандарт и 2 – опазване и подобряване на околната среда за в бъдеще.

Терминът „устойчивост“ за пръв път бива употребен от немския учен и лесничей Hanns von Carlowitz през 1712 г. в неговата книга *Sylvicultura Oeconomica*. От тогава този термин се използва по най-различни начини и в различен контекст (94,95).

Устойчивото развитие на здравеопазването обвързва икономическата с екологичната ефективност на общественото производство и утвърждава принципа на равенство и справедливост чрез повишаване на човешките възможности и гражданско съзнание (92,93,94,95,114,115).

Стратегията за устойчиво развитие на здравеопазването изисква модели на поведение, поддържащи екологичното равновесие и защита на качеството на средата. То изисква интеграция на всички социални, икономически и научни фактори и институции за подкрепа на устойчивото развитие на обществото и за привеждане на всички процеси и решения в съответствие с нуждите и изискванията. Устойчивото развитие трябва да отчита предимствата на демокрацията и на потребностите на цялото общество в условията на глобализация. От всичко става ясно, че понятието „устойчиво развитие на здравеопазването“ е сложно за дефиниране и интерпретация още повече, че е необходимо да се създаде съответната теоретична база за по-нататъшното развитие на проблематиката.

Световният форум за устойчиво развитие в Йоханесбург през 2002 г. постави началото на постепенното формиране на глобална култура на сътрудничество и създаде условия за диалог по проблемите на устойчивостта. Целите и принципите на устойчивото развитие на здравеопазването са тясно свързани с качеството на живота във всичките му аспекти и със сътрудничество с всички засегнати сфери например екология, икономика, политика и пр. Най-общо устойчивото развитие се определя като нов път за икономически и социален прогрес, който „задоволява нуждите на настоящето без да пречи на това, бъдещите поколения да задоволяват собствените си нужди“.

В Европа идеята намери своето изражение в редица програми за устойчиво развитие, както и в призива на Романо Проди от името на Европейската комисия (2001 г. Гьотеборг), че устойчивото развитие не е аристократична прищявка, а исторически императив. В Agenda – 21 се съдържат 40 глави, съсредоточаващи вниманието върху необходимите конкретни мерки на политиката за устойчиво развитие. От тях в 29 се предлагат показатели за устойчиво развитие. Общият брой на показателите е 132. Глава 3 се отнася до борбата с бедността, гл. 6 е „Защита и подобряване на здравето на хората“ (194). През 2007 г. у нас е изработен проект на стратегия за устойчиво развитие на Република България. Националната стратегия за устойчиво развитие на България се базира на обновената стратегия за устойчиво развитие на ЕС и на обновената Лисабонска стратегия. Двете стратегии са след-

ствие от решения, приети на конференции на ООН за околна среда в Стокхолм 1972 г. и в Рио де Жанейро 1992 г. Стратегиите са обновени с решенията, приети на срещата на високо равнище по устойчиво развитие, проведена в Йоханесбург, ЮАР през есента на 2002 г. Оперативните цели в Националната стратегия за устойчиво развитие за постигане на устойчиво здравеопазване са свързани с постигане на ефективно управление на здравната система, осигуряване на финансова устойчивост на националната система на здравеопазване, намаляване разпространението на болестите, намаляване вредното влияние на факторите на околната среда върху здравето, осигуряване безопасността на храните и утвърждаването на здравословен стил на живот на населението в България.

Комисията Брундтланд акцентира, че устойчивото развитие зависи **(194)**:

- *от политическата система*, която осигурява и задължава за ефективно участие на гражданите при вземането на решения, с други думи, човешки права и отговорности;
- *от икономическата система*, която да е в състояние да създава излишъци на устойчива база;
- *от административната система*, която трябва да е гъвкава, с вградена система за корекции.

В Декларация на Европейския съвет са посочени следните четири насоки на дейност по устойчивото развитие: икономически растеж; опазване на околната среда; социално равенство и сближаване; изпълнение на международни задължения, включително по линия на ООН.

В рамките на устойчивото развитие, както вече стана ясно, се очертават трите основни групи въпроси: екологични, засягащи състоянието на природното равновесие; икономически, отнасящи се до екологоемкостта на производството и социални, свързани със стопанските и природните условия на живот на населението: заетост, образование и обучение, здравна грамотност, здраве, достъп до здрава природна среда и медицински услуги, отговорно и споделено управление и грижи, намаляване и елиминиране на неустойчивите модели на производство и потребление и др.

Хората ще трябва да признаем реалността, че болестите и смъртта са част от живота и че ние трябва да се придържаме към разумни здравни очаквания. Затова често връщането към безпристрастното и справедливо разпределение на наличното и икономически

възможното здравеопазване се нарича по аналогия с екологичното движение „устойчиво здравеопазване“ (115).

През последните години мечтата за неограничено развитие на прогреса в медицината се засили особено много и очакванията нарастнаха неимоверно. Медицината и здравеопазването като пазар се развиха много, което доведе до това, че разносните за здравни грижи нарастнаха още повече. Навсякъде по света има проблем с растящия брой на болни и инвалидизирани хора, които продължават да живеят благодарение на съвременните методи на лечение, но в действителност не са излекувани, а и важен е въпросът за качеството на живот, който те водят.

Възможностите на съвременната медицина да спасява човешки живот, се оказаха по-големи отколкото да осигурят здраве и живот без болест за тези, които биват спасявани (179). Тези и други свързани с това проблеми ни карат да преосмислим смисъла на живота и смъртта, усилията да се намалят страданията и т.н. Преследването на безграничното усъвършенстване на медицинските технологии отклонява здравната система от нейния основен приоритет – предприемане на мерки за подобряване на общественото здраве, първичната медицинска помощ и здравната промоция. Освен това модерните медицински технологии са много скъпи и обществото едва ли може да си ги позволи за всички, които имат нужда от съответното лечение.

Концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването трябва да бъде добре разбрана от настоящите и бъдещите медицински професионалисти. Здравеопазването не може да се развива на базата на очакването, че няма да има никакви ресурсни ограничения в бъдеще, за което всички трябва да се подготвим. Устойчивото развитие, обаче, не може да се случи спонтанно. То е процес и резултат от съзнателен избор. Трябва да се разбере връзката между индивидуалното медицинско добро и медицински доброто за цялото население. От гледна точка на населението е необходимо хората да бъдат убедени, че животът в общество, споделянето на общите проблеми от екологично, икономическо и социално естество оказват влияние върху индивидуалното здраве. Няма друга алтернатива, защото ние не можем да си позволим друго здравеопазване, освен устойчивото. Това ни кара да преразгледаме, социалното значение на медицината и здравеопазването, взаимоотношенията на медицината с културата, от която тя е част и връзката на тялото и ума. Едно икономически устойчиво здравеопазване трябва да бъде също и психологически устойчиво.

Устойчивото здравеопазване има и психологически аспекти. То трябва да се съобразява с цикъла на човешкия живот и да възприема реалността на риска, болестите, боледуването и смъртта. Реалните възможности за влияние тук, според Д. Калахан са в две посоки:

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

Свидетели сме на това как за медицинската професия е все по-трудно, а и невъзможно да поеме и носи отговорност за благо на индивидуалния пациент, поради необходимостта да се съгласуват интересите му с тези на обществото, поради това, че се взема от обществения ресурс, който е предназначен за всички хора от обществото. Тенденцията е ясна – промяна на акцента от хуманитарен към социален и в следствие и към икономически. Медицината вече се превърна в дейност със силен комерсиален компонент, а здравеопазването вече не е медицина, а по скоро политика. Тази тенденция обаче ни отдалечава от устойчивото развитие, което по своята същност е етически идеал за бъдещо развитие за споделени отговорности и задължения, за проактивно лично участие за опазване на здравето, за по-добра здравна култура и прилагане на принципите на промоция на здраве и профилактика на заболяванията. Това е и причината концепцията за устойчиво развитие в здравеопазването да е още по-тясно свързана с моралните категории, поради същността на медицинската практика и традициите в оказването на здравни грижи на хората (114,115).

Устойчивата медицина, според Д. Калахан, трябва да бъде медицина на рационалността и лимитите, които обаче да се използват справедливо и равнопоставено. Основните характеристики на устойчивото развитие на сферата са:

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

4. Разумна достатъчност с обществена подкрепа, т.е. отговорност за собственото и общественото здраве, трябва да бъде цел на устойчиво развитие в здравната сфера.

Другото, на което трябва да се даде широк път е правата на човека като фактор за развитието. Само свободният, уверен, образован и способен да управлява свободата си човек, може да бъде творец на блага и добрини. Защото устойчивото развитие, както е в учението за конфликтите, изисква да се достигне до точката печеля-печелиш, което е много сложно. Устойчивото развитие трябва да съгласува взаимоотношенията лекар-пациент. Устойчивото развитие в медицината изисква да се възстанови т.н. обществен договор между обществото и лекарите. Той не е между здравната система и хората, а между лекарското съсловие и обществото. В основата му стои професионализмът на медиците и заинтересоваността на пациентите за опазване и грижа за здравето им като съзнателен избор. Устойчивото развитие е свързано с повишаване на отговорността и моралността въобще и изисква повишаване на нивото на хуманност, разумност, състрадание, образование, дисциплина и т.н. Практиката е показала, че е най-приемливо да съществуват формулирани етически принципи и правила, които да са известни на всички, те да ги приемат и така да се въведе ред и възможност за контрол. През последните години се въведоха и правила за добра практика, които също засягат косвено или пряко и тези проблеми. Съществуват и различни правила, критерии и ръководства като медицина, базирана на доказателства, качество на живот (QALY – quality – adjusted life-year/брой години качествен живот, DALY – disability – adjusted life year/ брой години живот като инвалид) и др **(89,111,164)**.

За да има устойчивост в системата е необходимо **(136,141)**:

1. Медицината да не забравя своята хуманна същност и отговорност, да не се увлича прекалено по пазарните идеи.
2. Здравната грижа трябва да стъпи на разумната основа какво представлява човекът по своята същност в неговата ограниченост и да се подчертае взаимосвързаността между хората.
3. Никога да не се забравя, че човекът е в зависимост от другите хора и от природната среда.
4. Да се търси балансиран растеж на новите технологии и особено да се внимава при тяхното представяне пред обществото или рекламирането.

5. Недостигът на ресурси никога няма да може да бъде преодолян, а ще се задълбочава, поради което не трябва да се създават нереалистични очаквания у хората. Колкото повече нови възможности за нови медицински интервенции са предлагат, толкова повече нуждаещи ще изникват.
6. Разумната достатъчност трябва да стане основа на логиката на развитието, особено на средствата за потребление в глобално етически аспект.

3.2. Цели на коцепцията на устойчиво развитие на здравеопазването и насоки за постигането им

Цели на коцепцията на УР на здравеопазването са **(136,141)** :

1. Преустановяване на задълбочаващите се негативни тенденции и дезинтеграция на здравеопазването.
2. Подобряване на общественото здраве.
3. Постигане по-висока степен на национална здравна сигурност.

Главни насоки за постигане на целите:

1. Адекватно повишаване ролята на държавата в регулирането на процесите и ресурсите в здравната система (изразено в ново политическо отношение към здравните проблеми на нацията с оглед гарантиране на социално справедлив достъп до медицинска помощ, системно подобряване на нормативната база и вътрешното ѝ хармонизиране, реалистично определяне на приоритети, контрол върху качеството и използването на публичните ресурси.
2. Подобряване на интегритета, структурата и ефективността на управлението на националната здравна система в посока на ефективна координация и взаимодействие между различните нива и сектори на здравната система.
3. Създаване на ново обществено и индивидуално отношение към здравето като право и отговорност на индивида и търсене на консенсус при вземане на здравно-политически решения, както и с по-пряко ангажиране на гражданите в реализирането на здравната реформа и контрола върху разходите.

Конкретни приоритетни действия и насоки за постигане на целите:

1. Усъвършенстване на достъпа на населението до медицинска помощ – подобряване на достъпа на населението до извънболнична медицинска помощ.

2. Подобряване на информираността на пациентите по отношение на промоция и превенция на здраве

3. Развитие на електронно здравеопазване – Това е интегрирана информационна система свързваща в реално време информационните системи на институциите и изпълнителите в сферата на здравеопазването. Подобна система би имала и икономически ефект, спестявайки разходи от административни процедури чрез досегашните методи на комуникация. Електронно пациентско досие е част от общата информационна система пациентско досие и ще издигне на качествено ново ниво здравеопазването, осигурявайки обмен и наличност на данни за пациента без значение от мястото, където се намира. Чрез него освен удобство, и спестяване на разходи ще се постигне приемственост в проследяването на пациента от различните изпълнители на медицински услуги. Електронното здравеопазване е цел и мисия за повишаване на качеството на здравеопазването и неговото стабилизиране. Мобилните здравни приложения позволяват генерирането и анализирането на информация в реално време. Данните сочат, че количеството на здравни приложения за мобилни устройства, използвани само на двете водещи платформи Apple и Android, са се удвоили за две години и половина, като за първото тримесечие на 2014 г. техният брой надминава 100 000 приложения. За 2013 г. приходите от този пазар възлизат на 2.4 млрд. долара и се очаква до края на 2017 г. да нараснат до 26 млрд. долара **(135)**. Тези тенденции провокират съвсем друг подход в сектора, а именно изместване на фокуса от предоставяне на здравеопазване към менажиране на здравето чрез въздействие върху здравното поведение, превенцията и здравна грижа в реално време.

4. Подобряването на контрола върху качеството на медицинските дейности:

- Въвеждане на Медицински стандарти – в по-голямата си част медицинските стандарти вече са подготвени. Предвижда се тяхното актуализиране в съответствие с прогреса на медицината и реалните възможности на националното здравеопазване;
- Правила за поведение.

5. Утвърждаване на профилактични програми и подобряване на ранното откриване на заболяванията.

6. Повишаване на здравната култура на населението.

7. Споделяне на отговорности по отношение на здравето между пациенти и медицински професионалисти.

8. Подобряване на общото финансиране на здравеопазването.

9. Утвърждаване на дълготрайна държавна политика по отношение на човешките ресурси.

10. Оптимизация на лекарствената политика.

3.3. Предизвикателства на концепция за устойчиво развитие на здравеопазването

Предизвикателствата на устойчивото развитие на здравеопазването пред човечеството стават все по-големи и все повече, а решенията – по сложни и трудни (91,96,97). Съвременното здравеопазване в световен мащаб се сблъсква с много сериозни предизвикателства, породени от начина на живот на обществата, загуба на морални ценности, липса на индивидуална заинтересованост включително бягство от отговорност и търсене на виновен, лесен начин за успех и най-важното липса на грижа дори към собственото си здраве. Някои от проблемите са следните (136,139):

1. Нови медицински технологии
2. Желанието и традицията лекарите да спазват Хипократова клетва
3. Лимитирани финансови ресурси
4. Нелимитирани желания и очаквания на обществото от здравната система
5. Застаряването на населението
6. Хроничните болести
7. Глобализацията

Идеята за устойчивото развитие на здравеопазването може да е успешна, ако се преодолеят някои от тези сериозни предизвикателства и бариери като навлизането на новите технологии в медицината, големите очаквания на обществото и застаряването на населението. Навлизането на новите технологии в медицината осигурява диагностика и лечение за много заболявания, които до този момент са били нелечими и подобрява в значителна степен качеството на живот на много болни или инвалидизирани пациенти. Според

Балканска „В съвременното общество остаряването се превръща във все по-трудна задача поради мобилността на населението, промените в семейната структура, които означават за много възрастни физическа отдалеченост и изживяване на чувство за самота и изолация от останалите членове на семейството (9)“. Както отбелязва Калахан, някои от новите технологии намаляват стойността на лечението, а други допринасят за оскъпяване на лечението. Според него „Това оскъпяване се постига чрез осигуряване на лечение в случаите, когато то не е съществувало преди това или чрез създаване на нови форми на рехабилитация и удължаване на живота, или чрез добавяне на нова възможност към съществуващия списък с технологии (46)“.

Калахан коментира отбелязаната от СЗО тенденция за все по-скъпо лечение на заболяванията. „При това, много от постиженията в здравния статус, които технологичните новости носят, са незначителни, а ползата – сравнително скъпо струваща (например, химиотерапия при злокачествено заболяване, оперативна намеса при заболяване на сърцето, прилагане на еритропоетина за лечение на анемията, сравнено с това на крайните стадии на бъбречните заболявания). Много от диагностичните технологии надминават възможностите на лечението (46)“. Калахан споделя, че „За ирония, докато желанието за прогрес води към повече знания и иновации, в същото време то повишава и общото недоволство от състоянието на нещата. Дори съществуващото започва да изглежда неадекватно в светлината на бъдещите възможности (46)“. Необходимост е нуждата от повишаване на здравната култура на пациентите с цел осъзнаване на личната им отговорност и човешката същност на лекарите, които не са роботи или вълшебници както и примирението и усещането за постижимите неща в конкретния случай. Един информиран и здравно образован пациент е по-адекватен по време на управлението на здравословното му състояние.

Културни проблеми на устойчиво развитие на здравеопазването:

- всеки има право на религия и своите вярвания (193);
- запазване на достойнството на пациентта (15);
- запазване на културното разнообразие и взаимно обогатяване на различните културни практики с цел допринасяне за подобряване на здравето (135).

С подобряване на здравето на населението, намаляване нивото на детската смъртност и повишаване на средната продължителност на живот се въвежда оценка на качеството на живот. Така се поставят нови предизвикателства пред устойчивото развитие на съв-

ременното здравеопазване, както и пред медицинската наука и практика. Променящата се демографска картина, ръстът на доходите в бързо растящите пазари и нарастващият със скоростта на епидемия брой хронично болни променят напълно начина, по който се развива секторът. Според експертите, класическият модел, при който решенията се взимат от отделния лекар, се променя към модел на съвместно вземане на решения от медицинските специалисти, което оказва все по-голямо благоприятно влияние върху устойчивото развитие на здравеопазването **(116,118)**.

Често срещан проблем е свръхтърсенето на здравни услуги, което в много случаи е индуцирано от страна на доставчиците. Регулирането на търсенето и предлагането на здравни продукти е свързано с решаване на възникналите проблеми чрез разнообразни мерки от законодателно, организационно и финансово естество. Управлението на предлагането се основава на стриктен контрол върху доставчиците на медицински услуги, задаване на тавани на разходите, стимулиране на конкуренция между лекарите с цел повишаване на качеството и пр. По отношение на търсенето се набляга на развитие на индивидуалните здравни компетентности на потребителите на здравни услуги и рационализиране предоставянето на здравните услуги в посока предимно към първичната медицинска помощ (ПМП).

3.4. Морални схващания и основни елементи на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването

Концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването е тясно свързана с моралните ценности. В медицинската етиката отговорността е човек да осъзнае дълга си да взема решения и да действа по подходящ към себе си начин. В етиката идеите на автономност и отговорност са взаимосвързани. Отговорността показва автономност **(13,164,169)**. Моралните въпроси, са предмет на публичен дебат извън тесните рамки на медицинската професия. В съответствие с основните теоретични постановки на биоетиката постепенно акцентът в медицината се поставя върху пациента като личност с неговите права и задължения **(62)**.

Налагащата се роля на морала в съвременното здравеопазване се свързва и с твърде важните компоненти на заобикалящата ни среда – несигурността и риска. Етично отговорното поведение се възприема като предпоставка за предотвратяване и противодействие на

множество морални рискове в обществото. Моралният риск и моралната отговорност се разглеждат като елемент на всеки съзнателен, доброволен и автономен избор **(31,68)**.

Свободата и отговорността на личността са неделими.

Морални схващания свързани със здравето, които залагат основите за промяна в личното осъзнаване с цел утвърждаване на тенденцията на УР на здравеопазването са:

1. Приемане на здравето като върховна ценност.
2. Придържане към необходимото, разумното и умереното.
3. Постигане на максимално благо за възможно най-много хора.
4. Насочване на усилията към утвърждаване на морални ценности като отговорност към личното и общественото здраве.
5. Ангажираност с общите здравни проблеми.
6. Издигане над консуматорството и търсене непременно на комерсиална облага.

С развитие на концепцията на устойчиво развитие на здравеопазването, се определят основните ѝ елементи, които са с висок морален аспект **(149)**:

1. Здравната грамотност на населението и произтичащите от нея избор за водене на здравословен начин на живот, споделяне на отговорността за профилактика на заболяванията, активно участие на пациентите в хода на лечението споделено с професионалните умения и грижи на медицинските специалисти, умения и готовност за грижа за собственото здраве.

2. Също свързана с здравната грамотност, но и с отговорността към обществото е развиване и прилагане на натрупаните здравни знания, промяна в нагласата и съзнанието на хората за морална, споделена отговорност към здравето на обществото, опазване на околната среда и всички ресурси (природни, човешки, финансови, времето) с цел повече облаги за цялото общество и плавно внедряване на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването.

3. Информираност на населението и познаване на правта и задълженията на пациентите.

4. Активно участие на пациентите, което е и водещ морален аспект за утвърждаване на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването.

5. Доброто ниво на здравна грамотност дава самочувствие и увереност на пациентите за справяне с болест и взимане на решения, касаещи здравето им, а личният избор е во-

дещ морален аспект за утвърждаване на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването.

3.4.1. Ролята на пациентите в устойчивото развитие на здравеопазването, морални аспекти и ценности

Съвременното българско общество трябва да намери механизми за балансирането на целите и да намери изход от тежката ситуация на деестабилност в здравеопазването. Необходимо е разбиране и поемане на морална отговорност от всички участници в системата на здравеопазването – здравни професионалисти, администратори, ръководители и пациенти.

Едно от направленията за реформиране на здравеопазването е осъществяване на здравеопазна система ориентирана към предлагането на здравни услуги, които да задоволят здравните потребности на населението и очакванията на пациентите за едно общодостъпно и качествено здравеопазване. В това се състои същността на пациентно-ориентираният подход и модел на здравеопазната система.

Новата роля на пациентите в устойчивото развитие на здравеопазването е свързана с редица нови отговорности **(185,206)**:

1. Да участват на всички етапи от законодателния процес в сферата на здравеопазването: при съставянето на законите, в тяхното прилагане и контрол за изпълнение, включително процедурите за тяхната бъдеща модификация. Това може да бъде осигурено посредством участие в комисиите и публичните дебати винаги, когато е уместно, като задължително условие е висока здравна грамотност.
2. Участват в процеса на определяне на приоритетите в здравеопазването – целите, резултатите и отговорностите, свързани с тези избори, трябва да бъдат ясно обяснени и последствията от избора по отношение на разпределението на ресурсите, реорганизацията на здравната система и отношенията между различните компоненти на здравеопазната система.
3. Да споделят ясно и категорично своите гледни точки и очаквания, а те трябва да се вземат предвид при оценяване качеството на здравната помощ.
4. Да имат думата при вътрешна и външна оценка чрез своите сдружения, като договорите с доставчиците на услуги трябва да съдържат обвързващи клаузи за постигане на този ефект.

Пациентите и техните сдружения трябва да имат гарантиран достъп до адекватни механизми за реализиране на техните права в конкретни случаи, които да бъдат съпроводени от контролни механизми от независими органи. За да бъдат ефективни, тези механизми трябва да имат широк обхват и да осигуряват възможности за взаимно съгласие и посредничество. Формалните процедури на обжалване трябва да бъдат ясни, недвусмислени и лесно достъпни. Финансовите бариери за равен достъп до тези механизми трябва да бъдат премахнати както чрез постановяване на безплатен достъп, така и чрез субсидиране на гражданите с ниски доходи, които желаят да се възползват от тях. Систематичното събиране и анализиране на жалбите на пациентите трябва да бъдат използвани за натрупване на информация относно качеството на здравната помощ и за указване на областите и аспектите, които се нуждаят от подобряване.

Комитетът на министрите, съгл. чл. 15 от Статута на съвета на Европа настоява, че здравеопазните системи в страните от ЕС трябва да бъдат ориентирани към пациентите. Отчитайки, че гражданите задължително трябва да участват в решенията, отнасящи се до тяхното здраве, комитетът признава фундаменталното право на гражданите в свободното и демократично общество да определят целите и задачите в здравеопазния сектор. Особено важна е ролята на гражданските и на организациите за самопомощ на пациентите, потребителите, осигурените, ролята на гражданите в представянето на потребителските интереси в здравеопазването, защото те едновременно осигуряват подкрепа и предоставят обслужването на интересите на техните членове, како се погрижат за интересите им. Ролята на пациента, неговата експертиза и личен опит, са ключови за постигане на ефективни и устойчиви подобрения в здравния сектор. Целта е да се гарантира най-високо ниво на защита на пациентите в Европа и да се ускори процесът за пускане на пазара на безопасни и иновативни медицински продукти и изделия, тъй като иновациите в здравеопазването допринасят за подобряване здравето и качеството на живота на пациентите, посредством достъпа до иновативни продукти, услуги и лечения.

Взетите решения за пореден път доказват ролята на пациентите в изграждането на ефективни здравни политики, което се припознава като един от основните приоритети на ниво Европейски съюз. В същото време в България пациентите и пациентските организации все още срещат бариери както до качествено и ефективно лечение, така и до вземането под внимание на тяхната експертна позиция.

Изводите, които се налагат при анализа на ролята на пациентите в устойчивото развитие на здравеопазването, са:

- Пациентите трябва да бъдат поставени в центъра на здравната система и да бъдат припознати като активни и пълноправни участници и партньори в правенето на здравна политика на всички нива.
- Пациентската експертиза е незаменима поради факта, че именно пациентите най-добре познават заболяванията си, живеят с тях и осъзнават и изпитват последствията им (селфмениджмънт).
- Пациентите и пациентските организации са ключови за успеха на реформата в здравеопазването и затова трябва да бъдат ангажирани в процесите на предлагане, обсъждане и прилагане на мерки за справяне с проблемите в здравеопазването.

3.4.2. Лична отговорност за здравето като елемент на устойчиво развитие на здравеопазването

Наблюдаваната през последните десетилетия хуманизация се съпровожда с нарастване на вниманието към позитивното здраве, към саноцентричния подход в медицината (25). Тази тенденция се изразява най-вече в пренасянето на акцента към изследването на позитивното здраве на здравия човек; към развитие на превантивната медицина и подобряване на грижите за здравето; към здравето като дело на цялото общество; от правото на лечение – към задължението; отговорността на всеки да опазва собственото си и това на другите здраве (23). Личната отговорност се простира върху отговорността към собствения потенциал и свободен избор на поведение. Здравето е осъзнаване и опазване на собствения потенциал и поемане на отговорност за здравословен начин на живот – хранителен режим, физическа активност, здравословно поведение, откриване на смисъл и цел в живота, оптимизъм, справяне със стреса, запазване на достойнството и автономността на личността. Тук се посочва избягване на рисково поведение и стремеж да не се допусне болест, грижа за ума, тялото и духа. Личността и общността стават основен ресурс в дейността за промоция на здравето. Медицинските науки и социалните науки са изправени пред неотложната и отговорна задача да се създадат нови подходи и механизми за многостранно въздействие върху съвременната личност за формиране на култура на отношение и поведение към

здравето, за свободна изява на способностите и силите на човека за справяне с различните здравни рискови, с болестта и нейните неблагоприятни последици (23).

В концепцията за устойчивост на развитие на здравеопазването трябва да се отчита промяната на парадигмата в медицината от хуманистична към социална и икономическа и оттам необходимостта от ориентиране много повече към лична отговорност за здравето, свързана със стимулиране на съзнателния избор на здравно-промотивно поведение (39,84,103,116). Устойчивото развитие на здравеопазването се стреми да: ориентира здравната политика към общественото здраве, фокусът е насочен към личната отговорност за здравето и да се намали зависимостта от високотехнологична медицина. Отговорност за собственото и общественото здраве е цел на устойчивото развитие в здравната сфера (88).

Лична отговорност за здравето включва следните задължения на всеки член на обществото:

1. Да цени собственото си здраве и това на другите в семейството и общността.
2. Да търси информация относно превенция и промоция на здраве.
3. Да води здравословен начин на живот.
4. Да приеме, че може да моделира собственото си здраве и да го повлиява.
5. Да поддържа активно отношение към живота и да проявява уважение към достойнството на другите.
6. Да знае, че има възможност да прави избор като личност и така да определя собственото си здраве и това на обществото.

Личната отговорност за здравето има ключово значение в процеса на демократизация и хуманизация на клиничната практика. Съществува неувереност от страна на съвременния човек да поеме отговорностите, свързани с опазване и укрепване на неговото здраве, което се дължи на липса на образование и здравна култура, липса на вяра в ефективността на стратегиите за справяне с рисковете за здравето и системата на здравеопазване, липсата на критичен интерес, на заинтересованост и загриженост към собственото здраве и здравно поведение; уязвимост на човека, породена от наличието на заболяване.

Стратегиите за справяне с рисковото поведение и за поемане на лична отговорност за здравето имат за цел да изградят личност, която да управлява себе си и да поема лична отговорност за своето здраве, култура и поведение към здравето, болестта и живота, стил на справяне с рисковете за здравето, с болестта и нейните последици. Тези стратегии за

справяне с рисково поведение и поемане на лична отговорност за здравето се основават на принципа за самопомощ и принципа за социална подкрепа и са образователни. Те осигуряват информация за здравето, начин на живот и рискови фактори, обучават личността за формиране на умения за справяне със стресови ситуации, хронични болести, чувство за малоценност и разстройства на психиката, за проявяване на воля и самоконтрол, свободно и самостоятелно вземане на решения свързани със здравето (112,127).

Трудности при самостоятелно вземане на решения:

1. Човек цени повече близките във времето ползи и удоволствия.
2. Човек надценява рисковете с по-непосредствен израз, които са по-осезаеми.
3. Придържане към здравословен стил на живот се счита за трудно постижимо.
4. Човек е склонен да подценява собственото си рисково поведение в сравнение с това на другите хора.
5. Човек проявява нереалистичен оптимизъм по отношение на личния риск за здравето и поема по-големи рискове отколкото са рационални.

Принципът за самопомощ е в основата на пирамидата, отразяваща ПМП и включва самонаблюдение, самодиагностика и активно лично участие в превенцията и лечебния процес. Самопомощта се влияе от самопознанието, самонаблюдението, активното изграждане на самия себе си, осъзнаването на отговорността за личното здраве, възпитанието, образованието, възрастта и пола.

Социалната подкрепа повишава здравните знания, оценката на реалната ситуация, създава увереност, насочва пациента към неговите приятни преживявания, намалява несигурността, повишава увереността, вдъхва кураж.

Личността трябва да прави избор за начина си на живот, за превенцията и опазването на собственото си здраве.

3.4.3. Здравна грамотност като елемент на концепцията за УР на здравеопазването

„Здравната грамотност като елемент на общата грамотност включва знанията, мотивацията и компетентността на индивида да придобива, разбира, оценява и използва здравна информация, за да преценява, взема решения и изпълнява препоръки относно лечението и профилактиката на заболяванията и здравната промоция с цел поддържане и по-

добряване качеството на живот през целия жизнен цикъл.“ **(Определение на ЕС за Здравна грамотност).**

Ниската здравна култура води до: посещаване на лечебните заведения на по-късен етап на заболяването, по-чести хоспитализации и по-често използване на спешна помощ, затруднения в разбирането на състоянието и подходите за лечение, трудно разбиране на здравната информация и превантивните дейности, трудности в спазване на лечебния план, което води до намалена ефективност на лечебните дейности, липса на здравословен начин на живот, по-лош здравен статус и по-висока смъртност, повишаване на риска от грешки, повече хоспитализации, повишени разходи за здравеопазване. Факторите, които корелират с нивото на здравна информираност на хората са: възраст, пол, принадлежност към малцинствени групи, образователно ниво, бедност, наличие на увреждания, наличие на здравна осигуреност, самооценка на личното си здраве. Най-трудно намират и разбират здравна информация 18-24-годишните, хората над 55-годишна възраст, тези с нисък социален статус и нисък образователен ценз, безработни, социално слаби лица, лица с хронични заболявания. Това са прицелни групи по отношение на здравната грамотност **(147,148,150).**

През 2000 г. Nutbeam предлага модел за здравно ограмотяване **(149,150):**

1. Функционална грамотност – базови знания за разбиране на печатни материали, четене и разбиране на етикети, информационни брошури и др.
2. Интерактивна грамотност – пациентите оценяват здравната информация и проявяват разбиране към провежданото лечение.
3. Критична грамотност – пациентите преценяват предимства и предизвикателства, могат да приемат или откажат предложената стратегия.

За ефективност на програмите за повишаване на здравната култура трябва да се включат съвместно държавна политика, здравна политика, активно междусекторно сътрудничество, добри професионалисти.

Здравното образование използва методи на информиране, насърчаване, убеждаване, свобода на избор и авторитета на преподавателя и на лидера **(147,157)**. Целта е развиване на умения и формиране на субективна здравна култура, посредством която се вземат решения и действия за създаване на здравословен начин на живот.

3.4.4. Начин на живот, промоция на здраве и профилактика на заболяванията

„Гените зареждат оръдието, а стилът на живот дръвва спусъка”

Dr Elliot Joslin, 1992

Холистичният подход за укрепване на здравословните характеристики на всекидневния живот на хората предлага процедури и правила на взимане на решения за здравословен стил на живот. Позитивните фактори са: здравословно хранене, физическа активност, здравословен сексуален живот, справяне със стреса и кризите на личността, семейно планиране. Най-отчетливо се изявява тази идея в холистичния, биопсихосоциален подход към здравето. Биопсихосоциален подход към здравето разглежда връзката между живот, околна среда, човешката биология и здравеопазването и е отразен в Отавската харта на СЗО за промоция на здравето (1986) **(23,194)**. Тя поставя основите на една нова социално-здравна политика, съчетаваща разнообразни законодателни и административни мерки, интервенции и координирани действия насочени към създаване на възможности за равенство за всички хора. Целите на концепцията са насочени към рисковете от епидемии, защита на околната среда, предотвратяване на травмите, насърчаване на здравословно поведение, борба с бедствията, поддържане на добър здравен статус на населението. Мерките за въздействие са директни като имунизациите и индиректни – обществена подкрепа, безопасни водоизточници, подобро хранене, ефективни системи за сметосъбиране **(39,60)**.

Здравословният начин на живот е система от жизнени дейности, съобразена със запазването и подобряването на здравето на отделния индивид. Здравословният стил е основен израз на позитивно здравно поведение, което предполага владене на умения за здравно-промотивно поведение. Здравословният начин на живот зависи от: личната здравна култура, ценностната ориентация и здравната мотивация. Формирането на здравословния стил на живот е една от главните цели на съвременната стратегия за промоция на здравето **(96)**. Ето защо един от факторите на устойчиво развитие е промоцията на здраве. Доброто здравно състояние на населението допринася за по-доброто икономическо състояние на нацията и създаването на материални блага.

Промоцията на здраве насочва усилията към създаване на климат, стимулиращ придобиване на знания и нагласи, убеждения и практики за постигане на по-добри здравни резултати чрез организирано участие, включващо всички нива на здравната политика – от

институциите на държавата и гражданското общество до отделната група, семейство и индивид. Промоцията на здраве е процес, при който хората получават възможност да увеличат контрола върху своето здраве и да го подобрят. Това е модел, насочен към всички. Крайната цел на промоцията на здраве е постигане на позитивни и устойчиви промени в здравния статус на населението и околната му среда (17). В превенцията на заболяванията личното участие на пациента във вземането на решения за здравето му и лечебния процес е от голямо значение. Тъй като се налага пациентите да поемат по-голяма отговорност за собственото си здраве, се изискват и нови умения на клиницистите за подпомагане на пациентите и даване на възможност чрез консултиране те да променят рисковото си поведение и да участват активно в лечебния процес чрез повишаване на тяхното здравно възпитание и мотивация. Хората не трябва да са пасивни консуматори на медицински грижи, а да проявяват самоконтрол за по-добро здраве (94,111,116). Промоцията на здраве включва препокриващите се сфери на профилактика, протекция на здравето и здравно образование, които в своята цялост помагат за укрепване на позитивното и намаляване на негативното здраве (97,103,135).

Промоцията на здраве и профилактиката на болестите са в основата на Европейската политика за здраве през XXI век. Акцентът на стратегията е позитивното здраве, отговорност за здравето чрез хората и преминаване от традиционния медицински модел към широко сътрудничество с всички сфери на обществото за организирани усилия към положителни въздействия за непрекъснато подобряване на общественото здраве. В европейски контекст, концепцията на ПМП се използва и се проучва във връзка с общопрактикуващите лекари (34,59,156). Общопрактикуващият лекар е интегратор и координатор на лечебните и превантивни дейности с пациентите.

Ц. Воденичаров разглежда интегративната роля на ПМП в три измерения (21,26):

- функционална интеграция – включваща интегрален подход към здравните проблеми на човека и общността,
- организационна интеграция – насочена към организацията на работа в здравните центрове и амбулатории,
- образователна интеграция – генерираща знания, умения, желания на здравните специалисти за работа в екип при осигуряване на холистични грижи в извънболнични условия (26).

Уменията на личните лекари включват: промоция на здраве, превенция на заболявания, пресимптоматично откриване на болестта, ранна диагностика, диагноза на установено заболяване, управление на болестта, управление на усложнения на болестта, рехабилитация, терминални грижи и съвети **(68,81)**. Ключовите компетенции на личния лекар са промоция на здравето, профилактика на заболяванията и палиативно лечение.

Рискът за здравето се намалява чрез съвместното действие на програми за промоция на здраве и превенция на болестта и стратегии за повишаване на личната отговорност за здравето чрез мотивация на хората за ангажиране със здравословен начин на живот с помощта на правителствени и неправителствени организации.

Ефективността на превантивните дейности предоставят доказателства, които трябва да се имат предвид в клиничната практика и изработването на здравнополитическите програми **(54,91,116,123,126)**.

Личността и общността стават основен ресурс в дейността за промоция на здравето.

4. Анализ на литературния обзор

В последните десетилетия все повече от страните в Европа и света обръщат внимание на идеята за устойчиво развитие на здравеопазването **(88,95,96)**. За да се осъществи тя успешно, е необходимо да се засегнат всички сфери на общественото развитие. Л. Чакърва посочва някои от причините, водещи до съвременните предизвикателства пред устойчивото развитие на здравеопазването и здравната система. Това са новите медицински технологии, желанията на лекарите да запазят традициите си при новите условия и големите и постоянно нарастващи очаквания на обществото от здравеопазването **(26)**. Всичко това противопоставя лимитирани ресурси срещу нелимитирани желания, повишава недоволството на пациентите, води до финансова неустойчивост на системата **(93,94)**. Като изход от създадените диспропорции в здравната система Л. Чакърва разглежда именно проблемите, пред които се изправя развитието на здравеопазването с цел да достигне устойчивост. Стремещът към устойчивост трябва да се приеме като съзнателен разумен избор за по-нататъшно развитие на човешкото общество. Авторката подробно разработва идеята за устойчиво развитие на здравната сфера, елементите ѝ, принципите на устойчиво развитие и здравето на хората в условията на устойчиво здравеопазване. Изводът ѝ е, че трябва целенасочени усилия, обучение и формиране на умения у бъдещите медицински

професионалисти с цел те активно и съзнателно да участват в дейности и вземат решения в посока към устойчивост на здравната система (94). Устойчивото развитие на здравеопазването е тясно свързано с управлението на търсенето и предлагането на пазара на здравни услуги, което се различава от това в останалите сектори поради факта, че здравният пазар е естествен монопол и ценовите механизми, характерни за останалите стокови пазари, имат ограничено приложение (95,98).

При изграждането на **медицинските професионалисти** трябва да се наложи правилото, че професионалното поведение винаги се базира на етични принципи! Професията изисква отговорност и всеки добър медицински професионалист освен манипулативни, комуникативни и други специфични професионални умения, трябва да притежава и добри етични познания и нагласи. Етиката и професионалната етика са свързани с преценки и вземане на решение като се съобразят норми, ценности, права и задължения, отговорности. В годините на реформа всеки от тези компоненти се променя и това прави темата актуална. Медицинските професионалисти трябва да бъдат подготвяни да преодолеят предизвикателствата за осигуряване на медицинска услуга с високо качество за всеки пациент т.е. индивидуално, но съгласно наложените обществени правила и финансови затруднения (172,181). В сферата на здравеопазването медицинските професионалисти имат свои определени професионални цели, отговорности и интереси. Тяхната главна цел е опазване и подобряване на здравето на човека и обществото, излекуване на болния. Поради тази причина здравеопазването се характеризира със свой професионален морал, свързан с изисквания, които определят отговорност на медицинските професионалисти пред обществото (86,95,97,108). Отговорността следва да бъде споделена между медицинските професионалисти и пациентите.

Медицински ценности са: достъп до медицинска помощ, равенство и справедливост, хуманно отношение и съчувствие към болния, автономност на пациента и свободен избор на лекар и клинична свобода на доктора. За съжаление няма здравна система, в която тези ценности да са реализирани в максимална степен и да е разрешен въпросът с достъпа до медицинска помощ, който е един много важен показател, но не е осъществим в слаборазвитите страни. Неосъществимо е и осигуряването на висококачествени здравни грижи на ниски цени за всички граждани, които се нуждаят от тях, като същевременно гарантира и на пациента, и на лекаря правото на свободен избор.

Клиничната свобода на лекаря е също нереална. Само на определени заболявания лечението е безплатно. За да се притъпят конфликтите при разпределението на средствата се приемат определени критерии и правила. Дали се харесва на лекарите и обществото или не, но вече няма медицина без сметка. Л. Чакърва подчертава необходимостта подходът да бъде променен и хората да поемат повече отговорности за опазване на здравето си. Всеки човек изисква от обществото да осигури задоволяване на неговите потребности. Основният въпрос е кое е най-доброто съотношение между лично и обществено благо **(105)**.

Ролята на пациентите в устойчивото развитие на здравеопазването, моралните аспекти, ценностите и отговорностите са тясно свързани с философията на общественото здравеопазване, което споделя разбирането, че здравето е лична и обществена отговорност. Общественото здравеопазване поставя като своя идеална цел: защитаване здравните права на всички хора за постигане на възможно най-висок здравен статус. За съжаление всяко здравеопазване по света винаги има нужда да се развива и подобрява в социално-икономически, здравно-възпитателен или правно-етичен аспект. Няма идеално и универсално здравеопазване. Предизвикателствата, с които се сблъсква съвременното здравеопазване са лимитирани ресурси, нови технологии, застаряване на населението и повишените очаквания на населението **(153,160, 163,177,198)**.

Бедността влече след себе си намалени ресурси за справяне с предизвикателства породени от потребителските модели на съвременното общество и социалните неравенства. Нерешените здравни проблеми засягат всички, затова има пълно основание те да бъдат политизирани и поставяни своевременно в дневния ред на политиците. Трудностите произтичат от това, че намаляването на болестния товар за обществото изисква не само финансови средства, но и проактивно отношение на пациента, повишаване ефективността на управление във всички обществени сфери.

Необходими са повече обща култура, повече здравна култура, поемане на отговорност и реално инвестиране в дейности по профилактика и промоция на здраве във всички обществени и частни структури – това е пътят към устойчиво подобряване на общественото здраве **(143,151,153,180,182,183)**.

Съвременното общество допуска и не решава натрупването на проблеми, свързани с нездравословен начин на живот, нездрава околна, битова и работна среда.

Необходимо е да се проучи нивото на здравна грамотност на пациентите, личната отговорност към здравето им и отношението им към промоция на здраве и профилактиката на заболяванията, за да се намери най-подходящият подход за разрешаване на проблема с здравното възпитание на пациентите, тяхната мотивация и контрол. Невъзможно е без осъществяване на контрол на пациенти и медицински професионалисти да се очакват позитивни резултати.

Ключова роля в промоция на здраве, превенция и профилактика на заболяванията имат общопрактикуващите лекари (ОПЛ), което показва същественото значение да се проучи отношението и доверието на пациентите към тяхната дейност.

Отговорността е споделена и изисква да се изследват и нагласите на медицинските професионалисти към промоция и профилактика, тяхната лична отговорност към собственото им здраве, желанието да се спазват етичните принципи и норми.

Декларацията на СЗО от 1976 г. създава идеята за „право на здраве“, което включва задължения на индивидите по отношение на начин на живот и грижа за околната среда, като се взимат предвид икономическите условия, културните и социални различия на обществото (197). Необходимо е друг вид мислене, което е от изключителна важност, за да настъпи позитивна промяна на поведението. Дали индивидът и обществото са готови за промяна е обсъждан въпрос, тъй като готовността за промяна е лична и задвижваща сила на промяната. В света на ограничени ресурси трябва да се оптимизира публично финансираната здравна грижа за индивида, така че да се подобри здравето на индивида, групата и обществото.

„Неизбежно всеки човешки живот достига до своя край. Най-важният приоритет пред какъвто и да било друг, е грижата този край да дойде по възможно най-достоеен и безболезнен начин. Това е приоритет не само на медицинската професия, на здравния сектор или на социалните служби, това е приоритет на всяко общество, семейство и индивид“.

(194)

Всеки има право на здраве, което е основа на човешкото щастие (24). Изисквания към съвременната личността са да е добре здравно образована и готова да е свободна за съзнателен избор на медицинска помощ (6,7).

Устойчивото развитие е тясно свързано с моралните ценности (96,97). Устойчивото развитие на здравеопазването е етически идеал, но същевременно и императив (59).

Стремежът е към постигането на устойчивост на системата, при съхранение на морала и поемане на лична отговорност към собственото здраве и това на обществото. Необходимо е неспирно подобряване на здравната култура, подпомагане на грижата за здравето и поощряване на усилията и успехите на индивидите.

Устойчивото развитие на човешкото общество изисква възраждане на идеята за хуманизма и избора му като водещ критерии на прогреса. Устойчивото развитие в медицината, която е безспорно една от най-човешките и благородни области на дейност на хората, е поставено на изпитание да намери баланса между трудно съвместимите ценности на хуманистичните идеи и посоката, в която здравеопазването е тръгнало да се развива, а именно към нестабилност, нежелание за поемане на отговорност от страна на пациенти и на медицински професионалисти, и за съжаление деморализация. Медицинската практика и наука трябва да преоткрият своите хуманни корени. Необходим е баланс между „пазарното“, разумното и полезното. Това означава да се намери равновесието между правата на човека в здравеопазването, солидарността и пазарните елементи в управлението на здравните ресурси **(88,184)**. Изисква се разумна достатъчност без прехосване на природни ресурси с цел да оставим на бъдещите поколения по-богата природа **(46,54,116,136,141)**.

II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕ

1. Цел

Целта е да се проучи и повиши готовността на населението за поемане на лична отговорност за собственото здраве като се повиши здравната грамотност на населението за укрепване на моралните аспекти на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването.

2. Задачи

За постигането на поставената цел бяха формулирани следните задачи:

1. Да се изследва процентът на наличие на личен лекар (ОПЛ) сред населението и доверието на пациентите към тях като се проучи отношението на пациенти и медицински професионалисти към профилактичните прегледи и новите диагностични методи за ранна диагностика и лечение.
2. Да се проучи отношението на пациентите и медицинските професионалисти в ролята им на пациенти за поемане лична отговорност за грижа за здравето им и оценка на нивото на здравната им култура както и готовността на пациентите да заплащат за медицински услуги.
3. Да се проучи мнението на пациентите и медицинските професионалисти по отношение профилактика на заболяванията и да се оцени адекватността на профилактичната дейност на медицинските професионалисти по мнение на двете страни и нивото на информираност на пациентите както и да се проучи нагласата на медицинските професионалисти за продължаващо следдипломно обучение.
4. Да се изработят материали за повишаване на здравната грамотност на населението и да се изработи „Здравно досие на пациента”, в което пациентите да запазват резултати от проведени изследвания, рецептурни книжки и рецепти, така че всички медицински документи да се съхраняват на едно място.

3. Материал и методи на изследване

За реализиране на задачите се проведе анкетно проучване и се изработиха материали за повишаване на здравната грамотност на населението.

Използваните в дисертационния труд методи за събиране на необходимата информация са:

- **Социологически методи:**

– **Анкетен метод – пряка индивидуална анкета** – обект на настоящото проучване са взелите участие в анкетното проучване пациенти и медицински професионалисти – лекари в болнични заведения, ОПЛ, дентални лекари и медицински сестри, в гр. София и 4 бр. ОПЛ от гр. Пирдоп и 2 бр. ОПЛ от с. Атон.

- **Методи за обработка на информацията:**

– **Статистически методи** – в разработката са използвани широк кръг описателни и аналитични статистически методи:

1. **Дескриптивен анализ** – в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци, разбити по групи на изследване.
2. **Вариационен анализ** – за оценка на характеристиките на централната тенденция и статистическо разсейване.
3. **Алтернативен анализ** – за сравняване на относителни дялове.
4. **Корелационен анализ** – за проверка наличието на линейна зависимост между количествени признаци.
5. **Графичен анализ** – за визуализация на получените резултати.
6. **Тест χ^2 на Pearson** – за проверка на хипотези за наличие на връзка между категориални променливи.

Отговорите на въпросите на анкетата бяха изследвани и статистически обработени според възраст, пол и образование на анкетираните.

Посочените методи при провеждане на проучването взаимно се допълват, което позволява информацията да бъде многостранно оценена.

- **Контингент изследвани лица**

Анкетираните са разделени в две големи групи – 1. Пациенти и 2. Медицински професионалисти, които са подразделени на общопрактикуващи лекари, лекари в болнични заведения, дентални лекари, медицински сестри като са изработени три анкети съответ-

но за пациенти, медицински сестри и медицински професионалисти включващи лекари в болнични заведения, ОПЛ, дентални лекари.

В проучването бяха анкетирани **общо 893 участника** както следва:

- Пациенти – 467 бр.:

Анкетите от анкетираните пациенти са събрани за период от 6 месеца (09.2016 г. – 03.2017 г.)

Общият им състав се състои от: 23 бр. съседни, във входа, в който живея; 206 бр. работещи в сградата на КНСБ; 10 бр. персонал на бирария „Двете халби“; 7 бр. персонал на ресторант „Морино“; 15 бр. персонал на козметични салони; 18 бр. персонал на ресторант „Кривото“; 25 бр. персонал на фирма „Точките“; 131 бр. мои пациенти ; 6 бр. Катера-чи зала Бонсист; 26 бр. преподаватели в училище ЕСПА;

- Медицински професионалисти – 426 бр.:

Анкетите от анкетираните медицински професионалисти са събрани за период от 10 месеца (09.2016 г. – 07.2017 г.) .

Медицински сестри – 106 бр.: 75 бр. от ФДМ; 12 бр. „Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда“; 13 бр. УМБАЛ „Свети Иван Рилски“; 6 бр. Медицински център „Панацея“

Общопрактикуващи лекари – 80 бр.: 16 бр. – УМБАЛ „Софиямед“; 18 бр. – Поликлиника на ВМА; 5 бр. „Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда“, 16 бр. Медицински център „Лора“; 14 бр. Болница „Сердика“; 4 бр. от гр. Пирдоп и 2 бр. от с. Атон; 5 бр. от 14 ДКЦ

Лекари в болнични заведения – 117 бр.: 8 бр. Медицински център „Панацея“; 40 бр. „Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда“; 26 бр. УМБАЛ „Софиямед“; 18 бр. УМБАЛ „Свети Иван Рилски“, 25 бр. УМБАЛ „Александровска болница“

Дентални лекари – 123 бр.: 86 бр. от ФДМ, 37 бр. – колеги на свободна практика

Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите. Интервалът на доверителност при уронен на значимост $P(p) = 0,05$ дава информация за оценка точността на анализираниите показатели.

- **Логическа единица** на наблюдението са анкетираните пациенти и медицински професионалисти.

- **Техническа единица** на наблюдението са: „Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда”, УМБАЛ „Софиямед”, УМБАЛ „Свети Иван Рилски”, УМБАЛ „Александровска болница”, Медицински център „Панацея”, Медицински център „Лора”, Поликлиника на ВМА, Болница „Сердика”, кабинети на ОПЛ в гр. Пирдоп и с. Антон.
- **Време и място на наблюдението**

Анкетите от анкетиранияте пациенти са събрани за период от 6 месеца (09.2016 г. – 03.2017 г.) в гр. София. Анкетите от анкетиранияте медицински професионалисти са събрани за период от 10 месеца (09.2016 г. – 07.2017 г.) в гр. София, гр. Пирдоп и с. Антон.

Анкетите са приложени в Приложение № 1, 2, 3 Съответно Анкета за пациенти, Анкета за медицински професионалисти и Анкета за медицински сестри.

III. РЕЗУЛТАТИ

1. Характеристика на анкетираните

1.1. Възрастова и полова структура на анкетираните

- **Медицински сестри**

Всички анкетирани медицински сестри са жени.

Разпределението по възрастови групи е представено на Табл. № 1 и Фиг. № 2. Най-голям относителен дял от медицинските сестри се наблюдава в групата на 45-59-годишните – 47.2%. Най-нисък е дялът на над 59-годишните – 10.4%.

Таблица № 1. Разпределение на медицинските сестри по възрастови групи

Възраст	Жени n (%)
25-44 г.	45 (42,4)
45-59 г.	50 (47,2)
60+ г.	11 (10,4)
Общо	106 (100)

- **Други медицински професионалисти – ОПЛ, лекари, работещи в болнични зведения, детални лекари**

При изследваните лични лекари (ОПЛ) преобладават жените, които са 82.5% от общия брой (Табл. № 2). От анкетираните лекари, работещи в болница, по-голям брой са мъже – 59.8%. При денталните лекари съотношението мъже/жени е подобно както при лекарите, а именно мъже – 60,2% и жени – 39.8% (Фиг. № 1 и Табл. № 3).

По отношение на възрастовата структура, при ОПЛ и лекарите, работещи в болница, най-висок дял заемат 45-59 годишните, съответно 66.3% и 48.7% (Табл. № 2). При денталните лекари с най-висок относителен дял са 25-44-год. – 45.9% (Фиг. № 2).

*Таблица № 2. Разпределение на медицинските професионалисти
по пол и възрастови групи*

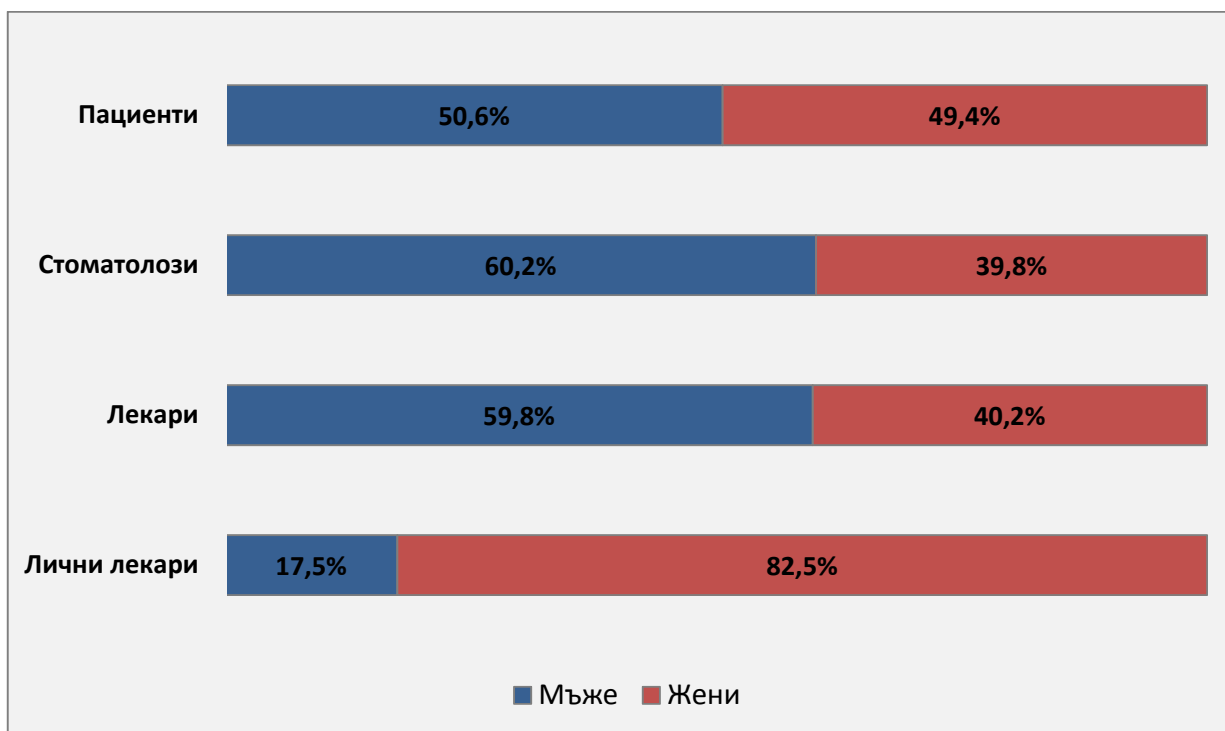
Група	Възраст	Мъже п (%)	Жени п (%)	Общо п (%)
ОПЛ	25-44 г.	1 (7,1)	25 (37,9)	26 (32,5)
	45-59 г.	13 (92,9)	40 (60,6)	53 (66,3)
	60+ г.	0 (0,0)	1 (1,5)	1 (1,3)
	Общо	14 (100)	66 (100)	80 (100)
Лекари	25-44 г.	29 (41,4)	24 (51,1)	53 (45,3)
	45-59 г.	37 (52,9)	20 (42,6)	57 (48,7)
	60+ г.	4 (5,7)	3 (6,4)	7 (6,0)
	Общо	70 (100)	47 (100)	117 (100)
Дентални лекари	25-44 г.	32 (43,2)	24 (50,0)	56 (45,9)
	45-59 г.	35 (47,3)	16 (33,3)	51 (41,8)
	60+ г.	7 (9,5)	8 (16,7)	15 (12,3)
	Общо	74 (100)	48 (100)	122 (100)

• **Пациенти**

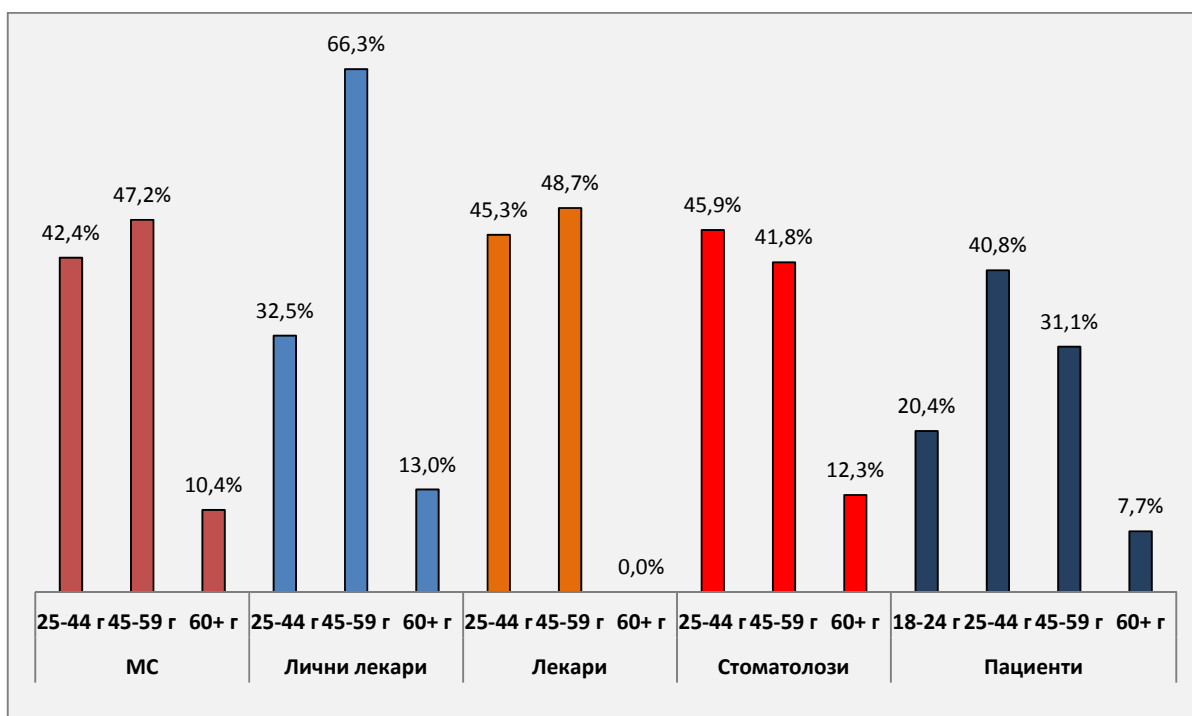
Разпределението на пациентите по пол е сравнително равномерно, като лек превес имат мъжете, които са 50.6% от всички анкетирани пациенти (Табл. № 3, Фиг. № 1 и 2). Най-висок дял в общата структура на възрастта на изследваните пациенти заемат 25-44 годишните с 40.8%. Най-нисък е дялът на пациентите над 59 години – 7.7% (Табл. № 3, Фиг № 1).

Таблица № 3. Разпределение на пациентите по пол и възрастови групи

Възраст	Мъже п (%)	Жени п (%)	Общо п (%)
18-24 г.	45 (19,1)	50 (21,7)	95 (20,4)
25-44 г.	97 (41,1)	93 (40,4)	190 (40,8)
45-59 г.	78 (33,1)	67 (29,1)	145 (31,1)
60+ г.	16 (6,8)	20 (8,7)	36 (7,7)
Общо	236 (100)	230 (100)	466 (100)



Фигура № 1. Разпределение на анкетираните по пол в изследваните групи



Фигура № 2. Разпределение на анкетираните по възраст в изследваните групи

**1.2. Разпределение на анкетираниите пациенти по образование,
в зависимост от пола**

42,8% от анкетираниите мъже и 37,1% са със средно образование, а с висше образование са 57,2% от мъжете и 62,9% от жените (Табл. № 4).

*Таблица № 4. Разпределение на анкетираниите пациенти по образование,
в зависимост от пола*

Образование	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	Р
Средно	101 (42,8)	85 (37,1)	186 (40)	0,211
Висше	135 (57,2)	144 (62,9)	279 (60)	
Общо	236 (100)	229 (100)	465 (100)	

**1.3. Разпределение на анкетираниите пациенти по образование,
в зависимост от възрастовата група**

Във възрастова група 60+-годишни има най-много висшисти – 83,3%, като общо 60% от анкетираниите са висшисти. Приблизително еднакъв процент са и висшистите в групите 25-44-годишни – 68,8% и 45-59-годишни – 66,9%. Най-висок е процентът на среднистите във група 18-24-годишни. Приблизително равен е процентът на среднистите във групите 25-44-годишни и 45-59-годишни (Табл. № 5).

*Таблица № 5 Разпределение на анкетираниите пациенти по образование,
в зависимост от възрастовата група*

Образование	Възраст				Общо n (%)	Р
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Средно	73 (76,8)	59 (31,2)	48 (33,1)	6 (16,7)	186 (40)	<0,001
Висше	22 (23,2)	130 (68,8)	97 (66,9)	30 (83,3)	279 (60)	
Общо	95 (100)	189 (100)	145 (100)	36 (100)	465 (100)	

2. Резултати от отговори на въпроси от анкетното проучване

2.1. Ангажираност на пациентите към лично здраве (резултати от отговори на въпроси от 1-5)

Тези въпроси са свързани с наличие на ОПЛ, доверие в ОПЛ, вяра в профилактиката на заболяванията и редовно посещение на профилактични медицински и дентални прегледи, като морален аспект на доверие и ангажираност на пациентите с цел полагане на основите на концепцията на устойчиво развитие на здравеопазването.

2.1.1. Резултати от отговори на въпроси от 1 до 5 от анкети за Медицински сестри

При медицинските сестри е представено разпределението на анкетираните само по отговори на въпросите, тъй като при тях няма мъже.

По отношение на въпрос № 1 „Имате ли личен лекар?“ според критерия „пол“ 99,1% от медицински сестри, които са само жени, имат лични лекари (ОПЛ) и само 1 жена (0.9%) – няма ОПЛ.

По отношение на въпрос №2 „Имате ли личен зъболекар?“ – 60% от медицинските сестри нямат такъв.

По отношение на въпрос № 3 „Доверявате ли се на вашия личен лекар?“ – 35% от медицинските сестри отговарят с „Не“, 20% с „Да“, а 45% от тях търсят друго мнение.

По отношение на въпрос № 4 „Вярвате ли в профилактиката на заболяванията“ – по-малко от 1% не вярват в профилактиката, 71,7% вярват в профилактиката, 27,4% не обръщат внимание на профилактиката.

По отношение на въпрос № 5 „Ходите ли редовно на профилактични прегледи“:

- Медицински прегледи: 67% от медицинските сестри не посещават профилактични прегледи;
- Стоматологични прегледи: 82,1% от медицинските сестри не посещават профилактични прегледи;

Обобщено тълкувание на статистическите таблици от въпрос 1 до 5 от анкетите за медицински сестри е представено на Табл. № 6.

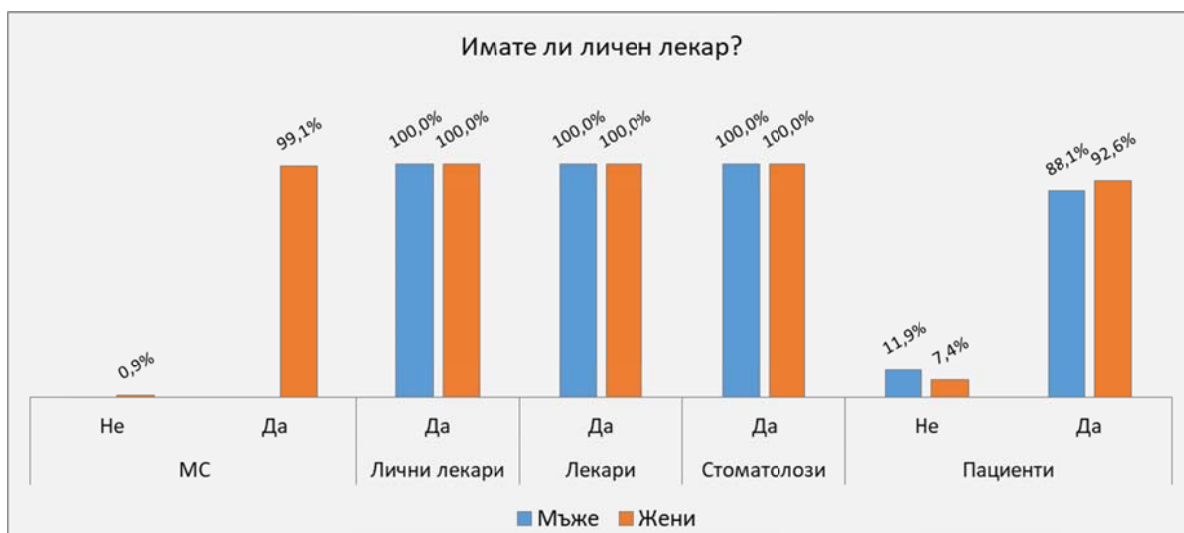
Таблица № 6. Разпределение на анкетираните медицински сестри
по отговори на въпросите от анкетата

Въпрос	Отговор	Жени n (%)
1. Имате ли личен лекар?	Не	1 (0,9)
	Да	105 (99,1)
2. Имате ли личен зъболекар?	Не	63 (59,4)
	Да	43 (40,6)
3. Доверявате ли се на вашия личен лекар?	Не	37 (34,9)
	Да	21 (19,8)
	Не напълно, търся и друго мнение	48 (45,3)
4. Вярвате ли в профилактиката на заболяванията?	Не	1 (0,9)
	Да	76 (71,7)
	Не обръщам внимание на профилактиката	29 (27,4)
5. Ходите ли редовно на медицински профилактични прегледи?	Не	71 (67)
	Да	35 (33)
6. Ходите ли редовно на стоматологични профилактични прегледи?	Не	87 (82,1)
	Да	19 (17,9)

**2.1.2. Резултати от отговори на въпроси от 1 до 5 от анкети
за Медицински професионалисти и анкети за Пациенти**

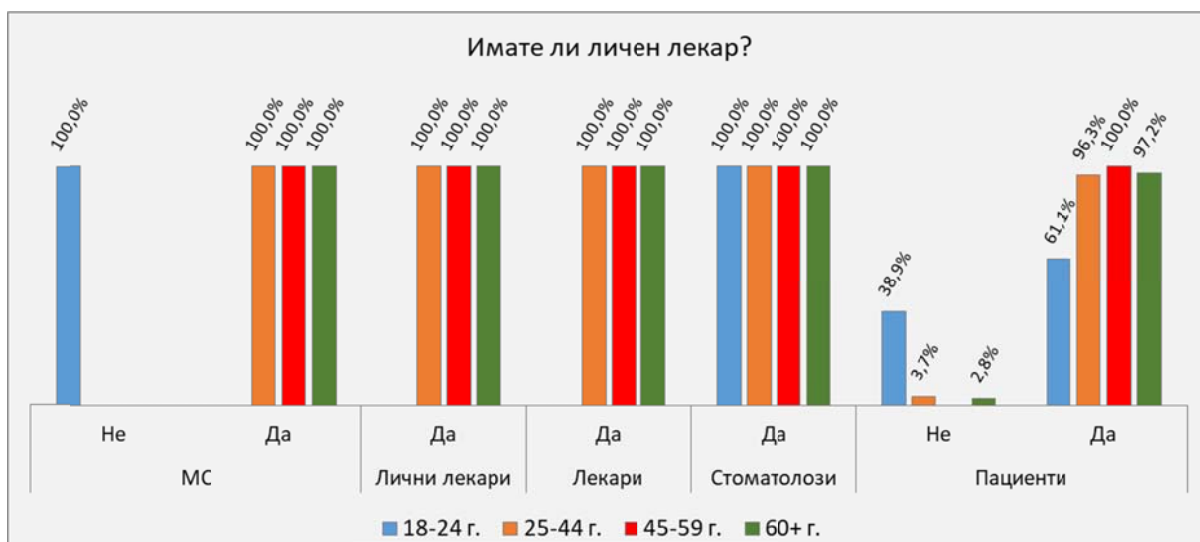
2.1.2.1. Резултати от отговори на въпрос № 1 „Имате ли личен лекар?“

Една единствена медицинска сестра от анкетираните във възрастова група 25-44-годишни няма ОПЛ. Всички останали от анкетираните медицински професионалисти (ОПЛ, лекари в болнични заведения, дентални лекари) съобщават, че имат личен лекар. При медицинските професионалисти 100% имат ОПЛ като около 60% от анкетираните дентални лекари и лекари са мъже, а от анкетираните ОПЛ 17,5% са мъже (Фиг. № 3, Фиг. № 4). От пациентите – 88,1% от мъжете и 92,6% от жените имат ОПЛ, общо 90,3% от анкетираните пациенти имат ОПЛ, а общият процент, на тези които нямат ОПЛ е 9,7% като от тях 11,9% са мъже и 7,4% са жени (Фиг. № 3).



Фигура № 3. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Имате ли личен лекар?“, в зависимост от пола

От Фигура № 4 се вижда, че 100% от пациентите на възраст от 45-59-години имат личен лекар, последвани от 97,2% – 60+-годишни и 96,3% – 25-44-годишни. Възрастовата група 18-24-годишни само 61,1% имат личен лекар.



Фигура № 4. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса: „Имате ли личен лекар?“, в зависимост от възрастовата група

На Табл. № 7 се вижда, че 22% от средните нямат личен лекар, за разлика от висшите, които само 1,4% нямат ОПЛ. Има достоверна разлика по отношение на образованието и наличието на ОПЛ; $p < 0,001$.

Таблица № 7. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Имате ли личен лекар?“, в зависимост от образованието

Имате ли личен лекар?	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Не	41 (22)	4 (1,4)	45 (9,7)	<0,001
Да	145 (78)	275 (98,6)	420 (90,3)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

2.1.2.2. Резултати от отговори на въпрос № 2 „Имате ли личен зъболекар?“

72,4% от медицинските професионалисти също нямат личен дентален лекар, също така висок е процентът и при пациентите, които нямат лични зъболекари, като с приблизително 10% повече са мъжете спрямо жените. При личните лекари 41,3% отговарят, че нямат **личен зъболекар**, в групата на мъжете този процент е 35,7%, а при жените е 41,3%. Не се наблюдава статистически значима връзка между отговорите на въпроса „Имате ли личен зъболекар?“ и пола; $p = 0,643$. Много висок е процентът на пациентите, които нямат личен зъболекар (Фиг. № 5). На Фигура № 5 се вижда, че повече от 50% от всички медицински професионалисти нямат личен дентален лекар.



Фигура № 5 Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса: „Имате ли личен зъболекар?“, в зависимост от пола.

Най-висок процент на липсващ личен дентален лекар се наблюдава при денталните лекари във всички възрастови групи – средно 72,1%, най-много за младите зъболекари на възраст 25-44-годишни – 83,9%. За лекарите, тези които нямат личен дентален лекар са с най-висок процент във възрастова група 45-59-годишни – 59,6%. При медицинските сестри по равен процент нямат личен дентален лекар и в двете възрастови групи 25-44-годишни и 45-59-годишни – по 60%. За личните лекари разликата в двете възрастови групи 25-44-годишни и 45-59-годишни е малка – общо 41,3% нямат личен зъболекар (Табл. № 8).

Таблица № 8. Разпределение на анкетираните медицински специалисти по отговори на въпроса: „Имате ли личен зъболекар?“, в зависимост от възрастовата група

Група	Имате ли личен зъболекар?	Възраст			Общо n (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
МС	Не	27 (60)	30 (60)	6 (54,5)	63 (59,4)	0,941
	Да	18 (40)	20 (40)	5 (45,5)	43 (40,6)	
	Общо	45 (100)	50 (100)	11 (100)	106 (100)	
Лични лекари	Не	9 (34,6)	23 (43,4)	1 (100)	33 (41,3)	0,368
	Да	17 (65,4)	30 (56,6)	0 (0)	47 (58,8)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	36 (67,9)	34 (59,6)	3 (42,9)	73 (62,4)	0,366
	Да	17 (32,1)	23 (40,4)	4 (57,1)	44 (37,6)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	47 (83,9)	31 (60,8)	10 (66,7)	88 (72,1)	0,025
	Да	9 (16,1)	20 (39,2)	5 (33,3)	34 (27,9)	
	Общо	56 (100)	51 (100)	15 (100)	122 (100)	

Таблица № 9 показва следната зависимост – по-малка възраст, по-висок процент на анкетираните пациенти, които нямат лични дентални лекари. Във всички групи за съжаление процентът е изключително висок ; $p < 0,001$.

Таблица № 9 Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:

„Имате ли личен зъболекар?“, в зависимост от възрастовата група

Имате ли личен зъболекар?	Възраст				Общо n (%)	p
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Не	77 (81,1)	134 (70,5)	99 (68,3)	18 (50)	328 (70,4)	<0,001
Да	18 (18,9)	56 (29,5)	46 (31,7)	18 (50)	138 (29,6)	
Общо	95 (100)	190 (100)	145 (100)	36 (100)	46600)	

Независимо, че има достоверна разлика по показател образование и в двата случая пациенти със средно образование – 78,5% и с висше образование – 64,9% нямат личен дентален лекар; $p = 0,002$ (Табл. № 10).

Таблица № 10. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:

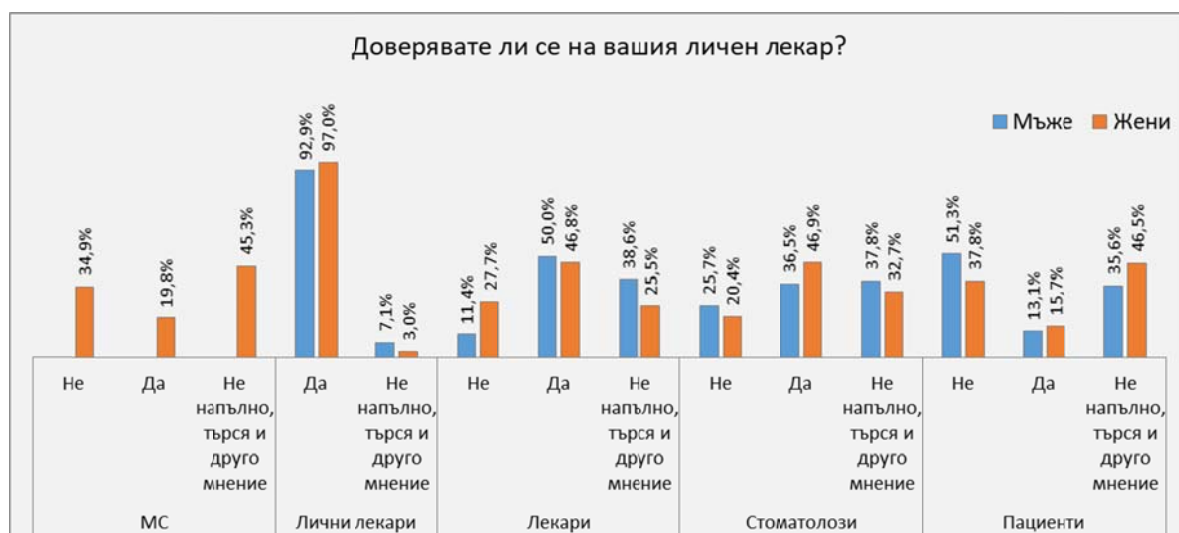
„Имате ли личен зъболекар?“, в зависимост от образованието

Имате ли личен зъболекар?	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Не	146 (78,5)	181 (64,9)	327 (70,3)	0,002
Да	40 (21,5)	98 (35,1)	138 (29,7)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

2.1.2.3. Резултати от отговори на въпрос № 3 „Доверявате ли се на вашия личен лекар?“

От медицинските професионалисти ОПЛ проявяват най-големия общ процент на доверие в ОПЛ – 96,3% и нито един не е избрал отговор, че не вярва на своя ОПЛ като много е малък процентът на тези, които търсят друго мнение 3,8% (Фиг. № 6). Позитивното отношение на лекарите и проявата на доверие в ОПЛ е почти 50% (48,7%), само 17,9% от лекарите нямат доверие на своите ОПЛ, но процентът на търсещите друго мнение е висок – 33,3%. Жените лекари с почти 20% повече от мъжете не вярват на ОПЛ, а половото разпределение, на тези които се доверяват на ОПЛ е приблизително еднакво (Фиг. № 6). Дентални лекари – еднакво е разпределението на жените и мъжете, които не се доверяват на ОПЛ и общият им процент е 23,6%. Жените стоматолози с 10% повече от мъжете вярват на своите ОПЛ и общият процент е 40% на доверие, еднакво е разпределението между двата пола и сумарно 35,8% от зъболекарите търсят второ мнение. Пациентите – 45% не

се доверяват на ОПЛ, само 14% им вярват, а останалите 41% търсят друго мнение, мъжете пациенти са по-недоверчиви, но по-малко търсят друго мнение. По отношение на това дали имат доверие на личния си лекар 51,3% от мъжете дават отрицателен отговор, а при жените този процент е значимо по-нисък – 37,8%; $p = 0,013$ (Фиг. № 6).



Фигура № 6. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса: „Доверявате ли се на вашия личен лекар?“, в зависимост от пола

На таблица № 11 се проследява доверието на пациенти в личните лекари според образованието на анкетираните пациенти – малък е процентът на висшистите, които се доверяват само 17,9%, по-висок е на недоверяващите се 31,9%. Висшистите – 50,2% два пъти повече от среднистите – 26,9% търсят друго мнение. И все пак среднистите показват почти два пъти по-висок процент на недоверие в ОПЛ – 64% и почти два пъти по-нисък процент на доверие в ОПЛ.

Таблица № 11. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Доверявате ли се на вашия личен лекар?“, в зависимост от образованието

Доверявате ли се на вашия личен лекар?	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Не	119 (64)	89 (31,9)	208 (44,7)	<0,001
Да	17 (9,1)	50 (17,9)	67 (14,4)	
Не напълно, търся и друго мнение	50 (26,9)	140 (50,2)	190 (40,9)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

Единствено от ОПЛ нито един от анкетираните не е отговорил отрицателно за доверието в личния лекар. 96,3% му се доверяват и само 3,8% търсят друго мнение. За денталните лекари и лекарите най-висок процент на недоверие се проявява във възрастта 25-44-годишни. Най-висок общ процент на недоверие в ОПЛ се среща при медицинските сестри като раликата в групите 25-44-годишни – 40% и 60+-годишни – 45,5% е само 5,5% (Табл. № 12).

Таблица № 12. Разпределение на анкетираните медицински професионалисти по отговори на въпроса: „Доверявате ли се на вашия личен лекар?“, в зависимост от възрастовата група

Група	Доверявате ли се на вашия личен лекар?	Възраст			Общо n (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
МС	Не	18 (40)	14 (28)	5 (45,5)	37 (34,9)	0,259
	Да	5 (11,1)	13 (26)	3 (27,3)	21 (19,8)	
	Не напълно, търся и друго мнение	22 (48,9)	23 (46)	3 (27,3)	48 (45,3)	
	Общо	45 (100)	50 (100)	11 (100)	106 (100)	
Лични лекари	Да	23 (88,5)	53 (100)	1 (100)	77 (96,3)	0,039
	Не напълно, търся и друго мнение	3 (11,5)	0 (0)	0 (0)	3 (3,8)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	15 (28,3)	6 (10,5)	0 (0)	21 (17,9)	0,001
	Да	16 (30,2)	34 (59,6)	7 (100)	57 (48,7)	
	Не напълно, търся и друго мнение	22 (41,5)	17 (29,8)	0 (0)	39 (33,3)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	21 (37,5)	7 (13,7)	0 (0)	28 (23)	<0,001
	Да	18 (32,1)	19 (37,3)	13 (86,7)	50 (41)	
	Не напълно, търся и друго мнение	17 (30,4)	25 (49)	2 (13,3)	44 (36,1)	
	Общо	56 (100)	51 (100)	15 (100)	122 (100)	

Най-недоверчиви от пациентите са 18-24-годишни – 70,5%, но и най-малко търсеци друго мнение – 25,3%. Недоверието намалява във следните възрастови групи 45-59-годишни – 40,7%, 60+-годишни – 38,9% и последни са 25-44-годишни – 35,8%. Най-много търсят друго мнение във възрастта 45-59-годишни – 50,3%, последвани от 25-44-годишни – 41,6% (Табл. № 13).

Таблица №13 Разпределение на анкетираниите пациенти по отговори на въпроса:
„Доверявате ли се на вашия личен лекар?“, в зависимост от възрастовата група

Доверявате ли се на вашия личен лекар?	Възраст				Общо n (%)	p
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Не	67 (70,5)	68 (35,8)	59 (40,7)	14 (38,9)	208 (44,6)	<0,001
Да	4 (4,2)	43 (22,6)	13 (9)	7 (19,4)	67 (14,4)	
Не напълно, търся и друго мнение	24 (25,3)	79 (41,6)	73 (50,3)	15 (41,7)	191 (41)	
Общо	95 (100)	190 (100)	145 (100)	36 (100)	46600)	

2.1.2.4. Отговори на въпрос № 4 „Вярвате ли в профилактиката на заболяванията?“

При денталните лекари и ОПЛ нито един от анкетираниите не е отговорил отрицателно, само от лекарите (1 мъж и 2 жени) не вярват в профилактиката на заболяванията. Процентът на вярващите в профилактиката е най-висок 90% за ОПЛ, последвани от лекарите с 82,9% и от денталните лекари с 70% вярващи в профилактиката, което е приблизително същият процент на вярващи от медицинските сестри 71,7% (Фиг. № 7). Най-нисък и в същото време доста висок позитивен резултат на доверие са дали анкетираниите пациенти – 59,7%, като от тях 65,2% от жените, докато при мъжете този процент е значимо по-нисък – 54,2%; $p = 0,032$ (Фиг. № 7). Не обръщат внимание на профилактиката 10% от ОПЛ, 14,5% от лекарите, 30% от денталните лекари и 33,5% от пациентите. При лекарите съотношението мъже към жени е приблизително еднакво във връзка с отговора „Не обръщам внимание на профилактиката“, а от анкетираниите пациенти два пъти повече мъже не вярват в профилактиката и с 10% повече жените вярват в профилактиката, еднакво е пропорционалното разпределение по пол за тези, които не обръщат внимание на профилактиката (Фиг. № 7).



Фигура № 7. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса:

„Вярвате ли в профилактиката на заболяванията?“, в зависимост от пола

От Табл. № 14 се вижда, че средните два пъти повече не вярват в профилактиката на заболяванията, два пъти повече не обръщат внимание на профилактиката сравнени с висшите. По отношение на вярата в профилактиката общият резултат от 59,6% е обещаващ – 44,1% от средните и 69,9% от висшите вярват в профилактиката на заболяванията. Има статистически значима разлика; $p < 0,001$.

Таблица № 14 Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:

„Вярвате ли в профилактиката на заболяванията?“, в зависимост от образованието

Вярвате ли в профилактиката на заболяванията?	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Не	18 (9,7)	14 (5)	32 (6,9)	<0,001
Да	82 (44,1)	195 (69,9)	277 (59,6)	
Не обръщам внимание на профилактиката	86 (46,2)	70 (25,1)	156 (33,5)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

На Табл. № 15 най-висок процент на вяра в профилактиката се открива при анкетираните лекари както следва: 25-44-годишни – 90,6%, които вярват в профилактиката на

заболяванията, 60+-годишни – 85,7% и 45-59-годишни – 75,4% също вярват. Анкетираниите лични лекари на възраст 45-59 години вярват с 86,8%. Висок процент на вяра се открива и в група 60+-годишни на денталните лекари – 80%, последвани от дентални лекари на възраст 25-44-годишни – 75%, които съвпадат с отговорите на лекарите на възраст 45-59-год – 75,4% и медицинските сестри в двете възрастови групи 25-44-годишни – 71,1% и 45-59-годишни – 76%. Най-висок процент на отговор, че не обръщат внимание на профилактиката е за 60+-годишни медицинските сестри – 45,5%, последвани от дентални лекари 45-59-годишни – 39,2%. В групата 25-44-годишни най-много отговорили, че не обръщат внимание на профилактиката на заболяванията са медицинските сестри – 26,7% и денталните лекари – 25%.

Таблица № 15. Разпределение на анкетираниите медицински специалисти по отговори на въпроса: „Вярвате ли в профилактиката на заболяванията?“, в зависимост от възрастовата група

Група	Вярвате ли в профилактиката на заболяванията?	Възраст			Общо n (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
МС	Не	1 (2,2)	0 (0)	0 (0)	1 (0,9)	0,483
	Да	32 (71,1)	38 (76)	6 (54,5)	76 (71,7)	
	Не обръщам внимание на профилактиката	12 (26,7)	12 (24)	5 (45,5)	29 (27,4)	
	Общо	45 (100)	50 (100)	11 (100)	106 (100)	
Лични лекари	Да	25 (96,2)	46 (86,8)	1 (100)	72 (90)	0,404
	Не обръщам внимание на профилактиката	1 (3,8)	7 (13,2)	0 (0)	8 (10)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	0 (0)	2 (3,5)	1 (14,3)	3 (2,6)	0,046
	Да	48 (90,6)	43 (75,4)	6 (85,7)	97 (82,9)	
	Не обръщам внимание на профилактиката	5 (9,4)	12 (21,1)	0 (0)	17 (14,5)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Да	42 (75)	31 (60,8)	12 (80)	85 (69,7)	0,181
	Не обръщам внимание на профилактиката	14 (25)	20 (39,2)	3 (20)	37 (30,3)	
	Общо	56 (100)	51 (100)	15 (100)	122 (100)	

Таблица № 16 ни показва най-големия процент на вярващи в профилактиката на заболяванията пациенти и това са възрастова група 25-44-годишни – 74,2%, последвани от 60+-годишни – 61,1%. Висок е процентът и в другите две групи, като най-нисък е сред най-младите 18-24-годишни – 38,9%, които и най-малко обръщат внимание на профилактиката – 54,7%.

Таблица № 16. Разпределение на анкетиранияте пациенти по отговори на въпроса:

„Вярвате ли в профилактиката на заболяванията?“,

в зависимост от възрастовата група

Вярвате ли в профилактиката на заболяванията?	Възраст				Общо n (%)	p
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Не	6 (6,3)	6 (3,2)	14 (9,7)	6 (16,7)	32 (6,9)	<0,001
Да	37 (38,9)	141 (74,2)	78 (53,8)	22 (61,1)	278 (59,7)	
Не обръщам внимание на профилактиката	52 (54,7)	43 (22,6)	53 (36,6)	8 (22,2)	156 (33,5)	
Общо	95 (100)	190 (100)	145 (100)	36 (100)	466 (100)	

2.1.2.5. Резултати от отговори на въпрос № 5 „Ходите ли редовно на профилактични прегледи?“

Най-голям е процентът на пациентите, които не посещават медицински профилактични прегледи – 84,3%, последвани от 70,7% от денталните лекари, 58,8% от ОПЛ и 51,3% от лекарите. Според резултатите от анкетата най-висок процент на посещение се регистрира при лекарите – 48,7%, последвани от ОПЛ – 41,3%, 33% от медицинските сестри, 29% от денталните лекари и само 15,7% от пациентите посещават профилактични медицински прегледи. В нито една група процентът не е повече от 50%. С 15% повече мъжете ОПЛ не ходят на медицински профилактични прегледи и с 15% повече жените ходят; с около 7% повече жените лекари не посещават профилактични медицински прегледи и обратното – с около 7% повече мъжете лекари са по-редовни; за денталните лекари – с 12% повече мъжете не посещават прегледи и съответно с 12% повече жените зъболекари са по-редовни. С 10% повече жените пациенти са по-редовни от мъжете пациенти в медицинските профилактични прегледи. Във всички групи без една – групата на анкетиранияте лекари, жените са по-редовни в профилактичните прегледи. Средно 66,2% от всички анкетирани не посещават медицински профилактични прегледи (Фиг. № 8).



Фигура № 8. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса:

„Ходите ли редовно на профилактични медицински прегледи?“, в зависимост от пола

Профилактичните медицински прегледи не се посещават от 92,5% от средните и 78,9% от висшите. Само 7,5% от средните и три пъти повече – 21,1% от висшите, което е изключително нисък процент, ходят на профилактични медицински прегледи (Табл. № 17). Има статистически значима разлика; $p < 0.001$.

Таблица № 17 Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:

„Ходите ли редовно на профилактични медицински прегледи?“, в зависимост от образованието

Ходите ли редовно на профилактични медицински прегледи?	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Не	172 (92,5)	220 (78,9)	392 (84,3)	<0,001
Да	14 (7,5)	59 (21,1)	73 (15,7)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

От Табл. № 18 се вижда, че най-редовни в медицинските профилактични прегледи са всички участници на възраст 60+-годишни. Лекарите на възраст 45-59-годишни също демонстрират висока отговорност в посещването на профилактичните прегледи – 50,9%,

както и медицинските сестри на 45-59-годишни – 44%. Висок процент на посещаващи прегледите са и личните лекари на възраст 25-44-годишни – 42,3% и лекарите пак в тази възрастова група 25-44-годишни – 45,3%. Най-ниско посещение се отчита за денталните лекари 25-44 години – 17,9% и също в групата 45-59-годишни – 29,4%.

Таблица № 18. Разпределение на анкетираните медицински специалисти по отговори на въпроса: „Ходите ли редовно на профилактични медицински прегледи?“, в зависимост от възрастовата група

Група	Ходите ли редовно на профилактични медицински прегледи?	Възраст			Общо n (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
МС	Не	35 (77,8)	28 (56)	8 (72,7)	71 (67)	0,072
	Да	10 (22,2)	22 (44)	3 (27,3)	35 (33)	
	Общо	45 (100)	50 (100)	11 (100)	106 (100)	
Лични лекари	Не	15 (57,7)	32 (60,4)	0 (0)	47 (58,8)	0,474
	Да	11 (42,3)	21 (39,6)	1 (100)	33 (41,3)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	29 (54,7)	28 (49,1)	3 (42,9)	60 (51,3)	0,757
	Да	24 (45,3)	29 (50,9)	4 (57,1)	57 (48,7)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	46 (82,1)	36 (70,6)	4 (26,7)	86 (70,5)	<0,001
	Да	10 (17,9)	15 (29,4)	11 (73,3)	36 (29,5)	
	Общо	56 (100)	51 (100)	15 (100)	122 (100)	

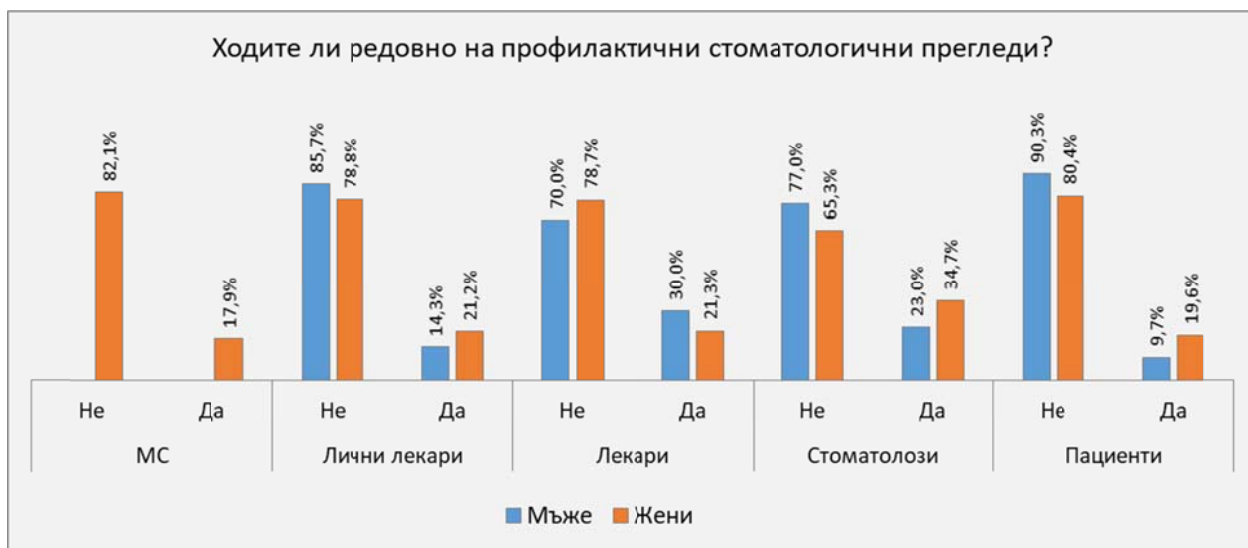
На Табл. № 19 се вижда, че най-младите пациенти 18-24-годишни са най-нередовни в профилактичните медицински прегледи – 97,9%. Активните възрастови групи 25-59 години също не са редовни в доста голям процент – средно – 83,45%; p = 0,005.

Таблица № 19. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Ходите ли редовно на профилактични медицински прегледи?“, в зависимост от възрастовата група

Ходите ли редовно на профилактични медицински прегледи?	Възраст				Общо n (%)	p
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Не	93 (97,9)	152 (80)	126 (86,9)	22 (61,1)	393 (84,3)	0,005
Да	2 (2,1)	38 (20)	19 (13,1)	14 (38,9)	73 (15,7)	
Общо	95 (100)	190 (100)	145 (100)	36 (100)	466 (100)	

• *Ходите ли редовно на профилактични стоматологични прегледи?*

Най-висок процент на непосещаване на стоматологични профилактични прегледи се наблюдават при пациенти 85,4%, последвани от 82,1% от медицинските сестри, 80% за ОПЛ, почти еднакъв процент за лекарите 73,5% и денталните лекари – 72, 4%. Средно 78,68% от всички анкетирани не посещават стоматологични профилактични прегледи. Най-висок като отново е недостатъчен процентът на денталните лекари 27,6%, които посещават редовно стоматологични профилактични прегледи, последвани от лекари 26,5%, 20% – ОПЛ, 17,9% медицински сестри, най-нисък е процентът на пациентите – 14,6%. Мъжете са по-нередовни в профилактичните стоматологични прегледи във всички групи без една на анкетираните лекари, в която жените са по-нередовни (Фиг. № 9).



Фигура № 9. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса:
 „Ходите ли редовно на профилактични стоматологични прегледи?“,
 в зависимост от пола

90,3% от среднистите и 82,1% от висшистите не посещават профилактични стоматологични прегледи. Средно 14,6% посещават редовно зъболекаря си за профилактика като по-голям е процентът на висшистите (Табл. № 20). Няма статистически значима разлика; $p = 0,014$.

Таблица № 20. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса:

„Ходите ли редовно на профилактични стоматологични прегледи?“,

в зависимост от образованието

Ходите ли редовно на профилактични стоматологични прегледи?	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Не	168 (90,3)	229 (82,1)	397 (85,4)	0,014
Да	18 (9,7)	50 (17,9)	68 (14,6)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

Във всички възрастови групи при пациентите активността на профилактичните стоматологични прегледи е ниска. Най-ниска за 18-24г – 3,2%. (Табл. № 21).

Таблица № 21. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:

„Ходите ли редовно на профилактични стоматологични прегледи?“,

в зависимост от възрастовата група

Ходите ли редовно на профилактични стоматологични прегледи?	Възраст				Общо n (%)	p
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Не	92 (96,8)	154 (81,1)	125 (86,2)	27 (75)	398 (85,4)	0,001
Да	3 (3,2)	36 (18,9)	20 (13,8)	9 (25)	68 (14,6)	
Общо	95 (100)	190 (100)	145 (100)	36 (100)	466 (100)	

По отношение на стоматологичните профилактични прегледи Табл. № 22 ни показва, че активността във всички възрастови групи е ниска. С най-ниска са младите медицински сестри 25-44-годишни – 6,7%. В същата възрастова група с най-висока активност на профилактични стоматологични прегледи са ОПЛ – 34,6%, приблизително равен процент за лекари и дентални лекари средно 14,7%. Дори денталните лекари не блесват с висок процент на профилактика на оралното здраве.

Таблица № 22. Разпределение на анкетираните медицински професионалисти по отговори на въпроса: „Ходите ли редовно на профилактични стоматологични прегледи?“, в зависимост от възрастовата група

Група	Ходите ли редовно на профилактични стоматологични прегледи?	Възраст			Общо n (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
МС	Не	42 (93,3)	35 (70)	10 (90,9)	87 (82,1)	0,009
	Да	3 (6,7)	15 (30)	1 (9,1)	19 (17,9)	
	Общо	45 (100)	50 (100)	11 (100)	106 (100)	
Лични лекари	Не	17 (65,4)	46 (86,8)	1 (100)	64 (80)	0,072
	Да	9 (34,6)	7 (13,2)	0 (0)	16 (20)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	45 (84,9)	38 (66,7)	3 (42,9)	86 (73,5)	0,016
	Да	8 (15,1)	19 (33,3)	4 (57,1)	31 (26,5)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	48 (85,7)	36 (70,6)	5 (33,3)	89 (73)	<0,001
	Да	8 (14,3)	15 (29,4)	10 (66,7)	33 (27)	
	Общо	56 (100)	51 (100)	15 (100)	122 (100)	

• **Обобщение на въпрос „Ходите ли редовно на профилактични прегледи?“:**

Средно 72,44% от анкетираните не посещават медицински и стоматологични профилактични прегледи. По отношение на посещаване на профилактичните прегледи жените са по-редовни с изключение на жените лекари. По показател пол се наблюдава статистически достоверна разлика. Много е висок процентът на не посещаване на профилактични прегледи при пациентите. Обобщено нагласата за профилактичните прегледи се вижда в Фиг. № 10, където се наблюдава нисък процент на посещаемост 19,1% и висок процент на непосещаемост 80,9%. Висшистите са по редовни в профилактичните прегледи, налице е статистически значима разлика; $p < 0.001$ (Табл. № 23).



Фигура № 10. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса: „Ходите ли редовно на профилактични прегледи?“, в зависимост от образованието

Таблица № 23. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Ходите ли редовно на профилактични прегледи?“, в зависимост от образованието

Ходите ли редовно на профилактични прегледи?	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Да	20 (10,8)	69 (24,7)	89 (19,1)	<0,001
Не	166 (89,2)	210 (75,3)	376 (80,9)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

2.2. Здравна грамотност на населението като елемент на устойчиво развитие на здравеопазването

2.2.1. Отговори на въпрос „Умеете ли да четете етикетите на храните?“

Общо 71,5% от анкетираните пациенти не умеят да четат етикетите на храните с разбиране. За съжаление не е нисък и процентът на анкетираните медицински професионалисти, които не могат да четат етикетите на храните (Фиг. № 11).



*Фигура № 11. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса:
„Умеете ли да четете етикетите на храните?“*

Само 5,9% от мъжете и 13% от жените са отговорили, че могат да четат етикетите на храните. 75,8% от мъжете не могат да четат етикетите на храните, а жените – 67%, което е само с 8,8% разлика (Табл. № 24).

*Таблица № 24. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:
„Умеете ли да четете етикетите на храните?“ , в зависимост от пола*

Умеете ли да четете етикетите на храните?	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	Р
Не	179 (75,8)	154 (67)	333 (71,5)	0,021
Да	14 (5,9)	30 (13)	44 (9,4)	
Много малко	43 (18,2)	46 (20)	89 (19,1)	
Общо	236 (100)	230 (100)	466 (100)	

От Табл. № 25 се вижда, че най-знаещи да разбират етикетите на храните са във възрастова група 25-44-годишни – 14,2%, което е нисък процент. Най-нисък е процентът сред най-младите 18-24-годишни пациенти. Няма голяма разлика във възрастовите групи по отношение на отговорилите, че „Много малко” умеят да четат етикетите на храните.

Таблица № 25. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Умеете ли да четете етикетите на храните?“, в зависимост от възрастовата група

Умеете ли да четете етикетите на храните?	Възраст				Общо n (%)	p
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Не	77 (81,1)	121 (63,7)	108 (74,5)	27 (75)	333 (71,5)	0,035
Да	5 (5,3)	27 (14,2)	9 (6,2)	3 (8,3)	44 (9,4)	
Много малко	13 (13,7)	42 (22,1)	28 (19,3)	6 (16,7)	89 (19,1)	
Общо	95 (100)	190 (100)	145 (100)	36 (100)	466 (100)	

От медицински професионалисти във всички възрастови групи най-висок процент на неумение да четат етикетите на храните се наблюдава при 25-44-годишните медицински професионалисти. Най-знаещи са денталните лекари във възрастова група 45-59-годишни. В същата възраст ОПЛ са отговорили с „Да“ с най-нисък процент само 3,8% (Табл. № 26).

Таблица № 26. Разпределение на анкетираните медицински специалисти по отговори на въпроса: „Умеете ли да четете етикетите на храните?“, в зависимост от възрастовата група

Група	Умеете ли да четете етикетите на храните?	Възраст			Общо n (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
МС	Не	29 (64,4)	30 (60)	10 (90,9)	69 (65,1)	0,067
	Да	2 (4,4)	9 (18)	0 (0)	11 (10,4)	
	Много малко	14 (31,1)	11 (22)	1 (9,1)	26 (24,5)	
	Общо	45 (100)	50 (100)	11 (100)	106 (100)	
Лични лекари	Не	13 (50)	28 (52,8)	0 (0)	41 (51,3)	0,294
	Да	4 (15,4)	2 (3,8)	0 (0)	6 (7,5)	
	Много малко	9 (34,6)	23 (43,4)	1 (100)	33 (41,3)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	17 (32,1)	24 (42,1)	2 (28,6)	43 (36,8)	0,193
	Да	3 (5,7)	7 (12,3)	2 (28,6)	12 (10,3)	
	Много малко	33 (62,3)	26 (45,6)	3 (42,9)	62 (53)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	17 (30,4)	15 (29,4)	7 (46,7)	39 (32)	0,608
	Да	12 (21,4)	11 (21,6)	4 (26,7)	27 (22,1)	
	Много малко	27 (48,2)	25 (49)	4 (26,7)	56 (45,9)	
	Общо	56 (100)	51 (100)	15 (100)	122 (100)	

От Табл. № 27 се вижда, че са два пъти повече висшистите от среднистите, които могат или „много малко” могат да четат етикетите на храните с разбиране. Много висок е процентът и в двете групи, които не умеят да четат етикетите на храните: в по-висок процент са среднисти – 82,8%, а висшистите – 63,8%.

Таблица № 27. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Умеете ли да четете етикетите на храните?“, в зависимост от образованието

Умеете ли да четете етикетите на храните?	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Не	154 (82,8)	178 (63,8)	332 (71,4)	<0,001
Да	12 (6,5)	32 (11,5)	44 (9,5)	
Много малко	20 (10,8)	69 (24,7)	89 (19,1)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

Учудващ е високият процент на медицинските професионалисти, които не умеят да четат етикетите на храните – най-висок е за медицинските сестри – 65,1%, последвани от ОПЛ– 51,3%. Най-много разбират етикетите на храните денталните лекари – 22,8%. Все пак ОПЛ 41,3% и лекари 53% „Много малко” могат да четат с разбиране етикетите на храните (Табл. № 28).

Таблица № 28. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса: „Умеете ли да четете етикетите на храните?“, в зависимост от групата медицински специалисти

Умеете ли да четете етикетите на храните?	МС n (%)	Лични лекари n (%)	Лекари n (%)	Стоматолози n (%)	Общо n (%)	p
Не	69 (65,1)	41 (51,3)	43 (36,8)	39 (31,7)	192 (45,1)	<0,001
Да	11 (10,4)	6 (7,5)	12 (10,3)	28 (22,8)	57 (13,4)	
Много малко	26 (24,5)	33 (41,3)	62 (53)	56 (45,5)	177 (41,5)	
Общо	106 (100)	80 (100)	117 (100)	123 (100)	426 (100)	

Относно умението да четат етикетите на храните се установява статистически значима разлика според пола в групата на личните лекари; $p = 0.017$. При жените с „Да“ отго-

варят 9,1% и „Много малко“ 47,0%, докато при мъжете тези дялове са съответно 0% и 14,3%, т.е. умението да четат етикетите на храните е по-ясно изразено при жените в групата на личните лекари. При другите две групи медицински кадри не е налице подобна значима връзка; $p > 0,05$. Нито един мъж ОПЛ не е избрал отговор „Да“, че умее да чете етикетите на храните с разбиране (Табл. № 29).

Таблица № 29. Разпределение на анкетираните медицински кадри по отговори на въпроса: „Умеете ли да четете етикетите на храните?“, в зависимост от пола

Група	Умеете ли да четете етикетите на храните?	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	p
Лични лекари	Не	12 (85,7)	29 (43,9)	41 (51,3)	0,017
	Да	0 (0,0)	6 (9,1)	6 (7,5)	
	Много малко	2 (14,3)	31 (47,0)	33 (41,3)	
	Общо	14 (100)	66 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	27 (38,6)	16 (34)	43 (36,8)	0,395
	Да	5 (7,1)	7 (14,9)	12 (10,3)	
	Много малко	38 (54,3)	24 (51,1)	62 (53)	
	Общо	70 (100)	47 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	24 (32,4)	15 (30,6)	39 (31,7)	0,218

От Табл. № 30 се вижда, че 65,1% от медицинските сестри не умеят да четат етикетите на храните с разбиране.

Таблица № 30. Разпределение на анкетираните медицински сестри по отговори на въпроса: „Умеете ли да четете етикетите на храните?“

Умеете ли да четете етикетите на храните?	Не	69 (65,1)
	Да	11 (10,4)
	Много малко	26 (24,5)

2.2.2. Отговори на въпрос „Смятате ли, че имате добра здравна култура по отношение на познания за превенция и профилактика на здравето?“

Личната оценка за здравната култура на анкетираните пациенти по отношение на познания за превенция и профилактика е доста ниска – общо 88,6% са отговорили с „Не“ и „Не зная“. С разлика само от около 5% между мъжете и жените, 50% от мъжете признават,

че нямат добра здравна култура, 42,8% не знаят какво е нивото на здравната им култура. Само 15,2% от жените заявяват, че имат добра здравна грамотност (Табл. № 31).

Таблица № 31. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Смятате ли, че имате добра здравна култура по отношение на познания за превенцията и профилактика на здравето?“, в зависимост от пола

Смятате ли, че имате добра здравна култура по отношение на познания за превенцията и профилактика на здравето?	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	р
Не	117 (49,6)	104 (45,2)	221 (47,4)	0,036
Да	18 (7,6)	35 (15,2)	53 (11,4)	
Не зная	101 (42,8)	91 (39,6)	192 (41,2)	
Общо	236 (100)	230 (100)	466 (100)	

По отношение на здравната култура и познания за превенцията и профилактика на здравето най-неподготвени са 18-24-годишни – 62,1%, последвани от 60+-годишни – 55,6%. С най-добра здравна култура, макар и с много нисък процент 13,7% са 25-44-годишни. С най-висок процент 47,9% отговорили с „Не зная“ са 25-44-годишни, последвани от 44,8% за 45-59-годишните (Табл. № 32).

Таблица № 32. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Смятате ли, че имате добра здравна култура по отношение на познания за превенцията и профилактика на здравето?“, в зависимост от възрастовата група

Смятате ли, че имате добра здравна култура по отношение на познания за превенцията и профилактика на здравето?	Възраст				Общо n (%)	р
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Не	59 (62,1)	73 (38,4)	69 (47,6)	20 (55,6)	221 (47,4)	<0,001
Да	7 (7,4)	26 (13,7)	11 (7,6)	9 (25)	53 (11,4)	
Не зная	29 (30,5)	91 (47,9)	65 (44,8)	7 (19,4)	192 (41,2)	
Общо	95 (100)	190 (100)	145 (100)	36 (100)	466 (100)	

С ниска оценка за нивото на здравната си грамотност са средните – 61,3%, което е с 20% повече от колкото висшите – 38%. Макар и нисък да е процентът на отговори-

лите, че имат добра здравна култура, той е нисък и в двете групи като е два пъти по-висок за висшистите – 14,7% (Табл. № 33).

Таблица № 33. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Личният ви лекар информира ли ви изчерпателно за вашето здравословно състояние (здраве)?“, в зависимост от образованието

Смятате ли, че имате добра здравна култура по отношение на познания за превенция и профилактика на здравето?	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Не	114 (61,3)	106 (38)	220 (47,3)	<0,001
Да	12 (6,5)	41 (14,7)	53 (11,4)	
Не зная	60 (32,3)	132 (47,3)	192 (41,3)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

2.2.3. Отговор на въпрос „Знаете ли кои са нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?“

Уникален е резултатът, че медицинските професионалисти не са запознати (общо 71,8%) с нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за възрастта профилактични процедури в следния ред: медицински сестри – 92,5%, дентални лекари – 86,2%, лекари – 70,9% – 70,9%. Все пак най-висок процент на знание имат ОПЛ – 76,3% (Фиг. № 12).



Фигура № 12. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса: „Знаете ли кои са нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?“

78,8% от жените ОПЛ знаят кои са нужните годишни профилактични прегледи и имунизации. От жените лекари само 38,3% са запознати, жените дентали лекари 81,6% не знаят кои са нужните профилактични прегледи и имунизации. Мъжете медицински професионалисти са по-малко запознати от жените (Табл. № 34).

Таблица № 34. Разпределение на анкетираните медицински кадри по отговори на въпроса: „Знаете ли кои са нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?“, в зависимост от пола

Група	Знаете ли кои са нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	P
Лични лекари	Не	5 (35,7)	14 (21,2)	19 (23,8)	0,247
	Да	9 (64,3)	52 (78,8)	61 (76,2)	
	Общо	14 (100)	66 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	54 (77,1)	29 (61,7)	83 (70,9)	0,071
	Да	16 (22,9)	18 (38,3)	34 (29,1)	
	Общо	70 (100)	47 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	66 (89,2)	40 (81,6)	106 (86,2)	0,235
	Да	8 (10,8)	9 (18,4)	16 (13)	
	Общо	74 (100)	49 (100)	123 (100)	

Много ниско ниво на познаване на годишните профилактични прегледи и имунизации се наблюдава при медицинските сестри – 92,5% (Табл. № 35).

Таблица № 35. Разпределение на анкетираните медицински сестри по отговори на въпроса: „Знаете ли кои са нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?“

Знаете ли кои са нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?	Не	98 (92,5)
	Да	8 (7,5)

Табл. № 36 показва, че личните лекари във възрастта 45-59 г. са най-подготвени с нужните годишни профилактични прегледи и имунизации, последвани от възрастта 25-44 години. След тях разпределени равномерно във трите възрастови групи са лекарите, следвани от дентални лекари, а медицинските сестри знаят в най-ниска степен за нужните профилактичните прегледи.

Таблица № 36. Разпределение на анкетиранияте медицински специалисти по отговори на въпроса: „Знаете ли кои са нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?“, в зависимост от възрастовата група

Група	Знаете ли кои са нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?	Възраст			Общо n (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
МС	Не	43 (95,6)	44 (88)	11 (100)	98 (92,5)	0,230
	Да	2 (4,4)	6 (12)	0 (0)	8 (7,5)	
	Общо	45 (100)	50 (100)	11 (100)	106 (100)	
Лични лекари	Не	7 (26,9)	12 (22,6)	0 (0)	19 (23,8)	0,782
	Да	19 (73,1)	41 (77,4)	1 (100)	61 (76,3)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	38 (71,7)	40 (70,2)	5 (71,4)	83 (70,9)	0,984
	Да	15 (28,3)	17 (29,8)	2 (28,6)	34 (29,1)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	46 (82,1)	48 (94,1)	12 (80)	106 (86,9)	0,131
	Да	10 (17,9)	3 (5,9)	3 (20)	16 (13,1)	
	Общо	56 (100)	51 (100)	15 (100)	122 (100)	

2.3. Проактивно отношение на личността за поемане на лична отговорност за здравето си като елемент на устойчиво развитие на здравеопазването

2.3.1. Резултати от отговори на въпрос: „Водите ли здравословен начин на живот“

Здравословният начин на живот се разглежда като елемент на проактивно отношение на личността за полагане на грижа за здравето с цел утвърждаване на тенденцията към устойчиво развитие на здравеопазването. Без съмнение е свързано и с нивото на здравна

грамотност (познаване на рискови фактори за здравето), но ясно демонстрира готовността за поемане на лична отговорност към опазване на собственото здраве.

Резултати (таблиците от статистическата обработка са в приложение № 4):

- *Пациенти:*

- По отношение на критерия *пол* се откриват най-много разлики: жените два пъти повече от мъжете спазват хранителен режим; жените с 8% повече от мъжете пушат, но мъжете с 8% повече консумират алкохол от жените; мъжете с 13% повече спортуват от жените.
- По отношение на критерия *ниво на образование* – само в консумирането на алкохол се откриват разлики – 20% по-малко пият висшистите от средните.
- По отношение на критерия *възраст*: висок процент не спазват хранителен режим – 83,7% от анкетираните пациенти, като най-много внимават с храненето 18-24-годишните, следвани от 25-44-годишните. Най-голям е процентът на пушачите във възрастта 60+ год. – 86,1%, следвани от 25-44-годишните – 53,2%. За съжаление и 18-24-годишните пушат във висок процент – 47,4% и същите най-много консумират алкохол – 17,9%, но те са тези, които най-много спортуват – 40%.

- *Медицински професионалисти:*

- С почти еднакъв процент всички медицинските професионалисти над 80% (средно 85%) не спазват хранителен режим. От тях в най-голям процент спазват хранителна диета 25-44-годишните ОПЛ и дентални лекари в еднакъв процент – 25%.
 - Всички медицински професионалисти пушат във висок процент над 50%.
 - Единични случаи злоупотребяват с алкохол, като най-малък е процентът при ОПЛ.
 - По отношение на спорта – 99% от медицинските сестри не спортуват; ОПЛ, лекари, дентални лекари средно 32% във възрастова група 25-44-годишни спортуват, което е два пъти повече от следващата възрастова група 45-59-годишните.
- *Сравнение между отговори на пациенти и медицински професионалисти:*
 - По отношение на възрастта и спазването на хранителен режим не се откриват разлики. Пациентите пушат и пият повече от медицинските специалисти.

- Най-младата възрастова група пациенти – 18-24-годишните и най-младите медици – 25-44-годишните, спортуват най-много, но пациентите с 10% са по-активни в спорта.

2.3.2. Резултати от отговор на въпрос: „Бихте ли проявили воля и усилия, ако има вероятност с определен начин на живот, да предотвратите или забавите дадено заболяване?“

Мъжете са избрали най-висок процент отговор „Зависи от лишенията“ – 80%; последвани от жените със същия отговор – 73,9%. Готови да проявят воля и усилия, без да се замислят, за да спрат или забавят дадено заболяване са само 16,1% от жените и те са два пъти повече от мъжете. Почти еднакъв е процентът и за двата пола, които отказват да водят определен начин на живот с цел да забавят дадено заболяване. Има статистически значима разлика според критерия пол; $p=0,002$ (Табл. № 37).

Таблица № 37 Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:

„Бихте ли проявили воля и усилия, ако има вероятност с определен начин на живот, да предотвратите или забавите дадено заболяване?“, в зависимост от пола

Бихте ли проявили воля и усилия, ако има вероятност с определен начин на живот, да предотвратите или забавите дадено заболяване?	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	p
Не	28 (11,9)	23 (10)	51 (11)	0,002
Да	19 (8,1)	37 (16,1)	56 (12)	
Зависи от лишенията и заболяването	188 (80)	170 (73,9)	358 (77)	
Общо	235 (100)	230 (100)	465 (100)	

На въпроса дали ще проявят воля и усилия да предотвратят дадено заболяване най-младите пациенти във възрастта 18-24-годишни избират отговор „Зависи от лишенията и заболяването“ – 86,2%. Също толкова висок е процентът и в другите групи в следния ред – 45-59-годишни – 80%; 25-44-годишни – 71,6% и 60+-годишни – 69,4%. Готовността да предотвратят дадено заболяване с промяна в начина на живот е изключително ниска и най-ниска в групата 18-24-годишни – само 2,2%; $p<0,001$. Групата 25-44-годишни са отговорили с „Да“ с най-висок процент от всички групи – 20,5% (Фиг. № 13).



Фигура № 13. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:

„Бихте ли проявили воля и усилия, ако има вероятност с определен начин на живот, да предотвратите или забавите дадено заболяване?“, в зависимост от възрастовата група

От таблица № 38 се вижда, че критерият пол, не е от значение при избора на отговор „Зависи от лишенията и заболяването“. Средните в по-нисък процент са готови на промяна на начина на живот, за да предотвратят или забавят дадено заболяване и с 10% повече отказват да проявят воля за борба със заболяването за разлика от висшите.

Таблица № 38. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:

„Бихте ли проявили воля и усилия, ако има вероятност с определен начин на живот, да предотвратите или забавите дадено заболяване?“, в зависимост от образованието

Бихте ли проявили воля и усилия, ако има вероятност с определен начин на живот, да предотвратите или забавите дадено заболяване?	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Не	32 (17,2)	19 (6,8)	51 (11)	<0,001
Да	11 (5,9)	44 (15,8)	55 (11,9)	
Зависи от лишенията и заболяването	143 (76,9)	215 (77,3)	358 (77,2)	
Общо	186 (100)	278 (100)	464 (100)	

Независимо от профила на медицинските професионалисти, всички те с висок процент 60,1% избират отговор „Зависи от лишенията и заболяването“. Медицинските сестри

в най-голям процент са отговорили, че не биха проявили воля и усилия. Лекарите и дентални лекари биха проявили най-много воля за борба със заболяване (Табл. № 39).

Таблица № 39. Разпределение на анкетираните едициски професионалисти по отговори на въпроса: „Бихте ли проявили воля и усилия, ако има вероятност с определен начин на живот, да предотвратите или забавите дадено заболяване?“, в зависимост от групата медицински специалисти

Бихте ли проявили воля и усилия, ако има вероятност с определен начин на живот, да предотвратите или забавите дадено заболяване?	МС п (%)	Лични лекари п (%)	Лекари п (%)	Стоматолози п (%)	Общо п (%)	Р
Не	37 (34,9)	19 (23,8)	14 (12)	16 (13)	86 (20,2)	<0,00 1
Да	12 (11,3)	11 (13,8)	31 (26,5)	30 (24,4)	84 (19,7)	
Зависи от лишенията и заболяването	57 (53,8)	50 (62,5)	72 (61,5)	77 (62,6)	256 (60,1)	
Общо	106 (100)	80 (100)	117 (100)	123 (100)	426 (100)	

Всички медицински професионалисти във възрастова група 45-59-годишни с около 60% са избрали отговор „Зависи от лишенията и заболяването“. На възраст 25-44-годишни медицински сестри в най-висок процент отказват да проявят воля – 42,2%, последвани от ОПЛ – 19,2%, лекари – 15,1% и дентални лекари – 12,5%. 33% от лекарите между 45-59-годишна възраст са готови да се борят с болестта чрез промяна в начина на живот (Табл. № 40).

Таблица № 40. Разпределение на анкетираните медицински специалисти по отговори на въпроса: „Бихте ли проявили воля и усилия, ако има вероятност с определен начин на живот, да предотвратите или забавите дадено заболяване?“, в зависимост от възрастовата група

Група	Бихте ли проявили воля и усилия, ако има вероятност с определен начин на живот, да предотвратите или забавите дадено заболяване?	Възраст			Общо n (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
МС	Не	19 (42,2)	15 (30)	3 (27,3)	37 (34,9)	0,564
	Да	3 (6,7)	7 (14)	2 (18,2)	12 (11,3)	
	Зависи от лишенията и заболяването	23 (51,1)	28 (56)	6 (54,5)	57 (53,8)	
	Общо	45 (100)	50 (100)	11 (100)	106 (100)	
Лични лекари	Не	5 (19,2)	14 (26,4)	0 (0)	19 (23,8)	0,483
	Да	6 (23,1)	5 (9,4)	0 (0)	11 (13,8)	
	Зависи от лишенията и заболяването	15 (57,7)	34 (64,2)	1 (100)	50 (62,5)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	8 (15,1)	6 (10,5)	0 (0)	14 (12)	0,392
	Да	10 (18,9)	19 (33,3)	2 (28,6)	31 (26,5)	
	Зависи от лишенията и заболяването	35 (66)	32 (56,1)	5 (71,4)	72 (61,5)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	7 (12,5)	7 (13,7)	1 (6,7)	15 (12,3)	0,958
	Да	13 (23,2)	13 (25,5)	4 (26,7)	30 (24,6)	
	Зависи от лишенията и заболяването	36 (64,3)	31 (60,8)	10 (66,7)	77 (63,1)	
	Общо	56 (100)	51 (100)	15 (100)	122 (100)	

По отношение на това дали биха променили начина си на живот, за да предотвратят или забавят дадено заболяване при личните лекари се наблюдава статистически значима връзка с пола; $p = 0,033$. Жените са по-склонни да променят живота си в сравнение с мъжете (Табл. № 41). В останалите две групи медицински професионалисти (лекари в болница и дентални лекари) изследваната връзка не е статистически значима; $p > 0.05$.

Таблица № 41. Разпределение на анкетираните медицински кадри по отговори на въпроса: „Бихте ли проявили воля и усилия, ако има вероятност с определен начин на живот, да предотвратите или забавите дадено заболяване?“, в зависимост от пола

Група	Бихте ли проявили воля и усилия, ако има вероятност с определен начин на живот, да предотвратите или забавите дадено заболяване?	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	p
Лични лекари	Не	1 (7,1)	18 (27,3)	19 (23,8)	0,033
	Да	0 (0)	11 (16,7)	11 (13,8)	
	Зависи от лишенията и заболяването	13 (92,9)	37 (56,1)	50 (62,5)	
	Общо	14 (100)	66 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	8 (11,4)	6 (12,8)	14 (12)	0,936
	Да	18 (25,7)	13 (27,7)	31 (26,5)	
	Зависи от лишенията и заболяването	44 (62,9)	28 (59,6)	72 (61,5)	
	Общо	70 (100)	47 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	9 (12,2)	7 (14,3)	16 (13)	0,345
	Да	15 (20,3)	15 (30,6)	30 (24,4)	
	Зависи от лишенията и заболяването	50 (67,6)	27 (55,1)	77 (62,6)	
	Общо	74 (100)	49 (100)	123 (100)	

2.3.3. Резултати от отговори на въпрос „Грижете ли се за здравето си?“

На Табл. № 42 се вижда, че и двата пола отговарят с 57,3%, че нямат време да се грижат за здравето си. С 11,3% повече жените се грижат за здравето си – 29,1% за разлика от мъжете – 17,8%; $p = 0,001$.

Таблица № 42. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Грижете ли се за здравето си?“, в зависимост от пола

Грижете ли се за здравето си?	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	p
Не	58 (24,6)	32 (13,9)	90 (19,3)	0,001
Да	42 (17,8)	67 (29,1)	109 (23,4)	
Нямам време	136 (57,6)	131 (57)	267 (57,3)	
Общо	236 (100)	230 (100)	466 (100)	

От Табл. № 43 се вижда, че най-много време за грижа за здравето не достига на младите анкетираните пациенти 18-24-годишни – 81,1%. 53% от анкетираните в групите 25-44– и 45-59-годишни също нямат време. *Негативна тенденция е, че висок процент 30,3% от възрастова група 45-59-годишни не се грижат за здравето си.* 58,3% от 60+-годишни се грижат за здравето си, което е статистически значима разлика с останалите групи избрали този отговор; $p < 0,001$.

Таблица № 43. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:

„Грижите ли се за здравето си?“, в зависимост от възрастовата група

Грижите ли се за здравето си?	Възраст				Общо n (%)	p
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Не	8 (8,4)	32 (16,8)	44 (30,3)	6 (16,7)	90 (19,3)	<0,001
Да	10 (10,5)	54 (28,4)	24 (16,6)	21 (58,3)	109 (23,4)	
Нямам време	77 (81,1)	104 (54,7)	77 (53,1)	9 (25)	267 (57,3)	
Общо	95 (100)	190 (100)	145 (100)	36 (100)	466 (100)	

Висшистите два пъти повече от средните се грижат за здравето си (Табл. № 44).

Таблица № 44. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори

на въпроси: „Грижите ли се за здравето си?“, в зависимост от образованието

Грижите ли се за здравето си?	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Не	57 (30,6)	33 (11,8)	90 (19,4)	<0,001
Да	25 (13,4)	84 (30,1)	109 (23,4)	
Нямам време	104 (55,9)	162 (58,1)	266 (57,2)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

Най-малко време за здравето си имат личните лекари и лекарите – 67,5%. Най-много се грижат за здравето си денталните лекари – 39%, а най-малко медицинските сестри – 39% (Фиг. № 14).



Фигура № 14. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса:

„Грижите ли се за здравето си?“, в зависимост от групата анкетиранни

Във възрастова група 45-59-годишна възраст 75,5% от ОПЛ нямат време да се грижат за здравето си, последвани от лекари – 63,2% и дентални лекари – 52,9%, а медицинските сестри само 36%. Лекарите на възраст 25-44-годишни също в много висок процент се оплакват от липса на време за грижа за здравето си – 73,6%. Най-малко се грижат за здравето си МС и в трите възрастови групи. Най-много се грижат за здравето си във възрастта 25-44-годишни денталните лекари – 39,3% и ОПЛ – 34,6% в същата възрастова група (Табл. № 45).

Таблица № 45. Разпределение на анкетиранияте медицински специалисти по отговори на въпроса: „Грижите ли се за здравето си?“, в зависимост от възрастовата група

Група	Грижите ли се за здравето си?	Възраст			Общоп (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
МС	Не	18 (40)	19 (38)	5 (45,5)	42 (39,6)	0,621
	Да	7 (15,6)	13 (26)	1 (9,1)	21 (19,8)	
	Нямам време	20 (44,4)	18 (36)	5 (45,5)	43 (40,6)	
	Общо	45 (100)	50 (100)	11 (100)	106 (100)	
Лични лекари	Не	4 (15,4)	10 (18,9)	0 (0)	14 (17,5)	0,017
	Да	9 (34,6)	3 (5,7)	0 (0)	12 (15)	
	Нямам време	13 (50)	40 (75,5)	1 (100)	54 (67,5)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	5 (9,4)	6 (10,5)	0 (0)	11 (9,4)	0,464
	Да	9 (17)	15 (26,3)	3 (42,9)	27 (23,1)	
	Нямам време	39 (73,6)	36 (63,2)	4 (57,1)	79 (67,5)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	9 (16,1)	8 (15,7)	1 (6,7)	18 (14,8)	0,368
	Да	22 (39,3)	16 (31,4)	9 (60)	47 (38,5)	
	Нямам време	25 (44,6)	27 (52,9)	5 (33,3)	57 (46,7)	
	Общо	56 (100)	51 (100)	15 (100)	122 (100)	

От медицинските професионалисти мъжете по-малко се грижат за здравето си и повече нямат време от жените. Няма статистически значима разлика по отношение на пол – Табл. № 46.

Таблица № 46 Разпределение на анкетираните медицински кадри по отговори на въпроса:

Грижите ли се за здравето си?, в зависимост от пола.

Група	Грижите ли се за здравето си?	Мъже п (%)	Жени п (%)	Общо п (%)	р
Лични лекари	Не	3 (21,4)	11 (16,7)	14 (17,5)	0,223
	Да	0 (0)	12 (18,2)	12 (15)	
	Нямам време	11 (78,6)	43 (65,2)	54 (67,5)	
	Общо	14 (100)	66 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	8 (11,4)	3 (6,4)	11 (9,4)	0,616
	Да	15 (21,4)	12 (25,5)	27 (23,1)	
	Нямам време	47 (67,1)	32 (68,1)	79 (67,5)	
	Общо	70 (100)	47 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	11 (14,9)	7 (14,3)	18 (14,6)	0,157
	Да	24 (32,4)	24 (49)	48 (39)	
	Нямам време	39 (52,7)	18 (36,7)	57 (46,3)	
	Общо	74 (100)	49 (100)	123 (100)	

2.3.4. Резултати от отговори на въпрос

„Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?“

Общо 51,1% от анкетираните пациенти споделят отговорността за профилактиката с медицинските професионалисти, като жените в по-голям процент от мъжете я споделят с медиците – 57,4%. За съжаление голям е процентът, които прехвърлят отговорността за профилактиката на заболяванията върху медицинските професионалисти, като мъжете го правят в по-голям процент – 39%, от жените – 26,1%. Няма разлика според пола за готовността да поемат отговорност за профилактиката на здравето; $p=0,009$ (Табл. № 47).

Таблица № 47 Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:

„Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?“, в зависимост от пола

Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?	Мъже п (%)	Жени п (%)	Общо п (%)	р
На пациента	38 (16,1)	38 (16,5)	76 (16,3)	0,009
На медицинските професионалисти	92 (39)	60 (26,1)	152 (32,6)	
Обща	106 (44,9)	132 (57,4)	238 (51,1)	
Общо	236 (100)	230 (100)	466 (100)	

Отговорността за профилактиката на заболяванията е прехвърлена върху медицинските професионалисти от анкетираните във възрастта 18-24 години – 51,6%. Много нисък е процентът във всички групи, които поемат лична отговорност, като най-отговорни за профилактиката на здравето си са 25-44-годишните – 21,6% и те в най-висок процент споделят отговорността с медиците – 56,3%; $p < 0,001$ (Табл. № 48).

Таблица 48. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:

„Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?“,

в зависимост от възрастовата група

Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?	Възраст				Общо n (%)	p
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
На пациента	11 (11,6)	41 (21,6)	18 (12,4)	6 (16,7)	76 (16,3)	<0,001
На медицинските професионалисти	49 (51,6)	42 (22,1)	51 (35,2)	10 (27,8)	152 (32,6)	
Обща	35 (36,8)	107 (56,3)	76 (52,4)	20 (55,6)	238 (51,1)	
Общо	95 (100)	190 (100)	145 (100)	36 (100)	466 (100)	

Висшистите два пъти повече споделят отговорността за профилактиката от колкото средните, които повече от 50% прехвърлят отговорността на медицинските професионалисти и в много малък процент 10,8% са готови да поемат лична отговорност; $p < 0,001$ (Табл. № 49).

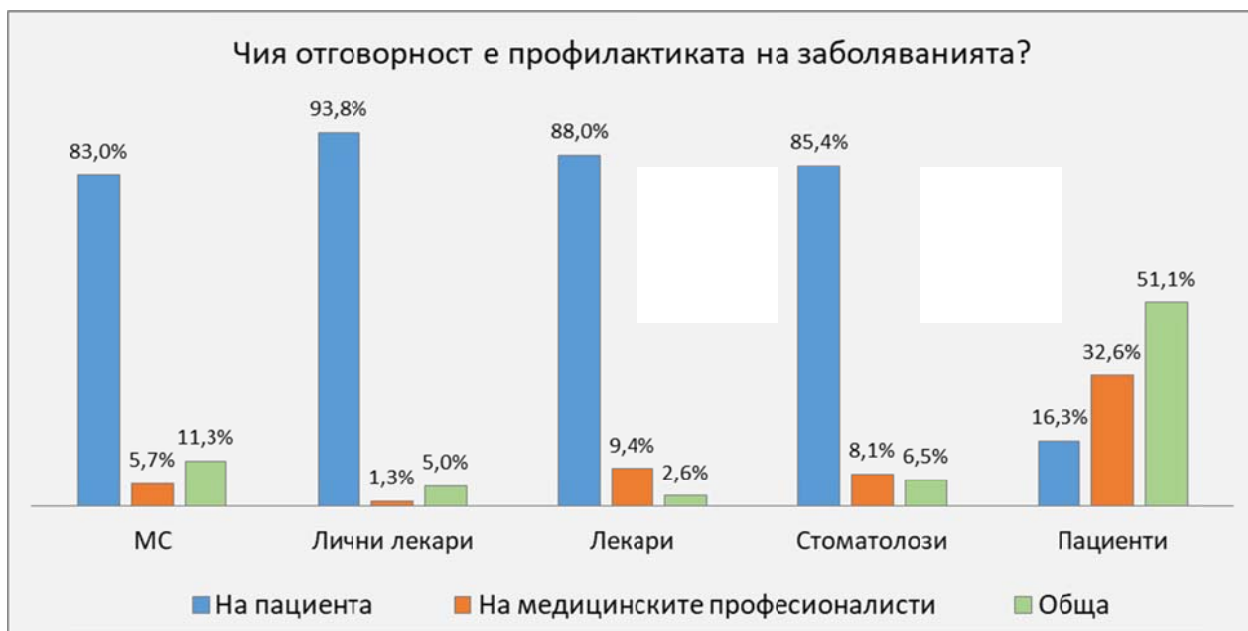
Таблица № 49. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:

„Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?“,

в зависимост от образованието

Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
На пациента	20 (10,8)	56 (20,1)	76 (16,3)	<0,001
На медицинските професионалисти	101 (54,3)	51 (18,3)	152 (32,7)	
Обща	65 (34,9)	172 (61,6)	237 (51)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

От Фиг. № 15 се вижда, че според медицинските професионалисти, ОПЛ само в 1,3% поемат отговорност за профилактиката. Много висок е процентът на всички групи отговорили, че отговорността е на пациента – 87,1%, като най-висок е процентът на ОПЛ – 93,8%, следвани от лекари – 88% и денталните лекари – 85,4%.



Фигура № 15. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса:

„Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?“,

в зависимост от групата анкетирани

ОПЛ в най-висок процент във възрастта 45-59 год. – 96,2%, последвани от 25-44-годишни – 88,5% смятат, че отговорността за профилактика е на пациента. Според лекарите на възраст 45-59-годишни – 89,5% отговорността е на пациента, 25-44-годишни лекари също така смятат – 84,9%. Денталните лекари в група 45-59-годишни също прехвърлят отговорността на пациентите – 90,2% (Табл. № 50).

Таблица № 50. Разпределение на анкетираните медицински специалисти по отговори на въпроса: „Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?“, в зависимост от възрастовата група

Група	Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?	Възраст			Общо n (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
МС	На пациента	37 (82,2)	46 (92)	5 (45,5)	88 (83)	0,002
	На медицинските професионалисти	2 (4,4)	1 (2)	3 (27,3)	6 (5,7)	
	Обща	6 (13,3)	3 (6)	3 (27,3)	12 (11,3)	
	Общо	45 (100)	50 (100)	11 (100)	106 (100)	
Лични лекари	На пациента	23 (88,5)	51 (96,2)	1 (100)	75 (93,8)	0,595
	На медицинските професионалисти	1 (3,8)	0 (0)	0 (0)	1 (1,3)	
	Обща	2 (7,7)	2 (3,8)	0 (0)	4 (5)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	На пациента	45 (84,9)	51 (89,5)	7 (100)	103 (88)	0,790
	На медицинските професионалисти	6 (11,3)	5 (8,8)	0 (0)	11 (9,4)	
	Обща	2 (3,8)	1 (1,8)	0 (0)	3 (2,6)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	На пациента	44 (78,6)	46 (90,2)	14 (93,3)	104 (85,2)	0,343
	На медицинските професионалисти	7 (12,5)	2 (3,9)	1 (6,7)	10 (8,2)	
	Обща	5 (8,9)	3 (5,9)	0 (0)	8 (6,6)	
	Общо	56 (100)	51 (100)	15 (100)	122 (100)	

Мъжете ОПЛ 100% прехвърлят отговорността за профилактиката на заболяванията на пациентите, жените ОПЛ също не отстъпват – 92,4%. Без съществено значение от профила на медицинските професионалисти висок е процентът на прехвърляне на отговорността на пациентите, след което с нисък процент е споделената отговорност – най-висока от денталните лекари – 6,8% (Табл. № 51).

Таблица № 51 Разпределение на анкетираните медицински кадри по отговори на въпроса:

„Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?“

в зависимост от пола

Група	Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	Р
Лични лекари	На пациента	14 (100)	61 (92,4)	75 (93,8)	0,568
	На медицинските специалисти	0 (0)	1 (1,5)	1 (1,3)	
	Обща	0 (0)	4 (6,1)	4 (5)	
	Общо	14 (100)	66 (100)	80 (100)	
Лекари	На пациента	63 (90)	40 (85,1)	103 (88)	0,583
	На медицинските специалисти	6 (8,6)	5 (10,6)	11 (9,4)	
	Обща	1 (1,4)	2 (4,3)	3 (2,6)	
	Общо	70 (100)	47 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	На пациента	66 (89,2)	39 (79,6)	105 (85,4)	0,127
	На медицинските специалисти	3 (4,1)	7 (14,3)	10 (8,1)	
	Обща	5 (6,8)	3 (6,1)	8 (6,5)	
	Общо	74 (100)	49 (100)	123 (100)	

2.3.5. Резултати от отговори на въпрос „Чия отговорност е вашето здраве при наличие на болест?“

Почти еднакъв е процентът на споделяне на отговорността за здравето между пациента и лекаря – 44,8%. Мъжете са избрали в най-голям процент отговора, че отговорността за здравето е на лекаря – 49,6%. Само 7,2% от мъжете и 12,2% от жените поемат лична отговорност за своето здраве (Табл. № 52 и Фиг. № 16).

Таблица № 52 Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:

„Чия отговорност е вашето здраве при наличие на болест?“

в зависимост от пола

Чия отговорност е вашето здраве при наличие на болест?	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	Р
Моя	17 (7,2)	28 (12,2)	45 (9,7)	0,081
На лекарите	117 (49,6)	95 (41,3)	212 (45,5)	
Споделена– моя и на моя лекар	102 (43,2)	107 (46,5)	209 (44,8)	
Общо	236 (100)	230 (100)	466 (100)	

25-44-годишните пациенти споделят отговорността за здравето си с лекаря си – 51,6%, но най-младите 18-24-годишните прехвърлят отговорността за здравето си на лекарите във висок процент – 66,3%. Най-отговорни за здравето си са 25-44-годишни – 14,7% и те в най-висок процент споделят отговорността 51,6%; $p < 0,001$ (Табл. № 53).

Таблица № 53. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:

„Чия отговорност е вашето здраве при наличие на болест?“,

в зависимост от възрастовата група

Чия отговорност е вашето здраве при наличие на болест?	Възраст				Общо n (%)	p
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Моя	5 (5,3)	28 (14,7)	8 (5,5)	4 (11,1)	45 (9,7)	<0,001
На лекарите	63 (66,3)	64 (33,7)	67 (46,2)	18 (50)	212 (45,5)	
Споделена – моя и на моя лекар	27 (28,4)	98 (51,6)	70 (48,3)	14 (38,9)	209 (44,8)	
Общо	95 (100)	190 (100)	145 (100)	36 (100)	466 (100)	

Висшистите два пъти повече споделят отговорността за здравето си с медицинските професионалисти сравнени със средните, които повече от 50% прехвърлят отговорността на медицинските професионалисти и в много малък процент 4,8% я приемат за лична отговорност за здравето; $p < 0,001$ (Табл. № 54).

Таблица № 54. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:

„Чия отговорност е вашето здраве при наличие на болест?“,

в зависимост от образованието

Чия отговорност е вашето здраве при наличие на болест?	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Моя	9 (4,8)	35 (12,5)	44 (9,5)	<0,001
На лекарите	110 (59,1)	102 (36,6)	212 (45,6)	
Споделена – моя и на моя лекар	67 (36)	142 (50,9)	209 (44,9)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

За собственото си здраве медицинските професионалисти поемат лична отговорност средно 82,2% в реда лекари – 88%, ОПЛ– 85%, МС – 79,2%, дентални лекари – 77,2%. Разликата в готовността да поемат отговорност за здравето си при наличие на болест между пациенти и медицински професионалисти е значителна, повече от 67% (Фиг. № 16).



*Фигура № 16. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса:
„Чия отговорност е вашето здраве при наличие на болест?“,
в зависимост от групата анкетирани*

Според възрастовото разпределение в Табл. № 55 се вижда, че отговорността за лично здраве е най-голяма в групата на 25-44-годишните медицински професионалисти, последвана от възрастова група 45-59-годишните. ОПЛ отказват да е тяхна отговорността за здравето на пациентите, независимо от възрастта на специалистите.

Таблица № 55. Разпределение на анкетираните медицински специалисти по отговори на въпроса: „Чия отговорност е вашето здраве при наличие на болест?“, в зависимост от възрастовата група.

Група	Чия отговорност е вашето здраве при наличие на болест?	Възраст			Общо n (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
МС	Моя	36 (80)	43 (86)	5 (45,5)	84 (79,2)	0,051
	На лекарите	2 (4,4)	2 (4)	2 (18,2)	6 (5,7)	
	Споделена – моя и на моя лекар	7 (15,6)	5 (10)	4 (36,4)	16 (15,1)	
	Общо	45 (100)	50 (100)	11 (100)	106 (100)	
Лични лекари	Моя	20 (76,9)	47 (88,7)	1 (100)	68 (85)	0,355
	Споделена – моя и на моя лекар	6 (23,1)	6 (11,3)	0 (0)	12 (15)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	Моя	46 (86,8)	50 (87,7)	7 (100)	103 (88)	0,702
	На лекарите	1 (1,9)	0 (0)	0 (0)	1 (0,9)	
	Споделена – моя и на моя лекар	6 (11,3)	7 (12,3)	0 (0)	13 (11,1)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Моя	39 (69,6)	42 (82,4)	13 (86,7)	94 (77)	0,394
	На лекарите	3 (5,4)	2 (3,9)	1 (6,7)	6 (4,9)	
	Споделена – моя и на моя лекар	14 (25)	7 (13,7)	1 (6,7)	22 (18)	
	Общо	56 (100)	51 (100)	15 (100)	122 (100)	

Отговорността за здравето е лична в по-висок процент според мъжете медицински професионалисти. Мъжете ОПЛ 100% смятат, че отговорността за здравето е лична; денталните лекари я споделят – 17,6%, а лекарите мъже я споделят само с 10% , като жените я споделят в малко по-висок процент (Табл. № 56).

Таблица № 56. Разпределение на анкетираните медицински кадри по отговори на въпроса: „Чия отговорност е вашето здраве при наличие на болест?“, в зависимост от пола.

Група	Чия отговорност е вашето здраве при наличие на болест?	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	Р
Лични лекари	Моя	14 (100)	54 (81,8)	68 (85)	0,084
	Споделена – моя и на моя лекар	0 (0)	12 (18,2)	12 (15)	
	Общо	14 (100)	66 (100)	80 (100)	
Лекари	Моя	62 (88,6)	41 (87,2)	103 (88)	0,647
	На лекарите	1 (1,4)	0 (0)	1 (0,9)	
	Споделена – моя и на моя лекар	7 (10)	6 (12,8)	13 (11,1)	
	Общо	70 (100)	47 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Моя	57 (77)	38 (77,6)	95 (77,2)	0,943
	На лекарите	4 (5,4)	2 (4,1)	6 (4,9)	
	Споделена – моя и на моя лекар	13 (17,6)	9 (18,4)	22 (17,9)	
	Общо	74 (100)	49 (100)	123 (100)	

2.4. Здравна информираност и обучение на пациентите през техния поглед и този на медицинските професионалисти

2.4.1. Отговор на въпрос: „Личният ви лекар информира ли ви е за вашето здравословно състояние (здраве)?“

91,6% от анкетираните пациенти споделят, че ОПЛ не ги информира изчерпателно за тяхното здравословно състояние и здраве. Мъжете – 93,6% са по – негативни в оценката на ОПЛ по отношение на информираността на пациентите от жените – 89,6%. Много нисък е процентът и при мъжете – 6,4%, и при жените – 10,4%, които са добре информирани от своя ОПЛ за здравословното си състояние (Табл. № 57).

Таблица № 57. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:
„Личният ви лекар информира ли ви е за вашето здравословно състояние (здраве)?“,
в зависимост от пола

Личният ви лекар информира ли ви е за вашето здравословно състояние (здраве)?	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	р
Не	221 (93,6)	206 (89,6)	427 (91,6)	0,151
Да	15 (6,4)	24 (10,4)	39 (8,4)	
Общо	236 (100)	230 (100)	466 (100)	

Най-недоволни от информираността по отношение на здравето си от ОПЛ са групата на 45-59 год. – 96,6%, последвани от възрастова група 18-24 г. – 95,8%. В другите две възрастови групи отговорили с „Не“ са по 86% във всяка група (Табл. № 56).

Таблица № 56. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:
„Личният ви лекар информира ли ви е за вашето здравословно състояние (здраве)?“,
в зависимост от възрастовата група.

Личният ви лекар информира ли ви за вашето здравословно състояние (здраве)?	Възраст				Общо n (%)	р
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Не	91 (95,8)	165 (86,8)	140 (96,6)	31 (86,1)	427 (91,6)	0,017
Да	4 (4,2)	25 (13,2)	5 (3,4)	5 (13,9)	39 (8,4)	
Общо	95 (100)	190 (100)	145 (100)	36 (100)	466 (100)	

Среднистите са с 10% по-недоволни от висшистите от информираността, която получават от ОПЛ за здравето си. Като цяло процентът на недоволство е много висок: среднисти – 96,2%, висшисти – 88,9% (Табл. № 57).

Таблица № 57. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Личният ви лекар информира ли ви е за вашето здравословно състояние (здраве)?“, в зависимост от образованието.

Личният ви лекар информира ли ви за вашето здравословно състояние (здраве)?	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	р
Не	179 (96,2)	248 (88,9)	427 (91,8)	0,017
Да	7 (3,8)	30 (10,8)	37 (8)	
Друго	0 (0)	1 (0,4)	1 (0,2)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

2.4.2. Отговор на въпрос „Вашият личен лекар информира ли ви е за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?“

От значение е информираността на пациентите за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за възрастта профилактични процедури, което е част от дейността на ОПЛ, но за съжаление оценката на пациентите е ниска -70% не са информирани от ОПЛ. Повече мъжете – 71,6% срещу 68,3% от жените са неинформирани от ОПЛ. Само 5 жени повече от мъжете са отговорили, че ги информират при наличие на време по време на посещението им. Няма статистически достоверна разлика по показателя пол; $p = 0,729$ (Табл. № 58).

Таблица № 58. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Вашият личен лекар информира ли ви е за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури“, в зависимост от пола

Вашият личен лекар информира ли ви е за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	р
Не	169 (71,6)	157 (68,3)	326 (70)	0,729
Да	17 (7,2)	18 (7,8)	35 (7,5)	
Ако има време по време на посещението ми при него	50 (21,2)	55 (23,9)	105 (22,5)	
Общо	236 (100)	230 (100)	466 (100)	

Факторът време по време на посещението при ОПЛ се оценя от пациентите, като причина за неинформирането им от страна на ОПЛ – най-висок е процентът 26,8% в групата 25-44-годишните. Малка е разликата във всички възрастови групи, които споделят за висока степен на липса на информираност от 70% от ОПЛ, като най-недоволни са 60+-годишните – 77,8%, последвани от 18-24-годишните – 75,8% и 45-59-годишните – 73,8% (Табл. № 59).

Таблица 59. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Вашият личен лекар информирал ли ви е за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?“, в зависимост от възрастовата група

Вашият личен лекар информирал ли ви е за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?	Възраст				Общо n (%)	p
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Не	72 (75,8)	119 (62,6)	107 (73,8)	28 (77,8)	326 (70)	0,113
Да	5 (5,3)	20 (10,5)	7 (4,8)	3 (8,3)	35 (7,5)	
Ако има време по време на посещението ми при него	18 (18,9)	51 (26,8)	31 (21,4)	5 (13,9)	105 (22,5)	
Общо	95 (100)	190 (100)	145 (100)	36 (100)	466 (100)	

Разликата в двете групи според образованието е много малка около 4%, но процентът на неинформираните пациенти е много висок средно 70,1% (Табл. № 60). 22,4% средно избират отговор „Рядко, ако има време по време на посещението при ОПЛ“.

Таблица № 60 Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:
 „Вашият личен лекар информирал ли ви е за нужните годишни прегледи, имунизации,
 съответните за вашата възраст профилактични процедури?“,
 в зависимост от образованието

Вашият личен лекар информирал ли ви е за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Не	128 (68,8)	198 (71)	326 (70,1)	0,315
Да	11 (5,9)	24 (8,6)	35 (7,5)	
Ако има време по време на посещението ми при него	47 (25,3)	57 (20,4)	104 (22,4)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

2.4.3. Отговори на въпрос „Информирате ли вашите пациенти за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за тяхната възраст профилактични процедури?“

Отново факторът липса на време по време на посещението е с най-голямо значение за медицинските професионалисти: 81,2% от лекарите са го избрали, последвани от 73,8% от ОПЛ и 64,2% от денталните лекари.

Няма нито един ОПЛ, който да не е информирал своите пациенти за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за тяхната възраст профилактични процедури (Табл. № 61).

Таблица № 61. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса:
 „Информирате ли вашите пациенти за нужните годишни прегледи, имунизации,
 съответните за тяхната възраст профилактични процедури?“,
 в зависимост от групата медицински специалисти

Информирате ли вашите пациенти за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за тяхната възраст профилактични процедури?	Лични лекари n (%)	Лекари n (%)	Стоматолози n (%)	Общо n (%)	P
Не	0 (0)	4 (3,4)	12 (9,8)	16 (5)	0,003
Да	21 (26,3)	18 (15,4)	32 (26)	71 (22,2)	
Ако има време по време на посещението им	59 (73,8)	95 (81,2)	79 (64,2)	233 (72,8)	
Общо	80 (100)	117 (100)	123 (100)	320 (100)	

И тук за мъжете ОПЛ и дентални лекари най-важен е факторът време. За лекарите наличното време е еднакво избран критерии и от двата пола. Жените ОПЛ в по-голям процент информират своите пациенти (Табл. № 62).

Таблица № 62. Разпределение на анкетираните медицински кадри по отговори на въпроса: „Информирате ли вашите пациенти за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за тяхната възраст профилактични процедури?“, в зависимост от пола

Група	Информирате ли вашите пациенти за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за тяхната възраст профилактични процедури?	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	P
Лични лекари	Да	1 (7,1)	20 (30,3)	21 (26,3)	0,074
	Ако има време по време на посещението им	13 (92,9)	46 (69,7)	59 (73,8)	
	Общо	14 (100)	66 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	2 (2,9)	2 (4,3)	4 (3,4)	0,917
	Да	11 (15,7)	7 (14,9)	18 (15,4)	
	Ако има време по време на посещението им	57 (81,4)	38 (80,9)	95 (81,2)	
	Общо	70 (100)	47 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	6 (8,1)	6 (12,2)	12 (9,8)	0,404
	Да	17 (23)	15 (30,6)	32 (26)	
	Ако има време по време на посещението им	51 (68,9)	28 (57,1)	79 (64,2)	
	Общо	74 (100)	49 (100)	123 (100)	

Всички ОПЛ информират пациентите си за годишните профилактични прегледи и имунизации. Факторът време е най-съществен за лекарите във възраст 45-59 г. – 86%, последвани от ОПЛ – 83% във възраст 45-59 г. и 45-59-годишните денталните лекари – 78,4% (Табл. № 63).

Таблица № 63. Разпределение на анкетираниите медицински специалисти по отговори на въпроса: „Информирате ли вашите пациенти за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за тяхната възраст профилактични процедури?“, в зависимост от възрастовата група

Група	Информирате ли вашите пациенти за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за тяхната възраст профилактични процедури?	Възраст			Общо n (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Лични лекари	Да	12 (46,2)	9 (17)	0 (0)	21 (26,3)	0,018
	Ако има време по време на посещението им	14 (53,8)	44 (83)	1 (100)	59 (73,8)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	4 (7,5)	0 (0)	0 (0)	4 (3,4)	0,005
	Да	6 (11,3)	8 (14)	4 (57,1)	18 (15,4)	
	Ако има време по време на посещението им	43 (81,1)	49 (86)	3 (42,9)	95 (81,2)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	4 (7,1)	2 (3,9)	6 (40)	12 (9,8)	<0,001
	Да	19 (33,9)	9 (17,6)	3 (20)	31 (25,4)	
	Ако има време по време на посещението им	33 (58,9)	40 (78,4)	6 (40)	79 (64,8)	
	Общо	56 (100)	51 (100)	15 (100)	122 (100)	

Интерес представлява съпоставянето на отговори на пациенти и медицински професионалисти по отношение информираността за годишните профилактични прегледи. Ясно видимо на Фиг. № 17 е голямото разминаване в почти еднакъв процент на неинформираността на пациентите и доброто информиране от страна на медицинските кадри. Възможно е тази разлика да се дължи на липса на здравна грамотност у населението и невъзможност да разберат информацията предоставена от лекарите.



Фигура № 17. Съпоставяне на отговори на пациенти и медицински професионалисти по отношение информираността за годишните профилактични прегледи

2.4.4. Отговори на въпрос „Обучавате ли вашите пациенти на профилактика и промоция на здраве?“

Според медицинските професионалисти обучението на пациента зависи най-съществено от пациента и наличното време и все пак 37,4% от денталните лекари отговарят, че обучават своите пациенти на профилактика. Нисък е общият процент на тези, които не обучават пациентите си 6,3%. Най-висок процент на отговорили, че обучават пациентите си на профилактика и промоция при налично време са ОПЛ – 16,3%, а според пациентите в най-висок процент ги информират лекарите – 64,1% (Табл. № 64).

Таблица № 64 Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса:
 „Обучавате ли вашите пациенти на профилактика и промоция на здраве?“,
 в зависимост от групата медицински специалисти

Обучавате ли вашите пациенти на профилактика и промоция на здравето?	Лични лекари n (%)	Лекари n (%)	Стоматолози n (%)	Общо n (%)	p
Не	7 (8,8)	4 (3,4)	9 (7,3)	20 (6,3)	0,011
Да	19 (23,8)	24 (20,5)	46 (37,4)	89 (27,8)	
Според пациента	41 (51,3)	75 (64,1)	60 (48,8)	176 (55)	
При налично време	13 (16,3)	14 (12)	8 (6,5)	35 (10,9)	
Общо	80 (100)	117 (100)	123 (100)	320 (100)	

Всички медицински професионалисти са отговорили с най-висок процент, че обучението зависи от пациента. Факторът време е от голямо значение за мъжете ОПЛ и мъжете лекари, като за жените процентът е приблизително два пъти по-нисък (Табл. № 65).

Таблица № 65. Разпределение на анкетираните медицински кадри по отговори на въпроса:
 „Обучавате ли вашите пациенти на профилактика и промоция на здраве?“,
 в зависимост от пола

Група	Обучавате ли вашите пациенти на профилактика и промоция на здравето?	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	p
Лични лекари	Не	1 (7,1)	6 (9,1)	7 (8,8)	0,293
	Да	1 (7,1)	18 (27,3)	19 (23,8)	
	Според пациента	8 (57,1)	33 (50)	41 (51,3)	
	При налично време	4 (28,6)	9 (13,6)	13 (16,3)	
	Общо	14 (100)	66 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	1 (1,4)	3 (6,4)	4 (3,4)	0,053
	Да	18 (25,7)	6 (12,8)	24 (20,5)	
	Според пациента	40 (57,1)	35 (74,5)	75 (64,1)	
	При налично време	11 (15,7)	3 (6,4)	14 (12)	
	Общо	70 (100)	47 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	6 (8,1)	3 (6,1)	9 (7,3)	0,393
	Да	26 (35,1)	20 (40,8)	46 (37,4)	
	Според пациента	35 (47,3)	25 (51)	60 (48,8)	
	При налично време	7 (9,5)	1 (2)	8 (6,5)	
	Общо	74 (100)	49 (100)	123 (100)	

За ОПЛ и лекарите във възрастта 25-44 г. и 45-59 г. най-честият отговор на въпроса „Обучавате ли вашите пациенти на профилактика и промоция на здраве?“ е „Според пациента“. Денталните лекари във възрастта 25-44 г. най-много обучават пациентите си на профилактика и промоция на здраве (Фиг. № 18).



Фигура № 18. Разпределение на анкетираните медицински специалисти по отговори на въпроса: „Обучавате ли вашите пациенти на профилактика и промоция на здраве?“, в зависимост от възрастовата група.

2.5. Морални аспекти на устойчиво развитие на здравеопазването, касаещи медицинските професионалисти

2.5.1. Резултати от отговори на въпрос „Вярвате ли на новите методи и средства за лечение?“

Таблица № 66 показва, че от анкетираните пациенти само с 8% повече висшистите вярват в новите методи и средства на лечение от средните. И за двете групи процентът е много висок – висшисти 78,5%, за средните – 65,1%. Няма разлика в образованието за скептицизма на пациентите – средно 16,6%. Средните три пъти повече не вярват в новите методи за лечение от висшистите и има статистически значима разлика; $p < 0,001$.

Таблица № 66. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Вярвате ли на новите методи и средства за лечение?“, в зависимост от образованието

Вярвате ли на новите методи и средства за лечение?	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Не	33 (17,7)	15 (5,4)	48 (10,3)	<0,001
Да	121 (65,1)	219 (78,5)	340 (73,1)	
Скептичен съм спрямо новостите	32 (17,2)	45 (16,1)	77 (16,6)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

В групата на лекарите работещи в болница, скептични спрямо новостите са 31,4% от мъжете, този дял е значимо по-висок от дялът в групата на жените медицински професионалисти – 21,3% т.е. мъжете медици са по-скептични към новостите в лечението и тази връзка е статистически значима; $p = 0,030$. В останалите две групи не се наблюдава подобна значима връзка; $p > 0,05$ (Фиг. № 19). Жените пациенти с 15% повече вярват в новите методи и средства за лечение – 80,4% – от мъжете пациенти; $p = 0,001$. Мъжете – 22,5%, са два пъти по-скептични от жените – 10,9% (Фиг. № 19).



Фигура № 19. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса: „Вярвате ли на новите методи и средства за лечение?“, в зависимост от пола

Най-висок процент от пациентите вярващи в новите методи за лечение е в групата на 18-24-годишните – 84,2%, следвани от 25-44-годишните – 76,8%. В групата 60+ годишните са най-много скептиците – 30,6% (Табл. № 67).

Таблица № 67. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:

„Вярвате ли на новите методи и средства за лечение?“,

в зависимост от възрастовата група

Вярвате ли на новите методи и средства за лечение?	Възраст				Общо n (%)	p
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Не	6 (6,3)	23 (12,1)	17 (11,7)	2 (5,6)	48 (10,3)	<0,001
Да	80 (84,2)	146 (76,8)	91 (62,8)	23 (63,9)	340 (73)	
Скептичен съм спрямо новостите	9 (9,5)	21 (11,1)	37 (25,5)	11 (30,6)	78 (16,7)	
Общо	95 (100)	190 (100)	145 (100)	36 (100)	466 (100)	

54% от медицинските сестри вярват в новите методи за лечение, но и процентът на скептицизъм е висок – 41%. (Табл. № 68).

Таблица № 68. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:

„Вярвате ли на новите методи и средства за лечение?“,

от анкетираните медицински сестри

Вярвате ли на новите методи и средства за лечение?	Не	7n (6,6%)
	Да	58n (54,7%)
	Скептичен съм спрямо новостите	41n (38,7%)

На Табл. № 69 се вижда, че от медицинските професионалисти най-висок процент на вяра в новите методи проявяват групата 45-59-годишните лекари и денталните лекари. Скептиците ОПЛ са най-много във възрастта 45-59 години – 43,4%.

Таблица № 69 Разпределение на анкетираниите медицински специалисти по отговори на въпроса: „Вярвате ли на новите методи и средства за лечение?“, в зависимост от възрастовата група

Група	Вярвате ли на новите методи и средства за лечение?	Възраст			Общо n (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
МС	Не	3 (6,7)	3 (6)	1 (9,1)	7 (6,6)	0,585
	Да	23 (51,1)	31 (62)	4 (36,4)	58 (54,7)	
	Скептичен съм спрямо новостите	19 (42,2)	16 (32)	6 (54,5)	41 (38,7)	
	Общо	45 (100)	50 (100)	11 (100)	106 (100)	
Лични лекари	Не	2 (7,7)	2 (3,8)	1 (100)	5 (6,3)	0,002
	Да	16 (61,5)	28 (52,8)	0 (0)	44 (55)	
	Скептичен съм спрямо новостите	8 (30,8)	23 (43,4)	0 (0)	31 (38,8)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	3 (5,7)	1 (1,8)	0 (0)	4 (3,4)	0,583
	Да	38 (71,7)	39 (68,4)	4 (57,1)	81 (69,2)	
	Скептичен съм спрямо новостите	12 (22,6)	17 (29,8)	3 (42,9)	32 (27,4)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	3 (5,5)	2 (3,9)	0 (0)	5 (4,1)	0,534
	Да	35 (63,6)	34 (66,7)	13 (86,7)	82 (67,8)	
	Скептичен съм спрямо новостите	17 (30,9)	15 (29,4)	2 (13,3)	34 (28,1)	
	Общо	55 (100)	51 (100)	15 (100)	121 (100)	

2.5.2. Резултати от отговори на въпрос „Готови ли сте да прилагате нови методи и средства на лечение при съгласие от страна на пациента?“

От Табл. № 70 се вижда, че най-голяма готовност да прилагат нови методи и средства на лечение са денталните лекари – 79,7%, следвани от еднакъв процент лекари и ОПЛ – 66%. Най-големият процент отказващи да прилагат нови методи и средства са лекарите в болничните заведения. Най-големите скептици са лекарите – 27,4%; p = 0,031.

Таблица № 70. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса:
 „Готови ли сте да прилагате нови методи и средства на лечение при съгласие
 от страна на пациента?“, в зависимост от групата медицински специалисти

Готови ли сте да прилагате нови методи и средства на лечение при съгласие от страна на пациента?	Лични лекари n (%)	Лекари n (%)	Стоматолози n (%)	Общо n (%)	p
Не	10 (12,5)	7 (6)	9 (7,3)	26 (8,1)	0,031
Да	53 (66,3)	78 (66,7)	98 (79,7)	229 (71,6)	
Скептичен съм	17 (21,3)	32 (27,4)	16 (13)	65 (20,3)	
Общо	80 (100)	117 (100)	123 (100)	320 (100)	

Готовност за прилагане на нови методи за лечение са посочили 68,2% от жените лични лекари, този процент е значимо по-висок от съответния процент на мъжете 57,1% в тази група; $p = 0,010$. В другите две групи и мъжете, и жените изразяват еднаква готовност да прилагат нови методи за лечение при съгласие от страна на пациента; $p > 0,05$ (Табл. № 71).

Таблица № 71. Разпределение на анкетираните медицински кадри по отговори на въпроса: „Готови ли сте да прилагате нови методи и средства на лечение при съгласие от страна на пациента?“, в зависимост от пола

Група	Готови ли сте да прилагате нови методи и средства на лечение при съгласие от страна на пациента?	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	p
Лични лекари	Не	5 (35,7)	5 (7,6)	10 (12,5)	0,010
	Да	8 (57,1)	45 (68,2)	53 (66,3)	
	Скептичен съм	1 (7,1)	16 (24,2)	17 (21,3)	
	Общо	14 (100)	66 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	4 (5,7)	3 (6,4)	7 (6)	0,933
	Да	46 (65,7)	32 (68,1)	78 (66,7)	
	Скептичен съм	20 (28,6)	12 (25,5)	32 (27,4)	
	Общо	70 (100)	47 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	4 (5,4)	5 (10,2)	9 (7,3)	0,387
	Да	61 (82,4)	37 (75,5)	98 (79,7)	
	Скептичен съм	9 (12,2)	7 (14,3)	16 (13,40)	
	Общо	74 (100)	49 (100)	123 (100)	

От Табл. № 72 се вижда, че най-голяма готовност за прилагане на нови методи за лечение проявяват 25-44-годишните дентални лекари – 83, 95%, лекарите – 77,4% и ОПЛ – 73,1%. Най-висок процент скептицизъм да прилагат нови методи се открива във възрастова група 45-59-годишни лекари – 38,6%, следвани от 25-44-годишни ОПЛ – 23,1%.

Таблица № 72. Разпределение на анкетиранияте медицински специалисти по отговори на въпроса: „Готови ли сте да прилагате нови методи и средства на лечение при съгласие от страна на пациента?“, в зависимост от възрастовата група

Група	Готови ли сте да прилагате нови методи и средства на лечение при съгласие от страна на пациента?	Възраст			Общо n (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Лични лекари	Не	1 (3,8)	9 (17)	0 (0)	10 (12,5)	0,513
	Да	19 (73,1)	33 (62,3)	1 (100)	53 (66,3)	
	Скептичен съм	6 (23,1)	11 (20,8)	0 (0)	17 (21,3)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	4 (7,5)	3 (5,3)	0 (0)	7 (6)	0,087
	Да	41 (77,4)	32 (56,1)	5 (71,4)	78 (66,7)	
	Скептичен съм	8 (15,1)	22 (38,6)	2 (28,6)	32 (27,4)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	3 (5,4)	1 (2)	5 (33,3)	9 (7,4)	0,001
	Да	47 (83,9)	43 (84,3)	8 (53,3)	98 (80,3)	
	Скептичен съм	6 (10,7)	7 (13,7)	2 (13,3)	15 (12,3)	
	Общо	56 (100)	51 (100)	15 (100)	122 (100)	

2.5.3. Резултати от отговори на въпрос „Посещавате ли курсове за следдипломно обучение?“

Жените лични лекари посещават по-често курсове за следдипломно обучение в сравнение с мъжете; $p = 0,001$. В другите две групи медицински кадри, тези обучения са еднакво често, както при мъжете така и при жените (Табл. № 73).

Таблица № 73. Разпределение на анкетираниите медицински кадри по отговори на въпроса: „Посещавате ли курсове за следдипломно обучение?“, в зависимост от пола

Група	Посещавате ли курсове за следдипломно обучение?	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	p
Лични лекари	Не	4 (28,6)	2 (3)	6 (7,5)	0,001
	Да	10 (71,4)	64 (97,0)	74 (92,5)	
	Общо	14 (100)	66 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	1 (1,4)	1 (2,1)	2 (1,7)	n/a
	Да	69 (98,6)	46 (97,9)	115 (98,3)	
	Общо	70 (100)	47 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	4 (5,4)	2 (4,1)	6 (4,9)	0,739
	Да	70 (94,6)	47 (95,9)	117 (95,1)	
	Общо	74 (100)	49 (100)	123 (100)	

28,3% от анкетираниите медицински сестри посещават курсове за следдипломно обучение. Висок е процентът на посещаемост на следдипломни курсове при ОПЛ, лекари и дентални лекари – общо 95,6% (Фиг. № 20).



Фигура № 20. Разпределение на анкетираниите по отговори на въпроса: „Посещавате ли курсове за следдипломно обучение?“, в зависимост от групата медицински специалисти

Най-активни от медицинските сестри са във възрастта 45-59 години – 36%. От ОПЛ 100% във възрастта 25-44 години посещават курсове за следдипломно обучение. Висок и еднакъв е процентът в същата възрастова група 25-44 години и за лекарите, и за денталните лекари 98%. Ентусиазмът се запазва висок и в групата 45-59-годишните лекари и дентални лекари – средно 96,15%, а при ОПЛ е 88,7% (Табл. № 74).

Таблица № 74. Разпределение на анкетиранияте медицински специалисти по отговори на въпроса: „Посещавате ли курсове за следдипломно обучение?“, в зависимост от възрастовата група.

Група	18.Посещавате ли курсове за следдипломно обучение?	Възраст			Общо n (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
МС	Не	36 (80)	32 (64)	8 (72,7)	76 (71,7)	0,224
	Да	9 (20)	18 (36)	3 (27,3)	30 (28,3)	
	Общо	45 (100)	50 (100)	11 (100)	106 (100)	
Лични лекари	Не	0 (0)	6 (11,3)	0 (0)	6 (7,5)	0,192
	Да	26 (100)	47 (88,7)	1 (100)	74 (92,5)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	1 (1,9)	1 (1,8)	0 (0)	2 (1,7)	0,936
	Да	52 (98,1)	56 (98,2)	7 (100)	115 (98,3)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	1 (1,8)	3 (5,9)	2 (13,3)	6 (4,9)	0,170
	Да	55 (98,2)	48 (94,1)	13 (86,7)	116 (95,1)	
	Общо	56 (100)	51 (100)	15 (100)	122 (100)	

2.5.4. Резултати от отговори на въпрос „Какъв е вашият подход на работа?“

В отговора „Лечение според заплащането“ с най-висок процент са отговорили денталните лекари – 28,5%. „Лечение според културните ценности“ – е избран от 47% от лекарите в болниците. „Лечение според особеностите на пациента“ е приблизително еднакво избран отговор от всички медицински професионалисти. „Профилактичният модел“ е най-много предпочетен от ОПЛ – 30%. Моделът „Лечение“ е избран в най-ниска степен и повече от дентални лекари – 8,9% и ОПЛ – 8,8%. Има статистически значима разлика; $p < 0,001$ (Табл. № 75).

Таблица № 75. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса:
 „Какъв е вашият подход на работа?“,
 в зависимост от групата медицински специалисти

Какъв е вашият подход на работа?	Лични лекари n (%)	Лекари n (%)	Стома-толози n (%)	Общо n (%)	p
Профилактика	24 (30,0)	2 (1,7)	8 (6,5)	34 (10,6)	<0,001
Лечение	7 (8,8)	2 (1,7)	11 (8,9)	20 (6,3)	
Лечение според заплащането	15 (18,8)	25 (21,4)	35 (28,5)	75 (23,4)	
Лечение според културните ценности и възможности на пациента	13 (16,3)	55 (47,0)	37 (30,1)	105 (32,8)	
Лечение еднакво за всички, а реализацията зависи от активното участие на пациента с неговите разбирания и възможности	21 (26,3)	33 (28,2)	32 (26,0)	86 (26,9)	
Общо	80 (100)	117 (100)	123 (100)	320 (100)	

„Лечение според културните ценности и възможности на пациента” се избира в най-висок процент от лекарите във възрастта 45-59 години – 52,6%. ОПЛ във възрастта 25-44 години предпочитат подход, който включва активното участие на пациента и е избран от тях сред всички групи професионалисти в най-висок процент – 34,6%. Лекарите в болниците не разчитат на профилактика (Табл. № 76). Най-висок процент на избор на подхода „Лечение срещу заплащане” избират денталните лекари – общо във всички възрастови групи 28,7%, като най-висок е процентът във възрастта 45-59 години – 31,4%.

Таблица № 76. Разпределение на анкетираниите медицински специалисти по отговори на въпроса: „Какъв е вашият подход на работа?“, в зависимост от възрастовата група

Група	Какъв е вашият подход на работа?	Възраст			Общо n (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Лични лекари	Профилактика	8 (30,8)	16 (30,2)	0 (0)	24 (30)	0,345
	Лечение	1 (3,8)	6 (11,3)	0 (0)	7 (8,8)	
	Лечение според заплащането	6 (23,1)	9 (17)	0 (0)	15 (18,8)	
	Лечение според културните ценности и възможности на пациента	2 (7,7)	10 (18,9)	1 (100)	13 (16,3)	
	Лечение еднакво за всички, а реализацията зависи от активното участие на паци- ента с неговите разбирания и възможности	9 (34,6)	12 (22,6)	0 (0)	21 (26,3)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	Профилактика	0 (0)	2 (3,5)	0 (0)	2 (1,7)	0,005
	Лечение	1 (1,9)	1 (1,8)	0 (0)	2 (1,7)	
	Лечение според заплащане- то	18 (34)	7 (12,3)	0 (0)	25 (21,4)	
	Лечение според културните ценности и възможности на пациента	24 (45,3)	30 (52,6)	1 (14,3)	55 (47)	
	Лечение еднакво за всички, а реализацията зависи от активното участие на паци- ента с неговите разбирания и възможности	10 (18,9)	17 (29,8)	6 (85,7)	33 (28,2)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Профилактика	7 (12,5)	0 (0)	0 (0)	7 (5,7)	0,030
	Лечение	5 (8,9)	5 (9,8)	1 (6,7)	11 (9)	
	Лечение според заплащането	15 (26,8)	16 (31,4)	4 (26,7)	35 (28,7)	
	Лечение според културните ценности и възможности на пациента	12 (21,4)	16 (31,4)	9 (60)	37 (30,3)	
	Лечение еднакво за всички, а реализацията зависи от активното участие на паци- ента с неговите разбирания и възможности	17 (30,4)	14 (27,5)	1 (6,7)	32 (26,2)	
	Общо	56 (100)	51 (100)	15 (100)	122 (100)	

Според пола мъжете ОПЛ и дентални лекари избират в по-висок процент отговора „Лечение според заплащане“ сравнение с жените. ОПЛ мъже два пъти повече избират подхода „Лечение“ от жените ОПЛ. Мъжете и жените лекари в болничните заведения избират в еднакъв процент „Лечение според културните особености на пациента“. Няма разлика в отговорите във зависимост от пола на медицинските професионалисти според останалите подходи на работа (Табл. № 77).

Таблица № 77. Разпределение на анкетираните медицински кадри по отговори на въпроса:

„Какъв е вашият подход на работа?“, в зависимост от пола

Група	Какъв е вашият подход на работа?	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	p
Лични лекари	Профилактика	0 (0,0)	24 (36,4)	24 (30)	0,023
	Лечение	2 (14,3)	5 (7,6)	7 (8,8)	
	Лечение според заплащането	6 (42,9)	9 (13,6)	15 (18,8)	
	Лечение според културните ценности и възможности на пациента	3 (21,4)	10 (15,2)	13 (16,3)	
	Лечение еднакво за всички, а реализацията зависи от активното участие на пациента с неговите разбирания и възможности	3 (21,4)	18 (27,3)	21 (26,3)	
	Общо	14 (100)	66 (100)	80 (100)	
Лекари	Профилактика	0 (0,0)	2 (4,3)	2 (1,7)	0,330
	Лечение	1 (1,4)	1 (2,1)	2 (1,7)	
	Лечение според заплащането	14 (20)	11 (23,4)	25 (21,4)	
	Лечение според културните ценности и възможности на пациента	32 (45,7)	23 (48,9)	55 (47)	
	Лечение еднакво за всички, а реализацията зависи от активното участие на пациента с неговите разбирания и възможности	23 (32,9)	10 (21,3)	33 (28,2)	
	Общо	70 (100)	47 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Профилактика	1 (1,4)	7 (14,3)	8 (6,5)	0,024
	Лечение	7 (9,5)	4 (8,2)	11 (8,9)	
	Лечение според заплащането	26 (35,1)	9 (18,4)	35 (28,5)	
	Лечение според културните ценности и възможности на пациента	23 (31,1)	14 (28,6)	37 (30,1)	
	Лечение еднакво за всички, а реализацията зависи от активното участие на пациента с неговите разбирания и възможности	17 (23)	15 (30,6)	32 (26)	
	Общо	74 (100)	49 (100)	123 (100)	

2.6. Финансови въпроси, като морални аспекти свързани с устойчиво развитие на здравеопазването

2.6.1. Резултати от отговори на въпрос „Посещавате ли специалисти, без да използвате направление от вашия личен лекар т.е. платено?“

Няма разлика по показател пол в отговорите на анкетиранияте пациенти дали посещават специалисти срещу заплащане. Най-висок процент на отговор е отговорът „Да“ – общо 86,5%. Отговор „Рядко“ са избрали 11,8% от анкетиранияте и само 1,7% никога не са посещавали специалист срещу заплащане (Табл. № 78)

Таблица № 78. Разпределение на анкетиранияте пациенти по отговори на въпроса: „Посещавате ли специалисти, без да използвате направление от вашия личен лекар т.е. платено?“, в зависимост от пола

Посещавате ли специалисти, без да използвате направление от вашия личен лекар т.е. платено?	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	p
Да	201 (85,2)	202 (87,8)	403 (86,5)	0,665
Рядко	31 (13,1)	24 (10,5)	55 (11,8)	
Никога	4 (1,7)	4 (1,7)	8 (1,7)	
Общо	236 (100)	230 (100)	466 (100)	

Най-висок е процентът на готови да заплатят за специалисти във възрастта 18-24 години – 90,5%, следвани от 25-44 г. с 87,9%, 45-59 години – 82,8%. Най-висок процент от отговорилите на въпроса с отговор „Рядко“ се наблюдава в групата 45-59-годишните – 15,2%. Няма нито един пациент от анкетиранияте над 60-годишна възраст, който да е заплатил за преглед без направление (Фиг. № 21).



Фигура № 21. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Посещавате ли специалисти, без да използвате направление от вашия личен лекар т.е. платено?“, в зависимост от възрастовата група

Независимо от образованието всички пациенти във висок процент посещават специалисти срещу заплащане – 86,5% (Табл. № 79).

Таблица № 79. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Посещавате ли специалисти, без да използвате направление от вашия личен лекар т.е. платено?“, в зависимост от образованието

Посещавате ли специалисти, без да използвате направление от вашия личен лекар т.е. платено?	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Да	155 (83,3)	247 (88,5)	402 (86,5)	0,276
Рядко	27 (14,5)	28 (10,0)	55 (11,8)	
Никога	4 (2,2)	4 (1,4)	8 (1,7)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

2.6.2. Резултати от отговори на въпрос „Бихте ли вложили средства за закупуване на нова техника за ранна диагностика и профилактика във вашата практика?“

Табл. № 80 демонстрира, че в най-висок процент денталните лекари – 44,7% биха инвестирали в нова техника за ранна диагностика и профилактика в практиката си. Лекарите от болничните заведения считат, че инвестицията в частните им практики не се възвръща – 42,7%, а ОПЛ в най-висок процент – 43,8% отказват да инвестират в нова техника. Има статистическа значима разлика в групите; $p = 0,003$.

Таблица № 80. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса:

„Бихте ли вложили средства за закупуване на нова техника за ранна диагностика и профилактика във вашата практика?“, в зависимост от групата медицински специалисти

Бихте ли вложили средства за закупуване на нова техника за ранна диагностика и профилактика във вашата практика?	Лични лекари n (%)	Лекари n (%)	Стоматолози n (%)	Общо n (%)	p
Не	35 (43,8)	28 (23,9)	32 (26)	95 (29,7)	0,003
Да	20 (25)	39 (33,3)	55 (44,7)	114 (35,6)	
Не се възвръщат средствата	25 (31,3)	50 (42,7)	36 (29,3)	111 (34,7)	
Общо	80 (100)	117 (100)	123 (100)	320 (100)	

Най-голям процент на отговорилите, че биха вложили средства за нова техника, независимо от профилирането на медицинските професионалисти, е в групата на 25-44 годишните. Най-висок процент на тези, които мислят, че не се възвръщат средствата са лекарите във възрастта 45-59 години (Табл. № 81).

Таблица № 81. Разпределение на анкетиранияте медицински специалисти по отговори на въпроса: „Бихте ли вложили средства за закупуване на нова техника за ранна диагностика и профилактика във вашата практика?“, в зависимост от възрастовата група.

Група	Бихте ли вложили средства за закупуване на нова техника за ранна диагностика и профилактика във вашата практика?	Възраст			Общо n (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Лични лекари	Не	5 (19,2)	29 (54,7)	1 (100)	35 (43,8)	0,034
	Да	10 (38,5)	10 (18,9)	0 (0)	20 (25)	
	Не се възвръщат средствата	11 (42,3)	14 (26,4)	0 (0)	25 (31,3)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	15 (28,3)	13 (22,8)	0 (0)	28 (23,9)	0,188
	Да	17 (32,1)	17 (29,8)	5 (71,4)	39 (33,3)	
	Не се възвръщат средствата	21 (39,6)	27 (47,4)	2 (28,6)	50 (42,7)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	13 (23,2)	12 (23,5)	7 (46,7)	32 (26,2)	0,257
	Да	23 (41,1)	25 (49)	6 (40)	54 (44,3)	
	Не се възвръщат средствата	20 (35,7)	14 (27,5)	2 (13,3)	36 (29,5)	
	Общо	56 (100)	51 (100)	15 (100)	122 (100)	

Жените ОПЛ и лекари са два пъти по-решени да закупват нова техника за ранна диагностика и лечение. Жените ОПЛ повече от мъжете считат, че средствата не се възвръщат, за разлика от групата на лекарите, където повече мъже мислят, че няма възвръщаемост на средствата. При денталните лекари няма разлика в отговорите по отношение на показателя пол (Табл. № 82).

Таблица № 82 Разпределение на анкетираниите медицински кадри по отговори на въпроса: *Бихте ли вложили средства за закупуване на нова техника за ранна диагностика и профилактика във вашата практика?, в зависимост от пола.*

Група	Бихте ли вложили средства за закупуване на нова техника за ранна диагностика и профилактика във вашата практика?	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	P
Лични лекари	Не	9 (64,3)	26 (39,4)	35 (43,8)	0,23 0
	Да	2 (14,3)	18 (27,3)	20 (25)	
	Не се възвръщат средствата	3 (21,4)	22 (33,3)	25 (31,3)	
	Общо	14 (100)	66 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	17 (24,3)	11 (23,4)	28 (23,9)	0,07 4
	Да	18 (25,7)	21 (44,7)	39 (33,3)	
	Не се възвръщат средствата	35 (50)	15 (31,9)	50 (42,7)	
	Общо	70 (100)	47 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	21 (28,4)	11 (22,4)	32 (26)	0,69 8
	Да	33 (44,6)	22 (44,9)	55 (44,7)	
	Не се възвръщат средствата	20 (27)	16 (32,7)	36 (29,3)	
	Общо	74 (100)	49 (100)	12300)	

3. Обобщени резултати от анкетно проучване

1. Обобщени резултати от анкети за пациенти по критерии пол, образование и възраст:

- Пол

1. Жените пациенти за разлика от мъжете пациенти са по-доверчиви към своя ОПЛ, повече вярват в новите методи и средства за лечение и са по-отговорни за своето здраве от мъжете.

2. Жените два пъти повече вярват в профилактиката на заболяванията, по-добре запознати са с нужните годишни профилактични прегледи и съответно са по-редовни от мъжете в посещаването на профилактични прегледи.
3. Жените имат по-висока оценка за личната си здравна грамотност, с 8,8% повече от мъжете умеят да четат етикетите на храните и са два пъти по-готови от мъжете да проявят воля и усилия, за да спрат или забавят дадено заболяване.
4. Мъжете в по-голям процент прехвърлят отговорността за профилактика на заболяванията и на здравето си при наличие на болест върху медицинските професионалисти отколкото жените.
5. Мъжете – 93,6% – в сравнение с жените – 89,6% – са по-негативни в оценката си на ОПЛ по отношение на информираността на пациентите за тяхното здравословно състояние и нужните профилактични прегледи. Като цяло проценът на недоволство е много висок и в двата пола.
6. Няма разлика по показател пол в отговорите на анкетирани пациенти дали посещават специалисти срещу заплащане като във възрастта 18-44 години процентът е много висок.

- **Образование**

1. Висшисти проявяват два пъти по-високо доверие към ОПЛ, два пъти повече вярват в профилактиката на заболяванията и са по-редовни в профилактичните прегледи, два пъти повече от средните се грижат за здравето си и три пъти повече вярват в новите методи и средства на лечение.
2. Висшистите имат по-висока собствена оценка за нивото на личната си здравна грамотност и два пъти повече умеят да четат етикетите на храните, но за съжаление общо 71,5% от всички анкетирани пациенти не умеят да четат етикетите на храните.
3. Средните в по-нисък процент са готови на промяна на начина на живот, за да предотвратят или забавят дадено заболяване и с 10% повече отказват да проявят воля за борба със заболяването за разлика от висшистите.
4. Висшистите два пъти повече споделят отговорността за здравето си с медицинските професионалисти от колкото средните, които повече от 50% прехвърлят отговорността за профилактика на заболяванията и за здравето си при наличие на

болест върху медицинските професионалисти и в много малък процент 4,8% поемат лична отговорност за здравето си; $p < 0,001$.

5. Оценката на пациентите за информираността, която получават от ОПЛ за здравето си е много ниска, но за средните процентът на недоволство е по-висок от този на висшите.

• **Възраст**

1. 18-24-годишните проявяват най-голямо недоверие към ОПЛ като това е възрастовата група, която в най-голям процент не вярват в профилактиката на заболяванията, това са и най-нередовните пациенти по отношение профилактичните прегледи и на тях най-много време за грижа за здравето не им достига.
2. Най-неумеещи да четат етикетите на храните с разбиране са 18-24-годишните като те са тези, които дават най-ниска оценка за нивото на личната си здравна култура.
3. По отношение на готовността си да проявят воля и усилия, за да спрат или забавят дадено заболяване 18-24-годишните в най-голям процент избират отговора „Зависи от лишенията и заболяването“.
4. 18-24-годишните са приоритетна група за повишаване на здравната грамотност и повлияване на начина на живот без тютюнопушене, консумиране на алкохол и спазване на хранителен режим.
5. Парадоксално е, че личната отговорност за собственото здраве е най-ниска сред 18-24-годишните, но те са тези, които най-много вярват в новите методи и средства за лечение и в най-висок процент са готови да заплатят за преглед при специалисти 90,5%, следвани от 25-44-годишните с 87,9% и 45-59-годишните – 82,8%. Може би това погрешно им дава правото в най-висок процент да прехвърлят отговорността за профилактика на заболяванията и здравето си при болест върху медицинските професионалисти.

2. Обобщени резултати от отговори на въпроси № 1 и № 2 –

Имате ли ОПЛ и ОПЗ?

1. По отношение на ОПЛ: 100% от медицинските професионалисти имат ОПЛ; 90,3% от анкетираните пациенти имат ОПЛ като от тях 88,1% са мъже и 92,6% са жени;

общият процент на анкетираните пациенти, които нямат ОПЛ е 9,7% като от тях 11,9% са мъже и 7,4% са жени; най-висок процент на нямащи ОПЛ са 18-24-годишните.

2. По отношение на ОПЗ: много висок е процентът и на медицинските професионалисти, и на пациентите, които нямат личен зъболекар – средно над 65%; мъжете пациенти с около 10% повече нямат лични зъболекари от жените; 41.3% от анкетираните ОПЛ, отговарят, че нямат личен зъболекар, като отново по-висок е процентът на мъжете; във всички възрастови групи най-висок процент на липсващ личен дентален лекар се наблюдава при денталните лекари; при медицинските сестри по равен процент нямат личен дентален лекар и в двете възрастови групи 25-44-годишни и 45-59-годишни – 60%; висок процент пациенти със средно образование – 78,5% и с висше образование – 64,9% нямат личен дентален лекар.

3. Обобщени резултати от анкети за медицински професионалисти:

1. Денталните лекари демонстрират най-ниска активност в посещение на профилактичните прегледи, но в най-голяма степен умеят да четат етикетите на храните с разбиране и най-много от всички медицински професионалисти се грижат за здравето си. Те са и тези, които в най-висок процент споделят отговорността за профилактика на здравето със своя лекар. Денталните лекари във възрастта 25-44 г. най-много обучават пациентите си на профилактика и промоция на здраве и в същата възрастова група проявяват най-голяма готовност за прилагане на нови методи и средства за лечение.

2. Уникален е резултатът, че 71,8% от всички медицинските професионалисти не са запознати с нужните годишни профилактични прегледи, имунизации и съответните за възрастта профилактични процедури, в следния ред: медицински сестри – 92,5%, дентални лекари – 86,2%, лекари – 70,9%. И все пак най-висок процент на знание имат ОПЛ – 76,3% във възрастта 45-59-годишни.

3. Най-висок процент на готовност да проявят воля и усилия, за да предотвратят или забавят дадено заболяване демонстрират лекарите в болничните заведения последвани от ОПЛ, но това са и медицинските професионалисти, които имат най-малко време за грижа за здравето си (ОПЛ и лекарите – 67,5%).

4. Без съществено значение от профила на медицинските професионалисти висок е процентът на прехвърляне на отговорността за профилактика на заболяванията върху па-

циентите; нисък е процентът на споделената отговорност – най-висока от денталните лекари – 6,8%.

5. За собственото си здраве при наличие на болест медицинските професионалисти поемат лична отговорност средно 82,2%, както следва: лекари – 88%, ОПЛ – 85%, МС – 79,2%, дентални лекари – 77,2%. Отговорността за лично здраве сред анкетираните медицински професионалисти е най-голяма в групата на 25-44 годишните последвана от възрастова група 45-59 г.

6. Независимо от възрастта на ОПЛ всички те отказват да е тяхна отговорността за здравето на пациентите при наличие на болест.

7. Няма нито един ОПЛ, които да не е информирал своите пациенти за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за тяхната възраст профилактични процедури, но нивото на удовлетвореност от страна на пациентите е много ниско.

8. Факторът недостатъчно време по време на посещението е най-съществената причина, която посочват лекарите в болничните заведения, във възрастта 45-59 г, за да не информират в достатъчна степен своите пациенти за здравословното им състояние, но пациентите в най-висок процент са удовлетворени от информираността, която получават именно от тях, лекарите в болничните заведения.

9. Според медицинските професионалисти обучението на пациента на профилактика и промоция на здраве зависи най-съществено от два фактора: 1 – особеностите на пациента и неговото желание да съдейства и подпомага процеса на обучение, съответно на лечение и 2 – наличното време по време на неговото посещение при специалиста.

10. От медицинските професионалисти най-висок процент на вяра в новите методи и средства на лечение проявяват в групата 45-59-годишни лекари и дентални лекари. Скептиците ОПЛ са най-много във възрастта 45-59 години. Най-готови да прилагат нови методи и средства на лечение са денталните лекари – 79,7%, а най-големият процент отказващи да прилагат нови методи и средства са лекарите в болничните заведения.

11. Висок е процентът на посещаемост на следдипломни курсове при ОПЛ, лекари и дентални лекари – общо 95,6%; медицински сестри – 28,3%.

12. По отношение на подхода на работа отговорът „*Лечение според културните ценности и възможности на пациента*“ е избран в най-висок процент от лекарите в болниците във възрастта 45-59 години; „*Лечение според особеностите на пациента*“ е приб-

лизително еднакво избран отговор от всички медицински професионалисти; „Профилактичният модел“ на лечение е най-много предпочетен от ОПЛ; подходът „Лечение“ е избран в най-ниска степен от всички медицински професионалисти; в най-висок процент избран от всички групи професионалисти е подходът на „Лечение с активното участие на пациента“; според пола мъжете дентални лекари и ОПЛ избират в най-висок процент подхода „Лечение според заплащане“.

13. Лекарите в болниците не разчитат на профилактика.

14. Най-високият процент от медицинските професионалисти са денталните лекари, които биха инвестирали в нова техника за ранна диагностика и профилактика в практиката си; лекарите от болничните заведения считат, че инвестицията в нова техника в частните им практики не се възвръща, а ОПЛ в най-висок процент отказват да инвестират в нова техника.

15. Жените медицински професионалисти посещават по-често курсове за следдиломно обучение в сравнение с мъжете, което може би е свързано и с по-добрите им знания по отношение на нужните годишни профилактични прегледи и процедури.

4. От теория към практика (резултати по задача № 4)

С цел да се повиши здравната грамотност на населението предлагаме образователна брошура „Наръчник по здравни въпроси, здравословен начин на живот и психопрофилактика“ и примерен образец на „Здравно досие на пациента“. Практичната част е приложена в Приложения № 5 и 6.

IV. ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

1. Роля на ПМП. Доверие на здравноосигурени граждани в ОПЛ

Центрирана върху пациента ПМП се характеризира с: фокус върху здравните потребности на пациента, продължителните личностни взаимоотношения между пациента и медицинските професионалисти, отговорност за здравето на всички в общността, отговорност за справяне с детерминантите на влошеното здраве. Хората са партньори в мениджмънта на собственото им здраве и здравето на общността. Този модел на медицинска помощ е модерен и перспективен, защото прави медицинската помощ по-ефективна, по-ефикасна и справедлива **(18,81)**.

ПМП има важна роля в образователна интеграция като генерира знания, умения и готовност на лекарите и специалистите по здравни грижи за работа в екип и професионално партньорство при осигуряване на цялостни здравни услуги в извънболнични условия, в семейството и общността с водеща цел промоция и превенция на здраве и здравословен стил на живот. Стратегическите задачи на първичното здравно обслужване у нас са регламентирани в Националната здравна стратегия и Закона за лечебните заведения (1999 г.). Целта на първична медицинска помощ е да осигури на населението пълна грижа за здравето от началото на живота до неговия край, да дава съвети във всяка насока касаеща здравето на гражданите чрез подпомагане и насочване на пациента. Ролята на ПМП е да координира действията между отделните подсистеми в системата на здравеопазването, проследявайки пътя на пациента от превенцията през специализираната извънболнична и болнична помощ, и областта на рехабилитацията. Този процес съчетава нужди на пациента с разумно потребление, осигурявайки ефективно използване на здравните ресурси **(81)**. Първичната извънболнична помощ е изцяло частна и се осъществява от индивидуални и групови практики – организира се и се осъществява от ОПЛ. Стимулите при финансирането за извършена дейност насърчават ОПЛ да обслужват колкото е възможно повече пациенти. Следователно всичко, което забавя процеса на обслужване на пациента, намалява приходите на общопрактикуващите лекари. При тези условия те се стремят да ограничат дейностите, които им носят ниски приходи и водят до съществена загуба на ресурси като например домашните посещения, телефонните консултации, грижата за по-възрастни пациенти,

както и наблюденията на бременни и пациенти с комплексни заболявания. Счита се, че финансирането на база на извършена услуга подтиква лекарите да предлагат на пациентите частични услуги и да ограничават достъпа до основни услуги за сметка на скъпоструващи и неефективни процедури. Не на последно място при заплащането на база извършена дейност, ограниченото време за преглед може да доведе до прибързани решения и препращане към центровете за неотложна помощ за консултация със специалист на сложните и заплетени случаи, без да е налице необходимост от предприетите мерки. Описаните недостатъци водят до недоверие в личните лекари и разбира се недостатъчна информираност на пациентите поради липса на време по време на посещението им **(134,146)**. Това е потвърдено и в проведеното от нас анкетно проучване.

В направеното от нас анкетно проучване се открива, че медицинските професионалисти познават системата на здравеопазването добре, рисковете за здравето, положителните страни да имаш ОПЛ, запознати са с правата и отговорностите на пациента и необходимостта да имаш ОПЛ. Всички медицински кадри са направили своя избор на личен лекар. Причините да не избереш ОПЛ могат да бъдат от различно естество като например: пациентите да не познават правните норми и своите задължения както и ролята на здравното осигуряване, недоверие в ОПЛ и системата, която се предполага, че защитава интересите на пациентите **(175)**. Една от възможните причини голям процент от всички анкетирани да нямат лични зъболекари в голяма степен се дължи на факта, че винаги се налага доплащане при посещение на дентален лекар и общата нагласа, че зъболечението е платена здравна услуга **(189)**. Проведеното от нас анкетно проучване посочва, че 100% от медицинските професионалисти имат ОПЛ; 90,3% от анкетираните пациенти имат ОПЛ; общият процент, на анкетираните пациенти, които нямат ОПЛ е 9,7%; най-висок процент на нямащи ОПЛ са 18-24 годишните. Но не така стоят нещата по отношение на ОПЗ: много висок е процентът и на медицинските професионалисти, и на пациентите, които нямат личен зъболекар – средно над 65%; мъжете пациентите с около 10% повече нямат лични зъболекари от жените. Подобни са резултатите и от друго анкетно проучване, което посочва, че към момента в страната около 93% от всички български граждани са здравноосигурени, а 7% не са **(56)**. Това означава на практика, че близо 380 хил. души, живеещи на територията на страната нямат здравна осигуровка. В разбивките по етническа принадлежност личи, че половината от ромите не са здравноосигурени, докато процентът сред българските турци е почти 90%

(56,30,64,69). 96% от респондентите знаят кой е личният им лекар. Малко над 200 хил. души (или 4%) са тези които не знаят кой е личният им лекар **(56)**. Това е интересен резултат, който демонстрира, че при наличие на ОПЛ, услугите не се използват от записаните пациенти. Причина може да бъде недостиг на общопрактикуващи лекари в слабо населените и трудно достъпни райони, както и трудностите свързани със заместването им, в случаите, когато не могат да изпълняват лично задълженията си, ограничават възможностите на лекарите да обслужват пациенти 24 часа в денонощието или липса на доверие в ОПЛ.

Близкият контакт между пациента и семейния лекар е важен компонент за взаимно сътрудничество и води до нарастване на пациентското доверие и удовлетвореност **(105)**. Повишаване на доверието формира усещането за „делегиране на права“ у пациента. Друго изследване, реализирано 2014 г. сред пълнолетни български граждани ни запознава с информация, че на фона на всички критики към системата на здравеопазване в България, българинът като цяло е доволен от работата на личния си лекар **(61,74)**. Близо 90% от познаващите своя ОПЛ, декларират, че са доволни от услугите му **(57)**. Резултатите от нашето изследване посочват други данни: резултати от анкетираните пациентите – 45% не се доверяват на ОПЛ, само 14% им вярват, а останалите 41% търсят друго мнение, мъжете пациенти са по-недоверчиви, но по-малко търсят друго мнение. В изследване на друг авторски колектив се установява, че 60% от хората над 65 год. се доверяват на ОПЛ, което за тази възрастова група е потвърдено и от нашето изследване **(29)**. По отношение на това, дали имат доверие на личния си лекар 51.3% от мъжете дават отрицателен отговор, а при жените този процент е значимо по-нисък (37,8%). И все пак средните показатели показват почти два пъти по-висок процент на недоверие в ОПЛ. Възможно е да се направи заключението, че в годините между двете проведени изследвания 2014-2017 г. недоверието към ОПЛ е нарастнало. Признак на недоверие е и резултатът, че чрез народна медицина предпочитат да се лекуват 40% от българските граждани, чрез алтернативна медицина предпочитат да се лекуват 30% от запитаните **(56)**. Процентът се увеличава пропорционално с възрастта.

Здравните професии изискват определен тип морално – етични личностни качества, които представляват предпоставка за успешното упражняване на професията и изграждане на доверие в тях **(34)**. Медицинският специалист в частност ОПЛ има морални задължения да поставя на първо място в своята дейност мерките за предотвратяване на заболяванията, да работи за повишаване на здравната култура, да бъде инициатор на мероприятия, свър-

зани със здравето на човека. Добрата здравна грижа изисква чувствителност, готовност да разбереш потребностите на другия, да уважаваш ценностите и културните особености на човека, който е оставен на грижите на медицинските специалисти и да дадеш от себе си, за да се почувства болният по-добре (74,85,105). Начинът да изградиш доверие е съпричастност, всеотдаване и най-важното е усещането за грижа с високо ниво на компетентност. За съжаление от резултатите от проведеното анкетно проучване, нивото на доверие към ОПЛ е много ниско. Тази липса на недоверие и неудовлетвореност е подчертана като един от основните проблеми на българското здравеопазване в доклада на Министерство на финансите (51). Като причини в него се описват спад в качеството на здравното обслужване, въпреки високата квалификация на лекарския персонал; високи нива на нерегламентираните плащания – неприемлива практика, както от гледна точка на пациентите, така и от страна на лекарите; дефицит на публичен финансов ресурс; недостатъчен управленски капацитет и неефективна здравна инфраструктура; липса на адекватна лекарствена политика, водеща до сериозни проблеми в лечението на социално-значими заболявания и невъзможност на пациентите да участват активно при вземане на решенията за лечебния процес, за разпределение на ресурсите, както и при определяне на изискванията към качеството на здравната услуга. За да престане да бъде проблем на здравеопазването, последната описана причина трябва да бъде разглеждана двупосочно. Необходимо е да се подготвят и сформират обучаващи структури, които да подготвят пациентите да участват адекватно и активно при вземане на решения за лечебния процес, за разпределение на ресурсите, както и при определяне на изискванията към качеството на здравната услуга. Този процес е дълъг и труден и изисква общи усилия на лекари, пациенти, политици, подготвени обучители като обединяваща цел е желанието за споделена отговорност, която в случая ще е проява на свободен, качествен личен избор. Изисква се всички пациентите да бъдат подготвени и да притежават здравна грамотност поне на средно ниво както и поне минимум знания в различни сфери, свързани със здравеопазването. Безсъмнено това е причината да се срещат трудности при налагане на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването. Неудовлетвореността на пациентите и свързаното с това липса на доверие в медицинските професионалисти се обсъжда и в доклада на Световната здравна организация от 2000 г. (37), в който се дефинират основните цели, които трябва да постигнат съвременните здравни системи (183): първата основна цел на всяка здравна система е подобряване на

здравето на нацията; втората цел е разширяване на адекватността на системата спрямо пациентите като тя включва два елемента – уважение към личността и ориентация към клиента като се изследва чрез степента на удовлетвореност на пациентите от системата на здравни грижи; третата основна цел е справедливост в разпределянето на финансовата тежест върху участниците в системата, която означава, че всяко домакинство следва да жертва равна част от своя доход за финансиране на здравната система и никой да не понася допълнителен товар за сметка на друг. Финансовата адекватност на системата би могла да се декомпозира на ефективност, ефикасност и равнище на разходите. Като правило здравната грамотност на гражданите е от значителна важност за реализацията на ефективен избор на лечение и доставчик на здравни услуги. Общият образователен статус на конкретния пациент е важна предпоставка, за да бъде той добър потребител на здравни услуги, който е готов да сътрудничи (29,31,32,33,70,105).

В същото време скептицизмът сред потребителите относно качеството на здравните услуги, които предоставя здравното осигуряване, има като резултат слабото развитие на доброволното здравно осигуряване в България. Налице е ниско ниво на познаване на природата и механизмите за управление на сложната система на здравеопазване и висока степен на неинформираност за съществуващите опции за получаване на медицински услуги.

2. Профилактични прегледи

От проведеното от нас анкетно изследване ОПЛ и лекарите в болничните заведения в най-голям процент вярват в профилактиката на заболяванията и са убедени в ефикасността ѝ. Възможно е да се дължи на това, че приоритетна дейност на ОПЛ е ПМП, включваща превенция и профилактика на здравето и поради факта, че те и лекарите в болничните заведения ежедневно се сблъскват със заболяванията и усложненията им, с високата заболяемост, с заболявания открити в късен стадии на развитие, с нередовни в годишните профилактични прегледи пациенти. Данните от проведеното от нас и от друго анкетно проучване през 2017 г. (56) съвпадат, а именно – висок процент от анкетираните не ходят на профилактични годишни прегледи. Малко над 1/10 пък не знаят, че има безплатни годишни профилактични прегледи, което демонстрира липса на здравна грамотност сред населението и непознаване на правата им. Тук отново прави впечатление, че сред ромската общност малко над 1/4 не са запознати с това, че здравноосигурените лица имат

право на безплатни годишни профилактични прегледи (64). С повишаване на възрастта нарастват дяловете на посещаващите профилактични прегледи. Данните сочат, че нивата на превенция сред младите хора са все още доста занижени. Данните от Национален статистически институт (137) показват, че 75% от българите посещават лекар и зъболекар, само когато имат оплаквания, а 1/3 дори не знаят, че има безплатни медицински профилактични годишни прегледи. Тъжни, но потвърдени са тези данни и в друго анкетно проучване, в което се отбелязва, че една трета от всички анкетирани не ходят на профилактични годишни прегледи. Близко 50% от здравноосигурените българи не минават през личните си лекари за задължителния годишен профилактичен преглед, сочи справка на НЗОК (57,71,83). Редовните имунизации и профилактични прегледи на децата са споделена отговорност между родители и ОПЛ (75,174).

Същевременно 2017 г. здравният министър Петър Москов предложи такива пациенти да плащат по-голяма индивидуална здравна вноска или да заплащат лечението си през следващата година като наказателна мярка. Според него сегашната санкция от 50 лв. глоба не работи и обикновено не се налага. Обмисля се и отпускането на допълнителен ден към отпуската за тази цел. Данните сочат, че здравни осигуровки плащат около 6 млн. българи, а неосигурените са около 1,2 млн. българи. През 2013 г. профилактичен преглед са минали 3,523 млн. души, през 2014 г. – 3,527 млн., а до м. май 2015 г. – 1,563 млн. души, което значи, че броят им ще бъде почти същият като през последните години (176).

Високият процент на отговорилите, че нямат добра здравна култура по отношение на профилактика е достатъчен показател за несигурността на пациентите. Но големият процент вярващи в профилактиката посочва, че хората имат вяра, което е водещо, но нямат знания или не обръщат внимание поради липса на време. Последното може да бъде променено, ако пациентите придобият знания и променят съзнанието си за грижа за собственото си здраве. Как да стане тази промяна? С активно участие на медиите като най-голям и достъпен източник на информация, с подкрепата на неправителствени организации, с наказания и санкции към пациенти и ОПЛ за недоброръвестност в изпълнение на профилактичните мерки. Само когато е засегнат личен и финансов интерес, може да се наблюдава промяна. Вярата на пациентите в профилактиката показва, че все пак анкетираниите имат позитивна нагласа и им е необходимо малко стимулиране и външен натиск, за да започнат да посещават редовно профилактични прегледи.

Нередовното явяване на профилактичен преглед е сериозен проблем. По този начин се стига до късно откриване на болестта, скъпоструващо лечение, което не винаги е успешно, невъзможност да се достигне до качествен живот след лечението. Скъпоструващите лекарства затрудняват системата, тя се претоварва и разходите се компенсират от други пациенти и манипулации. Опасността да се стигне до недоволство от всяка от страните е съществена. Но къде се разминават добрите стратегии за здраве, здравна промоция и здравни програми с реалността? Разбира се в изпълнението. Безспорно здравеопазването е свързано с политика, но как политиката да повлияе и пациентите т.е. потребителите на здравната система? Няма как да се стигне до справедливост, достъп и равенство без пациентите да бъдат обучени (желателно е този процес да започне още от ученическа възраст) и да бъдат задължени да провеждат профилактика и да поемат лична отговорност за здравето си. В противен случай големият процент заболявания биха довели системата до фалит на финансите и изчерпване на ресурсите **(12,27,64,66,87)**.

Липсата на вяра в ОПЛ може да е причина пациентите да не посещават редовно профилактичните прегледи. Доверието в най-хуманната професия го няма. Налага се промяна и политическа намеса с цел да се възродят моралните и етични норми и ценности на професията и отговорността на медицинските професионалисти за гордостта да бъдеш лекар както и да се преосмислят отговорностите на пациентите към собственото им поведение по отношение на здравето им като най-висша ценност **(61)**.

Профилактиката е най-важната защита от хронични и онкологични заболявания. СЗО е изчислила, че над 40% от всички случаи на рак могат да се предотвратят с превенция **(38,42)**. СЗО описва липсата на готовност за приемане на факта, че можем да моделираме и влияем върху собственото си здраве и това на другите около нас **(9,91,104)**. Рисковото и профилактичното поведение са ключови понятия в съвременното здравеопазване. „Капка профилактика струва колкото паунд лечение.“ – Henry De Bracton, 1940 г. По-късно Сащ изчисляват, че ефективните програми за профилактика на хроничните заболявания могат да струват под 10 долара на пациент. Промоцията на здраве въвежда активния подход към здравето и променя отношението на личността към него (личностен подход и социална отговорност), а профилактиката променя някои рискови за здравето фактори, с цел недопускане на заболяване или предпазване от усложнения **(101)**. Предвид разходите, кои-

то се заплащат от държавата за профилактика е безотговорно да не се посещават профилактичните прегледи.

На правата на пациентите, които са разгледани в самостоятелен раздел, (вж. „Права и отговорности на пациентите“, стр.17), кореспондират реципрочни по съдържание задължения на лекарите и медицинския персонал. Тяхното виновно неизпълнение ангажира различни по вид отговорности на работещите в сферата на здравеопазването. Правата и задълженията са споделени между медицински професионалисти и пациенти, това е регламентирано и в чл. 92 от Закона за здравното осигуряване (9).

Устойчивото развитие на здравеопазването има задача да постигне баланс между модела за правата на човека, солидарността, поемане на лична отговорност за здравето си и въвеждане на пазарни механизми.

3. Добрата информираност на пациентите като елемент на УР на здравеопазването

Като елемент на УР на здравеопазването е добрата здравна информираност на пациентите, която получават от своя ОПЛ. От значение е и оценката на тяхната ангажираност към огромяване и информиране на пациентите от самите пациенти. Тази дейност на ОПЛ би повишила уменията и личната отговорност на пациентите както и проактивното им отношение, но за съжаление проведеното от нас изследване потвърди, че пациентите не са доволни от нивото на информираност, като най-незадоволени са очакванията им точно от ОПЛ, което най-вероятно е и причина, на която се дължи и високият процент на недоверие в ОПЛ и нередовно посещение на годишни профилактични прегледи. В друго изследване се посочва, че неинформирани пациенти постъпват в болница изключително с направление от ОПЛ, което потвърждава резултатите от нашето проучване за недоволството на пациентите от нивото на информиране от страна на ОПЛ. Голям процент (81%) от пациентите твърдят, че разбират какво им говори лекарят, но се оказва, че всеки трети не знае към какъв специалист да се обърне при спешен случай. Нужна е по-директна и разбираема комуникация между пациента и ОПЛ или лекуващия лекар в болницата за по-ефективно въздействие върху информираността, здравната култура и поведението на пациента (16,52,75).

В проведеното от нас изследване се откри, че във висока степен пациентите са доволни от информираността, която получават от лекарите в болничните заведения, което е потвърдено и в изследване на Черкезов, в което над 85% от пациентите са удовлетворени от информираността за заболяването и лечението в болничните заведения **(100)**. Разминаването в оценките на пациентите и медицинските професионалисти по отношение на получената и подадена информация се дължи на различните очаквания от двете страни. Медицинските специалисти отчитат като важен фактор отделния пациент като личност с неговата здравна грамотност и възпитание, с неговия интерес и готовност да съдейства и подпомага лечението в неговия ход. Мъжете са по-негативни по отношение оценката си за нивото на информираност от ОПЛ от жените, може би поради факта, че според отговорите на въпросите от анкетите жените са с по-добра здравна грамотност, по-редовни в профилактичните прегледи, склонни са да проявят повече воля за бора със заболяванията. Важен е отговорът на пациентите, че рядко има време по време на посещението при ОПЛ, което се дължи на големия брой записани пациенти както и на нивото на посещаемост на ОПЛ при „банална“ настинка поради липсата на здравна грамотност за справяне. За медицинските професионалисти факторът недостатъчно време по време на посещение на пациент е водещ, много големият брой пациенти, претовареността в болничните заведения са причина да не се информират в нужната степен пациентите за здравословното им състояние.

Повишаването на здравната грамотност, внедряване на селфмениджмънта и телемедицината, електронното здравеопазване ще спести време на ОПЛ и лекарите в болничните заведения **(25,28,29,171)**. Поради забавяне на въвеждането на електронното здравеопазване и неумението на пациентите да съхраняват и боравят с здравна документация, късаеща здравословното им състояние, ние изработихме „Здравно досие на пациента“, за подпомагане пациентите и най-вече медицинските професионалисти в откриване на важна информация и проследяване на развитието на заболяванията (Приложение № 6).

За съжаление от проведеното от нас анкетно изследване се открива ниско ниво на здравна култура на населението, недостатъчна информираност на пациентите, непознаване на задълженията си, включващи редовно посещение на задължителни профилактични прегледи и имунизации за съответната възраст. Парадоксални са и други резултати от проведеното проучване, че голяма част от ОПЛ не умеят да четат етикети, което ги прави неподготвени да обучават пациентите си в това направление. Също смущаващ резултат е, че

денталните лекари и лекарите в болничните заведения не са запознати с годишните профилактични прегледи и имунизации, което ни насочва, че отговорността за нивото на запознатост е лична и пациентите трябва да проявят собствена инициатива. Вероятно незнанието на медицинските професионалисти се дължи на тясното им профилиране и специализации. Похвално и успокояващо е, че ОПЛ са най-добре запознати с профилактичните процедури, тъй като тяхна водеща грижа е промоция и превенция на здраве и дейности свързани с ПМП. 45-59 годишните ОПЛ знаят най-много по отношение профилактика на заболяванията, което се дължи на натрупания опит и знания, но те имат и най-много пациенти и съответно малко отделено време за пациента по време на посещението му. Няма нито един ОПЛ, по тяхно мнение, който да не е информирал своите пациенти за нужните профилактични прегледи, но отговорите на пациентите сочат друга реалност, която всички познаваме, и показва, че голям процент пациенти дори не се явяват на годишни прегледи, т.е те няма как да бъдат информирани. Може би ОПЛ имат предвид пациентите, които все пак са посетили лекарския кабинет. Тези резултати са потвърдени и от изследване на НЗОК (175). Основен фактор, който определя моралните аспекти и ценностите на устойчивото развитие на здравеопазването, е наличието или липсата на контакт и обмяна на информация между лекарите и пациентите (20,22,25).

Направените проучвания на общественото мнение в страната недвусмислено показват, че много голяма част от гражданите не само, че не са информирани за предназначението и функциите на доброволния здравноосигурителен фонд, но и не смятат, че той реално защитава техните права като потребители на здравни услуги. Липсата на единна информационна система на здравеопазване, насочена към пациентите, и на достатъчни форми за здравно образование на гражданите предопределят високата степен на несигурност относно подходящите здравни услуги, която се свързва с определени индивидуални щети за всеки човек. Това в крайна сметка води до по-голямо търсене на медицинска помощ. Налице са относително високи разходи за осигуряване дейността на здравноосигурителната система и съществени проблеми при събирането на осигуровките, които се дължат на слабата инфраструктура и управленски капацитет (138,158).

4. Основни принципи на здравеопазването. Споделена отговорност между медицински професионалисти и пациенти

Тенденциите в света са към все по-голямо либерализиране на пазара на здравни услуги и въвеждане на конкуренция (95). В повечето страни здравеопазването се финансира и организира на базата на „участие според възможностите, лечение според нуждата“. Основните принципи, върху които се основава финансирането на системата на здравеопазване, са следните: справедливост, солидарност; право на свободен и равнопоставен достъп до здравни грижи; универсално покритие на населението от системата; свобода на избор (на доставчик на медицински услуги и на осигурителна институция); конкуренция; качество на предоставените медицински услуги; ефективност и ефикасност на разходите за здравеопазване (23).

Проблемът за морала в Българската здравна система в период на дългогодишна здравна реформа е от изключително значение за устойчивото развитие на здравеопазването. Проблемите се дължат на липса на пари от страна на държавата и на пациентите, липса на разумна организация и липса на морал. Много проблеми, които не се приемат като етически в действителност се дължат на липсата на морал у тези, които са оторизирани да вземат решенията (12,64,105). Ценностите в здравната система се разглеждат като нещо непреходно, което трябва да се запази, да се преосмисли в контекста на новите условия, така че медицинската дейност да е достъпна и справедлива за пациентите. Като изход от създадените диспропорции в здравната система се предлага концепцията на устойчиво развитие. То може да се приеме като съзнателен разумен избор за по-нататъшно развитие на човешкото общество (93).

Един от най-съществените обективни дефекти на социалното здравно осигуряване, дължащ се на финансовия механизъм за осигуряване на принципа на солидарността, е липсата на пряка връзка между разхода на пациента за получаване на медицинска помощ и качеството на конкретната здравна услуга и невъзможността за контрол на тази връзка от страна на пациента. Това означава, че здравната осигуровка не гарантира на осигуреното лице получаването на максимално качествена здравна услуга. Единственият начин потребителят на медицински услуги да изисква качество и да упражнява контрол на връзката „плащане – качество“ е да заплаща директно стойността на медицинската услуга на изпълнителя на медицинска помощ. Тези предпочитания на гражданите са потвърдени от прак-

тиката и социологическите проучвания. Постигане на справедливост в рамките на обществото по повод ползването на здравни услуги е основна характеристика на социалната система на здравеопазване. Системата трябва да гарантира на всеки нуждаещ се, че ще получи здравна помощ безусловно и тази гаранция се осигурява от колективното участие на всички във финансирането на системата, което позволява да се реализира посоченото по-горе кръстосано субсидиране. Особено съществен критерий, който трябва да се съблюдава при въвеждането на система за споделяне на разходите са нагласите на обществото и обществената приемливост спрямо въпросната система. В този смисъл едно от най-важните неща е обществото да бъде добре информирано за целите, елементите, ползите и разходите, с които е свързана системата за споделяне на разходите, за да може да се изследват неговите нагласи и да вземе адекватно решение.

В същото време, в последните години се наблюдава трайна тенденция за комерсиализиране и меркантилизиране на процесите на оказване на медицинска помощ в световен мащаб. Неотчитането на тези обективни процеси, липсата на адекватни анализи и оценки на генезиса и последиците от тях имат като следствие възникването на редица проблеми, които рефлектират върху удовлетвореността на пациентите и качеството на здравни грижи. Пазарът на здравни услуги се различава от стандартните стокови пазари по следните основни характеристики: висока степен на диференциация на здравния продукт, асиметрична информация, значителен брой екстензивни държавни регулации **(117,152,154,165)**.

Запазването на принципите на справедливостта и солидарността е една от най-трудните задачи във всяка здравна система, особено ако е налице конкуренция на осигурителния пазар, която поражда възможности за селекция **(155)**. Като морална ценност солидарността е групово ориентирана отговорност за грижи към по-слабите и по-уязвимите членове на обществото. Всеки показва идентичност като член на един колектив или общност и поради това изпитва чувство на принадлежност и отговорност **(80)**. В този смисъл солидарността е израз на ангажимент, на отговорност към най-уязвимите в общество.

В днешното време на глобализация, по-изразена анонимност, ерозия на местните общности и родословни връзки, има напрежение между солидарността, личната автономност и отговорност. Грижата за здравето при болест в голям процент се прехвърля от пациентите като грижа на лекаря, а профилактиката на здравето за щастие се приема като споделена отговорност между пациенти и медицински професионалисти – това са резулта-

ти от проведеното от нас изследване. Демонстрираното прехвърляне на отговорността показва нестабилност в системата на здравеопазването. Ако медиците не са готови да поемат своя дял от отговорността, как е възможно да го очакваме от пациентите? Налага се промяна, която е двупосочна.

Причината за бягство от отговорността на медицинските професионалисти е комплексна – макар, че медицината е най-хуманната професия, спасяваща човешки животи, тя е високо рискова за самите медици, ниско платена, лоши условия на труд включващи висока претовареност на медицинските професионалисти и недостатъчност на кадри (не само лекари, но и медицински сестри и санитарии, без които работните процеси са невъзможни, а те са в най-голям дефицит, липса на финанси, апаратура и условия **(87,99)**).

Резултатите от нашата анкета показват, че според ОПЛ отговорността за профилактиката е на пациента, но не бива да се забравя, че това е задължение на ОПЛ, а и поради незнание на пациентите те не са способни да поемат тази отговорност. Важно е да се помни, че незнанието не е оправдание. Необходимо е общо участие на лекари и пациенти, министерство и неправителствени организации за упражняване на натиск за повишаване здравната грамотност на населението и качествено им информирани от съответните медицински специалисти и организации. Водещо е, че не личният интерес, а интересът на другите, мотивира сътрудничеството **(92)**. Липсата на съзнание за грижата за цялото общество, а не за отделния индивид е показател за нестабилност в системата.

Цел на концепцията за УР на здравеопазването е споделена отговорност между професионалисти и общественост **(145)**. Прехвърлянето на отговорността може да се дължи на претовареност на медиците и на „бърн аут синдром“. „Бърн аут“ синдром обхваща 62,3% от ОПЛ, с висока степен на депресивност 15,9% **(1,7,34,44,105)**. ОПЛ са подложени на стрес от висока степен, поради недостигащото работно време, променящите се непрестанно наредби, неефективна комуникация със специалисти-консултанти и с лечебните заведения, работа с НЗОК, поява на частна собственост в здравеопазването е стрес фактор, ритъм на работа и с големи групи от хора, продължителна концентрация на вниманието, кратки срокове за изпълнение на задачите, висока морална и правна отговорност, работа в рискови ситуации **(8,20,43,44,68,110)**. ОПЛ споделят неудовлетвореност от своята ежедневна практика поради намаленото клинично време за сметка на администрацията и контрол на дейността им, липса на пълноценна почивка, липса на време за семейство и хоби

(35). ОПЛ имат високо ниво на тревожност, емоционална нестабилност, повишена активност, понижено самочувствие (49). В Проучване на стреса при ръководните медицински кадри стресът се дискутира от биологичен, психологичен и социален аспект (82), като стресът при лица с по-дълъг трудов стаж е по-висок. Здравните кадри не водят здравословен начин на живот – голям процент пушат, имат проблеми с телесно тегло и недостатъчна двигателна активност, голям процент имат соматични оплаквания, злоупотребяват с алкохол, което е потвърдено и от проведеното от нас анкетно проучване (77).

От нашето проучване се разбира, че пациентите със средно образование три пъти повече от тези с висше образование не вярват в новите методи и средства на лечение, което може да е повлияно от предполагащите се различни финансови възможности както и за съжаление от причината, че все още няма равен достъп до болнични услуги, а също и наличие на платени болнични заведения, в които се използват нови, скъпи методи на лечение. Фактори, които могат да ограничат достъпа до медицинска помощ могат да бъдат липсата на медицински заведения и специалисти, ненавременната доставка на медицински услуги, социално – културните бариери (малцинства, географска изолация, език и др.). Хартата за основните права на ЕС признава правото на гражданите на равен достъп до здравна профилактика и правото на ползване на медицински грижи.

Проблемите за достъпа, разпределението и потреблението на здравните услуги като социално – икономическо благо е непосредствено свързан с проблемите на моралните и ценностните аспекти на устойчиво развитие на здравеопазването. Те до голяма степен се определят от съществуващите в обществото социално-икономически отношения. За всяко едно общество и за всяка една икономика неравенството на доходите функционално води до неравенство в достъпа до благата. Получава се икономическото разслоение, което формира адекватна социална несправедливост. Възможни са различни форми на ефективно разпределение. Те могат да се осъществят на база форми на собственост, както и на пазарни принципи и механизми, т. е. икономически критерии.

Равенството при потребление на здравни услуги е съставен компонент на устойчиво развитие на здравеопазването. От гледна точка на Конституцията всеки трябва да има равен достъп и безплатно здравеопазване, т.е. да има еднакъв подход към всички, което нарушава принципите на икономическата справедливост и ограничава реализацията на солидарния модел на здравеопазването. Здравноосигурените фактически финансират неосигу-

рените. От икономическа гледна точка това е несправедливо, а от социална, имайки предвид социалната полезност на здравните услуги в персонален и обществен план, е морално. Значителният брой от населението, което не плаща здравноосигурителни вноски, затруднява държавата, която трябва да поеме този дефицит. Затова се налага доплащане на болничните лечения, поемане на лична отговорност за здравето на цялото общество, строги санкции за неявилите се на профилактични прегледи и ясно дефинирани и спазвани се правила за лечение на здравнонеосигурените лица (22). Трудностите произтичат от това, че намаляването на болестния товар за обществото изисква не само финансови средства, но и повишаване ролята на пациента, повишаване ефективността на управление във всички обществени сфери. Необходими са по-добра обща култура, по-високо ниво на здравна грамотност, проактивно отношение и реално инвестиране в дейности по профилактика и промоция на здраве във всички обществени и частни структури – това е пътят към устойчиво подобряване на общественото здраве. Необходимо е подходът да бъде променен и хората да поемат повече отговорности за здравето си. Някои от подходите не будят етически възражения, но други могат да създадат сериозни етически напрежения. Във всяка ситуация на общуване в професионалните взаимоотношения има морална компонента, към която участниците трябва да са чувствителни. Водещо действие за съзнателното вземане на правилни морални решения е получаване на добро здравно възпитание на: *здравните специалисти* още от студентските скамейки, *пациентите* още от училищните им години и *политиците* (98).

5. Възрастови особености и разбирания

18-24-годишните са приоритетна група за повишаване на здравната им грамотност доказано в много изследвания и потвърдено от нашето анкетно проучване. Ние отчетохме следните резултати за 18-24 годишните: не обръщат внимание на профилактиката вероятно поради очакваното добро здравословно състояние в тази възраст или поради проява на липса на лична отговорност към своето здраве и към обществото. Нивото на здравна грамотност е повлияно от семейната среда или от водещ личен мотив и интерес. Във тази възраст се наблюдава промяна в начина им на живот. На 18-24 годишните им липсва сформирано съзнание и чувство за съхранение и опазване на здравето, дължащо се на младостта и

основно на фактора образование и ниво на здравната им култура. В периода на самоосъзнаване и поемане на грижа за своето бъдеще здраве се пренебрегва, доказано е и занемаряване на оралната хигиена и затруднения във воденето на здравословен начин на живот във тази възраст **(9,10,50,63)**; също се наблюдава повишаване на процента на затлъстяване, а в последните години и увеличаване на случаите на психични проблеми (депресии, анорексии, булимия, орторексия) **(53,78)**. На тези фактори може да се дължи и липсата на ОПЛ, което може да се дължи и на лично нежелание, липса на доверие в професионализма на ОПЛ, липса на постоянни трудови взаимоотношения и на здравно осигуряване, липса на активно гражданско общество в България, което да допринесе за промяна на съзнанието за опазване на природата, промотиране и внедряване на принципа „Повече благо за всички“ т.е. промяна в нагласата за общо благополучие и опазване на здравето на обществото, а не индивидуални облаги т.е. нужна е промяна на консуматорския подход и мислене. Нездравословните форми на личен начин на живот, характерни за тази възраст предизвикват напрежение между солидарността, личната автономност и отговорността на пациентите и обществото като цяло. Съвременната личност е свободна да избира начина си на живот според своите предпочитания, но има и отговорност да познава здравните рискове и да поема отговорност за здравословен начин на личен живот в съответствие с фундаменталното човешко право на ползване на най-високия достижим стандарт на здраве, постановено в Конституцията на СЗО **(194)**. Нивата на превенция сред младите хора са доста занижени, което се наблюдава от нашето анкетно проучване и от това на „Тренд“ 2017г **(56)**. За повишаване на здравната грамотност се изисква мащабност на действията и кампаниите за повишаване на знанията за промоция и превенция на здравето **(146,147)**.

От резултатите от проведеното от нас анкетно проучване 25-44 годишните са вече изградени личности, добре финансово осигурена възрастова група, сблъскали са се с здравната система под една или друга форма – лично или поради нуждите на техни близки и роднини. Всичко това ги прави най-доверчиви в медицинските професионалисти, активни в грижата за здравето си чрез водене на здравословен начин на живот, добри умения за четене на етикетите на храните и проявата на личен свободен избор. Но в тази група 25-44 г., са най-нередовните в посещаването на профилактичните прегледи след групата на 18-24 годишните, като оправданието им е липса на време, което е най-вероятно причината поради градене на кариера, грижа за семейство и все още очакваното добро здравословно със-

тояние. Готовността и на двете групи 18-24 г. и 25-44 г. да заплащат за специалисти и медицински услуги е най-голяма, което се дължи на финансовите им възможности, на проявата на свободен избор на специалист, търсене на качество и най-важното – спестяване на време. Тези предпочитания на гражданите са потвърдени от практиката и социологическите проучвания (51). В друго анкетно проучване се установява, че малко над 1/5 от българите на възраст 25-44-годишни заплащат за частни медицински прегледи. Може би в тази връзка 45% от българите смятат, че лекарският труд е добре заплатен, а според 39% – не е (178).

В проведеното от нас анкетно проучване отчетената готовност на пациентите да заплащат за получените медицинските услуги има морален аспект на проява на готовност за промяна на мисленето на пациентите за повишаване на здравната грамотност и пестене на ресурси като елементи на устойчиво развитие на здравеопазването. Директните плащания от страна на потребителите на медицински услуги са важен източник за финансиране на здравната система. Тяхната значимост като обем и широкото им разпространение е довело до регламентирането на този вид плащания в различни системи за споделяне на разходите (cost-sharing systems) (12,21). Този модел е възприет от пациентите, като тук не се обсъжда съгласието им, а приемането му и това се потвърждава и от резултатите от друга анкета, където повече от 60% доплащат за медицински услуги в болниците (178). Доплащането е необходимост и поради условията на недостатъчни финансови ресурси и поради навлизането на пазарната икономика. „Няма здравеопазване без заплащане.“ (12,153,160).

Идеята е да се постигне обвързване на качеството на медицинските дейности с финансирането им с цел повишаване удовлетвореността на пациентите. Затова трябва да се утвърдят правила за добра медицинска практика и европейските правила за клиничен мениджмънт при определените заболявания. Особено важно значение има установяването на критерии за оценка на качеството и резултатите от работата на медицинския персонал с цел обвързване със заплащането. За подобряване на организацията и координацията между различните институции по цялостното осигуряване на качеството е целесъобразно да се създаде институт по качеството, какъвто действа в много от европейските страни. Институтът ще управлява всички дейности във връзка с медицинските и фармако-икономическите стандарти, анализите и мониторинга на дейностите за осигуряване на качество, въвеждане на модели за осигуряване на качество и оценка на медицинските техно-

логии и др (36,99,101). С цел институционално осигуряване на качеството на медицинската професия се препоръчва създаването на професионални камари, които извършват регулиране и контрол върху упражняването на медицинската професия.

Резултати от проведеното от нас проучване показват, че 60+ годишните вярват в профилактиката на заболяванията и са най-редовни в профилактичните медицински прегледи, потвърдено и в друго проучване (56), дължащо се на множеството ХНЗЗ, придружаващи тази възрастова група. 60% от 60+ годишните имат минимум три ХНЗЗ (25). Може да се обясни и с наличието на повече свободно време, опитност в боледуването, мъдростта на възрастта, че профилактиката заслужава внимание и спасява човешки животи.

6. Толерантност. Конкуренция. Подход на работа на медицински професионалисти. Следдипломно обучение

Лекарите в болничните заведения в най-голям процент се сблъскват с културните и религиозни ценности на пациентите, което ги прави по-толерантни към тези особености в сравнение с ОПЛ и денталните лекари. „Лечение еднакво за всички, а реализацията му зависи от активното участие на пациента с неговите разбирания и възможности“ е отговор избран от приблизително еднакъв процент от всички медицински професионалисти в проведеното от нас изследване. „Профилактичният модел“ на лечение е най-много предпочетен от ОПЛ, което се очаква и е обнадеждаващо, но при условие, че и пациентите са здравно грамотни и активни по отношение на превенция, промоция на здраве и профилактика на заболяванията (53). Един от факторите на устойчиво развитие е промоцията на здраве. Доброто здравно състояние на населението допринася за по-добро икономическо състояние на нацията и създаване на материални блага. Особено важно е в обучението да присъства здравна промоция, която ще повишава качеството на живот на населението.

Ролята на държавата в здравеопазването в повечето страни все още е първостепенна, въпреки че тенденциите в света са към все по-голямо либерализиране на пазара на здравни услуги и въвеждане на конкуренция. Идеята за непрекъснатото обучение е много стара, но нейното значение придобива в настоящия етап от развитието на обществото изключително голяма актуалност. Най-важните причини за това са: бързо променящият се заобикалящ свят, непрекъснато обновяване на информацията, към която е необходимо да се адаптират специалистите; глобализация на икономиката, необходимост от по-голяма

мобилност на кадрите и развитието на електронните и информационните технологии; потребност от нова „комуникационна култура”, без която специалистът не може да оперира с новите ресурси в своята област; предизвикателствата, свързани с конкурентноспособността, с които се сблъсква всеки професионалист.

Концепцията за непрекъснато обучение и образование през последните десетилетия претърпя сериозно развитие. От „непрекъснато“, „перманентно“, „продължаващо“ и т. н., то кристализира в термина „учене през целия живот“ **(65,105,106,107,108)**. Поради бързото развитие на науката вече не е възможно подготовката на специалиста да се осъществи еднократно, при която да се усвоят знания, умения и компетентности, успешно приложими през целия професионален стаж. Това обстоятелство е стимул за всички, придобили определен вид професионална квалификация, към непрекъснато образование и самообразование с цел адаптация към непрестанно променящите се условия и самоусъвършенстване **(2,3,4,76,79,105,173)**.

Конкуренцията и приемането на подхода за „учене през целия живот“ се подкрепят и от резултатите на отговорите на въпросите от нашето анкетното проучване, в което всички медицински професионалисти във висок процент повече от 85% посещават курсове за следдипломно обучение. Младите ОПЛ, лекари и зъболекари 25-44 г. посещават най-много курсове за следдипломно обучение, което се дължи на интерес към професията, желанието за кариерно развитие и израстване. Ентусиазмът на денталните лекари е най-висок, може би защото конкуренцията е доста висока. Жените медицински професионалисти посещават по-често курсове за следдипломно обучение в сравнение с мъжете, потвърдено и в друго проучване, в което се показва, че да си жена медик коства много усилия и водещ проблем е дефицитът на време, специално това отделено за семейството **(48)**.

Пазарът на здравни услуги има специфични икономически характеристики, които го правят уникален: висока степен на диференциация и хетерогенност на здравния продукт, която прави трудно стандартизирането и управлението му **(27)**. Пазарните взаимоотношения са най-ясни за денталните услуги, които в голям процент се заплащат. От проведеното от нас анкетно проучване се посочва, че по отношение на критерия пол мъжете дентални лекари и ОПЛ избират в най-висок процент подхода на работа „Лечение според заплащане“. Конкуренцията е висока, рискът за живота на пациента е несравнимо по-нисък в сравнение с риска в болничните заведения и това е основание за денталните лекари в

най-голям процент да имат желание да използват нови методи на лечение, а и важен е факторът, че ще имат възвръщаемост на инвестицията. Новите методи безсъмнение облекчават работата и възстановителния процес на пациентите. Важно е те да се внедряват в болничните заведения и поради друга важна причина – намаляване на болничния престой на пациентите, повишаване на качеството на обслужване в болницата и повишаване на успеваемостта на медицинските процедури, облекчаване на труда на медицинския персонал.

От проведеното от нас анкетно проучване се вижда, че пациентите вярват в новите методи и средства на лечение, прехвърлят отговорността за здравето си на медиците, повишават очакванията си към тях и проявяват желание за използването на нови скъпи методи и средства на лечение, но пациентите нямат нужната компетентност да преценят риска и дали разходът е оправдан за съответния клиничен случай. Развитието на медицинските технологии води до крещяща необходимост от активно участие на пациентите в профилактика и грижа за здравето им с цел да се спестят финансови ресурси, които да се вложат в нови разработки и да могат да се подпомогнат адекватно нуждаещите се.

7. Здравна грамотност и начин на живот като елементи на концепцията за УР на здравеопазването

Демографската криза в България през последните години има три характеристики: спад на раждаемостта, покачване на смъртността – пряко продължение на тенденцията, формирана в началото на шестдесетте години; спад на здравната грамотност на населението (55). За да се противодейства на негативното въздействие и на ниската здравна грамотност, се прави оценка на здравния статус на населението с цел предприемането на мерки чрез адекватна здравна политика. Следва да се обърне внимание на здравна превенция и здравна грамотност, които очертават проблемите с наднорменото тегло, небалансирано хранене, ниска физическа активност, натоварването на психиката и сетивата, висока честота на тютюнопушенето, алкохол и наркотици. Те се комбинират с обективните процеси на застаряване на населението, професионалните вредности, наследствеността и другите биологични фактори и оформят високорисковия профил на средния потребител на здравни услуги (6,51). Връзката между подобряването на социално-икономическите и образователни условия и качеството на здравния статус е добре анализирана, както и влиянието на тютюнопушенето, употребата на алкохол, нездравословно хранене и неадекватните соци-

ални поведения **(90,101)**. Тревожни са получените резултати, че при ежедневен стрес, претоварване и депресия в резултат от работа в сферата на здравеопазването се злоупотребява с алкохол **(77)**.

Новата концепция за здравето се насочва към активен процес на балансиране на взаимодействието между индивидуалното, съзнателно информирано участие в промоцията и превенцията на здраве и компетентното участие на професионална помощ, с цел постигане на добър здравен резултат. Основно предизвикателство пред развитите страни е засилване участието и ролята на индивида в грижите по осигуряване на здраве. Здравната политика, здравното осигуряване, доставчиците на здравни услуги трябва да подпомогнат гражданите да упражняват информиран и грамотен избор като потребители на здравни услуги. По-високата ефективност и използване на капацитета на здравната система зависи от даването на образованите граждани на по-активна роля при осигуряване на своето здраве и в промоцията на здравна грамотност и здравни компетентности между цялото население **(159)**.

Една добра здравна система, преди всичко, допринася за доброто здраве на хората. Но не винаги е задоволително да се опазва или подобрява общото здраве на населението, ако в същото време неравенството се задълбочава или остава силно изразено, защото ползите се разпределят непропорционално към хората с по-добро здравословно състояние. Здравната система следва да се стреми да намали различията като приоритетно се стреми да подобри здравето на хората в най-тежко състояние. Така целта има два аспекта: най-високото постижимо средно ниво на здравна грамотност на населението и постигане на справедливост във финансирането **(167)**. Спорен е въпросът дали пациентите, водещи здравословен начин на живот, трябва да имат предимство и облекчения при възникнало заболяване. Или може би е по-етично след направени препоръки от специалист и неспазването им да има санкции за тези, които не ги спазват? Това е трудна тема, която ще се дискутира в бъдеще.

Чрез личен избор и отношение към начина ни на живот можем да го променим към по-здравословен и по-екологично пестелив с мисъл за обществото и бъдещето на поколенията **(91)**. Свободната воля е нашата сила. Доброто здраве е осъзнаване на нашия потенциал и отговорност към себе си. Чувството на принадлежност към групата, която може да ти окаже социална и морална помощ определя задълженията към живота, а именно към

себе си, другите и света, в който живеем. Имаме стремеж към начина на живот, които водим, а именно да постигнем синхрон между мисли, чувства, емоции и дела, с грижа за нас и обществото с водене на здравословен начин на живот като елемент на УР на здравеопазването и начин за поемане на социална отговорност и опазване на природните блага.

Здравословният начин на живот се разглежда като елемент на проактивно отношение на личността за полагане на грижа за здравето с цел утвърждаване на тенденцията към устойчиво развитие на здравеопазването. Без съмнение е свързано и с нивото на здравна грамотност (познаване на рискови фактори за здравето), но ясно демонстрира готовността за поемане на лична отговорност към опазване на собственото здраве. Повишаването на здравната култура на населението е трудно и изисква много време. Успехи могат да се постигнат, само ако промоцията на здравето е на ниво политика на държавата.

От отговорите на въпросите от проведената от нас анкета се вижда, че образованието е от съществено значение за нивото на здравната грамотност. Тази връзка е потвърдена и от други автори (145,149). Не е възможно, не е морално и етично да се очаква цялото население да са висшисти, но цел на здравната политика трябва да е да подобри здравното образование и възпитание на цялото население. Трябва да се използва силата на медиите, които достигат до всички. Нека ги използваме за по-добра здравна култура и превенция с цел по-малко болести за бъдещето и нашите наследници.

Изследване проведено в Финландия, Латвия, Норвегия и Словакия, доказва, че нивото на здравно възпитание е по-високо, ако здравното обучение започне още в училищен период – 11-,13- и 15-годишни деца, като освен добре поднесените и адаптирани материали за здравна промоция и превенция е от първа необходимост да има близка връзка с преподавателите. Затова се предпочита това да са учители, които се занимават само с тази дейност, опознават децата и се сприятеляват с тях (157). Резултатът от програмите за обучение на принципите на здравословен начин на живот в училищна среда са по-успешни в група, поради приятелството между децата и подражанието при тийнейджъри (147). Често родители и обучители се питат кога да започнат да възпитават децата си за вредите от алкохолната консумация. „Колко рано е прекалено рано?“ Още 9-годишни деца са хванати, че опитват тайно алкохол. Изглежда, че трябва да се започне да се говори на децата още от предучилищна група и обучението трябва да акцентира върху късните вреди от злоупотребата с алкохол, възприетите социални норми и да се наблегне на това, че очакванията от

пиенето на алкохол са повече отколкото случващото се **(23)**. В детска възраст трябва да започне и полово здравно възпитание **(47)**. Приоритетна група за здравно възпитание са ромите **(68,71)**.

Здравната грамотност има два елемента: 1 – натрупване на знания и 2 – развитие на умения за прилагане на знанията. Причината здравната грамотност да е водеща цел в концепцията за УР на здравеопазването е, че най-базовите познания позволяват надграждане на знанията с цел постигане на лични облаги за здравето и по-активно и пълноценно участие в обществото както икономически така и социално. Първото ниво на здравна грамотност е умението да се четат етикетите на храните с разбиране. Ниската здравна грамотност е свързана с ниско социално-икономическо положение на страната, с образованието на индивида, с готовността да поема отговорност за здравето си и с водене на нездравословен начин на живот **(148)**. От проведеното от нас изследване се показва, че най-неумеещи да четат етикетите на храните са 18-24 годишните като те са тези, които дават най-ниска оценка за нивото на личната си здравната култура. Жените имат по-висока оценка за личната си здравна грамотност, с 8,8% повече от мъжете умеят да четат етикетите на храните. Висшистите имат по-висока собствена оценка за нивото на личната си здравна култура и два пъти повече умеят да четат етикетите на храните, но за съжаление общо 71,5% от всички анкетирани пациенти не умеят да четат етикетите на храните. Не само ние определяме 18-24 годишните като приоритетна група за повишаване на здравната грамотност и повлияване на начина на живот без тютюнопушене, консумиране на алкохол и спазване на хранителен режим **(56,57,157,162)**.

Нивото на образование на пациентите е свързано с тяхното отношение и отговорност към здравето и здравната система **(149)**. Връзката между състоянието на здравето, рисковите фактори за здраве, които съпътстват начина на живот на пациентите и здравната им култура са ясно детерминирани и са тясно свързани. В своя публикация авторът наблюдава на стратегии за промотиране на здравното възпитание сред населението. Убеждава ни, че здравната култура е предимство и придобивка, инвестиция в самите нас, а начинът на живот свободен избор **(150)**. От проведеното от нас проучване стигнахме до следните резултати от отговори на въпрос: „Водите ли здравословен начин на живот“ (таблиците от статистическата обработка са в приложение № 4): жените и висшистите са по-отговорни за здравето си, за съжаление и 18-24-годишните пациенти пушат във висок процент – 47,4% и

същите най-много консумират алкохол (17,9%), но те са тези, които най-много спортуват, пациентите пушат и пият повече от медицинските специалисти, но са с 10% са по-активни в спорта.

Професията лекар не допуска голямо разминаване между личния стил на живот и това, което се препоръчва на пациентите, тъй като в препоръките липсва убедителност и се губи авторитета. Промяната трябва да започне от медицинските специалисти – от тяхното лично отношение и промяна в отговорностите им, което се вижда, че се случва. В проучване на стреса при ръководните медицински кадри стресът се дискутира от биологичен, психологичен и социален аспект (82), като стресът при лица с по-дълъг трудов стаж е по-висок, здравните кадри не водят здравословен начин на живот – голям процент пушат, имат проблеми с телесно тегло и недостатъчна двигателна активност, голям процент имат соматични оплаквания. Препоръчва се да се избягва стресът и да се адаптираме към него.

Резултатите по отношение на начин на живот насочват да се придържаме към световните здравни цели, описани в Доклад за Световното състояние по превенция и контрол на незаразните болести, 2016г. На този доклад се приемат 9 приоритетни цели по отношение на незаразните болести и начина на живот. В доклада се определят възможностите и приоритетните действия по определяне на целите (129):

Глобална цел № 1: Намаляване с 25% на нивата на общата смъртност от ССЗ, онкозаболявания, диабет и хронични белодробни заболявания (168).

Глобална цел № 2: Минимум 10% намаляване на злоупотребата с алкохол в световен мащаб. През 2012 световно се отчитат 5,9% (3.3 милиона) смъртни случаи по причина за смъртта злоупотреба с алкохол и 5,1% от случаите на инвалидност и влошено качество на живот по причина алкохолна злоупотреба. През 2010 г. нивото на алкохолна консумация е оценено на 6,2 литра от твърд алкохол на човек на възраст повече от 15 години, което се равнява на 13,5 гр. чист алкохол на ден (130,168).

Глобална цел № 3: Намаляване с 10% на недостатъчната физическа активност. Недостатъчната физическа активност довежда до 3,2 милиона смъртни случая и 69,3 милиона случая на намалено качество на живот. Недостатъчната активност при възрастни е причина с най-висок риск за смъртност. СЗО препоръчва 150 минути на умерена до интензивна физическа активност на седмица. Редовните упражнения намаляват риска от исхемична болест на сърцето, инфаркт, диабет, рак на белия дроб и дебелото черво. През 2010

г. 23% от 18+-годишните не са упражнявали достатъчна физическа активност. Жените спортуват по-малко от мъжете, младите са по-активни от възрастните. Световно 81% от населението на възраст 11-17 години не спортуват достатъчно **(124,142,144,162)**. 78% от девойките спортуват по-малко от младежите – 84%. Тези резултати съвпадат с резултатите от проведеното от нас изследване. СЗО препоръчва 6-минути на ден за тази възраст физическа активност. За да се постигне тази цел се изисква междусекторно сътрудничество включващо подобрения в градски транспорт, планиране на архитектурата, обновления, повишаване на спортната и здравната култура чрез дейност в съответните департаменти с цел да се създаде здрава и безопасна околна среда.

Глобална цел № 4: Намаляване с 30% на прекалената консумацията на сол. Прекалената консумацията на сол е свързана с повишаване на риска от високо кръвно налягане и ССЗ. В световен мащаб 1,7 милиона от смъртните случаи са по причина ССЗ, свързани с прекалена употреба на сол. СЗО препоръчва намаляване на консумацията от 10 гр. на ден до по-малко от 5 гр; 2 гр. сол е достатъчна. Водейо тук е проактивното отношение на консуматорите за поемане на лична отговорност и грижа **(113,121,133)**.

Глобална цел № 5: Намаляване с 50% на тютюнопушенето на възраст 15+ години. Годишно 6 милиона умират от тютюнопушене, като повече от 600 000 умират по причина на пасивно тютюнопушене. Водеща предпазна мярка е да се защитят пасивните пушачи, осигуряване на зони без тютюнопушене и обособяване на такива само за пушачи, безплатна социална помощ при отказване от тютюнопушене, масовост на информираността за вредата от тютюнопушенето, повишаване на цените на цигарите и данъците на производителите, забрана на рекламата на цигари, високи глоби при нарушаване на правилата за тютюнопушене. Всичко това води до световен прогрес в намаляване на тютюнопушенето през последните години. 2013 г. в 95 държави се въвеждат описаните забранителни мерки и довеждат до 20% намаляване на пушачите **(131,140)**.

Глобална цел № 6: 25% редуция на повишеното кръвно налягане.

Повишеното кръвно налягане причинява 9,4 милиона смъртни случая годишно. Препоръчвани стойности на кръвно налягане са не по-високи от 140/90 mmHg за възраст 18+ год. През 2014 г стойностите са с 22% завишени **(132)**.

Глобална цел № 7: Намаляване на случаите с диабет и затлъстяване

Затлъстяването повишава риска от диабет, високо кръвно налягане, ССЗ, инфаркт и някои типове ракови заболявания. От 1980 г. до 2016 г. случаите със затлъстяване се увеличават. 2016 г. 11% от мъжете и 15% от жените на възраст 18+ са със затлъстяване. Повеќе от 42 милиона деца под 5 годишна възраст са с наднормено тегло. Глобалната заболеваемост от диабет 2016 г. е повишена с 9% (128).

Глобална цел № 8: Намаляване на ССЗ

2012 год. 17,5 милиона губят живота си по причина на ССЗ.

Глобална цел № 9: Обсъждане и въвеждане на показателя „ефективност – разход“ при използване на новите технологии и средства.

Изводите, които са направени са:

1. ХНЗЗ са бариера и затруднение за въвеждане на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването.
2. Докато някои страни демонстрират прогрес, на повечето им предстои да се сблъскат с тези световни цели и да се борят с тях.
3. Политическата отговорност е важна, за да се определят приоритетите на здравната политика, но е от изключително значение споделяне на отговорността с активно и добре обучено и мотивирано население.
4. Всички страни трябва да поставят своите цели и да са отговорни в стремежа да ги постигнат.
5. Необходимо е междусекторно сътрудничество.
6. Инвестицията в здравеопазването е критична, необходимо е подобряване на финансирането на системата.
7. Недостига институционален и човешки ресурс за работа по превенцията на здраве както и на органи за контрол на системата.

СЗО има водеща роля в промотиране и координиране на мероприятията за постигане на поставените цели. СЗО основава Глобален координационен механизъм за превенцията на здравето и контрол на ХНЗЗ за координация на дейности на местно, национално, регионално и световно ниво с цел да подпомагат внедряването и изпълнението на изработваните планове за действие за постигане на целите 2013-2020 година. Подпомагането включва определяне на целите, определяне на здравните приоритети, предлагане на реформи в здравната политика.

8. Заключение на обсъждане на резултатите

Етичността е стълбът на професията на лекаря и всички други професионалисти в здравната сфера. Наблюдаващата се липса на морал е признак, че нещо дълбоко подкопава тази най-хуманна социална дейност. Следствието от това е невъзможността човек да получи по безпрепятствен начин адекватна здравна помощ и липсата на доверие на пациентите в представителите на медицинската професия. Неоправдаване на доверието е липса на морал. Моралността в здравната система може да се изрази по много различни начини – от неидването на бърза помощ на време, до отказ да се даде направление на пациента или отказ на прием за болнично лечение. Общото усещане у гражданите е, че системата е насочена срещу хората, че болният е беззащитен и безпомощен. Системата е насочена и срещу работещите в нея, тъй като ги ограничава и лишава от възможността да реализират интегритета на професията и клиничната свобода – едни от основните ценности на медиците.

Според Ц. Воденичаров (21,23): „Системата на здравеопазване се променя и трябва да се променя. Има очевидна необходимост за това – икономическите и организационни тенденции понастоящем са нарастващо неработещи.“

Съвременната медицинска култура и практика, натоварена с нереалистичните очаквания на гражданите, изисква преразпределение на огромни парични средства, които системата не може да си позволи. Необходим е друг вид мислене. Така в света на ограничените ресурси и здравната система и здравната политика трябва да се оптимизират публично финансираната здравна грижа за индивида, така че да се максимализира здравето на групата или обществото.

Здравната политика в общество с все повече застаряващо население, трябва да осигури медицински и здравни грижи, добра и надеждна осигурителна система и в дългосрочен план балансиране на наличните ресурси между различните потребности на сферата. Целта на това предизвикателство е да бъде посрещнато чрез създаване на справедлива и устойчива здравеопазна система, която да се съобразява с моралните потребности на всички нива, а не само на едно от тях.

Съществува належаща необходимост от засилване на ролята на държавата в насърчаването на гражданите да се откажат от вредните здравни навици. Националната система за здравеопазване трябва да има водеща роля в укрепването, опазването и възстановяването на индивидуалното, семейното и обществено здраве. От особена важност е широкома-

щабният обхват и доказателственото съдържание на бедността, които се явяват рискови за възникване и разпространение на повечето заболявания. Познаването на рисковите фактори за здравето и воденето на здравословен начин на живот е личен избор на индивида, проява на грижа за собственото здраве и е част от здравната грамотност на човека в комбинация на проява на воля и желание за опазване на здравето. Опазването на личното здраве е компонент на концепцията на УР на здравеопазването и е свързано с предпазване на здравето на обществото и със спестяване и щадене на ресурси както и с опазване на природните блага.

В разработката на настоящата здравна стратегия са взети предвид и основните стратегически задачи на политиката на СЗО „здраве 2020“ за по-пълно съблюдаване принципите на социалната справедливост и усъвършенстването на стратегическото управление в интерес на здравето: подобряване на здравето за всички и съкръщаване на здравните неравенства; усъвършенстване на лидерството и колективното ръководство за опазване на здравето, т.е. прилагане на общодържавния подход и принципа на участие на цялото общество (39,40).

Човешкият живот е много кратък и трябва да се цени изключително високо. Цел на човечеството трябва да е високо качество на живот включително и в духовен аспект, природосъобразен начин на живот и превенция на болестите (37,108,109,156). Всеки има право на здраве, което е в основата на човешкото щастие (34,46,54). Устойчивостта изисква обучение и промоция на здраве на разумна достатъчност без отнемане и прехосване на ресурсите на планетата Земя, защото те ще трябва и за в бъдеще (5). Така се формира и друга водеща цел – опазването на околната среда като единствено място за живеене. Трябва да се работи в посока образование и мотивация, здравна грамотност и стимулиране на проактивно отношение от страна на населението за опазване на здравето.

От изключително значение са и промените, които настъпват в медицината – тя се изразява в икономически термини и се гледа на дейността повече като на пазар. „Сега сме в етап, когато лекарите загубиха контрол върху собствения си пазар или по-скоро се изгубиха в пазара между другите продавачи (5)“. Трудно е да се устоят ценностите на професията и преди всичко да се действа в най-добрия интерес на пациента. За да има устойчивост една система, промяната е необходима и задължителна. Голямо предизвикателство за устойчивото развитие в медицината идва и от обществото. Загубата на доверие в здравната

система и в медицинските професионалисти е свързана с това, че хората са по-добре информирани и имат по-високи изисквания по отношение на отговорност, прозрачност и качество на здравна помощ. Рекламирането на новостите в медицинската наука води след себе си свръхочаквания, а те не могат да бъдат използвани от всички нуждаещи се, защото са много скъпи, а ресурсът е ограничен. Много хора виждат в правото на здраве правото на здравни грижи, независимо от стойността и колективните усилия (7,21,46). Липсата на лична ангажираност за собственото здраве, големите очаквания на обществото от медицинските професионалисти, застаряването на населението, новите технологии в практиката са бариери за УР на здравеопазването и всички те носят със себе си морален дълг и отговорност първо към себе си и после към обществото (37,54,58,107,198).

Концепцията за устойчиво развитие е свързана с повишаване на здравната грамотност на населението, което ще доведе до повишаване на личната отговорността и моралност, което ще резултира в по-висока проява на хуманност, разумност, състрадание, дисциплина и т.н. УР на здравната сфера е тясно свързано с моралните ценности: приемане на здравето като върховна ценност и основа на всичко човешко (37), постигане на максимално благо за възможно най-много хора, насочване на усилията към утвърждаване на морални ценности като отговорност към личното и общественото здраве и ангажираност с общите здравни проблеми.

Превенция на болестите и промоция на здравето с активното участие на личните лекари и пациентите и тяхното проактивно отношение към опазване на здравето е елемент на УР на здравеопазването. Дали хората в България са готови да поемат тази отговорност като израз на висок морал, обичта към самия себе си, желанието да предпазваш другите, да пазиш околната среда за поколението, да водиш по-продължителен живот с високо качество, е въпрос, който още не е разрешен. „Според саноцентричния подход“ акцентът се пренася от правото на лечение към задължението. Отговорността на всеки да опазва собственото си здраве и това на другите (37).“ Според резултатите от анкетата за съжаление хората не са здравно компетентни и грамотни, за да поемат тази отговорност и затова е по-лесно да избягаш от нея, прехвърляйки я на друг по системата.

Нерешени остават проблемите с необходимостта от обществено движение и институции със следните задачи: мониторинг и контрол на изразходваните ресурси; обучение по медицинска етика; въвеждане, контрол и проследяване на резултатите от навлизането на

високите технологии в медицината; здравно ограмотяване на населението още от ранна училищна възраст, както и във всички останали възрасти (21,113,151,153). Необходима е промяна в модела за подготовка на кадри – поемане на нови отговорности към общественото здраве и решаване на здравни проблеми и потребности, с нова медицинска нагласа и съзнание за възможността медицината да въздейства върху човека и природата.

Важни и водещи ценности залегнали в морала на обществото са свобода на избор, увереност, образование и способност човек сам по разумен начин да управлява свободата си.

Резултатите от проведената от нас анкета за вярата в профилактиката е от изключително значение. Положителната нагласа на пациентите показва, че въпреки липсата им на здравно възпитание, хората са готови на промяна.

Препоръката е към правителството, което с подкрепа на медиите и активното участие на неправителствените организации, да допринесе за повишаване здравната култура на населението и да се въведе строг контрол за провеждане на профилактични прегледи (40,46).

Липсата на нездравно образование е проблем, който не може да бъде разрешен от системата на здравеопазване. Това отново е личен и свободен избор. Необходим е вътрешен порив и необходимост на отделната личност.

Свободата на взимане на решения за собственото здраве изисква смелост, образование, отговорност, проактивно отношение за промяна.

При разработване на здравно-политическите програми по отношение на превантивните подходи и дейности е важно да се акцентира върху: личния начин на живот с цел намаляване рисковите фактори; необходимо е да се отчита възрастта, пола и другите личностни фактори при пациентите, за да се намалят нужните разходи и опасността от странични ефекти; непрекъснато се увеличават доказателствата за голямото значение на личното участие на пациентите във вземането на здравни решения и в лечебния процес; необходимостта пациентите да поемат по-голяма отговорност за собственото си здраве, което разбира се изисква нови умения и здравна грамотност на пациентите както и нови умения на клиницистите за подпомагане на рисковите фактори на живот, повишаване на толерантността към културни различия водещи до различия в поведение, убеждения и вяра.

Необходими са по-високо ниво на обща култура, по-добра здравна грамотност, по-емане на лична отговорност и реално инвестиране в дейности по профилактика и промоция на здраве във всички обществени и частни структури – това е пътят към морално устойчиво развитие на общественото здраве.

V. ИЗВОДИ

1. Липсата на проактивно отношение към собственото здраве, липсата на съзнание за самопомощ и самоконтрол, липсата на готовност за поемане на морална отговорност от страна на пациентите за тяхното здраве и това на обществото, са показатели за неустойчивост и трудност при внедряване на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването.
2. Навлизащата с бързи темпове пазарна икономика в здравеопазването довежда до промени и проблеми в моралните аспекти и ценности на взаимоотношения и споделени отговорности между медицински професионалисти и пациенти, които ще затруднят тенденцията на устойчиво развитие на здравеопазването.
3. Липсата на здравна грамотност по отношение на принципите на превенция и промоция на здраве, разгледани като елементи на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването, демонстрират нейната нестабилност и незрялост.
4. Налице са различия според пол, възраст и образование за морално ангажиране с оглед придържане към здравословен начин на живот, готовност за активно повишаване на нивото на здравна грамотност, подпомагане и съдействие в процесите на профилактика на заболяванията и грижа за собственото здраве като личният избор е водещ морален аспект за утвърждаване на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването.
5. Отговорността за здравето бива прехвърлена от пациентите към медицинските професионалисти и обратното, което демонстрира липсата на съзнание за морална, споделена отговорност към здравето на обществото, което води до непредприемането на най-адекватните, необходими мерки по отношение промотиране и въвеждане на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването.
6. Голям процент от анкетираните имат общопрактикуващи лекари, но не посещават профилактични прегледи, което е свързано с големия процент на недоверие в тях, недобрата информираност на пациентите, ниското ниво на здравна грамотност сред населението. Високият процент на вяра в профилактиката и новите методи за диагностика и лечение на заболяванията водят до по-високи очаквания на пациентите към медицинските професионалисти, повишено желание за използване на нови и скъпоструващи методи и средства, а ресурсите са ограничени, което от своя страна води до готов-

ност на пациентите да заплащат за получените медицинските услуги и това е морален аспект на проява на готовност за промяна на мисленето на пациентите за повишаване на здравната грамотност и пестене на ресурси като елементи на устойчиво развитие на здравеопазването.

7. Пациентите нямат необходимата компетентност и съзнание за профилактика и превенция на здравето като морален компонент на устойчиво развитие на здравеопазването и спестяване на ресурсите на системата на здравеопазването с цел общото благо на обществото като от една страна се запазва здравето, работоспособността, качеството на живот, а от друга страна се спестява ресурс на обществото за поемане разности за лечение.
8. Недостатъчно проактивно отношение от страна на пациентите за опазване на здравето и пасивното отношение на лекарите насочва, че с оглед устойчиво развитие на здравеопазването и готовността на обществото за подпомагане на процеса, се изискват още много общи усилия и прилагане на външен натиск за поемане на обществена отговорност и ангажираност.
9. Несправедливо, неетично, неморално, нереално и невъзможно, нарушаващо правата на личността е да се очаква всички пациенти да са с висше образование, за да бъдат поактивни в грижата за здравето си, но е задължително да се подобри здравната грамотност на цялото население, като приоритетна група е възрастова група 18-24 годишните, които трябва да изградят съзнание за опазване на всички ресурси с цел повече облаги за цялото общество и плавно внедряване на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването.
10. Медицинските професионалисти проявяват по-голяма нагласа в сравнение с пациентите за промяна в моралните схващания с цел утвърждаване на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването и запазване на достойнството на професията.

VI. ПРИНОСИ

Настоящият дисертационен труд има научно-приложни приноси в следните няколко направления:

➤ С оригинален характер:

1. За пръв път на базата на подобно анкетно проучване е разработен алгоритъм за информиране с цел повлияване и повишаване на здравната грамотност на населението.
2. За пръв път се разглеждат и критично се осмислят темите разглеждани до сега от една нова перспектива за здравната грамотност на населението и връзката ѝ с поемане на лична отговорност за собственото здраве, осъзнаване на нуждата от самоконтрол, взаимопомощ и взаимно споделяне на отговорностите между пациенти и медицински професионалисти с цел интегрираното им третиране и опазване на всички ресурси за запазване на повече облаги за цялото общество и плавно въвеждане на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването.

➤ С практическо приложение:

1. С цел повишаване здравната грамотност на населението е изработен „Наръчник по здравни въпроси, здравословен начин на живот и психопрофилактика“.
2. Изработено е „Здравно досие на пациента“ за съхранение и подреждане на медицинска документация на пациента с цел лесен достъп и проследяване на историята на заболяването на пациента.

VII. ПРЕПОРЪКИ

На базата на извършените от нас анкетни проучвания и изследване на проблема правим следните *препоръки*:

➤ **Общи препоръки**

1. Стриктен контрол и регулация на ролята на семейния лекар и санкционирането както на ОПЛ така и пациентите при неспазване на задълженията им.
2. Нужен е външен натиск и контрол за подпомагане на процеса на споделената отговорност за промоция и превенция на здраве, за съдействие и подпомагане на лечебния процес между медицински професионалисти и пациенти с цел неразпиляване на здравен, човешки, финансов ресурс за постигане на продължителен и качествен живот, справедливост и морална отговорност.
3. Стриктен контрол върху качеството на здравните услуги и в частност извършваните профилактични прегледи.

➤ **Специфични препоръки**

1. Към Националната здравноосигурителна каса:
 - да се провеждат ежегодни медийни кампании с цел подобряване осведомеността на пациентите, в които да се разясняват предимствата от годишната профилактика и възможните санкции поради неявяване на задължителните годишни прегледи при личния лекар;
 - за залагане на ежегодни цели с цел повишаване качеството на медицинска дейност в лечебните заведения.
2. Към Министерство на здравеопазването за реализиране на обучителна и практическа дейност за повишаване на здравната грамотност на населението и разясняване на пациентите, че те сами имат отговорност да изискат информация от своя ОПЛ относно превенция и профилактика на здравето.
3. Към политиците и действащото понастоящем законодателство, тъй като нерешените здравни проблеми засягат всички и има пълно основание те да бъдат политизирани с цел промяна в системата за спечелване отново доверието на пациентите и облекчаване труда на медицинските професионалисти.

4. Към Министерство на образованието и науката за повишаване на здравната грамотност, създаване на навици и съзнание за превенция и промоция на здраве още от ранния училищен период с подходящи за възрастта програми и часове, провеждани от подготвени по съответната тематика преподаватели с цел изграждане на съзнание за самосъхранение на здравето.
5. Към медицински университети и колежи в страната за разработване и въвеждане на кратък специализиран обучителен панел, който да залегне в учебния план на съответните структури, за здравно възпитание, мотивация и превенция на здравето, въвеждане на принципите на устойчиво развитие на здравеопазването.
6. Към професионалните съсловните организации за поставяне на цели във връзка с отправени препоръки и предписания за възвръщане престижа на професията с предлагане на качествени здравни услуги, отстояване правата на медицинските професионалисти и обучението им за споделяне на отговорностите за здравето на пациентите със самите тях.
7. Към пациентски и неправителствени организации за изготвяне на информационни материали (брошури, проспекти) и подготовка на информационни кампании, обучителни форуми, кампании и семинари предназначени за пациентите във връзка с достъпа и предоставянето на медицински услуги и стимулиране на пациентите в насока проактивно участие и грижа за своето здраве.

VIII. ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова М., Бърнаут – актуален проблем за управлението на човешките ресурси в здравеопазването, „Иновации в общественото здравеопазване. Реалности и предизвикателства“, Център за устойчиво развитие, изд. „Наука и общество“, София 2012, ISBN 978-619-7000-01-6, с. 45-54
2. Александрова М., Модели за непрекъснато обучение на медицинските сестри. Съвременното образование – мисия и визии., Благоевград, 2010 г., Университетско издателство „Неофит Рилски“, с. 459–462
3. Александрова М., Непрекъснатото обучение на медицинските сестри – сред приоритетите при реформата на здравеопазването в България, ИНГА ТЕМТО С., 2006, с. 121-127
4. Александрова М., Т. Попов, За някои технологии и иновационни подходи при непрекъснатото обучение на медицинските сестри. Педагогическото образование в България. Състояние и тенденции., С., 2006, с. 440-444
5. Александрова М., Стратегии и технологии в непрекъснатото обучение на медицинските сестри, АВТОРЕФЕРАТ
6. Апостолов М., С. Попова, М. Александрова, Е. Шипковенска, К. Шопова, П. Иванова, П. Балканска, Медико-социална визия за нова демографска политика в Република България. Старееенето на населението – реалности и последици, политики и практики., Център за изследване на населението при БАН, С., 2006. с. 493-498
7. Асенова Р., Д. Димитрова, Н. Иванова, Г. Форева, Г. Иванов, Психоемоционално изтощаване при Общопрактикуващи лекари, Първа национална трипартитна конференция на българското общество за изучаване и борба със стреса , 12-13 септември, 2003 г, КНСБ, София-2003,207-213
8. Атанасова Д., Борбата със стреса при британските ОПЛ, Психо-емоционално „Изтощаване“ при ОПЛ, Първа национална трипартитна конференция на българското общество за изучаване и борба със стреса , 12-13 септември,2003 г, КНСБ, София-2003
9. Балканска П., Възрастният човек като пациент. Геронтопсихология в здравните и социалните грижи, Изд. „Булвест 2000“, С., 2003

10. Балканска П., Приложна психология. Изд. „Булвест2000“, С. ,2009
11. Балканска П., Психологични подходи в здравния мениджмънт, Изд. „Булвест2000“, С., 2009
12. Бенишева Т., Е. Бончева, Исторически преглед и анализ на процесите на ценообразуване и реимбурсиране на лекарствата и въвеждане на оценката на здравните технологии в България – 1-ва част, Здравна политика и мениджмънт, 2017, том17, 3, 18-24
13. Биоетика учебно ръководство, Юнеско
14. Борисов В., Здравен мениджмънт, Филвест, С., 2004
15. Борисов В., Международноправна защита на правата на човека, Нова звезда, С., 2003, с.16
16. Борисов Ц., Информираност на пациентите преди хоспитализация в урологичен стационар, Медицински меридиани, 2013, 3,25-29
17. Борисов, В., С. Попова, Л. Георгиева, К. Шопова, Промоция на здравето, С., 1998, 120
18. Борисова Б, Б. Дудева, Критичен анализ на терминологията в първичната медицинска помощ, Медицински меридиани, 2013, 3,15-17
19. Борисова Б., К. Попова, Човешкото достойнство и самоуважение като социално-етичен проблем, Здравна политика и мениджмент, 2017, том17, 1, стр. 38
20. Василева Л., Психологични последици на професионалния стрес в различни групи работещи, Институт по психология БАН, Психологични аспекти на условията на труд в организациите, сборник материали от кръгла мас– 27 октомври, 2005, Темпора ЕООД,2006
21. Воденичаров Ц., В. Борисов, Феноменът обществено здраве в променящия се свят – „Пътят към една нова наука“, София, 2017
22. Воденичаров Ц., Г. Чанева, И. Стамболова, Предговор към управлвние на здравните грижи, „Филвест“, 2003, София
23. Воденичаров Ц., Достойнство и права на човека, Здравна политика и мениджмент, 2017, том17, 1, стр 2
24. Воденичаров Ц., С. Попова, Медицинска етика, София, 2010

25. Воденичаров Ц., С. Попова, М. Мутафова, Е. Шипковенска, Социална медицина, ИК“ГорексПрес, София,2013, ISBN 978-954-616-228
26. Воденичаров Ц., Съвременната здравна политика е здравната политика базирана на доказателства, Здравна политика и мениджмънт, 2009, том 4, 3
27. Воденичарова А., Потребност от внедряване на професионален мениджмънт в управлението на здравната система, Здравна политика и мениджмънт, 2016, том 16, 4, 29-34
28. Гаров С., Р. Горанова-Спасова, Актуални предизвикателства пред здравната комуникация, Здравна политика и мениджмент, 2017, том 17; 2, стр. 77
29. Горанова Р., Н. Градинарова, К. Пейчева, Участие на старите хора във взимането на решения за собственото им здраве, XXXIX Научно-технологична сесия „Контакт 2017“, 30 юни 2017, С., 89-93
30. Горненски П., Устойчиво развитие и обществено здраве. Изд. „ГорексПрес“, София, 2010
31. Градинарова Н., М. Деливерска, Значимост на етичните комисии в медицинската практика, Популяризиране на дейността сред медицинските специалисти, Здравна политика и мениджмент, 2017, том 17; 2, стр. 8
32. Градинарова Н., М. Деливерска, Роля и значимост на етичните комисии. Популяризиране на дейността им сред пациентите, Здраве и наука, 2017, VII, брой 1(025), стр. 41-43
33. Деливерска М., Генетична дискриминация – същност, регламентация и защита, Сиби, 2013, ISBN: 9789547308527, стр.328
34. Деливерска М., Редките заболявания като обект на общественото здраве,Медико-социални, етични и правни аспекти, 386 стр. Дисертационен труд за НС „Доктор на науките“, Медицински университет – София, 2016
35. Димитрова Св., Е. Даскалова, Някои стресогенни фактори в ситуация на общопрактикуващия лекар, Първа национална трипартитна конференция на българското общество за изучаване и борба със стреса, 12-13 септември, 2003 г, КНСБ, София-2003, 89-93
36. Доклада на Световната здравна организация от 2000 г. – „Здравните системи – подобряване на резултатите“

37. Енчев А. , Към въпроса за естетичните, етичните и психосоциалните измерения на здравните услуги, Здравна политика и мениджмънт, 2015, том 14, 4, стр. 70, 71
38. Заболеваемост от рак в България, 2013, том XXIV, Национална болница по онкология, С., 2015
39. Здравеопазване 2014: състояние, проблеми, решения, предизвикателства, Българска стопанска камара, 03.2014
40. Здравеопазване 2016, НСИ, С., 2017
41. Здравната реформа в България, Македония прес, С., 1998
42. Златанова–Великова Р., Динамика на заболеваемостта от злокачествени новообразовани в България, Science and Technologies, Medicine, 2014, Vol. IV, N 1, p. 327-332
43. Иванова Н., Д. Димитрова, Г. Форева, Р.Асенова, Г. Иванов, Професионално работния стрес при ОПЛ и Болнични лекари, Първа национална трипартитна конференция на българското общество за изучаване и борба със стреса, 12-13 септември, 2003 г., КНСБ, С., 241-250
44. Илиева Сн., Стратегии за справяне със стреса в работата и бърнаут при организационна промяна, Психологични аспекти на условията на труд в организациите, сборник материали от кръгла маса – 27 октомври, 2005, Темпора ЕООД, 2006
45. Йолов Цв., Социална медицина и обществено стоматологично здраве, 2001, С,с 180
46. Калахан Д., Цели на медицината. Новите приоритети, изд. „ТЕМТО“,С.,1998
47. Колева Н., Д. Хаджиделева, Полово възпитание при децата, XXXIX Научно-технологична сесия „Контакт 2017“, 30 юни 2017, София
48. Кръстева В., Жените в лекарската професия, Здравна политика и мениджмънт, 2017, том17, 3, 14-18
49. Маджова В., И. Маринова, Р. Петрова, Делийски, Оценка на стреса при общопрактикуващи лекари в североизточна България, Първа национална трипартитна конференция на българското общество за изучаване и борба със стреса , 12-13 септември, 2003 г, КНСБ, София-2003, М117-122
50. Мадолев В., Обща психология, Благоевград, 1996

51. Министерство на финансите, Доклад за финансиране и управление на здравеопазването – теоретични основи, модели, проблеми и тенденции, Отдел „Микроикономически анализи“, Дирекция „Бюджет“, 2017
52. Младенова С., Здравно образование, Изд. „Артик-2001“, С., 2009
53. Младенова С., Л. Чакърова, А. Чешмеджиева, Обучение в духа на устойчивото развитие, Девета международна научна конференция „Предизвикателства пред съвременната икономика“, Сборник материали, 2012, с. 1157– 1162
54. Наръчник по медицинска етика. СМА/БЛС. С. 2005
55. Насева Е., А. Енчев, Д. Щерева, Динамика на здравни и икономически показатели за последните три десетилетия, Здравна политика и мениджмънт, 2017, том 17, 3, 24-28
56. Национално представително проучване на изследователски център „Тренд“, направено по поръчка на НЗОК, публикувано във вестник „24 часа“, 10 и 16 март 2017 г., след проведено „лице в лице“ и е представително за пълнолетното население на страната
57. Национално представително проучване на изследователски център „Тренд“, направено по поръчка на НЗОК, публикувано във вестник „Труд“, 2014
58. Нейкова М., М. Деливерска, Правни аспекти на мобилното здравеопазване, Бургаски свободен университет, Юридически сборник, 2016, том XXIII, с. 379-384
59. Неновски Н., цит. съч., с. 30
60. Отчетния доклад на СЗО от 2000 г.
61. Павлова Г., Актуални нагласи на българските граждани към националната система за здравно осигуряване, Здравна политика и мениджмънт, 2016, том 16, 4, 21-29
62. Пейчева К., Р. Горанова, Н. Градинарска, Л. Чакърова, Права на човек от гледна точка на право, религия и медицина, Здравна политика и мениджмънт, 2017, 4, 53-59
63. Пенева М., Р. Кабакчиева, Е. Цолова, М. Рашкова, Профилактика на оралните заболявания, учебник по детска дентална медицина, „Изток–Запад“, С., 2007
64. Петкова М., Г. Трайкова, Р. Николова, М. Чернева, Н. Цачева, Анализ на програмите за превенция сред ромската общност в периода 2011-2015 г, Здравна политика и мениджмънт, 2016, том 16, 4, 63-66

65. Петров М., Александрова М., Непрекъснато обучение и професионализъм. Етиката в българското здравеопазване, С., 2007. с. 347-352
66. Петрова Зл., Т. Черкезов, Управление на ресурсите и качеството на медицинските дейности“, Здравна политика, 2017, София
67. Петрова Н., Л. Гатева, В. Нишева и др. Етична нагласа у практикуващите медицински сестри, Научно-методическа конференция „Проблеми на медицинската етика“, София, 3-4 юни 1996
68. Пешева П., М. Мутафова, Е. Георгиева, Поведение на ОПЛ при клинични проблеми в медицинската практика, Медицински меридиани, 2013, 3, 46-50
69. Попов Т., Л. Чакърова, Р. Христова, В. Петков, С. Младенова, М. Александрова и др., За някои насоки на половата просвета и сексуалното възпитание на ученици роми. Между традицията и новите реалности, С., 2008, Университетско издателство „Св. Климент Охридски“, с. 374-378
70. Попов Т., С. Гаров, М. Александрова, Здравна образованост на населението на Република България , XXXIX Научно-технологична сесия „Контакт 2017“, 30 юни 2017, София
71. Попов Т., С. Младенова, В. Петков, Д. Сиджимова, и др., За някои проблеми на здравното образование на ученици роми, Националната стратегия за висше образование и пазарът на труда в България., София, 2008 г., IBS PRESS, с. 490-497
72. Попова С., Социалноетични измерения и тенденции на здравния мениджмънт, София, 2004, изд. „Пъблиш Сайт Сет–Еко“, ISBN 9547490524, стр. 142
73. Попова С., Личност и здраве, 1993, 170 с.
74. Попова С., Александрова М., Етични правила за добра емоционална и социална подкрепа на пациента. Обществено здраве, Ръководство за специализация на медицински сестри, Под ред. на доц. д-р К. Юрукова. Горекс Прес. С., 2001, 133-137
75. Попова Т., П. Бикова, А. Димитрова, Проучване на профилактиката на детското очно зрение, XXXIX Научно-технологична сесия „Контакт 2017“, София, 2017
76. Продължаващото обучение и квалификационните степени стават задължителни, Здравни грижи, раздел Законодателство, 2016, бр. 10, с. 30
77. Рачева Ж., Усещане за здравен риск сред работещите във въгледобива в България, Медицински меридиани, 2013, 3, 51-56

78. Савова З., Тончева Ст, Анорексия, булимия, хиперфагия – болести на модерното общество, Първа национална трипартитна конференция на българското общество за изучаване и борба със стреса , 12-13 септември, 2003, КНСБ, София-2003
79. Сборник статии от 18-та научно-технологична сесия КОНТАКТ 2006 „Интердисциплинарност: проблеми, подходи, решения“, Изд. „ТЕМТО“, 2006, 157-162
80. Славчева К., Правата на човека – църковно-правни аспекти, Нов човек , 2015
81. Спасов Е., А. Воденичарова, С. Великов, Н. Градинарова, Р. Великова, Права на пациента при получаване на медицински услуги в ПИМП, Здравна политика и мениджмънт, 2017, том 17, 1, 21-24
82. Стамболова И., Г. Чанев, Р. Велкова, Проучване на стреса при ръководните сестрински кадри, Първа национална трипартитна конференция на българското общество за изучаване и борба със стреса , 12-13 септември, 2003 г, КНСБ, София-2003, 186-190
83. Статистически годишник 2016, НСИ, София, 2017
84. Стойчева М., Промоция на здравето, Бургас, 1999, с. 110
85. Стойчева М., Ц. Воденичаров, М. Александрова, Права на пациента. Ръководство по медицинска етика, ГорексПрес, С., 1997, с. 62-71
86. Тачева Е., Основни права на човека, София, 2002
87. Тодорова Д., Ц. Михайлова, С. Гаров, Биоетика при спешни състояния в Република България, Здравна политика и мениджмънт, 2017, том 17, 1, 46-49
88. Устойчиво развитие на България, НСИ, София, 2010
89. Фогел А., Г. Бодрашке, И. Бадрен, Наръчник за гледане на болен в домашни условия, ИК „ЕМАС“, 1999
90. Худякова М., К. Любомирова, Трудова дейност и здравни рискове при мигранти, Здравна политика и мениджмънт, 2017, том 17, 3, 54-57
91. Чакърва Л., Здравната промоция – основно изискване за устойчивост на здравната система, „Scripta Scientifica Medica“, 2011, 43 (7), с. 9-11
92. Чакърва Л., Значението на обучението по медицинска етика за студентите – бъдещи професионалисти по здравни грижи, Здраве и наука, септември 2012, 2, 3, с. 315-318

93. Чакърва Л., Макроетика и устойчиво развитие на здравеопазването, Изд. „ЕКС–ПРЕС“, Габрово, 2013, ISBN 978 954 490-407-4 , с. 183
94. Чакърва Л., Подготовка на медицинските специалисти за промените на морала в здравеопазването, 26. Научно-технологична конференция КОНТАКТ 2010. Сб. „Интердисциплинарната идея в действие“ ТЕМПО, София, 2010, с. 60-62
95. Чакърва Л., Професионална етика за специалисти по здравни грижи. Второ преработено издание. Изд. „ЕКС-ПРЕС“, Габрово, 2011
96. Чакърва Л., Ст. Гатев, Устойчивото развитие в медицината като етическо предизвикателство, Юбилейна научна сесия „60 години катедра социална медицина – Пловдив“, 13-15 ноември 2009, Цигов чарк, Сборник материали 2011, стр 11-15
97. Чакърва Л., Ст. Гатев, Здравно-промотивните умения като елемент от устойчивото развитие на общественото здраве, Международна научна конференция „Образование, наука, икономика и технологии“, Бургас, 2-4 септември 2010, Сп. „Управление и образование“, Университет „Проф. д-р Асен Златаров“, Бургас, 2010, том 6, кн.4, с. 284-287
98. Чакърва Л., Ж. Христов., Етико-деонтологични аспекти на обучението. Медицинска педагогика, Учебник за студентите от факултетите по обществено здраве, Второ издание Изд. ЕКС-ПРЕС, 2011 г., ISBN 978-954-490-277-3, с. 251-257.
99. Чамов К., Роля и място на медицинската сестра в условията на съвременния мениджмънт, Социална медицина, 2002, 1, 18-22
100. Черкезов Т., Удовлетвореност на пациентите от болнично лечение, Медицински меридиани, 2013, 3, 8-15
101. Черкезов Т., Б. Борисова, Регионалните здравни приоритети – специфично отражение на националната здравна организация, Медицински меридиани, 2013, 3, 34-39
102. Черкезов Т., М. Димитрова, М. Александрова, Антидискриминационна политика в здравеопазването, Здравна политика и мениджмънт, 2017, том 17, 2, с. 38
103. Шопова К. , Акценти в промоцията на здравето,Здравен мениджмънт, 2003, 1, 27-31
104. Щерева Н., Етични аспекти на личната отговорност за здравето, XXXIX Научно-технологична сесия „Контакт 2017“, 30 юни 2017, София
105. Щерева-Николова Н., Р. Горанова-Спасова, Ръководство по медицинска етика, изд. ИД „Принт“, София, 2014, ISBN:978-954-92646-8-5

106. Янева-Деливерска М., Конвенция за правата на човека и биомедицината, Сб. Научни трудове на ИДП, 2012, том VII, 338
107. Янева-Деливерска М., Конвенция за правата на човека и биомедицината, Сб. Научни трудове на ИДП, 2012, том VII, 338
108. Янева-Деливерска М., Медиация в здравеопазването. Европейски етични стандарти и българската медицина, Сборник статии, Издател: Български лекарски съюз, 2014. с. 569-572
109. Янева-Деливерска М., Принципът на недискриминация по признак човешки геном, Сб. Научни трудове на ИДП, 2011, том VI, 73
110. Янулатос А., Православието и глобализацията, Силистра, Демос, 2005, с. 51
111. Beauchamp T, J. Childress, Principles of Biomedical Ethics, 7thth Edition, New York: Oxford University Press, 2013
112. Bodenheimer T, K. Grumbach, Improving primary care: strategies and tools for a better practice. Lange Medical Books/McGraw-Hill, New York, 2007
113. Brown IJ et al. Salt intakes around the world: implications for public health. International Journal of Bulletin, 1989, 105:260–275
114. Callahan D., False Hopes. Overcoming the Obstacles to a Sustainable, Affordable Medicine, Rutgers Univ. Press , 1999
115. Callahan D., Promoting Healthy Behavior. Georgetown Univ. Press, 2000
116. Chantler C., The Role of Doctors in the Delivery of Health Care, Lancet, 353, 1999, 1178-81
117. Conn P., A. Catherine, V.Walford, An introduction to health insurance for low income countries, 1998 by IHSD Limited, London
118. Deliverska, M., A. Kehayov, Legal education of healthcare professionals, Journal of educational and instructional studies in the world, June 2016, vol. 6, special issue 1, art. 19, 134-140
119. Deliverska, M., Sv. Garov [Right to access to medical services, Medical and Social Aspects of the Wave of Refugees in Europe]. Za Bukvite–O Pismeneh Publishers, Sofia. 2016, 54. [in Bulgarian]

120. Deliverska M. Collecting, processing, storage and use of biometric data – ethical and legal aspects, Burgas Free University, Journal of Legal Studies „New idea in education“, vol. II, 2016, 68 – 72 [in Bulgarian]
121. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation, eng.pdf, accessed 3 November 2014
122. Dunne T., N. Wheeler, Human Rights in Global Politics, Cambridge, Cambridge University Press, 1999
123. Epping-Jordan JE., SD. Pruitt, R. Bengoa, EH.Wagner, Improving the quality of health care for chronic conditions, Qual Saf Health Care, 2004, 13: 299-305
124. Finucane MM., et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic review, Geneva, WHO, 2014
125. Forsythe D., Human Rights and World Politics, Lincoln, University of Nebraska Press, 1989
126. Fortin M, J. Dionne, G. Pinho, J. Gignac, et al, Randomized controlled trials: Do they have external validity for patients with multiple comorbidities?, Ann Fam Med 2006; 4: 104-8
127. Fortin M., L. Lapointe, C. Hudon, A.Vanasse, et al., Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review, Health Qual Life Outcomes, 2004, 2-51
128. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020, Geneva, 2014
129. Global Stats Report, noncommunicable diseases, 2016, „Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility“, WHO
130. Global status report on alcohol and health, Geneva, World Health Organization, 2011
131. Global strategy for prevention and control of noncommunicable diseases, Geneva, World Health, 2014
132. Gutierrez-Fisac JL., et al., The size of obesity differences associated with educational level in Spain, 1987, Global status report on noncommunicable diseases, 2016
133. He FJ., Mac Gregor GA., A comprehensive review on salt and health and current experience of Health Organization, 2000, WHO, Technical Report Series, 2016, 894

134. Hutchison B., J. Hurley, R. Reid, J. Dorland, S. Birch, M. Giacomini, et al., *Capitation formulae for integrated health systems: a policy synthesis*, Ottawa, Ont: Canadian Health Services Research Foundation, 1999
135. Institute of Medicine, *Primary Care and Public Health: Exploring Integration to Improve Population Health*, Washington (DC): The National Academies Press, 2012
136. Jameton A., *Sustainable Health Care and Emerging Ethical Responsibilities*, J. Pierce 2001, *Environment and Health, CMAJ* Feb. 6, vol. 164, No. 3, 365-369
137. Jones S., S. Chloe Gordon, *A systematic review of children's alcohol-related knowledge, attitudes and expectancies*, *Preventive Medicine* , 2017, 105, 19–31
138. Joseph E., *Stiglitz Senior Incentives and Institutions in the Provision of Health Care in Developing Countries: Toward an Efficient and Equitable Health Care Strategy*, The World Bank IHEA Meetings, Rotterdam June 7, 1999
139. Lamm D.R., H.R. Blank, *Condition critical: A new Moral Vision for Health Care*, Fulcrum Group, 2007, 188p, ISBN 978-1-55591-612-1
140. Line H., et al., *Tobacco smoke, indoor air pollution and tuberculosis: a systematic review and metaanalysis*, *Global status report on noncommunicable diseases*, 2016
141. MacNeil J., *Sustainable development: What is it?* In Kegley, Ch. W., E. R. Wittkopf *The Global Agenda, Issues and Perspectives*, 3-rd Ed. McGRAW-HILL, INC, 1992
142. Martinez JA., et al. *Variables independently associated with self-reported obesity in the European Union*, *Global status report on noncommunicable diseases*, 2016
143. Martin-Misener R., R. Valaitis, *Strengthening primary health care through primary care and public health collaboration*, Canadian Foundation for Healthcare Improvement, Canada. Ottawa: McMaster University, 2012
144. McMurray RG., et al., *The influence of physical activity, socioeconomic status, and ethnicity on the weight*, *Medicine*, 1997, 337:1491–1499
145. Mossialos E., A. Dixon, J. Figueras, J. Kutzin, *Funding health care: options for Europe*, European Observatory on Health Care Systems, 2002
146. Mulligan P., *Capitation: the wrong direction for primary care reform*, Ont: Canadian Health Services Research Foundation, 1999

147. Nutbeam D., L. Aaro, B. Wold, The Lifestyle Concept and Health Education with Young People, *Journal of the Institute of Health Education* , 1991, vol. 29,– issue 3, results from a WHO international survey, p. 98-103, published online:10 mart 2014
148. Nutbeam D., Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*, October 2009, 54:303| First Online: 30 July 2009
149. Nutbeam D., Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century , *Health Promotion International*, Volume 15, Issue 3, 1 September 2000, Pages 259–267, <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259> Published:01 September 2000
150. Nutbeam D., The evolving concept of health literacy,<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
151. Ofman JJ., E. Badamgarav, JM. Henning, K. Knight, AD. Gano, RK. Levan, et al., Does disease management improve clinical and economic outcomes in patients with chronic diseases?, A systematic review, *Am J Med*, 2004,117, 182-192
152. Pencheon D., Matching demand and supply fairly and efficiently, *British Medical Journal*, 1998
153. Rhode Island Department of Health, Impact of primary care on healthcare cost and population health: a literature review, 23 February 2012
154. Richardson J., Supply and demand for medical care: Or, is the health care market perverse?, *J*. 2001
155. Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries, 2002, European agency for the evaluation of medical products / European Medicines Evaluation Agency
156. Rubold G., *Ethics in Nursing Practice*, Second Edition, Bailliere Tindall, 1993, p.230
157. Samdal O., D. Nutbeam, B. Wold, L. Kannas, Achieving health and educational goals through schools a study of the importance of the school climate and the students' satisfaction with school, *Health Education Research*, Volume 13, Issue 3, 1 September 1998, Pages 383–397, <https://doi.org/10.1093/her/13.3.383>,Published:01 September 1998
158. Salop S., Information and Monopolistic Competition, *The American Economic Review*, 1976, Vol. 66, N 2, 175-84

159. Sass N-M., New options for health care policy and health status insurance: Citizens as customers, Croatian medical journal, 2003, 32
160. Starfield B., Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. Revised edition, New York (NY): Oxford University Press; 1998
161. Stevenson M., W. Hogg, P. Hudson, Integrating public health and primary care. Health Policy, 2007,3, 160-81
162. Sundquist J., SE. Johansson, The influence of socioeconomic status, ethnicity and lifestyle on body mass, The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organization
163. Szabo J., Historical Foundation of Human Rights and Subsequent Development, Vol 1, Paris, 1982, p.11
164. Tschudin V., Ethics Nurses and Patients, Scutari Press,
165. Vickery DM., WD. Lynch, Demand management: enabling patients to use medical care appropriately, J Occup Environ Med, 1995
166. Waldron J., ed Nonsense upon Stilts: Bentham, Burke and Marx on the Rights of Man, Methuen, London, 1987
167. World Health Organization, The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, 2001
168. World Health Organization. Global Health Estimates: Deaths by Cause, Age, Sex and Country, 2000-2012., Global status report on noncommunicable diseases 2016
169. [www .bats.ch/bats/publicationen](http://www.bats.ch/bats/publicationen)
170. www.depts.washington.edu/bioethx/tools/princpl.html, 17.07,2017
171. www.ec.europa.eu
172. [www .epa.gov/region](http://www.epa.gov/region)
173. www.learning.nursing-bg.com
174. www.mh.government.bg
175. www.nhif.bg
176. www.nsi.bg
177. www.patient.bg
178. www.patient.bg/show_quiz_results_bg.php?poll_id=1&suff=bg
179. www.project-syndicate.org/Register
180. www.publications.msss.gouv.qc.ca, 14.03.2016
181. www.scu.edu/ethics/publications
182. www.theoildrum.com
183. www.who.int

Използвани закони и нормативни актове:

184. Всеобщата декларация за правата на човека, 1948 г , чл. 29
185. Декларацията от Джакарта за водещата роля на промоцията на здравето през 21 в. (1997)
186. Директива 2011/24/ЕС, ОВ L 88, 4.4.2011 .– 25
187. Закон за здравето, Обн. ДВ, бр.70 от 10 август 2004 г.
188. Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина, Обн. ДВ. бр. 31 от 13 април 2007 г
189. Закон за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина, Обн. ДВ, бр. 76 от 2005 г., в сила от 01.01.2007 г.
190. Закона за здравното осигуряване, Обн. ДВ, бр.70 от 19 юни 1998 г.
191. Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, Обн. ДВ. бр.46 от 3 юни 2005 г.
192. Кодекс за професионална етика на лекарите в България – издаден от Министерство на здравеопазването – Обн. ДВ. бр.79 от 29 септември 2000 г., изм. и доп. ДВ 85 от 28 септември 2013 г.
193. Конституцията на Република България, Обн. ДВ, бр.56 от 13.07.1991 г., гл. 1, чл. 13, чл. 37
194. Конституцията на СЗО
195. Лисабонски договор, 2009 г.
196. Международен пакт за граждански и политически права (1966)
197. Международен пакт за икономическите, социалните и културните права (1966)
198. Международния пакт за граждански и политически права (МПГПП), (1966), ал.4. чл. 18
199. Министерство на Здравеопазването, Решение: № РД-НС-04-7-1 от 11 януари 2017 г., за изменение и допълнение на Решение № РД-НС-04-24-1 от 29 март 2016 г. по чл. 54, ал. 9 и чл. 59а, ал. 6 от Закона за здравното осигуряване на Надзорния съвет на Националната здравноосигурителна каса (ДВ, бр. 25 от 2016 г.)
200. Наредба № 18 от 20 юни 2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения, Обн. ДВ., бр. 54 от 1 юли 2005 г.

201. Общи правила за добра медицинска практика на лекарите в Република България, приети по реда на чл. 5, т. 4 от ЗСОЛЛДМ и утвърдени със заповед на министъра за здравеопазването от 25.11.2013 г.
202. Правила за добра медицинска практика на лекарите по дентална медицина в Република България, приети по реда на чл. 5, т. 4 от ЗСОЛЛДМ и утвърдени със заповед на министъра за здравеопазването от 25.11.2013 г.
203. Решение № РД-НС-04-7-1 от 11 януари 2017 г. за изменение и допълнение на Решение № РД-НС-04-24-1 ОТ 29 МАРТ 2016 г. по чл. 54, ал. 9 и чл. 59а, ал. 6 от Закона за здравното осигуряване на Надзорния съвет на Националната здравноосигурителна каса (ДВ, БР. 25 ОТ 2016 Г.), В сила от 01.01.2017 г., издадено от министъра на здравеопазването, Обн. ДВ. бр.8 от 24 януари 2017 г. – Чл. 7а.
204. Решение № 5 на Конституционния съд на Р България по конституционно дело № 11 от 1992., публикувано в ДВ № 49, 16.06.1992
205. Универсалната декларация за правата на човека на ООН, чл. 1
206. Хартата от Отава за промоция на здравето (1986)
207. World Medical Association „Declaration of Geneva“ WMA, Retrieved 22 April 2013

IX. ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

Анкетна карта за пациенти

пол	<input type="checkbox"/> М	<input type="checkbox"/> Ж	възраст год.	<input type="checkbox"/> 18-24	<input type="checkbox"/> 25-44	<input type="checkbox"/> 45-59	<input type="checkbox"/> 60+	образование	<input type="checkbox"/> средно	<input type="checkbox"/> висше
-----	----------------------------	----------------------------	--------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-------------	---------------------------------	--------------------------------

- Имате ли личен лекар?
А. Да Б. Не
- Имате ли личен зъболекар?
А. Да Б. Не
- Доверявате ли се на вашия личен лекар?
А. Да Б. Не В. Не напълно, търся и друго мнение
- Вярвате ли в профилактиката на заболяванията?
А. Да Б. Не В. Не обръщам внимание на профилактиката
- Ходите ли редовно на профилактични прегледи?
А. Да – медицински Б. Да – соматологични В. Не
- Бихте ли проявили воля и усилия, ако има вероятност с определен начин на живот, да предотвратите или забавите дадено заболяване?
А. Да Б. Не В. Зависи от лишенията и заболяването
- Вярвате ли на новите методи и средства за лечение?
А. Да Б. Не В. Скептичен съм спрямо новостите
- Грижите ли се за здравето си?
А. Да Б. Не В. Нямам време
- Смятате ли, че имате добра здравна култура по отношение на познания за превенция и профилактика на здравето?
А. Да Б. Не В. Не зная
- Умееете ли да четете етикетите на храните с разбиране?
А. Да Б. Не В. Много малко
- Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?
А. Хранителен режим Б. Без тютюнопушене
В. Без злоупотреба на алкохол Г. Спорт Д. Нито едното
- Личният ви лекар информира ли ви е за вашето здравословно състояние (здраве)?
А. Да Б. Не
- Вашият личен лекар информира ли ви е за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?
А. Да Б. Не В. Ако има време по време на посещението ми при него
- Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?
А. На пациента Б. На медицинските професионалисти В. Обща – на А и Б
- Чия отговорност е вашето здраве при наличие на болест?
А. Моя Б. На лекарите В. Споделена – моя и на моя лекар
- Посещавате ли специалисти, без да използвате направление от вашия личен лекар т.е. платено?
А. Да Б. Рядко В. Никога

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
Анкетна карта за медицински професионалисти

пол М Ж възраст год. 18-24 25-44 45-59 60+

Общопрактикуващ лекар да Лекар в болница да Дентален лекар да

1. Имате ли личен лекар?
А. Да Б. Не
2. Имате ли личен зъболекар?
А. Да Б. Не
3. Доверявате ли се на вашия личен лекар?
А. Да Б. Не В. Не напълно, търся и друго мнение
4. Вярвате ли в профилактиката на заболяванията?
А. Да Б. Не В. Не обръщам внимание на профилактиката
5. Ходите ли редовно на профилактични прегледи?
А. Да – медицински Б. Да – соматологични В. Не
6. Бихте ли проявили воля и усилия, ако има вероятност с определен начин на живот, да предотвратите или забавите дадено заболяване?
А. Да Б. Не В. Зависи от лишенията и заболяването
7. Вярвате ли на новите методи и средства за лечение?
А. Да Б. Не В. Скептичен съм спрямо новостите
8. Грижите ли се за здравето си?
А. Да Б. Не В. Нямам време
9. Умеете ли да четете етикетите на храните с разбиране?
А. Да Б. Не В. Много малко
10. Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?
А. Хранителен режим Б. Без тютюнопушене
В. Без злоупотреба на алкохол Г. Спорт Д. Нито едното

- 11. Знаете ли кои са нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?**
А. Да Б. Не
- 12. Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?**
А. На пациента Б. На медицинските професионалисти
В. Обща – на А и Б
- 13. Чия отговорност е вашето здраве при наличие на болест?**
А. Моя Б. На лекарите В. Споделена– моя и на моя лекар
- 14. Готови ли сте да прилагате нови методи и средства на лечение при съгласие от страна на пациента?**
А. Да Б. Не В. Скептичен съм
- 15. Бихте ли вложили средства за закупуване на нова техника за ранна диагностика и профилактика във вашата практика?**
А. Да Б. Не В. Не се възвръщат средствата
- 16. Обучавате ли вашите пациенти на профилактика и промоция на здравето?**
А. Да Б. Не В. Според пациента Г. При налично време
- 17. Информирате ли вашите пациенти за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за тяхната възраст профилактични процедури?**
А. Да Б. Не В. Ако има време по време на посещението им
- 18. Посещавате ли курсове за следдипломно обучение?**
А. Да Б. Не
- 19. Какъв е вашият подход на работа?**
А. Профилактика
Б. Лечение
В. Лечение според заплащането
Г. Лечение според културните ценности и възможности на пациента
Д. Лечение еднакво за всички, а реализацията зависи от активното участие на пациента с неговите разбирания и възможности

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

Анкетна карта за медицински сестри

пол М Ж възраст год. 18-24 25-44 45-59 60+

1. Имате ли личен лекар?
А. Да Б. Не
2. Имате ли личен зъболекар?
А. Да Б. Не
3. Доверявате ли се на вашия личен лекар?
А. Да Б. Не В. Не напълно, търся и друго мнение
4. Вярвате ли в профилактиката на заболяванията?
А. Да Б. Не В. Не обръщам внимание на профилактиката
5. Ходите ли редовно на профилактични прегледи?
А. Да – медицински Б. Да – соматологични В. Не
6. Бихте ли проявили воля и усилия, ако има вероятност с определен начин на живот, да предотвратите или забавите дадено заболяване?
А. Да Б. Не В. Зависи от лишенията и заболяването
7. Вярвате ли на новите методи и средства за лечение?
А. Да Б. Не В. Скептичен съм спрямо новостите
8. Грижите ли се за здравето си?
А. Да Б. Не В. Нямам време
9. Умеете ли да четете етикетите на храните?
А. Да Б. Не В. Много малко
10. Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?
А. Хранителен режим Б. Без тютюнопушене
В. Без злоупотреба на алкохол Г. Спорт Д. Нито едното
11. Знаете ли кои са нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?
А. Да Б. Не
12. Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?
А. На пациента Б. На медицинските професионалисти
В. Обща – на А и Б
13. Чия отговорност е вашето здраве при наличие на болест?
А. Моя Б. На лекарите В. Споделена – моя и на моя лекар
14. Посещавате ли курсове за следдипломно обучение?
А. Да Б. Не

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4

Статистическа обработка на отговори на въпрос: „Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?“ от трите анкети

В изследваните групи – лекари работещи в болница и детални лекари, по-здравословен начин на живот, свързан със спазването на хранителен режим се наблюдава в групата на жените. При лекарите 23,4% от жените спазват диета, а при мъжете този процент е значимо по-нисък – 5.7% ($p=0.005$)., при денталните лекари делът на жените спазващи диета е 30,6%, а в групата на мъжете е отново значимо по-нисък – 13,5% ($p=0.021$) (Табл. № 1).

Таблица № 1 Разпределение на анкетираните медицински кадри по отговори на въпроса: „Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?“, (хранителен режим), в зависимост от пола

Група	Хранителен режим	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	p
Лични лекари	Не	14 (100)	56 (84,8)	70 (87,5)	0,119
	Да	0 (0)	10 (15,2)	10 (12,5)	
	Общо	14 (100)	66 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	66 (94,3)	36 (76,6)	102 (87,2)	0,005
	Да	4 (5,7)	11 (23,4)	15 (12,8)	
	Общо	70 (100)	47 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	64 (86,5)	34 (69,4)	98 (79,7)	0,021
	Да	10 (13,5)	15 (30,6)	25 (20,3)	
	Общо	74 (100)	49 (100)	123 (100)	

По отношение на тютюнопушенето при личните лекари и стоматолозите се наблюдава статистически значима връзка с пола; $p < 0.05$. По-често без тютюнопушене се срещат жените и в двете друпии. В групата на лекарите работещи в болница, подобна връзка не се установява ; $p > 0.05$ (Табл. № 2).

Таблица № 2. Разпределение на анкетираните медицински кадри по отговори на въпроса: „Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?“ (без тютюнопушене), в зависимост от пола

Група	Без тютюнопушене	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	Р
Лични лекари	Не	9 (64,3)	19 (28,8)	28 (35)	0,011
	Да	5 (35,7)	47 (71,2)	52 (65)	
	Общо	14 (100)	66 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	35 (50)	17 (36,2)	52 (44,4)	0,140
	Да	35 (50)	30 (63,8)	65 (55,6)	
	Общо	70 (100)	47 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	38 (51,4)	11 (22,4)	49 (39,8)	0,001
	Да	36 (48,6)	38 (77,6)	74 (60,2)	
	Общо	74 (100)	49 (100)	123 (100)	

По отношение на алкохола, статистически значима по-честа злоупотреба се наблюдава в групата на мъжете; $p=0.001$, това е валидно само за групата на личните лекари (Табл. № 3)

Таблица № 3. Разпределение на анкетираните медицински кадри по отговори на въпроса: „Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?“ (без злоупотреба с алкохол), в зависимост от пола

Група	Без злоупотреба с алкохол	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	Р
Лични лекари	Не	4 (28,6)	0 (0)	4 (5)	0,001
	Да	10 (71,4)	66 (100)	76 (95)	
	Общо	14 (100)	66 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	21 (30)	9 (19,1)	30 (25,6)	0,188
	Да	49 (70)	38 (80,9)	87 (74,4)	
	Общо	70 (100)	47 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	6 (8,1)	1 (2)	7 (5,7)	0,155
	Да	68 (91,9)	48 (98)	116 (94,3)	
	Общо	74 (100)	49 (100)	123 (100)	

Спортуването като здравословен начин на живот се среща еднакво често при мъжете и жените и в трите изследвани групи медицински кадри; $p > 0.05$ (Табл. № 4).

Таблица № 4. Разпределение на анкетираните медицински кадри по отговори на въпроса: „Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?“ (спорт), в зависимост от пола

Група	Спорт	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	Р
Лични лекари	Не	12 (85,7)	55 (83,3)	67 (83,8)	0,826
	Да	2 (14,3)	11 (16,7)	13 (16,3)	
	Общо	14 (100)	66 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	58 (82,9)	36 (76,6)	94 (80,3)	0,403
	Да	12 (17,1)	11 (23,4)	23 (19,7)	
	Общо	70 (100)	47 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	53 (71,6)	41 (83,7)	94 (76,4)	0,123
	Да	21 (28,4)	8 (16,3)	29 (23,6)	
	Общо	74 (100)	49 (100)	123 (100)	

Таблица № 5. Разпределение на анкетираните медицински кадри по отговори на въпроса: „Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?“ (нито едното), в зависимост от пола

Група	Нито едното от възможните за отговор	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	Р
Лични лекари	Не	12 (85,7)	66 (100)	78 (97,5)	0,002
	Да	2 (14,3)	0 (0)	2 (2,5)	
	Общо	14 (100)	66 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	55 (78,6)	40 (85,1)	95 (81,2)	0,375
	Да	15 (21,4)	7 (14,9)	22 (18,8)	
	Общо	70 (100)	47 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	67 (90,5)	48 (98)	115 (93,5)	0,102
	Да	7 (9,5)	1 (2)	8 (6,5)	
	Общо	74 (100)	49 (100)	123 (100)	

Таблица № 6. Разпределение на анкетираните медицински специалисти по отговори на въпроса: „Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?“ (хранителен режим), в зависимост от възрастовата група

Група	Хранителен режим	Възраст			Общо n (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
МС	Не	36 (80)	43 (86)	11 (100)	90 (84,9)	0,241
	Да	9 (20)	7 (14)	0 (0)	16 (15,1)	
	Общо	45 (100)	50 (100)	11 (100)	106 (100)	
Лични лекари	Не	19 (73,1)	50 (94,3)	1 (100)	70 (87,5)	0,025
	Да	7 (26,9)	3 (5,7)	0 (0)	10 (12,5)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	45 (84,9)	51 (89,5)	6 (85,7)	102 (87,2)	0,768
	Да	8 (15,1)	6 (10,5)	1 (14,3)	15 (12,8)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	43 (76,8)	43 (84,3)	12 (80)	98 (80,3)	0,619
	Да	13 (23,2)	8 (15,7)	3 (20)	24 (19,7)	
	Общо	56 (100)	51 (100)	15 (100)	122 (100)	

Таблица № 7. Разпределение на анкетираните медицински специалисти по отговори на въпроса: „Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?“ (без тютюнопушене), в зависимост от възрастовата група

Група	Без тютюнопушене	Възраст			Общо n (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
МС	Не	24 (53,3)	25 (50)	4 (36,4)	53 (50)	0,601
	Да	21 (46,7)	25 (50)	7 (63,6)	53 (50)	
	Общо	45 (100)	50 (100)	11 (100)	106 (100)	
Лични лекари	Не	6 (23,1)	22 (41,5)	0 (0)	28 (35)	0,207
	Да	20 (76,9)	31 (58,5)	1 (100)	52 (65)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	19 (35,8)	30 (52,6)	3 (42,9)	52 (44,4)	0,208
	Да	34 (64,2)	27 (47,4)	4 (57,1)	65 (55,6)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	21 (37,5)	25 (49)	3 (20)	49 (40,2)	0,113
	Да	35 (62,5)	26 (51)	12 (80)	73 (59,8)	
	Общо	56 (100)	51 (100)	15 (100)	122 (100)	

Таблица № 8. Разпределение на анкетираните медицински специалисти по отговори на въпроса: „Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?“ (без злоупотреба с алкохол), в зависимост от възрастовата група

Група	Без злоупотреба с алкохол	Възраст			Общо n (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
МС	Не	4 (8,9)	0 (0)	1 (9,1)	5 (4,7)	0,096
	Да	41 (91,1)	50 (100)	10 (90,9)	101 (95,3)	
	Общо	45 (100)	50 (100)	11 (100)	106 (100)	
Лични лекари	Не	0 (0)	4 (7,5)	0 (0)	4 (5)	0,342
	Да	26 (100)	49 (92,5)	1 (100)	76 (95)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	10 (18,9)	20 (35,1)	0 (0)	30 (25,6)	0,042
	Да	43 (81,1)	37 (64,9)	7 (100)	87 (74,4)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	4 (7,1)	3 (5,9)	0 (0)	7 (5,7)	0,571
	Да	52 (92,9)	48 (94,1)	15 (100)	115 (94,3)	
	Общо	56 (100)	51 (100)	15 (100)	122 (100)	

Таблица № 9. Разпределение на анкетираните медицински специалисти по отговори на въпроса: „Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?“ (спорт), в зависимост от възрастовата група

Група	Спорт	Възраст			Общо n (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
МС	Не	41 (91,1)	47 (94)	11 (100)	99 (93,4)	0,552
	Да	4 (8,9)	3 (6)	0 (0)	7 (6,6)	
	Общо	45 (100)	50 (100)	11 (100)	106 (100)	
Лични лекари	Не	17 (65,4)	49 (92,5)	1 (100)	67 (83,8)	0,008
	Да	9 (34,6)	4 (7,5)	0 (0)	13 (16,3)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	36 (67,9)	51 (89,5)	7 (100)	94 (80,3)	0,007
	Да	17 (32,1)	6 (10,5)	0 (0)	23 (19,7)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	39 (69,6)	41 (80,4)	13 (86,7)	93 (76,2)	0,255
	Да	17 (30,4)	10 (19,6)	2 (13,3)	29 (23,8)	
	Общо	56 (100)	51 (100)	15 (100)	122 (100)	

Таблица № 10. Разпределение на анкетираните медицински специалисти по отговори на въпроса: „Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?“ (нито едното),
в зависимост от възрастовата група

Група	Нито едното	Възраст			Общо n (%)	p
		25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
МС	Не	43 (95,6)	50 (100)	10 (90,9)	103 (97,2)	0,178
	Да	2 (4,4)	0 (0)	1 (9,1)	3 (2,8)	
	Общо	45 (100)	50 (100)	11 (100)	106 (100)	
Лични лекари	Не	26 (100)	51 (96,2)	1 (100)	78 (97,5)	0,593
	Да	0 (0)	2 (3,8)	0 (0)	2 (2,5)	
	Общо	26 (100)	53 (100)	1 (100)	80 (100)	
Лекари	Не	47 (88,7)	41 (71,9)	7 (100)	95 (81,2)	0,034
	Да	6 (11,3)	16 (28,1)	0 (0)	22 (18,8)	
	Общо	53 (100)	57 (100)	7 (100)	117 (100)	
Дентални лекари	Не	52 (92,9)	48 (94,1)	14 (93,3)	114 (93,4)	0,966
	Да	4 (7,1)	3 (5,9)	1 (6,7)	8 (6,6)	
	Общо	56 (100)	51 (100)	15 (100)	122 (100)	

Таблица № 11. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?“ (хранителен режим),
в зависимост от възрастовата група

Хранителен режим	Възраст				Общо n (%)	p
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Не	71 (74,7)	158 (83,2)	135 (93,1)	26 (72,2)	390 (83,7)	<0,001
Да	24 (25,3)	32 (16,8)	10 (6,9)	10 (27,8)	76 (16,3)	
Общо	95 (100)	190 (100)	145 (100)	36 (100)	466 (100)	

Таблица № 12 Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: *Водите ли здравословен начин на живот което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването? (без тютюнопушене), в зависимост от възрастовата група.*

Без тютюнопушене	Възраст				Общо n (%)	p
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Не	50 (52,6)	89 (46,8)	88 (60,7)	5 (13,9)	232 (49,8)	<0,001
Да	45 (47,4)	101 (53,2)	57 (39,3)	31 (86,1)	234 (50,2)	
Общо	95 (100)	190 (100)	145 (100)	36 (100)	466 (100)	

Таблица № 13. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: *„Водите ли здравословен начин на живот което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?“ (без злоупотреба на алкохол), в зависимост от възрастовата група*

Без злоупотреба с алкохол	Възраст				Общо n (%)	p
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Не	17 (17,9)	26 (13,7)	23 (15,9)	2 (5,6)	68 (14,6)	0,32
Да	78 (82,1)	164 (86,3)	122 (84,1)	34 (94,4)	398 (85,4)	
Общо	95 (100)	190 (100)	145 (100)	36 (100)	466 (100)	

Таблица №14. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?“ (спорт), в зависимост от възрастовата група

Спорт	Възраст				Общо n (%)	p
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Не	57 (60)	128 (67,4)	108 (74,5)	33 (91,7)	326 (70)	0,002
Да	38 (40)	62 (32,6)	37 (25,5)	3 (8,3)	140 (30)	
Общо	95 (100)	190 (100)	145 (100)	36 (100)	466 (100)	

Таблица № 15. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?“ (ниито едното), в зависимост от възрастовата група

Нито едното от възможните за отговор	Възраст				Общо n (%)	p
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Не	94 (98,9)	182 (95,8)	137 (94,5)	35 (97,2)	448 (96,1)	0,353
Да	1 (1,1)	8 (4,2)	8 (5,5)	1 (2,8)	18 (3,9)	
Общо	95 (100)	190 (100)	145 (100)	36 (100)	466 (100)	

Таблица № 16. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?“ (хранителен режим), в зависимост от образованието

Хранителен режим	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Не	153 (82,3)	236 (84,6)	389 (83,7)	0,506
Да	33 (17,7)	43 (15,4)	76 (16,3)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

Таблица № 17 Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: *Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването? (без тютюнопушене), в зависимост от образованието.*

Без тютюнопушене	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Не	111 (59,7)	121 (43,4)	232 (49,9)	0,001
Да	75 (40,3)	158 (56,6)	233 (50,1)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

Таблица № 18 Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: *Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването? (без злоупотреба с алкохол), в зависимост от образованието.*

Без злоупотреба с алкохол	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Не	49 (26,3)	18 (6,5)	67 (14,4)	<0,001
Да	137 (73,7)	261 (93,5)	398 (85,6)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

Таблица № 19. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: *„Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?“ (спорт), в зависимост от образованието*

Спорт	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Не	127 (68,3)	198 (71)	325 (69,9)	0,536
Да	59 (31,7)	81 (29)	140 (30,1)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

Таблица № 20. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?“ (нито едното), в зависимост от образованието

Нито едното	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Не	175 (94,1)	272 (97,5)	447 (96,1)	0,062
Да	11 (5,9)	7 (2,5)	18 (3,9)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
**„Наръчник по здравни въпроси,
здравословен начин на живот и психопрофилактика”**

ПРИЛОЖЕНИЕ № 6
„Здравно досие на пациента“

Х. СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИ СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Публикации в списания с импакт-фактор:

1. Peycheva K., The Care of Personal Health as a Part of Sustainable Healthcare Development, J of IMAV, 2017, Apr-Jun; 23(2):1598-1602
2. Peycheva K., Commitment of General Practitioners on Prophylaxis According to the Patient's Opinion, J of IMAV, 2017, Apr-Jun; 23(2):1584-1586

Публикации в страната:

3. Пейчева К., Р. Горанова, Л. Чакърва, П. Игнатов, Лична отговорност за здравето и готовност на пациентите за посещаване на частни специалисти, Управление и образование, 2017, том.13, кн. 5, ISSN 13126121,87-94
4. Градинарова Н., Р.Горанова-Спасова, К. Пейчева, М. Александрова, Ползи за пациентите от дейността на етичните комисии, Здравна политика и мениджмънт 2017, бр. 3