

**СБОРНИК ДОКЛАДИ  
ОТ  
ШЕСТА ЮБИЛЕЙНА  
НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ  
С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ  
„ДОБРИ ПРАКТИКИ В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“**

24 ноември 2022 г.

**Организатор на събитието:  
Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца**

**РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ:**

**Проф. д-р Тихомира Златанова, дм**

**Проф. Павлинка Добрилова, дм**

**Проф. д-р Ралица Златанова-Великова, дм**

**Доц. Галя Янкова, дм**



**СБОРНИК ДОКЛАДИ  
ОТ  
ШЕСТА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ  
С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ**

**„ДОБРИ ПРАКТИКИ В ЗДРАВНИТЕ  
ГРИЖИ“**

**24 ноември 2022 г.**

**РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ:**

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



---

---

СБОРНИК ДОКЛАДИ ОТ ШЕСТА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ  
С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ „ДОБРИ ПРАКТИКИ В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“  
ВРАЦА, 2023 Г.

ISBN 978-619-7491-64-7

**Под редакцията на:** Проф. д-р Тихомира Златанова, дм  
Проф. Павлинка Добрилова, дм  
Проф. д-р Ралица Златанова-Великова, дм  
Доц. Галя Янкова, дм

Стилова редакция и корекции *В. Цъклева и Св. Цветанова*  
Редакция на англ. резюмета *В. Колев*  
Страниране *О. Маркова*

Печатни коли 11, формат 60 x 90/8

Медицински университет – София  
Централна медицинска библиотека

1431 София, ул. "Св. Г. Софийски" № 1

## СЪДЪРЖАНИЕ

<i>К. Стефанова, Ц. Джиганска.</i> Проблеми в дейността на медицинската сестра от първичната медицинска помощ .....	5
<i>Ц. Джиганска.</i> Мнение на пациентки с гинекологични онкологични заболявания за предоставените холистични здравни грижи .....	9
<i>П. Аспарухова.</i> Духовни измерения на здравните грижи в палиативната фаза .....	14
<i>К. Цекова.</i> Ентероколит при деца – диетичен режим и перорална рехидратация.....	17
<i>М. Борисова.</i> Мъжки климакс.....	20
<i>Л. Маринов.</i> Проучване нагласите на студентите от специалност „Лекарски асистент“ за професионалната им реализация .....	23
<i>Л. Маринов.</i> Дигитална компетентност – ключова за учене през целия живот.....	27
<i>Д. Петкова.</i> Роля на здравната култура и включването на пациентите в лечебно-диагностичния процес .....	33
<i>И. Грозданов.</i> Неправителствени организации и техните разновидности.....	38
<i>Р. Ереданска.</i> Професията лекарски асистент – необходимост и реалност.....	42
<i>Г. Янкова.</i> Нагласи на студентите по здравни грижи за ваксиниране срещу COVID-19.....	45
<i>М. Московска, Ст. Великов, Н. Костова-Камбурова, Д. Петкова.</i> Проучване ефективността на базовата подготовка по анатомия и морфология на зъбите при работа с дентален софтуер за дигитален дизайн .....	50
<i>С. Пантелеев, Т. Златанова.</i> Ефективност на профилактиката на ниво първична извънболнична медицинска помощ .....	54
<i>С. Пантелеев, Т. Златанова.</i> Анализ на дейността по диспансерно наблюдение при общопрактикуващия лекар .....	57
<i>Д. Маслинкова, Д. Симеонова, М. Русанова.</i> Ролята на медицинската сестра в училище за разпознаване на хранителните разстройства .....	61
<i>С. Стайкова, Д. Маслинкова, Е. Иванова.</i> Медицинската сестра в яслата и в детската градина – ключова фигура при разпознаване на проблеми в психичното здраве на малките деца .....	68
<i>Е. Иванова, М. Христова.</i> Психиатричната сестра – част от мултидисциплинарния екип в детската психиатрия.....	78
<i>П. Добрилова, П. Георгиев.</i> Роля на медицинската сестра в предоставянето на интегрирани грижи в общността.....	83

---

Издателят не носи отговорност за изложените в публикациите авторски мнения и становища, както и за достоверността на представените от авторите данни.  
Авторите запазват всички некомуерсиални права върху публикуваните си текстове.

---

**CONTENTS**

<i>K. Stefanova, Ts. Dzhiganska.</i> Problems in the activity of the nurses in primary care.....	5
<i>T. Dzhiganska.</i> Opinions of patients with gynecological oncological diseases on the provided holistic health care.....	9
<i>P. Asparuhova.</i> Spiritual dimensions of health care in the palliative phase .....	14
<i>K. Tsekova.</i> Enterocolitis in children – diet and oral rehydration.....	17
<i>M. Borisova.</i> Male climax.....	20
<i>L. Marinov.</i> Study of the attitudes of medical assistant students on their professional realization .....	23
<i>L. Marinov.</i> Digital competence – key to lifelong learning .....	27
<i>D. Petkova.</i> Role of health culture and patient inclusion in the treatment and diagnostic process .....	33
<i>I. Grozdanov.</i> Non-government organizations and their types .....	38
<i>R. Eredanska.</i> The profession of medical assistant – need and reality.....	42
<i>G. Yankova.</i> Attitudes of healthcare students toward vaccination against COVID-19.....	45
<i>M. Moskova, St. Velikov, N. Kostova-Kamburova, D. Petkova.</i> Studying the effectiveness of basic training in anatomy and morphology of teeth when working with dental digital design software .....	50
<i>S. Panteleev, T. Zlatanov.</i> Effectiveness of prevention at the level of primary health care.....	54
<i>S. Panteleev, T. Zlatanov.</i> Analysis of the activity of dispensary observation at the general practitioner .....	57
<i>D. Maslinkova, D. Simeonova, M. Rusanova.</i> The role of the school nurse in recognizing eating disorders.....	61
<i>Sv. Staykova, D. Maslinkova, E. Ivanova.</i> The nurse in nursery and kindergarten – a key figure in recognizing mental health problems in young children.....	68
<i>E. Ivanova, M. Hristova.</i> Psychiatric nurse – a member of the multidisciplinary team in child psychiatry.....	78
<i>P. Dobrilova, P. Georgiev.</i> Role of the nurse in providing integrated care in the community .....	83

---

The publisher is not legally responsible for the author's opinions and statements expressed in their publications as well as for the accuracy and the sources of data to which the authors refer in their publications.

Authors retain all rights on his/her intellectual property rights on their respective publications, except the rights of publication and commercial use.

ПРОБЛЕМИ В ДЕЙНОСТТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА  
ОТ ПЪРВИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

К. Стефанова, Ц. Джиганска

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

PROBLEMS IN THE ACTIVITY OF THE NURSES IN PRIMARY CARE

K. Stefanova, Ts. Dzhiganska

Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, MU – Sofia

**Abstract.** Primary care is defined as a priority unit in the National Health System. This in turn determines the great responsibility of working in this sector – nurses. The high morbidity shows us that the health problems of the society influence to a large extent the quality of the offered health services and care in primary medical care. As a result, the aim of our study is to identify problems in the activities of the nurse and to justify new approaches to more effective activities in the reformed health system.

**Key words:** nurse, primary care, health problems

**Адрес за кореспонденция:** Доц. Калина Стефанова, дм, e-mail: k.stefanova@filialvratsa.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Assoc. Prof. Kalina Stefanova, e-mail: k.stefanova@filialvratsa.mu-sofia.bg

---

## ВЪВЕДЕНИЕ

Реформата в първичната медицинска помощ (ПМП) налага задълбочен анализ и оценка на дейностите, извършвани от медицинската сестра. За да изпълнява поставените пред нея изисквания, е необходимо да има добри професионални умения, с които да управлява умело и правилно своята работа. Затова откриването и оценката на проблемите на здравните грижи в ПЗП е наболял и необходим за разрешаване въпрос.

С въвеждането на здравната реформа в България пред професионалистите по здравни грижи възникват редица предизвикателства и трудности. За изграждането на една по-пълна и задълбочена представа за трудностите, причините и възможните алтернативи при разрешаването на актуалните въпроси, касаещи реформирането на първичната помощ, е необходимо да се анализират основните проблемни области, свързани с дейността на ме-

дицинската сестра. Необходимостта от откриване на проблемите на здравните грижи в първичната медицинска помощ е в основата на разработването на тази статия.

Главна цел е да се анализират и оценят тези проблеми, което ще допринесе за избора на подходящи алтернативни решения на актуалните въпроси относно дейността на медицинската сестра. Предпоставки за възникването на значими проблеми, касаещи здравните грижи, извършвани от медицинската сестра, са нарастването на задълженията ѝ, приемането на нови отговорности за извършването на различни дейности, част от които се различават от изпълняваните до момента, въвеждането на нова терминология, увеличаването на документацията, попълвана в ежедневната работа, наследеното поведение и ниската мотивация – резултат от предходната система на здравеопазване.

## Цел

Целта на тази публикация е чрез проучване и анализиране на основните проблеми в дейността на медицинската сестра от първичната медицинска помощ да се направи комплексна оценка на оказваните здравни грижи и да се обосноват подходите за по-ефективни дейности в условията на реформираната здравна система.

## Задачи

За постигане на целта са поставени следните задачи:

1. Изследване на трудовата натовареност на медицинската сестра в област Враца и разпределение на времето.
2. Анализ на проблемите, свързани с воденето и попълването на документация в практиката.
3. Оценка на работещите медицински сестри от първичната медицинска помощ в две направления:
  - професионална подготовка;
  - реални знания и умения.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В зависимост от поставените задачи се конкретизират обектът и единиците на наблюдение.

Обект на настоящото проучване е първичната медицинска помощ. Логическа единица на наблюдението са 41 анкетиранни медицински сестри. Техническа единица на наблюдението са амбулаториите за първична медицинска помощ във Враца.

## ВРЕМЕ И МЯСТО НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

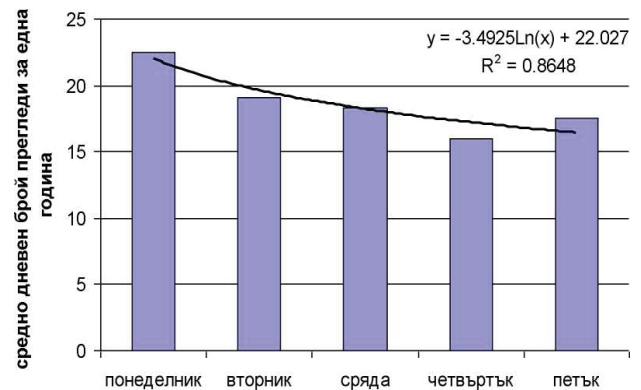
Анкетното проучване обхваща период от една година – от ноември 2019 година до октомври 2020 година, и е проведено през октомври 2020 година на територията на област Враца.

За целите на проучването са използвани различни статистически методи, сред които са: алтернативен анализ, вариационен анализ, корелационен анализ и графичен анализ за насочване на анализа и онагледяване на получените резултати.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Проучихме средния брой прегледи в две практики за всеки ден от седмицата за период от една година (ноември 2019 г. – октомври 2020 г.) с цел

да установим седмичната натовареност на медицинските сестри, работещи в тези практики. Резултатите са представени на фиг. 1.



Фиг. 1. Средна седмична натовареност на анкетираните амбулатории за ПМП за периода ноември 2019 г. – октомври 2020 г.

Показателен е фактът, че и в наблюдаваните амбулатории най-голяма е средната натовареност в понеделник, след което следва намаляване на броя на прегледите през следващите дни от седмицата и покачване в края на седмицата – в петък. Установява се голяма корелационна зависимост ( $R^2 = 0.86$ ) между среднодневния брой прегледи и дните от седмицата. Наблюдаваните практики имат еднакъв дневен график, което ни дава основание да твърдим, че дните с по-малко прегледи не са резултат от разлики в предлагането на медицинска помощ и здравни грижи.

По-малката натовареност в четвъртък ни дава основание да предложим профилактичните и промотивните здравни грижи да бъдат извършвани основно в този ден от седмицата.

Извън времето, което е необходимо на медицинските сестри за задачи и задължения, свързани конкретно с пациентите, те отделят и много часове за водене и попълване на документи и администриране на практиката. Данните, получени от нашето анкетно проучване за изясняване на този проблем, са представени в табл. 1.

Медицинската сестра трябва да има знания не само по клиничните дисциплини, но също и в областта на медико-социалните и медико-педагогическите, психологическите и управленските науки, както и да притежава компютърни и комуникативни умения.

В основата на всяко решение и последващото му спазване стоят доверието и здравината на

връзката медицинска сестра-пациент. Затова са необходими умения за комуникации и създаване на отношения на партньорство с пациента. Нуждата от познания и опит в областта на управленските функции е важна особеност в работата на медицинската сестра в ПМП. Без тях не е възможно тя да организира, контролира и координира своята дейност.

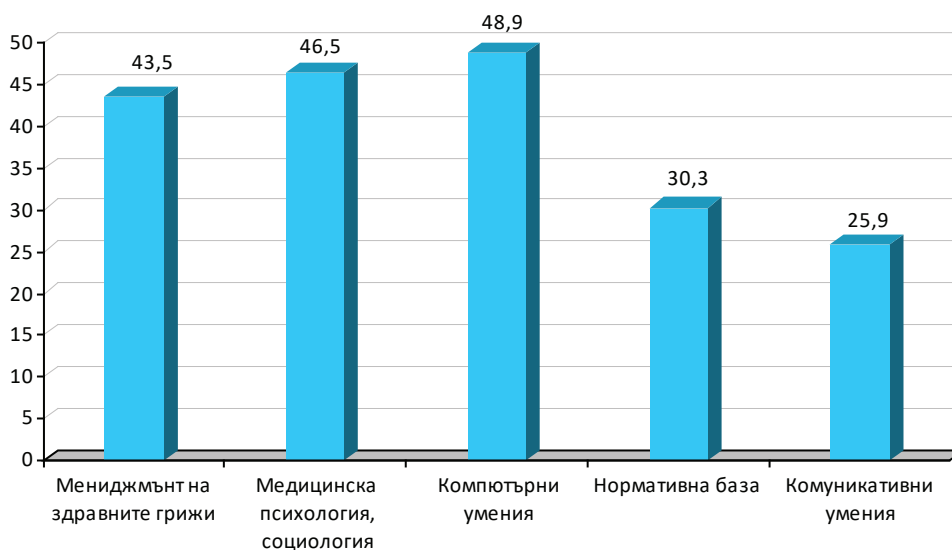
Медицинската сестра, работеща в ПМП, трябва да притежава и умения за работа в екип. Това е свързано със зачитане и признаване на способностите на всеки от екипа, разбиране и уважение към мястото на другия. Изграждането на определени нагласи и разбирания за непрекъснатото развитие и усъвършенстването в професионален план изисква висока вътрешна мотивация за непрекъснато обучение и отговорност към професията.

В новите условия на работа и необходимостта да се справят не само със здравните проблеми на своите пациенти, но и с управление на дейностите си, анкетираните медицински сестри определят, че имат нужда от допълнително обучение в областите, представени на фиг. 2.

Най-голяма част от анкетираните медицински сестри – 48.9% ( $\pm 4.85\%$ ), считат, че им е необходима квалификация в областта на компютърните технологии. На второ място са тези от обхванатите медицински сестри (46.5  $\pm$  4.84%), които имат потребност от нови знания в областта на медицинската психология и социология. Непосредствено след тях се нареждат тези (43.5%  $\pm$  4.81%), които трябва да се усъвършенстват по отношение на мениджмънта на здравните грижи. Една трета от анкетираните медицински сестри (30.3%  $\pm$  4.46%) се чувстват недостатъчно запознати с нормативната база.

Таблица 1. Необходимо време на медицинската сестра за попълване на документация

Средно необходими часове за подготовка на различни видове отчети	Ежемесечен отчет		Тримесечен отчет за профилактични прегледи за РЗИ	
	Брой	%	Брой	%
До 1 час	28	68.4	31	75.7
От 1 до 2 часа	9	21.9	6	14.6
От 2 до 3 часа	4	9.7	4	9.7
<b>Общо</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>



Фиг. 2. Необходими области за допълнително обучение на медицинските сестри

## ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

След обсъждане на получените резултати от проучването се формират следните изводи:

1. Поради голямата по обем документална информация в системата на първичната медицинска помощ работата с документация при всеки пациент общо взето обхваща повече време от времето на прегледа.

2. В наблюдаваните амбулатории най-голям е средният брой прегледи в понеделник, а най-малък е в четвъртък.

3. При новите условия на работа, когато медицинските сестри трябва не само да полагат здравни грижи, но и да административат и управляват своята дейност, те считат, че им е необходима допълнителна квалификация в областта на компютърните технологии, мениджмънта на здравните грижи и медицинската психология и социология.

## Библиография

1. Добрилова П, Стефанова К. Специфични особености в работата на медицинската сестра в ПМП. Сестринско дело, 2018, 50(1), 39-41.
2. Dobrilova P, Yankova G, Stefanova K. Nursing and health policy. Int Sci J. Sci World, 2017, 2(11) (51), 43-46.
3. Аспарухова П. Мениджмънт на здравните грижи в системата на здравеопазване, Сборник доклади Трета научна конференция с международно участие „Медико-социални аспекти в здравните грижи“, Враца, 2019, 114-117.
4. Великов Ст, Мерджанов К. Health – преглед и развитие, Сборник доклади Четвърта научна конференция с международно участие „Мултидисциплинарен подход в здравните грижи“, Враца, 2020, 106-110.
5. Михайлов Н, Николов Н, Златанова Т, Попов Н. Подходи за финансиране на здравеопазването в ЕС, Сборник доклади Четвърта научна конференция с международно участие „Мултидисциплинарен подход в здравните грижи“, Враца, 2020, 15-20.
6. Митев Д, Златанова-Великова Р. Анализ и оценка на мотивацията на специалистите по здравни грижи в лечебните заведения за болнична помощ, Сборник доклади Трета научна конференция с международно участие „Медико-социални аспекти в здравните грижи“, Враца, 2019, 9-14.

## МНЕНИЕ НА ПАЦИЕНТКИ С ГИНЕКОЛОГИЧНИ ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ЗА ПРЕДОСТАВЕНИТЕ ХОЛИСТИЧНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Ц. Джиганска

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

## OPINIONS OF PATIENTS WITH GYNECOLOGICAL ONCOLOGICAL DISEASES ON THE PROVIDED HOLISTIC HEALTH CARE

T. Dzhiganska

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

**Abstract.** Cancer continues to be one of the most significant health issues worldwide. The prevalence of gynecological oncological diseases determines the topicality of the development and draws attention to the serious need for the application of holistic care for patients. A study among 71 patients receiving health care in a hospital setting was conducted. The aim of this study was to establish the opinions of patients about the health care provided. The results show that not enough attention is yet paid to all aspects of the needs of cancer patients.

**Key words:** satisfaction, holistic care, cancer patients

Адрес за кореспонденция: Цветанка Джиганска, дм, e-mail: tsvetij@abv.bg

Address for correspondence: Tsvetanka Dzhiganska, PhD, e-mail: tsvetij@abv.bg

---

---

### ВЪВЕДЕНИЕ

Съвременното схващане за ефективни здравни грижи е те да осигуряват възможност на пациентите да съхранят, подобрят и възстановят качеството си на живот при наличие на болест. Проблемите на онкологично болните са многообразни. От това естествено следва и изборът на холистичен подход, с който да се обхванат в максимална степен различните аспекти на състоянието при тези болни.

**Целта** на изследването е да се установи мнението на пациентките за предоставените в лечебното заведение цялостни здравни грижи, както и да се отчете нивото на практическо реализиране на принципите на холистичния подход.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Пряка индивидуална анкета сред 71 пациентки, диагностицирани с гинекологично раково заболяване, в Комплексния онкологичен център във Враца, е проведена през месеците май, юни и юли на 2022 година. Използвани са социологически и статистически метод за изследване.

### РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗ

Най-голям е относителният дял (53,5%) анкетираните на възраст от 56 до 65 години, след тях са пациентките във възрастовата група 36-45 години – 16,9%, на възраст от 46 до 55 години са 14,1%. Жените, взели участие в изследването на възраст над 65 години, са 11,3%. Най-малък е процентът

(4,2%) на респондентите на възраст от 25 до 35 години (табл. 1).

Резултатите по отношение на семейното положение на анкетираните са изобразени на фиг. 1.

Степента на образование на отделната личност се превръща в основен фактор, който може да осигури устойчиво развитие на обществото. На фиг. 2 са представени резултатите от проведеното изследване.

**Таблица 1. Възрастова характеристика на изследваните пациентки**

Възрастова група	Абсолютен брой	Относителен дял в %
От 25 до 35 години	3	4,2
От 36 до 45 години	12	16,9
От 46 до 55 години	10	14,1
От 56 до 65 години	38	53,5
Над 65 години	8	11,3
	71	100%



**Фиг. 1. Семейно положение на анкетираните пациентки**



**Фиг. 2. Образователна структура на анкетираните**

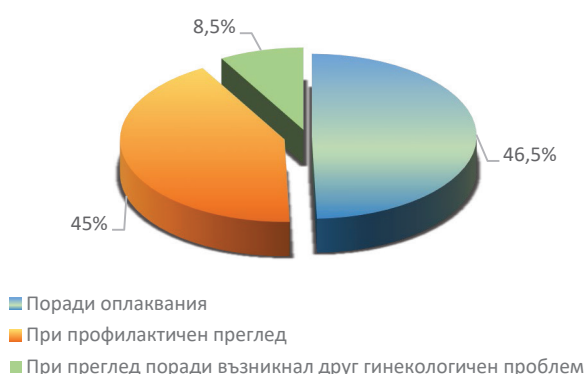
В подкрепа на значимостта на здравната информация за онкологичните заболявания и в частност за тези, засягащи половите органи при жените, се установява, че нивото на информираност на населението не достига стойностите, необходими на идеята за повишаване качеството на живот чрез подобряване здравния статус на членовете на обществото. От анализа на данните се установява, че повече от половината (52,1%) от изследваните пациентки не са имали достатъчно информация за заболяването преди откриването му. В противовес на условията на информационното общество, в което протича животът ни, специализираната здравна информация не се разпространява в широк обхват, а напротив – налична е за членовете, които са пряко заинтересовани. Това от своя страна насочва към проблемите в областта на промоцията на здраве и профилактиката на болестите. Изнесените статистически данни за обхвата на заболяването са обвързани с липсата на информация у пациентките, потвърдено от данните, представени на табл. 2.

**Таблица 2. Ниво на информираност за заболяването преди посещението на специалист**

Информация за заболяването преди посещението при специалист	Абсолютен брой	Относителен дял
Достатъчна информация	12	16,9
Недостатъчна информация	37	52,1
Никаква информация	22	31
Общо	71	100%

Значителен дял от анкетираните пациентки са потърсили медицинска помощ поради оплаквания – 46,5%, а 8,5% от респондентите са диагностицирани при възникнал друг гинекологичен проблем. При профилактичен преглед е открито заболяването на 45% от жените (фиг. 3).

След обработка на резултатите и техния анализ се установява значима взаимовръзка между образователното ниво и дела на профилактичните прегледи, които са станали причина за откриване на заболяването. Потвърждава се тезата, че по-високата степен на придобитото образование предопределя и по-голям дял на профилактичните прегледи (фиг. 4).



**Фиг. 3. Разпределение на анкетираните според причината за откриване на заболяването**

Освен изследваното ниво на информираност, за същността на откритите заболявания внимание заслужава и въпросът за протичането и лечението на вече диагностицираната болест. Лечението на жените, взели участие в проучването, се свежда до хирургично лечение, лъчелечение, химиотерапия, хормонотерапия, консервативно лечение, палиативно лечение и симптоматична терапия. Изброените лечебни процеси изискват пациентките да са добре информирани за настоящите или бъдещите лечебни дейности. Значима част от ефективния лечебен процес при онкологични проблеми от този вид е знанието на болните за протичането им.

Въпреки че се обръща внимание на лечението на рака, малко информация има за психологическите аспекти на това заболяване. Лечебният процес при гинекологично онкологично заболяване

не е свързан с редица страхове, които съпътстват жените от откриването на заболяването. Данните за отражението на заболяването върху психоемоционалното състояние на всяка от изследваните пациентки са представени на фиг. 5. Най-голяма част от тях (40,8%) са изпитали страх след диагностицирането. За възникнало объркване вследствие на заболяването споделят 21,1%. За промени, които се изразяват в мобилизация, свидетелстват отговорите на 11,3% от респондентите. Равен е относителният дял (9,9%) на тези, които са изпаднали в отчаяние, и на групата, повярвала в добрия изход от заболяването. При 7% от анкетираните не са настъпили промени в психичното състояние. Получените данни още веднъж подчертават почти неизбежната емоционална тежест на онкологичните заболявания и потребността от грижа за психологическия комфорт на заболелите.

От анализа на получените резултати се установява необходимостта от включване на допълнителни специалисти в процеса по здравни грижи на жени с гинекологични онкологични заболявания. Дейността на клинични психолози, онколози, социални работници и други допринася за положителния ефект от лечебния процес. Липсата на фокус върху мотивацията на пациентите е значителен проблем, който би могъл да намери разрешение при включването на тези допълнителни специалисти в работата с болните. Показател за необходимостта от обогатяване на човешкия ресурс са получените данни, според които 39,4%



**Фиг. 4. Зависимост между образователното ниво и причината за откриване на заболяването**

желаят да споделят с друг специалист, извън кръга на тези, които полагат грижи за тях, а 22,5% от пациентките, участвали в допитването, желаят да разговарят с психолог, за да се справят с възникващите по отношение на заболяването емоции и чувства. С акушер-гинеколог и акушерка имат нужда да споделят общо 26,8% от анкетираните. Данните свидетелстват, че у 12,7% не е назряла потребността от споделяне с цел преодоляване на последиците от заболяването (фиг. 6).



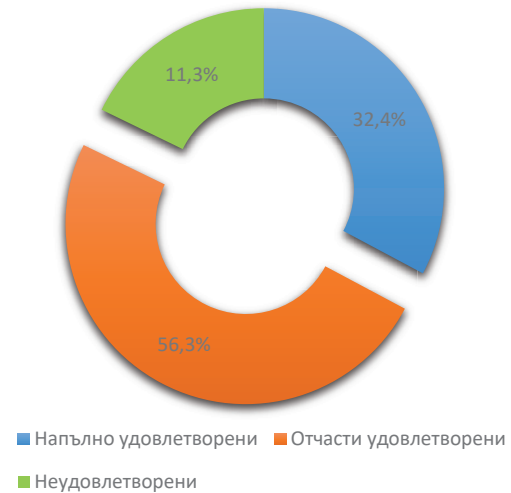
Фиг. 5. Отражение на заболяването върху психичното състояние на пациентките



Фиг. 6. Потребност на пациентките от общуване със специалист

Ефектът на всяка дейност в значима като здравеопазването сфера се определя от удовлетвореността на потребителите от предлаганите услуги. Що се касае за холистичния подход във възстановителния процес при жени с гинекологични онкологични заболявания, тяхната удовлетвореност

представлява интерес за настоящото изследване. Пациентките дават комплексна оценка за грижата, която са получили в болничното заведение, като включват всички елементи от състава на цялостната грижа. 88,7% от респондентите са удовлетворени в различна степен от здравните грижи, които са получили, а оставащите 11,3% споделят своята неудовлетвореност от здравните грижи към момента на провеждане на допитването (фиг. 7).



Фиг. 7. Степен на удовлетвореност от получените цялостни здравни грижи

Във връзка с неудовлетвореността на част от пациентите внимание заслужава анализът на причините за нейното възникване. Тревожен е фактът, че част от тях споделят, че персоналят не е достатъчен и не получават необходимото внимание. Освен това пациентките сочат, че недоволството им се провокира от липсата на комуникация между тях и специалистите. Това насочва към отчитане на значимостта на качествата на екипа от здравни специалисти и търсене на пътища за повишаване нивото на комуникативност. Съществен проблем от организацията на здравните грижи при пациенти с онкологични заболявания е недостатъчното прецизиране на съотношенията време – човешки ресурс – дейности по здравни грижи – брой на лицата, за които се полагат грижи.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Очевидна е необходимостта от повече информация за гинекологичните онкологични заболявания сред женското население. Онкологично болните жени се страхуват не само от заболяването, но и от това да не ги сметнат за слаби, ако потър-

сят помощ от медицински специалисти от различни области. За да се преодолеят съществуващите бариери, психосоциалните услуги, които са част от холистичния подход, е необходимо да бъдат неизменна част от онкологичните грижи. Нужно е и да се оцени важноста на общата холистична идея, според която не е достатъчно лечение на конкретно заболяване, а е потребна грижа за пациента като социално същество с определени психологически характеристики. При идентифицирането на социалните и психологическите последици от гинекологичните онкологични заболявания ще се постигне цялостна представа за състоянието на пациента и ще може да се изгради модел за предоставяне на комплексна здравна грижа с положителен ефект.

#### Библиография

1. Бонев И. Депресивност и тревожност при онкологично болни. Медицинска онкология. Обща част. София, Парадигма, 2018, 1.
2. Борисова М, Добрилова П. Информираност при медицинските сестри за повишаване на здравната култура сред пациенти с доброкачествена простатна хиперплазия. Сестринско дело, 2018, 50(3).
3. Воденичаров ЦГ, Чанева И, Стамболова. Предговор към управление на форум на специалистите по здравни грижи „Здравните грижи – настояще и бъдеще“. Шумен, 10-11 ноември 2017.
4. Георгиева Г, Христова В, Георгиева М. Развитие на домашната грижа – необходимост при лица с онкологични заболявания. Сборник доклади „Дванадесета национална научна сесия за студенти и преподаватели. Издателски център при МУ – Плевен, Плевен 2013 г.
5. Ганева З. Още нещо за рака на гърдата. Елестра, 2013.
6. Добрилова П, Йорданов Н. Здравни грижи при пациенти в палиативната фаза на болестта, Актуални аспекти на продължителните грижи и палиативната медицина. Пловдив, Лакс бук, 2017, 2.
7. Златанова Р. Мониторинг на здравето в първичната медицинска помощ. Здравен мениджмънт, С., 2004, 5.
8. Иванова М, Янчев А, Цонев Н и др. Скрининг за дистрес при онкологично болни, Студия 3, Studio Oncologic. Обзори по онкология. София, Парадигма, 2018, 1.
9. Пенева Е. Нуждата от психологическа подкрепа на онкологично болни пациенти. Здравни грижи, 2015, 1.
10. Стефанова К. Съвременен модел за промотивни и профилактични функции на медицинската сестра в първичната медицинска помощ, ЦМБ, МУ – София, 2018.
11. DiSaia PJ, Chaudhuri G, Giudice LC. et al= Women's Health Review E-book: A Clinical Update in Obstetrics – Gynecology. ELSEVIER, 2016.
12. WHO. Global Atlas of Palliative Care at End of Life. Worldwide Palliative Care Alliance, London, UK, 2014.
13. Yankova G, Dobrilova P, Stefanova K. Research of the students' satisfaction from the quality of training in an Affiliate „Prof. Dr. I. Mitev“ to Vratsa at Medical University in Sofia. Journal of International Scientific Publications. 2018. Educational Alternatives, 2018, 16, 294-302.

## ДУХОВНИ ИЗМЕРЕНИЯ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ В ПАЛИАТИВНАТА ФАЗА

П. Аспарухова

Филиал „Проф. др. Ив. Митев“ – Враца, МУ – София

## SPIRITUAL DIMENSIONS OF HEALTH CARE IN THE PALLIATIVE PHASE

P. Asparuhova

Affiliate “Prof. Dr. Iv. Mitev” – Vratsa, MU – Sofia

**Abstract.** The article examines the spiritual dimensions of palliative care. The question whether the nurse should make a spiritual assessment of the patient, through which the persons who have spiritual needs can be identified, is raised.

**Key words:** spiritual dimensions, health care, patients, nurses

**Адрес за кореспонденция:** Доц. Петя Аспарухова, дм, e-mail: p.asparuhova@filialvratsa.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Assoc Prof. Petya Asparuhova, PhD, e-mail: p.asparuhova@filialvratsa.mu-sofia.bg

---

---

Духовните измерения на здравните грижи са необходима част в професията на медицинската сестра. Много проучвания показват, че по време на тежко заболяване те излизат на преден план. Важно е медицинските сестри да притежават умения, чрез които да идентифицират лицата, които имат нужда от духовна подкрепа, да владеят техниките за разговор с такива болни, без да налагат собствено мнение и възгледи [7].

Духовната грижа отдавна е призната за основен елемент в осигуряването на цялостна грижа за пациентите [6], защото „духовните грижи се занимават с функционирането на човешките същества в областта на жизнената философия и религията, включително въпросите за смисъла на човешкия живот“ [4]. Затова е необходимо медицинската сестра да прави духовна оценка на пациента. За целта тя трябва да е наясно със собствената си духовност; да умее да слуша внимателно пациента, да разбере какво е важно за него; да усети неговите мисли, чувства и пот-

ребност; каква е целта на живота му, неговите надежди, вярвания и убеждения; има ли нужда от прошка (сам да прости на себе си или другите да му простят за нещо); какви са неговите убеждения и ценности; има ли нужда от психолог или духовно лице; намира ли достатъчно подкрепа от семейството; какво е нещото, което му дава сили да продължи напред; общува ли болният с други пациенти, как те се отнасят към него и др., като съществен елемент в отношенията на доверие да е уважението на личната неприкосновеност на пациента [7].

Духовната оценка заема централно място в направляването и оценяването на духовната грижа. Цялостната оценка е необходима за предоставящите грижа, за да планират и приложат пълна грижа. Оценката демонстрира какво могат да видят и какво могат да направят медицинските специалисти, за да подпомогнат членовете на екипите от други дисциплини. Оценката осигурява отчетност към мултидисциплинарния екип от-

носно това, което са свършили сестрите в общия план за пациентска грижа [5].

Още Флорънс Найтингел отбелязва, че: „Потребностите на духа са също толкова критични за здравето, колкото и тези на отделните органи, които съставляват тялото“. Оттогава насам духовните грижи стават част от грижите за болните. Северноамериканската диагностична асоциация (NANDA), одобрявайки списък на сестринските диагнози, включва духовното страдание, което е описано като „страдание на човешкия дух, разрушаване на жизнения принцип, който обхваща цялото съществуване на човека и интегрира и излиза извън биологичната и психосоциална природа на човека“. Тази класификация, за първи път одобрена в сегашната ѝ форма през 1988 г., приема, че „страданието се простира отвъд физическото, менталното и емоционалното“ [7].

**Таблица 1. Оценка и диагноза в духовната грижа по NANDA**

Диагнози на NANDA (Северноамериканска асоциация за сестринска диагноза), свързани с духовността	
Безпокойство	Риск от самота
Неефективно справяне	Безсилие
Нарушена енергичност	Нарушена самооценка
Нарушен семеен процес	Социална изолация
Страх	Хронична тъга
Скръб	Риск от самоубийство
Безнадеждност	Риск от насилие

Най-силно осезаема е потребността от духовна грижа при пациенти в терминална фаза. Сестрата трябва да е способна да се справи с влошения здравен статус и със страха от приближаващата смърт; да умее да подготви пациента и неговото семейство да приемат неизбежното настъпване на смъртта. Тежката болест ни принуждава да преосмислим отношението си към нашите близки, към всекидневните грижи и бъдещите планове. Мисълта за смъртта ни подтиква да осъзнаем смисъла на живота. Изчезва желанието за слава, богатство и положение в обществото. Повече радост ни дават обикновените неща и хората близо до нас. Идват мисли за съвестта, вярата, за Бога и за душата. Нелечимата болест може да поведе към вратата на вярата, а не да бъде основание за отчаяние и депресия. Терминалната

болест дава време да се помисли за собствената душа и така да се достигне до вярата в Бога [4].

Медицинската сестра трябва да създава възможност за пациента да се обърне към някого за поддръжка, да поощрява неговата способност да тъгува, тъй като това му помага да се справя с чувствата си. За сестрата е много важно да отвлече вниманието на пациента от болестта, да го подготви така, че процесът на умирање да протича колкото се може по-леко и необременително за него. Най-главното, което пациентът би искал да чува по време на приближаващия неизбежен край, е: "Каквото и да се случи, няма да Ви оставим". Общуването с него не трябва да бъде само словесно. Много е важно умението за добро общуване и контакт с пациента. Трябва да му се даде възможност да изкаже чувствата си, даже ако това са чувства на гняв, мъка. Тактът, търпението, вниманието, съпреживяването и милосърдието ще помогнат на сестрата да предразположи към себе си пациента и близките му. Общувайки с пациента, сестрата трябва да се съобразява с личностните му особености, с неговата емоционална нагласа, възгледи и желания, да осигури приемливо качество на живот, а следователно и смърт с достойнство [3].

Най-ефективна е медицинската помощ, която се основава на биопсихосоциалния (холистичен) модел [1]. В тази връзка "духовната грижа не е само на духовниците, тъй като духовното измерение често се изразява чрез човечността на грижите, предлагани от специалистите в здравеопазването", които имат огромната привилегия чрез екипна работа да обхванат всички измерения на личността на пациента – физически, психологически, социални и духовни. Признавайки собствените си ограничения в предоставянето на духовната грижа, медицинската сестра може да потърси услугата на други членове от екипа – психолог или духовно лице [7].

За модерната медицина в демократичния свят познаването на духовните потребности на пациентите, както и духовните грижи за тях се оценяват като "необходими за лечебния процес" [9], защото "религиозните вярвания и традиции могат да имат силно влияние върху телесното и емоционално здраве на пациента" [10]. И нещо повече – „духовните грижи за пациентите трябва да бъдат осигурявани адекватно, защото това е едно от изискванията за добрата медицинска практика“ [8].

**Библиография**

1. Воденичаров Ц, Попова С, Мутафова М, Шипковенска Е. Социална медицина, 2013.
2. Касинкова П, Божкова М, Вакирова М. Професионално-личностни изисквания за педагогическите компетенции на преподавателя по „Здравни грижи“ в медицински колеж. Сестринско дело, 2011, 43(3-4), 44.
3. Кръстева Н и др. Палиативни грижи. Пловдив, Летера, 2005, 51, 258, 259, 114-115, 140, 165-168.)
4. Маринова П и др. Палиативни грижи. София, 2007, 313-323.
5. Kristen L. Mauk, Nola A. Schmidt. Spiritual care in nursing practice-book
6. Rieg LS, Mason CH, Preston K. Spiritual Care: Practical Guidelines for Rehabilitation Nurses [www.rehabnurse.org/pdf/RNC](http://www.rehabnurse.org/pdf/RNC)
7. Margaret G. Hutchison. Unity and Diversity in Spiritual Care. Spiritual Care Nursing Practic. September, 1998-members.tripod.com).
8. National Health Service in Scotland, Scottish Office, 1994, 50, 1-2.
9. Sims A. The nature of spiritual need Edinburgh, 2001, 1.
10. Turner JG, Chavigny KH. Community health nursing, Philadelphia, Pennsylvania. JB Lippincott Company, 1988, 145.

## ЕНТЕРОКОЛИТ ПРИ ДЕЦА – ДИЕТИЧЕН РЕЖИМ И ПЕРОРАЛНА РЕХИДРАТАЦИЯ

К. Цекова

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

## ENTEROCOLITIS IN CHILDREN – DIET AND ORAL REHYDRATION

К. Tsekova

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

**Abstract.** Dietary nutrition and oral rehydration are one of the main methods of treating acute diarrhea. The aim is to provide mothers with knowledge of dietary nutrition and oral rehydration of their children in case of enterocolitis disease in order to reduce the number of hospitalizations and hospital stays. The results showed that mothers did not have enough information about dietary nutrition and oral rehydration of their children. After training of mothers, the number of hospitalized children decreased by 15% compared to previous years.

**Key words:** dietary nutrition, oral rehydration, children, enterocolitis, hospitalization

**Адрес за кореспонденция:** Камелия Цветанова Цекова, e-mail: kamelia1970@abv.bg

**Address for correspondence:** Kamelia Tsvetanova Tsekova, e-mail: kamelia1970@abv.bg

---

Мястото, на което са проведени анкетиранието и обучението на майките, е Педиатрично отделение към МБАЛ „Христо Ботев“ – Враца. В проучването и обучението са включени 45 майки на деца, хоспитализирани в Отделението през периода май–септември 2016. Методът за набиране на информация е чрез анкетно проучване, като анкетната карта съдържа въпроси, съобразени с целта на обучението.

В анкетната карта са включени въпроси относно:

- Семейна среда и начин на отглеждане на детето – възраст на майката, образователен ценз;
- На кой ден от началото на заболяването са потърсили лекарска помощ;
- За кой път постъпват в Отделението;
- Спазван ли е диетичен режим въкщи – кои диетични храни познават и използват според възрастта на детето;
- Какви храни не трябва да се дават на деца с ентероколит.

Резултатите от анкетното проучване са описани чрез относителни дялове.

И през 21 век острата инфекциозна диария продължава да бъде ежедневен здравен проблем. Всеки човек през живота си е преживял поне няколко епизода на остра диария, като тяхната честота е най-висока във възрастта до 5 години. По данни на СЗО всяка година между 4-5 млн. деца на възраст до 7 години в страните от Третия свят умират в резултат на остра чревна инфекция. В някои високоразвити страни, като САЩ, се регистрират годишно до 30 млн. случая на остра диария в детска възраст, като при 200 хил. от тях се налага болнично лечение, което в 300-400 случая завършва с летален изход. Причинители на острата инфекциозна диария могат да бъдат вируси, бактерии, гъбички, паразити. Натрупаните през последните години факти показват, че основни патогени в детската възраст са вирусите. Най-голям е дялът на Rota вирусите, които причиняват от 50 до 80% от острите диарийни забо-

лявания във възрастта до 3 години, особено през есенно-зимния сезон. Нараства значението и на една нова група вируси, обединени в род *Noro*, засягащи по-често по-големи деца и възрастни. От бактериалните агенти причинители на остра диария са шигели, салмонели, различни щамове *E. coli*. При продължително антибиотично лечение може да настъпи дисбиоза и диарията да бъде причинена от гъбички. Чести паразитни агенти са *Giardia* и *Cryptosporidium* при имунокомпрометирани лица.

Механизмът, по който вирусите и различните бактерии увреждат стомашно-чревния тракт, е различен и диарията може да бъде осмотична, секреторна или да се дължи на възпалителен процес на чревната лигавица. Крайният ефект е появата на многократни изхождания, съпроводени със загуба на вода и соли, а при някои бактериални причинители в изпражненията може да има и патологични примеси като слуз и кръв.

Изключително важен е фактът, че невинаги тежестта на заболяването, респективно на дехидратацията, е в пряка връзка с етиологичния причинител. Най-често тежка дехидратация се развива при *Rota* вирусни гастроентерити. Важно значение има и възрастта на детето. Острата инфекциозна диария е изключително сериозен проблем във възрастта до 3 години, като над 50% от децата са на възраст до 6 месеца. В Европа острата инфекциозна диария не е свързана с такъв висок леталитет, както в развиващите се страни. В резултат на нея са високи броят на хоспитализираните деца и цената на провежданото лечение.

Успоредно с развитието на диарийния синдром в повечето случаи се наблюдават повръщане и фебрилитет. В резултат от загубите настъпват отклонения, понякога сериозни, в лабораторните показатели – хемоконцентрация, метаболитна ацидоза, клинични прояви на дехидратация.

При всяка диария общото състояние на детето прогресивно се влошава. То започва да изпитва жажда, кожата и лигавиците стават сухи, езикът е сух, често обложен. Намаляват тургурът и еластичността на кожата. При задълбочаване на дехидратацията крайниците стават студени, появява се цианоза. Артериалното налягане пада, сърдечната дейност се учестява, пулсът е мек и се палпира трудно. Намалява количеството на отделената урина. Настъпват промени в дишането, в резултат на ацидозата, налице са прояви и

от страна ЦНС – отпадналост, сънливост, промени в съзнанието. Кърмачетата плачат без сълзи, гласът им е дрезгав, голямата фонтанела хлътва под нивото на черепните кости. Ако загубите не се възстановят адекватно, се развива остра бъбречна недостатъчност. При дехидратация от трета степен (намаляване на телесното тегло с 10% и повече от изходното) се развива хиповолемичен шок и заболяването може да завърши с летален изход.

Ето защо при поява на остра диария основната цел на лечението трябва да бъде преодоляване на настъпилите прояви на дехидратация, адекватен внос на вода и соли, а успоредно с това детето трябва да продължи да получава необходимите му храни, минерали и витамини, които ще му осигурят енергия, нормализиране на чревната флора.

Наблюденията от практиката е, че майките нямат достатъчно познания за диетичното хранене и рехидратацията на такива деца. Неправилното поведение в домашни условия води до необходимост от болнично лечение.

## Цел

Целта на проучването е да обучим майките на основни знания и умения за диетично хранене и рехидратация при заболяване от ентероколит на техните деца, за да се намалят хоспитализацията и болничният престой.

Задачи за постигане на целта са:

- Да установим нивото на информираност на майките за диетичния режим;
- Да проведем индивидуално (групово) обучение за необходимостта от перорална рехидратация;
- Да поставим информационни табла;
- Да информираме майките за възможна превенция от тежък ентероколит.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

За периода май-септември 2016 г. в ПО „Ентероколитен сектор“ при МБАЛ „Хр. Ботев“ – Враца, са хоспитализирани 65 деца. При постъпването е проведена анкета с майките придружителки.

Възрастта на майките често е рисков фактор за правилното отглеждане на децата. Най-висок е относителният дял на майките от възрастова група 19-24 години (41%), следвани от възрастова група 15-19 години (35%), 30 и над тази възраст

са 14% и най-малък е дялът от възрастова група 25-29 години (10%).

Образованието на майката (родителя) и социалният статус също са от ключово значение. Половината от тях са със средно образование, една четвърт с основно, 11% – с висше образование и 5% – без образование. В изследваната група с нисък образователен ценз и здравна култура са майки предимно от ромски произход.

Навременното търсене на медицинска помощ е фактор, влияещ на оздравителния процес. Най-висок е процентът на потърсилите помощ на втория ден от началото на заболяването – 58%, 36% са хоспитализирани след втория ден и 5% – покъсно (пети ден).

Диетичният режим е от ключово значение при деца с ентероколит, но от проучването 56% са хранени с обичайната храна от началото на заболяването до постъпването, т.е. не са спазвали диетичен режим. 42% са спазвали диетичен режим в домашни условия и 2% не са сигурни за диетичния режим спрямо възрастта на детето.

Високият относителен дял на неспазване на диетичен режим и неправилно поведение обясняват персистирането и отежняването на диспептичните прояви, влошаването на клиничната картина и хоспитализацията на детето.

След анкетното проучване всяка майка беше запозната с необходимостта от диетичен режим, съответно с подходящите храни и количества, правилната перорална рехидратация спрямо възрастта на детето ѝ. Запознати бяха със схемите на захранване и с това кои храни не трябва да се дават в този период.

## Изводи

Въпреки че има много източници за информация, мнозинството от майките нямат достатъчно познания за необходимостта и правилното провеждане на диетично хранене, когато децата им са болни от ентероколит.

Майките трябва да получават повече информация за правилно диетично хранене и парентерална рехидратация при проява на заболяването, с цел оздравяване в домашни условия, предотвратяване на протрахиране на заболяването и хоспитализация на детето.

## Библиография

1. Андонова Л. Перорална рехидратация и хранене по време на остра диария в детската възраст.
2. Михов Хр. Детски болести, 1991.
3. Мумджиев Н. Детски болести, 2000.

## МЪЖКИ КЛИМАКС

М. Борисова

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

## MALE CLIMAX

M. Borisova

Affiliate „Prof. Dr. Iv. Mitev“ – Vratsa, MU – Sofia

**Abstract.** After 40-45 years of age, men experience hormonal changes similar to menopause in women. Although andropause is not a disease, a man still needs to take care of his health, especially today when there are modern effective ways to maintain male strength.

**Key words:** andropause, testosterone, male climax

Адрес за кореспонденция: Мариела Борисова, дм, e-mail: marielaborisova@abv.bg

Address for correspondence: Mariela Borisova, PhD, e-mail: marielaborisova@abv.bg

---

## Увод

Още в края на 18 век лондонският лекар д-р Хупър е описал термина андропауза в своя “Медицински речник”. Там мъжкият климактериум е назован “болест”, която се лекува с “нова жена” в живота. След първоначалното изолиране и синтезиране на тестостерона през 1935 година, постепенно се натрупват знания, които дават основание на лекарите да установят, че мъжкият климактериум наподобява много женския.

Терминът „мъжки климактериум“ е бил употребен за първи път през 1939 г. за група симптоми, появяващи се у мъже след навършване на 50 години. Една от първите сериозни публикации по темата е в бюлетина на Американската медицинска асоциация (JAMA) от 1944 година. В нея се описват позитивните промени, настъпващи при мъже с типични андропаузални симптоми, на които мускулно се инжектира тестостерон.

Едва през нашето столетие науката започва да се занимава по-подробно с хормоналните про-

мени в мъжкия организъм и с причините за андропаузата.

**Цел на изследването:** Да се анализира информираността на мъжете, относно андропаузата.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

През периода март-септември 2022 г. е проведена пряка индивидуална анонимна анкета, сред 107 мъже, посетили специалист уролог на територията на Враца.

## РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОУЧВАНЕТО

Мъжкият климакс, наричан още андропауза и хипогонадизъм, е особен период от живота на всеки мъж. След определена възраст (обикновено след 40 години) при мъжете настъпват хормонални промени. Състоянието е известно като андропауза или т.нар. мъжки климактериум. Възрастта за навлизане в андропауза е строго индивидуална, но в общи рамки започва в периода между 45- и 60-годишна възраст. Най-често се

наблюдава при мъже около 50 години, но в някои случаи може да започне и по-рано.

С най-голям относителен дял са лицата над 55 години (43,93%), следвани от респондентите във възрастова граница 46-55 години – 33,64%.

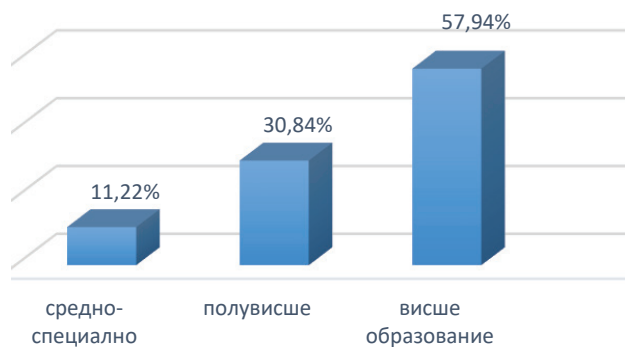
Таблица 1. Разпределение по възраст

Възрастови групи	Абсолютна честота	Относителен дял в %
От 40-45 години	24	22,43
От 46-55 години	36	33,64
Над 55 години	47	43,93
Общо	107	100%

С най-малък относителен дял – 22,43%, са лицата от 40-45-годишна възраст.

След 40-45-годишна възраст при мъжете се наблюдават хормонални промени по подобие на менопаузата при жената. Те се определят като андропауза и се характеризират с намаляването на мъжкия полов хормон тестостерон.

Това е периодът в живота на мъжа, в който той задължително трябва да избере уролог и да го посещава всяка година.



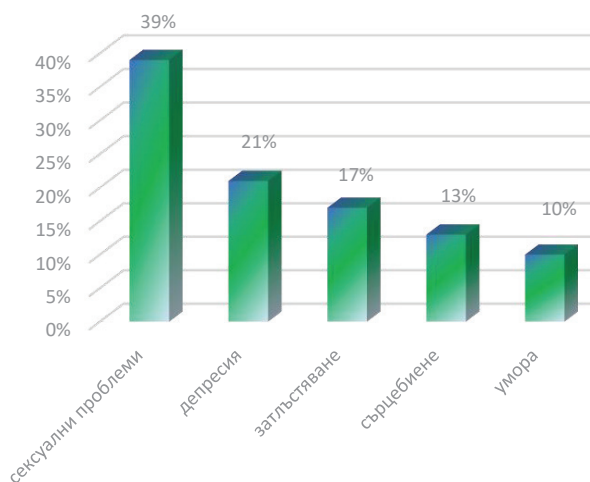
Фиг. 1. Разпределение на респондентите по образователен ценз

Най-голям дял от посетилите специалист уролог са мъже с висше образование – 57,94%, което е предпоставка за активността от страна на потребителите на здравни услуги с по-висок образователен ценз.

Климактеричният период, през който се извършва свързаното с възрастта физиологично реструктуриране на тялото, е естествен етап от живота на всеки човек. Единствената разлика е, че при мъжете това реструктуриране обикнове-

но е по-леко и започва по-късно, отколкото при жените, най-често над 50-годишна възраст.

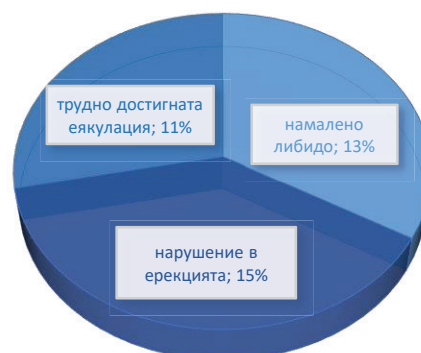
Андропаузата е комплекс от физиологични процеси, които протичат при мъже на възраст от 40 до 60 години.



Фиг. 2. Причина за посещение при специалист

Най-честите оплаквания, довели мъжете при уролога, са: сексуални проблеми – 39%, последвани от депресия – 21%, покачване на тегло – 17%, проблеми със сърцето – 13% и 10% – честа умора.

Тези симптоми най-често се приписват на възрастта, тъй като мъжете или се страхуват да разпознаят началото на андропаузата, или просто не знаят за нейното съществуване. Определена възраст и наличието на много от тези симптоми показват настъпването на мъжка менопауза. Важното е, че всички симптоми не се появяват едновременно или много често.



Фиг. 3. Пациенти със сексуални проблеми

Най-голям процент (15%) от пациентите, дали отговор, че имат сексуални проблеми (39%), са посочили, че имат проблеми с ерекцията, намалено

либидо имат 13%, а 11% трудно достигат еякулация. Поради намаляване на нивото на основния мъжки хормон тестостерон има постепенен преход от пубертета към изчезване на сексуалната функция. Настъпват естествени промени в хипоталамуса, който регулира дейността на основната ендокринна жлеза – хипофизата. В резултат на това се нарушава производството на хормони от хипофизната жлеза, които стимулират дейността на мъжките полови жлези и тестисите. В същото време настъпват свързани с възрастта промени в самите тестиси: тяхната тъкан постепенно се заменя със съединителна и мастна тъкан. Всичко това води до намаляване на производството на тестостерон.

Според определението на Световната здравна организация мъжката менопауза е хипогонадизъм с късно начало, т.е. недостатъчност на функцията на мъжките полови жлези.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Андропаузата е естествен, но не особено приятен период в живота на мъжа. След вътрешните промени идват външните. Човек може да се тревожи за приближаването на старостта, да почувства намаляване на сексуалната функция. Психологическите проблеми могат да се обострят на фона на еректилна дисфункция. Поради тези причини мъжете могат да се държи необичайно, агресивно. Някои стават твърде активни – започват да се обличат ярко, да сменят сексуалните си парт-

ньори – така се проявяват страхът от старостта и желанието за удължаване на младостта.

След 40-45-годишна възраст при мъжете се наблюдават хормонални промени по подобие на менопаузата при жената. Въпреки че андропаузата не е болест, мъжът все пак трябва да се грижи за здравето си, особено днес, когато има съвременни ефективни начини за поддържане на мъжката сила.

## Библиография

1. Агарков НМ. Распространенность и лечение заболеваний мочеполовой сферы. / Н. М. Агарков, А. Новиков В, Новикова ЕБ. // Вестник новых медицинских технологий. 2005, 12(3-4), 131.
2. Borisova M, Dimitrova M. Health of male reproductive system. Medicus, Volgograd, Int Med Sci J, 2018, 21(3), 62-65.
3. Василевски Н, Вуков М. Носителство на фактори на риска за здравето сред изследваните мъже в зоните на програмата за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести (СИНДИ). Социална медицина, 2003, (4), 15-19.
4. Джиганска Ц, Петков Е. Хранене и преждевременно стареене, Сборник доклади от Трета научна конференция с международно участие: „Медико-социални аспекти в здравните грижи“, Враца, 2020, 93-97.
5. Добрилова П, Стефанова К. Специфични особености в работата на медицинската сестра в първичната медицинска помощ. Сестринско дело, 2018, 50(1), 39-41.
6. Yankova GT, Dobrilova PP. The degree of applicability of care in practical activities of medical specialists. Medicus. Volgograd, Int Med Sci J, 2017, 17(5), 37-41.

## ПРОУЧВАНЕ НА ГЛАСИТЕ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „ЛЕКАРСКИ АСИСТЕНТ“ ЗА ПРОФЕСИОНАЛНАТА ИМ РЕАЛИЗАЦИЯ

Л. Маринов

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

## STUDY OF THE ATTITUDES OF MEDICAL ASSISTANT STUDENTS ON THEIR PROFESSIONAL REALIZATION

L. Marinov

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

**Abstract.** Career development of medical assistants is a complex and controversial process, which is determined by a number of reforms in the health system and the labor market in the country. The problem of professional realization is, to a large extent, an actual issue for future medical assistants. During their studies, they have their own expectations and attitudes in this direction. **Objective:** To study the attitudes and expectations of nursing students at Sofia Medical University, Affiliate “Prof. Dr. Iv. Mitev” – Vratsa, regarding their future professional realization through a sociological survey. **Material and methods:** The study was conducted in the period September – October 2022. Documentary and sociological methods were used in the research process. Mathematical-statistical methods and graphic analysis were used to process the results. A questionnaire of mixed type was developed to survey the opinion of the respondents. **Conclusions:** The upcoming professional realization of the students of the “Medical Assistant” specialty is inevitably influenced by the national economic and political environment – a continuously reformed health system and an inadequate labor market. However, the majority of them intend to graduate, continue their education and realize themselves in Bulgaria.

**Key words:** medical assistant, professional realization, training, attitudes

Адрес за кореспонденция: Любомир Маринов, дм, e-mail: lyubo60@abv.bg

Address for correspondence: Lyubomir Marinov, PhD, e-mail: lyubo60@abv.bg

---

### ВЪВЕДЕНИЕ

Професионалната реализация на лекарските асистенти е сложен и противоречив процес, което се определя от множеството реформи в здравната ни система и пазара на труда у нас.

Обучението по специалност „Лекарски асистент“ в България стартира през септември 2014 г. с решение на Министерския съвет във Факултета по обществено здраве на Медицински университет – София, и Медицинския факултет на Тракийски университет – Стара Загора. Към настоящия

момент обучение по специалността се осъществява още във Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София, Медицински университет – Пловдив, Университет „Проф. д-р Асен Златаров“ – Бургас, и Русенския университет „Ангел Кънчев“.

От 2016 г. лекарски асистент е професия, включена в регистъра на регулираните професии в страната, а от 01.01.2015 г. тя фигурира в Националния класификатор на професиите и длъжностите под код 2240, (6004) в групата „Парамедицински специалисти“ заедно с професия „Фелдшер“.

През последните няколко години в българските медии зачестиха публикациите относно изтичането на кадри в чужбина. По-добрите условия в Западна Европа привличат квалифицираните медицински специалисти, които завършват образованието си в България. Не само лекарите масово напускат България, но и медицинските сестри, акушерките и други специалисти. Годишно около 700 от тях започват работа в чужбина. Причините, които принуждават нашите здравни специалисти да емигрират, са ниското заплащане, непривлекателната работна среда, липсата на условия за кариерно развитие.

В същото време в предложената от Министерството на здравеопазването Национална здравна карта, която вече е морално остаряла, се очертава сериозен дефицит на медицински специалисти най-вече в доболничната помощ, а в настоящия момент и в болничната. През последната година особено остър е дефицитът в спешната помощ.

Проблемът с професионалната реализация е актуален и за бъдещите лекарски асистенти. По време на своето обучение те имат съответните очаквания и нагласи в тази насока. Това проучване проследява динамиката на очакванията и нагласите.

## Цел

Чрез социологическо проучване да се изследват нагласите и очакванията на студентите от специалност "Лекарски асистент" в Медицински университет – София, Филиал „Проф. д-р Ив. Митев“ – Враца, относно бъдещата им професионална реализация.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проучването е проведено в периода септември – октомври 2022 г. Всички изследвани лица са подбрани на доброволен принцип.

В процеса на изследването са използвани документален и социологически метод. За обработка на резултатите са използвани математико-статистически методи и графичен анализ. За проучване мнението на респондентите е разработена анкетна карта от смесен тип.

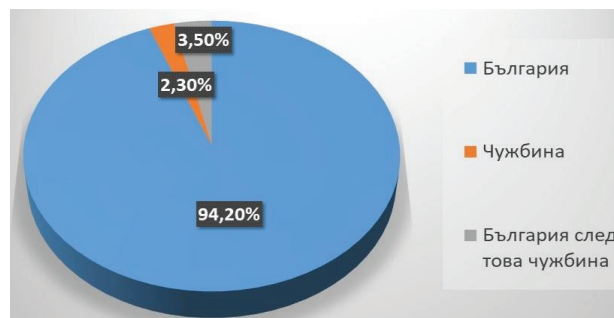
Анкетирани са 86 студенти от специалност „Лекарски асистент“. От тях 22 в I курс, 18 – във II курс, 24 – в III курс, и 22 – в IV курс. Разпределението на изследваните студенти по пол и курс на обучение е представено в табл. 1.

Таблица 1

	Мъже	Жени	Общо
I курс	10	12	22
II курс	4	14	18
III курс	7	17	24
IV курс	7	15	22
Общо	28	58	86

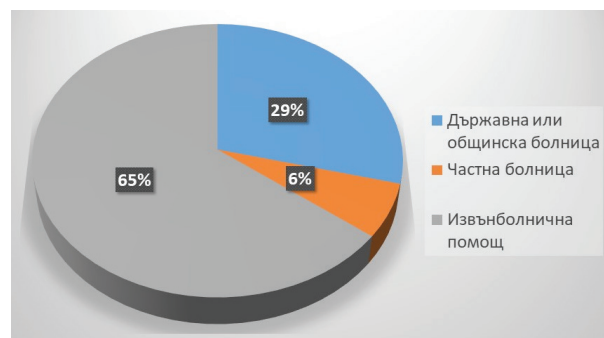
## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Лекарските асистенти в рамките на придобитите по време на обучението професионални компетенции могат успешно да се реализират в публичния и частния сектор на националната и на международните здравни системи. На въпроса: “Къде виждате вашата реализация след завършване“, 94,2% от анкетираните посочват България, 3,5% – България след това чужбина, и едва 2,3% предпочитат чужбина (фиг. 1).



Фиг. 1. Нагласи за място на реализация след завършване

Предпочитанията относно сектора на здравната система са следните: 45,83% се ориентират към държавна или общинска болница, 45% към частни и едва 9,17% към извънболничната помощ (фиг. 2).



Фиг. 2. Предпочитан сектор на здравната система

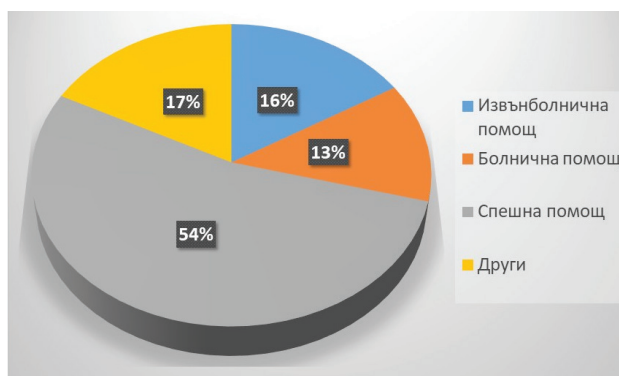
Обучението на лекарските асистенти е регламентирано от Единните държавни изисквания и учебните планове на специалността. Съгласно тези документи не по-малко от 50% от хорариума часове е предвиден за практическо обучение. Това обучение се провежда в базите за практическо обучение, които най-често са държавни или общински болници. Това донякъде определя нагласите на студентите при избора на държавна или общинска болница за професионална реализация. Формирането на нагласите може да има и други мотиви, като кариерно развитие, по-добро възнаграждение на труда и т.н.

Професионалната подготовка на лекарските асистенти дава възможност за реализация в много сфери на здравните грижи. Те могат да се реализират както в болничната, така и в извънболничната помощ, като:

- Центрове за спешна медицинска помощ и техните филиали;
- Звена за неотложна медицинска помощ като помощници на лекари в спешни екипи или като самостоятелен екип;
- В екипите на общопрактикуващите лекари и лекари специалисти;
- Самостоятелни или групови практики;
- Заведения за социални грижи и социални домове;
- Медико-физкултурни диспансери и спортни зали;
- Училищни здравни кабинети;
- Като медицински лица при осигуряването на медицинска помощ при провеждането на летни лагери, зелени училища, екскурзионни и туристически летувания;
- Като медицински специалисти в здравните служби на промишлените предприятия и др.

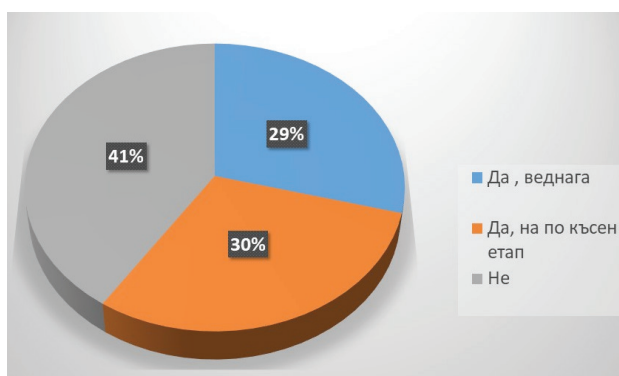
Интерес за проучването бе какви са нагласите студентите в тази насока. Предпочитанията на анкетирания студенти са: 53,5% се ориентират към спешната помощ, 16,3% – към извънболничната помощ, 12,8% – към болничната помощ и 17,4% посочват „други“. Предпочитанията са илюстрирани на фиг. 3.

През последните години професията на лекарския асистент се обогатява с нови кариерни възможности, което определя необходимостта от съответна компетентност. Динамиката на необходимото знание в областта, в която те трябва да бъде квалифицирани, изисква учене през целия живот.



Фиг. 3. Предпочитана сфера на здравните грижи

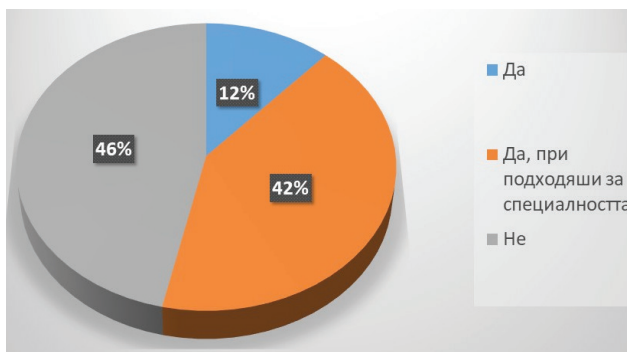
На въпроса „Имате ли намерение за обучение в магистърски програми по специалността“ повече от половината анкетирани изразяват такава готовност: 29,1% отговарят – „да, веднага след завършването ми“, 30,2% – „да, но на по-късен етап“ и 40,7% – „не“ (фиг. 4).



Фиг. 4. Намерение за обучение в магистърски програми

С продължаващото обучение освен че се прилага на практика концепцията за учене през целия живот, се засилва и връзката между теория и практика. Медицинските сестри получават търсените от тях нови знания и надграждат своето образование, за да бъдат адекватни на иновациите и конкурентоспособни при непрекъснато променящите се условия в здравеопазването. Специализацията е една от основните форми на следдипломното обучение.

В проведеното проучване прави впечатление малкият дял на анкетиранияте, които проявяват интерес в тази насока. Само 11,6% отговарят с "да", а 46,5% – "не". Интересно е, че 41,8% проявяват интерес към специализацията, но не откриват подходящи за своята професия в действащата в момента наредба (фиг. 5).



Фиг. 5. Намерение за придобиване на специалност

## Изводи

След анализа на получените резултати могат да се направят следните изводи:

1. Студентите от специалност „Лекарски асистент“ предпочитат България за бъдещата си професионална реализация, като много малка част от тях на по-късен етап биха потърсили реализация в чужбина.

2. Едва 2,3% от бъдещите лекарски асистенти имат намерение веднага след дипломиране да потърсят реализация в чужбина.

3. В нагласите на анкетирания публичният сектор на здравеопазването е предпочитан като възможност за реализация.

4. Над половината от бъдещите специалисти са с позитивна нагласа относно продължаване на обучението си в магистърски програми.

5. Малка част от бъдещите лекарски асистенти проявяват интерес към специализациите в настоящия им вид.

Предстоящата професионална реализация на студентите от специалност „Лекарски асистент“ неминуемо е повлияна от родната икономическа и политическа обстановка – непрекъснато рефор-

мирана здравна система и неадекватен пазар на труда. През последните десетилетия миграцията на здравни работници в световен мащаб се е увеличила, особено от държавите с по-ниски доходи и вече уязвими здравни системи. Специалността „Лекарски асистент“ е относително нова за пазара на труда, независимо че е продължение на добре познатата специалност „Фелдшер“, което е предпоставка за редица законови неуредици. Въпреки това огромна част от завършилите имат намерението да се реализират и да продължават обучението си именно в България.

## Библиография

1. Врачева П. Студентите – лекарски асистенти от Тракийски университет, Медицински факултет, за продължаващото обучение и специализация, Варненски медицински форум, т. 7, 2018, прил. 4.
2. Добрилова П, Янкова Г. Видеоалгоритмите като средство за повишаване на практическите умения на студентите от професионално направление „Здравни грижи“. Сестринско дело, 2022, 54(2), 3-8.
3. Иванова Д. Удовлетвореност на студентите от специалност „Медицинска сестра“ от практическото обучение, Сестринско дело, 2021, 53(1), 3-6.
4. МЗ, Наредба за ЕДИ за придобиване на висше образование по специалностите „Медицинска сестра“, „Акушерка“ и „Лекарски асистент“ за образователно-квалификационна степен „бакалавър“. Обн., ДВ.бр.95 от 29.11.2005 г., изм. и доп. ДВ., бр. 32 от 22.04.2016 г.
5. James F. Cawley. Physician Assistants and Their Role in Primary Care, Virtual Mentor. 2012;14(5):411-414. doi: 10.1001/virtualmentor.2012.14.5.pfor2-1205.
6. Hanifin C. Considering Competencies. J Physic Assist Educ, 2022, 33(2): 75. doi: 10.1097/JPA.0000000000000420
7. Hooker RS, Moloney-Johns AJ, McFarland MM. Patient satisfaction with physician assistant/associate care: an international scoping review. Hum Resour Health, 2019;17(1):104. doi: 10.1186/s12960-019-0428-7.

## ДИГИТАЛНА КОМПЕТЕНТНОСТ – КЛЮЧОВА ЗА УЧЕНЕ ПРЕЗ ЦЕЛИЯ ЖИВОТ

Л. Маринов

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

## DIGITAL COMPETENCE – KEY TO LIFELONG LEARNING

L. Marinov

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

**Abstract.** In 2006, the European Parliament and the Council of the European Union published a recommendation on the identification of key competences for lifelong learning, which recognized digital competence as one of the 8 key competences for lifelong learning. Four years later, the importance of this recommendation is assessed in the European Strategy 2020, recognizing digital competence as a fundamental basic skill. The article defines the concept of “digital competence”, the areas of competence and the levels of proficiency, as well as the importance for the digitization of higher education.

**Key words:** competence, skills, digital competence

**Адрес за кореспонденция:** Любомир Маринов, дм, e-mail: lyubo60@abv.bg

**Address for correspondence:** Lyubomir Marinov, PhD, e-mail: lyubo60@abv.bg

---

Ограничителните мерки, свързани с пандемията от COVID-19, принудиха повечето висши училища в България да преминат към дистанционни форми на обучение. По данни на ЮНЕСКО затварянето на учебни заведения, в това число и на университети, поради пандемията засегна повече от 1,5 милиарда учащи се в 165 страни. Изправени пред това предизвикателство, преподаватели и студенти трябваше бързо да се адаптират към новата ситуация, усвоявайки нови технологии и начини на преподаване и учене, управление на времето, комуникация и сътрудничество в дигитална среда. Цифровите технологии промениха начина, по който знанията и информацията се осъществяват, споделят и произвеждат. Глобалната пандемия от COVID-19 значително увеличи дигиталното предаване на знания, което направи цифровите компетенции от решаващо значение за участието в обществото, включително обучение през целия живот и възможности за работа.

През последните години информационните и комуникационните технологии търпят бурно развитие. Интернет вече е неразделна част от ежедневието на всеки от нас, чрез него правим електронни покупки, бизнес и обучение, търсим и получаваме информация. В резултат на това се налага хората в съвременното информационно общество да притежават умения за търсене, анализиране и оценяване на информацията. Овладяването на необходимите знания и умения за работа с информационните технологии се превърна в един от основните фактори за ефективно използване на съществуващата технологична инфраструктура. Днес дигиталната компетентност е част от ключовите компетентности и се счита за основен фактор за развитие на дигитална култура в съвременното информационно общество.

Концепцията за дигитална компетентност се появи едновременно с технологичното развитие, а обществото осъзна необходимостта от нови

компетентности. Развитието на технологиите дава възможност и постоянно създава нови дейности и цели и следователно значението на дигиталната компетентност постоянно се променя и винаги трябва да се разглежда във връзка с текущата технология и нейното приложение.

Понятието *компетентност* произлиза от латински език (лат. *competens*, *-entis* – „способен“), от английски език думата *компетентност* се превежда като „способност, дарба“.

Компетентностите се определят като динамична съвкупност от знания, умения, нагласи и отношения, които се придобиват в процеса на обучение. Свързват се основно с поведението на личността – не сами по себе си знания или умения, а подходящи поведения, демонстрирани в конкретни учебни ситуации и необходими за постигането на резултати в конкретна дейност или при определена професионална роля [1].

През 70-те години на миналия век Noel Burch въвежда модела на етапите на компетентност. Той включва четири етапа: несъзнателна некомпетентност, съзнателна некомпетентност, съзнателна компетентност или несъзнателна компетентност. Моделът предполага, че всички обучаеми преминават по последователен, донякъде предвидим, начин през 4-те етапа.

На етапа на *несъзнателна некомпетентност* индивидът не разбира или не знае как да направи нещо и не е задължително да разпознава дефицита. Индивидът трябва да признае собствената си некомпетентност и стойността на новото умение, преди да премине към следващия етап. Продължителността на времето, което индивидът прекарва в този етап, зависи от силата на стимула за учене.

*Съзнателна некомпетентност* е, когато обучаемият не разбира или не знае как да направи нещо, но признава дефицита. Правенето на грешки може да бъде неразделна част от учебния процес на този етап.

*Съзнателната компетентност* е, когато индивидът разбира или знае как да направи нещо; демонстрирането на знания или умения обаче изисква концентрация.

На ниво *несъзнавана компетентност* индивидът е имал толкова много практика с умението, че то се е превърнало във „втора природа“ и може да се изпълнява лесно. В резултат на това умението може да се изпълнява, докато се изпълнява друга задача [10].

На дигиталната компетентност може да се гледа като на една от най-новите световни концепции, описващи технология, свързана с вид умения, превърнала се в ключово понятие по отношение на знанията, които трябва да притежават хората в съвременното общество. През 2006 г. Европейският парламент и Съветът на Европейския съюз публикуват препоръка за идентифициране на ключовите умения за учене през целия живот, с която дигиталната компетентност е призната за една от 8-те ключови компетенции за учене през целия живот [8]. Четири години след това стойността на тази препоръка се оценява в „Европейската стратегия 2020“ [7], признавайки дигиталната компетентност като основополагащо базово умения [11].

Дигиталната грамотност се разбира от повечето съвременни изследователи като широко понятие, свързано с уменията и компетенциите, необходими за ефективно използване на интернет и цифровите технологии. Ако се обърнем към някои от най-новите научни изследвания, ще установим, че при дефинирането на дигиталната грамотност все повече се акцентира върху необходимостта от преминаване от базовите умения за използване на дигиталните инструменти и информационните ресурси към изграждане на стратегии за критично и ефективно използване на тези средства.

Разбирането на понятието дигитална компетентност е толкова разнообразно, че няма обща или световно приета дефиниция. Същото се е случвало и се случва с почти всички концепции във връзка с цифровите инструменти и процеси. Това се дължи, наред с други неща, на постоянно и бързо развитие на технологиите, които позволяват и създават нови дейности и цели. Примерите включват ИТ грамотност, дигитална грамотност, медийна грамотност, информационна грамотност, интернет грамотност и др. Те се появиха едновременно с технологичното развитие и с осъзнаването от обществото на необходимостта от нови компетенции.

Фактът, че има толкова много и разнообразни дефиниции на термина, отразява неговата важност. Общото за всички тях е, че вече не става дума за достъп и използване на технологии, а за способността за възползване от тях по смислени начини – за живота, работата и ученето.

Може да се обобщи, че под *дигитална компетентност* се разбира уверено, критично и от-

говорно ползване на дигиталните технологии за учене, на работното място и за участие в обществото. Тя се основава на основни умения в информационните и комуникационните технологии: използване на компютри за извличане, оценка, съхраняване, производство, представяне и обмен на информация, както и за комуникация и участие в мрежи за сътрудничество чрез интернет.

Дигиталната компетентност изисква добро разбиране и познаване на природата, ролята и възможностите на дигиталните технологии в ежедневието ни: в личния и социалния живот, както и на работното място. Това включва познаване и умения за работа с основни компютърни приложения като текстообработка, електронни таблици, бази данни, съхранение и управление на информацията, както и разбиране на възможностите и потенциалните рискове на интернет, комуникация чрез електронни медии (електронна поща, мрежови инструменти) за работа, свободно време, споделяне информация и съвместна работа в мрежа, обучение и изследвания. Дигиталната компетентност е и разбиране как технологиите на информационното общество могат да подкрепят творчеството и иновациите, както и с проблемите около валидността и надеждността на наличната информация, правните и етичните принципи, включени в интерактивното използване на дигиталните технологии.

Необходимите умения включват способността за търсене, събиране и обработка на информация и използването ѝ по критичен и систематичен начин, оценявайки уместността и разграничавайки реалното от виртуалното. Необходими са умения за използване на инструменти за създаване, представяне и разбиране на сложна информация и способност за достъп, търсене и използване на интернет базирани услуги. Използването на дигитални технологии изисква критично и рефлексивно отношение към наличната информация и отговорното ѝ използване.

През 2006 г. с Препоръка на Европейския парламент и Съвета на ЕС [12] за ключовите умения дигиталната компетентност е призната от Европейския съюз за едно от 8-те ключови умения за учене през целия живот. През 2010 г. „Европейската стратегия 2020“ [6] на Европейската комисия признава дигиталната компетентност като основополагащо базово умение. През 2013 г. Европейската комисия публикува Европейската рамка за

компетентност в областта на дигиталните технологии за гражданите, известна още като DigComp, която предлага инструмент за оценка и подобряване на дигиталните компетенции на гражданите. Тя е разработена след интензивен двегодишен процес на научни изследвания и консултации с участието на повече от 120 експерти и различни заинтересовани страни от държавите – членки на Европейския съюз, чрез Съвместния изследователски център (Joint Research Center – JRC) на Европейската комисия. Първата версия на DigComp е представена през 2013 година, като периодично се правят допълнения и промени. Последната версия е DigComp 2.14, представена през 2018 година, а от януари 2021 година е инициран нов процес за ревизия на рамката, като новата версия е публикувана в началото на 2022 г. DigComp дефинира 5 области на компетентност и съответно 21 компетенции, които очертават ключовите компоненти на дигиталната компетентност [5]. Дефинираните пет области на компетентност са:

1. **Информация и данни:** да може да формулира нуждите от информация, да намира и извлича цифрови данни, информация и съдържание; да преценява значимостта на източника и неговото съдържание; да съхранява, управлява и организира цифрови данни, информация и съдържание.

2. **Комуникация и сътрудничество:** може да взаимодейства, комуникира и да сътрудничи чрез цифрови технологии, като същевременно има предвид културното и поколенческото разнообразие. Може да участва в обществения живот, като използва публични и частни цифрови услуги, може да управлява собствената си цифрова идентичност и репутация.

3. **Създаване на дигитално съдържание:** може да създава и редактира цифрово съдържание, да подобрява и интегрира информацията и съдържанието в съществуващи системи за управление на знания, като същевременно разбира как се прилагат авторските права и лицензи. Знае как се дадат разбираеми инструкции на компютърна система.

4. **Безопасност:** може да защитава цифрови устройства, съдържание, лични данни и поверителност в дигитална среда; знае как да защитава физическото и психическото здраве и познава възможностите на цифровите технологии за повишаване на социалното благополучие и социално-

то включване; осъзнава въздействието на цифровите технологии върху околната среда.

**5. Разрешаване на проблеми:** може да идентифицира потребности и проблеми и да решава концептуални проблеми в цифрова среда; може да използва дигитални средства за създаване на иновативни процеси и продукти; да поддържа актуални знания за дигиталната еволюция (табл. 1).

Първоначално са дефинирани три нива на дигитална компетентност. Във версията на DigComp 2.1, представена през 2017 г., е въведено и четвърто ниво на владееене на компетентностите: освен базово ниво, средно ниво, ниво напреднал е въведено и ниво специалист. Всяко от тези нива може да бъде разделено на две допълнителни поднива, които спомагат за по-прецизното дефиниране на нивото на владееене на дадена компетентност [4] (табл. 2).

Дигиталната компетентност е една от осемте ключови компетенции за учене през целия живот, която поради своята универсалност позволява да се придобият други ключови умения и осигурява активно участие в обществото и икономиката.

Дигитализацията на висшето образование е сложен и динамичен процес, който е съпроводен с много предизвикателства. За да се стимулира дигиталната трансформация на преподаването и ученето във висшето образование, от първостепенно значение е да се установи дигиталната компетентност на преподавателите и студентите, както и възможността за тяхното усъвършенстване.

Участието на студентите в съвременната дигитална среда на обучение предполага не само осигуряване от страна на университета на необходимия достъп до интернет и компютърни зали, до електронните ресурси на университетската биб-

Таблица 1. Компетентностна рамка DigComp (Stephanie, Riina, & Yves, 2017) [14]

Области на компетентност	Компетенции
1. Информация и данни	1.1. Сърфиране, търсене и филтриране на данни, информация и дигитално съдържание
	1.2. Оценяване на данни, информация и дигитално съдържание
	1.3. Управление на данни, информация и дигитално съдържание
2. Комуникация и сътрудничество	2.1. Взаимодействие чрез дигитални технологии
	2.2. Споделяне чрез дигитални технологии
	2.3. Гражданско участие чрез дигитални технологии
	2.4. Сътрудничество чрез дигитални технологии
	2.5. Нетикет
	2.6. Управление на дигитална идентичност
3. Създаване на съдържание	3.1. Разработване на дигитално съдържание
	3.2. Интегриране и преработване на дигитално съдържание
	3.3. Авторски права и лицензи
	3.4. Програмиране
4. Безопасност	4.1. Защита на електронни устройства
	4.2. Защита на личните данни и неприкосновеността на личния живот
	4.3. Защита на здравето и благосъстоянието
	4.4. Опазване на околната среда
5. Решаване на проблеми	5.1. Решаване на технически проблеми
	5.2. Идентифициране на нуждите и технологичните отговори
	5.3. Творческо използване на дигиталните технологии
	5.4. Определяне на пропуските в дигиталната компетентност

Таблица 2. Основни ключови думи, които показват нивата на владене

Нива в DigComp 1.0	Нива в DigComp 2.1	Сложност на задачите	Автономия	Когнитивна област
Основно ниво	1	Прости задачи	С напътствие	Запомняне
	2	Прости задачи	Автономия и с напътствия, където е необходимо	Запомняне
Средно ниво	3	Добре дефинирани и рутинни задачи, както и ясни проблеми	Самостоятелно	Разбиране
	4	Задачи, както и добре дефинирани и нерутинни проблеми	Самостоятелно и според нуждите	Разбиране
Ниво напреднали	5	Различни задачи и проблеми	Насочване на другите	Прилагане
	6	Най-подходящите задачи	Способен да се адаптира към другите в сложен контекст	Оценяване
Високо специализирано ниво	7	Разрешаване на сложни проблеми с ограничени решения	Интегрират се, за да допринесат за професионалната практика и да напътстват другите	Създаване
	8	Разрешаване на сложни проблеми с много взаимодействащи си фактори	Предлагат нови идеи и процеси в областта	Създаване

лиотека или до други информационни продукти и услуги. Дигитализирането на учебния процес във висшите училища изисква повишаване на дигиталната компетентност за по-успешно използване на информационните и комуникационните технологии, търсене и намиране на полезна информация и ресурси, както и способности за анализиране и синтезиране на получената информация. Дигитализацията на учебния процес в университетите, разбира се, трябва да бъде съобразена и със спецификата на обучение на всяка една специалност.

---

Това изследване е подкрепено от МОН по Национална програма „Млади учени и постдокторанти-2“

---

### Библиография

1. Компетентности и образование. МОН. <https://web.mon.bg/bg/100770>
2. Николова В. Придобиване на дигитална компетентност като начин за намаляване на структурната безработица и успешна реализация на пазара на труда. Проблеми на постмодернизма, 2014), 4(3), 194-199. <https://pmpjournal.org/index.php/pmp/article/view/94>
3. Шопова Т. Развитие на дигиталната компетентност у студентите. NotaBene, 2014, (26).
4. Carretero Gomez S, Vuorikari R, Punie Y. Dig Comp 2.1: The Digital Competence Framework for Citizens with eight proficiency levels and examples of use, EUR 28558 EN, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2017, doi:10.2760/38842 (online), 10.2760/836968
5. DigComp 2.1: The Digital Competence Framework for Citizens <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC1062814>

6. EUROPE 2020: A European strategy for smart, sustainable and inclusive growth. <https://ec.europa.eu/eu2020/pdf/COMPLET%20EN%20BARROSO%20%20%20007%20-%20Europe%202020%20-%20EN%20version.pdf>
7. European Commission. Key competences for life-long learning: European reference framework. [http://ec.europa.eu/dgs/education\\_culture/publ/pdf/llearning/keycomp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/education_culture/publ/pdf/llearning/keycomp_en.pdf). Accessed March, 2007, 16, 2021.
8. European Parliament and the Council. Recommendation of the European Parliament and of the Council of 18 December 2006 on key competences for lifelong learning. 2006.
9. Ferrari A. Digital Competence in Practice: An Analysis of Frameworks. Sevilla: Institute for Prospective Technological Studies. Retrieved, 2012. [http://is.jrc.ec.europa.eu/pages/EAP/documents/FinalCSReport\\_PDFPARAWEB.pdf](http://is.jrc.ec.europa.eu/pages/EAP/documents/FinalCSReport_PDFPARAWEB.pdf), 22.1.2013
10. Flower Je. In the mush. *Physician Executive*, 1999, 25(1): 64-66.
11. Peel JL, Nolan RJ. You Can't Start a Central Line? Supervising Residents at Different Stages of the Learning Cycle. *J Grad Med Educ*, 2015;7(4):536-8. doi: 10.4300/JGME-D-15-00025.1.
12. Rasheva-Yordanova K. Еволюция На дигиталната компетентност. 2013. [https://www.researchgate.net/publication/299484806\\_Evolucia\\_NA\\_Digitalnata\\_Kompetentnost](https://www.researchgate.net/publication/299484806_Evolucia_NA_Digitalnata_Kompetentnost)
13. Recommendation of the european parliament and of the council, 2006 EUR-Lex – 32006H0962 – EN – EUR-Lex (europa.eu)
14. Stephanie CG, Riina V, Yves P. DigComp 2.1: The Digital Competence Framework for Citizens. Publications Office of the European Union. 2017. <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC106281>

## РОЛЯ НА ЗДРАВНАТА КУЛТУРА И ВКЛЮЧВАНЕТО НА ПАЦИЕНТИТЕ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧНИЯ ПРОЦЕС

Д. Петкова

Университетска Първа МБАЛ "Св. Йоан Кръстител" – София

## ROLE OF HEALTH CULTURE AND PATIENT INCLUSION IN THE TREATMENT AND DIAGNOSTIC PROCESS

D. Petkova

University First MHAT "Sv. Yoan Kastitel" – Sofia

**Abstract.** A serious public health problem in our country is the unsatisfactory health culture of the population, and on this basis, difficulties arise for the formation of a healthy way and lifestyle of people. The article explores and analyzes the role of health culture and the inclusion of patients in the treatment-diagnostic process with an emphasis on the procedure for obtaining the patient's informed consent in order to improve the quality of health services. The opinion of medical professionals regarding the disclosure of the truth about the patient's illness has been studied and analyzed.

**Key words:** health culture, treatment-diagnostic process, informed consent

Адрес за кореспонденция: Даря Петкова, e-mail: daryapet04@gmail.com

Address for correspondence: Daria Petkova, e-mail: daryapet04@gmail.com

---

---

Качеството на медицинската помощ и на обгрижването се повлиява в най-висока степен от здравната култура на пациентите. Редица анализи показват, че сериозен проблем на общественото здраве в нашата страна е незадоволителната здравна култура на населението, което води до трудности за формирането на здравословен стил на живот на хората.

Крайната цел на промоцията на здравето е повишаването на нивото на позитивното общественото здраве, а непосредствената цел е създаването на здравословен стил на живот, който е практически отражение на високата здравна култура на населението.

Според Световната здравна организация главното предизвикателство и главната мисия на всеки здравен професионалист е да изпълни ролята си на здравен възпитател на населението в бъдеще.

Целта на настоящата статия е да се проучи и анализира ролята на здравната култура и включването на пациентите в лечебно-диагностичния процес с акцент върху процедурата за получаване на информирано съгласие на пациента с оглед повишаване на качеството на здравните услуги.

За постигането на целта си поставяме следните задачи:

1. Проучване и анализ на участието на медицинския персонал в повишаването на здравната култура и здравната информираност на пациентите.
2. Изследване на включването на пациентите в лечебно-диагностичния процес.
3. Проучване и анализ на мнението на медицинските специалисти относно разкриването на истината за заболяването на пациента.
4. Изследване на прилагането на процедурата по информирано съгласие на пациентите от лекарите и медицинските сестри.

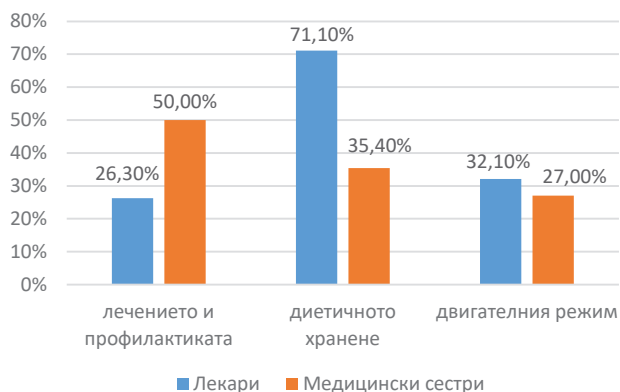
## МЕТОДИ

За обективизиране на наблюдаваните резултати е използван анкетен метод. Проведохме анонимна социологическа анкета с помощта на две анкетни карти през месец март 2018 г. Анкетирани са 124 медицински специалисти (лекари и медицински сестри), както и 110 случайно избрани пациенти, лекувани в Клиниката по очни болести и Хирургичната клиника на Университетска първа МБАЛ "Св. Йоан Кръстител" – София, и на УМБАЛ "Царица Йоанна – ИСУЛ" в София. Данните са обработени със статистическия пакет IBM SPSS Statistics 23.0.

Оценката на анкетирания медицински специалисти разкрива, че качеството на медицинската помощ и на обгрижването на пациентите се повлиява в най-висока степен от медицинската култура на пациентите. Според 74.5% от медицинските специалисти в Университетска първа МБАЛ "Св. Йоан Кръстител" – София, и 78.10% в УМБАЛ "Царица Йоанна – ИСУЛ" – София, здравната култура на пациентите има водеща роля и решаващо влияние върху качеството на медицинската помощ.

**Участието на медицинския персонал в повишаването на здравната култура и здравната информираност на пациентите** е активно, съзнателно и целенасочено, като относителният дял на участващите „здравни информатори и просветители" е доста висок: 87.5% от лекарите в Университетска първа МБАЛ "Св. Йоан Кръстител" – София, и 75% в УМБАЛ "Царица Йоанна – ИСУЛ" в София; при медицинските сестри този процент е съответно 78.9% и 84.2%.

На фиг. 1 са представени темите, по които лекарите и медицинските сестри най-често са давали отговори и са беседвали с пациентите.



Фиг. 1. Участие на медицинския персонал в повишаването на здравната култура и здравната информираност

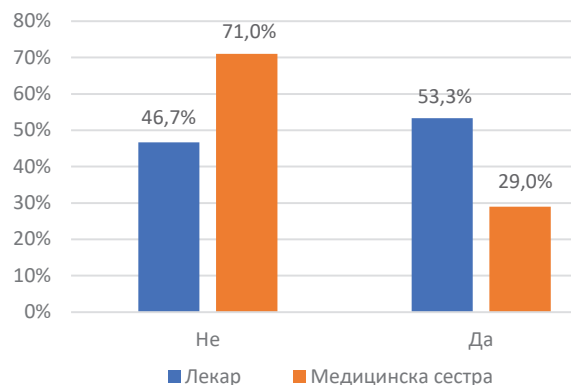
Таблица 1. Резултати от непараметричен анализ между лекари и медицински сестри по изследвани показатели

Показатели	$\chi^2$	p	Cramer's V
Лечение и профилактика	6.813	0,009	0,244
Диетично хранене	19,001	0.000013	0,408
Режим (двигателен)	0,661	0,416	0,076
Не участват	0,049	0,824	0,021

Статистически значима разлика между лекари и медицински сестри се наблюдава по отношение информираността на пациентите по въпросите на:

а) лечението и профилактиката ( $\chi^2 = 6.813$ , Крамер V = 0,244)

б) диетичното хранене ( $\chi^2 = 19,001$ , Крамер V = 0,408).

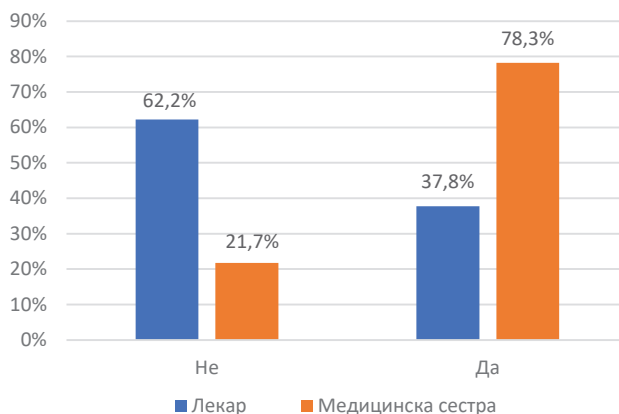


Фиг. 2. Участие на медицинския персонал в повишаването на здравната култура и здравната информираност – лечение и профилактика

За разлика от лечението и профилактиката при повишаване на информираността на пациентите по отношение на диетичното хранене разпределението е обратно.

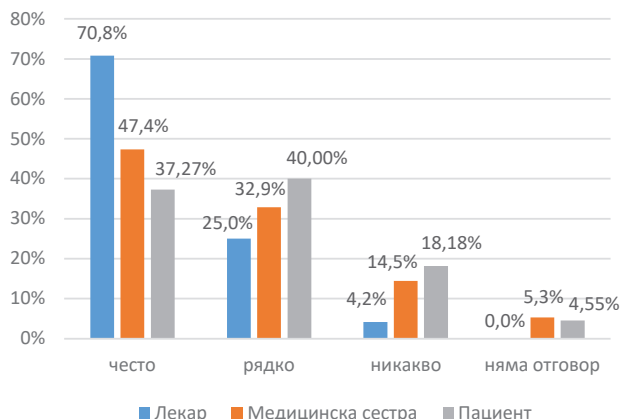
Делът на медицинските сестри, които участват в информиране на пациентите по отношение на диетичното хранене е 78,3% и превишава повече от три пъти процента на тези, които не участват. Едновременно с това процентът на лекари, които отговарят утвърдително относно на повишаване на здравната култура на пациентите по отношение на диетичното хранене (37,8), е близо 2 пъти по-малък от процента на тези, които отговарят негативно.

**Изследването за включването на пациентите в лечебно-диагностичния процес и превръщането им от обект в субект на здравни грижи** установи големи разлики в отговорите на обхванатите контингенти:



**Фиг. 3. Участие на медицинския персонал в повишаването на здравната култура и здравната информираност – диетично хранене**

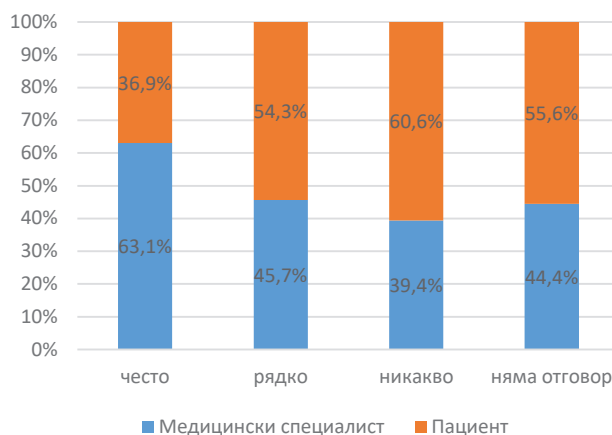
- според лекарите включването на пациентите в този процес става при 70.8% от случаите;
- според медицинските сестри само при 47.4% се постига такова включване;
- според пациентите едва 37.3% от тях смятат, че участват в лечебния процес.



**Фиг. 4. Участие на пациента в лечебно-диагностичния процес**

Непараметричен  $\chi^2$  тест на Пийърсън показва статистически значима зависимост по отношение мнението на различните групи анкетиранни за участието на пациентите в лечебно-диагностичния процес с  $p = 0,008$ ,  $\chi^2 = 17,251$  и сила на връзката по Крамер  $V = 0,192$ .

На фиг. 5 е показано разпределението по отношение на двете групи: медицински специалисти и пациенти. Точен тест на Фишер отразява статистически значимите разлики в мнението на двете групи по отношение на участието на пациентите в лечебно-диагностичния процес с ниво на значимост  $p = 0,027 < 0,05$  и  $\chi^2 = 9,000$ .



**Фиг. 5. Участие на пациента в лечебно-диагностичния процес**

В групата на анкетираните, които са на мнение, че пациентът е активен участник в лечебно-диагностичната дейност, делът на медицинските специалисти е близо два пъти по-голям (63,1%). Докато в групата на отговорилите „рядко“ или „никакво“ пропорциите в процентите е в полза на пациентите (между 50 и 60%).

Интересно е, че тази тенденция се проявява и в двете лечебни заведения, които са обект на изследване. На табл. 2 са представени резултатите от направения непараметричен анализ. И в двете заведения има разлика в мнението на медицински специалисти и пациенти по отношение на участието на пациента в лечебно-диагностичния процес, но според резултатите от точен тест на Фишер тази разлика не е статистически значима.

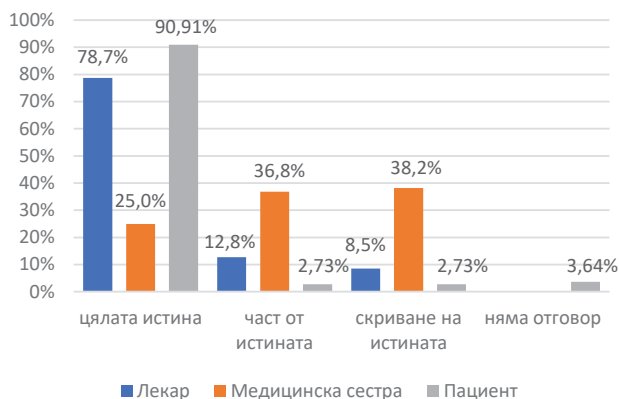
**Таблица 2. Резултати от непараметричен анализ в двете изследвани заведения**

Тест на Фишер	$\chi^2$	p
Университетска първа МБАЛ	6,421	0.068 > 0.05
УМБАЛ "Царица Йоанна – ИСУЛ" – София	4,017	0.254 > 0,05

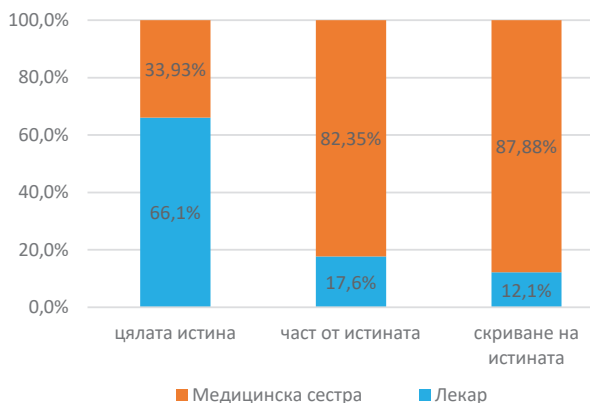
Разкриването на истината за заболяването при изследваните контингенти е сравнително широко застъпено. Почти 80% от лекарите в двете УМБАЛ са за разкриването на цялата истина, като този процент при медицинските сестри е 25, а при пациентите е обяснимо най-висок – 90.9% от тях са за предоставяне на цялата истина.

Направеният непараметричен анализ показва статистически значима разлика в мнението на лекари и медицински сестри по отношение на раз-

криването на истината на пациента с ниво на значимост  $p < 0.0001$ ,  $\chi^2 = 30.014$  и сила на връзката по Крамер  $V = 0.526$ .



Фиг. 6. Разкриване на истината за заболяването



Фиг. 7. Разкриване на истината за заболяването според лекарите и медицинските сестри

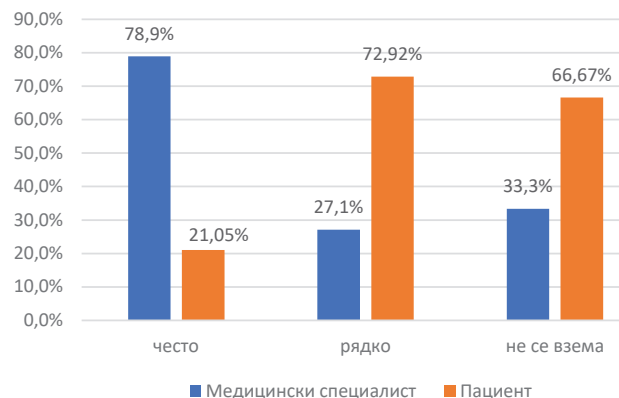
Директното сравняване на лекари и медицински сестри по отношение на предоставяне на цялата истина на пациента показва, че процентът на лекарите, които са за разкриване на истината, превишава два пъти процента на медицинските сестри.

**Процедурата за получаване на информирано съгласие от пациента за участие в лечебния процес** не е застъпена и осигурена при всички пациенти.

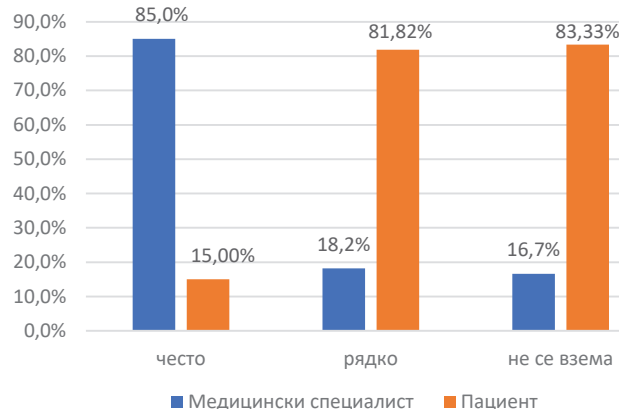
Преобладаващата част от лекарите – почти 70%, твърдят, че прилагат често процедурата за получаване на съгласие на пациента след подробни разяснения относно естеството на заболяването, необходимите лечебни подходи и очаквания изход от лечението, 25.5% определят процедурата като рядко прилагана и 6.4% въобще не прибягват до нея. При медицинските сестри тези проценти са съответно 84.21, 11.84 и 3.95%.

И в двете заведения има много силно изразена разлика в мнението на медицинските специалисти и пациентите по отношение на прилагане на принципа за информирано съгласие.

**Прилагане на процедурата за информирано съгласие на пациента** в Университетска първа МБАЛ – София, и УМБАЛ “Царица Йоанна – ИСУЛ” – София, е отразено на фиг. 8 и 9.



Фиг. 8. Прилагане на процедурата за информирано съгласие в Университетска първа МБАЛ – София



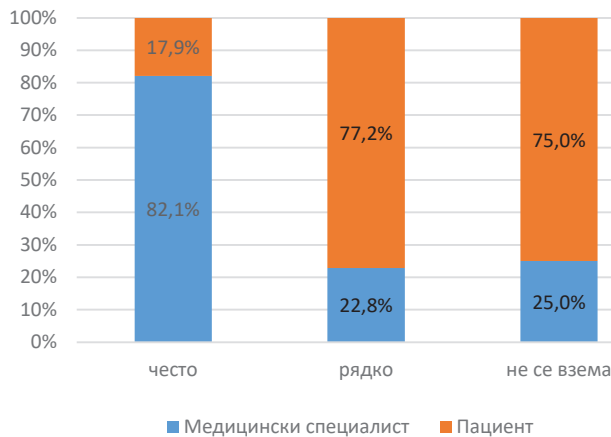
Фиг. 9. Прилагане на процедурата за информирано съгласие в УМБАЛ “Царица Йоанна – ИСУЛ” – София

В табл. 3 е представен резултат от непараметричен анализ с  $\chi^2$  тест на Пийърсън по отношение прилагането на процедурата по информирано съгласие на пациентите в двете изследвани болнични лечебни заведения. Установява се статистически значима разлика по отношение на мнението на медицинските специалисти и пациентите.

При пациентите и в двете УМБАЛ резултатите са тревожно ниски. Само 17.9% от пациентите посочват, че се търси тяхното информирано съгласие, при 77.2% от случаите то се взема рядко, а при 75.0% въобще не се търси.

**Таблица 3. Непараметричен анализ по отношение прилагането на процедурата по информирано съгласие при медицинските специалисти и пациентите**

Лечебни заведения	$\chi^2$	p	Cramer's V
Университетска първа МБАЛ	30.211	< 0.0001	0.508
УМБАЛ "Царица Йоанна – ИСУЛ"	52.381	< 0.0001	0.672



**Фиг. 10. Прилагане на принципа за информирано съгласие на пациента**

Непараметричният тест на Пийърсън показва статистически значима разлика в отговорите на медицинските специалисти и пациентите по отношение на прилагането на принципа за информирано съгласие с  $p < 0.0001$ ,  $\chi^2 = 80.777$  и сила на връзката по Крамер  $V = 0.588$ , което показва много силна зависимост.

Получените резултати показват подценяване на процедурата за получаване на информирано съгласие на пациента за участие в лечебния процес от страна на медицинските специалисти.

Резултатите от проведеното изследване дават основание да се направят следните изводи:

1. Участието на медицинските специалисти в повишаването на здравната култура и здравната информираност на пациентите е активно, съзнателно и целенасочено, като тематично лекарите най-често са давали отговори и са беседвали с

пациентите по въпросите на диетичното хранене, докато медицинските сестри – за лечението и профилактиката.

2. Основен фактор за повишаване качеството на клиничната практика е включването на пациентите в лечебно-диагностичния процес и превръщането им от обект в субект на здравни грижи. Делът на медицинските специалисти, които са на мнение, че пациентите са активни участници в лечебно-диагностичната дейност, е близо два пъти по-голям от този на пациентите, повечето от които отбелязват „рядко“ или „никакво“ участие.

3. Почти 80% от лекарите в двете УМБАЛ са за разкриването на цялата истина, като този процент при медицинските сестри е 25%, а при пациентите е обяснимо най-висок – 90.9% от тях са за предоставяне на цялата истина.

4. Само 17.9% от пациентите посочват, че се търси тяхното информирано съгласие, докато 70% от лекарите твърдят, че прилагат често процедурата за получаване на съгласие на пациента след подробни разяснения относно естеството на заболяването.

#### Библиография

1. Петкова Д. Основани на доказателства и ценности интервенции за повишаване на качеството в здравеопазването. Дисертация, 2020, 123.
2. Стоянова Цв, Семова Б, Златанова Т. Анализ на дейността в специализирана извънболнична медицинска помощ в условията на COVID-19. Сборник доклади от Пета юбилейна научна конференция с международно участие: „Съвременни предизвикателства пред здравните грижи“, Враца, 2021, 22-25.
3. Петрова З, Черкезов Т, Златанова-Великова Р, Гигова А, Петрова-Джеретто Е. Риск базирани проверки в здравеопазването. София, Бивалвия, 2020, 240.
4. Zlatanova-Velikova R, Semova B, Vasileva D. The satisfaction of patients from outpatient medical care during the COVID-19 pandemic. Int J Med Rev Case Rep, 2022; 6(9): 15-18.
5. Velikov St, Zlatanova-Velikova R, Dobrilova P. The teachers opinion about introduction interactive methods in training of medical specialists. J Educat Instruct Studies World, 2018, 8(2): 8-13.

## НЕПРАВИТЕЛСТВЕНИ ОРГАНИЗАЦИИ И ТЕХНИТЕ РАЗНОВИДНОСТИ

И. Грозданов

ТП на НОИ, Катедра „Организация и методология на социалните дейности”, Филиал – Враца,  
Великотърновски университет „Св. св. Кирил и Методий”

## NON-GOVERNMENT ORGANIZATIONS AND THEIR TYPES

I. Grozdanov

Territorial Unit of National Institute for Social Security Chair of Organization and Methodology of Social  
Activities, Affiliate – Vratsa, Veliko Tarnovo University Sv.Sv. Kirili I Metodi, y,

**Abstract.** Function of a non-government organization (NGO) can vary within wide ranges – from servicing organizations to groups for protection and human rights protection. Given that according to the WHO definition, it is an “international organization, which is not established upon an international agreement”, NGO works in favor of communities at a local to international level. NGO serves as not only a control and balance to the government and governmental surveillance authorities, but also as a key gear in wider governmental organizations such as reactions to natural disasters. Without the long history of non-governmental organizations in uniting communities and starting global initiatives, hunger, poverty and diseases would be much bigger world problems than now.

**Key words:** organization, associations, shared interests, orientation and level of activity, funding

Адрес за кореспонденция: Д-р Иван Грозданов, e-mail: ivan\_grozdanov\_noi\_vraca@abv.bg

Address for correspondence: Ivan Grozdanov, MD, e-mail: ivan\_grozdanov\_noi\_vraca@abv.bg

---

---

## ВЪВЕДЕНИЕ

През 1945 г. е създадена Организацията на обединените нации, за да действа като между-правителствена агенция – това е агенция, която посредничи между множество правителства. За да позволи на определени международни групи по интереси и недържавни агенции да присъстват на срещите на тези правомощия и да се осигури подходяща система за контрол и баланс, ООН установи термина, за да ги определи като характерни за неправителствени.

Въпреки това първите международни неправителствени организации по това определение датират още от 18 век и се борят в международен план

за всичко – от освобождението на жените и поробените лица впоследствие до разоръжаването.

Неправителствените организации могат да бъдат разделени на осем различни типа в рамките на два количествени показателя: ориентация и ниво на действие – които впоследствие са очертани в доста обширен списък със съкращения.

В благотворителната насоченост на неправителствените организации (НПО) инвеститорите, действащи като родители – с малко принос от тези, които се възползват, помагат да се започнат дейности, които отговарят на основните нужди на бедните. По същия начин ориентирането към услуги включва дейности, които изпращат благотворително лице да предостави услуги за планиране на семейството,

здравеопазване и образование на нуждаещите се, но изисква тяхното участие, за да бъде ефективно.

И обратно, ориентацията на участието се фокусира върху участието на общността в решаването на собствените им проблеми чрез улесняване на планирането и изпълнението на възстановяването и задоволяването на нуждите на тази общност. Отивайки една стъпка по-нататък, окончателната ориентация, овластяваща ориентацията, насочва дейности, които предоставят инструменти на общностите да разберат социално-икономическите и политическите фактори, които ги засягат, и как да използват ресурсите си, за да контролират собствения си живот.

Неправителствените организации също могат да бъдат разделени според нивото им на действие – от локализиранни групи до международни кампании за застъпничество. В организациите, базирани на общности (СВО), инициативите се фокусират върху по-малките местни общности, докато в градските организации (СВО) съдružия като търговски камари и коалиции за бизнеса се обединяват, за да решават проблеми, които засягат цели градове. Националните НПО като YMCA и NRA се фокусират върху активността, които са от полза за хората в цялата страна, докато международни неправителствени организации (INGO) като Save the Children и Фондация „Рокфелер“ действат от името на целия свят.

**Неправителствените организации в Република България** са учредени от законодателя в Закона за юридическите лица с нестопанска цел:

- ❖ Сдружение в частна полза
- ❖ Сдружение в обществена полза
- ❖ Фондация

**Сдружения в частна полза** се създават, за да обслужват нетърговските интереси на определена група от обществото – най-често самите членове на НПО.

*Пример – Сдружение в частна полза за защита на интересите на художниците, членуващи в организацията*

Този вид сдружения се финансират със собствени средства, предоставени от учредителите, както и от членски внос на своите членове (основни бенефициенти на дейността на организацията). Може да се финансира от собствена дейност (стопанска, доколкото е свързана с предмета на основната дейност), както и по проекти, стига да

няма изискване за това организацията да бъде в обществена полза.

Управлява се от Управителен съвет. Върховен орган е Общото събрание, което се състои от всички членове на сдружението – то определя целите, приоритетите и въобще развитието на организацията.

Има членове, които на общо събрание, с мнозинство вземат решение за развитието на организацията, за начините, по които ще се осъществява дейността, както къде и как сдружението ще се инвестират средства за постигане на заложените цели.

Води се счетоводство и се плащат данъци в зависимост от приходите. Когато получи имущество по дарение (от юридическо или физическо лице) или по наследство (от физическо лице), сдружението дължи местен данък в размер, както всички останали правни субекти. А при реализиране на печалба от допълнителната стопанска дейност, която извършва – дължи данък печалба в размер на 10% от прихода.

**Сдружения в обществена полза** се създават, за да извършват обществено полезна дейност, като целите, които преследват, не се ограничават само до членовете на въпросната организация, а се разпростират до по-широк кръг хора.

*Пример – Сдружение в обществена полза, което цели подпомагане на социалната интеграция на хора в неравностойно положение*

Този вид сдружения се финансират със собствени средства, предоставени от учредителите, както и от членски внос на своите членове (предполага наличието на повече членове, които обаче по правило правят по-малки по размер членски вноски). Може да се финансира от собствена дейност (стопанска, доколкото е свързана с предмета на основната дейност), както и по проекти. Има възможност за финансиране от повече места, защото някои бенефициенти предоставят изискване финансираната от тях организация да работи в обществена полза.

Управлява се по същия начин, както и Сдружението в частна полза, но е налице и обществен контрол над дейността на организацията, защото финансовите отчети се контролират от независим финансов одит при условията на Закона за счетоводството. Годишният доклад за дейността и финансовият отчет са публични и се публикуват

на страницата на Централния регистър към Министерството на правосъдието.

Има членове, които на общо събрание, с мнозинство вземат решение за развитието на организацията, за начините, по които ще осъществява дейността ѝ, както къде и как ще се инвестират средствата за постигане на заложените цели. Важат ограниченията на закона за възможностите за разходване на средствата на организацията, както и по-строгите изисквания за публичност на финансовите отчети.

Води се счетоводство при засилен контрол, има задължение да се публикуват годишни финансови отчети, одитирани по специален режим (Закон за счетоводството). Когато реализира печалба от допълнителна стопанска дейност, която извършва, сдружението дължи данък печалба в размер на 10% от прихода. Не плаща данък при получаване на имущество при дарение или по наследство. Законодателят стимулира ФЛ и ЮЛ да правят дарения на тези НПО, защото направените дарения в размер до 10% от положителния счетоводен финансов резултат се приемат за счетоводни разходи, съответно не се облагат с данък печалба (корпоративен данък при ЮЛ или доход на ФЛ).

**НПО – фондация** се създава приживе или по случай на смърт (в завещание), за постигане на нестопанска цел, като основната разлика с предходните форми са начинът на учредяване и устройството, съответно начинът на функциониране на НПО.

*Пример – Фондация за насърчаване обучението и специализацията на талантиви деца в Република България*

Фондациите се финансират със средствата, представени от учредителя, както и със средствата, придобити от собствена дейност (стопанска, доколкото е свързана с предмета на основната дейност). Няма членски внос, защото няма членове.

Управлява се според волята на учредителите – от едноличен или колективен управителен орган. Възможно е да се управлява от многостепенна органна структура – в този случай важат волята на учредителя и правилата за сдруженията в частна и в обществена полза.

Няма членове – членовете на органите на управление се избират по правила, посочени в устава, може да осъществява дейност като НПО в частна или в обществена полза, като се прилагат съответните правила за този вид сдружения.

В зависимост от определената в учредителния акт дейност на фондацията, тя заплаща данъци според това дали е учредена в частна, или в обществена полза.

## **ВИДОВЕ НПО, РАБОТЕЩИ С ДЕЦА И СЕМЕЙСТВА В РИСК**

Неправителствените организации, работещи с деца и семейства, могат да се обособят в три групи:

❖ Неправителствени организации от типа „мозъчни тръстове“ – те оказват влияние върху реализирането на политики и законотворчество по отношение закрилата на детето на местно и национално ниво. Въздействието им се осъществява чрез провеждането на различни изследвания, разработването на методики и проекти за закони и подзаконови нормативни документи, свързани с функционирането на различни социални услуги и институции. Те извършват и консултантска дейност и обучения на специалисти от държавни и общински структури и неправителствени организации, както и на пряко работещи с потребители на социални услуги и социално-педагогически институции. Примери за такива организации са: Институт за социални дейности и практики (ИСДП), Международна социална служба – България (МСС), УНИЦЕФ – България, Национална мрежа за децата, SOS детски селища, България и др.

❖ Неправителствени организации, които разпределят средства по различни програми или такива от целеви дарения – тяхната основна дейност е насочена към реализиране целите на програмите и даренията чрез механизмите на разпределение на средствата и контрола върху тяхното използване. Те подпомагат дейността на специализираните институции и социалните услуги за деца в риск и освен финансиране по програми и проекти, реализират и дарителски – за материално подпомагане както на институциите, така и на отделни уязвими групи и физически лица.

❖ Неправителствени организации, които непосредствено предоставят и са доставчици на социални услуги за уязвими групи и деца в риск и работят директно с потребителите. Те могат да извършват както дейности, осъществявани от държавните институции (Центрове за настаняване от семеен тип, Центрове за обществена подкрепа, Наблюдавани жилища и пр.), така и иновативни и алтернативни услуги, подпомагащи системата за

закрила на детето и осигуряващи възможности за задоволяване на различни потребности.

Бързата глобализация доведе до бързото разширяване на нуждата от тези неправителствени организации, тъй като споделените интереси между националностите често пренебрегваха правата на човека и околната среда в полза на печалбите и властта. Напоследък дори надзорът над инициативите на ООН поражда нараснала нужда от повече НПО с хуманитарна цел, за да се компенсират пропуснатите възможности.

#### **Библиография**

1. Целова А. Съвременна международна и вътрешно-правна рамка на системата за закрила на детето. СУ е-списание, СР, 2022, 10(1), 22-31.
2. Икономиката в променящия се свят: национални, регионални и глобални измерения. Сборник с доклади от международна научна конференция. Наука и икономика, 2019, 1.
3. Департамент за информация и усъвършенстване на учители. <https://diuu.bg/emag/8599/>
4. Харта на основните права на Европейския съюз. ОВ С 326, 2012. (Charter of Fundamental Rights of the European Union).

## ПРОФЕСИЯТА ЛЕКАРСКИ АСИСТЕНТ – НЕОБХОДИМОСТ И РЕАЛНОСТ

Р. Ереданска

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

## THE PROFESSION OF MEDICAL ASSISTANT – NEED AND REALITY

R. Eredanska

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

**Abstract.** In recent years, a huge deficit and uneven distribution of labor resources in healthcare has been taking shape in our country. Part of the strategy to address the shortage of medical personnel is the introduction of a new type of health profession, namely “physician assistant”. In Bulgaria, the interest in it comes from the similarity in the competences of the specialists in countries where the profession is practiced and basic medical disciplines are included in the curricula. Clinical focus and practical skills are characteristic of paramedic training. The training of the personnel is a state policy and is conducted in accordance with all normative documents for the training of medical specialists. The curriculum includes theoretical and practical training, and the methods and tools follow the best traditions, experience and advances in the field of medical science and practice. The aim of the training is to form general medical and specialized competence, analytical thinking and professional behavior in the students. Medical assistants are personnel prepared according to a medical model, different from that of doctors. Their competence offers the implementation of medical activities and health care independently and under medical supervision, with a preventive, promotional, diagnostic and treatment direction. With the establishment of the profession of physician assistant, successor and first successor of paramedics, the aim is to solve effectively the personnel deficit in healthcare in Bulgaria.

**Key words:** physician assistant, paramedic, staff shortage, emergency care

Адрес за кореспонденция: Ралица Ереданска, e-mail: r.eredanska@filialvrasa.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Ralitsa Eredanska, e-mail: r.eredanska@filialvrasa.mu-sofia.bg

---

## ВЪВЕДЕНИЕ

В епоха сме на глобални промени във всички области на социалния живот, включително и в здравеопазването. Променят се организацията, моделите и методите на медицинския труд. Променя се структурата на човешките ресурси в здравеопазването и предизвикателствата пред медицинския персонал [4]. На този фон професията лекарски асистент заема ключово място в националната здравна система. Тя има дълбоки исторически корени, предизвикателно настояще и оптимистични шансове за бъдеще [1]. Съвкупността от редица лични качества прави професията с висока степен на социална значимост.

Подплатена е с вътрешна мотивация и желание да се помага на страдащия човек. Тези качества са от значение за всяка професия, но за лекарския асистент са задължителен елемент. Работата е натоварена с голяма отговорност за живота, което я прави доста стресираща. Успоредно със застаряването на населението в нашата страна през последните години съществен проблем остава застаряването на специалистите по здравни грижи изобщо и в частност на фелдшерите. Професията лекарски асистент се практикува в много страни по света като: САЩ, Нидерландия, Канада, Великобритания, Германия, Австралия, Нова Зеландия. Страни като Япония, Сингапур, Китай, Белгия, Испания, Ирландия, Швейцария проявя-

ват в различна степен интерес. Моделът е сходен с този на обучаваните до 1999 г. в България кадри с професионална квалификация „фелдшер“, на които лекарските асистенти са последователи. Наблюдаваният процес на глобализация на тази професия в европейските страни налага разработването на обща рамка за тяхното обучение [2].

В България професията медицински фелдшер има над 100-годишна история. Води началото си от 1879 г., като обучението е първото регламентирано медицинско образование в страната. През 1884 г. фелдшерите в България сформират Дружество „Благодеяние“ и това е първата медицинска професионална организация. През 1896 г. Дружеството издава първия медицински печатен орган в България – „Медицински фелдшер“. Непосредствено след Освобождението възниква нужда от медицински кадри. Във времето от 1878 г. до 1915 г. училищата за фелдшери се закриват, но и се откриват нови при остра необходимост от медицински кадри не само за армията, но и за гражданството. Целта е да се осигурят първи помощници и заместници на лекарите във всички направления на медицинската помощ, което пък налага непрекъснато подобряване на образователните програми и повишаване квалификацията на кадрите. В исторически аспект въпреки дискусиите да съществува, или не професията фелдшер, едно е ясно – кадрите са приложим трудов ресурс в здравеопазването не само в кризисни периоди и това обяснява практикуването ѝ до днес. Идеята да се използват в здравните системи професионалисти, подготвени по медицински модел, които не са лекари, с делегирани определени права от лекарската практика, не е нова. В своята работа лекарите винаги са обучавали и ползвали помощници и сътрудници. И в нашето съвремие е необходимо определени медицински дейности да се извършват от асистенти на лекарите. Недостигът на медицински кадри изисква ангажирането на лекарите да бъде в процедури от по-високо ниво на компетентност [1].

Фелдшерите са съществена част от фундамента и спецификата на българското здравеопазване, добре приети от населението и доказали се във времето. Професията е уникална по своята гъвкавост в практическата медицина и практикуване на терен. Тя се очертава и доказва във времето като стратегическа за здравеопазването ни. Съобразявайки се с международните насоки

в обучението на кадри с близък и приложим за нашите условия профил, от 2014 г. в България с решение на МС започва обучение на лекарски асистенти. Студентите по тази специалност се обучават във:

- Медицински университет – София
- Тракийски университет (МУ) – Ст. Загора
- Университет „Проф. д-р Асен Златаров“ – Бургас
- Медицински университет – Пловдив
- Русенски университет „Ангел Кънчев“ – Русе

Подготовката на професионалистите е държавна политика и се провежда в съответствие с всички нормативни документи в България за обучение на медицински специалисти, а те са: Закон за висше образование (ЗВО), Закон за здравето (ЗЗ), Закон за лечебните заведения (ЗЛЗ), Наредба за Единни държавни изисквания (ЕДИ), Наредба за прилагане на система за натрупване и трансфер на кредити във висшите училища.

С учебния план и програма по специалността „Лекарски асистент“ се провежда теоретична и практическа подготовка на студентите. Методите и средствата следват най-добрите традиции, опит и постижения в областта на медицинската наука и практика. С обучението се цели да се формират у студентите общомедицинска и специализирана професионална компетентност, аналитично мислене и поведение на професионалисти.

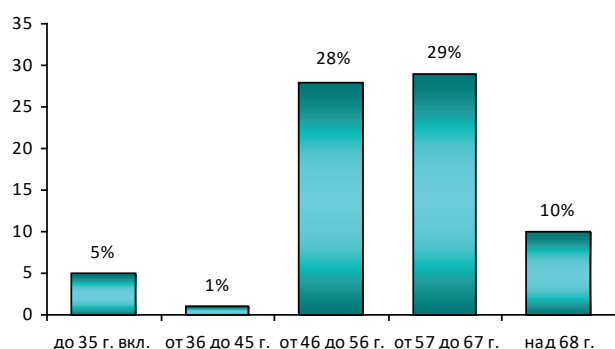
Дипломираните лекарски асистенти са кадри, подготвени по медицински модел, различен от модела на лекарите, и придобиващи умения по практика още по време на обучението. Техните компетенции предполагат реализиране на медицински дейности и здравни грижи с профилактична, промотивна, диагностична и лечебна насока, подплатено с вътрешна мотивация и желание да се помага на страдащия човек. Това прави тази професия с висока степен на социална значимост. Професията лекарски асистент като последовател и първоприемник на професията фелдшер се утвърждава като включена в регистъра на регулярните професии и предполага увеличен прием на студенти. Професия с голямо обществено значение, което изисква непрекъснато обновяване, разширяване на знанията и уменията. С регулацията и утвърждаването ѝ в здравеопазвателната система на България заедно с успешната реализация на кадрите ще се търси ефективно

решение за кадровия дефицит у нас. Лекарските асистенти са основно приложими във:

- центрове за спешна медицинска помощ и техните филиали;
- звена за неотложна медицинска помощ като помощници на лекари в спешни екипи или като самостоятелен екип;
- помощници на общопрактикуващи лекари;
- самостоятелни или групови практики;
- заведения за социални грижи и социални домове;
- медико-физкултурни диспансери и спортни зали;
- училищни здравни кабинети;
- като медицински лица при осигуряването на медицинска помощ при провеждането на летни лагери, зелени училища, екскурзионни и туристически летувания;
- като медицински специалисти на здравните служби на промишлените предприятия.

Лекарските асистенти са много необходими в системата на Спешната помощ. Основното им предимство е аналитико-синтетична компетентност за диагностициране и терапия, съпътствана с практически умения. Кадрите имат умения за бърза и точна оценка в тежки ситуации на терен. В много филиали на ЦСМП дейността се реализира предимно от фелдшери. За съжаление, възрастовата структура на тези кадри е такава, че предполага през следващите години освобождаване на работни места.

Медицинският персонал в страната ни застарява заедно със застаряването на населението като цяло. Средната възраст на специалистите по здравни грижи е над 50 години (фиг. 1) [5].



Фиг. 1. Възрастова структура на работещите фелдшери/лекарски асистенти ЦСМП – Враца

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Един от основните проблеми на здравеопазването в България е малкият брой фелдшери/лекарски асистенти, упражняващи професията. Обективните причини за това са застаряващото население, увеличението на хроничните заболявания, които изискват повече здравни грижи, но и застаряването на самите фелдшери, аналогично на населението, което обслужват. Не по-малко важни са причини като трайно подценяване на труда им от здравните мениджъри, лекарското съсловие и несправедливо ниското заплащане. Важна е и възможността за работа в чужбина поради по-добре платен труд и удовлетвореност от практикуването на професията. С цел подобряване на сегашния критичен недостиг на кадрови ресурс е наложително да се предприеме адекватна и последователна държавна политика. Да се приемат законодателни стъпки за разширяване на правомощията на медицинските специалисти след продължаващо обучение и допълнителна квалификация. Само по този начин ще се изясни изключително важната роля на тези специалисти за подобряване достъпа на гражданите до медицинска помощ – в екипите за спешна и неотложна медицинска помощ, в труднодостъпни и отдалечени региони, като участници в практиките на общопрактикуващите лекари. Факт е, че фелдшерите и лекарските асистенти са гръбнакът на спешната помощ в България.

## Библиография

1. Врачева П. Професиите „м. фелдшер“ и „лекарски асистент“ в България – историческо развитие, съвременно обучение и реализация.“ Автореферат.
2. Врачева П, Врачев В. Международен опит в развитието на професията „лекарски асистент“.
3. Врачева П. SWOT анализ на обучението на студенти по специалност „лекарски асистент“ в ТУ – Стара Загора.
4. Стоева Т, Шопов Д, Стоев Т, Райкова Е. Професията медицинска сестра – необходимост и реалност.
5. Стоева Т, Шопов Д. Професионалната кариера и реализация на медицинските сестри, базирана на адекватна адекватна мотивация за професионална дейност.

## НАГЛАСИ НА СТУДЕНТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ ЗА ВАКСИНИРАНЕ СРЕЩУ COVID-19

Г. Янкова

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

## ATTITUDES OF HEALTHCARE STUDENTS TOWARD VACCINATION AGAINST COVID-19

G. Yankova

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

**Abstract.** The coronavirus disease (COVID-19) pandemic is a global public health crisis that is having a serious impact on the international community. Vaccination is one of the most effective and inexpensive measures to prevent COVID-19. Researchers have proven the safety and scientific validity of vaccines against COVID-19 based on large field trials, presenting a promising effective way to control SARS-CoV-2 transmission. Although vaccines effectively protect the general public from infection, important challenges and gaps still exist in the literature regarding attitudes toward vaccination against COVID-19, particularly among future health professionals. The purpose of the present study was to explore healthcare students' attitudes toward vaccination against COVID-19. The study was conducted in the period November – December 2021. The information was obtained through an online survey of 226 students studying at the Affiliate “Prof. Dr. Iv. Mitev” – Vratsa at Medical University – Sofia, majoring in “Nurse”; “Midwife” and “Medical Assistant”. Results processing, statistical analysis and data storage were performed with IBM SPSS Statistics 19.0. The data were analyzed using descriptive analysis at a significance level of  $p < 0.05$ . The results show that the majority of respondents are adamant about the benefits of vaccines in general, but regarding the vaccines against COVID-19, the acceptability is low. The most frequently cited reasons for vaccine resistance are related to vaccine safety and potential long-term effects. Vaccination is an effective way to control infectious diseases, including Covid-19. However, success requires increasing awareness, positive attitudes and acceptance of the vaccine. By implementing appropriate content in educational programs, higher education institutions could increase confidence in vaccination and help reduce concerns about vaccine safety.

**Key words:** COVID-19, vaccine, attitudes, students

Адрес за кореспонденция: Галя Янкова, e-mail: g.iankova@filialvratsa.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Galya Yankova, e-mail: g.iankova@filialvratsa.mu-sofia.bg

## ВЪВЕДЕНИЕ

Пандемията от COVID-19 доведе до глобална криза в общественото здраве, която оказва сериозно въздействие върху международната общност. В световен мащаб към 30 ноември 2021 г. са потвърдени 261 435 768 случая на COVID-19, включително 5 207 634 смъртни случая. Над 4,28 милиарда души по света, съответстващи на ~55,8%

от световното население, са получили поне една доза ваксина срещу COVID-19 [13]. Досегашният опит показва, че ваксинацията срещу SARS-CoV-2 може да смекчи тежестта на заболяването и се очаква да изравни, забави или предотврати бъдещи епидемични вълни на болестта [3].

Ваксинацията е най-ефективният метод за блокиране на разпространението на инфекциозни заболявания. Чрез прилагането на ваксина много

инфекциозни заболявания като морбили и полиомиелит бяха контролирани или дори изкоренени през миналия век [7, 8].

Ваксинирането е една от най-ефективните и евтини мерки за предотвратяване на COVID-19. Груповият имунитет е правопрпорционален на степента на ваксиниране и адекватен популационен имунитет може да бъде постигнат само ако по-голямата част от населението е ваксинирано. Въз основа на големи полеви изпитвания изследователите са доказали безопасността и научната валидност на ваксините срещу COVID-19, представяйки обещаващ ефективен начин за контрол на предаването на SARS-CoV-2 [9, 11].

Професионалистите по здравни грижи са признати за най-важните източници на информация по проблеми, свързани със здравето и превенцията, и най-силните фактори, определящи решенията на хората за ваксиниране [4, 6]. Това важи и за студентите от направление „Здравни грижи“, чието обучение е фокусирано върху важната им роля в промоцията на здравето и предотвратяване на заболяванията.

Университетът е едно от ключовите звена за превенция и контрол на епидемията. Специфичният характер на медицинското образование, изискващо практическо обучение в реална болнична среда, и сложността на организацията на учебния процес, групирането и мобилността на университетския персонал и студентите могат да увеличат риска от групова инфекция.

От друга страна, младежите имат относително силен имунитет и устойчивост, което не би допринесло за ранното откриване на инфекцията. Следователно постигането на високо ваксинално покритие сред студентите е благоприятно за връщане към социалната нормалност. Ваксинирането е от решаващо значение за предпазването им от болестта, от една страна, и за осигуряване на непрекъснато обучение на бъдещите здравни професионалисти в условията на пандемия – от друга.

Освен това студентите по здравни грижи са тези, които ще прилагат ваксини и ще управляват и организират програми за имунизация в бъдеще.

Въпреки че ваксините ефективно защитават широката общественост от инфекция, в литературата все още съществуват важни предизвикателства и пропуски относно нагласите за ваксиниране срещу COVID-19, особено сред бъдещите здравни професионалисти [1, 2, 5, 10, 12].

Като се има предвид, че информацията за нагласите на студентите по здравни грижи да бъдат ваксинирани е оскъдна, тяхното намерение и съпътстващите фактори трябва да бъдат проучени.

**Целта** на настоящото изследване е да се анализират нагласите на студентите по здравни грижи за ваксиниране срещу COVID-19.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Емпиричното изследване е насочено към анализ на нагласите на студентите от професионално направление „Здравни грижи“ за ваксиниране срещу COVID-19. Проучването е проведено в периода ноември – декември 2021 г. сред 226 студенти, обучаващи се във Филиал „Проф. д-р Ив. Митев“, Враца, при Медицински университет – София, по специалностите „Медицинска сестра“; „Акушерка“ и „Лекарски асистент“.

Информацията е получена чрез онлайн анкетиране, със специално разработен за целта въпросник, насочен към анализ на демографските характеристики на студентите, здравен статус, нагласи към ваксините и конкретни причини относно намерението да се ваксинират или да не се ваксинират срещу COVID-19.

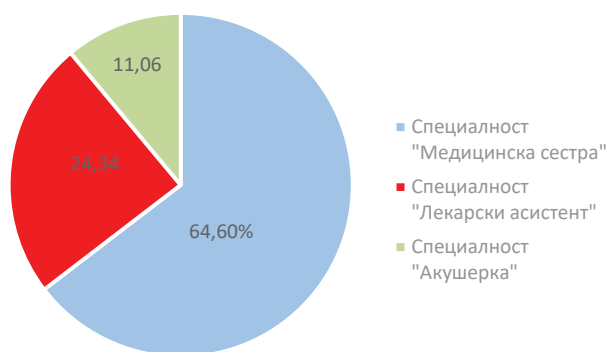
Обработката на резултатите, статистическият анализ и съхранението на данните са извършени с IBM SPSS Statistics 19.0. Данните са анализирани с помощта на дескриптивен анализ при ниво на значимост  $p < 0.05$ . Таблиците и графиките са изработени чрез програмите Word и Excel.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

### Демографски характеристики на изследваната популация

Възрастовият обхват на изследвания контингент е 20-50 години. Средната възраст на респондентите е 26 г. ( $\chi = 26, 58$ ). От всички анкетирани 90,27% ( $n = 204$ ) са жени и 9,73% ( $n = 22$ ) – мъже. Половата структура е свързана с профила на университета и с феминизиране на голяма част от специалностите и професиите. По отношение на специалността, в която се обучават, преобладават студентите от специалност „Медицинска сестра“ (64,6%;  $n = 146$ ), следвани от тези в специалност „Лекарски асистент“ (24,34%;  $n = 55$ ) и специалност „Акушерка“ (11,06%;  $n = 25$ ).

Разпределението по специалности е показано на фиг. 1.



Фиг. 1. Разпределение на респондентите по специалност

### Здравен статус на анкетираните студенти

Едва 19,91% ( $n = 45$ ) от студентите са преболели COVID-19; 33,19% ( $n = 75$ ) са имали някакви симптоми, но не са се тествали, а 46,9% ( $n = 106$ ) не са имали предишна инфекция с COVID-19.

### Отношение на респондентите към ваксиниране срещу COVID-19

Ваксинацията е една от ефективните мерки за предотвратяване на COVID-19, но приемането ѝ варира сред студентската популация. Поведението на студентите – бъдещи професионалисти по здравни грижи, е модел за останалата част от студентската общност.

Отношението на студентите към ефективността на ваксините като цяло и на тези срещу COVID-19 е представено на фиг. 2.

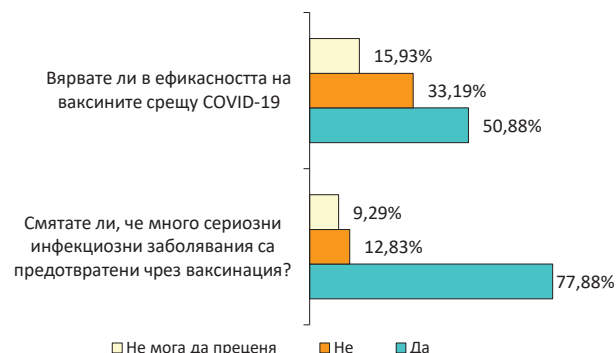
Резултатите показват, че студентите имат по-положително отношение към ваксинацията като цяло, отколкото към ваксинирането срещу COVID-19.

На въпроса: *Смятате ли, че много сериозни инфекциозни заболявания са предотвратени, чрез ваксинация?*, 77,88% ( $n = 176$ ) от респондентите отговарят положително; 12,83% ( $n = 29$ ) отрицателно, а 9,29% ( $n = 21$ ) от анкетираните нямат мнение по въпроса.

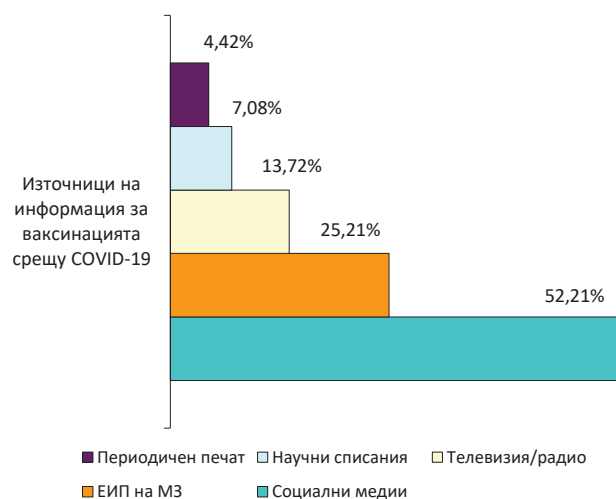
По отношение на *ваксините срещу COVID-19* 50,88% ( $n = 115$ ) от анкетираните студенти са убедени в тяхната ефективност; 33,19% ( $n = 75$ ) изразяват недоверие към тях, а 15,93% ( $n = 36$ ) нямат мнение по въпроса.

Повече от половината от респондентите са получили информация за ваксините срещу COVID-19 в платформите на социалните медии (52,21%,  $n = 118$ ), за 25,22% ( $n = 57$ ) основен източник на информация е Единният информационен портал за

COVID-19 на МЗ; 13,72% ( $n = 31$ ) се осведомяват от телевизията; 7,08% ( $n = 16$ ) от научни списания и от периодичния печат 4,42% ( $n = 10$ ) (фиг. 3).



Фиг. 2. Отношение на респондентите към ваксинацията като начин за контрол на инфекциозните заболявания, в т.ч. и на COVID-19



Фиг. 3. Източници на информация за ваксините срещу COVID-19

Едва 35,4% ( $n = 80$ ) от респондентите споделят, че имат завършен курс на ваксинация. Тревожен факт е, че повече от половината студенти (63,10%,  $n = 120$ ) не възнамеряват да се ваксинират, а 11,5% ( $n = 26$ ) не са взели решение (фиг. 4).

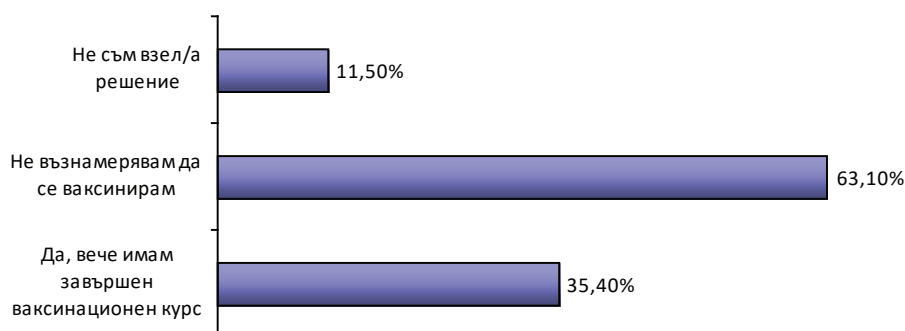
Основната причина за поставяне на ваксина, която изтъкват вече ваксинираните студенти, е желанието им да предпазят себе си и близките си от заразяване (50,88%,  $n = 115$ ). Не е малък и делът на тези, които посочват чисто утилитарни причини като: изискване от висшето училище за представяне на цифров COVID сертификат за ваксинация и/или преболедуване, или антигенен тест (33,19%,  $n = 75$ ); връщане към нормалното ежедневие и спиране на пандемията (9,29%,  $n = 21$ ) и пътуване в чужбина (6,66%,  $n = 15$ ) (фиг. 5).

Най-често цитираните причини за резистентност към ваксинацията според респондентите са: „безпокойство за дългосрочните ефекти на ваксината“ (50,88%, n = 115), следвани от: „придобитият имунитет след заразяване с болестта е по-добър от ваксиналния“ (35,40%, n = 80); „неубеденост в ефективността на ваксината“ (33,19%, n=75); „достатъчност на имунната система“ (26,54%, n = 60), „ненадеждност на клиничните изпитвания“ (19,91%, n = 45); „недоверие във ваксината“ (13,72%, n = 31); „конспиративни теории“ (7,08%, n = 16) (фиг. 6).

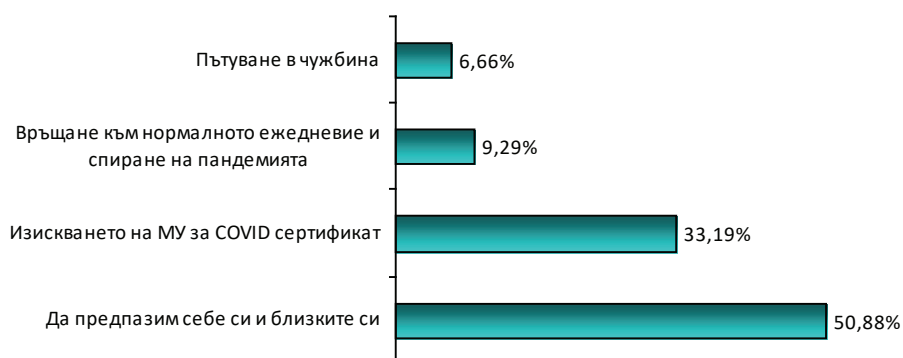
## ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Това проучване имаше за цел да установи нагласите на студентите, обучаващи се в направление „Здравни грижи“, за ваксиниране срещу COVID-19. Резултатите показват, че мнозинството от респондентите са категорични за ползите от ваксините по принцип, но по отношение на ваксините срещу COVID-19 приемливостта е ниска.

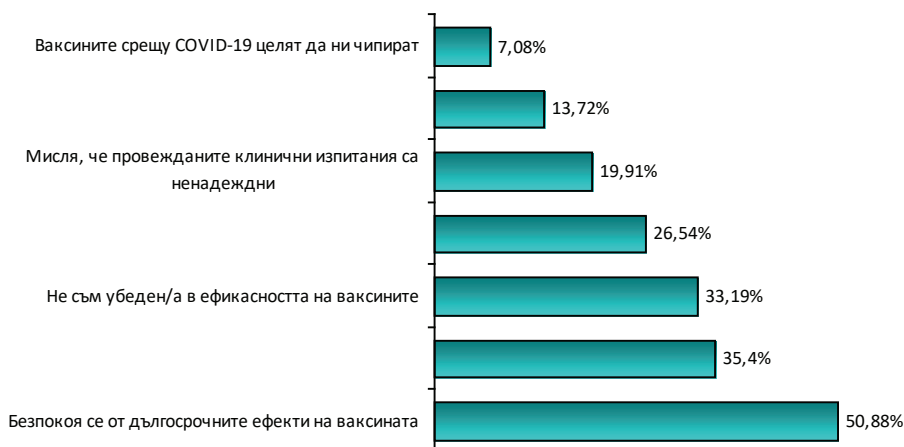
Ваксинирането може да предотврати заразяването с COVID-19, но повечето студенти все още



Фиг. 4. Нагласи на студентите за ваксиниране срещу COVID-19



Фиг. 5. Мотиви на студентите за ваксиниране срещу коронавирусната болест



Фиг. 6. Причини за отказ от ваксиниране срещу COVID-19

не са склонни да се ваксинират (63,10%). Това показва и ниския процент на завършен курс на ваксинация (35,4%).

Най-често цитираните причини за резистентност към ваксинацията са свързани с безопасността на ваксината и евентуалните и дългосрочни ефекти. За съжаление, повече от 1/3 от анкетираниите считат, че придобитият имунитет след заразяване с болестта е по-добър от ваксиналния, а 7,08% се поддават на конспиративни теории, свързани с безпрецедентно бързото производство и одобрение на коронавирусните ваксини.

По отношение на източниците на информация социалните медии бяха посочени като основен източник на информация (52,21%) за здравето поведение и важен начин за студентите да получат достъп до знания, свързани с ваксината срещу COVID-19.

Ваксинацията е ефективен начин за контрол на инфекциозните заболявания, в т.ч. и на COVID-19. Успехът обаче изисква повишаване на осведомеността, положително отношение и приемане на ваксината.

С внедряване на подходящо съдържание в образователните програми висшите учебни заведения биха могли да повишат доверието във ваксинирането и да помогнат за намаляване на опасенията, свързани с безопасността на ваксините. Най-важното е студентите като бъдещи професионалисти по здравни грижи да приемат позицията си на модели за подражание в осигуряването на общественото здраве, особено във времена на борба с нови заразни болести.

#### Библиография

1. Баев М, Стоилчев ЕГ. Нагласи към ваксините срещу COVID-19 в България. *Обща медицина*, 2021, 23(4), 10-18.
2. Йорданова Р, Милчева Хр. Мнението на студенти от професионално направление „здравни грижи“ относно COVID-19 ваксинацията. *Варненски медицински форум*, 2022, 11(1), 253-258.
3. Джиганска Цв. Пандемиите – развитие в историческото минало и на сегашния етап, Сборник доклади от Четвърта научна конференция с международно участие „мултидисциплинарен подход в здравните грижи“, Враца, 2021, 101-106.
4. Добрилова П. Интегрираните грижи като елемент на първичната медицинска помощ, сп. *Обща медицина*, 2016, 18(2), 3-8.
5. Попова Т, Димитрова А, Устоянова К. „За“ и „против“ ваксинирането срещу COVID-19. Сб. Доклади „Медицинските сестри и акушерките – ключов ресурс в съвременното здравеопазване“, Ст. Загора, Кота, 2020, 101-107.
6. Dimitrov T, Zlatanova-Velikova R, Dobrilova P, Velikov S. Multiple sclerosis and quality of life. *Balkan Medical Union*, 2015, 50(4), 533-537.
7. Geng H., K. Cao, J. Zhang, K. Wu, G.Wang & C. Liu. Attitudes of COVID-19 vaccination among college students: A systematic review and metaanalysis of willingness, associated determinants, and reasons for hesitancy, *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 2022, 18:5
8. Initiative GPE. Global eradication of wild poliovirus type 2 declared. Geneva: World Health Organization 2015 [accessed 2022 Jan 29]. <https://polioeradication.org/news-post/global-eradication-of-wild-poliovirus-type-2-declared/>.
9. Iriarte-Roteta A, Lopez-Dicastillo O, Mujika A et al. Nurses' role in health promotion and prevention: A critical interpretive synthesis. *J Clin Nurs*, 2020, 29, 3937-3949.
10. Ledda C, Costantino C, Cuccia M et al. Attitudes of Healthcare Personnel towards Vaccinations before and during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*, 2021, 18, 2703.
11. Meethil AP, Saraswat S, Chaudhary PP et al. Sources of SARS-CoV-2 and other microorganisms in dental aerosols. *J Dent Res*, 2021;100(8):817-23.
12. Nguyen A, Catalan-Matamoros D. Digital Mis/Disinformation and Public Engagment with Health and Science Controversies: Fresh Perspectives from COVID-19. *Media Commun*, 2020,8, 323-328.
13. World Health Organization. (WHO) Coronavirus (COVID-19) dashboard. Updated 2021. Retrieved from <https://covid19.who.int>

## ПРОУЧВАНЕ ЕФЕКТИВНОСТТА НА БАЗОВАТА ПОДГОТОВКА ПО АНАТОМИЯ И МОРФОЛОГИЯ НА ЗЪБИТЕ ПРИ РАБОТА С ДЕНТАЛЕН СОФТУЕР ЗА ДИГИТАЛЕН ДИЗАЙН

М. Московска, Ст. Великов, Н. Костова-Камбурова, Д. Петкова

Медицински колеж "Йорданка Филаретова", Медицински университет - София

## STUDYING THE EFFECTIVENESS OF BASIC TRAINING IN ANATOMY AND MORPHOLOGY OF TEETH WHEN WORKING WITH DENTAL DIGITAL DESIGN SOFTWARE

M. Moskova, St. Velikov, N. Kostova-Kamburova, D. Petkova

Medical College "Yordanka Filaretova", Medical University "Sofia"

**Abstract.** The aim of the present research is to find out how important basic training in Dental Anatomy and Morphology (DAM) such as theoretical knowledge and manual skills through cutting and sculpting soap teeth is and how the learned/unlearned knowledge and skills are reflected in late when working with various programs for digital tooth design. The study compared the knowledge and skills of anatomically faithful reproduction of dental forms among dental students from different courses in the „analogue“ and digital method.

**Key words:** students, „Dental Technic“, training in Anatomy and Morphology of Teeth, digital design of teeth, annual challenge

Адрес за кореспонденция: Мила Московска, e-mail: m.moskoff@mc.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Mila Mosuova, e-mail: m.moskoff@mc.mu-sofia.bg

---

---

### ВЪВЕДЕНИЕ

Дигиталната трансформация и нейните въздействия отдавна са предмет на задълбочени изследвания. Внедряването на новите технологии води до частично или изцяло автоматизиране на много ръчни и когнитивни операции и променя изискванията към знанията и уменията на работната сила [1].

Дигитализацията на денталната медицина и зъботехниката в България бързо навлиза във всички сфери на живота и настига световните тенденции. Този феномен доведе до промяна в традиционните принципи на работа в денталните кабинети и зъботехническите лаборатории. С ут-

върждаването на дигиталния подход в клиничната и лабораторната практика е необходимо и студентите по дентална медицина и зъботехника да бъдат обучени в областта на CAD/CAM производството чрез дигитализация на учебния процес [2]. Преподаването и материалите, разпространени в електронна среда (електронни лекции, видеоматериали и др.), се оценяват като желано допълнение към основните методи за преподаване [3].

През последните години, когато стане дума за повишаване на ефективността на работата, за оптимизация на времето, повишена конкурентоспособност и свобода на работата и място за живот, на преден план задължително излиза темата за технологиите. Съвременните поколения скене-

ри и принтери категорично предоставят подобни възможности. Проучванията показват, че над 80% от собственици на лаборатории (СМТЛ) изразяват предпочитания към служителите, които проявяват интерес и притежават умения за работа със зъботехнически софтуери. Работодателите обаче са категорични, че от изключителна важност за тях не е технологичната подготовка на студентите и випускниците от специалност "Зъботехник", а техните много добри познания в областта на анатомията и морфологията на зъбите и желанието им за развитие и професионално усъвършенстване.

Придобитите, правилно усвоени и затвърдени в процеса на академичното обучение практически умения и навици са солидна предпоставка бъдещите зъботехници успешно да се развиват професионално [4]. В тази връзка се проучи доколко базовата подготовка по АМЗ влияе върху усвояването на нови умения при работа със софтуер за дигитален дизайн на зъби. Водени от тезата, че студентите в специалност "Зъботехник" са креативни представители на цифровото поколение и учат по нов, различен начин, в Медицински колеж "Йорданка Филаретова" към МУ – София, повече от 15 години се провежда предизвикателство на различна тема. Целта е да се стимулират творческата активност, стремежът да развиват манипулативните умения и да повишава познавателното ниво на теоретичните знания. Добрите основи при усвояване на базови учебни дисциплини е предпоставка за мотивация на обучаваните и запазване и разгръщане на по-нататъчен интерес и напредък в различните области на зъботехниката.

Анатомия и морфология на зъбите (АМЗ) е най-значимата от всички специални учебни дисциплини при подготовката на бъдещите зъботехници. Изучава се в 1-ви семестър на 1-ви курс и резултатите от нея оказват сериозно влияние по-късно при усвояването на подвижното и неподвижното зъбопротезиране.

## Цел

Целта на проучването е да се установи доколко е важна базовата подготовка по АМЗ като теоретични знания и мануални умения чрез изрязване на зъби от сапун и как усвоените/неусвоените знания и умения се отразяват по-късно при работа със софтуер за дигитален дизайн на зъбите.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проведено е емпирично изследване в периода април–май 2022 г. върху 112 души – българи и чужденци, на възраст между 20-63 г., разпределени в следните групи:

- студенти от 2-ри и 3-ти курс от специалност "Зъботехник" от МК "Й. Филаретова",
- преподаватели от Колежа,
- наставници и практикуващи зъботехници от различни СМТЛ в София.

Експерименталната част включва изработването на модели по макет с предварително зададен размер и форма на долен централен резец с размери и форма, съобразени с макетите за изработване на зъби от сапун през първи семестър от първи курс. Взеха участие 31 студенти от първи, втори и трети курс, приблизително равен брой мъже и жени на възраст от 19 до 42 години, като най-много бяха студентите от 2-ри курс.

За срок от 10 дни студентите изработиха изследвания обект чрез следните методи: рисуване, скулптиране, 3D дизайн (фиг. 1).

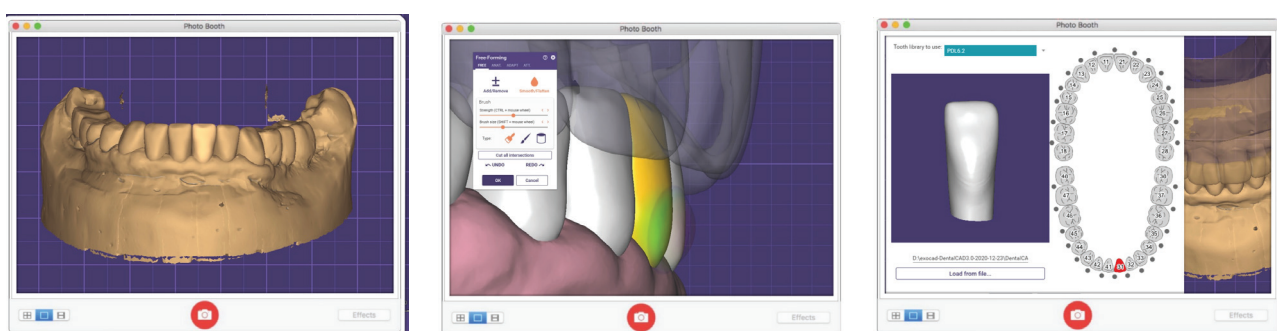
## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Резултатите показват, че над половината от анкетираните студенти (54%) са използвали дигитален софтуер по време на учебно-практическата си подготовка в СМТЛ. Този факт се обяснява с доброто познаване на софтуера и увереността, които студентите усвояват и придобиват по време на ежеседмичната си УПД в СМТЛ като част от обучението си. По програма всички учащи се задължително скулптират сапунени модели по учебни фантомни макети.

Установи се по-малък брой участие на първокурсници в сравнение с предходна година, което се обяснява с продължителното дистанционно обучение на студентите още от началото на първи семестър и незнанието им за провеждането на подобни събития в специалността. От друга страна, интереса към експеримента, както и засиления ентузиазъм, мотивация и старание за практическа работа, студентите обясняват и с невъзможността да посещават учебни упражнения в присъствена форма по време на пандемията от COVID-19. Студентите осъзнават необходимостта и ползата от провеждането на практически занятия под наблюдението и менторството на



Фиг. 1. Скулптиране на долен централен резец от сапун: а) Рисуване, б) Скулптиране, в) 3D дизайн



Фиг. 2. Дигитален дизайн на долен ляв централен резец

квалифицирани преподаватели и с желание приемат всяка, появила се пред тях възможност, в това число и описания експеримент. Студентите споделят, че очакват да използват различни дигитални технологии и софтуери в бъдещата си ежедневна практика като зъботехници.

Същността на учебната „провокация“ представлява съчетаване на две задания: изработване на фантомни зъби с морфологични особености и размери от учебната програма, както студентите вече са скулптирали през първи семестър на обучението си („нещо познато“) – от една страна, и от друга – дигитален дизайн по метод, с който имат сравнително малко опит, но им предстои или вече работят по време на учебната си практика в СМТЛ.

След анализ на предадените работи се установи, че 67% от скулптираните зъби са с правилно пресъздадени морфологични особености, размери и пропорции на долния ляв централен резец. При тях са спазени изискванията и критериите за изработване на фантомните зъби. При 18% от изследваните модели се отчетоха отклонения при оформянето на екваторите, а при 49% от участващите модели се наблюдават несъответствия във височините на апроксималните зъбни повърхно-

сти една спрямо друга. Установи се, че възпитаниците на МК „И. Филаретова“ с изключителен ентузиазъм се включват в реализирането на различни творчески задачи. Почти 2/3 от студентите от 2-ри и 3-ти курс приеха поканата за участие.

Установено беше, че позитивната емоционална нагласа към занятията, одобрението и поддръжката от страна на преподавателите дават възможност студентите да почувстват увереност в собствените си сили, което несъмнено доведе към успех на целия процес.

За ефективно обучение на възрастния учащ се е необходимо:

- да вижда смисъла от обучението, да обосновава за себе си необходимостта от това;
- да има желание да учи и да бъде уверен в собствените си възможности за овладяване на тези знания и навици;
- да е убеден в своевременността, актуалността и необходимостта от обучението;
- да разбира практическата насоченост на обучението, да вижда начина за прилагане на получените знания и навици в живота [6].

Според резултатите от проучването 71% смята, че знанията по АМЗ дават значително отражение върху работата по „Технология на зъбните

протези“ (ТЗП), а 94% – че при дигитален дизайн на зъбите не е достатъчно само познаване на денталния софтуер. Прави впечатление, че има почти пълно съвпадение в мнението на преподавателите и наставниците, докато при студентите този процент е по-нисък – 67%.

## Изводи

Ежегодните предизвикателства, предлагани в специалност „Зъботехник“ в МК „Й. Филаретова“, целят да стимулират и да провокират нестандартно мислене у студентите. Развиването на способностите им да се справят с проблемни ситуации, трудности, креативността са пряко свързани с бъдещата им работа като зъботехници. Установихме, че от съществена важност са не само наличието на уменията за „копиране“ и познаване на специализиран софтуер, а осъзнато пресъздаване – правилно и точно въз основа на задълбочени знания по зъбна анатомия и морфология. Въвеждащите мануални навици и умения чрез изрязване на зъби от сапун и теоретичната подготовка по АМЗ са от ключово значение в прехода от аналогово към дигитално зъбопротезиране и на тях е нужно да се отделят внимание и време за постигане на трайни и качествени резултати. Това категорично доказва, че не би следвало да се пропускат или negliжират, а да се затвърждават по време на всеки етап от студентското обучение. Тяхното разгръщане и усъвършенстване в професионалното развитие става чрез учене през цялия живот.

**Благодарности.** Настоящото изследване е разработено по инфраструктурен проект към МУ – София, с тема „Интеграция на дигитално-информационен модул на базата на CAD/CAM технологии в обучението на студентите от специалност “Зъботехник” на Медицински колеж “Йорданка Филаретова”.

## Библиография

1. Овчарова С. Работна среда и благосъстояние в условия на дигитализация. Сборник с доклади от Международна научно-практическа конференция “Управление на човешките ресурси в ерата на дигиталните предизвикателства. Наука и икономика”. Икономически университет – Варна, 2020.
2. <http://conference.ue-varna.bg/hrm/wp-content/uploads/Proceedings/HRMConfProceeding2020.pdf>, 26. 10. 2022 г.
3. Zitzmann NU, Matthisson L, Ohla H, Joda T. Digital Undergraduate Education in Dentistry: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 2020, 17(9), 3269.
4. McCann AL, Schneiderman ED, Hinton RJ. E-teaching and learning preferences of dental and dental hygiene students. *J Dent Educ*, 2010, 4(1), 65-78.
5. Балканска П, Приложна психология в медицинската практика. Булвест 2000, 2009, 163.
6. Рибов М. За необходимостта от прагматични решения във висшето образование. [https://www.unwe.bg/uploads/ResearchPapers/RP\\_vol1\\_2014\\_No1\\_M%20Ribov\\_var%201.pdf](https://www.unwe.bg/uploads/ResearchPapers/RP_vol1_2014_No1_M%20Ribov_var%201.pdf), 26. 10. 2022 г.
7. Гурова В, Дерменджиева Г, Георгиев Е, Върбанова С. Провокацията – учебен процес, практически съвети за университетски преподаватели. Аскони-Издат, 1997, 213.
8. Velikov St, Zlatanova-Velikova R, Dobrilova P. The teachers opinion about introduction interactive methods in training of medical specialists, *J Educat Instruct Studies in the World*, 2018, 8(2), 8-13.

## ЕФЕКТИВНОСТ НА ПРОФИЛАКТИКАТА НА НИВО ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

С. Пантелеев, Т. Златанова

Факултет по обществено здраве “Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, МУ – София

## EFFECTIVENESS OF PREVENTION AT THE LEVEL OF PRIMARY HEALTH CARE

S. Panteleev, T. Zlatanova

Faculty of Public Health “Prof. Dr Tsekomir Vodenicharov, DMedSc”, Medical University – Sofia

**Abstract.** The increase in the average life expectancy, the aging of the population and the increase in the negative influence of factors related to lifestyle and the environment determine the global trend towards an increase in the causes of chronic non-communicable diseases (NCDs) and the strengthening of social-economic consequences. In this context, the present article presents prevention at the level of primary outpatient medical care as a method to control NCDs. Data show the need for change in order to increase the coverage of the population from mandatory preventive examinations.

**Key words:** prevention, chronic non-communicable diseases, general practitioner

**Адрес за кореспонденция:** Тихомира Златанова, e-mail: t.zlatanova@foz.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Tihomira Zlatanova, e-mail: t.zlatanova@foz.mu-sofia.bg

---

## ВЪВЕДЕНИЕ

Хроничните неинфекциозни болести (ХНБ) като сърдечно-съдови болести, диабет, злокачествени новообразувания и хронични респираторни заболявания са една от основните причини за увреждания, лошо здравословно състояние, пенсиониране по здравословни причини и преждевременна смърт в ЕС. Тези болести имат висока социална и икономическа цена. Според Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) всяка година в ЕС около 550 000 души в трудоспособна възраст умират преждевременно от ХНБ. На тях – като основна причина за смъртност в ЕС – се падат по-голямата част от разходите за здравно обслужване. Те струват на икономиките в ЕС 115 млрд. евро годишно, което се равнява на 0,8% от БВП. От десетилетия ситуацията с ХНБ в България е аналогична на светов-

ната. Хроничните незаразни болести са основна причина за отрицателните тенденции в здравното състояние на населението.

Реформата в първичната медицинска помощ постави в центъра на внимание на системата за здравеопазване осъществяването на качествени, адекватни, продуктивни и справедливо разпределени медицински услуги. На първо място, се отделя внимание на потребностите на пациента от медицинска гледна точка. Подчертава се необходимостта от всеобхватна, непрекъсната и ориентирана към пациента помощ. Хората се явяват партньори, активен участник в решаването на въпросите, касаещи тяхното здраве.

Една от основните дейности на общопрактикуващите лекари (ОПЛ), включена в основния пакет първична извънболнична медицинска помощ, гарантиран от бюджета на НЗОК, е осъществяването на задължителните профилактични прегледи.

## МЕТОДОЛОГИЯ

За целта на нашето проучване са разгледани условията за провеждане на профилактични прегледи при хора над 18-годишна възраст като метод за контрол на хроничните неинфекциозни болести.

За решаването на тази цел си поставихме следните задачи:

1. Анализ на нормативни документи, регламентиращи реда, обхвата и начина на извършване на профилактични прегледи при ОПЛ.

2. Анализ на броя на отчетените и заплатени годишни профилактични прегледи на здравноосигурено лице (ЗОЛ) над 18 години при ОПЛ за периода 2017-2021 година.

3. Анализ на групите от лица с рискови фактори за развитие на заболяване, формирани от ОПЛ като резултат от профилактичния преглед.

Използвани са документален метод и графичен анализ.

## РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗ

В Наредба № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (в сила от 01.01.2017 г., издадена от министъра на здравеопазването, обн. ДВ. бр. 92 от 22 ноември 2016 г. изм. и доп. ДВ. бр. 48 от 28 юни 2022 г.) се определят условията, редът и финансирането за извършване на профилактичните прегледи, насочени към ранно откриване на заболявания. Профилактичните прегледи и изследвания се извършват в съответствие с медицинските стандарти и правилата за добра медицинска практика. Продължителността на профилактичния преглед се определя от медицинския специалист в зависимост от обема и обхвата на необходимите медицински дейности, включително извършването на последваща оценка на резултатите от назначени изследвания и консултации. Лечебните заведения могат да осъществяват скрининг като метод за профилактика на заболяванията. В раздел II на същата Наредба се определят редът и начинът на провеждане на профилактични прегледи.

Лицата над 18 години подлежат на профилактични прегледи и изследвания, определени по вид и периодичност в Приложение № 2 на същата наредба. С цел профилактика на социалнозначими и приоритетни за страната заболявания при лицата над 18 години общопрактикуващият лекар формира групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване съгласно Приложение № 3.

За формиране на рисковите групи лекарят попълва карта за оценка на рискови фактори за развитие на заболяване съгласно Приложение № 4.

Общопрактикуващият лекар на лицата над 18 години, включени в рисковите групи, осъществява по отношение на тях профилактични дейности, определени в Приложение № 5.

Контролът по провеждането на профилактичните прегледи се осъществява от регионалните здравни инспекции, районните здравноосигурителни каси и Изпълнителната агенция "Медицински одит".

Извършихме анализ на броя на проведените профилактични прегледи от ОПЛ на задължително осигурени лица (ЗОЛ) над 18 години за периода от 2017-2021 г.

Докато за периода 2017-2019 г. се наблюдава ръст с 4% на проведените профилактични прегледи, то след това е налице спад, свързан с пандемията от COVID-19, който е достигнал 10% за 2021 г. в сравнение с 2017 г.

Средният брой на отчетените профилактични прегледи през 2019 г. при лицата над 18 години е най-висок за разглеждания период (2017-2019 г.) – 0,40 прегледа на едно ЗОЛ, а за 2021 г. стойността на показателя е била 0,35 прегледа на едно ЗОЛ, при предвиден един профилактичен преглед годишно. Това показва ниската заинтересованост на населението за този вид дейност, гарантирана от бюджета на НЗОК, и необходимостта от промяна в мотивацията на пациентите с цел ранно откриване на рискови фактори за развитие на заболявания.

С цел профилактика на социалнозначими заболявания при ЗОЛ над 18 години ОПЛ формира

Таблица 1. Брой годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години за периода 2017-2021 г.

Година	2017	2018	2019	2020	2021
Годишни профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години (брой)	2 315 522	2 359 660	2 403 617	2 082 427	2 091 439

групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване, като резултатите от профилактичния преглед се отразяват в „Карта за оценка на рискови фактори за развитие на заболяване“. По данни на ИТСЗОП през 2021 г. броят на отчетените Карти за оценка на рискови фактори за развитие на заболяване за ЗОЛ, на които е извършен профилактичен преглед, е 2 118 696 броя, което представлява ръст от 1,86% в сравнение със същия период на 2020 г. – 2 080 087 броя карти на ЗОЛ, на които е извършен профилактичен преглед. За 2021 г. в резултат на проведените профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години, съгласно отчетените карти за оценка на рискови фактори, включените ЗОЛ в група с рискови фактори за развитие на заболявания, са: с рискови фактори за развитие на сърдечно-съдови заболявания – 16 896 ЗОЛ, а с много висок риск по SCORE – 1565 ЗОЛ; с рискови фактори за развитие на захарен диабет тип 2 – 161 880 ЗОЛ, а 3057 лица са с много висок риск – над 20 т. по FINDRISK и стойности на гликиран хемоглобин, по-високи или равни на 5,5 ммол/л до 6,5 ммол/л вкл. При проследяване на пътя на пациента следва да се отбележи, че лицата в рискови групи през целия анализиран период (2017-2021 г.) в много малък относителен дял се насочват към лекари специалисти за по-нататъшно проследяване на риска, което е предпоставка за развитие на хронично заболяване и увеличаване на хоспитализациите в бъдеще. Това налага оптимизиране на проследяването на пациентите с рискови фактори за развитието на ХНБ с цел ранно откриване и по възможност подълъг период на ремисия и предотвратяване на обострянния и развитие на усложнения.

Данните показват, че е необходима промяна и в поведението на пациентите по отношение на отговорността им за собственото здраве в посо-

ка по-голяма ангажираност при провеждане на задължителните профилактични прегледи при ОПЛ.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Човешката и финансовата цена на ХНБ е висока и се очаква тя да нарасне, като се има предвид и застаряващото население у нас и на ЕС. Освен това хората, страдащи от незаразни болести, могат да бъдат засегнати в по-висока степен от други заболявания, както стана ясно при пандемията от COVID-19.

Намаляването на тежестта на ХНБ изисква цялостен подход и справяне с неравнопоставеността по отношение на здравеопазването във всички области. От първостепенно значение е фактът, че промоцията на здравето и профилактиката на заболяванията могат да доведат до намаляване на тази тежест със 70%.

## Библиография

1. Златанова-Великова Р, Златанова Т. Парадоксите в българското здравеопазване – задължителните профилактични прегледи на лица над 18 години. *Обща медицина*, 2010, 12(2), 27-32.
2. [https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/overview\\_bg](https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/overview_bg)
3. <https://www.lex.bg/en/laws/ldoc/2136933195>. Наредба № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията.
4. [https://www.nhif.bg/bg/nzok/annual\\_report](https://www.nhif.bg/bg/nzok/annual_report). Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2017-2021 г.
5. <https://www.nhif.bg/bg/regulatory/regulations>. Наредба № 9 от 10 декември 2019 Г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на националната здравноосигурителна каса.
6. [https://www.nhif.bg/bg/nrd/2020-2022/medical#docs\\_section6](https://www.nhif.bg/bg/nrd/2020-2022/medical#docs_section6). Приложение 12а към НРД за медицински дейности 2020-2022.

## АНАЛИЗ НА ДЕЙНОСТТА ПО ДИСПАНСЕРНО НАБЛЮДЕНИЕ ПРИ ОБЩОПРАКТИКУВАЩИЯ ЛЕКАР

С. Пантелеев, Т. Златанова

Факултет по обществено здраве “Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, МУ – София

## ANALYSIS OF THE ACTIVITY OF DISPENSARY OBSERVATION AT THE GENERAL PRACTITIONER

S. Panteleev, T. Zlatanova

Faculty of Public Health “Prof. Dr Tsekomir Vodenicharov, DMedSc”, Medical University – Sofia

**Abstract.** The aim of the article is to present the dispensary monitoring of the people with obligatory medical insurance (OMI) from the General Practitioner as an effective method of control of chronic non-communicable diseases. An analysis of the regulatory documents defining the path of the dispensary patient, an analysis of the dispensary people with OMI at GPs for the period 2017–2021, and an analysis of the dispensary examinations performed and paid for by GPs for the period 2017–2021. The results show an increase in the total number of the dispensary people with OMI for the considered period and the need for a change with an accurate evaluation of the effectiveness in the follow-up of these patients.

**Key words:** dispensary, GP, efficiency, chronic non-communicable diseases

Адрес за кореспонденция: Тихомира Златанова, e-mail: t.zlatanova@foz.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Tihomira Zlatanova, e-mail: t.zlatanova@foz.mu-sofia.bg

## ВЪВЕДЕНИЕ

Диспансерно наблюдение се осъществява на всички пациенти с хронични заболявания, определени в Наредба № 8 от 2016 г., подлежащи на диспансеризация от общопрактикуващия лекар (ОПЛ) (Приложение № 13 към чл. 22, ал. 1). Отказът от диспансеризация при ОПЛ се отразява в амбулаторния лист, като пациентът се подписва. Пациентите се диспансеризират след установяване на диспансерната диагноза. Рисковите фактори не са диспансерни заболявания. Годишно се провеждат четири прегледа на пациента, отбелязани като диспансерни прегледи, като се вписват всички диспансерни диагнози. Максималният брой на прегледите (четири) и изследванията по диспансерно наблюдение за тези заболявания се

определя на база предвиден най-висок брой прегледи и изследвания за едно от тях, а не за всяко заболяване поотделно, което означава, че ако един пациент е с повече от едно заболяване, подлежащо на диспансеризация от ОПЛ (напр. артериална хипертония, диабет II тип и МСБ), се води на диспансер от ОПЛ за всички тези заболявания и подлежи най-много на четири прегледа. Изследванията и консултациите за всяко от тези диспансерни заболявания на пациента са предвидени в стандарта за диспансерните прегледи. Ако едно и също изследване е включено в дейностите за две различни диспансерни заболявания (напр. холестерол при АХ и при МСБ), то не се назначава два пъти, а само веднъж по време на някой от четирите диспансерни прегледа, тъй като пациентът е един и същ. Ако изследването е проведено по

време на профилактичен преглед в рамките на календарната година, същият резултат се вписва в диспансерния преглед и не се назначава отново. И обратно, при проведено изследване по време на диспансерен преглед в рамките на календарната година, резултатът се признава и вписва в профилактичния преглед. Има заболявания, при които изследвания се провеждат 2 и повече пъти годишно. Всички изследвания и консултации за различните диспансерни заболявания на един и същ пациент могат да бъдат назначени при един от четирите прегледа или да бъдат разпределени между два, три или четири прегледа, по преценка на ОПЛ. За предпочитане е тези изследвания и консултации да бъдат назначени в рамките на един до два прегледа.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Целта на настоящата статия е да покаже, че диспансерното наблюдение при ОПЛ е ефективен метод за контрол на хроничните неинфекциозни заболявания.

За осъществяване на тази цел си поставихме следните задачи:

1. Анализ на нормативните документи, определящи пътя на диспансеризирания пациент.
2. Анализ на диспансеризиранията здравноосигурено лице (ЗОЛ) при ОПЛ за периода 2017-2021 г.
3. Анализ на извършените и заплатени диспансерни прегледи от ОПЛ за периода 2017-2021 г.

Използвани са документален метод, сравнителен и графичен анализ.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Според НРД за медицински дейности за 2020-2022 г. общопрактикуващият лекар от лечебно заведение – изпълнител на ПИМП, провежда диспансеризация на ЗОЛ съгласно:

- Наредба № 9 от 2019 г.,
- Наредба № 8 от 2016 г. за заболяванията, подлежащи на диспансеризация от ОПЛ,
- Приложение № 8 „Пакет дейности и изследвания на ЗОЛ по МКБ, диспансеризирани от ОПЛ“.

Общопрактикуващият лекар провежда диспансеризация на регистрираните при него ЗОЛ при спазване на реда по чл. 4, ал. 1-5 на Наредба № 8 от 2016 г. Едно ЗОЛ не може да бъде диспансеризирано за едно и също заболяване в пове-

че от едно лечебно заведение и/или от повече от един лекар за един и същ период от време.

В случаите, в които едно диспансеризирано ЗОЛ над 18 години е със заболявания, класифицирани в един клас, но с различни МКБ кодове, за едни от които подлежи на диспансерно наблюдение при ОПЛ, а за други – при лекар специалист, този пациент подлежи на диспансерно наблюдение (медицински дейности и изследвания по вид, периодичност и честота) за всички заболявания изцяло от ОПЛ, съгласно Приложение № 8 и Приложение № 13. Изключение се допуска за пациентите с инсулинозависим захарен диабет, неинсулинозависим захарен диабет на инсулинолечение и пациенти, претърпели сърдечни интервенции и/или операции до края на първата година след интервенцията/операцията, при които диспансерното наблюдение се осъществява от лекар – специалист от СИМП.

В случаите, когато ЗОЛ подлежи на диспансерно наблюдение за всички заболявания изцяло от ОПЛ, е препоръчително извършването на два консултативни прегледа от съответния лекар – специалист от СИМП, за съответната календарна година по преценка на ОПЛ, но не по-малко от един, като в тези случаи ОПЛ насочва пациента за консултативен преглед. Когато ЗОЛ е заявило писмен отказ в амбулаторния лист от извършване на консултативен преглед при лекар специалист, ОПЛ има право да не назначи консултативен преглед. Ако при прегледа от ОПЛ се установи, че се касае за заболявания, включени в Наредба № 8 от 2016 г. и Приложение № 8 или Приложение № 8 и № 13, ЗОЛ подлежат на диспансеризация, като диагнозата, МКБ кодът на заболяването и видът на прегледа се отразяват в амбулаторния лист.

Когато за различните заболявания е определена различна честота на диспансерните прегледи/медицинските дейности за периода на наблюдение (за календарна година), за обща честота на диспансерните прегледи/медицинските дейности се приема най-високата предвидена честота за което и да е от заболяванията на ЗОЛ, диспансеризирани от съответния лекар. Когато за отделните заболявания са посочени едни и същи медико-диагностични и консултативни дейности, за общ брой/честота на тези медико-диагностични и консултативни дейности се приема най-високият предвиден брой/честота за което и да е от заболяванията в рамките на периода на диспансерно наблюдение (за календарна година).

При първоначална диспансеризация за дадено заболяване общият брой прегледи, изследвания и консултации за пациента за съответната календарна година се определя пропорционално на оставащите месеци до края на годината. При уведомяване на ЗОЛ за правото му на следващ диспансерен преглед и последващото му неявяване диспансериращият лекар не носи отговорност.

Профилактиката и диспансеризацията на ЗОЛ се извършват в съответствие с медицинските стандарти и правилата за добра медицинска практика и включват необходимите медицински дейности на ОПЛ при осъществяването на диспансерния преглед, както и извършване на последваща оценка на резултатите от назначени изследвания и консултации. При поискване от пациента ОПЛ му предоставя екземпляр от медицинската документация за всеки извършен преглед.

При анализа на диспансеризираните ЗОЛ при ОПЛ за периода 2017- 2021 г. (табл. 1) наблюдаваме следните зависимости:

- Нарастване на общия брой на диспансеризирани ЗОЛ със 7,3% за 2021 г. в сравнение с 2017 г.;

- Нарастване на броя на диспансеризираните ЗОЛ с „Болести на органи на кръвообращението“ с 6,86% за 2021 г. в сравнение с 2017 г.

- Нарастване на броя на диспансеризираните ЗОЛ с „Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата“ със 17,56% за 2021 г. в сравнение с 2017 г.

Наблюдава се леко намаляване на средния брой отчетени диспансерни прегледи на едно диспансеризирано ЗОЛ за 2020 г., което се дължи на обявената епидемична обстановка, свързана

с COVID-19. Като цяло това доведе до по-лош контрол и проследяване на пациентите с хронични незаразни болести и последващи от това влошавания на състоянието на пациентите с тези заболявания. Липсват данни в годишните отчети на НЗОК за броя и относителния дял на хоспитализираните пациенти с обострени хронични незаразни болести, които са диспансеризирани при ОПЛ. Това е една от насоките, в която може да се мисли при изграждане на единната информационна система, а именно стриктен контрол при проследяването на хроничните незаразни болести на различните нива на здравната система.

С цел по-добър контрол на хроничните незаразни болести от 2015 г. се въвежда диференцирано заплащане за диспансеризираните ЗОЛ с едно, две и повече от две заболявания. Това доведе до увеличаване на броя на диспансерните прегледи на пациенти с повече от две хронични заболявания с 29,77% през 2021 г. в сравнение с 2017 г. (табл. 2), но не и до увеличаване на средния брой отчетени диспансерни прегледи на едно диспансеризирано ЗОЛ. При диспансерните прегледи на ЗОЛ с едно и две заболявания се наблюдава намаляване на обема дейност през 2021 г. в сравнение с 2017 г.

## Изводи

Съществен елемент от дейността на ОПЛ е диспансерното наблюдение на лицата с хронични незаразни заболявания. От представените резултати можем да направим следните изводи:

1. В нормативните документи, показващи пътя на пациента по отношение на диспансерното наблюдение на хроничните заболявания, са

Таблица 1. Диспансеризирани ЗОЛ при ОПЛ за периода 2017-2021 г.

Година	2017	2018	2019	2020	2021
Общо диспансеризирани ЗОЛ	1 634 567	1 684 645	1 696 941	1 768 766	1 753 852
Болести на органи на кръвообращението (брой)	1 578 360	1 632 014	1 670 798	1 692 923	1 686 615
Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата (брой)	397 932	419 164	440 950	458 710	467 812
Среден брой отчетени диспансерни прегледи на едно диспансеризирано ЗОЛ	2.68	2.72	2.74	2.48	под 4

Таблица 2. Извършени и заплатени диспансерни прегледи от ОПЛ за периода 2017-2021 г.

Номенклатура	Отчетени и заплатени дейности през 2017 г. (по касов отчет)		Отчетени и заплатени дейности през 2018 г. (по касов отчет)		Отчетени и заплатени дейности през 2019 г. (по касов отчет)		Отчетени и заплатени дейности през 2020 г. (по касов отчет)		Отчетени и заплатени дейности през 2021 г. (по касов отчет)	
	Обем (брой)	Стойност (лв.)	Обем (брой)	Стойност (лв.)	Обем (брой)	Стойност (лв.)	Обем (брой)	Стойност (лв.)	Обем (брой)	Стойност (лв.)
Прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с едно заболяване	2 192 867	20 832 201	2 172 744	20 641 068	2 151 273	23 422 734	1 951 675	25 371 775	1 837 799	23 891 387
Прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с две заболяване	1 508 369	17 060 411	1 523 307	18 384 558	1 556 255	20 460 049	1 478 335	22 175 025	1 426 022	18 538 286
Прегледи по диспансерно наблюдение на ЗОЛ с повече от две заболяване	742 027	9 868 959	876 764	11 779 021	943 670	14 425 140	958 533	17 253 594	962 953	12 518 389

Стойностите за 2020 и 2021 г. са изчислени на база цени след 08.2020 г. предвид действащата тогава епидемична обстановка във връзка с COVID-19

отразени всички аспекти във връзка с контрола и проследяването на състоянието на ЗОЛ.

2. Наблюдава се нарастване на общия брой на диспансеризирани ЗОЛ при ОПЛ с 7,3% за анализирания 5-годишен период (2017-2021 г.)

3. Нараства броят на диспансерните прегледи на ЗОЛ с повече от две хронични заболявания с 29,77% през 2021 г. в сравнение с 2017 г.

4. Средният брой отчетени прегледи на едно диспансеризирано ЗОЛ остава под 3 за анализирания период.

В годишните отчети на НЗОК липсват данни за броя на хоспитализираните пациенти във връзка с влошаване на хроничното им заболяване. Наличието на такива данни би дало по-ясна представа за ефективността на диспансерното наблюдение на нивото на първичната извънболнична меди-

цинска помощ от ОПЛ с наличните средства и необходимостта от промяна в пакета от дейности и регулативните стандарти във връзка с контрола на тези заболявания.

#### Библиография

1. <https://www.lex.bg/en/laws/ldoc/2136933195>. Наредба № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията.
2. [https://www.nhif.bg/bg/nzok/annual\\_report](https://www.nhif.bg/bg/nzok/annual_report). Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2017-2021 г.
3. <https://www.nhif.bg/bg/regulatory/regulations>. Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на националната здравноосигурителна каса.
4. [https://www.nhif.bg/bg/nrd/2020-2022/medical#docs\\_section6](https://www.nhif.bg/bg/nrd/2020-2022/medical#docs_section6). Приложение 8 към НРД за медицински дейности 2020-2022.

## РОЛЯТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА В УЧИЛИЩЕ ЗА РАЗПОЗНАВАНЕ НА ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА

Д. Маслинкова, Д. Симеонова, М. Русанова

Медицински факултет, Медицински университет – София

## THE ROLE OF THE SCHOOL NURSE IN RECOGNIZING EATING DISORDERS

D. Maslinkova, D. Simeonova, M. Rusanova

Medical Faculty, Medical University – Sofia

**Abstract.** The prevalence of eating disorders among adolescent girls is between 5 and 10%, with the distribution for the different categories being approximate as follows: 1% is affected by anorexia nervosa, 2% by bulimia, and 3% by binge eating. The girls/boys ratio is 10:1. Despite the serious consequences, including purely medical, of eating disorders, seeking help from patients themselves is a deferred act and would never take place if it were up to them. What's more, they actively resist it, deny the problem and react angrily when attempting even a single conversation on the topic of eating habits. In addition, patients with bulimia nervosa and binge eating disorder are usually ashamed of their behavior and often conceal their symptoms. The first signs of eating disorders are in most cases discreet and remain invisible to others, especially since they are also carefully concealed by adolescents. Their behavior is often interpreted by concerned adults as "normal" growth or perceived as a "temporary" change in food preferences due to the age period. And if the "classic" emaciated appearance of anorexia nervosa immediately causes alarm and points to suspicions of insufficient eating, in cases of "normal" body weight, the detection of an eating problem requires a deeper look, beyond physical characteristics. The questions what are the first symptoms of eating disorders and how can we recognize them, what is the right approach for these adolescents and how useful and crucial would be the timely intervention of the school nurse, who combines the clinical experience and knowledge of a medical professional and at the same time is a trusted interlocutor for young people in a not always friendly environment, are explored.

**Key words:** nurse, school, eating disorders

**Адрес за кореспонденция:** Десислава Маслинкова, e-mail: d.maslinkova@medfac.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Desislava Maslinkova, e-mail: d.maslinkova@medfac.mu-sofia.bg

Разстройствата на храненето (РХ) са група от синдроми, характеризиращи се с психологични и поведенчески нарушения, свързани с храненето и теглото. Според МКБ-10 в тази рубрика попадат „анорексия нервоза“, „атипична анорексия нервоза“, „булимия нервоза“, „атипична булимия нервоза“, „преяждане, свързано с други психологични нарушения“.

Честотата на хранителните разстройства сред девойките в юношеска възраст е между 5 и 10%,

като разпределението за отделните категории е приблизително следното: 1% са засегнатите от анорексия нервоза, 2% – от булимия, 3% – от пристъпно преяждане. Съотношението момичета/момчета е 10/1 [1].

Анализ във връзка с възникването на хранително разстройство показва, че средно статистически то започва около 17-годишна възраст, но приблизително 30% от случаите са под 14 години или по-рано. Наблюдава се слабо повишаване на случаите

между 11 и 12 г. Повечето засегнати са между 13- и 19-годишна възраст. Много малко са случаите на дебют след 30 години, както и под 7-10 год. [2].

## АНОРЕКСИЯ НЕРВОЗА

Научните изследвания показват, че анорексия нервоза е едно от най-смъртоносните психиатрични състояния. Съществуват данни, че при 10% от пациентите боледуването от анорексия нервоза завършва с летален изход в рамките на 10 години от началото на разстройството [3]. Важно е да се знае, че близо 40% от пациентите постигат пълно възстановяване, като това отнема около 6-7 години.

Относно етиологията на разстройството съвременната концепция поддържа комплексната генеза с участие на биологични, социални и психологични фактори. Интересно е да се отбележи, че в личностната характеристика на засегнатите несъмнено се срещат с по-голяма честота някои черти, без те да могат да се определят като задължителни – момичетата са най-често интелигентни и свръхамбициозни. Те отричат настъпващите пубертетни телесни промени, сексуални пориви и представите за бъдещите сексуални роли на зрялата жена. Осъзнато или неосъзнато те възприемат и се придържат към един аскетичен идеал за „безполовост“ [4].

Дефиницията за анорексия нервоза по МКБ-10 гласи: „Разстройство, което се характеризира с предумишлено намаляване на теглото, като този процес е предизвикан или поддържан от самия пациент“. И при този тип разстройство, подобно на цялата група разстройства на храненето, повисока е честотата при момичета (съотношението момичета:момчета = 9:1). Началото е обикновено в юношеска възраст [5].

### Диагностични указания

1. Телесното тегло се поддържа на равнище поне 15% под очакваното (или поради отслабване, или нормалното тегло никога не е било достигнато) или индексът на телесна маса (теглото в кг върху височината на квадрат в метри) е 17,5 или по-нисък. Важно е уточнението, че пациентите в предпубертетна възраст могат да не достигнат очакваното тегло през периода на растежа.

2. Загубата на тегло е предизвикана от самия пациент чрез:

- избягване на храни, от които се пълнее (висококалорични храни);
- предизвикано целенасочено повръщане;

- предизвикано целенасочено чревно разстройство;

- прекомерно натоварване с физически упражнения;

- употреба на потискащи апетита и/или диуретични медикаменти.

3. Разстройство във възприемането на собственото тяло под формата на специфична психопатология, при която страхът от напълняване персистира като упорита свръхценна идея и пациентът си налага ниско нормативно тегло.

4. Масивни ендокринни нарушения, засягащи оста хипоталамус–хипофиза–надбъбрек, които се проявяват при жените като аменорея, а при мъжете като загуба на сексуалното влечение и потентността. Може да се наблюдават повишени нива на растежен хормон, на кортизол, промени в периферния метаболизъм на тиреоидния хормон и аномалии на инсулиновата секреция.

5. Ако началото е в предпубертетна възраст, развитието се забавя и даже спира (растежът спира – при момичетата не се оформя бюст и е налице първична амнорея, при момчетата гениталиите остават недоразвити). След излекуване пубертетът най-често завършва нормално, но менархе настъпва по-късно.

Клиничната картина при анорексия нервоза е много типична. Като ход на протичане разстройството може да бъде разделено на начален и напреднал стадий [6]:

#### Начало:

- Абнормното хранително поведение започва много често незабелязано за околните, тъй като гладуването нарочно се прикрива („Отне ми година, докато забележа... Дори не знам и кога е започнало всичко“, майка на 14-годишна девойка с анорексия нервоза).

- Като повод могат да послужат неуместни забележки за пълна фигура, направени от значима за заболялия личност („Непрекъснато ме щипеха по бузите, още от малка... Върхът беше, когато в класа започнаха да ми казват „Бузана“, Д.Т. на 15 год. с анорексия нервоза).

- Самоналоженият хранителен режим постепенно става все по-рестриктивен – от храната се изключват все повече видове хранителни продукти („В началото започна да се храни здравословно – черен хляб, печено, приготвено на скара или на пара, държеше да не е пържено... Дотук добре, в един момент изключи хляба и тестените изделия...“

Това също го приех, защото хапваше: мляко, яйца, месо, плодове, зеленчуци, но изведнъж реши, че не трябва да яде нищо животинско, забраняваше ми да слагам мазнина на салати и готвени ястия... Отказа се и от плодовете, защото твърдеше, че са много калорични и в един момент се оказа, че е на вода и маруля, приемани един път дневно”, майка на 14-годишна девойка с анорексия нервоза).

- Юношите изучават активно калорийното съдържание на хранителните продукти („Тя е като енциклопедия. Знае не само калорийния състав на всяка една храна, но и количеството на белтъчини, мазнини и въглехидрати в нея... Как запомня всичко това, не знам”, майка на девойка на 15 год.).

- Скрито изхвърлят закуските си („Не можете да си представите на какви места съм откривала храна – под леглото, в гардеробите, под чекмеджетата... С баща ѝ все се чудехме защо винаги от детската стая се носи миризма на развалено въпреки много ароматизатори, които слагаме”, майка на девойка на 15 год.).

- Наред с това си налагат продължаващи до изтощение физически упражнения („Не се спираше, тичаше на стадиона до нас, отделно правеше упражнения в стаята си, ходеше на училище без градски транспорт, а училището никак не е близо”, майка на 14-годишна девойка с анорексия нервоза).

- Постигнатото намаление на теглото им се струва недостатъчно („Ребрата ѝ се брояха, беше страшно да я гледам с клин, а тя говореше, че е дебела”, майка на девойка на 15 год.).

- Всяко поемане на храна ги води до напрежение, страх и чувство, че са натрупали тлъстини („След всяко хранене усещането беше ужасно... Дни наред не можех да мисля за нещо друго освен за това колко калории съм погълнала”, Д.Т. на 15 год. с анорексия нервоза).

Сравнително рано в процеса на гладуването или след постигане на значително намаление на телесната маса менструацията спира. Това рядко тревожи пациентките. Някои дори са доволни от този резултат на „постигната безполовост” или връщане към безполовия възрастов период, т.е. към детството („Изобщо не се безпокоя от това, че менструацията ми спря, дори така ми е много по-добре”, Д.Т. на 15 год. с анорексия нервоза).

По отношение на учебния процес продължават да са старателни и амбициозни до момента, в който извънредното отслабване и свързаната с него астенния довеждат и до нарушения на изпълнителските

умения поради невъзможност за продължителна концентрация на вниманието и поради изключителна ангажираност с проблема за хранителния режим (А.В. на 16 год., отслабнала с петнадесет килограма за последната една година, с ИТМ = 15, първа по успех в елитна езикова гимназия; В.К. на 14-годишна възраст пълна отличничка, с максимален брой точки на матурите в седми клас, ИТМ = 13. Отказва консултация, защото предлаганите за консултация с детски психиатър часове са сутрин, а тя не желае да пропуска нито един учебен час. Заявява, че ще дойде само ако консултацията е следобед. Категорично отказва постъпване в болница, защото „ще изтърве учебния материал и няма да може да навакса” при тръгване отново на училище. Заявява: „За мен ученето е на първо място. Искам да завърша гимназия със златен медал.”).

#### *Напреднал стадий:*

- редуцията на теглото е катастрофална
- кожата – суха и лющеща се, студени крайници

- косите – оредели и чупливи
- могат да се появят „гладни отоци” по краката
- лануго – по кожата
- продължават да твърдят, че са дебели – имат нарушена, нереална перцепция за собственото си тяло

- ако началото е в предпубертетна възраст, развитието се забавя и даже спира

- според различни изследвания смъртността достига 5-20%.

Съзнанието на болните става изцяло обзето от проблема хранене, дори когато декларират, че са напълно критични. Те насочват цялото си внимание, всичките си интереси върху процеса на хранене. Губят всяка представа колко трябва да яде нормалният човек, още повече че вследствие на продължителното гладуване реално изпитват тежест в стомашната област при нахранване. Цялото семейство се ангажира също с проблема за диетите и това нарушава нормалния ритъм на съществуването им („Отказваше да дойде с нас на почивка, защото нямаше да може да спазва дневното си меню, както и да изминава с колело разстоянието, което в града всеки ден изминаваше... Беше абсолютно неразумна”, баща на девойка на 15 год. с анорексия нервоза).

Медицинските усложнения са не само много на брой, но и водят до сериозни последици. Те обхващат на практика всички системи в тялото [7]:

1. Свързани със загубата на тегло: кахексия – загуба на мазнини, мускулна маса:

- понижен метаболизъм на щитовидната жлеза, студова нетолерантност, затруднение да поддържат постоянна базална телесна температура
- сърдечни – загуба на кардиална мускулна маса, аритмия, брадикардия, внезапна смърт
- гастроинтестинални – забавено стомашно изпразване, запек, абдоминална болка
- репродуктивни – аменорея, понижен LH и FSH
- дерматологични – лануго, едема
- хематологични – левкопения
- невро-психиатрични – абнормни вкусови усещания, депресия, когнитивни трудности

2. Свързани с прочистването (злоупотреба с лаксативи):

- метаболитни нарушения – електролитни нарушения – хипокалиемична, хипохлоремична алкалоза, хипомагнезиемия
- гастроинтестинални – възпаление на слюнчените жлези и панкреаса и увеличение на размерите, водещо до повишена в серума амилаза (панкреатит), езофагеални и гастрални ерозии, дисфункционално черво
- зъби – ерозия на зъбния емайл (особено на предните зъби), кариеси
- невро-психиатрични – припадъци, разстройство на когницията.

## БУЛИМИЯ НЕВРОЗА

Дефиницията за булимия невроза по МКБ-10 гласи: „Синдром, характеризиращ се с повтарящи се пристъпи на преяждане, при което мисълта на пациента е изцяло ангажирана с контрола на телесното тегло, и го кара да използва крайни мерки за ограничаване на „затлъстяващите“ ефекти от погълнатата храна“ [5]. Пациентите най-често са млади жени, честотата е в рамките между 1 и 3%. Епизодични симптоми на булимия се срещат при до 40% от учащите в колежи. Проявява се в по-късна възраст в сравнение с анорексичното разстройство. В повечето случаи пациентите поддържат нормално телесно тегло, но при някои има данни за затлъстяване. Разпределението по пол е същото, както при анорексията [8]. Етиологията отново, както и при анорексичното разстройство, е комплексна. Разликата е, че пациентите обикновено не са толкова близки със своите родственици

и отношенията в семейството са по-конфликтни. Булимичните пациенти определят родителите си като „отхвърлящи и пренебрегващи“. Обикновено те са по-раздразнителни, импулсивни, емоционално лабилни, склонни към развитие на зависимости, включително алкохолна и наркотична. Суицидните опити са с по-голяма честота при тези пациенти [9].

Според МКБ-10 диагностичните указания включват:

1. Непрекъсната свръхангажираност по отношение на яденето, непреодолимо влечение към храната, пациентът е склонен към епизоди на преяждане, като консумира голямо количество храна за кратко време.

2. Пациентът прави опит да противодейства на напълняването от погълнатата храна чрез едно или няколко от следните средства: предизвикано повръщане, злоупотреба с пургативи, редуващи се периоди на гладуване, приемане на лекарства за потискане на апетита, тиреоидни препарати или диуретици.

3. Психопатологията се изразява в болестен страх от напълняване и пациентът си определя строго ограничено нормативно тегло доста под нивото на преморбидното тегло, което може да се приеме за оптимално или здравословно от гледна точка на лекаря. Често, но не винаги, има данни за предхождащ епизод на анорексия невроза с продължителност от няколко месеца до няколко години. Този епизод може да е бил напълно изразен или да се е проявил в по-лека и прикрита форма с умерена загуба на тегло и/или фаза на преходна аменорея.

Клиничната картина се характеризира със:

1. Рекурентни (повтарящи си) епизоди на преяждане, непрекъсната свръхангажираност по отношение на яденето:

- ядене през кратък период (напр. 2 часа) на огромно количество храна
- чувство за загуба на контрол на яденето, непреодолимо влечение към храната – не е в състояние да спре да яде

2. Рекурентно (повтарящо се) компенсаторно поведение, което противодейства на напълняването от погълнатата храна, посредством:

- предизвикано повръщане
- злоупотреба с пургативи
- редуващи се периоди на гладуване
- приемане на лекарства за потискане на апетита

- тиреоидни препарати, диуретици
- пациенти с диабет, страдащи от БН, могат да изоставят лечението си с инсулин.

3. Психопатология – болестен страх от изпълняване и пациентът си определя строго ограничено нормативно тегло доста под нивото на преморбидното тегло.

4. Често, но не винаги може да има данни за предхождащ епизод на анорексия невроза, с продължителност от няколко месеца до няколко години.

5. Епизодите са минимум 2 пъти седмично в продължение на 2-3 месеца.

Пристъпите са придружени от чувство на загуба на контрол и продължават от един до няколко часа. В някои случаи пациентите могат предварително да подготвят големи количества, лесна за поглъщане храна, друг път поемат със стръв всичко, което може да се намери в хладилника. Физически дискомфорт (абдоминална болка или гадене) прекратява преяждането, което често е придружено от последващо чувство за вина, депресия, самоотвращение. Пристъпът завършва със спонтанно или самопредизвикано повръщане. За разлика от анорексичните пациенти, тези с булимия могат да поддържат нормална телесна маса, което допълнително заблуждава околните и много често семействата дори не подозират за съществуването на хранителен проблем („Дъщеря ми се хранеше много добре, ядеше от всичко, колкото си поиска, а изглеждаше много добре, фина, слабичка...Приятелките ѝ завиждаха, че нищо не ѝ се „лепи“. Оказа се, че години наред тя е повръщала, т.е. предизвиквала е повръщане, и аз изобщо не съм подозирала...Разбрах много късно... Една нощ, когато всички отдавна си бяха легнали, чух че някой се дави в тоалетната...Втурнах се и я видях над тоалетната чиния...”, майка на девойка на 17-годишна възраст с булимия невроза).

Повтарящото се повръщане може да доведе до усложнения:

- езофагит и гастрални разкъсвания (много рядко);
- нарушения на електролитния баланс – хипокалиемия – аритмия; мускулна слабост, тетания, епилептични гърчове;
- последваща остра загуба на тегло.

Като прогноза 50% от пациентките с булимия постигат пълна ремисия в рамките на около 5 години, 1/3 от лекуваните рецидивират. Нелекуваните симптоми, които персистират, имат значимо

влияние върху функционирането. При 20% от жените подобрене не може да се постигне. Смята се също, че при млади пациенти е възможно да отзвучи и спонтанно. Чести са обаче случаите на пристъпи от свръхмерно хранене при хронифициращо протичащи случаи на анорексия [10].

Съществува взаимовръзка между хранителните и депресивните разстройства [11]:

- Депресията може да бъде вторична спрямо анорексията, т.е. да е следствие от биологичните промени при загуба на тегло.

- Депресията може да е първична, т.е. депресивното разстройство обуславя анорексичния и булимичния синдром.

- Депресията може да е независима от анорексията и булимията.

### **МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА В УЧИЛИЩЕ С КЛЮЧОВА РОЛЯ В РАЗПОЗНАВАНЕ НА НАЧАЛНИТЕ СИМПТОМИ НА ХРАНИТЕЛНО РАЗСТРОЙСТВО**

Медицинската сестра в училище успешно се справя с ролята на добър и активен слушател, който винаги е на разположение и предразполага към отворена и искрена комуникация. Без да влиза в ролята на „съдник“, тя обикновено внимателно изслушва и при необходимост дава дискретни насоки, което е от изключителна важност за юношите. Тя е в непрекъснат контакт с тях, търсена е за консултации относно отделни соматични оплаквания и често има обективен поглед върху поведението им.

В началото на всяка учебна година медицинската сестра в училище получава от всеки ученик документация (лична здравно-профилактична карта), където е отразена информацията относно здравословното му състояние, както и неговото реално тегло и ръст. Изчисляването единствено на индекса на телесна маса (ИТМ) в никакъв случай не е решаващо за поставяне на диагноза, но е важен ориентир, който заедно с отчитане на други фактори (анамнестични данни, лично наблюдение на медицинската сестра, впечатления от връстници) може да потвърди или отхвърли съмнение за хранително разстройство, което да изисква диагностично уточняване от детски психиатър.

Когато медицинската сестра има съмнение за хранителен проблем, следващите стъпки биха били полезни за по-лесно и бързо идентифициране на проблема и намиране на решение:

- Контактът с юношата следва да се гради на взаимно доверие. В разговор е необходимо младият човек да усети загриженост и емпатия от страна на възрастния. Първоначално темата за храната следва да се избягва и да се създадат възможности младежът да говори и споделя свободно. Например: "Забелязвам, че в момента ти е тежко, би ли искал да поговорим за това? Има ли нещо, което искаш да споделиш? Мога ли да направя нещо за теб?" или „Всичко ли е наред в училище/вкъщи, изглеждаш леко тревожен, отпаднал, разсеян?“.

- След изразяване на обща загриженост и предразполагане към споделяне следва много внимателно да се премине към въпроси, свързани с хранителното поведение. Всеки опит за дискусия относно хранене, хранителни навици, тегло, физическа активност вероятно ще бъде посрещнат с яростно отричане и гняв.

- Лесен за прилагане и отнемащ кратко време е SCOFF Questionnaire за анорексия [12]:

1. Чувстваш ли се болен, защото имаш усещането, че си много пълен?

2. Притесняваш ли се, че си загубил контрола върху това какво количество храна ядеш?

3. Напоследък да си отслабнал с повече от 6 килограма за три месеца?

4. Убеден ли си, че си дебел, когато другите ти казват, че си слаб?

5. Можеш ли да кажеш, че мислите за храната доминират в живота ти?

Отговорите на зададените въпроси неизменно ще бъдат: „Всичко е наред“, „Аз съм добре, благодаря“, „...Просто напоследък не ми се ядеше много, но това ще мине, няма нужда да се притеснявате“. В такава ситуация правилният ход е изчакване и назначаване на регулярни срещи с младежа: „Чудесно е, че не смятате, че има проблем. Надявам се да сте прав. Нека се срещнем след седмица, за да проверим отново.“ Възможно е да измине много време преди юношата да започне да говори открито за проблема.

Стандартизиран за хранителните разстройства въпросник в България е EDI 3. Съществува в две форми, като кратката е добра за провеждане на скрининг. Броят на айтемите в нея са 32 и отнемат малко време за попълване. Въпросникът е предназначен за оценка на симптомите и поведенческите характеристики, които са индикативни за лица с хранителни разстройства.

Междувременно е добре на общите срещи да се повиши осведомеността за хранителните разстройства с подходящо поднесена информация под форма на публикации, книжки и др. Добрите практики предполагат включване и на останалия персонал, наблюдение на поведението и „събиране на доказателства“, например поведения като: изолиране, отсъствие от обяд, безупречно училищно представяне, ентузиазъм за всяка академична работа, пространни познания за вида, състава и енергийното съдържание на храната, практикуването на „калорични спортове“.

Следващата стъпка е търсене на помощ и привличане на повече хора, в този смисъл следване на политиката и запознаване с вътрешните разпоредби на училището. Ако ситуацията продължава да се влошава, е добре да се обсъди с класния ръководител и юношата възможността за контакт с родителите. Понякога може да се наложи да се наруши поверителността, независимо от желанието на пациента.

След информирание и договаряне с родителите е добре да се комуникира с приятелите на конкретния юноша. Важно е да се обръща внимание и да не се омаловажават техните впечатления и тревоги.

Грешка е да се подценяват хранителните проблеми, особено когато засегнатите декларират голяма готовност за промяна в поведението си. Обикновено юношите проявяват амбивалентност към промяна в мисленето и себевъзприятието, по тази причина работата с тях е предизвикателство.

Оценката на ниво на медицински риск може да бъде извършена единствено от лекар. Нивото на риска зависи от много фактори: степента и темпа на загуба на тегло; методите, използвани за компенсиране на храненето или мерките за контрол на теглото, като повръщане, злоупотреба със слабители средства, ограничаване на течностите, които могат да доведат до сериозни, а понякога и до животозастрашаващи последствия (електролитен дисбаланс, водещ до сърдечен арест или сърдечна аритмия). Оценката на риска само въз основа на ИТМ е недостатъчно достоверна. Измерването единствено на тегло невинаги е меродавно, тъй като има случаи, когато девойките поемат голямо количество вода непосредствено преди теглене или поставят скрити тежести в дрехите си.

Медицинската сестра в училище безпогрешно може да разпознае първите симптоми на хра-

нителното разстройство и да заостри вниманието на околните към бъдещото тревожа поведение на младия човек. В личния си контакт с юношата тя може да го насочи към разсъждения, бележещи пътя към началото на една дълга и трудна промяна в себевъзприемането. Допълнително може да му предостави признати научни източници с описание на дългосрочните ефекти от гладуване, съвети за хранене и обща информация за хранителните разстройства, като част от превантивните мерки.

Говорейки за превенция, е важно да подчертаем, че внимателно предоставената информация за здравословното хранене и упражнения (вместо фокусирането върху намаляването на теглото), всъщност може да предпази както от затлъстяване, така и от хранителни разстройства, свързани с образа на тялото [13].

Ролята на медицинската сестра е важна във всеки един етап на менажиране на хранителните разстройства. По време на лечението и през периода на възстановяване връщането в училище е свързано с тревоги и съмнения на родителите дали детето ще спазва договорения хранителен режим. Затова ясни послания от медицинската сестра към юношата, че храната е лекарство и трябва да се приема в договорените количества и в определеното време, са от изключителна важност.

Ето и някои съвети към специалистите по здравни грижи за мотивиране на юношите с хранителни разстройства:

- Помогнете на децата да видят връзката между анорексията и симптомите, които те не харесват и им пречат в ежедневието: умора, напрежение, натрапливост, свръхангажираност с храната и нейното избягване, проблеми със съня, усещане за студ, загуба на приятели, невъзможност за присъединяване към социална група, проваляне в спорта или в академичното справяне, суетене и раздразнителност на родителите.

- Помогнете на децата да видят ползите от наддаването на тегло: повече енергия, подобрена концентрация, устойчивост на студ, порастване на височина, по-добър капацитет за забавление с приятели, да се чувстват достатъчно добре, за да се присъединят към съвместни занимания с връстници.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хранителните разстройства са сериозен проблем сред подрастващите младежи, като най-чест

то засегнати са девойките. Смъртността при анорексия нервоза е най-висока в сравнение с тази при другите психични разстройства. По тези причини ранното разпознаване и насочване към специализирана консултация са изключително важен момент. От особена важност е екипната работа между всички специалисти, свързани с юношата. Медицинската сестра в училище, която отблизо проследява както соматичното състояние, така и поведението, в това число и хранителните навици на учащите юноши, може бъде включена активно и да окаже изключителна подкрепа в този процес. Тя би могла да посредничи и да партнира на юношата и неговото семейство както при установяване на проблема, така и при неговото менажиране.

## Библиография

1. Smink FR, Van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*, 2012;14(4):406-14.
2. Theander S. Anorexia nervosa with an early onset: Selection, gender, outcome, and results of a long-term follow-up study. *J Youth Adolescence*, 1996; 25, 419-429.
3. Rikani AA, Choudhry Z, Choudhry AM et al. A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Ann Neurosci*, 2013; 20(4):157-61.
4. Vitousek K, Manke F. Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Abnormal Psychol*, 1994; 103:137-147.
5. СЗО. Международна класификация на болестите, X ревизия (МКБ-10). Психични и поведенчески разстройства. Женева: СЗО, 1992.
6. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J*, 2020;50(1):24-29.
7. Peebles R, Sieke EH. Medical Complications of Eating Disorders in Youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2019;28(4):593-615.
8. Van Eeden AE, Van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry*, 2021;34(6):515-524.
9. Peterson CB, Thuras P, Ackard DM et al. Personality dimensions in bulimia nervosa, binge eating disorder, and obesity. *Compr Psychiatry*, 2010;51(1):31-6.
10. Keel PK, Mitchell JE, Miller KB et al. Long-term Outcome of Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 1999;56(1):63-69.
11. Sander J, Moessner M, Bauer S. Depression, Anxiety and Eating Disorder-Related Impairment: Moderators in Female Adolescents and Young Adults. *Int J Environ Res Public Health*, 2021;18(5):2779.
12. Morgan HG, Hayward AE. Clinical assessment of anorexia nervosa. The Morgan-Russell outcome assessment schedule. *Br J Psychiatry*, 1988;152:367-71.
13. Schwartz MB, Henderson KE. Does obesity prevention cause eating disorders? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2009;48(8):784-786.

## МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА В ЯСЛАТА И В ДЕТСКАТА ГРАДИНА – КЛЮЧОВА ФИГУРА ПРИ РАЗПОЗНАВАНЕ НА ПРОБЛЕМИ В ПСИХИЧНОТО ЗДРАВЕ НА МАЛКИТЕ ДЕЦА

С. Стайкова, Д. Маслинкова, Е. Иванова

Клиника по детска психиатрия „Св. Никола“, УМБАЛ „Александровска“, МУ – София

## THE NURSE IN NURSERY AND KINDERGARTEN – A KEY FIGURE IN RECOGNIZING MENTAL HEALTH PROBLEMS IN YOUNG CHILDREN

Sv. Staykova, D. Maslinkova, E. Ivanova

Clinic of Children Psychiatry "Sv. Nikola", UMHAT "Alexandrovsk", Medical University – Sofia

**Abstract.** Seeking psychiatric consultation, especially for a young child, is an extremely difficult time for any parent. Often, years pass from the moment of the first worries to the meeting with the specialist. This is a waste of valuable time for both the child and the family, given the undeniable fact of the effectiveness of early interventions. Therefore, timely consultation is extremely important and the role of the nurse in the nursery and kindergarten is key in recognizing mental health difficulties, developmental problems and in preventing complications from them. We share the experience of the team of the Clinic of Children Psychiatry "St. Nikola" at the University Hospital "Alexandrovsk" in working with young children and their parents. We analyze the journey they go through to receive specialist support and some of the key influencing factors. Tracking this process in recent years highlights a trend of increasing parental requests for the assessment of children up to the age of five. It is interesting to note that for children in this age group, a key trigger for seeking counseling is the recommendation for counseling by professionals in the nursery/kindergarten, including the nurse. The percentage of children referred to the clinic for consultation by a general pediatrician is negligible. In the majority of cases, parents said that it was the professionals in the nursery and kindergarten who directed their attention to certain types of children's behaviors that they had previously registered but had not reported as a concern or did not know whom to contact. Although many parents followed the recommendation for consultation, they shared the difficulty of accepting the need to meet with a child mental health professional and make it happen. Both identifying early signs of problems in the child's development and functioning and presenting this information in an appropriate and motivating way are important for the proper guidance of parents. We conclude our presentation with specific guidelines on how the nurse could support parents during this difficult period for them.

**Key words:** nurse, kindergarten, infant mental health, children psychiatry

**Адрес за кореспонденция:** Десислава Маслинкова, e-mail: d.maslinkova@medfac.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Desislava Maslinkova, e-mail: d.maslinkova@medfac.mu-sofia.bg

---

### ВЪВЕДЕНИЕ

В ранна детска възраст е изключително важно да се идентифицират маркерите, които биха могли да ни насочат към неблагоприятния в детското развитие. Превенцията на детското психично

здраве предполага навременно идентифициране на риска от потенциален проблем, при необходимост насочване за диагностика и провеждане на ранни интервенции, което е и гаранция за много по-благоприятна прогноза.

Психопатологията в периода на ранното детство най-често се свързва с проблеми в развитието и по-конкретно с т.нар. невроразвитийни разстройства. Тази категория е въведена в петата ревизия на Диагностичния и статистически наръчник на психичните разстройства на американската психиатрична асоциация (DSM-5) [1], предшествана е от „Разстройства на развитието“ в DSM-III-R [2] и „Разстройства, диагностицирани за първи път обикновено в бебешка, детска или юношеска възраст“ в DSM-IV [3]. В Международната класификация на болестите рубриката фигурира в нейната 11-а ревизия (МКБ-11) под наименованието „Психични, поведенчески или невроразвитийни разстройства“ [4], а в България понастоящем се прилага все още десетата ревизия, в която разстройствата са обособени в отделни категории.

Невроразвитийните разстройства възникват в ранна детска възраст и водят до нарушения във функционирането. В тази група влизат интелектуалните затруднения, разстройствата на общуването, на двигателните умения, разстройствата от аутистичния спектър, тиковите разстройства и разстройствата на училищните умения. Общо за всички тях е, че са засегнати когнитивни функции и умения, тясно свързани с невробиологичното съзряване. Началото им е още в кърмаческа или ранна детска възраст, като дефицитите персистират в хода на развитието, не са свързани с периоди на екзацербации и ремисии и показват тенденция за известно редуциране (промяна на изявата) във времето. Общото за всички нарушения в тази група е и това, че са засегнати няколко области на психичното развитие, по-чести са сред мъжката популация и са налице данни за сходни разстройства в семейството.

Познаването от страна на медицинските специалисти на изявата на тези разстройства в периода на ранното детство е от определящо значение за тяхното идентифициране. За съжаление, в подготовката на лекари, медицински сестри и други, свързани със здравната система професионалисти, темата за психичните разстройства в детството и юношеството е много малко застъпена. Най-често специалистите се запознават със симптомите, описани в използваната диагностична класификация, и съответно разбирането на спецификата на тяхната изява в хода на развитието се оказва рядкост. За сметка на това през

последните години в медийното пространство, темата за аутистичното разстройство придобива широка популярност, което, от една страна, повишава сензитивността на хората към този проблем и благоприятства търсенето на помощ, но от друга, позволява да се формира погрешното впечатление за неговото познаване и разбиране. В нашия клиничен опит често родителите споделят лекотата, с която детето им е било определено като аутистично от хора, нямащи медицинска експертиза или притежаващи такава, но в област на медицината, различна от детската психиатрия. Същевременно сме свидетели и на това как тревогите на родителите в тази посока са били отхвърлени от медицински специалист с позоваване на популярни разбирания, митове и други позиции, изразяващи предубеденост и недостатъчно професионално отношение. В този контекст смятаме, че медицинската сестра в детската ясла и градина, като представител на медицинското съсловие, има ключова роля за разпознаването на онези сигнали в поведението, във функционирането и в развитието на децата, които изискват обслужване от специалист в областта на детското психично здраве.

Идентифицирането на разнообразните прояви на проблемите, свързани с психичното здраве, се базира върху познаването на типичния ход на развитие, на очакваните за конкретната възраст познания, умения и поведения. Работата с малки деца изисква специфична компетентност, умения и способности, както и познаване на основите на концепцията за психичното здраве на малкото дете (Infant Mental Health). Препоръчва се усилията на специалистите, работещи с деца до 5 г., да бъдат насочени не просто към идентифициране на затрудненията и проблемните области, а да включват и целенасочено оценяване на силните страни на детето (както и на неговите близки, на средата и т.н.), на възрастово типични поведения и възрастово специфични проблемни прояви.

Поведението и функционирането на малките деца е много повлияно от особеностите на контекста и взаимоотношенията, които имат, и може да варира значително в зависимост от тях (особено в сравнение с последващите години). Оценяването на развитието на детето, на неговото поведение, адаптивни възможности и социоконмуникативни умения трябва да отчита особеностите на тези взаимоотношения, техните качества.

Проблемното поведение може да отразява несъответствието между детето и средата, да бъде резултат на неподходящи за възрастта и възможностите очаквания, грижи или забрани, както и ограниченост в капацитета за посрещане на нуждите на детето у самите възрастни. Възрастта на децата изисква усилията да бъдат насочени към превенция на последващи усложнения или генерализиране на трудни поведения или неуспехи, т.е. получаване на подкрепа преди диагноза или подкрепа, за да не се достигне до диагноза. Факторите, които оказват влияние върху компетентностите и функционирането на всеки един участник в тези взаимоотношения, са разнообразни, напр. време, място, среда и т.н. са свързани с характеристики на детето и на възрастните (темперамент, когнитивни способности, емоционално състояние, нагласи и т.н.), с качеството на връзката с професионалистите (доверието и неговото място в нея), както и със самия оценяващ. Значимостта на субективната перспектива към наблюдаваното и оценявано поведение на различните нива на поносимост и сензитивност, готовност да се разпознаят силните и слабите страни и да се опишат чрез подходящите за възрастта на детето думи, намира отражение в това, че те се реализират според предварително разработени и проверени процедури.

Съпротивите относно идентифицирането на проблеми при много малките деца играят голяма роля както по отношение на родителите, така и спрямо професионалистите, работещи с тях (в образователната, но и в здравната система), а това често върви паралелно с някои културни особености и митове за детското развитие. От професионалистите се очаква да могат да различават и съответно коректно да назовават нормативно приемливото поведение, нормативно трудното поведение и клинично значимото поведение. Възможността за сравнение на много деца на близка възраст в детските градини, както и професионалните познания на работещите там, им позволява да идентифицират по-рано онези сигнали в поведението на децата, които биха застрашили тяхното психично благополучие и които изискват подкрепа. Ако тази възможност бъде използвана по добър начин и впечатленията бъдат адресирани мотивационно към родителите, достигането до консултация със специалист ще се случи по-рано и по-бързо.

## **СКРИНИНГ НА РАННОТО ДЕТСКО РАЗВИТИЕ – ОСНОВНИ НАСОКИ**

Приема се, че универсалният скрининг за проблеми в развитието, поведението и психичното здраве може да помогне за ранно установяване на онези деца, които са уязвими, изложени на риск или се нуждаят от определена подкрепа. За да бъде ефективен обаче, той следва да се прилага в рамките на многостепенен модел на поведенческа подкрепа, който позволява да се помогне на тези деца да получат по-ранни услуги, отколкото биха получили иначе, и съответно да може да предотврати необходимостта от интензивно специално образование, специални интервенции или дори лечение.

Образователната система, в която е включена и медицинската сестра, лесно се асоциира с оценки, присъстващи в някаква степен още от детската градина. От своя страна скринингът също се асоциира с някаква оценка и това формално припокриване може да доведе до съществено объркване. Докато академичното оценяване може да има претенциите за представителност относно познанията и уменията на децата, известна валидност и надеждност на резултата, то скринингът далеч не може да претендира за това. Този тип оценка се различава от други дейности, като психообразователни оценки за определяне на необходимостта от специално образование, диагностична оценка за идентифициране на конкретни психични разстройства (например депресия, тревожност и др.) или разстройства на развитието (например аутизъм, умствена изостаналост и др.), или пък оценка на риска от насилие. Скринингът в образователната система, включително и в детската градина, в повечето страни обикновено има по-обща цели и е предназначен да идентифицира по-скоро рисковете за трудности в адаптацията към конкретния образователен контекст, които могат да се дължат на различни неща (част от които могат да са и някои от изброените преди това разстройства, но това скринингът не може и няма претенциите да уточни). Обикновено в този процес са ангажирани специално подготвени членове на екипа, между които и медицинска сестра. Идентифицирането на онези деца, които са рискови, не дава диагноза, но може да предостави възможност за насочване към по-нататъшно оценяване. Нито инструментите за скрининг, нито

положителните отговори при попълване на определени критерии за проблемно поведение предоставят достатъчно информация за поставяне на диагноза и прилагащите ги специалисти нямат право да се произнесат за такава, ако не притежават съответното медицинско образование и квалификация (лекар).

Процесът на скрининг е много повече от избор на инструмент за използване и администриране на оценката на децата. Изискват се внимателно планиране и подготовка, изготвяне на процедури, правила и стандарти за тяхното прилагане. Трябва да се обмислят въпроси, свързани с фактори като кой и как участва (участие на персонала, на семейството и т.н.), как и откъде ще бъдат разпределени на ресурси за подпомагане на процеса на скрининг, какви ще са отговорностите на персонала, подготвени ли са за това екипите и т.н. Важно е да се обърне внимание на етичните и правните норми, като например родителско съгласие, поверителност на информацията и правила за нейното използване. Всички тези инициативи следва да бъдат съобразени и със стандартите в съответната област и да се спазват съответните нормативни документи, с които медицинската сестра трябва да бъде запозната.

Скринингът, или ранното идентифициране на рискови фактори или признаци на трудности при адаптиране, предоставя възможност за намеса в подкрепа на децата и на техните близки, преди проблемите да станат по-значителни. За съжаление, сигналите често се игнорират. С прилагането на добре обмислени процедури за скрининг в детските градини, в които участва и медицинската сестра, може навреме да се установи психопатологичната проблематика, а това да бъде предпоставка за стартиране на ранни интервенции.

### **АУТИСТИЧНО РАЗСТРОЙСТВО – РАННИ СИМПТОМИ**

Аутистичното разстройство се характеризира с трайни дефицити в уменията за реципрочно социално взаимодействие и комуникация, както и с редица ограничени, повтарящи се модели на поведение, интереси или дейности, отличаващи се с нетипичност за съответната възраст и социокултурален контекст [5]. Началото на разстройството е в ранна детска възраст, засяга всяка от сферите на функциониране (език, комуникация,

регулация на поведението и емоциите, моторика, самообслужване), отличава се с хроничен ход и с известна стабилност на проявите във времето, но и с възможности за благоприятно повлияване, зависещо до голяма степен от навременното провеждане на адекватни психотерапевтични интервенции.

Регистрирането на по-висока честота на аутизъм сред братята и сестрите на вече идентифицирани случаи, води до определяне на сиблингите като високорискови за аутистично разстройство. Във връзка с това се провеждат множество изследвания, целящи внимателно наблюдение и проследяване през първите години от живота на тези деца. Резултатите от някои от тях показват отсъствие на патологични находки през първите шест месеца от живота на сиблингите, с изключение на неспецифично забавяне в двигателното им развитие, за разлика от последващите шест месеца, когато започват да се появяват проблеми със социалното взаимодействие [6]. Проследяването на живота на двегодишни деца, диагностицирани впоследствие с аутизъм, показва ясни проблеми в социалното общуване, играта, езика и общото познание, както и други сетивни и двигателни затруднения на тази възраст [7].

През 2004 г. в САЩ е осъществен проект, наречен "Първите думи", чиято цел е да идентифицира „червени флагове“ за аутистично разстройство, с важното уточнение, че няма патогномичен симптом за аутизъм. Оказва се, че не всички аутистични деца проявяват всеки един от симптомите, които се характеризират с променливост във времето. Изведени са девет маркера, които помагат за разграничаването на децата с аутизъм от децата с нарушения в развитието през втората година от живота им [8]:

- липса на жест за посочване;
- липса на съчетание между жест и очен контакт;
- отсъствие на споделено внимание и интерес;
- манипулиране с обектите чрез повтарящи се движения;
- липса на очен контакт при интеракция;
- отсъствие на реакция при повикване по име;
- липса на реакция при позитивни преживявания;
- необичайна прозодия;
- повтарящи се движения или необичайно позициониране на тялото.

Множество проучвания установяват, че най-често съобщаваните проблеми при децата до 5 г., които по-късно са диагностицирани с аутистично разстройство, са закъснение в речевото развитие и в общуването. Забавянето в усвояването на социални умения е втората най-честа причина за безпокойство сред родителите [9]. Притесненията относно присъствието на повтарящо се и стереотипно поведение често възникват по-късно, тъй като това поведение може да се появи и в началото на едно типично развитие и да не породи тревога, докато не продължи по-дълго от очакваното [10]. Други проблеми, като например закъснение в двигателното развитие, се съобщават по-често при случаи на деца с цялостно изоставане в развитието, отколкото при деца с аутистично разстройство. Вероятно поради това загрижеността на родителите относно възможно аутистично разстройство се проявява приблизително около една година след регистриране на някои поведенчески признаци, а споделянето на тревогите със специалист може да се забави още повече.

При 30% от случаите на деца с аутистично разстройство родителите споделят, че притесненията им са започнали още през първата година от живота на детето, а при 70% – през първите две години [11]. Въпреки своите безпокойства обаче мнозинството от родителите не са готови да последват съветите за по-детайлна оценка на детето и се нуждаят от повече време, за да предприемат следваща стъпка [12].

Симптомите на разстройствата от аутистичния спектър могат да бъдат видими, както многократно стана ясно, още преди първата година на детето, но търсенето на специалисти с цел диагностично уточняване често се забавя значително. Наличието на атипично развитие при първото дете може да промени чувствителността на родителите и да ги направи по-сензитивни към отклонения в развитието на по-малките деца в семейството [13]. Също така по-високото образование на майките се свързва с по-добри познания за развитието на детето и съответно по-висока вероятност за по-ранно търсене на помощ. Негативното поведение на детето и по-високият социално-икономически статус на семейството в комбинация са други фактори, благоприятстващи навременно търсене на помощ според някои проучвания [14]. От друга страна, има изследвания, които показват, че в извадка с родители, които имат ниски доходи и

по-нисък образователен ценз, прецизността на съобщените от родителите анамнестични данни, както и техните тревоги, не са свързани с дохода на семейството, образованието на майката или опита на родителите с по-големи братя и сестри [14, 15]. По отношение конкретно на аутистичното разстройство се установява, че по-голямото дете с такава диагноза в семейството се свързва с по-голяма загриженост и повишена сензитивност на родителите, изразена в повишено внимание към развитието на сиблинга [15]. Ако детето има и съпътстващи интелектуални увреждания, двигателни или езикови разстройства или други медицински проблеми, родителите също са по-склонни да споделят по-рано първите си притеснения [15]. В някои проучвания родителите на момичетата са тези, които съобщават по-рано за тревогите си, но това не е изведена закономерност. Допуска се, че в общата популация изразяването на загриженост от страна на родителите относно социалното развитие и поведение на децата корелира с по-късна диагноза на психично разстройство, което кара някои изследователи да подчертаят уважаването на тревогите на родителите от страна на специалистите [16]. При деца с повишен риск от изоставане в развитието поради неблагоприятни биологични фактори, като например недоносеност, преждевременно раждане, ниско тегло при раждане, асфиксия и др., се наблюдава изразена загриженост сред родителите. Оказва се, че техните тревоги корелират умерено с официалната оценка на състоянието, въпреки че много родители пропускат някои признаци на развитийни проблеми. Според други проучвания родителите са по-чувствителни към аутистичните характеристики в поведението на детето, отколкото към симптомите на забавяне в отделни сфери от общото функциониране [17]. Независимо от разнообразието на резултатите от прегледаната научна литература, общо заключение е, че когато родителите са загрижени, техните опасения обикновено са основателни, но за съжаление, в редица случаи не достигат до специалист и проблемите остават недиагностицирани.

Връзката между възрастта на първите тревоги и общото функциониране на детето също е сложна и с разнородни резултати [18]. От една страна, по-ранната възраст на първи безпокойства при родителите е свързана с по-тежки симптоми и забавяне в развитието и следователно може да

предвещава по-неблагоприятен изход, но от друга, по-ранната възраст може да бъде свързана с по-ранен достъп до интервенции и съответно много по-добра прогноза.

Валидността на ранната диагноза е доказвана многократно. В статия, публикувана през 2009 г., Chawarska и сътр. съобщават, че изследват група от 89 деца на възраст между 13 до 27 месеца, при които родителите са имали тревоги относно когнитивното, езиковото и/или социалното им развитие. По-късно те оценяват развитието им между две- и четиригодишна възраст и в 74% от случаите диагнозата, поставена първия път, се потвърждава [16].

К. Pierce и сътр. проследяват 1269 деца със средна възраст при първото оценяване 17,6 месеца и средна възраст при последно оценяване 36,2 месеца, като установяват обща диагностична стабилност от 95% [17].

В унисон с посочените от нас научни данни е и изказването на С.Н. Zeanah, признат авторитет в областта на детското психично здраве, идеолог на разработената за спецификите на малката възраст развитийна класификация DC:0-5 (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: DC:0-5) [19]. Запитан за рисковете от ранното диагностициране на малки деца, той емоционално възкликва: „Трябва ли да диагностицираме бебетата? Не! Трябва ли да диагностицираме разстройства при бебетата? Да!“.

## НАШИЯТ ОПИТ

През последните години (от 2016 г. до май 2022 г.) заявените за консултация в Клиниката по детска психиатрия „Св. Никола“ към УМБАЛ „Александровска“ деца до петгодишна възраст са повече от половината от постъпилите (както на месечна, така и на годишна база). По отношение на някои социо-демографски характеристики можем да кажем, че средната възраст на децата е 42 м. (11-60 м.). Разпределението по пол на децата е неравномерно, въпреки че преобладават момчетата. Прегледът на разпределението по региони от страната показва равномерно постъпване на заявки както от столицата и големите областни градове, така и от останалата част. Отчита се значимо увеличение на желанията за консултация на малки деца от страна на родители, живеещи в чужбина.

Като първи симптоми на безпокойства, обръналите се към нас родители на деца в тази възрастова група най-често съобщават за забавяне в речевото развитие и/или трудна регулация на поведението, последвано от дефицити в общуването, необичайни движения с ръцете и тялото, симптоми на сензорна чувствителност. По данни на родителите описаните прояви са били регистрирани от тях най-често във възрастта между една и две години, като се отчитат вариации в зависимост от това дали в семейството вече има друго дете и т.н., в синхрон с данните от споменатите проучванията. В този възрастов диапазон най-често са разположени и техните първи тревоги. Прави впечатление, че някои родители съобщават за безпокойства относно развитието на техните деца, още преди навършването на една година, но уточняват, че не са споделили тогава по различни причини. В обсъждане на тази тема, неминуемо излиза притеснението на родителите от реакцията на другите хора относно естеството на техните страхове и вероятността да бъдат както потвърдени, така и отнесени към тях самите.

Интерес за нас бе определянето на времето между първите тревоги, първите стъпки за търсене на помощ и реалното ѝ достигане. Оказва се, че от момента на първоначални безпокойства за развитието на детето до осъществяването на консултация със специалист изминава различен период – от дни в някои случаи до години в други. Средната възраст на децата в тази група за разглеждания период, които преминават мултидисциплинарна оценка в дневното отделение на Клиниката, е 46 месеца (12-50 м.). Факторите, които според родителите оказват влияние върху търсенето на първична психиатрична консултация, са много. Сред тях можем да споменем неблагоприятни моменти и усложнения по време на бременност и раждане, съпътстващи соматични заболявания, наличието на сиблинги, особено на сиблинги с диагностициран психиатричен проблем, което отново е в унисон с представените научни данни. Оказва се, че родителите, чиито деца според тях имат трудно за овладяване поведение, обикновено предприемат стъпки за търсенето на специалист и достигат до такъв в по-кратък интервал. Анализът на демографските данни, отнасящи се до родителите, показва, че търсенето на първична психиатрична консултация е повлияно от образованието и социално-икономическия

статус на семейството, но разпределението на отделните случаи е неравномерно и не позволява извеждане на конкретна закономерност. Дали детето посещава детска ясла и градина също се явява фактор, особено по отношение на насочването към терсене на специализирана помощ.

В периода между начало на безпокойствата и първичната детскопсихиатрична консултация при голям процент от случаите родителите споделят с нас, че се обръщат към специалисти като психолози и логопеди (родител на дете на 36 м.: „Детска психиатрия ми звучеше толкова страшно... Не исках на детето ми да бъде лепнат етикет, а и какво се променя, ако се постави диагноза.“). Разпознаването на личния лекар като професионалист, който може да обслужи тревогата на родителите в този момент, за съжаление не се регистрира в подадената от тях информация. При споделяне на своите безпокойства с личния педиатър на детето, някои родители получават съвети за изчакване, позоваващи се на често срещани в обществото стереотипи, като „Момчетата проговарят след тригодишна възраст“, „Нека тръгне на детска градина“, а при настояване от страна на родителите за консултация със специалисти, обикновено те биват насочвани към детски невролог.

### **МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА В ЯСЛАТА И ДЕТСКАТА ГРАДИНА В БЪЛГАРИЯ**

Висок процент от децата с неблагоприятен изход в развитието, които посещават ясла или детска градина във възрастта до пет години, достигат до консултация с детски психиатър след насочване от страна на специалисти в детското заведение, сред които и медицинската сестра. Този извод е валиден както за нашата действителност, така и за много други страни. Данните от метаанализи и систематични проучвания показват, че 1 на всеки 6 деца в предучилищна възраст, посещаващо детско заведение, може да има проблеми в развитието [18]. Проследяването на пътя на идентифицираните деца в образователната система (в детски ясли и градини) показва, че опасенията за проблеми в развитието са били основателни, но съответствието с поставените след това диагнози все още не е широко тествано и предстои да бъде изяснено [18]. Тези данни подчертават значението на това да има медицински специалист в екипите в сферата на образованието.

Специалистите по здравни грижи в България към 2021 г., работещи в самостоятелни детски ясли и яслени групи в състава на детски градини, са общо 3651, като 93,2% от тях са медицински сестри [20]. Прегледът на данни от Националния статистически институт показва, че след 2014 г. се запазва трайна тенденция за намаляване на броя на медицинските сестри – от 3691 през 2014 г. до 3403 през 2021 г. Отчита се повишаване и на средната възраст на работещите в тази сфера медицински сестри – до 60% в пенсионна възраст. Към месец февруари 2022 г. 61% от медицинските сестри, работещи в детските градини в София (в кабинет и в яслена група), са над 60 г. Общият им брой е 806 души, като от тях до 30 г. са едва 5 човека, до 40 г. – 20, а до 50 г. – 97 души. Медицинските сестри между 51 до 60 г. са 192, а останалите 61% са над 60 години – до 70 г. са 365 сестри, а над 70 г. – 123, а над 81 г. – 3 сестри. Данните за 2021 г. показват сходен, но по-малък процент – 59% от медицинските сестри са над 60 г. Тази информация е обезпокоителна, тъй като очертава затвърждаваща се тенденция за намаляващ интерес на медицинските сестри към професионална реализация в грижата за малките деца в образователните институции. От разговори със специалисти става ясно, че това се дължи, на първо място, на остарялата Наредба 26 на Министерството на здравеопазването за дейността на детските ясли. Според нея в яслена група основните професионалисти са медицинска сестра и детегледач, докато педагог се включва по регламент с разпределение един специалист на 60 деца.

Факторите, влияещи и мотивиращи медицинските сестри да започнат работа в екипи за подкрепа на деца, в това число и за работа в детските заведения, са малко изследвани. В проучване на А. Георгиева и кол. са идентифицирани следните значими фактори: „любов към децата“, „позитивната енергия, чийто носители са децата“, и „желанието да помагат на деца“. В същото проучване като отрицателни нагласи за работа с деца са посочени, както следва: „неумението да се справят с детското страдание“, както и че децата са „трудни пациенти“ [21].

Друга наредба, отнасяща се до ангажираността на медицинската сестра в детската ясла/градина, е Наредба № 5, която също не е актуализирана. Според нея под ръководството на лекар и медицинска

сестра в детските градини и обединените детски заведения се осъществява системно наблюдение на физическото и нервно-психичното развитие на децата, контролира се и се оценява тяхната физическа дееспособност. Очаква се медицинските специалисти да участват в процеса на организиране на здравното възпитание на децата и при провеждане на здравна просвета на персонала и родителите. Наред с това медицинската сестра на детската градина осигурява медицинско обслужване на децата и създава оптимални условия за нормалното им физическо и психично развитие. В продължение, тя следва да наблюдава здравното състояние на децата и при необходимост да оказва първа долекарска помощ. Медицинската сестра в групата на яслата е ангажирана и с грижи за отглеждането, възпитанието и развитието на децата от 10 месеца до 3 години.

Описаните задължения и отговорности са в пряка връзка с идентифицирането на ранните сигнали за проблеми в развитието – както физическо, така и психично. Същевременно, изхождайки от данните за възрастта на работещите медицински сестри в детски ясли и градини, можем да предположим, че тяхната клинична подготовка за разпознаване на подобни симптоми и рискови прояви не кореспондира в достатъчна степен със съвременните разбирания за разстройства на развитието в ранна детска възраст. По този начин очакванията за пълноценно включване на медицинските сестри в процеса на скрининг следва да бъдат предшествани от осигуряване на възможност за допълнителна квалификация и обучение от по-тесни специалисти, например детски психиатри. В този смисъл уменията за общуване с родителите, които са ключови за тяхното мотивиране за търсене на помощ и мобилизиране на ресурса, следва да бъдат една от прицелните области в предлаганите обучения. Същевременно те имат директна връзка с личностните качества, емоционалния и когнитивния капацитет на медицинските сестри, както и с тяхната готовност за вписване в работата на екипа.

Най-общо факторите, оказващи влияние върху пълноценното участие на медицинските сестри в процеса на ранна идентификация на проблеми в психичното развитие, могат да бъдат диференцирани на външи (относими към средата, но също така и към политиката на грижи) и вътрешни (свързани със самия специалист). Възможно

обяснение за факторите, относими към самия специалист, може да се търси в теоретичните модели, разглеждащи спецификите на възприемане, интерпретация и реагиране на симптомите изобщо, сред които са моделът на вниманието на Пенибакър (конкуренция за внимание) и когнитивно-перцептивният модел на Чофи (селективно внимание и атрибуция) [22]. Въпреки че тези теоретични модели имат за цел да обяснят какво влияе върху това как, кога и кои симптоми възприемат пациентите, те могат да бъдат условно отнесени и към специалистите. Сред психологичните фактори се отграничават: социалните влияния върху възприемането и интерпретацията на симптоми – стереотипи и нагласи относно това кой са разболява, кога, от какво и защо, както и ситуационна обусловеност; индивидуални различия – полого-ролеви стереотипи, възраст, емоционални характеристики и личностни черти, когниции и стил на справяне, каузални атрибуции. Смята се, че възприемането и интерпретацията на симптомите се опосредстват и от културните фактори. Всички те определят съответно и планирането, и предприемането на действия, както и реакцията на симптомите. В този ред на мисли разпознаването на развитийни проблеми от сестрата в детската ясла/градина, нейното обяснение за тях и оценката на тяхната значимост са свързани с изброените фактори и могат да бъдат подчинени на стереотипите и митовете, които битуват в медийното пространство (например момчетата проговарят по-късно, палаво дете – здраво дете, и др.).

## КАК ДА ГОВОРИМ С РОДИТЕЛИТЕ

За всеки родител допускането на факта, че детето му може да има проблем в развитието, е изключително тежко. Първоначално, много от семействата са склонни да реагират с отричане и отхвърляне на възможността за евентуално неблагоприятно развитие. Емоционалната тежест на подобна информация естествено води до разстройване и преживяване на заплахата за загуба. Това мобилизира защитни механизми, намиращи израз в различни поведения, сред които и открита конфронтация, влизане в спор или negliжиране на чувството. Тези начини за справяне лесно могат да бъдат интерпретирани като проява на лично отношение към специалиста, съобщил информацията (медицинската сестра), но всъщност са израз на

емоционално страдание, което е равносилно на смъртта на много близък човек. Съответно, допускането за проблем при детето, ако се разгледа като аналогично на загубата на дете, преминава през същите етапи (отричане, гняв, уговаряне, депресия и приемане) и е дълъг процес, в който родителите се нуждаят от съпровождане. В този смисъл познването на етапите на скръбта от страна на медицинските сестри би улеснило разбирането на поведението и изказванията на родителите и би опосредствало пълноценната грижа. Съобщаването на болезнена информация следва да бъде осъществено по начин, който уважава чувствата на родителя и го мотивира да предприема последващи стъпки. Обикновено разговорът е труден, но когато специалистът демонстрира загриженост и емпатия, резултатът е налице.

Какво може да направи медицинската сестра в детската градина, ако се притеснява за поведението на конкретно дете?

1. Да се представи и да попита родителя кога би било подходящо да разговорят за неговото дете (важно е да се използва името на детето), като се осигури възможност за допълнително уточняване на времевата рамка (препоръчително е да се предложат няколко дати, тъй като това създава усещане за ангажираност в срещата).

2. Присъствието на двамата родители би могло да бъде насърчено (споделена отговорност; подкрепа и т.н.).

3. Внимателен избор на обстановка (помещение). Разговорът трябва да се проведе в защитена среда, осигуряваща конфиденциалност.

4. Предварителната подготовка на специалиста е важна. Тя трябва да включва, от една страна, готовност за справяне с реакцията на родителя, която може да е гневна, защитна или пренебрежителна, включително дисквалифицираща. От друга страна, специалистът трябва да е добре информиран за функционирането на детето в детската градина и да представи както обезпокоителните факти, така и неща, илюстриращи потенциала и силните страни на детето. От голямо значение е тази инициатива да е в синхрон с позицията на останалите членове на екипа и институционалните правила.

5. Информацията, която се представя, следва да описва поведението на детето с конкретни примери, в които не са включени оценъчни квалификации, диагностични предположения или сравнения с конкретни връстници. В същото време, по-

зоваването на това, което обичайно децата на тази възраст правят, по-лесно се приема от родителите.

6. Изложеното безпокойство следва да се представи в контекста на готовност за съдействие и подкрепа както на детето, така и на родителите, и изтъкването на възможността за подобряване на грижата за детето в самата детска градина.

7. Всяко съобщаване трябва да осигурява възможност за съвместно изготвяне на стратегия за последващи действия и съответно специалистът да има готовност да предложи контакти и др.

8. Мотивирането на родителите да предприемат стъпки за търсене на помощ се постига по-лесно чрез подкрепа на техните възможности за справяне (например позоваване на вече постигнати от тях цели).

9. Независимо от изхода от срещата, трябва да бъдат отчетени и вербализирани усилията на родителя да се включи в нея.

10. В края на срещата специалистът трябва да заяви готовността си за последващ разговор.

## Изводи

1. Невроразвитийните разстройства са разпознаваеми при децата до петгодишна възраст, тъй като в този период има сигнификантни прояви, които могат да бъдат идентифицирани от специалистите.

2. Навременното разпознаване на психопатологична проблематика в ранна възраст позволява насочване на детето и семейството към интервенции, които благоприятстват бъдещата прогноза.

3. Медицинската сестра в яслата и детската градина, като член на екип от професионалисти, които имат разнородни компетентности, може да участва пълноценно в процеса на ранно идентифициране на деца с проблеми в развитието и да подкрепи родителите в търсенето на подходящ специалист.

## Библиография

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
3. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics ( ICD-11 MMS), version: 04/2019. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

4. Бистриан А, Стайкова Св, Аврамова Ат, Полнарева Н. Разстройства от аутистичния спектър – предизвикателства на класифицирането, диагностиката и интервенциите. Педиатрични аспекти на аутизма в светлината на медицината на доказателствата под ред. на И. Иванов и Вл. Пилософ. 2016; 122-133.
5. Zwaigenbaum L, Bryson S, Rogers T et al. Behavioral manifestations of autism in the first year of life. *Int J Dev Neurosci*, 2005;23(2-3):143-52.
6. Zwaigenbaum L, Bryson S, Lord C et al. Clinical assessment and management of toddlers with suspected autism spectrum disorder: insights from studies of high-risk infants. *Pediatrics*, 2009;123(5):1383-91.
7. Wetherby AM, Woods J, Allen L et al. Early indicators of autism spectrum disorders in the second year of life. *J Autism Dev Disord*, 2004; 34(5):473-93.
8. Chawarska K, Paul R, Klin A et al. Parental recognition of developmental problems in toddlers with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*, 2007;37(1):62-72.
9. Werner SL, Barken D, Hoffmann A. Stimulus specificity of gene expression programs determined by temporal control of IKK activity. *Science*, 2005;309(5742):1857-61.
10. Spikol A, McAteer D, Murphy J. Recognising autism: a latent transition analysis of parental reports of child autistic spectrum disorder 'red flag' traits before and after age 3. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2019; 54: 703-713.
11. Van Ijzendoorn MH, Rutgers AH, Bakermans-Kranenburg MJ et al. Parental sensitivity and attachment in children with autism spectrum disorder: comparison with children with mental retardation, with language delays, and with typical development. *Child Dev*, 2007;78(2):597-608.
12. Herlihy L, Knoch K, Vibert B, Fein D. Parents' first concerns about toddlers with autism spectrum disorder: effect of sibling status. *Autism*, 2015;19(1):20-8.
13. Glascoe FP. Using parents' concerns to detect and address developmental and behavioral problems. *J Soc Pediatr Nurs*, 1999;4(1):24-35.
14. De Giacomo A, Fombonne E. Parental recognition of developmental abnormalities in autism. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 1998;7(3):131-6.
15. Glascoe FP. Parents' evaluation of developmental status: how well do parents' concerns identify children with behavioral and emotional problems? *Clin Pediatr (Phila)*, 2003;42(2):133-8.
16. Chawarska K, Klin A, Paul R, Macari S et al. A prospective study of toddlers with ASD: short-term diagnostic and cognitive outcomes. *J Child Psychol Psychiatry*, 2009;50(10):1235-45.
17. Pierce K, Gazezani VH, Bacon E et al. Evaluation of the Diagnostic Stability of the Early Autism Spectrum Disorder Phenotype in the General Population Starting at 12 Months. *JAMA Pediatr*, 2019;173(6):578-587.
18. Charach A, Mohammadzadeh F, Belanger SA et al. Identification of Preschool Children with Mental Health Problems in Primary Care: Systematic Review and Meta-analysis. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2020;29(2):76-105.
19. Zeanah CH, Carter AS, Cohen J et al. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood Dc:0-5: Selective Reviews from a New Nosology for Early Childhood Psychopathology. *Infant Ment Health J*, 2016;37(5):471-5.
20. Статистически годишник 2021. Национален статистически институт [CD-ROM]. София, НСИ, 2021.
21. Георгиева А и кол. Нагласи на медицинските сестри за работа с деца. Варненски медицински форум, 2016, 6(прил. 3), 84-87.
22. Pennebaker JW. *The psychology of physical symptoms*. Springer, New York 1982.

## ПСИХИАТРИЧНАТА СЕСТРА – ЧАСТ ОТ МУЛТИДИСЦИПЛИНАРНИЯ ЕКИП В ДЕТСКАТА ПСИХИАТРИЯ

Е. Иванова<sup>1,2</sup>, М. Христова<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Клиника по детска психиатрия „Св. Никола“, УМБАЛ „Александровска“, МУ – София

<sup>2</sup>Катедра по психиатрия и медицинска психология, МФ, МУ – София

## PSYCHIATRIC NURSE – A MEMBER OF THE MULTIDISCIPLINARY TEAM IN CHILD PSYCHIATRY

E. Ivanova<sup>1,2</sup>, M. Hristova<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Clinic of Child Psychiatry "Sv. Nikola", UMHAT "Alexandrovska", Medical University

<sup>2</sup>Department of Psychiatry and Medical Psychology, Faculty of Medicine, MU – Sofia

**Abstract.** Children psychiatry requires a continuum of care that is inherently very diverse and requires working in a multidisciplinary team including a children psychiatrist, a psychiatric nurse, a clinical psychologist, a speech therapist, and a social worker. For each patient (child/adolescent), the team must agree upon necessary and timely measures, with team members sharing responsibility while maintaining their autonomy. The psychiatric nurse assists in integrating and expressing positions between members, in creating the therapeutic relationship between the team – the patient and the family, in the assessment of urgency (risky behavior, psychotic conditions, etc.), in the readiness of the patient and the family to assist in hospitalization, participates in clinical observation, in the therapeutic process, supervises the intake of medication (therapeutic effect and adverse drug reactions) and, if necessary, conducts crisis interventions within the structure. The psychiatric nurse has a key role in maintaining a safe therapeutic environment, with clear rules and structure, while at the same time opportunities for interchange between team members should be discussed without leading to structural disruption. The challenge for the multidisciplinary team is finding a balance between maintaining order within the structure without disrupting autonomy or the patient's personal sense of control. This can be achieved in the absence of authoritarian attitudes, dealing with situations authentically, striving for cooperation with the patient, and the requirements should match the patient's capabilities. The psychiatric nurse can also contribute to health promotion and prevention of childhood and adolescent mental disorders.

**Key words:** psychiatric nurse, multidisciplinary team, child psychiatry

**Адрес за кореспонденция:** Елена Иванова, e-mail: eivanova@medfac.mu-sofia.bg  
Михаела Христова, e-mail: mhristova@medfac.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Elena Ivanova, e-mail: eivanova@medfac.mu-sofia.bg  
Mihaela Hristova, e-mail: mhristova@medfac.mu-sofia.bg

---

Психичните разстройства с начало в детска и юношеска възраст често имат хроничен ход на протичане, повлияват семейния живот, взаимоотношенията с връстниците, постигането на академични успехи, водят до социална дисфункция

и др. В страната ни съществува тревожна демографска тенденция – ниска раждаемост и застаряващо население, в съчетание с намаляване на броя на медицинските сестри, които да полагат грижи за пациентите [3, 5].

Психиатрията изисква континуум от грижи, които по своята същност са много разнообразни и изискват работа в мултидисциплинарен екип, който да включва: детски психиатър, клиничен психолог, медицинска сестра, логопед и социален работник. Екипът участва в превенцията, диагностиката, интервенциите, терапията и проследяването на психичното състояние на пациентите. Необходимо е да се отбележи, че специалистите в областта на детското психично здраве са неравномерно разпределени, което създава предпоставки за трудности при получаването на своевременно и адекватни грижи от нуждаещите се.

Психиатричната сестра като част от екипа споделя следните отговорности: участва в процеса на сестринското обслужване, включително и в неговото администриране, в изграждането на терапевтичната среда, в осъществяването на интервенциите, спазвайки етичните и правните аспекти в своята работа.

*Процесът на сестринско обслужване* включва: събиране и документиране на информацията при приемането (тя помага за организирането на сестринските грижи, служи като средство за общуване между членовете на екипа и представлява доказателство за изпълнението на сестринските грижи спрямо пациентите); в декорусите се отразява динамиката на болестта, взаимодействието между пациента/родителя и сестрата и готовността им да съдействат в осъществяването на терапевтичния план.

Сестринската информация може да има принос, тъй като проявите на психичното разстройство могат да бъдат *различни* спрямо членове от екипа. Обсъждането на тази информация би спомогнала за диагностичния процес и в изграждането на терапевтичния план (медицински модел) или с насоченост спрямо наблюдаваното поведение (поведенчески модел). Екипът след анализ посочва кои поведения на пациента са избрани с цел промяна.

*За запазване на медицинската тайната се използват различни подходи.* Контролираният достъп до отделението има за цел да не се допусне *изтичане на поверителна медицинска информация* и да бъде гарантирана безопасността на персонала и на пациентите. Предизвикателство е коректното водене на медицинската документацията, което налага информацията да се записва почти веднага след общуването с пациента,

като казаното от него се цитира дословно (важно е медицинската сестра да прави разлика между тълкуването на казаното от пациента и неговото описание).

Възможно е пациентът/родителят да изисква поверителност при споделяне на допълнителна информация. В този случай е желателно медицинската сестра да премине към открита дискусия с пациента/родителя дали е необходимо да се споделя тази информация. Необходимо е да има яснота за правото на избор – дали да се продължи с разкриването на информацията. Основен приоритет на сестрата е да редуцира тревогата и чувството за срам, добрите комуникативни умения са ключови [2].

*Получаване на съгласие за провеждането на лечение.* Всеки член от екипа спазва нормативните изисквания и назначения (при медикаментите – срок на годност, доза и времеви прием). *Часове за хранене* – спазване на назначения хранителен режим.

*Предотвратяване на насилие.* Медицинската сестра трябва да е обучена и да използва различни подходи за овладяване на агресивни пациенти, като спазва правилата при използването на различни техники за ограничаване и може да прави избор между тях. Грижите за агресивни пациенти са свързани с тревога от страна на персонала и подготовката за работа с такива пациенти е предпоставка за овладяване на стреса. Лекуващият лекар трябва да уведоми екипа при предишни прояви на насилие от страна на даден пациент, за да могат да бъдат взети мерки, осигуряващи сигурността и безопасността на другите пациенти и на персонала. Назначената медикаментозна терапия също спомага в овладяването на агресивните пациенти. Още при приемането трябва да бъдат обсъдени степента на риска и възможните фактори, за да не бъде допуснато насилие. При предишни прояви на насилие трябва да бъде анализирана информация за начина, по който пациентът е изразил своето недоволство, конфликти и/или страхове. При всеки случай на насилие се обсъждат причините и последиците – това е част от процеса на актуализиране на знанията и уменията на екипа [4].

*Справяне с насилието.* Част от предпазните мерки е екипът да бъде предупреден за времето, което сестрата ще бъде с конкретния пациент, за да може останалите да следят за нейната безо-

пасност. Сестрата трябва да е обучена за значението на невербалните и вербалните послания, които отправя към пациента и които имат значение за проявите на насилие. Невербалните сигнали включват: спокойно изражение на лицето, без да се застава в гръб спрямо пациента, стабилно положение на тялото, за да се пази равновесие, без резки движения, ръцете да бъдат разположени отстрани на тялото, извън джобове, за да е на ясно пациентът, че не се носи нещо вътре в тях. Вербалните послания: към пациента се обръща по име, говори се спокойно и достатъчно високо, за да се чува, не се заповяда, не се обещава, не се спори и не се оправдава – отправя само предложения.

Медицинската сестра трябва да разпознава началните белези, които насочват към повишен риск от агресия при пациента: резките движенията, промяната в интонацията и височината на гласа, вегетативните реакции (сухи устни, разширени зеници, изпотяване, учестено дишане, ускорен пулс – наблюдение на сънната артерия).

*Мерки за намаляване на суицидния риск.* Обсъждане с екипа на предишни суицидни опити и тяхната връзка със семейната история; потенциалните причини, довели до настоящото състояние; внимателно трябва да се оцени ниската самооценка при суицидните пациенти, която се свързва с повишена чувствителност спрямо действията на екипа, като съществува голяма вероятност те да ги възприемат като отхвърляне. Суицидните опити могат да бъдат извършени в ранните сутрешни часове, необходимо е денонощно проследяване на състоянието.

В практиката често се наблюдават съществени разлики между субективната оценка на пациентите и наблюдението на медицинската сестра (например за инсомнията). Препоръчителен е надзорът, което предполага взаимодействие с пациента за разлика от наблюдението, което може да затвърди отчуждението и чувството за отхвърленост. Добрата комуникация между членовете на екипа и персонала има основно значение за безопасността на пациента.

*Прием на пациента.* Пациентът трябва да бъде представен на медицинската сестра, а след това и на останалите членове от персонала – важно е усещането за организирано и ефективно обслужване, при което интересите на пациента са на първо място. Не е желателно прибързаното при-

емане, а проявите на учтивост. Процедурите при приемането да бъдат осъществени на тихо място в отделението. Внимателна проверка на личните вещи, за да се намали рискът от внасянето на потенциално опасни предмети като за пациента, така и за останалите. Ако състоянието на пациента позволява, е необходимо да бъде запознат с разпределението на отделението, различните зони и тяхното предназначение, дневния режим, часовете за посещение и други. При разясняването се дава възможност на пациента/родителя да зададе своите въпроси, като се правят паузи през определени интервали.

*Наблюдение и контрол на пациента.* Медицинската сестра обсъжда с екипа степента на ограничения спрямо всеки пациент. При динамика в психичното състояние на пациента медицинската сестра търси съдействие от психиатъра и се обсъжда необходимостта от промяна в надзора – търсенето на баланс между степента на ограниченията и безопасността на пациента.

Медицинската сестра трябва да провери състоянието на всеки пациент, преди да предаде дежурството на следващата сестра. В рапорта следва да се съдържа ясна информация за състоянието на пациентите, за да може сестрата бързо да се ориентира, ако се наложи да се предприемат действия в условията на дефицит на време.

*Документиране на сестринското обслужване.* Не е желателно използването на различен цвят мастило, тъй като има риск да не бъдат отчетени направените промени поради намаленото внимание. Информацията да бъде записвана без съкращения, за да бъде гарантирана надеждността при нейното предаване и инструкциите.

Още при хоспитализацията е желателно да бъдат изяснени всички *очаквани* проблеми – график и часовете на посещенията, възможност за наблюдение на местата, където има посетители, както и тяхното документиране. Срещите трябва да се провеждат в спокойна атмосфера.

При прием на пациенти с рисково поведение, хранителни разстройства и др. се налага те да бъдат придружавани при ползване на тоалетна. Екипът е желателно да направи опит да се договори и да постигне съгласие за ограничаване на свободата на пациента. В началото на своята хоспитализация пациентите могат да приемат с по-малко съпротива да бъдат придружавани, като от особена важност е лекуващият психиатър да

опише характера на всички ограничения – ясно и достъпно за медицинската сестра.

*Изписване на пациенти.* Датата на изписване се договаря между пациента/родителя и членовете на екипа. Обсъждат се контролните прегледи след изписването, поддържащото медикаментозно лечение и терапевтичните интервенции. Пациентът се насочва за проследяване от амбулаторен детски психиатър.

Родителите могат да заявят, че желаят децата им да бъдат изписани въпреки препоръките на екипа. Медицинската сестра не е желателно да влиза в спор. Тя потвърждава, че е в интерес на пациента да се планира изписването, че може да напусне болницата в много близко бъдеще, но след обсъждане с лекуващия лекар. Сестрата показва уважение спрямо пациента/родителя, но същевременно зад мотива за напускане на отделението може да се крият проблеми, които пациентът иска да прикрие, но предизвикват значителна тревога. Предоставя се възможност на пациента/родителя да разговарят с дежурния психиатър в опит да споделят своите преживявания, както и да се направи опит да се преоцени тяхното значение и да не напусне отделението.

*При необходимост от изолиране на пациент.* Неотходимо е непрекъснато наблюдение на пациента, за да може персоналът веднага да реагира при самонараняване или изява на нежелани странични ефекти след приложени медикаменти. При необходимост от физическо ограничаване на пациента, трябва да бъдат спазвани действащите нормативни разпоредби. Задължително е действията в екипа да бъдат ясно съгласувани, което има огромно отражение върху укрепването на взаимното доверие.

В документацията се изисква внимателно описание на психичното състояние преди и след изолването, за да бъде обективно оценено дали има подобрение в състоянието на пациента след използването на изолацията. Психотичните пациенти са особено уязвими при *неочакваното* им освобождаване, след като са били напълно обездвижени, и е възможно отново да станат склонни към агресивни прояви.

*Раздаване на лекарства.* Медицинската сестра раздава на пациентите терапията, като е задължително лично да ги познава, както и техните назначения. Психотропните медикаменти изискват завишено внимание. Оценката на актуалното

състояние на пациента преди приема на лекарствата и след тяхното приемане може да окаже влияние върху терапевтичния процес. Важно задължение на сестрата е контролът върху приема на медикамента от пациента, който не трябва да се чувства подложен на натиск.

Медикаментите с интрамускулно приложение се подготвят предварително и задължително извън полезрението на пациента, за да не се провокира страх. Обикновено те се поставят след раздаването на лекарствата, за да бъде отделено време според индивидуалните нужди на пациента, както и да бъдат взети необходимите предпазни мерки за *високорисковите лица*.

*Сестринското обслужване е необходимо да бъде планирано*, за да се дефинира отговорността, информацията много по-лесно може да бъде коригирана и проверена. Основни моменти в сестринското обслужване са решението за отразяването на проблем или потребност и целта – желният резултат, както и условията, при които целта ще бъде постигната. Пациентът и сестрата трябва да са наясно със своите задължения. Сестринските действия и интервенции е необходимо да бъдат формулирани под формата на инструкции, което ще спомогне по-лесно да се проследи резултата.

*Терапевтична среда и взаимоотношения медицинска сестра–пациент.* Работата на медицинската сестра се супервизира, като в трудовата характеристика са посочени границите на нейната отговорност. Супервизията на професионалните отношения се придържа към следните основни точки: отговорност, безопасност, компетентност, поверителност, истинност, медицинска тайна и работа в мултидисциплинарен екип.

*Работа в мултидисциплинарен екип.* Медицинската сестра участва с другите членове на екипа в обсъжданията, като е необходимо ясно да бъдат дефинирани отговорностите, както и юридическата отговорност. Мултидисциплинарният екип определя целта на всяка своя среща – докладване на пациентите в отделението, организационни срещи и други, като по този начин процесът на обслужване се проследява и се осъществява личен контакт с пациента/родителя и от другите членове. Желателно е всички членове от екипа да присъстват на срещите. При необходимост може да бъде създадена работна група, която да разгледа работата на част от мултидисциплинарният екип – в желанието да се демонстрира логическа обосноваване,

както и като начин за редуциране на проявите на напрежение вътре в екипа [1].

*Етични аспекти в сестринската практика.*

По време на психиатричното обслужване са възможни различни мнения между отделните членове на екипа по отношение на правилността или неправилността на предприетите действия спрямо пациента, които да се превърнат в етични. Важна е способността да се преценят точно аргументите, както и да се направи разлика между отделните причини за даден избор – етиката е в помощ на това да бъде намерено решение какво трябва да се направи. Медицинската сестра предоставя необходимата информация за пациента, но същевременно се придържа към инструкциите за поверителност (Правилник за организацията на дейността на Комисията по професионална етика на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи).

В заключение, обучението на медицинските сестри е желателно да бъде подчинено на развиването на умения и познания за работа в мултидисциплинарен екип, като в хода на професионалната им реализация да бъде дадена до-

пълнителна възможност за обучение, чрез което сестрите да бъдат запознати със спецификите при отделните медицински специалности.

**Библиография**

1. Ритър С. Ръководство по психиатрично сестринство – принципи и процедури. Фондация „Невронауки и поведение“. София, 1995, 1-317.
2. Стоева Т, Торньова Б, Шопов Д. Комуникативните умения на здравния персонал – фактор за професионална реализация и удовлетвореност на медицинските сестри. Сестринско дело, 2021, 53(3), 39-44.
3. Стоева Т, Шопов Д, Паскалева Т, Торньова Б. Професията медицинска сестра – минало, настояще. Сестринско дело, 2019, 51(1), 20-26.
4. Чанева Г, Георгиева С, Попова Т, Милотинова И. Потребности от обучение на медицинските сестри за справяне при ситуации на агресивно поведение, Сестринско дело, 2019, 51(2), 3-5.
5. Шопов Д, Стоева Т. Възрастова структура на работещите медицински сестри в България. Сестринско дело, 2022, 54(1), 9-14.
6. Правилник за организацията на дейността на Комисията по професионална етика на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи. Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи. <https://nursing-bg.com>. 01.10.2022

## РОЛЯ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА В ПРЕДОСТАВЯНЕТО НА ИНТЕГРИРАНИ ГРИЖИ В ОБЩНОСТТА

П. Добрилова, П. Георгиев

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

### ROLE OF THE NURSE IN PROVIDING INTEGRATED CARE IN THE COMMUNITY

P. Dobrilova, P. Georgiev

Affiliate “Prof. Dr. Iv. Mitev” – Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** Population aging, rising costs of medical services, difficult access to health care, combined with the high incidence of chronic diseases and multimorbidity, are increasingly challenging our health care system. The lack of collaboration between the various structures providing services to the chronically ill is a serious problem, both for consumers and service providers. This necessitates an analysis of existing resources in the health care system in order to develop effective care systems that improve coordination and communication between the various structural units serving chronically ill persons. Key importance in this process is the implementation of integrated care by the nurse, which is aimed at unifying health and social services and increasing the efficiency of the provided health care.

**Key words:** integrated care, nurse, health services, social services

**Адрес за кореспонденция:** Павлинка Добрилова, e-mail: p.dobrilova@filialvratsa.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Pavlinka Dobrilova, e-mail: p.dobrilova@filialvratsa.mu-sofia.bg

---

## ВЪВЕДЕНИЕ

Реорганизацията на здравните услуги е ключово понятие в съвременното здравеопазване. Предвид реалността на застаряване на населението и увеличаване на тежестта на хроничните заболявания и инвалидността е необходимо да се преосмислят специфичните здравни потребности на рисковите групи от населението и да се разработят стандарти за добри сестрински практики, които да определят грижите за хронично болните и инвалидите, необходими за тяхната интеграция в социалния, политическия и икономическия живот на обществото. В този процес ролята на медицинската сестра е много важна. Тя трябва да бъде насочена към осигуряване на целия спектър от здравни и социални грижи съобразно потребностите на пациентите (от организацията

и управлението им до професионалните умения на доставчиците на тези грижи). Интегрирането на медицинските и социалните грижи има за цел да подобри качеството на живот чрез осигуряване на по-добри начини за предоставяне на добре координирани грижи на хора, живеещи с множество здравни нужди. При всеки отделен случай на заболяване медицинските сестри имат ключова роля, произтичаща от задачите и функциите им.

Предоставянето на интегрирани грижи от медицинската сестра в екипа за медицински услуги изисква тя да извърши клинична преценка за отделния човек, семейство или общност, в отговор на реалните и потенциалните рискове за здравето. В процеса на предоставяне на интегрирани грижи медицинската сестра планира, организира, инициира и извършва качествени и непрекъснати здравни грижи, свързани с решаването на сома-

тични, психологични и социални проблеми на индивиди и групата.

Според определението на Световната здравна организация интегрираните грижи са: “цялостен и координиран комплекс от услуги, планирани, управлявани и прилагани на отделни пациенти или потребители на услугата от различни организации и от различни професионалисти” [9]. Според Г. Петрова “интегрираните грижи са комплексен набор от планирани и управлявани услуги за определена група пациенти със специфични нужди, предоставяни от различни здравни и социални организации и професионалисти”. Интегрираната грижа служи за подобряване на координацията и комуникацията между различните доставчици и осигуряване на грижи в зависимост от специфичните потребности на пациента [4].

След реформирането на здравната ни система и ликвидирането на диспансерите като лечебни заведения през 2010 г. за хронично болните пациенти се грижат предимно личните лекари. Участието на медицинската сестра в организирането, координирането и предоставянето на здравни грижи за пациента и разширяването на нейните автономни функции дават основание за прилагане на стандарти за добри практики.

Стандартите за добри сестрински практики обхващат стандарти за грижи и стандарти за професионална практика. Стандартите за грижи се отнасят за нивото на компетентност при извършването на практическата сестринска дейност. Стандартите за професионална практика описват компетентното ниво на поведение в професионалната сестринска роля. Това налага да се разработят професионални стандарти, които да осигурят процеса на управление на здравни грижи и да предоставят безопасна и основана на научни доказателства компетентна сестринска практика. Прилагането на стандарти за добри сестрински практики е гарант за подобряване качеството на здравните грижи, съществена част от интегрираните грижи.

Пациентите с хронични заболявания имат потребност от информация и обучение, за да се предотвратят възможните усложнения, от една страна, и от друга – да извършват грижи адекватни на развитието на хроничното заболяване. Обучението и информирането на пациентите по въпросите, засягащи здравето, са важна функция на сестринския персонал. Чрез обучаването на хора на различна възраст и познавайки рисковите

фактори за заболяванията във всеки възрастов период, медицинските сестри помагат на хората да разберат как да променят своето поведение, за да запазят собственото си здраве, здравето на своите деца и близки или да го поддържат на максимално възможно ниво.

## Цел

Да се изследват информираността и нагласите на медицинските сестри към прилагане на интегрирани грижи и възможностите за въвеждане на модел на интегрирани грижи при пациенти с хронични заболявания.

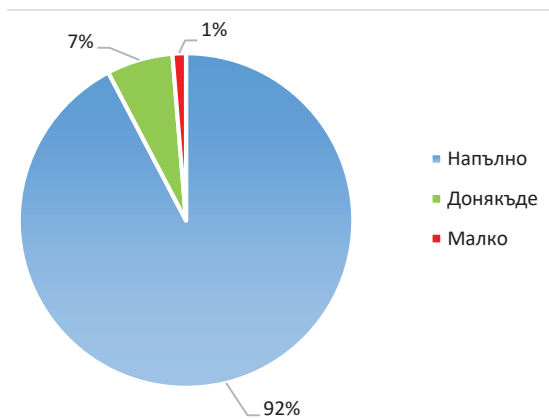
## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В настоящото изследване е използвана пряка индивидуална анкета. Анкетирани са 78 медицински сестри, работещи в първичната медицинска помощ. Анкетното проучване е извършено на територията на Северозападна България в градовете Видин, Враца, Монтана, Лом, Вършец и Мездра през периода януари 2022-юли 2022 г. Данните са обработени със статистическа компютърна програма SPSS.

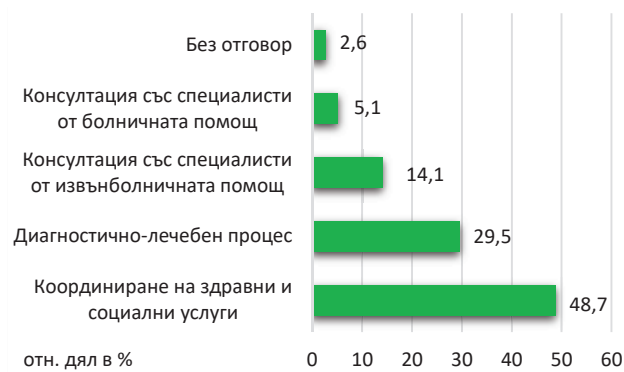
## РЕЗУЛТАТИ

При предоставянето на интегрирани грижи медицинската сестра трябва да притежава широки познания в областта на здравето, които да удовлетворяват физическите, социалните и психологическите потребности на пациентите. Анализът на данни показва, че респондентите са запознати със същността на интегрираните грижи. Значителна част от анкетираниите медицински сестри (92,3%) съобщават, че са „напълно“ запознати със същността на интегрираните грижи, „донякъде“ са запознати 6,4% от медицинските сестри и 1,3% от медицинските сестри „малко са запознати“ (фиг. 1).

Въпреки че почти всички медицински сестри (92,3%) съобщават, че са запознати със същността на интегрираните грижи, едва половината от тях (48,7%) определят интегрираните грижи като координиране на здравни и социални услуги, за 29,5% това е диагностично-лечебен процес, за 14,1% – консултация със специалисти от извънболничната помощ, за 5,1% – консултация със специалисти от болничната помощ и 2,6% не отговарят, което показва, че им липсва информация за същността на интегрираните грижи (фиг. 2).

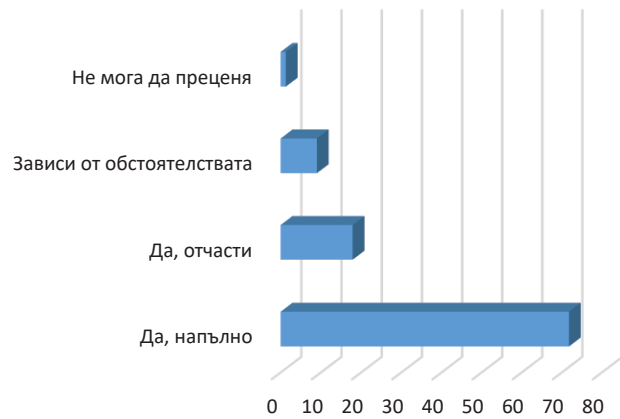


Фиг. 1. Информираност на медицинските сестри относно същността на интегрираните грижи



Фиг. 2. Същност на интегрираните грижи според мнението на анкетираните медицински сестри

Постигането на целите на здравния процес до голяма степен се определя от информираността и активното участие на пациента. Информирането на пациентите е необходимо, за да се планира и осъществи тяхната подготовка и обучение за продължаване на адекватни грижи в домашни условия. Информираността на пациентите е важен фактор за *качеството на живот*, затова зададохме на анкетираните медицински сестри въпроса: „Според Вас по-добрата информираност на пациентите ще подобри ли качеството им на живот?“ Данните от проучването показват, че най-голям е дялът на медицинските сестри (71,8%), които смятат, че информираността винаги има връзка с качеството на живот на пациентите и отговарят – “да, напълно“ (фиг. 3). От медицинските сестри 17,9% смятат, че „отчасти“ съществува зависимост между информираността и качеството на живот, 9% определят, че качеството на живот зависи от други обстоятелствата, а с най-нисък относителен дял са медицинските сестри (1,3%), които не могат да преценят.



Фиг. 3. Разпределение на медицинските сестри според мнението им за влиянието на информираността върху качеството на живот

Това, че медицинските сестри отдават голямо значение на информираността на пациентите за подобряване на тяхното здравословно състояние и качество им на живот се потвърждава и от отговорите на следващия въпрос, фиг. 4.

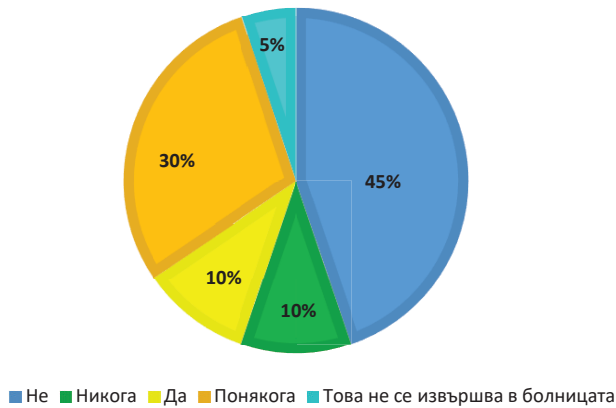


Фиг. 4. Информираност на пациентите относно здравните грижи (отн. дял в %)

Получените резултати показват, че 85,9% от медицинските сестри информират пациентите за необходимите здравни грижи, които трябва да осъществяват във връзка със заболяването си, като анкетираните, които напълно информират пациентите, са 71,8%, а частична информация предоставят 14,1%, толкова са и медицинските сестри (14,1%), които не информират пациентите.

Интегрираните грижи се свързват с успеха на лечението на хронично болните. Това зависи изключително от обучението на пациента да живее с болестта и въпреки болестта. Медицинската сестра е лицето, което е квалифицирано и е в състояние да прецени от какъв вид обучение се нуждае всеки болен. Данните обаче показват, че те не винаги осъществяват своите обучителни функции по отношение на пациентите. Повече от половината медицински сестри (55,2%) съобщават,

че не участват в обучението на пациенти, като от тях 44,9% отговарят с „не“, 10,3% – „не, никога“, а според 5,1% „това не се извършва в болницата“. Медицинските сестри, които обучават пациентите, но само понякога, са 29,5% и едва 10,3% винаги обучават пациентите (фиг. 5).



Фиг. 5. Участие на медицинската сестра в обучението на пациенти

Тези, които обучават болните, съобщават, че извършват обучението най-често самостоятелно – 44,1%, в екип с други медицински сестри – 14,7%, в екип с лекари – 14,7%, в екип със социален работник – 8,7%, а 15,7% – в екип с лекар и друг специалист (фиг. 6).



Фиг. 6. Екипност при обучението на пациенти от медицинските сестри

Интегрираните грижи осигуряват непрекъснатост на грижата чрез участие на различни специалисти и заинтересовани лица. При лечение на хронични заболявания в оптималния си вариант основният мултидисциплинарен екип трябва да

се състои от следните специалисти: ОПЛ, специалист от основния профил на заболяването (ендокринолог, кардиолог, пулмолог, невролог, офталмолог и др.), специалисти по здравни грижи, фармацевт, психолог, социален работник и др. Значителна част от анкетиранияте медицински сестри изявяват желание да се включат в мултидисциплинарен екип за предоставяне на интегрирани грижи или като консултанти (82,1%), останалите (17,9%) също биха се включили, но при определени условия и липсват медицински сестри, които да са отговорили отрицателно. На въпроса „Кое ще улесни предоставянето на интегрирани грижи“ медицинските сестри посочват повече отговори, затова сборът на процентите надхвърля 100. За 91,3% е необходимо въвеждане на интегрирана информационна система, а за 87,2% – създаване на регистър за хронично болни пациенти.

## Изводи

1. Значителна част от анкетиранияте медицински сестри (92,3%) смятат, че са „напълно“ запознати със същността на интегрираните грижи, но само половината от тях 48,7% определят интегрираните грижи като координирани на здравни и социални услуги.

2. Според повечето медицински сестри (71,8%) информираността винаги има връзка с качеството на живот на пациентите, което е доказателство, че професионалистите по здравни грижи отдават голямо значение на информираността на пациентите за подобряване на тяхното здравословно състояние и качество им на живот.

3. Всички медицински сестри изявяват желание да се включат в мултидисциплинарен екип за предоставяне на интегрирани грижи или като консултанти, като 82,1% от тях са категорични в отговора си, а 17,9% биха се включили, но при определени условия.

4. Анкетиранияте медицински сестри предлагат създаване на интегрирана информационна система и въвеждане на регистър за хронично болни пациенти като условие за подобряване предоставянето на интегрираните грижи.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разпокъсаността на услугите и липсата на координация е сериозен проблем в здравеопазването в България и въвеждането на интегрирани

грижи ще допринесе за по-добра комуникация и балансиране на здравната и социалната системи. Съществува обща положителна нагласа за въвеждане на интегрирани грижи в нашата страна. Въвеждането на интегрирани грижи ще осигури предоставяне на продължителни и адекватни на потребностите грижи за пациентите с физически, ментални или други заболявания.

Интегрираният подход на предоставяне на социална и здравна грижа в домашна среда е алтернатива за подобряване на здравеопазването в България, повишаване ефективността на здравноосигурителната система и чувствително намаляване на разходите на различните участници в нея.

Обединяването на усилията на всички институции, организации, партньори и неправителствени организации от здравния и социалния сектор на регионално и национално ниво с фокус върху проблемите и нуждите на пациента ще осигури непрекъснатост на грижата чрез участие на различни специалисти и заинтересовани лица и достъп и универсално покритие на потребностите и избор на услуги.

### Библиография

1. Георгиева Г, Добрилова П. Семейството като източник на подкрепа при пациента на диализно лечение. *Science & Technologies*, Стара Загора, 2022, 12(1): 116-122.
2. Джиганска Ц. Холистичният подход – резултатна линия в здравните грижи. *Враца, ЛГ-ГРАФИК*, 2020.
3. Джиганска Ц, Борисова М. Необходимост от холистични здравни грижи при жени с рак на маточната шийка. *Science & Technologies* 2016, 6(1): *Medical Biology Studies, Clinical Studies, Social Medicine and Health care*.
4. Петрова Г. Стратегически избор и модел за интегрирани здравни грижи в Република България в условията на членството ни в Европейския съюз, автореферат, 9.
5. Стефанова К, Добрилова П. Съвременни проблеми на палиативните грижи при онкологично болни и ролята на медицинската сестра, *Science & Technologies*, Стара Загора, 2020, 10(1). *Medical biology studies, clinical studies, social medicine and health care*, 96-99.
6. Янкова Г. Концептуални аспекти на грижите в сестринската практика. *Обща медицина*, 2020, 22(6), 94-100.
7. Янкова Г. Връзка между професионалната дейност „здравна грижа“ и деперсонализацията в лечебните заведения. *Обща медицина*, 2017, 19(2), 25-30.
8. WHO. *Health Systems: Improving Performance*, The World Health Report, 2011.