МЕДИЦИНСКИ УНИВЕСИТЕТ – СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ, КАТЕДРА ПО СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА

ЦВЕТАН СЛАВЧЕВ ЦВЕТКОВ

ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ В ПЪРВИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

АВТОРЕФЕРАТ
на
Десертационен труд
за присъждане на образователна
и научна степен **„доктор“**

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

Научен ръководител:

ПРОФ. Д-Р МАРГАРЕТА НИКОЛОВА МУТАФОВА, ДМ.

Резензенти:

ПРОФ. Д-Р АНЖЕЛИКА СПАСОВА ВЕЛКОВА, Д.М.Н.

ДОЦ. Д-Р КАТЯ ПЕТРОВА ПОПОВА - ЮРУКОВА, Д.М.

София, 2016г.

Дисертационният труд съдържа 140 страници и е оналеден с 90 фигури, 3 таблици. Библиографската справка включва 162 източника, от които 64 на кирилица, 91 на чужди автори и 7 интернет адреса.

Дисертационният труд е обсъден, одобрен и насочен за защита на разширен катедрен съвет на катедра по Социална медицина при Факултета по обществено здраве на Медицински университет – София.

Научно жури:

Проф. Д-р Маргарета Мутафова, д.м.
Проф. Д-р Анжелика Велкова, д.м.н.
Доц. Д-р Катя Попова – Юрукова, д.м
Доц. Д-р Невена Фесчиева, д.м
Проф. Д-р Любомир Димитров Спасов, д.м.

Резервно жури:

Проф. Д-р Невена Костова Цачева – Христова, д.м.н.
Проф. Д-р Веселин Борисов, д.м.н.

Публичната защита ще се състои на 19.10.2016 година от 13:00 часа на факултет по обществено здраве, УМБАЛ „ Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ № 8, гр. София.

Материалите по защита са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ, МУ – София, УМБАЛ „ Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ № 8, гр. София.

Номерата на таблиците и фигурите не отговарят на тази в дисертационния труд.

Съдържание

1.Въведение 5

2. Цел, задачи, материали и методи 6

3.Анализ на резултатите 15

3.1. Анализ на резултати от проучването сред ОПЛ в град София 15
3.2. Анализ на резултатите от проучване мнението на пациенти относно дейностите извършвани в практиката на ОПЛ проведено в „ДКЦ III София“ ЕООД град София 32
3.3. Профикатична дейност в практиките по обща медицина въз основа на годишен отчет на НЗОК за 2012 г..... 41

4. Обсъждане на резултатите (дискусия) 44

5. Изводи 48

6. Препоръки 52

7. Приноси 56

8. Публикации във връзка с десертационния труд 57

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

- ЗЗОЛ – задължително здравно осигурено лице
- ПКК – пълна кръвна картина
- МДД – медико-диагностична дейност
- ВСД – високо специализирана дейност
- ССЗ – сърдечно-съдово заболяване
- ВСД – високо специализирани изследвания
- ИБС – исхимична болест на сърцето
- ТМ – туморни маркери
- ГДП – горни дихателни пътища
- ХНБ – хронични незаразни болести
- АК – алкохолна консумация
- АХ – артериална хипертония
- ДТ –диабет
- ИТМ – индекс на телесна маса
- МСБ – мозъчно съдова болест
- РФ – рисков фактор
- ТН – тютюнопушене
- ОПЛ – общо практикуващ лекар
- НЗОК – Национална здравно осигурителна каса
- МЗ – Министерство на здравеопазването
- СЗО – Световна здравна организация
- СЗА – Световна здравна асамблея
- ООН – Организация на обединените нации
- МЦ – Медицински център
- НЦЗОА – Национален център по обществено здраве и анализи
- ПИМП - Първична извънболнична медицинска помощ
- РЗИ – Районна здравноосигурителна каса
- СИМП - Специализирана извънболнична медицинска помощ
- НСИ – Национален статистически институт
- РЗИ – Районна здравна инспекция
- ДКЦ – Диагностико – консултативен център
- РЗОК – Района- здравно осигурителна каса
- МБАЛ – Многопрофилна болница за активно лечение

1. Въведение

Съществен елемент в дейността на ОПЛ е промоция на здравето и профилактика на болестите т.е. цели да укрепи здравето и предотврати появата на заболяването и неговите усложнения.

Здравно-демографската ситуация в България през последните години, непрекъснато нарастващата цена стойност на медицинските услуги и фармакологичните средства за лечение, съчетани със значително увеличение на заболеваемостта, болестността и смъртността от хронични неинфекциозни заболявания поставят сериозни проблеми за решаване пред здравеопазването. Средства в борбата с тези проблеми биха могли да бъдат промоцията на здравето и профилактиката на заболяванията.

Съвременната здравно-демографска ситуация в България би могла да бъде определена, като демографска криза: намалява раждаемостта почти два пъти през последните години; непрестанно увеличаване общата смъртност; естественият прираст намалява като от няколко години вече е отрицателен; наблюдава се процес на депопулация. Този дисбаланс в социално-биологичните показатели на раждаемост и смъртност представя тревожна характеристика на демографската ситуация. Друга тревожна характеристика на демографската ситуация в страната е бързо напредващото демографско застаряване на населението. Относителният дял на хората над трудоспособна възраст през 1986 г. - 21%; 1990 г.-22,7%;мъже пенсионирани на 63 год. и жени на 60 год. възраст. В България през 1992 год. населението с възраст на 65 години е 13,6 %.

Демографските прогнози зо страната през следващите години са обезпокоителни. Стабилно тенденция за повишаване смъртността от хронични незаразни болести, интензитетът на умиранията в млада възраст ще продължи да расте.

Хроничните незаразни болести (ХНБ) представляват съвкупност от болестни групи, които се характеризират с голяма заболеваемост, болестност, инвалидизация и голяма смъртност и по-съществени сред тях са:

1. Сърдечно-съдовите заболявания;
2. Злокачествените заболявания;
3. Хроничните респираторни болести;
4. Захарен диабет

Те са причина за 60% от всички смъртни случаи в световен мащаб. В България през 2010 година са причина за над 80% от смъртните случаи, като водещи са болестите на органите на кръвообращението - 67,5%, следвани от злокачествените новообразования с 15,0%.

Наблюдава се трайна тенденция от няколко десетилетия за увеличаване честотата и относителния дял на тези заболявания сред населението, а така също и като причина за смъртност. Това позволява на много автори да говорят за епидемия от ХНБ. Счита се, че тези заболявания се причиняват от предотвратими общи, модифицирани рискови фактори като: тютюнопушене, нездравословно хранене, ниска физическа активност и злоупотреба с алкохол. Тези заболявания влияят негативно върху социално икономическото развитие на обществото, като цяло. Бедността, глобализацията, урбанизацията и стареенето на населението са сред основните фактори за разпространението на тези болести. Продължава нарастването и на честотата на разпространение на рисковете за ХНБ фактори Здравните системи на страните с ниски доходи не са подготвени и са затруднени да отговорят

ефективно и равнопоставено на здравните нужди на населението по отношение на ХНБ.

2. Цел, задачи, материали и методи

Приоритетите очертани в проучваните национални програми и стратегии относно борбата с хроничните незаразни болести, здравно – демографската характеристика на населението в България определят целта на дисертационния труд.

ЦЕЛ

Да се проучи мнението на общо практикуващите лекари относно дейности в първичната извънболнична медицинска помощ, свързани с промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болести. Резултатите от проучването ще позволят да се определят необходимите изисквания и реалните възможности за осъществяване на тези дейности за подобряване здравето на населението.

Постигането на тази цел включва решаването на следните:

ЗАДАЧИ

1. Проучване на документи (наши и чуждестранни) относно същността и осъществяването промоция на здравето и профилактика на болестите (здравна политика, стратегия, рамков договор,закони, харта от Отава и др.)
2. Да се определи подходящ метод и инструментариум за проучване мнението на общо практикуващите лекари относно дейностите - касаещи промоция на здравето и профилактика на болестите, осъществявани в първичната помощ.
3. Да се установи доколко ОПЛ оценяват значимостта на промотивните и профилактичните дейности като приоритетни за здравето на населението, както и каква е тяхната подготовка и възможности за осъществяването им.
4. Познава ли ОПЛ здравния статус на цялото население в своята практика, а не само на тези, които са потърсили медицинска помощ, което позволява да се определят групите на здравите лица, застрашените (рисковите) групи и болните със социално значими заболявания.
5. Да се установи какви промотивнии и профилактични дейности осъществява ОПЛ за посочените групи население според техния здравен статус.
6. Да се изследва каква част от работното време се отделя за дейности свързани с промоция на здравето и профилактика на болестите.
7. Да се установи какви проблеми съществуват при осъществяване промоция на здравето, свързани с подготовката на ОПЛ за тези дейности от организационен характер, здравната култура на населението и др.
8. Да се очертаят основните проблеми свързани с промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болестите и да се определят насоките за тяхното подобряване.
9. Да се анализира какво може да се промени и включи допълнително в дейностите по промоция на здравето и профилактика на болестите за постигане на по-добри резултати за здравето на пациентите.
10. Да се определи кои са най-подходящите начини за подобряване дейността по промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болести.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Обект на наблюдение

Обект на изследването са 403 общо практикуващи лекари от лечебни заведения за първична медицинска извънболнична помощ на територията на София - град.

На територията на гр.София има 890 практики на ОПЛ, от тях на случаен принцип са подбрани 403 или 45 % .

Критерии за включване в проучването

Общо практикуващи лекари на индивидуални и в групови практики за първична извънболнична медицинска помощ, сключили договор с РЗОК-София-град, работещи на територията на София – град.

Техническа единица на наблюдение

Практики /индивидуална, групова/ за първична медицинска извънболнична помощ сключили договор с РЗОК-София-град и осъществяващи своята дейност на територията на София – град.

Признаци на техническата единица на набрюдение

1. Местонахождение на практиката (райони на гр.София).
2. Обхват на населението от практиката:
   - Брой
   - Структура: по пол, възраст
   - Структура според здравния статус на населението:
     - Здрави
     - Застрашени (рискови)
     - Болни

Логическа единица за наблюдение

1. Логическа единица на наблюдение е всеки ОПЛ попаднал в извадката, който е в договорни отношения с РЗОК в град София.
2. Медицинската сестра, която работи в практиката по обща медицина;
3. Лице обект на здравно обслужване от съответната практика по обща медицина, което е обект на проучване.

Признаци на логическата единица на наблюдение

- Демографска характеристика на ОПЛ: по пол, възраст
- Подготовка (каква и от къде е получена) на ОПЛ за осъществяване на промоция на здравето и профилактика на болестите.
- Какви промотивни дейности осъществява ОПЛ за различните групи население според здравния им статус. Колко време заделя за тяхното осъществяване?
- Какви профилактични дейности осъществява ОПЛ за болните със социално значими заболявания
- Резултати от тези дейности.
- Лицата, които попадат в проучването сформират представителна извадка от общо практикуващи лекари в София – град. Селекцията е извършена на случаен принцип в различни географски райони: център, изток, запад, север, юг. Бяха изследвани 403 практики при минимално изискване от 381 след прилагане на коефициента за ограничена съвкупност. Обхванатите от проучването общо практикуващи лекари представляват 45 % от всички 890

общо практикуващи лекари в София – град. Нивото на значимост () е вероятностното равнище, което е избрано. В практиката най-често се използва ниво на доверие 95% или 99%, като нивото на значимост е съответно 0,05 или 0,01. В нашият случай беше избрано ниво на доверителност от 99%.

- За намиране на критичната стойност на доверителния интервал трябва да се има предвид извадковото разпределение на статистиката - при извадки с обем n >=30 се прилага нормално разпределение, а при n <30 - t-разпределение с n -1 степени на свобода. Самата критична стойност се взема от таблица.
- Набирането на информация беше извършено чрез прост случаен лотариен подбор със стъпка 3.

ИЗВАДКА

Лицата, които попадат в проучването сформират представителна извадка от ОПЛ в София – град. Селекцията е извършена на случаен принцип в различни географски райони: център, изток, запад, евер и юг. Бяха изследвани 403 практики при минимално изискване от 381 след прилагане на коефициента за ограничена съвкупност. Обхванати са от проучването ОПЛ представлчват 45% от всички 890 ОПЛ от София- град. Нивото на значимост е вероятностно равнище, което е избрано. В практиката най-чето се използва ниво на доверие 95%, като нивото на значимост е съответно 0,05. В нашия случай нивото на доверие е 95%. Набирането на информация беше извършено чрезпрост случаен лотариен подбор със стъпка 3 от списъка на ОПЛ.

Продължителност на проучването

Индивидуалната емпирична информация е събирана в продължение на една година.

МЕТОДИ

- Документален
- Социологически
- Статистически
- Графически

ВРЕМЕ НА ПРОУЧВАНЕТО

Периодът в който е извършено проучването е м.април 2013 година – м.април 2014 година по метода на стандартното интервю или „лице в лице“ със стъпка три.

ВИД НА ПРОУЧВАНЕТО

Проучването е крос секционно. Събирането на първичната емпирична социологическа информация е извършено чрез пряка индивидуална анонимна анкетна карта сред общо практикуващи лекари в лечебни заведения от първична извънболнична медицинска помощ. Използвана е анкетна карта предварително апробирана в пилотно проучване и адаптирана към съществуващите у нас условия.

ДОСТОВЕРНОСТ

Достоверността на индивидуалната първична емпирична информация е висока. Анкетиращият екип е подбран сред кандидати работещи в сферата на извънболничната медицинска помощ. Извършена е специална предварителна подготовка на анкетьорите по отношение на темата на проучване особеностите на работа с общо практикуващите лекари.

ТОЧНОСТ

Отказите за участие в проучването са в рамките на 10%. Посещенията са извършени в амбулаториите на общо практикуващите лекари.

ИЗПОЛЗВАН ИНСРУМЕНТАРИУМ

Изследването се осъществи, като за целта бяха създадени анкетни карти за проучване мнението на ОПЛ и на пациентите.

I. Апробацията на използваната анкетна карта за проучване на ОПЛ осъществена предварително на микроизвадка от 40 общопрактикуващи лекари, подбрани чрез вътрешно-случаен подбор на територията на град София. Пилотното проучване се проведе за да се установи яснотата, разбираемостта и адекватността на въпросите залегнали в анкетата. Информацията събрана от пилотното проучване позволи да се направят необходимите промени във въпросника и адаптирането му към съществуващите условия.

Развита и адаптирана анкетна карта включва 38 въпроса и прилежащи към някои от тях подвъпроси. Преобладават въпроси от отворен тип, които са насочени към определяне информираността и подготовката на общо практикуващите лекари по отношение на рисковите фактори влияещи върху здравето на техните пациенти, рисковите групи от ЗОЛ регистрирани в техните практики и дейностите при провеждане на профилактичните прегледи на ЗОЛ над 18 години по договор с РЗОК. Поставени са и няколко въпроса от полуотворен тип, даващ възможност за попълване на отговорите със свободен текст от страна на изследваните лица по отношение на схващанията им за същността на промоция на здравето /принципи, дейности/, факторите на риска за здравето и дейностите свързани с рисковите и диспансеризирани групи в тяхната практика. В анкетната карта са поставени въпроси, които изпълняват контролна функция по отношение на предоставената от респондента информация.

Въпросите условно са групирани в пет раздела:

1. Демографска характеристика и особености на практиката.
2. Фактори на риска за здравето и компетенция на общо практикуващите лекари за промоция на здравето.
3. Информация по дейностите за рисковите и диспансерни групи и получени резултати.
4. Сътрудничество в екип между ОПЛ и медицинската сестра в практиката. Взаимодействие и проблеми с други институции при осъществяване на тяхната дейност.
5. Квалификация и общи проблеми в дейността на ОПЛ и медицинската сестра.

Въпросите от раздел I от анкетната карта – Общи данни за практиката от1 до 7 въпрос вкл. Целят да се получи характеристика на личните лекари работещи в практиките. Да се установи каква е структурата на лекарите по пол, по възрастови групи и къде е разположена практиката в районите на гр. София. В този раздел са включени въпроси, които дават представа за специфичните особености на ЗЗОЛ над 18 годишна възраст получаващи медицински услуги в проучваните практики. Определен е броя на ЗЗОЛ, тяхната структура по пол и възрастови групи. Обособени са три възрастови групи от 18 – 40 год./млади/, от 41-65 год./зряла възраст/ и над 65 години. Освен това е определен и броя на здравите ЗЗОЛ според мнението на личните лекари, а така също и тяхната структура по пол. Определен е и броят на ЗЗОЛ в проучваните практики включени в рисковите групи за сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет, злокачествени заболявания.

В раздел II-фактори на риска за здравето и мнения на общо практикуващите лекари относно промоция на здравето.

Въпрос 8 цели да определи кои са основните рискови фактори, които в най-висока степен влияят върху здравето на хората според общо практикуващите лекари, като те трябва да ги ранжират според тяхната значимост.

Въпрос 9 е насочен да установи с какви данни разполагат лекарите за техните пациенти относно рисковите фактори, на който са насители.

Въпроси 10, 11, 12, 13 са насочени към мнението на личните лекари и тяхното отношение към промоция на здравето и профилактика на болестите, като средство в борбата с хроничните незаразни болести. Цели се да се установи доколко личните лекари използват тези дейности и ги прилагат в своя ежедневен контакт с пациентите.

Въпрос 14 е отворен и цели да разкрие становището на личните лекари относно определеното в договора с НЗОК време за провеждане на профилактични медицински прегледи от 15 min., дали то е достатъчно за осъществяване на тези дейности.

В раздел III – информация за дейностите по рискови и диспансерни групи и получените резултати.

Целта на въпросите от 14 до 20 включително е да се установи броя на рискови ЗЗОЛ за сърдечно съдови заболявания преминали профилактични медицински прегледи, достатъчен ли е обемът от рисковите фактори за включване на ЗЗОЛ в рисковите групи за сърдечно-съдови, дейностите осъществявани от ОПЛ и ако не е според тях какво биха предложили. Определен е както общия брой на рискови ЗЗОЛ консултирани от кардиолог, взети на диспансерен отчет, така и тяхната структура по пол и какъв е броя на лицата с положителни промени.

Въпроси от 21 до 25 включително целят да установят броя на ЗЗОЛ рискови за диабет преминали профилактични медицински прегледи, каква част от тях са консултирани с ендокринолог, колко от тях са диспансеризирани и при колко от тях са настъпили положителни промени в нивото на основните фактори на риска.

Въпросите от 26 до 29 включително дават информация за броя на ЗЗОЛ рискови за злокачествени заболявания преминали профилактични медицински прегледи, колко от тях са консултирани със специалист, взети на диспансерен отчет и при каква част от тях са постигнали положителни промени в нивото на основните фактори на риска.

В раздел IV – сътрудничество в екип и с други институции:

Въпросите от 30 до 33 включително целят да се установи доколко е подготвена медицинската сестра и участва в дейностите по промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болести медицинската сестра от практиката. Освен това се прави опит да се установят с какви проблеми се сблъскват ОПЛ при сътрудничеството им със специализираната извън болнична помощ и със СЗОК, както и техните предложения за подобряване на това сътрудничество.

Въпрос 34 отчита мнението на ОПЛ относно това дали са достатъчни грижите на обществото за развитие на здравеопазването.

Раздел V -квалификация и общи проблеми

Въпроси 35 - 36 представляват самооценка на личните лекари относно специфични проблеми в тяхната практика и такива свързани с тяхната квалификация.

Въпрос 37 – 38 идентифицират дейности според ОПЛ, които трябва да бъдат извън регулативните стандарти по договора с СЗОК свързани с рисковите и диспансерни групи. Освен това са отбелязани проблеми в тяхната практика, които да бъдат отстранени с оглед подобряване качеството на тяхната дейност.

II. Проучване мнението на пациентите за дейностите по промоция на здравето и профилактика на болестите бе осъществено в „Диагностично - консултативен център III София“ ЕООД. Бяха анкетирани 220 души в практиките на ОПЛ разположени в „ДКЦ III София“. Въпросите в анкетната карта са групирани в III раздела:

1. Раздел I – Общи данни за анкетирания. Отношение към здравословния начин на живот.
2. Раздел II – Мнение за профилактичните прегледи и медицински услуги;
3. Раздел III – Поведенчески рискови фактори

Въпросите от Раздел I на анкетната карта – Общи данни за анкетирания. Отношение към здравословния начин на живот са от 1 до 9 въпрос включително. Целта на тези въпроси е да се получи характеристика за пациента по пол, възраст. Въпрос 3 е отворен и цели да установи дали пациента е здравно осигурен.

Въпросите от 5 до 9 са насочени да установят отношението на пациентите към тяхното здраве и здравословния начин на живот. Цели се да се установи пациента колко пъти е посетил неговия личен лекар и дали е получил информация от него за здравословния начин на живот. Тези въпроси целят да установят още доколко самият пациент е запознат със здравословния начин на живот и кои са основните източници на информация за него.

Раздел II - Мнение за профилактичните прегледи и медицинските услуги.

Въпросите от 10-12 са насочени да установят какво е отношението на пациентите към профилактичните прегледи (ходи ли той на такива прегледи, ако ходи, колко пъти прави това). Те целят да установят и това как се провеждат тези прегледи според пациента и колко минути продължава един такъв преглед при ОПЛ, който се е избрал.

Въпросите от 13-17 целят да установят здравното състояние на пациента-дали е включен в някоя рискова група за хронични незаразни болести и дали са проведени някакви изследвания за уточняване на тяхното здравословно състояние. Те целят да установят и дали пациентите са изпратени на консултация със специалист за уточняване на здравното състояние и дали са взети на диспансерен учет, ако е установено заболяване.

Въпросите от 18-22 целят да установят мнението на пациентите относно начина на провеждане на профилактичните прегледи. Освен това се стремят да установят дали те имат затруднения при изписването на лекарства и насочване за консултация със специалист от личния лекар.

Въпрос 19 цели да установи предложенията на пациентите какво според тях е необходимо да се включи при провеждане на профилактичните медицински прегледи за да се подобри тяхната качество и ефективност.

Въпрос 22 е отворен и цели да установи мнението на пациентите доколко профилактичните медицински прегледи допринасят за запазване и укрепване на тяхното здраве.

Раздел III – Поведенчески рискови фактори

Въпрос 23 е насочен да установи начина на живот на пациента. Съществуват ли при него поведенчески рискови фактори, доколко те са застъпени. Полага ли усилия пациента да ограничи влиянието на рисковите поведенчески фактори и да води здравословен начин на живот.

РАБОТНА ХИПОТЕЗА

Към настоящия момент дейността по промоция на здравето и профилактика на незаразните болести не е на нужното ниво. Тя заема недостатъчна част в обема от дейности осъществявани от ОПЛ в неговата работа с ЗЗОЛ. Това неминуемо се отразява върху здравното състояние на българина. Днес той е един от най-болните, с най-висока смъртност и ниска раждаемост сред останалите народи в Европа и света.

Нашата хипотеза, е че би могло да се променят приоритетите в дейността на ОПЛ, като промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болести бъде един от тях – да се обединят усилията на различни сектори в обществото за подобряване здравето на българина.

МАТЕМАТИКО – СТАТИСТИЧЕСКИ МЕТОДИ ЗА ОБРАБОТКА И АНАЛИЗ НА ПЪРВИЧНИТЕ ДАННИ

За статистическа обработка на данните е избран пакет за обработка на информация SPSS.

На данните беше извършен логически оглед. Бяха отстранени и коригирани допуснатите от анкетьорският екип грешки и неточности. Извършено беше кодиране на отговорите на откритите и полуоткритите въпроси. Отговорите на тези въпроси бяха окрупнени в групи съобразно критерии на изискванията на Наредба №39 за провеждане на профилактични прегледи и диспансеризация на здравноосигурени лица и минимален пакет от дейности на ОПЛ по договор с НЗОК. Получените данни бяха въведени в sav.file.

3. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНИ ПРОУЧВАНИЯ

3.1. Анализ на резултати от проучването сред ОПЛ в град София

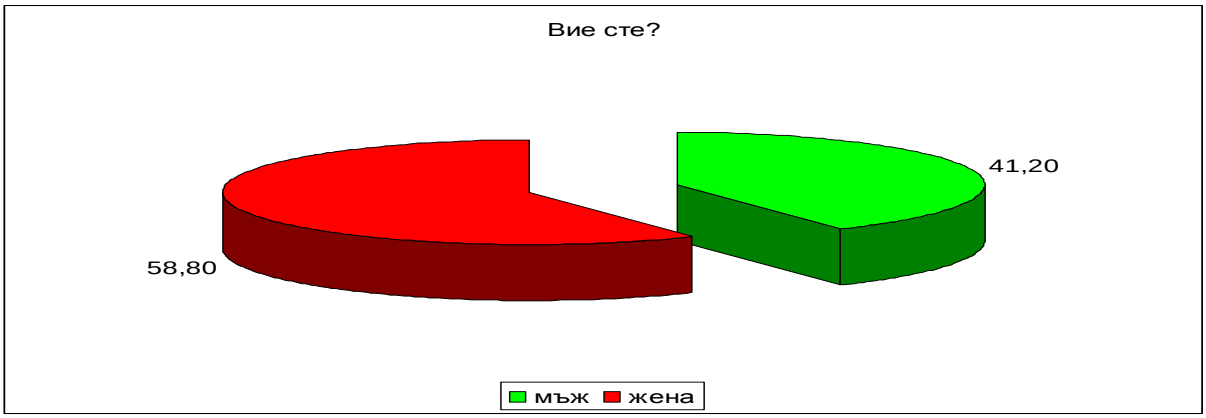
Анкетната карта съдържа 38 въпроса групирани в 5 раздела.

- **Общи данни за практиката.**
- **Фактори на риска за здравето и мнения на ОПЛ относно промоция на здравето.**
- **Информация за дейностите по рисковите, диспансерните групи и получените резултати.**
- **Сътрудничество в екип (ОПЛ и медицинска сестра) и с други институции.**
- **Квалификация и общи проблеми.**

Раздел I – Общи данни за практиката.

1. Демографска характеристика и особености на практиката – обект на проучването.

В проучването са анкетиране 403 лица (лични лекари и медицински сестри) от извънболничната медицинска помощ гр. София. По отношение структурния състав по пол на анкетираните преобладават жените – 273 лица с относителен дял (58,8), докато мъжете са 166 на брой (41,2%). Съотношението жени/мъже е 1,42:1. фиг.1.

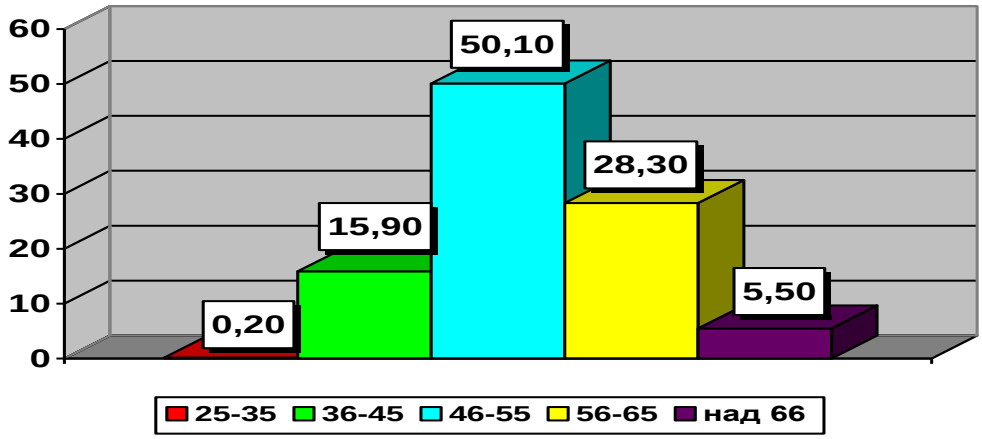


Фиг.1 Структура на ОПЛ по пол.

Този състав се определя в голяма степен от факта, че жените преобладават в професионалната група на лекарите.

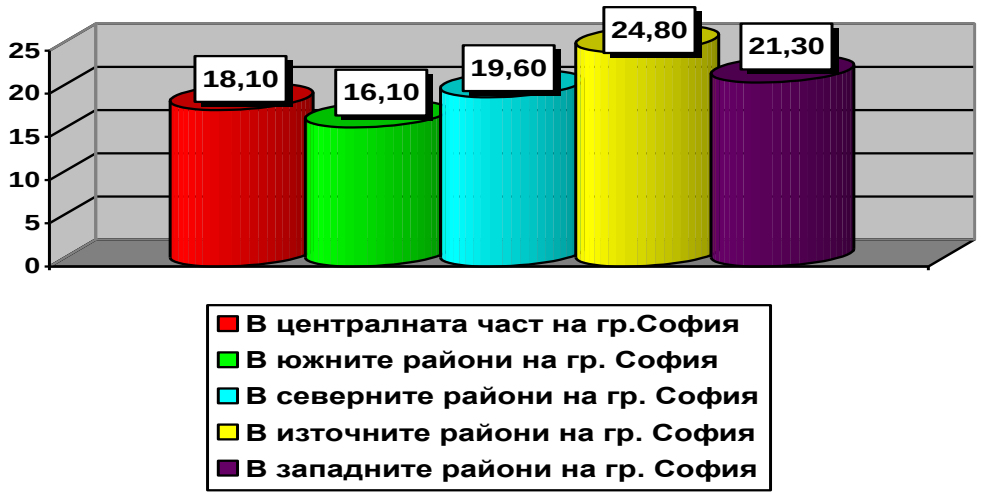
Възрастовият състав на проучения контингент показва, че най-голямата група са лицата от 46-55 години. Те съставляват половината 50,1% от анкетираните на второ място с 28,3% са тези от 56-65 години. Сравнително малък е контингента на лекарите до 35 години – 0,2% и от 36-45 години (15,9%). Това разпределение на анкетираните по възраст е показано

във фиг.2.



Фиг.2 Разпределение на ОПЛ по възрастови групи.

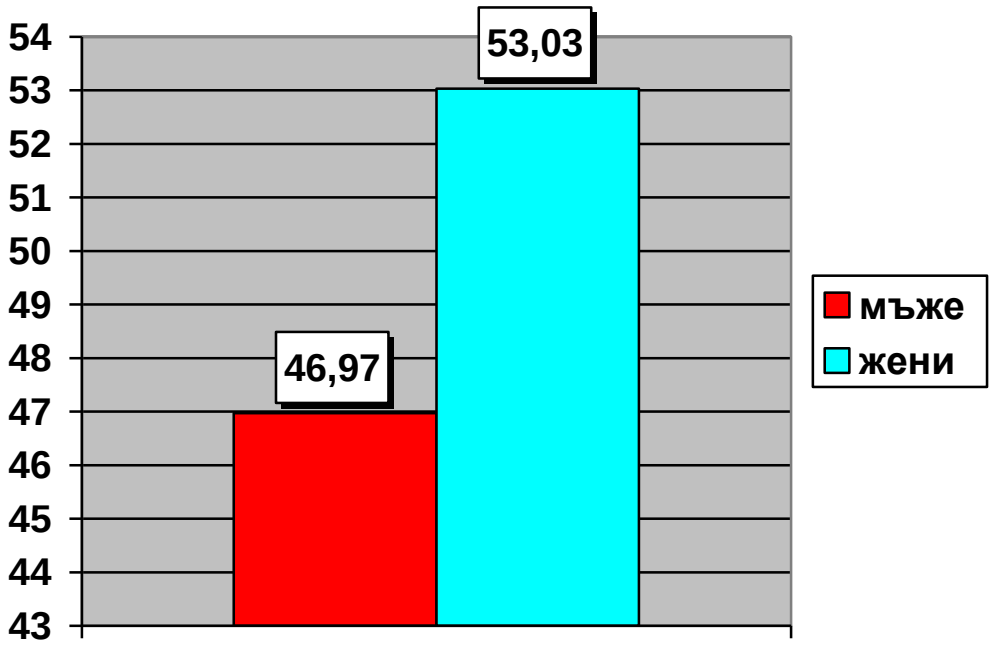
Относно възрастовата група на анкетираните е взето предвид, къде е разположена (местоположението) на практиката на личните лекари в гр. София. С най-голям относителен дял са лекарите в практики от източните региони (24,8%) и западните региони (21,3%). След тях са северен район с (19,6%), лекарските практики от централната част с (18,1%) и тези в южните райони (16,12%). От тези данни може да се заключи, че почти около една пета от контингента анкетирани е във всеки един от посочените райони, т.е. налице една равнопоставеност на практиките обект на проучване. фиг.3.



Фиг.3 Разпределение на практиките на общо практикуващите лекари по райони.

2. Здравно-демографска характеристика на ЗЗОЛ над 18 години регистрирани в проучваните практики.

Обект на проучването са 510,887 ЗЗОЛ. Тяхната структура по пол е съответно мъже – 238 920 с относителен дял 46,97% и жени – 271 967 с относителен дял 53,03%. Съотношението мъже/жени е 1:1,12. фиг.4.



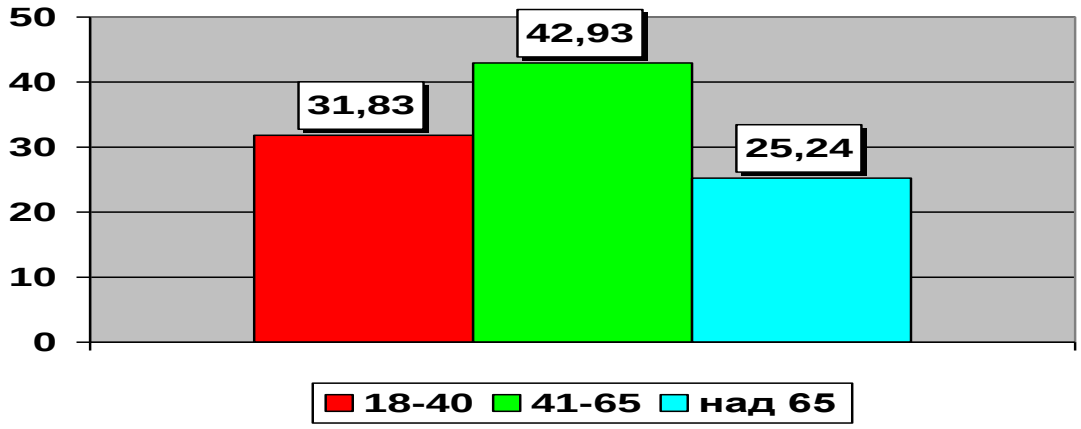
Фиг.4 Структура на ЗЗОЛ по пол.

Заслужава да се отбележи структурата на ЗЗОЛ мъже и жени по възрастовите подгрупи: от 18-40 год.; от 41-65 год.; и над 65 год.

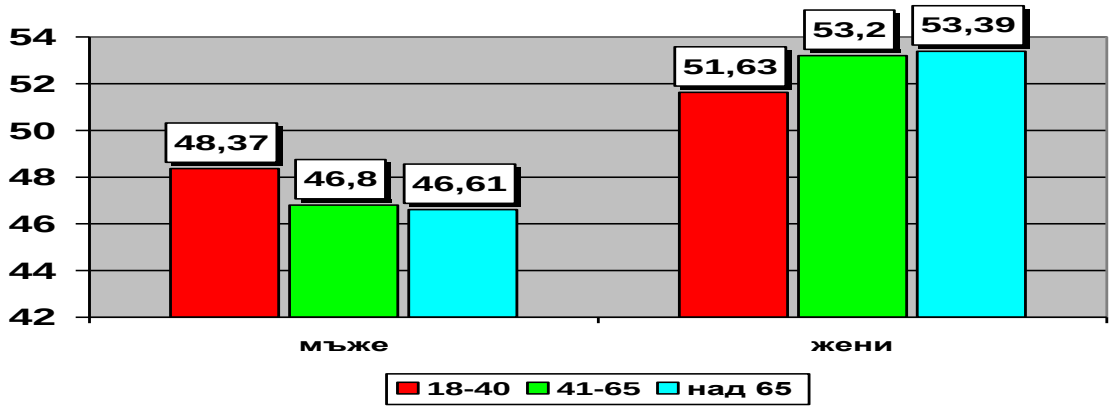
Във възрастовата група от 18-40 год. - общият брой на ЗЗОЛ е 162 632 (31,83%) от всички регистрирани. От тях мъже – 78 251 (48,37%) и жени – 84 381 (51,63%).

Възрастова група от 41-65 год. - общият брой на ЗЗОЛ е 219 324 (42,93%) от регистрираните. От тях мъже са 102 342 (46,80%) и жени 116 982 (53,20%).

Във възрастовата група над 65 год. - ЗЗОЛ са (25,24%). Фиг. 5



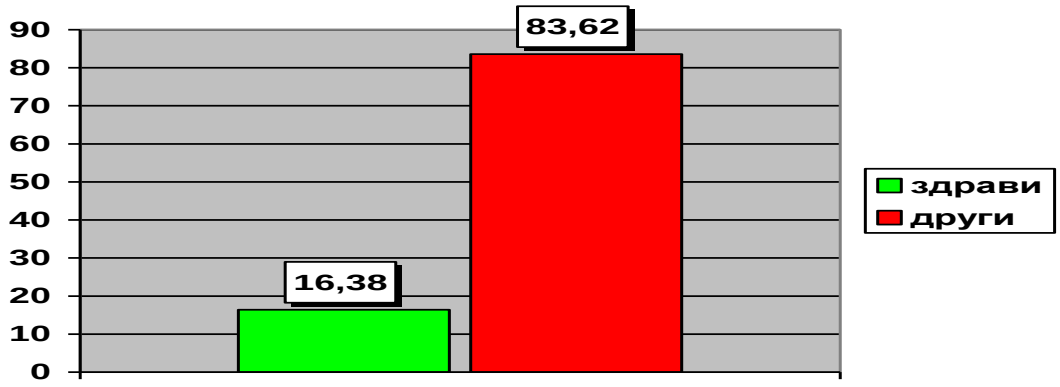
Фиг. 5 Разпределение на относителните дялове на регистрираните ЗЗОЛ по възрастови група.



Фиг.6 Структута на ЗЗОЛ мъже и жени по възрастови групи.

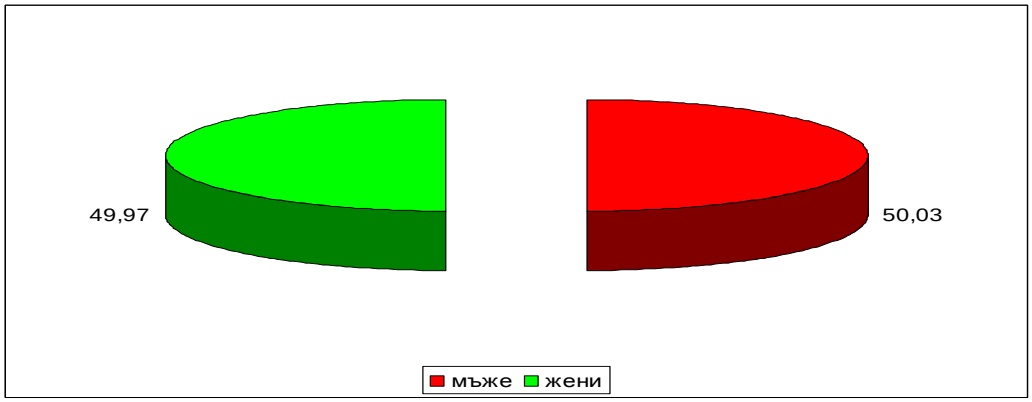
3. Характеристика на ЗЗОЛ според здравният им статус.

От всички регистрирани ЗЗОЛ над 18 год. в практиките според оценката на личните лекари, като „здрави“ са определени 83 891 лица те съставляват (16,38%). Фиг. 7



Фиг.7 Структура на ЗЗОЛ над 18 години, според здравния им статус.

От групата на ЗЗОЛ определени като „здрави“ делът на мъжете е (50,03%) и жени (49,97%). фиг. 8



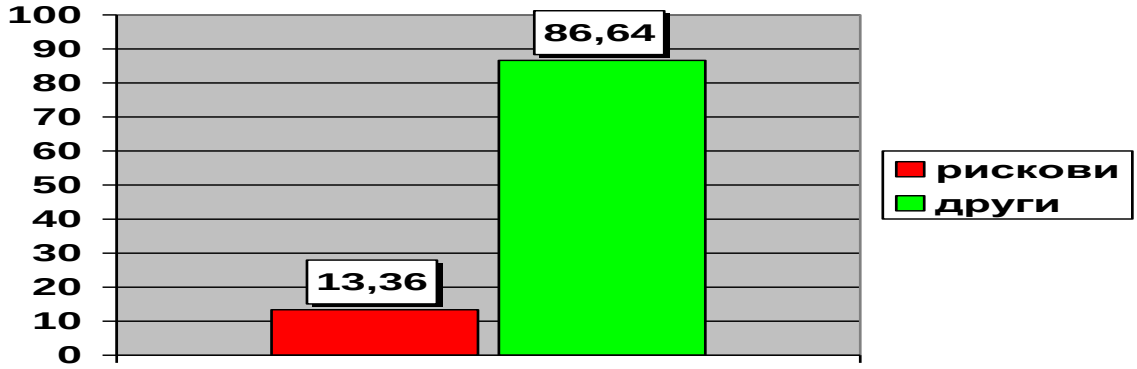
Фиг.8 Процет на здравите ЗЗОЛ сред мъжете и жените.

4. Характеристика на ЗЗОЛ в рисковите групи.

Друга съществена информация относно проучения контингент е каква част от тях попадат в рисковите групи, определени съгласно изискванията на: Наредба №39 – за профилактичните прегледи и диспансеризацията; НРД сключен между НЗОК и БЛС.

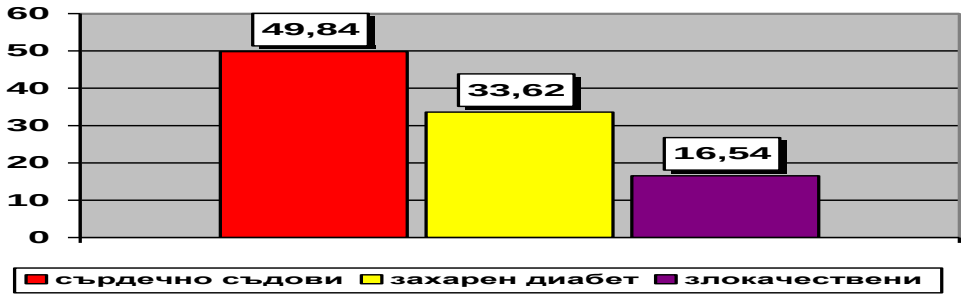
От всички проучвани практики в рисковите групи съответно: сърдечно-съдови заболявания, диабет, злокачествени заболявания, попадат само (13,36%) ЗЗОЛ от общия брой

– 510 887 лица. фиг.9.



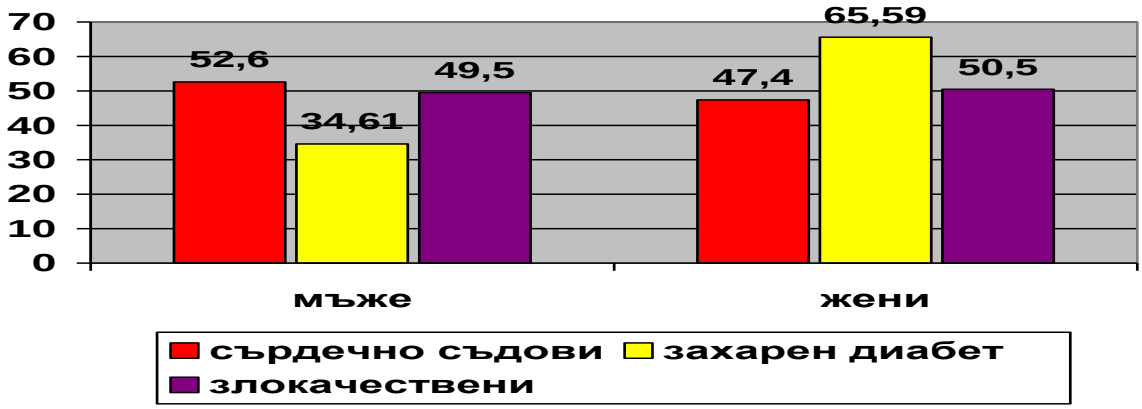
Фиг.9 ЗЗОЛ над 18 години регистрирани в рискови групи.

Разпределението на рисковете ЗЗОЛ по групи заболявания е следното: групата със сърдечно-съдови заболявания съставя (49,84%) лица от общия брой рискови ЗЗОЛ, със захарен диабет (33,62%) и със злокачествени заболявания (16,54%). фиг.10



Фиг.10 Структуриране ЗЗОЛ по групи заболявания.

За всяка от посочените групи заболявания е представено и структурирано по пол: - сърдечно съдовите заболявания: мъже – (52,60%), жени – (47,40%), - захарен диабет: мъже – (34,61%), жени – (65,59%), - злокачествени заболявания: мъже – (49,50%), жени – (50,50%). фиг.11.

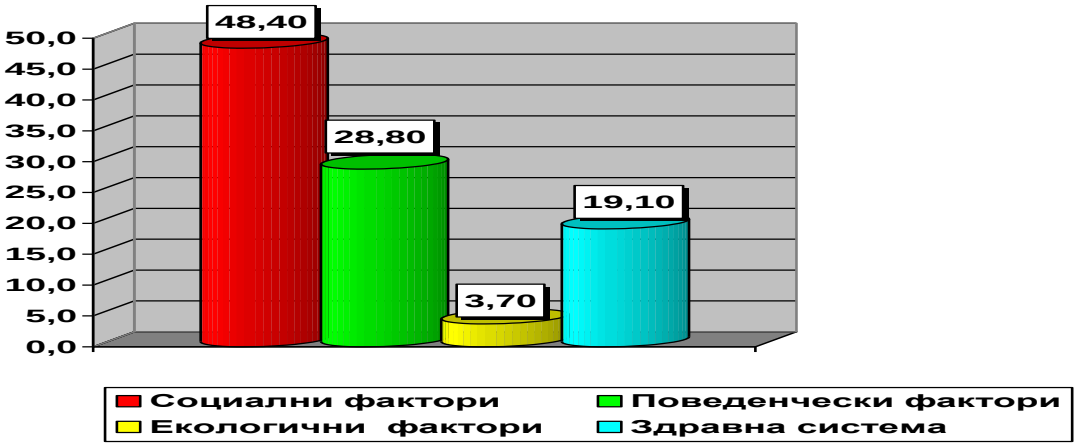


Фиг.11 Разпределение на ЗЗОЛ мъже и жени по групи заболявания.

Раздел II – Фактори на риска за здравето и мнения на ОПЛ относно промоция на здравето.

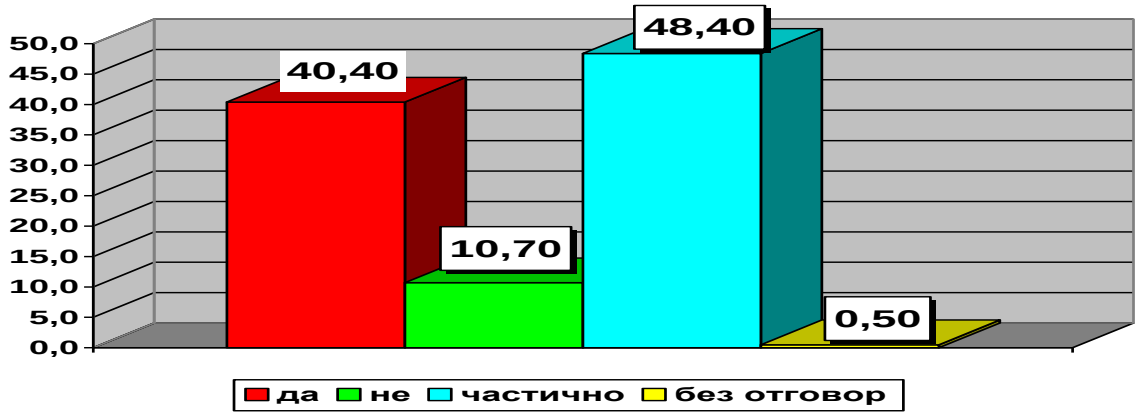
Проучено е мнението на анкетираните лични лекари, относно основните фактори на риска за здравето на техните пациенти (социални, поведенчески, екологични фактори, здравна система). Те посочват, че най-съществено влияние върху здравето на пациентите имат социалните и поведенческите фактори. Здравната система и екологичните фактори

влияят в по слаба степен. фиг.12.



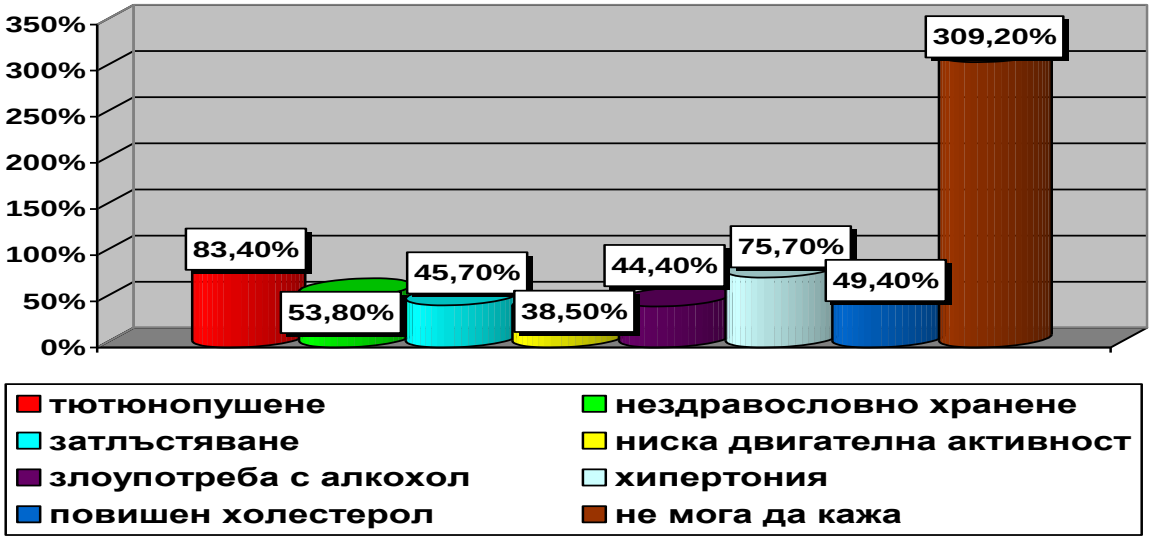
Фиг.12 Основни рискови фактори на здравето.

Относно факторите на риска за здравето, на които са носители техните пациенти, по-малко от половината от анкетираните лекари са отговорили,че разполагат с такава информация. Обезпокоителен е факта, че 59,1% нямат или имат частична представа за тази съществена характеристика за здравето на пациента. Респондентите, които не са отговорили са 0,5%. фиг.13.

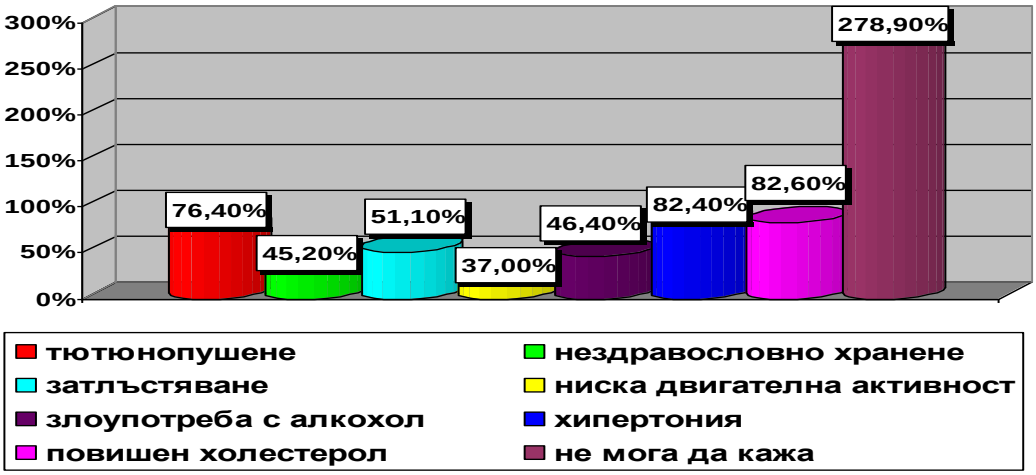


Фиг.13 Разпределение на отговорите на анкетираните лекари относно това дали разполагат с данни за рискови фактори, на които са носители техните пациенти.

От рисковите фактори, на които са носители пациентите с най-висок относителен дял и при (рисковите ЗЗОЛ) е: тютюнопушене - (83,4%); хипертония – (75,7%); нездравословно хранене (53,8%); повишен холестерол (49,4%); затлъстяване (46,7%); злоупотреба с алкохол (44,4%) и ниска двигателна активност (38,5%). При диспансерните ЗЗОЛ от рисковите фактори с най-водеща роля е повишен холестерол (82,6%) и хипертония (82,4%). След тях се нареждат тютюнопушене (76,4%), злоупотреба с алкохол (46,4%), нездравословно хранене (45,2%) и ниска двигателна активност (37%). Процентите и в двете групи са повече от 100% понеже общопрактикуващите лекари са посочвали повече от един отговори. Разпределението на тези отговори в проценти и в двете групи е показано на фиг.14а за рискови лица и фиг.14б за диспансерни.

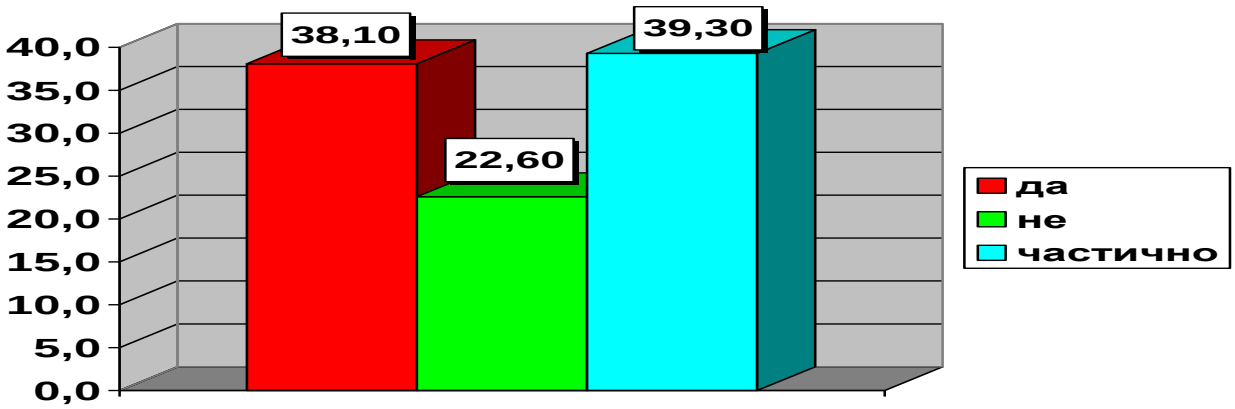


Фиг.14а Рискови фактори влияещи върху здравето в групата на рисковите лица.



Фиг.14б Рискови фактори, влияещи върху здравето в групата на диспансерните.

Интерес представлява мнението на лекарите относно дейностите по промоция на здравето. По-голяма част от тях отговарят, че не са запознати (22,6%) или са частично запознати (39,2%) с принципите на промоция на здраве. Едва (38%) от тях отговарят, че познават добре тези принципи. Респондентите, които не са отговорили на въпроса са (0,2%) от анкетираните. фиг.15.



Фиг.15 Познават ли общопрактикуващите лекари принците на промоция на здраве.

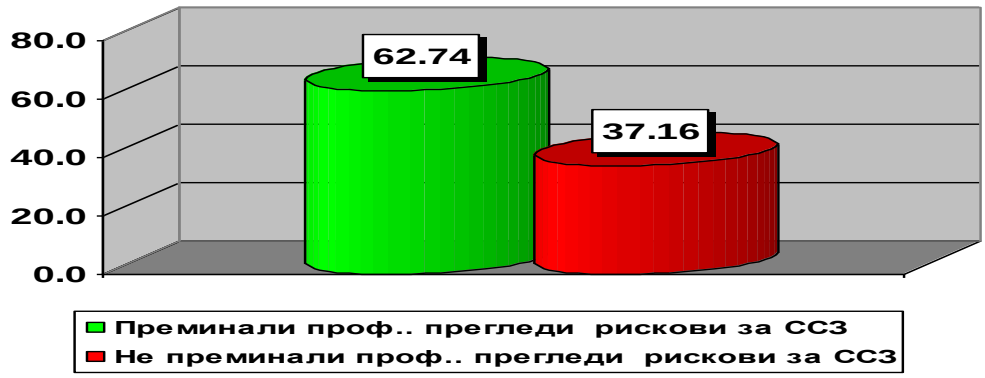
Раздел III – Информация за дейностите по рисковите, диспансерните групи и получените резултати

В този раздел са разгледани осъществяваните здравни дейности от общопрактикуващите лекари на ЗЗОЛ включени в рисковите групи: за сърдечно съдови заболявания, захарен диабет и злокачествени заболявания. За всяка рискова група са разгледани следните аспекти:

1. Преминали профилактични прегледи
2. Консултирани със специалист
3. Взети на диспансерно наблюдение
4. Резултати (постигнати положителни промени)

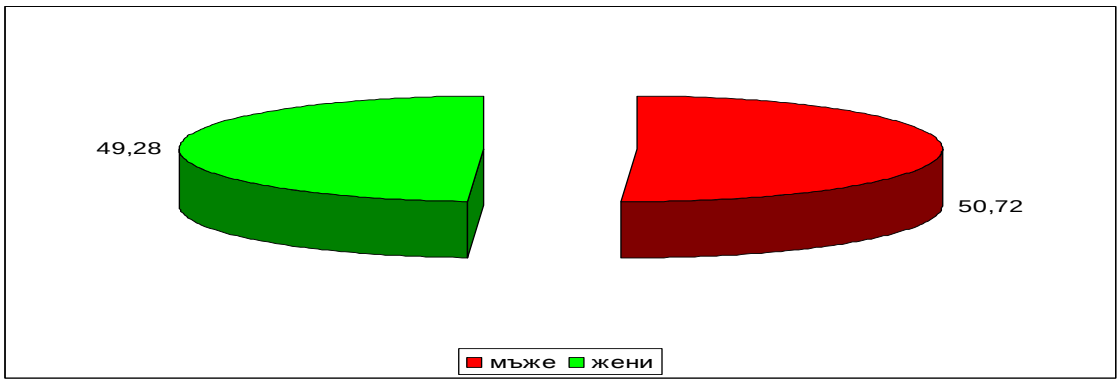
1.Здравни дейности осъществявани при ЗЗОЛ включени в рисковата група за сърдечно - съдови заболявания.

Обхванати ЗЗОЛ в рисковата група за ССЗ с профилактични прегледи са 21 362 (62,74%) лица от общия брой рискови за ССЗ – 34 044. От тях мъже 10 832 (50,72%) и жени 10 530 (49,28%). Процентното разпределение на лицата в рисковата група за ССЗ преминали профилактични прегледи и тези, които не са преминали е показано на фиг.16.



Фиг.16 Процентно разпределение на лицата в рисковата група за ССЗ преминали профилактични прегледи и тези, които не са преминали.

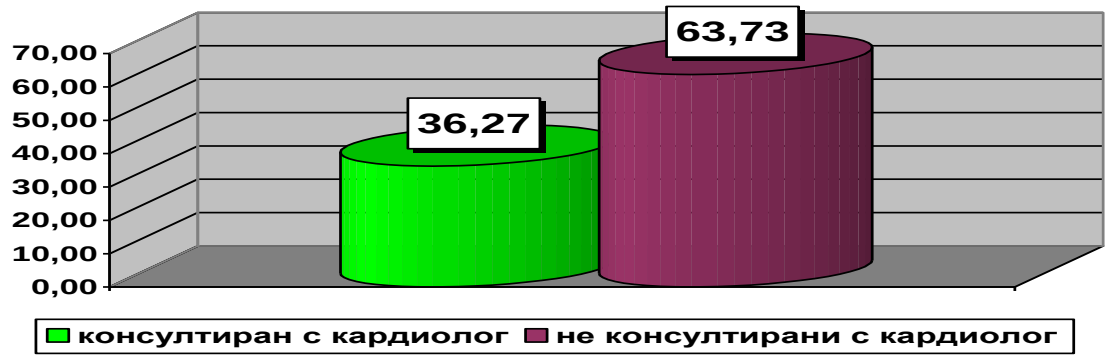
Процентно разпределение на преминалите профилактични медицински прегледи рискови лица за ССЗ по пол е показано на фиг.17а.



Фиг.17а Процентно разпределение на преминалите профилактични медицински прегледи рискови лица за ССЗ по пол.

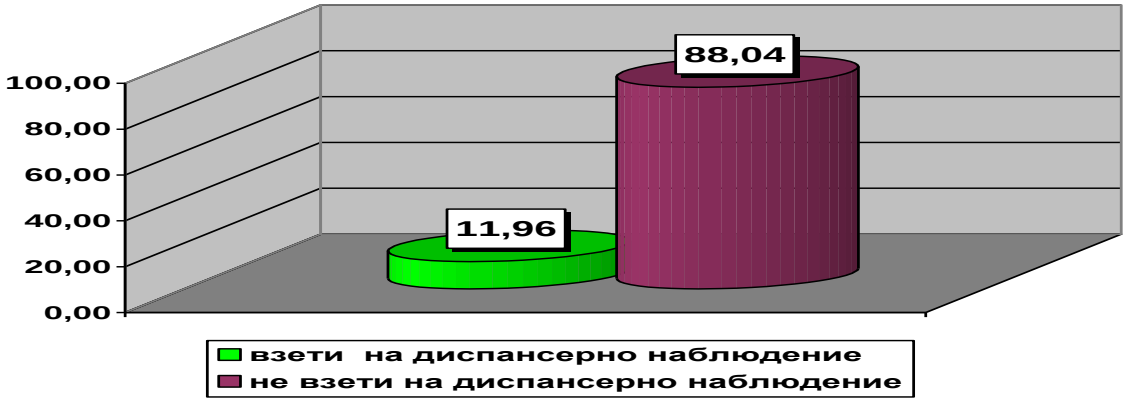
Консултираните с кардиолог рискови за сърдечно-съдови заболявания са (36,3 %)

фиг.18



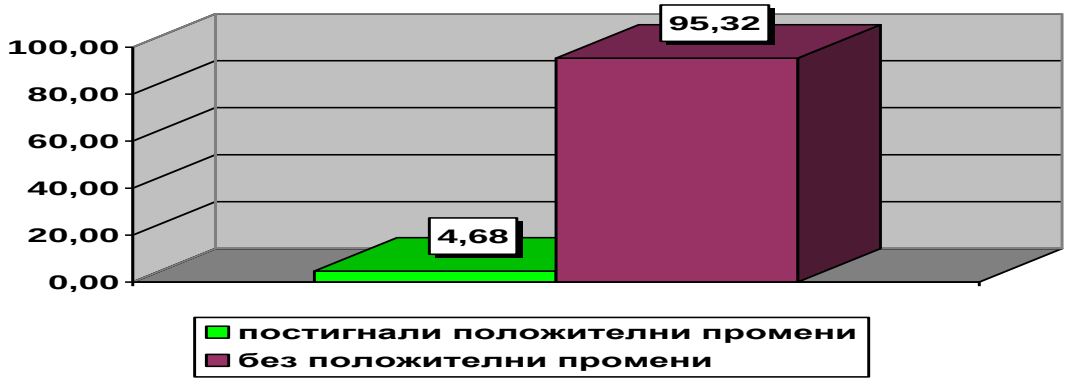
Фиг.18 Консултирани с кардиолог рискови ЗЗОЛ със сърдечно-съдови заболявания.

От общия брой рискови лица включени в рисковата група за ССЗ са взети на диспансерно наблюдение – (11,96%). Това процентно разпределение на взетите на диспансерно наблюдение ЗЗОЛ е посочено на фиг.19.



Фиг.19 Рискови ЗЗОЛ със ССЗ над 18 години взети на диспансерно наблюдение.

Важен показател за ефективността и качеството на дейността на общопрактикуващия лекар за дейностите, свързани с лицата включени в рисковата група със ССЗ е броят (на тези, при които са постигнати положителни промени по отношение на основните фактори на риска от нашето проучване те са (4,68%) от всички рискови със ССЗ. фиг.20.

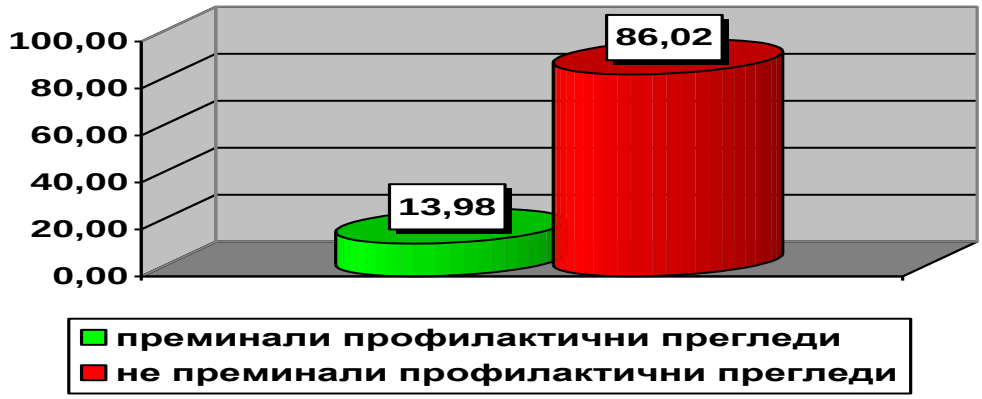


Фиг.20 Рискови ЗЗОЛ със СЗО според промени в нивото на рисковите фактори.

2.Здравни дейности осъществявани при ЗЗОЛ включени в рисковата група за

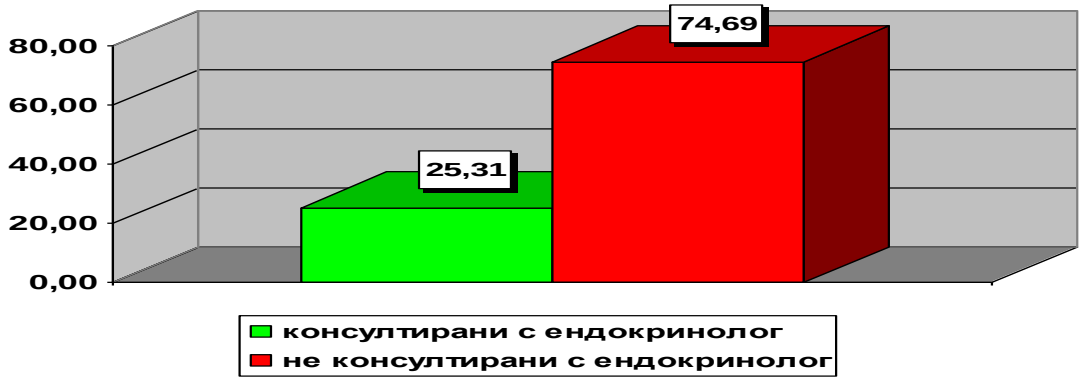
захарен диабет.

Преминали профилактичен преглед ЗЗОЛ включени в рисковата група за захарен диабет са 13 181 (13,98%) от всички рискови за захарен диабет. фиг.21.



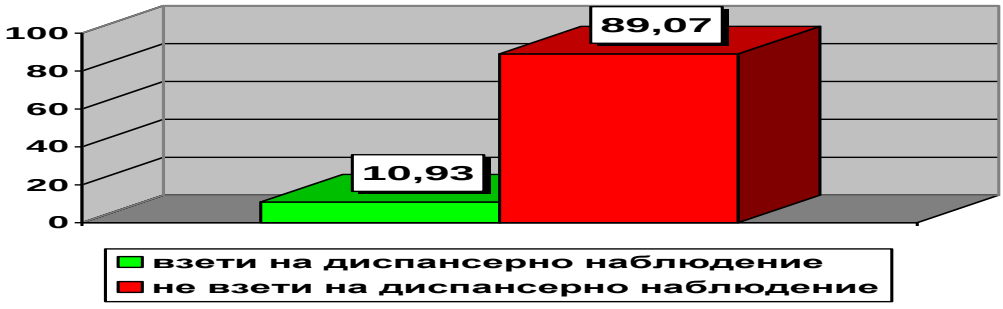
Фиг.21 Рискови ЗЗОЛ със захарен диабет преминали профилактични прегледи.

ЗЗОЛ консултирани с ендокринолог от рисковата група за захарен диабет са 7 584 (25,31%) от всички рискови лица за захарен диабет, фиг.22.



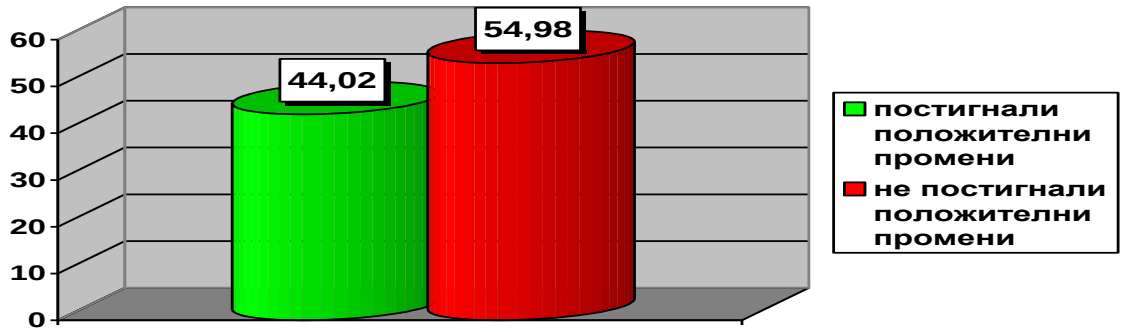
Фиг.22 Консултирани ЗЗОЛ с ендокринолог рискови за захарен диабет.

От ЗЗОЛ рискови за захарен диабет са взети на диспансерно наблюдение 3 276 (10,93%), фиг.23.



Фиг.23 Диспансеризирани ЗЗОЛ рискови за захарен диабет.

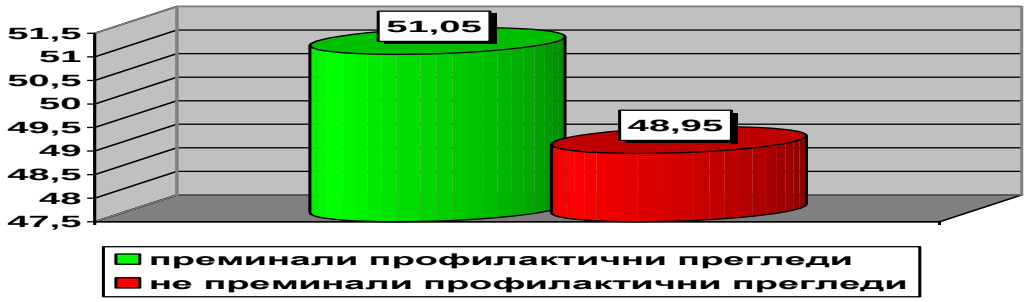
Постигнали положителни промени в нивото на основните фактори на риска в рисковата група за захарен диабет са (44,02%) от всички рискови за захарен диабет. (фиг.24)



Фиг.24 Рискови ЗЗОЛ със захарен диабет според промените в нивото на основните рискови фактори.

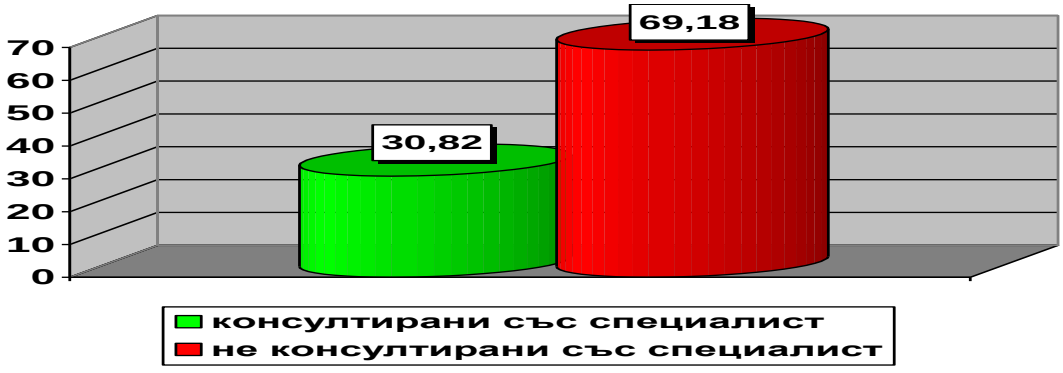
3.Здравни дейности осъществявани на ЗЗОЛ включени, в рисковата група за злокачествени заболявания.

Лицата рискови за злокачествени заболявания, преминали профилактични медицински прегледи са (51,05%) от всички рискови в тази група (фиг.25).



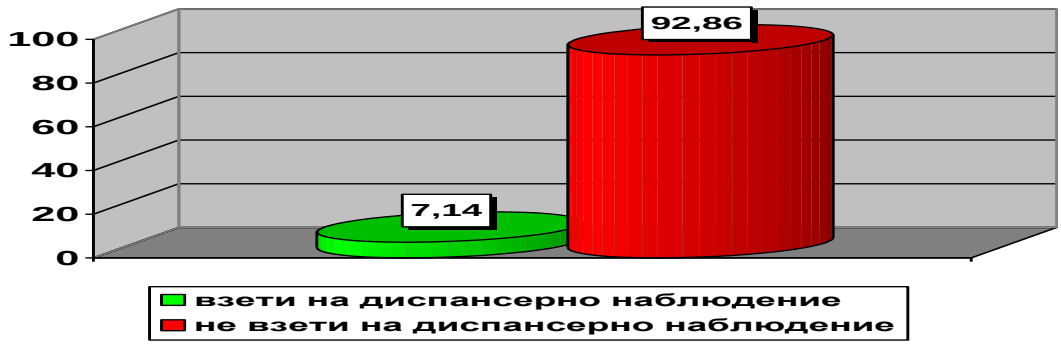
Фиг.25 Преминали профилактични медицински прегледи рискови за злокачествени заболявания.

Консултирани със специалист сред рисковете за злокачествени заболявания ЗЗОЛ е са (30,82%). (фиг.26)



Фиг.26 Консултирани със специалист сред рисковите за злокачествени заболявания ЗЗОЛ.

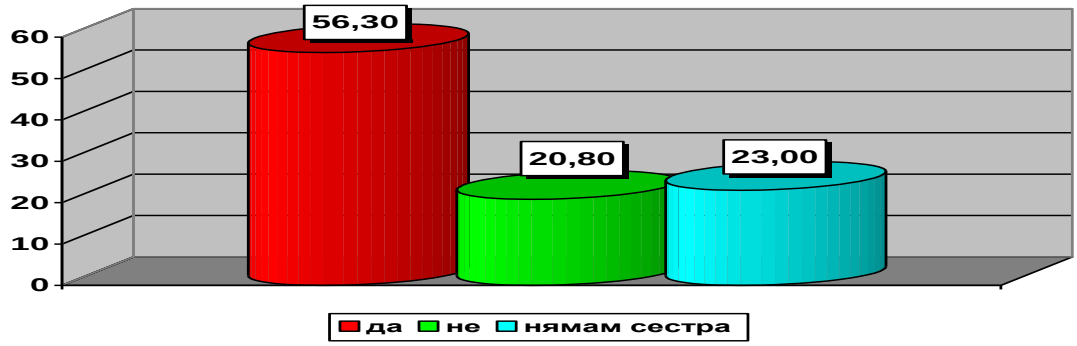
От лицата рискови за злокачествени заболявания са взети на диспансерно наблюдение едва (7,14%) от всички рискови в тази група. (фиг.27)



Фиг.27 Взети на диспансерно наблюдение за злокачествени заболявания от рисковите в тази група.

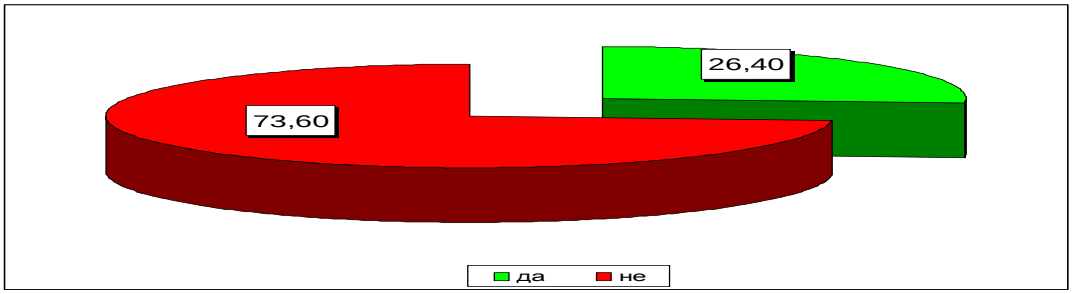
Раздел IV – Сътрудничество на екипа по обща медицина (ОПЛ и медицинска сестра) с други институции.

Интерес представлява мнението на ОПЛ, за ролята на медицинската сестра при осъществяване на дейности по промоция на здравето и профилактика на болестите, както и какви задачи се възлагат на медицинската сестра свързани с тези дейности. По-голяма част от лекарите (56,3%), възлагат на медицинската сестра, задачи свързани с промоция на здравето и профилактика на болестите. Една пета от тях (20,8%) не възлагат задачи на медицинската сестра, а (23%) отговарят, че нямат медицинска сестра. (фиг.28)



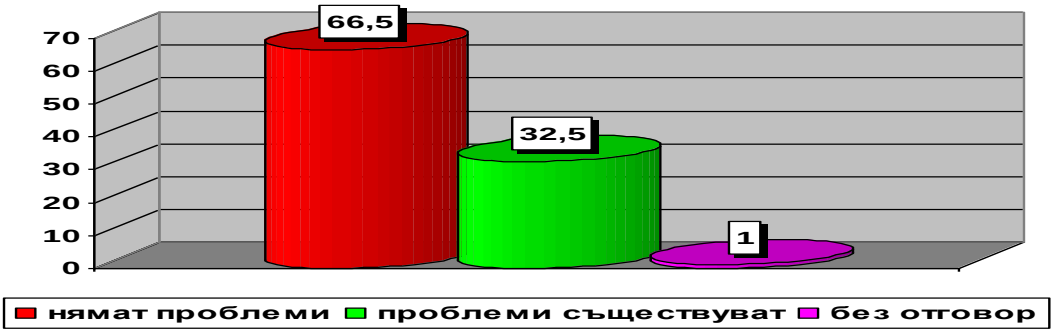
Фиг.28 Мнение на лекарите относно ролята на медицинската сестра по промоция на здравето и профилактика на болестите.

По отношение на сътрудничеството със специализираната медицинска помощ по-голяма част от лекарите (73,2%) са отговорили, че нямат проблеми в съвместната работа със специалистите; (26,3%) са на мнение, че съществуват такива проблеми. Респондентите, които не са дали отговор са (0,5%) от всички лекари. (фиг.29)



Фиг.29 Разпределение на отговорите на ОПЛ, затова дали имат проблем при съвместната работа със специалисти от извънболничната медицинска помощ.

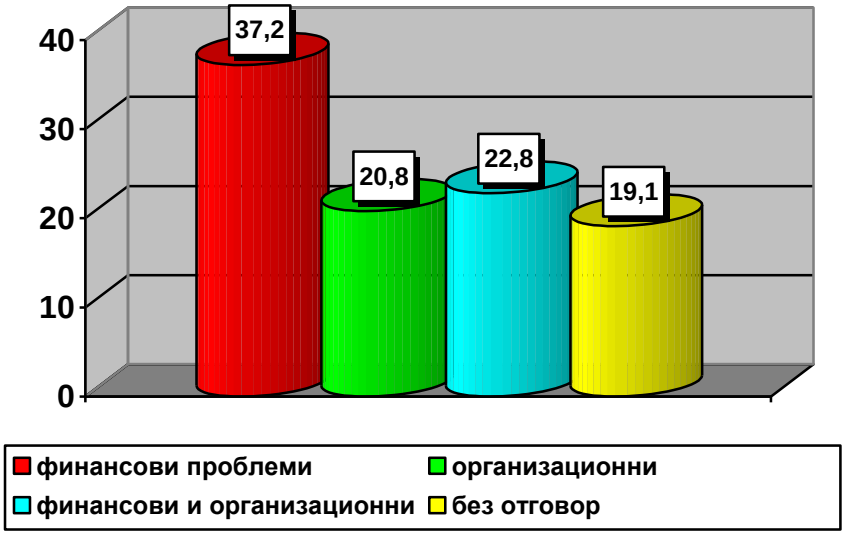
По отношение на проблеми при сътрудничество с НЗОК по-голяма част от лекарите (66,5%) са отговорили, че нямат проблеми, (32,5%) от тях отговарят, че такива проблеми съществуват. Респонденти, които не са отговорили на въпроса са (1%). (фиг.30)



Фиг.30 Разпределение на отговорите на ОПЛ, относно съществуване на проблеми при сътрудничество с НЗОК.

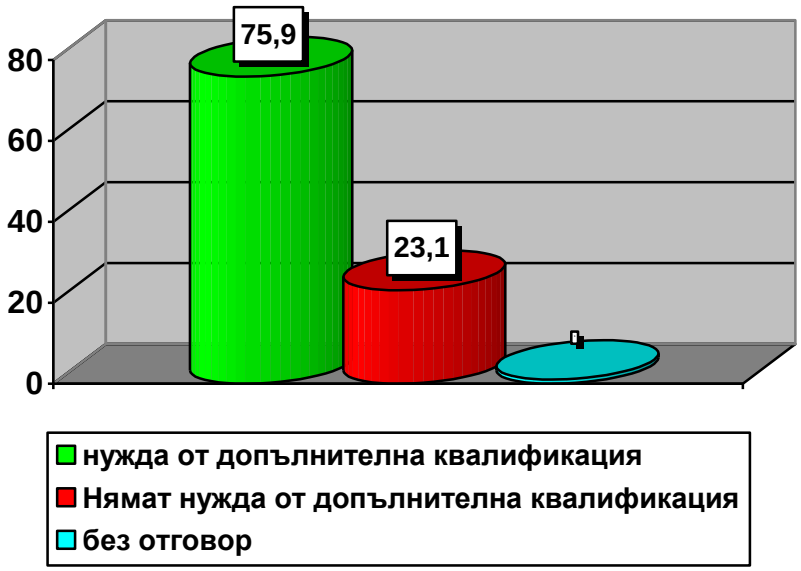
Раздел V – Квалификация и общи проблеми.

По отношение възможностите за квалификация по проблеми, свързани с тяхната дейност (37,2%) от анкетираните лекари отговарят, че имат финансови проблеми, (22,8%) имат финансови и организационни, (20,8%) организационни. Респондентите, които не са отговорили са (19,1%). (фиг.31)



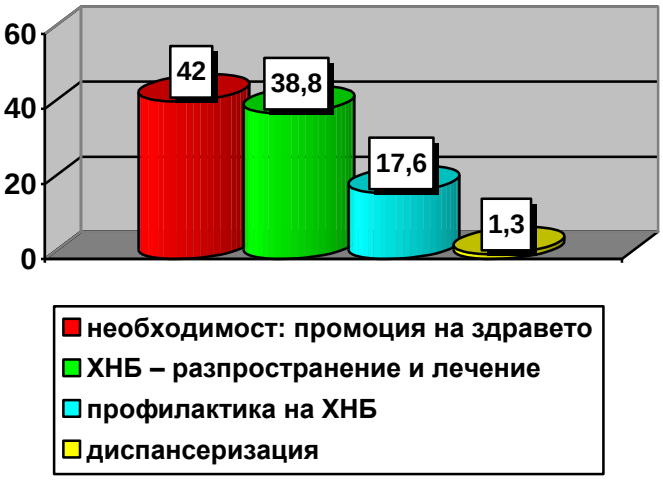
Фиг.31 Отговори на анкетираните лекари относно проблеми, свързани с тяхната дейност за специализация по проблеми в практиката.

Трябва да се подчертае, че по-голямата част от анкетираните лекари (75,9%) отговарят, че имат нужда от допълнителна квалификация по проблеми на промоция на здраве и лечение на хронични неинфекциозни болести. Респондентите, които не са отговорили са (1%). (фиг.32)



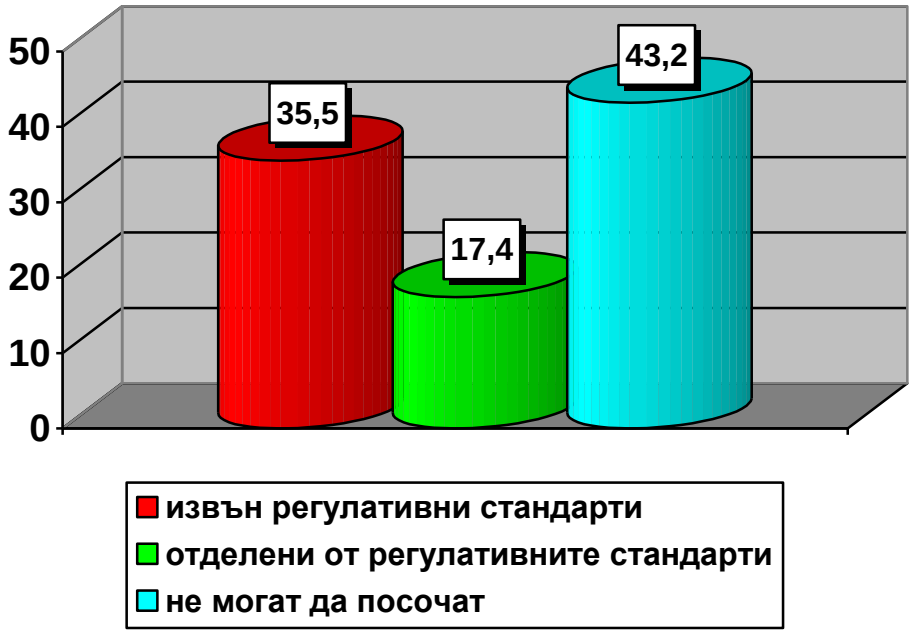
Фиг.32 Необходимост от допълнителна квалификация по промоция на здравето и профилактика и лечение на хроничните незаразни болести.

Интерес представляват предложенията на лекарите за областите на обучение, от което имат необходимост: промоция на здравето (42%), ХНБ – разпространение и лечение (38,8%), профилактика на ХНБ (17,6%), диспансеризация (1,3%). (фиг.33)



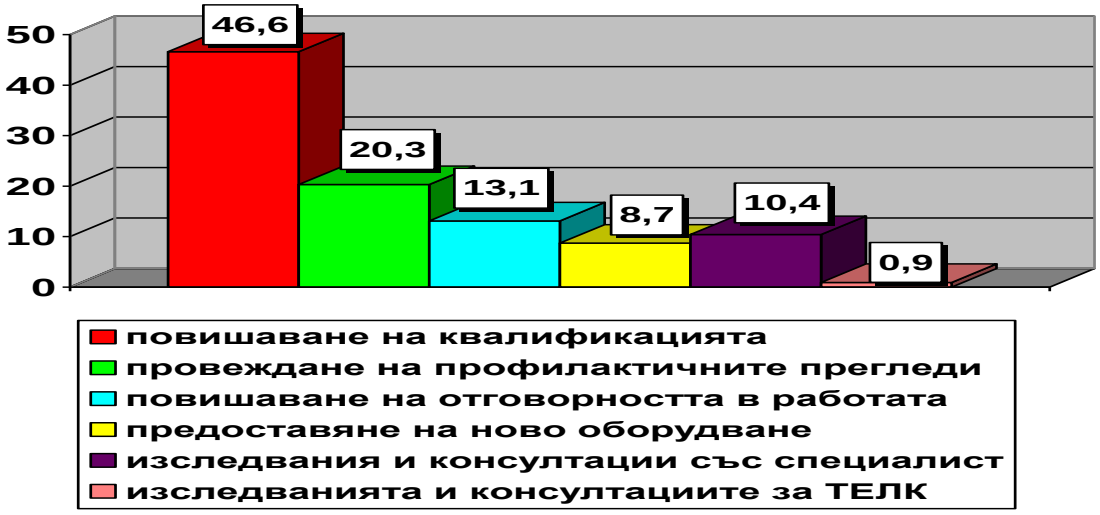
Фиг.33 Необходимост от допълнителна квалификация по проблеми на промоцията на здравето, профилактика и лечение на ХНБ.

Относно дейностите, свързани с рисковите и диспансерни групи, които трябва да бъдат извън регулативните стандарти, определени от НЗОК: една трета от анкетираните лекари (35,5%) отговарят, че дейностите по промоция на здравето и профилактика на болестите трябва да бъдат извън регулативни стандарти определени от НЗОК. Значително по малко част от тях (17,4%) са на мнение, че дейности не трябва да бъдат отделени от регулативните стандарти. В най-голям процент (43,2%) са тези, които не могат да посочат, дали е необходимо отделянето на регулативните стандарти за промоция на здраве и профилактика на болести. (фиг.34)



Фиг.34 Отговорите на ОПЛ, относно отделяне на дейностите по промоция на здраве и профилактика на болестите.

На въпроса, какво биха желали да променят в своята работа ОПЛ за по резултатна, качествена, профилактична и лечебна дейност, те са дали следните предложения: повишаване на квалификацията (46,6%), повече време да се определи в договора с НЗОК за провеждане на профилактичните прегледи (20,3%), повишаване на отговорността в работата (13,1%), предоставяне на ново оборудване и намаляване на документацията (8,7%), възможност за повече изследвания и консултации със специалист (10,4%), облекчаване режима за получаване на медикаменти и решаване на въпроса за изследванията и консултациите за ТЕЛК (0,9%). Процентното разпределение на предложенията на ОПЛ е показано на фиг.35.



Фиг.35 Предложения на ОПЛ за подобряване на лечебната и профилактичната дейност.

3.2. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОУЧВАНЕ МНЕНИЕТО НА ПАЦИЕНТИ ОТНОСНО ДЕЙНОСТИТЕ ИЗВЪРШВАНИ В ПРАКТИКАТА НА ОПЛ ПРОВЕДЕНО В „ ДКЦ 3 – СОФИЯ“ ЕООД, ГРАД СОФИЯ

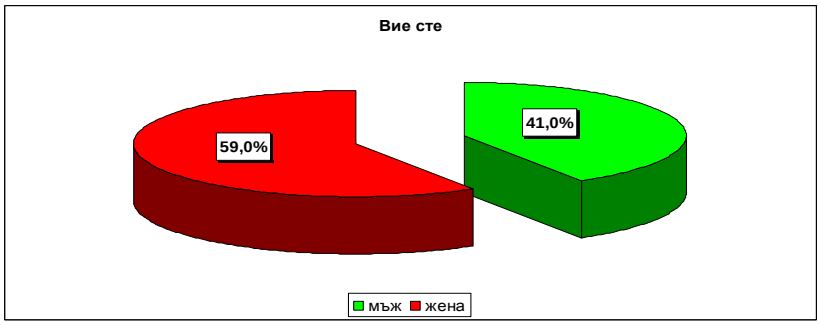
В проучването са анкетирани 229 пациенти потърсили медицинска помощ при ОПЛ в практиките на които са разположени на територията на „ДКЦ 3“ София ЕООД. Проучването е проведено в периода 15.01.2014 – 30.06.2014 год.

Анкетната карта съдържа 3 раздела:

- Общи данни за пациента
- Мнение на пациентите за профилактичните прегледи и медицинските услуги.
- Поведенчески фактори свързани с анкетираните пациенти.

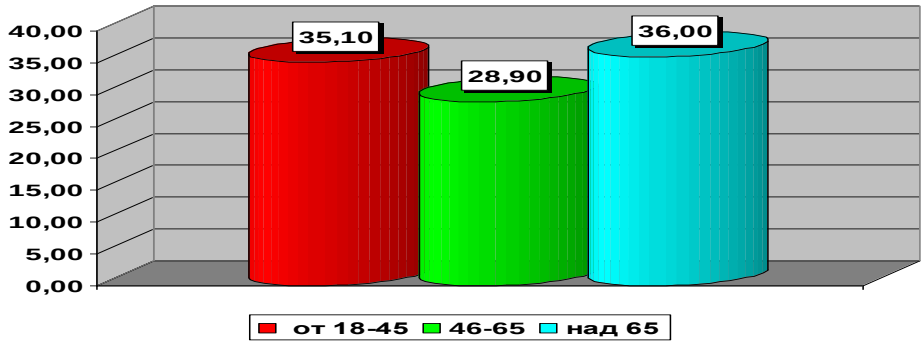
Раздел I. Общи данни за пациента.

В контингента на анкетираните лица превес имат жените спрямо мъжете с повече от 18%, като жените участвали в проучването са 59%, а мъжете 41%. (фиг. 36)



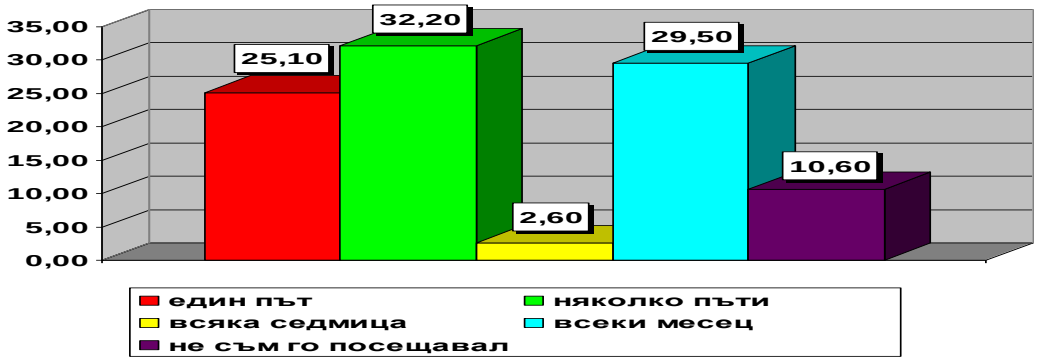
Фиг.36. Разпределение на анкетираните пациенти по пол пациенти.

От данните на представената графика по отношение възрастта на анкетираните се установи, че най-висок е процента на лицата над 65 години (36%). Лицата от 18 – 45 години са (35,1%), а тези от 46 – 65 години е (28,9%). Тази възрастова структура може да се обясни и с това какъв е контингента който е потърсил медицинска помощ. Обяснимо е защо най-висок е относителния дял на лицата над 65 години, тъй като това е контингентът с повече здравни проблеми и с по-голяма посещаемост в здравното заведение. (фиг.37)



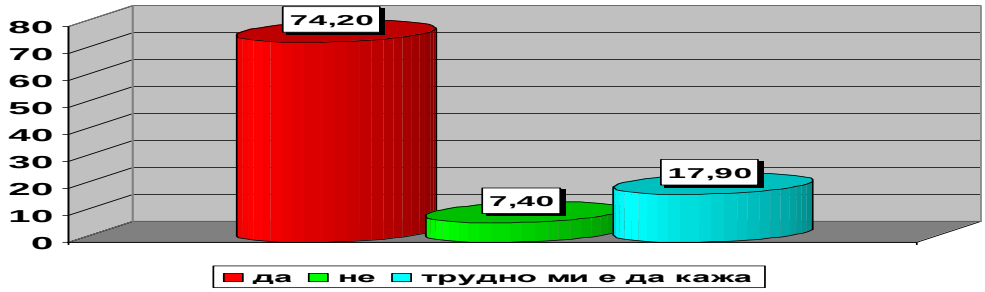
Фиг.37. Разпределие на лицата, участвали в проучването по възрастови групи.

На въпроса колко пъти през 2013 година сте посетили вашият личен лекар най-голям е делът на лицата които са посетили личния си лекар няколко пъти през годината (32,2%) и също на тези, които са го посетили всеки месец (29,5%). Тези резултати могат да се свържат и с факта, че най-висок е делът на лицата над 65 години, които имат редица и при това множество заболявания предимно с хроничен характер. Към тези резултати трябва да се прибави и този, че (2,9%) са посещавали личния си лекар всяка седмици. Така се очертава, че лицата които са осъществили повече от едно посещение при личния си лекар са повече от половината (64,3%). По интересен е факта, че (10,6%) през разглежданата година не са осъществили посещение при личния си лекар. Този резултат говори за недостатъчна активност в дейността на личния лекар за здравно обслужване не само на лицата със заболявания, но и тези които към момента са „здрави“. Именно този контингент е съществен за осъществяване на промотивни дейности. (фиг.38)



Фиг.38. Разпределение на отговорите на анкетираните пациенти, относно посещенията при личния лекар през годината.

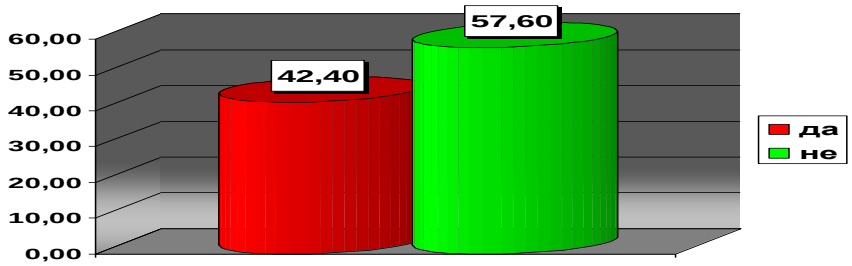
На въпроса дали анкетираните лица знаят какво означава „здравословен начин на живот“, положително е, че (74,2%) отговарят с „да“. Има обаче (7,4%) от анкетираните, които са отговорили, че не знаят същността на това. Трябва да се добавят и тези (17,9%) които не могат определено да отговорят какво означава здравословен начин на живот. (фиг.39)



Фиг.39. Разпределение на отговорите на пациентите относно това дали знаят какво значи здравословен стил на живот.

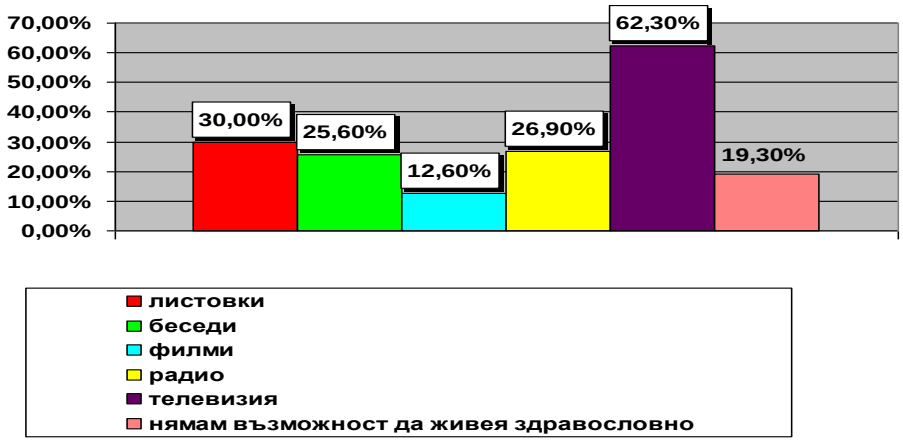
Относно това дали личният лекар е информирал пациентите за същността и начина за здравословен начин на живот (57,6%) от тях отговарят, че не са били информирани, а (42,4%) са получили такава информация. Тези отговори на пациентите показват, че по-голяма част от

пациентите не получават информация от личните си лекари за здравословен начин на живот, (фиг.40)



Фиг.40. Разпределение на отговорите за информираността на пациента за здравословен начин на живот.

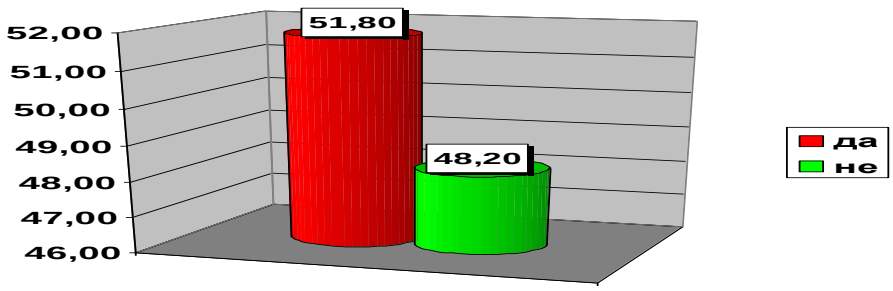
Трябва да се отбележи, че на въпроса каква информация използват, за да съблюдават по-здравословен начин на живот? По-голяма част от анкетираните (62,3%) отговарят, че информираността за здравословен начин на живот получават от телевизията. Също не малък е делът на тези които се информират от радиото (26,9%). От тези данни следва, че най-голямо значение за информираността на населението имат медиите (89,2%), (фиг.41)



Фиг.41. Разпределение на отговорите относно източниците на информацията за здравословен начин на живот.

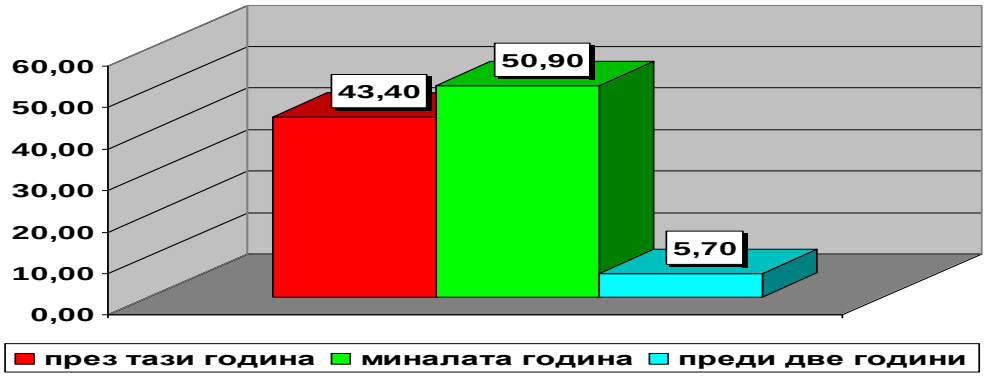
Раздел II. Мнение на пациентите за профилактичните прегледи и медицинските услуги.

Трябва да се отбележи, че (51,8%) от анкетираните лица отговарят, че редовно са ходили на профилактични прегледи. Съществено е, че не малък е делът на тези, които не са ходили на профилактични прегледи (48,2%). Тази част от лицата, които не са ходили на профилактичен преглед не е малък и това е много съществен факт. (фиг.42А)



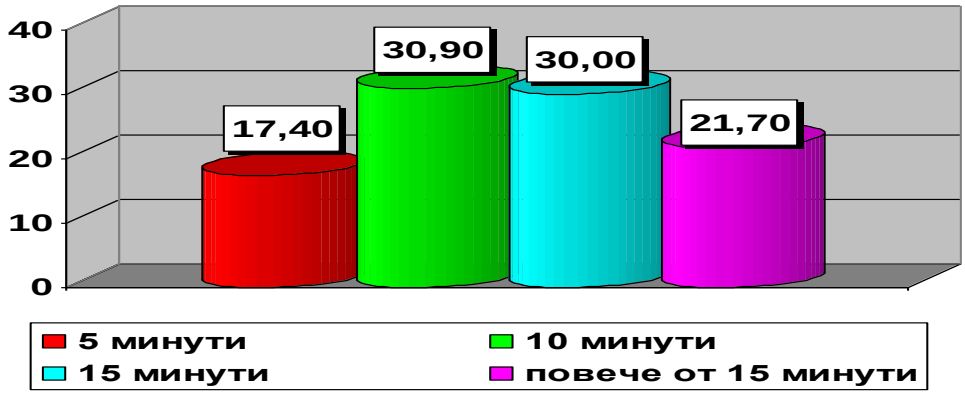
Фиг.42А. Разпределение на отговорите на пациентите дали са били на профилактичен преглед през изминалата година.

Лицата които са били на профилактични прегледи през тази година са (43,4%). По интересно е, че за (59,9%) тези прегледи са проведени през предходните години на 2013 година. (фиг.42Б)



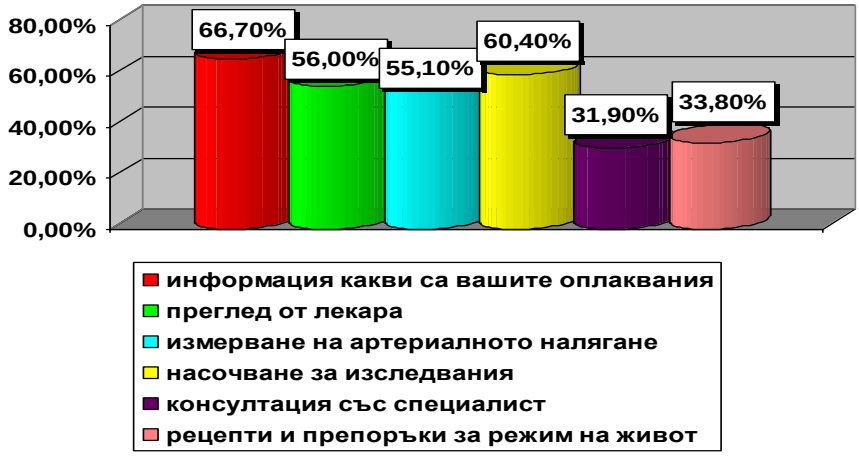
Фиг.42Б. Разпределение на отговорите на пациентите кога за последно път е бил на профилактичен преглед.

В проведената анкета е проучен въпроса свързан с осъществяването на профилактичните прегледи, а именно каква е продължителността на тези прегледи при личния лекар. От анкетираните (60,9%) отговарят, че средната продължителност на прегледа е между 10 и 15 мин. Не малък е делът (21,7%) на лицата за които прегледите са с продължителност повече от 15 мин. Тези данни са съществени за организацията на работата на личните лекари по отношение планиране на реално време и брой на пациентив работния график за осъществяване на реални и качествени профилактични прегледи. (фиг.43)



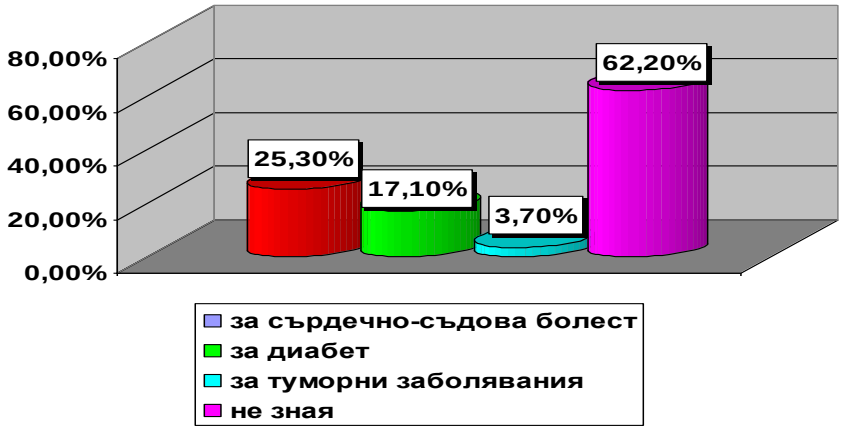
Фиг.43. Разпределение на отговорите относно продължителността на профилактичния преглед при ОПЛ.

Относно качествата на профилактичните прегледи важен е и отговора на анкетираните за това, какво включва профилактичният преглед, като анкетираните са посочили повече от един отговор. Най-много от тях (66,7%), предоставената от тях информация относно техни оплаквания. На второ място с (60,4%) от тях се нареждат тези, които са насочени за провеждане на съответни изследвания, а на трето място са тези, при които е бил осъществен преглед от лекаря (56%). (фиг.44)



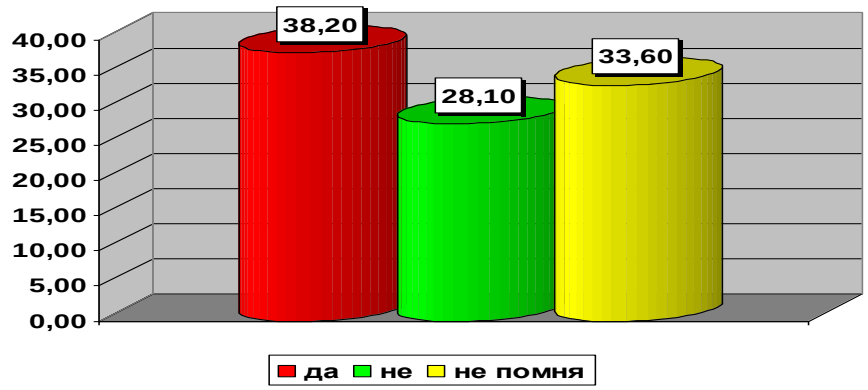
Фиг.44. Разпределение на отговорите на анкетираните относно това какво включва профилактичния преглед при неговото провеждане.

Проучено е доколко от анкетираните лица в резултат от профилактичните прегледи са включени във рискови групи за – сърдечно съдови заболявания, захарен диабет, злокачествени заболявания. Трябва да се отбележи, че (62,2%) не знаят дали са включени в такива групи, а останалите (46,1%) са включени в някоя от посочените групи. (фиг.45)



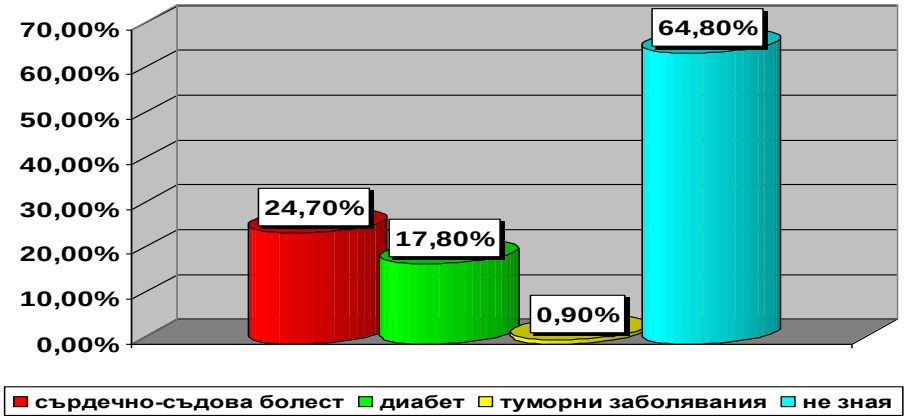
Фиг.45. Разпределение на анкетираните лица включени в рискови групи за заболявания.

Друг много съществен организационен въпрос е насочването на пациентите с здравен риск за консултация при специалист. На (38,2%) е направена консултация с специалист, а останалите (61,8%) отговарят, че не са изпращани и не знаят за консултация. (фиг.46)



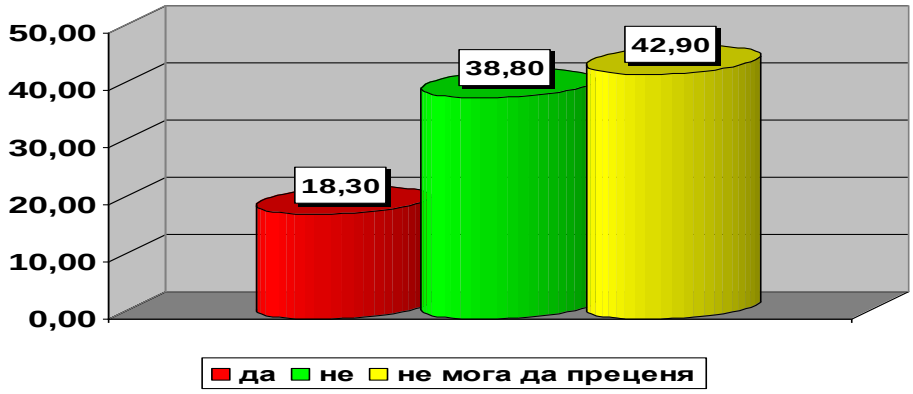
Фиг.46. Разпределение на анкетираните дали са консултирани с специалист.

От анкетираните (24,7%) са взети на диспансерен отчет за сърдечно съдови заболявания, (17,8%) за захарен диабет и (0,9%) за туморни заболявания, а по-голяма част от тях (64,8%) не знаят дали са взети на диспансерно наблюдение. (фиг.47)



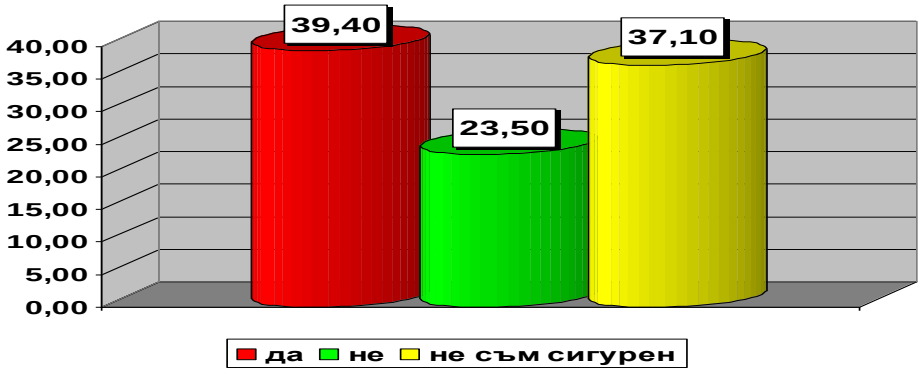
Фиг.47. Разпределение на анкетираните лица относно, това каква част от тях са взети на диспансерен отчет и за какви заболявания.

Интерес представлява отговора на анкетираните относно това дали профилактичните прегледи са достатъчно задълбочени. Значителна част от тях (38,8%) отговарят, че тези прегледи не са, а (42,9%) не могат да преценят дали са задълбочени. Само (18,3%) смятат, че прегледите са задълбочени. Възниква въпроса необходимо ли е пациентите да се информират какво трябва да включват тези прегледи. В други страни е прието за профилактични прегледи да се знае и информират пациента за дейностите които се предвиждат да бъдат направени и в какъв период от време. (фиг.48)



Фиг.48. Процетно разпределение на отговорите на анкетираните относно това дали профилактичните прегледи са достатъчно задълбочени.

Интерес представлява мнението на анкетираните относно това дали профилактичните прегледи допринасят за укрепване и запазване на здравето. Само (39,4%) отговарят положително. Заслужава да се подчертае, че (23,5%) отговарят негативно, а (37,1%) нямат определен отговор. (фиг.49)

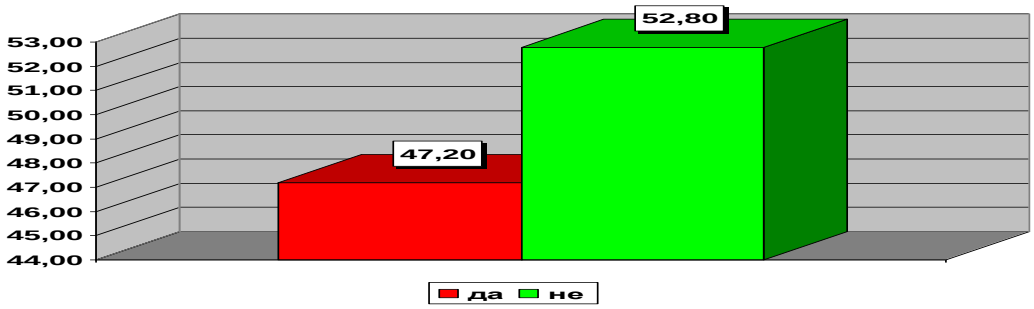


Фиг.49. Разпределение на отговорите на анкетираните относно това дали профилактичните прегледи допринасят за запазването и укрепването на тяхното здраве.

Раздел III. Поведенчески фактори, свързани с анкетираните пациенти.

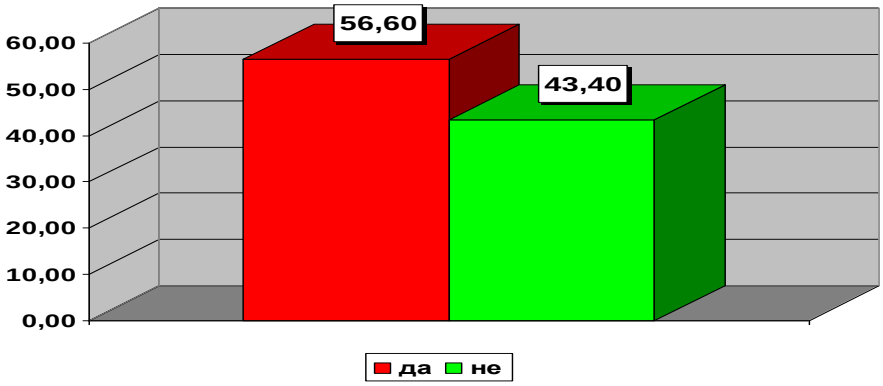
Представени са резултати от проучване на някой поведенчески фактори, които имат значение за здравето на анкетираните.

По отношение на тютюнопушенето на въпроса пушите ли редовно, почти половината от анкетираните (47,2%) отговарят положително, другите не пушат или са нередовни пушачи (58,2%). (фиг.50)



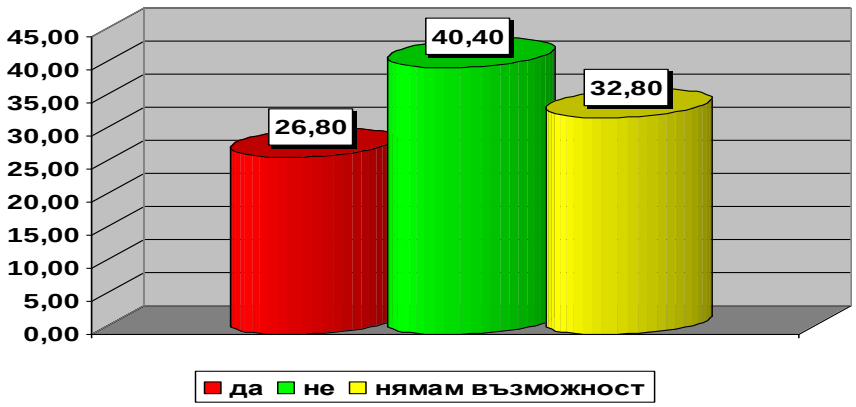
Фиг.50. Разпределение на отговорите относно това дали анкетираните пушат редовно.

Друг важен поведенчески фактор е двигателната активност. На въпроса дали се движат всеки ден по 30 минути, по-голяма част от тях (56,6%) отговарят положително, а (43,4%), че не се движат всеки ден. (фиг.51)



Фиг.51. Разпределение на отговорите на анкетираните, относно това дали се движат поне по 30 минути дневно.

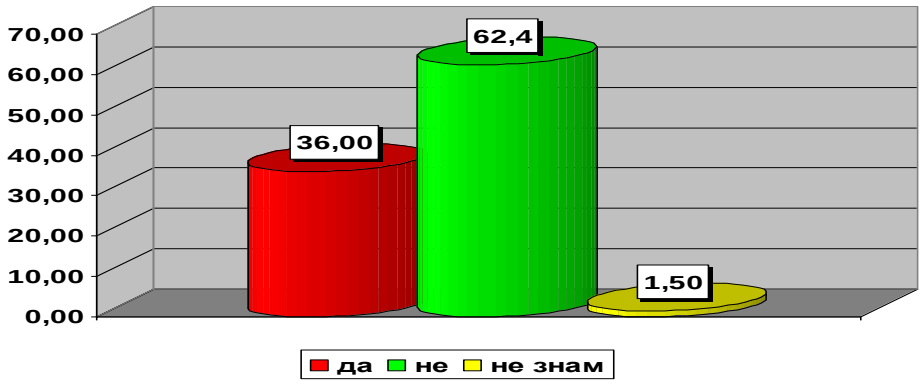
По отношение на здравословното хранене само (26,8%) отговарят, че имат здравословно хранене. По съществено е, че (40,4%) отговарят отрицателно. Това означава, че те знаят какво е здравословно хранене, но не го осъществяват - те имат знания, но нямат необходимото здравно поведение. Друга група (32,8%) отговарят, че за да осъщесвят такова хранене те нямат възможност за това, което се дължи на редица социални и финансови причини. (фиг.52)



Фиг.52. Разпределение на отговорите на анкетираните, относно това дали се хранят

здравословно.

Свързано с храненето е теглото на анкетираните. Само (36%) от тях отговарят, че имат надномерно тегло. По-голяма част от тях (62,4%) отговарят, че нямат надномерно тегло, а (1,5%) не знаят. (фиг.53)



Фиг.53. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните относно това дали имат надномерно тегло.

3.3. Профилактична дейност в практиките по обща медицина въз основа на годишен отчет на НЗОК за 2012 година.

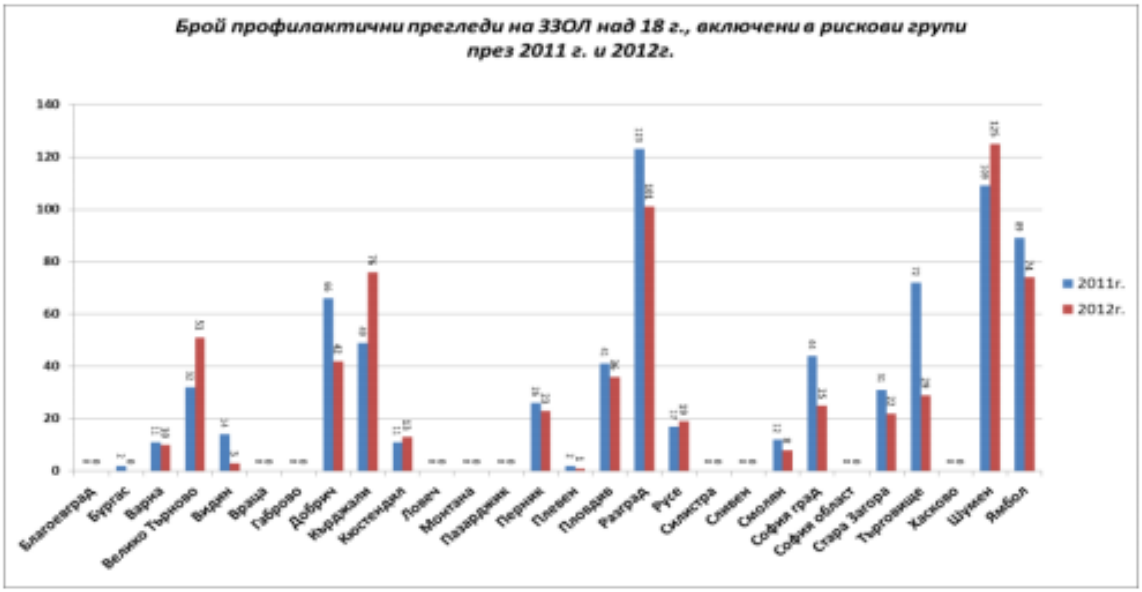
В първичната извънболнична медицинска помощ през 2012 година, като цяло не се наблюдават големи отклонения в обема на извършена и отчетена дейност спрямо 2011 година.

При извършените и отчетени профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18 години се отчита увеличаване на нивата, спрямо 2011 година с (7,1%).

По показателя брой първични диспансерни прегледи през 2012 година се наблюдава спад от (21,2%) спрямо 2011 година. Този показател отразява брой ЗЗОЛ, които са новодиспансеризирани и направили преизбор на провеждащ диспансерното наблюдение специалист.

При показателя брой вторични диспансерни прегледи през 2012 година се наблюдава ръст от (6,1%) спрямо 2011 година.

При профилактичните прегледи на ЗЗОЛ, включени в рискови групи и през 2012 година се запазва тендецията да не се извършват в много области от страната фиг.1. През 2012 година не са извършени и отчитани профилактични прегледи на ЗЗОЛ, включени в рискови групи в областите: Благоевград, Бургас, Враца, Габрово, Ловеч, Монтана, Пазарджик, Силистра, Сливен, София област и Хасково. Най-голям брой профилактични прегледи на ЗЗОЛ, включени в рискови групи се наблюдават в областите Шумен, Разград и Кърджали.



Фиг.54 Брой профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18 години, включени в рисковите групи през 2011г. и 2012 г.

Профилактичните прегледи на ЗЗОЛ, включени и рискови групи през 2012 година са намалели с (12,4%) спрямо 2011 година, което означава, че голяма част от населението остава извън обхвата на тази програма, като за София-град намалението е почти наполовината, а в 12 области от страната не са отчетени.

4. Обсъждане на резултатите (дискусия)

Настоящето изследване е посветено на проблема относно осъществяване на дейностите по промоция на здравето и профилактика на болестите в първичната медицинска помощ. Това показва какво място заемат те в дейността на общопрактикуващите лекари, в борбата за овладяване нарастване на разпространението на ХНБ и подобряване здравето на българското население, като проучване в тази област то дава значителна представа за състоянието на проблема в настоящия момент. Едновременно с това трябва да се изтъкне комплексността и многостранността на въпроса за промоция на здравето и профилактика на болестите в първичните медицински практики. Актуалността на проблема се определя от голямото несъответствие днес между заложеният в здравната политика и стратегия на сраната приоритет. Значимостта на промоция на здравето и профилактика на болестите от една страна и проблемите свързани с осъществяването на тези дейностти в първичната медицинска помощ, значимостта на тази дейност в борбата с хроничните незаразни болести подчертава своето обръщение към доклад на СЗО за ситуацията в областта на ХНБ в София за 2014 година. Генералният директор Д-р Маргарет Чен : „Важно е да променим поведението на човека. За това в борбата с ХНЗ съвършенно необходимо е да се обезпечи лидерството на най-високо ниво на правителството и да се разработят политики с участие, на всички подразделения на правителството“.

В периода на провеждане на проучването през 2014 година основни документи определящи здравната политика за борба с ХНБ и подобряване здравето на българина са „ Национална здравна стратегия-2014-2020 година“ и „Национална програма за превенция на хронични незаразни болести 2014-2020 година“. Те определят основните изследвания относно дейностите по промоция на здравето и профилактика на болестите в първичната медицинска помощ залегнали в НРД за 2014 година. В него ясно е дефинирано, че с цел профилактиката на социално-значими и приоритетни за страната заболявания при лица над 18 години, ОПЛ формират следните рискови групи:

- сърдечно-съдови заболявания
- Захарен диабет
- Злокачествени новообразования

Определени са рисковите фактори, на които трябва да бъдат носители лицата за включване в тези рискови групи. Определена е дейността на ОПЛ при провеждане на профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18 годишна възраст. Определени са обема, честотата на прегледите медико-диагностичните изследвания, консултативни прегледи и тяхната честота.

Резултатите от проучването потвърждават хипотезата, че у нас промоция на здравето и профилактика на болестите все още нямат особено практическо приложение в условията на първичната медицинска практика в борбата за намаляване социално значимите за страната заболявания.

Изследването установява какви са трудностите пред практическото приложение на тези дейности в първичната медицинска помощ и насочва към дискусия по проблемите свързани със здравето на българина, установява необходимостта от обучение по прилагане на промоция на здравето и профилактика на болестите в клиничната практика на общопрактикуващите лекари. То предлага тези дейности да бъдат приоритетни в

клиничната практика на общопрактикуващите лекари, както са определени в здравната политика и стратегия на МЗ.

Резултатите показват, че по-голяма част от общопрактикуващите лекари имат положително отношение към промоция на здравето и профилактика на болестите. В същото време 1/5 от тях (21,6 %) не са запознати със основните принципи по промоция на здравето и профилактика на болестите, а (38%) са запознати частично с тях. Това несъмнено рефлектира и върху качеството на тяхната дейност, което се потвърждава и от факта, че по-малко от половината от анкетираните лекари са отговорили, че разполагат с информация, относно основните фактори на риска за здравето на техните пациенти. Обезпокоително е, че 59,1 % от тях нямат или имат частична представа за тази съществена за здравето характеристика на пациентите. Този факт обеснява в голяма степен и твърде ниския процент 13,36 % на ЗЗОЛ регистрирани в рисковите подгрупи (сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет и злокачествени заболявания) от анкетираните общопрактикуващи лекари. Тези данни напълно хармонизират с отчетите на НЗОК за 2012 година, относно извършените и отчетените профилактични, медицински прегледи на ЗЗОЛ над 18 години. При профилактичните прегледи на ЗЗОЛ, включени в рисковите групи, се отчита намаление спрямо 2011 година, което за страната е (12,4 %), като за София град това намаление е почти наполовина (от 42% на 23%), а в 12 на брой области в страната такива прегледи не са отчетени. Това показва, че голяма част от населението в страната остава извън обхвата на тази програма!

Тези данни от проведеното проучване и от Годишните отчети за дейностите на НЗОК за 2012 година се потвърждават и от пациентите. Близо половината от анкетираните пациенти (48,2 %) не са провеждали профилактични прегледи, а (60,6 %) от тях изразяват становище, че тези прегледи не допринасят за укрепване на тяхното здраве или не са сигурни за това. **Тук се налага изводът, който определя в голяма степен и актуалността на настоящия дисертационен труд, че съществува голямо несъответствие между заложения в здравната политика и стратегия на страната приоритет – за значимостта на промоция на здравето и профилактика на болестите от една страна и проблемите свързани с осъществяването на тази дейност в първичната медицинска помощ.**

По отношение на осъществяваните здравни дейности от общопрактикуващите лекари на ЗЗОЛ, включени в рисковите групи са разгледани следните аспекти: преминали профилактични медицински прегледи, консултирани със специалист, взети на диспансерно наблюдение и резултати (постигнали положително промени по отношение на факторите на риска). Прави впечатление твърде ниския процент, около (4%) и в двете подгрупи – за сърдечно-съдови заболявания и за захарен диабет на лицата постигнали положителни промени по отношение факторите на риска. Тези данни кореспондират и с резултатите от анкетираните пациенти. Близо ¼ от тях (25,3%) отговарят, че не знаят какво представлява здравословен начин на живот и личният лекар не ги е информирал за това.

Интерес представлява и виждането на ОПЛ за ролята на медицинската сестра при осъществяване на дейности по промоция на здравето и профилактика на болестите и какви задачи се възлагат на нея, свързани с тези дейности. Резултатите от проучването показват, че по-голяма част от лекарите (56,3%) възлагат на медицинската сестра задачи, свързани с промоция на здравето и профилактика на болестите. Друга част от лекарите (21%) са на мнение, че тя не е достатъчно подготвена и не и възлагат такива задачи, което

противоречи на становището на редица специалисти за ролята на медицинската сестра при осъществяване на тези дейности. Прави впечатление, че без медицинска сестра работят (23%) от общопрактикуващите лекари, което рефлектира върху качеството на тяхната дейност, включително и за промоция на здравето и профилактика на болестите.

Сътрудничеството на ОПЛ със специализираната, извънболнична, медицинска помощ е фактор, който съществено влияе върху тяхната дейност. Основните проблеми при съвместната работа със специалистите лекари са: недостатъчен брой специалисти (60,6 %); не добра обратна връзка (28,3%) и труден достъп до специалиста (8,1%). Недостатъчния брой специалисти е сериозен проблем, който в близките години се очаква да се задълбочи. Това ще постави сериозни проблеми пред цялата здравна система за успешно решаване на проблемите със здравето на българина.

Сътрудничеството на ОПЛ с НЗОК е важен фактор при осъществяване на тяхната дейност. Значителна част от тях (32,5%) са посочили, че при взаимоотношенията им с НЗОК съществуват проблеми. Най-значими от тях са: недостатъчно направления за консултация със специалисти, недостатъчно регулативни стандарти за изследвания и недостатъчно време определено съгласно НРД за провеждане на профилактични медицински прегледи. Тези проблеми рефлектират върху дейноста на ОПЛ включително и за дейностите по промоция на здрает и профилактика на болестите. Квалификацията на ОПЛ има съществена роля за качеството на медицинските услуги осъществявани от ОПЛ. Основните проблеми за тяхната квалификация са финансови (37,2%) и оранизационни (20,8%). Значителна част от тях (75.9%) смятат, че имат нужда от допълнителна квалификация. Областите на обучение, които представляват интерес за лекарите са: промоция на здравето (42%), ХНБ – разпространение и лечение (38,8%), профилактика на ХНБ (17,6%).

Всичко изложено по-горе ни позволява да констатираме, че промоция на здравето и профилактика на болестите не намира подобаващо място в дейността на ОПЛ. Това е сериозно противоречие със здравната политика на МЗ. Съществуват редица проблеми при осъществяване на тези дейности, като по-важните и значимите са очертани в изводите към дисертационния труд. Решаването на тези проблеми е свързано с участието на цялото общество, като конкретни предложения са направени в препоръките към ОПЛ, МЗ, НЗОК и др.

Твърде съществено е ОПЛ да оценяват значимостта на промоция на здравето и профилактика на болестите в борбата с ХНБ. Важно място в тази насока трябва да осъществи медицинското обучение и допълнителната квалификация на лекарите и медицинските сестри. Обоснована е необходимостта от обучение в тази област на всички нива на университетското медицинско образование – студентска, стажант-лекари и специалисти.

5. Изводи

В период, когато все повече здравните дейности се свързват главно с финансовите им аспекти, те имат за резултат изместване акцентът на здравното обслужване на населението, а именно те са насочени преимуществено към лечебните дейности и все по-малко и даже формално в много случаи са насочени за осъществяване промоция на здравето и профилактика на болестите. Въпреки становището на редица специалисти, както и заложените постановки в редица документи (здравна политика, стратегия и програми) за развитие и осъществяване на профилактичните дейности, те са на едно незадоволително равнище при тяхната практическа реализация в България. Трябва да се почертае, че в осъществяването на профилактичните дейности за здраве в първичната извънболнична медициска помощ са налице редица проблеми, което убедително се потвърждава от резултатите на настоящето проучване.

Основните изводи относно характеристиката и съществените проблеми, свързани с промоция на здравето и профилактика на болестите в първичната медицинска помощ са следните:

1. Относно кадровата характеристика на практиките по обща медицина трябва да се отбележи високия относителен дял на лекарите във възрастовите групи от 46-55 години (50,1%) и на тези от 56-65 години (28,3%). Този факт поставя сериозно въпроса за кадровия ресурс в здравната система след 5-10 години.Това се потвърждава и от факта, че делът на ОПЛ сред анкетираните до 35 години е едва (0,2%) и на тези от 36-45 години (15,9%).

2. Структурата на практиките на общо практикуващите лекари според броя на регистрираните в тях ЗЗОЛ показва, че с най-висок относителен дял са практики с регистрирани лица от 1000-1499 (47,9%), а тези над 1500 лица са (15,9%).Редица автори отбелязват, че за контингенти около 1000 души и особено над 1000 души на един здравен екип (ОПЛ и мединска сестра), осъществяването на промотивните и профилактични дейности са недостатъчни по обем, регулярност във времето, по същество и качество.Това се потвърждава и от Годишните отчети на НЗОК за 2012 година.

3. Възрастовата структура на ЗЗОЛ показва, че с най-висок относителен дял са лицата от 41-65 години – 219 324 (42,55%), регистрираните във възрастовата група над 65 години са 129 931 (24,60%) при средно за страната (18-20%).Този факт потвърждава статистическите данни за застаряване на българското население, което ще постави сериозни проблеми пред цялото общество включително и пред здравната система.

4. Здравният статус на регистрираните в практиките ЗЗОЛ се характеризира с това, че 83 691 (16,38%) от тях са определени като „здрави“ според преценката на личните лекари, по-съществено е, че (20,8%) от личните лекари не разполагат с такава информация за обслужваните от тях пациенти.ЗЗОЛ включени в рисковите групи са 68 294 (13,36%). Това показва, че една сравнително не малка част от лекарите не са запознати със здравния статус на обслужваното от тях население, което един много съществен проблем.

5. ОПЛ определено смятат, че промотивните и профилактични дейности са приоритетни в здравното обслужване на населението, но на настоящия етап са налице редица проблеми, свързани с тяхното осъществяване.

6. Обект на профилактични дейности са само някои рискови групи сред населението със заболявания – (ССЗ, диабет, новообразувания). Липсва профилактична дейност и за

други хронични незаразни заболявания, които обуславят сериозни здравни проблеми.

7. Заслужава да се отбележи, че все още обхвата на диспансеризираните лица, на които са установени при профилактичните прегледи заболявания е сравнително малък. Така процеса за активно наблюдение и лечение на тези болни се нарушава или въобще не се осъществява.

8. Обемът на обхванатите ЗЗОЛ в практиките на личните лекари съществено влияее върху промотивните и профилактични дейности осъществявани от тях. Като се има предвид, че преобладават практики с повевче от 800 души възниква въпроса какви са възможностите на здравния екип да осъществява множеството дейности - промотивна, профилактична, диспансерна, лечебна, трудово - експертна, административна и други дейности.

9. По-малко от половината анкетирани лични лекари (40,04%) разполагат с информация за рисковите фактори, свързани със здравето на обслужваното от тях население, а (59,06%) от тях нямат или имат частична представа за рисковите фактори. Това показва, че медицинската помощ на обслужваните от тях пациенти не е задоволителна, което се отнася както по отношение на заболяванията и свързаните с тях здравни проблеми, но така също и за рисковите фактори, които ги обуславят.

10. Значителна част от ОПЛ (61,08%) или 2/3 от тях не познават или са частично запознати с принципите и основните видове дейности по промоция на здравето. Това показва, че те не биха могли ефективно да участват за реализиране на приоритетите и целите залегнали в Националната програма за борба с хроничните незаразни болести 2014-2020 година и Цели за постигане на по-добро здраве до 2020 година на МЗ от 2015 година.

11. Друг съществен резултат от проучването е това, че без медицинска сестра работят (22,08%) от анкетираните ОПЛ, а (21,01%) са на мнение, че тя не е достатъчно подготвена за осъществяване на дейности по промоция на здравето и профилактика на болестите. Това показва, че не се използва капацитета на тези медицински специалисти, които би трябвало да участват активно за осъществяване на тези дейности, на които в редица страни се възлага съществена роля.

12. Повече от ОПЛ са посочили, че съществуват проблеми при работата с лекарите от специализираната извънболнична помощ и НЗОК, което се отразява на качеството на тяхната дейност, включително и върху дейността по промоция на здравето и профилактика на болестите.

13. Трябва да се подчертае, че са недостатъчни формите и методите, които на настоящия етап се използват при осъществяване на тези дейности. Не се работи достатъчно за повишаване здравната култура на населението от страната на личните лекари и медицинските сестри. С изключение на медиите, като са основни източници, няма достатъчно и на необходимото ниво здравно- просветни материали, които да се използват от здравните кадри в първична медицинска помощ.

14. Значителна част от лекарите (80,04%) имат проблеми с възможността за специализация и допълнителна квалификация, които са най - често от финансов и организационен характер. Недостатъчните възможности за специализация и допълнителна квалификация се отразяват върху качеството на тяхната дейност при обслужване на регистрираните при тях пациенти.

15. За подобряване на резултатите свързани с дейностите по промоция на здравето и профилактика на болестите значителна част от ОПЛ са на мнение, че са необходими редица законови промени. Съществено е отделянето на регулативните стандарти за промоция на здравето и профилактика на болестите от тези за остри и хронични заболявания.

16. На настоящия етап не се разполага с достатъчна и качествена информация за извършените дейности по отношение на промоция на здравето и профилактика на болестите и резултатите от тях. Не се създава възможност за контрол на ОПЛ за извършените дейности в тази насока, както и да се предприемат конкретни мероприятия за подобряването им.

17. Друг много съществен факт е липсата на мотивация на здравния екип (ОПЛ-медицинска сестра) за осъществяване на тези дейности. Липсата на мотивация може да се свърже до голяма степен и с престижа на лекарската и сестринска професия. В повечето случаи престижа на лекаря се изгражда въз основа на резултатите на лечебната дейност, а не и от резултатите на профилактичната и промотивната дейности. Противно на древните традиции, когато възнаграждението на лякаря е за оздравял пациент или за тези, на които продължително се увеличава, запазва и подобрява здравето.

Всички тези изводи позволяват да се очертаят и препоръките за подобряване и по-ефективно осъществяване промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болест.

1. Високият относителен дял на лекарите във възрастовите групи от 46 – 55 години (50,1%) и на тези от 56 – 65 години (28,3%) поставя сериозно въпроса за кадровия ресурс в здравната система след 5 – 10 години. Това се потвърждава от факта, че делът на ОПЛ сред анкетираните до 35 години е едва (0,2%) и на тези от 36 – 45 години е (15,9%).

2. Структурата на практиките на ОПЛ според броя на регистрираните в тях ЗЗОЛ показва, че с най-висок относителен дял са практики с регистрирани лица от 1000 – 1499 (47,9%), а тези над 1500 лица са (15,9%). Редица автори отбелязват, че за контингенти около 1000 души и особено над 1000 души на един здравен екип (ОПЛ и медицинска сестра), осъществяването на промотивните и профилактични дейности са недостатъчни по обем, регулярност във времето, по същество и по качество. Това се потвърждава и от Годишните отчети на НЗОК за 2012 година.

3. Възрастовата структура на ЗЗОЛ показва, че с най-висок относителен дял са лицата от 41 – 65 години – 219 324 (42,55%), регистрираните във възрастовата група над 65 години са 129 931 лица (24,60%) при средно за страната (18 – 20%). Този факт потвърждава статистическите данни за застаряване на българското население, което ще постави сериозни проблеми пред цялото общество включително и пред здравната система.

4. Здравният статус на регистрираните в практиките ЗЗОЛ се характеризира с това, че 83 691(16,38%) от тях са определени като „здрави“ според преценката на личните лекари, а (20,8%) от лекарите не разполагат с такава информация за обслужваните от тях пациенти. ЗЗОЛ включени в рисковите групи са 68 294 (13,36%), а (3,5%) от тях лекарите не разполагат с такава информация. Това показва, че една сравнително не малка част (24,3%) от лекарите не са запознати със здравния статус на обслужваното от тях население.

6. Препоръки

Настоящем, когато основен акцент за здравето на населението е формирането на култура и поведение за здравословен начин на живот, именно на практиките по обща медицина се възлага определяща роля в осъществяването на промотивната и профилактична дейност.

Въз основа на направените изводи се очертаха и най-съществените препоръки в следните направления:

1. Практики по първична медицинска помощ

1.Да се изисква задължително практиките по обща медицина да бъдат окомплектовани от лекар и медицинска сестра, това е необходима предпоставка за успешното реализиране на промоция на здравето и профилактика на болестите.

От съществено значение е формиране на здравна култура и поведение за здравословен начин на живот на населението, за което голям принос имат лекарите и медицинските сестри работещи в практиките по обща медицина.

- Реалните възможности на екипа по обща медицина за качествено осъществяване на множество дейности (промотивна, профилактична, лечебна, експертна, информационна и административни дейности) е за контингент не повече от 600-800 лица.
- Необходимо е диференциран подход към практиките по обща медицина според броят на лицата, които обхваща, според вида и мястото на населените места. В противен случай редица от изброените по-горе дейности не могат да се осъществяват, което най-често се наблюдава по отношение промоция на здравето и профилактика на болестите на социално значимите заболявания.

2.Все по наложително е екипа по обща медицина да познава здравния статус и проблемите на целия контингент, който обхваща, а не само на лицата, които са потърсили медицинска помощ.

4. В тази връзка от първостепенно значение стават дейностите на екипа (лекар - мед. сестра) по отношение **активно издирване**, **активно наблюдение** и **активно лечение** на здравните проблеми на лицата в тяхната практика, както и познаването на рисковите факторите, които ги обуславят.

Именно тези три аспекта на здравното обслужване на ниво обща медицина (първична медицинска помощ) са основна предпоставка за осъщестяване промоция на здравето и профилактика на болестите.

3. Необходимо е на медицинските сестри да се възложи определяща роля в осъществяване на промотивните и на някои неспецифични профилактични дейности.

Тази постановка става възможна, тъй като все повече медицински сестри придобиват магистърска степен и трябва техният професионален статут да бъде свързан с осъществяването не само на административни, някои лечебни дейности, но все повече на такива, като промоция на здравето и профилактика на болестите.

5. Целесъобразно е да се разработят и приемат отделни стандарти от сега съществуващите за осъществяване на промоция на здравето и профилактика на болестите.Това ще улесни работата на здравния екип с оглед спазване на конкретните изисквания в тези стандарти.

6. Все по наложително е екипа в практиките по обща медицина да бъде мотивиран за осъществяване на промоция на здравето и профилактика на болестите, като значими дейности за здравето на населението.
7. В тази връзка трябва да се изработят критерий за резултатите от тези дейности, които да послужат и за конкретни стимули за медицинските специалисти от извършването им.
8. Необходимо е в процеса на обучение и формиране на медицинските специалисти да намерят значимо място по обем, съдържание и практика, знанията свързани с промоция на здравето и профилактика на болестите.

2. Министерство на здравеопазване

1. Министерство на здравеопазване да предприеме законодателни мерки относно определяне максималния брой на ЗЗОЛ обслужвани от личните лекари. Един здравен екип лекар-медицинска сестра да обслужва максимум 800-1000 души. В практика с повече ЗЗОЛ да се наемат допълнително лекар или медицинска сестра. Това ще бъде сериозна предпоставка за подобряване на дейностите по промоция на здравето и профилактика на болестите, както и на качеството на здравното обслужване като цяло.
2. Да се предприемат стъпки към създаване на комисия към МЗ с участие на представители на МТСГ, МО, съсловни и пациентски организации, видни обществени личности, които да съдействат за популяризиране и практическа реализация на целите по промоция на здрвето и профилактика на болестите. Тези дейности биха могли д се осъществяват и от консултативния орган „партньори за здраве“, който се предвижда да бъде създаден към МС за сътрудничество при разработване на политики в областта на здравеопазването.
3. МЗ да съдейства нормативно за създаване на такива комисии на областно и общинско ниво. Те трябва да популяризират и съдействат за практическата реализация на промоция на здравето и профилактика на болестите на местно ниво.
4. МЗ да създаде необходимите организационни и икономически предпоставки за кадрово обезпечаване от лекари и медицински сестри на здравната система. Това е необходимо с оглед възрастовата структура на работещите в първичната медицинска помощ, което ще доведе до подобряване качеството на медицинската помощ, включително и на дейностите по промоция на здрвето и профилактика н болестите.
5. МЗ да създаде необходимите законови разпоредби, с които да се улесни и подобри допълнителната квалификация и специализация на работещите в здравната система в часност на ОПЛ. В тази насока ще съдействат промените, които се предлагат да бъдат приети след дипломна квалификация, като лекарите ще имат възможност да се записват за такава квалификация без да полагат приемни изпити.

3. Препоръки към НЗОК

1. Да се създадат необходимите нормативни и организационни разпоредби относно дейности по промоция на здравето и профилактика на болестите, като приоритетни дейности в практиките на ОПЛ.
2. Да се увеличи времето за провеждане на профилактични прегледи от 15 минути и да се засили контрола и изискванията за осъществяване на тези дейности.
3. Да се сздат възможности, условия и форми за продължително обучение на ОПЛ по

проблеми свързани с тяхната дейност - промоция на здравето и профилактика на болестите, рискови групи от пациенти и дейности свързани с предотвратяване възникване на заболявания и укрепване на здравето.

4. Да се разшири обхватът от заболяванията включени към сега съществуващите рискови групи, като се включат и други групи хронични заболявания (заболявания на белия дроб, на щитовидната жлеза), които да бъдат задължително наблюдавани и профилактирани от ОПЛ.
5. Да се увеличи контролът от страна на НЗОК по изпълнение на дейностите свързани с промоция на здравето и профилактика на болестите и да се потърсят механизми (финансови санкции и други) тези дейности да стната приоритетни в работата на ОПЛ.
6. НЗОК да представи регулативни лимити за промоция на здраве и профилактика на болестите, отделно от тези за остри заболявания и диспансерно болни, което ще улесни достъпа до медицински специалисти и ще доведе до промени, свързани със здравните индикатори на населението.

4. Препоръки към БЛС

1. БЛС да съдейства за успешна реализация на целите залегнали в Националната програма за борба с ХНБ 2014-2020 година, концепцията „Цели за здраве 2020“, на консултативния орган на МС „Партньорство за здраве“.
2. БЛС съвместно с НЗОК при изготвяне на НРД да създаде необходимите законови предпоставки за подобряване на дейностите по промоция на здравето и профилактика на болестите и превръщане на същите в една от основните дейности в практиката на ОПЛ и средство за борба с ХНЗ в страната.
3. Да съдейства при различните форми на обучение на лекарите по промоция на здравето и профилактика на болестите, а така също и да разработят програма за обучение по тези проблеми.

5. Препоръки към асоциациатя на ОПЛ.

1. Да подкрепят и съдействат за практическата реализация на политиките и целите на МЗ и цялото общество за борба с ХНЗ и подобряване здравния статус на населението.
2. Да се изгради система за стимулиране на ОПЛ за активно провеждане на дейности по промоция на здравето и профилактика на болестите в борбата с ХНЗ и за подобряване качеството на медицинското обслужване.

6. Препоръки към пациентски организации.

1. Съдействие на тези организации, чрез популяризиране сред своите членове на основните цели в политиките на МЗ за борба с ХНЗ и за промоция на здравето и профилактика на болестите, като едни от основните методи за справяне с разпространението на ХНЗ и рисковите фактори свързани с тях.

Активно участие в практическата реализация на дейностите по промоция на здрвето и профилактика на болестите на техните членове и популяризирането им сред останалата част от населението. Съдействие на ОПЛ при тяхното провеждане и изискване да бъде осъществена реално.

7. Приноси

Приносите на настоящия дисертационен труд могат да бъдат систематизирани в три основни направления: научно-теоретично, научно-образователно и научно-приложно. Основните приноси са изложени по-долу:

Научно-теоретични приноси:

- Направено е проучване за практическото приложение на промоция на здравето и профилактика на болестите в дейността на ОПЛ за опазване и укрепване здравето на техните пациенти.

Научно-образователни приноси:

- Проведеното медико социално изследване е свързано с оптимизиране на медицинското образование по актуални проблеми свързани с промоция на здравето и профилактика на болестите.Обоснована е необходимостта от обучение в тази област на всички нива на университетското медицинско образование – студентско, стажант лекари и специалисти в съответсвие с общообразователните цели на медицински факултет – София.

- Дефинирани са образователните нужди на ОПЛ по обучение свързано с промоция на здравето и профилактика на болестите като са отбелязани основните раздели за обучение и допълнителна квалификация.

Научно-приложни приноси:

– Използваният въпросник може да се приложи при провеждането на бъдещи сравнителни проучвания сред общопрактикуващите лекари. Разработеният въпросник дава възможност за извършване на подобни проучвания сред лекарите от специализираната извънболнична помощ след съответно адаптиране.

–

8. Публикации във връзка с дисертационния труд

1. Цветков Цв. Здравословен начин на живот – здравословното хранене и здравето на българина. Социална медицина, бр.4*2015г.
2. Цветков Цв. Промоция на здравето и профилактика на болестите. Българско списание за обществено здраве, том 8, кн.1 2016г.
3. Цветков Цв. Здравословен начин на живот – физическата активност и здравето на българина. Социална медицина бр.4*2015г.