



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
Катедра “Превантивна медицина”

НИКОЛИНА РАДКОВА РАДЕВА

ПРЕВЕНЦИЯ НА СТРЕСА КАТО ЗНАЧИМ ПРОБЛЕМ
ЗА ГРУПИ В РИСК ПРИ БЕДСТВЕНИ СИТУАЦИИ

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

за присъждане на образователна
и научна степен „ДОКТОР”

Докторска програма: Медицина на бедствените ситуации
Професионално направление: Обществено здраве

Научен ръководител: Доц. д-р Вили Захариев, д.м.

София, 2018 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

| | |
|--|----------|
| Използвани съкращения..... | 4 |
| Списък на таблици..... | 5 |
| Списък на фигури..... | 5 |
| Списък на схеми..... | 6 |
| Списък на приложения..... | 6 |
| | |
| I. Въведение..... | 7 |
| II. Литературен обзор | |
| 1. Групи в риск при бедствени ситуации и тяхното значение за осигуряване на помощта..... | 8 |
| 2. Определения и класификация на бедствията..... | 15 |
| 3. Стресът като значим проблем при бедствени ситуации..... | 16 |
| 4. Фактори при бедствени ситуации, водещи до организационни, здравни и значими проблеми..... | 27 |
| 5. Промяна здравословното състояние (стрес) след бедствие..... | 29 |
| 6. Рискове от бедствия и възможни проблеми..... | 31 |
| 7. Значими проблеми по време на бедствие за личността и колектива..... | 34 |
| 8. Несъответствието между потребностите от медицинска помощ и наличните възможности при бедствени ситуации засилва значимите проблеми..... | 37 |
| 9. Възможни проблеми през възстановителните дейности след бедствието..... | 38 |
| 10. Актуалност на проблема..... | 41 |
| III. Цел, задачи и методи | |
| 1. Цел и задачи на дисертацията..... | 43 |
| 2. Основна теза и изследователски хипотези..... | 43 |
| 3. Изследователски подход..... | 44 |
| 4. Методи за изследване..... | 45 |
| 5. Ограничителни условия при осъществяване на изследването..... | 45 |
| 6. Използвани материали..... | 46 |
| 7. Обект на изследването..... | 47 |
| 8. Предмет на изследването..... | 48 |
| 9. Методика на изследването..... | 48 |
| 9.1. Документален метод /информационно осигуряване/..... | 48 |

| | |
|--|------------|
| 9.2. Аналитичен метод..... | 49 |
| 9.3. Социологически методи..... | 50 |
| 10. Табличен и графичен метод за онагледяване на резултатите..... | 53 |
| IV. Анализ и обсъждане на резултатите от собствените проучвания | |
| 1. Рискове от бедствени ситуация за групи в риск на територията на Р България (и в частност на Североизточния район на планиране)..... | 54 |
| 1.1. Риск от бедствия..... | 54 |
| 1.2. Глобални рискове..... | 57 |
| 1.3. Риск от бедствени ситуации за Р България..... | 62 |
| 1.4. Оценка на риска от бедствия..... | 68 |
| 1.5. Риск от бедствени ситуация за групи в риск на територията на Североизточен район на планиране в Р България..... | 72 |
| 2. Проучване проявите на стрес при групи в риск - хора с увреждания до декември 2010 г. | 76 |
| 3. Проучване проявите на стрес при групи в риск през периода 2016-2017 г. | 82 |
| 4. Проучване на подготовката на хората с увреждания за бедствени ситуации..... | 91 |
| 5. Изготвяне на обучителни стратегии за превенция и управление на стреса на групи в риск при бедствени ситуации..... | 97 |
| 6. Извеждане на препоръки от значение за оказване на ефективна помощ и подкрепа на групи в риск при бедствия и насоки за оптимизиране на дейностите по управление и планиране на помощта с акцент лица с увреждания..... | 119 |
| V. Изводи..... | 123 |
| VI. Приноси | |
| 1. Научно-теоретични..... | 125 |
| 2. Практико-приложни..... | 125 |
| VII. Литература..... | 127 |
| VIII. Приложения..... | 148 |
| IX. Научни публикации свързани с дисертационния труд..... | 166 |

Използвани съкращения

| | |
|--------|---|
| АХУ | Агенция на хората с увреждания |
| ЕК | Европейска комисия |
| ЗЗБ | Закон за защита при бедствия |
| МВР | Министерство на вътрешните работи |
| МЗ | Министерство на здравеопазването |
| МОН | Министерство на образованието и науката |
| МТСП | Министерство на труда и социалната политика |
| НСИ | Национален статистически институт |
| НЦЗИ | Национален център по здравна информация |
| НЦОЗА | Национален център по обществено здраве и анализи |
| ООН | Организация на обединените нации |
| ПБЗН | Пожарна безопасност и защита на населението, |
| ПТСР | Посттравматично стресово разстройство |
| РЗИ | Регионална здравна инспекция |
| СЗО | Световна здравна организация |
| СИС | Социално-икономически статус |
| ЦСМП | Център за спешна медицинска помощ |
| | |
| AIS | The American Institute of Stress (Американския институт за стреса) |
| CMIST | Communication, Medical, Independence (functional), Supervision and Transportation (Хора имащи затруднения с комуникацията, медицинските грижи, самостоятелността/ независимостта, надзора и транспортните услуги) |
| GAR | Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction (Доклад за глобална оценка намаляването риска от бедствия) |
| GFDRR | Global Facility for Disaster Reduction and Recovery (Механизъм за ограничаване на бедствията и възстановяване) |
| INFORM | Index for risk management (Индекс за управление на риска) |
| UNISDR | United Nations International Strategy for Risk Reduction (Международна стратегия на Организация на обединените нации за ограничаване на бедствията) |
| WHO | World Health Organisation (Световна здравна организация) |

Списък на таблици

Табл. 1 Природните и антропогенни бедствия като глобални рискове

Табл. 2 Природни бедствия на територията на Р България с най-голям брой загинали за периода 1900-2017 г.

Табл. 3 Природни бедствия на територията на Р България с най-голям брой засегнати лица за периода 1900-2017 г.

Табл. 4 Природни бедствия, възникнали на територията на Р България за периода 1900-2017 г., с общ брой медицински и икономически загуби

Табл. 5 Антропогенни бедствия на територията на Р България с най-голям брой загинали за периода 1900-2017 г.

Табл. 6 Антропогенни бедствия на територията на Р България с най-голям брой засегнати лица за периода 1900-2017 г.

Табл. 7 Антропогенни бедствия, възникнали на територията на Р България за периода 1900-2017 г., с общ брой медицински и икономически загуби

Табл. 8 Методология на Индекс за риск мениджмънт

Табл. 9 Разпределение на участниците по пол и възраст

Табл. 10 Разпределени на участниците по градове, пол и възраст

Табл. 11 Разпределение на респондентите по градове и образование

Табл. 12 Разпределение на участниците по пол и възраст

Списък на фигури

Фиг. 1 Преживяване на сериозна стресова ситуация

Фиг. 2 Причини за сериозен стрес

Фиг. 3 Начини на преодоляване на стреса

Фиг. 4 Промени в психо-емоционалното състояние след силен стрес

Фиг. 5 Самооценка за преодоляване на силния стрес

Фиг. 6 Процентно съотношение на респондентите по възраст и градове

Фиг. 7 Степен на образование на анкетираните лица по градове

Фиг. 8 Подготовка за преживяване на бедствие или сериозен инцидент

Фиг. 9 Отговорите на въпроса „Колко пъти сте изпадали в силен стрес?“ по градове

Фиг. 10 Причини за силен стрес

Фиг. 11 Поява на паническа тревога (фобия) след преживян стрес

Фиг. 12 Стресови еквиваленти при преживяно травматично събитие

Фиг. 13 Начини на отзвучаване на стреса

Фиг. 14 Използване на помощни средства

Фиг. 15 Отговори на въпроса “Къде е поставено вашето легло?”

Фиг. 16 Възможност за информация в дома

Фиг. 17 Притежание на сигнални устройства

Фиг. 18 Желаящи допълнителна информация

Списък на схеми

Схема 1 Риск от бедствия

Схема 2 Алгоритъм за оценка на риска

Списък на приложения

Приложение 1 Наръчник за самопомощ и взаимопомощ при критични ситуации за хора с трайно нарушено здраве

Приложение 2 Листовка за подготовка на хора с увреждания в случай на бедствие

Приложение 3 Намаляване на стреса при групи в риск чрез ликвидиране чувството за безпомощност в случай на травматизъм посредством общодостъпни лекарства и билки за овладяване на стреса и обучение в самопомощ и взаимопомощ

Приложение 4 Анкетна карта за мониторинг на населението, преживяло стрес

Приложение 5 Анкетна карта за проучване подготовката на хора с увреждания за бедствени ситуации

I. ВЪВЕДЕНИЕ

Бедствените ситуации, независимо от своя произход (природен или антропогенен) стоят пред човечеството като трудно преодолима заплаха. От всички възможни опасни събития, пред които човечеството може да бъде изправено, те причиняват най-големи щети и водят до най-голяма уязвимост за населението. Техният брой и честота нарастват ежегодно. Приблизителното разпределение на природните бедствия в глобален мащаб е следното: наводнения – 40%, циклони – 20%, земетресения – 15%, изригвания на вулкани, лавини, студове и суши – 15% и т.н.

Увеличена е честотата през последните години и на предизвиканите от човешка дейност бедствия. Ежедневна е информацията за тежки аварии, транспортни катастрофи, терористични атаки, промяна на климата и др. катаклизми. Организацията и предварителната подготовка за преодоляване на тези проблеми са от решаващо значение за намаляване негативните ефекти и последици за широки групи от населението.

Възникването на значими проблеми при групи в риск (хора с увреждания) при бедствени ситуации и различни по характер кризи често се дължат на внезапното проявление, тежката обща и медицинска обстановка (голям брой пострадали), несъответствие между необходимите и налични сили и средства за медицинска помощ, засягане често на обширни територии с разрушения и др. Уврежданията и заболяванията при бедствията са изключително разнообразни и зависят пряко от вида на бедствието, но при всички има опасност от възникване на стрес.

Превенцията на негативните последици при бедствия трябва се води в различни направления: предварителни предохранителни и подготвителни мероприятия, обучение, определяне на риска от бедствията, следене на стихийния процес и активна намеса в него, спасителни операции и медицински дейности, възстановяване и компенсиране на загубите и т.н. В многообразието от методи и средства на тази превенция участват почти всички области на човешкото познание. Тя трябва да включва и научно-технически, организационни, здравни, икономически, медико-санитарни, социално-психологични, морални и др. аспекти.

Превенцията на значим проблем като стресът, за рисковите групи в случай на бедствени ситуации представлява интерес, защото е слабо проучена в страните от Европейския съюз, а в Р България подобно проучване не е правено. Подобряване реакцията при бедствени ситуации и намаляване броя на пострадалите изисква задълбочената работа с хора с увреждания.

II. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. Групи в риск при бедствени ситуации и тяхното значение за осигуряване на помощта

Към настоящия момент основно в чуждестранната литература съществуват редица определения, които се опитват да дефинират значението на групи от населението в „риск“. Според проучените литературни източници групи или популации в риск са:

- населението, което е изложено на настъпване на съществени, жизненоважни събития, като например, общия брой на населението в случай на смърт, на населението сключило брак в случай на разводи и така нататък (Handbook of Vital Statistics Systems and Methods, 1991);
- определена част от населението, която е изложена в по-голяма степен на опасности или вреди, в сравнение с останалата част от популацията (The Law Dictionary Featuring Black's Law Dictionary - Free Online Legal Dictionary 2nd Ed.);
- група, чиито членове са уязвими и могат да претърпят вреди от определени медицински, социални обстоятелства или въздействие на околната среда; група, за която се планира да се внедрят програми на въздействие (Глоссарий медико-социологических терминов, 2002);
- специфична група или подгрупа, която е по-вероятно да бъде изложена или е по-чувствителна към дадено вещество от общата популация;
- тази част от популацията, която е предразположена към определено въздействие на даден фактор или заболяване.

Според Г. Михова (2003) въз основа на определени критерии от социално-икономическо и демографско естество са определени обхвата и категориите лица, които спадат към рисковите групи - лица с тежки физически и сензорни увреждания, както и тези с трайни заболявания, лицата от многодетни и еднородителски семейства, самотни майки (осиновителки), млади хора със или без минимални доходи, голяма част от жените и принадлежащите към етническите групи и др.

Според Департамента по здравеопазване в Минесота, САЩ /Minnesota Department of Health, Defining “At Risk” Populations/ (2010) съществува дефиниция, която включва възприемане на изложените на риск, като хора които имат затруднения с комуникацията, медицинските грижи, самостоятелността/независимостта, надзора и транспортните услуги, известни под абривиатурата CMIST. С течение на времето този

подход е възприет от повечето федерални агенции в САЩ. Съществуват леки вариации между някои от тях, но в по-голямата си част са много сходни.

Във всички случаи, определенията са за хора, които попадат в определени категории, но ключът към разбирането на всяка от тях се основава на функцията. Особено важно е разбирането за това как човек действа по време и след бедствие.

Например лице с намалено зрение или изцяло незрящо не означава автоматично, че има „специални нужди“. Това лице може да е направило индивидуално планиране и/или да има необходимото оборудване, достатъчно за поддържане на функционална независимост и следователно може да функционира по-добре отколкото други, които не попадат в нито една от изброените категории. От друга страна, ако същият индивид загуби достъп до оборудването или помощните средства, които подпомагат ежедневната му функционална самостоятелност, тогава той/тя може да се нуждае от помощ в осигуряването на елементите, необходими за да си възвърне тази самостоятелност.

Няколко хоризонтални принципи излизат на преден план след обобщаване, който може да се счита за „изложен на риск“:

- не всички хора, които се смятат за „изложени на риск“ са такива;
- не може автоматично да се каже кой е „в риск“, като се базира само на външните признаци;
- може да има разлики, който е повече „в риск“, отколкото други, в зависимост от вида на криза (бедствието);
- CMIST е полезен инструмент, но е само отправна точка.

В допълнение има три основни дефиниции на федерални и други агенции в САЩ. National Response Framework (NRF) използва следното определение: *Население, чиито членове могат да имат допълнителни нужди, преди, по време и след инцидент във функционални области, включително, но не само: поддържане на самостоятелност/независимост, комуникации, транспорт, надзор и медицински грижи. Лица, нуждаещи се от допълнителна помощ включват и тези, които имат увреждания; които живеят в институции; които са в напреднала възраст; които са деца; които са от различни култури; които имат ограничено владение на английски език или са не-англоезични; или които са в неравностойно положение по отношение на транспортния достъп.*

Подобна е дефиницията и в Подобен наръчник за подготовка 301, Наръчник за управление и планиране на спешни ситуации за население със специални нужди, САЩ

/Comprehensive Preparedness Guide (CPG) 301, Emergency Management Planning Guide for Special Needs Populations/ (2008). Друга предложена дефиниция от Министерство на здравеопазването и човешките ресурси на САЩ /US Department of Health and Human Services/ (2013) е: *Преди, по време и след бедствие, членовете на най-рисковите групи от населението биха могли да имат допълнителни нужди в една или повече от следните функционални области: комуникации, медицински грижи, самостоятелност, надзор, както и транспорт.* В Закона за пандемии и за подготовка при всички възможни кризи на САЩ /Pandemic and All-Hazards Preparedness Act (ПАНПА)/ (2006) в допълнение към тези лица, изрично признати като „в риск“, са тези, които биха могли да се нуждаят от допълнителна помощ за реакция (напр. деца, възрастни хора и бременни жени). Включват лица с увреждания, живеещи в институционализирани заведения, лица от различни културни етноси, ограничено говорещи английски език или тези, които не владеят езика, лица в неравностойно положение по отношение на транспортния достъп, лица с хронични заболявания, както и лица с фармакологична зависимост.

Асоциацията на щатските и териториални здравни служби на САЩ /Association of State and Territorial Health Officials (ASTHO)/ (2008) възприема подобна дефиниция, но добавя и фактори, които трябва да бъдат отчетени като икономически неизгодно положение и липсата на система за подкрепа.

Властите на американският щат Минесота, правят обобщение на различните дефиниции в страната и включват примери, които да пояснят категориите: комуникация, медицински грижи, самостоятелност/ независимост, надзор и транспортни услуги, известни под абривиатурата CMIST (J. Kailes and A. Enders, 2007):

Комуникации - Повечето хора, които имат ограничения, които им пречат да получат и да дадат ефективен отговор на информация, са самостоятелни и самодостатъчни, но се нуждаят от информация, предоставена чрез методи, които те могат да разберат и използват. Това е голяма и разнородна група от хора, които няма да чуят, да видят или да разберат, в допълнение към тези, които не чуват, не виждат или не разбират. Възможно е да не: чуят словесните съобщения, видят указателните табели, или не разберат как да се получи храна, вода и друга помощ, поради проблеми със слуха, разбирането, когнитивни или интелектуални ограничения.

Според повечето автори те включват хора, които:

- имат ограничени или липсващи говор, зрение, и слух;
- имат ограничени възможности или никакви способности да говорят, четат или да разбират английски;
- са с културни различия;
- да има ограничения в ученето и разбирането.

Медицински грижи – според J. Kailes and A. Enders (2007) включват индивиди, които не са самостоятелни, които нямат или са загубили адекватна подкрепа от своето семейство или приятели и се нуждаят от подкрепа в:

- ежедневни дейности като къпане, хранене, ходене до тоалетната, превръзка, и подстригване;
- управление на нестабилни, хронични, терминални или заразни санитарни/здравни условия, които изискват наблюдение, и продължаване на лечението;
- медикаментозна терапия, интравенозна терапия, перкутанната ендоскопска гастростомия и/или ежедневни грижи по жизнени показатели;
- диализа, кислород;
- поддръжка на рани, катетри и др.;
- работа с оборудване, необходимо за поддържане на живота.

Хората с видими увреждания са автоматично, но често погрешно, причислявани към тази категория.

Според цитираните автори *поддържане функцията самостоятелност* най-често съдържа:

- медицинска стабилизация - подмяна на основни лекарства (кръвно налягане, припадъци, диабет, психотропни, и т.н.), както и
- функционално възстановяване на мобилността - подмяна на загубено или повредено трайно медицинско оборудване (инвалидни колички, проходилки, тротинетки, бастуни, патерици, и т.н.) и основни доставки на консумативи (катетри, уплътнения, превръзки, стерилни ръкавици и т.н.), както и помощ при ориентиране за тези с визуални ограничения.

Болшинството автори разбират, че под *нужди от надзор* трябва да се имат предвид индивиди, които са в риск от загуба на адекватна подкрепа от семейство или приятели и в тази връзка имат нужда от подкрепа. Хората, с потребност от надзор могат да включват:

- хора, които се нуждаят от личен асистент;
- хората, които декомпенсират поради травма, стресови фактори, които намаляват способностите им да се справят, или липса на способност да функционират в чужда среда;
- хората със състояния като деменция, болестта на Алцхаймер и психиатрични заболявания като депресия, шизофрения, тревожност и др.;
- хората, които функционират адекватно в позната среда, но стават дезориентирани и неспособни да функционират в непозната среда;
- деца без придружител.

Транспортни нужди: Реакцията при бедствени ситуации изисква мобилност. Много хора не могат да карат поради увреждане, възраст, пристрастяване, законови ограничения и др. (Т. Litman, 2017) Това може да включва хора, които са стари, бедни, нуждаещи се от инвалидна количка за своето придвижване. Много хора, които нямат шофьорски книжки и моторни превозни средства могат да функционират независимо след като са евакуирани на безопасно място.

Видимо от посочените примери е, че някои от индивидите биха могли да попаднат в повече от една от CMIST категориите. Въпреки, че изглеждат неопределен брой хора, важно е да се помни, че не всички разглеждани като „изложени на риск“ имат трудности с реакцията при бедствия. Много от тях са способни на адекватни действия и най-вече при предварителна подготовка.

Възражения при определяне на „кой“ е преценен „в риск“ са също допустими. Възможно е във времето да настъпят промени. Например при екстремно високи температури, други индивиди биха могли да бъдат категоризирани като рискови – работници на открито, атлети. В тези случаи групите в риск ще се променят и биха могли да бъдат въведени нови. Групата CMIST заедно с други фактори, се използва като основа и може да са необходими корекции в зависимост от спецификата на инцидента.

Хората с увреждания са по-уязвими в случай на природни бедствия, извънредни ситуации или конфликти. (Rapport de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge sur les catastrophes dans le monde, 2007; Хр. Романова, 2014)

Данни от изминали бедствени ситуации сочат, че за хората с увреждания има много по-голям риск от наранявания, смъртност, болести, лишения в сравнение с голяма част от останалото население. (California Department of Rehabilitation, 1997; D. Lathrop, 1994; K. Smith, 2001; World Health Organisation (WHO), 2005a). От гледна точка на отделната личност, тази „уязвимост“ обикновено се възприема, като ограничение във физическите или когнитивни способности, за да се избегне определена опасност. Въпреки това, според L. Hemingway и M. Priestley (2006) последните проучвания показват, че инвалидността оказва значително въздействие върху оцеляването и възстановителния процес – тъй като отразява, случващото се в техния всекидневен живот.

При много бедствени ситуации хората с увреждания са особено изложени на риск, в резултат на което процентът на смъртността при тях е от два до четири пъти по-висок от този на населението без увреждания. (D. Alexander and S. Sagramola, 2014)

Сред хората с увреждания, жените, децата и възрастните хора са особено уязвими групи, чиито потребности трябва да бъдат взети под внимание при всеки етап на управление на бедствията. (International Disability and Development Consortium, 2010)

При всяко бедствие, хората с увреждания - такива с физически, зрителни или емоционални увреждания или имащи затруднения в ученето, правят по-трудно използването на услугите и съоръженията за спасяване и са категоризирани като особено уязвими групи. За тяхното оцеляване по време на бедствия, е необходимо създаването на удобства и достъпна среда. Те също се нуждаят от мрежа за социална подкрепа, която би им дала средствата да оцелеят, функция обикновено предоставена от семейството. (Le Projet Sphère, 2004)

Според редица автори в повечето страни, хората с увреждания представляват между една пета и една шеста от населението и формират значително малцинство. В случай на възникване на големи аварии или бедствия, хората с увреждания се сблъскват с трудности потенциално превъзхождащи тези, които трябва да преодолеят останалата част от населението, което увеличава риска от друга форма на дискриминация и negliжиране. (D. Alexander and S. Sagramola, 2014)

Изследователите от по-ранните проучвания се фокусират върху възрастните хора, които са институционализирани или се лекуват извън дома си от болести свързани със „старостта“, от които голяма част са и лица с увреждания. Поради това се сформира широко разпространено впечатление, че възрастните като цяло са болни и крехки. След няколко десетилетия на подобни стереотипи става ясно, че „нормалното“ или

„здравословното“ стареене също трябва да получи внимание в научната литература и в медицинската практика. (W. Oriol, 1999)

В литературата за психично здраве при бедствия по-възрастните са класифицирани като специална популация или група „в риск“. Редица фактори правят голяма част от тази група уязвима от ефектите на бедствието (W. Oriol, 1999). Загубата на слуха, например, може да е причина един по-възрастен човек да не чува предупредителните сигнали за опасност или насоките при евакуация.

Според Организацията на обединените нации (ООН), възрастни жени и мъже са тези, на повече от 60 години. Въпреки това, под влиянието на редица културни и социални фактори това определение варира от един контекст в друг. Повечето развити държави в света са приели хронологичната възраст от 65 години като определение за възрастен човек. (WHO, 2002) Възрастните хора съставляват голяма част от най-уязвимите лица в рамките на засегнатото от бедствия население, но също имат ключов принос към спасителните планове и планове за рехабилитация. Изолирането е най-важният фактор, който увеличава уязвимостта на възрастните хора в бедствени ситуации. Изолацията изостря съществуващи увреждания, получени в следствие на хронични здравословни проблеми и потенциални психически разстройства. Въпреки това, опитът показва, че по-възрастните хора са по-склонни да бъдат донори, отколкото получатели на помощта. Когато са подкрепени, те могат да играят важна роля в осигуряването на грижи, управлението на ресурси и генерирането на доходи. Биха могли да използват своите знания и опит за справяне с криза и идентичност на общностите и да насърчат разрешаването на конфликта. (Le Projet Sphère, 2004)

Стратегията на Съвета на Европа за социално сближаване (2004) посочва, че е необходим специален ангажимент за осигуряване на достъп до човешките права за хората, които са изложени на риск от това да се превърнат в уязвими, като например хората с увреждания и възрастните хора, децата и младите хора, емигрантите и етническите малцинства. Планът за действие за хората с увреждания признава основния принцип, че обществото има дълг към всички свои граждани като гарантира, че последиците от уврежданията са сведени до минимум чрез подкрепа на здравословния начин на живот, по-безопасни среди, подходящи здравни грижи, рехабилитация и подкрепа в общността. (European Committee for Social Cohesion, 2004)

Моралните и етични аргументи в полза на един интегриран подход, гарантиращ правото на хората с увреждания да се ползват от подходящи грижи при бедствия са неоспорими. Системите за предупреждение и приютите за евакуация, жилищата за

временно настаняване и други кризисни мерки са услуги, които трябва да бъдат напълно достъпни и използваеми за широк кръг от хора с увреждания. Докато мерките за населението като цяло се отнасят до групи, определен брой хора с увреждания изискват индивидуална помощ.

Планирането на „рисковите“ групи от населението е задача, която изисква познаване и разбиране на общностите, които ще бъдат обслужвани. Ключът е предварителното планиране. Разбирането на общностите, на хората, които живеят в тях, на тяхната организация дава възможност за подготовка. Не е необходимо да се познава всеки отделен индивид, а тези с които трябва да се партнира. Всяка общност има организации, включително религиозни, които предоставят услуги и често са много склонни да сътрудничат. Често, след като „групите в риск“ са информирани с кого могат да си сътрудничат, се развиват възможности за обучение и общностите започват да разбират от къде и от кого да получат навременна и точна информация. Това превръща процеса в партньорство, а не в едностранна отговорност.

Обобщавайки изложените определения и становища на различните автори и организации преценихме, че най-важно значение за подобряване реакциите при бедствени ситуации и намаляване броя на пострадали има задълбочената работа с групите в риск – хората с увреждания.

2. Определения и класификация на бедствията

В чуждестранната литература е възприето обобщаването на всички масови и внезапно възникващи ситуации с понятието „катастрофа“, което означава *обрат, т.е. изменящи се условия*. (G. Jasche et al., 1990; E. Nechaev et al., 1993). През последните години това понятие се възприе и у нас като синоним на бедствие.

Според Световната здравна организация (СЗО) бедствията са в резултат на *природни явления или човешка дейност* и представляват заплаха за живота и здравето на хората, като изискват *оказване на помощ отвън*.

Много автори определят бедствията като опасни действия на природни сили или на човека, които *не се преодоляват с местни сили и средства*. (Н. Александров, 1991; R. Leonard et al., 1991; P. Pepe et al., 1991 и др.)

Д. Венедиков (1990) приема катастрофите като невъзвратими увреждания на живота и здравето на хората, заплашващи съществуването на човечеството.

Инциденти с голям брой пострадали лица се определят като бедствия, а създадената обстановка като „бедствена ситуация“ (В. Попзахариева, Ст. Крушев, Р. Чакърва, 1995; Р. Roth et al., 1991)

В Плана за защита при бедствия на Регионална здравна инспекция Варна (2012) се използват понятията: стихийни бедствия, аварии и катастрофи.

Съществува голямо разнообразие от класификации за бедствените ситуации, някои от които са близки и се допълват, а други се различават значително по начина на групиране и обхват. При много от авторите по своята същност бедствените ситуации (катастрофите) се разделят на две основни групи: *природни и антропогенни бедствия* (В. Перепелкин, 1990; Г. Мардиросян, 1993; В. Попзахариева, 1995; Н. Levitin et al., 1996 и др.)

В зависимост от причините според СЗО катастрофите се разделят на: метеорологични, топологични, тектонични и аварии. Към основните елементи от класификацията на СЗО В. Мешков (1991) включва нови: космически, социално-икономически и други катастрофи. Г. Мардиросян (1993) добавя трета основна група: *глобални катастрофи*, включващи разрушаване на озоновия слой, парников ефект и магнитни бури., а Хр. Романова (2009) включва към класификацията и *съвременни бедствия*, сред които фалшивата духовност на глобализма и др.

3. Стресът като значим проблем при бедствени ситуации

Терминът „стрес“ не помага за учените, защото сам по себе си стресът е силно субективно явление, трудно за дефиниране (The American Institute of Stress /AIS/). Всеобщо приетото понятие за стреса е въведено от Ханс Селие през 1936 г. Той го определя като „неспецифична реакция на организма към всяко искане за промяна“. В своите многобройни експерименти Селие забелязва, че всички лабораторни животни, подложени на остри, но различни вредни физически и емоционални стимули (ярка светлина, оглушителен шум, крайности на топлина или студ, вечна неудовлетвореност) проявяват едни и същи патологични промени като стомашни язви, свиване на лимфоидната тъкан и разширяване на надбъбречните жлези. По-късно той демонстрира, че постоянният стрес при тези животни може да предизвика развитието на различни заболявания, подобни на тези, наблюдавани при хората, като например сърдечни пристъпи, инсулт, бъбречна недостатъчност и ревматоиден артрит. По това време се е смятало, че повечето болести са причинени от специфични, но различни патогени. Туберкулозата се дължи на бацила на туберкулоза, антракс на бацил антракс, сифилис от

спирохета и т.н. Това, което Селие предлага е точно обратното, а именно, че много различни „стимули“ могат да предизвикат една и съща болест, както при животните, така и при хората.

Теориите на Селие привличат значително внимание и стресът се превръща в популярна модерна дума, напълно игнорираща оригиналната му дефиниция. Някои хора използвали понятието, като го отнасят към арогантен или лош шеф или някаква друга неприятна ситуация, на която са подложени. За много хора, стресът е тяхната физиологична реакция на тази ситуация, под формата на болки в гърдите, киселини в стомаха, главоболие или сърцебиене. Много учени се оплакват от това объркване и през 1951 г. в издание на Британски медицински журнал един лекар прави заключението, че „Стресът в допълнение към това което е, е също причината за самия себе си и резултатът от самия себе си.“ (S. Szabo et al., 2012)

Повечето хора гледат на стреса като на неприятна заплаха и Селие създава нова дума стресор, за да разграничи стимул от отговор. Редицата автори считат, че стресът е синоним на дистрес и речниците го определят като „физическо, умствено/емоционално напрежение или напрегнатост“ или „състояние/изпитано чувство, когато човек възприема, че исканията надхвърлят личните и социални ресурси, които индивида е в състояние да мобилизира“. По този начин, стресът е поставен в отрицателна светлина и неговите положителни ефекти са игнорирани. Въпреки това, някои автори доказват, че той може да бъде полезен, когато хората се нуждаят от допълнителна мотивация.

Според Р. Nixon (1982) повишеният стрес води до повишена производителност – до определена граница, след което започва бърз спад. Тази граница варира при различните хора. Необходимо е да се обръща своевременно внимание на ранните предупреждаващи симптоми и признаци, за да се избегне претоварване и спад. Сигналите са различни и могат да бъдат толкова леки и незабележими, че границата да бъде преминала и за конкретната личност да е твърде късно. При неяснота, често се случва и симптомите да бъдат грешно разпознати, като човек се счита за преминал допустимата граница, без реално да има опасност за него.

Следователно, всяка дефиниция на стрес трябва да включва също така добър стрес или това, което Селие нарича „eustress“. Например, победата на състезание или избори може да бъде също толкова стресираща като загубата.

Безуспешно през целия си живот Селие се бори да намери задоволително определение на стреса. За да бъде разбран, той екстраполира своите експерименти с животни върху хората и го предефинира като „Скоростта на износване на тялото“. Това

се възприема като добро описание на биологичното стареене и не е изненадващо, че увеличеният стрес може да ускори много аспекти от процеса на стареене. В по-късните си години, когато е помолен да дефинира стреса, той казва „Всеки знае какво е стресът, но всъщност никой не може да го определи точно“.

В последствие френският биолог Н. Laborit (1980) изучава това, което се случва, когато човек не може да контролира или да избяга от определена ситуация. Той го нарича „инхибиране на действието“. Именно тази „ситуационна парализа“, води до нервно-психични-имунологични нарушения.

Американецът R. S. Lazarus (1966, 1984, 1993, 1999), провежда основните изследвания върху психологическия стрес и ефективността на методите, които хората прилагат, за да се справят с него (да го преодолеят).

AIS отбелязва, че стресът е труден за определяне, защото протича по различен начин при различните хора. Често пъти сами си създаваме стрес поради грешни възприятия. Провежданите експерименти и клинични изследвания в тази насока потвърждават, че чувството за липса на достатъчно или никакъв контрол води до стрес – и именно това е универсално за всички правило.

Според Association canadienne pour la santé mentale /Канадската асоциация за психично здраве/ стресът отравя съществуването в буквален и преносен смисъл. Той не само прави живота на хората неприятен, но и ги разболява. Според Н. Venson (1975) 80% от посещенията при лекаря са свързани под някаква форма със стреса. Според AIS, стресът е причина и за 60% - 80% от трудовите злополуки.

3.1. Видове стрес

Според American Psychological Association (2017) съществуват различни видове стрес – остър стрес, остър епизодичен стрес и хроничен стрес – всеки от тях има собствени отделни характеристики, симптоми, продължителност и подходи за лечение.

Авторите описват острия стрес като най-обичайната форма на стреса. Той е следствие от натиска на близкото минало и очакванията за близко бъдеще. Острият стрес е вълнуващ в малки дози, но и твърде изтощаващ в големи. По същия начин прекаленото пренатоварване при краткосрочен стрес може да доведе до безпокойство, главоболие в следствие на напрежението, разстроен стомах и други симптоми.

Повечето хора имат способността да разпознаят симптомите. Тъй като е краткосрочен, острия стрес не разполага с достатъчно време, за да причини тежки

увреждания, свързани с дългосрочния стрес. Най-честите симптоми според болшинството автори са:

- емоционален дистрес - комбинация от гняв или раздразнителност, тревожност и депресия;
- мускулни проблеми, включително главоболие, болки в гърба, челюстна болка и мускулни напрежения, които водят до разтежения на мускулите и сухожилията;
- стомашно-чревни проблеми като киселини, киселинен стомах, метеоризъм, диария, запек и синдром на раздразнените черва;
- повишаване на кръвното налягане, бързо сърцебиене, потни длани, сърцебиене, световъртеж, мигренозно главоболие, студени ръце или крака, задух и гръдна болка.

Според мнозинството автори е възможно всеки човек да има прояви на остър стрес, но те най-често са лечими и лесно управляеми.

Острият епизодичен стрес се проявява при хора, които често страдат от остър стрес. Техният живот е толкова объркан, че те са се научили да живеят в хаос и криза. Обикновено тези лица са прекалено възбудени, раздразнителни, тревожни и напрегнати. Често казват за себе си, че имат „много нервна енергия“. Винаги бързат и понякога раздразнителността им се проявява като враждебност.

Симптомите са продължителна възбуда: упорити главоболия, мигрена, хипертония, гръдна болка и сърдечни заболявания. Лечението на острия епизодичен стрес изисква интервенция на няколко нива, обикновено е необходима професионална помощ, която може да отнеме месеци.

Докато острият стрес може да бъде вълнуващ и често се цитират хора, които се подлагат умишлено, т.н. търсеци адреналин, то хроничният стрес не е такъв. Той разрушава телата, умовете и животите. Причинява хаос в резултат на дълготрайно износване. Хроничният стрес се появява, когато човек не вижда изход от нещастие. Това е стресът на непрестанните изисквания и натискът за неопределен период от време. Без надежда, индивидът се отказва от търсенето на решения.

Някои хронични стресове произтичат от травматични преживявания. Те стават вътрешни за индивида и остават завинаги болезнени и присъщи. Някои преживявания дълбоко засягат личността. Когато човек или неговите дълбоки убеждения трябва да бъдат преформулирани, възстановяването изисква активна самооценка, често с професионална помощ.

Най-лошият аспект на хроничния стрес е, че хората свикнат да живеят с него. Симптомите на острия стрес веднага могат да бъдат разпознати като нещо ново, но тези на хроничния се пренебрегват, защото са стари, познати и понякога почти удобни. (L. Miller and A. Smith, 1994). Симптомите на хроничния стрес са трудни за лечение и може да изискват разширено медицинско и поведенческо третиране на стреса.

3.2. Фактори на стреса

Според W. Friedman (2013) факторите на стреса попадат в четири типа или категории: физически стрес, психологически стрес, психо-социален стрес и психо-духовен стрес.

Физически стрес: най- често е по повод на травма (нараняване, инфекция, операция), интензивен физически труд/прекомерно натоварване, замърсяване на околната среда (пестициди, хербициди, токсини, тежки метали, неадекватна светлина, радиация, шум, електромагнитни полета), заболявания (вируси, бактерии или гъбички), умора, недостиг на кислород, хипогликемия, хормонален дисбаланс, хранителни разстройства (хранителен недостиг, хранителни алергии и чувствителност, нездравословни хранителни навици), дехидратация, злоупотреба с вещества, зъбни предизвикателства, нарушения на опорно-двигателния апарат.

Психологически стрес: цитиран е от авторите като емоционален стрес (възмущение, страх, чувство на неудовлетвореност, тъга, гняв, скръб), когнитивни стресове (претоварване с информация, ускорено чувство за време, тревога, вина, срам, ревност, перфекционизъм, панически атаки, загуба на контрол) и перцептивен стрес (убеждения, роли, истории, нагласи, възгледи).

Психо-социален стрес: най- често възниква според болшинството автори при трудности в взаимоотношенията/бракът (партньор, братя и сестри, деца, семейство, работодател, колеги, работодател), липса на социална подкрепа, липса на ресурси за адекватно оцеляване, загуба на работа/фалит, загуба на жилище и изолация.

Психо-духовен стрес: криза на ценностите, смисъла и целта; напразни, лишени от удовлетвореност усилия (вместо продуктивна, задоволителна, смислена и изпълваща работа), несъгласие с основните духовни убеждения.

Като цяло, неправилно или неефективно управляван стрес обикновено повлиява върху тялото. Когато свързани със стреса чувства, настроения, емоции завладеят тялото, това обикновено се нарича психосоматично или психогенно заболяване, включително главоболие, сърцебиене, физическа / когнитивно / емоционална болка и страдание, свито

гърло, затруднено дишане, умора, гадене, безпокойство, алергии, астма, автоимунни синдроми, свързани с неефективно функциониране на имунната система, хипертония и стомашно-чревни смущения като диария, разстроен стомах, дуоденални язви и синдром на хранопровода.

3.3. Симптоми на стреса

Според редицата автори симптомите на стреса могат да бъдат разпределени основно в следните групи:

Физиологични симптоми: мускулно напрежение, храносмилателни проблеми, проблеми със съня и апетита, главоболие, световъртеж, задух, умора.

Емоционални и психични симптоми: възбуда, раздразнение, нерешителност, безпокойство, тревожност, униние, меланхолия, ниско либидо, затруднения в концентрацията, ниско самочувствие.

Поведенчески симптоми: негативно възприемане на реалността, дезорганизираност, трудност в изграждането на връзки/отношения, самоизолация, злоупотреба с телевизия, повишена употреба на цигари, кофеин, алкохол, захар, шоколад и наркотици, избягване на важни житейски ситуации и събития.

3.4. Трите компонента на стреса

Според PasseurSanté (2016) и други автори стресът има три основни компонента, които могат да бъдат съчетани по много и различни начини :

Стресорът или неговият източник: най- често е физическо стимулиране, психическо, социално или емоционално въздействие, се проявяват, когато трябва да бъдат коригирани. Стимулът може да бъде незначителен (билет) или голям (преместване), положителен (сватба) или отрицателен (конфликт), изключителен (хирургия) или постоянен (препълнени графици), планиран (изпит) или неочакван (злополука) и др. Причината за стреса също така може да бъде физиологична, например прием на лекарство, нараняване или измръзване, защото за да реагира в организма се предизвикват химически реакции. Липса на стимулация също може да доведе до стрес. Но днес изследванията се фокусират основно върху стреса свързан с начина на живот и особено върху психологическия стрес.

Реакцията на стреса. Мозъкът изпраща предупредителни сигнали - непосредствени физиологични реакции, като например повишаване на сърдечната честота, свиване на кръвоносните съдове и прилив на адреналин – това гарантира, че

тялото може да реагира на ситуацията. Ако се проявяват повече от необходимото време, за да се преодолее това състояние, авторите твърдят, че тези механизми водят до физически и психологически дискомфорт - симптоми на стрес.

Нагласа. Всички автори потвърждават, че интензивността на реакцията на стреса зависи от съобщението, изпратено от мозъка към ендокринните жлези и следователно възприемането на ситуацията - като повече или по-малко опасна, съществуваща или възможна. Например, пет минути закъснение обикновено не създава стрес, освен ако не си мислим, че ще изпуснем влака или ако мозъка си представя някой катастрофален сценарий. Негативните нагласи или нереалистичните очаквания отключват стреса.

В обобщение, стресът е рефлексна реакция, както психологическа, така и физиологична на тялото в трудна ситуация, която изисква адаптация.

3.5. Видове стресори

Според редица автори *видовете стресори* могат да бъдат разпределени в следните групи:

1. Бедствени ситуации:
 - природни (метеорологични, тектонични, топографични и др.);
 - антропогенни (аварии, транспортни катастрофи, пожари и др.);
 - глобални (озонови дупки, парников ефект и магнитни бури);
 - социално-икономически и гео-политически (войни, тероризъм и др.).

2. Заболявания:
 - наследствени и придобити;
 - болести от различни органи и системи;
 - инфекциозни и неинфекциозни;
 - алергии и хронични;
 - онкологични;
 - с физични или психични нарушения;
 - от физични, химични и други фактори.

3. Професионални причини:
 - обучение (езикови проблеми, изпити и др.);
 - работа (работно място, колеги, началници, трудности и др.).

4. Обществен отзвук:

- икономически (криза, безработица, ниски доходи, високи данъци и такси и др.);
 - медии, развитие на медицината и социалната сфера и др.
5. Развлечения:
- обикновени (кино, филми, дискотеки и др.);
 - екстремни (спортове, алпинизъм, екскурзии и др.).
6. Отношения от битов характер:
- семейство (лоши битови условия, неразбирателство, алкохолизъм и др.);
 - съседни и приятели (злонамереност, завист, кражби, обиди и др.).
7. Други.

3.6. Бедствениите ситуации като основен травматичен стресор

Според мнозинството от автори всяко събитие, което е извън сферата на нормален човешки опит и е много изтощително се приема за травматичен стрес или критичен инцидент. Подобни събития обикновено се възприемат като заплаха за физическата неприкосновеност на личността и предизвикват реакции на силен страх, ужас и/или безпомощност.

Примерите за травматичен стресор включват:

- нараняване или смърт;
- нараняване или смърт на близък;
- сериозен автомобилен инцидент;
- пожари;
- наводнения;
- урагани;
- свлачища;
- земетресения;
- експлозии.

Редица психологически изследвания показват, че бедствията могат да причинят сериозни психично-здравни последици за пострадалите. Тези последици са под формата на посттравматично стресово разстройство и различни други заболявания и симптоми, изследвани в по-малка степен. Според М. Gibbs et al. (2004) колкото по-силен стрес е изпитан в рамките на бедствието, толкова по-вероятни са емоционалните последици. Факторът „уязвимост“ при пострадалите до голяма степен е свързан с изпитания стрес и

с наличните ресурси, които ще помогнат за неговото преодоляване. Разработени са разнообразни стратегии за да се облекчат последиците от бедствието. Въпреки че, някои от последните изследвания сочат разочароващи резултати, много техники и терапии са потвърдени, като успешни интервенции за пострадали при бедствия. (M. Gibbs et al., 2004)

В далечната 1944 г. E. Lindemann публикува наблюдения върху психологическите последици след пожара в нощен клуб Cocolanut Grove (Бостън, САЩ). Той установява, че бедствията имат връзка с няколко важни психологически конструкции. Те позволяват да бъде изследвано въздействието на травмата върху емоционалните реакции, тема вълнувала още психиатрите по времето на Фройд. Изследванията върху стреса са основен и решаващ фактор в редица научни области и сфери. Понеже съществуват етични граници за лабораторно манипулиране на стресовите реакции и въздействието на стреса върху функционирането на отделните организми, бедствията предоставят възможността да се наблюдават неговите ефекти върху отделни индивиди или групи от обществото. (G. P. Albee, 1997).

От гледна точка на стресовите реакции някои автори разглеждат бедствените ситуации по-скоро като неочаквани и неконтролируеми събития, отколкото като дългосрочни преживявания (A. Barton, 1969; F. Norris et al., 2002). Същевременно, други изследователи предлагат да бъде въведен термина „хронични“ бедствия (S. Couch and J. Kroll-Smith, 1985). Според R. Dynes (2004) определението трябва да се разшири и да включва събития като геноцид, бежански опит и др., позовавайки се на страните от Третия свят. Обикновено на бедствените ситуации се гледа като на колективен опит, като вид събитие с различни проявления, засягащо човешките възприятия.

С течение на времето, изучаването на психологическите ефекти от бедствията става все по-малко дескриптивно и все повече количествено. Фокусът се измества от възможните дълготрайни психологически въздействия върху видовете въздействия, които възникват и факторите (индивидуални и произтичащи от събитието), които увеличават емоционалните поражения.

3.7. Фактори, определящи стресовите реакции при бедствие

Според С. Р. Bryce (2001) факторите, които определят стресовите реакции при бедствие са:

Отличителните характеристики на бедствието: разпознаваемост, възможност да бъде избегнато, внезапност на възникването, интензивност на въздействието, продължителност и развой, способност да бъде контролирано.

Обществените или социални фактори: съществуваща ресурсна обезпеченост, подготовка на населението, предишен опит на общността с подобен род инциденти, природа и обхват на пораженията, последици от социалните и политически вълнения, наличност на необходимите за възстановяване ресурси.

Индивидуалните характеристики, имащи отношение към инцидента: предишен опит с подобни събития, потенциални и текущи загуби, физическа или психологична близост със събитието, ниво на стреса в ежедневието, ефективност на механизмите за справяне, природа и обхват на наличната социална упора.

В допълнение към тях, действат и други фактори, които определят *психологическата уязвимостта при бедствия*. Проучвания са установили редица характеристики на пострадали, които ги правят по-уязвими на ефектите от бедствията. Тези фактори включват, но не се ограничават до, социално-икономическия статус, налични ресурси, предишното ниво на психопатология, възраст, социални/семеенни фактори, пол и етническа принадлежност.

По отношение на социално-икономическия статус (СИС), F. H. Norris et al. (2002) намира, че при 13 от 14-те примера, които изследват СИС и последиците от бедствените ситуации, наличието на по-нисък статус се асоциира с увеличаване на посттравматичния дистрес. Според редица проучвания, включващи голям брой и различни по етимология бедствия (R. Epstein et al., 1998; G. Vila et al., 2001; E. Ginexi et al., 2000 и др.) индивидите, които живеят в бедност, разполагат с по-малко ресурси, за да смекчат последиците.

По отношение на този фактор и хората с увреждания, трябва да се отбележи, че не всички лица с увреждания са бедни, но все повече стават твърденията, че „увреждането е важно условие за увеличаване на бедността“. Съществуват редица доказателства относно връзката между инвалидността и бедността, особено в нейните различни проявления. Данните показват, че лицата с увреждания в страните със средни и ниски доходи са по-бедни от останалите членове на общността от гледна точка на достъпа до образование, здравеопазване, социална подкрепа, гражданско общество, работа и др. (N. Grose et al., 2011). Последните проучвания на връзката между увреждането и бедността в тези страни, в по-голямата си част отбелязват, тяхната правопрпорционална зависимост, с фокус върху икономическа бедност. (L. M. Banks and S. Polack, 2014)

Други изследвания сочат, че и в страните с високи доходи, голям процент от инвалидите живеят в бедност. Повечето хора с увреждания имат ограничени възможности да получават високи доходи и имат големи медицински разходи. Изчислено е, че над 40 милиона души в Америка имат някакъв процент инвалидност и много от тях са бедни. (U.S. Census Bureau, 2007).

Друг рисков фактор за развитието на психопатология, свързана с травмата е вече съществуваща психопатология (F. H. Norris et al., 2002). Причината за това е, че хората, които страдат от психическо разстройство са по-податливи на дистрес в резултат на бедствена ситуация. Например, съществуващи преди бедствието тревожни разстройства (J. Asarnow et al., 1999), депресии (B. Knight et al., 2000). и суицидни намерения (G. Warheit et al., 1996) са се увеличили след травматично събитие.

От гледна точка на възрастта, F. H. Norris et al. (2002) отбелязва, че хората на средна възраст са една от най-засегнатите групи от бедствия. Тази възрастова група има повече задължения и стрес (M. Thompson et al., 1993), като например осигуряване на грижа и подкрепа за семейството, които биха могли да се увеличат в резултат на бедствие. Същевременно според Z. Jia et al. (2010) в сравнение с хората на средна възраст, лицата над 65 г. преживели травматичен инцидент са предразположени в по-голяма степен от развитие на посттравматично стресово разстройство и обща психиатрична заболяемост. Тази група е определена като уязвима и се препоръчват специални мерки за преодоляване на стреса при бедствени ситуации.

Някои специфични характеристики на социалните мрежи също оказват влияние върху уязвимостта. Например, липсата на възприемане (E. Bromet, 1982; A. Dougall et al., 2001) или получаване (O. Udwin et al., 2000) на социална подкрепа може да доведе до по-голям дистрес след бедствие и авария.

Всички изброени рискови фактори не действат в изолация. Всеки един от тях е интегриран с останалите.

В обобщение е важно да се отбележи, че бедствията могат да причинят сериозни психологически смущения, като голям брой пострадали могат да изпитват посттравматично стресово разстройство, депресия и тревожност. Тежестта и продължителността на бедствието определя степента на реакцията при пострадалите. За укрепване психичното здраве на пострадалите и превенция на стреса като значим проблем е важна предварителната подготовка. Тя трябва да включва планиране на помощта, която ще се оказва във възстановителния период след бедствената ситуация, периодични обучения на уязвимите групи и групите в риск, разпространение на

обучителни информационни материали за подготовка на населението, колаборация на властите с неправителствените организации за провеждане на съвместни демонстрации и учения.

4. Фактори при бедствени ситуации, водещи до организационни, здравни и значими проблеми

Пораженията при бедствия имат известен индивидуален характер, но основно се свеждат до няколко типични проявления в зависимост от факторите, които действат.

Според Хр. Романова (2012) и др. автори факторите са основно два вида, включващи и подвидове.

Неспецифични – характерни за всички катастрофи:

- *променена обстановка* (в зависимост от вида на бедствената ситуация – разрушения, наводнения, пожари и др.) – враждебна околна среда, загуба на близки хора, загуба на жилище или на материални ценности и др., налагащи спешни мерки, поради *стресовите реакции* сред оцелелите;
- *биологични* – нарушен денонощен ритъм, безсъние, дехидратация, глад и умора, водещи до повишена заболяемост (инфекциозна и неинфекциозна), обостряне на хроничните заболявания (хипертонични кризи, влошаване състоянието на диабетици, астматици и др.) водят до *ескалиране на стреса*;
- *психични* – страх от смъртта, страх от инвалидизиране, страх да се покажеш страхливец, загуба на увереност и др., предизвикващи *значителен стрес*.

Специфичните са в зависимост от вида на бедствената ситуация и също провокират стресови реакции:

- *травматични* – най-чести, действат при опит да се избяга от мястото на инцидента или в резултат на прякото действие на бедствието. Получават се травми – единични, множествени, съчетани или комбинирани. Здравните и психологични проблеми са изключително големи при инциденти с масови загуби;
- *радиационни* – различни видове йонизиращи лъчения, изпускани от радиоактивни вещества, водещи до лъчева болест и други ефекти. Дават най-големи стресови въздействия, поради дълготрайните и екологични последици;
- *токсични* - химически вещества, използвани в промишлеността, селското стопанство, военната индустрия, тероризъм и др., водещи до масови интоксикации. Възможно е да предизвикат значими проблеми;

- *микробиологични* – патогенни микроорганизми и техните токсини, които предизвикват инфекциозни заболявания. Епидемиите дори и през 21 в. (наличие на много фармакологични средства, някои от които доставят безплатно) имат сериозен организационен, здравен и стресов ефект (СПИН, антракс, птичи грип, свински грип и др.);
- *комбинирани* - два или повече от изброените, действащи едновременно или в кратък интервал от време. Здравните ефекти са сериозни увреждания с наличие на синдром на взаимно утежняване на процесите, с инфекциозни усложнения и висок леталитет. При тях *стресът нараства значително*.

Всички специфични фактори засилват стресивите реакции.

Основно уврежданията и заболяванията зависят пряко от вида на катастрофата, но при всички има и допълнителни проблеми, сред които основно място заема стреса.

Лошите битови условия (студ и горещина), лошото хранене и психичния стрес водят до рязко понижаване на имунитета на населението, особено на хронично болните, децата и бременните жени и се повишава текущата и специфична заболеваемост (В. Попзахариева, 1995). Към хронично болните трябва да се включат хората с трайно нарушено здраве.

Катастрофите имат силно емоционално, здравно и стресово въздействие, което може да доведе до немотивирани действия, нереална оценка на обстановката и др.

Степента на изразеност на здравните и стресови реакции зависи от три вида фактори:

- *свързани с инцидента* (вид, внезапност, интензивност, продължителност, повтораемост, наличие на социална подкрепа и др.);
- *характеризиращи обществото* (степен на развитие, организация, осигурена защита, възможности за евакуация и др.);
- *индивидуални* (пол, възраст, опит, заболявания, способност за адаптиране и др.).

Със своята непредвидимост, внезапност и масовост бедствията (особено антропогенните – крупни аварии и терористични атаки) имат силен стресов ефект. При високо развитите и добре информирани общества стресът е по-голям.

Според G. Asmundson (2004) личностите с по-лабилна психика и трайни здравословни проблеми възприемат заплахите или действителните катастрофи много по-драматично и отражението върху тяхното здраве е много по-сериозно. Например според едно негово проучване, проведено в Канада през 2002 г. е установено, че здравословното състояние на лица страдащи от паническо разстройство преди инцидента от 11.09.2001 г.

в Ню Йорк, се е влошило в много по-голяма степен в сравнение с лица, които не са имали подобно страдание.

Жените по правило са по-податливи на стрес. Възрастта също има значение, най-вече поради факта, че по-възрастните лица имат по-слаба възможност за адаптиране към нови условия на живот и работа, които може да се наложат в резултат на сериозен инцидент. В това отношение богат материал е събран на базата на проучвания сред лицата, евакуирани и изселени след Чернобилската авария. Стресът е много по-силно изразен при възрастните и поставя под въпрос дали предпазната мярка е дала положителен резултат, особено приложена при хора с по-малка вероятност за реализиране на стохастични ефекти (Г. Василев, 2007)

Нашите проучвания сочат, че не е голям броят на авторите, които разглеждат възможните проблеми при бедствени ситуации по отношение на групите в риск и най-вече за хората с трайно нарушено здраве.

Наблюдавани са значителен брой случаи (при масови инциденти), при които зачестява броят на лицата със стрес от пълна потиснатост до силна възбуда, достигаща до агресивност. Тези състояния продължават най-често от няколко часа до няколко денонощия. Оказването на първа помощ при такива състояния е от съществено значение поради това, че въздействието върху околните е крайно неблагоприятно. Следва да се има предвид и обстоятелството, че в подобно състояние могат да изпаднат и хора от спасителните групи (включително и медицински лица), които участват в откриване, извеждане и изнасяне на пострадалите. (Х. Попов, 2000; Н. Debooz, 1983 и др.)

5. Промяна здравословното състояние (стрес) след бедствие

Една от основните характеристики при бедствени ситуации, създаващи проблеми на медицинското осигуряване е масовостта на здравните отклонения в резултат на стреса.

Изследванията на много специалисти по проблемите на бедствията показват, че стресовите нарушения могат да обхванат от 30-40 до 80-85% от намиращите се в района на инцидента. Повечето от авторите считат, че след бедствени ситуации се наблюдават основно травматични и стресови разстройства (Д. Цоневски, 1997; Т. Ташев, 1989).

Значими проблеми възникват от неподготвеността за събитието, от изненадата, изживяването за безпомощност, объркване и паника. Медиите, подчертаващи емоционалния заряд на събитието, подсилват паниката и въвличат непряко засегнати индивиди и цели групи хора. Субективните оплаквания зависят от общото състояние,

съпътстващи заболявания и развитието на стрес реакцията – от чувството за леко напрежение до оплаквания от свързаните със стреса заболявания (И. Хаджийска, 2000).

Според много автори стресовите ефекти могат да маскират и психическо заболяване; изменения в преценката за риск; изменения в индивидуалното и социално поведение. Наблюдавани са много случаи на неадекватни реакции например при пожари – скачане от висок етаж, скриване в баня, шкаф или др.

Големите катастрофи (като Чернобил и др.) показват, че засегнатите лица имат: негативни мисли и опасения за здравето си; съмнения относно информацията и резултатите от радиометричните измервания и определените радиационни дози; страх от очаквани късни ефекти; променен начин на живот; оплаквания от страна на различни органи и системи без налични увреждания; често злоупотребяват с лекарства и психично активни вещества (ПАВ) и др. (Ф. Волфганг, 1995; Ц. Дончева, 2006)

Емоционалните реакции при стреса според повечето автори са:

- *ранни* (безпокойство, тревожност, напрегнатост, страх, говорно заекване, емоционална неуравновесеност, раздразнителност, безнадеждност и др.);
- *късни* (чувство на самота, раздразнителност, отчуждение, затвореност, емоционална скованост, апатия, депресия и др.).

Много хора, подложени на въздействието на Чернобилската авария, са убедени че радиацията е причина за тяхното лошо здраве вече 26 години по-късно. Това убеждение дава вече късни стресови проблеми при тези лица. Установено е, че общото състояние на тревожност и нарушаване на адаптацията са най-разпространени при евакуираните, особено майките с малки деца и децата. (Г. Василев, 2007; Я. Рейковский, 1979).

Чернобилската авария е оказала и продължава да оказва значително и продължително въздействие на здравното състояние, което е свързано със заболяемостта и качеството на живот на населението. Но много от клиничните симптоми не могат да бъдат свързани с действието на радиацията.

Основната част от засегнатите от възможните значими проблеми след бедствие ще попаднат при общопрактикуващите лекари, които трябва да поставят диагноза, предприемат лечение и наблюдение или да изпратят пострадалия при специалист.

Според Д. Писева (2005) и Р. Николова (2005) част от болните не могат да дадат надеждни сведения поради липса на съзнание за болест, негативно отношение, неправилно тълкуване на ситуацията, състояние на кататонна възбуда или ступор, помрачение на съзнанието с нарушена ориентация, интелектуално-паметови нарушения, желание да се представи в приемлива светлина и др. В тези случаи сведения за болния

се събират от близките или тези, които са били с пострадалия в момента на бедствието. Считаме, че към тази група ще се отнасят и болшинството от хората с увреждания.

6. Рискове от бедствия и възможни проблеми

Най-важната и решаваща насока в борбата срещу катастрофите е прогнозиране на риска от бедствия. В миналото основно се е използвало понятието „прогнозиране“ на самото бедствие, което в съвременната литература предобива значение на тяхното „предсказване“. През последните години все по-широка популярност придоби понятието „риск“ при бедствени ситуации и към днешна дата определянето на риска има водеща роля при превенцията и планирането на дейностите на системите за оказване на помощ. Своевременната и правилна прогноза, както и бързото обявяване на тревога дават възможност да се реализират с много по-висока ефективност всички останали направления в борбата за намаляване на загубите от бедствието (J. Veech, 1997).

Прогнозирането на риска от едно бедствие всъщност е доста сложен комплекс от фактори, от които ще споменем само три основни. Прогнозата за възникване на дадено опасно събитие трябва да отговори на въпросите: къде, кога и с каква сила ще се появи то. Съответно трите части на отговора имат отделен смисъл и различно значение за различните бедствия.

Най-актуалният и отнасящ се за всички видове катастрофи е въпросът „кога“. И колкото по-точно се отговори на този въпрос, толкова по-правилни и ефективни мерки могат да се предприемат, за да се ограничи катастрофата и се намали броят на пострадалите и размерите на щетите.

Нашият живот и ежедневна дейност са свързани неминуемо с прогнозиране на рисковете. Съзнателно или не, ние постоянно се опитваме да предскажем най-различни неща. В случая с бедствията обаче само правилното определяне на риска не е достатъчно. За да има ефект, е необходимо той да бъде разбрана правилно и от обществото като цяло, и от отделните му членове. Към сигнала за бедствието трябва да се подходи напълно сериозно и да се реагира по-възможно най-правилния начин. Всъщност определянето на риска и реакцията в най-общи линии са и двата основни елемента на борбата срещу катастрофите. Тези два елемента са взаимно свързани и един без друг губят до голяма степен смисъла си. Защото няма никаква практическа полза от един правилно определен риск, последван от неправилна реакция. Под неправилна реакция тук се имат предвид както неправилни действия, така и бездействието. А предприети действия, не основани на прогнозирания риск, могат да доведат до

противоположен ефект, да причинят щети, съизмерими и дори по-големи, отколкото при липса на определен риск (UNISDR, 2012).

В исторически план се установява, че през първия период на всяка катастрофа – предупреждението/„предсказанието“ се пренебрегва от някои лица, както и се пренебрегват изискваните от тях действия за ограничаване на последствията. Много социологически проучвания показват, че тези хора, които са избрали да живеят в области с повишена опасност от природна или антропогенна катастрофа, го правят по социални или икономически причини. Те се приспособяват към потенциалната заплаха и подценяват опасността (Д. Цоневски, 1997).

Библейският Ной е предупреден и е знаел за предстоящия Потоп. Но той е знаел и какво точно трябва да направи за спасението си. И се е спасил именно защото е разбрал правилно прогнозата и правилно е реагирал при настъпване на събитието.

Много векове след Ной обаче не всички хора реагират сериозно на предупрежденията за риска от дадени бедствия. В 9 часа на 22 май 1960 г. на Хавайските острови е съобщено за тръгналото от бреговете на Чили цунами. Оповестили са и кога точно стихията ще стигне до гр. Хило - около полунощ. И наистина огромната вълна не закъснява. Въпреки обявената 10 часа предварително тревога са дадени сравнително много жертви - 63 загинали и 285 ранени. Направената впоследствие анкета установява причините за това. Оказало се, че само 32% от населението реагирало сериозно на тревогата и се евакуирали, 15% изобщо не реагирали, а 44% очаквали по-точни указания. И тези "указания" наистина дошли във вид на 8-метрова вълна (R. Gist, 1982).

Реакцията на предупреждението за катастрофата неминуемо включва и елементи на любопитство. На 27 май 1964 г. по крайбрежието на Сан Франциско се струпали над 10 хиляди любопитни, дошли да видят как изглежда цунамито, за което е съобщено предварително. За огромно щастие точно там то не се проявило в екстремалната си форма, иначе би станало едно нелепо масово убийство, по-точно самоубийство.

В хрониката на бедствията има и един случай с огромен социален, здравен и икономически ефект. Това е успешно прогнозирано катастрофално земетресение. Рано след обяд на 4 февруари 1975 г. в района на градовете Хайчен, Ляаян и Инкоу в Китай е обявена обща тревога. По радиото населението е предупредено, че след няколко часа се очаква силно земетресение. Съобщени са конкретни разпоредби и инструкции: хората да напуснат домовете и работните си места, да се спрат промишлените предприятия, да се изведат селскостопанските животни на открито, да се изкарат автомобилите от гаражите и т.н. Населението се отнася с изключителна сериозност и хората стриктно изпълняват

всички препоръки. Едва приключват с предпазните мероприятия и в 19 часа и 36 минути вечерта в района се разразява катастрофално земетресение с интензивност в епицентъра X степен по Медведев-Шпонхоер-Карник. Сругени са над 90% от постройките в епицентралната област, разрушени са мостове, пътища, канали, по склоновете на планините се появяват огромни пукнатини. Цели селища са изравнени със земята. Човешките жертви са няколкостотин загинали и още толкова ранени (Г. Мардиросян, 1993), но би могло да са и значително повече, ако предупредителните мерки не са били спазени.

След земетресението, както китайските, така и чуждестранните специалисти от цял свят - сеизмолози, инженери, лекари, мениджъри и т.н. са категорични и единодушни: без предупреждението, взетите мерки и сериозното отношение на населението такова силно земетресение в такъв гъсто населен район би взело няколко стотици хиляди човешки жертви. Хиляди пъти повече, отколкото в действителност.

Социалният и здравен аспект на прогнозирането на риска от бедствия се заключава и в отговорите на въпросите: какво трябва да се съобщи на населението при едно евентуално обявяване на тревогата, какво трябва да направи то в такъв случай и до какви последици може ще доведе една погрешно дадена тревога. Проведените в някои развити страни социологични изследвания за евентуалните последици от определянето на висок риск от предстоящо силно земетресение и голяма вероятност от настъпване на подобно събитие, очертават в общи линии следната картина. След дългосрочното, от порядъка на месеци предварително предупреждение, ще започне сериозна организация и управление на района: миграция на населението от застрашените области, инвестициите и строителните работи по изграждането на нови обекти ще бъдат преустановени, останалите в застрашената област хора, особено тези определени като рискови групи, ще вложат много сили, време и средства в обучение и подготовка, ще се инвестира в ремонтирането и подсилването на язовирни стени, мостове, електрични и газови съоръжения и инсталации, ще се подсилват противопожарните команди и медицинските служби, ще се провеждат тренировъчни работи, постепенно ще се прекратят редица производствени процеси в тежката и химичната индустрия, рязко ще се променят всички видове застраховки и цените на недвижимите имуществва, ще пресекне потокът от туристи... И всичко това в условията на неминуем стрес и социално напрежение. А при несполучлива прогноза за настъпване на събитието всички оцетени ще потърсят компенсация от държавата, което още повече ще усилва общия хаос (U. Braun, 1993).

Характерно е, че през последните години „прогностиците“ на катастрофи постепенно разширяват територията на дейността си. Все повече се появяват лъжливи предсказания за катаклизми не само в регионален, но и в световен мащаб. Имено поради тази причина определянето на риска измести „предсказанията“ и зае стратегическо място при планирането на бъдещите действия преди, по време и след бедствие.

Болшинство автори са единодушни, че направените прогнози за съществуващ риск трябва да са ясни и конкретни; да се препоръчат правилни действия; препоръките да се дават от авторитетна институция; да са подкрепени на местно ниво от общинското ръководство (областна управа) и медиите; да е избран най-подходящ начин за поднасяне на предупрежденията, за да имат положителен ефект и възможно най-малко организационни и здравни проблеми, особено сред групите в риск.

7. Значими проблеми по време на бедствие за личността и колектива

Личността е под въздействието на мощни дразнители и неочаквани промени, на които тя не е в състояние да реагира адекватно и своевременно, защото не притежава необходимия опит.

Най-травмиращ е вторият период на самото събитие, който се характеризира с внезапна заплаха за собствения живот и за живота на близките. Включва се инстинктът за самосъхранение. Развиват се различни неспецифични реакции, които отразяват страха с различна интензивност. Страхът като афективно, емоционално състояние има широк диапазон на проявление – от объркване и боязливост до ужас и паника, като негови най-остри форми (M. Smith, 1987).

Според Т. Marez (1992) от силен стрес се наблюдават съществени промени в организма, които се характеризират с тремор, студена пот, нарушена двигателна активност и др. Обикновено се наблюдават два противоположни начина на реагиране. В единия случай ужасът предизвиква възбуда, нервност и безпорядъчни действия, а в другия – неподвижност, апатия, потиснатост до ступор.

Според мнозина автори водещо значение за реакцията на индивида и общността е отношението към събитието. Обществената нагласа е различна към катастрофите. Когато те са предизвикани от естествени причини (земетресения, вулкани, урагани и др.), независимо от мащабите и характера на последствията, те се възприемат относително по-спокойно. По правило броят на жертвите и разрушенията са основен определящ фактор за дефиниране на едно събитие като драматично и ужасно (H. Nakamura, 1995).

Възприемането и реакциите относно катастрофи с техногенен характер са съществено различни, особено ако са свързани с радиационни и химически производства. При техногенни аварии първата реакция на обществото е да се потърсят причините и отговорните инстанции за станалото и колкото по-високо е нивото на отговорност, толкова по-тежко се оценява катастрофата (S. Kratochvil, 1978).

Човек има изключителен потенциал и възможност за адаптиране към много тежки условия. Способен е да се справи с голямо напрежение по време на войни. Понякога се мобилизира неподозрян потенциал на организма за постигане на високи цели при опасности, особено при известна предварителна подготовка и мотивация.

Внезапни събития като големи катастрофи или атентати имат силно дезорганизиращо и травмиращо действие. Мащабността и характерът на бедствието, засягането на големи групи от населението дават основание да се говори за „паника“ или „масивен колективен стрес“. (R. Lima, 1993)

Паниката е колективно поведение на голяма част от популацията в критичен момент, като ги превръща в дезорганизирана тълпа. Егоизмът се издига над всички добродетели и тълпата може да чупи, да се бие, да стъпче и убива....

Опитът показва, че голяма част от хората през втория период на развитие на самото събитие ще бъде неспособна да реагира правилно и ще се подчини на напътствията на идентифициран лидер. За да бъде признат някой от групата за лидер, трябва да има необходимите качества: самообладание, способност да анализира ситуацията, да установи необходимата дисциплина, да има достатъчно познания в спасителните работи, да поддържа надеждата в спасението и да взема правилни решения.

Сред лидерите в някои критични ситуации се е случвало да изложени на влиянието на значими проблеми, като стреса и са неспособни да участват в спасителните работи, да имат неконтролируемо емоционално избухване, объркване, безпокойство и др. недобри качества. (R. Noto, 1987)

Лидерите трябва да се съобразяват и с по-специфичните нужди на групите в риск, които нямат равни възможности с болшинството от населението.

Много автори считат, че терористичните атентати са най-травмиращите събития. Те представляват силен стрес за мирното население. Използва се голяма жестокост срещу нищо неподозиращо население (в метро, търговски центрове, летища и др.) за прокламиране на някаква клауза и медийно отразяване. Терористите насаждат страх сред населението с цел натиск върху управляващите институции.

Според Н. Jonson (2004) и В. Захариев (2013) използването на радиационен източник при терористичен акт ще има най-голямо въздействие, защото към изброените фактори се добавя и страхът на хората от йонизираща радиация. За преобладаващата част от хората това е заплаха, която не може да бъде видяна, но има продължителен и тежък физичен, здравен и екологичен ефект.

На скандинавската медицинска школа принадлежат най-съвременните и обемни проучвания на здравните и проблеми при бедствени ситуации.

Гласък за бързото развитие на този дял от съвременната наука дават едни от най-голямите катастрофи в Европа - земетресението в Армения през 1988 г. и аварията в Чернобилската атомна електроцентраля през 1986 г. Опитът от спасителните работи, от оказването на помощ и от ликвидирането на последствията при тях, както и отчетените недостатъци и грешки позволиха да се разработи нова организационна структура, да се набележат основните задачи и методи за изпълнението им, да се прогнозира възможните медицински последици от катастрофите, да се набележат съответните психопрофилактични, лечебни и рехабилитационни мероприятия, да се формулират критерии за здравето състояние и трудоспособността на спасителите и т.н. (М. Krillov, 1995).

При големи катастрофи медицинската, социалната и икономическата помощ е необходима във всички случаи без изключение: и в огнището на поражението, и във всички етапи на евакуацията на пострадалите до болнични заведения, и по време на лечението им в тях. (J. Boscarino, 1997)

Бедствията могат да предизвикат сериозни проблеми даже и у хора, попадащи не за пръв път в стресови и екстремални ситуации. Характерен в това отношение е примерът от едно изследване след земетресението в Армения, при което военнослужащи и офицери, които според собствените им думи са “минали през ада на Афганистан” и “видели всичко”, оценяват здравето си състояние при земетресението като “доста по-тежко, отколкото по време на войната в Афганистан” (W. Dickinson, 1999).

Според болшинството от специалисти стресовите изживявания при бедствени ситуации могат да въздействат върху хората извън границите на търпящия бедствие район, само от слушане и гледане на потресаващи кадри.

Неблагоприятните здравни състояния, провокирани от масиран стресор имат няколко общи черти (М. Ачкова, 1999):

1. Етиология – преживян стрес от внезапно бедствие, връзка на клиничните симптоми по време и съдържание, често бързо отзвучаване.

2. Нарушено здраве – отличава се с острота, полиморфизъм, предимно емоционални реакции, разстройства в яснотата на съзнанието и др.

3. Тенденция към оздравяване при 2/3, склонност към рецидиви или абнормно развитие с промяна на личността при 1/3.

Стресовите състояния имат добра прогноза с регресивно развитие и най-често отзвучават до шестия месец. По-рядко придобиват хроничен ход в продължение на години. Тези състояния са слабо проучвани при групи в риск.

8. Несъответствието между потребностите от медицинска помощ и наличните възможности при бедствени ситуации засилва значимите проблеми

Пред здравеопазването при бедствия често възниква необходимостта от организиране и провеждане на масови профилактични и лечебни мероприятия в кратки срокове. Необходими са голям потенциал от специалисти, снабдени с медицинско имущество и техника, което е в противоречие с наличните възможности.

Преодоляването на това противоречие може да се осъществи, ако има предварителна подготовка и се създаде организационна структура, кадрова и материална база. В това отношение водеща се явява и подготовката на населението за оказване на самопомощ и взаимопомощ. С оглед преодоляване дефицита от медицински кадри е необходимо да се подготвят по-широк кръг от населението по медицинските въпроси. За целта в преподаването и подготовката им трябва да се използват нови програми за обучение в образователните институции, увеличаващи знанията в променените условия на работа. (Н. Holloway, 1997)

От решаващо значение за оцеляване на пострадалите след катастрофата е своевременното започване на спешните медицински мерки. Например резултатите от земетресението в Китай през 1975 г. показват, че при оказване на медицинска помощ до 1 час са оцелели 90% от пострадалите, до 24-я час - 80%, от 24-48-я час - 37% и до 4-я ден само 7%.

От цитираните данни е видно, че при бедствия е необходимо да се използва специален подход при организиране на спасителните мерки и особено при решаване на възникналите проблеми.

Повечето автори са единодушни, че трябва да се изостави индивидуалния и да се постави акцент върху груповия подход (триаж) при оказване на медицинска помощ при бедствия т.е. да се разделят пострадалите на групи, нуждаещи се от оказване на еднородни лечебни мероприятия и да се осигури предимство на тези, при които са

необходими животоспасяващи манипулации. Спешно е и отделянето на пострадалите с психични отклонения в изолатори (R. Lifton, 1985).

В изключително напрегнатата обстановка важен момент в оказване на медицинска помощ при катастрофи е запазването на самообладание, което ще гарантира обмислените и бързи правилни действия - залог за висок професионализъм.

Необходима е подготовка и на немедицински кадри за извършване на спасителни мероприятия, поради несъответствие между големият брой пострадали и наличните медицински кадри обслужващи района. Възможно е значителна част от медицинските работници да са пострадали или загинали. Важно е обучение на цялото население за целесъобразни и адекватни действия за намаляване на неправилните реакции и поведение (Хр. Романова, 2012).

Острото несъответствие между потребностите от медицинска помощ и малките налични възможности се преодолява със самопомощ и взаимопомощ в района на инцидента. Но това не важи за някои категории хора, особено за тези с трайни здравословни проблеми. Защото те трудно биха могли да си окажат самопомощ.

Опитът от провежданите спасителни мероприятия при предшестващи инциденти показва, че успехът на спасителните мерки и ограничаване на организационните и управленски проблеми зависи главно от предварителната подготовка. Включва изработване на предварителен план и обучение. Обучението повишава устойчивостта на хората към стрес, особено благоприятно ще подейства и на групите в риск.

9. Възможни проблеми през възстановителните дейности след бедствието

През последният етап на медицинското осигуряване и провеждане на възстановителните работи организационните проблеми са решени в значителна степен. Здравните – също (пострадалите са настанени в специализирани болници, клиники и отделения), за тях се грижат специализирани медицински кадри.

Овладеяна е паниката и дизадаптацията. За стресът основно значение имат предимно особеностите на личността, осъзнаване на сложността на обстановката и дълготрайните последици. Възникват нови стресогенни фактори, свързани със загубата на близки и на имущество. Напрежение в началото на бедствието се сменя с повишена умора, демобилизация и депресивни прояви.

През този период (от 3 до 10 –тия ден) най-често има полиморфна симптоматика – депресивни изживявания, афазия, ступор, псевдопарализи, налудни изживявания и др. Патологичната симптоматика рядко продължава по-дълго време и най-често има

благоприятен изход, а е възможно и преживяванията да се покрият с амнезия.

Възстановяването и връщането към предишния начин на живот започва обикновено в нови условия или след евакуация на пострадалите в безопасни райони. При много хора може да се наблюдава емоционална преработка на изживяната катастрофа, оценка и преосмисляне на понесените загуби. Тук голямо значение имат травмиращите фактори, свързани с промяна на начина на живот, лошите битови условия, новите места при евакуация и др. При тези продължително действащи фактори може да се формират относително трайни психологически разстройства (Р. Николова, 2005).

Стресови състояния могат да възникнат и с латентен период не по-дълъг от 6 месеца. Характеризират се с кошмари в сънищата, отчужденост, равнодушие, безчувственост, неоправдан страх и различни фобии. Обикновено имат добра прогноза, но понякога могат да придобият хроничен характер и да продължат с години.

В периода на възстановяване много преживели лица стават нечувствителни към спомените за бедствието, приемат персоналните промени и тези на околната среда и насочват вниманието си към настоящето и бъдещето. При много хора се променя характера, преосмислят живота си, променят професията си, местоживеенето, семейното си положение и др. Специфични моменти от бедствието, могат често да се натрапват и да завладяват съзнанието, независимо от стремежа да се забравят неприятните спомени. Те се явяват през периоди на почивки, пътувания или когато някои особености на околната среда насочат спомените към асоциативни връзки.

При някои катастрофи, причинени от човешки грешки или небрежност, могат да възникнат мании с преобладаващи отрицателни чувства към някого, считан за отговорен. Понякога различни фирми, институции или отделни лица могат да станат изкупителна жертва, без конкретна вина (А. Bland, 2004).

Вината е друга често срещана причина за възникване на стреса през този период. Вината на оцелелите може да се дължи на действия, които са свързани със спасяването на другите или с вземането на алтернативно решение, което е изглеждало правилно в момента на инцидента. Преживелите катастрофата могат да страдат, че никога няма да изкупят вината си, ако преди бедствието са били в конфликт с някой от загиналите (Р. Николова, 2005).

В периода на възстановяване пострадалите често се оплакват от безпокойство, променено възприемане на околната среда, като резултат на стреса, повишена чувствителност за опасност, чувства на безпомощност, апатия и депресия, особено при хронично болни хора и хора в напреднала възраст.

Според редица автори наличието на чувства като безпомощност и безнадежност след преживяно бедствие се считат за доказателство за усложняване на стресовата реакция в дистрес. Преживелите бедствието не са единствените засегнати по този начин. Така реагират и много хора, наблюдавали бедствието, някои от спасителите, работници от разчистването и др. Според К. Hein (1997) около 10-20% от тях ще имат забавен патологичен отговор и хронифициране. И за още по-малък процент от тях здравното възстановяване напълно, никога няма да се осъществи.

За ограничаване и намаляване на организационните и значими проблеми при катастрофи важно значение има правилната подготовка и своевременно организиране на мерки за намаляване на стреса още в ранните периоди – преди възникване на бедствието.

На днешния етап от научно-техническия прогрес населението може да бъде предупредено часове или в най-лошия случай доста минути предварително за опасността от наводнения, циклони, гръмотевични бури, цунами и др. В някои случаи хората могат и сами да проследят развитието или приближаването на стихийния процес. Това им дава възможност да се подготвят за посрещане на катастрофата.

Някои бедствия са зависими от годишния сезон, други дори от часовете през денонощието. А други катастрофи, напр. силно земетресение се разразява мигновено без всякаква видима зависимост от каквото и да е било, като в резултат само за броени секунди се срутват жилищни и обществени сгради, транспортни и промишлени съоръжения и др. Под развалините и в избухналите взривове и пожари при атентати и аварии загиват или са тежко ранени нищо неподозиращи до този момент хора. Освен това отрицателните вторични ефекти при някои бедствия могат да продължават седмици и месеци, а отражението върху здравето на преживелите бедствието често трае до края на живота им.

Стресът като значим проблем при бедствени ситуации е един от най-сложните, най-тежките, най-комплексните и най-деликатните в сравнение с останалите. За това заслужава голямо внимание, изучаване, наблюдение и проучване, особено при групите в риск – хората с трайно нарушено здраве.

Анализът на литературните данни показват тенденцията за непрекъснато нарастване на природните и антропогенните катастрофи в световен мащаб.

Важна предпоставка за ефективна защита и медицинско осигуряване на населението при бедствени ситуации е научното изследване на причините за бедствията, регионалната им проява и честота, факторите влияещи върху разпространението им и др.

Информацията от събраните данни сочи, че при бедствени ситуации пред системата на здравеопазване възникват проблеми свързани с прогнозиране на последиците и своевременно прилагане на превантивни мерки.

Изследванията на повечето автори се отнасят предимно до провеждане на лечебно-евакуационни мероприятия при бедствия и здравни проблеми сред преживелите бедствията. Много малко са тези, които се отнасят към организационните и значими проблеми като стресът, независимо от тяхната взаимна свързаност и обусловеност, особено при групи в риск – хора с трайно нарушено здраве.

Това налага задълбочено проучване, анализиране и очертаване на най-важните здравни и значими проблеми сред които основно място заема стресът, стоящи за решаване от системата на здравеопазване за групите в риск – хората с увреждания при възникване на бедствени ситуации.

Актуалност на разглеждания проблем:

Критичният експертен анализ на наличната национална и чуждестранна литература изтъква актуалността на изследвания проблем. Обобщено могат да бъдат направени следните изводи:

1. Съществено значение за подобряване защитата при бедствени ситуации и намаляване броя на пострадалите има задълбочената работа с основните групи „в риск“ – хора с увреждания.
2. Анализът на бедствените ситуации показва, че те създават значими здравни и организационни проблеми.
3. Пораженията при бедствия имат известен индивидуален характер, но основно се свеждат до няколко основни проявления в зависимост от факторите, които действат, като основно място заема стресът.
4. Личността и колективът са под въздействието на мощни неблагоприятни въздействия при бедствия, на които значителен процент не са в състояние да реагират адекватно и своевременно, особено рисковите групи - хора с трайно нарушено здраве.
5. За ограничаване и намаляване на здравните, организационните и значимите проблеми при катастрофи важно значение има предварителната подготовка на всички засегнати лица и особено на групите в риск.
6. Ролята и значението на здравните, организационните и значими проблеми при бедствени ситуации са проучени недостатъчно, като за групи в риск - хората с увреждания почти липсват специални проучвания.

7. Стресът е един от най-сложните, най-тежките, най-комплексните и най-деликатните проблеми, заслужаващ внимание.
8. Като основен стресор бедствията са причина за сериозни психологически смущения и голям брой пострадали могат да изпитват посттравматично стресово разстройство, депресия и тревожност.
9. Поради спецификата на различните действащи фактори при бедствия и особени характеристики на групите в риск, за да се преодолее стресът трябва да се провеждат различни по характер проучвания и да бъдат взети мултидисциплинарни решения и мерки.
10. За укрепване психичното здраве на пострадалите и превенция на стреса като значим проблем за групите в риск са необходими следните подготвителни дейности: периодични обучения на групите в риск/уязвимите групи, разпространение на обучителни информационни материали за подготовка на населението, колаборация на властите с неправителствените организации за провеждане на съвместни демонстрации и учения.

III. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА

1. Цел и задачи на дисертацията

Научната цел е да се проучи стресът като значим проблем за групи в риск в Р България (и в частност в Североизточния район на планиране) при бедствени ситуации и да се предложи превенция за намаляване на неблагоприятните последици за тяхното здравословно състояние.

За изпълнение на така поставената цел са формулирани следните изследователски **задачи**:

1. Да се определят рисковете от бедствени ситуации за групи в риск на територията на Р България (и в частност на Североизточния район на планиране).
2. Да се направи проучване проявите на стрес при групи в риск - хора с увреждания до декември 2010 г., преди промяната в Закона за защита при бедствия.
3. Да се направи проучване проявите на стрес при групи в риск - хора с увреждания, след закриване на Главна дирекция „Гражданска защита“ при Министерство на вътрешните работи (МВР) на Република България и създаване на Главна дирекция „Пожарна безопасност и защита на населението“, през периода 2016-2017 г.
4. Да се проучи подготовката на хората с увреждания за бедствени ситуации.
5. Да се изготвят обучителни стратегии за превенция и управление на стреса на групи в риск при бедствени ситуации.
6. Въз основа на изследванията, анализите и оценките да се изведат препоръки от значение за оказване на ефективна помощ и подкрепа на групи в риск при бедствия и насоки за оптимизиране на дейностите по управление и планиране на помощта с акцент лица с увреждания.

2. Основна теза и изследователски хипотези

Основната теза на дисертационния труд е, че при бедствени ситуации стресът е значим проблем, който оказва неблагоприятно въздействие върху здравословно (физическо и емоционално) състояние на групите в риск - хора с увреждания, като се отразява върху способността им за справяне с възникналите усложнения. Поради тази причина, чрез повишаване нивото на информираност и здравни знания за оказване на помощ и взаимопомощ при бедствени ситуации на рисковите групи, може да се направи превенция на стреса и на неговите негативни ефекти и отражение върху тяхното здравословно състояние.

За подкрепа на основната теза на дисертацията са формулирани и следните **изследователски хипотези:**

1. Бедствените ситуации са причина за възникването на редица проблеми за лицата в обсега на бедствието. Планирането, определянето на риска и подготовката за реакция са от съществено значение за тяхното преодоляване.
2. При бедствия хората с увреждания са рискови групи, при които съпътстващите заболявания и здравословни проблеми, могат да се задълбочат вследствие на настъпилите промени.
3. Стресът оказва отрицателно влияние върху общото състояние на хората. Неговото преодоляване е от съществено значение за превенция на трайните негативни здравословни ефекти.
4. При бедствени ситуации, стресът е един от най-значимите проблеми, с който могат се сблъскат групите в риск - хора с увреждания.
5. Повишаването информираността и знанията на хората с увреждания за оказване на адекватна самопомощ и взаимопомощ при бедствени ситуации, трябва да има приоритетно значение за превенцията на стреса.

3. Изследователски подход

Изследването се основава на системния подход, като се разглеждат отделни фактори и условия, които имат отражение върху общото състояние на хората с увреждания при бедствени ситуации, като приоритетно се разглежда влиянието на стреса. При провеждане на изследването специално внимание отделяме върху промените, които настъпват в здравословното състояние на хората с увреждания при стресови ситуации, както и върху тяхната подготовка за преодоляването на стреса при бедствия, с оглед намаляване на възможните негативни ефекти и последици. Обект на изследването са хора с увреждания - групи в риск, а не отделни индивиди или нехомогенни групи.

В цялостния изследователски процес е приложен интердисциплинарен подход, предопределен от спецификата на обекта на дисертационния труд и на изследваните явления.

Основната цел на подхода е изграждането на обучителни стратегии за превенция на стреса и намаляване на неблагоприятните последици за здравословно състояние на групите в риск при бедствени ситуации.

4. Методи за изследване

Изследователските задачи са постигнати, като са използвани качествени и количествени методи от сферата на социалните и здравни науки. Формиран е комплексен методичен подход за решаване на сложен, многокомпонентен и интердисциплинарен изследователски проблем, какъвто е проблемът със стреса при групи в риск – хора с увреждания при бедствени ситуации.

Прилагат се методи на теоретичен анализ, сравнителен анализ, методи за оценка на здравословно – физиологично и психо-емоционално състояние. За събиране на необходимата първична информация се прилагат и социологически методи – социологическо проучване чрез анкетен метод на лица с увреждания.

Всички приложени методи и аналитични инструменти са насочени към изпълнението на поставените научни задачи, анализират и оценяват отделни аспекти на изследваните явления, а тяхното комплексно използване позволява да се изследва обектът в неговата цялост за постигане на целта на дисертационния труд.

При обработката на данните и провеждането на статистическите анализи са използвани програмни продукти – Excel 2013 и SPSS (v. 17.0).

5. Ограничителни условия при осъществяване на изследването

Ограниченията, приети в обхвата на дисертационния труд, са следните:

1. По отношение на обекта на изследване:

- Поради спецификата на своето заболяване хората с увреждания са няколко групи в риск:

- лица с увреждания – с различна степен намалена работоспособност;
- лица с увреждания - с определена чужда помощ или без чужда помощ;
- малолетни, непълнолетни и пълнолетни лица с увреждания;
- лица с увреждания – ползващи или не помощни средства за своето

придвижване и др.

За целта на нашето проучване сме изследвали лица с трайни увреждания с над 90% намалена работоспособност, като част от тях са с определена чужда помощ и/или използващи помощни средства за своето предвижване. Тази група считаме за високо рискова в условия на бедствени ситуации.

- Социологическото проучване е териториално ограничено в рамките на Североизточния район на планиране и включените в него области, поради спецификата на възможните рискове от бедствия, които могат да възникнат и тяхното значение за лицата с увреждания. Друг важен фактор е и туристическото значение на разглеждания район през определени сезони и значителното повишаване на временно пребиваващите лица през тези периоди.

2. По отношение на **предмета на изследване**:

- Изследването на стреса при групите в риск при бедствени ситуации разглежда основно промяната в здравословното състояние, проследена чрез физиологичните; емоционалните и психични; и поведенческите симптоми на стреса. Те имат основно отражение върху функционирането на индивида в необичайна среда. Основният вид стресор е бедствената ситуация, предвид целта на проучването.

- Подготовката на хората с увреждания е проучена основно с цел да се установи тяхната способност да реагират самостоятелно и да се справят с промените на средата при бедствия.

Поради комплексният характер на изследвания проблем проучването има и ограничения, произтичащи от метода за набиране на първични данни.

6. Използвани материали

Информацията, необходима за постигане на целите и задачите на дисертационния труд, се осигурява от:

- теоретично изследване на публикации на български и чуждестранни автори;
- вторични данни от български и международни емпирични изследвания;
- статистическа информация от български и международни бази данни и статистически справочници;
- първични и вторични данни от български и международни организации и институции;
- първични данни от собствени социологически проучвания.

В процеса на изследването се използват материали на Националния статистически институт (НСИ), Националния център по здравна информация (НЦЗИ), Министерството на здравеопазването (МЗ), Министерството на труда и социалната политика (МТСП),

Агенцията на хората с увреждания (АХУ), Министерството на образованието и науката (МОН), Националният център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА), Регионалните здравни инспекции (РЗИ), Регионалните дирекции „Пожарна безопасност и защита на населението“, Общините - Варна, Добрич, Силистра и Шумен, Световната здравна организация (СЗО), Световната банка, Евростат, Европейската комисия (ЕК), Офиса на Обединените нации за намаляване на риска от бедствия и др.

7. Обект на изследването

За постигане на целта и задачите на дисертационния труд обекти на социологическите проучвания са пълнолетни лица с над 90% намалена работоспособност /степен на увреждане/ от Североизточния район на планиране в Р България.

В териториален аспект социологическото проучване сред гражданите се ограничава до Североизточния район на планиране и включените в него области (Варна, Добрич, Шумен и Силистра). При изпълнение на част от задачите на изследването (риск от бедствени ситуации за хора с увреждания; обучителни стратегии за превенция на стреса и за намаляване на неблагоприятните последици за здравословно състояние на групите в риск при бедствени ситуации) се вземат предвид и останалите райони на планиране и области на Р България.

Причините за избора на Североизточния район на планиране са следните:

- географските особености на района позволяват да се обхванат всички специфики на бедствените ситуации и тяхното въздействие върху групите в риск;
- демографските, икономическите и социо-културните характеристики на включените в района области и общини са изключително разнообразни и това позволява да се обхванат цялата палитра на съществуващите в страната различия в това отношение;
- предварителните проучвания показват, че на територията на района се наблюдават съществени различия по отношение на стреса и неговото отражение върху здравословното състояние при бедствия.

Посочените причини ни дават основание да смятаме, че данните получени за Североизточния район на планиране и направени въз основа на тях изводи, важат и за останалите райони на страната, тъй като са взети предвид основните влияещи фактори, а избраният район осигурява необходимото им разнообразие и представителност.

8. Предмет на изследването

Предмет на дисертационния труд са стресът при групите в риск в случай бедствени ситуации и тяхната подготовка за реакция. Разгледана и обсъдена е промяната в здравословното състояние на лицата с увреждания поради преживян стрес и неговото отражение върху поведенческите им нагласи.

Те основно имат отражение върху функционирането на индивида в необичайна среда, каквато създават бедствията.

9. Методика на изследването

9.1. Документален метод /информационно осигуряване/

За постигане на целта и задачите на дисертационния труд са използвани разнообразни информационни източници, по отношение на предмета и обекта на изследването:

1. Литературни източници – проблемите на лицата с увреждания са обект на множество изследвания в страните от петте континента. Въпросите отнасящи се до промяната в здравословното им състояние поради преживян стрес при бедствени ситуации не са широко дискутирани в чуждестранната литература, а в литературните източници у нас почти няма никаква достъпна информация. Поради това използваните публикации са предимно от чужди автори. Основен информационен източник за извършване на теоретико-методологическия анализ са резултатите от различни теоретични и емпирични изследвания, включващи монографии, статии в специализирани научни списания и научно-изследователски доклади.

2. Емпирични изследвания и технически доклади – за изясняване на предмета на изследването са включени материали, данни и резултати от проучвания на:

- Български институции и организации като Министерството на здравеопазването, Министерство на труда и социалната политика, Агенция за хората с увреждания и др.

- Международни институции и организации като Световната здравна организация, Организацията на обединените нации, Световната банка, Европейската комисия и др.

3. Статистически бази данни – за характеристика на обекта и изследване на неговата динамика са използвани данни от различни български статистически източници като НСИ, НЦЗИ, НЦОЗА и др.

4. Нормативни и стратегически документи – разгледани са законови и подзаконови нормативни актове, както и различни стратегии, планове и програми, отнасящи се до бедствените ситуации и групите в риск.

9.2. Аналитичен метод

1. Анализ на риска от бедствени ситуации за групи в риск – целта е да се установят рисковете от бедствени ситуации в световен, европейски, регионален и национален мащаб. По този начин се определят и степенуват рисковете за лица с увреждания според вероятността от възникване и негативен ефект на събитията.

2. Анализ на статистическа база данни – данни чрез Интернет за възникнали бедствени ситуации и последици.

3. Анализ степента на проявление на стрес при групи в риск след преживяно бедствие или тежък инцидент преди промяна на Закона за защита при бедствия от 2009 до 2010 г.

4. Анализ степента на проявление на стрес при групи в риск след преживяно бедствие или тежък инцидент през периода 2016-2017 г.

5. Сравнителен анализ между двете проучвания, с цел установяване на разлики или вариации в нагласите на респондентите.

6. Анализ степента на подготовка за реакция при бедствия на лица с увреждания с над 90% намалена работоспособност, ползващи помощни средства и/или с право на чужда помощ.

7. Системен анализ на документация от РЗИ, Регионални дирекции „Пожарна безопасност и защита на населението“ (ПБЗН), Общини - Варна, Шумен, Добрич и Силистра, МЗ, МТСП, МОН и др.

За осъществяване на посочените анализи са използвани различни материали, включващи:

1. Законови и подзаконови нормативни актове:

- *За бедствени ситуации:* Закон за защита при бедствия, Национална програма за защита при бедствия 2014-2018 г., Годишен план за 2014 г. за изпълнение на Националната програма за защита при бедствия 2014-2018 г., Годишен план за 2015 г. за изпълнение на Националната програма за защита при бедствия 2014-2018 г., Годишен план за 2016 г. за изпълнение на Националната програма за защита при бедствия 2014-2018 г., Годишен план за 2017 г. за

изпълнение на Националната програма за защита при бедствия 2014-2018 г., Национален план за защита при бедствия, Наредба за условията, реда и органите за извършване на анализ, оценка и картографиране на рисковете от бедствия, Закон за здравето и др.

- *За защита от бедствия:* Закон за Министерство на вътрешните работи, Закон за отбраната и въоръжените сили на Република България, Закон за Националната система за спешни повиквания с единен европейски номер 112, Правилник за устройството и дейността на Съвета за намаляване на риска от бедствия към Министерски съвет за подпомагане формирането и осъществяването на държавната политика в областта на защитата при бедствия, наредби за действия при бедствени ситуации към различните общини и РЗИ.

- *За лица с увреждания:* Закон за интеграция на хората с увреждания, Правилник за прилагане на Закона за интеграция на хората с увреждания и др.

2. Стратегически документи за защита при бедствия – Стратегия за намаляване риска от бедствия 2014-2020 г. с приложения, Общински програми за намаляване на риска от бедствия.

3. Различни проучвания относно групи в риск при бедствени ситуации, проявите на стрес при бедствени ситуации, отражение на стреса върху здравословното състояние на хора с увреждания и др.

9.3. Социологически методи

Целта на социологическо проучване е:

1. Да се проучат проявите на стрес при групи в риск - хора с увреждания до декември 2010 г., преди промяната в Закона за защита при бедствия;

2. Да се проучат проявите на стрес при групи в риск - хора с увреждания, след закриване на Главна дирекция „Гражданска защита“ при МВР на Република България и създаване на Главна дирекция „Пожарна безопасност и защита на населението“, през периода 2016-2017 г.;

3. Да се проучи подготовката на хората с увреждания за бедствени ситуации.

Избраният метод е допитване чрез използване на анкета, попълвана лично от респондентите с помощта на интервюирац. Проучванията са проведени през различни периоди и са както следва:

- първо проучване проявите на стрес при групи в риск - хора с увреждания 2009 - 2010 г.;
- второ проучване проявите на стрес при групи в риск - хора с увреждания през периода 2016-2017 г.;
- проучване подготовката на хората с увреждания за бедствени ситуации от 2013 г. до 2014 г.

Достоверността на индивидуалната първична информация е висока. Използвана е анкеторската мрежа на Дружество с ограничена отговорност „Одит Тур“, специализирано в провеждане на анкетни проучвания. Екипът е подбран и специално подготвен с оглед спецификата на проблема и работата с хора с увреждания.

Допитванията са проведени в четирите области на Североизточния район – Варна, Добрич, Шумен и Силистра. Причините за избора на този район вече са обяснени.

При планиране на проучването е използван извадковият способ на базата на случаен подбор.

За определяне **обема на извадката** е приложена определена последователност, състояща се от следните стъпки:

1. Определяне на генералната съвкупност – включва лица с увреждания с над 90% намалена работоспособност от Североизточния район на планиране, които по данни на НСИ от преброяване 2011 г. лица с увреждания към 01.02.2011 г. наброяват 17 153 души. Разпределението по типове населени места е следното: областни градове – Варна (6916 души – 40,32% от генералната съвкупност), Добрич (2237 души – 13,04% от генералната съвкупност), Шумен (3575 души – 20,84% от генералната съвкупност), Силистра (4425 – 25,80% от генералната съвкупност).
2. Статистическата достоверност е определена при ниво на значимост $p < 0.05$.
3. Обема на извадката е изчислен по формулата:

$$n = \frac{t^2 \times p \times (1-p)}{\Delta^2},$$

където t е гаранционна вероятност (гаранционен множител); Δ – пределно допустимата грешка, възприета за проучването; p – относителен дял на изучавания параметър (относителен дял на лицата с прояви на стрес).

При изчисляване обема на извадката допускаме максимално стандартно отклонение, то се получава при $p=0.5$. Възприетата максимална грешка е 0,05 и

доверителната вероятност е 95% ($t=1,96$). В този случай обемът на извадката е $n=384$ души. Получената стойност отговаря на изискванията за гарантиране на представителност (за Североизточния район на планиране), като този брой се разпределя по населени места в зависимост от относителния дял на лицата с увреждания. По този начин структурата на извадката напълно повтаря разпределението на населението по типове населени места в генералната съвкупност.

При първото анкетно проучване относно проявите на стреса, броят на респондентите е 150 души, при второто проучване относно подготовката на лица с увреждания с над 90% намалена работоспособност, броят на респондентите е 200 души, а при третото анкетно проучване, което допълва първото анкетно проучване относно стреса, броят на респондентите е 250 души.

В анкетната карта, отнасяща се до проучване проявите на стрес при групи в риск - хора с увреждания са включени 32 въпроса. При 4 въпроса предварително са формулирани и уточнени всички възможни отговори, 3 въпроса са открити и 25 са комбинирани, предоставена е възможност и за друго мнение.

Спазен е принципът на безпристрастност към определен род личности, човешки качества или професии. Считаме, че сме предразположили респондентите към възприемане на въпросите. Спазен е принципът на анонимност на респондентите. Разяснявахме на изследваните лица, че са попаднали по случаен подбор в извадката.

По правило въпросите са задавани стриктно във формата, в която са записани във въпросника. В случаи, когато се попадеше на респонденти, за които езикът на въпросника като цяло или отделни въпроси бяха трудни, давахме допълнителни разяснения.

Използвали сме предимно твърдо предварително кодиране. Въпросите са добре структурирани и ясни за изследователя. Класификаторът е формулиран в процеса на разработване на въпросника и е фиксиран в него.

Въпросите се отнасят до следните области:

- Характеристика на респондентите – важна част от проучването. Целта е да бъдат пълнолетни граждани, като се търси зависимост между пол, образование и подготовка.
- Видовете стресори – преживяване на стресова ситуация и нейните причинители.
- Симптоми на стреса - физиологични; емоционални и психични; и поведенчески – във връзка с проявите на стрес и отражението върху общото здравословно състояние.
- Преодоляване на стреса – по отношение на възможностите и начините за възстановяване.

В анкетната карта, отнасяща се до проучване подготовката за бедствени ситуации на хора с увреждания са включени 30 въпроса – при 3 въпроса са уточнени всички възможни отговори, при 25 въпроса са предоставени отговори, но се дава възможност да се допълнят със собствено мнение и 2 въпроса са изцяло отворени.

Спазен е принципът на безпристрастност към определен род личности, човешки качества или професии. Считаме, че сме предразположили респондентите към възприемане на въпросите. Спазен е принципът на анонимност на респондентите. Разяснявахме на изследваните лица, че са попаднали по случаен подбор в извадката.

По правило въпросите са задавани стриктно във формата, в която са записани във въпросника. В случаи, когато се попадеше на респонденти, за които езикът на въпросника като цяло или отделни въпроси бяха трудни давахме допълнителни разяснения.

Използвали сме предимно твърдо предварително кодиране. Въпросите са добре структурирани и ясни за изследователя. Класификаторът е формулиран в процеса на разработване на въпросника и е фиксиран в него.

Въпросите се отнасят до следните области:

- Характеристика на респондентите – по отношение на пол, възраст и образование. Търсят се разлики в различните групи респонденти.
- Индивидуална характеристика относно мобилност в дома и извън него. Важна част от самостоятелното функциониране, във връзка с използването на помощни средства.
- Подготовка за самостоятелно пребиваване и защита при бедствия. Отнася се до необходимостта от чужда помощ за реакция при екстремна ситуация.
- Самооценка на индивидуалните потребности и възможности. От съществено значение за преодоляване симптомите на стреса и адекватното поведение за самопомощ и взаимопомощ.

10. Табличен и графичен метод за онагледяване на резултатите

Разработените множество таблици и диаграми са илюстрация на получените резултати чрез линейни диаграми, плоскостни, фигурни, обемни графически изображения, картограми и картодиаграми.

IV. СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ

1. Рискове от бедствени ситуация за групи в риск на територията на Р България (и в частност на Североизточния район на планиране)

1.1. Риск от бедствия

С развитието на обществата прогнозирането на дадено бедствие само по себе си вече не е достатъчно, за да бъдат взети всички необходими мерки за защита. През последните години тази концепция се доразви и придоби много по-широки мащаби. Днес фокусът се поставя върху прогнозирането на риска от бедствия, като част от него е прогнозиране на вероятността от появата на самото опасно събитие.

През последните години се наблюдава увеличаване на броя на природните и антропогенни катастрофи, както и нарастване на човешките и икономически загуби. Определянето на риска от бедствия е от важно значение за адекватното организиране на спасителните мероприятия и неотложно възстановителни работи.

Бедствията често са определяни като външни „сътресения“, но рискът от тях е резултат от сложното взаимодействие между динамични процеси. Те създават едновременни условия за експозиция, уязвимост и възникване на опасно събитие. (UNISDR, 2009a). По този начин рискът е комбинация от честота и тежест на опасното събитие, изложените на него брой хора и активи и тяхната уязвимост от евентуални щети и загуби (UNISDR, 2015a).

Загубите и последиците, които характеризират бедствията са свързани както с тежестта на опасното събитие, така и до голяма степен се определят от експозицията и уязвимостта на хората и местата. (UNISDR, 2013)

Рискът от бедствия представлява концепция, отнасяща се до вероятността от настъпване на бъдещи опасни събития и отражението, което те биха оказали върху обществото, т.е. рискът се възприема като възможна загуба на животи, наранявания и разрушения поради дадено бедствие за определен период от време. (UNISDR, 2015a). (Схема 1)

Риск= Опасно събитие× Експозиция × Уязвимост

- риск - потенциалните загуби;
- опасно събитие – от природен или антропогенен характер;
- експозиция – хора и материални активи във фокуса на опасното събитие;
- уязвимост – капацитет за справяне с опасното събитие.

Схема 1 Риск от бедствия



Ако съвременните тенденции на нарастваща експозиция, високи нива на неравенства, бързо развитие на градската среда и замърсяване на околната среда продължат да се задълбочават, тогава рискът от бедствия може да се увеличи до опасни нива (UNISDR, 2015b).

Според редица автори, за да бъде разбран рискът от бедствия, трябва да се имат предвид всички характеристики, които го определят, а именно:

- *Различни действащи фактори.* Усилията не трябва да се концентрират единствено и само върху възможните човешки загуби, разрушения и щети за определен период от време, но и върху редицата други последици и негативни ефекти, произтичащи от него.
- *Динамика на събитието.* Необходимо е детайлно проследяване на процеса, защото динамиката може да се повиши или да намалее в зависимост от възможностите да се редуцира уязвимостта.
- *Незбележимост.* Внимание към възможни събития, с тежки последици, но също така и към често случващи се инциденти, с по-малък отзвук, оставащи в сянка.
- *Неравномерно разпределение по света.* Опасните събития засягат редица региони, но моделът на риска от бедствия рефлектира върху социалните нива на експозиция и уязвимост в различните държави.
- *Спешност и комплексност.* Редица процеси, сред които промените в климата и глобализацията, създават нови, взаимосвързани рискове.

Опасността, уязвимостта и експозицията се влияят от редица рискови фактори, включително бедността и неравенствата, лошо планираното и управлявано развитие на градовете, изменението на климата и екологичното замърсяване (UNISDR, 2009a, 2011, 2013 и 2015a).

Разбирането на риска от бедствия изисква изследване възможностите на обществото да се предпази от тях. Способността на общностите, обществата и системите да устоят и да се възстановяват от бедствия, като същевременно подобряват своето благосъстояние, е известна като издръжливост.

От 1980 до 2015 г. бедствия са причинили смъртта на над 1,6 млрд. души (UNISDR, 2015a), а данни относно бъдещите загуби са изчислени за материалните активи, чиито разходи във връзка с бедствените ситуации ще нарастнат на 415 млрд. щатски долара до 2030 г. (UNISDR, 2015a).

Това, което показват проучванията от последните десетилетия е, че бедствията засягат най-бедните и най-маргинализираните хора, като същевременно засилват уязвимостта и социалните неравенства, влошавайки икономическия растеж (J. Mitchell et al., 2014). Рискът от смъртност при бедствия е тясно свързан с нивото на доходите и качеството на управление на риска (UNISDR, 2015a). Въпреки че, някои държави успешно са намалили смъртността при наводнения и тропически циклони, данните сочат, че смъртните случаи при интензивен риск нарастват (UNISDR, 2015a). Увеличаващите се загуби и щети от бедствия доказват, че рискът от бедствия е индикатор за неуспешно или изопачено обществено развитие, за неустойчиви икономически и социални процеси и за слабо адаптирани общества (UNISDR, 2015a). Рискът от бедствия е важен въпрос както за правителствата, така и за бизнеса, и за хората, особено за групите в риск.

Според повечето автори намаляването на риска от бедствия има няколко аспекта за:

- *Смекчаване на ефектите от бедствията* - предприети от правителствата структурни и неструктурни мерки за ограничаване на неблагоприятното въздействие на природните и антропогенни рискове.
- *Системи за ранно предупреждение* - предоставяне на навременна информация, позволяваща на хората да предприемат стъпки за намаляване на въздействието на опасните събития, като изключително значение има за групите в риск. Ранното предупреждение обикновено е свързано с различни по природа и характер бедствия, като това изисква системна ангажираност и участие на общностите и другите заинтересовани страни, за достъп до надежна информация.
- *Подготовка за бедствия* - мерки, които спомагат за осигуряването на навременна и ефективна „първична“ реакция на специализираните служби и звена, подкрепени от доброволчески отряди, неправителствени организации и други експертни екипи,

специално обучени за работа с групи в риск, както и обучение в самопомощ и взаимопомощ на населението и в частност на хората с увреждания.

- *Възстановяване* - решения и действия, предприети след бедствени ситуации за възстановяване или подобряване на условията на живот с цел нормализирането на ежедневните дейности на засегнатата общност, като в същото време се подкрепят бъдещите дейности за намаляване на риска от бедствия.
- *Подкрепа за населението, включително за хората с увреждания* - проекти, които укрепват или спомагат за увеличаването на средствата за препитание, като едновременно дават възможност на домакинствата и групите в риск да разработят стратегии за намаляването на риска и др.

Разбирането, идентифицирането и оценката на риска от бедствени ситуации са едни от основните инструменти и имат решаващо значение за неговото управление и за редуциране на негативните ефекти. Разбирането на риска (определяне на опасностите, посредством синхронизиране на понятията и тяхното унифициране) и неговото идентифициране (разпознаване на опасностите събития) са паралелно развиващи се дейности, взаимосвързани и допълващи се в световен, регионален и национален мащаб.

1.2. Глобални рискове

Според експерти от Световната Банка, нарастването броят на населението и бързата урбанизация стимулират увеличаването на загубите от бедствия. Според ООН до 2050 г. повече от две трети от населението на света ще живее в градове. За да бъдат спасени човешки животи и активи е необходимо навременно планиране и намаляване на риска от бедствия. За тези цел редица международни организации полагат ежегодни усилия в посока определяне на рисковете в световен и регионален мащаб, като подпомагат правителствата с експертен опит и инструментарим, за да могат те да отчетат възможните последици от бедствията при определянето на своите политики и при вземането на решения.

За целите на нашето проуване ние се спряхме на едно от най-авторитетните годишни изследвания, публикувано от Световния икономически форум, което описва промените, настъпващите през годините на световната карта с глобални рискове и което идентифицира глобалните катастрофални рискове, а именно *The Global Risks Report (Доклад за глобалните рискове)*. Той представлява годишно проучване на експерти от Световния икономически форум (Швейцария) относно най-вероятните за възникване рискове в световен мащаб. Докладът има за цел да повиши осведомеността по

отношение на необходимостта от подход на много заинтересовани страни към смекчаването на глобалния риск. В доклада „глобалният риск“ се определя като несигурно събитие или условие, което ако се случи, може да доведе до значително отрицателно въздействие за няколко страни или отрасли през следващите 10 години.

В неговото 12-то издание от 11 януари 2017 г. са включени 5 категории на риска: икономически риск, риск отнасящ се до околната среда, геополитически рискове, обществени рискове и технологични рискове, към които се отнасят отделни събития, индетифицирани като глобални рискове. Тези рискове, които считаме за природни и антропогенни бедствия, разпределихме спрямо посочените категории в Табл. 1.

Табл. 1 Природните и антропогенни бедствия като глобални рискове

| | Глобален риск | Описание |
|-------------------------------|--|---|
| Риск за околната среда | Неуспех/недостиг на критичната инфраструктура | Невъзможност за адекватно инвестиране, подобряване и/или осигуряване на защита на инфраструктурните мрежи (например енергетика, транспорт и комуникации), водещи до натиск или разпадане на цялата система. |
| Риск за околната среда | Екстремни метеорологични събития (наводнения, бури и др.) | Големи щети за инфраструктура, държавна, общинска и частна собственост и околна среда, както и загуба на човешки живот, причинени от екстремни метеорологични събития. |
| | Неуспех при смекчаване на ефектите от изменението на климата и приспособяване към тези промени | Неуспех на правителствата и бизнеса да наложат или да предприемат ефективни мерки за смекчаване негативните ефекти от изменението на климата, да защитят населението и да помогнат на предприятията, засегнати от това изменение да се адаптират. |
| | Загуба на голямо биоразнообразие и колапс на екосистемите (биосфера и хидросфера) | Необратими последици за околната среда, водещи до сериозно изчерпване на ресурси за човечеството, както и за промишлеността. |
| | Големи природни бедствия (изригвания на вулкани, геомагнитни бури) | Големи имуществени, инфраструктурни и/или екологични щети, както и загуба на човешки животи, причинени от геофизични бедствия като |

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| | | земетресения, вулканична дейност, свлачища, цунами или геомагнитни бури |
| | Антропогенни бедствия и щети за околната среда причинени от човешка дейност (нефтени разливи, радиоактивно замърсяване и др.) | Неуспех за превенция на големи щети и бедствия, причинени от човека, включително престъпления, свързани с околната среда, които нанасят вреда на човешкия живот и здраве, инфраструктура, собственост, икономическа дейност и околната среда. |
| Геополитически рискове | Междудържавни конфликти с регионални последици | Двустранен или многостранен спор между държави, който ескалира в икономически (например търговски/валутни войни, национализация на ресурсите), военни, кибернетични, обществени или други конфликти. |
| | Големи терористични атаки | Отделни лица или недържавни групировки с политически или религиозни цели, които успешно причиняват мащабни човешки загуби и/или материални щети. |
| | Държавен срив или криза (например граждански конфликт, военен преврат, и др.) | Държавен колапс с геополитическото значение поради вътрешно насилие, регионална или глобална нестабилност, военен преврат, граждански конфликт и др. |
| | Оръжия за масово поразяване | Използване на ядрени, химически, биологични и радиационни технологии и материали, създаващи международни кризи и потенциал за значително унищожаване. |
| Обществени рискове | Бързо и масово разпространение на инфекциозни заболявания | Бактерии, вируси, паразити или гъбички, които причиняват неконтролируемо разпространение на инфекциозни заболявания (например в резултат на резистентност към антибиотици, антивирусни препарати и други лечения), причиняващи смъртни случаи на големи територии и икономически смущения. |

| | | |
|---------------------------------|--------------------------------|---|
| | Водна криза | Значително намаляване на наличното качество и количество прясна вода, с вредно въздействие върху човешкото здраве и/или икономическата активност. |
| | Хранителна криза | Недостатъчен, недостъпен или ненадежден достъп до подходящи количества и качество на храната и храненето в мащабен мащаб. |
| | Масщабна принудителна миграция | Широкомащабна принудителна миграция, предизвикана от конфликти, бедствия, екологични или икономически причини. |
| Технологични рискове | Масщабни кибератаки | Широкомащабни кибератаки или зловреден софтуер, причиняващи големи икономически щети, геополитическо напрежение или масивно намаляване на доверието в интернет. |

От гледна точка на вероятност от възникване и отражение на ефектите върху обществеността, тенденцията при световните рискове е, че бедствията заемат все по-предни позиции и в двете категории.

Според *World Economic Forum Global Risks Perception Survey* (2016) десетте най-вероятни за възникване риска от отделните категории за 2017 г., описани във възходящ ред са както следва:

1. Екстремни метеорологични събития.
2. Масщабни принудителни миграции.
3. Природни бедствия.
4. Терористични атаки.
5. Измами с данни или кражби.
6. Кибератаки.
7. Незаконна търговия.
8. Антропогенни бедствия, свързани с околната среда.
9. Междудържавни конфликти.
10. Провали в националните управления.

Впечатление прави, че половината от тези рискове са бедствени ситуации. Природните катастрофи заемат първо и трето място в класацията. Антропогенните

бедствия (в т.ч. терористичните атаки) също са определяни като едни от възможните за възникване опасности в световен мащаб.

Представени отново във възходящ ред са и 10-те риска, с най-голямо отражение и ефект при възникване, сред които отново водеща роля имат природните и антропогенни катастрофи.

1. Оръжия за масово поразяване.
2. Екстремни метеорологични събития.
3. Водни кризи.
4. Природни бедствия.
5. Провали в борбата с климатичните промени и адаптацията.
6. Машабни принудителни миграции.
7. Кризи с храните.
8. Терористични атаки.
9. Междудържавни конфликти.
10. Безработица.

Бедствените ситуации, идентифицирани като едни от топ рисковете за света изискват съвместни действия и сътрудничество от редица заинтересовани страни – правителства, международни агенции, партньори за развитие, граждански общества, частния сектор и др., които да участват в предотвратяването, подготовката и реакцията при бедствия. Съвместните им действия подпомагат по-ефективни мерки и спомагат за намаляването на риска в световен, регионален и национален мащаб.

В тази връзка различните агенции на Обединените нации в сътрудничество с голям брой заинтересовани страни разработват *Доклад за глобална оценка намаляването риска от бедствия (Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction - GAR)*, който до момента има 4 издания и се публикува на всеки 2 години. Последното издание - GAR15, което съдържа и информация за Р България, е от март 2015 г. През 2017 г. UNISDR публикуват GAR Atlas, чиито първоначални резултати са разгледани в GAR13 и GAR15. Той отразява рискове, които имат международно отражение и причиняват разрушения на национално ниво, и са свързани с природни бедствия, като земетресения, наводнения, бури и др. Атласът съдържа матрици с глобално сравними рискове от бедствени ситуации и позволява сравнения на нивата на риска между различни държави и региони, както и между различните бедствени ситуации.

Друго проучване, на което се спяхме в нашето изследване, отговарящо на предварително заложените ни цели, е колаборацията между Постоянната междуведомствена комисия по въпросите на риска, ранното предупреждение и готовността и Европейската комисия, в партньорство с редица международни организации. Съвместно те разработват *Индекс за управление на риска (INFORM - Index for risk management)*. INFORM е методология за оценка на риска с отворен код за бедствени ситуации и хуманитарни кризи, съдържаща индекс за поднационален риск, който представя подробна картина на риска и неговите компоненти, сравними в един регион или страна. Резултатът е модел на риска, който има същите характеристики и предимства като глобалния модел, но се отнася за отделни области, общини, села и др. INFORM се използва за анализ и визуализация на риска, като подпомага вземането на стратегически решения за реакция при бедствия и кризи, подготовка на населението и устойчивост на постигнатите резултати. Последната публикувана актуализация на INFORM е от 01.09.2017 г., с оценка на риска за 2018 г. 191 държави на национално равнище, включително Р България.

1.3. Риск от бедствени ситуации за Р България

На територията на Р България често възникват бедствени ситуации, в резултат на природни явления или човешка дейност, чиито материални щети, човешки загуби и психологични ефекти са предпоставка за появата на значими проблеми сред населението и в частност сред групите в риск, поради което намаляването на риска от бедствия е от изключително значение за устойчивото развитие на обществото и страната.

Основните нормативни актове за защита на населението и управление при бедствия са *Законът за защита при бедствия (ЗЗБ)* (ДВ No 102/19.12.2006), който ясно определя ролята на властите на областно и общинско ниво при бедствия и *Националната програма за защита при бедствия 2014–2018 г.*, която определя задачите за защитата при бедствия в страната за 5 години и очертава насоките за създаването на ефективна, ресурсно и технически осигурена национална система за превенция и реагиране.

ЗЗБ представлява перспектива за управление при бедствени ситуации. Той разглежда основно готовността и реакцията на службите и не се фокусира върху управлението и намаляването на риска от бедствени ситуации.

От друга страна, Националната програма за защита при бедствия има за основни задачи: оценка и картографиране на рисковете от земетресение, ядрена и радиационна

авария, геоложки риск и приключване на оценката на риска от наводнения и изготвяне на карти на заплахата и карти на риска.

Подходът към оценката на риска е определен в *Наредба за условията, реда и органите за извършване на анализ, оценка и картографиране на рисковете от бедствия* (в сила от 02.11.2012 г.).

През 2014 г. Министерски съвет одобрява *Стратегия за намаляване на риска от бедствия за периода 2014-2020 г.*, включваща анализ на текущата ситуация, приоритети и действия за намаляване на риска от бедствия, като отделно акцентира върху необходимостта от законодателна и културна промяна в подхода на България към управлението на риска от бедствия. Тя е придружена и от пътна карта.

Природни и причинени от човешка дейност опасности в Р България, описани в Приложение 1 на Стратегия за намаляване на риска от бедствия за периода 2014-2020 г. са:

- Сеизмична опасност.
- Опасност от наводнение.
- Опасност от свлачища.
- Опасност от горски пожари.
- Опасност от засушаване.
- Опасност от силни ветрове и смерч.
- Опасност от обилни снеговалежи, снежни бури и заледяване.
- Опасност от заледяване.
- Опасност от екстремните температури.
- Опасност от ядрени или радиационни аварии, включително и при превоз на свежо и отработено ядрено гориво.
- Опасност от инциденти при производството, използването, съхранението и транспортирането на опасни материали.
- Опасност от биологично заразяване.
- Опасност от градушки.

Важно е да отбележим, че в нито един от изброените документи не фигурира терминът групи в риск. Основно Стратегията застъпва като приоритет хората с увреждания, като предвижда в срок до 2020 г. да бъде увеличена тяхната информираност, да бъдат въведени процедури за действие на службите при работа с тях и да бъдат проведени обучения за защита, без да са посочени конкретни дати и методологии за действие.

За да бъде определен рискът от възникване на дадено опасно събитие на определена територия, от важно значение е да бъде изследвана историческата перспектива за неговата поява.

За целите на нашето проучване на Табл. 2, Табл. 3, Табл. 4, Табл. 5, Табл. 6 и Табл. 7 събрахме и обобщихме информация публикувана в International Disaster Database (IDD, Université catholique de Louvain Brussels, Belgium) - относно природните и антропогенни бедствия на територията на Р България за периода 1900-2017 г., с най-голямо отражение по отношение на брой загинали, засегнати лица и икономически загуби.

Табл. 2 Природни бедствия на територията на Р България с най-голям брой загинали за периода 1900-2017 г.

| № | Природни бедствия | Период | Населено място | Общ брой загинали |
|-----|---|----------------------------|--|-------------------|
| 1. | Земетресение | 14/04/1928 | Пловдив | 107 |
| 2. | Екстремни температури/ Студена вълна | /01/2012 – /02/2012 | Община Чирпан (област Стара Загора), община Севлиево (област Габрово), община Варна (област Варна) | 30 |
| 3. | Земетресение | 04/03/1977 | Свищов, Русе | 20 |
| 4. | Екстремни температури/ Тежки зимни условия | 22/01/2006 – 25/01/2006 | Бургас, област Варна | 18 |
| 5. | Наводнение | 02/07/2005 – 06/07/2005 | Община Попово (област Търговище), Шумен, Стара Загора, Търговище, Русе, В. Търново, Хасково, Бургас, Враца, Силистра, област Ловеч | 17 |
| 6. | Наводнение | 19/06/2014 – 25/06/2014 | Варна, Добрич, В. Търново, Бургас, Монтана, Кюстендил, Пловдив, Хасково, Ямбол, София град, София област | 15 |
| 7. | Свлачище | 17/12/1965 | Рила | 11 |
| 8. | Екстремни температури/ Студена вълна | /01/2008 - /01/2008 | Сопот (община Карлово, област Пловдив), Самоков, община Пирдоп (София област), Хасково, Кърджали, Сливен, В. Търново, област Ямбол | 10 |
| 9. | Наводнение | 04/08/2007 – 07/08/2007 | Русе, област Монтана, община Цар Калоян (област Разград), община Пазарджик (област Пазарджик), община Варна (област Варна), община Банско (област Благоевград) | 8 |
| 10. | Горски пожар | 01/07/2000 | Хасково, Ямбол, Бургас, Стара Загора, област Пловдив | 7 |

Информацията е актуална към дата: 01/09/2017

Табл. 3 Природни бедствия на територията на Р България с най-голям брой засегнати лица за периода 1900-2017 г.

| № | Природни бедствия | Период | Населено място | Общ брой засегнати лица |
|-----|---|-------------------------|--|-------------------------|
| 1. | Наводнение | 01/02/2012 – 06/02/2012 | Хасково, област Кърджали, община Гълабово (област Стара Загора), община Свиленград (облст Хасково), с. Бисер, Харманли (община Харманли, област Харманли), Неделино (община Неделино, област Смолян) | 37950 |
| 2. | Наводнение | 04/08/2005 – 11/08/2005 | Пазарджик, Смолян, Враца, Пловдив, област Плевен, Долна Баня, Ихтиман, Костенец, Горна Малина, Ботевград, община Своге (София област), София град | 12000 |
| 3. | Наводнение | 31/07/2014 – 02/08/2014 | Мизия, с. Борован, община Бяла Слатина (област Враца), София, Пловдив, област Монтана | 7247 |
| 4. | Конвективна буря/ Снежна буря | 08/03/1993 | Силистра, Русе, Пловдив | 5000 |
| 5. | Земетресение | 07/12/1986 | Стражица | 3060 |
| 6. | Наводнение | 19/06/2014 – 25/06/2014 | Варна, Добрич, В. Търново, Бургас, Монтана, Кюстендил, Пловдив, Хасково, Ямбол, София град, София област | 1260 |
| 7. | Наводнение | 22/05/2007 – 06/06/2007 | Пловдив, Ловеч, Габрово, София област, Етрополе (София област), община В. Търново (В. Търново област), с. Красново (община Хисаря), с. Гелеменово, с. Сарая (община Пазарджик, област Пазарджик), с. Трудовец (община Ботевград, София област) | 1000 |
| 8. | Конвективна буря/ Смерч (торнадо) | 16/05/1999 | с. Жълтуша | 850 |
| 9. | Земетресение | 20/02/2006 | с. Мургово, община Кърджали, област Кърджали | 527 |
| 10. | Екстремни температури/ Студена вълна | 30/11/1998 – 08/12/1998 | Монтана, София | 323 |

Информацията е актуална към дата: 01/09/2017

Табл. 4 Природни бедствия, възникнали на територията на Р България за периода 1900-2017 г., с общ брой медицински и икономически загуби

| | Природни бедствия | Брой събития | Общ брой загинали | Общ брой пострадали | Щети ('000 USD) |
|------|---|--------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| 1. | Суши | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 2. | Земетресения | 6 | 131 | 3962 | 0 |
| 3.1. | Екстремни температури/ Студени вълни | 6 | 49 | 323 | 0 |
| 3.2. | Екстремни температури/ Топли вълни | 2 | 9 | 50 | 50 |
| 3.3. | Екстремни температури/ Тежки зимни условия | 1 | 18 | 20 | 0 |
| 4.1. | Наводнение | 1 | 1 | 0 | 1000 |
| 4.2. | Речни наводнения | 18 | 81 | 60017 | 854200 |
| 5. | Свлачище | 1 | 11 | 0 | 0 |
| 6.1. | Буря | 1 | 2 | 0 | 0 |
| 6.2. | Бури/ Конвективни бури | 5 | 1 | 5890 | 545000 |
| 7.1. | Пожар | 1 | 2 | 0 | 0 |
| 7.2. | Горски пожари | 3 | 8 | 176 | 20054 |

Информацията е актуална към дата: 01/09/2017

Табл. 5 Антропогенни бедствия на територията на Р България с най-голям брой загинали за периода 1900-2017 г.

| № | Антропогенни бедствия | Период | Населено място | Общ брой загинали |
|----|---|------------|--------------------|-------------------|
| 1. | Транспортен инцидент/ Авио катастрофа | 10/01/1984 | София | 50 |
| 2. | Транспортен инцидент/ Пътна катастрофа | 07/04/1993 | Бяла | 27 |
| 3. | Транспортен инцидент/ Авио катастрофа | 02/08/1988 | София | 25 |
| 4. | Транспортен инцидент/ Авио катастрофа | 28/07/1916 | Близо до Ямбол | 20 |
| 5. | Транспортен инцидент/ Пътна катастрофа | 28/05/2009 | Ямбол | 17 |
| 6. | Транспортен инцидент/ Ж.П. катастрофа | 12/12/1989 | Близо до Роман | 15 |
| 7. | Индустриален инцидент/ Експлозия | 02/10/2014 | Горни Лом | 15 |
| 8. | Транспортен инцидент/ Пътна катастрофа | 04/06/2017 | Близо до Пазарджик | 10 |

Информацията е актуална към дата: 01/09/2017

Табл. 6 Антропогенни бедствия на територията на Р България с най-голям брой засегнати лица за периода 1900-2017 г.

| № | Антропогенни бедствия | Период | Населено място | Общ брой засегнати лица |
|----|--|------------|----------------|-------------------------|
| 1. | Индустриален инцидент/ Разлив на дизелово гориво - отравяне | 17/02/1996 | Варна | 200 |
| 2. | Транспортен инцидент/ Ж.П. катастрофа | 12/12/1989 | Близо до Роман | 100 |
| 3. | Транспортен инцидент/ Пътна катастрофа | 07/04/1993 | Бяла | 19 |
| 4. | Транспортен инцидент/ Пътна катастрофа | 28/05/2009 | Ямбол | 19 |

Информацията е актуална към дата: 01/09/2017

Табл. 7 Антропогенни бедствия, възникнали на територията на Р България за периода 1900-2017 г., с общ брой медицински и икономически загуби

| | Антропогенни бедствия | Брой събития | Общ брой загинали | Общ брой пострадали | Щети ('000 USD) |
|------|--|--------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| 1.1. | Индустриален инцидент/ Експлозия | 1 | 15 | 0 | 0 |
| 1.2. | Индустриален инцидент/ Масово отравяне | 1 | 0 | 200 | 0 |
| 2.1. | Транспортни инциденти/ Авио катастрофи | 3 | 95 | 0 | 0 |
| 2.2. | Транспортен инцидент/ Ж.П. катастрофа | 1 | 15 | 100 | 0 |
| 2.3. | Транспортни инциденти/ Пътни катастрофи | 3 | 54 | 38 | 0 |

Информацията е актуална към дата: 01/09/2017

След като анализирахме възникналите през последните 117 години опасни събития на територията на Р България, можем да обобщим, че бедствията представляващи риск от медицински и икономически загуби за страната ни са:

1. Природни бедствия:

- *Метеорологични:* екстремни температури – студени вълни, топли вълни и екстремни зимни условия; бури.
- *Топологични:* наводнения; свлачища.
- *Тектонични:* земетресения.
- Горски пожари.

2. Антропогенните бедствия:

- *Транспортни инциденти:* пърни- ; авио- ; ж.п. катастрофи.

- *Индустриални инциденти* – масови отравяния; замърсяване на околната среда; експлозии.
- *Пожари.*

Въз основа на направените от нас проучвания, от гореизброените бедствия, основните рискове за Североизточен район на планиране в Р България са екстремните температури, наводненията, транспортните и индустриалните инциденти.

Нашите анализи кореспондират на оценката на риска за Р България, публикувана през март 2015 г. в 4-тото издание на Докладът на Обединените нации за глобална оценка намаляването риска от бедствия (GAR15). Според Докладът, който се позовава на данни за загуби в Р България също публикувани в IDD, но за много по-кратък период от време – между 1990 г. и 2014 г., най-често възникващи бедствени ситуации в проценти са:

- наводнения – 47,4%;
- екстремни температури – 21,1%;
- бури – 10,5%;
- горски пожари – 10,5%;
- земетресения – 7,9%;
- суши – 2,6 %.

Най-голяма смъртност са предизвикали наводненията – 47,2%, следвани от екстремните температури – 44,8%, горските пожари – 6,1% и други – 1,8%.

Най-тежки икономически загуби са предизвикали – наводненията – 96,2% и горските пожари – 3,8%.

Въз основа на нашите проучвания можем да твърдим, че от гореизброените бедствия, основните рискове за Североизточен район на планиране в Р България са екстремните температури, наводненията, транспортните и индустриалните инциденти.

1.4. Оценка на риска от бедствия

2015 г. е решаваща година за управлението на риска от бедствия. Подписани са три международни рамкови споразумения с ясната цел да се намалят негативните ефекти и страданията за населението от бедствените ситуации и хуманитарните кризи. Приемането на Рамката от Сендай през март 2015 г. за намаляване на риска от бедствия

ангажира правителствата да направят превенция на новия и да редуцират настоящия риск чрез активни действия срещу експозицията на опасни събития и уязвимостта, посредством повишаване на подготовката и устойчивостта на държавите.

Повечето опасни събития, прерастващи често в бедствени ситуации, могат да бъдат „предсказани“ до известна степен и докато страданията, които причиняват не винаги могат да бъдат предотвратени, често могат да бъдат значително намалени. Разбирането на риска от бедствия - вероятността от възникване и възможното въздействие - е основна стъпка за намаляване и управление на риска. Неговият анализ се използва, за да се идентифицират хората и местата, които са най-застрашени и следователно да се намали и да се управлява заплахата. Когато всички заинтересовани страни в предотвратяването, подготовката и реакцията при бедствия, имат общо разбиране за риска, те могат да работят заедно по-ефективно за спасяване живота и здравето на хората.

Можем да оценим риска от бедствия чрез анализиране на тенденции, например от предишни загуби при бедствия. Тези тенденции могат да ни помогнат да преценим дали намаляването на риска от бедствия е ефективно. Също така можем да изчислим бъдещи загуби, като извършим оценка на риска.

Пълната оценка на риска разглежда целият обхват от потенциални бедствия и техните основни причинители и неопределености. Тя включва анализ на исторически събития и възможни въздействия на явления, променящи исторически тенденции, например изменението на климата. Освен това оценката на риска може да прецени рядко случващи се събития, които се намират извън прогнозите за бъдещи опасности, но които въз основа на научни познания, могат да бъдат предвидени като вероятни. Това се извършва чрез набор от информация и интердисциплинарни открития, съвместно с разработени сценарий и симулации, които могат да бъдат допълнени от експертни становища от различни дисциплини.

Данните относно опасни събития, експозиции, уязвимост и загуби повишават точността на оценката на риска, като допринасят за по-ефективни мерки за предотвратяването му, подготовката и финансовото управление. (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2012) Моделите на риска позволяват да се симулират резултатите и вероятността от различни събития.

Оценките на риска се изготвят, за да се изчислят възможните икономически, инфраструктурни и социални въздействия, произтичащи от конкретна опасност или множество опасности (World Bank - Global Facility for Disaster Reduction and Recovery

(GFDRR), 2014b). *Компонентите на оценката на риска* (и свързаните с него загуби) включват:

- *Опасност* – вероятност да се случи опасно събитие (напр. земетресение, циклон и др.) на дадено място. Обикновено се определя от исторически или друг вид сценарий. Някои модели могат да включват вторични опасности (напр. пожари причинени от земетресения).
- *Експозиция* - представлява имуществото и инфраструктурата, изложени на опасност, и може да включва социално-икономически фактори.
- *Уязвимост* - дължи се на податливостта към увреждане на активите, изложени на сили, генерирани от опасността. На база тази чувствителност и уязвимост се оценява съотношението на щетите и последващите загуби и/или социални разходи (в т.ч. броят на ранените, бездомните и убитите), причинени от дадена опасност при определена експозиция. (World Bank - GFDRR, 2014b)

Нашите проучвания ни помогнаха да разработим и да предложим алгоритъм за подробна оценка на риска от бедствия. (Схема 2)

Алгоритъмът съдържа 7 стъпки, отнасящи се до: 1. Оценка на моментното състояние; 2. Оценка на опасността от възникване на природни и антропогенни бедствия; 3. Оценка на експозицията; 4. Анализ на уязвимостта; 5. Анализ на въздействието; 6. Изграждане на риск профил; 7. Формулиране и адаптиране на стратегии и планове за намаляване на риска.

Схема 2 Алгоритъм за оценка на риска

| | Стъпка 1 | Стъпка 2 | Стъпка 3 | Стъпка 4 | Стъпка 5 | Стъпка 6 | Стъпка 7 |
|---------------|---|--|---|---|---|--|---|
| Какво? | Оценка на моментното състояние | Оценка на опасността от възникване на природни и антропогенни бедствия | Оценка на експозицията | Анализ на уязвимостта | Анализ на въздействието | Изграждане на риск профил | Формулиране и адаптиране на стратегии и планове за намаляване на риска |
| Защо? | Разбиране на текущата ситуация, потребностите и пропуските с цел избягване дублирането на усилия и инвестиции. Изграждане на капацитет на база съществуваща информация и възможности. | Определяне на вероятността от проява на големи бедствени ситуации в общността | Очертаване района на бедствието | Определяне капацитета за справяне с дадено бедствие на лица/групи и обекти в риск | Оценка на отражението на дадено бедствие върху обществото | Определяне капацитета на общността за намаляване на риска | Разработване и инициране на програми, обучения и общи действия за намаляване на риска и защита при бедствени ситуации |
| Как? | Систематичен преглед и оценка на наличните обучения за оценка на риска, текущи данни и информация | Изучаване природата на бедствията, възможните причини за тяхното възникване, локацията и интензитета | Идентифициране на населението и материалните блага в риск | Разиграване на различни сценарии на бедствени ситуации | Оценка на потенциалните загуби на експонираното население, имущество, услуги, инфраструктура и околна среда | Изработване на ефективни варианти за намаляване на риска в социално-икономическата сфера | Определяне на ресурсното обезпечаване и извезждане на приоритети |

Стъпка 1. Оценката на моментното състояние е необходима за да бъде разбрана текущата ситуация по отношение на потребностите и пропуските в системата, за да бъдат избегнати дублирането на усилията и нецелевите инвестиции, както и за да се изгради капацитет, основан на реална информация и възможности. Осъществява се чрез систематичен преглед и анализ на съществуващите обучения за оценка на риска, наличните данни и информация.

Стъпка 2. Оценката на опасността от възникване на природни и антропогенни бедствия дава възможност да се определи вероятността от появата на големи бедствени ситуации в разглежданата общност. Извършва се посредством изучаване природата на бедствията, възможните причини за тяхното възникване, локацията и интензитета на проявление.

Стъпка 3. Оценката на експозицията е необходима за очертаване границите на района/ите на бедствието чрез индифициране на населението в риск и материалните ресурси, намиращи се в обсега.

Стъпка 4. Анализ на уязвимостта, за да бъде определен капацитета на определени лица/ групи и обекти в риск, за справяне с дадена бедствена ситуация. За създаването на пълен и подробен анализ се разиграват сценарии на различни бедствия, чиито резултати индикират степента на опасност за разглежданите обекти и субекти.

Стъпка 5. Анализ на въздействието от бедствието чрез оценка на потенциалните загуби на експонираното население, имущество, услуги, инфраструктура и околна среда с цел да бъдат оценени отражението и негативните ефекти върху обществото.

Стъпка 6. Изграждане на риск профил, за да бъдат изработени ефективни варианти за намаляване на риска в социално-икономическата сфера посредством определяне капацитета на общността за намаляване на риска.

Стъпка 7. Формулиране и адаптиране на стратегии и планове за намаляване на риска, като се разработят и се инициират програми, обучения и общи действия за намаляване на риска и защита при бедствени ситуации, на база приоритизиране и определяне на капацитета за ресурсно обезпечаване.

За ефективна превенция при бедствени ситуации от първа необходимост е да бъде разбрано взаимодействието между опасните събития, които могат да възникнат, експозицията и уязвимостта. След определянето на настоящите равнища на риска, плановете и стратегиите за неговото редуциране могат да бъдат преразгледани или разработени по начин, който позволява да бъде определено „приемливо“ ниво на риск,

при което възможните загуби няма да унищожат физически, финансово и психически общността.

1.5. Риск от бедствени ситуация за групи в риск на територията на Североизточен район на планиране в Р България

Рискът от бедствени ситуации за страната ни през 2018 г. е оценен и публикуван на 01.09.2017 г. от INFORM (Version 2017, JRC Science for policy report, European Commission). (Табл. 8)

Табл. 8 Методология на Индекс за риск мениджмънт

| Индекс за риск мениджмънт | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-----------------------------|------------|--------------------|------|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------------------|---------------------|---------------------------------|------------|
| Измерения | Опасни събития и експозиция | | | | | Уязвимост | | | | Липса на капацитет за справяне | | | |
| | Категории | | | | | Категории | | | | Категории | | | |
| Компоненти | Природни | | | | | Социално-икономически | | | | Институционален | | | |
| | Антропогенни | | | | | Уязвими групи | | | | Инфраструктурен | | | |
| Земетресения | Цунами | Наводнения | Тропически циклони | Суши | Интензитет на настоящи конфликти | Проектиран риск от конфликти | Развитие и изоставане (50%) | Неравенства (25%) | Зависимост от помощи (25%) | Мигранти/Бежанци | Други уязвими групи | Дейности за намаляване на риска | Управление |
| | | | | | | | | | | | | | |

Един от основните заложи индикатори са групите в риск, описани в Индекса като уязвими групи. В подробната концепция и методология, към тези групи се отнасят различни категории, но лицата с увреждания имат водеща роля.

Компонентите в INFORM са изчислени в скалата от 1 до 10, като Риск индексът е калкулиран на тяхна база и също е представен в 10 степенна скала /от 0 до 2 - много нисък; от 2 до 3,5 – нисък; от 3,5 до 5 – среден; от 5 до 6,5 – висок; от 6,5 до 10 – много висок/.

За всяка държава е представена 3 годишна тенденция, която се отнася до стабилен, намаляващ или увеличаващ се риск.

Данните се събират и обобщават от партньорските организации, сред които UNISDR, Организация по прехрана и земеделие на ООН, Световната банк, СЗО, УНИЦЕФ, ЕК и др.

Според INFORM страната ни е с **общ риск - 2,6 /ранк 131** от общо 191 държави/, като по категории и компоненти Риск индексът е разпределен както следва:

1. Опасни събития и експозиция – 2,4 /ранк 126 от общо 191 държави/:

- *Природни бедствия* – 3,3 /наводнения – 4,9; земетресения – 6,6; суши – 2,8/.

- *Антропогенни бедствия* – 1,4.

- *Риск от конфликти* – 2.

2. Уязвимост – 2,3 /ранк 124 от общо 191 държави/:

- *Социално-икономически* – 1,9 /развитие – 2,4; неравенства – 2,9/.

- *Уязвими групи* – 2,6 /бежанци – 4,1; други уязвими групи – 0,9/.

3. Липса на капацитет за справяне – 3,1 /ранк 144 от общо 191 държави/:

- *Институционален* – 4,3 /дейности за намаляване на риска - 3,2; управление – 5,3/.

- *Инфраструктурен* – 1,8 /комуникации - 2,1; достъп до здравна система – 1,9; физическа инфраструктура – 1,3/.

Ограниченията на INFORM са по отношение на: методология; липса на данни за определени индикатори; липса на определени индикатори като технологични аварии, биологични инциденти и др.

От получената информация, можем да направим изводът, че макар и редки по проявление през последните 100 години, земетресенията са определяни като най-рисковите събития, които могат да настъпят на територията на страната ни, следвани от наводненията. Важно е да се отбележи, че на база направените от нас проучвания екстремните температури са водещи по проявление и смъртност в Р България, но те не са включени в Индекса. Това отчитаме за слабост, защото мнозинството от автори ги

посочват като Риск номер едно за световното население по вероятност от възникване и на второ място по отражение и негативни ефекти.

Друг важен фактор, който не е за пренебрегване е, че като антропогенни опасни събития в Индекса са посочени само настоящи или вероятни бъдещи конфликти. Не е отчетен рискът от индустриални инциденти, а на територията на нашата страна броят на пострадалите и загиналите при тях е на второ място след пътно-транспортните произшествия. Въздействието на пожарите – като природни или антропогенни бедствия, също не е включено и изчислено.

Данните за уязвимостта показват, че рискът за населението на страната ни при настъпване на дадено опасно събитие е нисък, но трябва да отбележим фактът, че *в данните за загинали и пострадали лица не се посочва какъв е броят на лицата с увреждания.*

Опитахме се да направим оценка на риска от бедствени ситуации за хората с увреждания в Североизточен район на планиране в Р България, като използвахме основната концепция за риска - оценка на база вероятност от настъпване на дадено опасно събитие, експозиция и уязвимост.

Можем да определим кои са възможните опасни събития за Североизточен район на планиране. Въз основа на нашите проучвания това са: екстремните температури, наводненията, транспортните и индустриалните инциденти.

Относно оценката на експозицията трябва да идентифицираме лицата изложени на риск. Според НСИ към 31.12.2016 г. броят на населението в Североизточен район на планиране е 939 262 души, от които 687 278 в градовете и 251 983 в селата. *Към настоящия момент няма актуални данни относно броя на хората с увреждания на територията на Р България и в частност Североизточен район на планиране.* Последната актуална информация на НСИ е от 01.02.2011 г., според която хората с увреждания в разглеждания район са 63 446 души (над 16 г. възраст), от които 17 153 са с 90% намалена работоспособност. Липсва информация за техния брой по местоживеење в градовете и селата. Поради тази причини (недостиг на количествени и качествени данни) точният анализ на експозицията става невъзможен. Същевременно това ограничава възможността за реална оценка на риска.

За оценката на уязвимостта, както вече споменахме, няма отделни данни за загинали и ранени хора с увреждания при изминали бедствени ситуации. Потърсихме информация относно техните познания за реакция и капацитета им за справяне с опасните събития, но не намерихме проведени в страната ни изследвания на тази тема.

Отново липсата на количествени и качествени данни ни ограничава в оценката на уязвимостта и определянето на риска. Поради тази причина си поставихме за задача да проучим подготовката на хората с увреждания за бедствени ситуации.

Изводи:

1. Бедствията създават едновременни условия за възникване на опасно събитие, експозиция и уязвимост.

2. Рискът от бедствия се възприема като възможна загуба на животи, наранявания и разрушения поради дадено бедствие за определен период от време. Неговото разбиране, идентифициране и оценката са едни от основните инструменти и имат решаващо значение за управлението му и за редуциране на негативните ефекти.

3. Десетте най-вероятни за възникване риска за 2017 г. в света са: екстремни метеорологични събития; мащабни принудителни миграции; природни бедствия; терористични атаки; измами с данни или кражби; кибератаки; незаконна търговия; антропогенни бедствия, свързани с околната среда; междудържавни конфликти; провали в националните управления.

4. Бедствията, представляващи риск от медицински и икономически загуби за Р България са екстремни температури (студени вълни, топли вълни и екстремни зимни условия); бури; наводнения; свлачища; земетресения; горски пожари; пожари причинени от човешка дейност; пърни катастрофи; авио катастрофи; ж.п. катастрофи; масови отравяния; замърсяване на околната среда; експлозии.

5. Основни рискове за Североизточен район на планиране в Р България са екстремните температури, наводненията, транспортните и индустриалните инциденти.

6. За точна оценка на риска от бедствия е важно да се следва алгоритъм от 7 стъпки, отнасящи се до: оценка на моментното състояние; оценка на опасността от възникване на природни и антропогенни бедствия; оценка на експозицията; анализ на уязвимостта; анализ на въздействието; изграждане на риск профил; формулиране и адаптиране на стратегии и планове за намаляване на риска.

7. Към настоящия момент е трудно да се направи оценка на риска от бедствени ситуации за хората с увреждания в Североизточен район на планиране в Р България поради липса на количествени и качествени данни относно тяхната експозиция и уязвимост.

2. Проучване проявите на стрес при групи в риск - хора с увреждания до декември 2010 г. , преди промяната в Закона за защита при бедствия.

Природните и антропогенни бедствия могат да доведат до значителни психологични (и физични) нарушения при лица директно или индиректно изложени на тяхното влияние. Стресовите реакции след бедствена ситуация могат да варират от повишено безпокойство и поява на кошмари, до инвалидизиращо посттравматично стресово разстройство (ПТСР) и тежка депресия (L. Bradel, 2015).

Посттравматичното стресово разстройство (ПТСР) и неговите симптоми са едни от най-типичните психологични състояния след бедствие. (D. David et al., 1996; V. Mason et al., 2010) Те са резултат от негативното въздействие и причиняват значителен дистрес и увреждания. ПТСР се характеризира с развитие на натрапчиви спомени за бедствената ситуация, избягване на стимули асоциирани с нея, поява на симптоми на автономна възбуда, като нервност и преувеличен отговор на уплаха повече от месец (Американска психиатрична асоциация, 2000).

Редица проучвания сочат, че при оцелелите след бедствие тежката депресия често придружава симптомите на посттравматичния стрес. (C. S. North et al., 2004) При травматични инциденти натрапчивите спомени и мисли, свързани със симптомите на ПТСР, също крият риск от поява на депресия. А. McLeish и К. Del Ben (2008) откриват, че месец след урагана Катрина, процентът на населението с депресия значително се повишава, докато процента на хората с ПТСР остава непроменен.

Безпокойството е друг типичен симптом в следствие на бедствена ситуация, който с времето може да се влоши. Изследванията сочат, че оцелелите изпитват безпокойство, което може да варира от фобия до параноя, като симптомите хронифицират за продължителен период от време. Според А. McFarlane и Р. Paray (1992) преживялите бедствие развиват както фобия, така и паник атаки. Освен това индивиди, които в ежедневието си страдат от повишено безпокойство, при травматичен инцидент са изложени на висок риск от развитие на трайни психологични нарушения. (G. Tobin и J. Ollenburger, 1996)

Към настоящия момент, проучванията са неубедителни относно повишената употреба на забранени или вредни субстанции след бедствие, но въпреки това се приема, че процентът на лицата, които ги приемат нараства. R. Parslow и A. Jorm (2006) откриват, че оцелелите при голям горски пожар в Австралия, значително са увеличили приема на никотин в сравнение с периода преди инцидента – независимо от симптомите на посттравматичния стрес. Същевременно, според друго проучване, след урагана Катрина

има повишаване на употребата на алкохол, но не и на цигари. (С. Beaudoin, 2011). Авторът счита, че вероятната причина е популяризирането на вредата от тютюна. Въпреки противоречивите мнения и резултати, редица изследователи подкрепят тезата, че бедствените ситуации са фактор за прием на по-големи количества субстанции застрашаващи здравето. В допълнение според L. Jacobsen et al. (2001) диагнозата ПТСР при лица преживели бедствие, често е предиктор на повишената им употреба.

Болшинството от автори счита, че появата на ПТСР и приемът на вредни субстанции са повлияни не само от преживяването на травматичен инцидент, но и от едновременното действие на редица комплексни фактори по време и след бедствието.

Експозицията е един от най-важните рискови фактори за развитие на посттравматични стресови реакции (R. Kessler, S. Galea, R. Jones, 2006). Редица проучвания сочат, че колкото по-голяма е експозицията, толкова по-вероятна е появата на нервно-психични разстройства. Проучвания фокусирани върху оцелели при земетресения разкриват, че степента на психологическите проблеми е в пряка зависимост от персоналните загуби (евакуацията, икономическите и човешки загуби, раздялата с близки и др.).

Друг важен фактор за появата и развитието на стреса при бедствени ситуации е социалната подкрепа (S. Galea, 2005). Според S. Kwon et al. (2001) ниската социална подкрепа е пряко свързана с вероятността от появата на ПТСР. Те също откриват, че индивиди, които чувстват силна социална подкрепа преди бедствието изпитват много по-слаб психологически дистрес и усещат влиянието на много по-малък брой стресори.

Индивидуалните характеристики, в частност полът и възрастта, също са предпоставки за развитие на стресови реакции, включително ПТСР. Според проучване на V. Mason et al. (2010) жените след преживяна бедствена ситуация изпитват в по-голяма степен ПТСР и депресия от мъжете. В допълнение изследователите посочват, че състояния като чувство на вина, проблеми с концентрацията, obsесивни разстройства са пряко свързани с появата на силен стрес при бедствие.

Същевременно според редица автори един от най-рисковите фактори за появата на психологични нарушения сред преживялите травматично събитие се явяват предшестващи събитието здравословни проблеми (придружаващи заболявания или психологични травми). Проучване проведено в Обединеното кралство посочва, че оцелелите при наводнение, преживяли преди това други наводнения, са в повишен риск от развитие на ПТСР или безпокойство. (V. Mason et al., 2010) Причината е връзката между експозицията при предишните инциденти и психопатологията, при която

оцелелите се страхуват от възникване на ново бедствие и това резултира в повишена тревожност. Бедствените ситуации могат да обострят съществуващи психиатрични симптоми, както и да причинят развитието на нови, като депресия. (M. Schoenbaum et al., 2009) Също така лица с влошено здраве, намалена трайна работоспособност и физически ограничения са от два до четири пъти повече изложени на риск от появата на ПТСР, тревожност и депресия при евентуална експозиция на травматичен инцидент в сравнение с лица без предшестващи заболявания и физически ограничения. (V. Mason et al., 2010)

При бедствена ситуация, хората с увреждания са изложени на комплексното влияние на всички изброени фактори. Едни от основните предпоставки за появата на стреса и неговите негативни ефекти са предхождащите заболявания и ограниченията поради трайно намалената работоспособност. Проявленията на стреса при групите в риск са от изключително значение за техните адекватни и навременни реакции преди, по време и след травматичен инцидент, като от степента на психологическите нарушения зависят техните живот и здраве.

Поради тази причина си поставихме за задача да проучим проявите на стрес при групи в риск - хора с увреждания, 150 пълнолетни лица с над 90% намалена работоспособност от Североизточен район за планиране в Р. България. За целта използвахме социологически метод – индивидуално анкетно проучване с анкетна карта. В анкетната карта отнасяща се до проучване проявите на стрес при групи в риск - хора с увреждания са включени 32 въпроса. При 4 въпроса предварително са формулирани и уточнени всички възможни отговори, 3 въпроса са открити и 25 са комбинирани, предоставена е възможност и за друго мнение.

Включените в проучването хора с трайно нарушено здраве са разпределени в 4 възрастови групи. (Табл. 9)

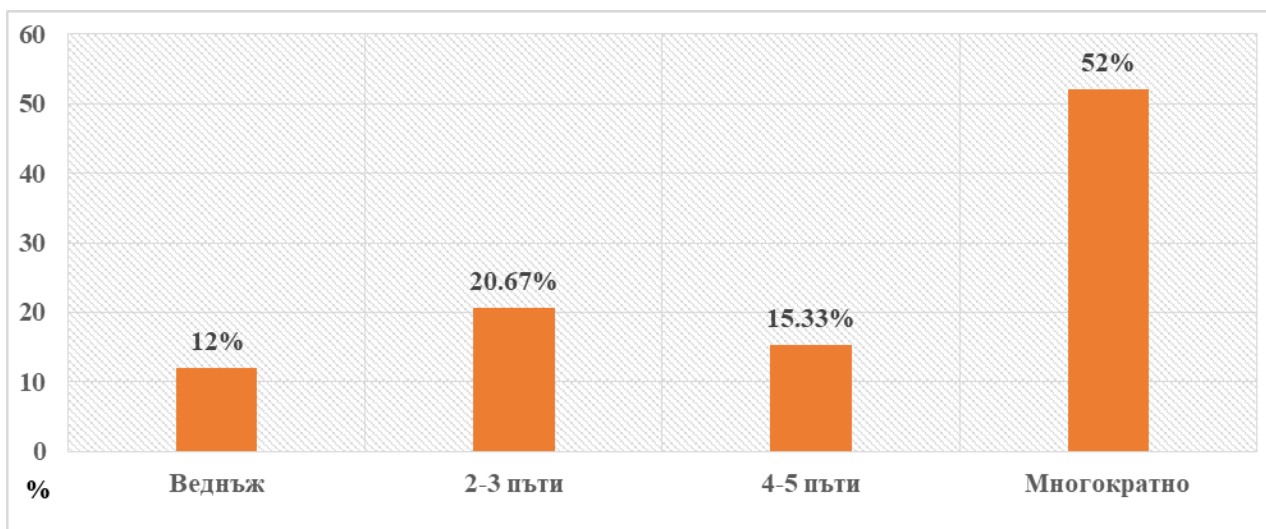
Табл. 9 Разпределение на участниците по пол и възраст

| Възраст в години | Мъже | | Жени | | Общо | |
|---------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|------------|
| | Брой | % | Брой | % | Брой | % |
| до 20 | 4 | 2,67 | 5 | 3,33 | 9 | 6 |
| от 21-40 | 17 | 11,33 | 18 | 12 | 35 | 23,33 |
| от 41-60 | 23 | 15,33 | 22 | 14,67 | 45 | 30 |
| над 61 | 30 | 20 | 31 | 20,67 | 61 | 40,67 |
| Общо | 74 | 49,33 | 76 | 50,67 | 150 | 100 |

Болшинството от анкетираните (75%) са със средно образование. Считаме, че са с добра подготовка, за да разбират и отговарят правилно на въпросите относно стреса.

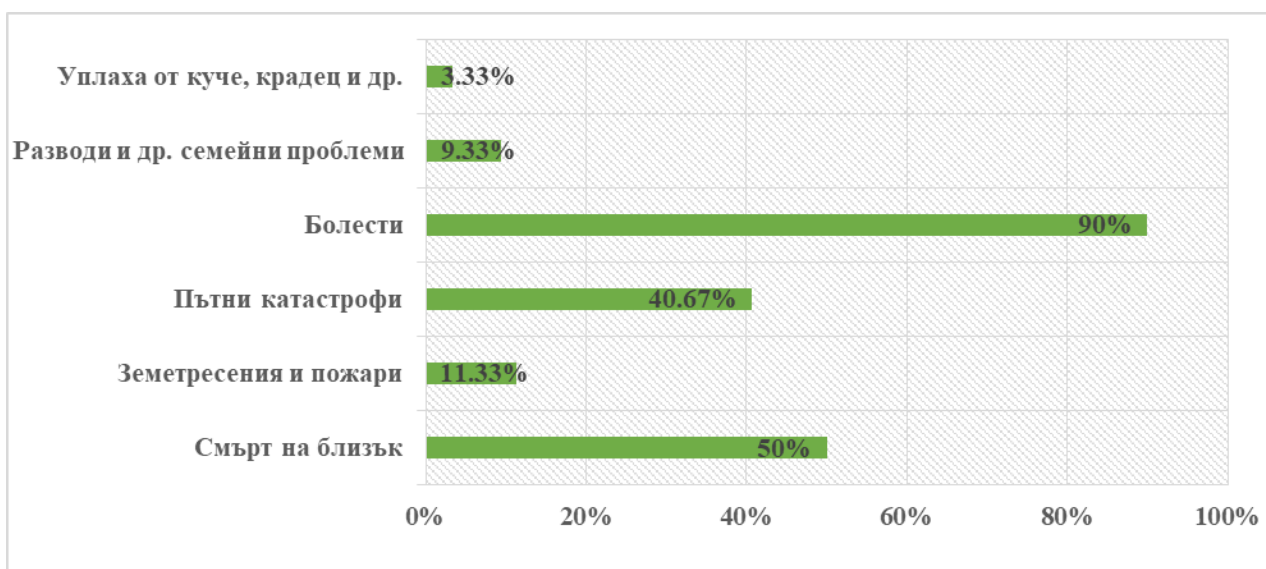
На въпроса „Считате ли се за подготвен да преживеете някакво бедствие или сериозен инцидент?“ 90% отговарят отрицателно и 10% се считат за частично подготвени. Абсолютно всички (100%) от участниците споделят, че са преживели стресова ситуация, в повечето случаи многократно. (Фиг. 1)

Фиг. 1 Преживяване на сериозна стресова ситуация



Причините за среса се споделят от почти всички анкетиращи (98,67%) и са представени на Фиг. 2

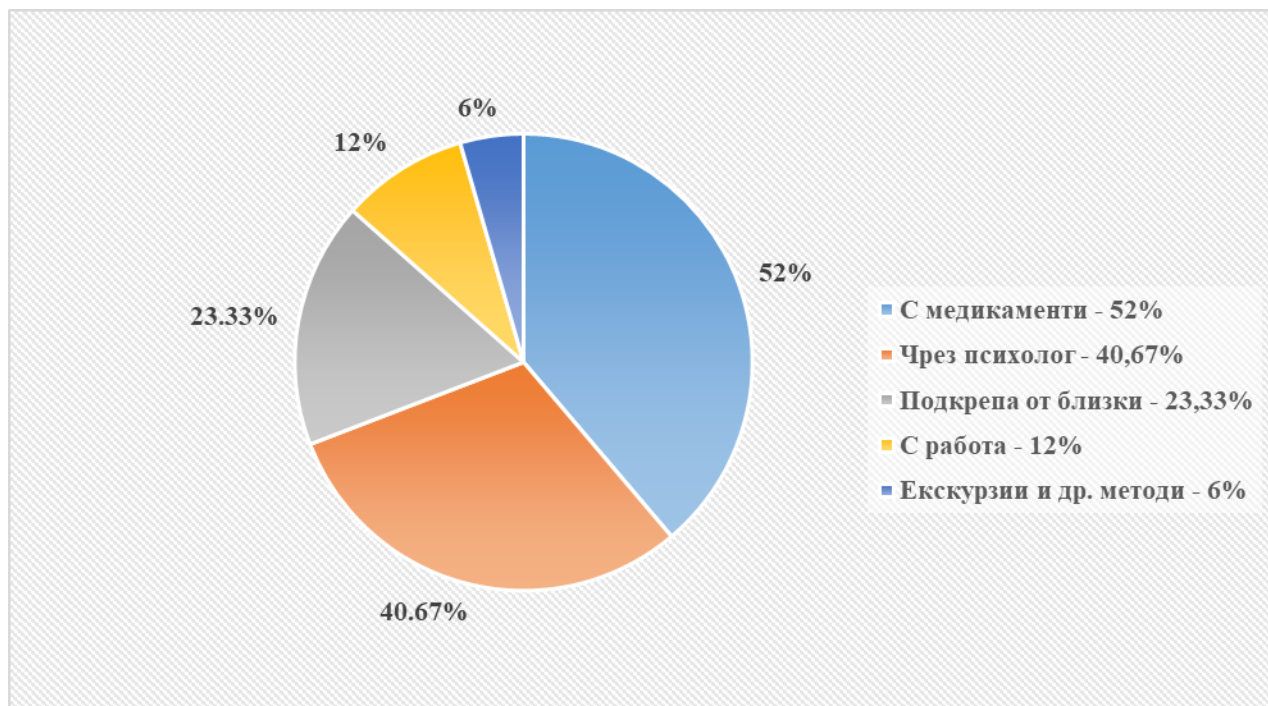
Фиг. 2 Причини за сериозен стрес



Близо половината от запитаните (52%) определят като причина за преживения стрес – бедствените ситуации (пътни катастрофи 40,67%, земетресения и пожари 11,33%), което се потвърждава и от друго проучване сред студенти от Медицински университет - Варна.

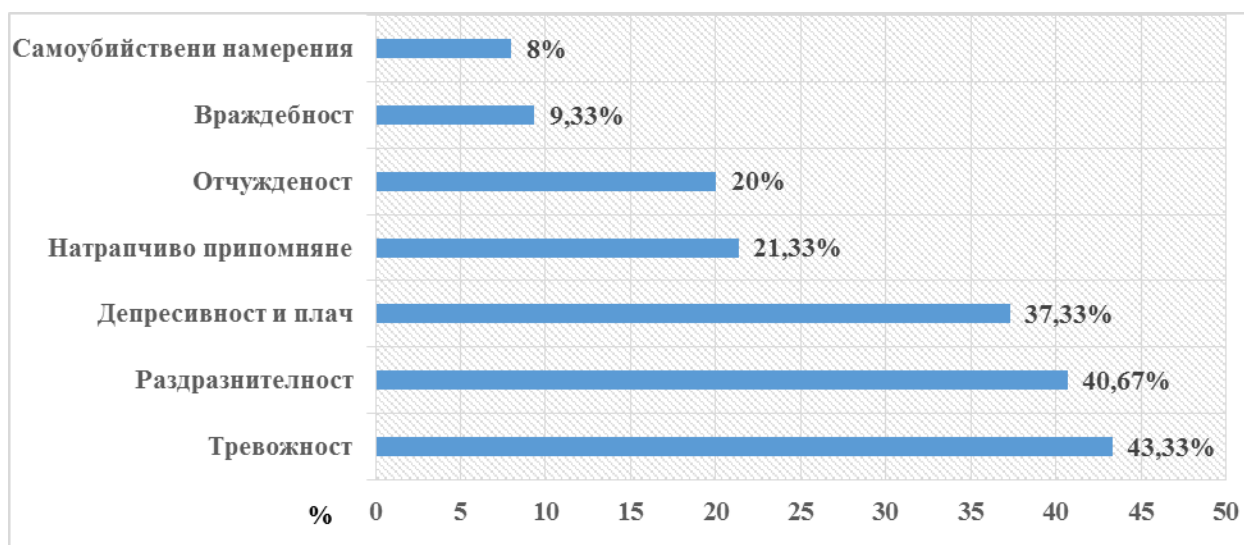
Състоянието на силен стрес е преодоляно бързо при 20,67% и бавно при 66,67%. Начинът на преодоляване споделят 90% от участниците. (Фиг. 3)

Фиг. 3 Начини на преодоляване на стреса



Контактите с други хора след състоянието на силен стрес за болшинството са затруднени - 63,33%, липсват при 9,33% и са увеличени само при 3,33%. След отминаване на стресовото събитие, промените в емоционалното състояние основно са страхова напрегнатост (тревожност) при 43,33% и раздразнителност при 40,67%. (Фиг. 4)

Фиг. 4 Промени в психо-емоционалното състояние след силен стрес



Стресовата ситуация причинява безсъние на 40,67%, кошмарни сънища на 24%, чувство за несигурност на 43,33% и страх от подобна ситуация – 20,67%.

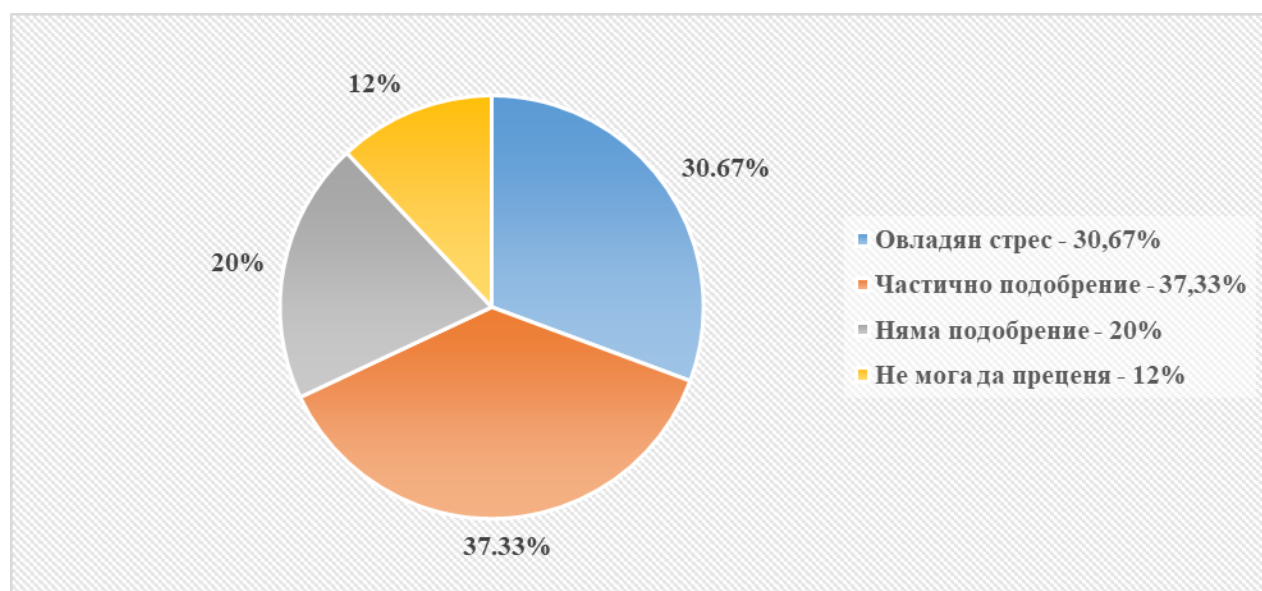
Затруднена концентрация и разсеяност съобщават 21,33%, продължителна употреба на медикаменти – 23,33% и редовна употреба на алкохол – 18,66%.

Продължителността на стресовите еквиваленти е различна за повече от симптомите:

- гадене (3,33%), загуба на апетит (12%) и повишен апетит(9,33%) са проявени за най-кратко време – до 1 седмица след събитието;
- главоболие (32,67%), сърцебиене (20%), болки в сърдечната област (15,33%) се проявяват за 1-2 месеца след стреса;
- хронични (постоянни) болки в стомаха съобщават (6%);
- промяна на личността за продължителен период (няколко месеца до 1-2 години) считат, че имат 9,33%;
- двама души получават заекване за цял живот;
- един е с пареза на долните крайници след стрес;
- и за нарушения на съзнанието никой не съобщава.

Състоянието на силен стрес е преодоляно напълно, според самооценката им, при 30,67% . (Фиг. 5)

Фиг. 5 Самооценка за преодоляване на силния стрес



Изводи:

1. Преживяване на силен стрес се съобщава от всички анкетирани хора с трайно нарушено здраве (100%).
2. Причините за стреса се споделят от почти всички анкетирани (98,67%) и са болести според 90%, бедствени ситуации 52% (земетресения и пожари 11,33% и пътни катастрофи 40,67%) и смърт на близък 50%.
3. Състоянието на силен стрес е преодоляно бързо при 20,67% и бавно при 66,67%.
4. Начинът на преодоляване споделят 90% от участниците (с медикаменти 52%, чрез психолог 40,67%, подкрепа от близки са получили 23,33%)
5. Емоционалните реакции са предимно: тревожност при 43,33%; раздразнителност 40,67%, депресивност и плач 37,33%.
6. Състоянието на силен стрес е преодоляно напълно, според самооценката им, при 30,67%, частично подобрене 37,33% и при 20% липсва подобрене.

3. Проявите на стрес при групи в риск - хора с увреждания, след закриване на Главна дирекция „Гражданска защита“ при МВР на Р България и преименуване на Главна дирекция „Пожарна безопасност и защита на населението“, през периода 2016 - 2017 г.

На 1 януари 2011 г. Главна дирекция „Гражданска защита“ при МВР на Република България е закрита съгласно измененията в Закона за изменение и допълнение на Закона за Министерството на вътрешните работи, обнародван в Държавен вестник — бр. 88 от 9 ноември 2010 г. Според него Главна дирекция „Пожарна безопасност и спасяване“ се преименува на Главна дирекция „Пожарна безопасност и защита на населението“, като „поема“ функциите на закритата Главна дирекция „Гражданска защита“.

След като изпълнихме втора задача преди настъпването на тази промяна, а именно проучихме проявите на стрес при групите в риск, 5 години по-късно искахме да проверим във връзка с изменението в закона и изминалия голям период от време, има ли настъпили съществени промени на нагласите и реакциите на стреса при хората с увреждания по отношение на бедствените ситуации. В случай, че се установят големи разлики и значими несъответствия следва да се проследят причинно-следствените връзки.

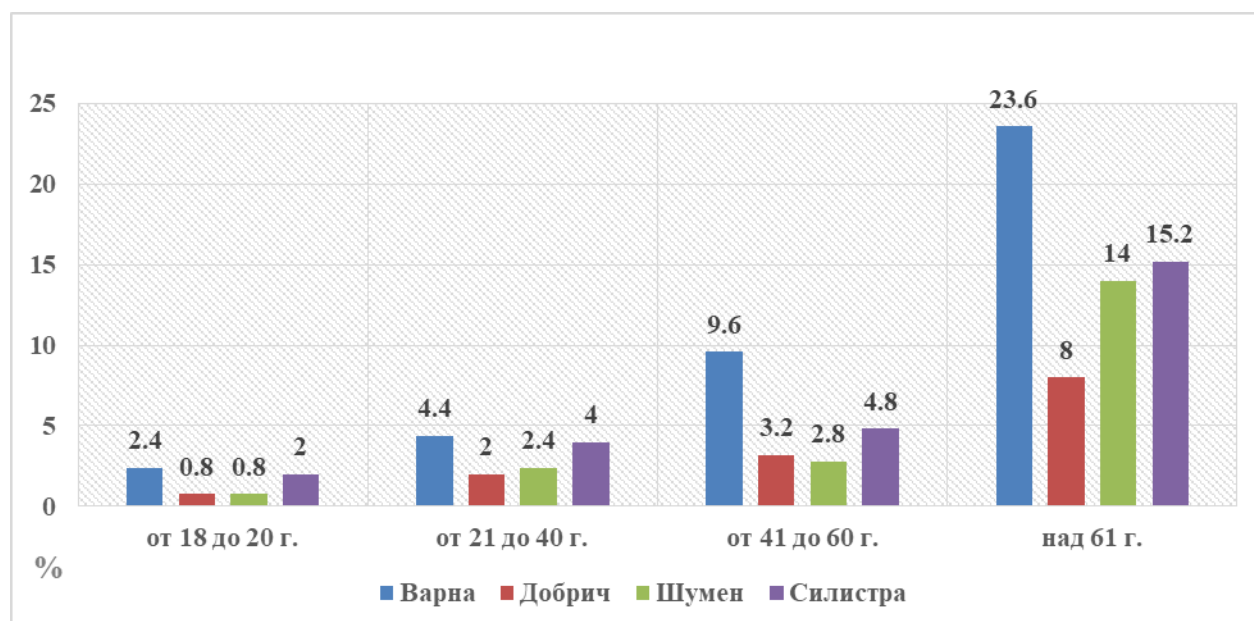
За целта използвахме същата анкетна карта (от Задача 2) с включени 32 въпроса. Респондентите са 250 пълнолетни граждани от Североизточен район на планиране с 90 % намалена работоспособност.

Разпределението на респондентите по градове от Североизточен район на планиране, пол и възраст е представено на Табл. 10, а на Фиг. 6 е представено тяхното процентно съотношение по възраст и градове.

Табл. 10 Разпределени на участниците по градове, пол и възраст

| Възраст в години | Варна | | Добрич | | Шумен | | Силистра | | Общ брой по възраст |
|----------------------------|------------|------|-----------|------|-----------|------|-----------|------|---------------------|
| | Мъже | Жени | Мъже | Жени | Мъже | Жени | Мъже | Жени | |
| до 20 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 15 |
| от 21-40 | 5 | 6 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 6 | 32 |
| от 41-60 | 10 | 14 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 | 7 | 51 |
| над 61 | 25 | 34 | 10 | 10 | 17 | 18 | 18 | 20 | 152 |
| Общо | 42 | 58 | 17 | 18 | 23 | 27 | 29 | 36 | 250 |
| Общ брой по градове | 100 | | 35 | | 50 | | 65 | | |

Фиг. 6 Процентно съотношение на респондентите по възраст и градове



На Табл. 11 представихме разпределението на анкетираните по градове в зависимост от степента на образование. Болшинството (81,2%) са със средно и висше образование, което означава, че отговорите са добре обосновани, прецизни, пълни и с голяма точност. Причинно-следствената връзка на анализирания отговори (r е в интервала 0,72 - 0,80) ни дава основание да приемем, че по-голямата степен на

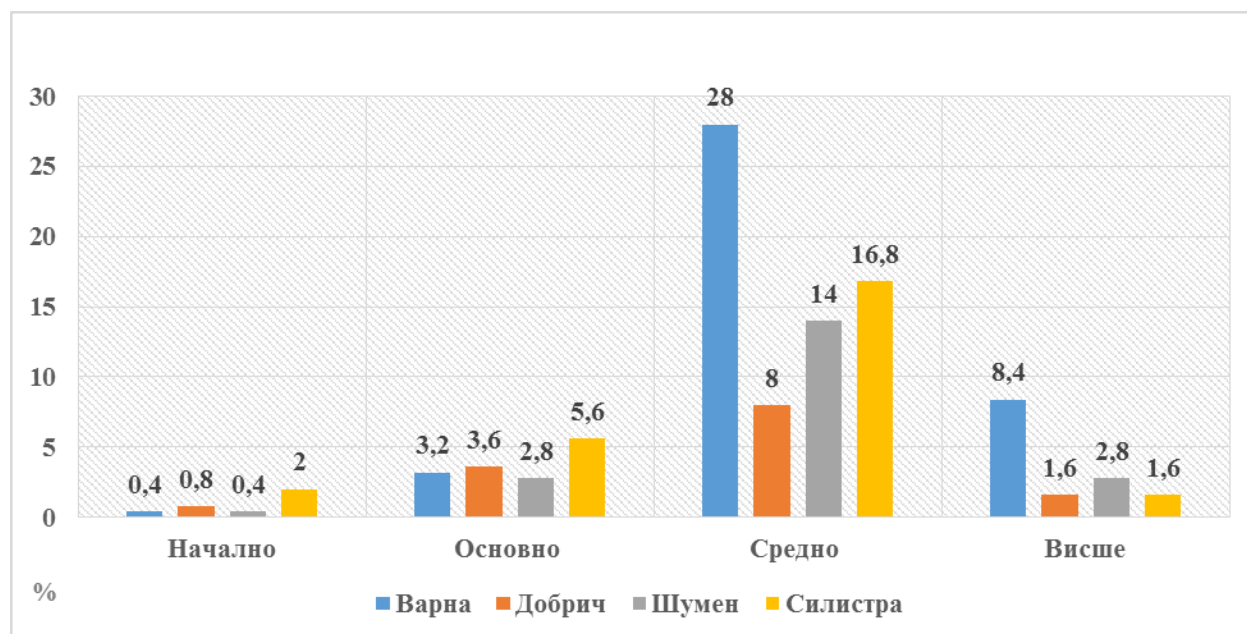
образованост води до по-добра информираност и вярно съдържание (достоверност) на отговорите.

Табл. 11 Разпределение на респондентите по градове и образование

| Образование | Варна | Добрич | Шумен | Силистра | Общ брой | Общо % |
|-------------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| Начално | 1 | 2 | 1 | 5 | 9 | 3,6 |
| Основно | 8 | 9 | 7 | 14 | 38 | 15,2 |
| Средно | 70 | 20 | 35 | 42 | 167 | 66,8 |
| Висше | 21 | 4 | 7 | 4 | 36 | 14,4 |
| Общо | 100 | 35 | 50 | 65 | 250 | 100 |

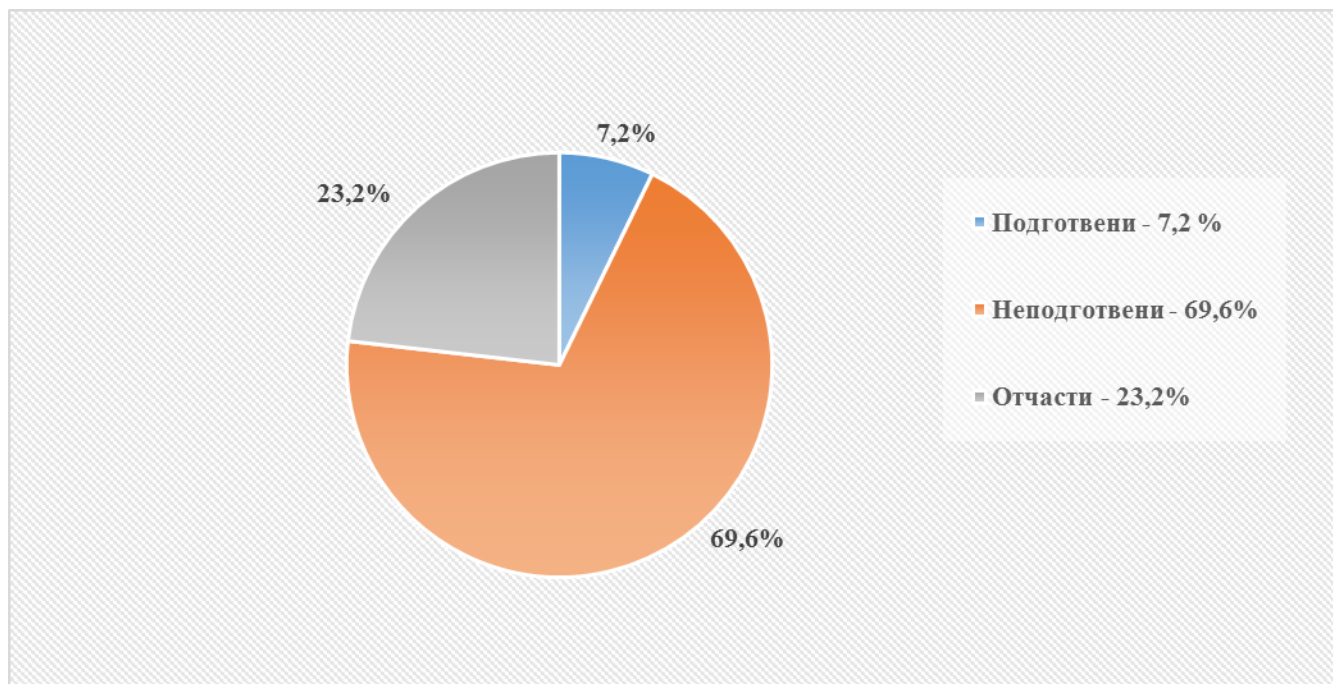
На Фиг. 7 представихме степента на образование на анкетираните лица по градове.

Фиг. 7 Степен на образование на анкетираните лица по градове



На въпроса „Считате ли се за подготвен да преживеете някакво бедствие или сериозен инцидент?“ преобладаващият брой – 69,6% се считат за неподготвени, 23,2% - частично, а само 7,2% дават добра самооценка. (Фиг. 8)

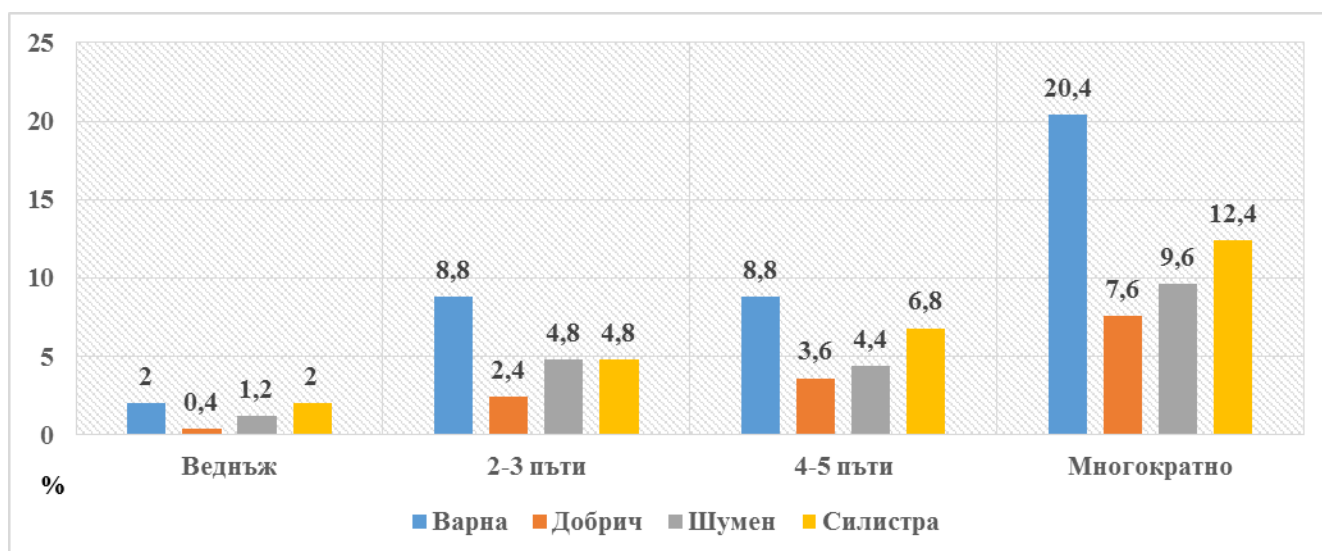
Фиг. 8 Подготовка за преживяване на бедствие или сериозен инцидент



На въпроса „Преживявали ли сте сериозна стресова ситуация?“ - 98% отговарят утвърдително, а едва 2% от тях не знаят или не са сигурни. Резултатите се припокриват с първото проучване, където от 150 анкетирани лица, 100% дават утвърдителен отговор.

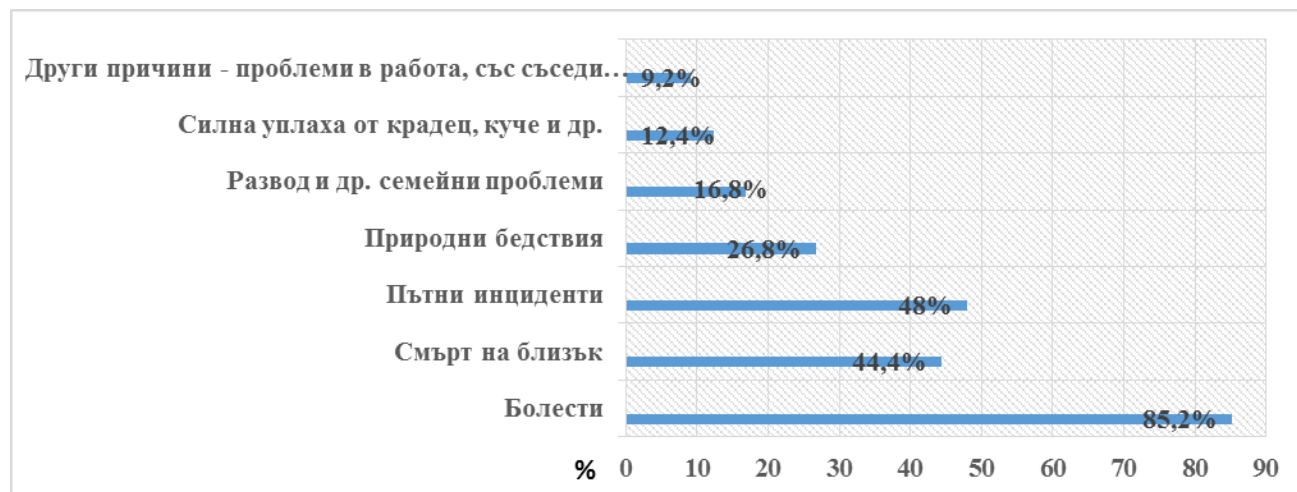
1/2 от анкетираните признават за многократно изпитване на силен стрес (50%), като особено голям е процентът при жените (28%). Процентното разпределение на отговорите по градове е представено на Фиг. 9.

Фиг. 9 Отговорите на въпроса „Колко пъти сте изпадали в силен стрес?“ по градове



Анкетираните лица изтъкват по 2, 3 и повече причини, предизвикали силен стрес. (Фиг. 10) Жените признават за повече стресови ситуации. Като причини за стреса, при първото проучване, 40,67% са посочили пътните ициденти, а 11,33% - природните бедствия, тоест общо 52% или 1/2 от анкетираните лица. При второто проучване имаме увеличение на 74,8%, което си обясняваме с нарастване броят на природните бедствия и пътните катастрофи през последните 6-7 години.

Фиг. 10 Причини за силен стрес



1/2 (51,2%) от анкетираните споделят, че стресът предизвиква у тях главоболие. Установи се, че населеното място не оказва влияние. Жените имат по-често главоболие (28,8%). Средната продължителност на главоболието е 1 седмица след стресовата ситуация. За периодично главоболие съобщават 2,4% от анкетираните, а за хронично (постоянно) главоболие признават 3,6% от жените във Варна.

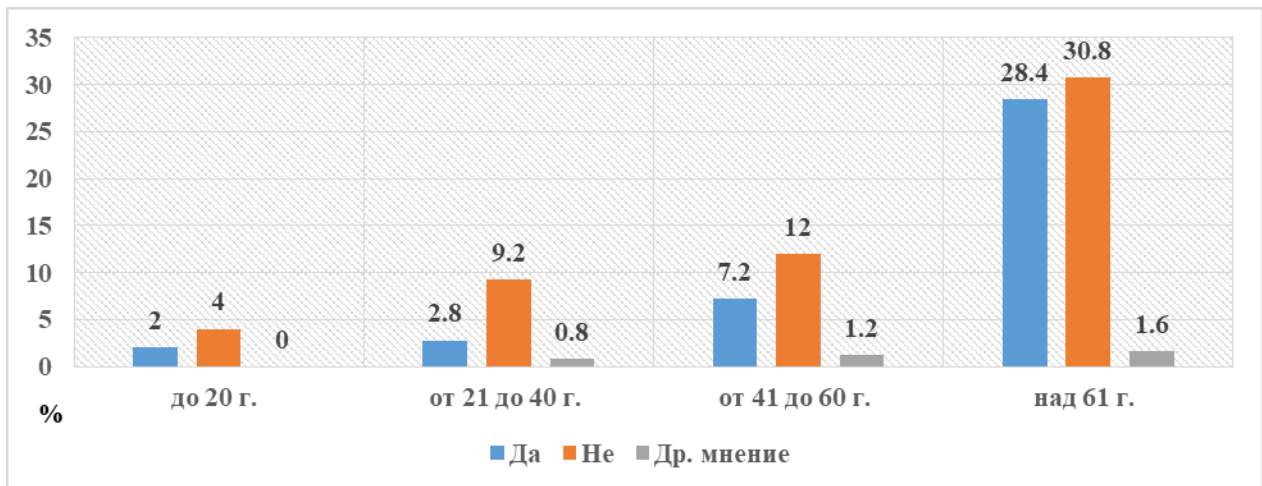
След стресова ситуация, независимо от местоживеенето, преобладаващия брой респонденти (90,4%) съобщават за наличието на нервно-психично напрежение, а 61,60% съобщават за наличие на тревожност (страхова напрегнатост) със средна продължителност от 1, 2 седмици след появата на стресовата ситуация.

Приблизително 1/2 (53,2%) от запитаните отговарят, че тяхната раздразнителност се е повишила след стрес, като това в повечето случаи продължава няколко седмици. В град Варна процентът на лицата с повишена раздразнителност е по-малък от тези, които не са изпитали подобни симптоми, за разлика от другите разглеждани градове.

1/3 (12,8%) от анкетираните във Варна и 42,8% от всички запитани съобщават за чувство на несигурност (безпокойство), преобладаващо в по-малките населени места (Добрич, Шумен и Силистра). При 6,8% то е продължило няколко години.

На въпроса „След стресовото преживяване получихте ли паническа тревога (фобия)?“ в по-ниската възрастова граница (до 20 г. и от 20 до 40 г.), 1/3 от запитаните споделят, че са получили фобия. При възрастните (от 41 до 60 г.) и особено във възрастовата група над 61 г., за получаване на фобии признават почти 1/2 от участниците в проучването. Не се установиха съществени различия спрямо населеното място или пола ($p < 0,05$). (Фиг. 11)

Фиг. 11 Поява на паническа тревога (фобия) след преживян стрес



При 1/3 от запитаните в първите две възрастови групи (до 20 г. и от 21 до 40 г.) се наблюдават нарушения в съня. Във възрастовата група от 41 до 60 г. 1/2 от анкетираните дават положителен отговор. При лицата над 61 години, 2/3 от запитаните съобщават за нарушения в съня след стрес. Не се установяват съществени различия спрямо пола ($p > 0,05$). Кошмарни сънища са получили приблизително близо 1/4 от всички анкетираните (24,4%), което напълно съответства на данните от първото ни проучване.

На въпроса „Имахте ли потиснатост, депресивно настроение?“ при по-ниските възрастови групи (до 20 г. и от 21 до 40 г.), близо 1/3 от запитаните съобщават за подобни симптоми, докато при по-възрастните (от 41 до 60 г. и тези над 61 г.), 1/2 дават утвърдителен отговор. Жените са по-често потиснати и в депресивно настроение, когато изпаднат в стресова ситуация. Местоположението не оказва влияние, а средната продължителност на тези състояния е няколко месеца. 10% и от двата пола съобщават за постоянно преобладаващо депресивно настроение, като за това най-вероятно оказват влияние и други фактори, като емоционално състояние, хормонален дисбаланс и др.

Резултатите от проучването показват, че отчуждеността от другите хора нараства с възрастта, като при:

- възрастовата група до 20 г. - 20% от анкетираните споделят за такъв проблем;
- респондентите между 21 - 40 г. процентът нараства на 30%;
- групата между 41 - 60 г. – процентът достига 48%;
- анкетираните над 61 г. – 62% споделят, че са получили отчужденост от другите хора след стресови ситуации.

Считаме, че изключително високият процент на изолация и отчужденост се дължи както на преживяния стрес, така и на придружаващите заболявания и ограничения, които хората с увреждания трябва да преодоляват ежедневно.

Не се наблюдават съществени различия в резултатите, спрямо пола и местоживеенето. Значителен процент (12,80%), съобщават за голяма продължителност – до няколко години, на това състояние.

Чувството на враждебност към другите хора също нараства с възрастта. Започва с 0,80% при младите и нараства съответно до 26,8% при хората над 61 г. При жените враждебността е повишена с 8% и преобладава при живущите в град Варна - 10%.

1/3 от всички запитани споделят, че са имали самоубийствени намерения. Половината от всички анкетирани са категорични, че никога не са имали намерения за самоубийство след преживян стрес. Не се наблюдават съществени различия в резултатите, спрямо пола и местоживеенето.

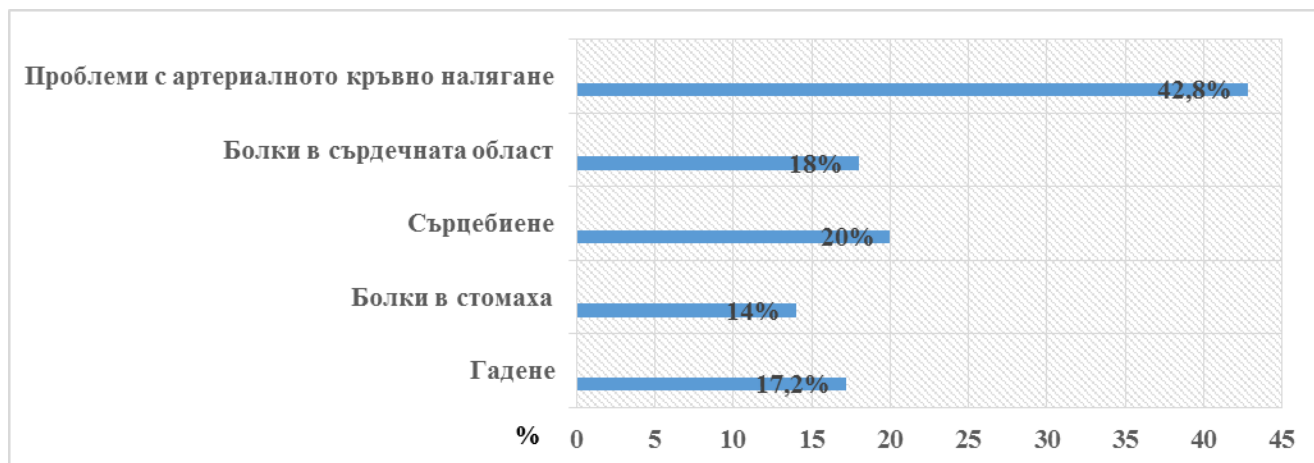
Данните противоречат на мнението на някои автори, които съобщават за преобладаващ брой на тези случаи при млади хора, жени и сред населението в по-големите градове.

27,2% от всички анкетирани съобщават за нарушена концентрация и разсеяност. Не се наблюдават съществени различия в резултатите, спрямо пола, местоживеенето и възрастта. Резултатите се доближават до тези от първото проучване за стреса, като при него процентите са - 21,33%.

Сравнително близки са резултатите на изпиталите загуба на апетит - 19,6 % и тези, които съобщават за повишен апетит - 8,4% в следствие на преживян стрес. Разпределението по възраст, пол и местоживеене е сравнително равномерно.

Стресовите еквиваленти, за които респондентите съобщават са представени на Фиг. 12.

Фиг. 12 Стресови еквиваленти при преживяно травматично събитие



Най-голям е процентът при лицата над 61 г. възраст. Продължителността е различна за повече от симптомите. Наблюдават се разлики с тенденция повишаване в сравнение с проучването от втора задача относно гаденето и болките в стомаха.

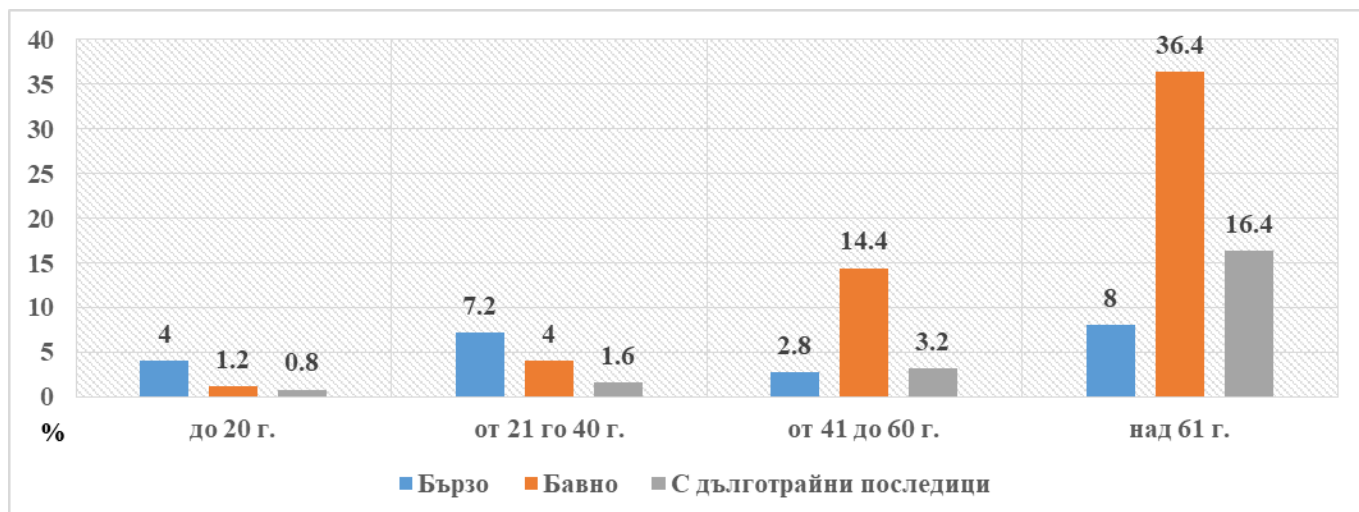
За личностна и поведенческа промяна съобщават 12% от всички анкетирани. Запитаните споделят, че това състояние продължава от няколко месеца до 1-2 години. Сравнявайки резултатите с първото проучване установяваме, че резултатите са близки – 9,33 %. Не се наблюдават съществени различия в резултатите спрямо пол, възраст и местоживееене.

За повишена употреба на алкохол или други психично- активни вещества си признават 12% от запитаните, като този процент е по-висок сред мъжете – 10,80%. Не се наблюдават съществени различия в резултатите по възраст, местоживееене и образование.

С оглед направеното проучване се установи, че възстановяването след получен стрес зависи от възрастта. При 2/3 от младежите на възраст между 18-20 г. възстановяването е напълно, докато при анкетираните лица над 61 г., резултатът е едва 7,20%. При 27,20 % от общия брой анкетирани лица се отчита липса на подобрение.

На въпроса „Отзвучаването на стреса при Вас стана?“ - 22% отговарят, че са се възстановили бързо, 56% - бавно, а при 22% отзвучаването е придружено с дълготрайни негативни последици. (Фиг. 13) Установихме, че стресът при младите хора отзвучава по-бързо.

Фиг. 13 Начини на отзвучаване на стреса



На въпроса „Как преодоляхте стреса?“ респондентите дават следните отговори:

- с работа – 48,8%
- с медикаменти/лекарства – 40,8%
- чрез психолог – 7,2%
- чрез подкрепа на близки – 3,2%
- друго – 0%

Във възрастовите групи до 20 г. и от 21 до 40 г., анкетираните предпочитат лекарствените средства, докато по-възрастните (от 41 до 60 г.) – 15,2% и над 61 г. – 32,8% предпочитат да овладяват стреса чрез работа, което установихме и в първото проучване.

Изводи:

1. Получените резултати до голяма степен се препокриват с резултатите от първото проведено проучване, като не са установени съществени разлики водещи до причинно-следствена връзка.
2. Преживяване на силен стрес се съобщава от 98% от анкетираните лица с увреждания с 90% намалена работоспособност, като многократно са го изпитали – 50%.
3. Преобладаващият брой респонденти – 69,6% се считат за неподготвени и само 23,2% - частично готови за посрещане на бедствени ситуации или сериозен инцидент.
4. Причините за стреса са болести според 85,2%, бедствени ситуации (земетресения, пожари, наводнения и др.) – 26,8%, пътни инциденти – 48% и др.

5. За главоболие след стреса съобщават 1/2 (51,2%) от анкетираните, 90,4% имат нервно-психично напрежение, 61,6% - тревожност, 1/2 (53,2%) – раздразнителност, чувство за несигурност – 1/3 (12,8%) във Варна и 1/2 (42,8%) в останалите населени места.
6. Нарушения в съня след стрес получават – 1/3 при анкетираните лица до 40 години, 1/2 от възрастовата група от 41 до 60 г. и 2/3 в групата над 60 години.
7. Потиснатост и депресивно настроение имат – 1/3 при възрастовите групи до 40 г. и 1/2 - над 61 г. Отчуждеността и враждебността също нарастват с възрастта.
8. За самоубийствени намерения след стрес съобщават 1/3 от всички възрастови групи на анкетираните хора с увреждания.
9. Възстановяването след стрес също зависи от възрастта. При 2/3 от анкетираните до 20 г. възраст е напълно, докато в групата над 61 г. е само 7,20%.
10. Наблюдава се, че при по-младите и мъжкия пол стресът отзвучава по-бързо.
11. За борба със стреса младите (над 20 г.) и (от 21 до 40 г.) предпочитат лекарствените средства, докато по-възрастните (от 41 до 60 г.) – 15,2% и особено над 61 г. – 32,8% предпочитат работата, което сме установили и в първото проучване.
12. Болшинството обсъдени стресови еквиваленти нарастват с възрастта и най-вече след 61 г. Малки са разликите при двата пола (при жените са по-чести). Почти не се влияят от местоживеенето в различните градове на Североизточен район на планиране и са малко зависими от образованието.

4. Проучване подготовката на хора с увреждания за бедствени ситуации

Независимо от своя природен или антропогенен характер всяка година бедствията разрушават хиляди човешки животи. Някои оставят дълготрайни негативни ефекти върху засегнатите лица – смъртност и трайни увреждания, унищожена инфраструктура и огромни икономически загуби, необходимост от постоянни грижи – физическа и емоционална подкрепа, понякога за цял живот.

При възникване на бедствена ситуация властите организират и провеждат мероприятия по защитата, но намиращите се в обсега на опасното събитие лица трябва да бъдат готови, в случай че помощта се забави или липсва.

Относно групите в риск е важно да се подчертае, че дори и да имат способността да се евакуират навреме или да се възстановят от травмата при бедствие, те са изключително уязвими и зависими от редица фактори. Хората с увреждания понасят

пораженията по-тежко и последиците при тях са по-дълготрайни от останалите преживели травматично събитие.

Моментът на възникване на бедствието е изключително стресиращ. Това също предполага забавени реакции, както и не дотам адекватни действия и взети решения.

Изброените причини налагат групите в риск да бъдат изключително добре подготвени за справяне в различни ситуации и обучени в необходимите техники за запазване на техните живот и здраве, както и тези на близките им. Подготовката и разбирането на необходимите действия за защита ще намалят страха, безпокойството и чувството на безнадеждност.

Поради тази причина си поставихме за задача да проучим подготовката за бедствени ситуации на групи в риск – 200 лица с увреждания от гр. Варна, (Североизточен район за планиране в Р България) с над 90% намалена работоспособност, с право на чужда помощ и/или използващи помощни средства за своето придвижване. Според нас това е групата в най-висок риск в сравнение с останалите. При извършване на дейностите по защита тези лица биха срещнали редица препятствия и бариери, а при липса на помощното средство и/или подкрепата на своя придружител тяхното положение изключително ще се усложни.

За целта на нашето проучване използвахме социологически метод – индивидуално анкетно проучване с анкетна карта. Анкетната карта включва 30 въпроса – при 3 въпроса са уточнени всички възможни отговори, при 25 въпроса са предоставени отговори, но се дава възможност да се допълнят със собствено мнение и 2 въпроса са изцяло отворени.

Разпределението по пол и възраст на респондентите е представено на Табл.12.

Табл. 12 Разпределение на участниците по пол и възраст

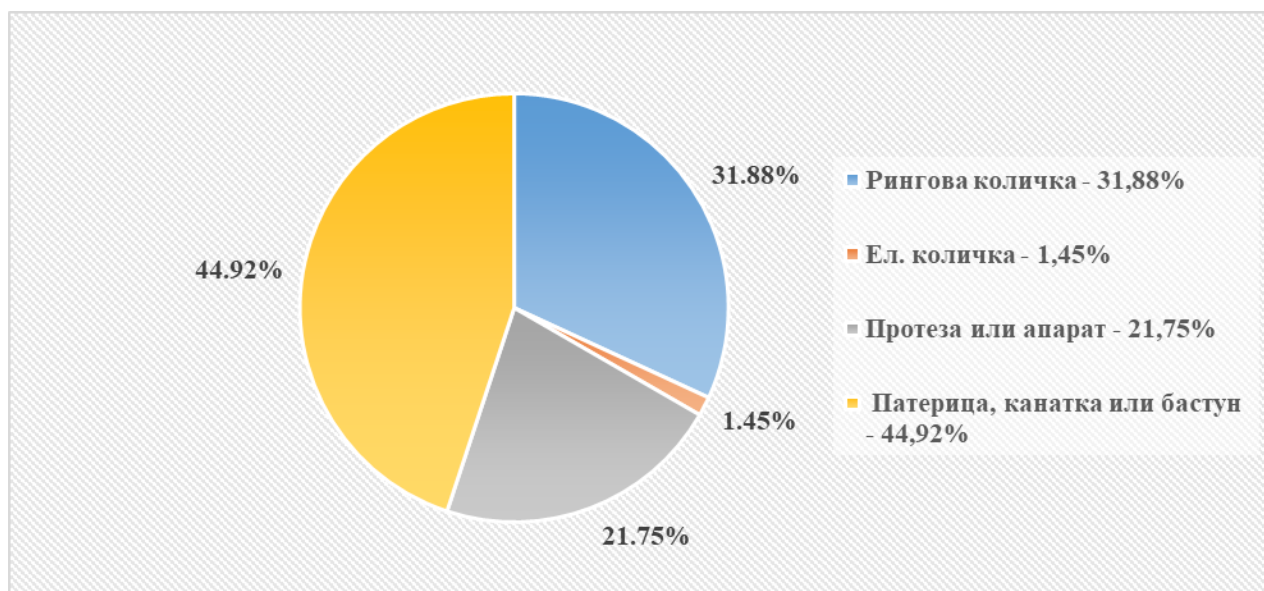
| Възраст - години | Мъже | | Жени | | Общо | |
|------------------|-----------|--------------|------------|--------------|------------|---------------|
| | Брой | % | Брой | % | Брой | % |
| 18 - 20 | 4 | 2,00 | 5 | 2,50 | 9 | 4,50 |
| 21 - 40 | 12 | 6,00 | 13 | 6,50 | 25 | 12,50 |
| 41 - 60 | 29 | 14,50 | 33 | 16,50 | 62 | 31,00 |
| над 61 | 49 | 24,50 | 55 | 27,50 | 104 | 52,00 |
| Общо | 94 | 47,00 | 106 | 53,00 | 200 | 100,00 |

При разпределяне по образование преобладават със средно – 61%; с основно – 15,5%, полувисше (колеж) - 10%; начално – 7,5% и висше – 6%.

Сами живеят близо 1/3, по двама в домакинство са 40,5%; по трима 45% и 4 и повече са 7,5%

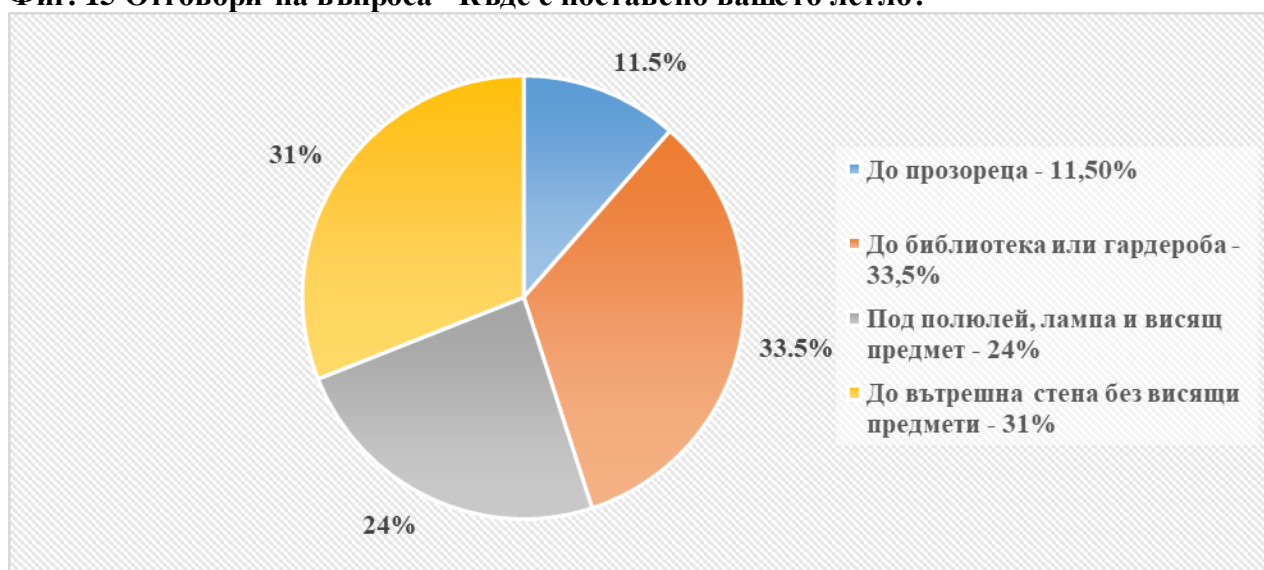
Помощни средства ползват 69 от анкетираните (34,50%). От тях 22 души (31,88%) – рингова количка, 1 човек (1,45%) - електрическа количка, 15 души (21,75%) – протеза или ортопедичен апарат и 31 души (44,92%) – патерица, канадка или бастун. (Фиг.14)

Фиг. 14 Използване на помощни средства



Във връзка с високият риск от земетресения включихме въпроса „Къде е поставено вашето легло?“. 23 души (11,5%) са отговорили – до прозореца, 67 души (33,5%) – до библиотека или гардероба, 48 души (24%) – под полюлей, лампа и висящ предмет и 62 души (31%) – до вътрешна стена без висящи предмети. (Фиг.15)

Фиг. 15 Отговори на въпроса “Къде е поставено вашето легло?”

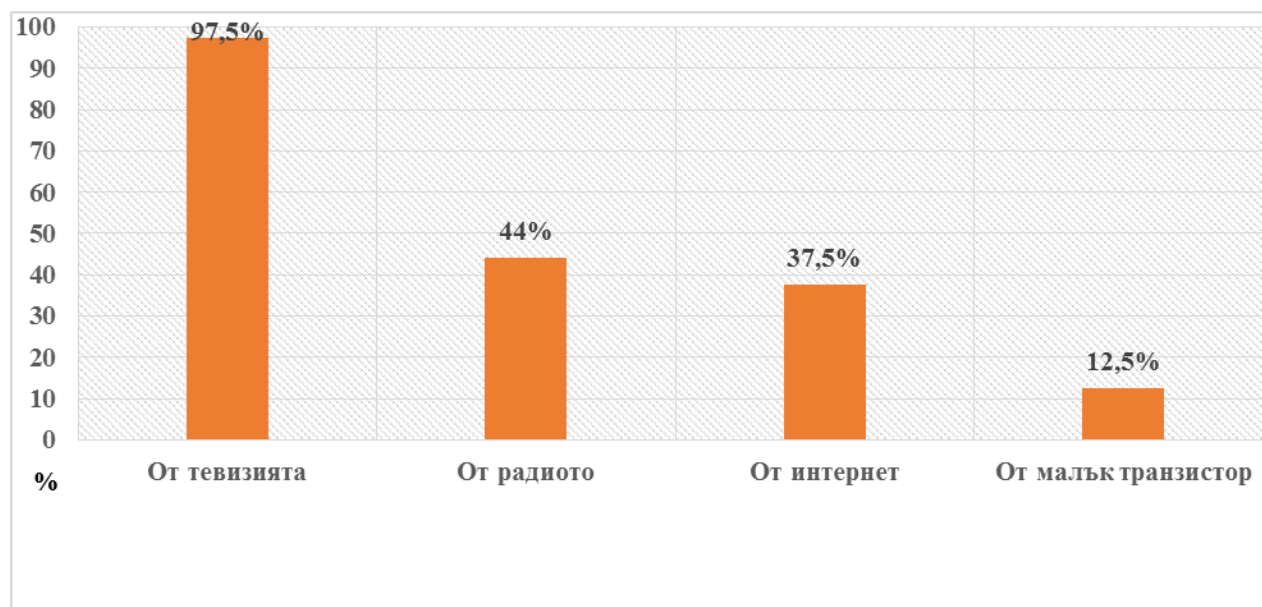


Болшинството от анкетираните – 72,5% имат лекарства за повече от една седмица, което е правилен подход за запазване на добро здравословно състояние.

Превързочни материали имат в дома си 66%. Това показва сравнително добра подготовка за възможен травматичен инцидент и бързо оказване на медицинска помощ под форма на само- и взаимопомощ.

Почти всички запитани - 94,5% имат на разположение домашен телефон или мобилен, което ще им осигури своевременно пристигане на квалифицирана медицинска помощ отвън при необходимост. За получаване на информация в дома си всички анкетирани имат повече от една възможност. (Фиг.16)

Фиг. 16 Възможност за информация в дома



На въпроса „Имате ли евакуационна карта?“ (план за аварийно напускане на дома) болшинството отговарят отрицателно – 89,5%, като 24% уточняват, че не знаят как да я направят.

Включихме и въпрос „Имате ли здравна карта (изготвена от вас) за ежедневни нужди?“. Отговорите на мнозинството – 84,5% са също отрицателни, като 22,5% не знаят за какво ще им послужи.

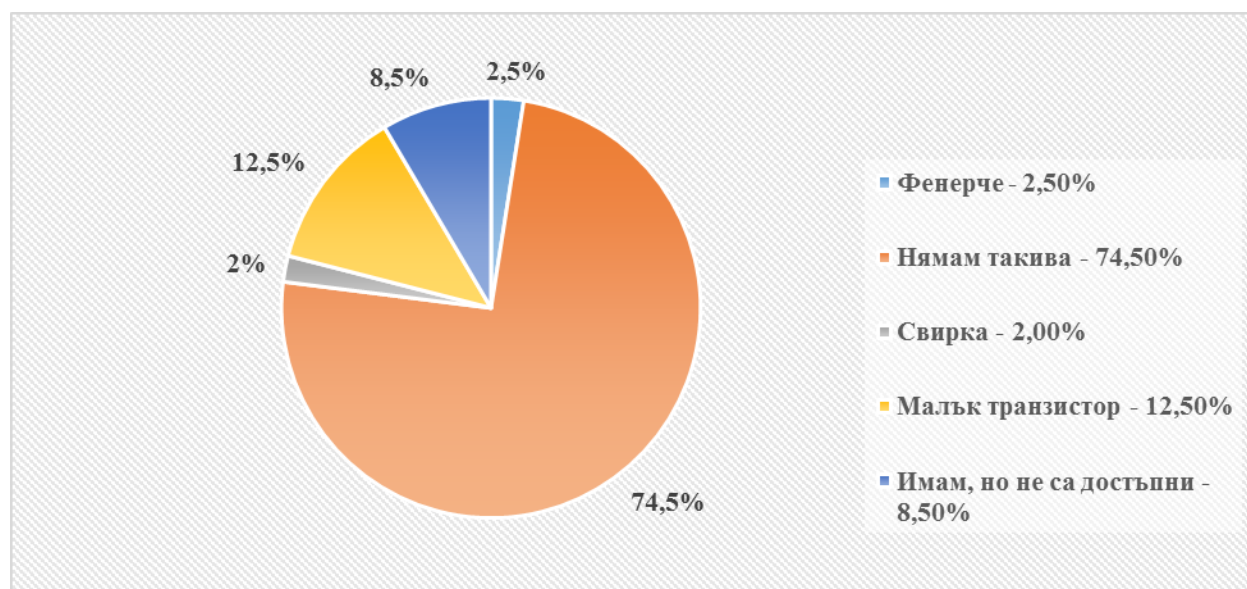
Зададеният въпрос „Имате ли чанта (сак) кутия, където да държите заедно необходимите ви неща при екстремна ситуация?“ получи от болшинството – 91% отрицателни отговори.

Запитахме анкетираните „Имате ли бележник, в който са записани най-важните телефони – тел. 112, спешна помощ, гражданска защита, на близки и приятели?“ почти всички – 95% отговарят утвърдително.

Интересен е и въпросът „Писмено изготвили ли сте собствена „Самооценка“ на състоянието и нуждите си?“. Почти всички – 96,5% отговарят отрицателно, а 52% не знаят защо е необходимо.

Отговорите на въпроса „Притежавате ли следните сигнални устройства и достъпни ли са до вас?“ са представени на Фиг.17. Пет души споделят, че имат достъпно фенерче, 149 души (74,5%) – нямат такива устройства, 4 души (2%) – разполагат със свирка, 25 души (12,5%) – малък транзистор и 17 души (8,5%) – имат някои от устройствата, но нямат достъп до тях.

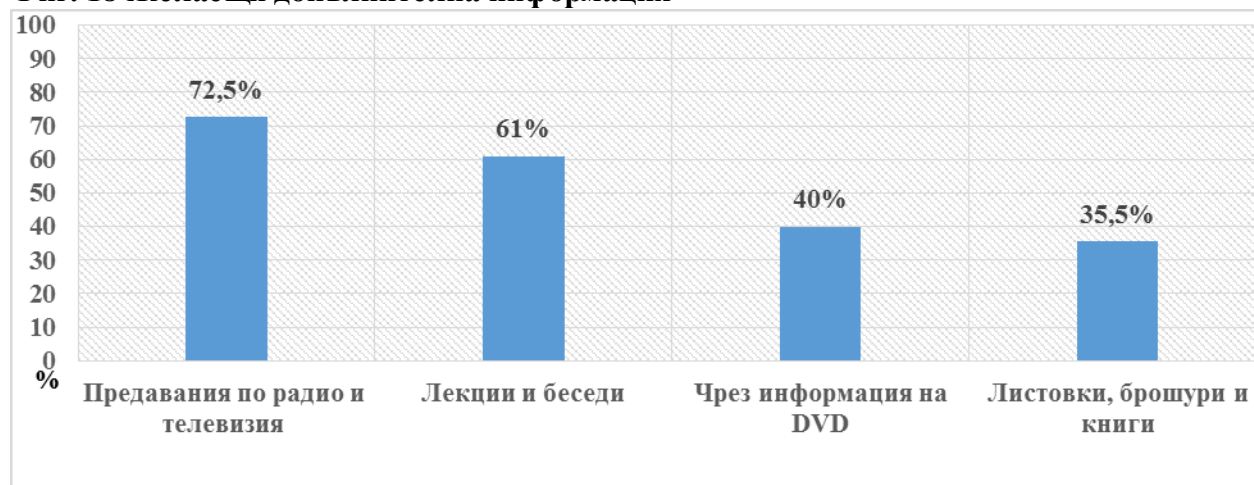
Фиг. 17 Притежание на сигнални устройства



Поставихме и въпрос „Знаете ли как да съхраните лекарства и храни за по-дълго време?“. Значителен е процентът на тези, които отговарят, че знаят – 79%. Не сме проверявали знанията им, но считаме че увереността на запитаните е доста преувеличена, защото почти всички (96%) искат да получат допълнителна информация по поставените им въпроси.

Желанията на анкетираните да получат допълнителна информация са представени на Фиг. 18. 72,5% (145 души) – желаят да получат информацията от предавания по радиото и телевизията, 122 души (61%) – от лекции и беседи, 80 души (40) – обучителни материали на DVD и 71 души (35,5%) - чрез листовки, брошури и книги.

Фиг. 18 Желаети допълнителна информация



Изводи:

1. Считама, че хората с увреждания от гр. Варна нямат необходимата подготовка за бедствени ситуации и имат нужда от нея, защото:

- на 69% леглото се намира на опасно място във връзка с опасност от земетресения;
- 89,5% нямат евакуационна карта;
- 91% нямат чанта (сак) за необходимите предмети при екстремна ситуация;
- 96,5% нямат направена самооценка за състоянието и нуждите си;
- 83% нямат сигнални устройства или не са достъпни за тях;
- 96% искат да получат допълнителна информация по въпроси, касаещи бедствените ситуации.

2. Болшинството анкетирани (72,5%) имат лекарства за повече от една седмица и 66% имат превързочни материали в дома си, което е добра възможност за взаимно и самопомощ.

3. Почти всички запитани (94,5%) имат на разположение телефон (стационарен и мобилен), което е предпоставка за по-бързо и ефективно получаване на помощ.

4. Лицата, които искат да получат информация по въпроси свързани с подготовка за бедствени ситуации, предпочитат предимно предавания по радио и телевизия – 72,5%; лекции и беседи – 61%; касети и дискове – 40% и печатни материали (листовки и брошури) – 35,5%.

5. Изготвяне на обучителни стратегии за превенция и управление на стреса на групи в риск при бедствени ситуации

В световен мащаб все по-широко се дискутира въпросът за защитата на хората с увреждания при бедствени ситуации, като в редица държави се увеличава броят на ръководствата и инструкциите, относно спецификата на спасителните мероприятия и необходимите умения за оказване на адекватна и навременна помощ, взаимопомощ и самопомощ на и от тези лица. За съжаление на територията на Р България предприетите мерки нямат обществен отзвук или имат слабо отражение от средствата за масова информация, което създава усещането за липса на адекватни подходи спрямо групите в риск. Същевременно в страната ни подобни ръководства, преведени дори и от чужди автори, са трудно достъпни или липсват, а инструкции на службите със специална насоченост - лица с увреждания не открихме.

Въпреки предприетите действия в чужбина впечатление прави, че повечето програми за защита се съсредоточават основно върху „увреждането“ като проблематичен въпрос, поради уязвимостта на групите в риск, а не се разглеждат съществени детайли като спецификата на тяхното приобщаване и начините за преодоляване на бариерите чрез конкретни действия. Малко са доказателствата, че тези мерки са ефективни и оказват осезаемо влияние върху качеството на спасителните дейности. Причините се крият в оскъдната информация и в липсата на стандарти, мониторинг и обучение на терен. (R. Sever, 2015) По този начин се пропуска възможността да се подобри координацията и хората с увреждания да бъдат пълноценно включени при оказване на помощта.

При бедствени ситуации хората с увреждания могат да срещнат особени трудности, които ги правят недостъпни за общите спасителни мероприятия и помощта. Услугите, които обикновено отговарят на техните специални нужди, могат да понесат щети и да станат недостатъчни. Придружителите, членовете на семейството и близките, които помагат на хората с увреждания, от своя страна също са изложени на негативните ефекти на бедствията и тяхното съдействие може да бъде ограничено или дори липсващо. Според M. Kett и M. van Ommeren (2009) много служители работещи в хуманитарни агенции, споделят общи грешни възприятия относно хората с увреждания и много съществуващи структури за предоставяне на хуманитарна помощ също поддържат тези възприятия: че хората с увреждания изискват скъпо струващи специализирани грижи; че те не са в състояние да помагат на другите; и че те не могат да участват в повечето образователни, трудови или обществени дейности. В ситуации на големи и

тежки бедствия, като земетресения или наводнения, често е възприемано, че хората с увреждания няма да оцелеят. Редица проучвания също сочат, че в случай на опасни инциденти смъртността при лица с придружаващи заболявания е много по-висока от смъртността на общата популация (K. Fu et al., 2010; J. Reinhardt et al., 2011).

Поради тази причина групите в риск трябва да имат необходимата подготовка за самостоятелно справяне с усложнената обстановка по отношение на етапите изолация и евакуация при бедствия и инциденти с масовост на пораженията. Основната цел на предложените от нас обучителни стратегии е да се намали броят на пострадалите лица с увреждания и на неблагоприятните последици и значими проблеми, сред които и стресът, за подобряване на тяхното здравословно състояние чрез предварителна подготовка и повишаване на информираността, на база образователни методи и подходи.

Стратегиите включват:

- *Определяне на стресорите – разпознаване и осъзнаване на определени опасни събития, като причини за поява на стрес и възникване на дълготрайни негативни здравословни ефекти и проблеми.*
- *Информираност относно стресора – познаване на възможните бедствени ситуации, които могат да възникнат в населеното място или в близост до мястото на обитание, както и етапите на тяхното протичане.*
- *Промяна във възприятието за стресора – повечето бедствия не могат да бъдат предотвратени и променени, но може да бъде променен начинът на тяхното възприятие.*
- *Подготовка за справяне със стресора – не е необходимо постоянно да се мисли за опасните събития, които могат да възникнат, но за адекватна реакция е важна предварителната подготовка и периодичните обучения.*

В тази връзка изготвихме:

- Наръчник за самопомощ и взаимопомощ при критични ситуации за хора с трайно нарушено здраве, разпространено в гр. Варна сред 100 души, членове на Дружество на инвалидите. (Приложение 1)
- Листовка с информация за подготовка на хора с увреждания и техни близки в случай на бедствия, разпространена в 800 екземпляра на територията на Област Варна. (Приложение 2)

Материалите включват обучителна информация за подготовка и превенция на стреса на групите в риск при бедствени ситуации, която ние актуализирахме, допълнихме и представяме в настоящата задача.

➤ *Базова информация, с която лицата с увреждания трябва да се запознаят и която се отнася до риска от възникване на определено опасно събитие и вероятността от наранявания и поражения*

Бедствията могат да се случат по всяко време, на всякъде и почти винаги без предупреждение. Службите отговорни за защитата при бедствия ще се погрижат за населението при заплахата от бедствие или след това. Въпреки създадената организация не може да се помогне на всички наведнъж. Необходимо е населението и особено групите в риск да се подготвят за бедствията и техните последици като важна част от това да се чувстват независими. Може да не се знае, че опасната ситуация ще възникне, но ако всеки е подготвен предварително ще бъде способен по-добре да се справи с нея и да се възстанови по-бързо.

При възникване на бедствена ситуация, приоритетна задача на службите, осигуряващи защитата е да подсигурят населението с основни неща – вода, храна и безопасен подслон. Персоналните потребности като медикаменти, помощни средства, възстановяване на електричеството за електро-зависимото оборудване и възстановяване на дейностите от ежедневието може и да не се случат веднага. Важно е всеки да бъде подготвен и да посрещне собствените си основни нужди, като си подсигури вода и храна за минимум три дена. Лицата с увреждания трябва да са подготвени да посрещнат специфичните си потребности свързани със заболяването, чрез съхраняване на достатъчно кислород, лекарства, батерии и др. необходими за минимум седем дни след бедствие.

Познаването на бедствията и подготовката за тях са съществена част от процесите на преодоляването на негативните им ефекти и възстановяването. Населението трябва да се запознае с някои възможни последици, с които хората с увреждания може да се сблъскат, когато бедствието настъпи. Събраната информация е изключително важна за изработване на препоръки за безопасност и осигуряване на личните потребности.

Най-добрият начин всеки, включително и лице от групите в риск, да се справи с последиците от бедствието е да се запознае с предизвикателствата, пред които може да се изправи и да се подготви за тяхното преодоляване.

Превенцията на значимите проблеми се основава на знания и подготовка. Обучението е ключов елемент за отделните личности и общността като цяло, за справяне, оцеляване и възстановяване след бедствена ситуация. Най-добрата подготовка е да бъдат обмислени и анализирани въпроси относно риска от бедствия в района на обитание, ефектите върху хората и цялата общност, вариантите за информиране и повишаване на знанията. Осъществяването на предварителни контакти с различни институции като ПБЗН, Център за спешна медицинска помощ (ЦСМП) и семейният лекар ще способства за ориентиране в текущата ситуация и разпознаване на необходимите допълнителни умения, които трябва да бъдат придобити за защита.

Наблюдения и предупреждения

Националният институт по метеорология и хидрология дава информация на обществото за влошаващи времето събития, като гръмотевични бури, урагани, наводнения и др.

„Наблюдение“ означава, че има влошаване на метеорологичната обстановка, което може да настъпи и в района на наблюдение. Медиите трябва да бъдат следени редовно за информация и съвет.

„Предупреждение“ означава, че събитието вече е настъпило и е неизбежно. Това е времето, когато незабавно трябва да бъде предприета защита.

Някои събития се случат изключително бързо, така че предупреждения може и да липсват или те могат да не достигнат до част от населението. Поради тази причина винаги трябва да се обръща внимание на времето. Индивидуални действия могат да бъдат предприети в случай на влошаване на метеорологичната обстановка в района, дори и да няма официални предупреждения от медиите.

Промяна на заобикалящата среда след бедствена ситуация

Населението и най-вече групите в риск периодично трябва да се запознават с промените, които ще настъпят в заобикалящата среда след бедствие.

Бедствията предизвикват редица негативни ефекти като някои са предвидими, а други не. Необходимо е да се познават последиците и промените в заобикалящата среда след възникване на определено опасно събитие. Целта е да се оцени способността за справяне с трудностите и лицата от групите в риск да придобият реалистична представа като преценяват следните обстоятелства:

- При земетресения, може да настъпи силно разклащане. Това може да предизвика счупване на стъкла и други предмети и разпръскване на отломки. Окачени предмети, като растения, огледала, снимки и картини могат да паднат. Същото се отнася и за книги по етажерките, както и за самите етажерки. На работното място шкафове, компютри и други небезопасни съоръжения може да се счупят. Големи и тежки мебели, като например дивани, столове, легла и гардероби може да се преместят и да блокират напълно или частично изхода.
- Наводнения, земетресения и зимни бури могат да причинят напуквания по тротоари и пътища, като ги направят непроходими. Пътищата е възможно да се покрият с кал, вода или отломки, така че да е невъзможно да се определи къде започват и къде свършват. Кал, пясък и други материали могат да останат за дълъг период от време. При наводнения водата може да се движи много бързо и да възпрепятства напускането на района.
- Възможно е голямо натрупване на отломки по улиците, чието разчистване да отнеме седмици. Това може да възпрепятства спасителните екипи за продължителен период от време и някои лица с увреждания да се окажат изолирани в домовете си.
- Най-често използвани и познати на хората със затруднено придвижване ориентирите както в домовете им, така и навън, могат да бъдат преместени или разрушени.
- Лица с кучета водачи могат да бъдат лишени от техните услуги, поради настъпили травми или уплаха на животните.
- Съществува вероятност от разруха и изолация на домовете. Възможни са поражения, които да ги направят необитаеми за дълъг период от време.
- Обичайните пътища за закупуване на храни и лекарства може да са непроходими. Възможно е разчистването да отнеме дни, преди магазините да отворят и населението да има възможността да се снабди с основни артикули, особено свързани с някои заболявания.
- След бедствие ежедневните дейности могат да бъдат нарушени.
- Възможно е забавяне на спасителните мероприятия от службите оказващи помощта (ЦСМП, ПБЗН, МВР и др.), както и забавяне на подкрепата от различните агенции (Социално подпомагане и др.).
- Основни услуги като снабдяване с ток, вода, газ, телекомуникации и др. могат да бъдат прекъснати за дълъг период от време.
- За част от населението е възможно да се появят затруднения или невъзможност в изпълнението на следните дейности:

- Приготвяне на храна.
- Отопяване или охлаждане на дома.
- Приемане или изпращане на съобщения и/или обаждания, поради нарушения в системата.
- Ползване на осветление, което ще наложи придвижване или комуникиране на тъмно.
- Получаване на информация от медиите.
- Използване на оборудване зависещо от енергия, като зарядно за батерии, кислород, дихателни устройства и други.
- Използване на банкомати, банките може да са затворени.
- Зареждане на гориво за превозното средство и др.

Други негативни ефекти от бедствията, които ще затрудняват функционирането и ще окажат неблагоприятно въздействие на населението и особено на групите в риск са:

- Липса на градски и специализиран транспорт. Промяна в пътища и графици.
- Разруха и блокаж на пътища. Съборени пътни знаци, разрушени и неработещи светофари. Препятствия, затрудняващи пресичането на улиците.
- Пожари, породени от разрушаване на огнища, печки и др., както и от повреди в електрозахранващата и газозахранващата инсталации.
- Епидемии, причинени от нарушения във водоснабдяването и канализацията.
- Свличане на лавини или земни маси.
- Радиационна опасност от аварии в ядрено-енергетични обекти.
- Химическа опасност от аварии във фирми, съхраняващи или работещи с отровни химически вещества.
- Силен психологичен стрес (ПТСР), вариращ от 30 до 85% сред преживяното бедствие (Хр. Романова, 2012) и др.

➤ **Запознаване с негативните ефекти на стресора и начина, по който той рефлектира върху хората и тяхното функциониране**

Преживяването на бедствена ситуация може да бъде съкрушително. Стресът предизвиква влошаване на здравословното състояние и придружаващите заболявания. Всеки поразен от бедствие може да изпита един или повече от следните симптоми:

- *Психо-емоционални:*
 - тревога;

- раздразнителност, безпокойство, превъзбуда;
 - депресия, потиснатост, плач;
 - гняв, обвинение;
 - чувство на апатия, намалял интерес към обичайните дейности;
 - чувство на изолация, отчуждение, безразличие;
 - чувство на вина заради оцеляването;
 - отричане и потискане на чувствата;
 - спомени за момента на катастрофата;
 - преувеличена реакция на уплахата;
 - повтарящи се кошмари за бедствието и други травматични събития;
 - неспособност за адаптация;
 - безсъние;
 - прекален сън и др.
- *Физични:*
 - главоболие;
 - слабост;
 - гадене, разстроен стомах, други стомашно-чревни проблеми;
 - мускулни смущения;
 - топла и студена пот;
 - вкочаненост или изтръпналост в части на тялото;
 - тежест в ръцете и/или краката;
 - нарушени движения;
 - „буца“ в гърлото;
 - болки в гърдния кош;
 - ускорено дишане, трудности в овладяването на дъха;
 - треперене;
 - умора;
 - нарастване на алергиите, настинките или грипа;
 - сърцебиене и др.
- *Мисловни:*
 - слаба концентрация;
 - объркване;
 - забавен мисловен процес;
 - неспособност за изразяване – говоримо и писмено;

- неспособност за вземане на решения и преценка;
- загуба на способността да се мисли за алтернативни и приоритетни задачи;
- липса на памет и др.
- *Поведенчески:*
 - хиперактивност;
 - ступор,
 - брадиактивност,
 - неадекватно поведение,
 - меланхолия,
 - изблици на гняв и чести спорове;
 - скандали;
 - агресивност;
 - загуба на обективна преценка;
 - загуба на ориентация;
 - социално изолиране, дистанциране от другите;
 - нарастване употребата на алкохол, цигари и др. психично активни вещества;
 - избягване на дейности или местата, които напомнят за бедствието;
 - семейни проблеми;
 - насилие и др.

След бедствена ситуация определени лица могат да се нуждаят от подкрепа при извършване на определени, принципно самостоятелни дейности.

Ако някой от изброените симптоми рефлектира върху способността на определено лице да се адаптира, трябва да се потърси медицинска помощ от семейния лекар или психолог, запознат с ефектите от бедствията. Някои хора може никога да не получат странични реакции. Други могат да почувстват част от симптомите дни, седмици или дори месец след бедствената ситуация. Симптомите могат да изчезнат и да се появят отново след напомняне за стресора.

След опасно събитие хората, особено лицата от групите в риск, трябва да говорят с някого за своите чувства, за да преодолеят стреса по-лесно.

➤ **Опознаване на начините, по които бедствената ситуация ще рефлектира върху независимостта – самостоятелността**

Хората свикват с обитаването в една определена среда. Въпреки това бедствието може да промени способностите за справяне в нея. При възникване на събитието е важно да се предвиди най-ниското ниво на функциониране. Състоянието на човек може да се влоши, поради физическите и/или емоционалните реакции на стреса. Възможно е лица, които не използват инвалидни колички в ежедневието си, да им се наложи да ползват. Така например във връзка с изживян силен стрес са наблюдавани случаи на пострадали, преживели в миналото счупване на кост, да получат схващане или парализа на крайника.

След бедствие е възможно хората с увреждания да имат нужда от помощ за извършването на дейности, с които обикновено се справят сами. Разбираемо е това да ги накара да се почувстват уязвими. Може да им е необходимо съдействие за подредба на дома, за попълване и/или предоставяне документи и информация свързани с бедствието, което допълнително ще увеличи натрупания стреса. Това е и една от причините предварително да бъде организирана и създадена Лична мрежа за подкрепа. Тя трябва да познава техните потребности и да способства възстановяването на хората от рисковите групи да става по-лесно и по-малко стресиращо.

Начини за намаляване ефектите на значимите проблеми и негативното въздействие върху хората с увреждания при бедствени ситуации чрез:

- Създаване на лична мрежа за подкрепа.
- Попълване на лична оценка за нещата от първа необходимост.
- Изработване на Личен план за действие, подпомагащ потребностите по време на евакуация и след настъпване на бедствие.
- Закупуване и съхранение на основни запаси, някои от които специфични за заболяването и необходими по време и след опасно събитие.
- Обезопасяване на местообитанието и местоработата.

Лична мрежа за подкрепа на лицето в риск

- Добре е да се включат минимум трима души за всяко място, където лицата в риск прекарват по-голямата част от времето си и на които може да се разчита при необходимост.
- След сформирание на мрежата, включените в нея лица трябва да се съберат и да обсъдят нуждите и бъдещите дейности при възникване на опасно събитие.

- Личната мрежа за подкрепа може да подпомогне подготовката за бедствието, чрез идентифициране и снабдяване с ресурсите, нужни за ефективното справяне с бедствието. Личната мрежа може да помогне практикуването на жизнено важни дейности, като евакуацията. Членовете могат да окажат помощ след настъпване на опасно събитие.
- Личната мрежа трябва да се организира за дома, работното място, организацията или друго място, където лицето прекарва по-голямата част от времето си. Членове на мрежата могат да бъдат съквартиранти, близки, съседи, приятели или колеги. Трябва да бъдат хора, на които се има доверие и са в състояние да проверят дали човекът с увреждане се нуждае от помощ.
- Не трябва да се разчита само на един човек. Трябва да се включат минимум трима души за всяко място, където лицето в риск прекарва повечето от време си през седмицата.
- Необходимо е да се помисли от какво ще се нуждае човекът от рисковата група по време на бедствие и да се дискутира това с всеки от мрежата. Препоръчително е съвместно попълване на писмена оценка за нуждите на лицето, като това може да помогне на хората от мрежата да усвоят най-добрия начин за асистенция и да предложат допълнителни идеи.
- На членовете от мрежата трябва да се даде копие от списъка с контакти при бедствия, медицинския информационен лист, списък на свързаните със заболяването провизии и списък със специалното оборудване, евакуационните планове, съответните спешни документи и личния план при бедствия, след като е попълнен.
- Хората от мрежата трябва да бъдат информирани, че е необходимо да проверяват състоянието на лицетоведнага след като има официално предупреждение за евакуация и след настъпване на опасното събитие.
- С мрежата трябва да се съгласува влизането във връзка по време на бедствената ситуация. Не трябва да се разчита само на телефонните връзки. Необходимо е да се избере сигнал за помощ. Сигналите могат да бъдат вик, чукане по стената, използване на свирка или звънец. Визуални сигнали също могат да бъдат включени - размахване на парче плат през прозореца и др.
- Членовете на групата трябва да притежават и всички необходими ключове за достъп до дома или колата на лицето от групите в риск.
- Членовете на мрежата трябва да са запознати с начина на работа на помощите средства и тяхното безопасно преместване.

- Членовете на мрежата трябва да бъдат запознати с личните нужди на човекът с увреждане, за които му е необходима чужда помощ.
- Помощното средство (електрическа инвалидна количка, проходилка и др.) трябва да се етиkira и е препоръчително към него да се прикрепя инструкция за употреба.
- Хората от личната мрежа трябва да бъдат предупредени за зони от тялото на лицето, с намалена чувствителност. Тези зони трябва да се проверят след бедствието за наранявания, ако лицето не може да се справи само.
- Разработеният план трябва да се практикува. Като се основават на познанията за възможните бедствия в дадения район, предварително трябва да се симулират някои проблеми или препятствия, които могат да възникнат. Членовете на мрежата трябва да се подготвят как да помогнат и да се запознаят с помощните средства, от които може да се нуждае човекът с увреждания.
- Трябва да се избере място за спешни случаи, с което всички лица от мрежата са запознати и където може да се пребивава след напускане на сградата. Мястото трябва да е достъпно за всеки район, далече от сгради с риск от разрушаване и където може да се прекара продължително време.
- Съвместно с хората от мрежата трябва да се избере сигнал, чрез който лицето ще ги осведоми за своето състояние и за необходимостта от евакуация.
- Мрежата трябва да бъде осведомена, ако човекът от рисковата група има намерение да пътува.
- Регулярно или при промяна състоянието на лицето с увреждания, личната оценка и планът трябва да се преразгледат и при нужда да се преработват.
- Доверието, което се развива към членовете на личната мрежа, трябва да е взаимно. Лицата трябва да са запознати с нуждите на останалите и с взаимната помощ, която могат да си окажат в случай на бедствена ситуация.

Лична оценка за необходимите материални активи и дейности при бедствие

Необходима е точна преценка на всеки човек от рисковите групи какво може да направи за себе си и каква помощ може да му е нужна преди, по време и след бедствие. Това се основава на средата след настъпването на критичната ситуация и предварителната подготовка на способности заради известни ограничения. За да се попълни личната оценка, трябва да се направи лист на личните нужди и способността да се посрещнат в бедствена обстановка. Трябва да се прецени наличната информация и да се даде лична оценка.

Трябва да се мисли по различни въпроси, отнасящи се до ежедневието и отговорите да се отбелязват писмено, като включват физическите възможности в ежедневна обстановка и помощта, от която ще се нуждае лицето с увреждания по времето, когато бедствието може да разруши ежедневието му. Те трябва да се споделят с членовете на личната мрежа.

Опорни точки/въпроси при разработване на План за лична оценка:

- Обгрижване при дейности от всекидневния живот, като обличане и къпане, както и нужда от помощни средства – тоалетен стол, при тяхното реализиране.
- Снабдяване с вода при липса или недостиг, както и варианти за нейното затопляне.
- Адаптивни устройства за хранене, като използването на специални принадлежности при подготовката и самостоятелното хранене.
- Електрически зависимо оборудване, като възможности за неговото захранване при липса на електричество.
- Поръчки за храна, лекарства, медицински провизии и др.
- Придвижване в дома при наличие на отломки.
- Евакуация от дома или работното място, като необходимо съдействие и ползвани помощни средства.
- Налични аварийни изходи на сградата при липса на работещ и достъпен асансьор, както и помощ за тяхното достигане.
- Варианти за преминаване на изхода при счупена или нестабилна рампа.
- Специализиран или адаптиран транспорт при евакуация.

Задължително трябва да бъде отбелязана оценката на възможностите към текущия момент и помощта, която може да е необходима при възникване на бедствието

Информацията от Плана може да се използва, за да се планира подготовката на лицето при възникване на опасно събитие.

Личен план с дейности, подпомагащи потребностите по време на бедствието и на евакуацията.

Създаването на **Личен план** в случай на бедствие ще помогне да се систематизира информацията, от която човек се нуждае и дейностите, които ще извършва по време и след възникване на опасно събитие.

Предварителната подготовка е продължителен процес, който е изключително важен за успешно справяне и възстановяване след бедствие. Тя ще помогне хората с увреждания и личната им мрежа да установят, придобият, развият, подредят и затвърдят информацията и ресурсите, от които се нуждае всеки човек, за да се справи успешно с негативните ефекти. Трябва да се основава на способностите и възможните ограничения след опасно събитие, като една от изходните точки е, че обичайните пътища за подкрепа може да не са достъпни по време на евакуацията.

Поради тази причина е особено важно Планът да бъде направен. Ключовите елементи сме описали по-долу. Хората с увреждания би следвало да пазят копие в пакета с провизиите, портмонето и колата си, както и предварително да го споделят с лицата, включени в тяхната мрежа за подкрепа.

Списък с контакти лица при бедствия

Може да бъде използван за осъществяване на контакт с посочените лица за подкрепа, в случаи когато човекът е открит в безсъзнание, неспособен да говори или ако трябва да се направи незабавна евакуация. Освен спешните контакти извън града, листът трябва да съдържа имената и номерата на всеки един от членовете на личната мрежа.

Трябва да се помоли близък или приятел, който живее недалеч от лицето с увреждания да бъде “човек за връзка”. Много по-лесно е да се осъществи разговор извън района на бедствието, отколкото в него. В действителност, всички членове на семейството в бедствения район трябва да се обадят на човека за връзка и да дадат своите координати и да информират за състоянието си. След като е направено, човекът за връзка трябва да се свърже с другите приятели и близки, живеещи извън поразения район. Това ще помогне да се намалят разговорите в и извън района след като телефоните заработят.

Списък с медицинска информация

Списъкът трябва да съдържа информация за предоставящите медицинските услуги лицата. Също така, трябва да включва имената на използваните медикаменти, техните дози, проблема поради който се вземат, имената на лекарите, които са ги предписали и телефонните им номера. Важно е да се впишат помощните средства, които се използват, алергиите, както и ако лицето има комуникационни проблеми и др. Списъкът трябва да се пази прикрепен към контактния лист, заедно с копие от здравната книжка.

Осигуряването с медикаменти трябва да бъде за минимум седмица и предварително да се набави информация за действия при недостатъчност на количествата. Сроктът на годност на медикаментите и температурата на съхранение трябва да се спазват. Също така трябва да се определи честотата на подмяна на съхраняваните лекарства.

Подготовка

- Определяне на безопасните места при бедствие.
- Определяне дейностите по защита при:
 - Земетресение: да се намери устойчива маса или бюро във всяка стая, защото при земетресение придвижването се затруднява или става невъзможно. При невъзможност за тяхното използване, преместване близо до вътрешна стена на сградата и защита на главата и врата чрез налични средства.

На инвалидната количка трябва да бъдат сложени спиращки.

Ако лицето с увреждания е на легло, чаршафите и одеялата трябва да се поставят върху него, а възглавницата може да се използва за защита на главата и врата.

- Наводнение: ако няма указания за напускане на района, придвижване на високо и заемане на позиция по средата на сградата, далече от прозорци. Да се избягва слизането на долен етаж

- При пожар: препоръчително наличие на детектори за пожар.
- Определяне възможно най-много изходи от всяка стая и от сградата, както и включване на прозорците като изход.
- Създаване план на дома. При планирането може да се потърси помощта на хората от личната мрежа. Включване първостепенните изходи за бягство. Определяне помещението, в което се прекарва най-много време. Отбелязване местонахождението на пакетът с провизии. Предаване копие на плана на членовете от личната мрежа.
- При чести пътувания запознаване с видовете бедствия, които могат да възникнат в посещаваните райони.
- Подготовка на евакуационен план преди настъпване на опасно събитие. При спешна евакуация от дома или работно място, трябва да се определи нуждата от подкрепа, особено при евакуиране по стълбите. В случай, че лицата от мрежата не са на разположение, трябва да бъдат намерени други хора, на които да се разчита.

- Практикуване използването на различни пътища, ако съществуват такива, за напускане на сградата. При недостъпност до асансьор трябва да се определи видът на нужното за евакуация оборудване.
- Позициониране на помощното средство в близост за бърз достъп.
- Подготовка за оказване на точни и ясни инструкции за спасителите, относно настоящото състояние и потребностите.
- Периодично зареждане на наличния автомобил с достъчно количество гориво. Колата също трябва да е снабдена с малък пакет провизии за бедствени ситуации.
- Познаване на евакуационния план на местообитанията. В случай, че планът не включва хора с увреждания, отговорните лица трябва да бъдат алармирани.
- Избор на алтернативно място за престой, например приятели, семейство или хотел извън района на бедствието, при необходимост от евакуация на дома.
- Подготовка на план за домашния любимец, като се планират грижите за него при необходимата евакуация.

Планът не трябва да бъде попълван наведнъж и трябва редовно да се преглежда и обновява. След като някои от частите бъдат приключени, трябва да се отбележи съответната дата.

Примерно съдържание на Плана за защита на хора с увреждания при бедствия

- *Лист с контакти на:*
 - Медицински специалисти и други лица при спешни състояния.
 - Лица извън града.
 - Лицата от личната мрежа.
 - Роднини и приятели, живеещи на повече от 100 км.
- *Медицинска информация относно:*
 - Лекуващи лекари и медицински специалисти.
 - Лекарства (дозировка и срок на годност).
 - Помощни средства или оборудване, поддържащо жизнените функции.
 - Алергии.
 - Комуникационни затруднения.)
 - Кръвна група и др.
- *Безопасни места за престой по време на:*
 - Земетресение.

- Пожар.
- Наводнение.
- Други възможни бедствия.
- *Аварийни изходи:*
 - План на дома, в който са включени първостепенните пътища за бягство.
 - Проверка на всички възможни пътища за евакуация (достъпност и необходимо време за напускане на сградата).
- Подготовка за инструктиране на спасителните екипи.
- Информация относно наличността на специализирания транспорт при евакуация.
- Запознаване на членовете от личната мрежа с плана за евакуация.
- Избор на алтернативно място за отсядане.

Провизии и основни запаси

Пакетът с провизии при бедствия трябва да съдържа храна, вода, инструменти и други неща от първа необходимост, от които лицето с увреждане се нуждае. Пакетът трябва да съдържа достатъчно хранителни и водни запаси, за да се оцелее минимум три дена, като препоръчителния период е минимум седмица.

Провизиите могат да се събират поетапно, като се започне с вече налични.

Съществуват различни видове пакети с провизии, които трябва да се съхраняват на лесно и достъпно място и трябва да бъдат събрани заедно. Те биват:

- Основен пакет (включва пакет за първа помощ).
- Преносим пакет.
- Пакет с провизии за колата (при наличие на такава).
- Специфични провизии (свързани със заболяването и специализираното оборудване, ако се използва такава).

Основен пакет с провизии

Пакетът трябва да съдържа основните провизии, необходими за дома и за заболяването. Трябва да се съхранява достатъчно количество (минимум 3 дена), поддържано в добро състояние. Запасите, свързани със заболяването трябва да са за минимум седем дена. При планирането трябва да се има предвид ако се спазва специална диета.

Преносим пакет

Най-подходяща е чантата, която може да се завързва или торба с много джобове, съхранявана в близост до лицето с увреждане (може и на инвалидната количка, ако има такава). Пакетът трябва да съдържа копие от Личния план, малко фенерче, свирка, вода, лекарства и тяхната дозировка, допълнителен чифт очила (ако се използват), санитарни провизии, лист и химикал, чифт дебели ръкавици за каране на количката през стъкла или за премахване на останки.

Пакет с провизии за кола следва да има следното съдържание: одеяло, ръкавици, вълнени чорапи, шапка, въже, малка лопатка, вериги за колата, червен плат, който да бъде използван като флаг, радио и мобилен телефон, превързочен пакет за първа помощ и др.

Провизии свързани със заболяването и специализирано оборудване

Важно е да се отбележат специализираните провизии и оборудването, от което може да се нуждае лицето. Помощните средства трябва задължително да бъдат разположени в близост. Ако съществуват резерви, те трябва да се поставят на различни, лесно достъпни места.

Свързаните със заболяването провизии могат да бъдат част и от основния, и от преносимия пакет. Ако поради някаква причина се наложи незабавно напускане на жилището, свързаните със заболяването провизии трябва да бъдат на разположение.

Електрически зависимо оборудване

Възможно е да няма електрическо захранване за дълъг период от време и намирането на алтернативи е от първостепенно значение.

Съхраняване на провизиите

Документите трябва да бъдат запечатани в пластмасова торбичка (може и джоб) в основния пакет с провизии. Копие от указанията за употреба на помощните средства трябва да бъдат приложени в основния пакет и в провизиите, свързани със заболяването, в преносимия пакет провизии, в провизиите за колата и в тези които се пазят на работа.

Другите документи в пакета трябва да се пазят в местообитанието на лицето, така че да са на разположение. Възможно е копия от тези документи да бъдат дадени на хора от друг район.

Пакетът с провизии трябва да се съхранява на сигурно, сухо, лесно достъпно за лицето в риск място. То трябва да бъде достъпно и за хората от личната мрежа или за този, който най-често придружава лицето.

Запасите от вода и храна трябва да се подменят на всеки шест месеца (или по-често в зависимост от годността им). Трябва да се проверява срока на годност на предписаните медикаменти. Запасите трябва да се подменят ако са остарели.

Обезопасяване на дома и работното място

Един от най-добрите начини да се намали стреса и др. поражения от дадена бедствена ситуация е да се предотврати появата на травми и симптоми чрез подготовка на населението, включително на групите в риск.

Обезопасяването на дома и офиса може да стане чрез:

- Проверка на коридорите, стълбищата, входните врати, прозорците и другите места за опасности, които биха могли да попречат за безопасно напускане сградата по време на опасно събитие.
- Преместване на мебелите или други предмети, блокиращи пътя за евакуация. Това ще способства наличието на няколко свободни изхода за напускане на местообитанието.
- Съхраняване на фенерче в близост до основното място на пребиваване в дома и офиса. Възможно е прекъсване на електрическата мрежа, а светлината е необходима като ориентир и за безопасна евакуация.

При земетресение е необходимо:

- Картини, огледала и други тежки предмети закачени на стените да бъдат обезопасени.
- За етажерките с книги, трябва да се използва ластик или друга връв, която ще им попречи да паднат.
- Да се поставят райбери на шкафове, за да не се изсипе съдържанието им при евентуален трус.

За намаляване опасността от пожар е необходимо:

- Да се монтира противопожарна система за сигнализиране.
- Да се закупи пожарогасител и да се държи на лесно достъпно място.
- Да не се използват лесно запалими тапицерии, предмети и уреди.

- При евакуация да се изключват уредите от ел. захранване.
- Да не се държат в дома и офиса пластмасови туби с бензин и др. лесно запалими течности и предмети.

Разработихме примерени пакети с провизии за бедствени ситуации.

- **Основен пакет с провизии:**
 - **Основно съдържание:** вода, суха пакетирана храна, пакет за първа помощ и санитарни материали, дрехи, завивка, инструменти и сечива, артикули за специализираното оборудване.
 - **Допълнително съдържание:** радио, фенерче и резервни батерии.

Вода: Трябва да се съхранява в пластмасови шишета, защото стъклените лесно се счупят. На човек са нужни по 2 литра вода на ден. Горещата среда и повишената физическа активност могат да повишат двойно тази консумация. Препоръчително е да се съхраняват по 12 литра вода на човек необходими поне за 3 дена. Две четвърти за консумация и две четвърти за приготвяне на храна и санитарни нужди.

Храна: Трябва да се съхраняват запаси от храна, която не гние за минимум 3 дена. Трябва да се избере храна, която не се нуждае от размразяване, приготвяне и не изисква вода. Да се избират храни в компактни опаковки с малко тегло. Предлагаме да се включи: консерва месо; сушени плодове и ядки; консерва зеленчуци; шоколад и бонбони; чипс, крекери и др. сухи пакетирани калорийни храни; сухари, бисквити и др.

Санитарни материали: тоалетна хартия, салфетки; сапун, мокри кърпички; дамски атрибути; торби за боклук; пластмасова кофа и др.

Дрехи и завивки: един комплект дрехи и бельо за смяна; чорапи; обувки; дъждобран или яке; шапка и ръкавици; одеало и др.

Инструменти и сечива: пластмасови чаши, чинии и прибори; пари; отварачка за консерви и нож; клещи, отверка, чук, лост; кибрит; лист и химикал; свирка; игла и конец; въже; карта на района; залепящи се етикети и др.

Важни документи (съхранявани в непромокаеми торбички): копие на паспорт и здравна книжка; запис на банкови сметки; копия на нотариални актове, договори, застраховки; акт за раждане, свидетелство за брак; опис на семейните ценности и др.

Медицински нужди: предписани медикаменти, лекарства за сърце и високо кръвно, лекарства за зъбобол и др.

Забавления: игри и книги.

- **Пакет с провизии свързани със заболяването и специализирано оборудване** (артикулите, които се използват трябва да бъдат описани по вид и местонахождение): очила; инвалидна количка – резервни части; бастун; патерици; проходилка; протези; уринатор; кислородна бутилка и др.
- **Преносим пакет с провизии:** малко фенерче; свирка; вода; лекарства (копие от предписанията им/дозировка); допълнителен чифт очила; санитарни провизии; лист и химикал и др.
- **Провизии за колата:** одеяло; ръкавици, чорапи, шапка; разтегателно въже; малка лопата; вериги; червен плат, за да се използва като флаг; радио; торба с пясък и др.

Разработихме примерен *информационен лист* за хора с увреждания при бедствия със следното съдържание:

- ❖ Име
- ❖ Дата на раждане
- ❖ Адрес
- ❖ Телефонен номер
- ❖ ЕГН
- ❖ Човек за връзка от района – име и телефонен номер
- ❖ Списък с имената и телефоните на членовете на мрежата
- ❖ Човек за връзка извън района – име и телефонен номер
- ❖ Начин за контактуване с лицето

Разработихме примерен *информационен лист с медицинска информация* за хора с увреждания при бедствия със следното съдържание:

- ❖ Личен лекар
- ❖ Телефонен номер
- ❖ Адрес
- ❖ Номер на здравна книжка
- ❖ Кръвна група
- ❖ Алергии
- ❖ Списък с видовете медикаменти и дозировката
- ❖ Специфично медицинско състояние (ТЕЛК)
- ❖ Физически ограничения

- ❖ Помощни средства
- ❖ Трудности при комуникацията

➤ ***Усвояване на основни методи и средства за повишаване устойчивостта при стрес***

За повишаване устойчивостта на организма при възникване на бедствие, особено за групите в риск е необходима постоянна предварителна подготовка

Здравето обхваща тялото, духа и ума – цялото, от което се състои всеки човек. Традиционната медицина се занимава основно с тялото. Открива даден проблем (болест, симптом) и го лекува.

За постигане на добро здраве и устойчивост при стрес се изисква цялостен (комплексен) подход.

Най-добрият начин за подобряване на здравето е промяна в отношението и поведението, като лицата трябва да насочат своите усилия към изграждане на трайно и устойчиво на стрес състояние на тялото, духа и ума.

Като обобщихме и допълнихме становищата на редица автори предлагаме спазването на следните „закони“ за лесно овладяване на стреса и за превенция възникването на заболявания:

- Физическият закон, включващ:
 - правилно хранене – много пресни плодове, зеленчуци, витамини и др.;
 - никакви вредни навици – живот без цигари, алкохол и наркотици;
 - повишена физическа активност – ходене пеш (5-6 км дневно, гимнастика, фитнес, плуване и др.), според състоянието и възможностите на групите в риск;
 - осигуряване на достатъчно почивка – дневна, нощна, седмична и годишна.
- Емоционалният закон, гласящ:
 - избягване на стресогенни фактори, доколкото зависи от всеки;
 - добро настроение – повече усмивки, без гняв и негодувание;
 - добро поведение - по едно добро дело всеки ден (да се пмага, дори когато човекът сам се нуждае от помощ).
- Интелектуалният закон, изискващ:
 - усъвършенстване на знанията (учи и размишлявай);
 - непрекъснато развитие;
 - съсредоточаване и анализ – добре ли постъпвам, как да се променя.
- Законът на позитивното мислене и поведение, настройващ към:

- мисли за добро, което се връща;
- работа в името на добруването на обществото;
- запазване на природата и биоразнообразието в нея.
- Духовният закон, отнасящ се до:
 - прощаване грешките на другите;
 - благодарност;
 - запазване на вътрешен мир и спокойствие.
- Върховният закон на любовта, проповядващ любов към хората.

За овладяване на стреса, при безсъние, нервна възбудимост и др. симптоми след инцидент всеки може да се започне с фитотерапия и минерални елементи с успокоително действие. Това е особено необходимо, ако се налага укриване, евакуация или по друга причина лицата от групите в риск нямат възможността веднага да се обърнат към специалист.

В резултат на преживяното бедствие и най-вече при ПТСР може да се прилагат хомеопатични средства от растителен произход или самите растения, приготвени по подходящ начин и в определени количества. (Приложение 3)

➤ **Намаляване на стреса чрез ликвидиране чувството за безпомощност при травматизъм посредством обучение в самопомощ и взаимопомощ (Първа долекарска помощ) (Приложение 3)**

Изводи:

1. При бедствия за намаляване на неблагоприятните последици и значимите проблеми, сред които и стресът за групите в риск, е необходимо да бъдат въведени обучителни стратегии.
2. Предложените от нас „Обучителни стратегии“ трябва да включват: определяне на стресорите (бедствените ситуации), познаване на рисковете от възникването им, промяна в тяхното възприятие и подготовка за справяне с негативните ефекти.
3. Важно е хората с увреждания да се справят с негативните ефекти на стресора и начините, по които той рефлектира върху тях чрез познаване симптоматиката на следните реакции:
 - психо-емоционални;
 - физични;

- мисловни;
 - поведенчески.
4. За редуциране на значимите проблеми от бедствията са направени предложения лицата с увреждания да владеят и да прилагат практически следните методи:
- създаване на лична Мрежа за подкрепа;
 - попълване на лична Оценка за нещата от първа необходимост;
 - изработване на личен План за действие;
 - обезопасяване на местообитанието.
5. Лицата от групите в риск трябва да усвоят основни методи и средства за повишаване устойчивостта при стрес и да използват общодостъпни лекарствени средства и билки за овладяване на стреса.
6. Предлагаме превенция на стреса чрез ликвидиране чувството за безпомощност при травматизъм посредством обучение в самопомощ и взаимопомощ като важна част от Първата долекарска помощ.

6. Препоръки от значение за оказване на ефективна помощ и подкрепа на групи в риск при бедствия и насоки за оптимизиране на дейностите по управление и планиране на помощта с акцент лица с увреждания

Направените от нас анализи, проучвания и доказани хипотези ни позволяват да формулираме препоръки в подкрепа оптимизиране на дейностите по управление и планиране на помощта при бедствени ситуации в национален, областен и общински план с акцент групи в риск - лица с увреждания.

Идентифициране на групите в риск и определяне на техните функционални затруднения при бедствени ситуации и при мероприятия по защита

Идентифицирането на лицата със „специални потребности“ е от съществено значение при планиране защитата в случай на бедствени ситуации, за да могат техните нужди да бъдат „посрещнати“ ефективно и адекватно. Понятието е изключително широко и може да включва големи групи от населението, включително хора с увреждания, малцинствени групи, деца, възрастни и др. В световен мащаб се срещат дори допълнения като самотни работещи родители, лица без превозни средства, бездомни, бременни жени, лица на специален хранителен режим и много др. Всички те представляват големи, разнородни и нехомогенни групи с комплексни и разнообразни характеристики, като болшинството от автори са единодушни, че това е повече от

половината население в световен, регионален и национален мащаб. Поради тази причина терминът се обезсмисля и негова евентуална продължителна употреба ще доведе до лошо обслужване на всяка една от включените групи и шансовете за планиране на специфичните им нужди, както и осигуряването на ефективна защита значително ще намалее. Ето защо за оказване на адекватна и ефективна помощ предлагаме да бъде въведен и използван терминът „групи в риск“, който въз основа на нашите проучвания следва да се съотнася към хората с увреждания.

В нашата страна липсват актуални данни относно техният брой (последната публикувана от НСИ информация е от 2011 г.), но според мнозинството автори те представляват голяма част от общото население, като само в САЩ са 22% (Centers for Disease Control and Prevention, 2015). Въпреки че съставят основен сегмент от лицата със специални потребности, като групи те са много разнородни. Важно е да бъде разбран обхватът на функционалните им нужди в рамките на обществото, защото това ще подобри обезпечаването на потребностите им при различни по характер бедствия.

В дейностите по управление на защитата при бедствия основно трябва да се мисли за функционалните ограничения, които изпитват лицата, а не за самото увреждане или диагноза. Традиционните „тесни“ определения за увреждане не са подходящи. Индивидите с увреждания включват тези, които имат едно или повече ограничения на активността, като например намален капацитет или неспособност да виждат, повдигат, ходят, говорят, чуват, учат, разбират, запомнят, реагират бързо и др. Някои ограничения са доста видими. Например, е очевидно, когато хората използват помощни средства за предвижване като инвалидни колички, бастуни, патерици и проходилки. Други ограничения, като сърдечни заболявания; респираторни, емоционални или психиатрични състояния; артрит; намалена издръжливост; значителни алергии; астма; множество химични чувствителности; и някои визуални, слухови и когнитивни увреждания може да са по-малко очевидни.

Поради тази причина използването на „език за специални потребности“, особено когато фокусът е увреждането или диагнозата, не осигурява основа за обвързване на индивидуалните характеристики, силните страни и способностите на индивида от една страна и необходимата функционална подкрепа от друга. Адекватното адресиране на тази подкрепа има много по-голямо значение за оцеляването, отколкото всяка специфична диагноза, защото ограниченията са хомогенни, а уврежданията разнородни.

Като изхождаме от тези твърдения, препоръчваме функционалните потребности да бъдат заложи при планирането и да бъде изработен оперативен план за подкрепа

при бедствени ситуации, който да гарантира адекватна и навременна помощ за хората с увреждания, защото всеки има право да защита (ЗЗБ) и не трябва да бъде negliжиран.

Включване на индивидуалния подход към груповия за защита на лицата с увреждания при планиране и управление на спасителните дейности при бедствия

Въпреки че защитата на населението при бедствия основно се осигурява от държавата, няма достатъчно информация и доказателства, че службите оказващи помощта могат да предоставят необходимите за хората с различни функционални ограничения услуги. Обикновено системите и съоръженията за подготовка и реакция при бедствия (напр. бомбоубежищата) са предназначени за лица, за които бягството или спасяването включва ходене, бягане, зрение, слух и бързо реагиране на упътвания.

При възникване на опасно събитие повечето хора с увреждания ще срещнат редица трудности, което до голяма степен ще възпрепятства оказването на навременна и адекватна помощ.

Поради тази причина предлагаме всички лица от групите в риск да бъдат включени в обща база данни, която системно да се актуализира и предоставя на системата на Единния европейски номер за спешни повиквания (ЕЕНСП) 112. Информацията относно лицата с увреждания трябва да включва техните контакти, функционалната им потребност и това дали живеят самостоятелно. При възникване на бедствена ситуация на територията на тяхното местообитание, службите от Единната спасителна система трябва да бъдат уведомени за наличието на подобни лица в обсега на опасното събитие. Това ще подпомогне адекватните дейности по защита и ще приоритизира етапите на оказване на помощта в района на бедствието.

Редица автори твърдят, че персоналът на медицински служби и представителите на доброволческите формирания, не се справят адекватно със сложната функционална зависимост на хората с увреждания. Освен това, те не се ангажират с физическите, комуникационните, надзорните и транспортните потребности на групите в риск, тъй като нямат познания по отношение на тези техни особености.

Поради тази причина препоръчвам сътрудничеството между правителствените и неправителствени организации да бъде засилено на всички нива. При планиране защитата при бедствия на национално, областно и общинско ниво, ролята на гражданските организации на и за хора с увреждания не е определена. Не са посочени и дейностите, които трябва да изпълняват преди, по време и след възникване на опасен инцидент. От първостепенна необходимост е те да бъдат включени и да съдействат при разработването и тестването на планове за защита.

Включване на „Контактни лица“ за подкрепа и преодоляване на ограниченията на хората с увреждания

Предлагаме да бъдат включени „Контактни лица“ за подкрепа и преодоляване на ограниченията на хората с увреждания. Те ще подпомагат правителствените агенции и службите на национално, областно и общинско ниво, ангажирани с превенцията, аварийно-спасителните (вкл. медицинското осигуряване) и възстановителни мероприятия.

„Контактните лица“ ще извършват и координират дейности гарантиращи, че програмите и услугите по защита са достъпни и адаптирани за лица с функционални потребности и ограничения, като например:

- организиране и провеждане на обучителни семинари за защита и превенция на значими проблеми като стреса при бедствия за групи в риск;
- разпространение на обучителни материали за защита и превенция на значими проблеми като стреса при бедствия сред лица с увреждания и техните близки;
- популяризиране и промотиране на добри международни практики при планирането и управлението на помощта при бедствени ситуации;
- колаборация с неправителствените организации и средствата за масова информация;
- интегриране на различни сценарии за лица с увреждания при обучения и демонстрации на спасителните екипи;
- осигуряване на експертиза при планиране на евакуационните дейности с цел отстраняване на физическите бариери и преодоляване на функционалните ограничения и др.

Изграждане на обща рамка за защита с акцент лица с увреждания

От важно значение е и да бъде изградена общата рамка, която да включва основните функционални потребности на групите в риск, чрез:

- изграждане на капацитет за подготовка, реакция и възстановяване при бедствия;
- адаптиране на подходящи насоки и протоколи за управление на ресурсите;
- оптимизиране предоставянето на услуги;
- повишаване броя и честотата на обученията;
- приваждане на теорията в практиката и др.

V. ИЗВОДИ

1. Бедствията създават едновременни условия за възникване на опасно събитие, експозиция и уязвимост. Идентифицирането и оценката на риска са основни инструменти и имат решаващо значение за неговото управление и за редуциране на негативните ефекти.
2. Бедствията, представляващи риск от медицински и икономически загуби за Р България са: екстремни температури, бури, наводнения, свлачища, земетресения, горски пожари, транспортни катастрофи, масови отравяния, замърсяване на околната среда, експлозии.
3. Основни рискове за Североизточен район на планиране в Р България са: екстремните температури, наводненията, транспортните и индустриалните инциденти.
4. Преживяване на силен стрес се съобщава от 98% от анкетираните лица с увреждания.
5. Преобладаващият брой респонденти – 69,6% се считат за неподготвени и 23,2% частично готови за посрещане на бедствена ситуация или сериозен инцидент.
6. След промяната в структурата на организацията по защита (преминаване от Дирекция „Гражданска защита“ към Главна дирекция „Пожарна безопасност и защита на населението“) няма промяна в нивата на стрес при групите в риск, поради липса на достатъчно информация, частично медийна, за оптимизиране организацията по спасителните мероприятия.
7. Болшинството обсъдени стресови еквиваленти нарастват с възрастта и най-вече след 61 г. Малки са разликите при двата пола (при жените са по-чести). Почти не се влияят от местоживеенето и са малко зависими от образованието.
8. Разработените обучителни стратегии за превенция и управление на стреса за групите в риск при бедствени ситуации включват: определяне на стресорите, информираност относно стресора, промяна във възприятието на стресора и подготовка за справяне със стресора.
9. Хората с увреждания от гр. Варна нямат необходимата подготовка за бедствени ситуации, но желаят да получат такава основно чрез радиото и телевизията; лекции и беседи; касети и дискове и печатни материали (листовки и брошури).
10. За редуциране на значимите проблеми от бедствията са направени предложения лицата с увреждания да се подготвят чрез:
 - създаване на лична Мрежа за подкрепа;
 - попълване на лична Оценка за нещата от първа необходимост;

- изработване на личен План за действие;
- обезопасяване на местообитанието;
- усвояване на основни методи и средства за повишаване устойчивостта при стрес;
- обучение в самопомощ и взаимопомощ като важна част от Първата долекарска помощ.

11. За оптимизиране на дейностите по планирането и управлението при бедствия се препоръчва:

- идентифициране на групите в риск и определяне на техните функционални затруднения при бедствени ситуации и при мероприятия по защитата;
- включване на индивидуалния подход към груповия за защита на лицата с увреждания;
- включване на „Контактни лица“ за подкрепа и преодоляване на ограниченията;
- изграждане на обща рамка за защита с акцент функционалните потребности на групите в риск.

12. Потвърдена е основната теза на дисертационния труд, че при бедствени ситуации стресът е значим проблем, който оказва неблагоприятно въздействие върху здравословно (физическо и емоционално) състояние на групите в риск - хора с увреждания, като се отразява върху способността им за справяне с възникналите усложнения и поради тази причина, чрез повишаване нивото на информираност и здравни знания за оказване на помощ и взаимопомощ при бедствени ситуации на рисковите групи, може да се направи превенция на стреса и на неговите негативни ефекти и отражение върху тяхното здравословно състояние.

13. Потвърдени са изследователските хипотези, а именно:

- Бедствените ситуации са причина за възникването на редица проблеми за лицата в обсега на бедствието. Планирането, определянето на риска и подготовката за реакция са от съществено значение за тяхното преодоляване.

- При бедствия хората с увреждания са рискови групи, при които съпътстващите заболявания и здравословни проблеми, могат да се задълбочат вследствие на настъпилите промени.

- Стресът оказва отрицателно влияние върху общото състояние на хората. Неговото преодоляване е от съществено значение за превенция на трайните негативни здравословни ефекти.

- При бедствени ситуации, стресът е един от най-значимите проблеми, с който могат се сблъскаат групите в риск - хора с увреждания.

- Повишаването информираността и знанията на хората с увреждания за оказване на адекватна самопомощ и взаимопомощ при бедствени ситуации, трябва да има приоритетно значение за превенцията на стреса.

VI. ПРИНОСИ

Научно- теоретични

1. Направени са идентифициране и оценка на риска от бедствени ситуации в глобален и национален мащаб, с фокус Североизточен район на планиране в Р България за периода 1900-2017 г.
2. Разработен е Алгоритъм за подробна оценка на риска от бедствия.
3. Проучени са проявите на стрес при групи в риск – хора с увреждания до и след промяната в Закона за защита при бедствия, а именно формирането на Главна дирекция „Пожарна безопасност и защита на населението“.
4. Проучена е подготовката на хора с увреждания за бедствени ситуации.
5. Изготвени са обучителни стратегии за превенция и управление на стреса на групи в риск при бедствени ситуации.
6. Направени са препоръки за оптимизиране на дейностите по планиране и управление на помощта при бедствия с акцент групи в риск.

Практико-приложни

1. За първи път в Р България е разработен и разпространен „Наръчник за самопомощ и взаимопомощ при критични ситуации за хора с трайно нарушено здраве“. (Приложение 1)
2. За първи път в Р България е разработена и разпространена листовка за подготовка на лица с увреждания в случай на бедствени ситуации. (Приложение 2)
3. Разработена е анкетна карта за мониторинг на групите в риск преживели стрес и са анкетирани 400 пълнолетни лица с увреждания с 90% намалена работоспособност от Североизточен район на планиране в Р България.
4. Разработена е анкетна карта за проучване подготовката на хора с увреждания за бедствени ситуации и са анкетирани 200 пълнолетни лица с увреждания с 90% намалена работоспособност, използващи помощни средства от гр. Варна.
5. За превенция на стреса при травматизъм са разработени пакети за защита, самопомощ и взаимопомощ на групите в риск при различни по характер бедствия:

- Превързочен пакет (за рани и травми).
- Пакет за радиационна защита (при радиационна авария) съдържащ съвременни доказани и утвърдени средства за радиационна защита – срещу увреждащите фактори на йонизиращата радиация.
- Семейен хигиенно-противоепидемичен пакет (в дома и офиса) при опасност от епидемии.
- Пакет за защита при химическа авария (в дома и офиса).

VII. ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Н. Съвременно състояние и общи принципи на организация на “медицината на катастрофите” в западноевропейските страни, САЩ и СССР. Военна медицина. 1991, 1, 56-59.
2. Ачкова М. Психиатрия, Изд. Знание, 1999, 141-168.
3. Василев Г. Основи на радиационната защита, Тита консулт, 2002.
4. Василев Г., Ангелов В. Защита на населението и околната среда при тежки ядрени аварии, Тита консулт, София, 2007.
5. Венедиков Д. Д. Советский и Международный красный крест при стихийных бедствиях и катастрофах, ВМЖ, М. 8, 1990, 23-27.
6. Волфганг Ф. Психиатрия, С. „Шаров“, 1995.
7. Гигов К., Е. Манев. Медицина на катастрофите - особености на медицинското осигуряване. Военна медицина, 1991, 6, 51-54.
8. Глоссарий медико-социологических терминов. Проект АКОО АнтиСПИД – Сибирь, 2002.
9. Годишният план за 2014 г. за изпълнение на Националната програма за защита при бедствия 2014-2018 г. е приет с Решение № 270 на Министерския съвет от 07 май 2014.
10. Годишният план за 2015 г. за изпълнение на Националната програма за защита при бедствия 2014-2018 г. е приет с Решение № 409 на Министерския съвет от 04 юни 2015.
11. Годишният план за 2016 г. за изпълнението на Националната програма за защита при бедствия 2014-2018 г. е приет с Решение № 200 на Министерския съвет от 24 март 2016.
12. Годишният план за 2017 г. за изпълнението на Националната програма за защита при бедствия 2014-2018 г. е приет с Решение № 943 на Министерския съвет от 10 ноември 2016.
13. Дончева Ц. Сравнителен анализ на проучвания за употреба на ПАВ в училища във Варна и София, Здравна икономика и мениджмънт, 3, 2006.
14. Закон за защита при бедствия. Обн. ДВ. бр.102 от 19 Декември 2006 г., посл. изм. ДВ. бр.13 от 7 Февруари 2017.
15. Закон за здравето. Обн. ДВ. бр.70 от 10 Август 2004, посл. изм. ДВ. бр.85 от 24 Октомври 2017.

16. Закон за Министерството на вътрешните работи. Обн. ДВ. бр. 53 от 27 Юни 2014, посл. доп. ДВ. бр. 58 от 18 Юли 2017.
17. Закон за националната система за спешни повиквания с единен европейски номер 112. Обн. ДВ. бр.102 от 28 Ноември 2008, посл. изм. и доп. ДВ. бр. 60 от 2 Август 2016.
18. Закон за отбраната и въоръжените сили на Република България. Обн., ДВ, бр. 35 от 12.05.2009 г., посл. изм. и доп., ДВ бр. 85 от 24.10.2017.
19. Закон за управление и функциониране на системата за защита на националната сигурност. Обн. ДВ. бр. 61 от 11 Август 2015.
20. Закон за управление при кризи. Обн., ДВ, бр. 19 от 2005 г., посл. изм. и доп. бр. 11, 41 и 78 от 2007.
21. Здравната политика в Европа през 21 век. Профилактика на самоубийствата в Европа – The world health report 2004 – changing history, 2004.
22. Костадинова Т. Управление на промяната в здравеопазването в новите икономически условия, изд. Стено, 188 стр., 2011.
23. Костадинова Т., М. Рохова. Маркетинг в здравеопазването, изд. Медицински университет –Варна, 2016.
24. Крусев С., Р. Чакърва, И. Михайлова, Л. Лазарова. Организация на медицинското осигуряване на населението при бедствени ситуации, Ново обществено здравеопазване, том1, изд. Аквагра-фикс - ООД, 1998, 455-469.
25. Мардироян Г. От космоса срещу екологичните катастрофи, БАН, София, 1993.
26. Международна класификация на болестите, МКБ-10, Глава V, Категории F 40 F 99 – психични и поведенчески разстройства, СЗО Женева, 1992.
27. Михайлова И., Р. Чакърва, Ст. Крусев, Д. Филипов. Териториален анализ на медицинските последици от бедствията в България. IV Национален конгрес по медицинска география, Тезиси, 1991, Варна, 89-90.
28. Михова Г. Безработицата при рисковите групи в България. Акад. изд. „Проф. М. Дринов“. София, 2003.
29. Наредба за условията, реда и органите за извършване на анализ, оценка и картографиране на рисковете от бедствия. Обн. ДВ. бр. 84 от 2 Ноември 2012 г., посл. изм. ДВ. бр. 55 от 7 Юли 2017.
30. Национален план за защита при бедствия, приет с Решение № 973 на Министерския съвет на Р България, 29.12.2010.
31. Национална програма за защита при бедствия 2014-2018 г., приета с Решение № 270 на Министерския съвет от 07.05.2014.

32. Николова Р. Личностови разстройства, Неврология психиатрия, 3, 2005, 39.
33. Писева Д. Психиатрия, Мед.изд. АРСО, София, 2005.
34. План за защита при бедствия на РЗИ Варна, 07.09.2012.
35. Попзахариева В. Медицина на катастрофите, изд. Знание, Ст.Загора, 1995.
36. Попов Хр. Психопатология на човешката агресия, София, Колор студио, 2000, 412 стр.
37. Правилник за устройството и дейността на Съвета за намаляване на риска от бедствия към Министерския съвет за подпомагане формирането и осъществяването на държавната политика в областта на защитата при бедствия. Обн. ДВ. бр.93 от 23 Ноември 2016.
38. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций, Москва, Прогрес, 1979.
39. Романова Хр. Бедствени ситуации във Варненски регион и възможни хигиенно-епидемиологични проблеми, Медицински университет Варна, 2005.
40. Романова Хр. Бедствените ситуации и възможни хигиенно-епидемиологични проблеми във Варна, 2006.
41. Романова Хр. Бедствени ситуации и медицинско осигуряване, Колор Принт, Варна, 2005.
42. Романова Хр. Медицина на бедствените ситуации, Варна, РИА Спектра, 2007, 2009.
43. Романова Хр. Защита и медицинска помощ при бедствени ситуации, Варна, Колор Принт, 2012.
44. Романова Хр., Н. Радева, Р. Радев. Проучване подготовката на хора с увреждания за бедствени ситуации. Сборник с доклади от научен симпозиум – Традиции и съвременност в медицинската география и медицината на бедствените ситуации. София; 2014, стр. 379-383.
45. Стратегия за намаляване на риска от бедствия 2014 - 2020 г., приета с Протокол № 15.19 на Министерския съвет от 16.04.2014.
46. Ташев Т. Разговор с психиатъра, Медицина и физкултура, София, 1989.
47. Тонев Ст. Медицинско осигуряване при кризи, изд. Ирита, София, 2007.
48. Хаджийска И. Посттравматично стресово разстройство. Обща медицина, 2, 2000, 42-43.
49. Хермес П. Управление на риска, Българо-холандски семинар – Минимизиране риска от замърсяване, вследствие възникване на бедствия и аварии в района на Варненско и Белославско езеро и Варненския залив, Варна, 25-26.02.2010.

50. Чакърова, Р., В. Захариев, В. Найденов, Ил. Михайлова, Новости в организацията на медицинското осигуряване на населението при бедствени ситуации, Социална медицина, 4, 2005, 4.
51. Цоневски Д. Психологични аспекти при екологични катастрофи, Социална медицина, 3/4, 1997, 8-10.
52. Шишков А. Психиатрична помощ при бедствия, Организация на огледа при масови бедствия, медицинска помощ и експертизи, 1994, 126-135
53. Albee G. P. Speak no evil. *American Psychologist*, 52, 1997, 1143-1144.
54. Allen I. PTSD among African Americans. In Marsella, A. & Friedman, M. (Eds.) *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical applications* Washington, DC: American Psychological Association, 1996, pp. 209-238.
55. Alson R., D. Dlexander, R. Leonard, L. Stringer. Analysis of medical treatment at a field hospital following Hurricane. *Annals of Emergency Medicine*. 1993 Nov., 22(11): 1721-8.
56. A new strategy for Social Cohesion. Revised strategy for Social Cohesion approved by the Committee of Ministers of the Council of Europe. European Committee for Social Cohesion (CDCS); October 2004. [Internet 31.03.2017]
http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialcohesiondev/source/RevisedStrategy_en.pdf
57. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2000.
58. Arnold J. L. Disaster medicine in the 21st century: future hazards, vulnerabilities and risk. *Prehospital Disaster Med*, 2002, 17: 3-11.
59. Arendt M., Elklit A. Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2001, 104, 423-437.
60. Asarnow J., Glynn S., Pynoos, R. When the earth stops shaking: Earthquake sequelae among children diagnosed for pre-earthquake psychopathology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1999, 38, 1016-1023.
61. Asmundson G. J. G., Carleton R. N., Wright K. D., Taylor S. Psychological sequelae of remote exposure to the September 11th 2001, terrorist attacks in Canadians with and without panic. *Cogn Behav Ther*, 2004, 33 (2): 51-9.
62. Association canadienne pour la santé mentale. [Internet 06.04.2017].
<http://www.cmha.ca/mental-health/your-mental-health/stress/>

63. Association of State and Territorial Health Officials (ASTHO). At-Risk Populations and Pandemic Influenza: Planning Guidance for State, Territorial, Tribal, and Local Health Departments. Executive Summary, August 2008 [Internet 1.11.2016].
<http://www.astho.org/Infectious-Disease/At-Risk-Populations/At-Risk-Populations-and-Pandemic-Influenza--Planning-Guidance-Executive-Summary/>
64. Badke-Schaub P., G. Hofinger, K. Lauche. Human Factors - Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen, Springer-Verlag. Berlin, Heidelberg, 2008.
65. Banks L. M., S. Polack. The Economic Costs of Exclusion and Gains of Inclusion of People with Disabilities: Evidence from Low and Middle Income Countries. CBM, International Centre for Evidence in Disability, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2014.
66. Barker C., Pistrang, N. Psychotherapy and social support: Integrating research on psychological helping. *Clinical Psychology Review*, 2002, 22, 361-379.
67. Barton A. H. Communities in disaster: A sociological analysis of collective stress situations. New York: Doubleday, 1969.
68. Basoglu M., Livanou M., Salcioglu E. A single session with an earthquake simulator for traumatic stress in earthquake survivors. *American Journal of Psychiatry*, 2003, 160, 788-790.
69. Beaudoin C. E. Hurricane Katrina: Addictive behavior trends and predictors. *Public Health*, 2011, 126, 400-409.
70. Belle D., Doucet J. Poverty, inequality and discrimination as sources of depression among U.S. women. *Psychology of Women Quarterly*, 2003, 27(2), 101-113.
71. Benson H., M. Z. Klipper. *The Relaxation Response*. (1975) Updated and expanded. HarperCollins publisher. USA, 2001.
72. Bland S. H., O'Leary E. S., Farinano E., Jossa F., Trevisan M. Long-term psychological effects of natural disasters. *Psychosomatic Medicine*, 1996, 58, 18-24.
73. Boscarino J. Diseases among men 20 years after exposure to severe stress: implications for clinical research and medical care. *Psychosom-Med*. 1997 Nov-Dec., 59(6): 605-14.
74. Bradel L. T, Bell K. M. Treatment for Survivors of Natural Disasters. *Annals of the American Psychotherapy Association*. June, 2014.
75. Braun U. Der ertrinkungsunfall. In Burchardi H.: *Akute Notfälle*. Georg Thime Verlag Stuttgart, New York, 1993.
76. Breslau N., Davis G., Andreski P. Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 1997, 54, 1044-1048.

77. Bromet E. Mental health of residents near the Three Mile Island reactor: A comparative study of selected groups. *Journal of Preventive Psychiatry*, 1982, 1, 225-276.
78. Brouillette M. Theories to explain the development of special education. In: P. Mitter, R. Brouillette, O. Harris, eds., *Special Need Education*. London-Philadelphia, 1993, pp. 29-42.
79. Cabrera M. F., M. T. Arredondo, A. Rodriguez, J. Quiroga. Mobile technologies in the management of disasters: the results of a telemedicine solution. *Proc AMIA Symp.*, 2001, 86-89.
80. California Department of Rehabilitation. (1997). *Disaster preparedness for persons with disabilities: Improving California's response*. Retrieved October 18, 2005. [Internet 05.03.2017] <http://www.atnet.org/education/prepare.pdf>
81. Cannon W. B. The emergency function of the adrenal medulla in pain and the major emotions. *Am J Physiol*, 1914, 33:356–372.
82. Caplan G. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books, 1964.
83. Centers for Disease Control and Prevention. *Continuation guidance — Budget Year 5: Attachment H: Cross-cutting benchmarks and activities*. 2004 [Internet 14.10.2015] <http://www.bt.cdc.gov/planning/continuationguidance/pdf/activities-attachh.pdf>
84. Chandrasekhar C. P., J. Ghosh. Information and communication technologies and health in low income countries: the potential and the constraints. *Bull World Health Organ*, 2001, 79: 850-855.
85. Chizh I. The organizational principles for the formation of a territorial medical support system for the Armed Forces. *Voen-Med-Zh*. 1995 Apr (4); 80, 18-25.
86. Clough P., G. Lindsay. *Integration and the Support Service. Changing Roles in Special education*. NFER Nelson, 1991, 169 p.
87. Cohen R. E., *Disaster workers, Mental health services in Disasters: Instructors guide (PAHO – OPS)*, 2000, 174 p.
88. Conlon L., Fahy T. J., Conroy R. PTSD in ambulant RTA victims: A randomized controlled trial of debriefing. *Journal of Psychosomatic Research*, 1998, 46, 37-44.
89. Couch S., Kroll-Smith J. S. The chronic technical disaster: Toward a social scientific perspective. *Social Science Quarterly*, 1985, 66, 564-575.
90. Cyralene P. B. *Stress Management in Disasters. Emergency Preparedness and Disaster Relief Coordination Program*. Pan American Health Organization. Regional Office WHO, Washington, D.C., 2001.
91. David. A., S. Sagramola. *Major Hazards and People with Disabilities: Their Involvement in Disaster Preparedness and Response. /Risques Majeurs et Personnes*

Handicapées: Leur participation à la préparation et à la réaction aux catastrophes. Council of Europe. Strasbourg; 2014, pp. 65.

92. David A. Principles of Emergency Planning and Management, Oxford University Press, 2002.

93. David D., Mellman T. A., Mendoza L. M., Kulick-Bell R., Ironson G., Schneiderman N. Psychiatric morbidity following Hurricane Andrew. Journal of Traumatic Stress, 1996, 9, 607-612. doi: 10.1002/jts.2490090316.

94. De Rosnay J. Henri Laborit: de la cybernétique à la systémique, 9 juin 1995. [Internet 29.03.2017]

<https://www.carrefour-du-futur.com/articles/henri-laborit-de-la-cybern%C3%A9tique-%C3%A0-la-syst%C3%A9mique/>

95. De-Coninck M., The army medical service: past, present, and future. Verh-K-Acad-Geneskd-Belg. 1996, 58(6): 683-700.

96. Delooz H., The integration of emergency care in a total critical care medicine (CCM) system. Disaster Medicine, 1983, 1, 129-130.

97. de Rosney J. Laborit: de la cybernétique à la systémique; 9 juin 1995. [Internet 29.03.2017]

<https://www.carrefour-du-futur.com/articles/henri-laborit-de-la-cybern%C3%A9tique-%C3%A0-la-syst%C3%A9mique/>

98. Dickinson W. P. The Grieving of traumatized patient. - Programs and abstracts from the 51st Annual American Academy of Family Physicians Scientific Assembly. Orlando, Flo. Sept. 6-19, 1999.

99. Dohrenwend B. P. Adversity, stress and psychopathology. Oxford, England: Oxford University Press. 1998.

100. Dougall A. L., Hyman K., Hayward M. Optimism and traumatic stress: The importance of social support and coping. Journal of Applied Social Psychology. 2001, 31, 223-245.

101. Doyle C., Mass casualty incident. Integration with prehospital care. Emergency Medicine Clinics of North America. 1990 Feb., 8(1): 163-75.

102. Dynes R. Expanding the horizons of disaster research. National Hazards Observer. 2004, 28 (4), 1.

103. Edelstein M. R. Contaminated communities: Coping with residential toxic exposure. Boulder, CO: Westview Press. 2004.

104. Ehlers A., Clark D. M. Early psychological interventions for adult survivors of trauma: A review. Biological Psychiatry. 2003, 53, 817-826.

105. Ehrenreich J. H. Disasters: A guidebook to psychosocial intervention. 2001. [Internet 05.06.2017]
<http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2002-1/smyth.htm>
106. Epstein R., Fullerton C., Ursano R. Posttraumatic stress disorder following an air disaster: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*. 1998, 155, 934-938.
107. Faust D., Zlotnick C. Another Dodo Bird verdict: Revisiting the comparative effectiveness of professional and paraprofessional therapists. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 1995, 2, 157-167.
108. Fischman M. L. Building - Associated Illness. In: *Occupational Medicine* ed. J. La Dou, Apleton/Lenge, Norwalk, 1990, 453-458.
109. Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
110. Frey R. J. Stress. *The Gale Encyclopedia of Medicine*, Third Edition. Jacqueline L. Longe, Editor. Farmington Hills, MI. Thomson Gale, 2006.
111. Fu K., White J., Chan Y., Zhou .L, Zhang Q., Lu Q. Enabling the disabled: media use and communication needs of people with disabilities during and after the Sichuan earthquake in China. *Int J Emerg Manag*, 2010, 7(1):75–87.
112. Fullerton C. S., Ursano R. J., Vance K., Wang, L. Debriefing following trauma. *Psychiatric Quarterly*, 2000, 71 (3), 259-276.
113. Galea S., Nandi A., Vlahov D. The epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews*, 2005, 27, 78-91. doi: 10.1093/epirev/mxi003.
114. Gibbs M., K. Montagnino. Disasters, A Psychological Perspective, in David A. McEntire (Hg.): *Disciplines, Disasters and Emergency Management. The Convergence and Divergence of Concepts, Issues and Trends from the Research Literature*. Electronic Textbook, FEMA, Emergency Management Institute, 2004. [Internet 24.11.2016]
<http://www.training.fema.gov/emiweb/edu/docs/EMT/GibbsPsychology.doc>
115. Gibbs M. Factors in the victim that mediate between disaster and psychopathology: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 1989, 2, 489-513.
116. Gibbs M. Disasters: Their impact on psychological functioning, and mediating variables. In Gibbs, M. S., Lachenmeyer J. R., Sigal J. (Eds.) *Community Psychology and Mental Health*. New York: Gardner. 1992, pp.195-213.
117. Gibbs M., Lachenmeyer J. R., Broska A., Deucher R. Effects of the AVIANCA Aircrash on Disaster Workers. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*. 1996, 14 (1): 23-32.

118. Ginexi E., Weihs K., Simmens S. Natural disaster and depression: A prospective investigation of reactions to the 1993 Midwest floods. *American Journal of Community Psychology*, 2000, 28, 495-518.
119. Gist R., B. Stolz. *Am. Psychol.*, 1982, 37, 1136-1139.
120. Gourlay C., D. Helly, I. Ioannides, R. Khol et al. *Civilian Crisis Management: The EU Way*. Chaillot Paper 90: European Union Institute for Security Studies. Paris; 2006. [Internet 31.03.2017].
<http://www.iss.europa.eu/uploads/media/cp090.pdf>
121. Gray M. J., Maguen S., Lidz B. T. Acute psychological impact of disaster and large-scale trauma: Limitations of traditional interventions and future practice recommendations. *Prehospital and Disaster Medicine*, 2004, 19(1).
<http://pdm.medicine.wisc.edu>
122. Green B., Solomon S. The mental health impact of natural and technological disasters. In Freedy, J. & Hobfoll, S. (Eds.), *Traumatic Stress: From Theory to Practice*. New York: Plenum. 1995, pp. 163-180.
123. Greening L., Stoppelbein L., Docter R. The mediating effects of attributional style and event-specific attributions on postdisaster adjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 2002, 26, 261-274.
124. Groce N., M. Kett, R. Lang, Trani J.F. Disability and Poverty: the need for a more nuanced understanding of implications for development policy and practice. *Third World Quarterly*. Vol. 32, Iss. 8; 2011, pp. 1493-1513.
125. Groopman J. The grief industry: How much does crisis counseling help – or hurt? *New Yorker*, January 2004, 26, 30-38.
126. Gross E., A. E. Juncos. *EU Conflict Prevention and Crisis Management; Roles, Institutions and Policies*. Routledge. London, 2011.
127. *Handbook of vital statistics systems and methods*. Volume 1: legal, organizational and technical aspects. United Nations. Department of International Economic and Social Affairs, Statistical Office. New York, 1991.
128. Hein K. Adolescent HIV Testing - Who Says Who signs? *Am J Public Health*. 1997, 87:1277.
129. Hemingway L., Priestley M. Natural hazards, human vulnerability and disabling societies: a disaster for disabled people? *Review of Disability Studies*, 2006, 2(3): 57-67.
130. Hogan B. E., Linden W., Najarian B. Social support interventions: Do they work? *Clinical Psychology Review*, 2002, 22, 381-440.

131. Horowitz M., Wilner M., Alvarez W. Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 1979, 41, 209-218.
132. Holloway H., A. Norwood, C. Fullerton, C. Engel, R. Ursano. The threat of biological weapons. Prophylaxis and mitigation of psychological and social consequences. *JAMA*. 1997 Aug 6; 278(5): 425-7.
133. Inter-Agency Standing Committee (IASC), the European Commission. INFORM (Index for Risk Management) 2018. [Internet 02.09.2017]
<http://www.inform-index.org/>
134. International Disability and Development Consortium (IDDC). Le handicap dans les situations de conflit et d'urgence. Brochure d'information; 2010. [Internet 11.12.2016]
<https://www.iddconsortium.net/>
135. Jacobs G. A. The development of a national plan for disaster mental health. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1995, 26, 543-549.
136. Jacobsen L. K., Southwick S. M., Kosten T.R. Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature, *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158, 1184-1190. doi: 10.1176/appi.ajp/158.8.1184.
137. Jannier D. Attentats dans le metro Parisien-Comporation entre un acte de terrorisme chimique, Samn, Paris, 2003.
138. Jenkins, S. R. Emergency medical workers, mass shooting incident stress and psychological recovery. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 1998, 16, 119-143.
139. Jia Z., W. Tian, W. Liu, Y. Cao, J. Yan, Z. Shun. Are the elderly more vulnerable to psychological impact of natural disaster? A population-based survey of adult survivors of the 2008 Sichuan earthquake. *BMC Public Health*; March 2010.
140. Jonson R. H. Dealing with the terror of nuclear terrorism. *Health Physics*, 2004, 87 (Suppl.1): S3-S4.
141. Kailes J. I., A. Enders. Moving Beyond „Special Needs“. A Function-Based Framework for Emergency Management and Planning. *Journal of Disability Policy Studies*. Vol. 17 /No. 4; 2007, pp. 230–237.
142. Kaniasty K., Norris F. In search of altruistic community: Patterns of social support mobilization following Hurricane Hugo. *American Journal of Community Psychology*, 1995, 23, 447-477.
143. Kaniasty K., Norris F. Social support dynamics in adjustment to disasters. In Duck, S. (Ed) *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions* (2nd ed.). New

York, NY: John Wiley & Sons, Inc. 1997, pp. 595-619.

144. Kaniasty K., Norris F. Help-seeking comfort and receiving social support: The role of ethnicity and context of need. *American Journal of Community Psychology*, 2000, 28, 545-581.
145. Kenardy J. A., Webster R. A., Lewin T. J., Carr V. J., Hazell P. L., Carter G. L. Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 1996, 9, 37-49.
146. Kessler R. C., Sonnega A., Bromet E. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1995, 52, 1048-1060.
147. Kessler R. C., Galea S., Jones R. T., Parker H. A. Mental illness and suicidality after Hurricane Katrina. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006, 84:930–939.
148. Kessler R. C., Galea S., Gruber M. J., Sampson N. A. et al. Trends in mental illness and suicidality after Hurricane Katrina. *Molecular Psychiatry*. 2008, 13:374–384.
149. Kett M., van Ommeren M. Disability, conflict, and emergencies. *Lancet* 2009, 374(9704):1801–1803. doi: 10.1016/S0140-6736(09)62024-9.
150. Kieffer D. *Encyclopédie de revitalisation naturelle*, Éditions Sully, France, 2001 (édition revue et augmentée de Cures anti-stress et santé globale, publié en 2000).
151. Knight B., Gatz M., Heller K. Age and emotional response to the Northridge earthquake: A longitudinal analysis. *Psychology & Aging*, 2000, 15, 627-634.
152. Krakow B. J., Melendrez D. C., Johnston L. G. et al. Sleep dynamic therapy for Cerro Grande fire evacuees with posttraumatic stress symptoms: A preliminary report. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002, 63, 673-683.
153. Kramer P. Prozac: le bonheur sur ordonnance? – L'enquête d'un médecin sur les nouveaux traitements de la dépression, First-Documents, France;1994.
154. Krillov M. The periodization of the activities of the treatment specialists in rendering medical care to the victims of the earthquake in Armenia. *Ter-Arkh*. 1995, 67(1): 42-5.
155. Kratochvil S., *Psychoterapia*. Warszawa, PWN, 1978.
156. Kwon Y. S., Maruyama S., Morimoto K. (2001). Life events and posttraumatic stress in Hanshin-Awaji earthquake victims. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 2001, 6, 97-103. doi: 10.1007/BF02897953.
157. Laborit H. *L'inhibition de l'Action*. Editions Masson et Presses Universitaires de Montréal, 1980.
158. Lathrop D. DISASTER! If you have a disability, the forces of nature can be meaner to you than anyone else. *Mainstream*, November 1994.

159. Lazarus R. S. Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill, 1966.
160. Lazarus R. S., S. Folkman. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Pub. Co., 1984.
161. Lazarus R. S. Why We Should Think of Stress as a Subset of Emotion. Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects, 2nd ed., L. Goldberger and S. Breznitz (ed), New York, N.Y., Free Press, 1993.
162. Lazarus R. S. Stress and emotion: A new synthesis. New York: Springer Pub. Co., 1999.
163. Le Projet Sphère. „Charte humanitaire et normes minimales pour les Interventions lors de catastrophes“. Steering Committee for Humanitarian Response (SCHR - Comité directeur pour l'action humanitaire) et d'InterAction, en collaboration avec VOICE (Voluntary Organisations in Cooperation in Emergencies) et l'ICVA (International Council of Voluntary Agencies – Conseil international des agences bénévoles. Oxfam GB, 2004.
164. Leonard R., U. Teitelman. Manmade disasters. Critical Care Clinics. 1991 Apr., 7(2): 293-320.
165. Levi L. Society, Stress and disease, Vol. 1, The psychosocial environment and psychosomatic disease. London: Oxford University Press. Pharmacol, 1971, 21:122.
166. Levitin H., H. Siegelson. Hazardous materials. Disaster medical planning and response. Emerg-Med-Clin-North-Am. 1996 May, 14(2): 327-48.
167. Lewin T., Carr V., Webster R. Recovery from post-earthquake psychological morbidity: Who suffers and who recovers? Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 1998, 32, 15-20.
168. Lifton R. Death in life: Survivors of Hiroshima. New York: Random House, 1967.
169. Lifton R., E. Olson. Psychiatry, 1985, 39, 1-18.
170. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. American Journal of Psychiatry, 1944, 101, 141-148.
171. Lima R., Rai S., Toledo V., Caris L. et al. Emotional distress in disaster victims. A follow-up study. J. Nerv. Ment Dis. 1993 Jun., 181(6): 388-93.
172. Litman T. Evaluating Transportation Land Use Impacts. Considering the Impacts, Benefits and Costs of Different Land Use Development Patterns. Victoria Transport policy Institute, 27.02.2017. [Internet 14.3.2017]
www.vtpi.org
173. Marez T., P. Shirali, I. M. Haguenoer. Int. Archives of Occupational and Environmental

Health, 1992, 64, 5, 373-378.

174. Mason V., Andrews H., Upton D. The psychological impact of exposure to floods. *Psychology Health & Medicine*, 2010, 15, 61-73. doi: 10.1080/13548500903483479.

175. Mayo Foundation for Medical Education and Research (Ed). Diseases & Conditions - Stress: A conversation with a Mayo expert. [Internet 06.04.2017]
www.mayoclinic.org

176. Mayou R. A., Ehlers A., Hobbs M. Psychological debriefing for road traffic accident victims: Three year follow-up of a randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 2000, 176, 589-593.

177. McFarlane A. C., Papay P. Multiple diagnoses in posttraumatic-stress-disorder in the victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1992, 8, 498-504. doi: 10.1097/00005053-199208000-00004.

178. McLeish A. C., Del Ben K. S. Symptoms of depression and posttraumatic-stress-disorder in an outpatient population before and after Hurricane Katrina. *Depression and Anxiety*, 2008, 25, 406-421. doi: 10.1002/da.20426.

179. McMillen C., North C., Mosley M., Smith E. Untangling the psychiatric comorbidity of posttraumatic stress disorder in a sample of flood survivors. *Comprehensive Psychiatry*, 2002, 43, 478-485.

180. MedicineNet. Stress. Foothill Ranch: MedicineNet Inc. 2013. [Internet 06.04.2017]
<http://www.medicinenet.com/stress/article.htm>

181. Mental Health Foundation of New Zealand. Stress and how to handle it. Pamphlet. Mental Health Foundation of New Zealand. Auckland. 2011.

182. Miller L. H., A. D. Smith, L. Rothstein. *The Stress Solution: An Action Plan to Manage the Stress in Your Life*. Pocket Books; 1994.

183. Minnesota Department of Health. Defining „At Risk“ Populations; July 2010. [Internet 01.11.2016].
<http://www.health.state.mn.us/>

184. Mitchell J. T. When disaster strikes... The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 1983, 8, 36-9. Accessed 2014.

185. Mitchell J. T., Everly Jr. G. S. CISM and CISD: Evolutions, effects and outcomes. In Raphael, B. & Wilson, J. P. (Eds.) *Psychological debriefing: Theory, practice and evidence*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2000.

186. Nakamura H. Overview of the Hanshin-Awaji earthquake disaster. *Acta-Paediatr-Jpn*. 1995 dec; 37(6): 713-6.

187. National Center for PTSD Assessment instruments. 2003.
<http://www.ncptsd.org/publications/assessment/>
188. National Library of Medicine (Ed). PubMed, NCBI. [Internet 29.03.2017]
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
189. National Response Framework. Federal Emergency Management Agency. US Department of Homeland Security. Second Edition, May 2013.
190. Neuner F., Schauer M., Klaschik C., Karunakara U., Ebert T. A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating Posttraumatic Stress Disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004, 72, 579-587.
191. Nixon P. G. The human function curve - a paradigm for our times. *Act Nerv Super (Praha)*. 1982, Suppl. 3 (Pt 1):130-3.
192. Norris F. H., Friedman M. J., Watson P. J., Byrne C. M., Diaz E., Kaniasty K. 60,000 disaster victims speak: Part 1. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, (2002a), 65, 207-239.
193. Norris F. H., Friedman M. J., Watson P. J. 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, (2002b), 65, 240-260.
194. Norris F. H., Perilla J., Ibanez G., Murphy A. Sex differences in symptoms of posttraumatic stress: Does culture play a role? *Journal of Traumatic Stress*, 2001, 14, 7-28.
195. Norris F. H., Perilla J., Riad J., Kaniasty K., Lavizzo E. Stability and change in stress, resources, and psychological distress following natural disaster: Findings from Hurricane Andrew. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 1999, 12, 363-396.
196. North C. S. Somatization in survivors of catastrophic trauma: A methodological review. *Environmental Health Perspectives*, 2002, 110, 636-640.
197. North C. S., Kawasaki A., Spitznagel, E. L., Hong B. A. The course of PTSD, major depression abuse, and somatization after a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2004, 192, 823-829. doi:10.1097/01.nmd.0000146911.52616.22.
198. Noto R., P. Huguenard, A. Larson. *Medicine de catastrophe*, Mosson, Paris, 1987.
199. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) DAC (Development Assistance Committee), 2006. The challenge of capacity development: working towards good practice. [Internet 04.05.2017]
<http://www.gsdrc.org/docs/open/CC110.pdf>
200. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) 2012. *Disaster*

Risk Assessment and Risk Financing A G20 / OECD Methodological Framework. [Internet 04.05.2017]

<http://www.oecd.org/gov/risk/G20disasterriskmanagement.pdf>

201. OECD, 2013, OECD Reviews of Risk Management Policies: Mexico 2013: Review of the Mexican National Civil Protection System, OECD Publishing. [Internet 04.05.2017]

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264192294-en>

202. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) 2014: Disasters Derail Development. So why aren't we doing more about them? How better incentives could help overcome barriers to disaster risk reduction in development programming. Background Paper prepared for the 2015 Global Risk Assessment on Disaster Risk Reduction. [Internet 04.05.2017]

<http://www.preventionweb.net/english/hyogo/gar/2015/en/home/documents.html>

203. Oriol W. Psychosocial issues for older adults in disasters. Booklet SMA 99-3323. 1999. Retrieved September 13, 2008:

204. Pandemic and All-Hazards Preparedness Act (PAHPA). Public Law No. 109-417. USA, 2006.

205. Parslow R. A., Jorm A. F. Tobacco use after experiencing a major natural disaster: Analysis of a longitudinal study of 2063 young adults. *Addiction*, 2006, 101, 1044-1050. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01481.x.

206. Pepe P., V. Kvetan. Field management and critical care in mass disasters. *Critical care Clinics*. 1991 Apr., 7(2): 401-20.

207. Perilla J., Norris F., Lavizzo E. Ethnicity, culture, and disaster response: Identifying and explaining ethnic differences in PTSD six months after Hurricane Andrew. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 2002, 12, 20-45.

208. Pizzorno J. E. Jr. Murray Michael T (Ed). *Textbook of Natural Medicine*, Churchill Livingstone, USA, 1999.

209. Priestley M., Hemingway L. Disabled People and Disaster Recovery: a tale of two cities?, *Journal of Social Work in Disability and Rehabilitation*, 2006, 5(3/4): 23-42.

210. Pulcino T., Galea S., Ahern J., Resnick H., Foley M., Vlahov D. Posttraumatic stress in women after the September 11 terrorist attacks in New York City. *Journal of Women's Health*, 2003, 12, 809-820.

211. Quarantelli E. L. (Ed.) *What is a disaster? Perspectives on the question*. London: Routledge. 1998.

212. Quarantelli E. L., Dynes R. A. Community responses to disasters. In B. J. Sowder, (Ed.) *Disasters and mental health: Selected contemporary perspectives*. Rockville, MD: National Institute for Mental Health. 1985, pp. 158-168.
213. Rafal S. Halte aux antidépresseurs, *The Natural Pharmacist* (Ed). Conditions - Stress, ConsumerLab.com. Marabout, France, 2003. [Internet 29.03.2017]
www.consumerlab.com
214. Rapport sur les catastrophes dans le monde - La culture et les risques. Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Suisse, 2014. [Internet 31.03.2017]
<http://www.ifrc.org/Global/Documents/Secretariat/201410/1280100-WDR%20summary-2014-FR-LR.pdf>
215. Reinhardt J. D., Li J., Gosney J., Rathore F. A., Haig A.J., Marx M., Delisa J. A. Disability and health-related rehabilitation in international disaster relief. *Global Health Action*, 2011, 4: 7191.
216. Roberts A. R. *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (2nd edition). Oxford, U.K.: Oxford University Press, 2000.
217. Robins L., Fischbach R., Smith E., Cottler L., Solomon S., Goldring E. Impact of disaster on previously assessed mental health. In Shore, J. (Ed.) *Disaster Stress Studies: New Methods and Findings*. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1986, pp. 21-48.
218. Roth P., A. Vogel, G. Key, D. Hall, C. Stockhoff. The St. Croix disaster and the National Disaster Medical System. *Annals of Emergency Medicine*, 1991 Apr., 20(4): 391-5.
219. Rubonis A. V., Bickman L. Psychological impairment in the wake of disaster: The disaster-psychopathology relationship. *Psychological Bulletin*, 1991, 109, 384-399.
220. Salter C. A. Psychological effects of nuclear and radiological warfare. *Mil Med*, 2001, 166 (Suppl 12): 17-18.
221. Sánchez J., Korbin W., Viscarra D. Corporate support in the aftermath of a natural disaster: Effects on employee strains. *Academy of Management Journal*, 1995, 38, 504-521.
222. Scheidegger, A. *Physical Aspects of Natural Catastrophes*. ESPC, 1995.
223. Schoenbaum M., Butler B., Kataoka S., Norquist G., Springgate B., Sullivan G., Wells K. Promoting mental health recovery after Hurricanes Katrina and Rita: What can be done at what cost. *Archives of General Psychiatry*, 2009, 66, 906-914. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.77.
224. Secretary-general advances plans for International AIDS and Health Fund. Joint UNAIDS/WHO Press Release WNA 54/4, 17 May 2001.

225. Selye H. A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, 1936, July 04, V. 138, N 3479: 32.
226. Selye H. Pharmacological classification of steroid hormones. *Nature*, 1941a, 148:84.
227. Selye H. The physiology and pathology of exposure to stress, a treatise based on the concepts of the general-adaptationsyndrome and the diseases of adaptation. Montreal: ACTA, Inc., Medical Publishers. 1950.
228. Selye H. The stress of life. New York: McGraw-Hill Book Co. 1956.
229. Selye H. Stress without distress. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott Co. 1974.
230. Selye H. Stress in health and disease Butterworth's, Inc. Boston, MA. 1976.
231. Selye H. The stress of life. New York: McGraw Hill. 1976
232. Selye H., Szabo S. Experimental model for production of perforating duodenal ulcers by cysteamine in the rats. *Nature*, 1973, 244:458–459.
233. Selye H., Dosne C., Bassett I., Whittaker J. On the therapeutic value of adrenal cortical hormones in traumatic shock and allied conditions. *Can Med Assoc J.* 1940, 43:1.
234. Sever R., Extra-Fragile in Disaster: People with Disabilities in a Bombarded Zone. Springer International Publishing Switzerland. A. Masys (ed.), Disaster Management: Enabling Resilience, Lecture Notes in Social Networks, 2015. DOI 10.1007/978-3-319-08819-8_11.
235. Smith K. Environmental hazards: Assessing risk and reducing disaster (3rd ed.). London: Routledge. 2001.
236. Smyth J. M., Hockemeyer J., Anderson C., Strandberg K., Koch M., O'Neill H. K., McCammon S. Structured writing about a natural disaster buffers the effects of intrusive thoughts on negative affect and physical symptoms. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2002-1.
237. Solomon S., Smith E., Robins L. Social involvement as a mediator of disaster-induced stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 1987, 17, 1092-1112.
238. Spitz H., Danieli Y., Schein L., Burlingame G., Muskin P. Psychological Effects of Catastrophic Disasters: Group Approaches to Treatment. New York, 2006.
239. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Field Manual for Mental Health and Human Service Workers in Major Disasters. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2000.
240. Szabo S. Half of century of stress research: a tribute to Hans Selye by his students and associates. *Experientia* 1985, 41:559–578.
241. Szabo S. Hans Selye and development of the stress concept: special reference to gastroduodenal ulcerogenesis. *Ann NYAcad Sci*, 1998, 851:19–27.

242. Szabo S., Y. Tache, A. Somogyi. The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief "Letter" to the Editor # of Nature, Informa Healthcare USA, Inc., Stress, September 2012; 15(5): 472–478.
243. Takiguchi, M., Terrorism by Sarin happened in the subway in kokgo 1995, Catastrophe Disastec, Nottwil, Luzern, 1997
244. Taylor, S., Klein, L. & Lewis, B. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107, 411-429.
245. Taylor S., Thordarson D. S., Maxfield L., Federoff I. C., Lovell K., Ogradniczuk J. Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2003, 71, 330-338.
246. The American Institute of Stress. [Internet 06.04.2017]
<https://www.stress.org/>
247. The Comprehensive Preparedness Guide (CPG) 301. Emergency Management Planning Guide for Special Needs Populations. Federal Emergency Management Agency and DHS Office for Civil Rights and Civil Liberties. US Department of Homeland Security; 15.08.2008.
248. The Law Dictionary. Featuring Black's Law Dictionary Free Online Legal Dictionary 2nd Ed. [Internet 10.12.2016]
<http://thelawdictionary.org/>
249. Thompson M. P., Norris F.H., Hanacek B. Age differences in the psychological consequences of Hurricane Hugo. *Psychology & Aging*, 1993, 8, 606-616.
250. Tobin G. A., Ollenburger J. C. (1996). Predicting levels of postdisaster stress in adults following the 1993 floods in the upper Midwest. *Environment and Behavior*, 1996, 28, 340-357. doi: 10.1177/0013916596283004.
251. Udwin O., Boyle S., Yule W. Risk factors for long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: Predictors of Post Traumatic Stress Disorder. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 2000, 41, 969-979.
252. UNISDR (United Nations International Strategy for Risk Reduction). Building Disaster Resilient Communities Good Practices and Lessons Learned A Publication of the Global Network of NGOs for Disaster Risk Reduction; 2007. [Internet 12.04.2017]
http://www.unisdr.org/files/596_10307.pdf
253. UNISDR (United Nations International Strategy for Risk Reduction). Linking Disaster Risk Reduction and Poverty Reduction Good Practices and Lessons Learned A Publication of the Global Network of NGOs for Disaster Risk Reduction; 2008. [Internet 12.04.2017]

http://www.unisdr.org/files/3293_LinkingDisasterRiskReductionPovertyReduction.pdf

254. UNISDR (United Nations International Strategy for Risk Reduction). UNISDR Terminology on Disaster Risk Reduction 2009; 2009a. [Internet 12.04.2017]

<http://www.unisdr.org/we/inform/terminology>

255. UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction 2009; 2009b. [Internet 12.04.2017]

<http://www.preventionweb.net/english/hyogo/gar/report/index.php?id=9413GAR09>

256. UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction 2011; 2011 [Internet 12.04.2017]

<http://www.preventionweb.net/english/hyogo/gar/2011/en/home/index.html>

257. UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction 2013; 2013 [Internet 12.04.2017]

<http://www.preventionweb.net/english/hyogo/gar/2013/en/home/index.html>

258. UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction 2015; 2015a. [Internet 12.04.2017]

<http://www.preventionweb.net/english/hyogo/gar/2015/en/home/index.html>

259. UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). The Pocket GAR 2015; 2015b. [Internet 12.04.2017]

http://www.preventionweb.net/english/hyogo/gar/2015/en/home/GAR_pocket/Pocket%20GAR_3.html

260. UNISDR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction). Sendai framework for disaster risk reduction 2015–2030. Geneva: UNISDR; 2015a. [Internet 10.02.2016]

http://www.unisdr.org/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf

261. UNISDR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction). UNISDR science and technology road map for the UNISDR Science and Technology Partnership supporting the implementation of Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030; 2015b. [Internet 10.02.2016]

http://www.preventionweb.net/files/45270_unisdrscienceandtechnologyroadmap.pdf

262. Universite Catholique de Louvain (UCL) – CRED. The Emergency Events Database D. Guha-Sapir. Brussels, Belgium. [Internet 01.09.2017]

www.emdat.be

263. Ursano R. J., Fullerton C. S., Norwood A. E. Terrorism and disaster: Individual and community mental health interventions. Cambridge, UK: Cambridge University Press. 2003.

264. US Department of Health and Human Services. Office for at-risk individuals, behavioral health, and human services coordination (ABC). Fact sheet; March 2009; 2013.
265. Van Emmerik A. A. P., Kamphuis J. H., Hulsbosch A. M., Emmelkamp P. M. G. Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *Lancet*, 2002, 360, 766-771.
266. Vila G., Witowski P., Tondini M. A study of posttraumatic disorders in children who experienced an industrial disaster in the Briey region. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2001, 10, 10-18.
267. Warheit G., Zimmerman R., Khoury E. Disaster related stresses, depressive signs and symptoms, and suicidal ideation among a multi-racial/ethnic sample of adolescents: A longitudinal analysis. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 1996, 37, 435-444.
268. Wayment H. It could have been me: Vicarious victims and disaster-focused distress. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 2004, 30, 515-528.
269. Webster Jr B. H., A. Bishaw. Income, Earnings, and Poverty Data From the 2006 American Community Survey. American Community Survey Reports. U.S. Department of Commerce, Economics and Statistics Administration. U.S. CENSUS BUREAU; August 2007.
270. Weiss D. S., Marmar C. R., Metzler T. J., Ronsfeldt H. M. Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63, 361-368.
271. Wheaton B. A comparison of the moderating effects of personal coping resources in the impact of exposure to stress in two groups. *Journal of Community Psychology*, 1982, 10, 293-311.
272. Wisner B., Blaikie P., Cannon T., Davis I. *At risk: natural hazards, people's vulnerability and disasters*. London: Routledge. 2004.
273. Wisner B., Gaillard J., Kelman I. Framing disaster: Theories and stories seeking to understand hazards, vulnerability and risk. In: Wisner, B., Gaillard, J. and Kelman, I. (eds.) *Handbook of hazards and disaster risk reduction*. Abingdon: Routledge, 2012, pp. 18-33.
274. World Bank, 2014. *World Development Report 2014: Risk and Opportunity, Managing Risk for Development*. [Internet 25.05.2017]
<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-report-2014>
275. World Bank, 2014b. *Open Data for Resilience Field Guide*. Washington, DC: World Bank. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0. [Internet 25.05.2017]
https://www.gfdr.org/sites/gfdr/files/publication/opensdri_fg_web_20140629b_0.pdf
276. World Health Organisation. (2005a). *Disasters, disability and rehabilitation*. Retrieved October 8, 2005. [Internet 22.02.2017]

http://www.who.int/entity/violence_injury_prevention/other_injury/disaster_disability

277. World Health Organisation. (2005b). Injuries and disability: priorities and management for populations affected by the earthquake and tsunami in Asia. Retrieved October 10, 2005. [Internet 22.02.2017]

http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/tsunami/en/print.html

278. World Health Organisation. Health statistics and information systems [Internet 12.12.2006]

<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

279. World Economic Forum. The Global Risks Report 2017. 12th Edition. [Internet 22.02.2017]

<http://wef.ch/risks2017>

280. Wolfe J., Kimerling R. Gender issues in the assessment of posttraumatic stress disorder. In Wilson J. & Keane T. Assessing psychological trauma and PTSD. New York, NY: Guilford Press. 1997, pp. 192-238.

281. Wooding S., B. Raphael. Psychological impact of disasters and terrorism on children and adolescents: Experiences from Australia. Prehospital Disaster Medicine, 2004, 19(1):10-20.

282. Yilmaz V. A statistical analysis of the effects on survivors of the 1999 earthquake in Turkey. Social Behavior & Personality, 2004, 32, 551-558.

VIII. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1 Наръчник за самопомощ и взаимопомощ при критични ситуации за хора с трайно нарушено здраве

Приложение 2 Листовка за подготовка на хора с увреждания в случай на бедствие

Приложение 3 Намаляване на стреса при групи в риск чрез ликвидиране чувството за безпомощност в случай на травматизъм посредством общодостъпни лекарства и билки за овладяване на стреса и обучение в самопомощ и взаимопомощ

Приложение 4 Анкетна карта за мониторинг на населението, преживяло стрес

Приложение 5 Анкетна карта за проучване подготовката на хора с увреждания за бедствени ситуации

Проекта се ръководи от УС на ДИВ:
д-р Р. Радев, Ив. Криен, М. Костова, В. Неков, Ст. Стоянов
Координатор на проекта: Н. Радева
Консултант: доц. д-р Хр. Романова

ИЗКАЗВАМЕ НАШАТА БЛАГОДАРНОСТ
ЗА ОКАЗАНАТА ФИНАНСОВА ПОМОЩ НА
ОБЩИНА ВАРНА



И МЕДИЙНАТА ПОДКРЕПА НА:



Разпространява се безплатно

БЕДСТВИЯТА – ТРУДНО
ПРЕОДОЛИМА ДИСКРИМИНАЦИЯ
ЗА ИНВАЛИДИТЕ

НАРЪЧНИК
ЗА САМОПОМОЩ И ВЗАИМОПОМОЩ
ПРИ КРИТИЧНИ СИТУАЦИИ
ЗА ХОРА С ТРАЙНО НАРУШЕНО ЗДРАВЕ

ДРУЖЕСТВО НА ИНВАЛИДИТЕ
ВАРНА

ж.к. "Чайка" бл. 67 /до вх. Е/
тел.: 052/ 711 339
мобилен: 0878/ 726 339

skype: druinv111
e-mail: druinv1@abv.bg
www.druinv-varna.com




2009

Броят на природните бедствия по света се е повишил с около 20% за една година и е достигнал рекордно равнище. Това се посочва в годишния доклад на Международната федерация на дружествата на Червения кръст и на Червения полумесец.

Федерацията е регистрирала 427 природни бедствия през 2006 г. Повишението е достигнало 70% в периода 2004-2006 г. според доклада.

Увеличението отчасти се дължи на по-добрата отчетност на по-малките бедствия, но безспорно е и нарастването на броя на големите катастрофи.

С доклада се цели привличането на вниманието към инвалидите, децата, жените, възрастните хора и др. – обичайни жертви на дискриминация, които са ошетени допълнително при бедствия и аварии.



**ДРУЖЕСТВО НА ИНВАЛИДИТЕ
ВАРНА**

гр. Варна
ж.к. "Чайка", бл. 67 / Довж. В/
тел. 052/711339
0878/726339
skype: druinv111
druinv1@abvbg
www.druinv-varna.com

Проект се ръководи от УС на ДИВ:
д-р Р. Радев, Ив. Крист, М. Костова, В. Неков, Ст. Стоянов
Координатор на проекта: Н. Радева
Консултант: д-р Хр. Романова

**ИЗКАЗАМЕ НАШАТА БЛАГОДАРНОСТ
ЗА УКАЗАНАТА ФИНАНСОВА ПОМОЩ НА
ОБЩИНА ВАРНА**

**“БЕДСТВИЯТА – ТРУДНО
ПРЕОДОЛИМА ДИСКРИМИНАЦИЯ
ЗА ИНВАЛИДИТЕ”**

**ДРУЖЕСТВО НА ИНВАЛИДИТЕ
ВАРНА**

2009

ПОДГОТОВКА В СЛУЧАЙ НА БЕДСТВИЕ

Етап I. Какви бедствия е смислено и може да има?
Решете заедно с придружител/партньора си (член на семейството, близък, приятел, съсед и др.) какъв вид бедствие може да възникне/ат в района където живеете.

Проверете, какви събития са се случвали или могат да се случат във вашият район.

Попитайте партньора си дали се сеща за други възможности. Помнете, ваната задача е да разсъждавате заедно и да говорите за възможните (вероятните) събития и нуждата да сте подготвени за тях.

Не е нужно да знаете всичко. Може да съберете заедно повече информация за бедствията.

Етап II. Вашето отношение?
Изразете личното си отношение към бедствията и го споделете с партньора си. Разменете мнения, планирайте заедно.

Въпроси, които може би желаете да повдигнете:
Къде трябва да се прикриете? От какво се нуждаете, ако трябва да останете у дома за една седмица без да имате възможност да получите нужните продукти, лекарства, вода и други? Може ли да се грижите сам за себе си?

При евакуация имате ли нужда от транспорт или имате собствени? Имате ли нужда от придружител? При нужда има ли къде да бъдете поделен в града или извън него?

При обсъждането и планирането трябва всичко да стане спокойно и да не се бърза. Привлечете всеки, който е спечелил доверие Ви. Същевременно създайте "лист" с безименността (отношението) и пренесете към следващата стъпка. Възникналите притеснения трябва да се използват за да се активизира плана.

Етап III. Хората и организациите, които могат да помогнат?
Всеки се нуждае от кръг от хора, които да помогнат по време на бедствие. Трябва да се вземе в предвид и взаимомощта между инвалидите. При планирането предвидете имате ли семейство, хора с които съвместно съществувате, съседни готови да съдействат при подобна ситуация, приятели и други. Трябва да се имат в предвид и НПО-тата на и за инвалиди, държавни и общински организации ангажирани да помогнат на нуждаещите се.

Важно е да се отговори на въпросите: Членувате ли в

организация на инвалиди? Тази организация готова ли е да Ви помогне и как - преди или по време на възникнало бедствие?

Етап IV. Как получавате информация и предупреждения?
Комуникациите често са нарочани най-важната част от подготовката. За хората със затруднено зрение и слух има затруднение в случаете, когато съобщението е неразбираемо и не се чува ясно.

Трябва да се изясни как ще се получи предупреждението за опасността. Повечето хора получават информация и предупреждение от телевизията или радиото. При някои информацията може да се получи от членове на семейството, съседни, приятели и други.

Всички дискутирани възможности и предприети действия трябва да се отработят. Например: практикуване на изтичане и получаване на текстови съобщения по мобилния телефон. Направете същото и с другите планирани от Вас задачи. Повторението и затвърждаването на предвидените мероприятия гарантират по-голяма сигурност за отреагиране при бедствие.

Етап V. Поддържане на връзка.
Трябва да се установи поне една връзка или начин да се остане в контакт със семейството, близки, приятели, съседни, отделните организации и други, които са в състояние да помогнат.

Имайте в предвид, че: стационарните телефони (с кабели) ще работят когато няма ток; мобилните телефони са подходящи и по време на евакуация; карта за градските телефони ще позволи да я използвате без да имате нужда от монети.

Текстовите съобщения (чрез мобилния телефон) е добре да се използват, когато мрежата е претоварена с обаждания. Улюбени са и пейджърите.

Предварително трябва да се договори помощ с човек (поне с един) живеещ извън Вашето населено място (до 100 километра). Изяснете, по какъв начин ще осъществите контактите. Причина за това са критичните ситуации, когато телефонните разговори (домашен или GSM) в населеното място са невъзможни. Изберете предварително място за среща в случай, че комуникациите не работят. Предвидете и резервен вариант в случай, че предвиденото място е недостъпно или представлява опасност.

Етап VI. От какво се нуждаете и трябва да се запасите у дома и ако трябва да се евакуирате?
Този стъпка е много отговорна. Трябва да се отговори на редица въпроси: Ще се извърши ли евакуация или не? От каква информация и предупреждение се нуждаете за евакуация? Може ли напускането на дома да стане бързо? Ако това е положително, какво трябва да се вземе?

Има много източници на информация, които могат да се използват (включително и интернет), но те трябва да бъдат адаптирани (пригодени) според възможностите и нуждите.

Събирането на запаси от продукти може да се окаже трудно. Необходимо е да се започне с някои малки по количество хранителни продукти (да се провери срока на годност). Предварително трябва да се знае има ли някой, който може да помогне с продукти и евакуировка.

Специалистите съветват, да се снабдите със следните артикули независимо дали оставате у дома или ще го напуснете: храна, вода, лекарства (лекарименти поне за три дни), малък транзистор, фенерик, батерии, свирка, резервни части за помощното средство, пакет за първа помощ, GSM, зарядни и др.

Поставете ги в непромокаем сак, чанна или найлонов чувал.

Не забравяйте и за тоалетни принадлежности.

Съберете всичко заедно за да можете бързо да напуснете жилището. Добавете още пари или кредитни карти, лична карта, паспорт, нужните документи (медицинска осигуровка, ТЕЛК, рецептурна книжка и др.)

Предварително планирайте как ще използвате и разпределите запасите. Това е гаранция за избягването на момента на изненада.

В случай на голямо бедствие, лесно е да се изпадне в паника и да се забравят научената. Затова развийте насок да сте готови като запасите и ползвайте предоставените Ви от нас материали.

**НАМАЛЯВАНЕ НА СТРЕСА ПРИ ГРУПИ В РИСК ЧРЕЗ ЛИКВИДИРАНЕ
ЧУВСТВОТО ЗА БЕЗПОМОЩНОСТ В СЛУЧАЙ НА ТРАВМАТИЗЪМ
ПОСРЕДСТВОМ ОБЩОДОСТЪПНИ ЛЕКАРСТВА И БИЛКИ ЗА ОВЛАДЯВАНЕ
НА СТРЕСА И ОБУЧЕНИЕ В САМОПОМОЩ И ВЗАИМОПОМОЩ**

Общодостъпни лекарства и билки за овладяване на стреса

- Седакур форте - таблетки. Съдържа валериана, маточина и хмел и помощни вещества. Таблетите се приемат несдъвкани с малко количество течност 2 или 3 пъти дневно по 1-2 от възрастни или деца над 12 г.
- Седатиф ПС - таблетки съдържащи белладона, невен и др. билки. Таблетките се държат в устата до бавното им разтваряне. При деца и възрастни по 2 таблетки 3 пъти дневно.
- Валидол - таблетки. Поставят се под езика и се държат до пълното им разтваряне. Дневна доза 1 до 3 таблетки.
- Валериан - таблетки. За възрастни 3 пъти по 1-3 таблетки, за деца над 1 г. по 1 табл. до 2 пъти дневно.
- Корени и коренища на диланка. Действат успокоително и имат уравниващ ефект – при възбудено състояние засилват задръжните процеси в кората на главния мозък, намаляват кръвното налягане. Премахват спазмите на гладките мускули и действат благоприятно при стомашни и чревни смущения на нервна почва.

Употребяват се под форма на запарка: две чаени лъжички корени се заливат с 200 г вряща вода, оставят се да киснат 1 час; след прецеждане се приема по 150 г 2-3 пъти дневно преди храна.

- Маточина – билково растение. Използва се надземната част или само листата. Действат укрепващо на нервната система, седативно, спазмолитично, изчезва умората, понижава кръвното налягане и др.

Използва се вътрешно като запарка, 2 супени лъжици се заливат с 400 г кипяща вода; оставя се да кисне 20 мин. И се приема 3 пъти дневно 15 мин. преди храна по 120 г.

- Мента – билка. Използват се листата. Препоръчва се при виене на свят, безсъние, главоболие, депресия. Добро средство е за лечение на функционални заболявания на стомаха и жлъчните пътища, хроничен панкреатит, смущения в храносмилането,

антисептично и болкоуспокояващо при възпалителни заболявания на горните дихателни пътища и др.

Приема се вътрешно под форма на запарка – 2 чаени лъжички се заливат с 200 г кипяща вода, оставя се да кисне в продължение на 20 мин. След прецеждане се приема 3 пъти дневно по 200 г 1 час след храна.

- Невен – билково растение. Използват се цветовете. Действа успокоително на централната нервна система, главоболие, за подобряване на съня и апетита, понижава рефлекторната възбудимост и артериалното налягане, усилват дейността на сърцето, забавят ритъма, има противовъзпалително действие и др.

Приготвя се от 2 супени лъжици изсушени цветове и 400 г кипяща вода, киснат 2 часа, прецеждат се и се приемат 3 пъти дневно по 100 г преди храна.

- Риган - билка. Използват се стръковете на растението, около 20 см от върха. Има нервноуспокоително действие, при безсъние, подобрява храносмилането, успокоява кашлицата и др.

Вътрешно риганът се използва като запарка: 1-2 супени лъжици се запарват с 400 г кипяща вода; оставя се да кисне 30 мин. и се приема 3 пъти дневно по 100-120 г. У нас риганът се употребява и като чай. Една чаена лъжичка дрога с 200 г вода се кипи в продължение на 5 мин.

- Хмел - билка. Съцветията на хмела (шишарките) самостоятелно или в комбинация с други билки се използват при нервно напрежение, безсъние, цистити, жълтеница и др. Възглавничка, напълнена с пресни съцветия от хмел, е добро средство при безсъние.

Предписва се като запарка. Две супени лъжици се заливат с 400 г кипяща вода. Оставя се да кисне в продължение на 30 мин. От запарката се приема 3 пъти дневно по 120 г преди храна. При безсъние вечер преди лягане се приема по една чаша запарка от 1 супена лъжица съцветия и 200 г кипяща вода.

Добри ефекти се наблюдават при различни комбинации на някои от цитираните билки:

- Глог, мента, валериана - от 2 до 6 табл. дневно.
- Валериана и хмел.

В 250 г кипяща вода се поставят 2 чаени лъжички корени от валериана и 1 чаена лъжичка хмел, кисне 1 час. От запарката се приемат при нужда по 2 чаши дневно 15 мин преди храна.

- Валериана, маточина и мента.

В 250 г кипяща вода се поставят 1 чаена лъжичка корени от валериана и по 1 изравнена чаена лъжичка листа от мента и от маточина, кисне 1 час. От запарката се приемат в зависимост от случая по 1-2-3 чаши дневно 15 мин. преди храна.

- Хмел и маточина.

В 200 г кипяща вода се поставят 3 чаени лъжички хмел и 1 чаена лъжичка маточина, кисне 15 мин. Запарката се приема вечер преди лягане.

- Маточина, мента, валерина и босилик.

В 400 г кипяща вода се поставя по 1 чаена лъжичка от всички билки, вари се 1 мин, кисне 20 мин и се прецежда. От отварата се приема по 120 г 15 мин преди храна.

Основни методи за оказване на самопомощ и взаимопомощ (Първа долекарска помощ) при травматизъм

Хората с увреждания трябва да получат основни познания в областта на първата помощ при кръвотечения. Необходимо е да знаят, че при рани в резултат на падане на предмет или друг инцидент при бедствена ситуация самопомощта може да включва поставяне на „първична стерилна превръзка“, като:

- не промиват раната с вода или с лечебни течности, не я посипва с прах, не я мажат с мехлеми и др.;
- не е необходимо да почистват раната от пясък, пръст и др. замърсители;
- не отделят от раната съсирената кръв - могат да предизвикат силно кръвотечение;
- трябва да поставят върху раната стерилна марля – покривен слой, като разпечатват пакетите внимателно без да докосват стерилният материал с ръка, а с ръкавица;
- топче памук или още марля е вторият слой, наречен попивателен. Не трябва да слагат памук директно върху раната;
- укрепват стерилния материал с бинт, триъгълна кърпа или платняна лента (подръчен материал) и това е третият слой на превръзката, наречен фиксиращ.

Редица автори предлагат на мястото на инцидента да се спазват определени правила за бинтоване, наричани елементарни и които лицата с увреждания трябва да овладеят:

- да бинтоват стегнато, но не и да спират кръвообръщението (пръстите се оставят извън бинта, ако не са ранени);

- трябва да разхлабят превръзката, ако има отток, промяна на цвета или ако крайниците изстинат или изтръпнат.

При оказване на първа помощ хората с увреждания трябва да знаят, че при липса на бинтове първичните превръзки, могат да се направят от чисти носни кърпи, шалове, чаршафи и др.

Добре е хората с увреждания да бъдат обучени да спазват основните методи за превързване на крайници:

- Кръгово превързване – това е началото на всяка превръзка. Поставят бинта така, че всеки следващ слой е върху предишния. Превързването може да продължи до края при малки рани и части от тялото с еднаква ширина (предимно пръсти).
- Спирално бинтоване:
 - спирални намотки, които не се застъпват (отворено – при неголеми рани и недостатъчен превързочен материал);
 - застъпване на намотките (най-често се практикува).
- Осмоъгълно бинтоване – обикновено се използва при стави (коляно, лакът, глезен и китка).
- Поддържаща превръзка за горен крайник (задължителна е след превръзката на раната; могат да използват голяма триъгълна кърпа пред гръдния кош, която връзват на врата).

Триъгълната кърпа също може да служи за фиксиращ слой на превръзката. С нейна помощ те могат да направят превръзки по цялото тяло, но:

- никога не трябва да се правят възли в обсега на раната или там където пострадалият има болка;
- възлите не трябва да бъдат много стегнати;
- да се поставя на чисти места – върху тялото, леглото (не върху земята или пода);
- при използване на две и повече триъгълни кърпи, втората да се сгъва като вратовръзка.

Хората с увреждания трябва да знаят, че превръзките при наличие на чуждо тяло, което се подава навън от раната са специални и се правят с помощта на т.н. „мек геврек“:

- трябва да покрият областта на раната и чуждото тяло със стерилна марля;
- да поставят около чуждото тяло „мек геврек“, който да изработят на мястото от

превръзочни материали – памук, бинт, триъгълна кърпа;

- да закрепят с бинт или триъгълна кърпа.

Лицата с увреждания трябва да познават и факта, че кръвотечението е едно от най-често срещаните усложнения на раните и на мястото на инцидента могат да се наблюдават:

- Артериални, представляващи особено голяма опасност за живота на пострадалия в условията на бедствена ситуация. Кръвта има ясно червен цвят и изтича на пулсираща струя. За спасяването на живота му е необходимо незабавно поставяне на кръвоспираща превръзка, още във фазата на само- и взаимопомощ.
- Венозни, при които цветът на кръвта е по-тъмен и изтича на непрекъсната струя. В кратки срокове след нараняването трябва да се постави кръвоспираща превръзка, в рамките на само- и взаимопомощ.
- Капилярни, получаващи се при нарушаване целостта на най-малките кръвоносни съдове - капилярите. Характеризират се с кървене от цялата тъкан.
- Паренхиматозни, в резултат на увреждане на паренхиматозни органи - черен дроб, далак, бъбреци, бели дробове. Трудно се оказва самопомощ и взаимопомощ.

Предлагаме да се прилагат временни кръвоспиращи мероприятия в дома или района на бедствието, като лицата с увреждания трябва да знаят, че при капилярно кръвотечение се поставя стерилна марля върху раната и превръзка с бинт, триъгълна кърпа, платняна лента или друг материал. За увредения крайник трябва да осигурят по възможност покой и охлаждане, чрез мехур с лед.

За малки и слабо кървящи рани могат да използват готови пластирни превръзки.

Всяко силно кървене от рана могат да спрат първо мануално (дигитално), чрез притискане на засегнатия кръвоносен съд в определени точки, намиращи се над кости.

Могат да осъществят мануално кръвоспиране и чрез притискане в раната, но:

- трябва да поставят стерилна марля върху раната;
- да притискат кръвоносния съд към костта;
- притискането да продължи няколко минути, само докато поставят тампонираща (притискаща) превръзка.

Могат да заменят мануалното кръвоспиране в раната или да продължат с превръзка, която оказва натиск върху раната, т.н. тампонираща (компресивна, притискаща).

- трябва върху раната и над стерилната марля да поставят компресивна възглавничка от топче бинт, няколко слоя марля или друг превързочен материал;
- бинтът минава над компресивната възглавничка;
- наслагват навивките на бинта една върху друга, за да се получи необходимият натиск върху раната.

При венозно кръвотечение след поставяне на стерилна марля върху раната добре е да поставят тампонираща превръзка.

Като допълнителен способ при кръвоспиране могат да използват повдигане на крайника или сгъване в най-близката става.

Сериозен проблем представлява артериалното кръвотечение от големи рани, частично отделяне на крайник (ампутат) или притискане (размачкване) на крайник. Изисква се бърза и правилна намеса. За кратко време може да се приложи мануален начин. Най-ефективни са пристягащите превръзки от еластичен материал (гумена лента и др.) поставени в близост над кървящия артериален съд. Стяга се постепенно като предварително поставяме върху здравата кожа бинт, плат или част от дреха за намаляване на усложненията. При използване на турникет или подръчни материали затягането на превръзката става чрез засукване.

Важно е да обърнат внимание на часа, тъй като за да не настъпят усложнения през топлите сезони се допуска престой на стегнатата превръзка за около час и половина, а за студените - максимум един час.

При лица с голяма кръвозагуба, застрашени от шок трябва да осигурят хоризонтално положение на тялото. Главата и сърцето да бъдат разположени по-ниско спрямо крайниците.

Препоръчваме и противошоковите мерки, които лицата с увреждания могат да приложат на мястото на инцидента:

- бързо и ефективно временно кръвоспиране;
- правилно оказване на помощ за травматичния участък (студена вода при термични и химически изгаряния, превръзка, обездвижване и др.);
- противошокова поза (в зависимост от мястото и степента на травмата –

полуседнало положение при ранени в областта на гръдния кош и др.);

- освобождаване от пристягащи дрехи и завиване (затопяне през зимния сезон);
- даване на обезболяващи средства, подсладени течности и др.;
- успокояване и окуражаване на пострадалия;
- проветряване на затвореното помещение, поставяне на завет или сянка на открито и др.

Самопомощ и взаимопомощ при основните травматични увреждания на опорно-двигателния апарат: счупване, изкълчване, навяхване, натъртване

Това, което е важно да познават лицата с увреждания, подготвящи се за оказване на първа помощ е, че счупванията са прекъсване целостта на дадена кост. Най-чести са счупванеята на дългите тръбести кости (особено на долните крайници).

Закритите счупвания на костите се разпознават по характера на болката, деформацията на крайника, патологичната подвижност, наличие на кръвоизливи, смутена функция, оток и др.

При съмнение за счупване трябва да прибегнат към обездвижване като пазват следната последователност:

- първо - спира се кръвотечението;
- второ - поставя се стерилна превръзка върху раната;
- трето - пристъпва се към обездвижване на крайника.

В района на инцидента или дома (на място) групите в риск трябва да се обучат, че не трябва да правят никакви опити за наместване на счупеното.

Трябва да извършат обездвижването с помощта на шини или подръчни материали. Те биват от: дърво, метал, пластмаса и др. При липса на шини могат да използват подръчни материали - дъски, бастуни и други.

Независимо от вида на шината, трябва да спазват следните изисквания:

- шината да притежава достатъчна дължина за да обхване ставите от двете страни на счупването т.е. две съседни стави, а при бедро и трите стави - тазобедрена, колянна и глезенна;
- преди поставянето шината да се мери на здравия крайник и да се подплатява с плат или марля;
- крайникът да се фиксира в положението, в което е намерен;
- шината не трябва да нарушава кръвообръщението (пръстите да се оставят открити

и да се наблюдават, при необходимост шината се сваля и намества отново);

Хората с увреждания могат да обездвижват някои счупвания на кости с триъгълни кърпи:

- раменна кост;
- подлакътна кост;
- в областта на ръката до китката.

Обездвижването на тези счупвания е възможно с помощта на една отворена триъгълна кърпа, в която се пъха ръката и една направена на врътовръзка триъгълна кърпа, с която ръката се фиксира за гръдния кош.

Друго травматично увреждане, което хората с увреждания трябва да познават при своето обучение в самопомощ и взаимопомощ, срещано по-рядко при падане е изкълчване (трайно разместване на костите, образуващи дадена става). Изместената кост може да излиза извън разкъсаната ставна капсула.

Основните симптоми са: болка; невъзможно движение в ставата; подуване и др.

На мястото на инцидента или в дома не е възможна и не е необходима точна диагноза. Травмата се третира като счупване. Самопомощта и взаимопомощта в района на бедствието трябва да включва:

- превръзка на раната, ако изкълчването е отворено;
- приемане на обезболяващи средства, поради силната болка;
- да не се прави опит за движение на ставата;
- обездвижване на ставата.

Други характерни травматични увреждания при бедствия са: навяхване и натъртване на меките тъкани при запазена цялост на кожата. Това са чести увреждания при бедствия. Получават се обикновено при удар от тъпи тела: дърво, камък, притискане или падане върху или на тъп предмет. Наблюдават се следните изменения - кръвотечение и увреждане на отделни тъкани (мускули, сухожилия и др.) или едновременно на различни тъкани.

Самопомощта на лица от групите в риск на мястото на инцидента се заключава в осигуряване на притискаща (компресивна) превръзка и покой на засегнатия участък.

При всички травматични увреждания обезболяването е необходим елемент от

помощта, за да се запази добро общото състояние на пострадалите, което е необходимо условие за намаляване на усложненията при транспортиране.

Друга типична травматология, която хората с увреждания трябва да познават и да могат да окажат навременната и адекватна самопомощ и взаимопомощ са пламъковите изгаряния. Трябва да загасят пламъка чрез покриване с дреха, одеало и др. Необходимо е да загърнат плътно пострадалия и да го заставят да не се движи.

В условията на изгаряния при бедствия на мястото на инцидента не е необходимо да прилагат промивки или обработване на обгорените повърхности. Трябва да направят „суха стерилна превръзка“, а при обширни изгаряния да свалят обгорените дрехи и да загърнат пострадалите с марли или чаршафи, след което да ги покрият с топла завивка, защото при обширни изгаряния се наблюдават смущения в регулирането на температурата на тялото.

Болката се явява една от най-важните причини за появата и развитието на шока. Още на мястото на инцидента трябва да опитат да я намалят или премахнат.

Трябва да осигурят на пострадалия и да дадат обезболяващи средства и обилно течности, но на малки порции, за да не се предизвикат повръщане.

Пакети за първа (долекарска) помощ за защита при различни по характер бедствия.

- **Превързочен пакет (за самопомощ и взаимопомощ при рани и травми):**
 - Марлен бинт 5 см/ 5 м – 2 бр.
 - Марлен бинт 8 см/ 5 м – 1 бр.
 - Стерилни марли 10 см/10 см – 2 бр.
 - Еластична (гумена) лента за кръвоспиране при артериално кръвотечение – 1 бр.
 - Пластири за рани – 3 см/ 6 см по 4 броя – 1 опаковка
 - Триъгълна кърпа – 96 см/96 см/140 см – 2 бр.
 - Пакет медицински памук – 50 гр. – 1 бр.
 - Ножица с тъпи върхове – 1 бр.
 - Стерилни полиетиленови ръкавици – 2 бр.

- **Пакет за радиационна защита (за самопомощ и взаимопомощ при радиационна авария) съдържащ съвременни доказани и утвърдени средства за радиационна защита – срещу увреждащите фактори на йонизиращата радиация:**

- Радиопротектор (ако е наличен в аптеките) за намаляване увреждащото действие на йонизиращата радиация при външно облъчване – по 1 табл./дневно, 30 минути преди въздействието на йонизиращата радиация.

При липса на радиопротектор с по-малък ефект, но може да се използва сироп от арония - по 1 супена лъжица в чаша с вода.

- Йодни препарати: Калиев йодид за предотвратяване натрупването на радиоактивния йод в щитовидната жлеза (по 1 табл. дневно 15 дни след последното радиоактивно изхвърляне).

Ако липсват таблетки може да се приложи външно чрез мазане на кожата – йодна тинктура.

При липса на йодни препарати предварително може да се приготви за семейството сладко от зелени орехчета.

- Лекарствено средство за предотвратяване на ранните лъчеви реакции – гадене, повръщане, адинамия и др. - деган табл. или ампули за мускулно приложение.

- Широкоспектърен антибиотик (поне за 5 дни) за борба с инфекциите при облъчване с йонизираща радиация, наранявания и изгаряния.

- Средство за обезболяване и предотвратяване възникването на шок при нараняване или изгаряне – парацетамол, аналгин или др. средства.

- Бариев сулфат (зеолит или др. средство) – сорбент за предотвратяване резорбцията на радиоактивни вещества, попаднали в стомашно-чревния тракт (по 1 супена лъжица в чаша с вода, разбърква се и се пие по време на хранене).

- **Семеен хигиенно-противоепидемичен пакет (за самопомощ и взаимопомощ в дома и офиса) при опасност от епидемии:**

- Памучно-марлени маски – 2 бр.

- Дезинфекциращи мокри кърпички – 1 пакет.

- Обезболяващо средство и с общ противовъзпалителен ефект – парацетамол.

- При повръщане и стомашно-чревно разстройство – имодиум и смекта.

- При обриви и сърбеж – витамин С и калциум.

- Дезинфекционни средства за рани и кожа – кислородна вода и риванол по

(100 мл).

- Дезинфекция на уста и гърло – ефизол (за смучене).

• **Пакет за защита при химическа авария (за самопомощ и взаимопомощ в дома и офиса):**

- Памучно-марлени маски – 2 бр. (на човек).
- Сода бикарбонат – 6 пакета (за деконтаминация – външно и вътрешно приложение).

- Винен оцет - 1 бутилка.
- Левкопласт (широк) – 4 бр. за херметизиране на прозорци и врати.
- Резервна вода (3 литра на ден за човек, поне 12 литра).

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Анкетна карта за мониторинг на населението, преживяло стрес

| | | |
|-----|---|---|
| 1. | Възраст | |
| 2. | Пол | 1. Жена; 2. Мъж |
| 3. | Образование | 1. Начално; 2. Основно; 3. Средно; 4. Висше |
| 4. | Считате ли се подготвен/а да преживеете някакво бедствие или сериозен инцидент? | |
| 5. | Преживели ли сте сериозна стресова ситуация? | 1. Да; 2. Не; 3. Не зная |
| 6. | Колко пъти сте изпадали в силен стрес? | 1. Веднъж; 2. 2-3 пъти; 3. 4-5 пъти; 4. Многократно |
| 7. | Опишете ситуацията, в която сте преживели най-силен стрес. | |
| 8. | Стресът предизвика ли у Вас главоболие? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не; 3. Друго мнение..... |
| 9. | Имахте ли нервно-психично напрежение след стреса? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не; 3. Друго мнение..... |
| 10. | Получихте ли тревожност (страхова напрегнатост)? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не; 3. Друго мнение..... |
| 11. | Повиши ли се Вашата раздразнителност след получения стрес? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не; 3. Друго мнение..... |
| 12. | Имахте ли чувство на несигурност? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не; 3. Друго мнение..... |
| 13. | След стресовото преживяване получихте ли паническа тревога (фобия)? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не; 3. Друго мнение..... |
| 14. | Наруши ли се съня Ви? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не; 3. Друго мнение..... |
| 15. | Получихте ли натрапчиво припомняне след стресовата ситуация (повтарящи се съновидения – кошмарни сънища)? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не; 3. Друго мнение..... |
| 16. | Имахте ли подтиснатост, депресивно настроение или плачливост? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не; 3. Друго мнение..... |
| 17. | Получихте ли отчужденост от другите хора? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не; 3. Друго мнение..... |

| | | |
|-----|--|--|
| 18. | Почувствахте ли враждебност към някои хора в резултат на преживяния стрес? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не; 3. Друго мнение..... |
| 19. | Имахте ли самоубийствени намерения? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не; 3. Друго мнение..... |
| 20. | След стреса чувствахте ли нарушена концентрация и разсеяност? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не; 3. Друго мнение..... |
| 21. | Получихте ли загуба на апетит? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не |
| 22. | Почувствахте ли повишен апетит? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не |
| 23. | Имахте ли гадене след стресовата ситуация? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не |
| 24. | Почувствахте ли болки в стомаха? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не |
| 25. | Получихте ли сърцебиене? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не |
| 26. | Почувствахте ли болки в сърдечната област? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не |
| 27. | Имахте ли проблем с артериалното кръвно налягане? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не |
| 28. | Имахте ли личностна или поведенческа промяна? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не |
| 29. | Във връзка с преживяната стресова ситуация повиши ли се употребата на алкохол или други психично-активни вещества? | 1. Да (за колко време -.....); 2. Не |
| 30. | Възстановихте ли се след преживяния стрес? | 1. Напълно; 2. Частично подобрене; 3. Няма подобрене; 4. Друго мнение..... |
| 31. | Отзвучаването на стреса при Вас стана? | 1. Бързо; 2. Бавно; 3. С дълготрайни негативни последици..... |
| 32. | Как преодоляхте стреса? | 1. Работа; 2. Медикаменти/лекарства; 3. Психолог; 4. Подкрепа на близки; 5. Други..... |

Анкетна карта за проучване подготовката на хора с увреждания за бедствени ситуации

| № | ВЪПРОСИ | ОТГОВОРИ |
|-----|---|--|
| 1. | От колко години живеете в гр. Варна? | |
| 2. | На колко години сте? | |
| 3. | Пол | 1. Жена; 2. Мъж |
| 4. | Образование | 1. Основно; 2. Средно; 3. Средно специално; 4. Полувисше; 5 Висше |
| 5. | Вие живеете с: | 1. Сам/а; 2. Съпруг/а; 3. Родители; 4. Деца; 5. Близки/роднини; 6. |
| 6. | Вие живеете в: | 1. Къща; 2. Апартамент; 3. Вила; 4. Специализирано заведение |
| 7. | Какво помощно средство ползвате? | 1. Никакво; 2. Рингова количка; 3. Електр. количка; 4. Проходилка; 5. Апарати; 6. Протези; 7. |
| 8. | Ползвате ли допълнителни средства/приспособления при напускане на дома? | 1. Подход; 2. Асансьор; 3. Ескалатор; 4. Платформа; 5. |
| 9. | Осигурили ли сте/са лесен достъп на хората, които Ви помагат? | 1. Да; 2. Не; 3. Не съм мислил/а за това; 4. |
| 10. | Къде е поставено Вашето легло? | 1. До прозореца; 2. До библиотеката/гардероба; 3. Под полюлея; 4. До вътрешната стена и няма висящи неща; 5. |
| 11. | Имате лекарства за: | 1. Един ден; 2. Три дни; 3. Една седмица; 4. |
| 12. | Имате ли в къщи превързочни материали? | 1. Да; 2. Не; 3. |
| 13. | При нужда за връзка ползвате: | 1. Домашен телефон; 2. GSM; 3. Интернет; 4. |
| 14. | За да получаване информация в къщи ползвате: | 1. Транзистор; 2. Радиоапарат; 3. Телевизор; 4. Компютър с интернет; 5. |
| 15. | Осигурен ли е лесен достъп до ползваните от Вас помощни средства? | 1. Да; 2. Не; 3. |
| 16. | Имате ли резервни части за помощното/е средство/а? | 1. Да; 2. Не; 3. Никога не са ми трябвали; 4. |
| 17. | Имате ли на достъпно място инструкция/и за употребата на помощното/ните средства и апарати, които ползвате? | 1. Да; 2. Не; 3. Нямам такива; 4. |

| | | |
|-----|---|---|
| 18. | Имате ли изготвена Евакуационна карта (план за аварийно напускане на дома и вземане на нужните средства)? | 1. Да; 2. Не; 3. Не зная как да я направя; 4. |
| 19. | Имате ли Здравна карта (изготвена от Вас) за Вашите ежедневни нужди? Направени ли са няколко копия от нея поставени на различни места? | 1. Да; 2. Не; 3. Не зная, какво е това; 4. |
| 20. | Имате ли чанта/сак/кутия, където да държите заедно необходимите Ви неща при екстрена ситуация? | 1. Да; 2. Не; 3. Не зная, че имам нужда от тях; 4. |
| 21. | Имате ли бележник/тетрадка, в който да са записани най-важните телефони за Вас: тел. 112 (пожарна, полиция, бърза помощ, гражданска защита), ваши близки и приятели в града или извън него, съседите? | 1. Да; 2. Не; 3. Не зная за необходимостта от него/я; 4. Не зная как да го направя; 5. |
| 22. | Писмено изготвили ли сте собствена "Самооценка" за състоянието и нуждите Ви? | 1. Да; 2. Не; 3. Не зная за необходимостта от нея; 4. Не зная как да я направя; 5. |
| 23. | Притежавате ли следните сигнални устройства и те достъпни ли са до Вас? | 1. Фенерче; 2. Свирка; 3. Малък транзистор; 4. Батерии; 5. Нямам такива; 6. Не са достъпни за мен; 7. |
| 24. | Знаете ли как да съхраните лекарствата, храните и др. за по-дълго време? | 1. Да; 2. Не; 3. |
| 25. | Създадена ли е система да бъдете информиран, че придружителят/те Ви напускат града и кой друг/и ще поеме/ат ангажимент към Вас? | 1. Да; 2. Не; 3. |
| 26. | При напускане на дома Ви се нуждаете от: | 1. Линейка; 2. Специализиран транспорт; 3. Лека кола; 4. |
| 27. | Имате ли нужда от информация по поставените въпроси? | 1. Да; 2. Не; 3. |
| 28. | Ако имате, под каква форма желаете да я получите? | 1. Печатни материали (листовки и брошури); 2. Лекции и беседи; 3. Предавания по радиото и телевизия; 4. Касети и дискове; 5. |
| 29. | Имате ли нужда от достъпна връзка с даден НОМЕР или АДРЕС? | 1. Чрез домашния телефон; 2. GSM-а; 3. Интернет; 4. Поща; 5. |
| 30. | Съгласен/а ли сте да предоставите Ваши данни на службите, които ще поемат да Ви помогнат при възникване на екстремна ситуация/бедствие? | 1. Да; 2. Не; 3. |

IX. НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **Радева Н.**, В. Захариев. Групи „в риск“ и необходима защита при бедствени ситуации, Варненски медицински форум, 2017, брой 1, том 6, 179-184
2. Романова Хр., **Н. Радева**, Р. Радев. Проучване подготовката на хора с увреждания за бедствени ситуации, Сборник с доклади от научен симпозиум „Традиции и съвременност в медицинската география и медицината на бедствените ситуации“, Съюз на българските медицински специалисти, Българско дружество по медицинска география, София, 2014, 379-383
3. **Радева Н.**, Хр. Романова, И. Маринова, Д. Томов. Проявите на стрес при хора с трайно нарушено здраве, Сборник с научни доклади от VIII Конгрес по медицинска география с международно участие, X, 2010, София, 234-238
4. **Радева Н.**, Р. Радев, Ив. Криен, М. Костова, В. Неков, Ст. Стоянов, Хр. Романова. Наръчник за самопомощ и взаимопомощ при критични ситуации за хора с трайно нарушено здраве, Дружество на инвалидите, Варна, 2009