

**СБОРНИК ДОКЛАДИ
ОТ
ЧЕТВЪРТА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ
„МУЛТИДИСЦИПЛИНАРЕН ПОДХОД
В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“**

19 ноември 2020 г.

Организатор на събитието:

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца

РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ:

Проф. д-р Тихомира Златанова, дм

Проф. Павлинка Добролова, дм

Проф. д-р Ралица Златанова-Великова, дм

Доц. Галя Янкова, дм



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

**„МУЛТИДИСЦИПЛИНАРЕН ПОДХОД
В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“**

19 ноември 2020 г.

РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ:

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



СБОРНИК ДОКЛАДИ ОТ ЧЕТВЪРТА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНО
УЧАСТИЕ: „МУЛТИДИСЦИПЛИНАРЕН ПОДХОД В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“,
ВРАЦА, 2020

ISBN 978-619-7491-32-6

Под рекакцията на: *проф. д-р Тихомира Златанова, дм, проф. Павлинка Добрилова, дм,
проф. д-р Ралица Златанова-Великова, дм, доц. Галя Янкова, дм*

Стилова редакция *Д. Танчева*
Корекции *В. Цъклева*
Редакция на англ. резюмета *В. Колев*
Страниране *О. Маркова*

Печатни коли 15, формат 60 x 90/8

Медицински университет – София
Централна медицинска библиотека

1431 София, ул. "Св. Г. Софийски" № 1

СЪДЪРЖАНИЕ

<i>О. А. Aydın, К. Çalişkan, А. Каптаноглу.</i> Нагласите на студенти от специалността „Здравни грижи“ относно изкуствения интелект.....	5
<i>Н. Михайлов, Н. Николов, Т. Златанова, Н. Попов.</i> Подходи за финансиране на здравеопазването в ЕС.....	15
<i>Н. Николов, Н. Михайлов, Н. Попов, Т. Златанова.</i> Доброволното здравно осигуряване в България през периода 2017-2019 г.	20
<i>Н. Попов, Я. Събев, Цв. Стоянова.</i> Оценка на медицински специалисти и здравни мениджъри за ефективността на здравната ни система	23
<i>Т. Златанова, Цв. Стоянова, Я. Събев, А. Кехайов.</i> Деформации в българското здравеопазване	27
<i>Б. Симова, Д. Василева, Р. Златанова-Великова, А. Кехайов.</i> Качество на здравните услуги в извънболничната медицинска помощ в България, регламентирано в Националния рамков договор.....	31
<i>Ю. Куков, Р. Янева.</i> Прогнозен модел за изследване динамиката на разходите при общински многопрофилни болници за активно лечение	36
<i>Г. Георгиева, Н. Симеонова.</i> Обучението на пациентите и техните близки – фактор за по-добро качество на живот с хемодиализно лечение.....	42
<i>Г. Янкова.</i> Професионалната удовлетвореност на медицинските сестри и свързаните с нея фактори в сестринската практика	46
<i>Е. Владимирова, М. Борисова.</i> Психосоциални проблеми на пациенти с диабет тип 1.....	53
<i>Ив. Грозданов.</i> Училищното здравеопазване в съвременните реалности – предизвикателства и приоритети	58
<i>Ив. Грозданов.</i> Контролът в управлението на социално-педагогическото заведение	62
<i>Ив. Грозданов.</i> Методи за управление на социално-педагогическите заведения	67
<i>Ив. Грозданов.</i> Принципи за управление на социално-педагогическите заведения	69
<i>Ив. Грозданов.</i> Структура и управление на социално-педагогическите институции	71
<i>Ив. Грозданов.</i> Училищният ръководител – лидер, агент и мениджър на промяната.....	76
<i>Л. Маринов.</i> Проучване на индивидуалната отговорност на лицата с артериална хипертония към собственото заболяване.....	80
<i>М. Борисова.</i> Здравето на мъжете	84
<i>М. Лаловска, П. Добрилова, Т. Черкезов.</i> Подготовка на специалистите по здравни грижи за работа с пациенти с мозъчен инсулт.....	88
<i>П. Аспарухова.</i> Същност и концепции на понятието за духовност и религия при здравните грижи	93
<i>Т. Славкова.</i> Въвеждане в практиката на единен модел за здравни грижи при пациенти с дълбока венозна тромбоза	96
<i>Цв. Джиганска.</i> Пандемиите – развитие в историческото минало и на сегашния етап	101
<i>Ст. Великов, К. Мерджанов.</i> mHealth – преглед и развитие	106
<i>Ст. Великов, К. Мерджанов, А. Кехайов.</i> Информираност и готовност на обществото за използване възможностите на mHealth	110
<i>П. Добрилова, К. Стефанова, И. Георгиева.</i> Инфекциозните болести – предизвикателство за професионалистите по здравни грижи	114
<i>К. Стефанова, П. Добрилова.</i> Невротичност и сексуално развитие в тийнейджърска възраст	118

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

CONTENTS

<i>O. A. Aydın, K. Çalışkan, A. Kaptanoğlu.</i> Artificial intelligence perceptions of healthcare students	5
<i>N. Mihaylov, N. Nikolov, T. Zlatanova, N. Popov.</i> Approaches to financing healthcare in the EU	15
<i>N. Nikolov, N. Mihaylov, N. Popov, T. Zlatanova.</i> The voluntary health insurance in Bulgaria during the period 2017–2019	20
<i>N. Popov, Ya. Sabev, Tsv. Stoyanova.</i> How the medical specialists and health managers assess the efficiency of our health system?	23
<i>T. Zlatanova, Tsv. Stoyanova, Ya. Sabev, A. Kehayov.</i> Deformations in Bulgarian healthcare	27
<i>B. Semova, D. Vasileva, R. Zlatanova-Velikova, A. Kehayov.</i> The quality of the outpatient medical care in Bulgaria regulated in the national framework agreement.....	31
<i>Yu. Kukov, R. Yaneva.</i> Forecast model for researching cost dynamics in municipal multi-profile hospitals for active treatment.....	36
<i>G. Georgieva, N. Simeonova.</i> Education of patients and their relatives – a factor for better life with hemodialysis treatment	42
<i>G. Yankova.</i> The professional satisfaction of nurses and related factors in nursing practice	46
<i>E. Vladimirova, M. Borisova.</i> Psycho-social problems of patients with type 1 diabetes	53
<i>Iv. Grozdanov.</i> School health in modern realities – challenges and priorities	58
<i>Iv. Grozdanov.</i> Control in the management of a social pedagogical facility	62
<i>Iv. Grozdanov.</i> Methods for the management of a social pedagogical facility.....	67
<i>Iv. Grozdanov.</i> Principles for the management of a social pedagogical facility.....	69
<i>Iv. Grozdanov.</i> The structure and management of social pedagogical institutions	71
<i>Iv. Grozdanov.</i> The school principal – a leader, agent and manager of changes	76
<i>L. Marinov.</i> Study of the individual responsibility of persons with arterial hypertension to their own disease	80
<i>M. Borisova.</i> Men's health	84
<i>M. Lalovska, P. Dobrilova, T. Cherkezov.</i> Preparation of health care professionals for working with stroke patients	88
<i>P. Asparuhova.</i> The essence and concepts of the idea of spirituality and religion in health care	93
<i>T. Slavkova.</i> Introduction into the practice of a single model for health care in patients with deep venous thrombosis	96
<i>Tsv. Dzhiganska.</i> Pandemics – their development in the historical past and at this point of history.....	101
<i>St. Velikov, K. Merdzhanov.</i> mHealth – review and development.....	106
<i>St. Velikov, K. Merdzhanov, A. Kehayov.</i> Awareness of the society for using the opportunities of mHealth	110
<i>P. Dobrilova, K. Stefanova, I. Georgieva.</i> Infectious diseases: a challenge for healthcare professionals	114
<i>K. Stefanova, P. Dobrilova.</i> Neuroticism and sexual development in adolescence	118

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

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

ARTIFICIAL INTELLIGENCE PERCEPTIONS OF HEALTHCARE STUDENTS

НАГЛАСИТЕ НА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТТА „ЗДРАВНИ ГРИЖИ“ ОТНОСНО ИЗКУСТВЕНИЯ ИНТЕЛЕКТ

О. А. Aydın¹, К. Çalışkan², А. Кaptanoğlu¹

¹Beykent University, Health Management Department – Istanbul, Turkey

²Okan University, Nursing Department – Istanbul, Turkey

Abstract. The first aim of the study is to measure the artificial intelligence perceptions of health students studying at university. The second aim is to develop a scale to measure the perception of artificial intelligence of health students. This purposes in line with using the artificial intelligence perception scale of radiology students, a new scale consisting of 10 expressions and two dimensions suitable for our culture and language has been developed. First, explanatory factor analysis was applied to the developed scale. As a result of the factor analysis, 10 statements belonging to the scale were divided into two separate sub-dimensions and the factor loads of these dimensions were found to be high. One of the dimensions is named “Future” and the other “Education”. Subsequently, according to the result of the confirmatory factor analysis performed for the model fit of the scale, the model was found to be suitable for the study. As an implementation of the developed scale, 259 students from participants studying health at a university were included in the study as examples. Descriptive statistics, Independent Samples T Test, Pearson Correlation and One-Way Anova tests were examined for the hypothesis test of the data. According to the results of the analysis, a statistically significant difference was found between the demographic data of the participants and their artificial intelligence perceptions. In addition, health students’ perceptions of artificial intelligence were found to be moderate. In order for health students to be prepared for the future, artificial intelligence education should be given importance in the education process.

Key words: artificial, intelligence, health, perceptions, students

Corresponding Authors: Res. Asst. Okan Anıl Aydın, e-mail: anilaydin@beykent.edu.tr, ORCID ID:0000-0001-5992-1611

M. Med. Kadir Çalışkan, e-mail: kadircaliskan942@gmail.com, ORCID ID:0000-0003-3074-613X

Prof. Dr. Ayşegül Kaptanoğlu, e-mail: aysegulkaptanoglu@beykent.edu.tr, ORCID ID:0000-0001-6030-5824

1. INTRODUCTION

Artificial intelligence (AI) is a branch of computer science whose software programs attempt to both understand and build intelligent entities (Muthukrishnan et al. 2020). It is called artificial intelligence to be able to use it where necessary after information is obtained, to combine it with all results after associating it with situations (Ergun and Aydoğan, 2015). Artificial intelligence is a technology that gives a machine the ability to perform cognitive functions such as perception, reasoning, learning and interaction (Ergen, 2019). This technology, apart from human intelligence in the

cognitive field, efficient processing of large amounts of information, memorization, computational power, etc., while superior to functional activities, consciousness, which consists of other basic components, lacks situations such as empathy, benevolence, intuition, and adaptation to unusual situations (Kolanska et al. 2020). Artificial intelligence can also be referred to as computers or computer software that have the ability to perform intelligent behaviors such as analyzing and learning (Muz et al., 2020).

Artificial intelligence is expressed as the ability of machines to make reasoning. In addition, it is a science

that aims to make use of past sciences, plan events, learn, communicate, perceive and move objects and have the ability to change location (Demirhan et al., 2010). Artificial intelligence is the branch of science that examines the cognitive efficiency that systems naturally do at higher levels (Aslan, 2019).

The branch of artificial intelligence was defined by John McCarthy as “intelligent machines, especially the science and engineering of making intelligent computer programs”. This science is a science that aims to learn, plan, perceive, benefit from, evaluate and communicate with this information (Kıř, 2019). Artificial intelligence aims machines to make decisions like humans by learning from their experiences (Muthukrishnan et al., 2020).

The idea of providing the thinking function of objects as well as people has been a question in the mind of human beings from the past to the present and this idea is based on the documents of Aristotle, who lived between 384 – 322 BC. Artificial intelligence studies, which started from Aristotle until today, continue today and are still in the development phase (Uzun, 2020). The idea of artificial intelligence, which dates back to a long time, was first conceptualized by Alan Turing in his article under the name of “Machine Computing and Intelligence” in 1950 (Öcal et al., 2020).

The word artificial intelligence was first encountered in the literature in the proposal letter presented to the Dortmund Conference by John McCarthy in 1956 (Arslan, 2020). When it was first introduced, it expressed the idea of designing machines that could normally only perform tasks performed by humans (Tandon and Rajawat, 2020). But it has shown that there is much more over time.

There are three reasons why artificial intelligence is rapidly gaining ground in our lives: using algorithms, doing business with big data and computing power are lower costs (Ergen, 2019). It is a system that makes what a person can do, with the ability to think faster, more efficiently and at a low cost (Tokyay, 2020).

1.1. Artificial Intelligence in Healthcare

Artificial intelligence, which is similar to human intelligence, is increasingly used in the service sector such as healthcare, hotels and restaurants (Huang and Rust, 2018). When we examine the literature, we see that artificial intelligence technology is effective in the field of health as it is in all areas of life (Yiğit et al., 2019). The uses in the health field include: health protection, diagnosis, research, diagnosis, treatment,

follow-up and education can be given as examples (Muz et al., 2020).

There are two ways artificial intelligence can be applied in health: virtual and physical. Virtual is machine learning created by mathematical algorithms that can learn through experience. Physical way, on the other hand, includes physical objects, medical devices and robots that have a very important place in terms of health (Hamlet and Tremblay, 2017).

Artificial intelligence in the healthcare industry provides advances in various clinical specialties as well as hospital operations. Although many difficulties are encountered in the diagnosis and treatment of diseases in modern health services, artificial intelligence systems are used to overcome these difficulties. Artificial intelligence helps clinicians to make more accurate and clearer decisions with the help of algorithms with the information they obtain from their patients (Tandon and Rajawat, 2020).

In order to explain the digital health concept of artificial intelligence, it is necessary to talk about industrial revolutions. They include: Industry 1.0 – mechanization and design of mechanical production with steam power; Industry 2.0 – use of electricity through mass production; Industry 3.0 – use of programmable integrations with automation; Industry 4.0 – people carry out their functions with minimal access to the system with smart devices. In this way, early diagnosis of diseases has accelerated, accuracy rates in treatments have gradually increased and hospital data system security has reached high levels. With the Industry 5.0 – unmanned technologies are mentioned here and it is predicted that this technology will bring innovations in the field of health rapidly (Büyükgöze and Dereli, 2019).

Artificial intelligence technology, in conjunction with its use in the health field with applications that can be developed for reduction of the workload on health workers over a shorter time providing access to more information today’s technology of this kind, is expected to take place more in the critical areas (Aydogan and Sener, 2020).

In addition to being an important source of innovation, artificial intelligence threatens people’s jobs in the service sector (Buera and Kaboski 2012). When looking at the health sector, developments in artificial intelligence are seen as both positive and negative. On the positive side, it helps a lot in clinical decision making and practice. On the downside, they may get ahead of future decision-making or assistance and directly become a healthcare provider (Jiang et al., 2017).

1.2. Artificial Intelligence in Education

With the introduction of the virtual concept in education, artificial intelligence applications have also started to enter. In addition to providing personalized training in the field of education, it provides convenience in both feedback and evaluation. Recent studies show that academic success has increased with the effect of artificial intelligence (İşler and Kılıç, 2020).

Developments in artificial intelligence cause students to think many times before entering a field. Although future job loss situations can be troubling, studies conducted in Canada and Europe have shown that artificial intelligence can significantly affect medical students' attitudes towards specialty choices (Park et al., 2020). Other studies suggest that health students can contribute to their fields by intertwining with the new and advanced technology brought by artificial intelligence (Gong et al., 2019; Dos Santos et al., 2019). According to a report of the McKinsey Global Institute, it is predicted that robots will replace 800 million people in 2030 (Şendir et al., 2019).

Preparing healthcare students for artificial intelligence technology does not only mean programming on computers (Park et al., 2020). In the future, individuals who are currently healthcare students will be likely to use various program software and artificial intelligence tools in a clinical setting when they will apply for their careers after completing their education and studies (Öcal et al., 2020). Almost all types of clinicians, from specialist physicians to healthcare professionals, will use artificial intelligence technology and especially deep learning in the future (Topol, 2019).

In the current medicine curriculum found in medical schools, although not in the way education needs to be fully met, such as the University of Ulsan in Korea and Yonsei University, education on artificial intelligence has also been put as a special elective courses (Park et al., 2020; Kim et al., 2020).

2. METHODS

2.1. Purpose of the Research

The purpose of this study is to measure the perceptions of the students who study in the field of health at university about artificial intelligence. Another aim of the study is to create a new scale called "Artificial Intelligence Perceptions of Health Students" (AIPHS), which is created by making use of expressions about artificial intelligence in a different language.

2.2. Data Collection Tool

The data in the research were obtained by the online questionnaire method. The data collection tool, Sit et al. (2020), using the expressions used by radiology students to measure their perceptions of artificial intelligence, was used. The scale, developed to measure the artificial intelligence perceptions of health students, consists of 10 statements and two dimensions. 5-Likert scale is suitable for the scale expressions. The averages obtained from the scale are evaluated as follows: 1.0–2.33 low level of participation; 2.34–3.66 medium level of participation; 3.67–5.0 high level of participation.

2.3. Population and Sampling

Sample selection was determined as random sample in the study. The population of the study consists of health students studying at a university. We tried to reach all 550 students studying in the field of health at the university. Only 280 participants returned to the online questionnaire sent to all students and 259 of them were found worthy of analysis.

2.4. Data Analysis

After the data collection process, the data obtained were evaluated with the help of SPSS 25.0 and AMOS 20.0 package programs. First, validity and reliability analyzes were made on the data. In order to analyze the validity of the scale, both exploratory and confirmatory factor analysis were applied, and then the Cronbach Alpha coefficient was used to perform the reliability analysis. For data analysis; descriptive statistical methods (mean, standard deviation, frequency, percentage), Pearson correlation analysis, Independent Samples T-test and One-Way ANOVA were used. The results were evaluated at the 95% confidence interval and the significance level at $p < 0.05$.

2.5. Reliability and Validity Analysis of the Scale

Reliability refers to the consistency of the statements in the questionnaire with each other and to what extent the scale used reflects the problem (Karagöz, 2016). Cronbach's Alpha coefficient was used to test the reliability of the data in the study. Cronbach's Alpha coefficient takes a value between 0 and 1, and values above 0.70 are reliable. The Cronbach's Alpha coefficient of the Artificial Intelligence Perceptions of Health Students (AIPHS) scale was found to be 0.840 (see Table 1). In addition, according to the exploratory factor analysis, the scale was divided into two dimensions as Future and

Table 1. Reliability analysis

Questionnaire items	Corrected Item Total Correlation Coefficients	Alpha if item deleted	Dimensional Cronbach' Alpha	Scale Cronbach' Alpha
Future			0.783	0.840
FTR1. Statement	.601	.774		
FTR2. Statement	.334	.802		
FTR3. Statement	.605	.773		
FTR4. Statement	.579	.776		
FTR5. Statement	.636	.770		
Education			0.719	
EDU1. Statement	.472	.788		
EDU2. Statement	.526	.783		
EDU3. Statement	.352	.799		
EDU4. Statement	.616	.773		
EDU5. Statement	.528	.782		

Education. The reliability of these dimensions is also shown in the table. The results of the exploratory factor analysis are shown in Table 2.

Exploratory factor analysis and confirmatory factor analysis were used to analyze the validity of the scale used in the study. Factor analyzes for the scale are listed below.

2.5.1. Explanatory Factor Analysis

In the exploratory factor analysis, the suitability of the data for analysis was examined with the Kaiser-Meyer Olkin (KMO) coefficient and Bartlett Sphericity Test (BST). The KMO sampling adequacy test result was found to be 0.861. According to these results, it can be said that the sample size of the study is very good. Since the BST result of the scale was found to be significant, exploratory factor analysis was performed on the scale (p < 0.05).

In the study, the explained variance was taken into account in determining the number of factors. The total variance of the AIPHS scale explained in the study was found to be 52.625%. Another basic criterion for evaluating factor analysis results is factor loadings in the scale that can be interpreted as correlations between variables and factors. Factor loadings, explained variances and Cronbach's Alpha coefficients of the scales in terms of dimensions are shown in Table 2.

2.5.2. Confirmatory Factor Analysis

Confirmatory factor analysis was applied to examine the model fit of the AIPHS scale. The scale consists of 10 items and two factors. The values obtained from this scale and the structure of the

scale were analyzed by confirmatory factor analysis to the model fit test. In order to perform confirmatory factor analysis, 259 data encoded in SPSS 25 were transferred to AMOS 20 program (see Figure 1.).

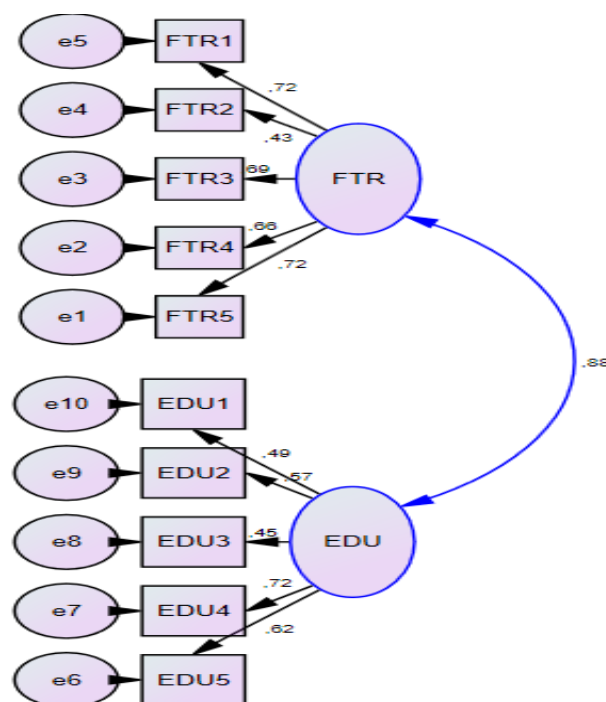


Figure 1. Health Students' Artificial Intelligence Perceptions Scale Confirmatory Factor Analysis

Fit indexes of the prepared model were examined. As a result of the analysis, it was determined that the data set had the desired fit values. Accordingly, the fit indices for the AIPHS scale, Chi-square

Table 2. Artificial Intelligence Perceptions of Health Students Scale Explanatory Factor Analysis

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0.861	
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square		791.307
	df		45
	Sig.		0.000
Total Variance Explained	52.625	Cronbach Alpha	
		0.840	
Factors/Statements	Factor Loads	Variance Explained	Cronbach Alpha
Future (Eigenvalue = 4.163)		26.507	0.840
FTR4. It would be good for all healthcare training bachelor students to get training on artificial intelligence.	.757		
FTR3. It will be useful to learn artificial intelligence for my business and personal life.	.727		
FTR2. Artificial intelligence will be active in the field of health in the upcoming years..	.678		
FTR1. I think artificial intelligence will play an important role in the future of healthcare.	.629		
FTR5. After I completed my bachelor course, I will be able to use artificial intelligence that have been taught in applied in healthcare services.	.558		
Education (Eigenvalue = 1.100)		26.118	
EDU3. It is difficult for me to predict the limits of artificial intelligence used in healthcare.	.758		
EDU2. I can easily understand the statements about artificial intelligence technology related to healthcare services.	.654		
EDU4. After graduating in health care bachelor from university, I can be confident in applying artificial intelligence practice related to health care in case of need.	.607		
EDU5. After graduation, I will have the necessary knowledge to access artificial intelligence approaches in health institutions..	.606		
EDU1. I can understand the main working principles of artificial intelligence.	.572		

54.083, Degrees of Freedom (sd = 31, $p = 0.006$), $\chi^2/df = 1.745$ were calculated. Likewise, Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.054, Comparative fit Index (CFI) = 0.97, Goodness of fit Index (GFI) = 0.96. Although there is no consensus in the literature on which of these goodness of fit statistics to use, these values were found sufficient for the study. As a result, these fit indices revealed that the model has an acceptable fit.

According to the model applied in the confirmatory factor analysis, the factor loads for the Future dimension were between 0.43-0.72, while the factor loads for the Education dimension changed to 0.45-0.72.

In addition, both dimensions were found to be in the same positive relationship ($r = 0.88$) with each other.

3. RESULTS

Table 3 shows descriptive findings of health students participating in the study. 146 (56.4%) of the health students were women, 47 (18.1%) were 22-year-old, 98 (37.8%) were nurses, 107 (41.3%) were first class, 138 (53.3%) were not working in any job. 180 (69.6%) of the participants stated that they did not receive training in artificial intelligence.

Table 4 contains the mean and standard deviations given to the scale dimensions and the whole

Table 3. Frequency and Percentage Distributions Regarding the Demographic Features of Participants (n = 259)

		Frequency	Percent
Gender	Woman	146	56.4
	Man	113	43.6
Age	19 Age	16	6.2
	20 Age	16	6.2
	21 Age	39	15.1
	22 Age	47	18.1
	23 Age	18	6.9
	24 Age	27	10.4
	25 Age	25	9.7
	26 Age	23	8.9
	37 Age	30	11.6
	28 Age	18	6.9
Department	Nursing	98	37.8
	Nutrition And Dietetics	48	18.5
	Health Management	58	22.4
	Physical Therapy And Rehabilitation	55	21.2
Grade	1. Grade	107	41.3
	2. Grade	56	21.6
	3. Grade	43	16.6
	4. Grade	53	20.5
Does it work?	Working	121	46.7
	Not working	138	53.3
Did she/he get education about artificial intelligence?	Yes	79	30.5
	No	180	69.5

scale. When the averages were examined, it was seen that the participants' level of participation in statements was moderate for all scales and dimensions. The highest average dimension is the Future dimension ($\bar{X} = 3.23$).

In Table 5, Independent Samples T test results of the whole scale and its dimensions are shown according to the working conditions of the health students. According to the table, it was observed that scales and dimensions differ significantly with the working situations of students ($p < 0.05$). Looking at

the averages, it is seen that the AI perception levels of non-working health students differ statistically significantly from working students.

Table 4. Artificial Intelligence Perceptions of Health Students Scale and Average of Dimensions

	Number of Statements	Average \bar{X}	Standard Deviation (S.D.)
Future Dimension	5	3.23	1.025
Education Dimension	5	3.02	0.880
Total Scale Average	10	3.12	0.859

Table 6 shows the Independent Samples T test results of the whole scale and its dimensions according to the health students' receiving artificial intelligence training. According to the table, it is seen that scales and dimensions differ significantly ($p < 0.05$). Looking at the averages to find the cause of the difference, it appears that the levels of perception of artificial intelligence of health students who are not trained in artificial intelligence differ statistically significantly from those who are trained in artificial intelligence.

In Table 7, the results of the Pearson Correlation analysis of the whole scale and dimensions according to the ages of health students are shown. According to the table, it was seen that the whole scale ($r = -0.224$), Future dimension ($r = -0.215$) and Education dimension ($r = -0.187$) had a statistically significant relationship with the ages of the participants. It was found that the scale and its dimensions with a significant relationship have a low negative relationship with the age variable. This shows us that as the age of the participants grows, their artificial intelligence perception decreases.

In Table 8, the results of One-Way ANOVA analysis of the whole scale and its dimensions according to the class of health students are shown. According to the table, it is seen that there is a statistically significant difference between the class variable and the whole scale and dimensions ($p < 0.05$). Post-hoc analysis was performed to see among which groups the relationships exist, and the results are shown in Table 8.

In addition to the analysis results above, no statistically significant difference was found for the Health Students' Artificial Intelligence Perceptions scale and dimensions with the variables of gender and the department.

Table 5. Comparison of Scale and Dimensions According to Working Situation

	Working Situation	N	\bar{X}	S.D.	T	P
Future Dimension	Working	121	2.97	1.096	-3.909	0.000
	Not working	138	3.46	0.901		
Education Dimension	Working	121	2.81	1.040	-3.476	0.001
	Not working	138	3.20	0.663		
Total Scale Average	Working	121	2.89	0.968	-4.127	0.000
	Not working	138	3.33	0.693		

Table 6. Comparison of Scale and Dimensions According to Artificial Intelligence Education Situation

	Artificial Intelligence Education Situation	N	\bar{X}	S.D.	T	P
Future Dimension	Yes	79	2.76	1.145	-4.670	0.000
	No	180	3.44	0.895		
Education Dimension	Yes	79	2.69	1.035	-3.638	0.000
	No	180	3.16	0.761		
Total Scale Average	Yes	79	2.73	0.976	-4.672	0.000
	No	180	3.30	0.740		

Table 7. Pearson Correlation Analysis of Scale and Dimensions with Age

		Age
Future Dimension	Pearson Correlation	-.215**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	259
Education Dimension	Pearson Correlation	-.187**
	Sig. (2-tailed)	.003
	N	259
Total Scale Average	Pearson Correlation	-.224**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	259

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Table 8. Comparison of Scales and Dimensions According to the Grade

	Grade	N	F	P	Post Hoc.
Future Dimension	1. Grade1	107	9.937	0.000	1-4 (p = 0.000), 2-3 (p = 0.038) and 2-4 (p = 0.000)
	2. Grade2	56			
	3. Grade3	43			
	4. Grade4	53			
Education Dimension	1. Grade1	107	5.643	0.001	1-4 (p = 0.004) and 2-4 (p = 0.008)
	2. Grade2	56			
	3. Grade3	43			
	4. Grade4	53			
Total Scale Average	1. Grade1	107	9.280	0.000	1-4 (p = 0.000), 2-3 (p = 0.028) and 2-4 (p = 0.000)
	2. Grade2	56			
	3. Grade3	43			
	4. Grade4	53			

4. DISCUSSION AND CONCLUSION

In this study, according to the artificial intelligence perception study of health students, the structure of the scale developed in Turkish and the model fit were found to be suitable for use in the study, and statistically significant differences were obtained at the end of the analysis of the artificial intelligence perceptions and socio-demographic characteristics of the students.

This study was firstly used by another study to develop a new scale. The validity and reliability values of the newly developed scale have been found suitable for the study and can be used in new studies on the subject. After that, descriptive information about the scale and analysis of demographic data of health students studying at university were continued.

When looking at the participation levels of the Artificial Intelligence Perceptions of Health Students (AIPHS) scale ($\bar{X} = 3.12 \pm 0.859$), a moderate level of participation was found. In addition, the participation level was found to be moderate for the Future dimension ($\bar{X} = 3.23 \pm 1.025$) and Education dimension ($\bar{X} = 3.02 \pm 0.880$). According to these results, it can be said that health students' participation in AI perception levels is normal.

A study on artificial intelligence shows that when asked about the opinions of the participants on artificial intelligence, 3.11 out of every 4 people fear that artificial intelligence will take its place of work in the future. In addition, most of the study participants did not know about the advantages and general challenges of artificial intelligence applications used in the healthcare industry. This shows that the participants have a general lack of knowledge about artificial intelligence (Abdullah, 2020).

In another study conducted on students, it was observed that the attitudes and perceptions towards Siri application use were found positive while teaching. The Siri app provides great opportunities for students to gain and improve their English, Spanish, French and similar foreign language learning experience. Today's technology provides great opportunities for students to become more independent individuals and to develop themselves. Providing modern and developed technology laboratories equipped with artificial intelligence technology can increase the efficiency of the education that students will receive from the university or another educational institution and

contribute to their being more equipped and informed (Haryanto, 2019).

Today's health students are trying to estimate the importance of artificial intelligence for both today and our future and to understand what levels it can reach. In order to contribute to this situation, artificial intelligence trainings within health departments should be increased and developed. In addition, the real use and limits of artificial intelligence should be explained to the students and the negative effects of students against some specialties should be prevented (Sit et al., 2020).

According to the results of the difference analysis conducted for the status of health students working in a job, a statistically significant difference is observed between non-working students and working students. When looking at the general mean of the scale, non-working students ($\bar{X} = 3.33 \pm 0.693$) showed a higher level of participation than working students ($\bar{X} = 2.89 \pm 0.968$). At the same time, the mean participation in the Future and Education dimensions is higher for students who do not work. The reason for this can be said that non-working students can follow the developments in the field of health more easily and find more time to learn about artificial intelligence.

According to the results of the difference analysis conducted for the artificial intelligence training of health students, a statistically significant difference is observed between the students who did not receive artificial intelligence training and those who received artificial intelligence training. Looking at the mean of the total of the scale, students who did not receive artificial intelligence training ($\bar{X} = 3.30 \pm 0.740$) showed a higher level of participation than students who received artificial intelligence training ($\bar{X} = 2.73 \pm 0.976$). At the same time, the mean participation in the Future and Education dimensions is higher for students who do not receive artificial intelligence education. As the reason for this, it can be said that students who have received artificial intelligence training should be aware of the difficulties of learning and applying artificial intelligence. In addition, students who have not received artificial intelligence training may have a positive approach because of their low knowledge and thoughts on the subject and their unawareness of artificial intelligence applications.

According to the AI perception level of health students, it was found that their ages were in a negative

relationship. In other words, as the age of the participants grows, their level of participation in artificial intelligence perceptions decreases. For the reason for this it can be said that the younger participants are more easily predisposed to obtain information about the subject than the older participants.

According to the results of the difference analysis of health students with the education year variable, a statistically significant difference was found between the students with more and less education years. When we look at which groups the significant difference is, it was found that the level of participation in artificial intelligence perceptions of the students in their 3rd and 4th years was higher than the students in their 1st and 2nd years. The reason for this can be considered to be that 3rd and 4th grade students have more awareness, knowledge and experience in the field of health.

In the study, there is no statistically significant difference between any group regarding the variables of gender and the read section of the participants ($p < 0.05$). In other words, it cannot be said that artificial intelligence is more suitable or not in relation to a gender. In addition, as the explanation of the difference in artificial intelligence perceptions with the department is variable, it can be said that similar information about artificial intelligence is given to all four departments.

As a result, while the participation levels of health students regarding their AI perceptions in health vary according to their socio-demographic characteristics, it is seen that their participation levels are moderate when looking at their mean. This shows that health students have some knowledge about artificial intelligence in health, but this knowledge is not at a high level and needs to be developed.

References

1. Arslan K. Eğitimde Yapay Zekâ ve Uygulamaları. *Batı Anadolu Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2020, 11(1), 71-88.
2. Aslan AA. Müze eğitiminde yapay zekânın kullanılması. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ankara. (2019).
3. Abdullah R, Fakieh B. Health Care Employees' Perceptions of the Use of Artificial Intelligence Applications: Survey Study. *J Med Int Res*, 2020, 22(5), e17620, 1-8.
4. Aydoğan M, Sener A. An Artificial Intelligence Application in Health Developed on Covid-19 Documents. *Journal of Health, Medicine and Nursing*, 2020, 75, 58-66.
5. Buera FJ, Kaboski JP. The rise of the service economy. *American Economic Review*, 2012, 102(6), 2540-69.
6. Büyükgöze S, Dereli E. Dijital Sağlık Uygulamalarında Yapay Zeka. VI. Uluslararası Bilimsel ve Mesleki Çalışmalar Kongresi-Fen ve Sağlık, 2019, 7-10.
7. Demirhan A, Kılıç YA, İnan G. Tıpta yapay zeka uygulamaları. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2010, 9(1), 31-41.
8. Dos Santos DP, Giese D, Brodehl S et al. Medical students' attitude towards artificial intelligence: a multicentre survey. *Eur Radiol*, 2019, 29(4), 1640-1646.
9. Ergen M. What is Artificial Intelligence? Technical Considerations and Future Perception. *Anatolian J Cardiol*, 2019, 22, 5-7.
10. Ergun S, ve Aydoğan T. A Study to determine the misconceptions in the field of artificial intelligence. *Int J Sci Technol Res*, 2015, 1(1), 39-49.
11. Gong B, Nugent JP, Guest W et al. Influence of Artificial Intelligence on Canadian Medical Students' Preference for Radiology Specialty: A National Survey Study. *Academic Radiology*, 2019, 26(4), 566-577.
12. Hamet P, Tremblay J. Artificial intelligence in medicine. *Metabolism-Clinical and Experimental*, 2017, 69, 36-40.
13. Huang MH, Rust RT. Artificial intelligence in service. *J Ser Res*, 2018, 21(2), 155-172.
14. İşler B, Kılıç M. Eğitimde Yapay Zeka Kullanımı Ve Gelişimi. *Yeni Medya Elektronik Dergisi*, 2020, 5(1), 1-11.
15. Jiang F, Jiang Y, Zhi H et al. Artificial intelligence in healthcare: past, present and future. *Stroke and vascular neurology*, 2017, 2(4), 230-243.
16. Karagöz Y. SPSS 23 ve AMOS 23 uygulamalı istatistiksel analizler. Nobel Akademik Yayıncılık, 2016.
17. Kış A. Eğitimde Yapay Zekâ. Uluslararası Eğitim Yönetimi Kongresi Tam Metin Bildiri Kitabı, 2019, 197-202.
18. Kolanska K, Chabbert-Buffet N, Daraï E et al. Artificial intelligence in medicine: A matter of joy or concern?. *J Gynecol Obstetr Human Reproduct*, 2020, 101962-101962.
19. Muthukrishnan N, Maleki F, Ovens K et al. Brief History of Artificial Intelligence. *Neuroimaging Clinics of North America*, 2020, 30(4), 393-399.
20. Muz FNÖ, Kılınc A, Önsüz MF. Covid-19 Pandemisinde Yapay Zekanın Kullanımı. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 2020, 5, 197-202
21. Öcal E, Atay E, Önsüz M et al. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tıpta Yapay Zeka ile İlgili Düşünceleri. *Türk Tıp Öğrencileri Araştırma Dergisi*, 2020, 2(1), 9-16.
22. Park CJ, Paul HY, Siegel EL. Medical Student Perspectives on the Impact of Artificial Intelligence on the Practice of Medicine. *Current problems in diagnostic radiology*, 1-6.
23. Şendir M, Şimşekoğlu N, Kaya A et al. Geleceğin Teknolojisinde Hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2019, 1(3), 209-214.
24. Tandon D, Rajawat J. Present and future of artificial intelligence in dentistry. *J Oral Biology and Craniofacial Res*, 2020, 10(4), 391-396.

25. Tokyay H. Sağlık sektöründe dijitalleşmeyi engelleyen faktörler (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Projesi). Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul. 2020.
26. Topol EJ. High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nature medicine*, 2019, 25(1), 44-56.
27. Uzun T. Yapay Zekâ Ve Sağlık Uygulamaları. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2020, 3(1), 80-92.
28. Yiğit T, Çelik S, Köse U. Artificial Intelligence for Improving Physical Medical Device Using Experience. International Conference on Artificial Intelligence and Applied Mathematics in Engineering (ICAIAE 2019), Antalya, Turkey. 2019.
29. Kim J, Merrill K, Xu K et al. My teacher is a machine: Understanding students' perceptions of AI teaching assistants in online education. *Int J Human Computer Interaction*, 2020, 36(20), 1902-1911.
30. Haryanto E, Ali RM. Students' Attitudes towards the Use of Artificial-Intelligence SIRI in EFL Learning at One Public University. In International Seminar and Annual Meeting BKS-PTN Wilayah Barat, 2019, 1(1), 190-194.
31. Sit C, Srinivasan R, Amlani A et al. Attitudes and perceptions of UK medical students towards artificial intelligence and radiology: a multicentre survey. *Insights into Imaging*, 2020, 11(1), 14, 2-6.

ПОДХОДИ ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В ЕС

Н. Михайлов, Н. Николов, Т. Златанова, Н. Попов

Катедра "Икономика на здравеопазването", ФОЗ, МУ – София

APPROACHES TO FINANCING HEALTHCARE IN THE EU

N. Mihaylov, N. Nikolov, T. Zlatanova, N. Popov

Department of Health Economics, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Abstract. The present paper examines the way, in which health care is financed in the EU. It describes the way, in which funds are collected and pooled, and the way, in which health services are purchased and paid for. It also describes levels of coverage, the nature of the benefits provided by the publicly financed system(s) and the extent of patient cost sharing for publicly covered health services.

Key words: health care financing, health economics, health insurance

Адрес за кореспонденция: Николай Михайлов, e-mail: kokopm@yahoo.com

Address for correspondence: Nikolay Mihaylov, e-mail: kokopm@yahoo.com

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравеопазването е сложна система, която включва в себе си дейности по управление, финансиране и предоставяне на здравни услуги, целящи подобряване здравния статус на населението на страната. Съвременните здравни системи в ЕС се базират на принципите на солидарността, правото на избор и на ефективност при изразходване на ресурсите на системата и по своята същност имат както социални, така и икономически характеристики. През последните години ясно се наложи виждането, че осигуряването на финансова устойчивост следва да е повече изискване, отколкото цел на политиката за финансиране на здравеопазването. Европа отбелязва началото на новото състояние на здравеопазване в европейския цикъл от Европейската комисия, предназначено да подпомогне държавите – членки на ЕС, за подобряване на здравето на техните граждани и ефективността на техните здравни системи. Две всеобхватни тенденции заслужават специално да бъдат споменати. Първо, постоянното увелича-

ване на продължителността на живота се забави значително в много страни от ЕС поради по-бавния темп на намаляване на сърдечно-съдовата смъртност и увеличаването на броя на смъртните случаи сред възрастните хора през зимните месеци през последните години. Второ, продължава да съществува голямо неравенство в продължителността на живота. В целия ЕС хората с ниско ниво на образование могат да очакват да живеят с шест години по-малко от тези с високо ниво на образование.

АНАЛИЗ

Начинът, по който се събират средства за здравеопазване, има важно значение за целите на политиката за справедливост във финансирането, за прозрачността и отчетността. Процесът на събиране включва три елемента: източници на финансиране, използвани механизми за вноските за събиране на средства и организациите, отговорни за събирането на средства. Физическите лица и фирмите са основният източник на

финансиране на здравеопазването, въпреки че някои средства може да се получат чрез неправителствени организации (НПО) и многостранни агенции, като Световната банка.

Най-често при финансиране на системите на здравеопазване се наблюдават комбинации между отделните източници в различни съотношения. Причината е, че държавата задължително запазва ролята си във финансирането на здравеопазването, дори и в ограничени размери в някои системи. Делът на всеки източник на финансиране дава представа и за конкурентната структура на системата. Един от най-сложните въпроси във всички страни е как да се финансира здравеопазването, за да се постигне максимална обществена и индивидуална полза. Очевидно е, че разнообразието и икономическата природа на произвежданите и предоставяните здравни услуги и стоки изискват включване на повече от един начин на финансиране.

Механизмите за вноските са две категории: публични и частни. Механизмите за публични вноски (данъци и социалноосигурителни вноски) са законоустановени (задължителни) и обединяват здравните и финансовите рискове във времето (авансови плащания) и между индивидите. От икономическа гледна точка обединяването на рисковете повишава ефективността, като противодейства на част от несигурността, свързана с двата типа рискове – например ние невинаги знаем дали или кога ще се разболеем, колко сериозно може да е заболяването, колко ще струва лечението и дали ще можем да платим за него. От същото значение е и фактът, че тъй като механизмите на публичните вноски се базират на дохода, те не разделят плащането от риска за заболяване. С други думи, те дават достъп до здравеопазване въз основа на нуждата, а не на способността за плащане. Механизмите за частни вноски обикновено са доброволни. Някои включват предварително плащане (частно здравно осигуряване и здравни спестовни сметки (MSA), докато други се правят на мястото на използване (плащания с налични средства). Въпреки че частното здравно осигуряване включва известно обединяване на рисковете между лицата, плащанията с налични средства и MSA не го правят. Механизмите за частни вноски обикновено не отчитат възможността за плащане (въпреки че някои

форми може да дадат привилегии на по-големите потребители и/или на по-бедните хора) и често свързват плащането с риска (или дори реалния опит) за заболяване.

Механизми за вноски, използвани за финансиране на здравеопазването. Преки данъци се налагат на частни лица и корпорации (например данък върху доходите, корпоративен данък, имотен данък), непреки данъци се налагат върху потреблението на стоки и услуги (например данък добавена стойност, ДДС). Данъци може да се събират от централни, регионални или местни правителства. Те може да се натрупват в общия държавен бюджет или може да се разпределят за специфични цели (например образование или здравеопазване). Характерът на данъците, използвани за финансиране на здравеопазването, има значение за справедливостта във финансирането, прозрачността и отчетността. Докато преките данъци обикновено са пропорционални или прогресивни, непреките данъци често са регресивни.

Вноски за обществено осигуряване почти винаги се начисляват върху възнаграждения (заплати). В някои случаи те може да се начисляват върху общия доход (доход от заплати и капитал), като френския „подоходен данък“ Contribution Sociale Generalisee (CSG), но продължават да се събират чрез здравноосигурителните каси. Вноските може да покриват и невнасящи, като безработни лица, пенсионери или неработещи зависими лица. От своя страна правителството или друг орган може да прави вноски от името на невнасящите. При равнопоставеност във всички други отношения, социалноосигурителните вноски биха били съразмерни или леко регресивни поради факта, че не се налагат върху спестявания или капиталови приходи. На практика често има таван за това колко трябва да внася едно лице, който се увеличава регресивно.

Частните осигурителни премии се определят от отделните застрахователи почти винаги като плоска ставка на месец или година. Премиите може да се определят за общността (еднакви за всички членове на конкретен застраховател или друга „общност“, например географска област или дейност) или за риска (въз основа на риска за отделното лице или група за влошаване на здравето, като се използват фактори като възраст,

пол, професия, тютюнопушене и т.н.). Частното здравно осигуряване играе различни роли в различните контексти и може да се осигури от търговски дружества, както и от публични или частни организации с идеална цел, като законоустановени здравноосигурителни каси и взаимни или резервни сдружения. В повечето случаи това, което разграничава частното здравно осигуряване от задължителното осигуряване, е доброволният характер.

Здравните спестовни сметки включват задължителни или доброволни вноски от частни лица в персонализирани спестовни сметки, предназначени за здравеопазване. Те възникват първо в Сингапур и сега се използват на пазарите за частно здравно осигуряване в САЩ (където са известни като здравни спестовни сметки) и в Южна Африка. Те може да са самостоятелни сметки или може да се закупят заедно с осигурителен план, който осигурява покритие за катастрофични здравни разноси (като в този случай те са форма на споделяне на разходите; вж. по-долу). MSA не включват обединяване на рисковете (освен доколкото се комбинират със застраховане). Освен това те не включват никаква форма на кръстосано субсидиране от богати към бедни, от здрави към болни, от млади към стари или от работещи към неработещи). Единственият пример за MSA в контекста на ЕС е Унгария, където спестовните сметки, които се ползват от данъчни субсидии, се използват за покриване на законоустановеното споделяне на разходи или за покриване на плащания с налични средства за услуги, получени в частния сектор.

Плащанията с налични средства включват три широки форми: преки плащания за услуги, които не се покриват от пакета законоустановени облаги: споделяне на разходи (потребителски такси) за услуги, покрити от пакета с облаги; и нерегламентирани плащания. Преките плащания се използват за плащане за здравеопазване, което не се покрива от никаква форма на авансово плащане, обикновено за услуги, получени в частния сектор. Споделянето на разходи изисква от лицето да плати част от разходите за грижите, които получава. То приема множество форми. Законоустановеното споделяне на разходи се отнася за потребителски такси, начислявани за услуги, включени в публично финансиран пакет от об-

лаги. Нерегламентираните плащания (известни също като „плащания под масата“ или „плащания в плик“) са такси за услуги или продукти, които се предполага, че са безплатни, и се среща основно в по-новите държави членки, както и в Гърция. Споделянето на разходите и нерегламентирани плащания намаляват дълбочината и следователно нивото на финансова защита, осигурено от публичното покритие.

Всички държави членки използват набор от механизми за вноски за финансиране на здравеопазването, въпреки че нито една понастоящем не използва MSA като законоустановена основа. Държавите членки попадат в три отделни групи. Най-голямата група се състои от тези, които финансират здравеопазването основно чрез общественоосигурителни вноски (Австрия, Белгия, Чешка република, Естония, Франция, Германия, Унгария, Литва, Люксембург, Нидерландия, Полша, Румъния, Словакия и Словения). Втората група се състои от тези, които финансират здравеопазването основно чрез данъци (Дания, Финландия, Ирландия, Италия, Малта, Португалия, Испания, Швеция и Обединеното кралство). Третата група са тези, които все още разчитат основно на плащания с налични средства (България, Кипър, Гърция и Латвия). Голяма промяна от 1996 г. е преминаването от данъци към обществено осигуряване като доминиращ механизъм за вноски в България, Литва, Полша и Румъния.

Публичните разходи за здравеопазване доминират във всяка страна с изключение на Кипър. През последните 25 години публичните разходи са паднали (като процент от общите разходи за здравеопазване) в 17 държави членки, като най-голямото понижение е в Белгия, България, Естония, Унгария и Словакия. Общо 10 държави членки са направили опит да увеличат публичните разходи, като най-голямо е увеличението в Кипър, Малта и Обединеното кралство.

Необходимо е да се отбележи следното за разходите за здравеопазване – данните на СЗО и ОИСР класифицират всички средства, минаващи през здравноосигурителните каси, като вноски за обществено осигуряване, въпреки че съществени суми от разпределенията, базирани на данъци, все още често преминават през здравноосигурителните каси, като специална стратегия за смесено финансиране или чрез субсидии за тези, кои-

то не правят вноски. Това предполага, че някои от тези системи може да са по-смесени, с оглед на публичните финанси, отколкото показват данните, които представяме – с други думи, някои държави, които в момента показват, че се финансират основно от социалноосигурителни вноски, може всъщност да се финансират чрез смесени вноски и общи данъчни приходи. Допълнително ограничение за начина, по който тези данни се представят, е, че той не позволява наблюдение на преминаването на финансирането към по-голямо разчитане на централизираните приходи от данъци. Например от 1998 г. повече от една трета от приходите на френската схема за здравно осигуряване идва от специален данък върху дохода, но данните за разходите не регистрират тази промяна.

Във всяка държава с изключение на Франция и Словения частните разходи се генерират в голяма степен от плащанията с налични средства. Плащанията с налични средства са вторият най-важен механизъм за вноски в 18 държави членки. Но те отговарят за по-малко от една трета от общите разходи за здравеопазване в 15 държави. Повишението е с над пет процентни точки в Белгия, България, Естония, Гърция, Унгария, Латвия, Литва и Словакия. Съществен спад на плащанията с налични средства като част от общите разходи за здравеопазване (с над пет процентни точки) се случва в Кипър, Малта и Румъния.

През последното десетилетие на ХХ век частното здравно осигуряване не е съществувало или е имало много малък принос за общите разходи за здравеопазване във всички по-нови държави членки с изключение на Словения и в няколко по-стари държави членки (Италия, Люксембург, Малта, Португалия и Швеция). Въпреки че е добре установена част от здравната система в някои държави членки, по-конкретно Франция, Германия, Ирландия, Нидерландия и Словения, в други държави членки частното здравно осигуряване е по-скорошна разработка. Но от 2000 г. частното здравно осигуряване се увеличава (като част от общите разходи за здравеопазване) в почти всички държави членки. Единствените изключения от тази тенденция са Австрия, Финландия, Ирландия, Италия, Словакия и Обединеното кралство. Приносът на частното здравно осигуряване способства общите разходи за здравеопазване да продължат да са умерени в повечето държави членки, като те надвишават 5% само в Австрия, Франция, Германия, Ирландия, Нидерландия

и Словения. Но техният ефект върху по-широката здравна система може да е значителен дори в държава членка, където то играе малка роля. В перспектива дружествата (застрахователите), предлагащи ДЗО, ще осъществяват значително по-широка и по-социално ориентирана мисия, различна от тази на задължителното здравно осигуряване, която преди всичко е механизъм за солидарно посрещане на разходите на пациента за медицинска помощ в случай на заболяване. Тяхната мисия е да се даде значителен принос за повишаване показателите за здравето на нацията, както и на нивото на здравната сигурност. Пред тях неизменно стои и грижата за положителното въздействие и повишаването на здравната култура на осигурените лица. В дейността им е застъпена здравеопазна дейност, насочена към здравия човек. Промоцията на здравето като всеобхватна профилактична стратегия се интересува не само от загубеното здраве, а преференциално от позитивното здраве и възможностите за неговото съхранение. За всичко, изложено по-горе, допринася и професионалният здравен мениджмънт в управлението на тези частни структури, който гарантира преобразуването на здравните ресурси в конкретни здравни резултати.

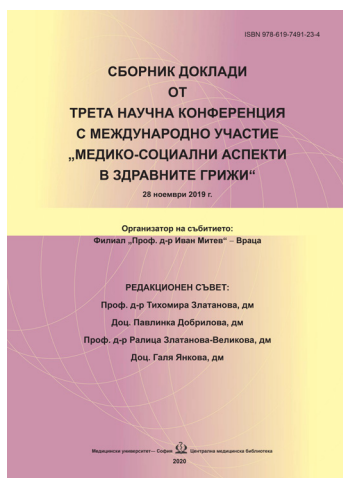
ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Все още няма идеална система за финансиране на здравеопазването, която да отговаря на всички нужди и очаквания на обществото в съответната страна. Всяка една държава решава своите проблеми индивидуално, на базата на опита на държави с подобни системи на управление и финансиране на здравеопазването. Главната цел е да се постигне удовлетвореност на обществото от системата на здравеопазването. Икономическата криза от последните години задълбочи проблемите в здравните системи. В условията на недофинансирано здравеопазване е необходимо адекватно разпределение и оползотворяване на наличните ресурси според приоритетните направления, базирани при оценка на ефективността на здравните ресурси, както и нови финансови потоци. Тази ефективност зависи не само от източника на финансиране, но преди всичко от умелото им изразходване (оползотворяване), т.е. от управлението на финансовите ресурси. Интензивното навлизане на дигиталната трансформация на здравеопазването и грижите, ключов компонент на цифровия единен пазар на ЕС, предлага огро-

мен потенциал за подобряване на превенцията, откриването и управлението на хронични заболявания, както и за подобряване на управлението и финансирането на здравните системи.

Библиография

1. Гладилов С, Делчева Е. Икономика на здравеопазването. С., Принцепс, 2009.
2. Димитров Г. Организация и финансиране на здравната система, ВУЗФ, 2014.
3. Златанова Т, Петрова-Готова Цв, Попов Н, Щерева-Тзунни Д, Янева Р. Икономика на здравеопазването, С., ГорексПрес, 2017.
4. Спиридонов С, Великов С. Роль информационных технологий в общении между медицинскими специалистами, Российско-китайский научный журнал „Содружество“, 2017; (17), 1 часть, с. 38-41.
5. OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, 2008. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.
6. Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses, 2009.
7. Velikov St, Zlatanova-Velikova R, Dobrilova P. The teachers opinion about introduction interactive methods in training of medical specialists. Journal of Educational and Instructional Studies in the World, 2018; 8(2):8-13.



СБОРНИК ДОКЛАДИ ОТ ТРЕТА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ „МЕДИКО-СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“

Авторски колектив от МУ – София, Филиал – Враца, с международно участие

Под редакцията на: проф. д-р Тихомира Златанова, дм, доц. Павлинка Добрилова, дм, проф. д-р Ралица Златанова-Великова, дм, доц. Галя Янкова, дм

Електронна книга в PDF format. Намира се на електронния репозиториум на Централна медицинска библиотека на сайта на Медицински университет – София <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1741>

Конференцията е проведена на 28 ноември 2019 г. Сборникът съдържа доклади от медицинска конференция върху здравни, организационни, об-

разователни, социални и психологически аспекти. Той е част от поредица, съдържаща доклади от конференции, провеждани от Филиала „Проф. Д-р И. Митев“ – Враца, на Медицинския университет – София. Докладите са с тематика в областта на здравните грижи. Това е третият сборник от поредицата.

ДОБРОВОЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ ПРЕЗ ПЕРИОДА 2017-2019 Г.

Н. Николов, Н. Михайлов, Н. Попов, Т. Златанова

Катедра "Икономика на здравеопазването", ФОЗ, МУ – София

THE VOLUNTARY HEALTH INSURANCE IN BULGARIA DURING THE PERIOD 2017–2019

N. Nikolov, N. Mihaylov, N. Popov, T. Zlatanova

Department of Health Economics, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Abstract. This article pertains to development of the Voluntary Health Insurance (VHI) market in Bulgaria after the regulatory changes. In 2012, there were proposals for changes to the Health Insurance Act. These proposals were adopted by the National Assembly and pledged health insurance companies within August 2013 to bring their activities in accordance with the Insurance Code to carry on insurance business in general insurance. Subject of this analysis is the voluntary health insurance market in 2014 and 2015, after the regulatory changes. The research includes the insurance product "Sickness". Objects of analysis are the following financial indexes of the market – premium income, payments and market share.

Key words: health care financing, health economics, health insurance

Адрес за кореспонденция: Николай Николов, e-mail: nikolov_009@abv.bg

Address for correspondence: Nikolay Nikolov, e-mail: nikolov_009@abv.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Направените през 2012 г. предложения за промени в Закона за здравното осигуряване бяха приети от Народното събрание на Република България и задължиха здравноосигурителните дружества в срок до месец август 2013 г. да приведат дейността си в съответствие с Кодекса за застраховането и да подадат заявление до регулатора за издаване на лиценз за извършване на застрахователна дейност по общо застраховане. Всички промени, свързани с прелицензирането на дружества, доведоха до стрес на пазара по доброволно здравно осигуряване. Една част от здравноосигурителните фондове вдигнаха своя капитал, съгласно новите изисквания, като запазиха позиции и договори. Други дружества се обе-

диниха, за да изпълнят изискванията. Трети се вляха в действащи застрахователни дружества, а застрахователи, притежаващи лиценз по общо застраховане, проявиха интерес към здравноосигурителния пазар.

АНАЛИЗ

Настоящият анализ обхваща дейността на застрахователните дружества, притежаващи лиценз по общо застраховане и извършващи дейност по доброволно здравно осигуряване през периода 2017-2019 г. Данните, на които се основава настоящото проучване, са официално публикувани от Комисията за финансов надзор (КФН).

В Закона за здравното осигуряване (ЗЗО), в чл. 82., е записано: „Доброволното здравно осигуряване“

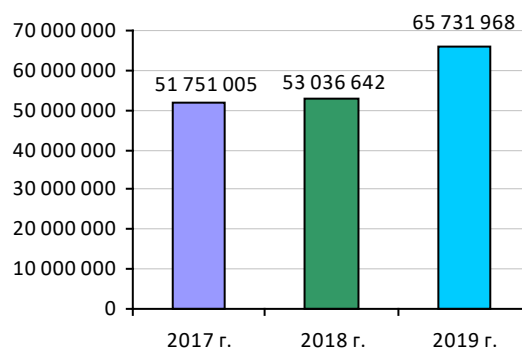
гуряване се извършва въз основа на договор за медицинска застраховка по смисъла на чл. 222а от Кодекса за застраховането (КЗ)“, а чл. 222а. на КЗ гласи: „С договора за медицинска застраховка застрахователят се задължава да поеме рискове, произтичащи от заболяване или злополука, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки, срещу получаване на застрахователна премия“. В публикуваните отчети на КФН няма самостоятелни данни за договорите за медицинска застраховка. КФН публикува данни за застраховките според съответните рискове и поради тази причина в отчетите са публикувани данни за застраховките „Заболяване“ и „Злополука“. Обект на настоящия анализ са застрахователните дружества, отчитащи дейност по доброволно здравно осигуряване по застраховка „Заболяване“, тъй като според направено проучване (Н. Попов, 2015 г.) доброволното здравно осигуряване, отчетено през застраховка „Злополука“, е едва 4% и като основен застрахователен продукт се налага застраховка „Заболяване“ с дял 96%.

Доброволното здравно осигуряване се осъществява от лицензираните застрахователи по общо застраховане и застрахователи от държава – членка на ЕС, извършващи дейност по общо застраховане в Република България при условията на правото на установяване.

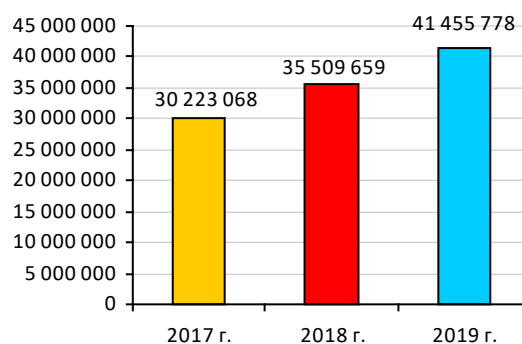
Най-важният показател за дейността на едно застрахователно дружество е неговият премиен приход. Той фактически показва неговата реална дейност – стойност на действащи договори. Премиеният приход на застрахователните компании, отчитащи дейност по застраховка „Заболяване“, е в размер на 51 751 005 лева за 2017 г., 53 036 642 лева за 2018 г. и 65 731 968 лева за 2019 г. През разглеждания период наблюдаваме ясно изразена тенденция на нарастване на brutния премиен приход на всички застрахователни дружества, осъществяващи дейност по доброволно здравно осигуряване чрез застраховка „Заболяване“ (фиг. 1).

Изплатените обезщетения на застрахователните компании, отчитащи дейност по медицинска застраховка „Заболяване“, са в размер на 30 223 068 лева за 2017 г., 35 509 659 лева за 2018 г. и 41 455 778 лева за 2019 г. Впечатление правят и сравнително приемливите преки разходи – изплатените обезщетения (фиг. 2), които през нито една от годините не надхвърлят премиите по

пакета и следват тенденцията на нарастване на премиения приход по застраховка „Заболяване“.

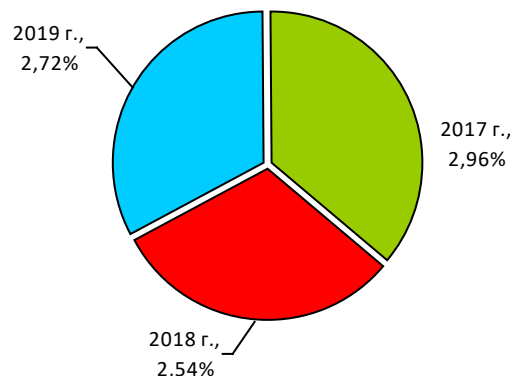


Фиг. 1. Премиен приход по застраховка „Заболяване“ за периода 2017-2019 г. в лева



Фиг. 2. Изплатени обезщетения по застраховка „Заболяване“ за периода 2017-2019 г. в лева

Пазарният дял на застраховка „Заболяване“ от цялостната застрахователна дейност по общо застраховане през периода 2017-2019 г. е, както следва: 2,96% за 2017 г., 2,54% за 2018 г. и 2,72% за 2019 г. През наблюдавания период пазарният дял на застраховката е относително стабилен – стойността му варира между 2,5 и почти 3%.



Фиг. 3. Пазарен дял на застраховката „Заболяване“ през периода 2017-2019 г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Като цяло пазарът на доброволно здравно осигуряване, осъществявано чрез застраховка „Заболяване“, се оформя като един динамичен пазар на застрахователни услуги. Той нараства със завидни темпове, за което свидетелства ежегодното увеличение на премиерния приход. Това е ясно доказателство, че съществува ниша в пазара на здравни услуги, която все по-успешно се заема от дружествата за доброволно здравно осигуряване. Изплатените обезщетения на застрахователните компании, отчитащи дейност по медицинска застраховка „Заболяване“, ясно показват, че се осъществява значителен обем реална дейност.

На фона на общите разходи за здравеопазване в Р България той е символичен. Отнесен към застрахователната дейност по общо застраховане, той варира между 2,5 и почти 3%. Причина за това са ниските доходи на българските домакинства и фактът, че здравноосигурените лица не са наясно какво получават по задължителното здравно осигуряване и какво могат да получат от медицинската застраховката „Заболяване“, както и дублирането с НЗОК при покриване на множество дейности и медицински услуги.

Пред застрахователните дружества, осъществяващи доброволно здравно осигуряване чрез медицинска застраховка „Заболяване“, неизмен-

но стои и грижата за положителното въздействие и повишаването на здравната култура на осигурените лица. В дейността им значително е застъпена и здравеопазна дейност към здравия човек. Промоцията на здравето като всеобхватна профилактична стратегия се интересува не само от загубеното здраве, а преференциално от позитивното здраве и възможностите за неговото съхранение. Това е пътят към повишаване показателите на здравето на застрахованите лица и в резултат – постигане на по-добри икономически резултати за застрахователните дружества.

Библиография

1. Андреева-Райнова Т, Воденичаров Ц, Попов Н. Предизвикателства пред здравното осигуряване в България. *Здраве и наука*, 2016; 6(4)(024):16-19.
2. Златанова Т, Петрова-Готова Цв, Попов Н, Щерева-Тзунни Д, Янева Р. Икономика на здравеопазването, С., ГорексПрес, 2017.
3. Закон за здравното осигуряване.
4. Кодекс за застраховането.
5. Комисия за финансов надзор (КФН) www.fsc.bg.
6. Петрова-Готова Ц, Янева Р, Златанова Т, Лазарова М, Спиридонов С, Воденичаров В. Анализ финансовых ресурсов здравоохранения в Республике Болгарии // *PEM: Psychology. Educology. Medicine*, 2016; (3); URL: pem.esrae.ru/13-146 (дата обращения: 06.02.2017).
7. Popov N. The voluntary health insurance market in bulgaria after the changes. *Economy & Business*, 2015; (9):648-653.

ОЦЕНКА НА МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТИ И ЗДРАВНИ МЕНИДЖЪРИ ЗА ЕФЕКТИВНОСТТА НА ЗДРАВНАТА НИ СИСТЕМА

Н. Попов¹, Я. Събев², Цв. Стоянова¹

¹Катедра "Икономика на здравеопазването", ФОЗ, МУ – София

²Медицински колеж "Йорданка Филаретова", МУ – София

HOW THE MEDICAL SPECIALISTS AND HEALTH MANAGERS ASSESS THE EFFICIENCY OF OUR HEALTH SYSTEM?

N. Popov¹, Ya. Sabev², Tsv. Stoyanova¹

¹Department of Health Economics, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

²Medical College "Yordanka Filaretova", Medical University – Sofia

Abstract. This article examines the state and effectiveness of the healthcare system in Bulgaria. For this purpose, in the period September 2017-June 2018, a survey was conducted among medical professionals and health managers in the cities of Sofia, Plovdiv, Varna, Pazardzhik, Gabrovo, Devin and Tryavna. During the survey, 319 correctly completed questionnaires were collected and processed. Respondents answered questions about the efficiency and financing of health care in Bulgaria, the need for changes and the introduction of e-health. The analysis shows that most of the respondents define the current health insurance system in Bulgaria as inefficient (68.3%). Impressive is the large share of people who believe that a change is needed in the financing of medical institutions (70.8%). The extremely high share of respondents wishing to demonopolize the NHIF is impressive – 73.7%, as 96.8% of all health managers support the idea of full or partial demonopolization of the NHIF.

Key words: National Health Insurance Fund (NHIF), financing and management in healthcare

Адрес за кореспонденция: Николай Попов, e-mail: n.popov@foz.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Nikolay Popov, e-mail: n.popov@foz.mu-sofia.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравните системи по света са източник на обществено напрежение, тъй като са свързани с непрекъснато увеличение както на търсенето, така и на предлагането на здравни стоки и услуги, а това поражда допълнителни разходи – както от бюджета, така и под формата на директни плащания от страна на домакинствата. Причините са както обективни – нарастваща продължителност на живота и навлизане на нови методи, терапии и технологии за лечение, така и субективни – търсене, индуцирано от предлагането, липса на ефективен контрол. Поради това здравните системи по

света са в постоянно състояние на реформа, като при страните с по-ефективни здравни системи тези реформи се базират на доказателства.

АНАЛИЗ

През периода септември 2017 – юни 2018 г. беше проведено анкетно проучване сред медицински специалисти и здравни мениджъри на територията на градовете София, Пловдив, Варна, Пазарджик, Габрово, Devin и Трявна. По време на проучването бяха събрани и обработени 319 коректно попълнени анкетни карти. Респондентите отговарят на въпроси относно ефективността и

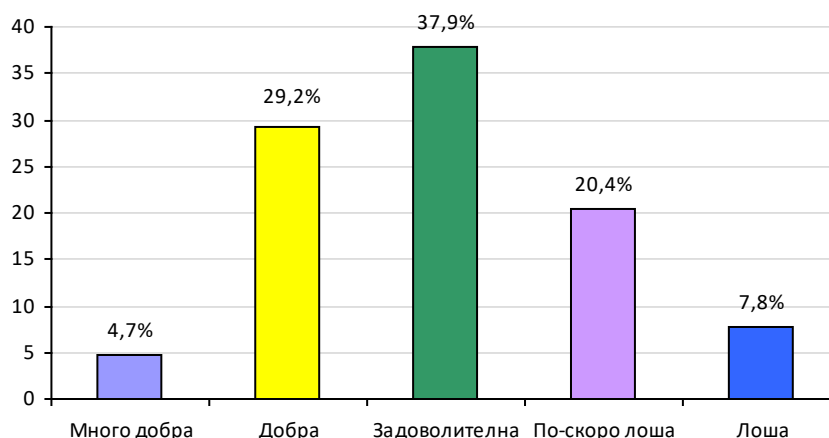
финансирането на здравеопазването в България, необходимостта от промени и въвеждане на електронно здравеопазване.

В обхванатата от анкетното проучване група лица преобладават жените (61,1%) спрямо мъжете (37,9%). Това е нормално при условие, че специалистите по здравни грижи включват предимно феминизирани професии. Възрастовото разпределение на анкетиранията лица отговаря на възрастовата структура на медицинските специалисти у нас. Най-много са лицата на възраст от 51 до 60 г. – 29,2%, следвани от възрастовите групи от 41-50 г. (24,8%) и 31-40 г. (17,9%). Най-малко са респондентите на възраст под 30 г., дължащо се, от една страна, на факта, че образованието на медицинските специалисти е продължително, а от друга, на изтичането на млади специалисти към чужбина. Преобладаващата част от анкетиранията лица са специалисти по здравни грижи – 46,1%, което е съвсем логично предвид факта, че техният дял сред медицинските специалисти е най-голям. Следва групата на лекарите – 28,5%. На трето място са здравните мениджъри, работещи на различни нива (директори на болници, ръководители на клиники, отделения и др.) – 19,7%, а 5,6% докладват, че работят на друга позиция в здравеопазването. Стажът на анкетиранията лица варира от 2 до 34 години. Разпределихме ги в 5 групи, съответно лица със стаж до 5 г., 6-10 г., 11-15 г., 16-20 г. и над 20 г. Анализът показва относително равномерно разпределение на анкетиранията във всички групи, като най-много са лицата със стаж между 16 и 20 години, следвани от групата с над 20 г. стаж (24,8%) и 11-15 г. стаж (23,5%). Най-малко – 6,6%,

са респондентите със стаж до 5 г. Почти 78% от анкетиранията са със трудов стаж в здравеопазването над 10 години, което е показателно за експертността на тяхното мнение относно състоянието и необходимостта от промени във финансирането и организацията на системата на здравеопазване у нас.

Преобладаващата част от респондентите определят настоящата система на здравно осигуряване в България като добра (29,2%) и задоволителна (37,9%). Като лоша и по-скоро лоша я определят 28,2%, докато много добра оценка дават едва 4,7% (фиг. 1). Този резултат е логичен, тъй като нашата социална и здравна система е част от европейските системи и се базира на общоевропейските ценности – универсална защита срещу финансови рискове, свързани с лошо здравно състояние, принципите на социалната справедливост при финансирането, равенство при предоставянето и използването на медицински услуги и др. От друга страна, респондентите добре познават и недостатъците на системата – голям брой неосигурени лица, невнасяне на необходимите суми за осигуряването от държавата лица, недофинансиране на дейности и др.

На въпроса „Ефективна ли е настоящата система на здравно осигуряване у нас?“ най-голям е дялът на лицата, дали негативен отговор – 68,4%. На противоположното мнение са 25,1%, а 6,6% не могат да преценят ефективността на здравната система (фиг. 2). Според Гергана Николова (Сдружение на личните лекари) – има пробойни в здравната система, касаещи свръххоспитализирането, което не е необходимо на пациента. Очевидно голямата част от респондентите споделят



Фиг. 1. Оценка на системата на здравно осигуряване

това мнение, що се отнася до ефективността на здравната ни система.

Както е видно от фиг. 3, най-много са респондентите, които считат, че по-скоро е необходима промяна при финансирането на лечебните заведения – 40,4%, следвани от лицата, дали категоричен отговор, че промяна трябва да има – 30,4%. Обратната позиция застъпват едва 26,1% от анкетираните, отговорили с „не“ и „по-скоро не“. Това е обективно предвид състоянието на болничната помощ у нас – задължнели болнични лечебни заведения, забавени заплати на персонала, проблеми с осигуряване на медикаменти и консумативи и т.н.

Изключително висок е делът на подкрепящи-те демонополизацията на НЗОК – 73,7% (от тях 22,3% подкрепят частичната демонополизация). Една четвърт от анкетираните лица са против демонополизация на НЗОК. В анкетно проучване на Таня Андреева-Райнова от 2016 г. процентът на желаещите подобна промяна е още по-висок – 92%, което е обяснимо с това, че анкетираната

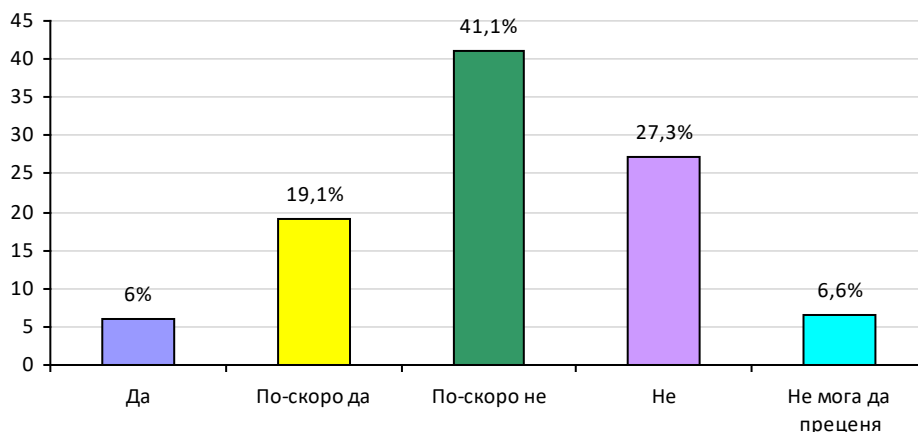
група лица обхваща единствено здравни политики и мениджъри в здравеопазването.

Това ни провокира да направим анализ на категориите лица (според заеманата позиция), които застават зад идеята за демонополизация на НЗОК.

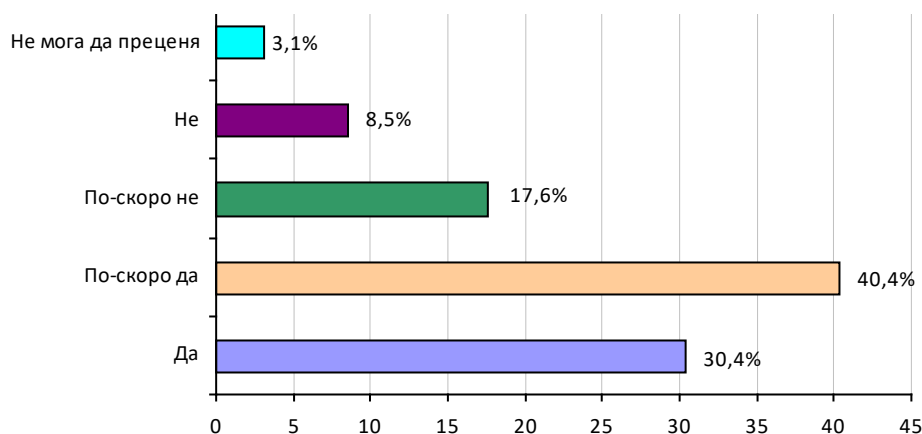
От данните на фиг. 5 е видно, че 96,8% от всички здравни мениджъри подкрепят идеята за пълна или частична демонополизация на НЗОК. Близък е процентът и при лекарите – 89% от тях са за демонополизация на НЗОК под някаква форма. Почти 78% от работещите на други позиции в здравеопазването също са за демонополизация, докато специалистите по здравни грижи са разединени – 53,7% са за промяната.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

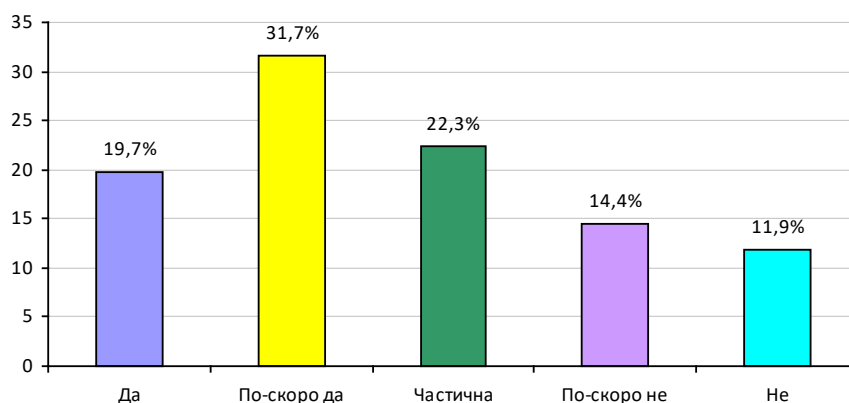
От анализа на резултатите от анкетното проучване можем да заключим, че две трети от респондентите определят настоящата система на здравно осигуряване в България като задоволителна и добра, но в същото време неефективна. Над 70%



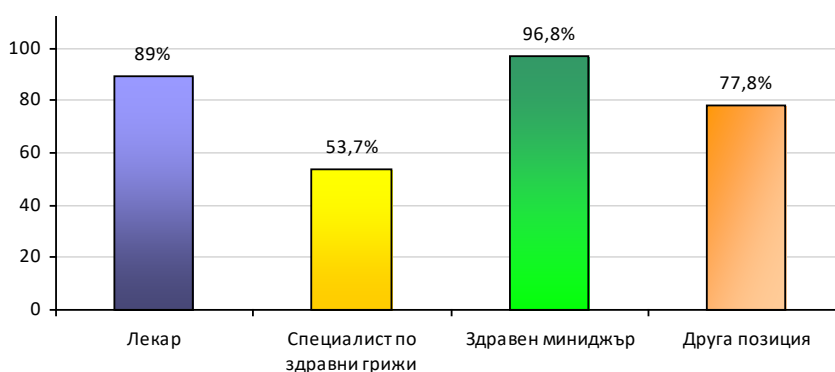
Фиг. 2. Ефективност на здравната ни система според респондентите



Фиг. 3. Нужда от промяна при финансирането на лечебните заведения



Фиг. 4. Необходима ли е демонополизация на НЗОК?



Фиг. 5. Разпределение на респондентите, подкрепящи идеята за пълна или частична демонополизация на НЗОК

са убедени, че е необходима промяна при финансирането на лечебните заведения. Изключително висок е дялът на подкрепящите идеята за демонополизация на НЗОК – 73,7%, като в зависимост от заеманата от тях позиция най-силна е подкрепата от здравните мениджъри. От тях 96,8% са за пълна или частична демонополизация на НЗОК, следват лекарите – 89%, и от работещите на други позиции в здравеопазването – 78%. Тези резултати показват пълно изчерпване на монополния модел на финансиране на здравеопазването и необходимост от промяната му, с цел създаване на реален пазар и ефективно управление на финансовите ресурси в здравеопазването.

Библиография

1. Андреева-Райнова Т, Воденичаров Ц, Попов Н. Предизвикателства пред здравното осигуряване в България. *Здраве и наука*, 2016; 6(4) (024):16-19.
2. Димитров Г. Организация и финансиране на здравната система, ВУЗФ „Св. Григорий Богослов“, 2014, с. 362.
3. Златанова Т, Златанова-Великова Р. Мениджмънт на разточителните разходи в болниците, *Четиридесет и трета научно-технологична сесия, КОНТАКТ 2019*, 28 юни 2019, Гражданска идея в действие, София, ТЕМПО, 2019, 117-120.
4. Златанова Т, Златанова Р, Лазарова М. Анализ на проблема възложител изпълнител в здравеопазването, *ИНГА, Тридесет и шеста научно-технологична сесия, КОНТАКТ 2015*, 30 октомври 2015, София, ТЕМПО, 166-171.
5. Златанова Т, Златанова-Великова Р, Великов С. Мениджмънт на капацитета и разходите за пациента в болницата. *Здравен мениджмънт*, 2007; 7(7):44-48.
6. Спиридонов С, Великов С. Роль информационных технологий в общении между медицинскими специалистами, *Российско-китайский научный журнал „Содружество“*, 2017, (17)1 часть, с. 38-41.
7. Стайков К, Георгиева П. Модели за финансиране на здравеопазването: Възможности за България, *И.П.И.* 2018, https://ime.bg/var/images/Healthcare_Models_Final_IME_1.pdf
8. Velikov St, Zlatanova-Velikova R, Dobrilova P. The teachers opinion about introduction interactive methods in training of medical specialists. *J Educat Instruct Stud World*, 2018; 8(2):8-13.
9. Николова Г. Тежките лимити, въведени в доболничната помощ, водят до свръххоспитализация. <http://medicalnews.bg/blog/2017/05/23/>

ДЕФОРМАЦИИ В БЪЛГАРСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Т. Златанова¹, Цв. Стоянова¹, Я. Събев², А. Кехайов³

¹Катедра „Икономика на здравеопазването“, ФОЗ, МУ – София

²Медицински колеж „Йорданка Филаретова“, МУ – София

³Катедра „Здравна политика и мениджмънт“, ФОЗ, МУ – София

DEFORMATIONS IN BULGARIAN HEALTHCARE

T. Zlatanova¹, Tsv. Stoyanova¹, Ya. Sabev², A. Kehayov³

¹Department of Health Economics, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

²Medical College “Yordanka Filaretova”, Medical University – Sofia

³Chair of Health Policy and Management, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Abstract. The article presents the healthcare costs in Bulgaria and the EU for 2016: public compared to private; health care costs per capita; the structure of the current expenditures of the National Health Insurance Fund for 2017, which is strongly deformed and is a result of deformation of the structure of the health sector (the hospital sector predominates); high mortality rates as an indicator of low system efficiency. The overall analysis shows the need to develop a general concept for radical changes in the health care system, with which to make significant changes in the organization, management and financing of the health insurance system.

Key words: health care, deformation, model, change

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

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

Демографските, здравните и икономическите тенденции, съчетани със структурни несъвършенства в настоящата система на здравеопазването, представляват значими предизвикателства за бъдещото адекватно финансиране на здравните услуги за населението на България. Това води до ситуация, при която настоящият начин на предоставяне на здравни услуги не отговаря на потребностите на населението и без радикални промени бъдещите здравни и финансови перспективи изглеждат мрачни.

Промяната в модела на здравната система с въвеждането на здравното осигуряване в България не доведе до очакваното повишаване на ефективността на изразходваните финансови средства и до подобряване на качеството на пре-

доставените услуги. Доказателство за това са: неравният достъп до качествено здравеопазване; големите териториални диспропорции в разпределението на медицинските кадри; огромният брой болнични лечебни заведения, неотговарящ на възможностите за материално и кадрово обезпечаване; небалансираността на системата в полза на разходите за активно лечение и лекарства, спрямо тези за дейности по превенция и профилактика; големият относителен дял на неосигурени граждани – 12% от населението не са осигурени. В резултат на всички изброени факти здравноосигурителната система е силно деформирана и натоварена с несвойствени функции.

Целта на настоящата статия е да представи проблемните аспекти в българското здравеопаз-

ване и да обоснове необходимостта от промяна в модела на предоставяне на здравните услуги.

За реализирането на тази цел си поставихме следните задачи:

1. Сравнителен анализ на разходите за здравеопазване в България и ЕС за 2016 г. – публични към частни;
2. Анализ на структурата на текущите разходи на НЗОК за 2017 г.;
3. Анализ на нивата на смъртност като показател за ниска ефективност на системата.

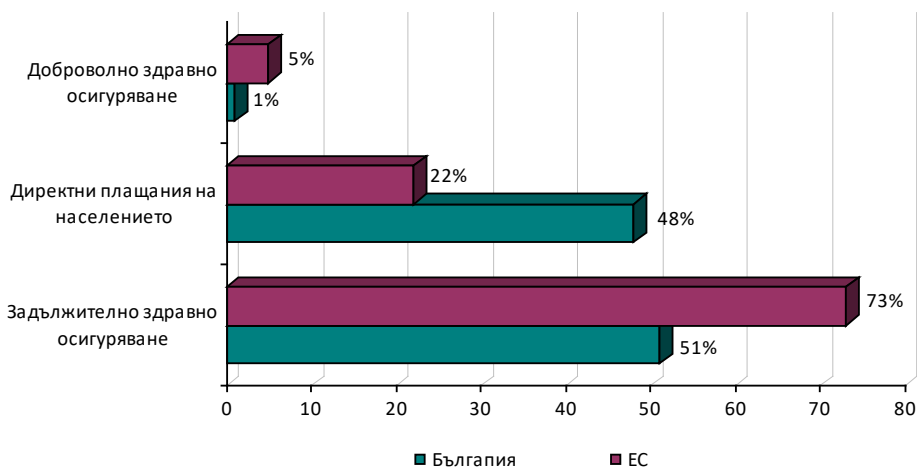
При извършеното проучване са приложени документалният метод и сравнителният анализ на данните.

България заема незавидна позиция по повечето показатели, свързани със здравеопазването, спрямо останалите държави – членки на ЕС.

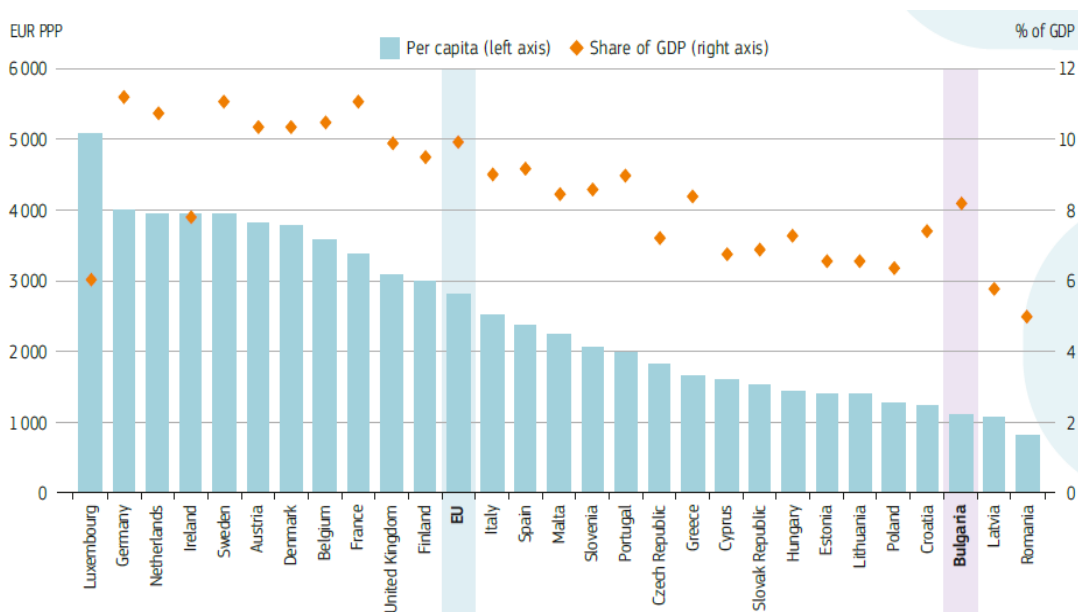
Преките плащания от населението са три пъти по-високи от тези в ЕС и възлизат на 48% от общия размер на средствата за здравеопазване (фиг. 1).

Разходите за здравеопазване на глава от населението в България (556 евро) са над 4 пъти по-ниски от средното ниво за ЕС (2464 евро) (фиг. 2).

Публичните разходи за здравеопазване в България са около половината от общите разходи при над 70% средно за ЕС (фиг. 3). Данните, представени на трите фигури, показват, че средствата, кои-



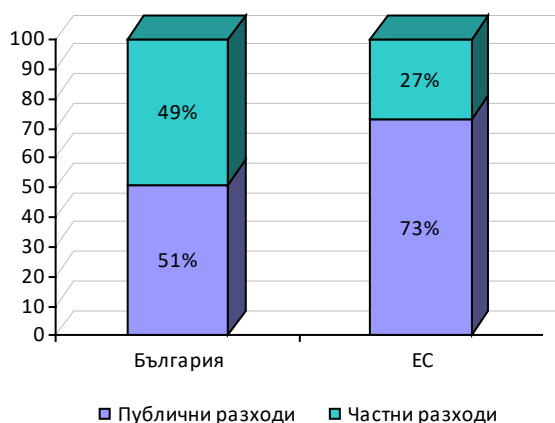
Източник: Здравна статистика ОИСР, База данни Евростат за 2016 г.
Фиг. 1. Разходи за здравеопазване в България и ЕС за 2016 г.



Източник: Здравна статистика на ОИСР, база данни на Евростат, база данни на СЗО за глобалните здравни разходи (данните се отнасят за 2015 г.)

Фиг. 2. Разходи за здравеопазване като процент от БВП на глава от населението

то се отделят за здравеопазване, не се възприемат от държавата като важна и приоритетна инвестиция за опазването на здравето и подобряването на качеството и ефективността на човешкия капитал. Не се оценява, че подобна инвестиция способства за икономическото развитие на страната и за подобряване на благосъстоянието на населението.



Фиг. 3. Съотношение на публични към частни разходи в здравеопазването

В България структурата на текущите разходи на НЗОК за 2017 г. е представена на таблица 1. Данните показват, че **структурата на разходите от бюджета на здравноосигурителната система е силно деформирана:**

- Делът на средствата за извънболнична дейност се запазва около 12-13%, при 25-26% за ЕС.

- Делът на средствата за болнична помощ се запазва около 48%, при средни равнища за ЕС от около 30%.

- Разходите за лекарства достигат до 28%, при средно равнища за страните от ЕС 13-16%.

Тези съществени диспропорции налагат спешна преоценка на начина на функциониране на системата и оценка на ефективността на изразходваните ресурси в здравеопазването.

У нас проблемите с ниската ефективност и ефикасност на здравните услуги са резултат от деформираната структура на здравния сектор. Българското здравеопазване е особено концентрирано в болниците. **Болничният капацитет значително надвишава средния за ЕС.** България е лидер в ЕС по брой на болнични легла на глава от населението, а в периода 2008-2016 г. е налице 172% ръст на броя на леглата в частни болници при паралелен спад с 4% на леглата в публични лечебни заведения. Разкриването на лечебни заведения се извършва, без да се отчетат медицинските потребности, заболяемостта сред населението в региона, наличието на други работещи лечебни заведения за болнична помощ на същата територия, нито пък наличният потенциал от ме-

Таблица 1. Структурата на текущите разходи на НЗОК за 2017 (Източник: ОК Здравеопазване 2018)

2017 г.	млн. лв.	дял		Болнична помощ	ИБМП	Лекарства
Здравноосигурителни плащания, вкл.:	3 415	100%	Белгия	29%	20%	13%
първична извънболнична медицинска помощ	199	6%	Дания	31%	28%	4%
специализирана извънболнична медицинска	218	6%	Чехия	33%	28%	16%
дентална помощ	160	5%	Франция	37%	14%	14%
медико-диагностична дейност	79	2%	Естония	34%	25%	16%
лекарства за домашно лечение	698	20%	България	48%	12%	28%
Лекарствена терапия при злокачествени заболявания	282	8%				
Медицински изделия в болничната помощ	95	3%				
болнична помощ	1 625	48%				
други здравноосигурителни плащания	61	2%				

дицински специалисти. **Необосновано високият брой на лечебните заведения създаде условия за свръхпредлагане на медицински услуги и дейности.**

Друг точен индикатор за ефективността на системата са данните за състоянието на здравния статус на населението и продължителността на живота. Средната продължителност на живота е 74.6 г., което е второто най-ниско равнище в ЕС, и е почти 6 години под средното за ЕС. Тревожен демографски проблем в България е високото ниво на смъртност:

- **Коефициентът на смъртност** достига до 15,5‰ през 2017 г. при 9,5‰ за ЕС. Средната смъртност е разпределена много тревожно – в София е 11,4‰, във Видин е 22,7‰ (а във видинските села е 36,7‰), в Монтана и в Ловеч е 21,1‰ и т.н. Демографските прогнози показват, че нивото на общата смъртност в страната ще остане високо и непроменено в периода до 2030 г.

- **Коефициентът на детска смъртност** е 6,4‰ при 3,5‰ общо за ЕС. Детската смъртност в София 2,5‰, а в Сливен е над четири пъти по-висока (10,7‰).

- Запазва се **структурата на смъртността** по причини през последните години, като продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението (66,1%) и злокачествените новообразования (16,4%).

По-високите нива на коефициента за смъртност и детска смъртност и териториалните различия в страната са резултат от диспропорциите в осигуреността с кадри в системата на здравеопазването и здравната култура на населението.

От представените данни можем да направим следните изводи:

1. Сравнителният анализ на разходите за здравеопазване в България и ЕС за 2016 г. показва значителни диспропорции по отношение на разглежданите показатели.

2. Анализът на структурата на текущите разходи на НЗОК за 2017 г. сочи деформация в разпределението на средствата в сравнение с ЕС – предимствено финансиране на болничната помощ за сметка на извънболничната помощ.

3. Ефективността на системата в България е ниска – това показват и по-ниската продължителност на живота у нас с 6 години в сравнение

със средната продължителност на живота в ЕС, и по-високият коефициент на смъртност с 6‰ в сравнение с ЕС.

Неефективността се дължи на разнопосочните реформи и слабото управление на здравноосигурителната система, съчетани с относително ниския дял на публичните разходи за здравеопазване. Преминването от свръхцентрализирана система в здравноосигурителна и създаването на НЗОК като финансиращ орган на здравните дейности не е съпътствано от развитие на необходимата регулаторна среда по отношение на изпълнителите на медицинска помощ и от управленски механизми, насочени към ефективно разпределение на ресурсите.

Всички негативни тенденции насочват към необходимостта от изцяло нова концепция за радикални промени в системата на здравеопазването, с която да се внесат съществени промени в организацията, управлението и финансирането на здравноосигурителната система.

Библиография

1. Воденичаров Ц, Борисов В. Феноменът общественото здраве в променящия се свят, Горекс Прес, 2017, с. 384
2. Златанова Т, Черкезов Т. Насоки за нова визия на българското здравеопазване. Капитал, Икономедиа, май 2019, с. 74-75.
3. Попов Н, Николова М. Оценка на системата на здравно осигуряване в България, в сб. материали от 43-та научно-технологична сесия “Контакт 2019” на ИНГА, С., ТЕМТО, 2019, с. 121-125.
4. Попов Н, Петрова-Готова Цв, Янева Р. Доброволното здравно осигуряване в България през 2014 г. Наука и технологии, 2015; 5(1): 199-203, <http://journal.sustz.com>.
5. Спиридонов С, Великов С. Роль информационных технологий в общении между медицинскими специалистами, Российско-китайский научный журнал „Содружество“, 2017; (17), 1 часть, с. 38-41.
6. <https://ime.bg/bg/articles/modeli-za-finansirane-na-zdraveopazvaneto-vyzmojnosti-za-bylgariya/>
7. Petrova-Gotova Ts, Ivanova I. Financial management and its relation to planning the funding for the healthcare institutions and the quality of the offered healthcare service. J Educat Instruct Stud World. 2018; 8(2):146-7463.
8. State, Problems, Solutions and Challenges, Healthcare 2018, Bulgarian Industrial Association, November 2018.
9. Yaneva R. Dynamics of the activities of hospital health institutions in Bulgaria. Int J New Trends Their Implicat, 2018; 9(3):52-63, www.ijonte.org.

КАЧЕСТВО НА ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ, РЕГЛАМЕНТИРАНО В НАЦИОНАЛНИЯ РАМКОВ ДОГОВОР

Б. Семо̀ва¹, Д. Василева¹, Р. Златанова-Великова², А. Кехайов¹

¹Катедра „Здравна политика и мениджмънт“, ФОЗ, МУ – София

²НИД, ФОЗ, МУ – София

THE QUALITY OF THE OUTPATIENT MEDICAL CARE IN BULGARIA REGULATED IN THE NATIONAL FRAMEWORK AGREEMENT

B. Semova¹, D. Vasileva¹, R. Zlatanova-Velikova², A. Kehayov¹

¹Chair of Health Policy and Management, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

²Research Activity, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Abstract. The improvement of the quality of health care is a major priority for every modern country. There are many definitions of the term „quality of care“ in the medical literature. The article presents and analyzes the quality of health services in outpatient medical care, regulated in the National Framework Agreement for Medical Activities between the National Health Insurance Fund and the Bulgarian Medical Union for 2020–2022. The criteria for quality and accessibility of primary and specialized outpatient medical care have been researched.

Key words: quality of health services, National Framework Agreement, primary outpatient medical care, specialized outpatient medical care

Адрес за кореспонденция: Д-р Боянка Петрова Семо̀ва, e-mail: bobi.semova@abv.bg

Address for correspondence: Boyanka Semova, MD, e-mail: bobi.semova@abv.bg

Основен приоритет на всяка съвременна държава е подобряването на качеството на здравеопазването, което е трудна задача, изискваща комбиниран, многопластов подход за нейното изпълнение.

Медицинската помощ, като специализирана човешка дейност, има три основни измерения – вид, количество и качество, като тяхната съвкупност определя нейната способност да задоволява здравните потребности на хората, които я получават. През последните години, със „създаването на пазар на медицинската помощ“, качеството придобива и ново значение, като се превръща в основно маркетингово средство. Осигуряването на качество е процес, който се отнася до концепции и методи за поддържане или подобрене на ка-

чеството на услугите, при което се използва системна оценка на изпълнението при сравнение с предварително определени стандарти, като средство за идентифициране на проблемите в предоставянето на услугите, въвеждане и проследяване на постигнатото подобрене.

Целта на настоящата статия е да представи и анализира качеството на здравните услуги в извънболничната медицинска помощ в България, регламентирано в Националния рамков договор (НРД) за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020-2022 г.

За постигането на целта си поставяме следните задачи:

1. Представяне на същността на понятието „качество на медицинската помощ“.

2. Проучване на критериите за качество и достъпност на първичната извънболнична медицинска помощ в действащия в България НРД.

3. Проучване на критериите за качество и достъпност на специализираната извънболнична медицинска помощ.

4. Формулиране на изводи и препоръки за подобряване на качеството в извънболничната медицинска помощ.

МЕТОДИ

За обективизиране на наблюдаваните резултати са използвани документален и критичен анализ.

В медицинската литература съществуват много определения на понятието „качество на медицинската помощ“.

Според Аведис Донабедиан [5] качеството на медицинската помощ е степен на достигане на най-голяма полза за здравето на човека без увеличаване на риска за здравето, при оптимален баланс между полза и риск.

Според определението на СЗО качеството на медицинската помощ е предоставяне на всеки пациент на достатъчно видове диагностични и терапевтични дейности, които да осигурят най-добър резултат за здравето, адекватен на актуалното състояние на медицинската наука, при най-добра цена за същия резултат, при минимален ятрогенен риск и достигане на най-голямо удовлетворение по отношение на процедури, резултати и хуманно отношение [7].

М. Маринов [1] предлага следното определение на качеството: качеството е съвкупност от признаци, условия и свойства на даден продукт или процедура, използвани в процеса на предоставяне на здравна помощ, задоволяващи изцяло или надхвърлящи очакванията на определена група лица или индивидуален пациент.

През последните години се утвърждава и все по-често се използва определението, което е прието от Американската медицинска асоциация (АМА).

Според АМА „качеството на медицинската помощ представлява съвкупност от условията за нейното извършване и признаците и свойствата (характеристиките, параметрите), които притежава като специфичен вид услуга или дейност“ [4].

По смисъла на НРД: „Качествена здравна услуга е тази, която предоставя на всеки пациент

достатъчно видове диагностични и терапевтични дейности, осигуряващи най-добър резултат по отношение на здравето, съобразено с актуалното състояние на медицинската наука, при оптимална цена за същия резултат, при минимален ятрогенен риск и при достигане на възможно най-голямо удовлетворение по отношение на процедурите на резултатите и хуманност на здравните грижи“.

Според НРД изпълнителите на ПИМП оказват договорените медицински дейности съгласно критериите за качество и достъпност на медицинската помощ, които са критерии за качество и достъпност на процеса и критерии за качество и достъпност на резултата [8].

Критериите за качество и достъпност на процеса са:

1. Изпълнение на профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години и формиране на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване; степен на обхващане – не по-малко от 33% от подлежащите;

2. Изпълнение на изискванията на програма „Майчино здравеопазване“; степен на обхващане – не по-малко от 80% от подлежащите;

3. Изпълнение на програма „Детско здравеопазване“ по профилактика за проследяване на здравното състояние на лица на възраст от 0 до 18 години; степен на обхващане – не по-малко от 83%;

4. Срочност на извършване на първия преглед на новородено – до 24 часа след изписване от лечебното заведение при осъществен избор на родителите/законните настойници на лекар на детето; при липса на избран лекар до 24-ия час след изписването първият преглед се извършва до 24 часа след избора;

5. Минимална продължителност на профилактичен преглед, включително и формиране на групи от лица с рискови фактори за развитие на заболявания и попълване на „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“ – 10 минути;

6. Минимална продължителност на диспансерен преглед, включително и извършването на последваща оценка на резултатите от назначени изследвания и консултации – 10 минути.

Критерии за качество на резултата са:

1. Изпълнение на диспансерно наблюдение на пациенти със захарен диабет – неинсулинозависим

тип, за целия период на диспансерно наблюдение (за календарна година), но не по-малко от 6 месеца:

1.1. компенсирано състояние на гликемията в над 50% от периода на наблюдение – отчита се времето, през което пациентът е бил компенсиран, като процент от целия период на диспансерно наблюдение:

а) за добър контрол се считат стойности до 7,0% на HbA1c (или до 8,0% за пациенти с анамнеза за тежки хипогликемии, с очаквана малка продължителност на живота, напреднали усложнения, множество съпътстващи заболявания), измерени при прегледи по повод на диспансерно наблюдение или по друг повод;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат стойности над 7,0% на HbA1c (или над 8,0% за пациенти с анамнеза за тежки хипогликемии, с очаквана малка продължителност на живота, напреднали усложнения на захарен диабет, множество съпътстващи заболявания), измерени при прегледи по повод на диспансерно наблюдение или по друг повод;

1.2. Компенсирано състояние на съпътстващата при захарен диабет артериална хипертония в над 50% от периода на диспансерно наблюдение – отчита се времето, през което пациентът е бил компенсиран, като процент от целия период на наблюдение:

а) за добър контрол се считат измерените стойности на систолното налягане под 140 mm Hg и диастолно под 85 mm Hg;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат измерените стойности на систолно налягане над 140 mm Hg и диастолно над 85 mm Hg;

1.3. Компенсирано състояние на съпътстващото захарен диабет сърдечно-съдово заболяване в периода на диспансерно наблюдение:

а) за добър контрол се считат достигнати нива на LDL холестерол под 1,8 mmol/l за пациенти с ИБС и респективно под 2,6 mmol/l за останалите;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат нива LDL холестерол над 1,8 mmol/l за пациенти с ИБС и респективно над 2,6 mmol/l за останалите;

2. Изпълнение на диспансерно наблюдение на пациенти със сърдечно-съдови заболявания или мозъчно-съдова болест за целия период на диспансерно наблюдение (за календарна година), но не по-малко от 6 месеца:

2.1. компенсирано състояние на артериалното налягане в над 50% от периода на наблюдение – отчита се времето, през което пациентът е бил компенсиран, като процент от целия период на диспансерно наблюдение:

а) за добър контрол се считат измерените стойности на систолно налягане под 145 mm Hg и диастолно под 90 mm Hg;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат измерените стойности на систолно налягане над 145 mm Hg и диастолно над 90 mm Hg;

2.2. компенсирано състояние на съпътстващата при АХ дислипидемия в периода на наблюдение:

а) за добър контрол се считат достигнати нива на LDL холестерол под 1,8 mmol/l, респективно под 2,6 mmol/l, под 3 mmol/l за пациентите, съответно с много висок, висок, умерен и нисък риск от развитие на друго сърдечно-съдово заболяване;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат нива на LDL холестерол над 1,8 mmol/l, респективно над 2,6 mmol/l, над 3 mmol/l за пациентите съответно с много висок, висок, умерен и нисък риск от развитие на друго сърдечно-съдово заболяване.

Стойностите за HbA1c, LDL холестерол и артериално налягане, посочени в критериите за качество и достъпност за резултата, са прицелни и са насочени към мониториране и проследяване на здравното състояние на диспансеризирани пациенти за сърдечно-съдови заболявания и/или захарен диабет и на резултатите от проведеното лечение. В тези случаи е необходимо да се предприемат мерки, включващи: препоръки за начин на живот, двигателна активност, хигиенно-диетичен режим, преустановяване на вредни навици от пациента, промяна в терапията и/или назначаване на консултация със специалист.

Изпълнителите на СИМП според действащия НРД [8] оказват договорените медицински дейности съгласно критериите за качество и достъпност на медицинската помощ, които са критерии за качество и достъпност на процеса и критерии за качество и достъпност на резултата.

Критериите за качество и достъпност на процеса са:

1. Изпълнение на профилактични прегледи на ЗОЛ с рискови фактори за развитие на заболя-

ване в случай на насочване от ОПЛ и достигнали до лекар – специалист в СИМП;

2. Изпълнение на изискванията на програма „Майчино здравеопазване“; степен на обхващане – не по-малко от 85%;

3. Изпълнение на програма „Детско здравеопазване“ за проследяване на здравното състояние на лица на възраст от 0 до 18 години; степен на обхващане – не по-малко от 85%;

4. Срочност на извършване на първия преглед на новородено – до 24 часа след изписване от лечебното заведение при осъществен избор на родителите/законните настойници на лекар на детето; при липса на избран лекар до 24-ия час след изписването първият преглед се извършва до 24 часа след избора;

5. Минимална продължителност на профилактичен преглед, включително и извършването на последваща оценка на резултатите от назначени изследвания и консултации – 10 минути;

6. Минимална продължителност на диспансерен преглед, включително и извършването на последваща оценка на резултатите от назначени изследвания и консултации – 10 минути;

7. Минимална продължителност на първичен преглед на дете по повод остро състояние – 15 минути.

Критерии за качество на резултата са:

1. Изпълнение на диспансерно наблюдение на пациенти със захарен диабет тип 2 на инсулиново лечение за целия период на диспансерно наблюдение (за календарна година):

1.1. Компенсирано състояние на гликемията в над 50% от периода на наблюдение – отчита се времето, през което пациентът е бил компенсиран, като процент от целия период на диспансерно наблюдение:

а) за добър контрол се считат стойности до 7,0% на HbA1c (или до 8,0% за пациенти с анамнеза за тежки хипогликемии, с очаквана малка продължителност на живота, напреднали усложнения, множество съпътстващи заболявания), измерени при диспансерни прегледи или по друг повод;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат стойности над 7,0% на HbA1c (или над 8,0% за пациенти с анамнеза за тежки хипогликемии, с очаквана малка продължителност на живота, напреднали усложнения на захарен диабет, множество съпът-

стващи заболявания), измерени при прегледи по повод диспансерно наблюдение или по друг повод;

1.2. Компенсирано състояние на съпътстващата при захарен диабет артериална хипертония в над 50% от периода на диспансерно наблюдение – отчита се времето, през което пациентът е бил компенсиран, като процент от целия период на наблюдение:

а) за добър контрол се считат измерените стойности на систолното налягане под 140 mm Hg и диастолно под 85 mm Hg;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат измерените стойности на систолното налягане над 140 mm Hg и диастолно над 85 mm Hg;

1.3. Компенсирано състояние на съпътстващото захарен диабет сърдечно-съдово заболяване в периода на диспансерно наблюдение:

а) за добър контрол се считат достигнати нива на LDL холестерол под 1,8 mmol/l за пациенти с ИБС и респективно под 2,6 mmol/l за останалите;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат нива на LDL холестерол над 1,8 mmol/l за пациенти с ИБС и респективно над 2,6 mmol/l за останалите;

2. Изпълнение на диспансерно наблюдение на пациенти със сърдечно-съдови заболявания за целия период на диспансерно наблюдение (за календарна година):

2.1. Компенсирано състояние на артериалното налягане в над 50% от периода на наблюдение – отчита се времето, през което пациентът е бил компенсиран, като процент от целия период на диспансерно наблюдение:

а) за добър контрол се считат измерените стойности на систолното налягане под 145 mm Hg и диастолно под 90 mm Hg;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат измерените стойности на систолното налягане над 145 mm Hg и диастолно над 90 mm Hg;

2.2. Компенсирано състояние на съпътстващата АХ дислипидемия в периода на наблюдение:

а) за добър контрол се считат достигнати нива на LDL холестерол под 1,8 mmol/l, респективно под 2,6 mmol/l, под 3 mmol/l за пациентите с много висок, висок, умерен и нисък риск от развитие на друго сърдечно-съдово заболяване;

б) за незадоволителен контрол и необходимост от подобряване на контрола се считат нива

на LDL холестерол над 1,8 mmol/l, респективно над 2,6 mmol/l, над 3 mmol/l за пациентите с много висок, висок, умерен и нисък риск от развитие на друго сърдечно-съдово заболяване.

С въвеждането на здравното осигуряване необходимостта от измерването на качеството става все по-актуална. Оценяването на качеството предоставя следните възможности:

- улесняват се потребителите и здравните осигурители при извършване на информиран избор по отношение на изпълнителите на медицинска помощ;
- подпомагат се лекарите и пациентите при вземане на решения при лечението или при издаване на направления;
- стимулират се изпълнителите към подобряване на предоставените от тях услуги;
- определя се значението на нова здравна политика или на нова система;
- определя се клиничният аспект при вземане на финансови решения.

От представения анализ на качеството на извънболничната медицинска помощ в България, регламентирано в НРД, можем да направим следните изводи:

1. Анализът на качеството в извънболнична медицинска помощ в НРД показва, че има ясно регламентираны критерии за качество и достъпност на процеса и резултата.
2. За постигането на добри резултати от медицинската дейност на ОПЛ и специалистите от

СИМП се изисква непрекъснато повишаване на тяхната квалификация.

3. Високото качество на здравните дейности в извънболничната медицинска помощ е изключително важен стратегически проблем, като повишаването на качеството следва да се осигури на базата на Национална система за осигуряване и непрекъснато развитие на качеството.

4. Необходимо е медицинските специалисти, работещи в извънболничната помощ, да спазват основните критерии за качество в медицинската практика, регламентирани в действащия НРД.

Библиография

1. Маринов М. Качество на здравната помощ. В. Търново, 1998.
2. Димитров Т. Дългосрочна рехабилитация и качество на живот (подходи при пациенти с множествена склероза), Горекс Прес, 2018.
3. Спиридонов С, Великов С. Роль информационных технологий в общении между медицинскими специалистами, Содружество, 2017; (17), 1 часть, с. 38-41.
4. American Medical Association, Council of Medical service. Quality of Care JAMA, 1986; 25:1032-1045.
5. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. The criteria and standards of quality, Vol. 2, Ann Arbor: Health Administration Press, 1982; 2: 135
6. www.blsbg.com
7. www.who.int
8. www.nhif.bg/

ПРОГНОЗЕН МОДЕЛ ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ ДИНАМИКАТА НА РАЗХОДИТЕ ПРИ ОБЩИНСКИ МНОГОПРОФИЛНИ БОЛНИЦИ ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ

Ю. Куков, Р. Янева

Катедра „Икономика на здравеопазването“, Факултет „Обществено здраве“, МУ – София

FORECAST MODEL FOR RESEARCHING COST DYNAMICS IN MUNICIPAL MULTI-PROFILE HOSPITALS FOR ACTIVE TREATMENT

Yu. Kukov, R. Yaneva

Department of Health Economics, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Abstract. Prognosis is a necessary prerequisite for the planning and management of health programs, for the management of the diagnostic and healing process, for the making of medical decisions, etc. It is one of the strong manifestations of the connections between theory and practice. One aspect of the management of the economy of the health institution is the analysis of its costs – from the positions of the production and sale of the product of the establishment. The purpose of this study is to track the cost dynamics of municipal hospitals on the basis of the linear regression model for forecasting and to identify problems and positive prospects for their optimization. Municipal hospitals perform an important function of social protection of the population. They contribute to lowering both health and financial risk, directly affecting the economic and social well-being of the population. It is important to note that high levels of indebtedness of public hospitals, including municipal ones in our country, are a persistent problem that is often addressed through palliative measures, such as periodic debt cover, which has not yet been resolved. The future development of municipal multi-profile hospitals as part of the Bulgarian health system should be related to basic European strategies. Europe 2020 is the EU's growth strategy.

Key words: forecast model, cost dynamics, municipal hospitals, problems, prospects

Адрес за кореспонденция: Юрий Куков, e-mail: juri.kukov@gmail.com

Address for correspondence: Juri Kukov, e-mail: juri.kukov@gmail.com

Увод

Една от основните функции на науката е прогностичната. Нейната история е почти толкова продължителна, колкото е продължителна историята и на самата наука.

Както отбелязва Г. Ранчов (1998), прогнозата на дадено явление е:

– знание за явленията, основано на законите на природата, обществото и мисленето;

– информационен модел за възникване на явления, за закономерностите и тенденциите в бъдещото развитие на вече възникнали явления;

– извод или интуитивно развило се вероятностно твърдение за еволюцията на дадено явление;

– не само знание (теория), но и метод на научното познание.

Полезността и ценността на прогнозата се определят преди всичко от:

– нейната надеждност, която се дефинира с вероятността за реализиране на прогнозираното събитие;

– нейната точност, която се свързва с границите, в които би трябвало да се реализира това събитие [10].

Всяка прогноза се характеризира и с грешка, която е равна на разликата между прогнозираната и фактически реализираната стойност на динамичната променлива. Размерът на грешката според Г. Ранчов (2008) зависи преди всичко от степента на неопределеност на измененията, които настъпват във вътрешната структура на явлениято и във връзките му с външната среда [11].

Прогнозата е необходима предпоставка за планирането и управлението на здравни програми, за управлението на диагностично-лечебния процес, за вземането на медицински решения и т.н. Тя е едно от силните проявления на връзките на теорията с практиката.

Изразходването на материални и финансови ресурси в икономически план се дефинира като разходи, измерени в парично изражение.

Пълните разходи на лечебните заведения се разпределят по основни видове разходи съгласно Единния бюджетен класификатор на Р България. В настоящото изследване те са представени обобщено в четири основни направления:

- за персонала – включени са основните и допълнителните възнаграждения, осигурителните и други видове плащания от работодателя;
- за храна на болните – те се отнасят предимно към разходите на болничните отделения;
- за медикаменти;
- оперативни разходи, необходими за функционирането на лечебните заведения, като разходи за енергия, материали, горива, текущ ремонт, за външни услуги, за амортизация [8, 12].

Целта на настоящото проучване е да се проследи динамиката на разходите на общински МБАЛ на базата на линейния регресионен модел за прогнозиране и да се набележат проблеми и позитивни перспективи за тяхното оптимизиране.

МЕТОДИ

За постигане целта на проучването са използвани следните изследователски методи:

- икономически анализ;
- математико-статистически методи: линейен регресионен модел на прогнозиране; табличен метод за онагледяване на получените резултати.

Съществена е ролята на прогностичните методи. Те са методологичен израз на определени идеи, принципи, закони, теории, които, приложе-

ни към практиката, способстват за получаване на важна прогностична информация. Адекватността на използвания метод е основно изискване при прогнозирането.

Моделът представя само една страна от обекта, която подлежи на изучаване, и пропуска други аспекти, които са по-малко важни или незначителни. Той никога не представя напълно точно реалния обект или процес, а представя негово приближение [2].

АНАЛИЗ НА ПОЛУЧЕНИТЕ РЕЗУЛТАТИ

Един от аспектите на управлението на икономиката на здравното заведение е анализът на неговите разходи – от позициите на производството и продажбата на продукта на заведението [4].

Сравнителният анализ на данните за приходите и разходите и икономическите показатели на публичните болнични заведения показва, че общинските болници значително изостават в икономическо отношение, налице е намаление на разходите за технологично обновяване и за медикаменти, имащи пряко отношение върху обема и качеството на медицинската помощ.

Както е видно от табл. 1, по прогнозни данни общо разходите за персонал при многопрофилните болници към Столично общинско здравеопазване намаляват, като достигат до 20 662 523 лв. Като причина може да посочим намаляване на общата численост на лекарите и специалистите по здравни грижи. Нарастване с 418 888 лв. наблюдаваме единствено при I МБАЛ.

Намалението при II МБАЛ е с 229 488 лв., при IV МБАЛ с 214 766 лв., а най-ниско е при V МБАЛ, т.е. с 38 716.

Тенденция на намаление на разходите за храна има при всички болници от разглеждана група, като най-драстично е при I МБАЛ – от 198 217 лв. спадащо до 101 142 лв. в края на прогнозния период, или с 97 075 лв.

Общо за всички МБАЛ наблюдаваме намаление на разходите за храна, което в абсолютна стойност е със 185 678 лв.

Тенденция на нарастване на разходите за медикаменти има само при I МБАЛ, завършваща прогнозния период до 2 056 289 лв., т.е. нарастването е с 80 831 лв. При останалите МБАЛ тези разходи намаляват, най-впечатляващо изразени при IV МБАЛ – достигащи до (-172 678) лв.

Таблица 1. Разходи за персонал за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	7 098 823	7 006 715	7 190 930
	2019 г.	7 308 267	7 216 159	7 400 374
	2020 г.	7 517 711	7 425 603	7 609 818
II МБАЛ	2018 г.	4 968 431	4 913 854	5 023 009
	2019 г.	4 853 687	4 799 110	4 908 265
	2020 г.	4 738 943	4 684 366	4 793 521
IV МБАЛ	2018 г.	2 239 579	2 193 164	2 285 994
	2019 г.	2 132 196	2 085 781	2 178 611
	2020 г.	2 024 813	1 978 398	2 071 228
V МБАЛ	2018 г.	6 419 772	6 271 306	6 568 237
	2019 г.	6 400 414	6 251 948	6 548 879
	2020 г.	6 381 056	6 232 590	6 529 521
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	20 726 605	20 681 970	20 771 239
	2019 г.	20 694 564	20 649 929	20 739 198
	2020 г.	20 662 523	20 617 888	20 707 157

Таблица 2. Разходи за храна за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	198 217	187 317	209 118
	2019 г.	149 680	138 780	160 580
	2020 г.	101 142	90 242	112 043
II МБАЛ	2018 г.	173 306	162 072	184 539
	2019 г.	148 122	136 888	159 355
	2020 г.	122 938	111 704	134 171
IV МБАЛ	2018 г.	73 815	73 265	74 366
	2019 г.	66 393	65 842	66 943
	2020 г.	58 970	58 420	59 521
V МБАЛ	2018 г.	245 075	243 551	246 599
	2019 г.	233 380	231 856	234 904
	2020 г.	221 685	220 161	223 209
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	690 413	670 354	710 473
	2019 г.	597 574	577 515	617 634
	2020 г.	504 735	484 676	524 795

Таблица 3. Разходи за медикаменти за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	1 975 458	1 964 478	1 986 437
	2019 г.	2 015 873	2 004 893	2 026 853
	2020 г.	2 056 289	2 045 309	2 067 268
II МБАЛ	2018 г.	1 296 902	1 287 359	1 306 445
	2019 г.	1 222 007	1 212 464	1 231 550
	2020 г.	1 147 112	1 137 569	1 156 655
IV МБАЛ	2018 г.	38 420	10808	66 032
	2019 г.	-67 129	-94741	-39 517
	2020 г.	-172 678	-200290	-145 066
V МБАЛ	2018 г.	1 110 696	1093049	1 128 344
	2019 г.	1 010 766	993118	1 028 414
	2020 г.	910 835	893188	928 483
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	4 421 476	4410075	4 432 877
	2019 г.	4 181 517	4170116	4 192 918
	2020 г.	3 941 558	3930157	3 952 959

Общо за проучваните МБАЛ прогнозата за разходите за медикаменти се изразява с впечатляващо намаление от 479 918 лв.

Отрицателна е прогнозата и при оперативните разходи. Те намаляват общо за тригодишния прогнозен период с 1 218 313 лв. За отделните МБАЛ намалението се изразява в следните стойности:

– за I МБАЛ с 211 388 лв; за II МБАЛ с 533 342 лв (най-високата абсолютна стойност на намаление на оперативните разходи); за IV МБАЛ с 57 785 лв (най-ниската абсолютна стойност на намаление на оперативните разходи) и за V МБАЛ с 415 798 лв.

От данните в табл. 5 става ясно, че общо разходите за дейността нарастват единствено при I МБАЛ до 11 676 037 лв. за 2020 г., което за тригодишния разглеждан прогнозен период е със 195 019 лв. За останалите болници от разглежданата група намаляват. За II МБАЛ намаляват със 717 219 лв.; за IV МБАЛ с 474 929 лв. (най-ниската абсолютна стойност на намаление на този вид разходи) и за V МБАЛ с 852 599 лв. (най-високата абсолютна стойност на намаление на общо разходи за дейността).

Общо за разглежданите МБАЛ намалението за края на прогнозния период е с 1 849 728 лв.

ПРОБЛЕМИ И ПОЗИТИВНИ ПЕРСПЕКТИВИ ЗА ТЯХНОТО ОПТИМИЗИРАНЕ

Общинските болници изпълняват важна функция по социална защита на населението. Те способстват за понижаване както на риска за здравето, така и на финансовия риск, влияейки пряко върху икономическото и социалното благополучие на населението. Защитата срещу финансови рискове, свързани с влошаване на здравето, се разбира по следния начин: хората не трябва да стават бедни в резултат на необходимата им медицинска помощ, както и не трябва да бъдат принуждавани да избират между здраве и задоволяване на материални потребности от първа необходимост [5].

Членството на страната ни в ЕС осигури неограничени възможности за развитие и достъп до най-съвременните постижения в медицината и пред медицинските специалисти, и пред различните субекти в системата на здравеопазването. Нега-

Таблица 4. Оперативни разходи за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	1 931 556	1 889 510	1 973 601
	2019 г.	1 825 862	1 783 816	1 867 907
	2020 г.	1 720 168	1 678 122	1 762 213
II МБАЛ	2018 г.	940 839	899 036	982 641
	2019 г.	674 168	632 365	715 970
	2020 г.	407 497	365 694	449 299
IV МБАЛ	2018 г.	772 674	768 295	777 053
	2019 г.	743 782	739 402	748 161
	2020 г.	714 889	710 510	719 268
V МБАЛ	2018 г.	1 807 088	1 689 731	1 924 445
	2019 г.	1 599 189	1 481 832	1 716 546
	2020 г.	1 391 290	1 273 933	1 508 647
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	5 452 156	5 330 176	5 574 137
	2019 г.	4 843 000	4 721 020	4 964 980
	2020 г.	4 233 843	4 111 863	4 355 824

Таблица 5. Общо разходи за дейността за 2018-2020 г.

ЛЗБП	Прогнозиране на дейността	Точкова оценка (трендова стойност)	95% доверителен интервал на прогнозата	
			Долна граница	Горна граница
I МБАЛ	2018 г.	11 481 018	11 145 808	11 816 228
	2019 г.	11 578 528	11 243 318	11 913 738
	2020 г.	11 676 037	11 340 827	12 011 247
II МБАЛ	2018 г.	7 708 117	7 667 952	7 748 282
	2019 г.	7 349 508	7 309 343	7 389 672
	2020 г.	6 990 898	6 950 733	7 031 063
IV МБАЛ	2018 г.	3 172 814	3 172 814	3 188 097
	2019 г.	2 935 349	2 935 349	2 950 632
	2020 г.	2 697 885	2 697 885	2 713 168
V МБАЛ	2018 г.	9 535 348	9 283 311	9 787 385
	2019 г.	9 109 049	8 857 012	9 361 085
	2020 г.	8 682 749	8 430 712	8 934 786
ОБЩО МБАЛ	2018 г.	31 897 297	31 758 676	32 035 918
	2019 г.	30 972 433	30 833 812	31 111 054
	2020 г.	30 047 569	29 908 948	30 186 190

тивната страна се изразява най-вече в отлива на висококвалифицирани кадри – лекари, специалисти и специалисти по здравни грижи, които напускат България, за да работят в други държави – членки на ЕС. Същевременно, така формираният дефицит е движещата сила за повишаване на възнагражденията в сферата на здравеопазването в България с изпреварващи темпове спрямо другите сектори в икономиката на страната. Осигурените възможности за финансиране по различните европейски фондове подпомагат в значителна степен модернизиранието и стандартизирането на болничната и доболничната помощ в страната както чрез закупуването на съвременен медицинско оборудване, така и чрез повишаване на квалификацията и уменията на персонала [1].

Важно е да се отбележи, че високите равнища на задлъжнялост на публичните болници, в т.ч. общинските, в нашата страна са траен проблем, към който често се подхожда чрез палиативни мерки, като например периодично покриване на дълговете, и който все още не е разрешен.

Общинските болници, включени в настоящото проучване, при необходимост могат да сключват договори за съответната медицинска услуга: ЯМР, скенер, апаратура за литотрипсия и т.н. със съответните университетски и ведомствени болници на територията на София, което ще допринесе до висока икономическа и медицинска ефективност. Решенията за инвестиране в оборудване с нови технологии трябва да се основават на научни доказателства за тяхната ефективност [7].

Изводи

1. Приоритетна задача пред мениджмънта на разглежданите лечебни заведения е по-прецизното планиране на финансите и по-насочен индивидуализиран контрол върху текущите разходи за лекарства, енергия и текущи ремонти. В тази насока трябва да се реализират максимално възможностите за разширяване контингента на пациентите, хоспитализирани по линия на договори с РЗОК. При този контингент, поради по-ясно определените критерии за разходи и качество, може много по-резултатно да се осъществява съответният контрол върху разходите и качеството на здравните услуги през определен период.

2. Въпросите за ефективно здравеопазване винаги са стояли на вниманието на политиките в дадено общество. От друга страна, непрекъснато нарастващите средства за здравеопазване поставят пред здравните ръководители проблема за икономически по-ефективно разпределение и изразходване на здравните ресурси.

3. Бъдещото развитие на общинските многопрофилни болници на София като част от българската здравна система би трябвало да е свързано с основни европейски стратегии. „Европа 2020“ е стратегията на ЕС за растеж. Основната теза на стратегията е, че в условията на един променящ се свят ЕС трябва да стане интелигентна, устойчива и приобщаваща икономика.

Библиография

1. Бакърджиева Г. Европейските фондове – път за модернизиранието и обновяване на болничната помощ в България, Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“, София, 2019
2. Великов Ст. Аналитично моделиране. С., ФОЗ, МУ – София, 2018.
3. Гладилов Ст, Делчева Е. Икономика на здравеопазването, С., Princeps, 2009.
4. Давидов Б. Болнична икономика. Изд. „Св. Климент Охридски“, 2004.
5. Димитров Д, Баймакова М, Попов Г. Разходи за здравеопазване в страните от Европейския съюз за периода 2000-2009 г. Икономически и социални алтернативи, 2012, 3:118-131.
6. Златанова Т, Петрова-Готова Цв. Ръководство по финансов мениджмънт, София, ГорексПрес, 2013.
7. Концепция за развитие на Столичното общинско здравеопазване до 2020 г., С., 2014.
8. Кундурджиев Т. Оценка на ефективността на многопрофилните болници за активно лечение в Република България, Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“, София, 2014.
9. Попов Н, Златанова Т. Икономически анализ на Пета многопрофилна болница за активно лечение – София. Управление и образование, 2020; 16 (1). Бургас, изд. Университет „Проф. Д-р Асен Златаров“, 2020.
10. Ранчов Г. Биостатистика и биоматематика. Концепции, методи, приложения, С., Екопринт, 2008.
11. Ранчов Г. Статистическо прогнозиране, в Ново обществено здравеопазване, под ред. на В. Борисов, Зл. Глутникова, Ц. Воденичаров, С., Акваграфикс, 2018, с. 90-94.
12. Янева Р. Микроикономикс на болничното лечебно заведение. Ръководство за упражнения и семинари, С., Симелпрес, 2011.

ОБУЧЕНИЕТО НА ПАЦИЕНТИТЕ И ТЕХНИТЕ БЛИЗКИ – ФАКТОР ЗА ПО-ДОБРО КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ С ХЕМОДИАЛИЗНО ЛЕЧЕНИЕ

Г. Георгиева, Н. Симеонова

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

EDUCATION OF PATIENTS AND THEIR RELATIVES – A FACTOR FOR BETTER LIFE WITH HEMODIALYSIS TREATMENT

G. Georgieva, N. Simeonova

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

Abstract. The World Health Organization (WHO) defines chronic diseases as “diseases with long duration and slow progression”. The number of people living with chronic kidney disease worldwide is constantly increasing and they number 10-11%, as the disease affects all age groups and leads to disability and invalidity. In its terminal stage, chronic kidney disease requires replacement of kidney function by choosing a method – hemodialysis, peritoneal dialysis or kidney transplantation. Living with dialysis definitely affects the life of the patient and his family. The acquisition of knowledge and skills to deal with the disease by the patient and his relatives allow him to live with his disease by reducing or delaying the onset of complications as long as possible and maintaining its autonomy.

Key words: quality of life, dialysis, training

Адрес за кореспонденция: Галя Георгиева, e-mail: galia.georgieva@mail.bg

Address for correspondence: Galia Georgieva, e-mail: galia.georgieva@mail.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Световната здравна организация (СЗО) дефинира хроничните заболявания като „болести с голяма продължителност и бавна прогресия“. Броят на хората, живеещи с хронични бъбречни заболявания, в световен мащаб се увеличава непрекъснато, като те съставляват 10-11%, засягат всички възрастови групи и водят до нетрудоспособност и инвалидизация. В терминалния си стадий хроничното бъбречно заболяване изисква заместващо функцията на бъбреците лечение чрез избор на метод – хемодиализа, перитонеална диализа или бъбречна трансплантация. Животът с диализното лечение категорично повлиява живота на пациента и семейството му. Придобиването на знания и умения за справяне с болестта от страна на пациента и неговите близки позволява на болния да живее със своето заболяване, като намали или

забави възможно най-дълго появата на усложнения, и да запази своята автономност.

В България започва да се говори за хемодиализа през 1958 г., а през 1962 г. започват първите успешни и редовни диализни процедури. Независимо от интензивното развитие на диагностични, терапевтични и медицински технологии в областта на диализното лечение, то не води до трайно излекуване, а компенсира само отделителната функция на бъбреците. Възможно е да се провежда в диализни структури (хемодиализа) и в дома (перитонеална диализа).

Различни заболявания водят до трайно нарушение на бъбречната функция и до преминаването на поддържащо диализно лечение. Този метод на лечение поставя проблеми от различен характер пред пациента и неговите близки, както медицински, така и социални и психологични.

Инвалидизацията, нарушената социална и личностна активност, изолацията съпътстват пациентите ежедневно. Проблемите, проявяващи се в хода на хроничното лечение, се задържат с години, до края на живота на човека или до бъбречна трансплантация.

Те могат да са свързани със:

- **съдовия достъп** – конструиране, грижа за съдовия достъп, поведение при инфекции, кървене, тромбоза и др.;
- **хранително-диетичен режим** – поддържане на оптимално тегло, хранителен режим, физическата активност, хигиенни грижи;
- **проява на усложнения, свързани с процедурата;**
- **проява на усложнения, свързани със заболяването;**
- **психо-емоционални проблеми.**

Прогресирането на болестта налага промяна в поведението на болния и на неговите близки, за което придобиването на компетентност е от решаващо значение.

В съвременното общество с непрекъснато нарастващите потребности от здравна помощ предизвикателствата пред сестринството бележат най-големия си ръст.

В основата на провеждането на диализното лечение, освен специфичната апаратура и техника, е мултидисциплинарният екип. Част от него е медицинската сестра, която е „живият монитор“ в това специфично лечение. Медицинската сестра и пациентът са в непрекъснато взаимодействие – хемодиализната процедура изисква посещение в центровете три пъти седмично по четири часа, време, през което тя е активен участник. Това дава възможност да се познават и преценяват потребностите и компетентността на пациента, рискът от потенциалните усложнения и възможностите за овладяването им.

Обучението, провеждано в диализните структури, е непрекъснат процес, осъществяван в различни сфери – познавателна, емоционална, психомоторна. За целите на този процес е необходимо да се съобразят възможностите на пациентите и на техните близки относно готовността им да получат знания, техните способности за обучение – възраст, физическо състояние, интелектуално ниво.

Целта на изследването е да се проучи необходимостта от обучение на пациентите на диализно лечение и на техните близки.

За постигането на тази цел си поставихме следните задачи:

1. Проучване на компетентността на болните относно основните проблеми при диализно лечение.
2. Установяване на потребността на пациентите от знания относно проблемите, с които се сблъскват в хода на лечението.
3. Проучване на необходимостта от повече информация и обучение сред близките на тези пациенти.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

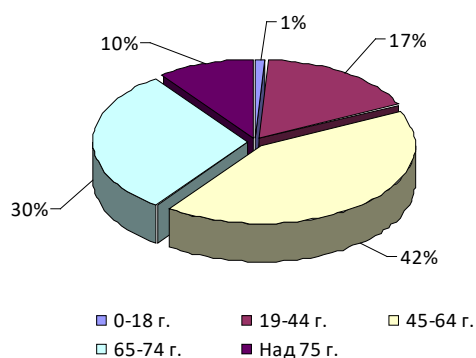
За целите на изследването са използвани резултати от проведено анкетно проучване и статистически данни на 83-ма пациенти, провеждащи хемодиализно лечение в два диализни центъра в Северозападна България – Враца и Монтана, както и на 23-ма техни близки. Изследването е проведено чрез собствено разработена пряка анонимна анкета. Всички изследвани лица са дали информирано съгласие за провеждане на проучването.

Изследването е представително, което е свързано с допустима грешка 5% и гаранционна вероятност 95%. За обработка на данните са използвани математико-статистически методи, включени в програмата SPSS 16.0.

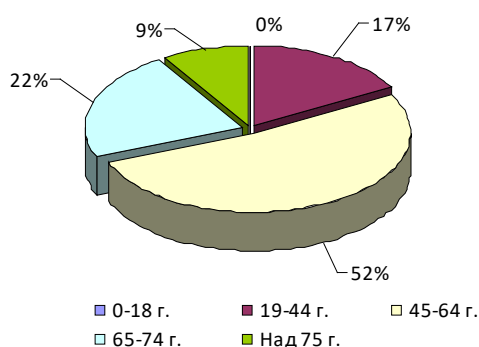
РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Анализът на резултатите от проведеното анкетно проучване показва, че от анкетираните респонденти 56% са мъже и 44% жени. Представителите на двата пола са почти поравно, като незначителен превес имат мъжете. Възрастовото разпределение на анкетираните пациенти е следното: 19-44 г. – 17%; 45-64 г. – 42%; 65-74 г. – 30%; над 75 г. – 10%. Във възрастовата група 0-18 г. – 1%. Повечето придружители – 69%, са в трудоспособна възраст и този ангажимент влияе пряко върху възможността да изпълняват трудовите си задължения, както и върху доходите в семейството. При 22% става въпрос за хора, които са над 65 г., а при 9% – над 75 г., като те имат собствени здравословни или свързани с възрастта проблеми и грижата за техните близки им струва доста усилия. Не се установи пряка зависимост между търсенето на повече информация и желанието за обучение и възрастта.

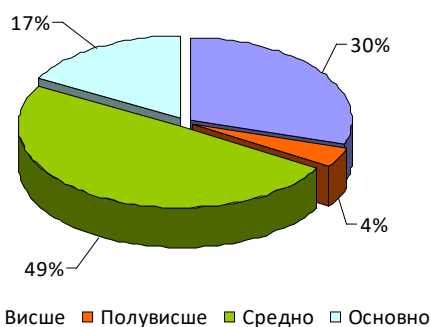
Съвременният човек все повече търси отговори в стремежа за подобряване на своето здраве. В хода на проведеното анкетно проучване се уста-



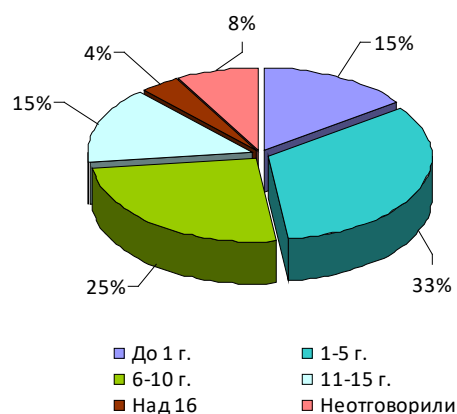
Фиг. 1. Разпределение на анкетираните по възраст на диализираните пациенти



Фиг. 2. Разпределение на анкетираните по възраст на близките



Фиг. 3. Разпределение по степен на образование



Фиг. 4. Разпределение по период на диализното лечение

нови, че 49% са със средно образование, 30% – с висше, 17% са с основно образование и 4% с полувисше. Установи се и връзката между образованието и вида на обучението, от което се нуждаят пациентите и техните близки. Пациентите с по-ниско образование проявяват желание за обучение с цел по-голяма автономност, докато хората с по-висок образователен ценз имат потребност от повече информация и практическа насоченост, за изграждане на правилно поведение и контрол над болестта.

При проучване продължителността на диализното лечение сред пациенти и техните близки бе установено, че най-голяма е групата на пациентите, провеждащи диализно лечение между 1 и 5 години – 33% от анкетираните лица. За 25% продължителността е 6-10 г., в 15% от случаите е между 11 и 15 години, а в 15% – над 16 г., 4% – до 1 г. Не са дали отговор 8%.

Диализното лечение е продължително лечение и в повечето случаи е единствената алтернатива на пациентите с ХБЗ в терминален стадий. Това налага доста ограничения в начина им на живот, в тази връзка е необходимо прилагането на обучителни методи, за да се намали бремето от хроничното заболяване.

Специфичността на диализното лечение – процедурата е през ден, непрекъснатият контакт с болните и техните близки допринасят за неформалното получаване на информация. В голямата си част информацията е от екипа, осъществяващ процедурата по диализно лечение, 46% от медицинските сестри, 45% от лекуващия лекар. 4% търсят подкрепа и споделят проблемите си с хора със същия проблем, 3% се информират от интернет и 2% – от специализирана литература.

Още в преддиализния период хронично болните получават както здравна грижа, така и обучение през различните етапи в хода на заболяването. Почти всички пациенти съобщават, че имат подкрепата и им е предоставена информация както за специфичния съдов достъп, хигиенно-диетичния режим, така и за поведението, което трябва да следват при най-често срещаните усложнения, които могат да се проявят. В същото време близките на пациентите не притежават необходимите знания и умения за справяне без помощ и обучение от медицински специалисти [5].

В анкетното проучване пациенти и близките им биха искали да получават планирано или при нужда

допълнително обучение и информация – 30% – за поведението им при проява на усложнения, свързани с заболяването, 24% – за проява на усложнения, свързани с процедурата, 19% – във връзка с грижата за съдовия достъп. Спазването на специфичен хранително-диетичен режим, както и контролът при приема на течности са от огромно значение и 14% имат потребността да получават информация за справяне с проблема. За 13% психо-емоционалните проблеми са тези, за които биха потърсили подкрепа в диализната структура. В проучването анкетираните са дали повече от един отговор.



Фиг. 5. Източници за получаване на информация от пациентите и техните семейства



Фиг. 6. Мнение на пациентите и техните близки за обучението, от което се нуждаят

Изводи

В резултат на проведеното изследване се установи, че независимо от възрастта, образованието и периода на диализното лечение, пациентите имат потребност от информация и обучение, за да се предотвратят възможните усложнения.

Почти всички пациенти изразяват необходимост от организиране на планирано периодично обучение, адекватно на променящите се потребности и на усложненията в хода на заболяването.

Подкрепящата роля на семейството води до по-голяма сигурност, до намаляване на негативите в хода на лечението и обучението на близките може да допринесе за това.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В съвременното общество на динамични промени придобиването на знания и практически умения от пациентите и техните близки е от особено важно значение и води до позитивен ефект върху отношението към заболяването, върху поведението и върху цялостното качество на живот. Преодоляването на проблемите при живот с хемодиализа – медицински, психологични и социални, зависи от сътрудничеството и ангажираността на болния.

Прилагането на обучителни методи, както и използването на възможностите на съвременните технологии с активното участие на пациента и неговите близки, може да подпомогне пациентите да овладяват или поддържат компетенции, от които имат нужда, за да управляват по-добре живота при диализно лечение.

Библиография

1. Александрова М. Планиране, реализация и оценка на грижите, определени в сестринската диагноза. Обществено здраве. Ръководство за специализация на медицински сестри. Под ред. на К. Юрукова, Горекс Прес, 2001, 97-100.
2. Аспарухова П, Владимирова Е. Янкова Г, Йорданов Н. Психологични особености на човека по време на боледуване. *Folia Palliatica*. 2017; 1:63-68.
3. Борисова М, Данова Л, Ценова Р. Ролята на медицинската сестра при обучението и прилагане на грижи при пациенти с ревматоиден артрит. МУ – Плевен, 2014.
4. Воденичарова А. Потребност от внедряване на професионален мениджмънт в управлението на здравната система. *Здравна политика и мениджмънт*, 2016; бр. 4.
5. Добрилова, П. Информираност на пациентите с хронични заболявания относно възможностите за превантивни интервенции. *Knowledge – Int J*, 2020; 38(4):759-765.
6. Маринов Л, Добрилова П, Самоконтрол на болестта при пациенти с артериална хипертония. *Knowledge – Int J*, 2020; 38:753-758.
7. Мирева М. Мениджмънт на здравните грижи при хронични заболявания. Дисерт, 2019.
8. Чанева Г. Професионалните компетенции на медицинските сестри – гаранция за утвърждаване. *Здравни грижи*, 2015, бр. 1.
9. Yankova GT, Dobrilova PP. Degree of applicability of care in practical activities of medical specialists. *Int Med Sci J „Medicus“*. 2017; 17(5):37-41.

ПРОФЕСИОНАЛНАТА УДОВЛЕТВОРЕНОСТ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ И СВЪРЗАНИТЕ С НЕЯ ФАКТОРИ В СЕСТРИНСКАТА ПРАКТИКА

Г. Янкова

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

THE PROFESSIONAL SATISFACTION OF NURSES AND RELATED FACTORS IN NURSING PRACTICE

G. Yankova

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

Abstract. Nursing is a demanding and extremely labor-intensive profession. Nurses are the backbone of the health care system and play a significant role in providing quality health care. They are key members of the healthcare team and in order to ensure high quality care, it is important that they are satisfied with their work. In our country, research aimed at job satisfaction of nurses is scarce and fragmented. The aim of the present study is to assess the professional satisfaction of nurses and related factors in nursing practice. The study included 350 nurses working in five hospitals for active treatment in Northwestern Bulgaria, with different activity profiles. The information was obtained through a direct anonymous survey, with a specially designed questionnaire. Results: In general, nurses express low satisfaction with their work, but most of them would again choose to practice their profession. The main aspects of the professional activity that form negative attitudes in nurses are: payment, work overload, the number of patients served and administrative support.

Key words: nurses; professional satisfaction; research; factors

Адрес за кореспонденция: Галя Янкова, e-mail: gyankova1968@abv.bg

Address for correspondence: Galya Yankova, e-mail: gyankova1968@abv.bg

Професионалната удовлетвореност е съществено условие за успех на всяка организация. Обикновено се разглежда като отношение на служителя към работата и работната ситуация и оказва силно влияние върху мотивацията за задържане на работното място [6].

Професионалната удовлетвореност на медицинските сестри е многоизмерно явление, повлияно от много фактори [3, 9]. Недоволството от работата често е посочвано като основна причина за текучество на медицински персонал и за отлив от професията [3, 10, 11] и е заплаха за способността на здравната организация да предоставя качествени грижи, като възпрепятства тяхната ефективност и ефикасност [6, 16, 17].

Сестринството е взискателна и изключително трудоемка професия, а качеството, ефективността и справедливостта на предоставяните грижи зависят от наличието на квалифицирани и компетентни здравни специалисти. Напредъкът в медицината и медицинските технологии, процесите на глобализация, миграцията и увеличаването на заболяванията – остри и хронични, изправят медицинските сестри пред много предизвикателства в ежедневната практика и се отразяват неминуемо върху тяхната удовлетвореност.

Медицинските сестри, като ключов персонал в предоставянето на здравни грижи, имат първостепенна роля в предоставянето и координацията на грижите, предотвратяването на нежелани

събития и оптимизирането на ефективността на здравните услуги и на резултатите на пациентите.

Грижовната медицинска сестра и благоприятната работна среда влияят върху здравните резултати на пациентите и удовлетвореността им от здравеопазването като цяло.

Професионалният статус на медицинските сестри и тяхната стойност, автономност и професионални взаимоотношения в екипите и с пациентите и техните семейства са най-важните фактори, допринасящи за удовлетвореността от работата [3, 4, 5, 7, 12, 13, 15, 18].

У нас, изследванията, насочени към удовлетвореността от работата на медицинските сестри, са оскъдни и фрагментирани [1, 3, 8, 10, 11].

Целта на настоящото изследване е да оцени професионалната удовлетвореност на медицинските сестри, и свързаните с нея фактори в сестринската практика.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В проучването са включени 350 медицински сестри, работещи в пет болници за активно лечение в Северозападна България, с различен профил на дейност. Информацията е получена чрез пряка анонимна анкета, със специално разработен за целта въпросник. Първата му част съдържа въпроси по отношение на демографските характеристики (пол, възраст, семейно положение, ниво на образование, трудов стаж); характеристики на работната среда (тип болница, брой пациенти, вид на работния график, ниво на тежест на състоянието на пациентите) и перцепцията за условията на работа (социална подкрепа на началника, източници на дискомфорт в работата и т.н.). Втората част на въпросника изследва удовлетвореността на медицинските сестри от различни аспекти на трудовия процес.

Обработката на резултатите, статистическият анализ и съхранението на данните са извършени с IBM SPSS Statistics 19.0. Данните са анализирани с помощта на дескриптивен и корелационен анализ при ниво на значимост на нулевата хипотеза $p < 0.05$.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Настоящото проучване се фокусира върху някои фактори, влияещи върху професионалната удовлетвореност на медицинските сестри.

В изследването са участвали 350 медицински сестри, работещи в пет болници за активно лечение в Северозападна България, с различен профил на дейност.

Средната възраст на респондентите е около 47 години ($\chi = 46,58$; мин. 23, макс. 74). Най-голям процент респонденти са в средата на своята трудовоактивна възраст (от 41 до 60 години). От всички анкетираните медицински сестри 28% притежават бакалавърска образователна степен, 14,5% имат полувисше медицинско образование, 45% – колежанско, и 12,5% са завършили магистърска програма по здравни грижи.

Повече от половината от изследваните медицински сестри са с дълъг трудов стаж (58,8% – повече от 20 години), а при 14,8% той е в границите между 16 и 20 години. Трудов стаж между 11 и 15 години отбелязват 11% от респондентите; 10,5% са в началото на своята трудова кариера и 5% – в диапазона от 6 до 10 години. По отношение на последното работно място най-голям дял заемат професионалистите с професионален опит повече от 20 години (29%) и такива с малък професионален опит (25,5%).

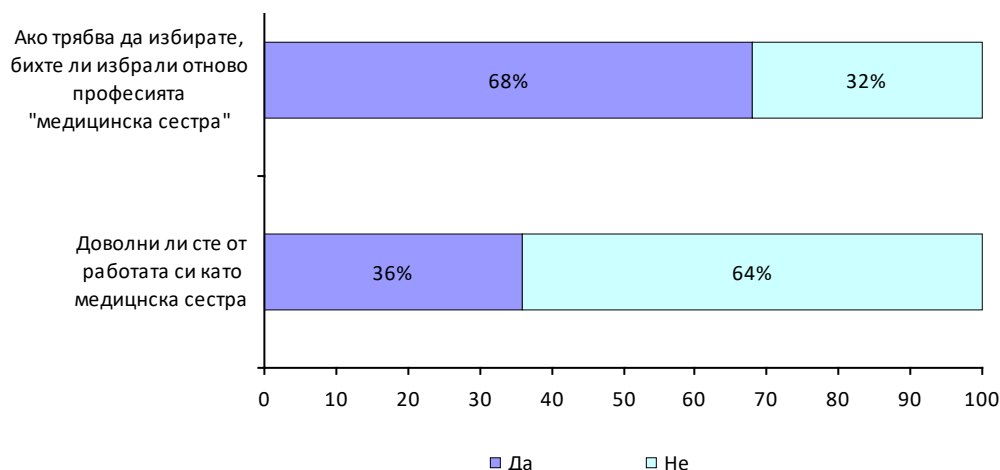
Като цяло по-голямата част от анкетираните медицинските сестри изразяват неудовлетвореност от професионалната си дейност. Едва 1/3 от анкетираните съобщават, че са доволни от своята работа. Очевидно е, че удовлетвореността от професията по принцип е нещо по-различно от удовлетвореността от професионалната кариера в конкретните условия. На въпроса дали биха избрали отново професията медицинска сестра, 68% от респондентите отговарят положително (фиг. 1).

Най-удовлетворяващ аспект от работата според медицинските сестри е помощта, която оказват на хората (62%), професионалната компетентност (26%) и благодарността на пациентите (12%) (фиг. 2).

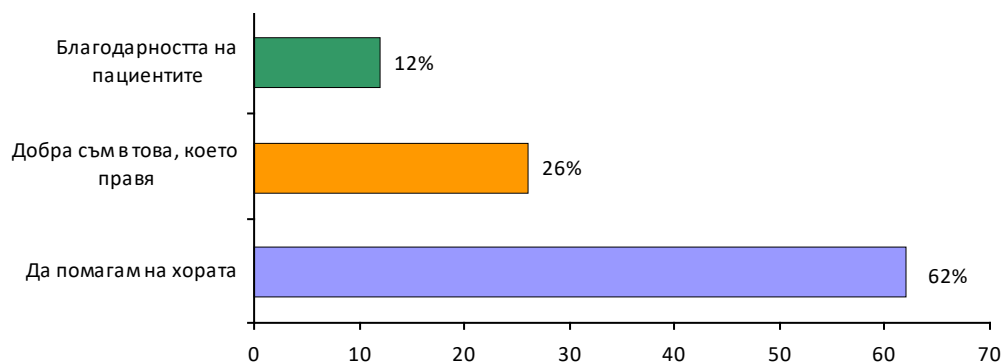
Основните аспекти на професионалната дейност, водещи до неудовлетвореност, според респондентите са оценката на труда (94%), работното претоварване (70%), съотношението сестра–пациенти и административната подкрепа (68%) (фиг. 3).

Професионалната удовлетвореност на медицинските сестри е многоизмерно явление, повлияно от много променливи.

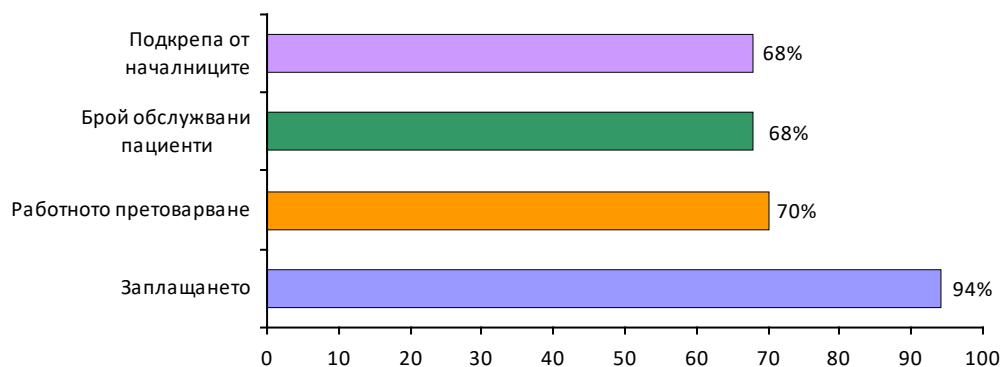
Възрастта и трудовият стаж се разглеждат като едни от факторите, влияещи на удовлетвореността от работата и текучеството [2, 8, 10].



Фиг. 1. Професионална удовлетвореност на медицинските сестри



Фиг. 2. Аспекти от работата, формиращи положителни нагласи у медицинските сестри

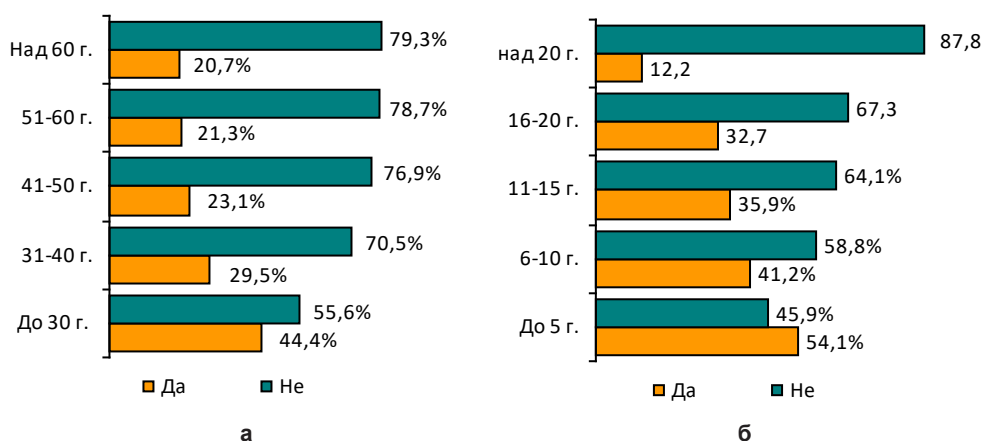


Фиг. 3. Аспекти на професионалната дейност, формиращи негативни нагласи у медицинските сестри

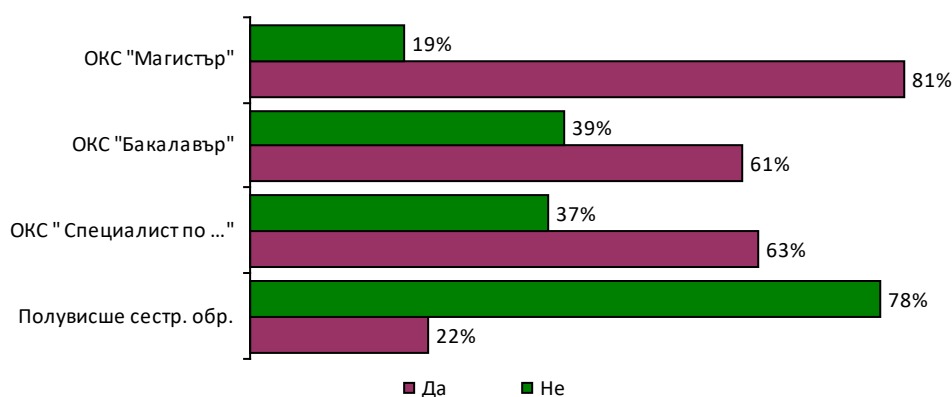
Изследването установи връзка между професионалната удовлетвореност и възрастта на респондентите ($p < 0,05$), и трудовия стаж в настоящата болница ($p < 0,05$). С напредването на възрастта и повишаването на трудовия стаж нараства професионалната неудовлетвореност на медицинските сестри. Това се обяснява със силно емоционално инвалидизиращия ефект, който оказва спецификата на професионалните

задължения, с ежедневния контакт с пациенти, намиращи се в състояние на стрес, изпитващи болка, разочаровани от предлаганото здравно обслужване, както и с неоспоримото въздействие на съпътстващия работата риск за здравето на специалистите (фиг. 4).

Образованието и обучението играят важна роля в създаването на медицински сестри, предоставящи висококачествени грижи. Повишава-



Фиг. 4. Връзка на професионалната удовлетвореност с възрастта (А) и трудовия стаж (Б) на респондентите



Фиг. 5. Връзка между професионалната удовлетвореност и образователното ниво на медицинските сестри

нето на образователното ниво и ученето през целия живот дават възможност за надграждане на професионалните знания и умения и повишават удовлетвореността от работата.

Изследването показва, че с нарастването на образователното ниво, нараства професионалната удовлетвореност на медицинските сестри (фиг. 5).

Удовлетвореността от работата е свързана с редица организационни, професионални и лични променливи. Тя може да бъде повлияна от условията на труд и междуличностните отношения.

Условията на труд на медицинската сестра съдържат някои характеристики, които могат да имат значение за формиране на професионална удовлетвореност. Високото работно натоварване, 3-сменният режим на работа, очакваните усложнения в състоянието на пациента изискват висока функционална активност и могат да се квалифицират като водещи патогенни професионални фактори. Възникващите в последно време промени в обществото оказват допълнителен психологичен натиск върху медицинските сестри, защото

изискват по-качествена работа в значително по-кратки срокове при финансово ограничено обезпечаване на здравните заведения. Голяма част от медицинските сестри, работещи при новите условия, имат ненормиран работен ден, полагат извънреден труд, свързан със съвместяване на длъжности или с допълнително професионално натоварване.

Проучванията доказват, че създаването на оптимални условия за изява на работното място намалява напрежението и умората, повишава работоспособността и удовлетвореността от труда [1, 12, 14].

Резултатите показват, че седмичната натовареност на анкетираните професионалисти в петте наблюдавани болници превишава законоустановеното в КТ работно време ($\chi = 42,74$; $n = 350$; $S = 5,880$).

Проведеното изследване идентифицира зависимост ($p < 0,05$) между работното натоварване и чувството за работоспособност и професионална удовлетвореност у медицинските специалисти.

Данните доказват, че колкото по-високо е работното натоварване, толкова по-малко удоволствие от работния процес изпитват медицинските сестри (фиг. 6).

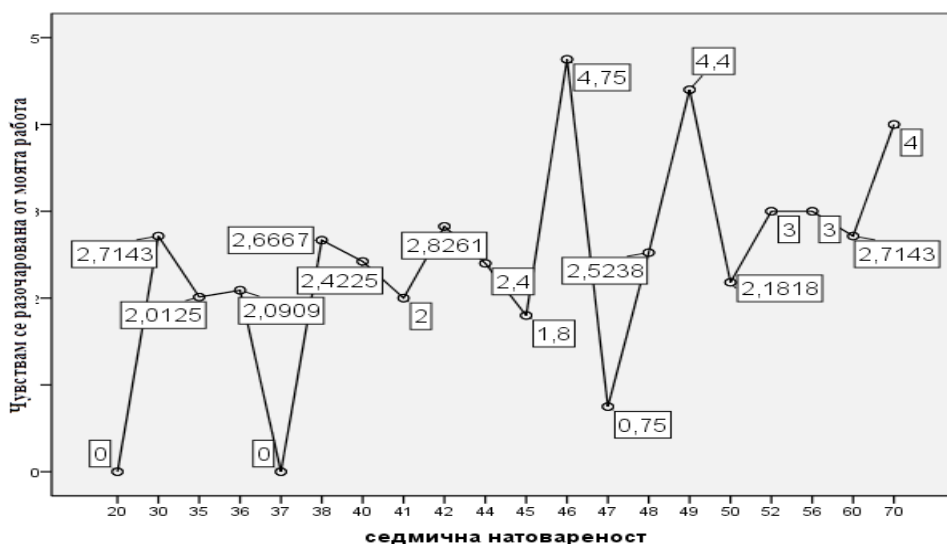
Резултатите от корелационния анализ идентифицират и зависимост между продължителността на работния ден и умората ($R = 0,104$; $p < 0,05$), и изтощението ($R = 0,117$; $p < 0,05$) у медицинските сестри, предпоставка за професионална неудовлетвореност.

Съдържанието на труда на медицинската сестра включва количествените и качествените аспекти на обслужване на пациентите. Участниците в проучването споделят, че обгрижват по около 18 пациенти на смяна ($\chi = 18,27$; min. 2, max. 80), като

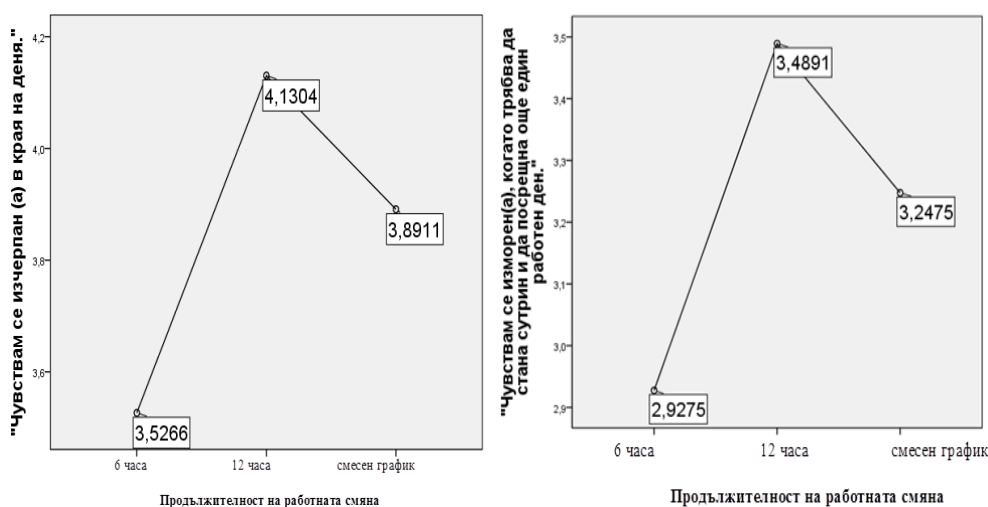
средно отделят по около 21 минути на всеки ($\chi = 21,08$; min. 3, max. 60).

Броят обслужвани пациенти и чувството на умора и изчерпване в края на работната смяна са в тясна зависимост ($R = 0,108$; $p < 0,05$), както и времето, отделено на всеки пациент, и чувството за неудовлетвореност от работата ($R = -0,114$; $p < 0,05$), и значимостта на прилаганата грижа ($R = 0,138$; $p < 0,001$).

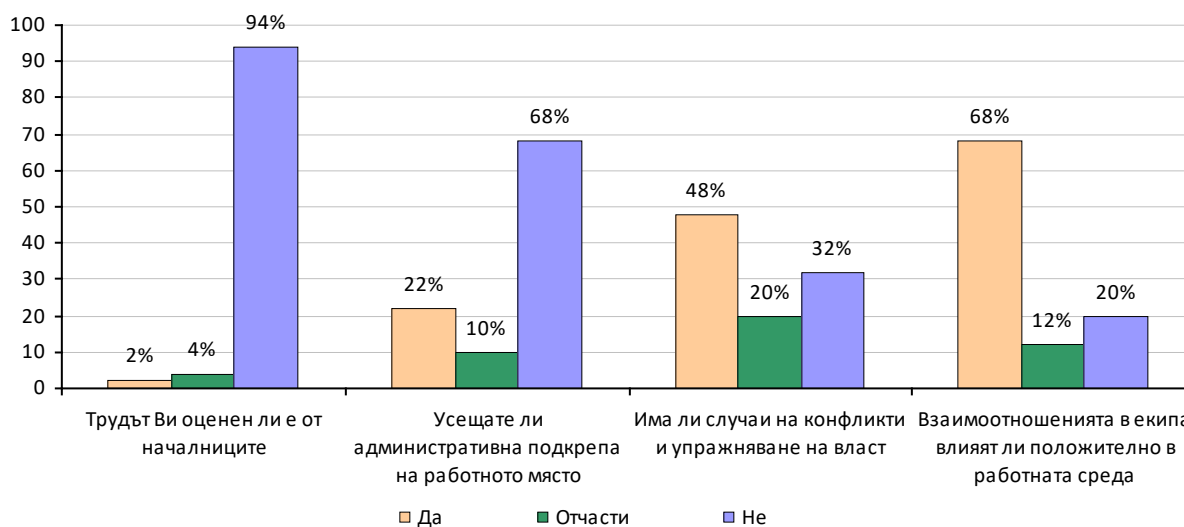
Изследването показва, че медицинските сестри възприемат професионалната си работна среда като стресираща, което се отразява негативно на удовлетвореността им от работата и понижава професионалните нагласи за сестрински грижи.



Фиг. 6. Връзка между седмичната натовареност на респондентите и професионалната удовлетвореност



Фиг. 7. Връзка между продължителността на работната смяна и професионалната неудовлетвореност на медицинските сестри



Фиг. 8. Удовлетвореност на медицинските сестри от условията на труд и междуличностните отношения на работното място

Организационните политики и стилът на ръководство и тенденцията към намаляване на удовлетвореността у подчинените показват връзка. Лошата работна атмосфера и липсата на организационна подкрепа влияят върху усещането за изтощение от работата, формализацията на общуването с пациента, използването на стереотипни навици и формалното изпълнение на задълженията. От всички респонденти 68% са недоволни от административната подкрепа и само 22% са доволни от този аспект. Упражняването на власт, напрежението и конфликтите в професионалната среда също увеличават неудовлетвореността на медицинските сестри.

Оценката на труда – материална и морална, е фактор, влияещ на удовлетвореността от работата. Ниското заплащане на труда, несъответстващо на обема извършена работа, често заставя здравните професионалисти да работят, пренебрегвайки времето за отдих, формира високо ниво на стрес и последващо изтощение, склонност към дистанцираност в общуването с пациенти и колеги. Несъответствието между работата и личността и неадекватното възнаграждение (материално и морално) се преживява от респондентите като непризнание на техния труд (94%) и е важен фактор за недоволство от страна на медицинските сестри [18] (фиг. 8).

Взаимоотношенията и психоклиматът на работното място имат съществено значение. Според повече от половината от медицинските сестри

(68%) дори трудната и тежка работа, извършвана в условия на взаимопомощ и уважение, може да доставя удоволствие и удовлетвореност.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Като цяло медицинските сестри изразяват ниска удовлетвореност от работата си, но мнозинството от тях отново биха избрали да практикуват професията си. Основните аспекти на професионалната дейност, формиращи негативни нагласи у медицинските сестри, са заплащането на труда, работното претоварване, броят обслужвани пациенти и административната подкрепа.

Медицинските сестри заемат най-високия дял на квалифицирани здравни специалисти в света. Предвид световния недостиг на медицински работници, въпросът за удовлетвореността от работата на медицинските сестри трябва да представлява интерес за всички заинтересовани страни в здравеопазването.

Библиография

1. Грудева М, Рагъовска Г. Удовлетвореността от труда като резултат от добрия психоклимат в сестринския екип. Управление и образование, 2013; 9(5):62-70.
2. Димитрова Кр, Рангелова Ж, Михайлов Н. Настояще и бъдеще на професията „медицинска сестра“ в България. Здравна икономика и мениджмънт, 2018; 3(69):3-10.
3. Димитрова М. Професионалната удовлетвореност – фактор, провокиращ нагласи за промяна на работното

- място при здравните професионалисти. Здравни грижи, 2016; 1:23-29.
4. Лечева З. Противоречия между професионалните изисквания и социалния статус на медицинската сестра. Управление и образование. 2012; 8(3):130-135.
 5. Маринов Л. Удовлетвореност на пациентите с артериална хипертония от здравните грижи при хоспитализация. Sci Technol, 2020; 10(1). Med Biol Stud Clin Stud Soc Med Health Care.
 6. Маринов Л, Добрилова П. Проучване дейностите на медицинските сестри при осъществяване на здравни грижи при болни с артериална хипертония. Сборник доклади от Трета научна конференция с международно участие „Медико-социални аспекти в здравните грижи“, МУ – София, ЦМБ, 2020; 70-74.
 7. Рангелова Ж, Докова К. Социален статус на медицинската сестра. Scripta Sci Med, 2011; 43(7):299-302.
 8. Спасова М, Стамболова И, Василева М, Медицинските сестри в България – застаряваща работна сила. Здравни грижи, 2018; 4:21-28.
 9. Стефанова К, Добрилова П. Трудности в реализирането на холистичния подход в работата на медицинската сестра в първичната медицинска помощ. Сборник доклади от Трета научна конференция с международно участие „Медико-социални аспекти в здравните грижи“, ЦМБ, МУ – София, 2020; 22-24.
 10. Тодорова Д, Георгиева Л. Удовлетвореност от работата на професионалистите по здравни грижи в спешната медицинска помощ във Варненска област. Здравна икономика и мениджмънт, 2018; 3(69):11-16.
 11. Шопов Д, Торниева Б, Стоев Т, Стоева Т. Професионална мотивация и удовлетвореност на медицинските сестри. Асклепий, 2014; 95-99.
 12. Янкова Г. Фактори, влияещи върху професионалните нагласи на медицинските сестри за сестрински грижи. Управление и образование, 2020; 16(5):44-50.
 13. Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: A meta-analysis. Occup Environ Med, 2005; 62:105-12.
 14. Lorber M, Skela Savič B. Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian Hospitals. Croat Med J, 2012; 53(3):263-270.
 15. O'Hara MA, Ditomassi M. Assessment of Millennial Nurses' Job Satisfaction and Professional Practice Environment. JONA, 2019; 49(9):411-417.
 16. Sellgren SF, Kajermo KN, Ekvall G, Tomson G. Nursing staff turnover at a Swedish university hospital: An exploratory study. J Clin Nurs, 2009;18(22):3181-3189.
 17. Wells J, Manuel M, Cuning G. Changing the model of care delivery: Nurses perceptions of job satisfaction and care effectiveness. J Nurs Manag, 2011; 19(6):777-785.
 18. World Health Organization and Global Health Workforce Alliance. What countries can do now: twenty-nine actions to scale-up and improve the health workforce. Geneva: WHO; 2009. <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/toolkit/13.pdf?ua=1>. Accessed 6 Mar 2017.

ПСИХОСОЦИАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА ПАЦИЕНТИ С ДИАБЕТ ТИП 1

Е. Владимирова, М. Борисова

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

PSYCHO-SOCIAL PROBLEMS OF PATIENTS WITH TYPE 1 DIABETES

E. Vladimirova, M. Borisova

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

Abstract. According to some authors, the role of psychosocial problems as predictors of quality of life is much greater than the objectification of the complications of the disease. An important place among psychosocial factors is occupied by depression, despair and mental exhaustion, as well as the development of clinical depression. **Objective:** To establish the influence of psychosocial factors on the quality of life of patients with type 1 diabetes and prevention of complications through a new vision and development of care. **Materials and methodology:** A documentary method, a questionnaire with 25 questions and statistical and graphical analysis were used for the study. **Analysis of the results:** The study conducted in this way, which does not claim to be representative, shows that in the majority of patients psychosocial factors have an impact on their quality of life. In recent decades, based on extensive research, due attention has been paid to the role of psychosocial aspects in the comprehensive treatment of diabetes.

Key words: type 1 diabetes, disease, complications, psychosocial factors

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

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

ВЪВЕДЕНИЕ

Обсъждането и оценката на психичните и социалните проблеми на пациента могат да спомогнат за оптимизиране на гликемичния контрол.

Психосоциалната оценка е препоръчителна и при лош контрол на захарния диабет. Активно се търсят признаци на депресия, тревожност, свързани със захарния диабет, разстройства на храненето и когнитивни разстройства.

Лицата с диабет тип 1 имат нужда от психологична подкрепа. Проучвания при млади хора с диабет тип 1 показват, че те имат депресивни прояви (лошо настроение, нарушения в съня, промени в апетита, водещи до напълняване или отслабване, умора, намален интерес към всекидневните активности, безразличие, чувство за безполез-

ност, вина или отчаяние, намалена концентрация на вниманието, нерешителност). Депресията води до влошаване на диабетния контрол (занемарени грижи за здравето и личната хигиена, нарушен хранителен режим, наддаване или загуба на тегло, липса на физическа активност, повишен прием на алкохол, тютюнопушене). Всичко това увеличава риска за ускорено развитие на усложненията – остри (диабетна кетоацидоза, хипогликемия) и хронични (сърдечно-съдови) [1].

Вече има солидни доказателства, че психосоциалните фактори имат по-силна предиктивна стойност при предсказването на вероятността от хоспитализация или смъртен изход, отколкото наличието на усложнения, свързани с диабета, индексът на телесната маса или нивото на гликемичния контрол (HbA1c).

Някои психосоциални фактори включват представите на индивида за болест и здраве, наличието на обществена подкрепа, индивидуалния стил на справяне с проблемите, типа личност и други. Според някои автори тяхното значение като предиктори на качество на живот е много по-голямо от обективизирането на усложненията на болестта. Важно място сред психосоциалните фактори заемат потиснатостта, отчаянието и психичното изтощение, както и развитието на клиничната депресия [1].

❖ **Психосоциалната анамнеза включва, но не се изчерпва със:** оценка на нагласата на пациента спрямо болестта и назначеното му лечение, очакванията му от лечението, оценка на качеството на живот, свързано със захарния диабет, и на цялостното качество на живот, оценка на финансовия и социалния статус, както и на емоционалните проблеми на индивида, психиатрично интервю и др.

❖ **Психосоциалната оценка е препоръчително да бъде направена и при лош контрол на диабета.** Активно се търсят признаци на депресия, тревожност, свързана със захарния диабет, разстройства на храненето и когнитивни нарушения.

Както определението за здраве подлежи на коментари и корекция, така и разбирането за захарния диабет търпи развитие. От глюкометричното мислене, през фокуса върху микро- и макросъдовите усложнения до пациент-центрирания подход – с всяка своя стъпка водещите световни организации, диктуващи подходите за лечение на пациентите със захарен диабет, се доближават все повече до индивида. Има обаче една глава от препоръките на Американската диабетна асоциация, която не се е променила съществено през годините – „**Психосоциалната оценка и грижа**“ [1].

Основни цели на екипа за диабетни грижи

Те трябва да са насочени към осигуряването на:

- Експертни практически напътствия и обучение в технически умения.
- Постоянно обновяване на знанията за диабета и обучение в самоконтрол.
- Обновяване на съветите относно инсулиновото лечение, техниките на ежедневен гликемичен контрол и препоръките за мониториране относно съпътстващи заболявания, рисковите фактори за усложнения и за самите усложнения.

➤ Разбиране на психологичните нужди на семейството, психологична поддръжка и помощ в приспособяването на детето и на семейството към диабета и неговото лечение.

➤ Осигуряване на методична помощ относно грижите при диагностицирането, включително обучение, което да позволи на членовете на семейството да се чувстват сигурни в осъществяване на грижите у дома, като добре разбират патофизиологията на диабета и неговото лечение.

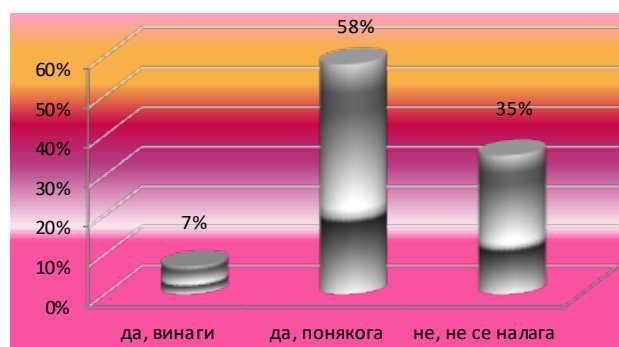
➤ Психосоциална подкрепа за пациента на инсулинолечение и на семейството.

➤ Промените в нервно-психичното развитие училищната успеваемост (особено бягство от училище/проблеми в училище), забавленията, спортните занимания и психосоциалния прогрес [13].

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

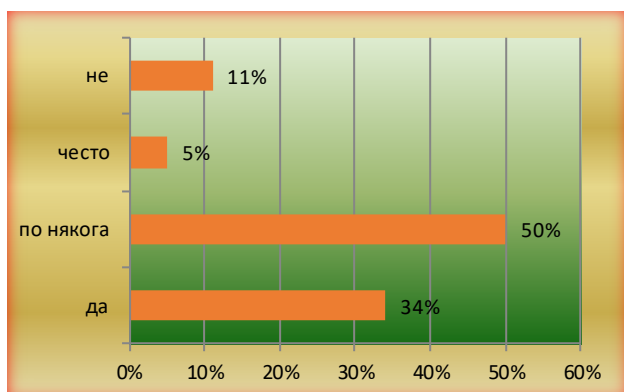
Хората с диабет са условно здрави при спазване на множество правила. Те прекарват 100% от денонощието със съпътстващото ги метаболитно заболяване без почивни дни през цялата година. През последните десетилетия на базата на широки изследвания се отдава необходимото внимание на ролята на психосоциалните аспекти при комплексното лечение на диабета.

Проведено е анкетно проучване, като от него се установи значителна промяна в ежедневните дейности на анкетиранияте: при 65% се констатира промяна в дейностите и при 35% не се налага такава промяна (фиг. 1).

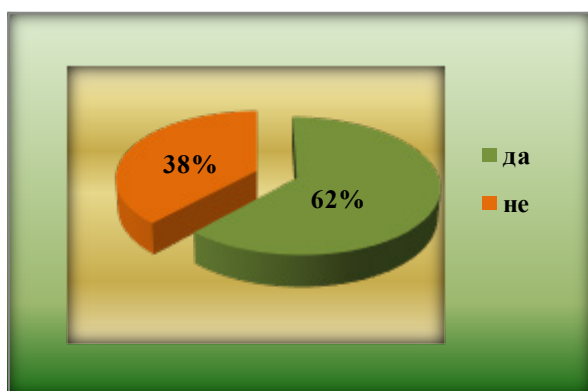


Фиг. 1. Промяна в ежедневната дейност

Анкетиранияте, които се нуждаят от подкрепа категорично, са – 34%. Лицата с диабет, които имат необходимост от подкрепа „поякога“, са – 50%, а от честа подкрепа се нуждаят – 5%, и само 11% нямат такава необходимост (фиг. 2).



Фиг. 2. Необходимост от подкрепа



Фиг. 3. Необходимост от помощ



Фиг. 4. Взаимоотношения в семейството

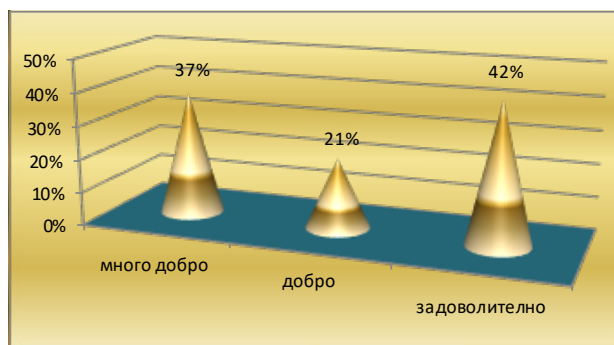
От помощ се нуждаят 62%, а за 38% не е необходима (фиг. 3).

Болестта оказва влияние върху всички членове на семейството на лицето с диабет, което може да промени микроклимата в семейната среда. Взаимоотношенията в семейството са „много добри“ при 45% от анкетираните и „добри“ – при 40%. При една част от тях – 9%, понякога са добри, понякога лоши в зависимост от средствата,

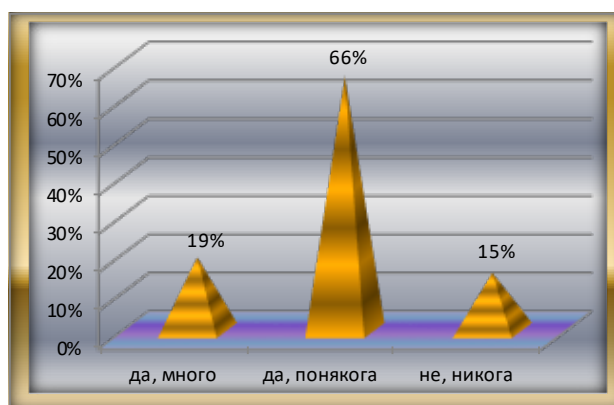
с които разполагат, или когато не се чувстват добре, а не им вярват. Има семейства, в които взаимоотношенията са лоши – 6%, без причина или наличие на неразбирателство (фиг. 4). Това от своя страна може да бъде причина за влошаване качеството на живот и да доведе до промяна на гликемичния контрол.

За всеки човек със захарен диабет от съществено значение за общото функциониране на организма във всекидневието е не само физическото, но и емоционалното равновесие, т.е. качеството му на живот. С много добро самочувствие са 37% от анкетираните, 21% са с добро самочувствие. За съжаление – 42% от лицата с диабет нямат достатъчно самочувствие (фиг. 5).

Щастието е различно при всеки човек, но преди всичко то е състояние на духа, начин, по който се гледа на света. То е психосоциален фактор със съществено значение и предиктор за качеството на живот. Хората с диагноза диабет, които са много щастливи, са 19%. Повече от половината от анкетираните пациенти – 66%, посочват, че понякога са щастливи, а тези, които никога не са щастливи, са 15% (фиг. 6).



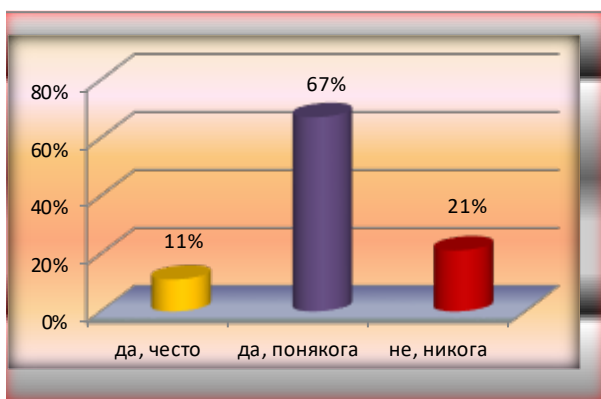
Фиг. 5. Самочувствие на пациентите с диабет



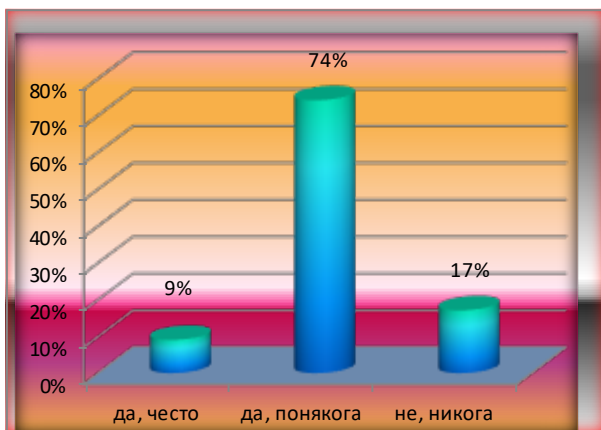
Фиг. 6. Щастливи ли са пациентите с диабет

Анкетираните, които са били често в депресия, са 11%. Повече от половината – 67%, от лицата с диабет са били в депресия понякога и 21% от анкетираните никога не са изпадали в депресия (фиг. 7).

Анкетираните с диабет, които често са били потиснати и отчаяни, са 9%, „поякога“ – 74%, а 17% никога не са били в такива състояния (фиг. 8). Стресът и отчаянието, свързани със симптомите на болестта и с развитието на усложненията ѝ, са сред най-честите причини за понижаване качеството на живот на лицата с диабет и могат да доведат до влошаване на гликемичния им контрол.



Фиг. 7. Честота на депресията



Фиг. 8. Честота на потиснатост и отчаяние

Резултатите от проведеното проучване дават основание да се направя следните **изводи**:

1. Пациентите имат потребност от повече подкрепа и разбиране, както и от много обич и съдействие.
2. Ролята на семейството и микроклиматът в него са много важни за добрия контрол на диабета.
3. Доброто състояние на здравето е важно за лицата с диабет, но психосоциалните фактори

повлияват върху физическото, емоционалното и общото функциониране на организма, т.е. върху качеството на живот.

РЕШЕНИЯ

- Обучение на по-високо ниво с цел оптимална грижа за здравето, умение за самостоятелни решения и поемане на отговорност при създаване на самоувереност на базата на добри познания.
- Вярa в ефикасността на лечението.
- Изграждане на ефективни лични модели на поведение.
- Постепенно преразпределение на отговорностите с родителите, без те да се изключват при разпределението на грижите за диабета.
- Формулиране на постижими цели с оглед баланс на социалното развитие и контрола на диабета.
- Отговорно отношение при профилактиката на усложненията .
- Приобщаване към групи хора в подобна ситуация, като участие в лагери, ваканции и събирания, които да са добре организирани, със съответстващо медицинско обслужване.
- Адекватно обучение за различни спортни занимания и предотвратяване на хипогликемии.
- Подготовка за сексуален живот и предпазване от хипогликемия при полов акт.
- Целта е младите хора с диабет да получат информация в приемлива форма, за да могат да се опрат на знания, с които да се справят с диабета, и да бъдат окуражавани сами да изберат подходящ стил на живот. Реакциите на околните и особено на приятелите в голяма степен влияят върху желанието да се спазва съответният режим [13].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За да постигнат добър контрол на диабета, както децата, така и възрастните имат нужда от разбиране и подкрепа от всички нас – медицинските екипи, родителите, семейството, училището с учителите и съучениците, приятелите, колегите, цялото общество [13].

Библиография

1. Боянов М, Ванкова М. Качество на живот при захарен диабет. Ендокринология, 2013, 20-21.
2. Георгиева Г, Симеонов Н. Физическа активност и диабет. Сборник доклади, Международна конференция "Съвременни тенденции на физическото възпитание и спорта", СУ "Св. Кл. Охридски" Департамент по спорт, София, 2014, 226.

3. Грозданов И. Застраховане и социално дело. 80 години традиции, лидерство, предизвикателства, Свищов, 13.11.2018 г., 248-256.
4. Грозданов И. Състояние и проблеми на организацията на дейностите по профилактика и рехабилитация в системата на НОИ. *Sci Technol Social Studies*, 2017, 7(6):63-70.
5. Грозданов И. Организация на дейностите по профилактика и рехабилитация на НОИ. *Sci Technol, Social Studies*, 2018, 8(6):8-13.
6. Грозданов И. Същност и организация на социалното управление. *Sci Technol Social Studies*, 2019, 9(6):91-96.
7. Грозданов И. Протективната роля на физическата активност и промоция на здравето. Европейски стандарти в спортното образование – Враца 2018. Сборник доклади от научна конференция, проведена на 03-04.06.2018, Враца.
8. Грозданов И., "Хиподинамията – рисков фактор за физическото развитие и здравно състояние. Европейски стандарти в спортното образование – Враца 2019: сборник доклади от научна конференция, с. 112-117.
9. Грозданов И. Наркоманията – глобалната заплаха и перспективи, Лицензиран Сборник доклади от юбилейна конференция с международно участие, Образование, наука и иновации в здравните грижи – МУ – София.
10. Грозданов И. Контрол на социалното осигуряване като функция на мениджмънта за функциониране на икономическите системи в съвременното общество. Almanach "ViaEurasia", София, Унив. изд. "Св. Климент Охридски", 2019.
11. Грозданов И. Състояние на профилактката и рехабилитацията в системата на НОИ, институционално взаимодействие с кореспондиращите институции. *Globalization, the State and Individual*, 2018, (4):50-67, Varna: Free Univ. of Varna.
12. Грозданов И. Възможности за развитие на социално икономическия потенциал на програмата за профилактика и рехабилитация на НОИ. *Бизнес управление*, 2018, (4):73-90.
13. Деспотова В. Психосоциални аспекти в живота на деца и подрастващи с тип 1 захарен диабет. *Живот и здраве*, 2013, бр. 38.
14. Dobrilova P, Yankova G, Zlatanova-Velikova R. The information and communication technologies – contemporary challenge for the education in health care. *J Int Sci Publ. Educational Alternatives*. 2018, 16:287-293, www.scientific-publications.net
15. Yankova G, Dobrilova P, Stefanova K. Research of the students' satisfaction from the quality of training in an Affiliate "Prof. Dr. I. Mitev" to Vratsa at Medical University in Sofia. *J Int Sci Publ. Educat Alternat*. 2018, 16: 294-302, www.scientific-publications.net
16. Dobrilova PP, Yankova GT, Stefanova KS. Modern approaches to improving the quality of life of people with disabilities. *Int Med Sci J „Medicus“*, 2017, 5(17):28-33.
17. Yankova GT. Connection between the professional activity "healthcare" and the personal effectiveness of healthcare professionals. *Int Sci J „Science and World“*, 2017, № 9 (49). Vol. II, 42-48.
18. Маринов Л, Стефанова К. Изследване нивото на емпатия при студенти от специалност медицинска сестра във Филиал – Враца на МУ – София. Сб. доклади, МК – Варна, 2013.
19. Л. Маринов, П. Аспарухова. Комуникацията в сестринските грижи през погледа на студентите. *Медицински форум*, 2014.
20. Аспарухова П, Маринов Л. Удовлетвореността на близките – предпоставка за качеството на здравните грижи в болничните отделения. *Медицински форум*, 2014.
21. Янкова Г, Александрова М, Маринов Л. Компоненти на здравната грижа, имащи отношение към емоционалното изтощение. Международна научна конференция "Образование, наука, икономика и технологии"; 25-26 юни 2015. *Управление и образование*, 2015, 11(5):58-64.
22. Аспарухова П, Маринов Л, Янкова Г. Емоционално състояние на болните в периода на хоспитализация. Международна научна конференция "Образование, наука, икономика и технологии"; 25-26 юни 2015. *Управление и образование*, 2015, 11(5):184-190.
23. Маринов Л, Аспарухова П, Янкова Г. Динамика на нивото на емпатия в процеса на обучение на студенти от специалност – медицинска сестра. Международна научна конференция "Образование, наука, икономика и технологии"; 25-26 юни 2015. *Управление и образование*, 2015, 11(5):134-140.
24. Добрилова П. Потребност и удовлетвореност на пациентите с хронични заболявания от здравните грижи в болниците за рехабилитация, Сборник доклади от Трета научна конференция с международно участие: „Медико-социални аспекти в здравните грижи“, Враца, 2019, ЦМБ, 9-13.
25. Dobrilova P. The continuous professional development as a condition for achieving autonomy in the nursing profession. *Knowledge Int J*, 2020, 40(4):799-805.
26. Dobrilova P. Patients with chronic disease awareness about the opportunities for preventive interventions. *Knowledge Int J*, 2020, 38(4):759-765.

УЧИЛИЩНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В СЪВРЕМЕННИТЕ РЕАЛНОСТИ – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА И ПРИОРИТЕТИ

Ив. Грозданов

Териториално поделение на НОИ – Враца

SCHOOL HEALTH IN MODERN REALITIES – CHALLENGES AND PRIORITIES

Iv. Grozdanov

Territorial Office of the National Insurance Institute – Vratsa

Abstract. Modern children population is formed and developed in an extremely dynamic and controversial social situation, which is characterized by a high degree of uncertainty. It is in line with the so-called stewardship or a term defined as a careful and responsible management, which refers to the school public health. In this sense, it would be logical to expect that its main aim is focused on the preservation and improvement of children health through the achievement of higher standards of access to health services and administration of effective complex health education facilitating the promotion of a healthy lifestyle among the growing generation. Against this background, we suggest a conceptual framework delineating an architecture structure, in which for the first time eleven key challenges and priorities in the area of school public health are defined and systematized. In conclusion, we would note that the adequate and competent comprehension of all the above stated as well as the timely choice of reasonable and responsible decisions are a prerequisite and guarantee for the health well-being of the modern growing generation.

Key words: school public health, challenges, priorities

Адрес за кореспонденция: Д-р Иван Грозданов, e-mail: ivan_grozdanov_noi_vraca@abv.bg

Address for correspondence: Ivan Grozdanov, MD, e-mail: ivan_grozdanov_noi_vraca@abv.bg

Съвременното детско население се формира и развива в една изключително динамична и противоречива обществена ситуация, която се отличава с висока степен на неопределеност. В този аспект трябва да се има предвид и нарушената координация и стабилност между различните нива в здравното обслужване на подрастващите. Това кореспондира с т.нар. „стюардшип“, термин, който се дефинира като „внимателно и отговорно управление“, отнасящо се и за училищното здравеопазване.

Той включва широк кръг от дейности, свързани със здравната помощ и здравната сигурност, осъществявани от медицинските специалисти за постигане на пълноценен здравен потенциал на

децата и осигуряващи добро управление на профилактичната политика в училищната здравна система.

Посочените реалности, както и обективно налагащите се здравнообразователни промени поставят следната основна цел на училищното здравеопазване в условията на протичаща здравна реформа, а именно – опазване и подобряване на детското здраве чрез постигане на по-високи стандарти на достъпа до здравни услуги и прилагане на ефективно комплексно здравно образование, благоприятстващо утвърждаването на здравословен начин на живот сред подрастващото поколение.

Логично е да се очаква, че мисията на училищното здравеопазване се съсредоточава и включ-

ва здравни дейности като промоция на детското здраве, профилактика на болестите и здравна защита, които изграждат рамката, формираща визията на училищното здравеопазване – здрави ученици в здрави училищни общности.

На този фон предлагаме концептуална рамка, очертаваща архитектурната структура, в която се дефинират и за първи път систематизират ключови предизвикателства и приоритети, адресирани в полето на училищното обществено здравеопазване.

В изложеното се отчитат, показват и включват следните **предизвикателства**:

– Изградената в миналото цялостна система на училищно здравеопазване като ефективна структура на организирания контингент ученици от учебните заведения понастоящем не съществува. С въвеждането на пакета първична извънболнична медицинска помощ, която се извършва от общопрактикуващите лекари, основни задачи и дейности отпаднаха от задълженията на медицинските специалисти в училищата (напр. профилактичните прегледи и др.). В тази връзка поставяме акцент върху реалния обхват на учениците от реализирани профилактични прегледи и други изследвания, включващи проведени имунизации и реимунизации, проведени параклинични изследвания, контакт със заразно болни, данни за вредни навици и пристрастявания, антропометрични показатели и др.

Ето защо неслучайно СЗО алармира, че около 70% от случаите на ранна смърт сред хората в зряла възраст се дължат в голяма степен на здравното състояние и на типа поведение, изградени в училищна възраст.

– Продължава процесът на демографското застаряване, изразяващо се в намаляване абсолютния брой и относителния дял на населението под 18 год. и увеличаване дела на населението на 65 и повече години. Така делът на населението под 18 г. през 2011 г. (последното преброяване) е 13,5% от цялото население, а понастоящем, през 2020 г., при 717 000 ученици е 10,2%. Освен това всяка година около 20 000 ученици отпадат от училище. Това е сериозен проблем и тревожен факт, като основните причини са: социална изолация, икономически трудности, безработица, разпадане на семейството като институция, домашно насилие и др. В тази връзка интерес представлява и коефициентът на демографското заместване. Така например през 2011 г. 100 лица, излизаци

от трудоспособна възраст, са замествани от 124 млади хора, а през последните години броят им е 78. Всичко това характеризира и формира състояние на реална депопулация на нацията, без да се включва процесът на емиграцията. Освен това прави впечатление и високият брой на абортите в млада възраст, както и нарастването на извънбрачната раждаемост.

Краткият анализ на показателите, маркиращи общественото здраве у нас (отрицателния естествен прираст, демографското стареене и др.), разкрива съпричастността на различни прояви и обстоятелства, валидни за национална демографска катастрофа.

– Различните сфери на влияние, проектирани върху детското и юношеското обществено здравеопазване, дават възможност да се идентифицират предизвикателствата, които поставят ударение върху намалената физическа активност, нездравословното хранене, стреса, вредните навици, информационната и режимната натовареност (претовареност), пътнотранспортните произшествия (по статистически данни най-рисковият ден за пътуване през седмицата се оказва петък), травмите и злополуките, детската агресивност и насилие, културно-информационната среда на децата, замърсената околна среда и др.

В световен мащаб основните здравни заплахи за подрастващите, свързани с редица поведенчески фактори, са: рисковото сексуално поведение с висока честота на полово предавани инфекции, нежеланата бременност и увеличаващата се честота на HIV/СПИН, което води до влошаване на репродуктивното здраве; увеличаващата се употреба на психоактивни вещества, по-конкретно консумация на алкохол, използване на наркотици и тютюн; лошото психично здраве, което налага по-мощно развитие на психологичното обслужване в съвременното училище.

– Редица данни показват, че има достатъчно доказателства за неблагоприятни тенденции в здравното състояние на детското население – ювенилна хипертония, неврози, емоционални и поведенчески разстройства, т.нар. „пандемична умора“, рефракционни зрителни аномалии (техният брой нараства във връзка с дистанционната форма на обучение), алергични заболявания, гръбначни изкривявания, влошено дентално здраве и др.

– Включване на опазването и подобряването на детското здраве като изискване и прила-

гане във всички секторни политики на базата на системен, комплексен и междусекторен подход с участието на мултипрофесионални екипи, с цел да се преодолее налагащият се фрагментарен и парциален подход в организацията на училищното обществено здравеопазване.

– Не трябва да се забравя и фактът за ролята и първостепенното значение на обявената епидемична обстановка, свързана с корона вируса, причиняващ болестта COVID-19, и въздействието му върху образователната система в страната. За да бъдат осигурени основни хигиеносъобразни и безопасни условия на труд, като предпоставка за опазване здравето на учениците и учителите, се въвежда и някои профилактични мерки. Например въпрос за размисъл и своевременно коментар е структурирането на т. нар. „училищен изолатор с площ от 6 м²“. Добре би било да се знае кои са научните доказателства, определящи точно тази площ на помещението (а не друго, напр. 8 м² и т.н.), или за колко ученици е предназначено помещението, какво е неговото оборудване и др. Има и други предприети предпазни интервенции (напр. задължителното носене на качествени медицински маски в училище, причинно-следствено и закономерно обвързано ли е със здравето на учениците?).

Би трябвало да се обърне и да се привлече вниманието към следните важни обстоятелства: материално-техническата база в 2300-те училища в страната (зоната за учебна работа със съответните 4 сектора, многофункционалната зона със съответните 6 сектора и комуникационно обслужващите площи със съответните 7 сектора) хигиенно съобразена ли е с изискванията на епидемичната обстановка; от кого, къде и кога са провеждани обучителни инструктажи за алгоритъма на поведение за медицинските специалисти от здравните кабинети в училищата за разясняване изискванията на епидемичната обстановка; осигурени ли са достатъчно материали, свързани с личната хигиена на учениците в училищата, независимо от големината на населеното място, и др.

Посочват се данни, че към края на септември 2020 г. броят на заразените и заболели ученици и учители се увеличава вследствие на пандемията от COVID-19 (цели паралелки са под карантина и се очертава тенденцията за затваряне и на училища).

С оглед преодоляване на тези проблеми представителите на ООН подчертават загрижеността

си за последствията, които дистанционната форма на обучение може да окаже върху неговото качество. В този общ контекст наблюдаваните дефицити в образователната система, като: 46% от учителите и 38% от учениците в страната нямат лични (а за учителите и служебни) лаптопи, лоша интернет връзка, при 1 заразен ученик останалите от паралелката здрави ученици се карантинират в домовете си, не са уточнени праговите стойности за заразените ученици, при които училището се закрива, и др., дават основание ООН да дефинира съвременната ученическа общност като „поколенческа катастрофа“.

Убедени сме, че навременните експертни оценки, обективни и компетентни анализи и реалният здравно-хигиенен контрол ще дадат ценна информация относно ефективността на взетите отговорни решения.

Веднага трябва да кажем, че съобразен с реалностите на общественото здраве у нас, в училищното здравеопазване изборът на **приоритети** представлява „управленски процес, насочен към ранжиране на съществуващи, възникващи или бъдещи здравни проблеми от първостепенна важност за училищната здравна система от гледна точка на тяхното решаване и ресурсно осигуряване“ с фокус върху:

– Необходимостта от анализ на съществуващото здравно законодателство с цел създаване на правна рамка от адаптирани и синхронизирани нормативни документи, които да гарантират здравната закрила и здравната сигурност на подрастващото поколение.

– Необходимостта от непрекъснато усъвършенстване качеството на медицинското обслужване в здравните кабинети на училищата и подобряване подготовката на мотивирани и професионално компетентни медицински специалисти по проблемите на промоция на детското здраве, профилактика на болестите, медицина на бедствените ситуации и др., което трябва да стане интегрална част от тяхното следдипломно обучение.

– Изграждането на подкрепяща околна среда (общност, училище, семейство и др.), насочена към създаване на целенасочени институционални взаимодействия за съхранение на нерисковото и ограничаване на рисковото поведение сред детското население.

– Равнопоставеността на учениците относно предоставянето на здравни услуги, независимо от

големината на населеното място, в което живеят, чрез равноправен достъп до училищните и други здравни служби.

– Подобряването на грижите за рискови, уязвими общности и групи: малцинствени, подрастващи с противообществени прояви, инвалидизирани деца, деца в риск и др.

Не трябва да се забравя и фактът, че мястото, което държавата ни заема в европейските структури, се определя и от състоянието на здравното образование и възпитание на подрастващото поколение.

Това по безспорен начин налага здравното образование, адресирано към подрастващите, да бъде адекватно и съобразено с техните възрастни особености, здравна култура и с доминиращите убеждения и ценности на средата, в която живеят. Да бъде насочено най-вече към утвърждаване на здраве, позволяващо на ученика да прави поведенчески здравословни избори и да взема съответни на тях решения.

Многократно е поставян ясен акцент за включване в учебните програми на задължителен, самостоятелен специализиран учебен час по „здравно образование“, в който повишаването на здравните знания и умения ще мотивира ученика за лична отговорност и по-голяма активност, свързана с опазване на собственото му здраве.

Ето защо за училищното обществено здравеопазване, повече от която и да е друга сфера на човешката дейност, е необходимо да мислим

по-синтетично и многозначно, използвайки конструктивния съюз и – и, вместо алтернативния или – или. На въпроса какво е необходимо повече за училищното здравеопазване, отговорът е „и повече здраве, и повече качество“, т.е. необходимостта от качествено здраве трябва да стане фундаментално право на всяко дете, което е ключов фактор за икономически ръст и социално благополучие.

В **заключение** може да се постави диагноза на боледуващото училищно здравеопазване и тя е: здравнообусловена непродуктивност и несигурност. За овладяване и оздравяване на това болестно състояние са необходими правилно разбиране и реализация на адекватна държавна политика, в която държавата и общините да поемат отговорност с гарантиран ангажимент за целенасочено финансиране и набавяне на средства, свързани с осигуряване на качествена здравна помощ на учениците в съвременното българско училище.

Библиография

1. Здравни услуги, подходящи за младите хора. Национална стратегическа рамка. С., УНИЦЕФ, 2015.
2. Здравеопазването в Европа, Документ дискусия за здравната стратегия, т. 3, 2017..
3. Писев В. Училищното здравеопазване пред предизвикателствата на XXI век. С., СБУ, 2011.
4. Специална сесия на ООН за децата „Свят, подходящ за деца, гл. 1. Осигуряване здравословен живот на децата. 2012.

КОНТРОЛЪТ В УПРАВЛЕНИЕТО НА СОЦИАЛНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОТО ЗАВЕДЕНИЕ

Ив. Грозданов

Териториално поделение на НОИ – Враца

CONTROL IN THE MANAGEMENT OF A SOCIAL PEDAGOGICAL FACILITY

Iv. Grozdanov

Territorial Office of the National Insurance Institute – Vratsa

Abstract. Controlling is one of the main managerial functions, through which the feedback between a subject and the object of management is completed. It is a permanently accomplished managerial activity including the detection of correspondence of the preset aims and their materialization in a social pedagogical organization considering correction of occurring deviations. The aim is to select an alternative that could lead to the best results or assist for the avoidance of unfavorable consequences.

Key words: control, management, organization

Адрес за кореспонденция: Д-р Иван Грозданов, e-mail: ivan_grozdanov_noi_vraca@abv.bg

Address for correspondence: Ivan Grozdanov, MD, e-mail: ivan_grozdanov_noi_vraca@abv.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Цялостната работа в социално-педагогическата организация се контролира. Това означава контрол на процеси, дейности, действия, операции, норми, правила, указания, решения, плановете, цели, мероприятия, резултати. Най-често на контрол се подлагат дейности (процеси) и резултатите от тяхното изпълнение.

Организацията и реализацията на контролната дейност обхваща четири етапа:

– първи етап – обхваща дейностите, свързани с планирането на контролната дейност – цели, средства, периодичност, обект, методика, технология.

– втори етап – включва реализирането на контролната дейност чрез използване на различни средства и методика за установяване на реалното състояние на процесите.

– третият етап представлява анализ на получените резултати, правят се необходимите обобщения и изводи.

– четвъртият етап е свързан с разработване на изисквания и препоръки за регулиране на

процеса за оптимизиране на качествените и количествените характеристики на дейността.

Основните видове контрол могат да бъдат представени чрез основните признаци за вида контрол:

- според субекта на контрол: държавен (административен), вътрешен, обществен, ведомствен, извънведомствен, самоконтрол, граждански и родителски;
- според обекта: системата на работа на даден служител, на функционално звено, резултати от дейността на определен колектив;
- според обявата (пълнотата): общ (универсален), цялостен, тотален, частичен, тематичен, комплексен;
- според съдържанието: общ, специализиран;
- според времетраенето: постоянен, перманентен;
- според периодичността: ритмичен, системен, епизодичен;
- според етапите на решаване на задачите: превантивен, оперативен текущ/последващ;

- според предмета на контролната дейност: икономически, финансов, административен, технически, педагогически, дидактически, методически, контрол по изпълнение на държавните изисквания;
- според степента на формализация: институционализиран, неинституционализиран, формален, неформален;
- според източника на данни за контрола: документален, фактически (непосредствено наблюдение).

Основни принципи

- Законност: предполага нормативно право на определен орган да извършва контролна дейност; правно основание при осъществяване на контролна дейност, т.е. спазване на конкретни закони и нормативни разпоредби и основание върху тях при реализиране на санкции;
- Обективност: изисква информацията, върху която се осъществява контролът, да е реална, истинна и конкретна;
- Комплексност и системност: означава цялостен обхват на основните аспекти на дейност в училище;
- Гласност: даване на своевременна и пълна информация на всички заинтересувани лица и институции на контрол;
- Демократизъм: осигуряване на свобода и право на инициатива на контролните органи при осъществяване на контрола;
- Ефективност: изисква качеството на контролната дейност да се оценява въз основа на приносите за повишаване на резултатите от обучението и възпитанието;
- Независимост на контролните органи: преодолява влиянието върху контролния орган от страна на други органи и организации, които евентуално биха могли да се намесват в неговата дейност и да влияят върху неговите решения;
- Компетентност: възможността на контролните органи да боравят с нормативната база и материята, която контролират;
- Действеноост: оперативност на контролните органи, способността им да действат в дефицит от време.

Методи и форми на контрол

- Под форма на контролна дейност се разбира способ за изразяване на съдържанието на контрола в конкретна управленска ситуация.

- Под метод за контрол се разбира начинът на въздействие за постигане целите на основната дейност на организацията. Специфичните методи за контрол произтичат от предмета на самата контролна дейност. Те са насочени към изучаване на законността, целесъобразността и ефективността на дейността.

Външен контрол

Специализираните органи са два вида:

- органи на образованието – регионалните инспекторати по образование към МОН, а така също и просветните звена в общинските администрации.
- извънобразователни органи, които контролират работата на училищата, са РЗИ, Инспекцията по труда, данъчните органи и др.

На контрол подлежат:

- Дейността на учителите и помощник-директорите в детските градини, училищата и обслужващите звена, в които се осъществява учебен процес;
- Дейността на директорите в детските градини, училищата и обслужващите звена;
- Дейността на експертите и началниците в регионалните инспекторати (РИ) на Министерството на образованието и науката (МОН);
- Дейността на експертите и началниците в МОН;
- Правилното водене и съхранение на учебната и училищната документация;
- Структурата и ефикасността на мрежата от детски градини, училища и обслужващи звена;
- Учебно-възпитателната работа на учителите по отделните учебни предмети и професионални направления и възпитателите;
- Приложението и изпълнението на нормативните актове за средното образование;
- Кадровото, материално-техническото и информационното осигуряване на детските градини, училищата и обслужващите звена.

Вътрешноучилищен контрол

Осъществява се от директора.

Вътрешноучилищният контрол има следното съдържание и форми:

- Административен:
 - Проверка на училищната документация, свързана с учебния процес – извършва се най-малко два пъти на учебен срок.

– Проверка на другата документация – най-малко два пъти през учебната година.

– Проверка на системата на дежурство в училище.

- Педагогически:

– Провеждане на проверки – съгласно годишния план на училището (с резултатите се запознават всички учители).

– Текущи проверки – съгласно плана на училищното ръководство с оглед всеки учител да бъде посетен най-малко един път през учебната година.

– Проверка на работата на отделните учители в отделни класове и училищни степени – организират се с помощта на експертите от РИО при необходимост и с цел да се открият постиженията в работата и проблемите в определени звена на училищната дейност. Включват се и проверки на резултатите чрез тест, контролни, есета и т.н.

- Форми:

– Проверка на постиженията на учениците чрез тестове, контролни работи, есета, анкетиране, рейтингови методи, разговори и др.

– Посещение на учебни часове по свободнoизбираема подготовка (СИП), задължително избираема подготовка (ЗП), общозадължителна подготовка (ОЗП), посещение на час на класа (ЧК), извънкласни фирми и др.

– Разговор с учителя или класния ръководител.

– Проверка на продукти от дейността на учениците – изработени по труд и техника, професионална подготовка, проекти и др.

– Констативен протокол, в който задължително се вписват следните точки:

Цел на проверката.

Обект на проверката.

Метод на проверката.

Констатации (описват се направените констатации – видът на урока, темата на урока, поставените от учителя цели и задачи, ход на урока).

Изводи.

Препоръки.

УПРАВЛЕНСКИ РЕШЕНИЯ В СОЦИАЛНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИТЕ ИНСТИТУЦИИ (СПИ)

Вземането на решения по въпроси, свързани с цялостното функциониране на СПИ, е една от най-важните страни от дейността на ръководителя. В най-общ план този процес се разглежда като

избор на една от съществуващите няколко алтернативи, засягащи по-малък или по-голям брой хора. Вземането на решение зависи от естеството на проблема, от времето, с което ръководителят разполага, и не на последно място, от личните и от професионалните му качества. За пълна класификация на управленските решения е невъзможно да се говори. В литературата се срещат различни класификации, включващи критерии, които притежават практико-приложна стойност. Една от най-разпространените класификации от този вид е следната:

1. Според съдържанието на решенията: административни; стопанско-финансови; социални; технологични.

2. Според вида на обслужваната управленска функция: планови; организационни; координационни; мотивационни; контролни.

3. Според степента на въздействие на бъдещи решения: стратегически; тактически; оперативни.

4. Според продължителността на действие на решенията: краткосрочни; средносрочни; дългосрочни.

5. Според мястото на управленското решение в цялостно постигане на целта: начални; междинни; крайни.

6. Според вида на субекта, вземащ решението: индивидуални; групови.

7. Според степента на конкретизация: общи; конкретни.

8. Според това дали се основават на формалната логика, или на интуицията на ръководителя: рационални; интуитивни.

Управленските решения са ефективни, ако отговарят на следните изисквания: да са научнообосновани; да са законни; да са целенасочени; да са оптимални; да са гъвкави.

Процесът на вземане на решение преминава през няколко етапа, които се формулират по следния начин:

– първи етап: Диагностика на проблема. По време на този етап се извършва разграничаване на причините от симптомите на проявления на проблемите. В този смисъл, добрият ръководител допринася за идентифицирането на проблемите, с оглед разграничаването им.

– втори етап: Определяне на алтернативите. Определят се няколко реалистични и значими алтернативи.

– трети етап: Оценка на алтернативите.
– четвърти етап: Избор на алтернатива. Това не бива да бъде изолирано действие, тъй като в противен случай съществува опасност да се пренебрегнат както факторите, които са предизвикали проблема, така и онези, които ще последват от него. Ценностите, от които изхожда лицето, което взема решение, влияят силно върху избора. Върху него влияят още микро- и макросредата.

– пети етап: Реализация на решението. Решенията се реализират от ръководителя и неговите подчинени. Основната роля на ръководителя в случая е да превърне реализацията на решенията в конкретно поведение на хората, в рамките на организацията.

– шести етап: Контрол и оценка. Реализацията на този етап много често изисква от ръководителите да делегират определени права на своите подчинени. Контролът върху крайния резултат от изпълнение на решението предполага отчитането на две възможности:

1. Решението да е постигнало крайния резултат, с което се слага край на действията по неговото изпълнение.

2. Решението е постигнало само отчасти целта, което налага известни корекции и вземането на коригиращо изпълнение на решение.

В заключение следва да се изтъкне, че изпълнението на решението в разгледаните етапи протича последователно и паралелно с изпълнението на други решения.

При реализирането на контрола, субектът на управление използва най-често методи като наблюдение, беседа, изучаване на документи, тестване, теоретичен и статистически анализ. По смисъла на правилника за устройството и дейността на възпитателните училища – интернати и социално-педагогически интернати, директорът носи отговорност и осъществява контрол върху:

1. Осигуряването на постоянен денонощен надзор над учениците.

2. Осъществяването на контакти с инспекторите от детските педагогически стаи, районните полицейски управления и др.

3. Писменото уведомяване на гореизброените за бягствата на учениците в срок от 24 ч.

4. Разрешаването на учениците да напускат институцията за почивните дни, празниците, ва-

канциите и през учебно време, след писмено съгласуване с гореизброените органи.

5. Определянето и спазването на процедура за предаване на учениците на родителите или на лицата, които ги заместват.

В практиката на контролната дейност на директора на СПИ се използват най-често следните видове проверки:

1. Обзорна проверка – дава възможност за установяване на изходното равнище, от което цялата педагогическа колегия започва учебната година.

2. Предварителна проверка – насочена е към предотвратяване на възможни грешки, поради което се изразява в обсъждането на планове за провеждането на методични разработки.

3. Персонална проверка – предназначена е за оказване на действена помощ на неопитни или на несправящи се с работата си педагози и възпитатели и има за цел най-вече повишаване на педагогическите им възможности, а оттам и повишаване на ефективността от цялостната им педагогическа дейност.

Функциите на управленския контрол биха могли да се представят по следния начин:

1. Диагностично-информационна функция – управлението на всяка организация изисква своевременно набиране, обработване и предаване на необходимата информация за състоянието ѝ към органите за нейното управление.

2. Анализираща функция – това е може би най-важната функция на контрола – набраната при различните контролни дейности информация се използва за оценка на текущото състояние на дейността на организацията, на отделните ѝ подсистеми на взаимодействието ѝ със средата. Тази оценка е много важна, тъй като тя не само дава отговор на въпроса в каква степен организацията изпълнява своите цели, но защото дава възможност за установяване на причините за неуспехите и съответно за вътрешен трансфер на добрите практики.

3. Оценъчна функция – тя обикновено се свързва с поведенческия контрол; в процеса на контрола се натрупва много информация за изпълнението на трудовите задължения и трудовите задачи на членовете на персонала. Оценъчната функция следва да обхваща не само дейността на персонала, но и на цялата организация, на от-

делни нейни звена, цели, приоритети, планове, процеси и др.

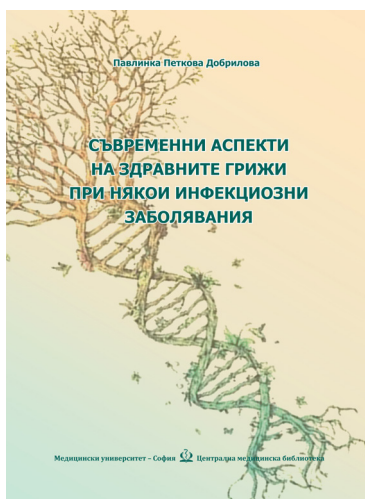
4. Санкционираща функция – в случаите, когато при осъществяване на контролната дейност се констатират определени отклонения от нормите за изпълнение на трудовите задължения, е възможно налагането на санкции за виновните.

5. Мотивираща функция – в миналото мотивиращата функция на контрола се е свързвала основно с оценката и санкцията. В съвременната теория и практика на управление на човешките ресурси, контролът не се разглежда като определящ мотивационен фактор. Въпреки това не се отрича, че добре осъществяваният управленски

контрол в организацията ограничава нарушенията в трудовата дисциплина и благоприятства положителния трудов климат.

Библиография

1. Закон за предучилищното и училищното образование.
2. Кръстева А. Иновации в училищното образование. Теоретични и приложни аспекти, Второ допълнително издание. В. Търново, 2004.
3. Добрилова П. Съвременни аспекти на медико-социалната рехабилитация. Сборник доклади от Втората научна конференция с международно участие, филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София, Централна медицинска библиотека, 2019, 64.
4. Балкански П. Училищен мениджмънт. С., 2001.



СЪВРЕМЕННИ АСПЕКТИ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ НЯКОИ ИНФЕКЦИОЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

© Павлинка Петкова Добрилова, първо издание,
Централна медицинска библиотека, 2020 г., 204 с.

В монографията всеобхватно и компетентно са изложени основните параметри на инфекциозните болести и тяхното медико-социално значение. Задълбочено е представена организацията на здравните грижи при пациенти с инфекциозни заболявания, като е подчертана ролята на медицинската сестра в процеса на обгрижване на тези болни. Анализирани са научните факти относно профилактиката и контрола на някои инфекциозни заболявания, свързани със здравните грижи. Медицинската сестра има важна роля и специална отго-

ворност за поддържане на добри практики при тези заболявания. В хода на изложението е заложено на тезата, че добрата сестринска грижа е от стратегическо значение и допринася за подобряване на профилактиката, лечението и мониторирането на инфекциозните заболявания. Монографията е много добре структурирана, като изпълнява задачата да интегрира теоретичните и практическите знания по грижите за болния и сестринската техника. Подчертаното ѝ практическо значение я прави подходяща както за студенти от специалностите „Медицинска сестра“, „Акушерка“ и „Лекарски асистент“ на професионално направление „Здравни грижи“, така и за практикуващите професионалисти по здравни грижи във всички области на инфектологията.

МЕТОДИ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА СОЦИАЛНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Ив. Грозданов

Териториално поделение на НОИ – Враца

METHODS FOR THE MANAGEMENT OF A SOCIAL PEDAGOGICAL FACILITY

Iv. Grozdanov

Territorial Office of the National Insurance Institute – Vratsa

Abstract. The managerial activity in educational centers has a specific nature and it requires the development of the problems of psychology of management in the educational centers. The highly psychologized nature of educational activity, the high education status of pedagogical specialists as managers, the specific status of a principal – a manager, leader, administrator, the complex social connections of kindergarten and school with a community and social institutions, all of these factors suppose a specific managerial activity in educational institutions. **The aims** of social pedagogical facilities, as socially opened systems, are strongly influenced by an external environment. Emphasis must be put on the degree, at which social pedagogical facilities are able to interpret governmental policy and develop alternative managerial approaches and models based on institutional values and vision under the conditions of decentralization.

Key words: style, control, attitude

Адрес за кореспонденция: Д-р Иван Грозданов, e-mail: ivan_grozdanov_noi_vraca@abv.bg

Address for correspondence: Ivan Grozdanov, MD, e-mail: ivan_grozdanov_noi_vraca@abv.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Стилът е начин на осъществяване на основната дейност на ръководителя. Негови съставни компоненти са нагласа, настройка към работата със сътрудниците при решаването на задачите, прилагани методи и техники на работа, начини за вземане на решения, начини за третиране на информацията, начини за третиране на съдържанието на управленските функции. В най-общ план се открояват следните най-често срещани стилове на ръководство:

1. Демократичен стил:

- ръководителят гледа на подчинените си като на сътрудници и уважава тяхната компетентност и професионализъм;
- авторитетът на ръководителя се базира върху неговите компетентност и професионализъм;

– решенията се вземат след изслушване и убеждаване на сътрудниците, като те участват в процеса на разглеждането и разрешаването на проблемите;

– информацията се движи както от горе надолу, така и от долу нагоре;

– контролът се извършва на всяко равнище от съответните длъжностни лица, на които са делегирани съответните права;

– разчита се на съзнателното и творческо отношение на сътрудниците към възложената им работа.

2. Либерален стил:

– ръководителят осъществява контрол и наблюдение по свое усмотрение и в много случаи разчита на самоконтрола у своите сътрудници;

– подчинените получават инструкции за изпълнение на взетите от ръководителя решения,

като са мотивирани в работата си от предоставената им свобода на действие;

– ръководителят се отнася към сътрудниците си като към изолирани индивиди, независимо от участието им в една или в друга група.

3. Авторитарен стил – основните характеристики на авторитарния стил на управление са:

– решенията се вземат от ръководителя и се предават на подчинените за изпълнение чрез заповеди и нареждания, като информацията се движи от горе надолу;

– подчинените са в ролята на безпрекословни изпълнители на заповеди;

– авторитетът и властта на ръководителя са главен движещ мотив за неговото поведение. Той упражнява тотален контрол върху цялостната дейност на организацията и върху най-малките подробности при извършването на основната дейност.

Параметри на взаимодействие на ръководителя с подчинените (демократичен, либерален, авторитарен стил). По отношение на инициативата, проявявана от подчинените, ръководителите демонстрират следното отношение:

– демократичният ръководител я поощрява и я използва в интерес на организацията;

– либералният ръководител я предава напълно в ръцете на подчинените си;

– авторитарният ръководител я потиска напълно.

Различните стилове на управление предполагат и използването на различни принципи за подбор на кадрите:

– демократичен – подбира делови, квалифицирани служители;

– либерален – не се занимава с подбора на кадри;

– авторитарен – страхува се от квалифицирани работници.

Отношение към знанието:

– демократичен – постоянно се учи и изисква същото от подчинените си;

– либерален – допълва знанията си и поощрява същото у подчинените си;

– авторитарен – счита, че знае всичко.

Библиография

1. Георгиева В, Николаева С. Образователен мениджмънт, С., 2001.
2. Василева Е. Съвременното начално училище – реалност и предизвикателства, С., 2004.
3. Балкански П, Колев Й, Георгиева В, Шехова М. Управление на училището. История, теория и перспективи, Благоевград, 2006.
4. Добрилова П. Понятието „сестринска грижа“ през погледа на студентите.
5. Симеонов Д. Географски аспекти на общественото здраве (по примера на област Велико Търново). В: Сборник научни трудове от международна научна конференция: „Географски науки и образование“, Шумен, 19-20 октомври 2012. Ред. Тодор Николов и др. Шумен: УИ „Епископ Константин Преславски“, 2012, 187-193.

ПРИНЦИПИ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА СОЦИАЛНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Ив. Грозданов

Териториално поделение на НОИ – Враца

PRINCIPLES FOR THE MANAGEMENT OF A SOCIAL PEDAGOGICAL FACILITY

Iv. Grozdanov

Territorial Office of the National Insurance Institute – Vratsa

Abstract: The principles for management are subject to a constant refinement and development depending on the changes in the systems, which are considered foundational. **Aim:** The objective patterns and associations characteristic for management process are reflected. The success of management depends on the possibility to administer all the principles simultaneously or successively.

Key words: purposefulness, democratism, loyalty

Адрес за кореспонденция: Д-р Иван Грозданов, e-mail: ivan_grozdanov_noi_vraca@abv.bg

Address for correspondence: Ivan Grozdanov, MD, e-mail: ivan_grozdanov_noi_vraca@abv.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Понятието принцип произлиза от латинската дума *principium*, което означава начало/основа. От това следва, че принципите за управление могат да се разглеждат като основополагащи идеи и правила за поведение на ръководителите, във връзка с осъществяване на техните ръководни функции. Могат да бъдат формулирани следните общоуправленски принципи, позволяващи реализирането на ефективно управление на социално-педагогическите институции:

1. *Принцип за целенасоченост* – изисква стратегическата цел да бъде ясно и точно детерминирана, да бъде разделена на подцели и да бъдат установени взаимните връзки между тях. Този принцип изисква от ръководителя да подчинява набелязаните цели спрямо интересите и мненията на членовете на педагогическата общност в институцията.

2. *Принцип за демократичност* – предполага съобразяване от страна на ръководителя на социално-педагогическите институции с мнението

на подчинените му при вземането на важни управленски решения и гарантиране на тяхната свобода на действие извън регламентите.

3. *Принцип за разделение на труда* – изисква от ръководителя да определи ясно правата, задълженията и отговорностите на всеки участващ в дейността на педагогическата институция или в нейното управление. Най-често това се осъществява чрез добре разработени длъжностни характеристики.

4. *Принцип за единство в разпореждането* – свързан е с изискването управленските органи в социално-педагогическите институции да действат обединени от една идея – целите на организацията.

5. *Принцип за относителна автономност на социално-педагогическите институции* – предполага социално-педагогическата институция да бъде относително самостоятелна финансово и организационно-педагогически.

6. *Принцип за извличане на максимална изгода* – свързан е с активизиране на усилията на управлението за максимално оползотворяване

на всички ресурси. Това изисква професионално познаване на механизмите на обкръжаващата среда и прецизна организация на всяка дейност. Практическата реализация на този принцип определя потребността от създаването на помощник-директорски апарат или на екип за оказване на квалифицирана професионална помощ.

7. *Принцип на диверсификацията* – той е типичен пазарен принцип. Изисква спазването на следните две изисквания:

– непрекъснато отчитане на промените в условията на пазара;

– промяна или разширяване на функциите на социално-педагогическите институции чрез извършването на различни допълнителни дейности.

8. *Принцип за обратна връзка* – при реализиране на обратната връзка в социално-педагогическите институции е нужно не да се наблюдават протичащите процеси, а да се установи съответствието между поставените цели и постигнатите резултати.

9. *Принцип за лоялност* – произтича от съвременната обстановка на силна политизираност и недостатъчна нормативна осигуреност. Той изисква от ръководителя на социално-педагогическите институции да приеме за основен критерий при оценяването на всеки член от педагогическия колектив критерия професионализъм.

10. *Принцип за икономия на персонала* – в педагогическата практика значението му се свежда до подобряване на човешките ресурси чрез правилно разделение на правата и задълженията на персонала, чрез подходяща мотивация; чрез повишаване на квалификацията.

Предвид тясната връзка между дейността в социално-педагогическите институции и тази в сферата на социалните дейности, за тях са ва-

лидни някои от принципите, прилагани при управлението на социалните дейности. Те са:

1. *Принцип на стимулиране* – предполага съчетаването на материални и морални стимули, водещи до повишаване на резултатността в работата.

2. *Принцип на обществената солидарност* – изразява се в проява на добро отношение и съчувствие, намира конкретен израз в извършването на благотворителна, социално подпомагаща и осигурителна дейност.

Управлението на образованието като процес и дейност е съставна част на социалното управление, в центъра на което стои човекът. Управленската дейност пряко или косвено е адресирана към него, към социалните обединения и групи, към съответните техни институти и дейности.

Принципите на управление са основни изходни положения, с които се съобразява управленската дейност. Принципите на управление се извеждат от хората, но те отразяват в чист вид онова, което вече е натрупано като опит от практиката и теорията на управлението.

Библиография

1. Национален център за информация и документация. Стандарти за директорска правоспособност в училищното образование. Аналитичен обзор.
2. Образователна администрация и управление на образованието – Традиции и Иновации, доц. д-р Невена Филипова, ЮЗУ „Н. Рилски“ – Благоевград.
3. Симеонов Д. Социално-географски измерения на съвременното висше образование в България. В: Сб. Трета научна конференция на тема: “Межкултурен диалог и образование в Балканите и Източна Европа”, 16.11.2012, В. Търново, Ред. С. Дерменджиева и др. В. Търново, Ивис, 2013, 196-206.

СТРУКТУРА И УПРАВЛЕНИЕ НА СОЦИАЛНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИТЕ ИНСТИТУЦИИ

Ив. Грозданов

Териториално поделение на НОИ – Враца

THE STRUCTURE AND MANAGEMENT OF SOCIAL PEDAGOGICAL INSTITUTIONS

Iv. Grozdanov

Territorial Office of the National Insurance Institute – Vratsa

Abstract. The structure of social pedagogical institutions is a complex of components with specified characteristics, which are associated in a strictly defined order with appropriate connections. It is a hierarchically arranged complex of the components and connections between them. Aim: Presentation of institutions acting in the system of social care and children's right protection and the institutions acting in the system of prevention of antisocial behavior by minors.

Key words: structure, management, skills, responsibility

Адрес за кореспонденция: Д-р Иван Грозданов, e-mail: ivan_grozdanov_noi_vraca@abv.bg

Address for correspondence: Ivan Grozdanov, MD, Vratsa, e-mail: ivan_grozdanov_noi_vraca@abv.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

В социалната организация съществуват определени структури, включващи социалните отношения между индивидите и мотивиращи ориентацията, която обединява членовете на организацията и ръководи тяхното поведение.

Социално-педагогическата институция (СПИ) може да се определи като организация, включваща общности от педагози, социални работници, психолози, възпитаници и обслужващ персонал, обединени от обща цел и използващи съответни ресурси в дейността си. В условията на пазарна икономика и демокрация, СПИ се нуждае от умело и компетентно ръководство, както и от адекватни нормативни документи, позволяващи реализацията на относително самостоятелна политика и стратегия. Проектирането и изграждането на една образователна и социална организация е сложна съвкупност от дейности, които могат да бъдат систематизирани в следните основни етапи:

1. Изследване, анализиране и доказване на потребността от съответната СПИ в общината или региона.
2. Определяне на мисията, статута и целите ѝ.
3. Определяне на функциите на организацията.
4. Разработване на организационната структура на самата организация и на всяко едно от нейните звена.
5. Разработване на норми и технологии за действие, при осъществяването на описаните функции.

УПРАВЛЕНИЕ НА СОЦИАЛНО-ПЕДАГОГИЧЕСКАТА ИНСТИТУЦИЯ

В статията се представят организацията, управлението и дейността на действащите в момента социално-педагогически институции, които имат важна стратегическа значимост за развитието на системата на социално-педагогическа грижа за децата у нас, и институциите, които вече са с утвърдени традиции в нашия социален живот.

Проследявайки същността и особеностите на социално-педагогическите институции, а също така и тяхното управление, са разгледани двете най-големи и важни системи за работа с деца, каквито са системите за социална закрила и защита на правата на децата и системата за превенция на противообществените прояви на малолетните и непълнолетните.

СЪЩНОСТ И ОСОБНОСТИ НА СОЦИАЛНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИТЕ ИНСТИТУЦИИ

Вниманието на учени и различни специалисти през последните години все по-често се насочва и фокусира върху онези елементи и структури в българското общество, които са призвани да реализират и осигуряват специфични социални и педагогически процеси, свързани с пълноценната социализация, адаптация на подрастващото поколение към обществения живот. Това се изразява в многобройните теоретични и практико-приложни изследвания в областта на социалната работа, педагогиката на девиантното поведение, ресоциализацията и реадаптацията, организацията и управлението на така наречените социално-педагогически институции.

Независимо дали е образователна, производствена, духовна, управленска или друга, институцията винаги носи социален контекст, създаването ѝ е обусловено от определена социална потребност и функционирането ѝ е свързано със задоволяването на тази потребност. Социалната институция включва определен брой хора, който може да варира в широки граници, социални вещи от един или друг вид и дадена съвкупност от социални предписания, норми и правила (писани или неписани), които регламентират изпълнението на функциите ѝ, нейното поведение, работата на хората в нея. Между хората в социалната институция съществуват отношения на координация и подчиненост, съобразно които те се включват в определена система от социални роли. Заедно с напредъка на обществото се увеличават както броят, така и разнообразието на социалните институции. В хода на обществения живот някои от тях отмират или се преобразуват след отпадането на съответните социални потребности, които те задоволяват. По този начин в институционал-

ната структура на обществото, включваща съвкупността от всички институции на даден етап, се извършват постоянни изменения.

Организацията като дейност е съществена част от управленския процес, обособена като една от основните функции на управлението. Нейната цел е да постигне необходимата вътрешна организация на ръководения обект – фирма, болница, местен орган на управление и др. На свой ред необходимата вътрешна организация трябва да е съобразена и да способства за постигането на крайните цели, които организацията като сдружение на хора си е поставила.

За понятието „организация“ приемаме, че това е общност, обединение с определена цел, стремящо се да постигне нови и нови достижения. Формално, структурно обединение на хора, наричащо се по определен начин (например дом за деца), в което определен брой хора изпълняват определени задачи, вменени им в трудовата характеристика (на базата на която те са кандидатствали за обявеното щатно място и са заели по свое желание и с желанието на работодателя определената позиция в конкретната организация), и се ръководят, спазват определени принципи на общуване, комуникация както с колегите, така и с лицата (в случая децата и техните семейства), заради които съществува дадената организация.

По отношение на двете основни понятия – институция и организация, се очертават няколко основни извода:

- базисните схващания за двете понятия – институция и организация, се доближават, те имат обща цел, насочена към задоволяване на определена потребност на обществото;
- същевременно обаче между двете понятия се забелязва и специфично разграничение, доколкото всяка институция по своята същност е организация, но не всяка организация е институция в смисъла на формализиране на дейността ѝ и наличие на „установеност“ в правното, моралното и социалното съзнание на хората;
- по отношение на управленската дейност употребата на понятието „организация“ предполага използването на по-широк подход на разбиране и анализ на тези социални елементи в контекста на специфичните управленски функции. Разглеждането на тези учреждения единствено и само като институции (формално установени

и нормативно регламентирани) елиминира или ограничава възможността към тях да се подхожда от гледна точка на човека като съществен фактор за тяхното функциониране.

УПРАВЛЕНИЕ НА СОЦИАЛНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИТЕ ИНСТИТУЦИИ

Управлението на социално-педагогическите организации има за свое основно предназначение създаването, функционирането, усъвършенстването и развитието на социално-педагогическата работа като интеграционен ресурс. Предназначението на управлението на социално-педагогическата работа е да осигури организираност и целенасоченост на функционирането и развитието на социално-педагогическата работа, от една страна, и от друга страна – предоставяне на членовете на общността на необходима относителна свобода и самостоятелност за действие и максимално проявление на човешкия потенциал в постигане целите (мисията, стратегията) на социално-педагогическата организация като цяло. Първият елемент на управлението разкрива връзката между субекта и обекта на управление на социално-педагогическата работа като особена структура на социалните организации.

Вторият елемент на управление разкрива особеностите на социално-педагогическата организация като самоорганизираща се система, която реагира адекватно на динамиката на промени в социалната среда и на интересите и потребностите на своите членове. Двете измерения на управленската мисия са противоречиви, но те са взаимосвързани и не са несъвместими. Ако първото лице на управленската мисия осигурява функционирането на социалните организации, то второто лице поддържа усъвършенстването и развитието на социалната система в съответствие с динамиката на вътрешната и външната среда на социално-педагогическите организации. Управлението на социално-педагогическите институции изпълнява своето предназначение и реализира мисията, като въздейства върху ресурсите на социално-педагогическата система – човешки (деца, социални работници, педагози и всички останали, свързани със социалната система), материални, финансови и интеграционни.

Управлението в сферата на социално-педагогическите организации протича едновременно на няколко равнища, три от които имат решаващо

значение за осигуряване на ефективното функциониране и развитието на социално-педагогическите институции като цялостна институционална система, а именно:

– *Макроравнище, или държавно управление*, се осъществява от държавната административна система или администрацията на централните органи на изпълнителната власт, която се представява от ресорните министри (министъра на образованието, министъра на труда и социалната политика, министъра на здравеопазването, министъра на вътрешните работи, министъра на финансите, министъра на правосъдието), подпомагани от администрацията на конкретното министерство и принадлежащите към тях агенции и обслужващи звена (Агенция за социално подпомагане, Държавна агенция за закрила на детето, Държавна агенция за младежта и спорта, Централна комисия за борба срещу противообществените прояви на малолетните и непълнолетните).

– *Мезоравнище, или териториално управление*, което се осъществява от териториалната (областна и общинска) административна система или администрацията на регионалните и местните органи на изпълнителната власт, които се представят съответно от кмета и заместник-кмета на общината, директора на Дирекция „Социална закрила“ в общинската администрация, началника на Инспектората по образованието, Регионалната инспекция за опазване и контрол на общественото здраве (РИОКОЗ), директора на Дирекция „Социално подпомагане“, в сътрудничество със съответната регионална и местна администрация.

– *Микроравнище, или вътрешно за системата* от социално-педагогически организации управление, което се осъществява от директорите на съответните видове и типове социално-педагогически организации (Отдел „Закрила на детето“, Комплекс за социални услуги за деца и семейства, центрове за обществена подкрепа, Местна комисия за борба срещу противообществените прояви на малолетните и непълнолетните, Детска педагогическа стая, домове за деца, лишени от родителска грижа, домове за временно настаняване на малолетните и непълнолетните, приюти за безнадзорни деца, социално-педагогически интернат, възпитателно училище–интернат, поправителен дом), подпомагани от колегиални органи на управление, съставени от педагогически персонал, социални работници, родители (настояйници) и самите деца.

В рамките на конкретното социално-педагогическо заведение вътрешното управление се структурира отново на три равнища: висше равнище – осъществява се от директора на конкретното социално-педагогическо заведение; средно равнище, осъществявано от помощник-директорите или ръководителите на звена, като например помощник-директор на СПИ, началник Отдел „Закрила на детето“; и нисше равнище, осъществявано от ръководителите на постоянни или временни консултативни, съвещателни и изпълнителни органи на социално-педагогическите заведения. С други думи, по едно и също време паралелно протичат три управленски процеса, които са различни по обхват, цели, интереси и основания. Тези процеси не са независими един от друг, а са взаимосвързани и отношенията между субектите на управление се регулират и саморегулират на принципа на йерархията, субординацията, централизацията, децентрализацията, координацията, интеграцията, синергетиката, автономията, съуправлението, самоуправлението и делегирането на компетенции. Между тези три равнища на управление могат да се установят както отношения на хармония и единство, така и отношения на напрежение и разпореждане от горе надолу, а също и отношения на двустранно взаимодействие и сътрудничество между субектите на отделните равнища на управление.

Няма и не може да има един-единствен най-добър и постоянен модел на отношения между управленските равнища. Той се определя от много фактори и в зависимост от доминирането, приоритетите, интересите, целите и практикуваните модели на управление на социално-педагогическите организации като цяло или на отделните организационни структури. Управленските процеси на всяко йерархично равнище са непрекъснати, протичат циклично, паралелно и последователно във времето и в съответствие с дейността на обектите на управление.

Управлението на социално-педагогическите организации на йерархично равнище е призвано да отстоява и защитава социално-педагогическите интереси на съответната местна и регионална образователна среда, като използва собствени властови, финансови, материални, информационни и кадрови ресурси. Целите на този вид управление, които са ориентирани към оптимизация и максимизация на качеството и ефективността на предоставяните социални услуги, са диференциация в рамките на единството и инте-

грацията; осигуряване на условия за оптимално функциониране и развитие на социално-педагогическите организации; мотивиране на персонала за постигането на националните и териториално социални и образователни цели; осъществяване на постоянен контрол, мониторинг и оценяване качеството на образованието и постиженията на социално-педагогическите институции. Йерархичното управление на социално-педагогическите организации представлява външно управление за тях. То може да изпълнява както стимулираща и развиваща роля спрямо социално-педагогическите организации, така и задържаща и потискаща функция, ако не отчита изискванията на тактичeskото управление на териториалната социално-педагогическа система, което е негова основна социална функция.

Вътрешноинституционалното управление е микромодел на държавното и териториалното управление на социално-педагогическите организации и неговата основна мисия има двойствен характер. От една страна, то трябва да създава ред за оптималното функциониране на социално-педагогическата система, а от друга – да осигурява условия за изява на индивидуалността на своя човешки състав, да стимулира творчеството и инициативата, да развива своя потенциал и да утвърждава човешките отношения в социално-педагогическата система и управленския процес, като модифицира и редуцира според своя мащаб на дейност и възможности социално-педагогическите цели и стандарти, планове и програми, технологии и методи на възпитанието и обучението, като използва своите ресурси, отчита интересите и потребностите на своите потребители и възложители.

Управлението на трите равнища има отчетливи характерни особености, от които произтичат сериозни противоречия и конфликти, които са концентрирани в три зони – интереси, приоритетни цели и инструментални средства. Интересите на държавната, териториалната и социално-педагогическата общност не могат да бъдат идентични. Като правило те са разнопосочни, а понякога и противоположни. От гледна точка на бюджетното финансиране, което е основен източник за издръжка и обезпечаване дейността на социално-педагогическите организации, не е възможно да се постигне общност на интересите, особено ако тези средства са дефицитни и се разпределят несправедливо или необосновано. Интересите, целите, механизмите на

управление в социално-педагогическата система на държавата, териториалните звена и социално-педагогическите организации не са различни, но те взаимно се пресичат и взаимно се подхранват. Всяка едностранчивост на управлението на отделните йерархични равнища не допринася за решаването, а за задълбочаването на противоречията между тези равнища. Нормалното състояние на отношенията между макро-, мезо- и микроуправлението е това на взаимноприемливи правила на взаимоконтрол и взаиморегулация, на взаимопомощ, партньорство и сътрудничество, осъществяване на постоянна комуникация, водена на добронамерен и конструктивен диалог, участие при вземането на решения, които да бъдат приемливи и удовлетворяващи интересите на трите равнища на управление.

Хората, работещи в дадената организация, трябва да бъдат използвани по най-правилния начин, като изпълняват тези функции и роли, които им се удават, за които са най-добре подготвени, според организационната структура. Една организация би трябвало да изглежда като добре конструиран механизъм, в който всяка част, т.е. всяко колело, изпълнява определена функция и е разположена на подходящо място в машината. Организациите трябва да бъдат конструирани според същия научен принцип и всеки човек следва да бъде натоварен с дейност, за която е добре подготвен.

В организацията никой не може да има повече права, отколкото един главен мениджър. Например всеки трябва да знае кой е ръководителят и да изпълнява неговите нареждания, а не да работи под ръководството на двама началници, защото това неминуемо ще доведе до смущения в определен момент, например в момента, в който подчиненият получи две противоположни нареждания. В този случай подчиненият трябва да знае кое решение да изпълни, тъй като е ясно, че няма да бъде в състояние да задоволи две различни искания. Този проблем би могъл да се избегне, ако подчиненият познава главния мениджър и знае, че това е човекът, когото трябва да слуша и чиито нареждания да изпълнява.

Ръководителите на организациите винаги имат много работа. Те трябва да организират работата на организацията, да осъществяват връзките между институцията, която ръководят, и външната среда; да планират дейността на организацията и редица други дейности, които извършват ежедневно. Затова се нуждаят от два вида помощ – от експерти

в различни области, както и от помощници, които ще дават нареждания от тяхно име за значително по-маловажни работи. Задачите във всяка организация се подразделят така, че хората да могат да се специализират в различни дейности. Това също помага за планирането, наблюдаването и контрола. Основание за наблюдение на изпълнението на дадена задача могат да бъдат видът на работата, процесът, мястото или групата хора. Добра колективна работа означава позиция на интелигентност и кооперативност. Добрият колектив е взаимно обвързан и същевременно гъвкав. Той може да решава нововъзникнали проблеми и да използва нови възможности. Важните черти на ефективния колектив се свързват с това, че членовете на колектива трябва да проявяват себе си чрез задачата. Те трябва да се разбират един друг и да обединяват усилията си спонтанно, за да изпълнят задачата.

За да бъде една социално-педагогическа организация ефективна, тя трябва да бъде структурирана правилно, да има адекватни и приложими нормативни документи, всеки служител да изпълнява адекватно възложените му задачи и да знае добре своите права и задължения. Правилното управление на социално-педагогическите организации неизбежно води след себе си до добри организационни практики. За реализирането на ефективна дейност с клиентите и потребителите на социалните услуги, предоставяни от социално-педагогическите институции, трябва да е налице добре организирана структура, в която всеки да знае своите права и правомощия, а също така и какви са реалните му възможности за осъществяване на ефективна социална дейност.

Библиография

1. Цоков Г. Управлението на училищната организация в информационното общество. Пловдив, Унив. изд. "Павел Хилендарски", 2011.
2. Добрилова П, Съвременни аспекти на медико-социалната рехабилитация. Сборник доклади от Втората научна конференция с международно участие, филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София, ЦМБ, 2019, 64.
3. Господинов Д. Управление на човешките ресурси в училищните организации. С., Деал – Емилия Недялкова, 2002.
4. Джонев С. Стратегии на ръководителя в междуличностните отношения. С., 1990.
5. Симеонов Д. Обработка, анализ и визуализация на здравната информация. В: Пета международна конференция „Балканите – език, история, култура“, В. Търново, 2015, Ред. К. Мутафова и др., В. Търново, УИ „Св. св. Кирил и Методий“, 382-389.

УЧИЛИЩНИЯТ РЪКОВОДИТЕЛ – ЛИДЕР, АГЕНТ И МЕНИДЖЪР НА ПРОМЯНАТА

Ив. Грозданов

Териториално поделение на НОИ – Враца

THE SCHOOL PRINCIPAL – A LEADER, AGENT AND MANAGER OF CHANGES

Iv. Grozdanov

Territorial Office of the National Insurance Institute – Vratsa

Abstract. The managerial activity in educational centers has a specific nature and it requires the development of the problems of psychology of management in the educational centers. The highly psychologized nature of educational activity, the high education status of pedagogical specialists as managers, the specific status of a principal – a manager, leader, administrator, the complex social connections of kindergarten and school with a community and social institutions, all of these factors suppose a specific managerial activity in educational institutions. **The aims** of educational institutions, as socially opened systems, are strongly influenced by an external environment. Emphasis must be put on the degree, at which educational institutions are able to interpret governmental policy and develop alternative managerial approaches and models based on institutional values and vision under the conditions of decentralization.

Key words: school principal, leader, agent, manager of changes

Адрес за кореспонденция: Д-р Иван Грозданов, e-mail: ivan_grozdanov_noi_vraca@abv.bg

Address for correspondence: Ivan Grozdanov, MD, e-mail: ivan_grozdanov_noi_vraca@abv.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Успешното управление на ръководителя е резултат от неговите личностни особености. Личностните му качества до голяма степен влияят върху създаването и поддържането на подходящ организационен климат в социално-педагогическите институции. Сред най-характерните качества, включени в професионално-личностния профил на ръководителя на социално-педагогическата институция, могат да се посочат:

1. Общителност – изразява се в потребност от социални контакти и в лекота при тяхното създаване.

2. Умения за поддържане на подходящ баланс – изразява се в поддържането на подходящ баланс в отношенията с другите, най-вече между двата противоположни стремежа и отношенията с тях – подчиняемост и властност.

3. Поведение, придържащо се към социално приемливи образци, норми и стереотипи.

Социално-педагогическата характеристика на ръководителя на социално-педагогическата институция се влияе силно и от фактори като пол, възраст, стаж като ръководител, педагогически стаж.

Според изследване в тази насока, мъжете директори, които са навършили 50-годишна възраст, показват склонност към известна мнителност, педантичност и подозрителност. Те проявяват ниска самокритичност и стремеж към самоизтъкване.

Факторът възраст налага по-забележим отпечатък върху жените. При по-младите се наблюдава стремеж към самоутвърждаване, приповдигнатост на настроението и завишена самооценка. Най-критична за професията на ръководителя се оказва възрастта над 50 г. за мъжете и 45-50 г. за

жените. Факторът директорски стаж също оказва влияние върху ефективната работа на ръководителя. Когато стажът на мъжете директори надвиши 10 г., се наблюдава низходяща динамика на уменията им за поддържане на трайни контакти с околните. За жените ръководители е необходим стаж, не по-малък от 5 г., за достигане на необходимия професионализъм. Към личните качества на ръководителя се включват и неговите способности, темперамент, характер, мотиви за труд, потребности и интереси, професионална подготовка. Към общите способности се причисляват характеристики като внимание, наблюдателност, памет, творческо въображение, организаторски умения. Към специфичните способности се отнасят особената наблюдателност, възможността за абстрактно мислене, способността за изразяване на мислите.

Социално-психологичният портрет на съвременния ръководител се формира от следните три качества:

- лични качества;
- професионални качества;
- организаторски качества.

Към личните качества на първо място се отнасят честността и откритостта, което помага на ръководителя да разбира своите подчинени, да вижда личните им качества, които са достойни за уважение, и да се стреми към сътрудничество с тях.

Професионалните качества формират компетентността на ръководителя (в системата от специални знания и практически умения). Тук се включват професионалните навици за управление на персонала, постоянното обогатяване на професионалните знания, гъвкавият и подвижен ум.

СОЦИАЛНИЯТ ПЕДАГОГ В СПЕЦИАЛИЗИРАНИТЕ ИНСТИТУЦИИ ЗА ДЕЦА

Социалните педагози в специализираните институции за деца са организаторите, водещите в педагогическото взаимодействие с децата със социални проблеми. Това са ръководителите на съответните институции, възпитателите, учителите, педагогическите съветници, психолозите, организаторите на извънкласна дейност. По своята професионална квалификация те са специалисти с висше педагогическо образование, които са завършили една от следните специалности: Социална педагогика, Педагогика на девиантното

поведение, Обща педагогика със специализация “Педагогика на девиантното поведение”, Противодействие на престъпността и организация на обществения ред със специализация “Педагогика на девиантното поведение”.

Основната функция на тези специалисти е корекционно-възпитателната, която се осъществява с помощта на допълнителните – коригираща, организаторска, комуникативна, координираща. Ежедневната дейност на педагогическите субекти е насочена към овладяване на моралната, битовата, правната, здравната и физическата култура на детето. Преодоляването на отрицателните нагласи у детето и приобщаването му към начина на живот на съответната институция изискват от педагогическите кадри да проявяват доброжелателност и коректност; уважение към личността на детето; търпимост към различните виждания, които често защитават децата, без да са прави; умение да се изслушват децата, без да се проявява тенденциозност; умение да се убеждават децата с достатъчно факти; търпимост при променянето на отрицателните умения и навици и т.н.

Директорът в специализираната институция е водещият субект в социално-педагогическия процес в рамките на съответната институция. Той е задължен да спазва дадените му правомощия, съгласно правилника, да ръководи и да контролира цялостната дейност на институцията като:

- Осъществява държавната политика в областта на образованието;
- Осъществява вътрешния контрол;
- Разпорежда се с бюджета и извънбюджетните постъпления;
- Сключва договори с помощник-директора, учителите, служителите, с юридически и физически лица;
- Организира приемането на учениците, тяхното обучение и възпитание в институцията;
- Подписва документите за завършен клас и степен и съхранява печата на заведението;
- Контролира правилното поведение и съхраняване на документацията;
- Представя институцията и нейната общност пред различни органи и формации;
- Председател е на училищния и педагогическия съвет и организира изпълнението на техните решения.

Основна фигура в специализираните институции е възпитателят. Той е водещият в педа-

гогическото взаимодействие след директора и помощник-директора. Възпитателят организира възпитателната и корекционно-възпитателната работа с всяко дете. Той притежава специфична подготовка. Реализацията на основните функции на възпитателя – възпитателна и превъзпитателна, става в процеса на педагогическо взаимодействие с детето в следните направления:

- Опазване живота и здравето на детето;
- Овластяване в единство на битовата и моралната култура;
- Формиране на гражданско съзнание и поведение на личността;
- Формиране на положително отношение към ученето и към всякакъв вид трудова дейност;
- Подготовка за пълноценна реализация в живота;
- Приучване на детето да живее в групата и към задълженията му като член на съответната общност и като гражданин;
- Формиране на умение за самоуправление и за спазване на изискванията на режима в съответната институция.

Вътре в специализираната институция възпитателят взаимодейства с педагогическия съветник и психолога, за да направи точна диагностика на входящото равнище на възпитаност на детето, и разработва програма за индивидуалната работа с него. Това взаимодействие продължава през целия престой на детето в институцията.

Тъй като децата от домовете за деца, лишени от родителска грижа, учат в масовите училища, то възпитателите взаимодействат с учителите в масовото училище като настояници.

Педагогическият съветник е другият педагогически субект, който има свое относително самостоятелно и особено значимо място за цялостната реализация на възпитателния процес, независимо че в правилниците на малко институции му е отделено специално място. Отговорностите му намират израз във взаимодействието с другите педагогически субекти, като неговата роля в процеса на социално-педагогическата дейност е безспорна. Основните му функции са очертани в утвърдената от Министерството на образованието и науката длъжностна характеристика.

Предмет на дейността му са проучването и подпомагането на психичното развитие и здраве на децата и юношите; подпомагане на подготовката им за образователен и професионален

избор; подпомагане адаптирането на учениците към образователните и социалните системи и на системите към тях.

Педагогическият съветник изпълнява три основни функции: посредническа, диагностична и консултативна. Той е посредник в отношенията личност–ученическа общност, личност–училищна система, ученик–учител, дете–родител. Сам извършва и подпомага учителите и класните ръководители при диагностицирането на входа и изхода от училищна степен; диагностицира децата с девиантно поведение и надарените деца. Консултира ученици, учители, класни ръководители, родители, членове на ръководството по проблемите, свързани с взаимоотношенията, избора на формите и методите за педагогическо общуване, развитието на социални умения и навици, развитието на учениците и техните обединения и др.

Освен тези принципни положения, които очертават длъжностната характеристика, педагогическият съветник има и специфични задължения, характерни за съответната институция.

В някои специализирани институции се обособяват двама специалисти – педагог и психолог. Педагогът е специалист с висше образование. Завършил е специалност “Педагогика”, “Педагогика на девиантното поведение” или “Социална педагогика”. Той извършва системни наблюдения и анализи на използваните форми, методи и похвати в процеса като цяло и насочва вниманието на съответните фактори към очертаване на съответните тенденции. Следи за начина на въздействие на режима върху детето и прави конкретни изводи и препоръки. Проследява развитието на детето от приемането му до освобождаването му от институцията. Ръководи документацията на всяко дете, в която се отразяват данните от приемането му, провежданата дейност с него и получените резултати. Извършва професионално-информационна, методическа и организационна дейност с учителите и възпитателите при подбора на методически инструментариум за работа с всяко дете и със съответната група. Провежда педагогическа диагностична дейност с децата за входно и изходно ниво и при временни затруднения в обучението. Следи развитието им и непрекъснато информира съответните педагогически субекти за положителните и отрицателните резултати.

Чрез професионалните си анализи подпомага ръководството на училището при вземане на ре-

шения, свързани с организацията на корекционно-възпитателния процес. Подпомага възпитателите и учителите при изготвяне на психолого-педагогическа характеристика и попълване на корекционно-профилактичните дела на децата. Посредничи при разрешаването на междуличностните конфликти. Проучва и подпомага организацията на дейности в групата. Съвместно с психолога и организатора на извънкласната дейност организира общоучилищни празници, тържества и т.н., насочени към осмисляне на свободното време на децата.

Психологът в специализираната институция е завършил специалност “Психология”. Той изпълнява няколко функции: психодиагностична, консултативно-компенсаторна и корекционна.

Психологът отделя специално място на диференцираното диагностициране на характеровите особености на детето, мотивацията и ценностните му ориентации. Прави диагностика на ранните психични отклонения и заболявания. Диагностицира и социално-психичните отношения в първичните групи. Провежда индивидуален и групов психотренинг с децата. Консултира децата с психични проблеми. Провежда с тях индивидуална дейност и подпомага възпитателя. Използва разнообразни форми за смесен групов тренинг с учители и ученици за преодоляване на възникнали в общуването между тях проблеми. Посредничи при междуличностни конфликти.

Извършва консултантска дейност, провеждана с учители, с възпитатели, с членове на ръководството, с членове на административно-помощния персонал. Проучва и оказва помощ при решаване на проблемите, свързани с психо-педагогическото общуване на възпитатели, учители, родители и училищно ръководство.

Съвместно с педагога подпомага дейността на възпитателите, свързана със събирането, обработката и регистрацията на информация за всяко дете. Консултира всички членове на колегията при вземане на педагогически и управленски решения.

Една част от очертаната функционална характеристика на педагогическите субекти в домовете за деца, във възпитателните училища–интернати и в социално-педагогическите интернати са регламентирани от съответните държавни документи – закона и съответните правилници, а друга част са въз основа на ефективно апробирани модели за ресоциализационна дейност с деца с девиантно и делинквентно поведение.

Организаторските качества отразяват нивото на организаторска култура на ръководителя, овладяването от негова страна на технологията на управленската работа, подбора, разпределянето и реализацията на кадрите.

В заключение може да се обобщи, че успешното ръководство на социално-педагогическата институция в днешно време поставя към ръководителя следните изисквания:

- да се занимава с личностното си самоусъвършенстване;
- постоянно да развива и да усъвършенства професионалните си умения и навици.

Библиография

1. Василева Е. Педагогика на духовността или... висшите ценности на образованието. В: За детето, училището и възпитанието. Л. Димитров в диалог с... С, 2005-2006.
2. Симеонов Д. Функционална категоризация на административно-териториалните единици – теоретико-методологически аспекти. В: Сб. от Юбилейна международна научна конференция „50 години Великотърновски университет „Св. св. Кирил и Методий“ 1963-2013. Секция Исторически факултет. В. Търново, 18-20 май 2013. Ред. Б. Борисов. В. Търново, УИ „Св. св. Кирил и Методий“, 2015, 199-218.
3. Добрилова П, Стефанова К, Специфични особености в работата на медицинската сестра в първичната медицинска помощ, Сестринско дело, 2018; 50(1):39-41.
4. Ангелова Л, Ангелов Б. Основи на педагогическата компетентност, С., 2006
5. Балкански П, Колев Й, Георгиева В, Шехова М. Управление на училището. История, теория и перспективи. Благоевград, 2006.

ПРОУЧВАНЕ НА ИНДИВИДУАЛНАТА ОТГОВОРНОСТ НА ЛИЦАТА С АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ КЪМ СОБСТВЕНОТО ЗАБОЛЯВАНЕ

Л. Маринов

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

STUDY OF THE INDIVIDUAL RESPONSIBILITY OF PERSONS WITH ARTERIAL HYPERTENSION TO THEIR OWN DISEASE

L. Marinov

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

Abstract. The article presents the results of our own study, which will allow to establish the individual responsibility of people with hypertension to their own health. Consider personal health responsibility as one of the key moments in the healing process. In modern society, the number of cases is increasing, as most of them become chronic and due to the progress of medical science, everything rarely ends in death. It is supposed to be monitored throughout the patient’s life. There are data that do not support treatment; huge financial resources are lost every year. Apart from the financial dimensions, non-compliance with the therapy has a purely medical aspect – the appearance of progression and the possibility of achieving a fatal outcome.

Key words: arterial hypertension, individual responsibility, health culture, health care

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

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

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравната култура е съвкупност от знания, нагласи, отношения, убеждения и поведение във връзка с възстановяването, опазването, укрепването на личностното и общественото здраве. Различаваме обективна (обществена) и субективна (личностна) култура. За опазване здравето на населението значение има субективната здравна култура. Тя се проявява в отношението на индивида към собствения му стил на живот, към здравето на околните, към собственото му заболяване, в отношението на социалната група към здравето на индивида, в отношението на индивида към дейността на здравната служба и към хигиената на окръжаващата го жизнена среда. Отношение-

то към собственото ни здраве определя нивото на нашата здравна култура.

ЦЕЛ НА ПРОУЧВАНЕТО

Целта на представеното изследване е да се установи индивидуалната отговорност на лицата с артериална хипертония (АХ) към собственото заболяване.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проведено е анкетно проучване сред 50 пациенти с установена артериална хипертония в МБАЛ „Хр. Ботев” – Враца, през първото полугодие на 2017 г. За целта е разработена анкетна карта, съдържаща открити и закрити въпроси. Ре-

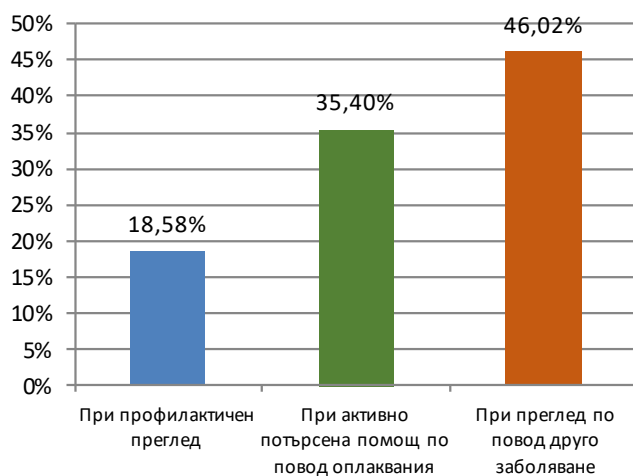
зултатите са обработени статистически, а графиките са изработени с Microsoft Excel.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

В съвременното общество броят на заболяванията все повече се увеличава, като по-голямата част от тях хронифицират и поради напредъка на медицинската наука все по-рядко имат фатален край. Това извежда на преден план необходимостта от непрекъснат контрол над здравето, независимо дали човек е болен, или здрав.

Ролята на редовните профилактични прегледи за превенция на усложненията от артериална хипертония, с оглед на здравното поведение, е практическият израз на отношението на индивида към собственото му здраве и здравето на околните.

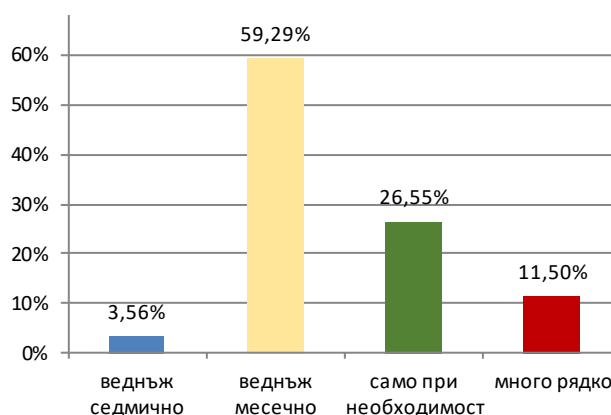
Почти при всички от анкетираните болни артериалната хипертония е открита след изявата на клиничната картина на заболяването и едва при 18,58% от изследваните – по повод профилактичен преглед (фиг. 1).



Фиг. 1. Честота на разпределение на респондентите според начина на диагностициране на заболяването им

Пациентите с хронични заболявания трябва да поемат в свои ръце грижата за здравето си. Активното търсене на консултация от пациента се определя от здравната му култура и от отговорността към собственото здраве. Честотата на посещенията при лекуващия лекар дава информация за пациента като активна страна в лечебния процес (въпреки че „залитанията” и в двете посоки са нежелателни). От друга страна, активността означава отговорно отношение към собственото здраве.

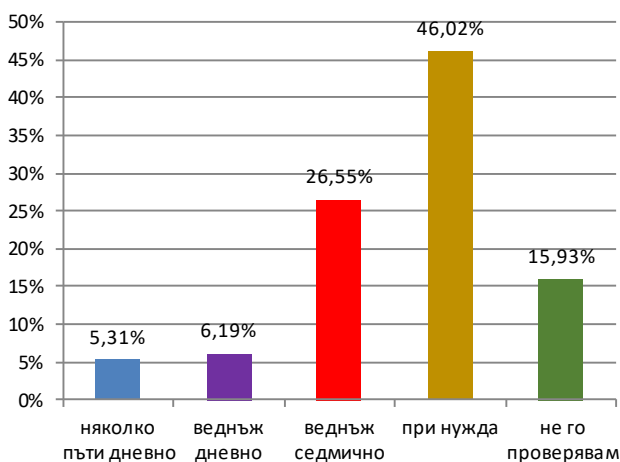
На въпроса „Колко често посещавате личния лекар или специалист във връзка с Вашето заболяване?” (фиг. 2) 59,29% дават отговор „веднъж месечно”, което е добър показател и свидетелства за отговорно отношение към собственото здраве. Обезпокоителен е фактът, че повече от една четвърт – 26,55% от анкетираните, търсят лекарска помощ само при необходимост, а 11,5% търсят лекар изключително рядко въпреки наличието на заболяване. Неглижирането на проблема артериална хипертония крие много рискове от усложнения и поражения на таргентните органи, както и от възникването на други заболявания.



Фиг. 2. Периодичност на посещенията при лекар

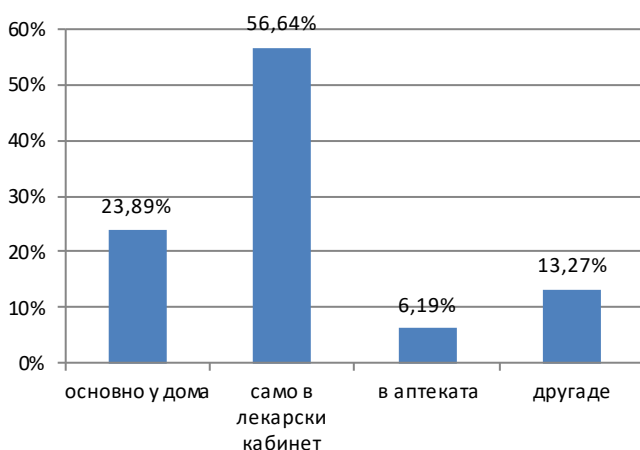
Кръвното налягане не е постоянна величина и варира през целия ден. Нивото на артериалното налягане търпи значителни колебания в рамките на денонощието или на по-големи периоди. Кръвното налягане се влияе от нивото на активност: натоварване, почивка, степен на бодрост или сън; от фактори на средата, напр. температура, настроение – приятелско, враждебно; и от други емоционални и физиологични фактори, които повлияват отговора към външни и вътрешни дразнителни. Еднократното измерване на артериалното налягане не може да отрази денонощните му колебания.

Измерването на кръвното налягане е от съществено значение за проследяването и контрола на заболяването. В резултатите от проучването прави впечатление, че най-голям дял от анкетираните измерват кръвното си налягане само при необходимост – 46,02%. По-тревожен е фактът, че 13,59% не измерват кръвното си налягане и по този начин не контролират заболяването (фиг. 3). Периодичността при измерванията на стойностите на кръвното налягане е различна и строго индивидуална за всеки пациент.



Фиг. 3. Честота на разпределение на респондентите според периодичността при измерване на артериалното налягане

В „Ръководство за лечение на артериална хипертония“, изготвено от Европейското дружество по хипертония (ESH) и Европейското дружество по кардиология (ESC), се обръща специално внимание на измерването на артериалното налягане с цел установяване на отклонения от нормата. Обоснована е необходимостта както от „офисното“ измерване, така и от измерването в домашни условия. При изследваната от нас група повече от половината разчитат на измерване само в лекарски кабинет. Това, от една страна, е добре, тъй като гарантира точни стойности на измереното кръвно налягане, но също така крие риск от „хипертония на бялата престилка“. 23,89% предпочитат измерването да става в домашна обстановка (фиг. 4).



Фиг. 4. Честота на разпределение на респондентите според мястото, където измерват артериалното си налягане

Самостоятелното измерване на артериалното налягане, обикновено в домашни условия, през последните години става популярно сред хипертонично болните. Това допринася за ангажиране на пациента в лечебния процес и може да улесни титрирането на дозата на приемания медикамент. По този начин рано се регистрират промените в АН и се избягва „ефектът на бялата престилка“.

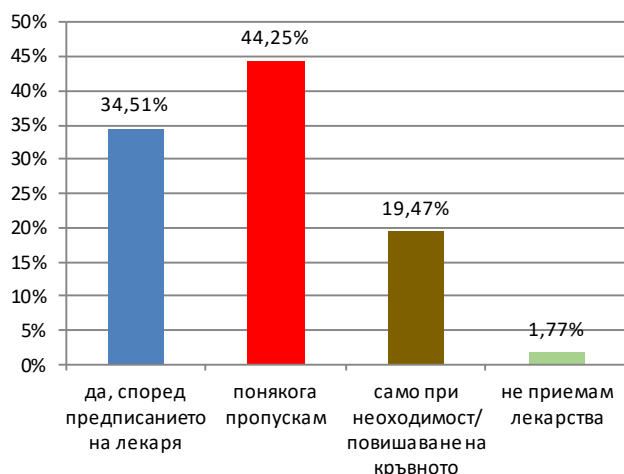
Европейските методични указания предлагат две терапевтични стратегии за медикаментозно лечение на АХ – монотерапия или комбинирана терапия. Лечението на всеки пациент трябва да бъде съобразено с цялостния му рисков профил, а не само със стойностите на артериалната хипертония. Основната цел е дългосрочно и максимално намаляване на риска от развитие на сърдечно-съдови заболявания.

Медикаментозното лечение по правило продължава с години, често и през целия живот на болния. Доброто сътрудничество между пациент и лекар е от основно значение за успеха на лечението. От особена важност е стриктно да се спазва предписаната терапия относно доза и брой приеми, както и да се съобщава веднага за наличие на странични действия от избрания медикамент или за неефективност на лечението.

От проведеното проучване става ясно, че само 34,51% от анкетираните спазват стриктно предписаната терапия, 44,25% понякога пропускат приема на хипотензивния медикамент. Много по-обезпокояващо е, че 19,47% приемат лекарства само при необходимост, а има и пациенти, които не приемат медикаменти за хипертонията (фиг. 5). Трябва отново да се подчертае, че пренебрегването на медикаментозното лечение води до бърза еволюция на заболяването и до настъпване на тежки усложнения.

Хранителният режим е неразделна част от терапията и здравните грижи при всяко заболяване. При някои дори може да има водеща роля.

Тревожен е фактът, че 87% от изследваните лица не спазват хранителен режим (фиг. 6). В „Ръководство за лечение на артериална хипертония“, изготвено от Европейското дружество по хипертония (ESH) и Европейското дружество по кардиология (ESC), недвусмислено се подчертава значението на хранителния режим за лечението и превенцията на артериалната хипертония.



Фиг. 5. Честота на разпределение на респондентите според приема на медикаменти



Фиг. 6. Спазване на хранителен режим от анкетиранияте пациенти

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Артериалната хипертония е хронично заболяване с особена социална значимост, която се детерминира от значителната ѝ честота сред популацията, увреждането на таргетните органи, естествената еволюция до хронична сърдечна недостатъчност, ранната инвалидизация, влошаването на качеството на живот и свързаните с тях финансови разходи и преждевременна смърт. Артериалната хипертония е най-честото сърдечно-съдово заболяване и най-значимият рисков фактор за други сърдечни и несърдечни усложнения.

Въпреки наличието на множество ефективни медикаменти и подходи, диагностицирането и лечението на АХ остават незадоволителни.

Причините за незадоволителния контрол са комплексни и мултифакторни и зависят както от здравните специалисти, така и от пациентите.

Проведеното проучване очертава една от проблемните области при лечението и превенцията на артериалната хипертония, а именно недооце-

няване значението на индивидуалната отговорност към собственото здраве.

Здравето е не само право на всеки гражданин, гарантирано от Конституцията на страната, но и задължение на всеки индивид, свързано с поддържането на здравословен начин на живот.

Личната отговорност към здравето е един от ключовите моменти в оздравителния процес. Въпреки това голяма част от хората залагат на погрешното схващане, че отговорността за здравето се носи изключително и само от работещите в сферата на здравеопазването. Важно е да се осъзнае, че всеки човек трябва да изгради в себе си отговорно отношение към собственото си здраве.

Библиография

1. Грозданов И. Хиподинамията – рисков фактор за физическото развитие и здравно състояние. Европейски стандарти в спортното образование – Враца 2019. Сборник доклади от научна конференция, проведена на 02-03.06.2019 г., Враца (науч. ред. Стефан Стойков), Велико Търново, Ай анд Би, 2019, 112-117.
2. Найденов С, Донова Т. Таргетни органи увреждания при артериална хипертония и избор на лечение. Наука кардиология, 2010; (1).
3. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020.
4. Добрилова П. Подходи за осигуряване на качествени сестрински грижи в здравния мениджмънт. SciTechnol, 2014; 4(1):322-326.
5. Томов И, Еленкова А, Гочева Н, Георгиев Б. Как правилно да измерваме артериалното кръвно налягане чрез сфигмоманометрия. Наука кардиология, 2001; (1).
6. Шипковенска Е, Христов Ж, Димитров П, Дякова М. Модерна епидемиология с медицина и здравеопазване, базирани на доказателства, София, Филвест, 2008,
7. Янкова Г. Фактори влияещи върху професионалните нагласи на медицинските сестри за сестрински грижи. Управление и образование, 2020; 16(5):44-50.
8. A Global Brief On Hypertension World Health Day 2013.
9. Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. Geneva, World Health Organization and World Economic Forum, 2011.
10. Spruill, Tanya M. Chronic Psychosocial Stress and Hypertension. Current Hypertension Reports. 2017; 12 (1): 10-16.)
11. Yankova G. Nursing care assessment and nurses' professional attitudes. Knowledge – Int J, 2020; 38(4):895-902.
12. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension, Eur Heart Journal, 2013; 34:2159-2219. doi:10.1093/eurheartj/eh151
13. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J, 2018; 39(33):3021-3104. doi:10.1093/eurheartj/ehy339

ЗДРАВЕТО НА МЪЖЕТЕ

М. Борисова

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

MEN'S HEALTH

M. Borisova

Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“ Vratsa, MU – Sofia

Abstract. The principle of the masculine principle is action, creation and realization. This usually does not involve weakness– so when they notice that they have a health problem, men avoid thinking about it. Statistics show that men wait a long time before seeking medical or other help, especially when it comes to prostate problems. According to WHO health statistics, about 24 million men in Europe over the age of 50 have symptoms of an enlarged prostate. Objective: To determine the health of men with benign prostatic hyperplasia, who visited urological offices and wards in the city of Vratsa for the period December 2019-September 2020. Methods: Results processing, statistical analysis, and data storage were performed with IBM SPSS Statistics 19.0. Data were analyzed using descriptive analysis at a significance level of $p < 0.05$. The tables and graphs are made using the WORD and EXEL programs. Study results: Although they do not pose a direct threat to a man's life, prostate diseases have a huge impact on his quality of life. Conclusion: Old age is just a state of mind. It has been proven that people who are constantly developing intellectually, reading a lot of books and stimulating brain activity are able to maintain not only the strength of the mind, but also the muscular strength for a longer time.

Key words: men's health, prostate gland, sexual behavior

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

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

***Здравето е състояние на пълно физическо, психическо
и социално благосъстояние, а не само на липса на болест.
Световната здравна организация, 1948***

Принципът на мъжкото начало е действието, създаването и осъществяването. Обикновено това не включва проява на слабост – ето защо, когато забележат, че имат здравен проблем, мъжете избягват да мислят за него. Статистиката сочи, че мъжете изчакват дълго, преди да потърсят медицинска или друга помощ, особено що се отнася до проблеми, свързани с простатата. Спо-

ред здравната статистика на СЗО около 24 милиона мъже в Европа над 50 години имат симптоми на увеличена простата. Това е четвъртото по честота заболяване при мъжете над 50-годишна възраст – след исхемичната болест на сърцето, хипертонията и захарния диабет.

Профилактиката, здравословният начин на живот, както и навременно проявеното отношение

към собственото здраве, могат да спестят редица усложнения и неприятни преживявания.

Терминът „простата“ се използва за първи път в Древна Гърция от Хипократ и Херофил. Думата произлиза от гръцкото „простат“, което означава „предводител“, „застъпник“. Напълно в унисон с идеята за първооснова, в Древна Индия са смятали, че простатата е второто сърце на мъжа и че центърът на мъжествеността се намира именно в нея. Неслучайно етимологията на думата съвпада със самата физиологична функция на простатата. Тя има съществено значение за оплодителната способност на силния пол и определя пълноценното психично и физическо мъжко здраве.

Простатната жлеза се намира точно под пикочния мехур и „обгръща“ горната част на уретрата, пред правото черво. Има размери на кестен. Тежи около 20-40 g. Снабдена е с мускули и фиброзни клетки, които ѝ помагат да се свива. Основната ѝ функция е да произвежда простатен секрет, който е важна съставка на семенната течност, способстваща придвижването и оцеляването на сперматозоидите до маточните тръби и яйцеклетката. Отделяните от простатата хранителни вещества – цинк, аминокиселини, лимонена киселина, витамини и захари, са полезни за качеството на мъжките полови клетки. Простатната жлеза секретира ензими, които осигуряват такъв вискозитет на семенната течност, който максимално да благоприятства движението и живота на сперматозоидите.

Простатната жлеза, част от половата система, се променя и развива през целия живот на мъжа. При децата тя е малко образуване, в което преобладава мускулна тъкан. След пубертета нараства, а в старческа възраст настъпва обратно развитие на жлезата. Като всеки друг орган, за простатата са характерни различни заболявания – някои, свързани с напредването на възрастта, а други, зависещи предимно от начина на живот. Те могат да бъдат:

- Доброкачествена хиперплазия на простатата;
- Простатит;
- Рак на простатата.

Причини за развитие на доброкачествена простатна хиперплазия (ДПХ)

Причините за появата и развитието на ДПХ все още не са напълно изяснени. Счита се, че етиоло-

гията и патогенезата на заболяването са комплексни и зависят от много фактори: хормони, възраст, начин на живот – хранене, околна среда и др.

Енергия, сила на мускулите и на характера, активно сексуално поведение и телесна сила – това е портретът на идеалния мъж. За съжаление, с възрастта тази реалистична картина започва да се променя не към по-добро. Депресията, слабостта, болестите придружават силния пол след четиридесет и в бъдеще водят до най-разочароващите резултати.

Таблица 1. Разпределение на анкетираните лица по възраст

Възрастови групи	Абсолютна честота	Относителен дял в %
До 55 години	72	24
От 56-65 години	66	22
От 66-75 години	69	23
Над 75 години	93	31
Общо	300	100.0

След 40-ата годишнина при мъжете настъпват естествени хормонални промени, по подобие на менопаузата при жената. Определят се с термина „андропауза“. Проявленията са свързани именно с прогресивно намаляващите нива на свободния тестостерон, докато нивото на естрогените (женските полови хормони) остава същото или относително нараства.

BMI се използва за определяне на нормалните стойности на теглото и съответно на степените на затлъстяването при различните индивиди. При мъжете за нормални се приемат стойности между 20 и 25. При възрастните индивиди BMI до 26 се счита за норма.

Таблица 2. BMI на пациентите

Класификация	Мъже	Брой	Отн. дял в %
Ниско тегло	< 20	6	2
Нормално тегло	20-25	87	29
Наднормено тегло	25-30	107	35.7
Затлъстяване	30-40	89	29.6
Тежко затлъстяване	> 40	11	3.7
		300	100

С този показател в проведено проучване се установи, че по-голяма част от анкетираните, 2/3, са с наднормено тегло, което е в пряка връзка с развитието на ДПХ и на инфекциите на долните пикочни пътища.

Благодарение на развитието и автоматизацията на труда в повечето европейски страни населението има достъп до висококалорични храни, които приема, като в същото време намалява дневната физическа дейност.

Ниската двигателна активност е характерна за всички възрастови групи.

Националното проучване „Bulgaria Heart Study“ установява, че 78,3% от мъжете над 24-годишна възраст водят заседнал начин на живот.

Според международни проучвания нашата страна е сред 10-те европейски държави, чието население приема висококалорийна храна. Активното развитие на медиите допринесе за повишаване на въздействието на рекламите върху поведението на хората (включително избор на храна, цигари и алкохол).

Ежедневната работа при 17,7% налага седнало положение през целия работен ден, 24,7% седят през половината от деня, само понякога – 22,6%. Изобщо не седят 13% и при 22% пребиваването в седнало положение не е продължително. Почти при 2/3 от анкетираните денят преминава в седнало положение, което довежда до обездвижване.

При пациенти, чиято работа е свързана с продължително седене, то довежда до застои на кръвоносната система в малкия таз, което действа неблагоприятно върху простатната жлеза.

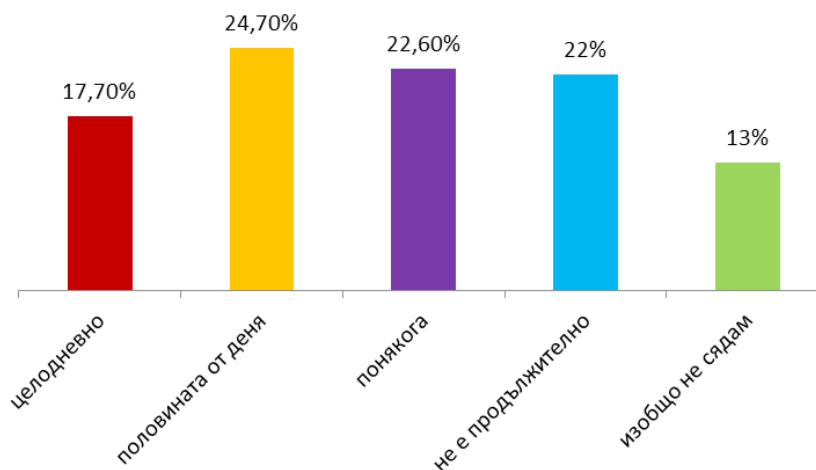
Мъжете по-трудно понасят високото кръвно в сравнение с жените и са по-склонни да се хранят неправилно – в диетата им преобладават мазни, солени, пържени храни; мъжете са по-склонни да злоупотребяват с лоши навици, работата им е често свързана с пренапрежение и стрес. те не обичат да ходят на лекари и да се оплакват по въпроси, свързани с тяхното благополучие, начални заболявания, нямат достатъчно време да бъдат прегледани и да следват препоръките на лекаря.

В нашето съвремие се наблюдават промени в сексуалното поведение; обществото ни е толерантно към извънбрачните връзки. Възпалителните заболявания на простатата постоянно нарастват във връзка със съвременния начин на живот при мъжете.

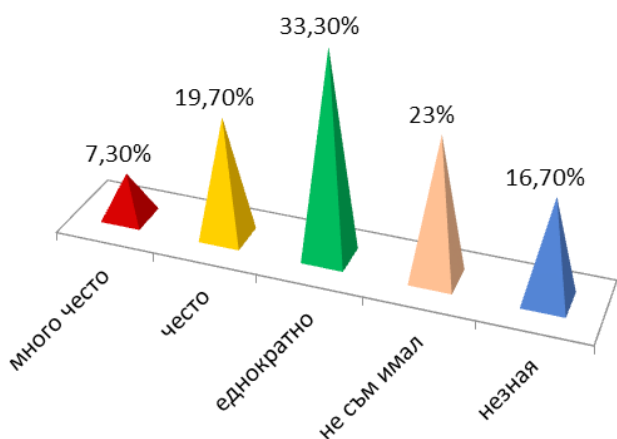
Една от тенденциите през последните години е липсата на първичен инфекциозен простатит и наличието само на вторична инфекция като усложнение, което води до морфологични промени или дисфункция на простатната жлеза.

Установяването на добър контакт с пациента е важно, както и атмосферата на доверие, сигурност и конфиденциалност по време на снемането на анамнезата. Това прави по-лесно задаването на въпроси за ерекцията и за други страни на сексуалния живот, особено в случаите, когато пациентите изпитват трудност да говорят за своя проблем.

По-голямата част от анкетираните мъже съобщават за инфекции на уrogenиталния тракт. Еднократно са боледували 33,30%, често са имали инфекции 19,70%, при 7,30% те са много чести. Не са имали инфекция на ППС 23% и 16,70% не знаят дали са боледували.



Фиг. 1. Продължителност на заемане на седнало положение по време на работния процес



Фиг. 2. Честота на урологичната инфекция

Честите инфекции са предпоставка за простатити в млада възраст, които, ако не са лекувани адекватно, водят до промени в простатната жлеза.

Таблица 3. Сексуални нарушения

Имате ли проблеми при сексуалните контакти	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Да – много често	20	6.7
Да – често	52	17.3
Рядко	69	23
Случвало се е 1-2 пъти	57	19
По-скоро – не	63	21
Никога не съм имал	39	13
Общо	300	100

От респондентите проблеми при сексуалните контакти са имали много често 6,7%, рядко – 23%, често се е случвало при 17,3%, само един-два пъти са имали проблем 19%. Никога не са имали проблеми в секса 13% и отговор „по-скоро не” са дали 21% от анкетираните пациенти. Увреденото сексуално здраве рефлектира върху психиката на мъжете.

Според видния клиницист и изследовател William A. Fisher „най-добрият барометър за мъжкото здраве е сексуалното здраве”. При мъжете сигурността на сексуалните изяви е твърде важен момент, определящ както тяхното самочувствие, така и пълноценната им социална изява. Нарушенията в сексуалността може да се отразят на самоуважението и достойнството на мъжа, тъй като тя се свързва с мъжествеността. За съжаление,

малка част от страдащите търсят лекарска помощ под влияние на различни предразсъдъци.

Животът не свършва на 50. Сексуалното здраве на мъжа зависи от много фактори: нивото на хормоните, състоянието на съдовата система и емоционалния фактор. Установените причини за нарушения могат да бъдат ефективно лекувани. Понякога хората се лекуват с хапчета в продължение на години и е достатъчно само да се коригират установените нарушения, и сексуалният живот се нормализира.

Старостта е просто състояние на духа. Доказано е, че хората, които постоянно се развиват интелектуално, четат много книги и стимулират мозъчната си дейност, са в състояние да поддържат не само силата на ума, но и мускулната сила за по-дълго време. Пряката връзка между мозъчната функция и мускулите определя качеството на сексуалния живот. Поддържането на оптимизъм, справянето със стреса, воденето на здравословен начин на живот и фокусирането върху най-важните житейски ценности са може би основните принципи, които ще позволят на всеки мъж да усети вкуса на живота и да го запази възможно най-дълго.

За съжаление, с възрастта портретът на идеалния мъж започва да се променя не към по-добро. Депресията, слабостта, болестите придружават силния пол след четиридесет и водят до най-разочароващите резултати в бъдеще. Статистиката е неумолима, според нея от 10 смъртни случая 8 са при мъже. И това не е случайно.

Библиография

1. Агарков НМ. Распространенность и лечение заболеваний мочеполовой сферы. (Н. М. Агарков, А. В. Новиков, Е. Б. Новикова). Вестник новых медицинских технологий. 2005; 12(3-4):131.
2. Борисов В. Промоция на здравето. Велико Търново, „Наука”, 1993.
3. Стефанова К. Здравно-промотивни и профилактични функции на медицинската сестра в Първичната медицинска помощ, Дисертационен труд, С., 2015.
4. Roehrborn CG et al. Treatment of Lower Urinary Tract Symptoms and Benign Prostatic Hyperplasia. BJU Int, 2007; 100:813-9.
5. Sovie M, Jaward A. Hospital restructuring and it's impacts on outcomes: nursing staff regulation are premature. J Nurs Administrat, 2001; 31(12).
6. Vesey SG, O'Boyle PJ, Lumb GN. Ultrasound scanning by the urologist in outpatient clinics. Br J Surg, 1988; 75(9):921-922.

ПОДГОТОВКА НА СПЕЦИАЛИСТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ ЗА РАБОТА С ПАЦИЕНТИ С МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

М. Лаловска, П. Доброилова, Т. Черкезов

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

PREPARATION OF HEALTH CARE PROFESSIONALS FOR WORKING WITH STROKE PATIENTS

M. Lalovska, P. Dobrilova, T. Cherkezov

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

Abstract. Caring for stroke patients requires the nurse's attention to be focused on various aspects of the patient's condition. The nurse can independently assess the condition and needs of the patient, properly monitor them, make informed decisions related to certain responsibilities when the success of the treatment depends on her professional competence. The purpose of the present study is to study the awareness of students majoring in Nursing about their theoretical and practical training and attitude to professional realization to work with patients with stroke. Nursing training provides students with knowledge and skills, which must be developed as specialists with qualities and responsibilities for the health and life of stroke patients. This requires them to receive appropriate training and in the process of work to learn the basic principles of the entire organization of its activities.

Key words: stroke, student awareness, nurse, training

Адрес за кореспонденция: Маргарита Лаловска, Катедра "Здравни грижи", Филиал "Проф. д-р. Иван Митев", МУ – София, 3000 Враца
Address for correspondence: Margarita Lalovska, Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, MU – Sofia, Bg – 3000 Vratsa

ВЪВЕДЕНИЕ

Ефективността на образователната система зависи от това дали целите на обучението са точно и ясно формулирани. Много са факторите, които оказват въздействие върху професионалното сестринство. За да отговори то адекватно на очакванията, се налагат промени в обучението на медицинските сестри. Процесът на обучение в специалност „Медицинска сестра“ е дълъг и труден. Придобиването на специалност „Медицинска сестра“ предоставя добри възможности за реализация на професионалистите по здравни грижи. Оценката на качеството в обучението на медицинските сестри трябва да покаже как и доколко се получават необходимите теоретични знания и

практически умения за подобряване на резултатите от здравното обслужване.

През последните години в нашата страна настъпиха съществени промени в нормативната уредба, регламентираща обучението на специалистите по здравни грижи. С наредба бяха определени професионалните дейности, които специалистите по здравни грижи могат да изпълняват самостоятелно или по назначение на лекаря.

Дейността и задачите на специалистите по здравни грижи, работещи с пациенти с мозъчен инсулт, се различават от останалите. Грижите за пациенти с мозъчен инсулт изискват вниманието на специалистите по здравни грижи да е съсредоточено върху различните аспекти на състоянието на пациента. Съществени фактори, определящи

спецификата при този контингент, са промените в съзнанието и степента на зависимост на пациента. Това налага специалистите по здравни грижи да получат съответна подготовка и в процеса на работа да усвояват основните принципни положения в цялата организация на сестринската дейност. За да упражняват компетентно своята дейност, те се нуждаят от висококачествено базово и следдипломно образование и от обучение, продължаващо през целия живот.

Целта на настоящото проучване е да се изследва информираността на студентите от специалност „Медицинска сестра“ относно тяхната теоретична и практическа подготовка и нагласа за професионална реализация в работата с пациенти с мозъчен инсулт.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

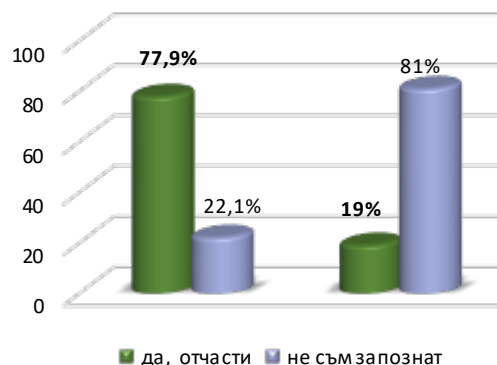
Проведено е проучване чрез пряка анонимна анкета сред 62 студенти от специалност „Медицинска сестра“, обучаващи се във Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, на възраст от 21 до 38 год. (средно 24 год.). Разпределението по пол е: жени – 90,7%, и мъже – 9,3%. Проучването е извършено по време на практическото обучение в неврологично отделение и преддипломния им стаж. Статистическата обработка и онагледяването на получените резултати са осъществени с MS Office Excel 2010.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Анкетирахме студентите от трети и четвърти курс от специалност „Медицинска сестра“ относно тяхното желание за избор на работа в неврологични отделения/клиники за лечение на пациенти с мозъчен инсулт. След завършване на образованието си само 21,4% се чувстват подготвени и биха постъпили на работа в тези лечебни заведения, 78,6% биха работили в такъв вид лечебно заведение, но само ако нямат друг избор.

От студентите, които имат желание за работа с пациенти с мозъчен инсулт и биха постъпили без колебание, 22,1% не познават изобщо работата на специалистите по здравни грижи в тези лечебни заведения, а 77,9% са частично запознати. От студентите, които биха започнали работа с пациенти с мозъчен инсулт само ако нямат друг избор, 81,0% не познават организацията на работа, а 19,0% са запознати частично. Прави впечатление

ние, че липсват студенти, които познават напълно сестринската дейност, свързана с лечението и възстановяването на пациенти с мозъчен инсулт, и такива, които не биха работили с тях (фиг. 1).



Фиг. 1. Връзка между мнението на студентите за готовността им за работа с пациенти с мозъчен инсулт и тяхното желание

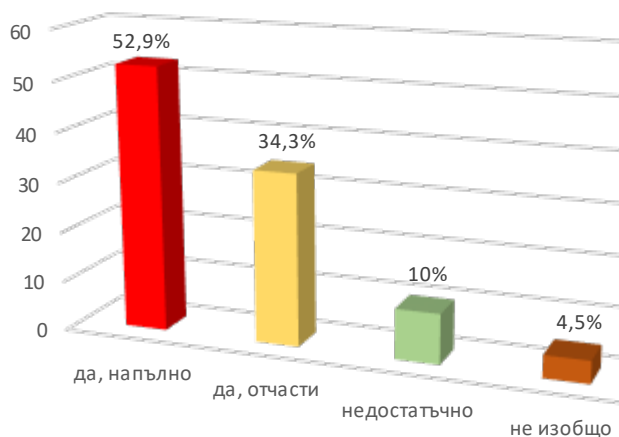
Информираността на студентите дава възможност за изграждане на необходимите професионални знания, умения и компетенции, които са гарант за успешна професионална реализация и перспектива за кариера.

По-голямата част от студентите са информирани за рисковите фактори, причините за появата на заболяването и свързаните с него усложнения. Според резултатите от проучването над 50,0% от респондентите са „напълно информирани“ и познават рисковите фактори и причините, довели до заболяването, „отчасти информирани“ са 28,6% и „не са информирани“ една малка част от студентите – 7,1% (фиг. 2).



Фиг. 2. Информираност на студентите за рисковите фактори и причините при мозъчен инсулт

За всеки пациент с мозъчен инсулт от съществено значение е хигиенно-диетичният режим (фиг. 3).



Фиг. 3. Информираност на студентите за хигиенно-диетичния режим на пациентите

Анализът на данните показва, че преобладаващата част от студентите, 52,9%, са напълно информирани за хигиенно-диетичния режим на пациентите с преживян мозъчен инсулт, частично информирани са 34,3%, недостатъчно информирани – 10,0%, и 4,5% изобщо не са информирани.

Определено знанията на студентите имат значителна роля и за адаптацията на пациентите с мозъчен инсулт към новия начин на живот. Това показват и резултатите от проучването. От анкетираните, 54,6% смятат, че заболяването напълно променя живота на пациентите с мозъчен инсулт, 30,0% считат, че настъпва частична промяна в начина на живот на пациентите, и 11,4% са на мнение, че не съществува такава промяна (фиг. 4).



Фиг. 4. Разпределение на студентите според мнението им за влиянието на заболяването върху начина на живот

Основният източник на информация на студентите за заболяването е висшето учебно заведение, с приблизително 90%. Затова именно там трябва да се акцентира за изграждане на професионални умения и на съвременни здравни грижи,

насочени към удовлетворяване потребностите на пациентите с мозъчен инсулт.

Сестринската професия се базира на грижа за основните нужди и потребности на човека, но с развитието на медицинската наука тя придобива ново измерение. Медицинската сестра не е само лицето, което управлява здравните грижи при всеки отделен случай на заболяване, но и до голяма степен от нея зависят лечението, възстановяването и удовлетвореността на пациента. Липсата на добра практическа подготовка на студентите относно здравните грижи за пациенти с мозъчен инсулт е причина те да омаловажават ролята на специалистите по здравни грижи при работа с тези пациенти.

Резултатите показват, че студентите провеждат клинична практика в неврологични отделения/клиники. Една трета от анкетираните – 21,4%, смятат, че са обучени за извършване на манипулации в неврологично отделение/клиника, и 30,0% – че отчасти са обучени. Тревожен е фактът, че 47,2% от студентите не са обучени за извършване на манипулации в неврологично отделение/клиника, а 1,4% не могат да преценят. Това доказва необходимостта от допълнителна квалификация на специалистите по здравни грижи за работа с пациенти с мозъчен инсулт.

Една от основните дейности на медицинската сестра при работа с пациенти с мозъчен инсулт е планът за сестрински грижи, изготвен след оценка на здравните потребности на пациента. 37,1% от студентите посочват, че са достатъчно запознати с плана за грижи при пациенти с мозъчен инсулт, 35,0% притежават частични познания, 10,0% не са запознати и 17,9% изобщо не са запознати с плана за сестрински грижи.

Относно дейностите, с които медицинската сестра би била най-ползена при работа с пациенти с мозъчен инсулт, значителен дял от анкетираните определят като част от плана за грижи основно обучението на пациентите и техните близки в дейности от ежедневието – 64,3%. Според 30,0% това са сестринските грижи, а само 5,7% смятат, че медицинската сестра трябва да извършва манипулации.

Въпреки че на първо място е обучителната функция на медицинската сестра при пациентите с мозъчен инсулт, само 4,8% смятат, че притежават съответна подготовка и компетентност да обучават пациентите и техните близки, 60,1% могат да извършват обучение, но само по определени въпроси и 35,1% не се чувстват компетентни (фиг. 5).



Фиг. 5. Разпределение на студентите според компетентността им да осъществяват обучение на пациентите

61,4% от студентите се чувстват най-добре подготвени за извършване на сестрински манипулации. Не са напълно подготвени, но могат да консултират пациентите само по определени въпроси, свързани с тяхното здравно състояние 87,9%. Най-голям е дялът на анкетираните, които не се чувстват компетентни да обучават пациентите и техните близки (95,0%) .

Студентите смятат, че за да могат специалистите по здравни грижи да упражняват компетентно своята дейност след завършване на образованието си, е необходимо допълнително обучение за работа с пациенти с мозъчен инсулт, като според 64,1% от тях то е абсолютно необходимо, 27,1% отговарят „да, отчасти“ и 8,8% нямат нужда от допълнително обучение (фиг. 6).



Фиг. 6. Разпределение на студентите според мнението им за допълнително обучение

Зададохме въпроса „Кое според Вас налага допълнителното обучение?“. Получихме следните отговори: „ниската информираност за заболяването“ – 15,7%, „липсата на информираност“

– 24,3%. С „важно е за подготовката ми“ са отговорили 27,1% и с „учебния план“ – 30,0% от анкетираните. Броят на студентите, според които допълнителното обучение е абсолютно необходимо за всички, и тези, които смятат, че допълнително обучение е необходимо само по определени въпроси, съпоставихме с предпочитаната форма.

От студентите, които считат, че е необходимо допълнително обучение, 64,1% предпочитат учебно-практическата дейност, а 35,9% смятат, че е необходимо допълнително обучение и то трябва да е под формата на лекции по нервни болести.

Необходимостта от обучението на специалистите по здравни грижи има за цел предоставяне на знания и изграждане на качества, които ще им позволят да изпълняват професионалните отговорности, отнасящи се до здравето и живота на пациентите с мозъчен инсулт.

Изводи

В нашата страна потребностите от обучени специалисти по здравни грижи за работа с пациенти с мозъчен инсулт нарастват. Обществото очаква медицинските специалисти да са изключително добре подготвени.

Обучаваните от нас студенти са запознати с грижите при пациенти с мозъчен инсулт. Липсата на достатъчно теоретични знания и практически умения относно дейността на медицинската сестра в болничните заведения за лечение на пациенти с мозъчен инсулт създава чувство на несигурност в студентите от специалност „Медицинска сестра“.

Това се дължи и на факта, че не е възможно в рамките на базовото обучение да се обхванат всички специфични грижи за всяка отделна клинична единица. Необходими са организационни промени, включващи като база за обучение специализираните заведения за лечение на пациенти с мозъчен инсулт.

Библиография

1. Александрова М. Съвременни тенденции в обучението на медицинските сестри. София, 2007.
2. Велева Ст, Василева Н, Недев Хр. Възстановяване след инсулт. Алианс Принт, 2000.
3. Димова Р, Димитрова Д, Иванова Н. Място и роля на специалистите по здравни грижи в осигуряване на качеството на общата медицинска помощ. Здравни грижи, 2005, 1(3).

4. Дракър П. Мениджмънт на предизвикателствата през 21 век. София, Класика и стил, 2000.
5. Златанова Т, Великова Р. Подходи за повишаване на качеството на управление в болницата. Двадесет и седма научно-практическа сесия. Контакт, 2011.
6. Златанова Т, Великова Р. Първична извънболнична помощ – проблеми и перспективи. София, Дидакта консулт, с. 190.
7. Кръстева Н. Сестрински процес – същност, функции, етапи. Социална медицина, 2001, (1):34.
8. Либекян Е, Василева П. Компетенциите на медицинските сестри в променящото се съвременно общество. Научни трудове на Русенския университет, том 48, серия 8.1, 2009, 150-152.
9. Маринова П. Социологически, образователни и управленски аспекти. Съвременната медицинска сестра. София, Нов ден, 2001, 7-17.
10. Попова С. Мониторинг и оценка на консултацията в сестринската практика. Комуникационни умения и автономни функции на сестринството. Пловдив, 2001, 71-80.
11. Чанева Г. Качеството на сестринските грижи като приоритет. АРТИК, 2001, 2008.
12. Чанева Г. Удовлетвореност на пациентите от качеството на сестринските грижи в болницата. Български медицински журнал, 2008, 2(1):61-64.
13. Sovie M, Jawad A. Hospital restructuring and its impacts on outcomes: nursing staff regulation are premature. J Nurs Adm, 2001, 31(12): 588-600.



ПЕДИАТРИЧНИ СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ

Павлинка Добрилова, Галя Янкова, учебник,
I издание, 2020, ЦМБ, МУ - София

Авторите на учебника „Педиатрични сестрински грижи“ са дългогодишни преподаватели във Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, към Медицински университет – София, и имат опит в обучението на медицински сестри.

Учебникът е в обем от 184 страници. Обширната библиография показва добро познаване на българската и чуждата литература. Структурата и съдържанието на учебника съответстват на програмата за обучение и практическите умения, които студентите трябва да придобият по време на обучението.

В I част: „Сестрински грижи за родилка и новородено“ от П. Добрилова, подробно са описани структурата и

организацията на неонатологичните отделения. Представени са изискванията за разкриване на клиника, отделение и сектор. Описани са задълженията и дейностите, извършвани от медицинската сестра, включително и в секторите за новородени със специални грижи по отношение хигиена, хранене и др.

Във II част: „Сестрински грижи в педиатрията“ от Г. Янкова са представени физиологичните особености през различните възрастови периоди. Подробно са описани и оценени физическото и нервно-психическото развитие. Храненето е най-важният екзогенен фактор за растежа и развитието. Подчертана е изключителната роля на кърменето и своевременното въвеждане на захранващи храни.

Закаляването, масажът и гимнастиката са важна част от профилактичната педиатрия. Нагледно са представени масажът и гимнастиката. Приложени са схемите за закалителни процедури.

Разгледани са по системи най-честите заболявания в детската възраст. Специално внимание е отделено на сестринските грижи и задачите на медицинската сестра при провеждане на изследвания и манипулации.

СЪЩНОСТ И КОНЦЕПЦИИ НА ПОНЯТИЕТО ЗА ДУХОВНОСТ И РЕЛИГИЯ ПРИ ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ

П. Аспарухова

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

THE ESSENCE AND CONCEPTS OF THE IDEA OF SPIRITUALITY AND RELIGION IN HEALTH CARE

P. Asparuhova

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

Abstract. Exploration of spirituality and religion in critically ill patients requires the differentiation of the two terms from one another. A person can be spiritual without following a specific religion. A complete review of health literature documents 92 definitions of spirituality. The individual's perception of the world is closely associated with the individual's cultural and religious background and has a profound reflection on health care.

Key words: spirituality, religion, health care

Адрес за кореспонденция: Петя Аспарухова, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, Медицински университет – София, 3000 Враца
Address for correspondence: Petya Asparuhova, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, MU – Sofia, Bg – 3000 Vratsa

Когато вниманието се насочи към грижата за страдащите болни, сред здравните специалисти изпъкват термини като „духовност“ и „милосърдие“. Научната литература предлага много определения, които обясняват тяхната същност.

Съществителното „духовност“ (пневматикотис) произлиза от прилагателното „духовен“ (пневматикос) – следователно това е състояние, свързано с човешкия дух, умствената и емоционалната дейност, духовните интереси и духовния подем. Грижата е дейност за благополучието на някого или нещо. Тя е безпокойство, притеснение, които са свързани с постоянни мисли за нещо, обикновено неприятно. Проявата на грижа е тясно свързана с милосърдието (ортопраксис) – правилно правене, което се изразява в пряка проява на състрадание, съжаление за чуждото нещастие, готовност да се окаже помощ на нуждаещите се [2].

Всички хора имат духовни потребности, а някои имат религиозни нужди. Затова духовността често

е в единодействие с религията. Думата „религия“ е латинска и от древността съществуват различни мнения за нейното значение. Цицерон смятал, че думата religio е съставена от re-legere – предпочитам, размислям, обсъждам, препрочитам, т.е. разсъждавам върху прочетеното в свещените книги, където са изложени религиозните вярвания. Според Лактанций думата religio произлиза от religare – свързвам, обвързвам, задължавам. Религията е връзката на човека със свръхестественото е и резултат от тази връзка за човешката душа. Тя е самостоятелен елемент в човешката душа и не може да се замени с други прояви на човешкия дух [4].

КОНЦЕПЦИИ ЗА СЪДЪРЖАНИЕТО НА ПОНЯТИЕТО „ДУХОВНОСТ“ И „РЕЛИГИЯ“

Разглеждането на духовността и религията при тежко болни пациенти изисква разграничаване на двата термина един от друг. Обикновено

духовността се приема като аспект от човешката същност, изразява се в поведение и мислене, свързани с нематериалния свят, с възвишени идеи и ценности. Човек може да бъде духовен, без да изповядва определена религия. От своя страна религията се свързва с вяра в свръхестественото, вяра в бог или богове, на които хората се покланят. Религиозните личности обикновено спазват конкретни правила и ритуали, предварително определени от догмите на съответната религия [3].

Един цялостен преглед върху здравната литература документираща 92 дефиниции на духовността [9]. Simsen дефинира духовността, като казва: „Духовността е част от човека, която е свързана с основното (неразгадаемото) значение на нещата и с отношението на човека към това, което е отвъд материалното“. Moberg счита, че тя е „Съвкупност от вътрешните ресурси на човека, основните значимости, около които са фокусирани всички останали стойности, централната философия на живота, която оказва влияние на цялото индивидуално и социално поведение“. Според Oldnall „Всеки индивид има духовни потребности, независимо дали индивидът е религиозен, или не“ [10].

Андрю Симс, бивш президент на Кралския колеж по психиатрия в Англия, счита, че: има многобройни определения на думата духовност; най-често тя означава това, за което личността живее, това, което я мотивира ежедневно; но също така тази дума означава онази, дори и най-слаба, неясна сила, съществуваща у всеки човек и неподдаваща се на описание. В своята творба „Наръчник по религия и здраве“ Кьонинг и др. разграничават понятията религия и духовност. Религията определят като „организационна съвкупност от вярвания, практики, ритуали и символи“, която дава на отделната личност достъп до свещеното (Бог, реалността отвъд света на трансцендентното и пр.). Духовността е определена като лично търсене на свещеното или среща с него и „вечните въпроси за живота, смисъла и отношението към свещеното или трансцендентното“. Духовността според тях „може да (но може и да не) възникне от развитието на религиозните ритуали“. Според Мартин Джафи – религиозен историк, „Религията е интензивна и постоянна култивация на начина на живот, която възвисява човешкото разбиране за нравствено обвързваща връзка между него,

човешкото общество и най-съществените структури на реалността“ [7].

През октомври 2010 г., работна група за духовни грижи към Европейската асоциация за палиативни грижи определя, че „духовността е динамичен аспект на човешкия живот, който се отнася до начина, по който хората (индивидите и общността) преживяват, изразяват и/или търсят значението, целта и трансценденталността и начина, по който се свързват с момента, със себе си, с другите, с природата, със значимото и/или свещеното“. Полето на духовното е многоизмерно и включва следните аспекти:

1. Екзистенциални предизвикателства (като въпроси, отнасящи се до идентичността, смисъла, страданието и смъртта, вината и позора, помириенето и опрощението, свободата и отговорността, надеждата и безнадеждността, любовта и радостта).

2. Съображения и становища, основани на ценностите (кое е най-важното за всеки човек, като отношението към себе си, семейството, приятелите, работата, природата, изкуството и културата, етиката, морала и живота сам по себе си).

3. Религиозни съображения и основания – вярата, убежденията и практиките, отношенията с Бог или основния принцип [11].

Духовността може да се тълкува по различен начин. Някои хора я отъждествяват изцяло с религиозни ценности. Други я възприемат като личностно израстване. Духовността е от фундаментално значение за много хора. Тя е модел на живот на даден човек. Здравните грижи винаги са включвали и духовно измерение. Това е продиктувано от следните характеристики на духовността:

- всяко човешко същество, независимо от това дали е религиозно, или не, притежава духовност;
- духовността обхваща целта и значимостта на съществуването на индивида;
- духовността е уникална при всяко лице;
- тя се опира на културните, религиозните и семейните традиции и се модифицира от жизнения опит;
- духовността представлява основата за поведението на даден индивид;
- при хора с религиозна вяра духовността обикновено се вражда в рамките на тяхната религия [1].

Както показват тези определения, духовността не се ограничава само до религиозната принадлежност и практики на дадено лице. Тя е много по-широко понятие. Духовността се разбира като измерение на човека, което координира всички други измерения на човешката личност – физическо, умствено, емоционално – определящи цялостното му съществуване. Изхождайки от посочените определения, е очевидно, че духовните аспекти на здравните грижи полемизират връзката между духа и тялото.

Възприемането на света от индивида е тясно свързано с неговото културно и религиозно минало и има дълбоко отражение върху здравните грижи [6].

Резултатите от проучвания и щателни изследвания на отношението между здраве и религия, предприети от Кьонинг, Макалоу и Ларсън, доказват, че религиозната вяра и религиозният живот са важни фактори за това как хората преодоляват болестта. Като прилагат това мнение в по-общ план, те заключават, че: „Религиозните или духовни намеси могат да помогнат на такива лица да използват духовните си ресурси за подобрене на функционирането си, за намаляване на изолацията си и за улесняване на лечението си” [7].

През последните десетилетия в над 1000 проучвания са изследвани някои аспекти на взаимовръзката между религията и физически и психични здравни проблеми. Религиозното влияние е установено при редица физиологични състояния, като: себеописание на здравето, функционални ограничения, възстановяване на болести и ниво на смъртност, както и психични състояния като удовлетвореност от живота, цялостно благополучие, депресия и тревожност. Повечето от тези проучвания показват стабилна зависимост между религия и здраве, при което по-силната обвързаност с религията се свързва с по-добри резултати за здравето. Хипотетично обяснение за тази взаимовръзка е фактът, че вярващите индивиди се държат по различен начин [5].

Хора със сериозни здравни проблеми, хора, които се борят с опасни за живота или причиняващи инвалидност болести, ни казват най-много как религията е свързана със здравето [7]. Някои проучвания показват, че тези, които са духовни, са склонни да имат по-положителна перспектива и по-добро качество на живот. Например пациенти с напреднал рак, които са намерили утеха в своите религиозни и духовни убеждения, са по-доволни от живота си, по-щастливи и са изпитвали по-малко болка [8]. Причина за това е фактът, че вярващите и духовните хора възприемат света по различен начин – като поредица от уроци и изпитания, чието изживяване води до издигането на по-високо ниво [5].

Библиография

1. Александрова С. Хосписни грижи. Плевен, Изд. център ВМИ, 2002, с. 10, 107, 108.
2. Андрейчин Л, Георгиев Ст, Илчев Н и др. Български тълковен речник, София, 1976.
3. Маринова П, Аспарухова П. Духовността и религията в живота на пациенти с нелечими заболявания. *Medicine*, 2013; 3(1).
4. Епископ Никодим, Христов Цв. Апологетика. София, 1943 г., с. 22, 130.
5. Benjamins MR. Religious influences on preventive health care use in a nationally representative sample of middle-age women. *J Behav Med*, 2006; 29(1):1-16. (Реферат в Мед менидж здр пол, 2006; 37(4):26-36).
6. Benjamins MR. Religious influences on preventive health care use in a nationally representative sample of middle-age women. *J Behav Med*, 2006; 29(1):1-16. (Реферат в Мед менидж здр пол, 2006; 37(1):39).
7. Архиепископ Хризостом. Православна психотерапия. София, 2009, 25-56.
8. Puchalski CM. The role of spirituality in health care plans. *Bumc Proceedings*, 2001; 14:352-357.
9. Chochinov HM, Cann BJ. Interventions to Enhance the Spiritual Aspects of Dying. *J Palliat Med*, 2005; 8(Suppl 1).
10. Hutchison MG. Unity and Diversity in Spiritual Care. *Spiritual Care Nursing Practic*. September, 1998 – members.tripod.com
11. Standards for health care chaplaincy in Europe – enhcc.eu/turcu_standarts.

ВЪВЕЖДАНЕ В ПРАКТИКАТА НА ЕДИНЕН МОДЕЛ ЗА ЗДРАВНИ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ДЪЛБОКА ВЕНОЗНА ТРОМБОЗА

Т. Славкова

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

INTRODUCTION INTO THE PRACTICE OF A SINGLE MODEL FOR HEALTH CARE IN PATIENTS WITH DEEP VENOUS THROMBOSIS

T. Slavkova

Affiliate „Prof. Dr. I. Mitev“ – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. Complex surgical interventions requiring prolonged hospital stay and prolonged bed immobilization often lead to the development of deep vein thrombosis, also called phlebothrombosis. It is a disease, in which a blood clot forms in the lumen of a vein in the deep venous system. A secondary inflammatory reaction is induced, which gradually involves the thrombus, the venous wall and the perivenous tissues. The disease is characterized by swelling of the limb, tissue tension, discomfort, heaviness and pain. The actual incidence of venous thrombosis is difficult to determine due to the fact that many of them remain undiagnosed. Nearly 25% of hospitalized patients have some form of DVT, and in most cases it remains unrecognized. Nearly 50% of DVT cases develop PE. In over 90% of cases, the cause of PE is deep vein thrombosis. About a quarter of all post-operative DVTs occur after discharge from the hospital. Healthcare professionals are an integral part of the treatment team of patients in an outpatient or inpatient setting. Knowledge of the main risk factors for DVT, as well as the basic principles in their diagnosis, treatment and prevention, will increase the possibility of timely recognition and treatment of these complications and will improve the prognosis in patients. This in turn will increase the quality of health care offered. **Aim:** The aim of the present work is to analyze health care in patients with deep vein thrombosis, and to propose a model of health care in patients with deep vein thrombosis. **Materials and methods:** The subject of the study are health care specialists and patients diagnosed with deep vein thrombosis, admitted for treatment to MHAT “Dr. Stamen Iliev” AD, Montana. The main method of research is sociological, based on a direct individual survey and interview. Signs related to the organization of health care, competencies of medical specialists, as well as their role and place in the prevention and treatment of patients with deep vein thrombosis were studied. **Results and discussion:** The analysis of the data shows that the majority of respondents perceive positively the introduction of a model of health care in patients with deep vein thrombosis, which will lead to improved quality of care and better patient awareness of risk factors and disease prevention.

Key words: health care specialist, DVT, treatment, prevention, care

Адрес за кореспонденция: Татяна Славкова, Филиал „Проф. д-р И. Митев“ – Враца, МУ – София

Address for correspondence: Tatiana Slavkova, Affiliate „Prof. Dr. I. Mitev“ – Vratsa, Medical University – Sofia

ВЪВЕДЕНИЕ

Системата на здравеопазването и всички въпроси, свързани с нейното функциониране, са обект на особен обществен интерес. Това е още по-ясно изразено през последните десетилетия,

през които здравните грижи и здравеопазването като цяло се отнасят към глобалните обществени проблеми. Обществено-политическите и социално-икономическите промени в много райони по света, включително и в нашата страна, дават

своето отражение в повишаване на средната възраст на населението и увеличаване на хроничните заболявания, което още повече засилва вниманието на обществото към проблемите в сферата на здравеопазването. Развитието на качествени здравни грижи и услуги, медицината, основаваща се на доказателства, промоцията на здравето, пазарният механизъм и социалната справедливост в управлението на здравните ресурси са задължителни приоритети на здравните реформи както на национално, така и на международно ниво. Успешната реализация на тези реформи изисква повишаване на отговорността на пациента и на обществото като цяло за собственото им здраве и издигане на организационната култура в здравеопазването. Основно изискване към медицинската сестра е правилното разбиране на медико-социалните проблеми на пациентите. Изучаването и изследването на тези проблеми е предпоставка за подобряване на грижите и за осигуряване на пълноценен начин на живот на пациентите. Също така за медицинската сестра е важно да притежава компетенции не само за професионално осъществяване на грижите, но и за професионално поведение, основаващо се на съвременните професионални стандарти и професионална етика. Основната дейност на специалистите по здравни грижи се състои в контролирането и обучението на пациентите за точно спазване на лекарските назначения и за формиране на здравословни навици [1, 2], като по този начин се повишава тяхната мотивираност и активност в лечебния процес. Също така медицинската сестра подпомага пациентите да запазят своя пълноценен начин на живот както в дома, така и в социалната си среда [6].

Цел

Целта на настоящата работа е да се анализират здравните грижи при пациенти с дълбока венозна тромбоза, компетенциите на медицинските сестри и участието им в профилактиката и лечебния процес, като се предложи модел на здравни грижи за повишаване на качеството и ефективността.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Обект на изследване са специалисти по здравни грижи и пациенти с диагноза тежка венозна тромбоза, постъпили за лечение в МБАЛ

„Д-р Стамен Илиев”, Монтана. Основният метод на изследване е социологически, основаващ се на пряка индивидуална анкета и беседа. Изследването е проведено през 2017 и 2018 г. и обхваща 60 специалисти по здравни грижи.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

В болничните отделения от медицинската сестра се изисква да може самостоятелно да оценява състоянието и нуждите на пациента и да взема обосновани решения, свързани с определени отговорности, като от нейната професионална компетентност зависи ефективността на лечението и удовлетвореността на пациента. За предоставяне на ефективни и качествени здравни грижи за пациенти с дълбока венозна тромбоза е необходимо медицинските сестри да притежават съответните професионални компетенции, позволяващи им да участват пълноценно в цялостния процес на профилактика и лечение в съответствие с техните знания и умения.

Таблица 1. Разпределение на специалистите по здравни грижи по възраст

Възраст	Брой	Относителен дял [%]
до 27	8	13,33
28-35	14	23,33
36-44	22	36,66
45-52	12	20,00
53-60	4	6,66
Общо	60	100,00

Най-голям е относителният дял на медицинските сестри на възраст между 36 и 44 години – 36,66%, както и на възраст между 28 и 35 години и 45-52 години. Относителният дял на анкетираните до 27 години е 13,33%, между 53 и 60 години – 6,66%. От данните е видно, че изследването обхваща максимално широк възрастов диапазон на респондентите. Резултатите от проучването показват, че анкетираните медицински сестри имат професионален стаж от 3 до 47 години.

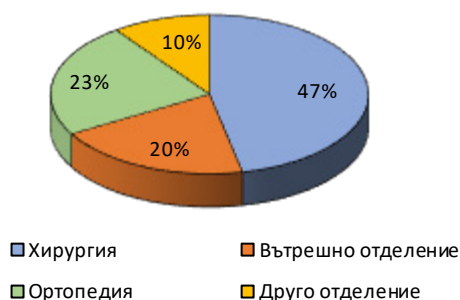
Най-голям е относителният дял на медицинските сестри с професионален стаж от 11 до 20 години – 41,66%, както и между 21 и 30 години и 31-40 години – съответно 23,33% и 21,66%. Про-

фесионалният стаж на 13,33% от анкетираните е между 3 и 10 години. Образователната система предоставя на професионалистите по здравни грижи както възможности да повишават образователната си степен – “бакалавър” и “магистър”, така и възможности за специализация и квалификация в различни направления.

Таблица 2. Разпределение на медицинските сестри според професионалния им стаж в болничната помощ

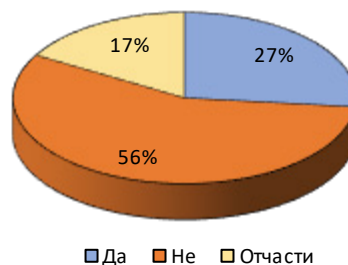
Професионален стаж, години	Брой	Относителен дял (%)
3-10	8	13,33
11-20	25	41,66
21-30	14	23,33
31-40	13	21,66
Общо	60	100,00

На фиг. 1 е представено разпределението на медицинските сестри според отделениято в което работят и спецификата на здравните грижи. Значителен е относителният дял (47,00%) на анкетираните от хирургично отделение, 23,00% работят в ортопедия и травматология, 20,00% – във вътрешно отделение, а 10,00% са посочили друго отделение. Това разпределение като цяло е в съответствие с рисковите фактори и спецификата на заболяването, от което засегнати са най-често пациентите в хирургичните и ортопедичните отделения на лечебните заведения.

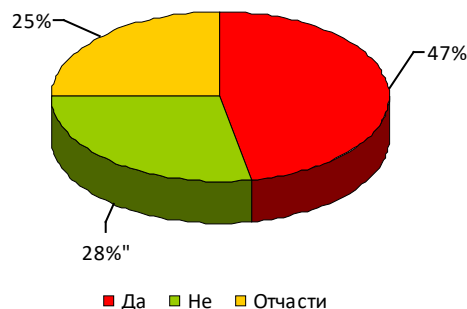


Фиг. 1. Разпределение на респондентите според спецификата на здравните грижи и болничните отделения

Както е видно от данните на фиг. 2, 56,00% от анкетираните не познават етиологията на заболяването, а 17,00% имат познания само отчасти. Едва по-малко от една трета от медицинските сестри (27,00%) са посочили, че притежават информация относно етиологията на флеботромбозата.



Фиг. 2. Познаване на етиологията на заболяването



Фиг. 3. Познаване на симптомите на заболяването

Аналогични са резултатите от проучването на възможностите на медицинските сестри за разпознаване на симптомите на заболяването и на първите му признаци. 28,00% от анкетираните отговарят, че не познават симптомите на флеботромбозата, 25,00% смятат, че ги познават само отчасти, а 47,00% дават положителен отговор. Тези резултати са показателни за необходимостта от провеждане на специализирано обучение на професионалистите по здравни грижи относно рисковите фактори, диагностиката, лечението, профилактиката и усложненията на флеботромбозата. Разширяването на компетенциите на медицинските сестри и специализацията им в конкретна насока ще подобрят качеството на здравните грижи, които трябва да бъдат съобразени с особеностите на заболяването и с произтичащите от тях медицински и социални проблеми на пациентите. По този начин ще се повиши ефективността на лечението и удовлетвореността на пациентите и техните близки, като важно условие за икономическа рентабилност, конкурентоспособност и устойчиво развитие на лечебното заведение. Също така предоставянето на възможности за допълнителното обучение на работното място влияе благоприятно и върху мотивацията на персонала, която е свързана с перспективите за повишаване на квалификацията и удовлетвореността от работата.

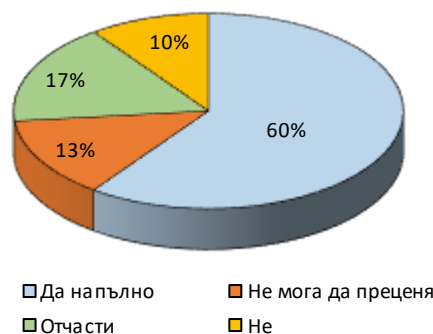
Таблица 3. Оценка на медицинските сестри относно потребностите на пациентите с флеботромбоза от грижи

Начин на възприемане	Брой	Относителен дял (%)
Потребност от непрекъснати здравни грижи	15	25,00
Потребност от обучение и подпомагане	23	38,33
Потребност от наблюдение и контрол	12	20,00
Потребност от консултиране за самообгрижване	10	16,66
Общо	60	100,00

Професионалистите по здравни грижи са неизменна част от лекуващия екип на пациентите с флеботромбоза както в амбулаторни, така и в стационарни условия. Организацията на работата в болничните отделения и качеството на здравните грижи определят до голяма степен удовлетворението на пациентите от медицинското обслужване, което зависи от качеството на извършваните манипулации и процедури, от хигиената и цялостната организация на дейностите в отделението. Преобладаващата част от професионалистите по здравни грижи оценява потребностите на пациента като постоянни – 25,00%, а 16,66% считат, че пациентите имат нужда от консултация и грижи. 38,33% посочват, че пациентите се нуждаят от обучение и подпомагане, и 20,00% – че имат потребност от наблюдение и контрол. Това е положителен индикатор за отговарящо на принципите на сестринството отношение към пациента, което е задължително условие за качество и ефективност на грижите.

Резултатите от изследването показват, че по-голяма част от професионалистите по здравни грижи възприемат положително изработването и въвеждането на единен модел на здравните грижи за пациенти с диагноза дълбока венозна тромбоза.

60,00% от медицинските сестри считат това за напълно необходимо, 17,00% от анкетираните изразяват резерви по този въпрос, 10,00% са на мнение, че това не е необходимо, а 13,00% не могат да преценят. Резервите или нежеланието на тази част от анкетираните вероятно са обусловени от съмнения за това доколко такъв модел ще съответства на квалификацията и компетенциите на професионалистите по здравни грижи и до каква степен лечебното заведение ще осигури условия за обучение на персонала.



Фиг. 4. Необходимост от въвеждане на модел на здравните грижи за пациенти с дълбока венозна тромбоза

Придържането към предварително разработен и въведен стандартен модел на грижите, съобразен със спецификата на отделението, позволява прецизирането на отговорностите на медицинските сестри. Неговото разработване включва комплекс от последователни дейности, като събиране на информация, анализиране на състоянието на пациента и поставяне на сестринска диагноза, планиране на грижите и тяхното осъществяване, оценяване състоянието на пациента. Това може да се осъществи само когато цялата информация се документира от медицинската сестра в досието за здравни грижи. В този документ се отразява цялостната дейност по отношение на извършваните грижи, манипулации и процедури за пациента, като част от общото му досие.

Здравните заведения, които искат да предложат по-високо качество, е необходимо да създадат условия за обучение на професионалистите по здравни грижи за прилагане на адекватни грижи в съответствие със спецификата на заболяването и медицинските и социалните нужди на пациентите.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въвеждането в практиката на предварително разработен и научнообоснован стандартен модел на грижите за пациенти с флеботромбоза, позволява прецизирането на отговорностите на медицинските сестри при оптимално използване на човешките и материалните ресурси. Неговото разработване включва комплекс от последователни дейности, от чието изпълнение зависи качеството на здравните грижи. Ефективната организация на здравните грижи при приемане на пациентите в отделението е пряко свързана с адаптацията им

към болничната обстановка, а също така спомага за ранната диагностика на заболяването.

Своевременното диагностициране на пациентите определя до голяма степен възможностите за ефективно лечение, което изисква от медицинските сестри познаване на етиологията, симптомите и първите признаци на заболяването. Комуникацията и демонстрирането на добро отношение и добронамереност от страна на професионалистите помагат за преодоляването на негативните емоции на пациентите при приемането им в отделението и определят тяхната информираност. Това от своя страна изисква правилно планиране, осигуряващо достатъчен брой квалифицирани медицински сестри и съответната организация на грижите, като предпоставка за удовлетвореност на пациентите и ефективност на лечението.

Библиография

1. Благоева Д, Василева Н, Богданова К. Здравни потребности – същност, фактори, задачи и приоритети. Тридесет и четвърта научно-технологична сесия. “Интердисциплинарната идея в действие”. София, 2014; 104-110.
2. Богданова К, Благоева Д, Кантарева П, Георгиева С. Ролята на медицинската сестра в профилактиката на остеопорозата, Трета научна сесия на медицински колеж – Варна. Варненски медицински форум. 2014; 3(приложение 4):11-15.
3. Василева Н, Благоева Д, Богданова К. Намалена ефективност при комуникацията с възрастни хора в болнична обстановка. Тридесет и четвърта научно-технологична сесия. “Интердисциплинарната идея в действие”. София, 2014; 111-115.
4. Дойчинов А. Болести на венозната система. В: Клинична ангиология. Под ред. на А. Дойчинов. София, Мед и физк, 1990; 256-274.
5. Топалов Й. Тромбофлебит. В: Съдова хирургия. К. Тодоров, П. Левичаров. София, Мед и физк, 1990; 210-230.
6. Чанева Г, Стамболова И. Качество на здравните грижи. Протокол за здравните грижи. В: Управление на здравните грижи. Под ред. на С. Попова, София, Филвест, 2003, 79-83.
7. Strandness DE. Acute venous thrombosis. In: Duplex scanning in vascular disorders. Philadelphia. USA, Lippincott Williams & Wilkins. 2002; 27.



СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ЗА ПАЦИЕНТИ С ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Павлинка Петкова Добрилова, учебник,
I издание, 2020, ЦМБ, МУ – София

Учебникът Сестрински грижи за пациенти с онкологични заболявания предоставя възможност на студентите от специалност „Медицинска сестра“ да получат необходимите знания по отношение на профилактика, диагностика, лечение и специални сестрински грижи при пациенти с онкологични заболявания. Авторката отделя специално внимание на рисковите фактори на онкологичните заболявания, поради факта, че медицинските сестри имат съществена роля при обучението и информирането на пациентите. Описани са сестринските грижи при по-често срещаните онкологични диагнози на различните органи и системи при човека. Включени са съвременни данни за епидемиологията, диагностиката и лечението на злокачествените новообразувания. На студентите се предоставя възможност да се запознаят с приложението на сестринския процес при грижите за пациенти с онкологични заболявания.

Отразена е спецификата на сестринските грижи при пациенти със злокачествени новообразувания, като се използва подходяща терминология и съответните класификации.

По този начин на студентите се предоставят синтезирана информация и данни относно разнообразните онкологични заболявания. Разгледани са също така теми, свързани с провеждането на лъчелечение, химио- и хормонотерапия при пациентите с онкологични заболявания, при които ролята на медицинската сестра е изключително специфична. За да се осигурят на пациентите подходящите и качествени здравни грижи е необходимо медицинската сестра да познава потенциалните проблеми на пациентите и да извършва грижи за превенция на усложненията.

В учебника са включени и основните направления на палиативните грижи при пациенти с онкологични заболявания. Един от водещите проблеми на пациентите с онкологични заболявания е болката, поради което е важно медицинската сестра да има необходимата подготовка и компетентност да проследява състоянието на пациента и да изпълнява назначената лекарствена терапия. Осигуряването на комфорта на пациента чрез адекватни грижи е възможно да се постигне чрез прилагането на съвременните подходи за сестрински грижи.

Етичните проблеми на пациентите с онкологични заболявания са разгледани от гледната точка на етичните принципи и професионалната отговорност на медицинската сестра.

ПАНДЕМИИТЕ – РАЗВИТИЕ В ИСТОРИЧЕСКОТО МИНАЛО И НА СЕГАШНИЯ ЕТАП

Цв. Джиганска

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

PANDEMICS – THEIR DEVELOPMENT IN THE HISTORICAL PAST AND AT THIS POINT OF HISTORY

Tsv. Dzhiganska

Affiliate „Prof. Dr. I. Mitev“ – Vratsa, Medical University – Sofia

Abstract. Through the ages, a number of scientific data on the specific culprits of broad-scale diseases taking millions of lives globally are accumulated. The struggle against pandemics is enriched, including also with certain vaccines. Knowledge achieved a high level. Generalization of the roles of social factors is attained. Man as a biological species cannot avoid the exposure of natural factors. The present paper is focused on some of the deadliest pandemics in human history and the struggle against them.

Key words: pandemic, past, present

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

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

ВЪВЕДЕНИЕ

Пандемия (от гръцки: παν, pan – „всички“, и δῆμος, demos – „хора“) е проява на инфекциозно заболяване, което се разпространява сред населението на определен обширен географски регион, континент или по целия свят, като се заразяват много хора. В процеса на формиране на познанието за епидемичния процес и на борбата с инфекциозните болести се достига до приемането на епидемиологията като „...самостоятелен клон на медицинската наука, който изучава причините за възникването и разпространението на заразните болести в човешкото общество и прилага получените знания за борба, предотвратяване и в крайна сметка за пълното изкореняване на тези болести“ (1960, Прага, СЗО).

Първобитният човек е имал погрешна представа за света. Познанието на древните народи (Египет, Китай, Индия), макар и оскъдно, съдържа първите догадки за контагиозния характер

на заразните заболявания. По-късно (XV-XIII век пр.н.е.) се предприемат мерки за изолация на болни с венерически заболявания, лепрозно болни, като в Китай се правят опити за защита от вариола чрез натурална вариолизация. Чисто емпиричният характер на мерките обуславя ниската ефективност.

В обществата след първобитното теорията и практиката се раздалечат в различни полюси и се превръщат в относително самостоятелни форми на обществена дейност. Високото равнище на древната натурфилософия създава плеяда мислители, сътворили забележителни произведения в областта на медицината (Хипократ, Аретей, Целзус, Гален, Авицена, Варо). В техните трудове е отразена първоначалната представа, че причинителите на заразните болести са живи организми (contagium vivum). Оформят се две главни направления за причинността на заразните болести. Хипократ търси преди всичко ролята на външната среда и особено на въздуха. Това е началото

на схващането за миазмата като първопричина. Тукидид определено говори за *contagium vivum* и оформя контагионистичното схващане. Установява се, че заразяването става чрез предметите на болния, чрез въздуха. От тези представи и емпирични наблюдения произтичат и мерките, с които древните хора се опитват да се борят с епидемиите. Към тях се отнасят изолацията, изгарянето на вещите на болните, дезинфекцията на вещите и въздуха, обеззаразяването с огън и изгарянето на трупове. В Рим се поставя началото на санитарното благоустройство, хранителния и водния надзор, изграждане на канализация и др. За прокажените се предприемат най-строги изолационни мерки. В европейските страни по време на чумната епидемия се устройват изолация, обсерватории и карантина. В Русия се стига до изгаряне на дворове и градове. Против вноса на инфекции се предвиждат карантинни мерки („Устав на карантините“, 1800).

Когато над медицината се налага църквата, тя „покрива“ цялото величаво наследство на древните мислители и култури.

От XVI до XVIII век промишлената революция в Европа, последвала времето на Възраждането, дава нов тласък на развитието на естествознанието, медицината и другите науки, с което се създават условия за натрупване на по-вярна информация за инфекциозните заболявания. Като велико научно постижение се приема теорията на Дж. Фракасторо (1478-1553), убедително доказваща контагиозния характер на масовите болести. В книгата „За заразите, заразните болести и тяхното лечение“ той пише: „Зародишите на заразните болести могат да се размножават и да произвеждат себеподобни... контагиозността е зараза, която преминава от едно лице на друго.“ Това учение, наречено контагионистично, изиграва прогресивна роля през следващите три столетия.

Най-забележителното откритие за това време е появата на ваксината за борба с вариолата, създадена от Е. Дженъер (1749-1823).

Втората половина на XVI в. се ознаменува с появата на нова наука – бактериологията, впослед-

ствие на мощното развитие на физиката, химията и биологията. В резултат на великите открития на Л. Пастър, Р. Кох, Вирхов, И. Мечников (поставил историческите основи на инфекцията и имунитета) и множеството им последователи абстрактният *contagium vivum* на гениалните мислители от предшествашите епохи се превръща във все по-конкретно явление, достъпно за изучаване с помощта на съвременни микробиологични методи.

Към средствата за борба се прибавят: ваксината срещу бяс (1885), ваксината срещу антракс (1880), противодифтерийният серум (1894), дифтерийният анатоксин (1924).

С развитието на научно-техническия прогрес се стига до заключение, че заразните болести могат да се явят или като единични, спорадични случаи, или във вид на ендемии, или като епидемия и най-после като пандемия. Всички тези форми на инфекциозната заболяемост обхващат понятието епидемичен процес.

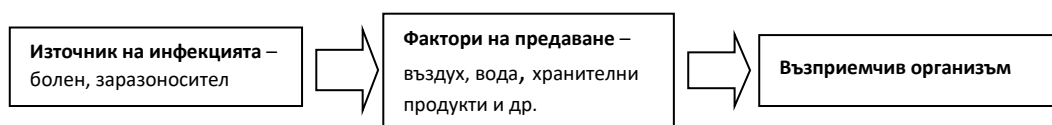
ЕПИДЕМИЧЕН ПРОЦЕС

Популацията на хората е не само биологична, но и социална категория. Докато инфекциозният процес е биологичен, то епидемичният процес не би могъл да съществува без човешкото общество. По своята същност той е биосоциален процес. Понятието *епидемичен процес* е въведено от Л. В. Громашевский. Той определя епидемичния процес като редица от свързани заразявания и произтичащи едно след друго инфекциозни състояния на хората.

За възникването на епидемичния процес са необходими три условия – извор на инфекция, механизъм на предаване и възприемчивост на населението (фиг. 1).

Според интензивността основните форми на епидемичния процес са:

➤ **Спорадемия** – епидемичен процес с инфекциозна заболяемост, която не надвишава обичайното ниво, и между епидемичните огнища няма видима епидемична връзка по време, място и път на разпространение.



Фиг. 1. Условия за възникване и протичане на епидемичния процес

➤ **Епидемичен взрив** – свързани помежду си инфекциозни заболявания с еднаква етиология, в ограничен колектив – детски ясли, градини училище и др.

➤ **Епидемията** е форма на епидемичния процес с инфекциозна заболяемост, която надвишава няколкократно обичайното ниво, и съществува епидемична връзка между отделните огнища по време, място и път на разпространение.

➤ **Ендемията** е форма на епидемичния процес със заболяемост, надвишаваща обичайното ниво в продължителен срок от време върху определена територия, с епидемиологична връзка между огнищата по време, място, път на заразяване и при специфични за тази територия природни условия.

➤ **Пандемията** е форма на епидемичния процес с извънредно висока заболяемост над обичайното ниво, като съществува епидемична връзка по време, място и пътища на разпространение между съществуващи епидемии. Поради високата интензивност на епидемичния процес пандемията може да обхване значителни територии по земното кълбо, евентуално всички континенти (фиг. 2).

ПАНДЕМИИТЕ В ИСТОРИЯТА НА ЧОВЕЧЕСТВОТО

Заразните заболявания са били неизменен спътник на човечеството по време на неговото историческо развитие. Ето някои от най-смъртонос-

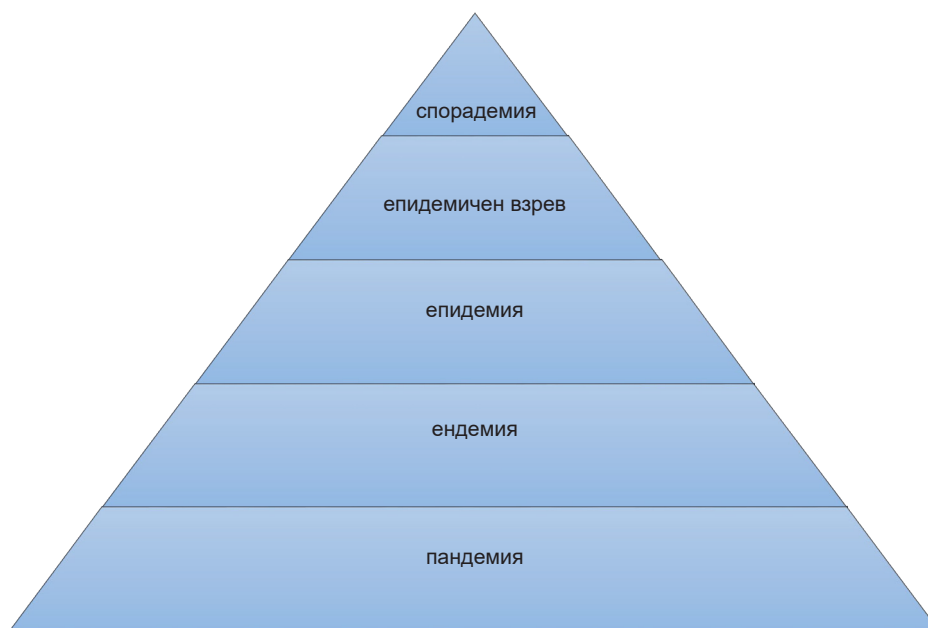
ните пандемии, от чумата до коронавируса от нов тип (COVID-19).

❖ **Холера.** От 1817 г. досега холерата напуска 7 пъти своето ендемично огнище (Индокитайски полуостров) и причинява 7 холерни пандемии, продължили 80 години от целия 110-годишен период. Наименованието на заболяването е дадено от Хипократ (chloe – жлъчка, rheo – тека). Р. Кох пръв открива и изолира класическия холерен вибрион през 1883 и 1884 г. През 1905 г. Готшлих открива холерния вибрион Ел Тор.

В България холерата за първи път е пренесена през 1831 г. от Румъния, за втори път от Цариград (1848), за трети път – през 1853 г., по време на Кримската война. През 1865 г. болестта отново е пренесена от Цариград (IV). По време на VI пандемия разпространението на холерата достига големи размери през Балканската (1912-1913 г.) и Първата световна война (1914-1918 г.)

Механизмът на предаване се осъществява по воден, хранителен и битов път. Решаващо значение имат социално-битовите условия. Ниската санитарна култура, лошото водоснабдяване, непълноценното хранене, лошите битови условия, незадоволителната лична и обществена хигиена способстват за бързо и широко разпространение на холерата.

❖ **Чума** (черната смърт) – VI, XIV, XVI, XVII, XVIII век. Пандемията започва в Източен Китай,



Фиг. 2. Форми на епидемичния процес

постепенно обхваща Индия и след това достига Европа. В своя връх през 1346-1353 г. болестта унищожаваша 30-60% от европейското население. Общо около 70-100 милиона души умират от нея по целия свят – една четвърт от хората, които са живели тогава. Много огнища има до XIX век. Чумата е особено опасна зоонозна трансмисивна инфекция с природна огнищност и основен резервоар диви гризачи. Основният механизъм за предаване на заразата е трансмисивният, чрез ухапване от заразени бълхи, които кръвосмучат от болен гризач или човек. Заразяването може да се осъществи чрез наранена кожа и лигавици, по алиментарен път (чрез консумация на заразено месо) и по въздушно-капков път при белодробната форма при човека.

В България заболяването е епидемично, разпространено от XVI век в различни райони на територията ни. След 1838 г. няма данни за разпространение на чумата в страната.

❖ **Туберкулоза** ("жълтата гостенка"). През 1815 г. един от всеки четирима умира в Англия, а през 1918 г. от нея умира един на всеки шестима във Франция. През XX век от туберкулоза загиват около 100 милиона души. Въпреки усилията, полагани в борбата с тази болест през последните години, само през 2017 г. от нея са се заразили 10 милиона души, а са починали 1,6 милиона. Според данните на СЗО от 2000 г. досега усилията на здравните служби по света са успели да предотвратят смъртта на 54 милиона души, заразени с туберкулоза. Главният причинител на туберкулозата при човека е аеробната неподвижна бактерия *Mycobacterium tuberculosis*. Бактериите на туберкулозата могат да се разпространяват по въздушно-капков път или да навлязат в кръвния поток от участък с нарушена тъкан (милиарна туберкулоза). Срещу заболяването е налична ваксина на Калмет и Герен (БЦЖ). БЦЖ е ефикасна ваксина срещу разпространяването на заболяването в детска възраст, но не осигурява достатъчна защита срещу белодробната туберкулоза, и все пак това е най-широко използваната ваксина в света, като с нея са ваксинирани над 90% от всички деца.

През 1993 г. Световната здравна организация обявява туберкулозата за „извънредна ситуация по отношение на здравеопазването в световен мащаб“.

В миналото в България заболяването е наричано с описателните имена *охтика* и *жълта гостенка*. Тези имена се свързват с характерните признаци на заболяването – прогресивна кашлица и отслабване.

❖ **„Галенска чума“**, наречена така по името на Гален – автора, който е описал симптомите на болестта. Благодарение на него, информацията е стигнала до наши дни. Наред с други симптоми, Гален описва обрив по тялото на заразения. Днес се предполага, че това е явлението, което древните историци наричат чума на Антонин – епидемия от едра шарка.

❖ **Едрата шарка** (*Variola Vera*). Позната е още от древността. В миналото е предизвиквала големи епидемии с милиони болни и жертви (причинила е над 56 милиона смъртни случая – 1520 г.). През 1796 г. английският лекар Е. Jenner открива противовариолната ваксина – първата в историята на специфичната профилактика. През 1906 г. Paschen описва вируса като т.нар. „елементарни телца“. Предаването на заразата става по въздушно-капков механизъм и чрез пряк контакт с вещи и предмети на болния. Единствен източник е само болният, който отделя вируса чрез горните дихателни пътища в края на инкубационния период и по време на болестта – до крустифицирането на обривните елементи.

От 1967 г. СЗО започна широкомащабна кампания за масова противовариолна ваксинация във всички страни в света, по-специално в Африка и Азия, със срок от десет години. В резултат на тази кампания през 1977 г. е регистриран последният болен от вариола в Сомалия, а през 1980 г. СЗО обявява вариолата за ерадикирано (изкоренено) човешко заболяване.

❖ **Испански грип** – 550 милиона случая по целия свят, 50-100 хиляди души починали; пандемия, причинена от грипния вирус, преминала през 1918-1919 г. За пръв път заболяването е регистрирано през март 1918 г. През октомври 1918 г. заболяването прераства в пандемия, обхванала целия свят. Заболява около една трета от населението (около половин милиард души). Вирусът бил изключително вирулентен и за около 18 месеца се превръща в убиец на около 50 милиона души.

❖ **Азиатски грип** 1957-1958 г., убива 2 милиона души по целия свят.

❖ **Хонконгски грип** – 1968-1969 г. убива 34 хиляди души по целия свят.

❖ **СПИН** – синдромът на придобитата имунна недостатъчност е заболяване на човешката имунна система, причинено от вируса на човешката имунна недостатъчност (HIV). Първи случаи на заболяване на млади мъже хомосексуалисти с поява на опортюнистични инфекции и сарком на Капоши са описани през 1981 г. от Gottlieb, Siegal, Masur в САЩ. През 1983 г. два екипа от вирусолози във Франция и в САЩ едновременно откриват причинителя. През 1984 г. от А. Rubinstein е описан първият случай на дете, а през 1985 г. Montagnier открива тип 2 на причинителя. В наши дни (2020 г.) повече от 45 милиона са заболелите в световен мащаб, от които над 42 хиляди са починали. Механизмите на пренасяне са три: полов, кръвен, вертикален (заразяване на новороденото от майката – основно интра- и перинатално, само 10% вътреутробно). Днес с болестта живеят между 31 и 35 милиона, особено в Африка.

❖ **COVID-19** – от 2019 г. до момента. Заразата, която промени социалното, икономическото, психологичното и най-вече здравното състояние на населението в настоящето. Идентифицирана е за първи в град Ухан, провинция Хубей, Китай, в края на декември 2019. В края на 2020 г. над 90 милиона са заразени по целия свят, а близо 2 милиона са смъртните случаи. Коронавирусът, причиняващ COVID-19, засяга различни хора по различен начин. Повечето заразени хора развиват леко до умерено заболяване и се възстановяват без хоспитализация. Епидемията от COVID-19, която започна в края на 2019 г., беше обявена за пандемия от Световната здравна организация (СЗО) на 11 март 2020 г. Това е първата пандемия, причинена от коронавирус, която тепърва ще бъде обект на анализи. След оценка на Европейската агенция по лекарствата и след консултация с държавите – членки на ЕС, на 21.12.2020 г. Европейската комisia одобри първата ваксина срещу COVID-19.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

През цялата история на човечеството е имало редица пандемии, които засягат хората в световен мащаб. За съвременното здравеопазване значение има прекратяването на пандемии, независимо от това дали причинителят циркулира в природата, или не. Стремешът трябва да бъде към балансирано съществуване на видовете, в това число и патогенните. Без превантивни стратегии пандемии ще се появяват по-често, ще се разпространяват по-бързо, ще убиват повече хора и ще повлияят на световната икономика с по-опустошителни последици отвсякога.

Библиография

1. Апостолов М, Иванова П. История на медицината и сестринството, София, Горекс Прес, 1998.
2. Ангелов Л, Георгиев П, Драганов П, Монов В, Новкиришки В. Под ред. на П. Георгиев. Епидемиология на инфекциозните болести, МФ, София, 1993.
3. Диков И. Инфекциозни болести. Знание, 2006.
4. Монов В. Епидемиология. Знание, 1999.
5. Стойчева М. Практически ръководство по инфекциозни болести, 2017.
6. Barry JM. The Great Influenza: The Epic Story of the Greatest Plague in History. Viking Penguin, 2004..
7. Chinese Clinical Guidance for COVID – 19 Pneumonia Diagnosis and Treatment (7th edition), published by China National Health Commission, 4 March, 2020. (Детски и инфекциозни болести, 2020; 20(1).).
8. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (Eds.). Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases, 7th ed. Philadelphia, PA, Churchill Livingstone Elsevier, 2009.
9. Guss DA. The acquired immune deficiency syndrome: an overview for the emergency physician, Part 2. J Emerg Med, 1994; 12(4).
10. Taubenberger JK, Morens DM. 1918 Influenza: the mother of all pandemics. Emerg Infect Dis 12 (1). Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2006.
11. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>.

mHEALTH – ПРЕГЛЕД И РАЗВИТИЕ

Ст. Великов, К. Мерджанов

Катедра „Оценка на здравните технологии“, ФОЗ, МУ – София

mHEALTH – REVIEW AND DEVELOPMENT

St. Velikov, K. Merdzhanov

Chair of Health Technology Assessment, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Abstract. The use of mobile and wireless technologies to support the achievement of health objectives (mHealth) has the potential to transform the face of health service delivery across the globe. A powerful combination of factors is driving this change. These include rapid advances in mobile technologies and applications, a rise in new opportunities for the integration of mobile health into existing eHealth services, and the continued growth in coverage of mobile already 5G networks. Moving towards a more strategic approach to planning, development, and evaluation of mHealth activities will greatly enhance the impact of mHealth. Increased guidance and information are needed to help align mHealth with broader health priorities in countries and integrate mHealth into overall efforts to strengthen health systems.

Key words: mHealth, eHealth, telemedicine

Адрес за кореспонденция: Доц. Стефан Колев Великов, e-mail: s.velikov@foz.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Assoc. Prof. Stefan Kolev Velikov, e-mail: s.velikov@foz.mu-sofia.bg

Развитието на технологиите е една от основните характеристики на съвременния свят. На практика се достига до повсеместно внедряване на информационни и комуникационни технологии в дейностите, като медицината не прави изключение. Това поставя медицинския специалист пред повишени изисквания, а именно – нова, високотехнологична среда, в която се извършват дейностите. През последните няколко десетилетия в медицината намериха своето място многобройни електронни апарати и технологии за изследване, лечение и за обработка на информацията. Днес здравеопазването е неразривно свързано с употребата на модерни компютърни технологии в лечебната и диагностичната практика, като се осигурява оптималност на дейностите – диагностика, лечение, финансиране, отчетност, обмен на информация [1].

В същото време електронните и телекомуникационните технологии продължават да се развиват лавинообразно, което определя нови измерения пред методите и задачите на медицината и на лекаря в частност. С пълна сила може да се твърди, че внедряването на технологиите в медицината изостава в сравнение с тяхното развитие. Това поставя лекарската общност пред необходимостта от овладяване на нови познания и умения за работа в новата информационна и технологична среда.

mHEALTH – ДЕФИНИЦИЯ

В най-простата си дефиниция mHealth е подгрупа от по-широкия термин „телездравеопазване“ и се отнася до специфичен начин за използване на мобилни технологии за постигане на подобрени здравни цели.

Според Световната здравна организация mHealth е „използване на мобилни и безжични технологии в подкрепа на постигането на здравните цели“. National Institutes of Health (NIH) определя mHealth като „използването на мобилни и безжични устройства (мобилни телефони, таблети и др.) за подобряване на здравните резултати, здравните услуги и здравните изследвания“ [2].

Разбира се, ключовата дума в тези определения е „мобилен“. mHealth покрива много специфичен тип телездраве – наличие на апликация, приложение и в много от случаите – липса на клиницист. В по-широк смисъл mHealth е набор от приложения, устройства, връзки, които позволяват на потребителя да бъде мобилен или да достигне по различни начини до здравните услуги [3]. mHealth е използването на мобилни комуникационни устройства, като мобилни телефони, таблетни компютри и персонални цифрови устройства, за здравни услуги и информация.

Нормално е, на фона на „класическата“ медицина, този нов подход в здравеопазването да намира отпор както от страна на лекарите, така и от страна на пациентите. Основната причина за това е липсата на физически контакт между предоставящата здравната услуга и нейния потребител.

От друга страна, изискванията към лекарите са неимоверно високи от чисто медицинско естество. Въвеждането на информационните и комуникационните технологии в медицинската практика е допълнителен утежняващ фактор, неизбежно водещ до конфликти в рутинната лечебна практика. Не само в България, но и в останалите европейски страни подобряването на дигиталните компетенции на завършващите лекари и специалисти по здравни грижи е от първостепенно значение.

ВЪЗМОЖНОСТИ И ПОТЕНЦИАЛ НА mHEALTH

mHealth позволява събирането на значителни медицински и физиологични данни, дневна активност и данни за околната среда. Това би могло да послужи като основа за доказателство на изследователски дейности, като същевременно се улеснява достъпът на пациентите до тяхната здравна информация навсякъде и по всяко време. Също би могло да бъде подкрепено предоставянето на висококачествено здравно обслужване

и да се даде възможност за по-точна диагностика и лечение. Мобилните приложения могат да насърчават спазването на здравословен начин на живот, което води до по-голяма персонализираност от страна на човека при приемане на медикаменти и лечение на даден вид заболяване. Възможностите и потенциалът на mHealth могат да се разгледат в следните аспекти:

- За здравеопазването

- Повишена превенция/качество за живот – откриване в ранен стадий на хронични заболявания. Освен това може да помогне за преодоляване на нежеланието на пациента да потърси помощ. Превенцията може значително да повлияе качеството на живот. Ангажираността на населението допринася за по-здравословен начин на живот, което от своя страна води до намаляване на финансовия натиск върху здравните системи в ЕС;

- По-ефективно и устойчиво здравеопазване – mHealth може да допринесе за по-ефективен начин за предоставяне на грижи, чрез по-добро планиране, намаляване на ненужните консултации и управление на хроничните заболявания чрез дистанционно наблюдение и контрол. Използването на мобилни устройства може да подобри комуникацията и да намали с до 30% времето за преглед [7];

- По-активно участие на пациентите – mHealth подкрепя променящата се роля на пациента от пасивен наблюдател към по-активен участник, като повишава отговорността му за собственото здраве. Може да повлияе върху информираността и мотивацията на пациента.

- За пазара

- mHealth пазар – mHealth се очертава като допълнителен метод за предоставяне на здравни услуги, изграждане на повсеместна свързаност на мобилни мрежи и разпространение на смартфони и таблети. Изследване на СЗО показва, че в страните с високи доходи mHealth може значително да намали разходите за здравеопазване, докато в развиващите се страни разходите ще се увеличат главно от необходимост за достъп до първична медицинска помощ [5];

- Пазар на мобилни приложения – Според Бостън Технолоджис (водеща компания за мобилни и софтуерни услуги) световният пазар на mHealth нараства експоненциално. Към 2018 г. има над 325 000 приложения, свързани със здравето, които

се предлагат от едната или другата основни операционни смартфон системи на Google или Apple. Анализът показва, че 70% от тези приложения са насочени към добър начин на живот и фитнес сегменти и 30% – към здравните специалисти [8].

АНАЛИЗ НА РЕАЛИЗИРАНИТЕ mHEALTH ИНИЦИАТИВИ

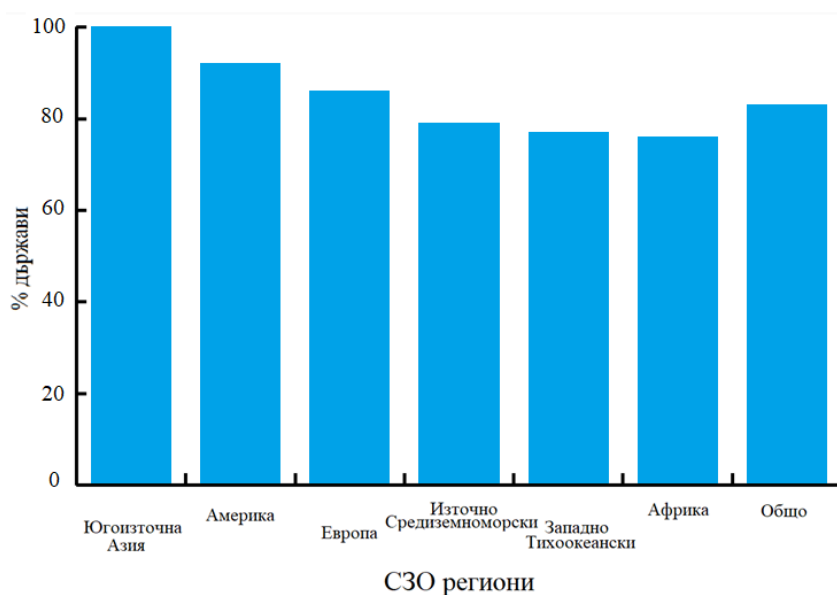
Мотивацията за развитието на сферата на mHealth се дължи на два фактора. Първият фактор се отнася до безбройните ограничения, които изпитват системите за здравеопазване в развиващите се страни. Тези ограничения включват висок прираст на населението, голяма тежест на разпространението на болестите, ниска работна сила в здравеопазването, голям брой селски жители и ограничени финансови ресурси за подкрепа на здравната инфраструктура и здравните информационни системи. Вторият фактор е скорошното бързо нарастване на проникването на мобилни телефони в развиващите се страни до големи сегменти от здравната работна сила, както и до населението на една страна като цяло. С по-голям достъп до мобилни телефони до всички сегменти на дадена държава, потенциалът за намаляване на разходите с цел по-добро здравеопазване се подобрява.

Комбинацията от тези два фактора е мотивирала много дискусии за това как по-голям достъп до технологиите на мобилните телефони може да

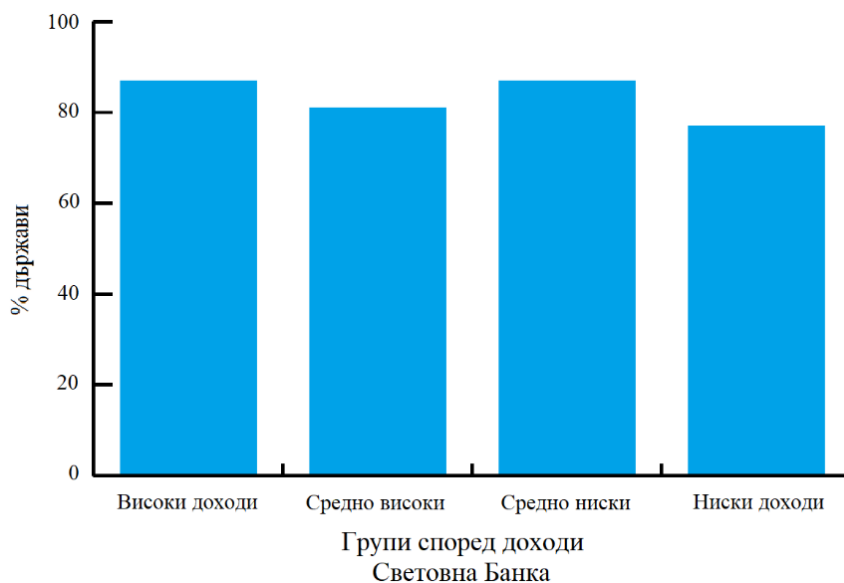
се използва за смекчаване на многообразния натиск, пред който са изправени системите за здравеопазване в развиващите се страни.

Представяме резултати от проучване на СЗО на mHealth инициативи от глобална, регионална и икономическа перспектива и групите на доходите според на Световната банка [6]. Проучването установява, че повечето държави използват инициативи за здравеопазване: 83% от 112-те участващи членове съобщават за наличието на поне една инициатива за здравеопазване в страната (фиг. 1). От тях през три тримесечия се отчитат четири или повече видове инициативи за mHealth. 19 не са докладвали наличието на инициатива mHealth. Важно е да се отбележи, че това не означава, че в страната не се провеждат инициативи за здравеопазване. Малки проекти от неправителствени организации може да са извън полезрението на интервюираните експерти.

Най-малко 75% от участващите държави членки от всеки регион на СЗО съобщават за наличието на една инициатива за mHealth в страната (фиг. 1). Страните в Африканския регион отчитат най-малко инициативи, докато тези в региона на Югоизточна Азия отчитат най-много. На фиг. 2 са представени резултатите от проучването по групи доходи на Световната банка. Групата с ниски доходи отчита най-малко участващи държави членки с поне една инициатива за здравеопазване (77%), което обаче



Фиг. 1. Страни, съобщили за поне една mHealth инициатива, по региони на СЗО



Фиг. 2. Страни, съобщили за поне една mHealth инициатива, по групи доходи според СБ

не е значително по-ниско от това за групата с високи доходи (87%). Въз основа на широкото разпространение на докладваната дейност по mHealth както в географски, така и в икономически план, изглежда, че mHealth е подход с глобална привлекателност.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Като извод може да се подчертае нарастващата употреба на информационни и комуникационни технологии в медицината. Глобалната криза, породена от COVID-19, повлиява появата на мобилни приложения за регистриране, контрол и представяне на заболяемостта. Предлагат се както уеббазирани приложения, така и отделни приложения за мобилни устройства. С пълна сила може да се каже, че mHealth във всичките си проявления ще заема все по-голям дял от електронното здравеопазване.

Библиография

1. Цончев З. Анестезиология и интензивно лечение – онлайн, автореферат, 2014.
2. World Health Organisation. mHealth – New horizons for health through mobile technologies, Global Observatory for eHealth series – 2011, 3, 6.
3. <https://news.careinnovations.com/blog/what-is-mhealth-how-is-it-different-from-telehealth>
4. Boehm E. Mobile Healthcare's Slow Adoption Curve, Forrester Research, Inc, 2011.
5. eHealth Action Plan 2012-2020. Innovative healthcare for the 21st century, 9-10.
6. <http://data.worldbank.org/about/country-classifications>
7. Blue Chip Patient Recruitment. Leveraging Mobile Health Technology for Patient Recruitment. October 2012.
8. mHealth Market Growth Statistics 2019-2025, <https://www.gminsights.com/industry-analysis/mhealth-market>

ИНФОРМИРАНост И ГОТОВНОСТ НА ОБЩЕСТВОТО ЗА ИЗПОЛЗВАНЕ ВЪЗМОЖНОСТИТЕ НА mHEALTH

Ст. Великов¹, К. Мерджанов¹, А. Кехайов²

¹Катедра „Оценка на здравните технологии“, ФОЗ, МУ – София

²Катедра „Здравна политика и мениджмънт“, ФОЗ, МУ – София

AWARENESS OF THE SOCIETY FOR USING THE OPPORTUNITIES OF mHEALTH

St. Velikov¹, K. Merdzhanov¹, A. Kehayov²

¹Chair of Health Technology Assessment, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

²Chair of Health Policy and Management, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Abstract. The use of mobile and wireless technologies to support the achievement of health objectives (mHealth) has the potential to transform the face of health service delivery across the globe. The main question is related to awareness and readiness of the society for using the opportunities of mobile technologies. The continued growth in coverage of mobile already 5G networks brings new challenges to patients and physicians and offers increasing opportunities for development of mHealth. Patient awareness of the application of mobile applications in healthcare was studied.

Key words: mHealth, eHealth, society awareness

Адрес за кореспонденция: Доц. Стефан Колев Великов, e-mail: s.velikov@foz.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Assoc. Prof. Stefan Kolev Velikov, e-mail: s.velikov@foz.mu-sofia.bg

Новите технологии в подкрепа на мобилното здраве (mHealth) революционизираха здравната индустрия. Налагането на mHealth приложения като основен източник на информация стимулира растежа на пазара. Според United Healthcare Consumer Sentiment Survey към 2017 г. близо 28% от американците са използвали приложенията на mHealth като основен източник на здравна информация [1]. Нарастващото използване на мобилни устройства допринася значително за растежа на пазара на mHealth приложения.

Непрекъснатото разработване на приложения за пациенти, които да следят здравето си, стимулира растежа на пазара на мобилни приложения.

Платформата за mHealth е създадена за първи път от професор в Лондонския университет Кингстън през 2003 г. mHealth се превърна в 4G здраве през годините и се използва широко от днешното поколение. Последните разработки, които включват сензорни технологии, нарастват с по-бързи темпове. В индустрията има множество „играчи на пазара“, които са изправени пред голяма конкуренция по отношение на техния дял на световния пазар.

С нарастващото навлизане на смартфони по целия свят, чрез mHealth се предоставят няколко възможности на пациентите и лекарите по отношение на комуникацията и сътрудничеството в реално време и помага на лекарите в процеса на

диагностиката, наблюдението и лечението. Освен това приложенията mHealth увеличават достъпа в селските райони до медицина и медицински специалисти, което е довело до нарастване на търсенето на приложения на mHealth в селските райони.

Системите на здравеопазване в Европа са изправени пред нови предизвикателства като застаряването на населението и увеличаването на бюджетното оптимизиране за намаляване на разходите. В този контекст mHealth може да бъде един от инструментите за справяне с тези предизвикателства, като допринася за по-голямо съсредоточаване върху пациента в здравеопазването, и подкрепя за преминаването към превенция от заболяване, докато в същото време подобрява ефективността на системата.

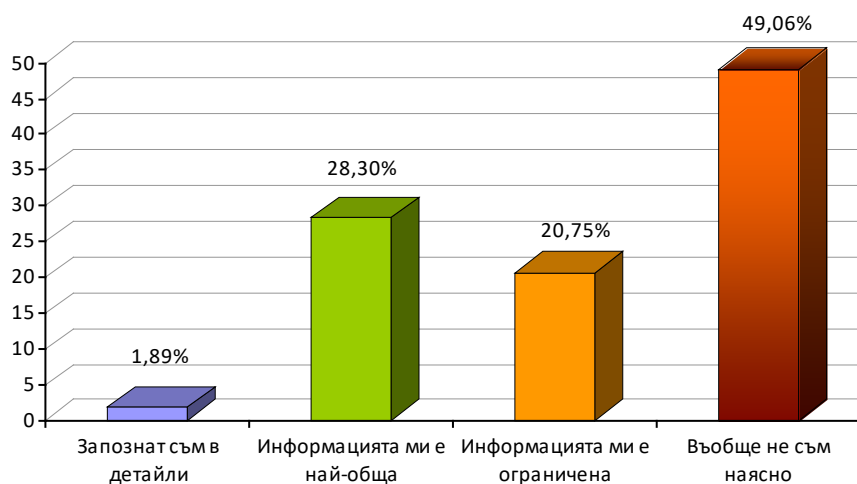
Това има връзка с идеята, че съществуват възможности за усъвършенстване на управлението на финансовите и материалните ресурси за болнична помощ, управление на разходите за намаляване на лекарските посещения, понижаване на разходите за труд, намаляване на инвестициите в скъпи технологии, намаляване на разходите за излишни прегледи и на цените на медикаментите, съкращаване на разходите за медицинско проучване.

РЕЗУЛТАТИ

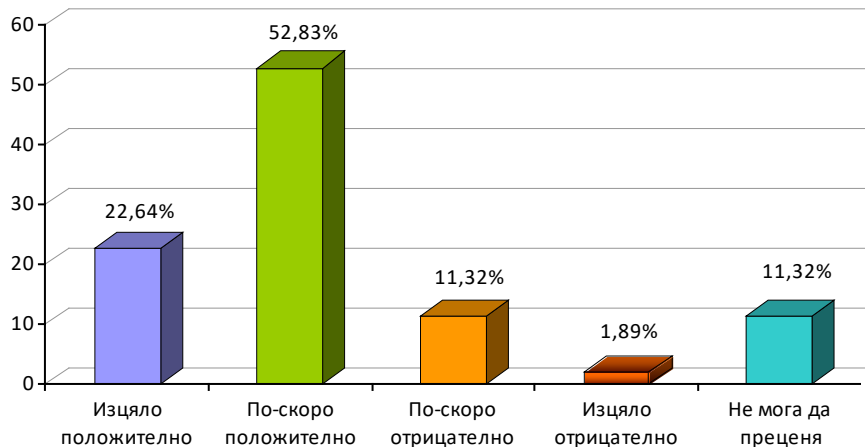
Въвеждането на mHealth решения подкрепя променящата се роля на пациентите – от една по-скоро пасивна към по-активна роля, като съ-

щевременно повишава тяхната отговорност за собственото им здраве, увеличава информираността и мотивацията им. Прехвърлянето на голяма част от дейностите по организиране и проследяване на грижите от здравните специалисти към пациентите неминуемо изисква редизайн на съществуващи инфраструктури и здравни организации. Това предполага промяна в ролята на професионалистите, с акцент към отдалечено наблюдение на пациентите и по-честа комуникация с тях. От друга страна, са нужни определена готовност и нагласа от страна на пациентите. Това е свързано с познаване и използване на мобилни устройства. Направеното проучване показва, че над 90% от анкетираните разполагат с мобилни устройства, като над 80% от отговорилите използват мобилни приложения всеки ден. Това е добра предпоставка за възможностите за осъществяване на mHealth решения, но възниква въпросът доколко пациентите са запознати с идеята за mHealth и със съответните мобилни приложения. Проучването показва, че половината от анкетираните не са запознати с mHealth приложения и едва 2% са запознати в подробности (фиг. 1) [1].

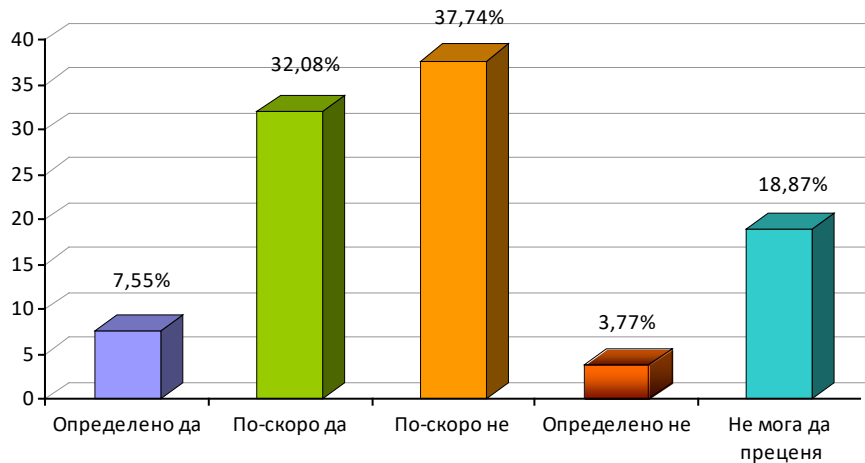
Анализът на нагласата на пациентите за използване на тази технология е направен, като се търси отговор на следните въпроси: Какво е мнението Ви по отношение на използването на такива приложения? Имате ли притеснение относно предоставяне на здравна информация? Бихте ли заменили традиционните методи на лечение и диагностика с подобни иновативни приложения.



Фиг. 1. В каква степен сте запознат с mHealth приложения



Фиг. 2. Какво е мнението Ви по отношение на използването на mHealth приложения



Фиг. 3. Бихте ли заменили традиционните методи на лечение и диагностика с mHealth приложения

Резултатите, представени на фиг. 2, показват какво е отношението на анкетираните към използването на такива приложения [2]. Близко 75% от тях имат положително и по-скоро положително отношение относно използването на mHealth приложения. Едновременно с това едва 13% – близо шест пъти по-малко, имат отрицателно отношение.

Независимо от положителното отношение към новите технологии, хората с трудност се откъсват от традиционните методи. Дали поради непознаване на технологиите, или поради липсата на информираност една немалка част от анкетираните, 37,74%, все още нямат доверие на технологиите. Прави впечатление и големият процент отговорили „Не мога да преценя“ – 18,87%. Анализът показва, че не притеснението от предоставяне на здравна информация е причина за по-консервативното мнение на

пациентите. Половината от тях нямат притеснение да споделят здравна информация, докато едва 10% имат големи притеснения относно споделянето на информация в мобилни приложения.

Близко 40% от анкетираните определено или по-скоро са склонни да заменят традиционните методи за лечение и диагностика. Интересен е въпросът: Кои са най-важните функции/компоненти, които биха повлияли избора на mHealth приложения. Най-голям брой отговори за възможността да се използват подобен тип приложения са за: диалога с лекари, 14.11%, и отдалечен мониторинг, 13.12%. На заден план са оставени: времето за поставяне на диагноза, 12.44%, и процедурата при вземане за лечение, 12.30%.

Анализът на въпроса със заплащането на mHealth приложенията показва:

– При еднократните такси за приложение в диапазона от 1.00 лв.–5.00 лв. цените са по-скоро приемливи и в границата 5.00 лв.–10.00 лв. сумата е по-скоро висока за потребителя.

– За месечна абонамента такса анкетираните са склонни да платят максимум 15.00 лв. Всяка последваща стойност от 20.00–50.00 лв. е неприемлива.

– При такса за експертна обратна връзка въз основа на данни на приложения или експертизи от лекари, повечето от респондентите са склонни да платят между 0.00 лв. и 40.00 лв.

– Относно таксата за регулярен мониторинг, от страна на експерт сумите до 30.00 лв. се приемат добре, но като цяло над тази стойност по-скоро много малко хора биха могли да отделят суми от месечния си бюджет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

След анализа на резултатите може да се формулират следните изводи:

– Повече от половината анкетираните не са наясно с mHealth решения/приложения, въпреки това са настроени по-скоро положително.

– Ограничената здравна информация и знания, установени от изследването, са предпоставка 37.74% от анкетираните да отговорят, че не биха заменили традиционните методи.

– По отношение на заплащането, респондентите са склонни да заплатят символични такси.

– Болестите диабет, затлъстяване, сърдечно-съдови заболявания и нарушения на съня се считат за най-подходящи за терапия чрез mHealth.

Библиография

1. Ugalmugle S, Swain R. mHealth Market Growth Statistics 2019-2025. Global Projections Report, February 2019, <https://www.gminsights.com/industry-analysis/mhealth-market>
2. World Health Organisation. mHealth – New horizons for health through mobile technologies, Global Observatory for eHealth series. 2011, Volume 3. page 6.
3. <https://news.careinnovations.com/blog/what-is-mhealth-how-is-it-different-from-telehealth>
4. Boehm E. Mobile Healthcare's Slow Adoption Curve. Forrester Research, Inc., 2011.
5. eHealth Action Plan 2012-2020. Innovative healthcare for the 21st century, page 9-10.
6. <http://data.worldbank.org/about/country-classifications>
7. Blue Chip Patient Recruitment. Leveraging Mobile Health Technology for Patient Recruitment. October 2012.

ИНФЕКЦИОЗНИТЕ БОЛЕСТИ – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО ЗА ПРОФЕСИОНАЛИСТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

П. Добрилова¹, К. Стефанова¹, И. Георгиева²

¹Катедра „Здравни грижи“, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

²Специалност „Рентгенов лаборант“, Медицински колеж „Йорданка Филаретова“, МУ – София

INFECTIOUS DISEASES: A CHALLENGE FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS

P. Dobrilova¹, K. Stefanova¹, I. Georgieva²

¹Department of Health Care, Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev”, Vratsa, MU – Sofia

²Specialty “X-ray technician”, Medical College “Yordanka Filaretova”, MU – Sofia

Abstract. The re-emergence of old infections or the emergence of completely new ones is of global significance. Following the latest trends in the emergence and spread of infectious diseases, we notice the emergence of unexpected reservoirs – prairie dogs, bats, fish and others. A number of factors contribute to the emergence of new diseases, such as: changes in the environment, world trade and travel, social cataclysms, climate change and genetic changes that occur in infectious agents, hosts and vector populations. The report examines the importance of knowledge in the field of infectious pathology, as well as the problems faced by the modern nurse.

Key words: infectious diseases, health care, professionals

Адрес за кореспонденция: П. Добрилова, Катедра „Здравни грижи“, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

Address for correspondence: P. Dobrilova, Department of Health Care, Branch “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, MU – Sofia

Заразните болести са съпътствали човечеството от дълбока древност до наши дни, но безспорните успехи в превенцията и лечението им създадоха сигурност в съвременното общество, че този проблем в голяма степен е преодолян. Общественото здраве зависи от здравето на всеки един човек. Появата на нови болести във всички краища на света застрашава цялото човечество. По данни на Световната здравна организация около 50% от населението по света живее под постоянна заплаха от епидемии [4]. Въпреки постиженията на съвременната медицина е наивно да се вярва, че човечеството е преодоляло инфекциозните болести и че всеки от нас не е изложен на риск. И днес епидемиите постоянно бушуват в света – СПИН, туберкулоза, малария, морбили, ебола, магарешка кашлица, грип и други болести.

Както човечеството в своето развитие непрекъснато се развива и усъвършенства, така и инфекциозните болести с годините стават по-коварни и трудни за диагностициране и лечение. Историческият анализ показва, че в своето развитие човечеството претърпява повече щети от инфекциозните болести в сравнение с най-опустошителните войни. Инфекциозните заболявания през последните три десетилетия двукратно са намалили своята тежест върху здравето на населението в глобален мащаб. Въпреки това епидемиите нарушават функционирането на здравните системи, засилват недоверието сред общностите и имат съществени и дълготрайни негативни социално-икономически ефекти, особено в страните с ниски и средни доходи. Пандемията от COVID-19 е убедително доказателство, че човечеството е застрашено от

бързоразвиващи се епидемии с голямо въздействие. Те налагат значителни промени в мисленето и действията на учените и практиците в областта на медицината и общественото здраве относно начина, по който реагираме на епидемиите днес и по който се подготвяме да ги предотвратим утре [1].

През последните десетилетия в световен мащаб се наблюдава тенденция към по-висока очаквана средна продължителност на живота, която на фона на намалена раждаемост неминуемо води до промяна във формата на възрастовата пирамида, особено за страните от Европейския съюз. В условията на новопоявилите се епидемии от инфекциозни болести, съпроводени с бързо разпространение и висока смъртност, един от основните проблеми на съвременното общество е намаляването и застаряването на населението, което обуславя сериозни медико-социални проблеми.

Според прогнозите на много национални и международни институции до 2050 г. ще настъпят промени във възрастовата структура на населението в България. Очаква се до 2050 г. относителният дял на населението в страната на възраст над 60 години да достигне над 30% от общия брой, като хората над 80-годишна възраст ще представляват най-бързо растящата възрастова група в Европейския съюз в бъдеще. Според експертите обаче, когато делът на населението над 60 години е над 30% в дадена страна, са застрашени всички социални системи, затруднено е функционирането им и те започват да се разпадат. С увеличаване дела на възрастните хора възникват редица както медицински, както и социални проблеми, което поражда необходимостта от допълнителни финансови средства, предназначени за социални разходи за редица услуги, свързани със застаряващото население. В разработването на редица важни политики, особено в социалната и икономическата сфера, се използват демографски данни за планиране на действия и програми за мониторинг и оценка – например застаряването на населението и вероятните последици от това за устойчивостта на публичните финанси и социалното подпомагане или икономическото и социалното въздействие на демографските промени. Увеличените социални разходи, които са свързани със застаряването на населението и са под формата на пенсии, за здравеопазване и институционални или частни (здравни) грижи, вероятно ще доведат до по-голяма тежест за населението в трудоспособна възраст.

За да се отговори на предизвикателствата, е необходимо да се мобилизират повече публични разходи за дългосрочни грижи поради факта, че хората на възраст над 80 години в бъдеще ще представляват най-бързо растящата възрастова група в ЕС.

В процеса на стареене се проявяват два феномена:

- Намаляване на физиологичните функции
- Увеличаване на заболяемостта.

Въпреки че тези два феномена взаимно си влияят, намаляването на физиологичните функции се развива независимо от заболяванията. Стареење – при здрави стари индивиди много от физиологичните функции се поддържат в нормално базисно състояние, а тяхното намаление се проявява, когато системата е натоварена или изпадне в стрес. Всичко това води до увеличаване на зависимостта на организма от средата. Повечето болести при възрастните и старите хора имат свои особености:

- по-тежко протичане;
- оскъдни клинични прояви при изразени морфологични изменения;
- диагностицират се трудно;
- протичат на фона на други заболявания с чести усложнения;
- по-голям относителен дял на затегнатите и хроничните форми;
- по-голям леталитет в сравнение с “младите” болни [2, 9].

Бъдещето на грижите за възрастните хора е насочено от по-честите сега неофициални грижи от близки и роднини към професионализирането им. Медицинската сестра има специалната отговорност за поддържане на добри практики по профилактика и контрол на инфекциите и е отговорна за идентифициране на проблемите, прилагане на решения и поддържане на комуникацията. Грижата за пациентите е важна част от терапевтичните мероприятия, които способстват за тяхното възстановяване. Особено важно е да се осигури подходяща грижа за пациентите с инфекциозно заболяване, тъй като тя допринася не само за тяхната физическа и психологична подкрепа, но и за предотвратяване развитието на усложнения. Организационните аспекти на здравните грижи при пациенти с инфекциозни заболявания са в следните насоки:

- Следене на хигиената в съответствие с политиката на заведението и добрите практики за здравни грижи.

– Мониториране на асептичните техники, включително хигиената на ръцете и използването на изолационни мерки.

– Незабавно докладване на лекуващия лекар за всеки признак на инфекция при пациентите.

– Предприемане на изолационни мерки и извършване на проби за културално изследване от съответните пациенти.

– Идентифициране на признаци на заразна болест при отсъствие на лекаря.

– Ограничаване на риска от заразяване на пациентите от посетители, персонал, от останалите пациенти или чрез оборудване, използвано за диагностика или лечение.

– Поддържане на безопасно и адекватно количество оборудване, лекарства и консумативи, необходими при грижите за пациентите в отделението.

Въпреки провежданата реформа все още остават нерешени въпросите, свързани с повишаване престижа и социалния статус на медицинската сестра и с постигането на качествено ново ниво на работа с пациента. Медицинските сестри работят в пряк контакт с пациентите, а качеството на медицинските услуги зависи от техните знания, умения, отношение към пациента. Сестринските дейности не включват само сестрински грижи. Компетенциите на медицинската сестра са определени в Наредба № 1 от 2011 г.: медицинските сестри могат да извършват самостоятелно и по назначение от лекар дейности по: предоставяне и събиране на здравна информация; промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите; предоставяне на медицински и здравни грижи; ресоциализация, реадaptация и рехабилитация; осъществяване на манипулации; оказване на спешна медицинска помощ; разработване на проекти, провеждане на обучение и изследвания в областта на здравните грижи [5].

За развитието на инфекциозни заболявания има няколко обективни условия. Първо – активното развитие на туризма. По целия свят инфекциозните болести също пътуват с хората от една страна до друга. Всяка година броят на туристите се увеличава с около 6% и през 2020 г. той е около 1 млрд. и 600 млн. души. Особено опасен по отношение на разпространението на инфекциозни болести е туризмът в развиващите се страни. Те са привлекателни дестинации и повече от 80 млн. туристи от развитите страни ежегодно ги посещават, но нивото на инфекциозни заболявания там

продължава да е високо поради ниския жизнен стандарт. Според експертни оценки до 2030 г. над 1 милиард туристи ще посещават развиващите се страни годишно. На второ място са миграционните процеси. Съществува сериозна връзка между различните модели на мобилност и въздействието им върху здравето. Важно е да се разбере, че за здравето при миграция е нужно познаването и разбирането както на здравето, така и на мобилността. Под мобилност се разбира не само физическото преместване на дадено лице или население, но и мобилността на културните и здравните вярвания, на епидемиологичните фактори и личната история на хората. Например езикът, религията и ритуалите могат да повлияят върху това дали мигрантът използва наличните здравни услуги и дали се съобразява с превантивните здравни препоръки в приемните общества. Високият риск от заразяване с болести като туберкулоза и полово предавани заболявания в базовите държави (страни на произход) може да повлияе на системите за обществено здравеопазване и на общностите в приемните страни (страни на крайна дестинация). Трето, нараства броят на новопоявили се или възникнали отново инфекциозни болести. По всяко време, навсякъде по света може да се появи епидемия или огнище, чиито причинители са инфекциозни:

– нови;

– възвърнати на стари територии или преместени на нови територии.

Има няколко причини, поради които се появяват нови болести или се появяват отново болести, които са били премахнати.

● **Нарасналата резистентност към антимикробните лекарства.** Около 400 000 пациенти в Европа годишно страдат от инфекции, предизвикани от бактерии, устойчиви на множество антибиотици. Глобалният проблем за нарастващата резистентност към лекарствата е акцент в дейността на Световната здравна организация;

● **Нововъзникващи рискове.** В някои европейски страни, включително Гърция, Румъния и Унгария, се появи нов вирус – West Nile virus, който има потенциално летално действие. Вирусът се разпространява чрез комарите, когато насекомото ухапе инфицирана птица и след това човек. Болестта на West Nile е зооноза, което е условие за прехвърлянето ѝ от животни на хора. С повишаване на температурата вследствие на климатичните промени се увеличава и рискът от

разпространяване към Европа на други болести, ограничени в по-топлите региони;

- **Събуждането на огнища на инфекции**, които не се считат за проблем в отделни части на Европа. Туберкулозата е пример за този феномен;

- **Глобализация и нараснал брой на пътуванията**. Микробите не признават граници, а в Европа са разположени десет от най-посещаваните градове в света. Разпространението на една болест върху цял континент преди е отнемало седмици или месеци, днес това може да стане за време, колкото трае един полет до нова дестинация;

- **Заплаха от биотероризъм**. Независимо че засега тя е по-скоро потенциална, отколкото реална, без координирана, обща за цяла Европа система за наблюдение, която да може да установява нови и неочаквани патогени, една биотерористична атака би могла да остане неоткрита до момента, в който причинената от нея епидемия е сериозно напреднала [10, 11]. Понастоящем се наблюдава ускоряване на развитието на инфекциозните болести. Патогените на инфекциозните заболявания се развиват бързо, което им позволява да подобрят механизма на оцеляване и устойчиво съществуване. Борбата с инфекциозните болести не може да се води само на местно ниво. Това поражда необходимостта от генериране и използване на новите научни знания. Основните приоритетни области са:

- По-широко и задълбочено разбиране за характера на болестите;

- По-добра координация при наблюдение на болестите;

- Силна подкрепа за фундаменталната наука, която ще създаде благоприятна база за по-нататъшните усилия в борбата с инфекциозните болести;

- Обучение на следващото поколение учени, които ще „поемат щафетата“;

- Намаляване на бариерите, които възпрепятстват иновациите в индустрията.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Демографският и епидемиологичният преход създадоха сигурност в съвременното общество и то пренебрегна появата на нови и непознати болести. Инфекциозните заболявания предизвикват сериозни проблеми и ние оставаме уязвими спрямо

бъдещи глобални заплахи. За решаването на тези проблеми е необходимо генериране и използване на нови научни знания. Грижата за инфекциозен пациент е една от най-важните терапевтични мерки, която осигурява оздравяване. Внимателното отношение към пациента е професионална отговорност на медицинските сестри. В своята област на компетенции те са самостоятелно практикуващи, отговорни за грижите, които осигуряват. Приемайки тези нови предизвикателства на времето, те ще се превърнат в професионалисти по здравни грижи от нов тип, „боеца на предната линия за здраве за всички“.

Библиография

1. Велкова А. Целите за устойчиво развитие като иновативен подход за подобряване на глобалното здраве. Лекции по социална медицина, София, ФОЗ, 2021
2. Визев Кр. Биологичната възраст като медико-социален проблем и нейното повлияване от някои ендокринни фактори. София, 2009.
3. Грозданов И. Медико-психологически и социално-икономически аспекти на демографските процеси в България. Сборник доклади от Трета научна конференция с международно участие: 25 „Медико-социални аспекти в здравните грижи“, Враца, 2019, 25-27.
4. Диков И. История на инфекциозните болести в България. Наука инфектология/паразитология, 2012, (2), 4-8.
5. Наредба № 1 от 08.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. ДВ, бр. 15 от 18.02.2011 г.
6. Николова Н. Неологизмите в съвременния медицински дискурс. В: Светът е слово. Словото е свят. Благоевград, УИ „Неофит Рилски“, 2016, 65-74.
7. Николова Н. Вежливата реч в медицинската практика. В: VII международна научна конференция „Предизвикателствата на XXI век за развиване на комуникативната компетентност за професионални цели“, 08-09.12.2014, Варна, ИК „Стено“, 2014, 109-113.
8. Николова Н. Комуникативни аспекти на медицинския дискурс. В: Studia Philologica Universitatis Velikotarnovensis. УИ „Св. св. Кирил и Методий“, 2017, 36(2).
9. Савова З, Павлова Ж, Максимова С и др. Актуални проблеми на стареенето и старостта. Под ред. на Ц. Воденичаров. София, Симел, 2009.
10. Klevens RM, Edwards JR, Richards CL, et al. Estimating Health Care-Associated Infections and Deaths in U.S. Hospitals, 2002. Public Health Reports, 2007, 122:160-166. http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/hicpac/infections_deaths.pdf *Accessed July 8, 2011.
11. World Health Organization. Clinical management of human infection with new influenza A (H1N1) virus: initial guidance, 26 May 2009.

НЕВРОТИЧНОСТ И СЕКСУАЛНО РАЗВИТИЕ В ТИЙНЕЙДЖЪРСКА ВЪЗРАСТ

К. Стефанова, П. Добрилова

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

NEUROTICISM AND SEXUAL DEVELOPMENT IN ADOLESCENCE

K. Stefanova, P. Dobrilova

Department of Health Care, Branch “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, MU – Sofia

Abstract. The modern, full of increasing neuroticism lifestyle, accompanied by an abundant flow of information, acceleration in the physical and sexual maturation of young men and women, changes in the structure and functions of the family and increased demands of the educational process lead to increased neuropsychiatric impairment in adolescence. The aim of the present study is to prove the influence of neuroticism on success and aggression among high school students. Analyzing the obtained results separately, the main conclusions of the study are reached as well as the confirmation of both hypotheses. The recommendations of the present study are aimed at the work of teachers, parents and health professionals in conducting psychohygiene and psychoprophylaxis among high school students

Key words: neuroticism, aggression, students, psychohygiene, psychoprophylaxis

Адрес за кореспонденция: К. Стефанова, Катедра „Здравни грижи“, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

Address for correspondence: K. Stefanova, Department of Health Care, Branch “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, MU – Sofia

ВЪВЕДЕНИЕ

В нашето съвремие невротите са повод за 60% от амбулаторните прегледи на психичните консултации и заемат 40% от патологията в общата медицина по световни данни във всички възрастови групи.

Модерният човек живее противоестествено, а цивилизацията го държи в състояние на постоянно напрежение и възбуда, тласка го към надпревара, изтощава го по всевъзможни начини, безсмислено претоварва мозъка му и т.н. Алкохолът, възбудителните и успокоителните средства се купуват също толкова лесно, колкото и хлябът. Насилственото физическо и психическо обременяване при децата нараства. Училището също така може да бъде патогенен фактор за децата в тийнейджърска възраст, което води до психична и телесна преумора, освен нездравата семейна среда, в която много от тях живеят под влиянието на различни социални фактори. В обществото се ширят всевъзможни форми на сексуални отклонения и мании. Поради тази причина невротата се е превърнала в болестта на нашия век.

Целта на настоящото проучване е да докаже влиянието на невротичността върху успеваемостта и агресивността при учениците от гимназиален курс на обучение.

В зависимост от поставената цел, са формулирани следните хипотези:

- Допускаме, че колкото е по-невротичен един ученик, толкова е по-голяма успеваемостта му.
- Невротичните ученици в гимназиален курс на обучение са по-склонни към агресия.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Изследването е проведено в Природо-математическа гимназия „Акад. Иван Ценов“ – Враца, като избраните ученици са от две математически паралелки и са изследвани в групи по десет човека в кабинета на училищния психолог.

Тъй като изследването е проведено с новопостъпили ученици от осми клас в гимназията, за да се докаже тяхната успеваемост, е използван и средният успех от положените изпити по БЕЛ и математика за прием в професионалните гимназии след завършен седми клас.

За да се докажат или отхвърлят поставените хипотези и с цел да се изясни влиянието на невротичността върху успеваемостта и агресивността на 13-14-годишните ученици в гимназиален курс на обучение, е приложена и модифицирана форма от анкетата FPI, предназначена за диагностика на определени състояния и свойства на личността, които имат първостепенно значение за процеса на социална адаптация и регулация на поведението – изследвани са 50 ученици.

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Изследваните 50 ученици от осмите класове показват среден успех Много добър 4,53 за групата. От тези ученици, с Мн. добър са положили конкурсните изпити 12 момичета и 15 момчета, а с Добър – 12 момичета и 11 момчета.

В двата класа общо момчетата са 24, а момчетата – 26.

От тези данни може да се направи извод, че като цяло групата има много добра успеваемост, като момчетата са с по-висока успеваемост от момчетата.

Резултатите, получени от анкетата FPI, показват, че е налице невротичност при 10 момичета и 5 момчета, като невротичните с успех Мн. добър са 8 ученици, а с успех Добър – 4 ученици. От тях момчетата с успех Много добър са 5, момчетата – 3, а с успех Добър са 5 момичета и 2 момчета.

Опирайки се на тези данни, можем да заключим, че момчетата са с по-голяма успеваемост от момчетата, но от невротичните момчета и момичета, момчетата са по-невротични от момчетата, а броят на невротичните ученици с успех Мн. добър е по-висок, отколкото на тези с успех Добър 4.

Изследваните 50 ученици, от осмите класове, показват обща агресивност за групата 43%, резултат, който е показателен, че групата на невротичните ученици като цяло е по-агресивна.

ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

Въз основа на получените резултати, се формират следните изводи по поставените хипотези:

– Твърдението, че колкото е по-невротичен е един ученик, толкова е по-успеваем, се потвърждава, а също така с положителност се утвърждава и хипотезата, че невротичните ученици в среден курс на обучение са по-склонни към агресия.

Може да се говори, че тази завишена агресивност е вследствие на емоционална раздразнителност, характеризираща се с неустойчивост на емоционалното състояние, и склонност към

афективно реагиране, проявяващо се в чести колебания на настроението, повишена възбуденост и раздразнителност.

– Психопрофилактиката и психохигиената на неврозите трябва да бъде двупосочна – от една страна, да се ограничава действието на външните неблагоприятни фактори и от друга – да се изгражда такава човешка личност, която да е в състояние да преодолява болестотворните фактори. Опитът показва, че най-съществено влияние в профилактиката на неврозите имат възпитанието, хигиената на труда, спазването на нормите на поведение в обществото и семейството. Неправилното възпитание изисква създаване на здравни навици, режим на труд и почивка, уважение към хората, които ни заобикалят, физическо закаляване и др.

Интензивният, предимно умствен труд в нашето време налага да се отделя по-голямо внимание на физическата култура и спорта. Ежедневните леки физически натоварвания, осемчасовият сън, рационалното хранене и пълната забрана на спиртните напитки и тютюна са гаранция за добро психично здраве. Именно затова здравните и просветните органи трябва да правят много за преодоляване на учебната пренатовареност и за осигуряване на оптимални условия за пълноценното и хармонично развитие на младото поколение, а всичко това може да бъде постигнато чрез провеждането на здравни лекции, дискусии, беседи с учениците. Успешното прилагане на психохигиената и психопрофилактиката в живота е немислимо без активното и съзнателно участие на цялата наша общественост.

Библиография

1. Божанов А. Психохигиена и психопрофилактика на ученическата и студентска възраст. София, Мед и физк, 1978.
2. Грозданов И. Медико-психологически и социално-икономически аспекти на демографските процеси в България. Сб. доклади от Трета научна конференция с международно участие: „Медико-социални аспекти в здравните грижи“, Враца, 2019, 25-27.
3. Маринов Л, Вълкова Св. Медико-социални измерения на проблема „Насилие над деца“. Сб. Доклади от Международна научна конференция „Европейски стандарти в спортното образование“, 2013.
4. Начкова Д, Янкова Г, Миткова М. Здравно-сексуална култура и просветеност сред подрастващите. Сб. Доклади от IV национална студентска сесия „Здравни грижи през XXI век – тенденции и перспективи“, 2016.
5. Николова Н. Комуникативни аспекти на медицинския курс. В: Studia Philologica Universitatis Velikotarnovensis, УИ „Св. св. Кирил и Методий“, 2017, 36(2).