МЕДИЦИНСКИ УНИВЕСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ, КАТЕДРА ПО СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА

ЦВЕТАН СЛАВЧЕВ ЦВЕТКОВ

ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ В ПЪРВИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Десертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „Доктор“

Научен ръководител:

ПРОФ. Д-Р МАРГАРЕТА НИКОЛОВА МУТАФОВА, ДМ.

СОФИЯ, 2016

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ 7

ГЛАВА ПЪРВА - ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. Етапи в развитието на промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болести 9

2. Хронични незаразни болести в света и България 14

2.1 Същност на хронични незаразни болести 14

2.2 Разпространение на хроничните незаразни болести 16

3. Концепция за рисковите фактори – основа на съвременната превантивна медицина 19

3.1 Същност на концепцията за рисковите фактори 19

4. Концепция за промоция на здравето 23

4.1. Същност и развитие на концепцията за промоция на здравето 23

5. Политика за промоция на здравето и профилактика на хронични незаразни болести в някои развити европейски страни (Австрия, Финландия) 33

6. Политика за промоция на здравето и профилактика на хронични незаразни болести в България 35

6.1 Програма СИНДИ – България 36

6.2 Програма за борба с тютюнопушенето 41

6.3 Нациоанален план за действие „Храни и хранене“ 45

6.4 Национална здравна стратегия 2014-2020 година 48

6.5 Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 година 49

ГЛАВА ВТОРА - МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

1. Цел на проучването 52

2. Задачи **52**

3. Материали и методи на изследването **53**

4. Извадка **55**

5. Методи **55**

6. Използван инструментариум **56**

7. Математико-статистически методи за обработка и анализ на първичните данни **60**

ГЛАВА ТРЕТА - РЕЗУЛТАТИ. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНИ ПРОУЧВАНИЯ

А) РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОУЧВАНЕ СРЕД ОПЛ В ГРАД СОФИЯ 63

РАЗДЕЛ I – Общи данни за практиката **63**

РАЗДЕЛ II – Фактори на риска за здравето и мнения на ОПЛ относно промоция на здравето **70**

РАЗДЕЛ III – Информация за дейностите по рисковите, диспансерните групи и получените резултати **75**

РАЗДЕЛ IV – Сътрудничество в екип (ОПЛ и медицинска сестра) и с други институции **93**

РАЗДЕЛ V – Квалификация и общи проблеми **97**

А1) АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОЧВАНЕТО ПРОВЕДЕНО СРЕД ОПЛ В ГРАД СОФИЯ 100

Раздел I Общи данни на практиката **100**

Раздел II Фактори на риска за здравето и мнения относно промоция на здравето **103**

Раздел III Информация за дейностите по рисковите и диспансерните групи и получените резултати **103**

РАЗДЕЛ IV – Сътрудничество в екип (ОПЛ и медицинска сестра) и с

други институции **102**

РАЗДЕЛ V – Квалификация и общи проблеми **107**

Б) РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗ ОТ ПРОУЧВАНЕ МНЕНИЕТО НА ПАЦИЕНТИ ОТНОСНО ДЕЙНОСТИТЕ ИЗВЪРШВАНИ В ПРАКТИКАТА НА ОПЛ ПРОВЕДЕНО В „ ДКЦ 3 – СОФИЯ“ ЕООД, ГРАД СОФИЯ **108**

Раздел I – Общи данни за пациентите **108**

Раздел II – Мнения на пациентите за профилактичните прегледи и медицинските услуги **113**

Раздел III – Поведенчески фактори на анкетираните пациенти **120**

В) ГОДИШЕН ОТЧЕТ НА НЗОК ЗА 2012Г. **122**

I. Анализ на първичната извънболнична медицинска помощ за извършени и отчетени профилактични прегледи на ЗЗОЛ, диспансерни прегледи и профилактични прегледи на ЗЗОЛ включени в рискови групи през 2012г. **122**

ИЗВОДИ **124**

ПРЕПОРЪКИ **129**

1. Практики по първична медицинска помощ **129**

2. Министерство на здравеопазване

3. Препоръки към НЗОК

4. Препоръки към БЛС

5. Препоръки към асоциациятя на ОПЛ.

6. Препоръки към пациентски организации.

БИБЛИОГРАФИЯ **133**

СПИСЪК НА СЪКРАЩЕНИЯТА

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

- РЗОК – Района- здравно осигурителна каса
- МБАЛ – Многопрофилна болница за активно лечение

ВЪВЕДЕНИЕ

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

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

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

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

Хроничните незаразни болести (ХНБ) представляват съвкупност от болестни групи, които се характеризират с голяма заболеваемост, болестност, инвалидизация и голяма смъртност:

1. Сърдечно-съдови заболявания;
2. Злокачествени заболявания;
3. Хронични респираторни болести;

4. Диабет

Те са причина за 60% от всички смъртни случаи в световен мащаб. В България през 2010 година са причина за над 80% от смъртните случаи, като водещи са болестите на органите на кръвообращението - 67,5%, следвани от злокачествените новообразования с 15,0%. По тези показатели България се нарежда сред страните с ниски и средни доходи.

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

ГЛАВА ПЪРВА - ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО И ПРОФИЛАКТИКА НА БОЛЕСТИТЕ

1.Етапи в развитието на промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болестите.

Здравето е съществена и необходима предпоставка за лично и обществено благополучие. Безспорно е значението на здравето за икономическото развитие, социалното единство, устойчивостта на държавата. Само по себе си здравето е сложна и многофакторно обусловена категория.

Световната здравна организация определя здравето - като „състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само отсъствие на заболяване или недъг“. Подчертава се позитивната страна на здравето (здравето и при здравите, а не само за болните), както и трите аспекта на здравето – физическата страна (соматично здраве) душевната (психическа) и обществената (социална) страна. [148]

Запазване на здравето и активността на хората за по-дълъг период е главна цел залегнала в Стратегията [83] и План за действие на СЗО. [65]

Стратегията за здравна промоция се състои от три основни раздела:

- Изграждане и узаконяване на проект за промоция на здравето;
- Проучване на промените при определяне на здравна политиката;
- Прилагане на тази политика на национално и регионално ниво.

Основен елемент от стратегията включва разработването на концепция за здравна промоция и превръщането и в дейност явна и приемлива за цялото общество.

В тази стратегия са определени и основните насоки залегнали в Програмата на СЗО. В нея е разработен нов подход за промоция на здравето и здравната просвета базирани на социалната концепция за здраве. В нея са отбелязани 38 задачи за „Здраве за всички“. В тях целите благоприятстващи здравословния начин на живот са в подкрепа на принципите на промоция на здравето.

В Програмата по здравна промоция на СЗО е отделено специално внимание на две области:

- Развитие на националната политика за здравна промоция;
- Разработване на програми по здравна промоция в обществото.

Стратегията и Програмата на СЗО за здравна промоция определят нов тип подход към общественото здраве. Движещи механизми на този подход са международните конференции проведени от СЗО.

- **Отава -** Първата международна конференция по промоция на здравето СЗО бе организирана в Отава. [149]

Основните цели на тази конференция се свеждат до:

- да се направи преглед на състоянието на здравната промоция;
- да се развият възгледите за бъдещето.

Най-важно постижение на тази конференция е изработване на Хартата за здравна промоция. Хартата потвърждава значението на основните фактори и условия за живеене, като необходима предпоставка за здраве: мирът, жилището, образованието, храната и доходите. Това свързва здравната промоция в областта на общественото здравеопазване и широката социална политика. Хартата е също първият документ, който изтъква стабилната екосистема, като важна предпоставка за човешко здраве. **Тя определя здравната промоция, като процес за създаване на способност у хората за повишен контрол над тяхното здраве и неговото подобряване. [149]**

Хартата от Отава определи петте основни области на действие за промоция на здравето.

- Разработване на здравословна обществена политика приоритетно ориентирана към здравето;
- Създаване на поддържаща околна среда;
- Развитие на персонални навици към предпоставките за здраве и към позитивното здраве;
- Усилване на обществената активност чрез въвличане на населението в неговия ежедневен живот;
- Преориентация на здравната система към създаване на здравословна обществена политика.

Ключова е ролята при осъществяването на здравната промоция на работещите в здравната система и особено на тези работещи в първичната медицинска помощ, но за нейната реализация особено важно е участието на цялото общество.

Основните принципи залегнали в Отавската Харта са продължени и доразвити на конференциите:

- **Аделаида** - На тази конференция са препоръчани стратегии за разработване на здравословна обществена политика. Прието чрез консенсус заявление наречено „Препоръки от Аделаида“.[145, 155] То определя здравословната обществена политика,като „характеризираща се с всеобхватна загриженост за здравето, справедливост във всички области на политиката и с отговорност за нейното влияние върху здравето“. [155]

Основна цел за здравословната обществена политика е създаването и поддържането на благоприятна околна среда, позволяваща на хората да водят здравословен начин на живот.

Конференцията определя здравето като ценност – основно човешко право и солидно социално инвестиране. Правителствата трябва да влагат ресурси за реализиране на здравословната обществена политика и промоцията на здравето, за да се повиши нивото на здраве на всички граждани. На тази конференция за реализиране на здравето, като ценност се определи основен принцип - **социалната справедливост, която да осигури достъп до основните обществени блага позволяващи на хората да водят здравословен и удовлетворяващ ги начин на живот.**

Определена е отговорността на ръководните органи на национално и местно ниво. Разработването на обществена здравна политика на местно ниво е важен елемент за реализация на националната обществена здравна политика. Правителствата трябва да поставят определени здравни цели наблягайки силно на промоция на здравето, контролирайки ресурсите които носят отговорност за последствията от политиката в здравеопазването.

Местните органи на власт имат основно значение за насърчаване на обществената здравна политика, като използват органите на образованието и просветата.

Препоръките от Аделаида разграничават като приоритетни четири области на неотложна дейност за здравословна обществена политика:

- Укрепване здравето на жените;
- Подобряване на храните и храненето;
- Контролиране употребата на тютюн и алкохол;
- Създаване на околна среда поддържаща здравето.

- **Сундсвал** - Препоръките от Аделаида станаха база за третата международна конференция по здравна промоция в Сундсвал, Швеция през 1991 година „Създаване на околна среда поддържаща здравето“.[159]

Разглеждайки заедно в съвременен аспект въпросите на здравето и околната среда, конференцията от Сундсвал отбелязва, че за да има прогрес са необходими грижи за околната среда - (природна, социална, икономическа и политическа) която да благоприятства здравето, а не да му вреди.

Сундсвалската конференция показва, че въпросите за здравето, на околната среда и на икономическото развитие са неотделими. Икономическото развитие трябва да позволява подобряване на качеството на живота и на здравето, като се опазва околната среда.

- **Джакарта** - Политиките от Отава, Аделаида и Сундсвал бяха продължени на четвърта международна конференция по промоция на здравето в Джакарта проведена през 1997 година. [160]

Тази конференция по промоция на здраве „Нови действащи лица за една нова ера - промоцията за здраве в 21 – ви век. Тя е първата международна конференция по промоция на здравето, която се провежда в развиваща се страна и първата, която включва частния сектор в подкрепа на промоция на здравето.

На конференцията е приета Декларация, в която е определена необходимостта от привличането на ресурси за енергична работа във връзка с детерминантите на здравето през 21 – ви век.

Тя определя детерминантите на здравето, като нови предизвикателства.

Демографските тенденции, като урбанизацията, увеличаването броя на стари хора и на болестността от хронични болести, все по-големия брой хора със заседнал живот, увеличената употреба на лекарствени средства, злоупотребата с наркотици и алкохол, нарастващото насилие в обществото и дома, заплашват здравето и благополучието на милиони хора.

Новите и появяващите се отново инфекциозни болести, както и проблемите на психичното здраве изискват спешна реакция.

Промоция на здравето трябва да еволюира за да посрещне промените в детерминантите на здравето.

На Конференцията в Джакарта са очертани основните приоритети на промоция на здравето през 21 – ви век.

- Опазване на околната среда и осигуряване на устойчиво използване на ресурси;
- Ограничаване на производството и търговията с вредни стоки и вещества като: тютюн, оръжие;
- Предпазване на гражданина както на пазара, така и на работното му място;
- Увеличаване на капацитета на общността и възможностите на индивидите;

Конференцията в Джакарта одобрява формирането на **Глобален алианс за промоция на здраве.** [160]

Основна цел на този алианс е да придвижи напред приоритетите за действие за промоция на здраве, посочени в приетата декларация на конференцията в Джакарта. Тя призовава СЗО да поеме ръководството за изграждане на „Глобален алианс за промоция за здраве“. Основна роля на СЗО е да ангажира правителствата, неправителствените органи, двустранните организации, профсъюзното движение и частният сектор за реализиране приоритетите за действие за промоция на здраве.

- **Мексико** - Петата международна конференция в Мексико сити през 2000г. оценява приноса на здравната промоция за подобряване на здравето на хората, живеещи при неблагоприятни условия, особено в развиващите се страни.Посочва се необходимостта от интегриране на стратегиите за промоция на здравето в здравната политика на всички нива. [157]
- **Бангкок, Тайланд** - Шестата международна конференция в Бангкок, Тайланд през 2005г. има повратна роля в развитието на промоцията на здравето. В нея участват 700 делегати от над 100 страни, които приемат бангкокска Харта за промоция на здравето в глобализиращия се свят. [156]
- **Найроби, Кения** - Седмата международна конференция по промоция на здравето се провежда в Найроби, Кения през 2009г. Тя подчертава ролята на промоцията на здравето като „интегрирана и ефективна стратегия, неразделна част от съвременните здравни системи, насочена към постигане на адекватен отговор на всички здравни предизвикателства“. Делегатите на конференцията приемат Призив за действия за преодоляване на различията между богатите и бедните страни в нивото на развитие и здраве чрез промоция на здравето.[153]
- **Хелзинки, Финландия** - Осмата глобална конференция по промоция на здравето в Хелзинки, Финландия обсъжда как политиката за здраве се превръща

в практически действия. Основна цел на дискусиите е да се оценят подходите за формиране на капацитети и преодоляване на бариерите за реализиране на Здраве във всички политики. Представени са политическите, икономически, социални и други подходи за развитие на обществото, които въздействат върху основните Стратегии за промоция на здравето 13 социални детерминанти на здравето и съдействат за неговото подобряване.[153] Конференцията оценява също постиженията и развитието на промоцията на здравето до момента, като се обръща специално внимание на приноса за обновяването и реформите в първичната здравна помощ и механизмите за ефективно междусекторно сътрудничество. **Посочените конференции задълбочават разбирането на принципите на промоция на здравето и практическото им реализиране. Натрупват се доказателства за високата ефективност на интегрираните поведенчески и социални стратегии за подобряване на здравето и в развиващите се страни.**

2.Хронични незаразни болести в света и България.

2.1. Същност на хроничните незаразни болести.

През втората половина на XX век в развитите страни възниква промяна в структурата на заболеваемостта, болестността, инвалидизацията и смъртността. Разпространението на хроничните незаразни болести – сърдечно-съдови, онкологични, захарен диабет, белодробни заболявания, травми и др. значително нараства. За тази съвкупност от заболявания се използват различни определения – **„болести на цивилизацията“, „болести на века“, „съвременни болести“, „убийци на века“.** Най-широко разпространение е терминът – **„хронични незаразни болести“.[38]** Тези заболявания са една от основните причини за бедността, пречка за икономическото развитие. Тези пораждат значителни медико-социални проблеми. Тази тяхна характеристика е най-същественото основание за диференцирането им от останалите заболявания.

Друга характерна черта на тези заболявания е тяхното масово проявление, в резултат въздействието на ендогенни и екзогенни фактори, които действат върху човека и човешката популация в конкретна обстановка. Тези характерни особености на ХНБ позволява те да бъдат определени, като съвкупност от болестни групи, които се

характеризират с голяма заболеваемост, голяма болестност, голяма инвалидизация и голяма смъртност. [38]

Възникнали вече тези болести причиняват необратими промени в организма, водят до тежка инвалидност. В повече случаи те се откриват късно поради дългия безсимптомен период,като възможностите за лечение са ограничени. Освен това самото лечение е продължително, скъпо, необходими са медицински и други грижи. Проследяване състоянието на болните и обучението е непрекъснато. Самото лечение е свързано с използване на нови скъпо струващи технологии, които са трудно достъпни за всички болни. Важен фактор в тяхното лечение са възможностите на здравната система и обществото, ориентирани към помощи и грижи за хронично болните.

Постиженията на медицинската наука, новите технологии допринасят в значителна степен за овладяване на острите състояния застрашаващи живота. По отношение на ХНБ – те имат по-минимална роля.

Традиционният медицински подход не може да повлияе значимо негативното влияние на тези болести.[55] По настоящем те представляват 60% от всички умирания в света годишно (17,3 милиона сърдечно – съдови, 7,6 милиона онкологично болни, от усложнения на диабет 3,5 милиона). 80% от тях са в страните с ниски и средни доходи. [45] [84] Хронични незаразни болести са най-разпространената причина за смърт в света: през 2012 година от 56 милиона смъртни случай – 38 милиона (68%) се дължът именно на тези заболявания. Повече от 40% (16 милиона) са умрелите преждевременно, недоживяли до 70-годишна възраст. Повече от три четвърти от всички умирания от хронични незаразни болести (28 милиона) и болшинството от преждевременните умирания (82%) се срещат в страните с ниско и средно ниво на доход. За периода от 2011-2025 година икономическата загуба от хронични незаразни болести в страните с ниско и средно ниво на доход се прогнозират да достигне нивото от 7 трилиона щ.долара. ХНБ са един от основните проблеми за здравните системи в света:

1. Две трети от всички заболявания се обуславят според начина на поведение и с окръжаващата среда;
2. ХНБ се превърнаха в основна причина за умиранията;
3. ССЗ са една от основните причини за смърт и инвалидност. Те обуславят 1/3 от всички смъртни случаи при мъжете и 10 % при жените във възрастовата група 45-60 години;
4. Злокачествените новообразувания в световен мащаб показват тенденция на нарастване. В световен мащаб броят на новите случаи ще нараства всяка година

и от 10 милиона през 2000 година (4,7 милиона в развитите и 5,5 милиона в развиващите се страни) те ще достигнат 15 милиона през 2020 година; [45]

5. Диабет – е сериозен медико-социален проблем за всички страни в света. За една година по причини свързани с него в света умират 3,5 милиона души. Заболяването засяга 7,8 % от населението на ЕС, като се очаква техния дял да достигне 9,1 %. [45]

Те са сериозна заплаха за световната икономика заради значителните икономически загуби, които генерират. [138]

Съществуват фактори за тях, лежащи извън сферата на здравеопазването - в социалната, икономическата, културната и други сфери на обществото. [57]

Това предполага разширяване отговорностите за справяне с тях, обединяване на усилията за намаляване тяхното негативно влияние върху здравното състояние на населението, защото решенията имащи значимо отношение към тях трябва да се вземат извън здравната система.

2.2. Разпространение на хроничните незаразни болести.

- **Разпространение на хроничните незаразни болести в света.**

В обръщение на генералния директор на световната здравна организация д-р Маргарет Чен за ситуацията в света в областта на ХНБ се отбелязва, че светът достигна критическа точка в историческата борба с тези заболчвания и сега има безпрецедентна възможност да измени нейното развитие. [17] От 38 милиона смъртни случаи в резултат на ХНБ през 2012 година повече от 40% са преждевременни сред хората във възрастта до 70 години. Болшинството от тези преждевременни случаи на смърт са предотвратими. В доклада са представени обнадеждващи данни, свиделстващи, за това че преждевременната смъртност от хронични незаразни болести може да бъде значително снижена в целия свят. В много страни с високо ниво на доходи, смъртността от сърдечно съдови заболявания значително намалява благодарение на държавната политика, способстваща здравословен начин на живот и предоставяща справедлива медицинска помощ. Необходимо е да се запази тази положителна тенденция и по възможност да се ускори този темп в развитите страни и да се създадът аналогични условия в страните с ниско и средно ниво на доходи.

Хроничните незаразни билести се намират в зависимост от въздействието на глобализацията на търговията, маркетинга от бързата урбанизация и застаряването на населението – фактори, които човекът, както и в сектора на здравеопазването могат да

бъдат контролирани в ограничен предел. Важно е да се промени поведението на човека. Доклада съдържа информация за доброволните световни цели и пътища за устойчива активизация на националните усилия по реализацията на тези цели. На Генералната Асамблея на Организацията Обединените Нации 2014 – министрите се съгласиха с това, че няма такива причини поради, които, която и да е страна – с ниски, средни или високи нива на доход да отсрочи осъществяването на тези мероприятия. Отлагането им би довело до засилване на бремето от хронични незаразни болести и повишаване разходите за здравеопазване.

Подчертава се, че днес глобалното сътрудничество има възможност да измени развитието на епидемията от хронични незаразни болести. Сега света има действително глобална задача на деня в областта на профилактиката на хронични незаразни болести и борбата с тях. Затова всички страни носят обща отговорност по отношение конкретните цели. Нито една страна не може да си позволи да пропусне тази историческа възможност за борба с епидемията от хронични незаразни болести. Страните членки на световната здравна организация съгласуваха **девет доброволни световни цели**, които са длъжни да бъдат изпълнени към 2025 година. Последствията от хронични незаразни болести за човека, социално икономическите измерения ощетяват всички страни, но особено разрушителни са те за бедното и незащитено население. Понижаване бремето от тези заболявания в световен мащаб се явява главен приоритет и необходимо условие за устойчиво развитие.

Вторият доклад за положението в света за профилактиката на хронични незаразни болести и борбата с тях е съставен на основата на девет доброволни глобални цели.

В него са отбелязани и основни изводи относно пътя за постигане деветте доброволни глобални световни цели към 2025 година.

Общото събрание на ООН на високо равнище през 2011 година обсъжда въпроса свързан с ХНБ – тяхната превенция и контрол. Заключителният документ на срещата отбелязва негативното социално икономическо влияние, което те имат върху развиващите се страни.

Документът изтъква ролята на Правителствата при предприемане на мерки и действия за превенция и контрол на ХНБ. Отбелязано бе, че разпространението на ХНБ може значително да бъде ограничено чрез подобряване на националните политики и здравни системи, намаляване разпространението на рисковите фактори; засилване на международното сътрудничество.

- **Разпространение на хроничните незаразни болести в България.**

През последните десетилетия в България се наблюдава също така непрестанно нарастване честотата на ХНБ. Подчертава се тяхнато медико-социално значение и се определят насоките на тяхната профилактика. В тази връзка са разработени национални и регионални програми за предотвратяване на тези масови заболявания. [14]

Те се характеризират със следните закономерности:

- Въпреки тенденцията за намаляване на смъртността от болести на органите на кръвообращението все още стандартният показател за смъртност от тези заболявания 611,3 на 100000 за 2008 година остава значително висок в сравнение с този на Европейски съюз (ЕС) (236,3 на 100000). [45]
- Мозъчно-съдовата болест (МСБ) обуславя висока заболеваемост и смъртност. Тя заема първо място сред причините за умиранията в България, с висок и стабилен относителен дял (около 20 %) в общата нозология на смъртността. Показателят е по-голям сред мъжете, а така също и сред селското население. Както при ИБС така и при мозъчните инсулти се наблюдава подмладяване на заболеваемостта и смъртността. Стандартизираните показатели за смъртността от МСБ на мъжете и жените у нас са значително над средните за страните от ЕС. [32]
- Злокачествените новообразувания представляват нарастващ здравно-социален проблем. Те са една от водещите причина за умиранията в нашата страна и заемат 17 % в тяхната структура и се нареждат след болестите на органите на кръвообращението. В структурата на злокачествените заболявания със най-голям относителен дял при мъжете е ракът на кожата (12,3%), простата (9,2%), дебело черво (7,6%). Ракът на женската гърда заема почти ¼ от злокачествените заболявания при жените (23%), следван от този на кожата (12,5%), на маточното тяло (7,7%) и на дебелото черво (7,6%).[31]

  Структурата на умиранията от злокачествени новообразувания за 2009 година показва, че ракът на белия дроб при мъжете заема почти 1/3 от всички смъртни случаи (27 %), простатата (8,9 %) и тези на дебелото черво и стомаха (8,5 %). Ракът на гърдата (17,6 %) е водеща причина за смъртни случаи при жените, следван от този на дебелото черво (10,1 %), белия дроб (8,3 %) и стомаха (7 %). [24]

Съществуват много данни за „подмладяване“ на онкологичните заболявания и смъртност, в това число и за локализациите с най-голямо медико-социално значение

(ракът на белия дроб, млечната жлеза, маточната шийка). Независимо от сравнително умерената заболеваемост и смъртност в България тенденцията за увеличаване на честотата показва, че в близко бъдеще ситуацията може да стане още по-неблагоприятна. Масовото разпространение на редица рискови фактори (тютюнопушене, нездравословно хранене), ниската ефективност или отсъствието на профилактични действия (за рака на млечната гърда, маточната шийка, дебело черво) ще задълбочи проблема със злокачествените новообразувания у нас в близко бъдеще. Увеличаващата се заболеваемост и застаряване на населението изисква адекватни действия в борбата с тези заболявания насочени в най-голяма степен към профилактиката и ранната диагноза. Своевременното откриване на заболяването има отношение, както към благоприятния изход, по-голяма преживаемост, качество на живот на болните, но е свързано и със значителни социални и икономически ползи за обществото. [45]

Захарния диабет е сериозен медико-социален проблем в България. Разпространението на заболяването придобива застрашаващи размери и засяга 8,3 % от населението, като смъртността представлява 23,3 на 100000 през 2008 година. Около 75 % от диагностицираните диабетици са с лош метаболитен контрол, което води до развитие на усложнения – миокарден инфаркт, мозъчен инсулт и хронична бъбречна недостатъчност. [37]

3.Концепция за рисковите фактори – основа на съвременната превантивна медицина.

3.1.Същност на концепцията за рисковите фактори.

Генерално направление на съвременната превантивна медицина представлява концепцията за рисковите фактори (РФ – „The risk factor concept“ Stamber J.). [130] Според нея възникването на ХНБ най-често е резултат от единичното или комбинирано въздействие на не голям брой поведенчески, биологични и психосоциални нездравословни фактори. Тази концепция е създадена в резултат на многогодишни мултифакторно-експериментално профилактични и епидемиологични проучвания върху разпространението на ХНБ и техните рискови фактори. Тази **концепция за рисковите фактори представлява най-голямото постижение на епидемиологията на ХНБ и най- важната теоритична и практическа основа на съвременната медицина**. [38]

Ключова дума на тази концепция е **рисков фактор.** Това понятие е въведено за първи път през 1963 година, но и до сега липсва негово общоприето определение.

Редица автори изтъкват, че рисковите фактори не са пряка етиологична причина за съответните заболявания, но влизат в сложни и до голяма степен все още не изяснени взаимоотношения с тези причини.

Липсата на ясно определение на рисковите фактори обуславя големия брой и разнообразие на техните класификации. За представянето на една приемлива класификация е необходимо да се определят две близки понятия: „здравни детерминанти“ и „рискови за здравето фактори“. [6]

1. „Здравни детерминанти“ – са всички биологични, поведенчески, обществено социални, психологични, икономически и природни фактори, които въздействат благоприятно или неблагоприятно върху здравето на хората;
2. „Рискови за здравето фактори“ са вид здравни детерминанти, притежават следните характеристики:

   Имат само неблагоприятни здравни последици;

   Могат за бъдат коригирани;

   Съдействат за поява на тежки болести с висока смъртност.

В определението на СЗО терминът „детерминанти“ включва факторите, които повлияват здравето: биологични, социални, икономически, поведенчески и фактори на жизнената среда. [148]

Съвременни авторитетни проучвания за „относителното тегло“ на „основните здравни детерминанти“ в (%) при определяне на популационния здравен статус на населението се представят по следния начин: [74] Таблица 1

Литературни източници	Лисицин Комаров 1987	Healthy People 1979	ID Millar 1979	Център за контрол на болестите САЩ 1988
Биология на човека, генетика	18-22	20	20	24
Външна среда (социална, жизнена, природ. климатични условия)	17-20	20	19	16
Стил на живот	49-53	50	51	48
Здравеопазна система	8-10	10	10	12

За съвременната превантивна медицина горното разпределение има съществено значение. От това почти пълно съвпадение между изследванията на посочените авторски колективи следва един налагащ се извод.

Решаваща роля за здравното състояние на индивида и популацията имат рисковите фактори и по специолно стилът на живот и в частност поведенческите рискови фактори – тютюнопушене, системна алкохолна консумация (АК), вредни хранителни и двигателни стереотипи и други. [87]

Това разпределение на „относителното тегло“ на основните здравни детерминанти“ е основа на профилактичното направление залегнало в Националната здравна стратегия 2014 – 2020 година и „Национална програма за развитие България 2020“, в които са определени основните приоритети и области на въздействие в здравеопазването: [41, 46]

В структурата на факторите на риска за смъртност, поведенческите фактори – тютюнопушене, злоупотребата с алкохол, нездравословно и небалансирано хранене, ниска физическа активност заемат водещо място, което кореспондира с посоченото по-горе разпределение от различни авторски колективи. При отделния човек наличието на рисков фактор не довежда обезателно до възникване на съответното заболяване, както и обратното, че то не може да се появи без наличието на този фактор. **Концепцията за рисковите фактори доказа по един безспорен начин, че наличието на един рисков фактор, още повече – тяхното съчетано действие с други увеличава твърде много индивидуалния здравен риск.** [32]

Една от най-силните страни на концепцията за рисковия фактор е възможността за предсказване на вероятността от възникване на редица заболявания у хора без клинични прояви – носители на рискови фактори. Това открива големи перспективи за профилактични инициативи.

Концепцията за рисковия фактор изучава всички нездравословни фактори, като в хода на тези проучвания се достига до една дефиринцирана оценка на отделните рискови фактори.

При някои от тях артериална хипертония (АХ), хиперхолестеролемия (ХХС), индекс на телесна маса (ИТМ) съществува възможност за количествена оценка, която създава предпоставка за по-задълбочено проучване на техните взаимоотношения със съответните заболявания за които съдействат да възникнат в индивидите.

За количествена оценка на „патогенната сила" на отделния рисков фактор значение има съответния „релативен риск“ основно понятие на концепцията за рисковия фактор. Той представлява съотношението между:

а/ заболеваемостта и (или) смъртността от определено заболяване сред лицата носители на един или няколко рискови фактори спрямо

б/ контролната група.

Колкото е по-голяма неговата стойност, толкова са по-неблагоприятни здравните последици от съответния рисков фактор или комбинацията от нездравословни фактори. Освен това се използват още „ексцесивен риск“ (разликата между заболеваемостта в групата с рисков фактор и без рисков фактор). Атрибутивен риск при него се взема в предвид и броя на лицата, засегнати от даден рисков фактор, поради което този показател характеризира още по-пълно медико-социалната стойност на съответния нездравословен фактор. В тази връзка Stachenko S. отбелязва, че контингенти с умерено повишен релативен риск (АХ, ТН, ХХС) по-правило са по-големи, поради което съвкупните общо популационни неблагоприятни здравни последици при тях ще бъдат много по-съществени в сравнение с групата, имащи висок релативен риск, но далеч по-малобройни. [127] **Поради тази причина само след диференциран медикосоциален анализ включващ както величината на релативния риск, така и големината на контингентите – носители на съответния рисков фактор, може да бъде направена реална оценка на неговата значимост.**

Съществена характеристика на рисковия фактор е неговия „латентен период“. Това е времето между началото на въздействието на рисковия фактор и първите клинични прояви на съответното заболяване. Колкото е по-продължително „експозиционното време“ на дадена нездравословна причина, толкова са по-неблагоприятни здравните последици. Тук е съществено взаимоотношението между силата на рисковия фактор и неговите неблагоприятни здравни ефекти. Паралелизмът между тях добре проличава от установените взаимоотношения: „доза-отговор“ констатирани за тютюнопушенето, атмосферното замърсяване.

Въз основа на широко мащабни международни епидемиологични проучвания, концепцията за рисковия фактор е установила безпорно наличие на регионални особености в рисковата поразеност на населението в различните континенти, страни и области. Това се отнася както за равнището на рисковия фактор така и за тяхното съчетаване.

В практически план съществено значение имат още следните две характеристики на рисковия фактор - възможност за тяхната коригируемост, както и приемливост на предлаганите мерки за тяхната корекция.

Концепцията за рисковия фактор е теоретична и практическа основа на двата подхода за борба с основните нездравословни причини: популационният и високорисковият. Тя се признава за едно от най-перспективните медикосоциални направления. Това нейно утвърждаване бе обусловено както от задълбочаване на теоретичните и основи, но така също и от нарастване на благоприятните практически резултати при приложение на тази концепция. [38]

4. Концепция за промоция на здравето.

4.1.Същност и развитие на концепцията за промоция на здраве.

Промоция на здраве е наука, която помага на хората да променят своя начин на живот. Промоция на здравето е качествено нов подход, ново виждане на философията на общественото здравеопазване. Според традиционните схващания за здравето, два са неговите основни ресурси – материалното състояние /доходи/ и медицинско обслужване. Промоция на здравето извежда на челно място, като ресурс на здравето отделната личност или обществената група, със своите здравни навици - мотивация, здравословен стил на живот. [3]

Кое обуславя появата на промоция на здраве? Към края на първата половина на XX век се отбелязва възникването на нови не по-малко тежки епидемии в сравнение с инфекциозните – тези на хроничните незаразни болести: сърдечно съдови, злокачествени заболявания, диабет, психични заболявания, травми, заболявания на дихателната система. В края на XX век експерти на СЗО стигнаха до извода, че една от най-важните стъпки в развитието на медицината е признанието, че развитието на тежките хронични незаразни болести, тяхното разпространение е свързано с условията на средата. Установено е, че промяната в поведението на хората, начина на живот, ангажиране на населението в дейностите за здраве, равенство и справедливост при предоставяне на медицинските услуги, по-големия акцент върху профилактиката на болестите, по-голяма социална подкрепа за здраве, участие на хората в решаване на техните здравни проблеми имат съществена роля за подобрения здравен статус на населението. [67]

Промоция на здравето е теоретична концепция върху която е създадена стратегията на СЗО за подобряване и повишаване борбата за овладяване на хроничните

незаразни болести. [86] Това е нов подход пренасочващ грижите за здравето на хората, към личните и социалните ресурси.

Според Tannahill[132] по-целесъобразно е позитивното и негативно здраве да се представят, като две кръстосващи се под прав ъгъл оси /континууми/. Секторите около пресичащите се линии, съдържат възможни варианти на съчетание на позитивното и негативното здраве. По този начин сравнително най-добре се представя целта на промоция на здравето – **предотвратяване на негативното здраве и усилване на позитивното.**

Фокусът при промоция на здравето е ориентиран към хората и към институциите, които биха осигурили условия за по-здравословен живот. На хората се дава възможност до не бъдат пасивни консуматори на здравните услуги, а да осъществят по-добър самоконтрол върху собственото си здравно поведение, като възможност за по-добро здраве. [16]

Това е процес на създаване на възможности на хора чрез саморегулиращо се здравно поведение да подобрят своето собствено здраве т.е. промоция на здравето е ориентирана не само към медицинските заведения, а към хората. На тях се отрежда ролята не на пасивни консуматори на здравни услуги, а им се дава възможност за по-добро здраве чрез по-добър самоконтрол върху тяхната здравно поведение.

Промоция на здравето помага на хората да променят своя начин на живот за предвиждане по посока на състояние на оптимално здраве. Оптималното здраве се определя, като равновесие между физическото, психическото, социалното, духовното и интелектуално здраве [Dowin R.] [80]. За промоция на здравето най-широко се използва определението на СЗО отразено в Хартата от Отава „Промоция на здраве е процес, при който хората получават възможност да увеличат контрола върху своето здраве и да го подобрят“. [149]

Обобщено казано целта на промоция на здравето е да се увеличи очакваната продължителност на състоянието на здраве. Основно средство за постигане на тази цел е здравословния стил на живот на отделния човек, групата и обществото. [36] Благодарение на успехите на съвременната медицина и преди всичко на клинико-епидемиологичните изследвания се установи, че здравето на хората се определя в повечето случаи от техния начин на живот.

Или крайната цел на промоция на здравето е подобрения здравен статус на населението, а непосредствена цел – формиране на здравословен начин на живот. [2]

Тя представлява комбинация от провеждани образователни, политически и правни мероприятия целящи подкрепа на действия и условия, които утвърждават здравословен начин на живот на индивида, социалните групи и цялото общество. Тя дава възможност на хората да подобрят здравето си чрез повишаване на личната си и обществена отговорност.

Те чрез промоция на здравето биха могли да постигнат:

- Добавяне на живот към годините (подобряване възможностите на индивидите да се включат в трудовия живот);
- Добавяне на здраве към живота (здравите да бъдат по-здрави);
- Добавяне на години към живота, чрез ограничаване на случаите с преждевременна смърт и увеличаване на средната продължителност на живота;

Като концепция промоция на здравето обосновава преориентиране на приоритетите в здравната дейност към следните насоки: [4]

1. От болния към здравия човек, акцент върху позитивно здраве;
2. От регулиране на здравното поведение чрез външни въздействия към неговото саморегулиране, самомотивация;
3. От „право на здраве“ към „отговорност за здравето;
4. От „здраве на хората към здраве чрез хората“.

Тези нови приоритети отразяват основната идея на промоция на здравето да се преодолее пасивния подход към здравето, да се погледне на отделната личност и социална група, като основен ресурс в дейността по укрепване на здравето. Промяната на личността и на нейното ценностно отношение към здравето – това е фокусът на дейността за промоция на здравето. [2]

Промоция на здраве създава възможности да се разшири положителния потенциал на здравето чрез:

- Повишаване на здравната култура;
- Самомотивация на индивида за осъществяване на самоконтрол върху собственото странно поведение за постигане на по-добро здраве. [64]

Това е дейност включваща усилията за укрепване на позитивното и намаляване на негативното здраве в три припокриващи се области на дейност: здравно образование, профилактика на болестите и протекция на здравето.

Здравното образование е силен прогностичен фактор свързан със здравето. То се определя като процес, при който хората получават информация по проблеми на

здравето, осъзнават значението на тази информация, придобиват съответни умения, увереност и възможност да вземат решения касаещи подобряване на здравето (своето и на другите). Съвременният подход за здравно образование е насочен главно към придобиване умения за подобряване на здравето и профилактика на болестите, има широка образователна рамка, отчита колективните измерения на здравето, влиянието на социално политическите фактори и участието на различни професионалисти.

Ефективното здравно образование изисква добра практика и би следвало да използва следните принципи – информиране, убеждаване, даване възможност за свобода на избора. То може да доведе до промени в разбирането и начина на мислене на хората, може да повлияе на ценностите, да улесни придобиване на умения до промени в начина на живот водещ до по-добро здраве. То може да доведе до икономия на средства за обществото и да повиши отговорността за здраве. [142]

Здравното образование е призвано да предоставя знания за здраве в течение на целия живот т.е. да формира грамотност за здраве**.** Отчита се факта, че традиционните знания за здраве не са достатъчни, че има нужда от нови знания за здраве с оглед новите вредности, новите фактори на риска, новите лечебни технологии и методи за укрепване на здравето [99]. Усвояването на тези знания става все повече необходим компонент в течение на живота - с промяна на обществото и промяна на собствените условия на живот. Грамотност за здраве е елемент на европейската политика за здраве през 21 век. [140]

Профилактика на болестите е друга сфера на дейност, в която е представена промоция на здравето**.**

В основата на тази дейност лежи комплекс от мерки за намаляване на риска от появата на болестен процес, заболяване, травма, инвалидност или друго нежелано състояние. Тя бива първична, вторична и третична.

Първичната профилактика има за цел да намали вероятността за възникване на болестен процес или болест. От епидемиологична гледна точка тя цели намаляването на заболеваемостта. [92]

Мероприятията в тази насока могат да дадат резултат, когато се действа по време преди взаимодействието между факторите на риска или други агенти с организма и да са довели до дразнене, което отключва болестта тоест преди биологичния старт на процеса.

Вторичната профилактика е тази, при която мероприятията се прилагат при вече налично, отключващо болестта дразнене и анатомичните и патологични промени

са във вход. Тук целта е да се прекъсне или забави прогресирането на процеса, като се приложи ранно и адекватно лечение. Така може да се постигне излекуване и да се предотврати хронифицирането на процеса или развитие на инвалидност.

Вторичната профилактика намалява болестността от епидемиологична гледна точка. [9,63]

Третична профилактика се провежда при напреднал болестен процес с необратими патологични увреждания тоест, при установена болест и налична хронификация на процеса. [110]

При нея целта е да се забави протичането на болестта в посока инвалидност и която подобрява остатъчните функции при наличието на такава. [103]

Протекция на здравето е третата сфера на дейност. Тя е ориентирана към заобикалящата среда и включва дейности насочени към контрол на факторите на риска от физическата среда, работната среда, факторите намиращи се в храните и други асоциирани с болестите. Обхваща законови и фискални регулаторни механизми, подзаконови нормативни актове, елементи на политиката, доброволно възприети норми, насочени към укрепване на позитивното здраве и намаляване на негативното.

Пример за такава дейност е разработване и приемане на законови регулаторни механизми относно – носене на предпазни колани; забрана продажба цигари и алкохол на малолетни; забрана за употреба на алкохол и шофиране: фискални контролни механизми – данъчно облагане на горивата; мита и акцизни връзки върху тютюна и алкохола.

Подзаконови нормативни актове и елементи на политика – политика за непушене на работното място, политика за неупотреба на алкохол на работното място, политика на жилища, доходи, образование, работа. Доброволно възприети норми – договаряне на регулирани реклами.

В рамките очертани от трите сфери могат да бъдат обособени следните примерни дейности за промоция на здравето:

1. Здравно образование – стимулиране използването на професионални услуги за повлияване на поведенчески фактори на риска (тютюнопушене, злоупотреба с алкохол) с оглед намаляване на риска от негативно здраве и преждевременна смърт.

2. Образоване с насоченост протекция на здравето: например – провеждане на кампании, имащи за цел стимулиране разработка на закони за промоция на здравето, разработка на политика за промоция на здраве;
3. Профилактични услуги: например – скрининг за рак на шийката на матката, мамографиченскрининг за рак, имунизации.
4. Протекция на позитивно дефинирано здраве – например заделяне на фондове за изграждане на достъпни съоръжения за спорт и отдих, както и осигуряване на чист въздух за хората, чрез политика за контрол на тютюнопушенето.
5. Образование в посока протекция на позитивното дефинираното здраве – образование на разработващите здравни политики. Например за политика за контрол на тютюнопушенето на работното място.
6. Образование за укрепване на позитивното здраве – в две направления:

- Поставяне на ударение върху ползите за здравето от практикуване на здравословни поведения (здравословно хранене, редовни физически упражнения)
- Развитие на атрибутите за позитивно дефинирано здраве – например умения за самооценка; умения за овладяване на стреса; умения за взимане на решения. Изброените дейности демонстрират на практика широките възможности за укрепване на здравето. Тези дейности трудно биха могли да бъдат разделени, особено тези касаещи позитивното здраве и тези профилактиката на болестите.

Както се разбира от дефиницията на промоция на здраве и областите на дейност днес се смята, че тя включва действия целящи не само укрепване житейските умения и способности на индивидите но и промени в начина им на живот. Тя се приема и като действие насочено към промени на социалните, икономическите и други системи за интегриране на здравни цели. Harisson отбелязва, че „да се поддържат социални системи, които увреждат здравето, а след това в допълнение да се развиват програми за промоция на здраве, които облекчават последствията от тези системи е просто едно разминаваме“. [87] Това разбиране, което намира много привърженици води до съществени изводи за рамката и стратегията за решаване на проблемите на общественото здравеопазване. **През последните години ударението се поставя върху изграждане на коалиции за здраве и активно междусекторно сътрудничество.** Коалициите включват различни действащи лица от правителството, здравната служба,

стопанските и социални сектори, обществени организации, научни структури, различни обществени групи и други. За да е успешна промоция на здравето, тя трябва да повлияе цялостната политика, а не само здравната. В това се крие неизползвания потенциал на нацията. [16]

Изграждането на здравословна социална политика осигурява справедлив достъп на хората до предпоставките за здравословен начин на живот. Тя подпомага хората в това здравословният начин на живот да бъде за тях най-лесния избор. [1]

Това позволява осигуряване на интегрален подход към проблемите на здравето в рамките на здравната система и извън нея. Интегралният подход до някъде заличава границата между профилактиката на болестите (насочена към предотвратяване на отделните заболявания чрез интервенции, като имунизации или редуциране факторите на риска) и промоция на здравето. Интегралният подход възниква на базата на програмите за контрол на болестите на сърцето и преди всичко ИБС. Пример за такъв подход в Европа е програмата СИНДИ, която съчетава дейности за профилактика на болестите с промоция на здравето и постигна впечатляващи успехи. [9]

Промоцията на здраве е активен подход за решаване на здравните проблеми на населението чрез ограничаване на негативните рискови фактори и стимулиране развитието на протективните фактори на здравето. За реализирането на неговите цели са възможни два стратегически подхода: **високо рисков, популационен и различни стратегии.**

- **Високо рисковият подход** (индивидуален) е насочен към носителите на множество рискови фактори и е естествен профилактичен подход в работата на клиницистите. Една от фундаменталните аксиоми на профилактичната медицина твърди, че "голям брой лица с малък риск пораждат много повече случаи, отколкото малък брой лица с висок риск". В случаите, когато аксиомата е приложима, високо- рисковите стратегии предотвратяват малкия брой заболявания сред лицата с най-висок риск и не засягат значителния дял от заболявания, които възникват сред лицата с умерено ниво на риск. Тези стратегии са добър избор за високорисковите индивиди и техните лекари, но са с ограничено влияние за подобряването на популационното здраве. Те не са радикални по отношение на проблема в популацията и изискват продължителен и скъпоструващ скрининг за откриване на високо-рисковите индивиди.

При този подход действията и ресурсите са насочени към тези, които имат нужда от тях и очакваната полза от тях ще бъде по-голяма за индивида. При индивидуалния

подход за промоция на здравето, действията трябва да бъдат насочени не само към даденостите на човека и зависещите от него рискови фактори, но и към даденостите определени най-общо от общественото поведение. Политиката и влиянието на обкръжаващата го среда, влиянието на семейството или групата и свързаните с тях детерминанти на здравето играят важна роля в повлияване здравето на индивида и за неговата социална подкрепа като пациент.

Семейството е важен фактор за здравето. То може да укрепи или да разруши здравето на неговите членове. Върху него оказва влияние общността, политическата, социална и икономическа обстановка. [98]

За да бъде успешен този подход, той трябва да предлага подходящи начини за въздействие върху тези детерминанти на здравето. Тези начини трябва да бъдат ранжирани по своята значимост относно тяхното влияние върху здравето на индивида.

Поведението на индивида може да влияе върху здравето, както положително, така и отрицателно. През последните години бяха установени множество рискови за здравето фактори, които произхождат от психологията, поведението и взаимоотношението на личността с другите в общността. Тези фактори са свързани с:

- Културния контекст – традиции, вярвания, нравствени норми;
- Стила на живот – най-вече семейството и социалната подкрепа;
- Индивидуално-психологическо състояние (ресурси на личнастта за справяне със стресови ситуации), рискови форми на поведение. [64]

- **Популационен подход**

Според Rose (1981) мнозинството от предотвратими случаи на заболяване възникват не в малки групи с висок риск, а в големи групи с относително малък риск. [81] Поради това този подход е в състояние да доведе до значителна промяна в основните здравни показатели – заболеваемост и смъртност. Това отличава този подход от високорисковия, при който резултатите са най-вече в повишаване на личното и групово здраве и по-слабо се отразяват върху здравето на обществото. Този подход има за цел да понижи средният риск за популацията към по-ниски нива и да промени поведенческите норми в обществото, чрез въздействие върху Стратегии за промоция на здравето 53 цялото популационно разпределение на рисковия фактор. Те имат потенциал да контролират възникването на нови случаи в популацията. Такива стратегии целят да превърнат здравословното поведение и ниските нива на рисковия фактор в социална норма и по този начин да намалят риска в цялата популация.

Интегралният популационен подход изхожда от становището, че по-голямата част от познатите рискови фактори са общи за няколко групи заболявания. Така например – главните рискови фактори за ИБС са: артериална хипертония, затлъстяването, нивото на холестерола, физическата активност, нивото на липидите с ниска плътност в кръвта.

Тези са рискови фактори и при метаболитния синдром, диабета.

Осъществяването на популациония подход е свързано с прилагане на:

1. Законови норми, правилно обозначение на екологични продукти, ограничителни мерки: за тютюнопушенето, движение по пътищата;
2. Обучение чрез медийни кампании, фокусирани върху здравословен начин на живот (непушене, балансирано хранене, физическа активност);
3. Здравно-образователни програми за контролиране атмосферното замърсяване в последствие на автомобилното движение в градовете.

За успешната реализация на този подход важна предпоставка е широкото участие на обществени организации, медии, общини и най-вече изработване на обществена здравна политика, осигурена с необходимите ресурси за нейната успешна реализация.

Дали този подход ще има успех зависи от степента на зрялост на системата на здравеопазване, от участието на държавата, от нивото на здравна култура и мотивираност на населението. (Е.Шипковенска) [64]

Използват се различни стратегии за осъществяване на дейностите по промоция на здраве. С понятието стратегия в промоцията на здравето се означава "план за действие, свързан с преодоляването на бариери и изискващ ресурси, за да се постигне определена цел" Анж. Велкова [15]

Съществуват три основни типа стратегии за подобряване на здравето на индивидите и обществото:

1. Медицински стратегии;

2. Поведенчески стратегии;

3. Социални стратегии.

Медицинските стратегии за подобряване на здравето са негативно ориентирани, с фокус на дейностите, насочен към болестта, защото са основани на традиционното биомедицинско разбиране за здравето като отсъствие на болест или недъг. Обект на тази стратегия са профилактиката, лечението и рехабилитацията на

определени заболявания, а не позитивното Стратегии за промоция на здравето 17 здраве. Атакуват чрез терапевтични методи медицински или физиологично определени рискови фактори. Профилактиката е фокусирана върху високорисковите индивиди в популацията, пациентите с развито специфично заболяване и тяхното комплексното лечение и рехабилитация. [15]

Поведенческите стратегии са насочени са към поведенческите рискови фактори от стила и начина на живот. Натрупването на епидемиологични данни, започнало от началото на 50-те години на 20 в. разкрива съществуващата връзка между множествените причинни фактори, свързани със стила и начина на живот и заболяемостта от някои водещи социално-значими неинфекциозни заболявания. Тези рискови за здравето фактори са приети като проблеми на личния избор на индивида, и следователно - намиращи се под контрола на индивида. Значителен акцент е поставен върху здравно- промотивни дейности, насочени към формиране и утвърждаване на здравословен индивидуален стил и начин на. живот и ограничаване на здравните рискове.

Социалните стратегии за подобряване на здравето са насочени са към социалните и екологичните фактори на жизнената среда. Обект на въздействие са човешки общности с неблагоприятни за здравето фактори на жизнената среда.

Социалният подход за промоция на здравето е основан на доказателства, че здравето се влияе от много фактори извън сферата на традиционната здравни помощ. При този подход вниманието е пренасочено от поведенческите рискови фактори към социално-икономическите и други социални фактори на жизнената среда. Това са фактори на жизнената среда, които препятстват достъпа на индивидите и социалните групи до необходимите условия за постигане на добро здраве. Тези Стратегии за промоция на здравето 20 необходими условия за здраве включват мир, жилище, образование, храна, доход, стабилна екосистема, социална справедливост и равенство. [75]

В повечето страни се прилагат различни програми за реализиране целите на промоция на здравето и профилактика на ХНБ използвайки различни подходи и стратегии.

5. Политика за промоция на здравето и профилактика на хронични незаразни болести в някои развити европейски страни (Австрия, Финландия).

Австрия е разположена в централна Европа с население близо до това на България. След втората световна война в страната се наблюдават тенденции подобни на останалите развити европейски страни – увеличаване на заболеваемостта, инвалидността и смъртността от ХНБ и по-широко разпространение на рискови фактори сред населението за тези заболявания. Това е една от причините страната не само да подкрепи всички инициативи, стратегии и програми на СЗО, на СЗА (Световната здравна асоциация) и Регионалния комитет на СЗО за Европа, но тя е инициатор и домакин на международни конференции и срещи относно превенцията и контрола на ХНБ. [140]

Към настоящия момент един от основните нормативни документи е Национален план за превенция и контрол на хроничните незаразни болести 2013 – 2020 година. [128] Този документ е продължение на други такива документи от 70 години до днес определящи основните стратегии и цели в тази насока. Освен това той е съобразен и синхронизиран с Глобалната Стратегия на СЗО, [86]Регионалния комитет на СЗО за Европа и европейската политика „Здраве за всички“. [140] [30]

Стратегическата цел на Националния план за превенция и контрол на ХНБ 2013-20120 година е по-добро здраве на хората, като се намали значително тежестта от преждевремена смъртност, болести и увреждания. За реализиране на статегическата цел се определя, като основен подход – цялостен интегрален подход към ХНБ.

За реализиране на тази стратегическата цел са определени мерки за подобряване здравето на населението чрез промоция на здравето и профилактика на ХНБ. Основният потенциал е заложен в профилактиката на основните фактори на риска за ХНБ (тютюнопушене, нездравословно хранене, злоупотреба с алкохол и ниска физическа активност), която се провежда на индивидуално и популационно ниво.

В страната се провеждат многофакторни профилактични програми за въздействие на основните рискови фактори на сърдечно съдовите заболявания - тютюнопушене, хиперхолестеролемия, артериална хипертония.

От 70 – 80 години на миналия век са предприети мерки за ограничаване на рисковите фактори. Такива мерки са:

- Защита на хората от тютюневия дим и забрана за пушене на обществени места;
- Предупреждаване за опасностите от употреба на тютюневи изделия;
- Забрана на реклама на тютюневи изделия;
- Увеличаване данъците върху тютюневите изделия;
- Ограничаване продажбата на алкохол в магазините на дребно;
- Забрана рекламата на алкохол;
- Намаляване приема на сол и нейното съдържание в храната;
- Намаляване съдържанието на мазнините в храните с полиненаситени мазнини;

Страната участва в редица международни програми под егидата на СЗО. Концепцията за промоция на здравето за първи път е използвана в комплексната програма „Здрави градове“ на СЗО от 1987 година. Редица градове от страната участват в тази програма, като столицата Виена многократно е обявявяна за най-добър град в света за живеене. В основата си програмата се стреми да повиши физическото, психическото и социално благополучие на хората и да подобри околната среда. [139]

Важна стъпка в политиката за здравна промоция в страната е комплексната програма „Болници за промоция на здравето“, чието начало в Европа е от 1989 година в болници на Виена под егидата на СЗО. Международната мрежа от болници за промоция на здравето води началото си от 1990 година с координационен център Института по социология на здравето „Л.Болциан“ Виена. Същността и целите на програмата са разработени в декларация от Будапеща.[73]

Чрез внедряване на здравна промоция във всички процеси болниците изграждат по здравословна среда за работа и обгрижване на пациентите.

Страната е активен участник и в програмата „Училища утвърждаващи здраве“ от 1991 година. [97]Тази програма в съответствие с концепцията на СЗО за развитие на училището, като среда за работа и учене, която укрепва здравето в следните направления:

- Здравословна околна среда;
- Здравна промоция за персонала в училище;
- Организационна култура и интегриране усилията на училищната общност с тези на обществеността за здравна промоция.

В резултат на този интегрален подход с междусекторно сътрудничество и на политиката по промоция на здравето и профилактика на ХНБ, Австрия е една от развитите икономически страни в Европа със значими резултати. За периода 1973 – 1979 година статистическо намаление на основните рискови фактори (РФ) е отбелязано със 17% при мъжете и 12% при жените. През същия период смъртността от ССЗ е понижена съответно с 13% при мъжете и 21% при жените. [22]

Финландия е друга развита европейска страна активен участник в международното сътрудничество по отношение борбата с ХНБ, разположена в северозападна Европа - Скандинавския полуостров. По население страната е близо до това на нашата страна. От 70 години на миналия век са разработени и реализирани различни общонационални, регионални политики за опазване здравето. Тя участва в инициативи на СЗО, СЗА, Регионалния комитет на СЗО за Европа за промоция на здравето и профилактика на болестите. [153]Включва се в комплексните програми на СЗО за „Здрави градове“, „Училища утвърждаващи здраве“ и „Болници за промоция на здравето“

В резултат на тази политика и провеждане на множество програми по ограничаване на рисковите фактори в страната е намалена смъртността от ИБС с 46 % за периода 1972 – 1992 години или средногодишно е с 2,3 % [22]

6. Политика за промоция на здравето и профилактика на хронични незаразни болести в България.

Подобряване здравното състояние на населението в България е тясно свързано с дейността промоция на здравето и профилактика на хронични незаразни болести.

Въпросът за промоция на здравето и профилактиката на хроничните незаразни болести е един от приоритетите в Националната здравна стратегия 2008/2013 година. [40]

Основна цел на Националната здравна стратегия е - Осигуряване условия за промоция на здравето и профилактика на болестите. Промоцията на здравето и профилактиката на болестите чрез икономически ефективни мерки за намаляване на основни рискови за здравето фактори е един от основните приоритети и области на въздействие.

Визия на Националната здравна стратегия е целта за подобряване качеството на живот на българските граждани посредством осигуряване на достъпни, качествени и базирани на научни доказателства здравни и медицински услуги.

Промотивните и профилактични мерки са основния фокус на тази стратегия.

Това е възможно да се реализира чрез внедряване на подхода „Здраве във всички политики“. [129] [151]

Този подход включва въздействието на всички политики извън здравния сектор върху общественото здраве. Това междусекторно сътрудничество се осъществява чрез вземане политически решения по интервенциите и изразява идеята за споделената отговорност за здравето между здравния сектор и другите обществени сектори и професионалисти. [15]

Крайна цел е да се улесни разработването на политики, основаващи се на научни доказателства.

За реализация на поставените цели в националната здравна стратегия в България са разработени Национални програми:

1. Програма „СИНДИ – България“. [22]
2. Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето (2002-2005; 2007-2010;) [42] [43]
3. Национален план за действие „Храни и хранене“ 2005-2010 година; [39]

6.1 Национална програма СИНДИ – България.

През 1984 година СЗО постави началото на програмата СИНДИ. Интернационалната програма за интегрирана профилактика на хроничните незаразни болести, с цел да подпомогнат страните да разработят национална политика за контрол на епидемията от хронични незаразни болести. Регионалния офис за Европа стартира сътрудничеството между страните по единна рамка за политика и стратегиите за профилактика на хроничните незаразни болести. [124]

България е една от страните основатели на СИНДИ. Включва се в Програмата през 1985 година в рамките на сътрудничество между МЗ и СЗО с място на изпълнение бившите окръзи – В.Търново, Габрово, Стара Загора, Сливен –т.н „експериментален район“. [8] Този район бе избран поради неговите типични за страната демографски, икономически и географски характеристики. От м.юни 1985 година до м.юли 1986 година се провежда епидемиологично изследване „четирите окръга“, което обхваща 710532 души. През 1999 година МЗ утвърждава общата рамка за периода до 2010 година. След 2000 година се разгръщат и интервенционални мероприятия за промоция

на здравето и ограничаване факторите на риска на най-честите болести в посочените бивши окръзи.

Основните стратегии на програмата са насочени към здравно образование на населението за контрол на основните фактори на риска за здравето и ХНБ, изграждане на капацитет за работа у медицинските специалисти, участие на общините и институциите в дейностите по програмата. Разработени са ръководство за добра практика на професионалистите, както и информационни материали за населението и основните цели и принципи. [22]

Стратегическата цел на Програмата СИНДИ е **д**а се продължи подобряването на здравното състояние на населението на локално ниво, като се намали преждевременната смъртност, заболеваемостта и последствията за здравето от най-често срещаните хронични незаразни болести.

Основната цел е да редуцират на ниво общини хроничните незаразни болести, както и най-често срещани фактори на риска: поведенчески, биологични, психосоциални и на околната среда.

Практически цели:

I. Да продължи създаването на координиран подход на обществото към профилактиката на ХНБ;
II. Преориентиране структурите на Националната система за здравеопазване (РЗИ, РЗОК, амбулатории за първична и специализирана медицинска помощ, МЦ, ДКЦ, здравни кабинети в детските градини и училища, областни МБАЛ и др.) към профилактични дейности, промоция на здравето и към крайни резултати от тях;
III. Дефиниране на най-добрите комуникационни канали за информиране и образоване на обществото по проблемите на здравето;
IV. Разработка на ръководството за добра практика.

За Програмата СИНДИ бяха разработени следните принципи:

- Прилагане на интегриран подход – реализиране на дейности по промоция на здраве, профилактика на ХНБ, терапия включително рехабилитация;
- Прилагане на модули за интервенция срещу факторите на риска при всички възрастови и професионални групи;
- Междусекторно сътрудничество – развитие на координирани съвместни дейности за здраве между секторите на обществено развитие;

- Наука в полза на практиката – използване на съществуващите знания и опит в областта на профилактиката. Създаване на модели на профилактика, развитие на нови изследвания в тази насока, представяне на нови знания за практиката;
- Международно сътрудничество - използване на единен подход на страните към контрола на болестите, обмяна на резултати, интернационални модули, квалификация на кадри.

Експериментът в четирите окръга в периода юни 1985 год. – юли 1986 год. е осъществен от 502 лекари, 1510 медицински сестри и фелдшери. [22] При обработката на резултатите са получени 13 вида табулограми предназначени за участъковите, регионалните и националните здравни служби. На участъково равнище бе направен персонален списък на рисковите групи от населението. [8] По този начин е изпълнена една от основните задачи на скрининга – предоставяне на лекарите от звената за първична медицинска помощ конкретни данни за „топографията“ на нездравословните фактори сред обслужваното от тях население. Те са важна предпоставка за реализация на високо – рисковата стратегия. [10]

Скринингът в четирите окръга представлява старта на „Програмата СИНДИ“ в България.

Програмата „СИНДИ“ изисква начално мониториране нивото на биологичните и поведенческите РФ при 2000-6000 души и проследяване на тяхната промяна през пет годишен интервал до 2000 година. [10]

МЗ видоизменя първоначалния етап на програмата възприемайки по-комплексен и масов подход. Този подход включва широко популационни епидемиологични проучвания на основните рискови фактори сред цялото население на четирите бивши окръга. В продължение на скрининга са осъществени целеви профилактични прегледи при 586000 души над 15 годишна възраст. [10] Мониторирането на рисковите фактори се осъществява с индетификация на високорисковите контингенти от населението. Общият брой на взетите на диспансерен учет в хода на скрининга надхвърля 59000 души.

Постановките на „Програмата СИНДИ“ не предвиждаха моноторирането за рисковите фактори да се извърши върху население надхвърлящо половин милион, нито едновременно с това високорисковите групи да се уточняват върху такава огромна популация. Това са две характеристики отличаващи старта на „Програмата СИНДИ“ в България, а именно:

- Обхваща много големи контингенти, при които се съчетава епидемиологичен с популационно-интервенционен подход;
- Идентификация за първи път на високо-рисковите контингенти на таково широко участъково равнище.

Така „Програмата СИНДИ“ в България се характеризира и съчетава по своеобразен начин два основни превантивни подхода- масов(популационен) и индивидуален (високо рисков).

- Извършено е мониториране за целия комплекс от поведенчески рискови фактори (ТМ, АК обездвижване, неправилни хранителни навици, психоемоционално състояние) при всички лица включени в скрининга;
- Мониторирането и уточняването на високорисковите групи сред населението бе осъществено не самоцелно, а с практическа цел – подготовка за бъдещи интервенционни въздействия върху най-застрашените от хронични незаразни болести контингенти. [22,13]

През изминалия период от време в рамките на Програмата СИНДИ, ежегодно се извършва огромна образователна дейност на популационно и високо рисково ниво, телевизионни предавания, радиопредавания, публикации в пресата, дискусии. Издадени и разпространени са материали за населението, проведени са курсове за общо практикуващите лекари (ОПЛ) и други лекари с цел изграждане на умения за добра медицинска практика по проблемите на контрола на факторите на риска за здравето, диагностика и лечение на най-честите болести. Изготвени и предоставени за ползване от ОПЛ са ръководства за добра практика. Активира се междусекторното сътрудничество по редица програмни проблеми: хранене, физическа активност, тютюнопушене, околна среда и др. Нарасна участието на общините, общностите в дейностите по промоция на здравето и профилактика на ХНБ, изградена бе база данни. [8]

Проведени са четири мониторинга за оценка на процеса на промяна на поведението на населението за здраве – 2000; 2002; 2004; 2007. [13]

В сравнение със старта на програмата (10-годишен период), мониторингът показва положителни промени на популационно ниво:

- нараснал е относителният дял на лицата, контролиращи основните фактори на риска за здравето в зоните: за артериална хипертонията – около 80%, за дислипидемии – 30%, за тегло – 50% и др.;

- намалял е относителният дял на лицата, които са носители на два,три и четири измерими фактора на риска за здравето: тютюнопушене, повешен холестерол, артериална хипертония, затлъстяване;
- намалял е с 6.2 пункта делът на мъжете с артериалната хипертония, с 10 пункта – при жените в зоните;
- намалена е с 0.2 ммол/л средната стойност на холестерола, популационното ниво на триглицеридите е под 1.7 ммол/л;
- нараснал е делът на лицата с нормално тегло, слабо повишен е на тези със затлъстяване, намален е делът на лицата с наднормена телесна маса;
- регистрира се положителна промяна в храненето:почти всеки втори консумира риба и пилешко месо два пъти седмично; намалена е консумалцията на сол; нараснала е консумацията на пресни плодове и зеленчуци;
- нараснала е физическата активност, но все още не е достатъчна за постигане на профилактичен ефект;
- тютюнопушенето при мъжете е намаляло с 10 пункта, при жените е нараснало с 3 пункта (факт, характерен и за страните в Европа);
- намалена е с 4 пункта злоупотребата с алкохол при мъжете, при жените е без промяна;
- намалена е смъртността от основните болести, обект на програмата.

Посочените резултати в едър план (има и други) се дължат на правилната политика на програмата и многобройните, професионално проведени интервенционни мероприятия в зоните на СИНДИ. [7,12] Успехът на програмата е свързан с големите усилия на НЦООЗ (сега НЦОЗА), РИОКОЗ(сега РЗИ) и структурите на програмата, участието на общините, обществените коалиции за здраве, НПО и други, също и помощта, оказвана от МЗ, т.е. от работата на много партньори.[26]

В рамките на СИНДИ се осъществи и подпрограмата „Здрави деца в здрави семейства“ – детската компонента на СИНДИ. Тя стартира пилотно във Велико Търново през 2007 година, след като беше утвърдена от Общинския съвет. [22]

Стратегиите за постигане на целите в рамките на програмата са:

- повишаване нивото на здравни знания и изграждане на умения у децата за опазване на личното здраве и практикуване на здравословен начин на живот;
- да се активизира ролята на семейството в изграждането на поведение за здраве у децата;

- да се разработи ръководство и ръководни принципи за утвърждаване на здравословни практики;
- да се мобилизира училищната общност и други обществени структури за дейности по изграждане на поведение у децата, укрепващо здравето в училищата и семейството;
- да се създадат предпоставки за изграждане на здравословна училищна среда, съдействаща за промоция на здравето;
- да се създаде база данни за здравето на децата.

Цялостното развитие на програмата СИНДИ показва, че тя е работеща програма, която постига резултати. Тя представлява организационно профилактичен експеримент, при който бе осъществен първия сериозен сблъсък на практическата здравна мрежа с РФ на обслужваното население. Беше индентифициран високорисковия контингент, предпоставка за индивидуални интервенционни въздействия. Натрупаният опит е голям и трябва да бъде използван за подобряване здравето на населението в районите където бе проведена програмата, така и на ниво за цялата страна, като бъдат включени и други общини където ХНБ са широко разпространени. [13]

Програмата СИНДИ е реализирана под ръководството на МЗ и екип от експерти под ръководството на доц. Василевски.

6.2. Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето.

Тютюнопушенето е една от доказаните водещи, предотвратими причини за болестността и смъртността в света. По данни на СЗО всяка година над 5,5 милиона души умират преждевременно от заболявания свързани с тютюнопушенето. [45]

Съществуват две противоположни световни тенденции при консумацията на тютюневи изделия в развитите и в развиващите се страни Табл.2

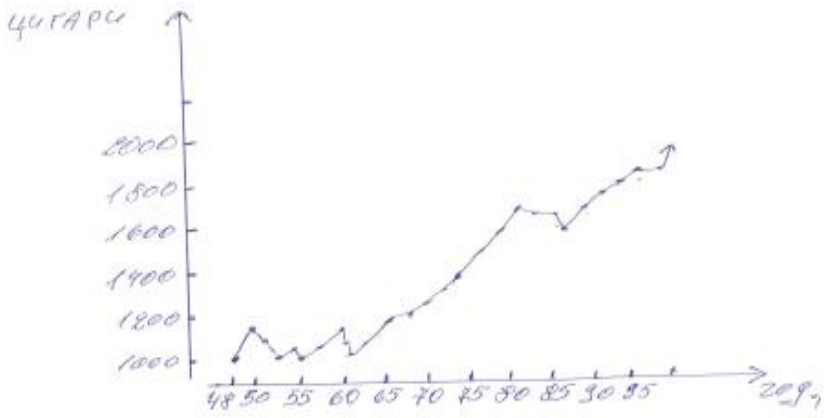
Табл. 2 Консумация на тютюневи изделия в развити и развиващи се страни в света.

Години	1989-1986	1990-1992	2000	2010
Цял свят	5968,9	6611,3	7945,3	8761,5
Развив.страни	3645,2	4305,5	5645,6	6523,4
Развити страни	2323,7	2305,8	2299,7	2138,1

От таблицата се вижда, че увеличената консумация на тютюневи изделия е характерна предимно за развиващите се страни. Тази консумация в тези страни се е увеличила с 4,8 % годишно, докато това увеличение за целия свят е 1,9 %. Намалване консумацията на тютюневи изделия е характерна за развитите страни. В периода 1974 г. – 1986 г. тютюневата консумация е понижена в САЩ (2,5 %), Канада (2,4 %), Западна Европа (2 %). Намаляване на тютюнопушенето в края на XX век до 20 % - това бе една от основните цели на Програмата на СЗО „Здраве за всички до 2000-та година“. [83]

Тази политика бе продължена и през 21 век. Борбата с тютюнопушеното е определена като решаваща и през последните години са постигнати значителни успехи в това направление. В доклад на СЗО от 2015 година за разпространението на ХНБ в света са определени девет глобални цели, от които петата цел е относително намаляване с 30 % на показателя за разпространение и употребата на цигари сред лица на възраст от 15 години до 2025 година. [83]

В България тютюнопушенето е разпрострнено широко. По данни на Национален статистически институт (НСИ) в нашата страна този показател през последните 50 години е нараснал двукратно: (фиг. 1)



Фиг.1 Средногодишен брой цигари на глава от населението в периода 1948-1998 година.

През 1990 година броят на цигарите на глава от населението, продадени на пазара в страната достига най-висока стойност – 2087. [94]

Национално изследване през 2007 година показва, че 46,6% от мъжете и 32,7% от жените са пушачи. [11]

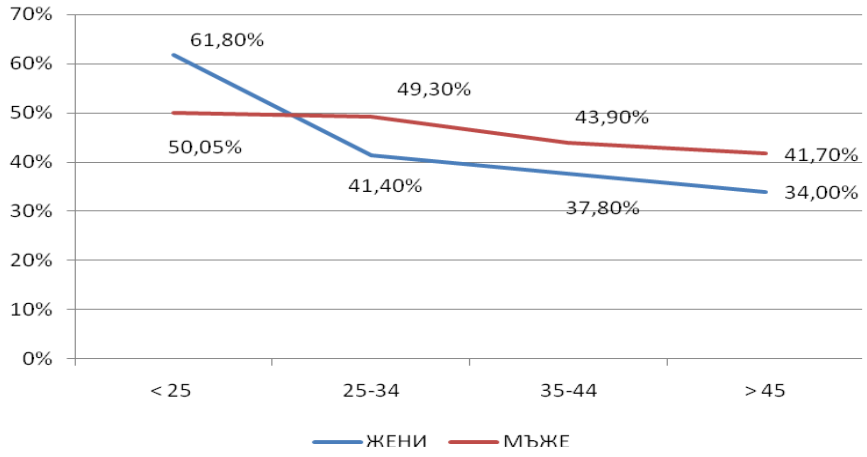
Според Европейско изследване (здравно интервю), проведено в България през 2008 година относителния дял на редовните пушачи у нас е 40,5% за мъжете и 18,9 % за жените. [28]

Показателно е водещото място на България в световните класации за консумация на тютюневи изделия, която е водеща сред останалите рикови фактори за нашия народ. Въпреки тенденцията през последните години към ограничаване на тютюнопушенето през 2008 година са пушили 38,8% [33 б], през 2011 година 36%, а през 2012 година като пушачи се самоопределят 34%.[49]

България все още се нарежда на челните места по брой пушачи (на второ място в Европа след Гърция) по данни на Евробарометър. [64]

През 2012-2013 година от НЦОЗА е проведено национално представително проучване на тютюнопушеното сред родителите на деца от детските градини в страната. Получени са данни за 2419 мъже на средна възраст от 36,3 г. (21-56г.) и 2610 жени на средна възраст 33.2 г. (19-50г.) Анализът на резултатите показва, че 57,5% от изследваните лица са редовни пушачи. По-голям е относителният дял на мъжете пушачи (45,7%) в сравнение с жените (39.0%). До 10 цигари/дневно изпушват 32.2% от мъжете и 53,8% от жените; до 20 цигари/дневно – 33,9% от мъжете и 32,7% от жените, а над 20 цигари/дневно 41,1% от мъжете и 13,5% от жените.

Възрастовото разпределение на пушачите е представено на фиг.2 и съответства на други проучвания, показващи, че до 25-годишна възраст броят на пушачите сред жените е по-висок отколкото сред мъжете, докато след тази възраст преобладават мъжете пушачи. С напредване на възрастта тютюнопушенето намалява и при двата пола, което се вижда от фиг.2 [48]



Фиг.2. Разпространение на тютюнопушенето в различните възрастови групи.

Намаление на потреблението на цигари сочат и данните на НСИ. За периода 2002-2013г. - от 1000 цигари средно на лице от домакинството през 2002г. до 596 броя през 2013г. което е видно от таблица 3. [94]

Таблица 3. Потребление на цигари средно на лице от домакинство по години.

Години	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Цигари - бр.	916	978	931	926	726	854	860	778	591	547	601	596

Твърде тревожен е факта, че при децата и юношите има ранно начало. Учениците, които са запалили първата си цигара преди 10 годишна възраст са 21,2 %. [35] Проучване през 2007 година сред 16 годишни намира 36% настоящи пушачи и 44% при момичетата. [134]

От изследваните 13-15 годишни деца през 2008 година правилите опит да пушат са 58,8%, от тях 58,1% са момчета и 41,9% са момичета. [19] Значително високо е равнището на тютюнопушенето и сред 15-16 годишни български деца – 38,9% през 2011 година, от които 32,7% момчета и тревожно високо равнище за момичетата – 67,3%.[135]

Тези данни представляват тревожна характеристика, която обяснява редица проблеми на здравната криза на българския народ.

Трудното лечение от никотиновата токсикомания и тежките здравни последици от интензивна и системна употреба на тютюневи изделия **превръща пушачите в една от най-рисковите сред високорисковите групи.**

Тези данни от проведените проучвания, а така също и от други такива бяха взети в съображение при определяне целите на Националнате програми за ограничаване на тютюнопушенето в България. [42] [43] [44]

Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето в Република България 2011-2015г. В тази Национална програма е определена политиката за ограничаване на тютюнопушенето и основните цели. Политиката за строго ограничаване на тютюнопушенето в Република България за първи път намери израз в Закона за народното здраве от 1973 г. Впоследствие се утвърди и Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето в Република България 2002-2005 г., продължена в периода 2007-2010 г. Националната програма за ограничаване на тютюнопушенето 2007-2010 г. продължи да надгражда политиката на контрол на тютюна. Основен

приоритет беше ограничаването на тютюнопушенето чрез основните инструменти на утвърдените добри практики.

СТРАТЕГИЧЕСКА ЦЕЛ - Да се подобри здравето на населението чрез намаляване заболяемостта и смъртността от заболявания, свързани с тютюнопушенето.

ОПЕРАТИВНИ ЦЕЛИ

- Осъществяване на системна национална политика, насочена към ограничаване на тютюнопушенето чрез прилагане на законодателни, административни и обществени мерки.
- Намаляване на търсенето на тютюневите изделия.
- Постепенно намаляване на тютюнопушенето, особено сред подрастващите.
- Ограничаване тютюнопушенето на обществени места и създаване на среда без тютюнев дим на закритите обществени места.
- Намаляване на толерантността на обществото към тютюнопушенето.

Изпълнението на поставените целите на програмата е предпоставка за постигане очакваните резултати заложени в програмата, а именно:

- намаление на тютюнопушенето сред населението с 10% спрямо нивото на разпространение, установено през 2010 г.;
- задържане възрастта на пропушване на нивото от 2011 г. с очертаване на тенденция за повишаването й;
- ефективно прилагане на мерките за забрана на тютюнопушене на обществени и работни места;
- ефективно прилагане на превантивния контрол с оглед предотвратяване на нарушенията на действащото законодателство, свързано с външноикономическата дейност и търговията с тютюневи изделия;
- намаляване на заболяемостта и смъртността в резултат на респираторни, сърдечносъдови и злокачествени заболявания по причина на тютюнопушене. [40]

6.3. Нациоанален план за действие „Храни и хранене“ 2005 – 2010 година.

Храненето на населението в България е нездравословно, въпреки някои положителни промени в структурата му през последните години. Консумацията на

наситени мазнини остава висока, на слънчогледово олио също, което не съдържа омега – 3 мастни киселини. Висок е приемът на червени меса, ниска е консумацията на риба. Все още е недостатъчен приемът на плодове и зеленчуци и на пълнозърнести храни. Висока е консумацията на сол в храната, а същевременно нисък е приемът на вода и натурални сокове. [56]

Негативните характеристика на храненето на населението в България водят до увеличаваща се честота на наднорменото тегло и затлъстяването, включително и при децата, висока заболеваемост и смъртност от хронични болести свързани с храненето.

Епидемията от затлъстяване поставя едно от най-сериозните предизвикателства пред общественото здраве в Европейския съюз. Половината от всички възрастни и 1/5 от децата в страните от Европейския регион са с наднормено тегло. От тях 1/3 са вече със затлъстяване и броят им бързо расте. [45]

В България също се наблюдава неблагоприятна тенденция за увеличаване разпространението на затлъстяването при децата. Данните от Национално представително проучване на „Храненето и хранителния статус сред ученици в България, проведено през 1998 година показва, че при децата на 7-8 годишна възраст с наднормено тегло са 23,3% , като 7,2% от тях са със затлъстяване. [54]

През 2008 година проведено изследване сред децата в същата възрастова група наднорменото тегло се е увеличило и се наблюдава при 30, 6 % от изследваните деца, като 13,6% от тях са със затлъстяване. [51][53]

Тази неблагоприятна тенденция за увеличаване на наднорменото тегло и затлъстяването сред децата се обуславя в значителна степен от храненето в кърмаческа възраст и като малки деца до 5 годишна възраст. При проведено през 2007 година ретроспективно проучване от НЦООЗ върху представителна извадка за страната на децата до 5 години за оценка храненето и хранителния им статус и на техните майки, се установяват редица проблеми в храненето на кърмачетата и по-големите деца, водещи до здравословни рискове. [93] Децата и от двата пола от 1-5 години са рискова група за наднормено тегло, което се установява при 9.5% от тях. [52]

Тези така представени особености в хранителния модел на българина са една от най-съществените причини за неблагоприятните характеристики определящи **здравния статус на нашия народ.**

Нерационалното хранене на нашия народ представлява една от първостепенните причини за неговите сериозни здравни неблагополучия.

В Националния план за действие „Храни и хранене“ 2005 -2010 год.е подчертано, че нарушението в хранителния статус, заболяванията свързани с небалансирано хранене, производството и предлагането на некачествени храни, както и замърсяването на хранителните продукти с биологични и химични агенти, които се наблюдават в нашата страна могат да бъдат предотвратени само чрез прилагането на единна координирана много секторна национална хранителна политика. Нерационалното хранене е една от най-съществените причини за широкото разпространение в страната на много от болестите и на първо място – сърдечно – съдовите и онкологични заболявания.

Като отчита всички тези особености в Националния план за действие „Храни и хранене“ 2002 – 2010 година е определена **стратегическа цел** – да се подобри здравето на населението в България чрез подобряване на храненето, за намаляване риска от заболявания свързани с храните и храненето. [39]

В Националния план за действие „Храни и хранене“ 2005 – 2010 година се определени три основни специфични цели:

1. Да се извършат положителни промени в националния модел за намаляване риска от хранителни дефицити и хронични болести.
2. Да се намали рискът от заболявания свързани със замърсители и добавки в храните.
3. Да се подобри осигуряването на здравословни храни и достъпът до тях на цялото население.

В рамките на Националния план е създадена национална система за мониторинг на храненето и хранителния статус.

Чрез изпълнение на Националния план „Храни и хранене“ са актуализирани препоръчителните стойности за хранителен прием на населението в България, националната база за състав на храните.

Изпълнението на поставените цели в Национален план за действие „Храни и хранене“ 2005 – 2010 година има съществен принос в усилията на българското общество за подобряване здравния статус на българския народ в превантивната здравна стратегия на страната. Значимостта на изпълнението на тези цели се определя и от факта, че след тютюнопушенето, а може би и наравно с него нерационалното хранене определя в значителна степен смъртността на нашето население и е важен фактор за широкото разпространение на хроничните незаразни болести в нашата страна.

До 2010 година в България съществуваха и се реализираха дейности по национални програми насочени към някои от основните рискови фактори – програма

СИНДИ България, програма за ограничаване на тютюнопушенето в България и Национален план за действие „Храни и хранене“ 2005-2010 година.

Тези програми бяха продължени чрез изготвените и приети Национална здравна стратегия 2014-2020 година и „Единна национална програма за превенция на хроничните незаразни болести“ 2014-20120 година, които да обединят усилията на обществото в борбата срещу рисковите фактори на хроничните незаразни болести.

6.4. Национална здравна стратегия 2014-2020 година.

Националната здравна стратегия 2014 - 2020 година е израз на консенсус както между експертите в областта на здравеопазването, така и между институционализираните и неформалните структури на гражданското общество с акцент върху промоция на здравето и профилактика на болестите. [41]

Правителствените здравни политики през следващите години трябва да бъдат насочени срещу рисковите фактори на общественото и индивидуалното здраве. Тези политики трябва да бъдат структурирани в посока към активна превенция на хроничните заболявания, а не към действия, които са насочени единствено към ефективното им лечение, след като те вече са настъпили.

На основата на анализите направени от здравните експерти и научните медицински общности може да се направят следните три обобщаващи извода:

- Ние сами увреждаме здравето си чрез безотговорното си отношение към жизнената среда и нейното непрекъснато замърсяване.
- Ние сами допускаме да съществуват такива вредни социални условия, като бедност и невежество, които рушат здравето на значими обществени групи.
- Ние сами се убиваме с нездравословния си стил на живот.

В националната здравна стратегия 2014 – 2020 година се подчертава, че отделният човек може да направи за здравето и благополучието се повече, отколкото който и да е лекар,болница, лекарство или скъпо струваща медицинска апаратура. Редица данни, базиращи се на многогодишни наблюдения и научни анализи, показват, че ключът към въпроса дали един човек ще бъде здрав или болен, дали ще живее дълго или ще го постигне преждевременна смърт, се крие в редица прости поведенчески фактори, а именно:

- Тютюнопушене, злоупотребата с алкохол и наркотици;
- Режим на хранене, физическа активност и сън;

- Спазване на правилата за пътно-транспортна безопасност;
- Безотговорно отношение към околната среда;
- Спазване на изискванията за здравословни и безопасни условия на труд.

В национална здравна стратегия 2014-2020 година се акцентира върху един основен факт: ако искаме да осъществим успешно политики за укрепване на здравето и предотвратяване на болестите, ще са нужни много по-мащабни действия от тези, които са по силите на традиционните подходи в здравеопазването.

Съвременните предизвикателства пред здравето на нацията – хроничните незаразни болести, както и здравното благополучие и активното дълголетие трябва да бъдат във фокуса и свързани преди всичко с профилактиката и промоцията, отколкото с лечението. Промотивните и профилактични мерки са основния фокус на тази стратегия.

За целта тези приоритети ще бъдат постигнати чрез провеждането на интегриран подход, чрез които да се развият нови модели на справяне с проблемите свързани със здравето.

6.5. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 година.

Основните хронични незаразни болести (ХНБ) – сърдечно-съдови заболявания, злокачествени новообразувания, хронични респираторни болести и диабет са причина за 60% от всички смъртни случаи в световен мащаб. От смъртните случаи водещи са болестите на органите на кръвообращението с (67.5%), следвани от злокачествените новообразувания с (15.1%) и др. Основно те се причиняват от общи, модифицируеми, предотвратими рискови фактори, като тютюнопушене, нездравословно хранене, ниска физическа активност и злоупотреба с алкохол.

От няколко десетилетия глобалните усилия за контрол на епидемията от хроничните незаразни болести бележат успех и вече има значими резултати в много развити страни. Практиката показва, че редуцирането на основните рискови фактори води до намаляване на смъртността и заболеваемостта от тези болести, съответно и на тяхното бреме за обществото**.** [45] Най-ефективният път за постигане на тази цел е профилактиката (превенцията), в рамките на програми за общи координирани (интегрирани) подходи и действия за намаляване нивото на факторите на риска, ранна диагностика, лечение и рехабилитация на заболелите, и осигуряване на здравословна среда за живот.

Концепцията на факторите на риска следва да бъде основата на профилактичните дейности в програмите, при водещ популационен подход за интервенция, но и с прилагане на високорисков подход.Популационният подход цели намаляване на нивото на рисковите фактори за всички лица, като създава благоприятна среда, позволяваща здравословен начин на живот посредством редица мерки като промяна в законодателство, данъци, финансови стимули от правителството и др.

В програмата са определени следните цели:

- ✓ Да се подобри здравето на населението и да се повиши качеството на живота чрез намаляване на преждевременната смъртност, заболеваемостта и последствията за здравето (инвалидизацията) от основните хронични незаразни болести (сърдечно-съдови заболявания, злокачествени новообразувания, хронични белодробни болести, диабет), свързани с рисковите фактори-тютюнопушене, злоупотреба с алкохол, нездравословен модел на хранене и ниска физическа активност.
- ✓ Осъществяване на системна национална политика чрез:

а) редуциране на нивото на общите за хроничните незаразни болести, най-често срещани рискови фактори: поведенчески, биологични, психосоциални, чрез намаляване на разпространението на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол, подобряване на храненето и увеличаване на физическата активност.

б) ранна диагностика на основните хронични незаразни болести.

- ✓ надграждане и развитие на утвърдената национална политика за ограничаване на употребата на тютюневи изделия, промоция на здраве и профилактика на заболяванията по причина употреба на тютюневи изделия.
- ✓ изграждане на успешен модел на национална политика за ограничване на злоупотребата с алкохол.
- ✓ затвърждаване на постигнатите положителни промени в националния и хранителния модел за намаляване на риска от хранителни дефицити и хронични заболявания.
- ✓ изграждане на успешен модел за повишаване на физическата активност на населението за постигане на по-добро здраве, дееспособност и дълголетие.
- ✓ укрепване на капацитета на първичната здравна помощ по посока на превенцията и ранната диагностика на основните хронични незаразни болести.

Приоритети за интервенционните дейности в рамките на програмата са:

- ✓ Приоритетни болести и състояния: сърдечно-съдови заболявания, злокачествени новообразувания, диабет, хронични белодробни болести.
- ✓ Приоритетни поведенчески и биологични фактори на риска за здравето: тютюнопушене, нездравословен модел на хранене, ниска физическа активност, злоупотреба с алкохол, повишено артериално налягане, повишен холестерол, повишен индекс на телесна маса.

В програмата са определени и цели в областта на превенцията на хроничните незаразни болести до 2020г., на основните фактори на риска и целевите групи за интервенция.

ГЛАВА ВТОРА - МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

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

ЦЕЛ

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

Постигането на тази цел включва решаването на следните:

ЗАДАЧИ

1. Проучване на документи (наши и чуждестранни) относно същността и осъществяването промоция на здравето и профилактика на болестите (здравна политика, стратегия, рамков договор,закони, харта от Отава и др.)
2. Да се определи подходящ метод и инструментариум за проучване мнението на общо практикуващите лекари относно дейностите - касаещи промоция на здравето и профилактика на болестите, осъществявани в първичната помощ.
3. Да се установи доколко ОПЛ оценяват значимостта на промотивните и профилактичните дейности като приоритетни за здравето на населението, както и каква е тяхната подготовка и възможности за осъществяването им.
4. Познава ли ОПЛ здравния статус на цялото население в своята практика, а не само на тези, които са потърсили медицинска помощ, което позволява да се определят групите на здравите лица, застрашените (рисковите) групи и болните със социално значими заболявания.
5. Да се установи какви промотивнии и профилактични дейности осъществява ОПЛ за посочените групи население според техния здравен статус.
6. Да се изследва каква част от работното време се отделя за дейности свързани с промоция на здравето и профилактика на болестите.

7. Да се установи какви проблеми съществуват при осъществяване промоция на здравето, свързани с подготовката на ОПЛ за тези дейности от организационен характер, здравната култура на населението и др.
8. Да се очертаят основните проблеми свързани с промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болестите и да се определят насоките за тяхното подобряване.
9. Да се анализира какво може да се промени и включи допълнително в дейностите по промоция на здравето и профилактика на болестите за постигане на по-добри резултати за здравето на пациентите.
10. Да се определи кои са най-подходящите начини за подобряване дейността по промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болести.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Обект на наблюдение

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

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

Критерии за включване в проучването

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

Техническа единица на наблюдение

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

Признаци на техническата единица на набрюдение

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

- Здрави
- Застрашени (рискови)
- Болни

Логическа единица за наблюдение

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

Признаци на логическата единица на наблюдение

1. Демографска характеристика на ОПЛ: по пол, възраст
2. Подготовка (каква и от къде е получена) на ОПЛ за осъществяване на промоция на здравето и профилактика на болестите.
3. Какви промотивни дейности осъществява ОПЛ за различните групи население според здравния им статус. Колко време заделя за тяхното осъществяване?
4. Какви профилактични дейности осъществява ОПЛ за болните със социално значими заболявания
5. Резултати от тези дейности.

ИЗВАДКА

Лицата, които попадат в проучването сформират представителна извадка от общо практикуващи лекари в София – град. Селекцията е извършена на случаен принцип в различни географски райони: център, изток, запад, север, юг. Бяха изследвани 403 практики при минимално изискване от 381 след прилагане на коефициента за ограничена съвкупност. Обхванатите от проучването общо практикуващи лекари представляват 45 % от всички 890 общо практикуващи лекари в София – град. Нивото на значимост е вероятностното равнище, което е избрано. В практиката най-често се използва ниво на доверие 95%, като нивото на значимост е съответно 0,05.

ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ НА ПРОУЧВАНЕТО

Индивидуалната емпирична информация е събирана в продължение на една година.

МЕТОДИ

- Документален
- Социологически
- Статистически
- Графически

ВРЕМЕ НА ПРОУЧВАНЕТО

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

ВИД НА ПРОУЧВАНЕТО

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

ДОСТОВЕРНОСТ

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

ТОЧНОСТ

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

ИЗПОЛЗВАН ИНСРУМЕНТАРИУМ

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

I. Апробацията на използваната анкетна карта за проучване на ОПЛ осъществена предварително на микроизвадка от 40 общопрактикуващи лекари, подбрани чрез вътрешно-случаен подбор на територията на град София. Пилотното проучване се проведе за да се установи яснотата, разбираемостта и адекватността на въпросите

залегнали в анкетата. Информацията събрана от пилотното проучване позволи да се направят необходимите промени във въпросника и адаптирането му към съществуващите условия.

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

Въпросите условно са групирани в пет раздела:

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

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

така също и тяхната структура по пол. Определен е и броят на ЗЗОЛ в проучваните практики включени в рисковите групи за сърдечно-съдови заболявания, захарен диабет, злокачествени заболявания.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Раздел V -квалификация и общи проблеми

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

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

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

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

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

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

пациент е запознат със здравословния начин на живот и кои са основните източници на информация за него.

Раздел II - Мнение за профилактичните прегледи и медицинските услуги.

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

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

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

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

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

Раздел III – Поведенчески рискови фактори

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

РАБОТНА ХИПОТЕЗА

Към настоящия момент дейността по промоция на здравето и профилактика на незаразните болести не е на нужното ниво. Тя заема недостатъчна част в обема от дейности осъществявани от ОПЛ в неговата работа с ЗЗОЛ. Това неминуемо се

отразява върху здравното състояние на българина. Днес той е един от най-болните, с най-висока смъртност и ниска раждаемост сред останалите народи в Европа и света.

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

МАТЕМАТИКО – СТАТИСТИЧЕСКИ МЕТОДИ ЗА ОБРАБОТКА И АНАЛИЗ НА ПЪРВИЧНИТЕ ДАННИ

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

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

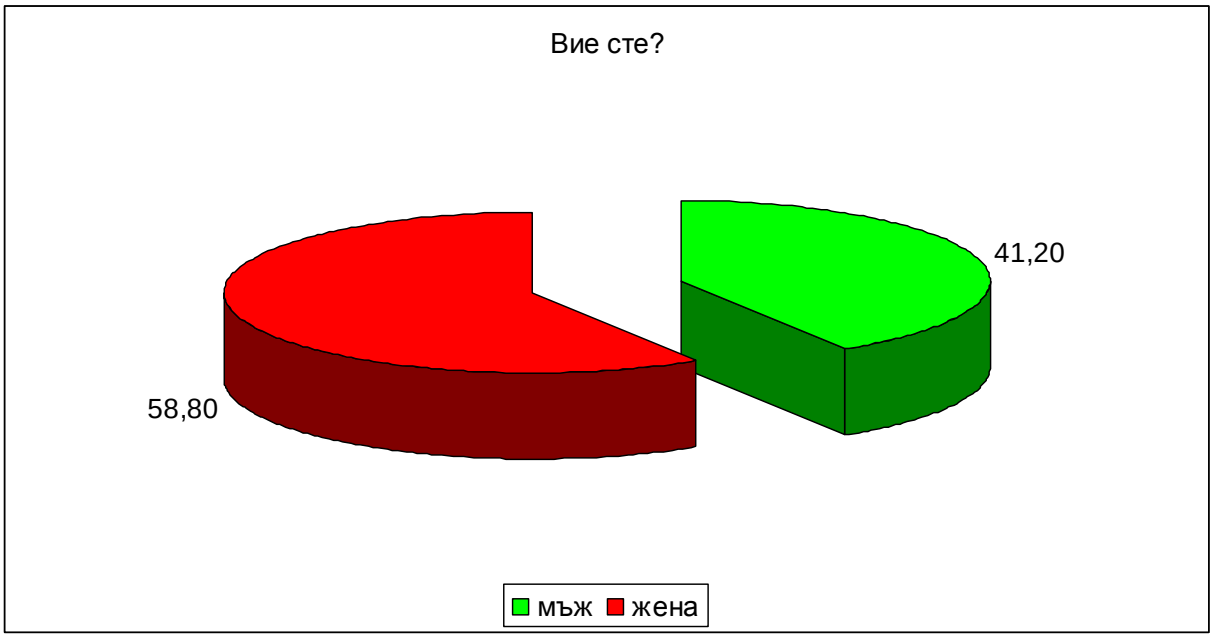
ГЛАВА ТРЕТА- РЕЗУЛТАТИ. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОШЕДЕНИ ПРОУЧВАНИЯ

А) Резултати от проучването сред ОПЛ в град София

Раздел I – Общи данни за практиката.

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

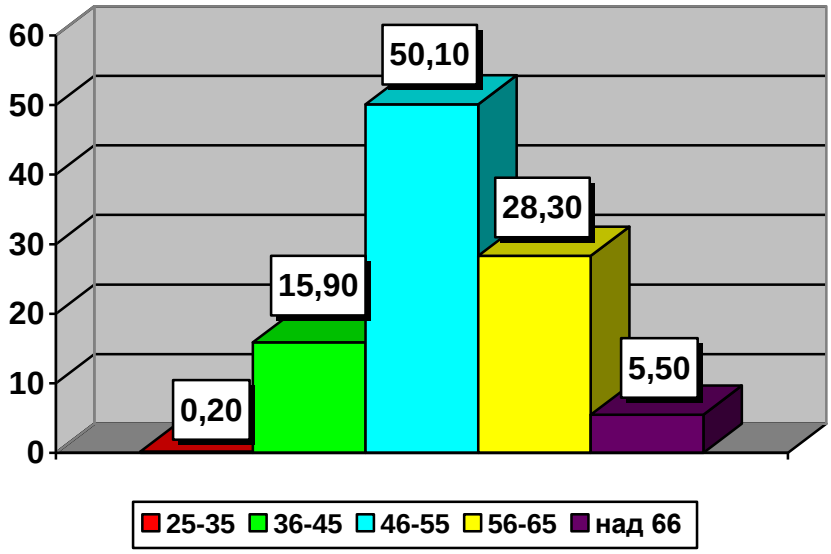
В проучването са анкетиране 403 лица (лични лекари и медицински сестри) от извънболничната медицинска помощ гр. София. По отношение структурния състав по пол на анкетираните преобладават жените – 273 лица с относителен дял (58,8), докато мъжете са 166 на брой (41,2%). Съотношението жени/мъже е 1,42:1.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



Фиг.1 Разпределение по пол в проценти.

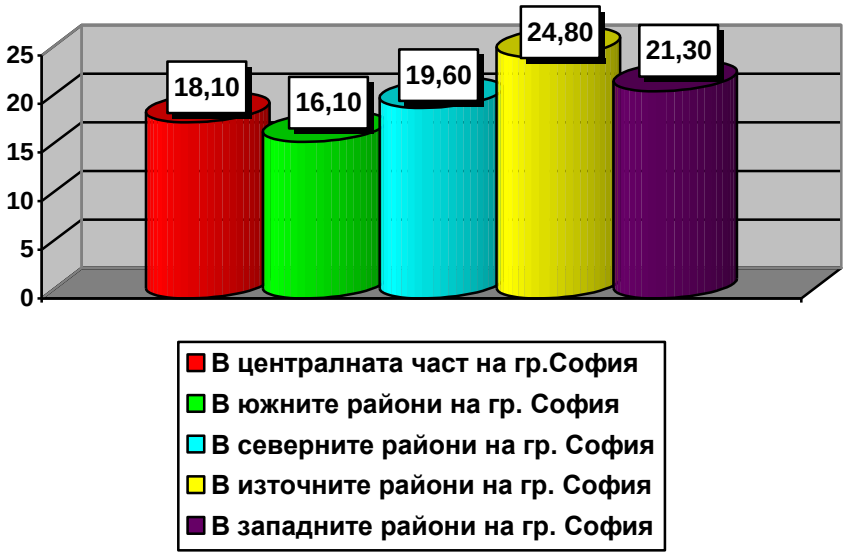
Този състав се определя в голяма степен от факта, че жените преобладават в професионалната група на лекарите.

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



Фиг.2 Разпределение по възраст на анкетираните лекари.

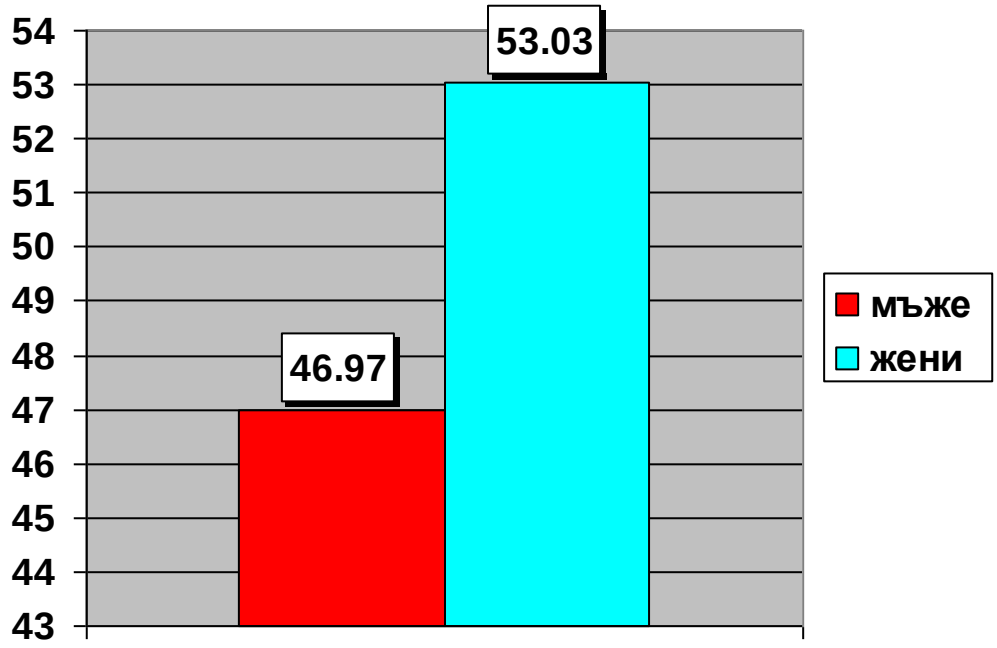
Проучването е взето предвид, къде е разположена (местоположението) на практиката на личните лекари в гр. София. С най-голям относителен дял са респондентите в практики от източни региони (24,8%) и западните региони (21,3%). След тях са северен район с (19,6%), лекарските практики от централната част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



Фиг.3 Процентно разпределение на практиките на общо практикуващите лекари по райони.

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

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



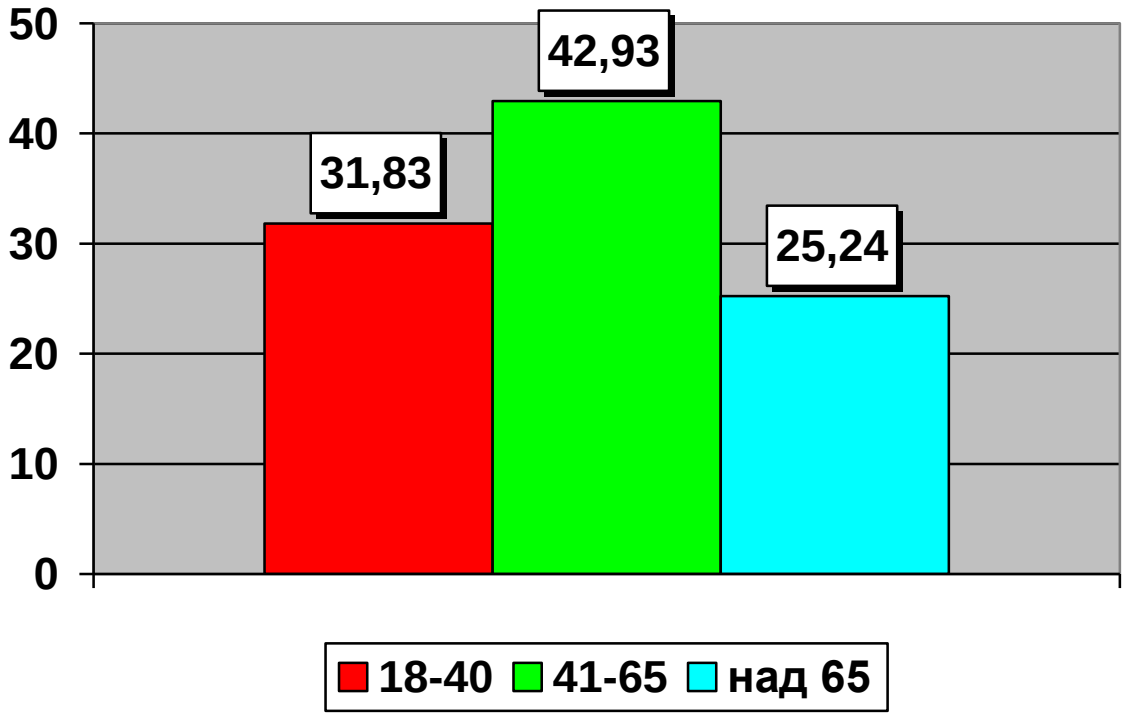
Фиг.4 Разпределение по пол на ЗЗОЛ.

Заслужава да се отбележи структурата на ЗЗОЛ в анкетираните практики по пол във възрастовите подгрупи: от 18-40 год.; от 41-65 год.; и над 65 год.

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

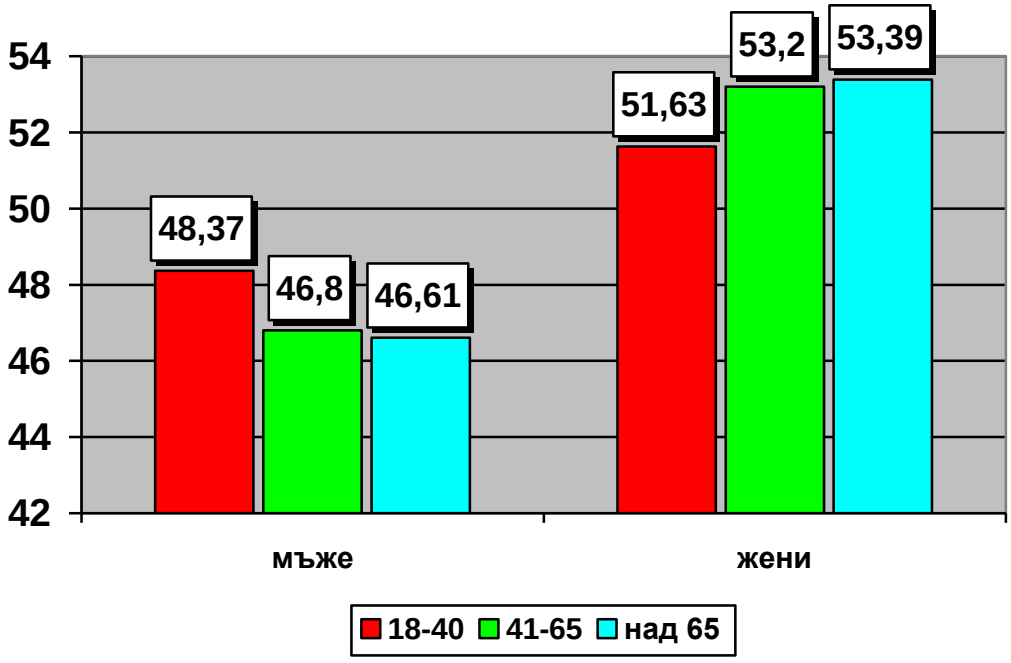
Възрастова подгрупа от 41-65 год. - общият брой на ЗЗОЛ е 219 324 (42,93%) от регистрираните. От тях мъже са 102 342 (46,80%) и жени 116 982 (53,20%).

Във възрастова подгрупа над 65 год. - общият брой на ЗЗОЛ е 128 931 (25,24%). От тях мъже 57 237 (46,61%) и жени 71 694 (53,39%).



Разпределение на регистрираните ЗЗОЛ във възрастови подгрупи по пол е представено на фиг.5.

Фиг.5 Разпределение на относителните дялове на регистрираните ЗЗОЛ във възрастови подгрупи.

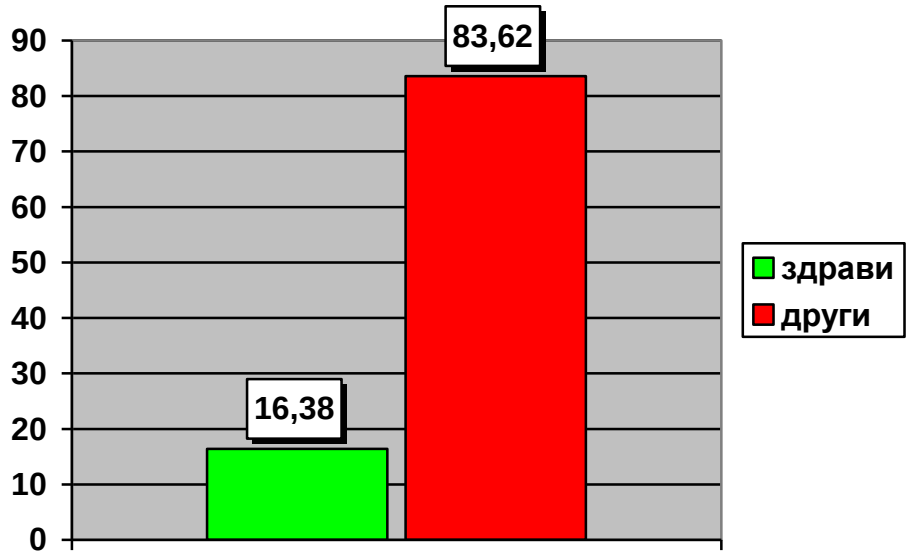


Фиг.6 Разпределение по пол на ЗЗОЛ във възрастови подгрупи.

3. Характеристика на ЗЗОЛ в анкетираните практики според здравният им статус.

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

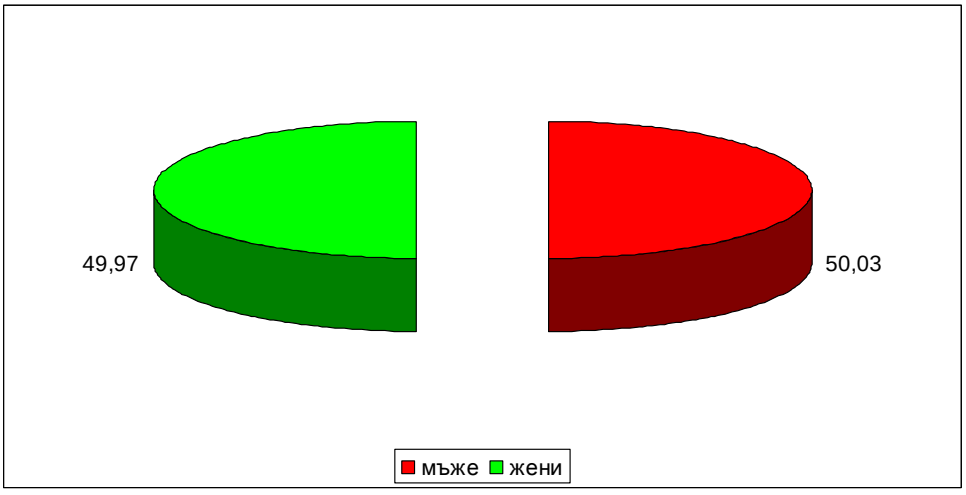
Разпределението на относителния дял на ЗЗОЛ определени, като „здрави“ и останалите регистрирани е показано на фиг.7.



Фиг.7 Разпределение на ЗЗОЛ определени като „здрави“.

От групата на ЗЗОЛ определени като „здрави“ относителния дял на мъжете е 41 871 (50,03%) и жени 41 820 (49,97%).

Разпределението на относителните дялове „здрави“ по пол е показано на фиг.8.



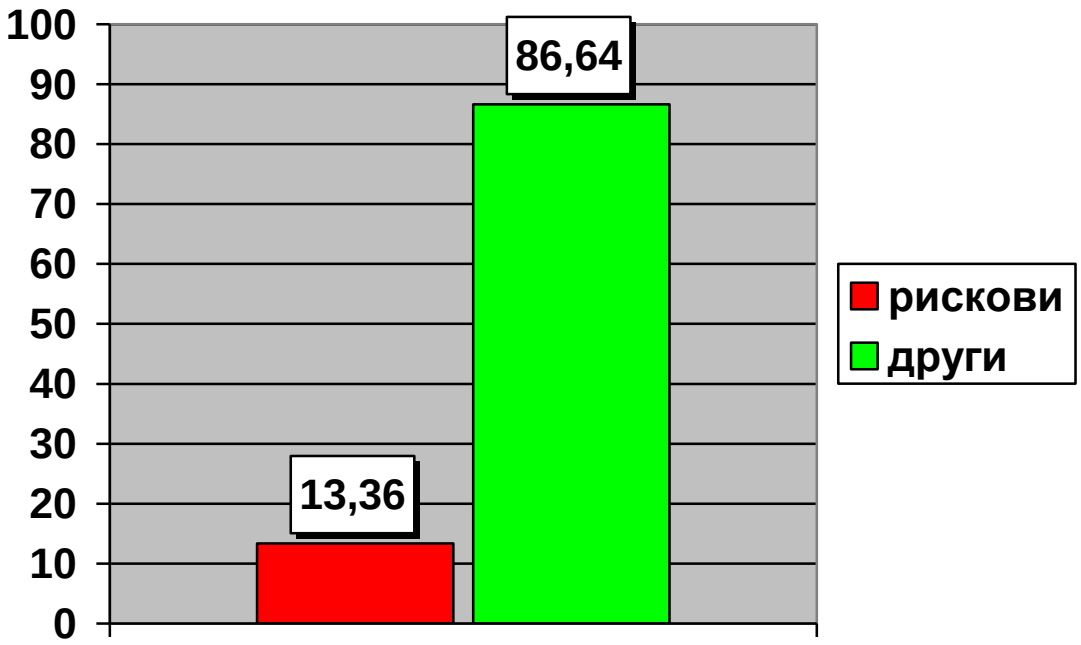
Фиг.8 Разпределение на ЗЗОЛ определени като „здрави“ по пол.

4. Характеристика на ЗЗОЛ в рисковите групи.

Друга съществена информация относно проучения контингент е каква част от

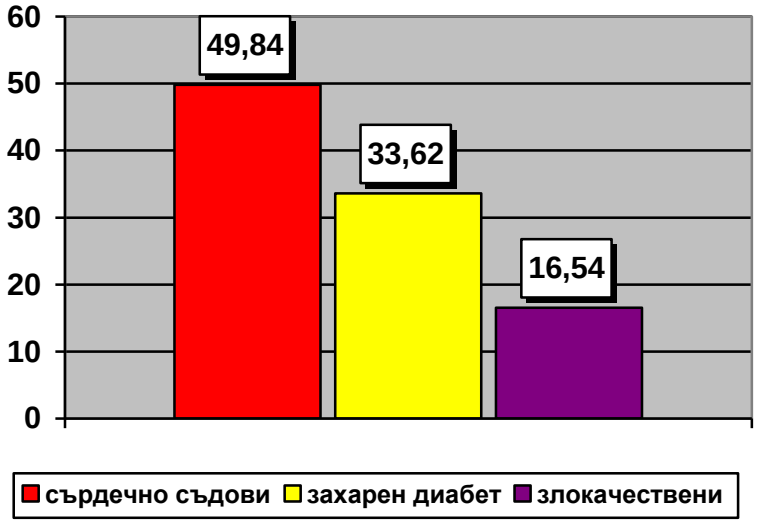
тях попадат в рисковите подгрупи, определени съгласно изискванията на: Наредба №39 – за профилактичните прегледи и диспансеризацията; НРД сключен между НЗОК и БЛС.

От всички проучвани практики в рисковите подгрупи: сърдечно съдови заболявания, диабет, злокачествени заболявания, попадат общо 68 294 (13,36%) ЗЗОЛ от общия брой – 510 887 лица. Процентното разпределение на ЗЗОЛ включени в рисковите подгрупи и останалите регистрирани е показано на фиг.9.



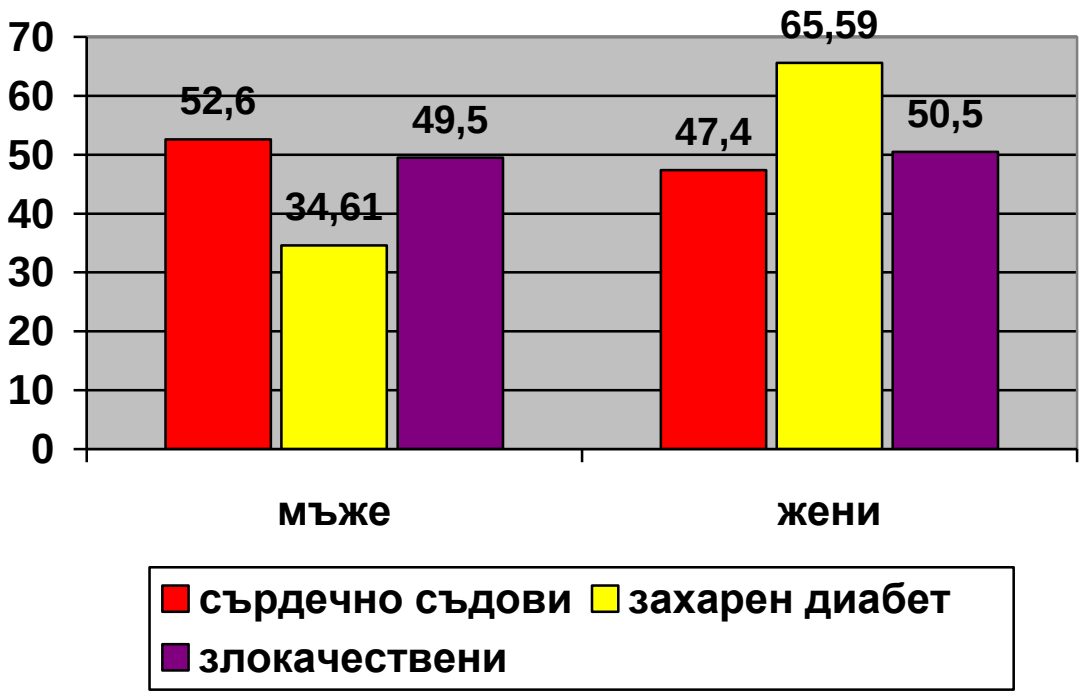
Фиг.9 Процентно разпределение на ЗЗОЛ регистрирани в рискови подгрупи и останалите регистрирани.

Разпределението на ЗЗОЛ в рисковите подгрупи е представено по следния начин. В групата за сърдечно съдови заболявания са включени 34 044 (49,84%) лица от общия брой рискови ЗЗОЛ, за захарен диабет 29 964 (33,62%) и за злокачествени заболявания 11 283 (16,54%). Разпределението на относителните дялове на ЗЗОЛ включени в рисковите подгрупи е представено на фиг.10.



Фиг.10 Разпределение на ЗЗОЛ включени в рисковите подгрупи.

Структурата на рисковите подгрупи по пол се представя по следния начин: за сърдечно съдовите заболявания: мъже – 17 908 (52,60%), жени – 16 136 (47,40%), за захарен диабет: мъже – 10 367 (34,61%), жени – 12 597 (65,59%), за злокачествени заболявания: мъже – 5 586 (49,50%), жени – 5 697 (50,50%). Процентното разпределение по пол на ЗЗОЛ включени в рисковите подгрупи е представено на фиг.11.

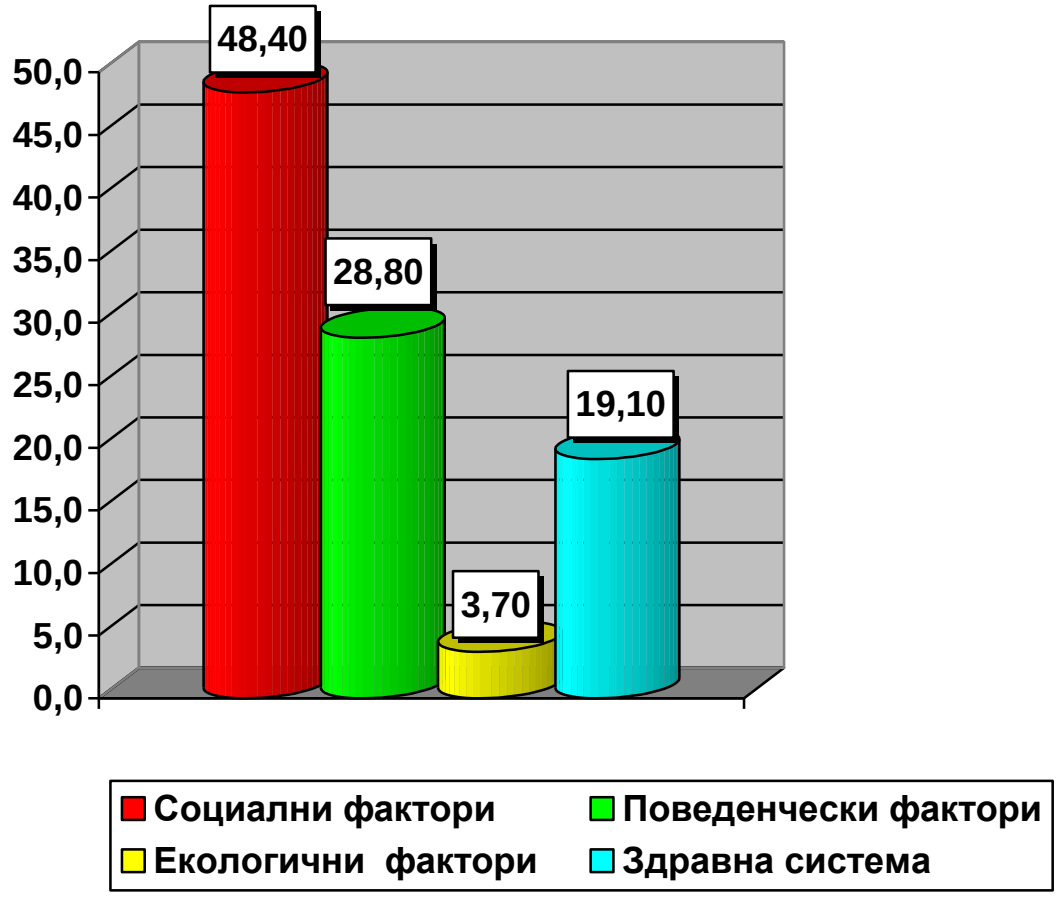


Фиг.11 Процентно разпределение по пол на ЗЗОЛ включени в рисковите подгрупи.

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

промоция на здравето.

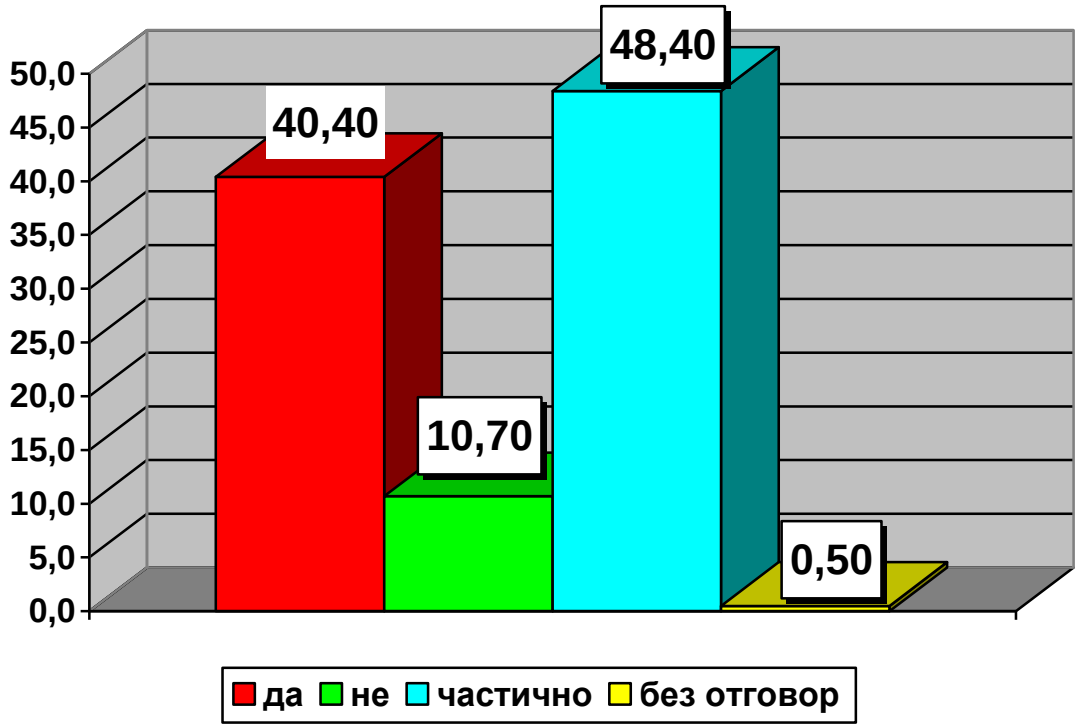
Проучването е взето мнението на анкетираните лични лекари, относно основните фактори на риска за здравето на техните пациенти (социални, поведенчески, екологични фактори, здравна система). Най-голям процент от тях са посочили, че най-съществено влияние върху здравето на пациентите имат социалните и поведенческите фактори. Здравната система и екологичните фактори влияят в по слаба степен. Процентното разпределение на основните рискови фактори на здравето е показано на фиг.12.



Фиг.12 Процентно разпределение на основните рискови фактори на здравето.

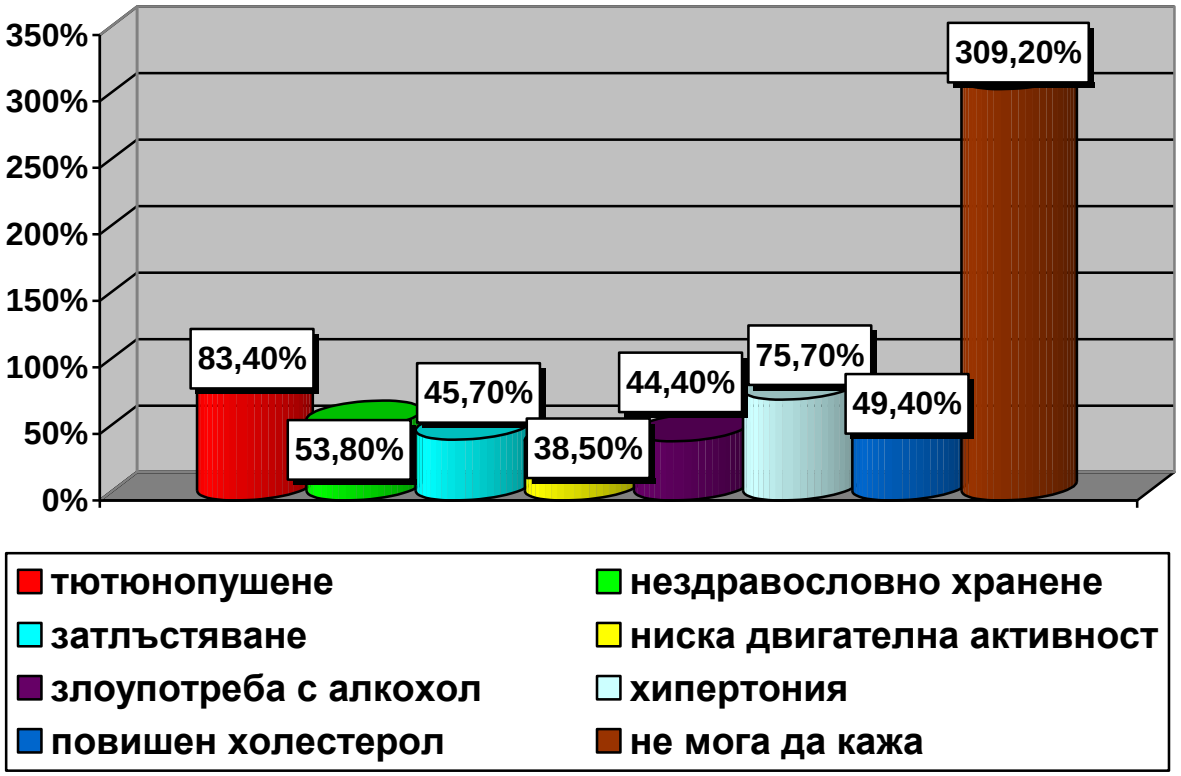
Относно факторите на риска за здравето, на които са носители техните пациенти от двете подгрупи: (рискови за заболяване, и диспансерни), по-малко от половината от анкетираните лекари са отговорили,че разполага с такава информация. Обезпокоителен е факта, че 59,1% нямат или имат частична представа за тази съществена характеристика за здравето на пациента. Респондентите, които не са отговорили са 0,5%. Процентното разпределение отговорите на анкетираните лекари относно това дали разполагат с данни за рисковите фактори, на които са носители техните пациенти е

показано на фиг.13.

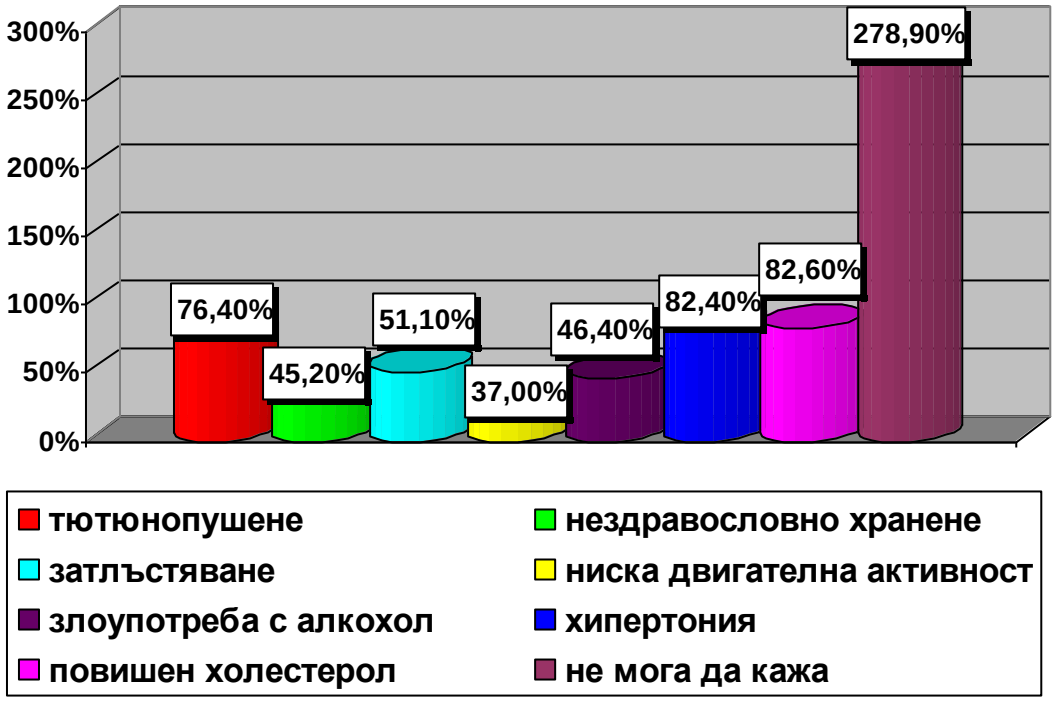


Фиг.13 Процентно разпределение отговорите на анкетираните лекари относно това дали разполагат с данни за рискови фактори, на които са носители техните пациенти.

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

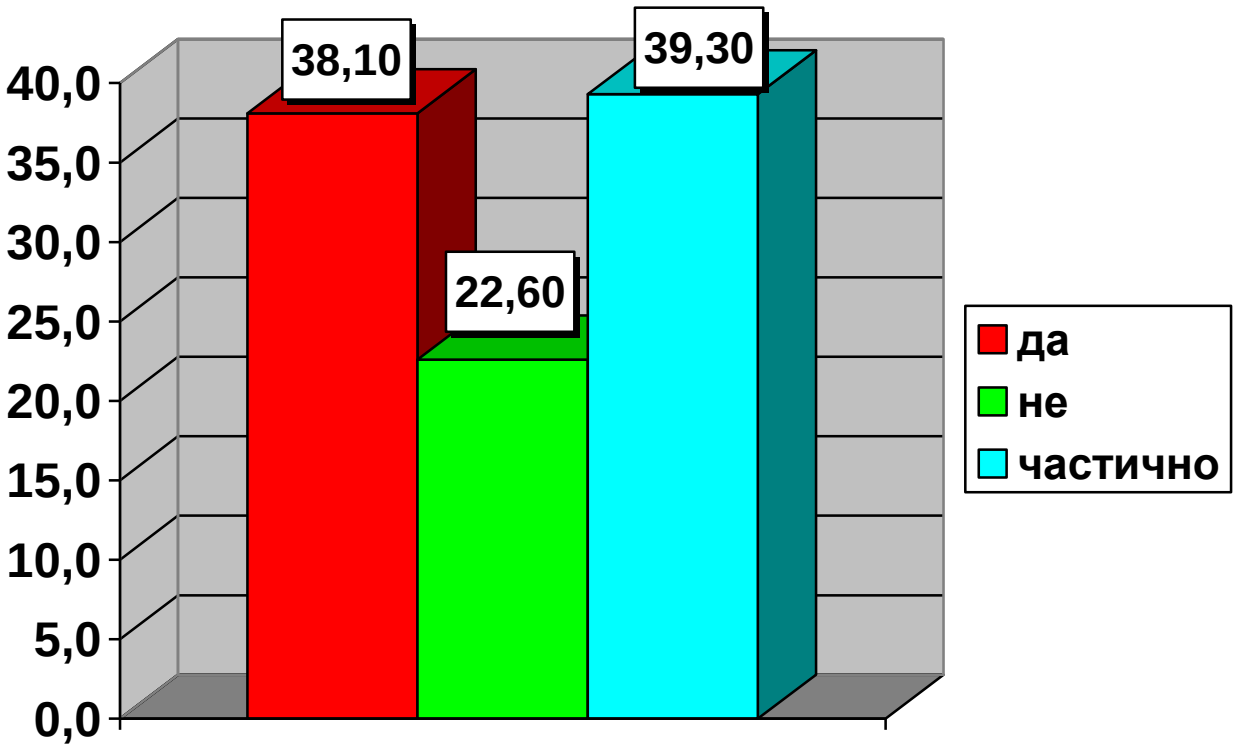


Фиг.14а Процентно разпределение на рисковите фактори влияещи върху здравето в групата на рисковите лица.



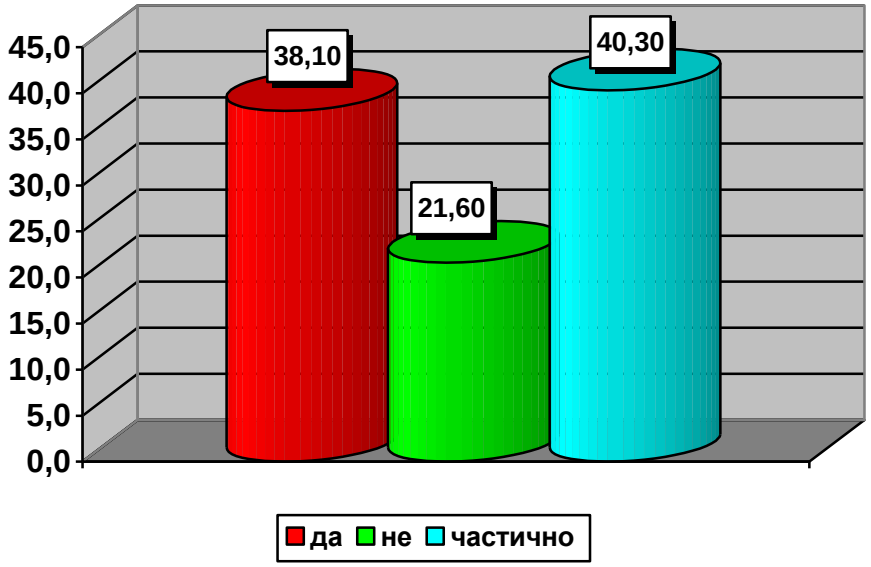
Фиг.14б Процентно разпределение на рисковите фактори влияещи върху здравето в групата на диспансерните.

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



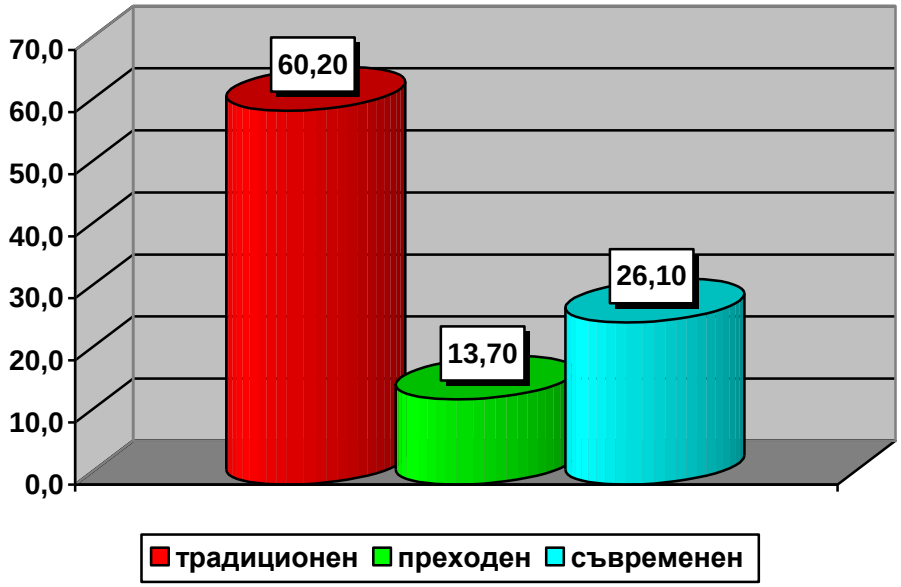
Фиг.15 Разпределение на отговорите на общопрактикуващите лекари, доколко са запознати с принците на промоция на здраве.

Разпределение на отговорите на лекарите, затова дали познават основните видове дейности по промоция на здраве (40,2%) от тях са отговорили, че ги познават, (38%) са запознати с тях частично, а останалите (21,6%) не ги познават въобще. Респондентите, които не са отговорили на въпроса са (0,2%). Процентното разпределение на отговорите на общопрактикуващите лекари, дали познават основните видове дейности по промоция на здраве е представена на фиг.16.

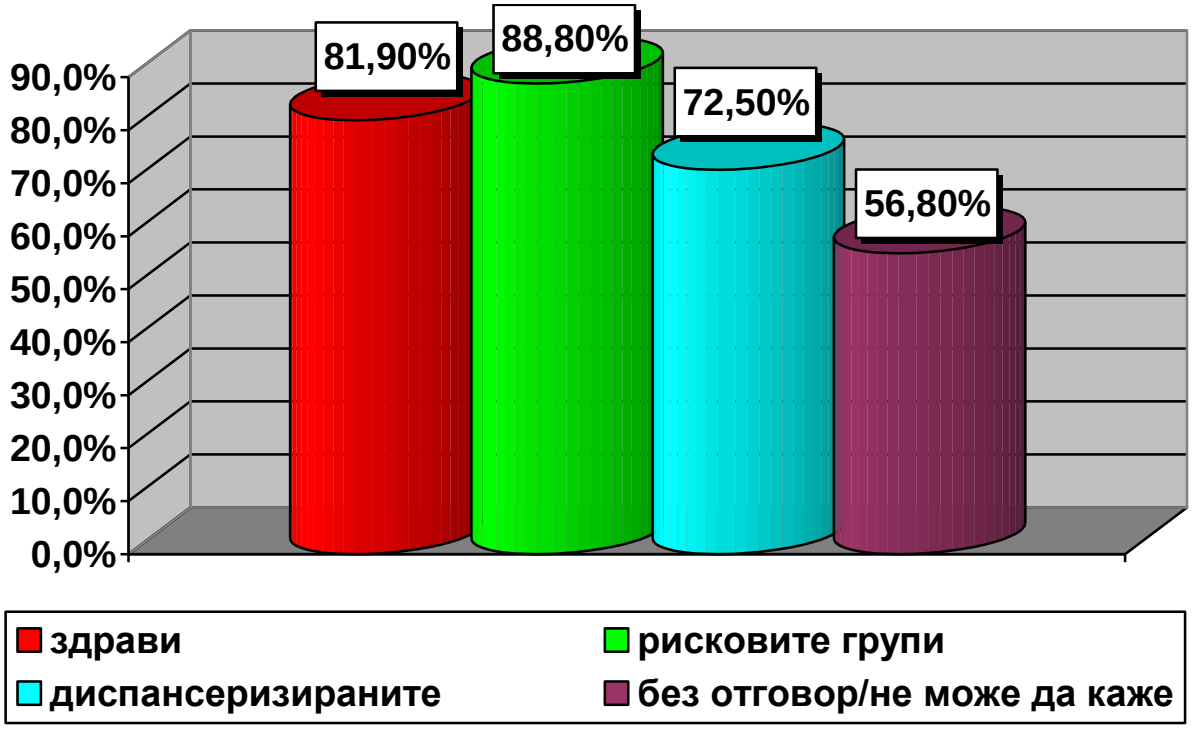


Фиг.16 Процентно разпределение на отговорите на общопрактикуващите лекари, дали познават основните видове дейности по промоция на здраве.

Основни методи, които използват лекарите в своята дейност за здравно образование на пациентите са: традиционен – 60,20, преходен 13,7 и съвременен 26,10.



Интерес представлява, при кои групи ЗЗОЛ общопрактикуващите лекари прилагат промотивна дейност. С най-голям относителен дял тази дейност се прилага при лицата включени с рисковите групи (88,8%), при здрави (81,9%), диспансерни (72,5%) и без отговор/не може да посочи (56,8%). Това процентно разпределение е представянето на фиг.17.



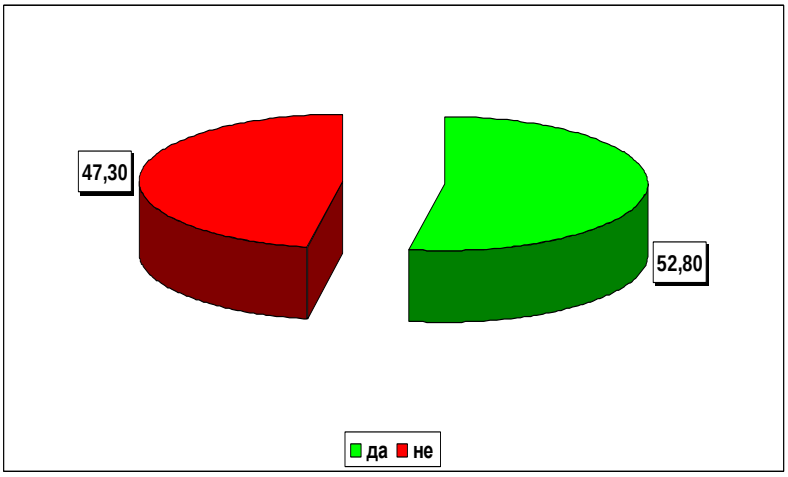
Фиг.17 Процентно разпределение на ЗЗОЛ, при които се извършва промотивна дейност.

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

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

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

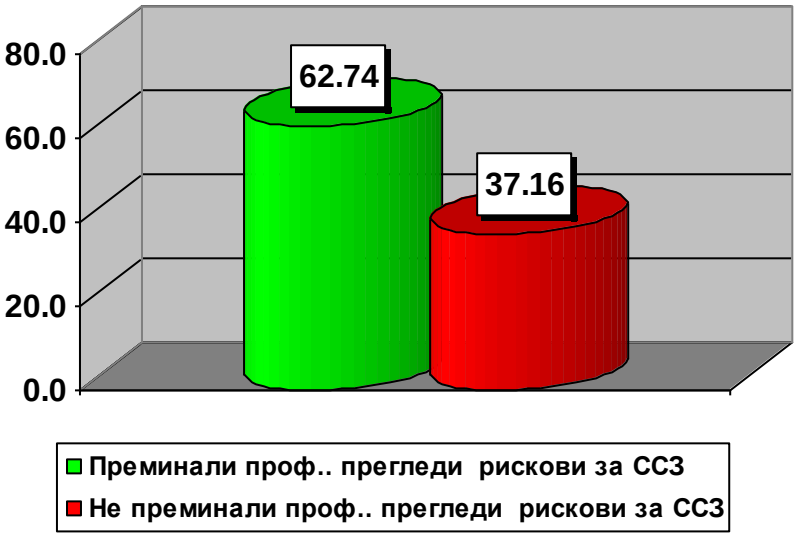
Относно времето определено в НРД за провеждане на профилактичен преглед от 15 мин. дали е достатъчно, за качествено осъществяване на тази дейност, по-голяма част от личните лекари (52,8%) са отговорили, че това време е достатъчно. Но почти половината (47,3%) считат, че 15 мин. е недостатъчно за провеждането им. Респондентите, които не са отговорили на въпроса са (0,7%). Процентното разпределение на отговорите на лекарите относно времето за провеждане на медицински профилактични прегледи е представено на фиг.18.



Фиг.18 Процентно разпределение на отговорите на лекарите относно времето за провеждане на медицински профилактични прегледи.

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

Обхванати ЗЗОЛ в рисковата група за ССЗ с профилактични прегледи са 21 362 (62,74%) лица от общия брой рискови за ССЗ – 34 044. От тях мъже 10 832 (50,72%) и жени 10 530 (49,28%). Процентното разпределение на лицата в рисковата група за ССЗ преминали профилактични прегледи и тези, които не са преминали е показано на фиг.19.



Фиг.19 Процентно разпределение на лицата в рисковата група за ССЗ преминали профилактични прегледи и тези, които не са преминали.

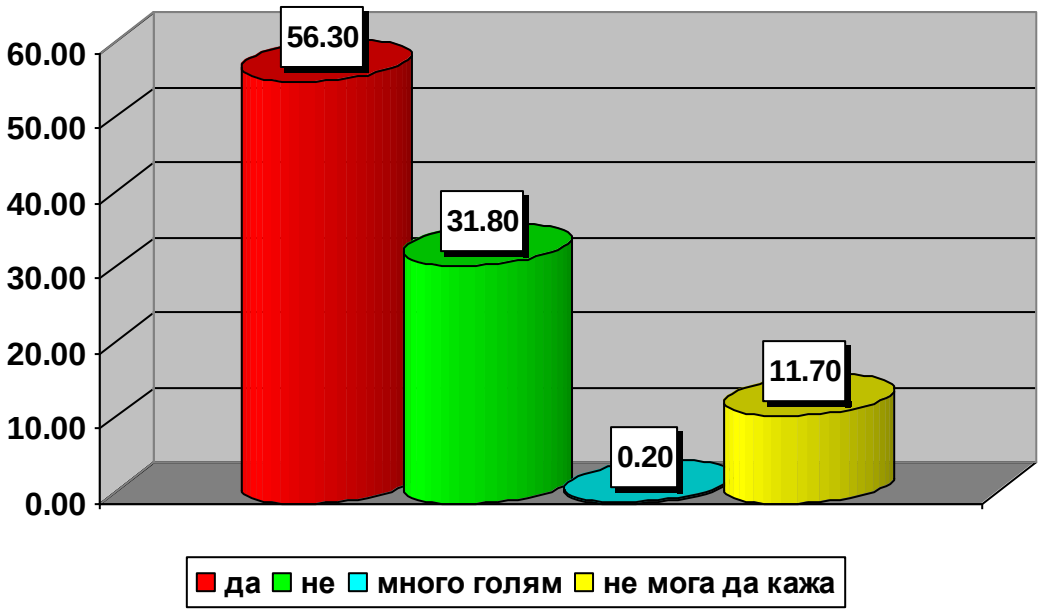
Процентно разпределение на преминалите профилактични медицински прегледи

рискови лица за ССЗ по пол е показано на фиг.19а.



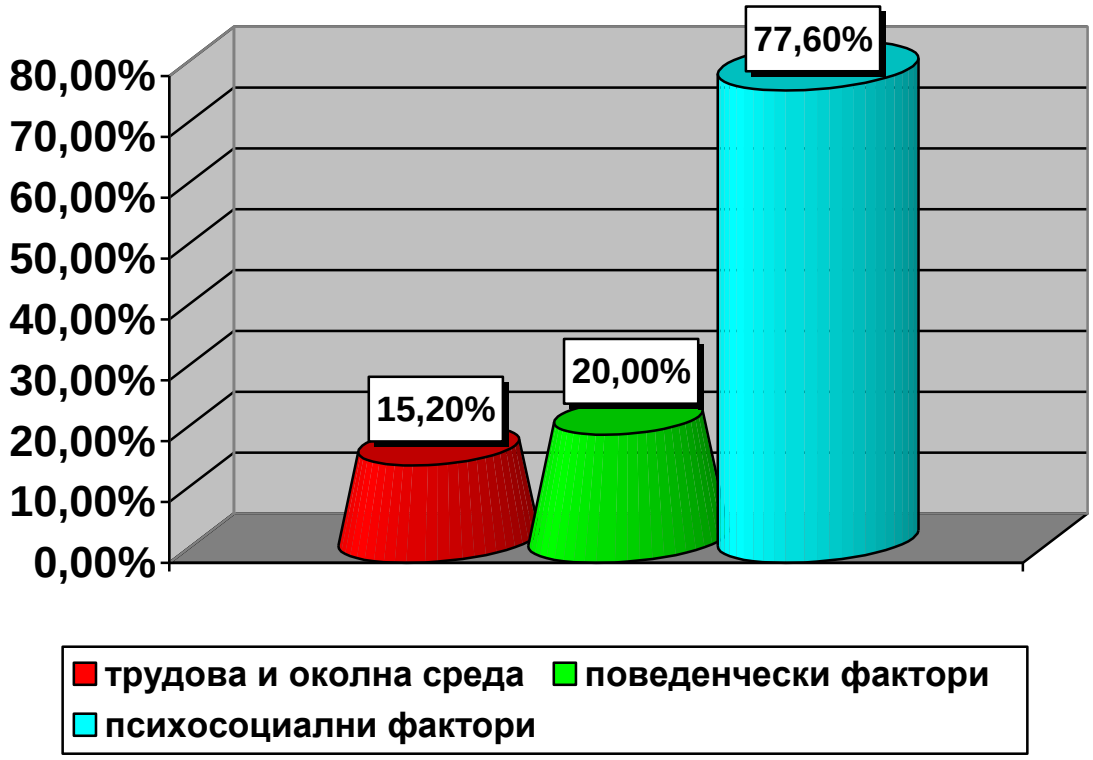
Фиг.19а Процентно разпределение на преминалите профилактични медицински прегледи рискови лица за ССЗ по пол.

Мнението на лекарите относно това дали обема от рискови фактори за включване на ЗЗОЛ в рисковата група за ССЗ е отразено процентно отношение по следния начин: (56,3%) от тях считат, че то е достатъчно пълен, (31,8%), че не е достатъчно пълен, (0,2%), че е много голям и (11,7%) не могат да отговорят. Това процентно разпределение е показано на фиг.20.



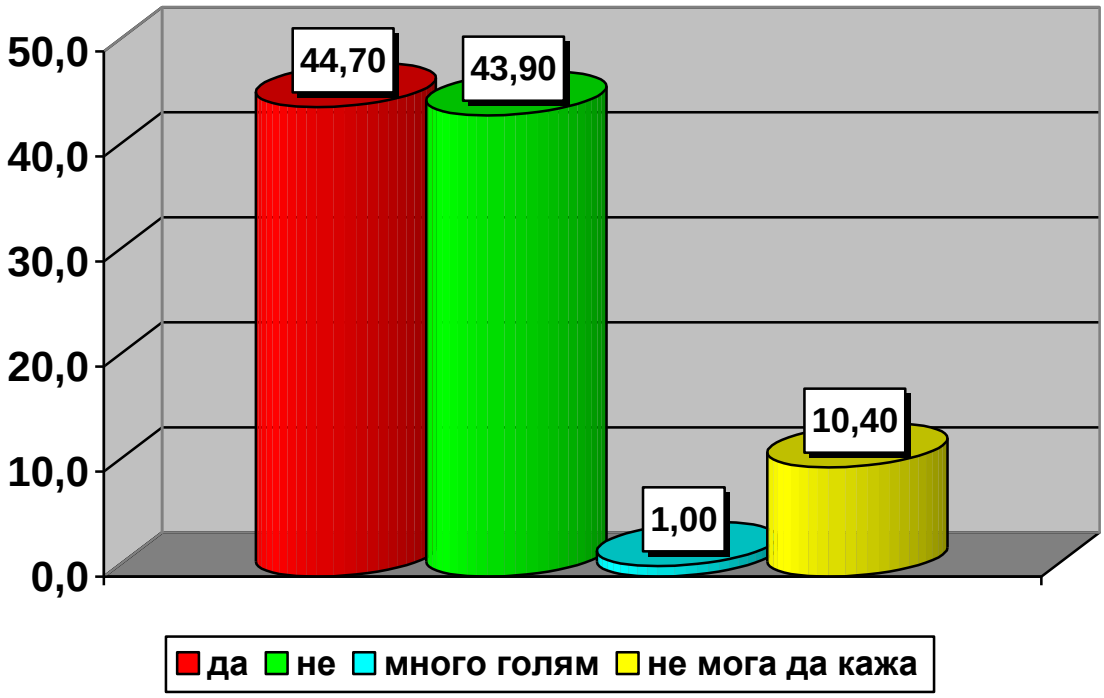
Фиг.20 Процентно разпредление на отговорите на лекарите относно това дали е достатъчно пълен обема от рискови фактори за включване в рискова група за ССЗ.

Интерес представлява предложенията на тези лекари, които са отговорили, че обемът от рискови фактори за включване в рисковата група ССЗ не е достатъчно пълен. С най-висок относителен дял те са предложили да бъдат включени към този обем от рискови фактори: психосоциални фактори (стрес) (68,8%), поведенчески фактори (алкохолна зависимост) (17,7%) и трудова (околна среда) (13,5%).Процентното разпределение на предложенията на общопрактикуващите лекари за включване на допълнителни рискови фактори е показано на фиг.20а.



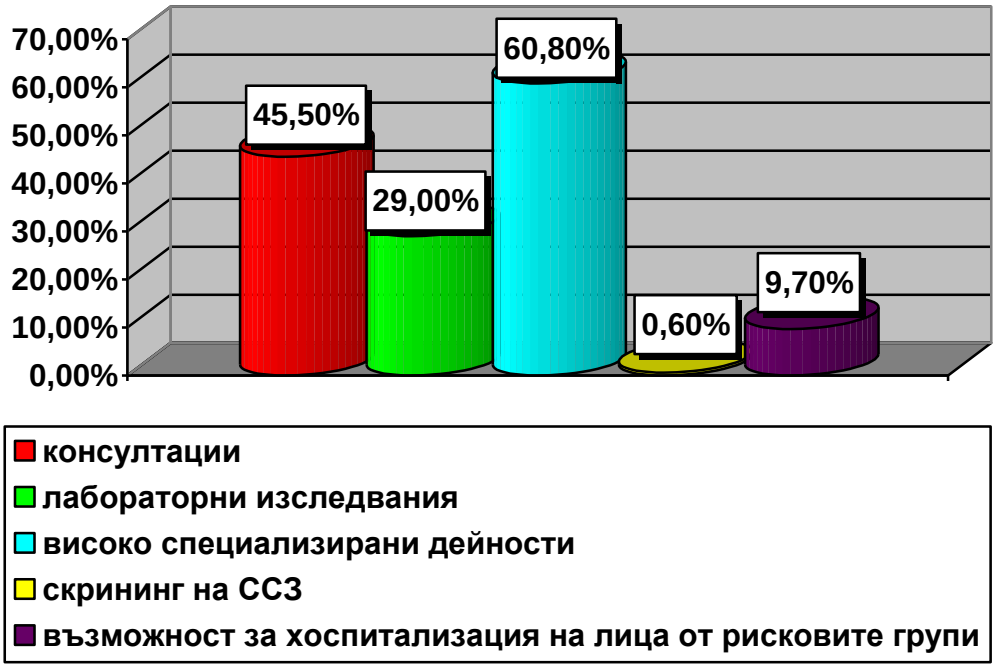
Фиг.20а Процентно разпределение на предложенията на общопрактикуващите лекари за включване на допълнителни рискови фактори.

Освен предложенията относно обема от рискови фактори, интерес представлява и тяхното мнение и предложения относно обема от дейности, които те трябва да осъществяват на лицата при провеждането на профилактичните прегледи съгласно сключения договор с НЗОК. Близо половината от тях (44,7%) смятат, че този обем от дейности е достатъчен, (43,9%), че не е достатъчно пълен, (1%) са на мнение, че той е много голям и (10,4%) не могат да отговорят. Това процентно разпределение е показано на фиг. 21.



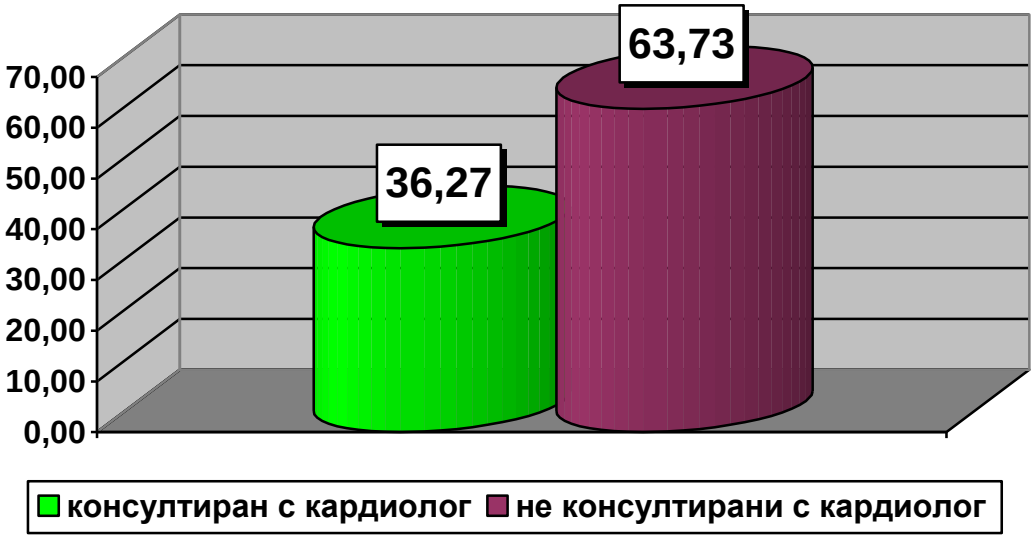
Фиг.21 Процентно разпределение на отговорите на общопрактикуващите лекари относно това, доколко пълен е обемът от дейности за профилактични медицински прегледи за ССЗ.

Интерес представлява предложенията на лекарите, които са отговорили, че този обем не е достатъчно пълен и са направили предложения за допълнителни изследвания, които трябва да се включат при провеждане профилактичните прегледи на лица включени в рисковата група за ССЗ. С най-висок относителен дял от (60,80%) са предложени да бъдат включени високи специализирани дейности (холтер, ехокардиография), консултации със специалист (45,5%), лабораторни изследвания (29,0%) (да се изследва холестерол, триглицериди над 35 годишни лица, хоспитализация на лицата от рисковата група (9,7%) и (0,6%) скрининг на ССЗ. Процентното разпределение е показано на фиг.21а. Отговорите са повече от 100% поради възможността за повече от един отговор.



Фиг.21а Процентно разпределение на предложенията на лекарите за допълнителни дейности за ЗЗОЛ, които да бъдат включени в рисковата група за ССЗ при профилактични медицински прегледи.

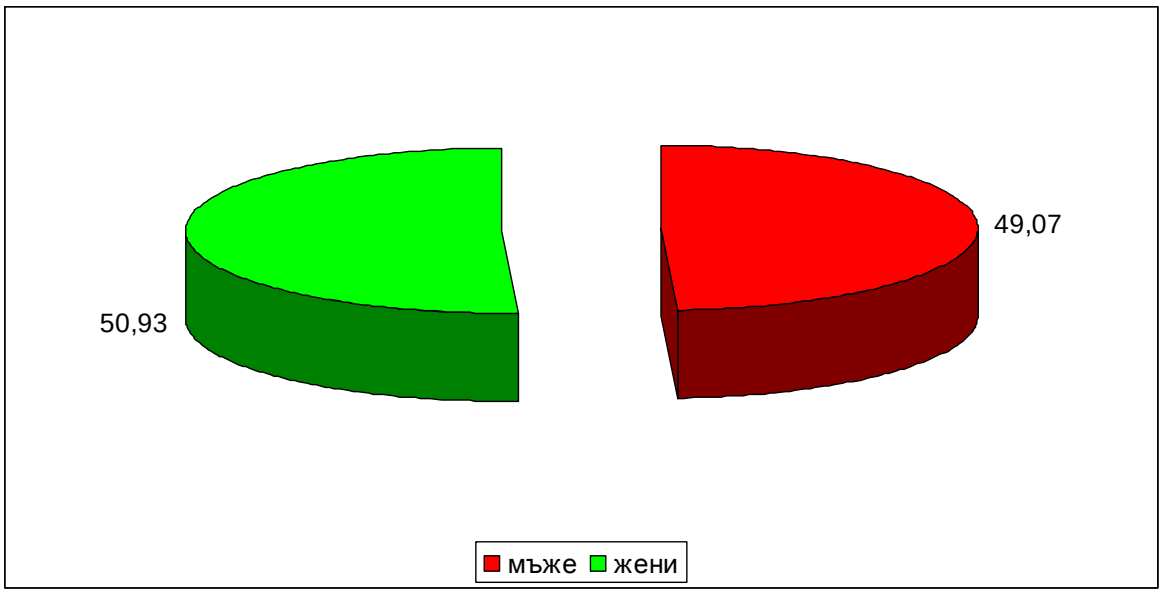
Броят на ЗЗОЛ рискови за сърдечно съдови заболявания, консултирани с кардиолог е 12 350 (36,27%) от всички рискови за сърдечно съдовите заболявания. Процентното разпределение на консултирани с кардиолог пациенти е показано на фиг.22.



Фиг.22 Процентно разпределение на ЗЗОЛ консултирани с кардиолог.

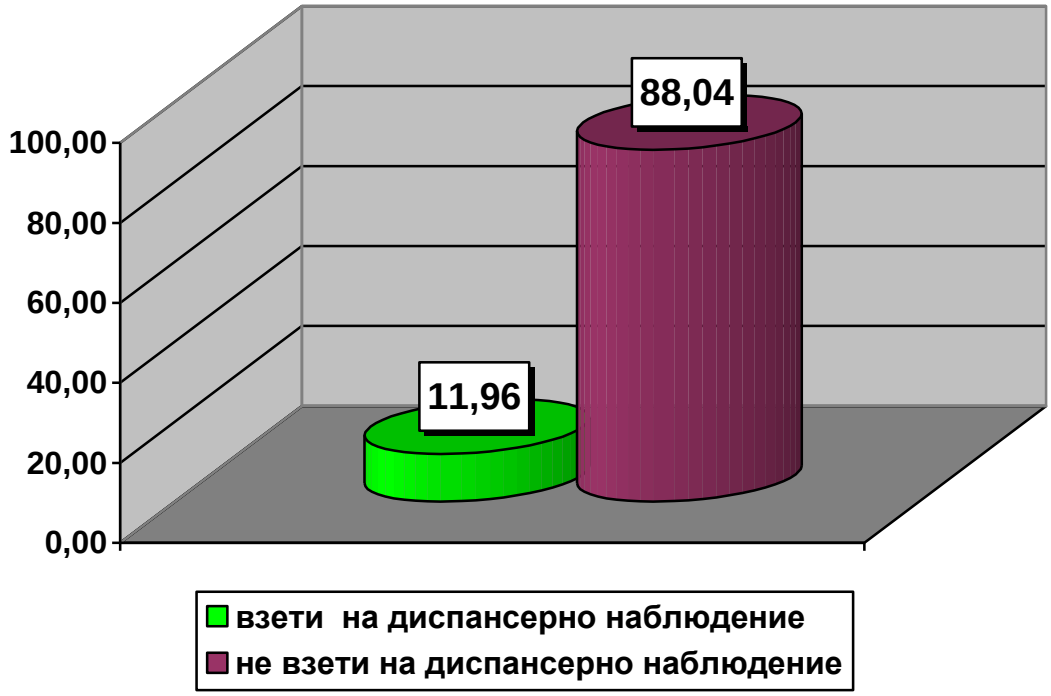
Относителен дял по пол на ЗЗОЛ консултирани с кардиолог е: мъже – 6 061

(49,97%), жени – 6 289 (50,93%) е показано на фиг.22а.



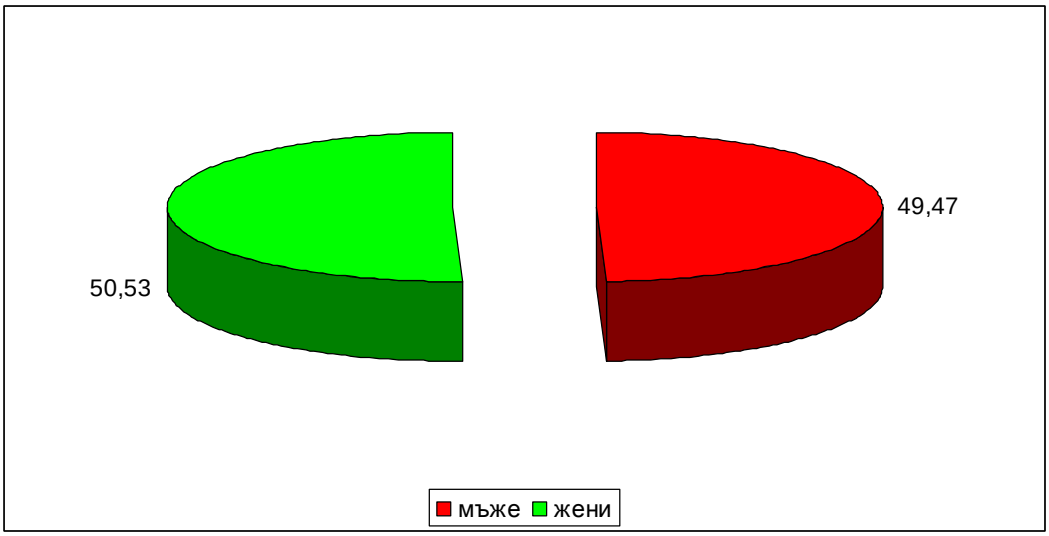
Фиг.22а Процентно разпределение на ЗЗОЛ консултирани с кардиолог по пол.

От общия брой рискови лица включени в рисковата група за ССЗ са взети на диспансерно наблюдение – 4 072 (11,96%). Това процентно разпределение на взетите на диспансерно наблюдение ЗЗОЛ е посочено на фиг.23.



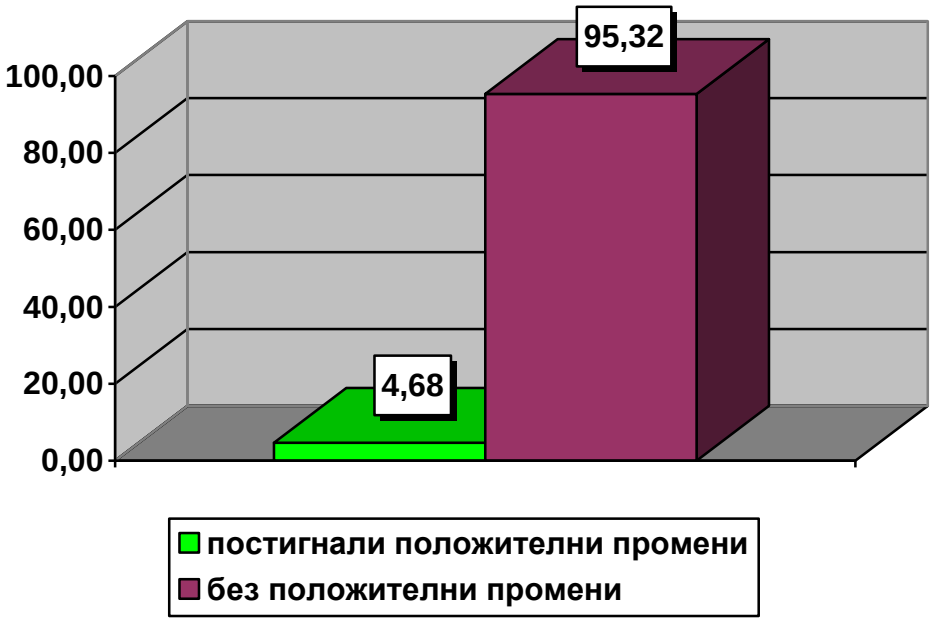
Фиг.23 Процентно разпределение на взетите на диспансерно наблюдение за ССЗ.

По пол взетите на диспансерно наблюдение са: мъже – 2 031 (49,47%) и жени – 2 041 (51,13%), това разпределение е показано на фиг.23а.



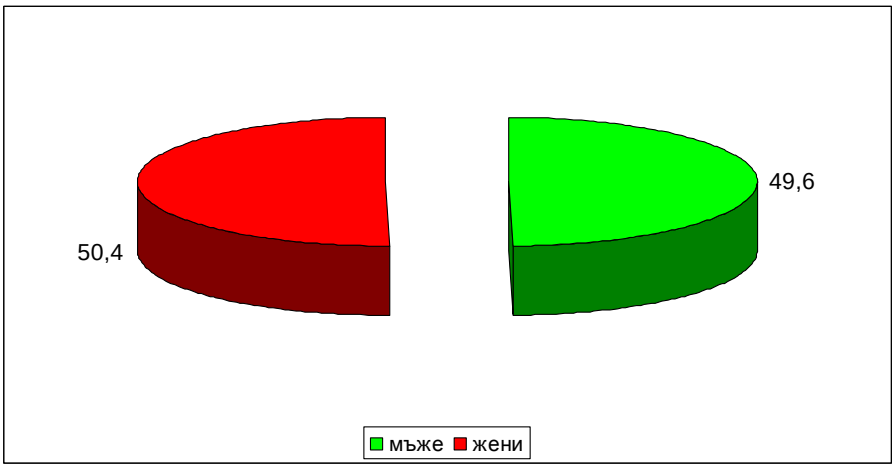
Фиг.23а Процентно разпределение на взетите на диспансерно наблюдение ЗЗОЛ за ССЗ по пол.

Важен показател за ефективността и качеството на дейността на общопрактикуващия лекар за дейностите свързани с лицата включени в рисковата група за ССЗ е броя на рискови лица, при които са постигнати положителни промени в нивото на основните фактори на риска – 1 598 (4,68%) от всички рискови за ССЗ. Това процентно разпределение е показано на фиг.24.



Фиг.24 Процентно разпределение на лицата от рисковата група за ССЗ, при които са постигнати положителни промени в нивото на основните фактори на риска.

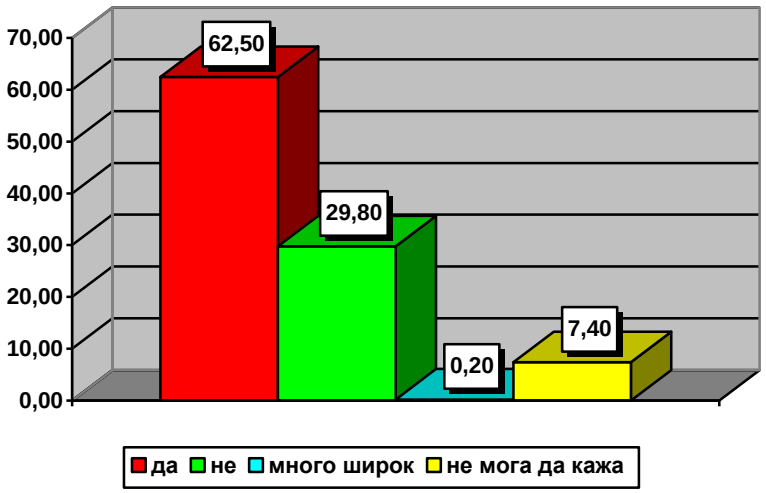
По пол разпределението на тези ЗЗОЛ постигнали положителни промени в нивото на рисковите фактори е: мъже – 793 (49,6%) от всички рискови за ССЗ, и жени – 805 (50,4%) от всички рискови за ССЗ. Това разпределение е показано на фиг.24а.



Фиг.24а Процентно разпределение по пол на рискови ЗЗОЛ включени в рискова група за ССЗ постигнали положителни промени в нивото на рисковите фактори.

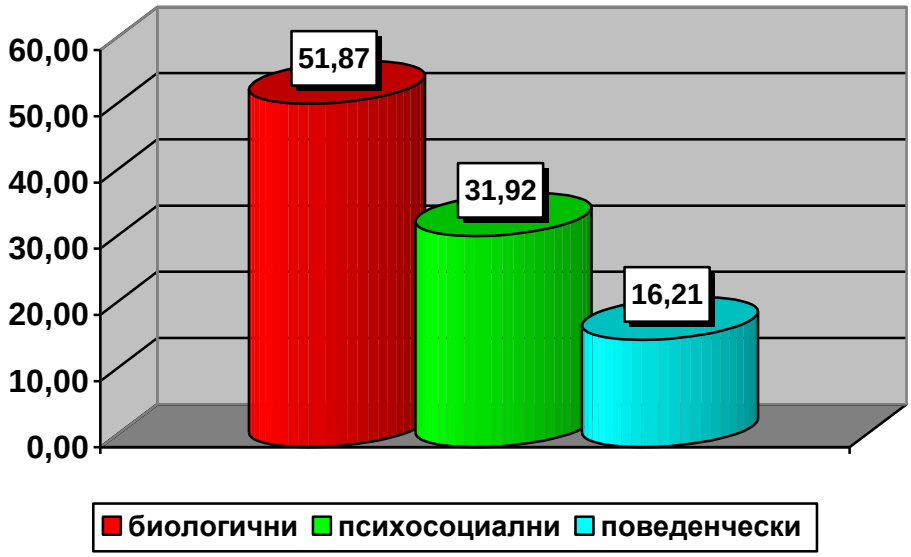
2.Здравни дейности осъществявани при ЗЗОЛ включени в рисковата група за захарен диабет.

Мнението на общопрактикуващите лекари относно обхвата от рискови фактори за включване на ЗЗОЛ в рисковата група за диабет показва, че по-голяма част от тях (62,6%) са на мнение,че този обем е достатъчно пълен, (29,8%) смятат, че той не е пълен и (7,6%) без отговор – не може да прецени. Това процентно разпределение е показано на фиг.25.



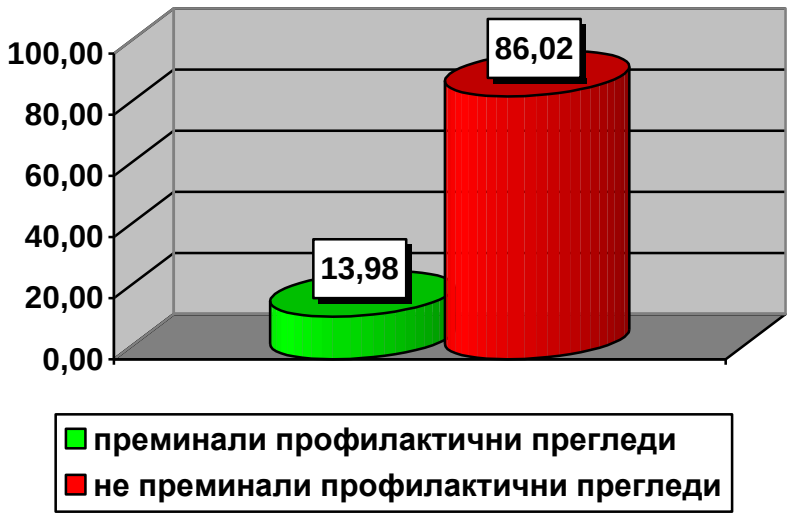
Фиг.25 Процентно разпределение отговорите на лекарите относно това дали обхвата от рискови фактори за включване в рискова група за диабет е достатъчно пълен.

Тези от лекарите, които са отговорили с „не“ (т.е. обхвата от рискови фактори не е пълен) са предложили да бъдат включени следните допълнителни рискови фактори за включване на лица в тази рискова група: поведенчески (лица с алкохолна зависимост), биологични (лица с инсулинова резистентност, ИБС) и психосоциални фактори (стрес). Процентното разпределение на тези фактори е биологични (51,87%), психосоциални (31,92%) и поведенчески (16,21%), което е представено на фиг.25а.



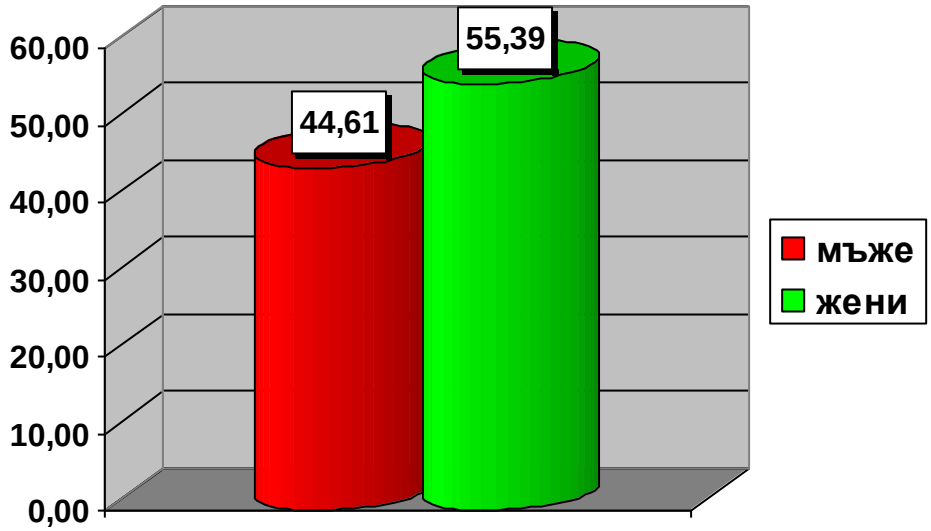
Фиг.25а Процентно разпределение на предложенията на ОПЛ за включване на допълнителни рискови фактори за лицата в рисковата група за захарен диабет.

Преминали профилактичен преглед ЗЗОЛ включени в рисковата група за захарен диабет са 13 181 (13,98%) от всички рискови за захарен диабет. Което е показано на фиг.26.



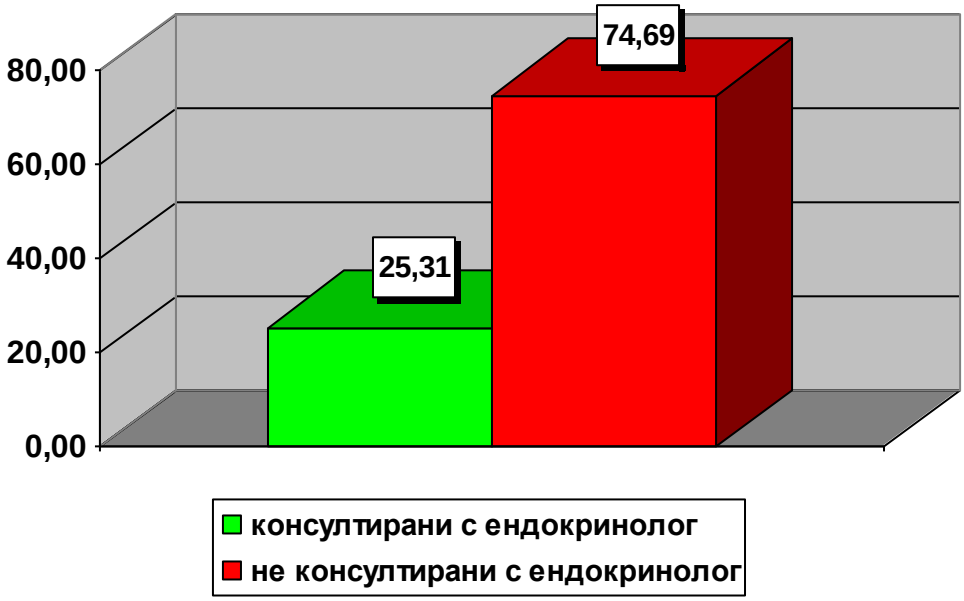
Фиг.26 Процентно разпределение на преминали профилактични прегледи на ЗЗОЛ рискови за захарен диабет.

По пол разпределението на преминали профилактични прегледи рискови за захарен диабет е: мъже - 5 880 (44,61%) и жени – 7 301 (55,39%), което се вижда от фиг.26а.



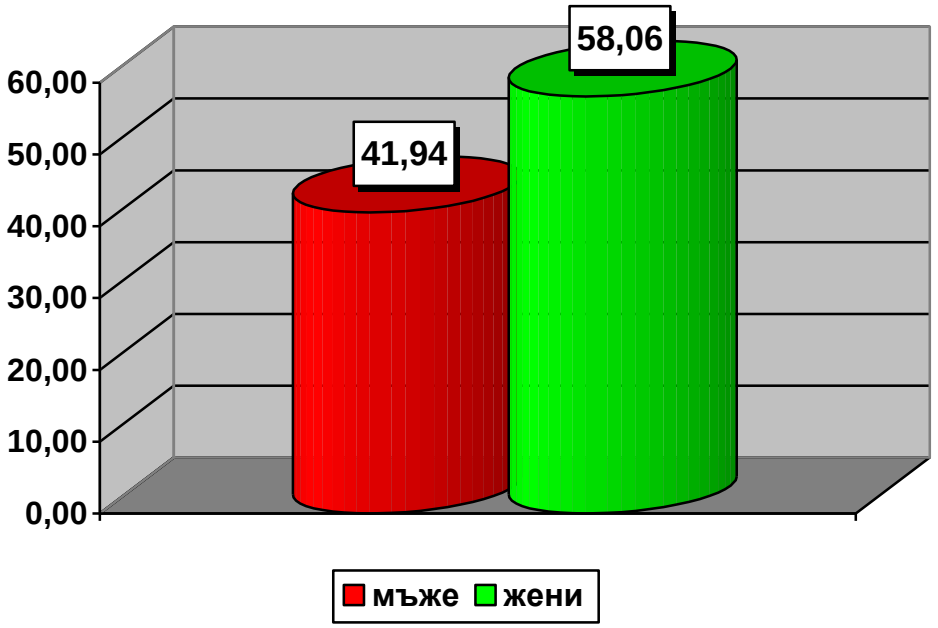
Фиг.26а Процентно разпределение по пол на рискови за захарен диабет ЗЗОЛ преминали профилактични медицински прегледи.

ЗЗОЛ консултирани с ендокринолог от рисковата група за захарен диабет са 7 584 (25,31%) от всички рискови лица за захарен диабет, което е показано на фиг.27.



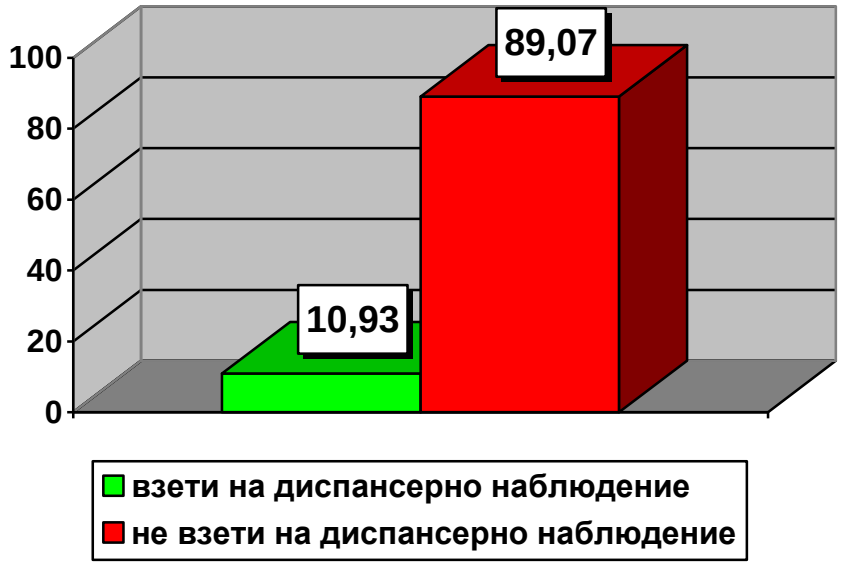
Фиг.27 Процентно разпределение на консултирани с ендокринолог рискови за захарен диабет.

По пол разпределението на консултираните със специалист рискови за захарен диабет се представя по следния начин: мъже – 3 180 (41,94%) и жени – 4 404 (58,06%), което е показано на фиг.27а.



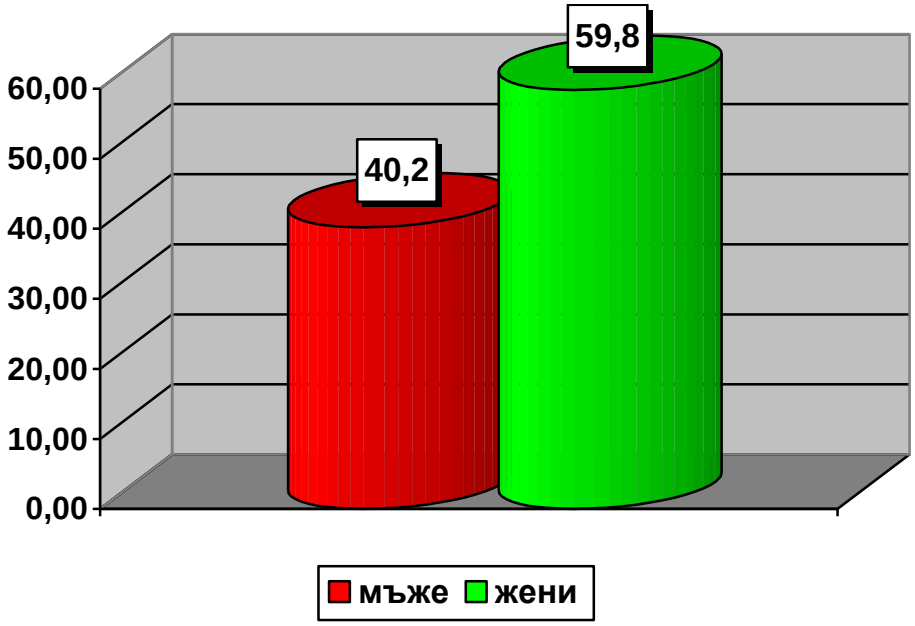
Фиг.27а Процентно разпределение на консултирани с ендокринолог рискови за захарен диабет по пол.

От ЗЗОЛ рискови за захарен диабет са взети на диспансерно наблюдение 3 276 (10,93%) това процентно разпределение на взети на диспансерно наблюдение е показано на фиг.28.



Фиг.28 Процентно разпределение на взети на диспансерно наблюдение рискови за захарен диабет ЗЗОЛ.

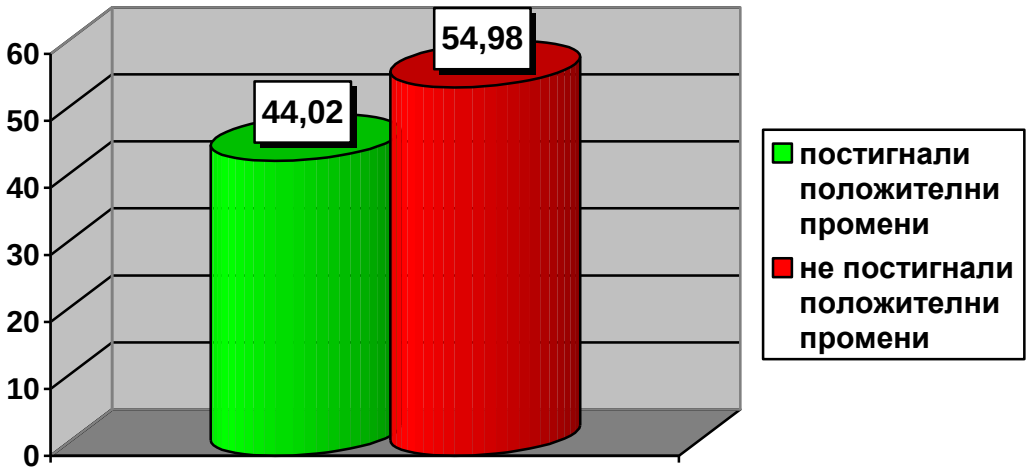
По пол рисковите за захарен диабет взети на диспансерно наблюдение се разпределят както следва: мъже – 1 317 (40,20%) и жени – 1 959 (59,80%), което е показано на фиг.28а.



Фиг.28а Процентно разпределение по пол на взети на диспансерно наблюдение рискови за захарен диабет ЗЗОЛ.

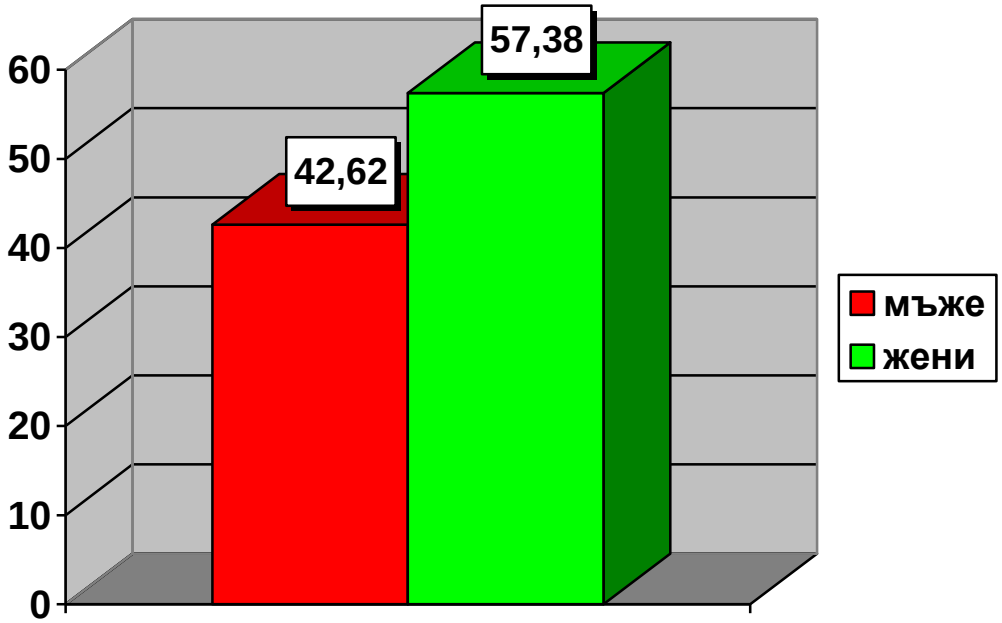
Постигнали положителни промени в нивото на основните фактори на риска в рисковата група за захарен диабет са 1 206 (44,02%) от всички рискови за захарен диабет. Това разпределение на постигналите положителни промени в нивото на

основните фактори на риска в рисковата група за захарен диабет е показано на фиг.29.



Фиг.29 Процентно разпределение на постигнали положителни промени в нивото на основните фактори на риска – рискови ЗЗОЛ за захарен диабет.

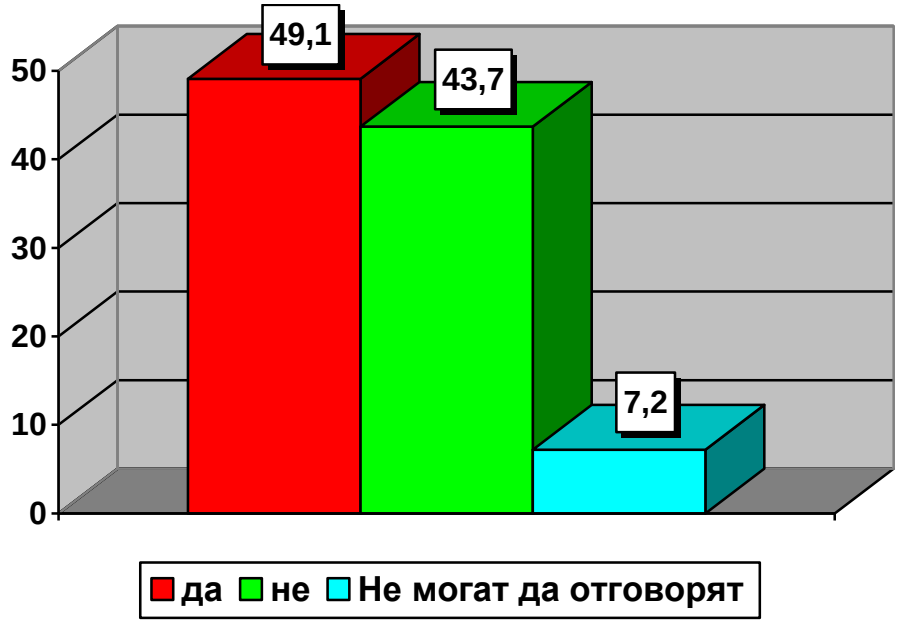
По пол разпределението на постигнали положителни промени ЗЗОЛ включени в рисковата група за захарен диабет е както следва: мъже – 514 (42,62%) и жени – 692 (57,38%), което е представено на фиг.29а.



Фиг.29а Процентно разпределение по пол на постигнали положителни промени в нивото на основните фактори на риска на ЗЗОЛ включени в рисковата група за захарен диабет.

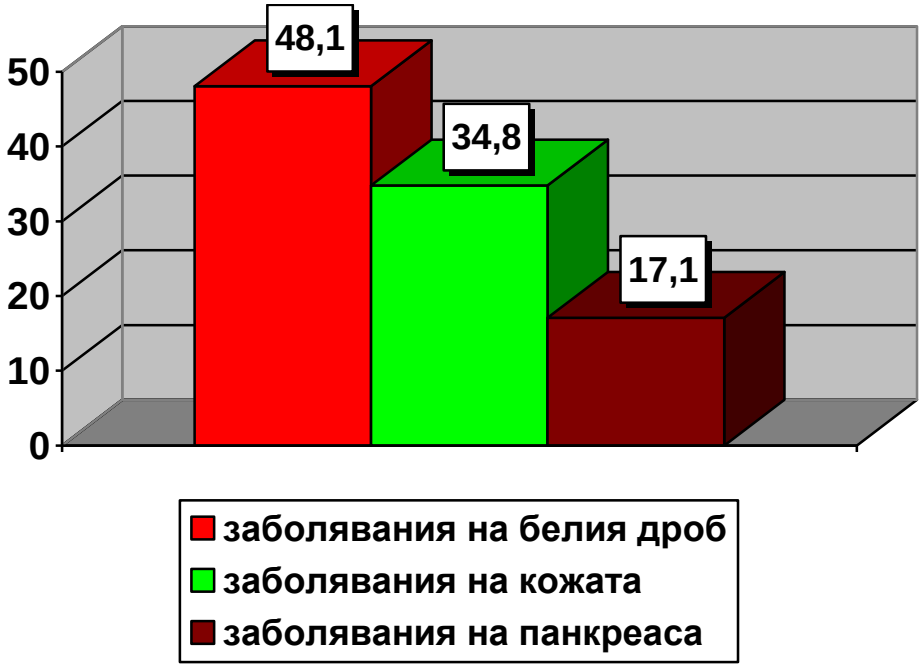
3.Здравни дейности осъществявани при ЗЗОЛ включени в рисковата група за злокачествени заболявания.

Мнението на ОПЛ относно това дали групите от злокачествени заболявания и рисковите фактори свързани с тях са достатъчно пълни е изразено в следното процентно разпределение. По-голяма част от тях (49,1%) считат, че тези групи и факторите на риска са достатъчни и са отговорили с „да“, (43,7%) са отговорили с „не“ и (7,2%) не могат да отговорят. Това процентно разпределение е показано на фиг.30.



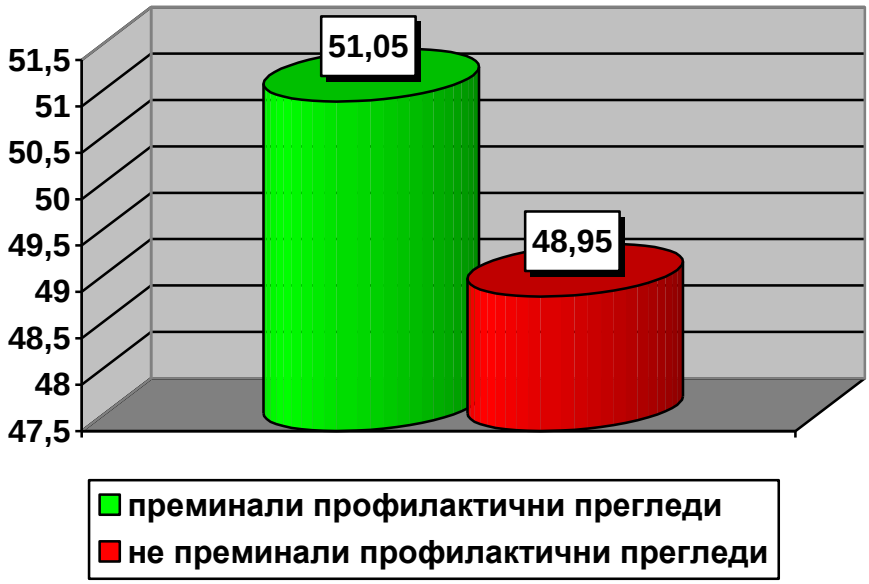
Фиг.30 Отговорите на лекарите относно това дали групите злокачествени заболявания и рисковите фактори свързани с тях са достатъчно пълни.

Лекарите, които са отговорили,че тези групи за злокачествени заболявания и рисковите фактори свързани с тях не са достатъчно пълни предлагат към тях да бъдат включени следните групи заболявания: заболявания на белия дроб (48,1%), заболявания на кожата (34,8%) и заболявания на панкреаса (17,1%). Процентното разпределение на тези предложения за включване на допълнителни рискови групи за злокачествени заболявания и свързани с тях рискови фактори е показано на фиг.30а.



Фиг.30а Процентно разпределение на предложенията на ОПЛ за включване на допълнителни групи за злокачествени заболявания.

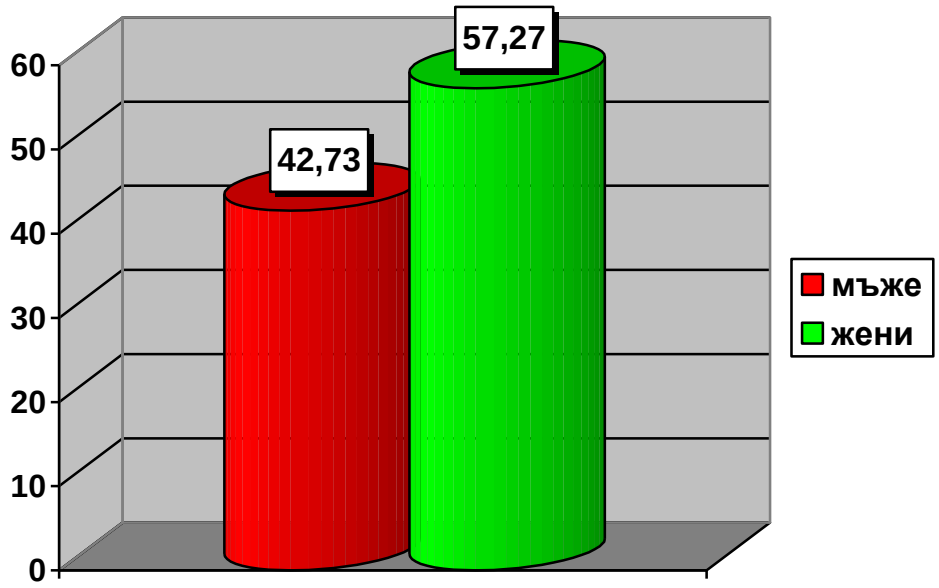
Броя на лицата рискови за злокачествени заболявания преминали профилактични медицински прегледи е 5 761 (51,05%) от всички рискови за злокачествени заболявания, което е показано на фиг.31.



Фиг.31 Процентно разпределение на преминали профилактични медицински прегледи рискови за злокачествени заболявания.

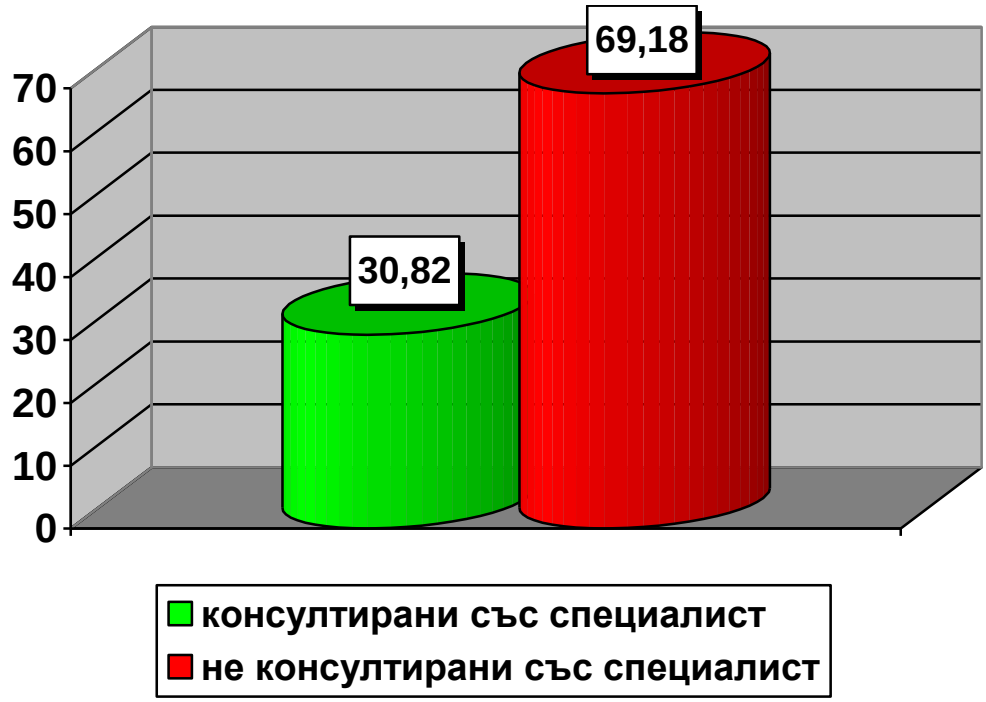
По пол разпределението на преминалите профилактични медицински прегледи за злокачествени заболявания е: мъже – 2 462 (42,73%) и жени – 3 299 (57,27%), което е

представено на фиг.31а.



Фиг.31а Процентно разпределение на преминали профилактични медицински прегледи рискови за злокачествени заболявания по пол.

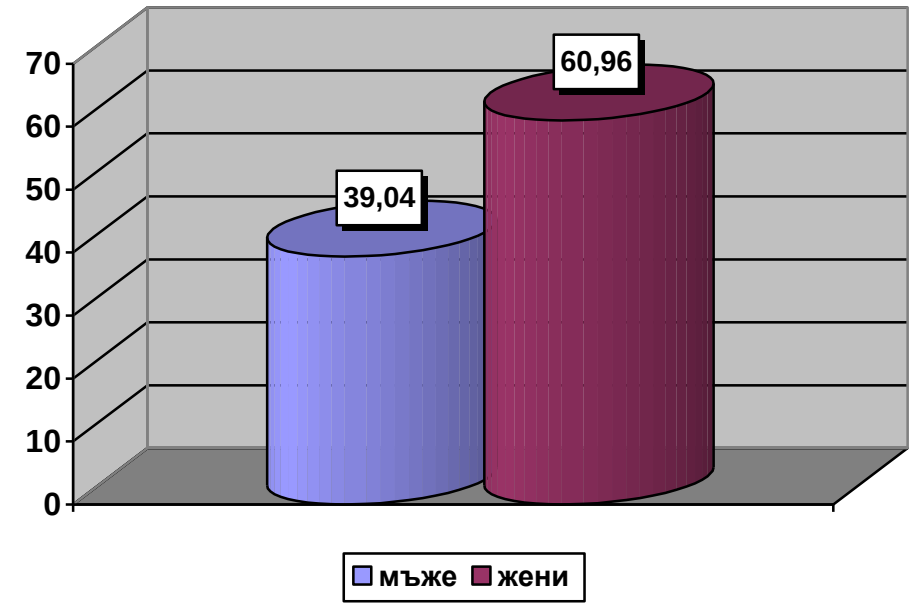
Консултирани със специалист рискови за злокачествени заболявания ЗЗОЛ е 3 478 (30,82%). Това разпределение е показано на фиг.32.



Фиг.32 Процентно разпределение на консултирани със специалист рискови за злокачествени заболявания ЗЗОЛ.

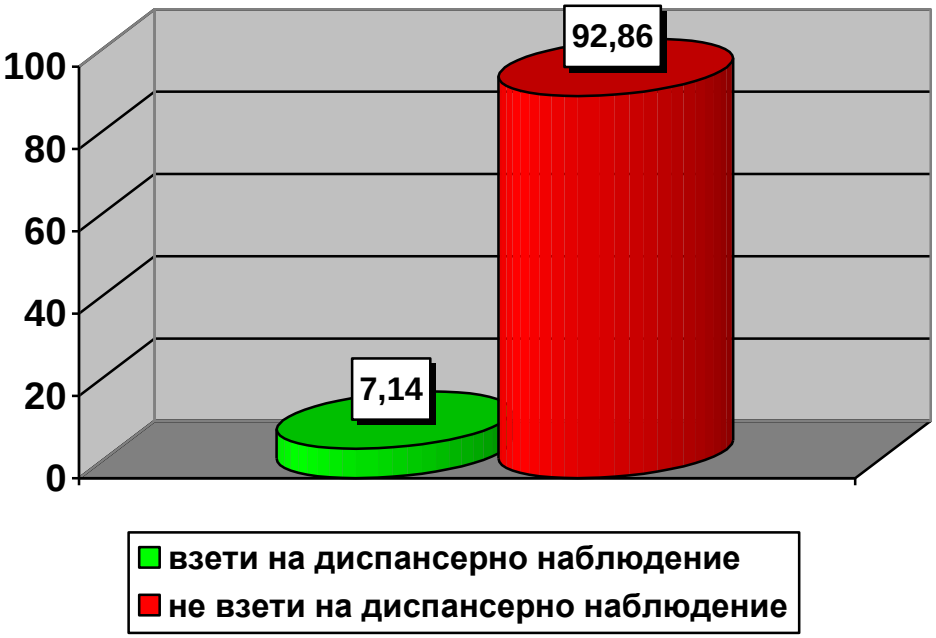
Разпределението по пол на ЗЗОЛ консултирани със специалист е: мъже – 1 358

(39,4%) и жени 2 120 (60,96%). Това разпределение е показано на фиг.32а.



Фиг.32а Процентно разпределение на ЗЗОЛ по пол консултирани със специалист.

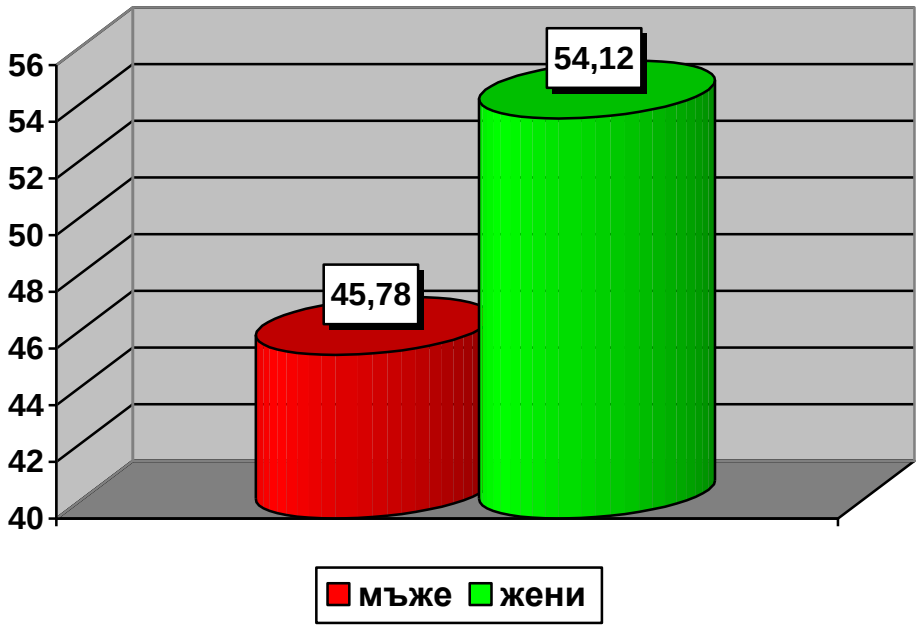
От лицата рискови за злокачествени заболявания са взети на диспансерно наблюдение 806 (7,14%) от всички рискови за злокачествени заболявания. Процентното разпределение на взетите на диспансерно наблюдение за злокачествени заболявания е показано на фиг.33.



Фиг.33 Процентно разпределение взети на диспансерно наблюдение за злокачествени заболявания.

По пол взетите на диспансерно наблюдение ЗЗОЛ са: мъже – 369 (45,78%) и

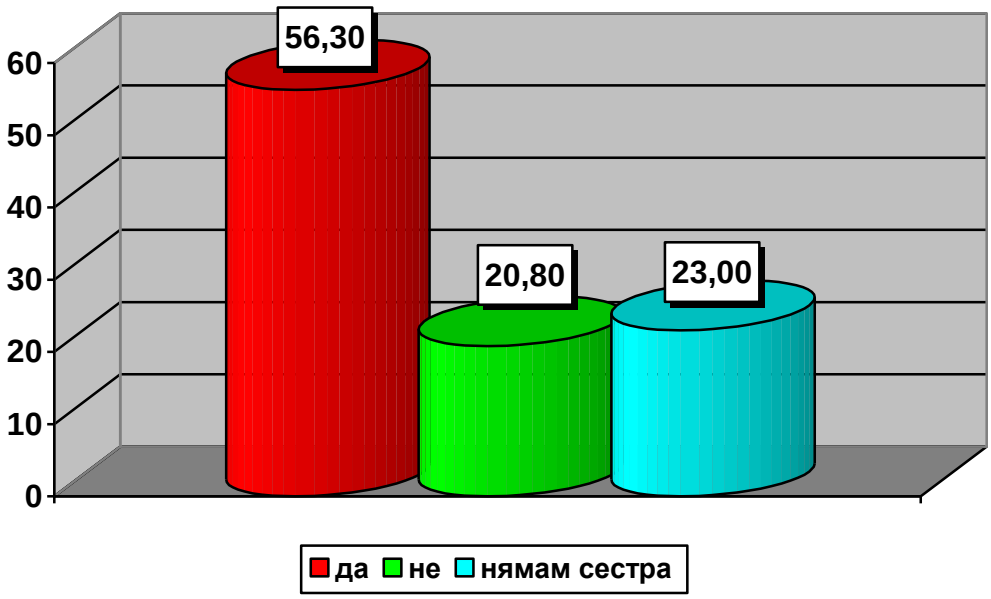
жени – 437 (54,12%). Това разпределение е показано на фиг.33а.



Фиг.33а Процентно разпределение по пол взети на диспансерно наблюдение рискови за злокачествени заболявания.

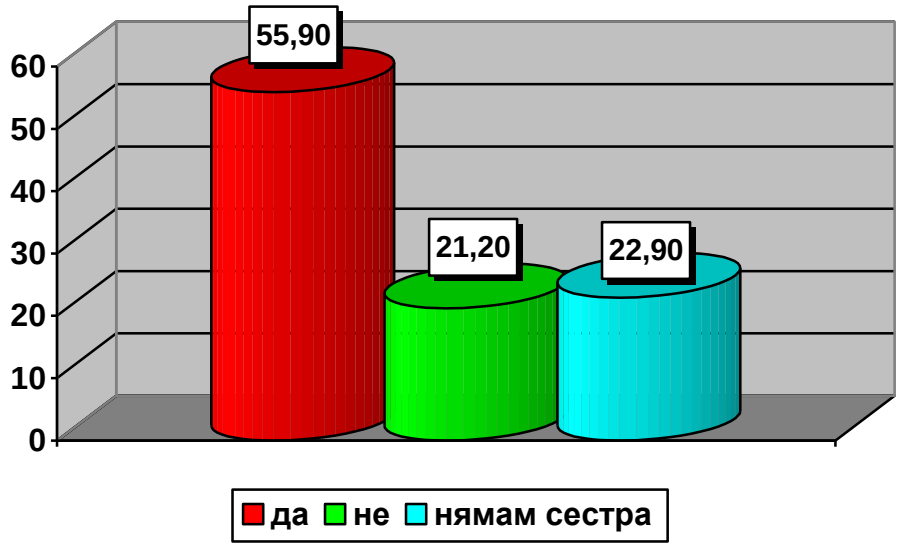
Раздел IV – Сътрудничество в екип (ОПЛ и медицинска сестра) и с други институции.

Интерес представлява виждането на ОПЛ, за ролята на медицинската сестра при осъществяване на дейности по промоция на здравето и профилактика на болестите и какви задачи се възлагат на медицинската сестра свързани с тези дейности. По-голяма част от лекарите (56,3%), че възлагат на медицинската сестра задачи по отношение промоция на здравето и профилактика на болестите, (20,8%) не възлагат задачи на медицинската сестра, с която работят свързани с промоция на здравето и (23%) отговарят, че нямат медицинска сестра. Това процентно разпределение на респондентите е показано на фиг.34.



Фиг.34 Процентно разпределение на отговорите на ОПЛ, затова дали възлагат задачи на медицинската сестра по промоция на здравето и профилактика на болестите.

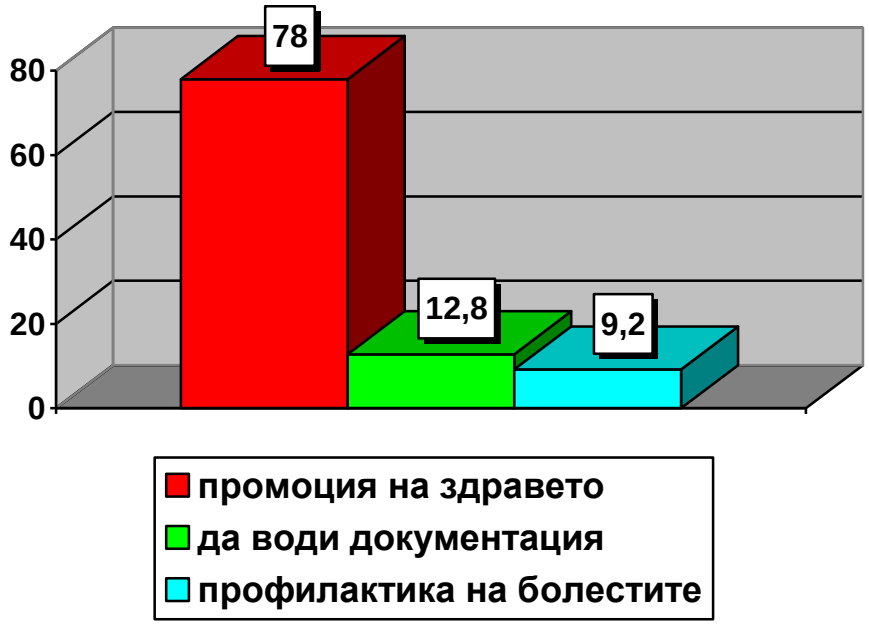
Относно подготовката на медицинската сестра да работи по проблеми на промоция на здравето и профилактика на болестите (55,9%) от лекарите са отговорили, че тя е подготвена да се справи със такива задачи, (21,1%) от лекарите смятат, че тя няма нужната подготовка и (23%) нямат медицинска сестра в практиката. Това разпределение е показано на фиг.35.



Фиг.35 Процентно разпределение за отговорите на лекарите относно подготовката на медицинската сестра да работи по проблеми на промоция на здраве и

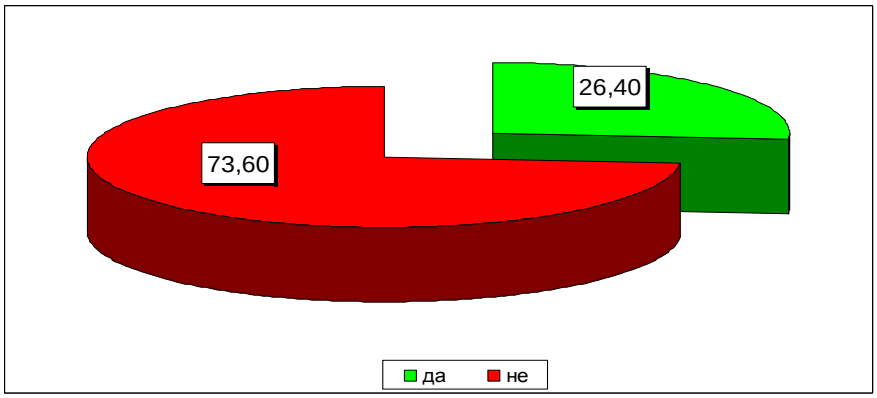
профилактика на болестите.

Тези лекари, които са отговорили, че медицинската сестра е подготвена да работи в дейностите свързани с промоция на здравето и профилактика на болестите изразяват становище, че тя може да работи в следните области: по промоция на здравето (78%) да води документация (12,8%) и при дейности свързани с профилактика на болестите (9,4%). Това процентно разпределение е показано на фиг.36.



Фиг.36 Процентно разпределение на отговорите на ОПЛ, затова в кои дейности може да работи медицинската сестра в практиката.

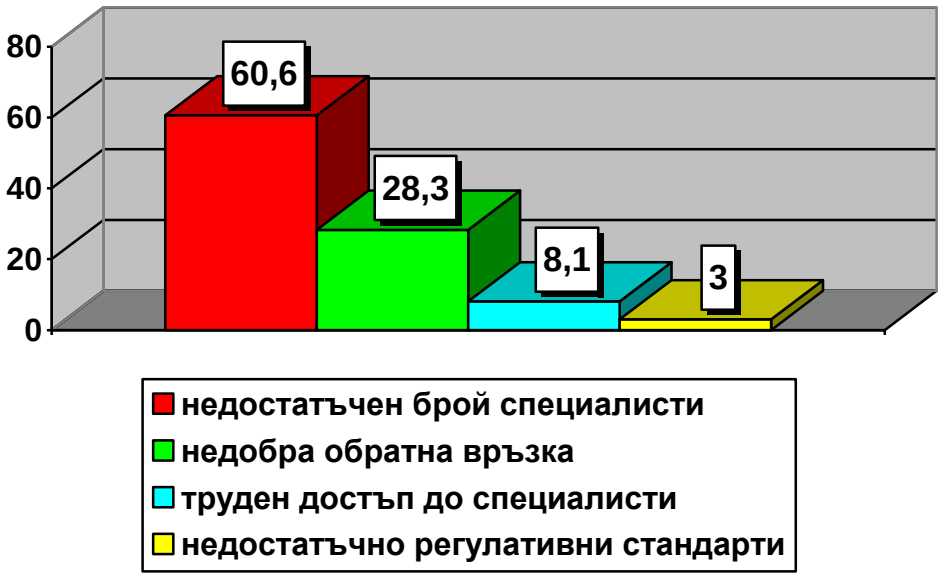
По отношение на сътрудничеството със специализираната медицинска помощ по-голяма част от лекарите (73,2%) са отговорили, че нямат проблеми в съвместната работа със специалистите, (26,3%) са на мнение, че съществуват такива проблеми и са отговорили с „да“. Респондентите, които не са дали отговор са (0,5%) от всички лекари. Това процентно разпределение на отговорите е показано на фиг.37.



Фиг.37 Процентно разпределение на отговорите на ОПЛ, затова дали имат

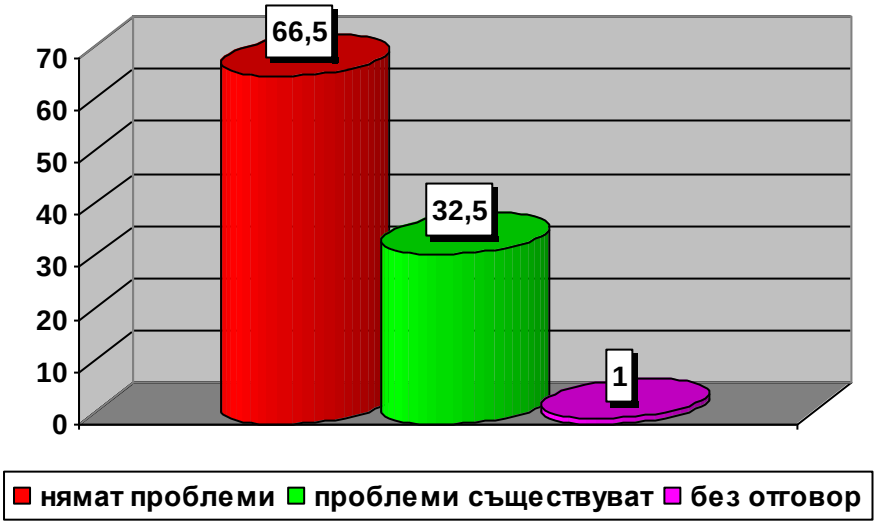
проблем при съвместната работа със специалисти от извънболничната медицинска помощ.

Като основни проблеми, които съществуват при съвместната работа със специалистите лекарите, са посочили: недостатъчен брой специалисти (60,6%), недобра обратна връзка (28,3%), труден достъп до специалисти (8,1%), недостатъчно регулативни стандарти (3%). Това процентно разпределение е показано на фиг.38.



Фиг.38 Процентно разпределение на проблемите свързани със съвместната работа със специалисти от извънболничната медицинска помощ.

По отношение на проблеми при сътрудничество с НЗОК по-голяма част от лекарите (66,5%) са отговорили че нямат проблеми при това сътрудничество, (32,5%) от тях отговарят, че такива проблеми съществуват. Респонденти, които не са отговорили на въпроса са (1%). Това процентно разпределение е показано на фиг.39.



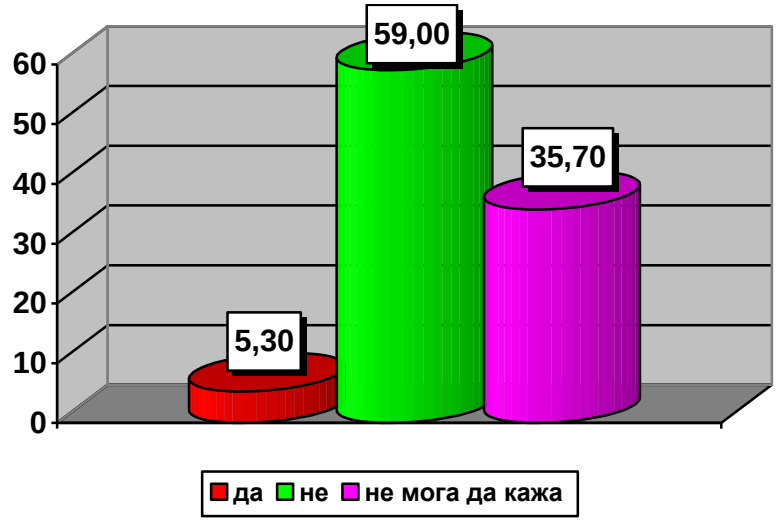
Фиг.39 Процентно разпределение на отговорите на ОПЛ, относно съществуване на проблеми при сътрудничество с НЗОК.

Тези от тях, които са отговорили, че имат проблем в своята съвместна дейност с НЗОК са посочили следните такива: недостатъчно направление за консултация (43%), недостатъчно регулативни стандарти за изследвания (37%), липса на система за обучение и квалификация (8,9%), недостатъчно време за профилактични медицински прегледи (7,4%). неуредени въпроси при изпращане на ТЕЛК (3,7%). Това процентно разпределение е показано на фиг.40.



Фиг.40 Процентно разпределение на съществуващи проблеми според ОПЛ при сътрудничество с НЗОК.

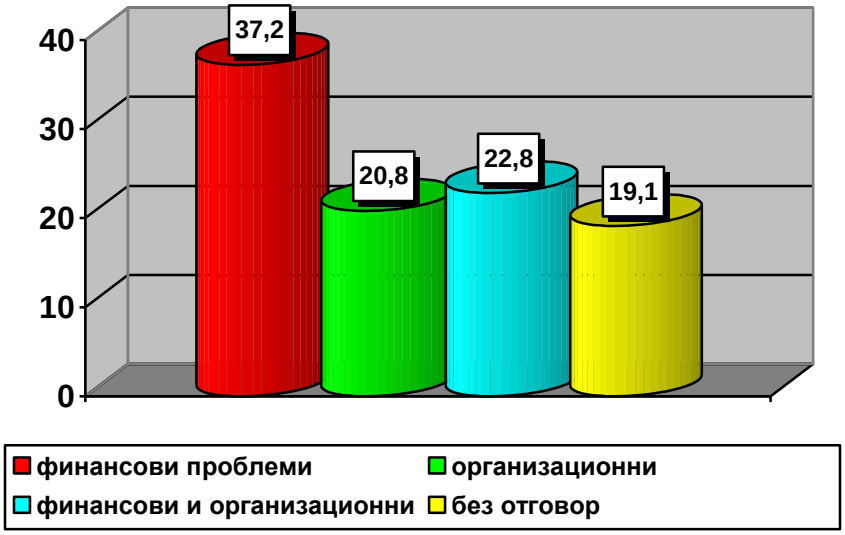
По-голяма част от респондентите (59,0%) смятат,че грижите на обществото за развитие на здравеопазването не са достатъчни (35,7%) от тях не могат да преценят, а само (5,3%) са отговорили, че грижите които полага обществото за здравеопазване са достатъчни. Това процентно разпределение е показано на фиг.41.



Фиг.41 Процентно разпределение на отговорите на ОПЛ, относно това дали са достатъчни грижите на обществото за здравеопазването.

Раздел V – Квалификация и общи проблеми.

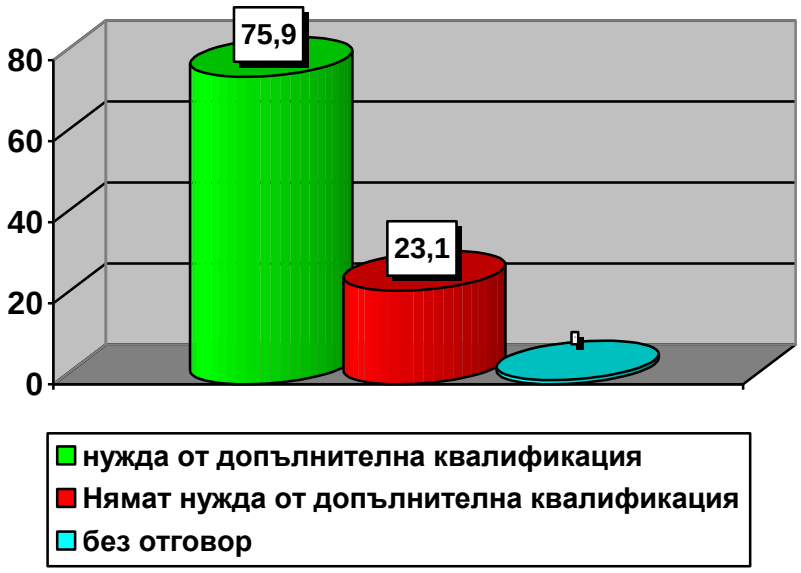
По отношение възможностите за квалификация по проблеми свързани с тяхната дейност (37,2%) от анкетираните лекари отговарят, че имат финансови проблеми, (22,8%) имат финансови и организационни, (20,8%) организационни. Респондентите, които не са отговорили (19,1%). Процентното разпределение на отговорите е показано на фиг.42.



Фиг.42 Процентно разпределение отговорите на анкетираните лекари относно затруднения за специализация по проблеми в практиката.

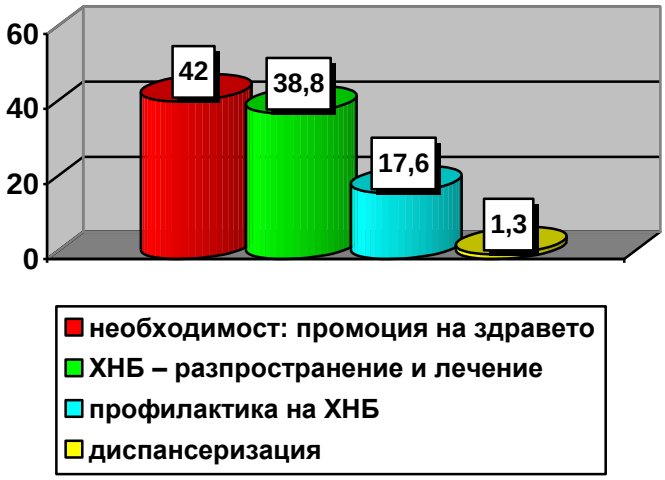
По-голямата част от анкетираните лекари (75,9%) са отговорили, че имат нужда от допълнителна квалификация по проблеми на промоция на здраве и лечение на хронични неинфекциозни болести. Респондентите, които не са отговорили са (1%).

Процентното разпределение отговорите на лекарите е показано на фиг.43.



Фиг.43 Процентно разпределение на отговорите на ОПЛ, относно необходимостта от допълнителна квалификация по промоция на здравето и профилактика и лечение на хроничните незаразни болести.

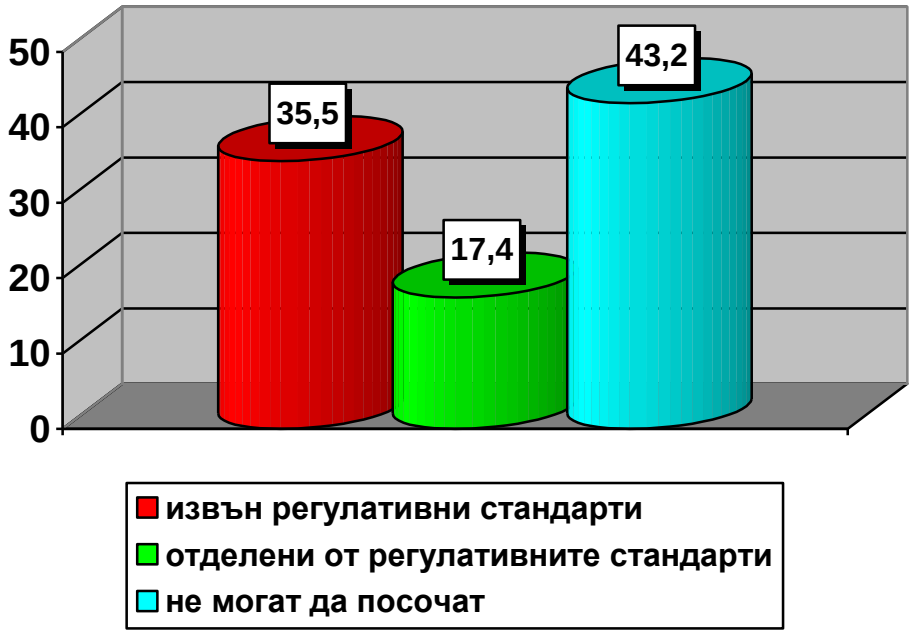
Интерес представляват предложенията на лекарите за областите на обучение, от което имат необходимост: промоция на здравето (42%), ХНБ – разпространение и лечение (38,8%), профилактика на ХНБ (17,6%), диспансеризация (1,3%). Процентното разпределение е показано на фиг.44.



Фиг.44 Процентното разпределение отговорите на ОПЛ, за необходимостта от допълнителна квалификация по проблеми промоция на здравето, профилактика и лечение на ХНБ.

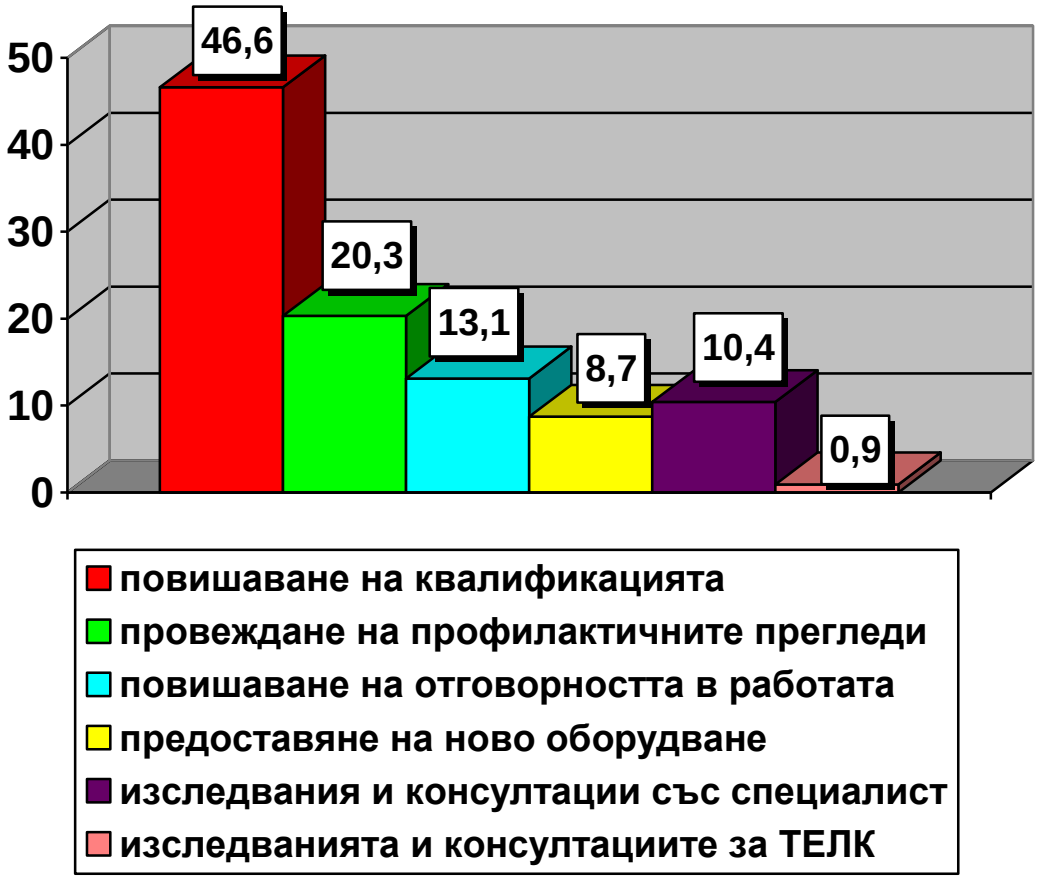
Анкетираните лекари са отговорили на въпроса относно дейностите свързани с рисковите и диспансерни групи, които трябва да бъдат извън регулативните стандарти,

определени от НЗОК: една трета от тях (35,5%) са отговорили, че дейностите по промоция на здраве и профилактика на болестите трябва да бъдат извън регулативни стандарти определени от НЗОК, значително по малко част от тях (17,4%) са на мнение, че дейности не трябва да бъдат отделени от регулативните стандарти. В най-голям процент (43,2%) са тези, които не могат да посочат, дали е необходимо отделянето на регулативните стандарти за промоция на здраве и профилактика на болести. Това процентно разпределение е показано на фиг.45.



Фиг.45 Процентно разпределение на отговорите на ОПЛ, относно отделяне на дейностите по промоция на здраве и профилактика на болестите.

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



Фиг.46 Процентното разпределение на отговорите на предложенията на ОПЛ за подобряване на лечебната и профилактичната дейност.

А1) Анализ на резултатите от проучването сред ОПЛ град София

Настоящето проучване е насочено към дейността, промоция на здраве и профилактика на хроничните незаразни болести осъществявана в първичната извънболнична медицинска помощ. Тези заболявания са с най-голямо разпространение сред българите днес. Предизвикват сериозни здравни проблеми и водят често до инвалидизация и смърт. Във всички стратегии, политики и програми на министерството на здравеопазването се отбелязва значимостта на проблема – хроничните незаразни болести. Тези заболявания засягат все повече българи увеличава се и броят на засегнатите млади хора от тези заболявания – под 40-45 годишна възраст те са фактор, който се отразява негативно върху икономиката на страната. Много хора са извадени продължително време или завинаги от трудовия процес, като същевременно държавата отделя значителен обществен ресурс за лечението и социалните грижи на тези

пациенти. Промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болестите е съществен метод при осъществяване на медицинската дейност, но недостатъчно ефективно използван днес, въпреки че той е „фокус“ на политиките и стратегиите на МЗ. Борбата с тези заболявания може да бъде успешна, само ако се ангажира за справяне с този проблем цялото общество, като водеща е ролята на здравната система. Първичната извънболнична медицинска помощ е тази, която на практика в по-голямата част трябва да реализира тези политики, стратегии и програми на МЗ за овладяването на този взрив от хроничните незаразни болести сред българското население.

Основните документи регламентиращи дейността в тази област на работещите в първичната медицинска извънболнична помощ ОПЛ са: Наредба №39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията и НРД сключен между НЗОК и

БЛС. Тези документи определят рисковите групи от ЗЗОЛ, които формират ОПЛ и рисковите фактори за тяхното включване в тези групи.

Основна цел на проучването на дисертационния труд е да установи доколко промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болести са застъпени в дейността на ОПЛ, да се потърси ефективността от тази дейност в постигнатите резултати и да се очертаят водещите проблеми свързани с нея.

За реализиране на поставената цел бе проведено анкетно проучване сред ОПЛ в гр. София. Бяха обхванати общо 403 ОПЛ, което представлява 45% от всички 890 лични лекари в гр. София. Практиките на тези лекари са разположени в пет района, като в тях тези практики са равномерно представени.

В раздел I (Общи данни на практиката) от анкетата е направено:

1. Характеристика на практиките на личните лекари – обект на проучване
2. Характеристика на ЗЗОЛ над 18 години в проучваните практики

1. Характеристика на практиките на личните лекари – обект на проучването.

По-голяма част от респондентите в проучването по пол са жени – 237 (58,8%), в сравнение с мъжете, които са 166 (41,2%). Този състав се определя в голяма степен от факта, че жените преобладават в професионалната група.

Възрастовия състав на проучвания контингент показва, че в най-голям процент са лекарите на възраст от 46-55 години (202 лица – 50,1%) те съставляват половината от анкетираните. На второ място са тези от групата от 56-65 години (114 лица – 28,3%). Сравнително нисък е делът на лекарите до 35 години (1 лице – 0,2%) и на тези от 36-45 години (64 лица – 15,9%). Този факт на застаряване на работещите в първичната

медицинска помощ трябва да се има в предвид, защото това би могло да доведе до криза с кадрите в близко бъдеще, след като толкова е нисък делът на младите лекари работещи като ОПЛ дори в гр. София. Съществен фактор за качеството на осъществяваната медицинска дейност в практиките в това число и дейността по промоция на здраве и профилактика на хроничните незаразни болести има броят на регистрираните ЗЗОЛ. По-голяма част от тях са регистрирани в практики на лични лекари до 1500 души (84,1%), над 1500 души (15,9%).

2.Характеристика на ЗЗОЛ над 18 години в проучваните практики.

- **Демографска характеристика на ЗЗОЛ.**

В проучването са обхванати 510 887 ЗЗОЛ регистрирани при личните лекари. По-голям е делът на жените – 270 967 (53,03%), а мъжете – 239,920 (46,97%) или жените са повече с около 6%.

Характера на структурата по пол се запазва почти в същия вид в отделните възрастови подгрупи: от 18-40 години, от 41-65 години и над 65 години. Прави впечатление сравнително високият относителен дял на ЗЗОЛ над 65 години (24,60%) от общия брой регистрирани при личните лекари в проучваните практики. Този факт кореспондира с тендецията на увеличаване относителния дял на населението над 65 години за цялата страна последните 1-2 десетилетия. Това увеличение на относителния дял на възрастното население (над 65 години), успоредно със запазване тенденцията на нарастване делът на хроничните незаразни болести в структурата на заболеваемостта и смъртността поставя сериозни изисквания пред здравната система и пред цялото общество относно бъдещето на нацията.

За успешно решаване на тези проблеми и подобряване здравния статус на българското население, водещо място в дейността на ОПЛ трябва да заемат промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болести.

3.Характеристика на ЗЗОЛ според техния здравен статус.

Важен показател за здравното състояние на регистрираните лица при ОПЛ е броят на определените, като „здрави“ според оценката на личните лекари. Относителният дял на тези лица е 83 691(16,38%) от общия брой ЗЗОЛ, като броят на мъжете – 41 871 (50,03%) и жените – 41 820 (49,97%) е приблизително равен.

Друг показател характиризиращ здравния статус на задължително здравно осигурените лица регистрирани в проучваните практики е броят на лицата включени в рисковите групи за: сърдечно съдови заболявания, захарен диабет, злокачествени заболявания. Техния относителен дял е 68 294 лица (13,36%) от общия брой ЗЗОЛ.

Тези данни са представени в табл.3.

В рисковата група за сърдечно съдови заболявания са регистрирани 34 044 лица (49,84%) от общия брой регистрирани рискови лица. От тях мъже – 17 908 (52,60%) и жени – 16 136 (47,40%).

В рисковата група за захарен диабет са включени 29 964 (33,62%) от общия брой регистрирани рискови лица. От тях мъже – 10 367 (34,61%) и жени – 12 597 (65,39%).

В рискова група за злокачествени заболявания са включени 11 283 (16,52%) от общия брой рискови лица. От тях мъже – 5 586 (49,50%) и жени – 5 697 (50,50%) табл.4.

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

В този раздел от проведената анкета е проучено мнението на личните лекари относно факторите на риска за здравето на техните пациенти и тяхното отношение към дейностите свързани с промоция на здравето и профилактиката на хроничните незаразни болести. Според тях най-значимо върху здравето на хората влияят социалните фактори. След тях се нареждат поведенческите, екологичните фактори и здравната система.

Прави впечатление, че по-голяма част от личните лекари (59,1%) нямат или имат частична представа за факторите на риска – една твърде съществена характеристика за здравето на техните пациенти. Факторите на риска влияещи върху здравето на пациентите включени в рисковите и диспансерните групи според тяхното разпространение са: тютюнопушене, хипертония, злоупотреба с алкохол, нездравословно хранене, ниска двигателна активност и др.

За отношението на ОПЛ към този приоритетен за страната въпрос – борбата със хроничните незаразни болести и използване възможностите на промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болести, значение има освен познаването факторите на риска, на които са носители техните пациенти, но и тяхната професиолна подготовка за осъществяване на тези дейности. Прибилизително 1/4 от личните лекари (22,6%) не са запознати със същността и принципите на дейностите по промоция на здравето, а повече от 1/3 от тях (39,2%) ги познават частично. Това е един твърде тревожен факт. За една основна дейност в първичната медицинска помощ на населението, заложена в НРД и определяна като приоритет в националната политика – повече от половината от анкетираните лекари и то на територията на гр. София не са подготвени да осъществят при обслужване на техните пациенти.

Раздел III – Информация за дейностите по рисковите и диспансерни групи и

получените резултати.

Съществен показател за качеството на дейността по промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болести е времето определено от НЗОК от 15 минути, дали е достатъчно и как се оползотворява това време. Почти половината от анкетираните респонденти (46,9%) отговарят, че това време не е достатъчно. Това е показателно и необходимо да се има предвид при бъдещата организация на тяхната дейност.

1. **В рисковата група за сърдечно - съдови заболявания са** преминали профилактични медицински прегледи 21 362 души (62,74%) от всички рискови за сърдечно съдови заболявания, от които почти по равно са мъжете и жените.

Около 1/3 от анкетираните лекари смятат, че рисковите фактори за включване на ЗЗОЛ в рисковата група не са достатъчно пълни, като предлагат да бъдат включени допълнително: психосоциални (въздействие на стрес), поведенчески (алкохолизъм), вредни фактори на трудовата и околната среда. Освен за рисковите фактори значителна част от лекарите – близо половината (54,3%) са на мнение, че обема от дейности, които се провеждат при профилактичните медицински прегледи не е достатъчно пълен. Те предлагат да бъдат включени при провеждането на тези прегледи: високо специализирани дейности (холтер, ехокардиограф), лабораторни изследвания (триглицериди, холестерол) и изследвания на по млади пациенти под 35 години.

От общия брой ЗЗОЛ включени в рисковата група за сърдечно съдови заболявания консултирани с кардиолог са 7 584 (25,31%). От тях мъже – 3 180 (41,94%) и жени – 4 404 (58,06%).

От пациентите с рискови фактори за сърдечно съдови заболявания са взети на диспансерно наблюдение – 4 072 лица (11,96%) от общия брой рискови за сърдечно съдови заболявания, като разпределението на мъжете и жените е приблизително равно.

Важен показател за оценка ефективността и качеството на дейността по промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болести е броят на лицата включени в рисковата група за сърдечно съдови заболявания, постигнали положителни промени в нивото на основните фактори на риска. Делът на тези пациенти е твърде нисък 1 598 лица (4,68%) от всички рискови за сърдечно съдови заболявания табл.5.

2. Рискова група за захарен диабет.

ОПЛ изразяват становище при проведеното проучване, че обхвата от рискови фактори определен от НЗОК за лица рискови за захарен диабет е недостатъчен. Те

предлагат да бъдат включени към рисковите фактори: поведенчески фактори (алкохолизъм), психосоциални (стрес), биологични (инсулинова резистентност).

От ЗЗОЛ рискови за захарен диабет преминалите профилактичен преглед са по-малко от половината 13 181 лица (43,98%). От тях мъже – 5 880 (44,61%) и жени – 7 301 (55,39%). От което се вижда, че жените преминали такива прегледи преобладават в сравнение с мъжете.

Консултирани с ендокринолог рискови лица за захарен диабет са 7 584 лица (25,31%) от всички рискови за захарен диабет. От тях мъже – 3 180 (41,94%) и жени – 4 404 (58,06%), като жените са повече от мъжете с 16,12%.

На диспансерно наблюдение са взети 3 276 лица (10,93%) от всички рискови за захарен диабет. От тях мъже – 1 317 (40,20%) и жени – 1 959 (59,80%), като жените са с 19,6% повече от мъжете.

Положителни промени в нивото на основните фактори на риска са постигнали от всички рискови за захарен диабет едва 1 206 лица (4,02%). По-висок е делът на жените с близо 15% в сравнение с мъжете табл.6.

3.Рискова група за злокачествени заболявания.

Близо половината от анкетираните (50,9%) ОПЛ в проведеното проучване изразява становище, че групите от злокачествени заболявания и рисковите фактори свързани с тях са недостатъчни. Те предлагат да бъдат включени към тях следните групи заболявания: злокачествени заболявания на белия дроб, на кожата и на панкряса.

От всички рискови здравно осигурени лица за злокачествени заболявания половината от тях 5 761 лица (49,73%) са преминали профилактични медицински прегледи от тях мъже – 2 462 (42,73%) и жени – 3 299 (57,27%).

Консултирани със специалист рискови ЗЗОЛ за злокачествени заболявания са 1/3 3 478 (30,82%) от всички рискови за тези заболявания, което е твърде нисък процент. На диспансерно наблюдение са взети (7,14%) от рисковите за захарен диабет. Показатели от дейностите в тази група са показани в табл.7.

Дейностите свързани със ЗЗОЛ включени в трите рискови групи са показани в табл.8. От тази таблица се вижда, че с най-голям дял са лицата включени в рисковата група за ССЗ, консултирани със специалист, взети на диспансерно наблюдение и постигнали положителни промени в основните рискови фактори. След тях се нареждат тези включени в рисковата група за захарен диабет и с най-малък дял са тези за злокачествени заболявания.

Раздел IV – Сътрудничество в екип (ОПЛ и медицинска сестра) и с други

институции.

Заслужава да се отбележи един много съществен аспект в направеното изследване, а именно доколко медицинската сестра в екипа на личните лекари трябва и могат да бъдат съществен фактор в осъществяването на дейностите по промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болести. Повече от половината лекари (55,8%) са на мнение, че медицинските сестри са подготвени да изпълняват тези дейности. Те възлагат на тях да осъществяват дейности по промоция на здравето в най-висок процент (78%). По-малко от тях (21,1%) са на мнение, че тя не е достатъчно подготвена и не й възлагат да извършва дейности свързани с промоция на здравето, профилактика на болестите и диспансерно наблюдение на пациентите. Този факт противоречи на становището на редица професионалисти в областа на здравеопазването в други страни, които застъпва становището, че медицинските сестри са основни фактори в осъществяването на промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болести. Показателно е, че (22,8%) от респондентите са отговорили, че работят без медицинска сестра. Това несъмнено се отразява върху ефективността и качеството на тяхната дейност, включително и върху дейностите свързани с промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болести.

При сътрудничеството на ОПЛ със специализираната извънболнична медицинска помощ (26,3%) от тях изразяват становището, че съществуват проблеми. Като основни проблеми при взаимодействието със специализираната извънболнична помощ са посочени: липса на специалисти и труден достъп до тях. Това е обезпокоително като се има предвид факта, че става въпрос за лекари работещи в гр. София.

За ефективната дейност на личните лекари съществено значение има тяхната колаборация с НЗОК. От ОПЛ 1/3 са посочили, че съществуват проблеми при работа с здравната каса. Като най-съществени проблеми при това сътрудничество на лекарите със здравната каса те посочват: недостатъчно направления за консултации със специалисти, недостатъчно регулативни стандарти за изследвания и недостатъчно време за провеждане на профилактичните медицински прегледи. Като се вземе в предвид затрудненията при осъществяване на сътрудничеството със специалисти и проблемите при сътрудничеството с НЗОК (недостатъчно направления за консултации и регулативни стандарти за изследвания), се вижда, че е на лице един сериозен проблем, който се отразява върху качеството и резултатите при осъществяване на тяхната дейност.

Тези и други проблеми, с които се сблъскват ОПЛ в своята дейност, са намерили израз в тяхната оценка за грижите на обществото за развитие на здравеопазването, които са предпоставка за постигане на по-добри резултати за здравето на хората. Показателно е, че само 5% от ОПЛ смятат, че тези грижи са достатъчни, а останалите 95% от респондентите са на мнение, че те не са достатъчни (58,3%) и (36,2%) не могат да преценят. Това становище на участвалите респонденти в проучването показва ясно, че условията, които се създават за ефективно и качествено здравеопазване от обществото са крайно недостатъчни.

Раздел V – Квалификация и общи проблеми.

Ясно изразеното становище на лекарите, относно отношението на обществото към здравеопазването се потвърждава и от техните отговори, че не се създават необходимите условия те да специализират и да повишават своята квалификация. Като причина за това са посочени фактори от организационен и финансов характер.

По отношение на тяхната допълнителна квалификация те смятат, че тя трябва да бъде свързана с въпроси касаещи: промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болести (34%), разпространение и специфика на хроничните незаразни болести (32,6%) и диспансеризация на болните (33,4%). Тази квалификация те предлагат да бъде регламентирана при сключване на НРД.

За подобряване на резултатите при провеждане на дейностите на промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болести значителна част от респондентите (35,5%) определят категорично, че е необходимо тези дейности да бъдат отделени и за тях да бъдат определени регулативни стандарти отделно от тези за остри хронични заболявания. Освен разграничаването на регулативните стандарти за подобряване на дейността по промоция на здравето и профилактика на хроничните незаразни болести те предлагат да бъде осигурено ново оборудване, намаляване на документацията, облекчаване режима за получаване на лекарства, и решаване на въпроса за изследванията и консултациите за ТЕЛК.

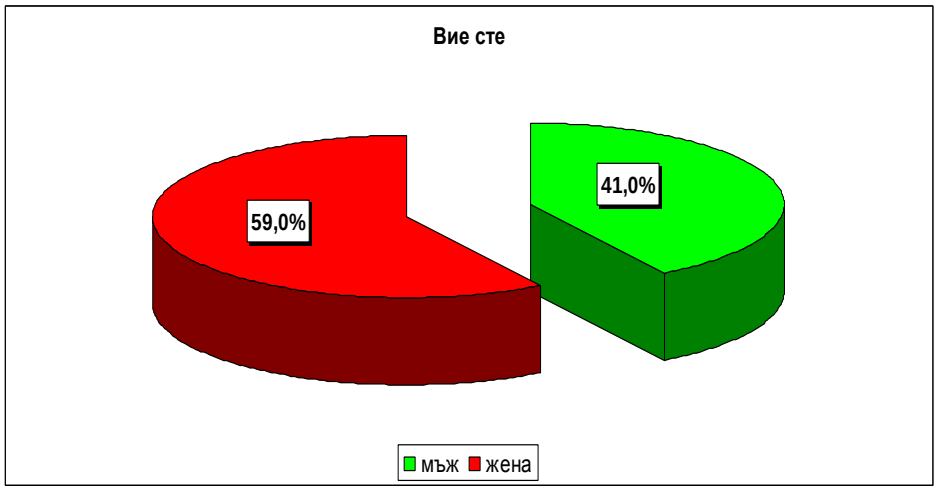
Изложените факти показват, че в своята дейност личните лекари се сблъскват с редица сериозни проблеми, които влияят негативно върху тяхната дейност и за получените резултати по отношение здравето на техните пациенти.

Б) РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗ ОТ ПРОУЧВАНЕ МНЕНИЕТО НА ПАЦИЕНТИ ОТНОСНО ДЕЙНОСТИТЕ ИЗВЪРШВАНИ В ПРАКТИКАТА НА ОПЛ ПРОВЕДЕНО В „ ДКЦ 3 – СОФИЯ“ ЕООД, ГРАД СОФИЯ

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

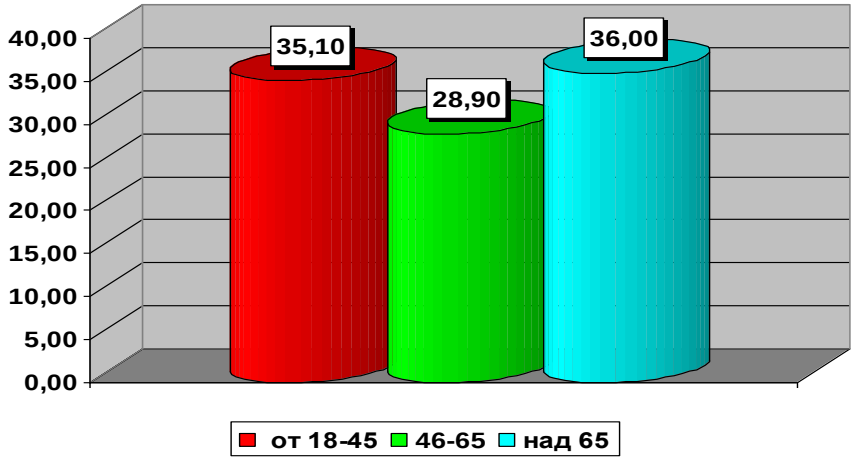
Раздел I. Общи данни за пациента.

В контингента на анкетираните лица превес имат жените спрямо мъжете с повече от 18%, като жените участвали в проучването са 59%, а мъжете 41%. Този състав на анкетираните по пол е показан на фиг. 1.



Фиг.1. Разпределение на анкетираните по пол пациенти в проценти.

От данните на представената графика по отношение възрастта на анкетираните се вижда, че с най-висок относителен дял са лицата над 65 години (36%). С по-нисък дял са лицата от 18 – 45 години (35,1%), а делът на лицата от 46 – 65 години е (28,9%). Тази възрастова структура може да се обесни и с това какъв е контингента който е потърсил медицинска помощ. Обяснимо е защо най-висок е относителния дял на лицата над 65 години, тъй като това е контингент с повече здравни проблеми и по-голяма посещаемост в здравното заведение това се вижда от фиг.2.



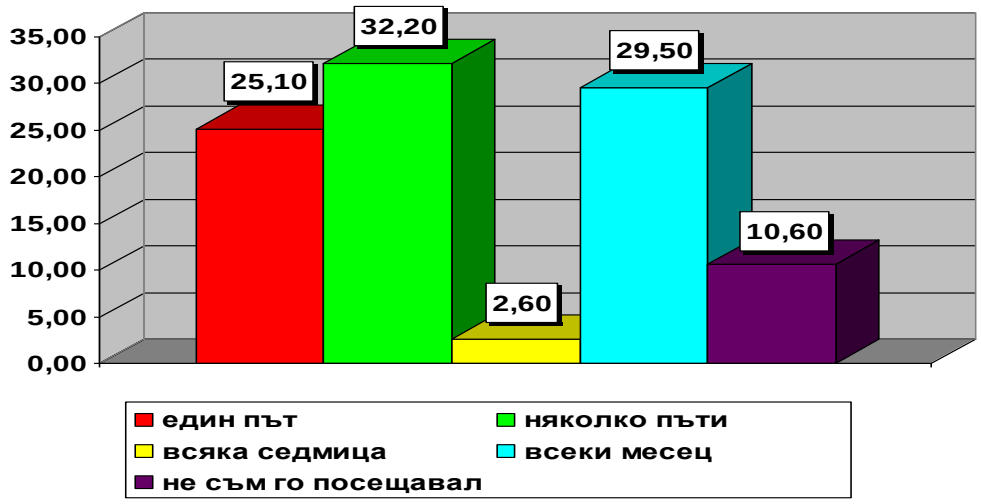
Фиг.2. Процентно разпределие на лицата участвали в проучването според тяхната възраст.

Заслужава внимание и факта, че (7%) от анкетираните лица не са здравно осигурени. Възниква въпроса как се регламентира и уреждат тяхното здравно обслужване. Това е един много съществен въпрос. Определено трябва да се каже, че в структурите на първичната медицинска помощ най-висок е относителният дял на здравно осигурените, което е показано на фиг.3.



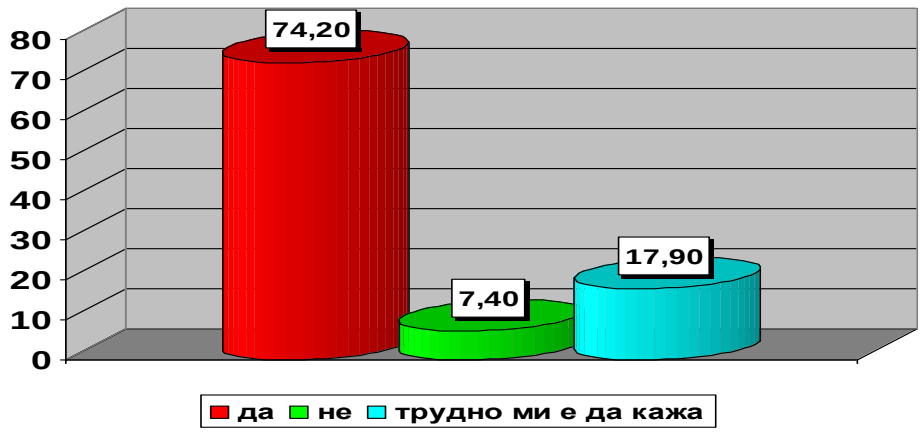
На въпроса колко пъти през 2013 година сте посетили вашия личен лекар най-голям е делът на лицата които са посетили личния си лекар няколко пъти през годината (32,2%) и също на тези, които са го посетили всеки месец (29,5%). Тези резултати могат

да се свържат и с факта, че най-висок е делът на лицата над 65 години, които имат редица и при това множество заболявания предимно с хроничен характер. Към тези резултати трябва да се прибави и този, че (2,9%) са посещавали личния си лекар всяка седмици. Така се очертава, че лицата които са осъществили повече от едно посещение при личния си лекар са повече от половината (64,3%). По интересен е факта, че (10,6%) през разглежданата година не са осъществили посещение при личния си лекар. Този резултат говори за недостатъчна активна дейност на личния лекар за здравно обслужване не само на лицата със заболявания, но и тези които към момента са здрави. Именно този контингент е съществен за осъществяване на промотивни дейности. Това процентно разпределение на анкетираните се вижда от фиг.4.



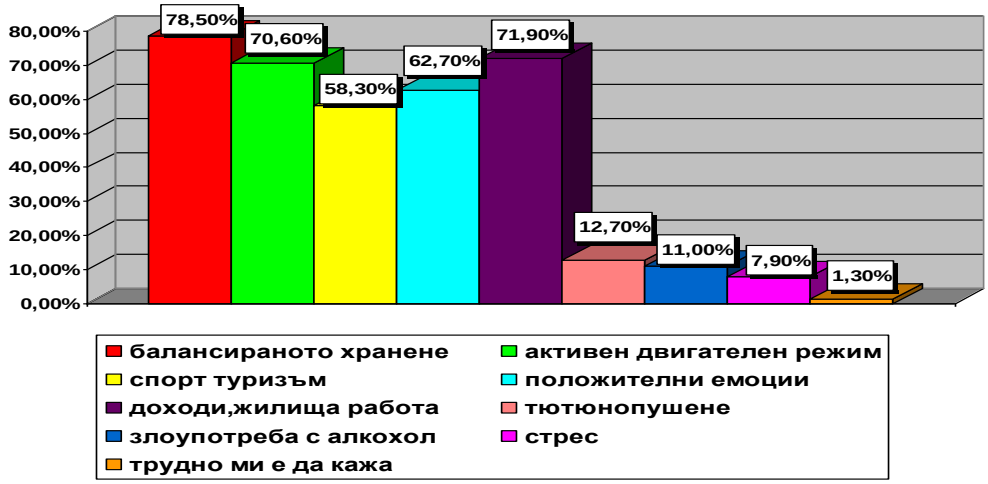
Фиг.4. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните пациенти относно тяхното посещение при личния лекар през годината.

На въпроса дали анкетираните лица знаят какво означава „здравословен начин на живот“, положително е, че (74,2%) отговарят с да. Има обаче (7,4%) от анкетираните които са отговорили, че не знаят същността на това. Трябва да се добавят и тези (17,9%) които не могат определено да отговорят какво означава здравословен начин на живот. Това процентно разпределение е показано на фиг.5.



Фиг.5. Процентно разпределение на отговорите на пациентите относно това дали знаят какво значи здравословен стил на живот.

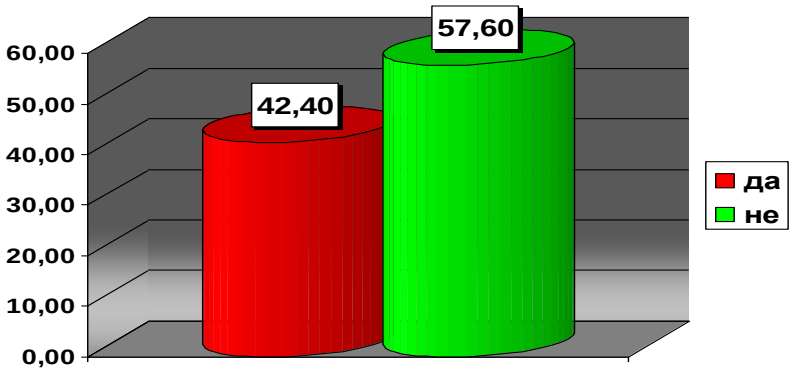
По отношение на въпроса кои фактори имат значение за доброто здраве на човека анкетираните пациенти са дали повече от един отговор. Според тях с най-съществено значение за доброто здраве са балансирано хранене (78,5%), на творо място са посочили доходи, жилище и работа (71,9%). Активиния двигателен режим е с (70,6%) на трето място според анкетираните. Това подреждане на факторите влияещи върху доброто здраве на човека е посочено на фиг.6.



Фиг.6. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните относно факторите влияещи върху доброто здраве.

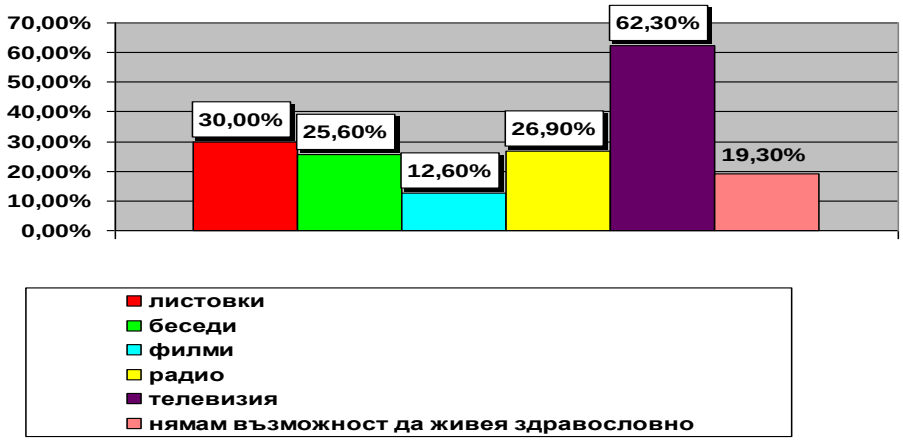
Относно това дали личният лекар е информирал пациентите да живеят

здравословно (57,6%) от тях са отговорили, че не са били информирани, а (42,4%) са получили информация от него за здравословен начин на живот. Тези отговори на пациентите показват, че по-голяма част от пациентите не получават информация от лекуващите лекари за здравословен начин на живот, което е видно от фиг.7.



Фиг.7. Процентно разпределение на отговорите дали личния лекар е информирал своите пациенти за здравословен начин на живот.

Трябва да се отбележи, че на въпроса каква информация използват, за да съблюдават по-здравословен начин на живот? По-голяма част от анкетираните (62,3%) отговарят, че информираността за здравословен начин на живот получават от телевизията. Също не малък е делът на тези които се информират от радиото (26,9%) от тези данни следва, че най-голямо значение за информирането на населението имат медиите (89,2%), което се вижда на фиг.8.

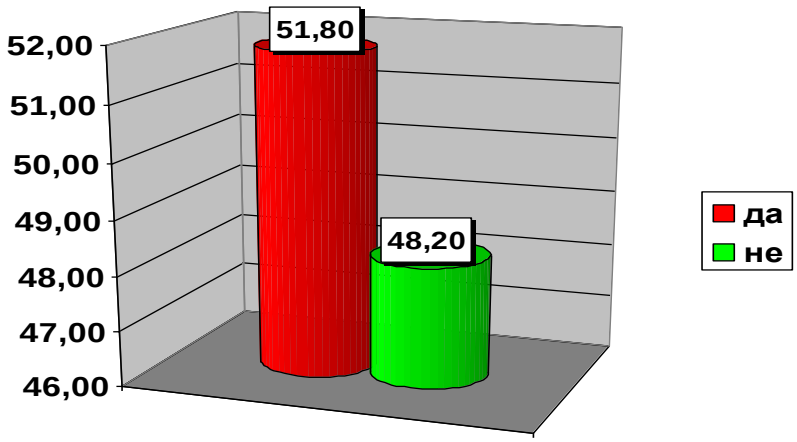


Фиг.8. Процентно разпределение на отговорите относно информацията

получавана за съблюдаване на здравословен начин на живот.

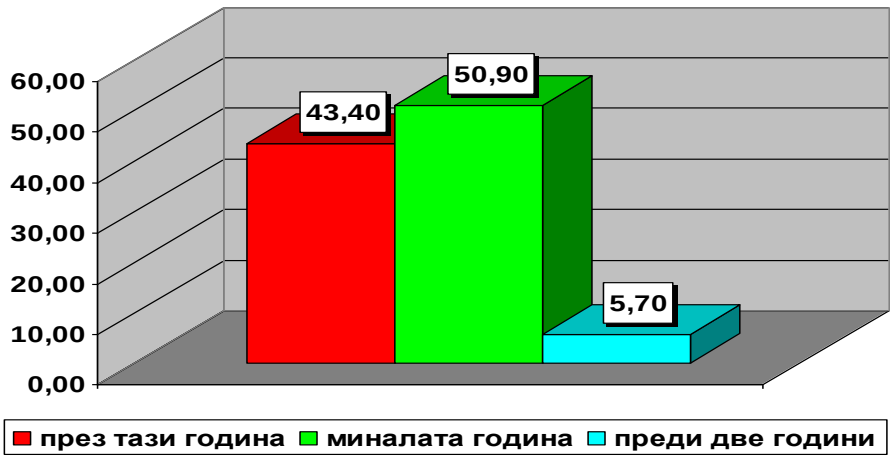
Раздел II. Мнение на пациентите за профилактичните прегледи и медицинските услуги.

Трябва да се отбележи, че (51,8%) от анкетираните лица отговарят, че редовно са ходили на профилактични прегледи. Съществено е, че не малък е относителния дял на тези, които не са ходили на профилактични прегледи (48,2%). Този дял на лицата които не са ходили на профилактичен преглед не е малък и това е много съществен факт което се вижда от фиг.9А.



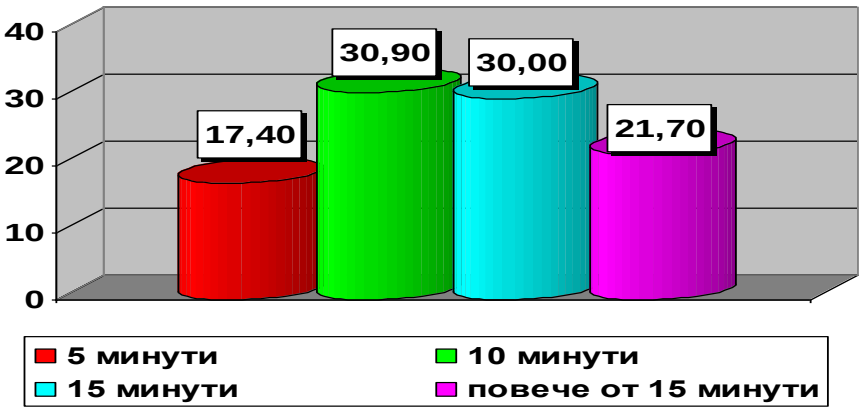
Фиг.9А. Процентно разпределение на отговорите на пациентите дали са били на профилактичен преглед през изминалата година.

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



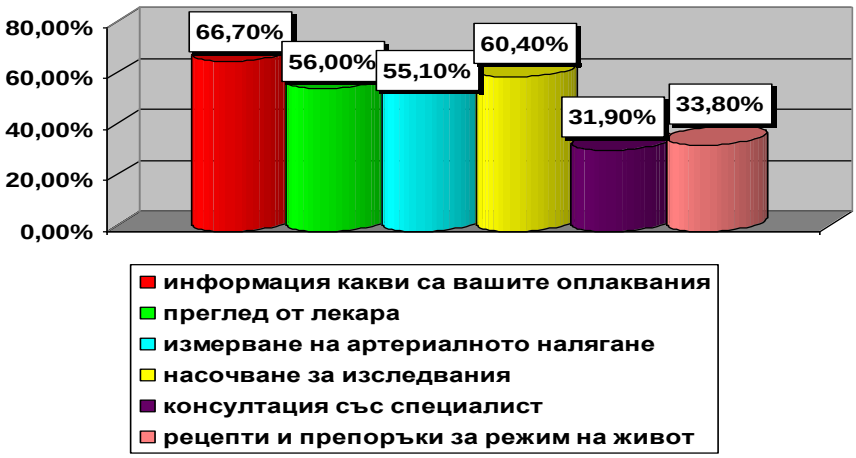
Фиг.9Б. Процетно разпределение на отговорите на пациентите кога за последно път е бил на профилактичен преглед.

В проведената анкета е проучен въпроса свързан с осъществяването на профилактичните прегледи, а именно колко минути продължава този преглед при личния лекар. От анкетираните (60,9%) отговарят, че средната продължителност на този преглед е между 10 и 15 мин. Не малък е относителния дял (21,7%) на лицата за които прегледите са с продължителност повече от 15 мин. Тези данни са съществени в организацията на работата на личните лекари по отношение включване в работния график, реално време и брой на пациенти за осъществяване на реални и качествени профилактични прегледи. Това е показано на фиг.10.



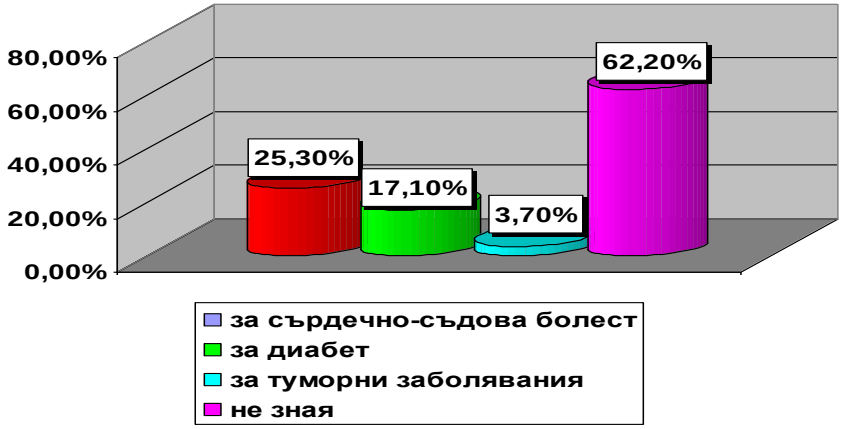
Фиг.10. Процентно разпределение на отговорите затова колко минути средно продължава профилактичния преглед при ОПЛ.

Относно качествата на профилактичните прегледи важен е и отговора на анкетираните за това какво включва профилактичният преглед, като анкетираните са посочили повече от един отговор. Най-много от тях (66,7%), че на този преглед е потърсена от тях информация относно някакви техни оплаквания. На второ място с (60,4%) от тях се нареждат тези които са насочени за провеждане на някакви изследвания, а на трето място са тези при които е бил осъществен преглед от лекаря (56%). Това се вижда от фиг.11.



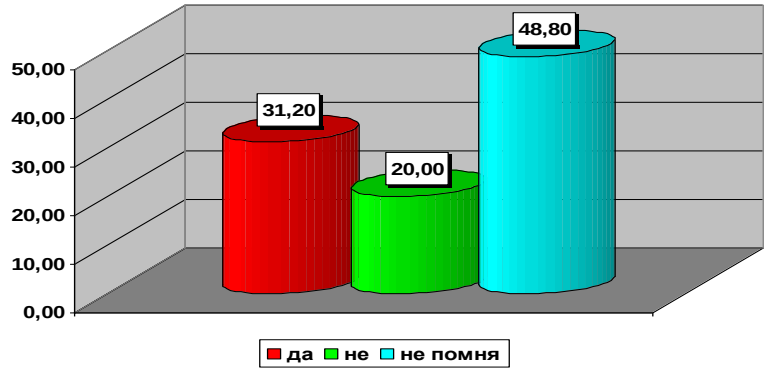
Фиг.11. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните относно това какво включва профилактичния преглед при неговото провеждане.

В проведеното изследване е проучено доколко от анкетираните лица са включени във рискови групи за – сърдечно съдови заболявания, захарен диабет, злокачествени заболявания. Трябва да се отбележи, че (62,2%) не знаят дали са включени в такива групи, а останалите (46,1%) са включени в някоя от посочените групи, което е показано на фиг.12.



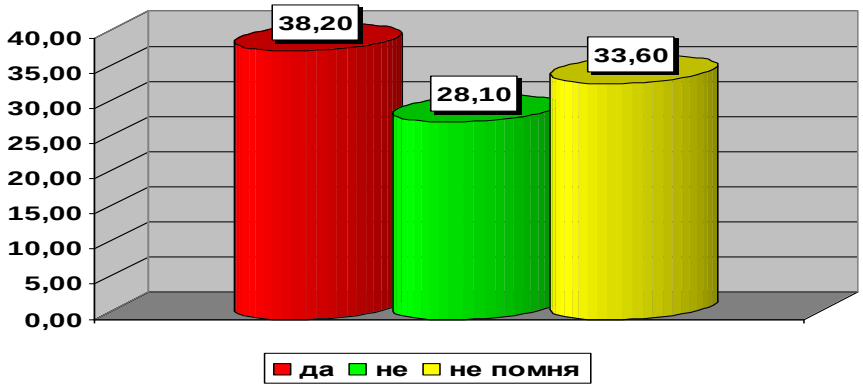
Фиг.12. Процентно разпределение на анкетираните включени в рискови групи за заболявания.

На лицата включени в рискова група само на (31,2%) са проведени допълнителни изследвания. Обезпокоителен е факта, че на (20%) от тях не са проведени такива изследвания, а (48,8%) отговарят, че не „помнят“, което е видно от фиг.13.



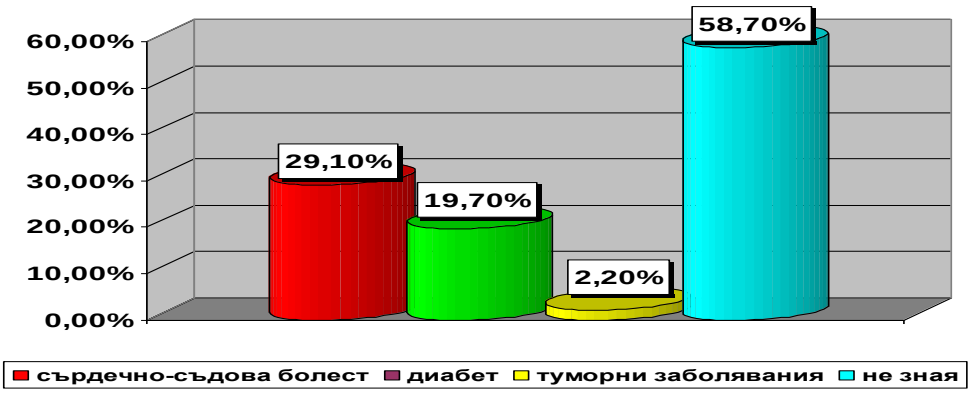
Фиг.13. Процентно разпределение на анкетираните, на които назначено допълнително изследване за уточняване на тяхното здравно състояние.

Друг много съществен организационен въпрос е насочването на пациентите с здравен риск за консултация при специалист. На (38,2%) е направена консултация с специалист, а на останалите (61,8%) отговарят, че не са изпращани и не знаят за консултация, което се вижда на фиг.14.



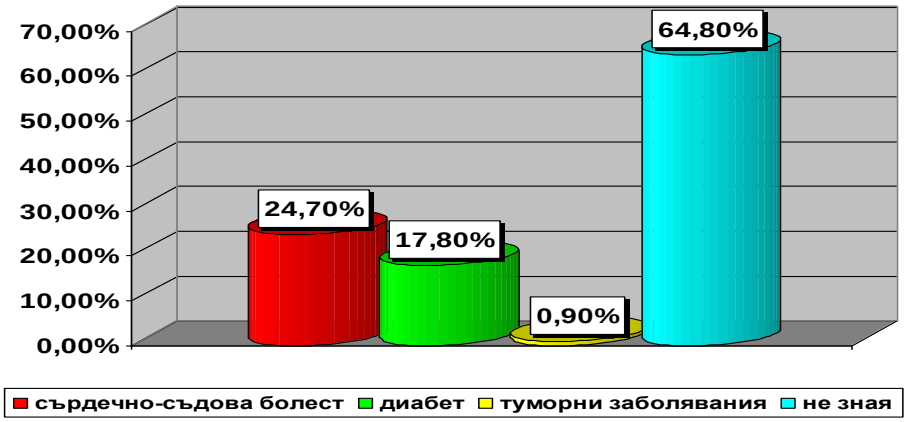
Фиг.14. Процентно разпределение на анкетираните дали са консултирани с специалист.

Съществен елемент при провеждане на профилактични прегледи е това, че са установени при (29,1%) сърдечно съдови заболявания, (19,7%) захарен диабет, (2,2%) туморни заболявания, а (58,7%) нямат такива заболявания, което се вижда от фиг.15.



Фиг.15. Процентно разпределение на анкетираните според това дали имат установено заболяване.

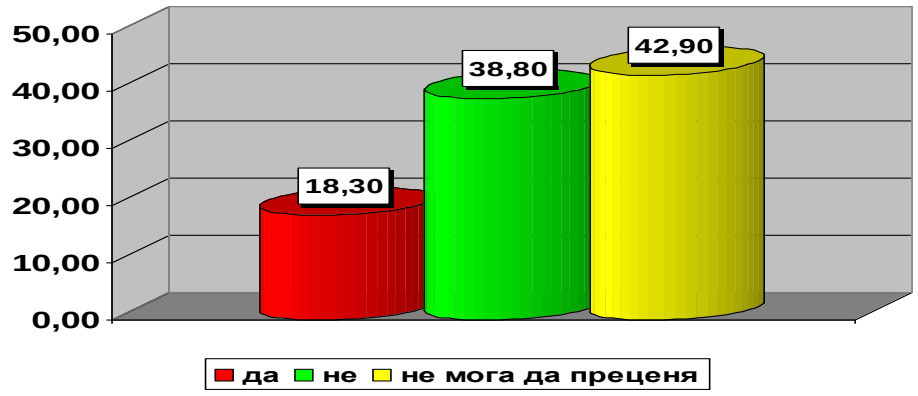
От анкетираните (24,7%) са взети на диспансерен отчет за сърдечно съдови заболявания, (17,8%) за захарен диабет и (0,9%) за туморни заболявания, а по-голяма част от тях (64,8%) не знаят дали са взети на диспансерно наблюдение, което се вижда от фиг.16.



Фиг.16. Процентно разпределение на анкетираните относно това каква част от тях са взети на диспансерен отчет и за какви заболявания.

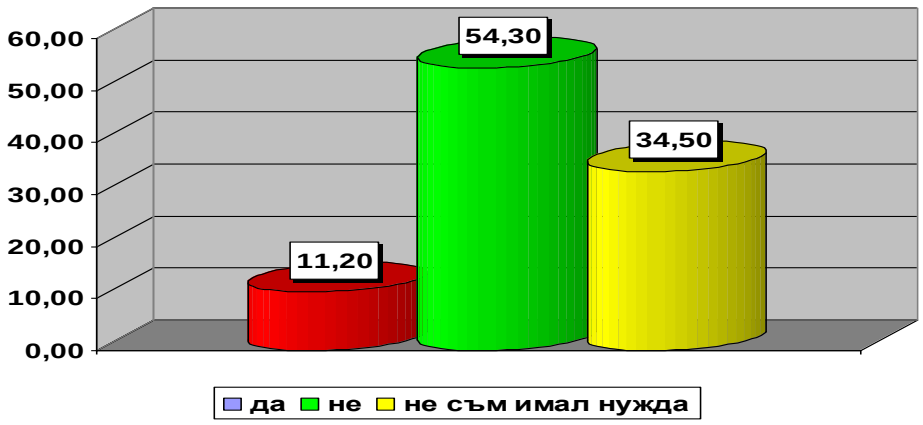
Интерес представлява отговора на анкетираните относно това дали профилактичните прегледи са достатъчно задълбочени. Значителна част от тях (38,8%) отговарят, че тези прегледи не са, а (42,9%) не могат да преценят дали са задълбочени. Само (18,3%) смятат, че прегледите са задълбочени. Възниква въпроса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

разпредение на отговорите е показано на фиг.17.



Фиг.17. Процетно разпределение на отговорите на анкетираните относно това дали профилактичните прегледи са достатъчно задълбочени.

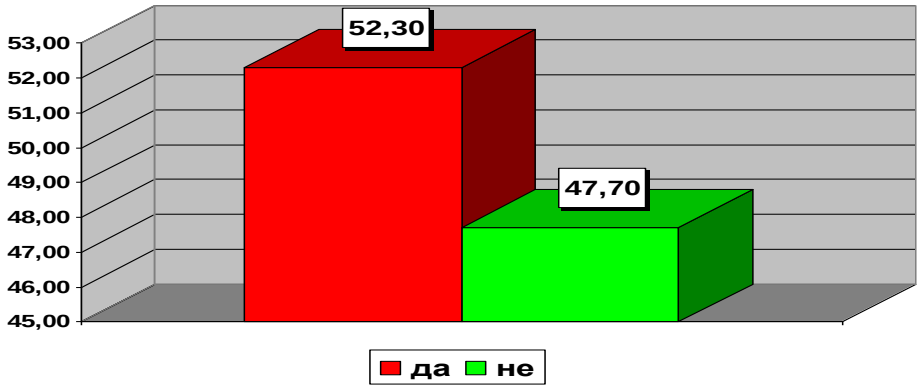
Друг съществен въпрос относно качеството на здравното обслужване което получават от личните лекари, дали срещат някакви затруднения при изписване на лекарства по НЗОК за тяхното заболяване. Само (11,2%) отговарят, че срещат трудности, повече от половината (54,3%) отбелязват, че нямат такива проблеми, а (34,5%) не са имали нужда да им бъдат изписвани лекарствени средства, което се вижда от фиг.18.



Фиг.18. Процетно разпределение на отговорите за това дали анкетираните срещат трудност при изписване на лекарства от НЗОК.

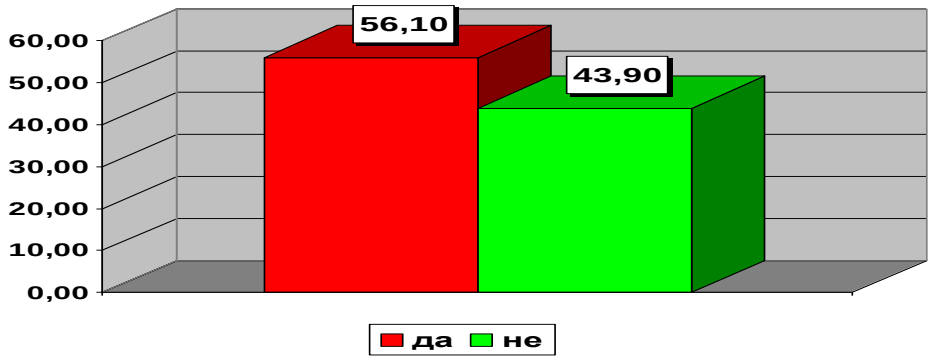
Проучено е и мнението на пациентите по отношение на възможни проблеми при

личните лекари да ги насочват за консултация със специалист. Повече от половината (52,3%) отговарят, че имат такива проблеми това е много съществен факт. Заслужава да се отбележи, че най-често причина за това са ограничените направления с които разполагат личните лекари. Това процентно разпределение се вижда на фиг.19А.



Фиг.19А. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните за това дали срещат затруднение от страна на личния лекар при необходимост от консултации с лекар специалист.

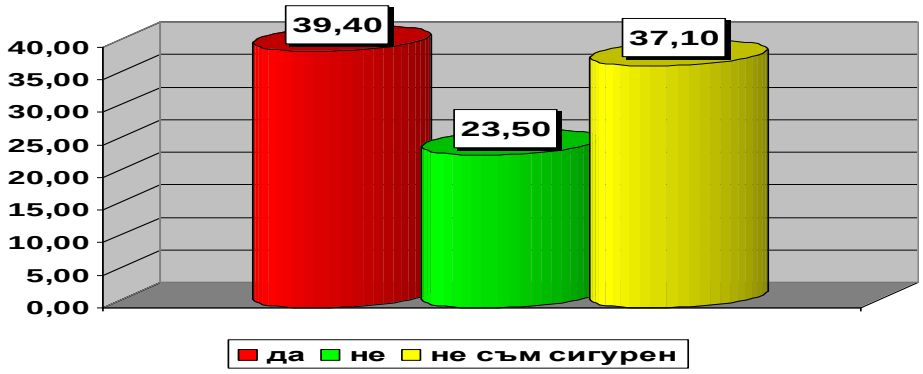
Същия проблем срещат анкетираните и при необходимост от назначаване на някакво изследване, като (56,1%) от тях са отговорили, че имат такъв проблем,а (43,9%) не са срещали проблем при необходимост от изследване, което е видно от фиг.19Б.



Фиг.19Б. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните относно това дали срещат трудности при назначаване на изследвания от личните лекари.

Интерес представлява мнението на анкетираните относно това дали профилактичните прегледи допринасят за укрепване и запазване на здравето. Само

(39,4%) отговарят положително. Заслужава да се подчертае, че (23,5%) отговарят негативно, а (37,1%) нямат определен отговор, което се вижда от фиг.20.

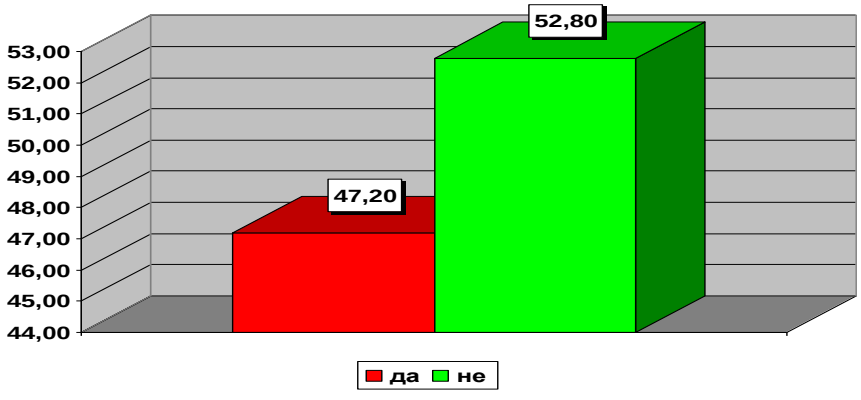


Фиг.20. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните относно това дали профилактичните прегледи допринасят за запазването и укрепването на тяхното здраве.

Раздел III. Поведенчески фактори свързани с анкетираните пациенти.

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

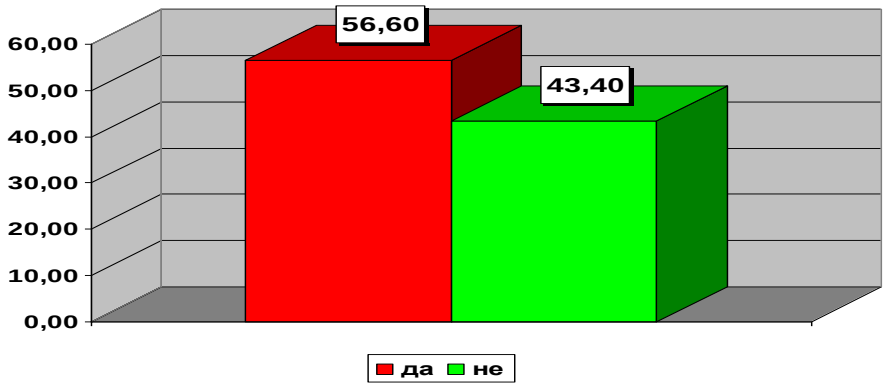
По отношение на тютюнопушенето на въпроса пушите ли редовно, почти половината от анкетираните (47,2%) отговарят положително другите не пушат или са нередовни пушачи (58,2%), което е видно от фиг.21.



Фиг.21. Процентно разпределение на отговорите относно това дали анкетираните пушат редовно.

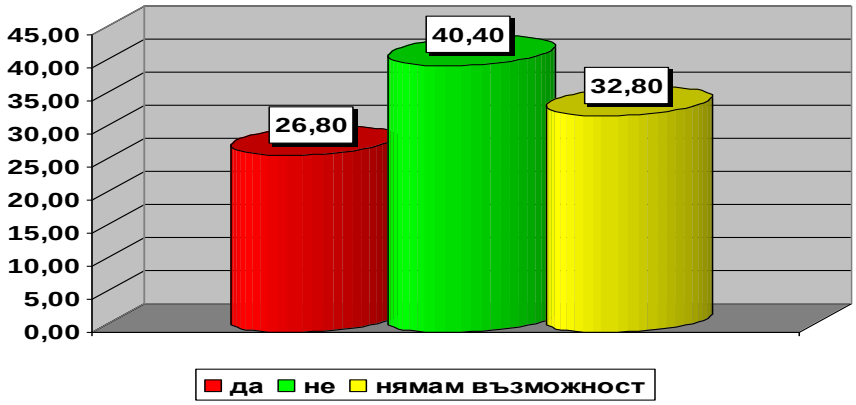
Друг важен поведенчески фактор е двигателната активност. На въпроса дали се движат всеки ден по 30 минути, по-голяма част от тях (56,6%) са отговорили

положително, а (43,4%) са отговорили, че не се движат всеки ден, което е видно от фиг.22.



Фиг.22. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните относно това дали се движат поне по 30 минути дневно.

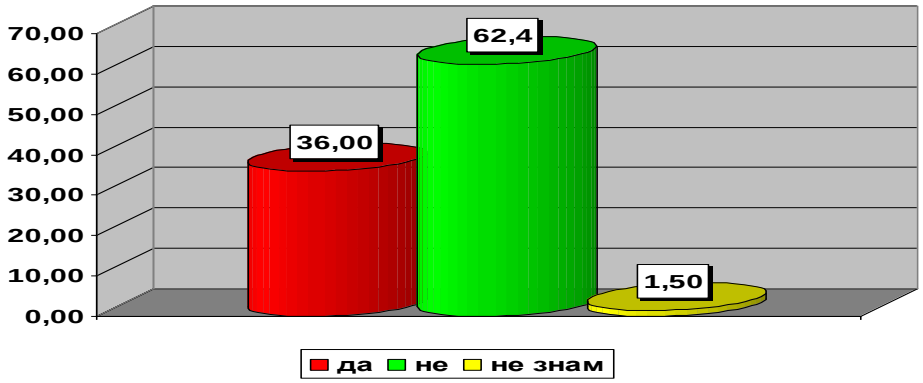
По отношение на здравословното хранене само (26,8%) отговарят, че имат здравословно хранене. По съществено е, че (40,4%) отговарят отрицателно. Това означава, че те знаят какво е здравословно хранене, но не го осъществяват, те имат знания, но нямат необходимото здравно поведение. Друга група (32,8%) отговарят, че за да осъщесвят такова хранене те нямат възможност за това, което се дължи на редица социални и финансови причини. Това е видно от фиг.23.



Фиг.23. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните относно това дали се хранят здравословно.

Свързано с храненето е теглото на анкетираните само (36%) от тях отговарят, че имат надномерно тегло. По-голяма част от тях (62,4%) отговарят, че нямат надномерно

тегло, а (1,5%) не знаят, което се вижда от фиг.24.



Фиг.24. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните относно това дали имат надномерно тегло.

В. Годишен отчет на НЗОК за 2012 година.

Анализ на изпълнението на медицинските дейности, договорени между НЗОК и БЛС.

Анализ на изпълнението на медицинските дейности на първичната извънболнична медицинска помощ.

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

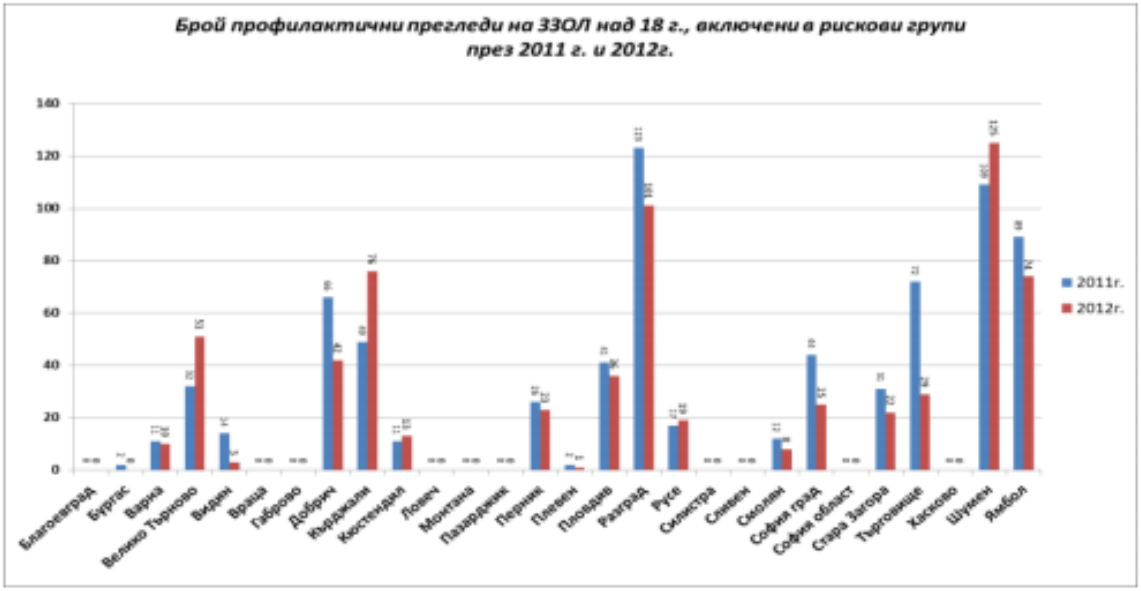
При извършените и отчетени профилактични прегледи на ЗЗОЛ над 18 години се отчита увеличаване на нивата, спрямо 2011 година с (7,1%).

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

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

При профилактичните прегледи на ЗЗОЛ, включени в рискови групи и през 2012 година се запазва тенденцията да не се извършват в много области от страната фиг.1. През 2012 година не са извършени и отчитани профилактични прегледи на ЗЗОЛ, включени в рискови групи в областите: Благоевград, Бургас, Враца, Габрово, Ловеч,

Монтана, Пазарджик, Силистра, Сливен, София област и Хасково. Най-голям брой профилактични прегледи на ЗЗОЛ, включени в рискови групи се наблюдават в областите Шумен, Разград и Кърджали.



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

ИЗВОДИ

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

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

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

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

3. Възрастовата структура на ЗЗОЛ показва, че с най-висок относителен дял са лицата от 41-65 години – 219 324 (42,55%), регистрираните във възрастовата група над

65 години са 129 931 (24,60%) при средно за страната (18-20%).Този факт потвърждава статистическите данни за застаряване на българското население, което ще постави сериозни проблеми пред цялото общество включително и пред здравната система.

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

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

6. Обект на профилактични дейности са само някои рискови групи сред населението със заболявания – (ССЗ, диабет, новообразувания). Липсва профилактична дейност и за други хронични незаразни заболявания, които обуславят сериозни здравни проблеми.

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

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

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

година на МЗ от 2015 година.

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

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

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

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

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

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

здравето.

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

ПРЕПОРЪКИ

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

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

1. Практики по първична медицинска помощ

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

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

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

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

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

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

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

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

- Целесъобразно е да се разработят и приемат отделни стандарти от сега съществуващите за осъществяване на промоция на здравето и профилактика на болестите.Това ще улесни работата на здравния екип с оглед спазване на конкретните изисквания в тези стандарти.
- Все по наложително е екипа в практиките по обща медицина да бъде мотивиран за осъществяване на промоция на здравето и профилактика на болестите, като значими дейности за здравето на населението.
- В тази връзка трябва да се изработят критерий за резултатите от тези дейности, които да послужат и за конкретни стимули за медицинските специалисти от извършването им.
- Необходимо е в процеса на обучение и формиране на медицинските специалисти да намерят значимо място по обем, съдържание и практика, знанията свързани с промоция на здравето и профилактика на болестите.

2. Министерство на здравеопазване

1. Министерство на здравеопазване да предприеме законодателни мерки относно определяне максималния брой на ЗЗОЛ обслужвани от личните лекари. Един здравен екип лекар-медицинска сестра да обслужва максимум 800-1000 души. В практика с повече ЗЗОЛ да се наемат допълнително лекар или медицинска сестра. Това ще бъде сериозна предпоставка за подобряване на дейностите по промоция на здравето и профилактика на болестите, както и на качеството на здравното обслужване като цяло.
2. Да се предприемат стъпки към създаване на комисия към МЗ с участие на представители на МТСГ, МО, съсловни и пациентски организации, видни обществени личности, които да съдействат за популяризиране и практическа реализация на целите по промоция на здрвето и профилактика на болестите. Тези дейности биха могли д се осъществяват и от консултативния орган „партньори за здраве“, който се предвижда да бъде създаден към МС за

сътрудничество при разработване на политики в областта на здравеопазването.

3. МЗ да съдейства нормативно за създаване на такива комисии на областно и общинско ниво. Те трябва да популяризират и съдействат за практическата реализация на промоция на здравето и профилактика на болестите на местно ниво.
4. МЗ да създаде необходимите организационни и икономически предпоставки за кадрово обезпечаване от лекари и медицински сестри на здравната система. Това е необходимо с оглед възрастовата структура на работещите в първичната медицинска помощ, което ще доведе до подобряване качеството на медицинската помощ, включително и на дейностите по промоция на здрвето и профилактика н болестите.
5. МЗ да създаде необходимите законови разпоредби, с които да се улесни и подобри допълнителната квалификация и специализация на работещите в здравната система в часност на ОПЛ. В тази насока ще съдействат промените, които се предлагат да бъдат приети след дипломна квалификация, като лекарите ще имат възможност да се записват за такава квалификация без да полагат приемни изпити.

3. Препоръки към НЗОК

1. Да се създадат необходимите нормативни и организационни разпоредби относно дейности по промоция на здравето и профилактика на болестите, като приоритетни дейности в практиките на ОПЛ.
2. Да се увеличи времето за провеждане на профилактични прегледи от 15 минути и да се засили контрола и изискванията за осъществяване на тези дейности.
3. Да се сзддат възможности, условия и форми за продължително обучение на ОПЛ по проблеми свързани с тяхната дейност - промоция на здравето и профилактика на болестите, рискови групи от пациенти и дейности свързани с предотвратяване възникване на заболявания и укрепване на здравето.
4. Да се разшири обхватът от заболяванията включени към сега съществуващите рискови групи, като се включат и други групи хронични заболявания (заболявания на белия дроб, на щитовидната жлеза), които да бъдат задължително наблюдавани и профилактирани от ОПЛ.
5. Да се увеличи контролът от страна на НЗОК по изпълнение на дейностите свързани с промоция на здравето и профилактика на болестите и да се потърсят

механизми (финансови санкции и други) тези дейности да стната приоритетни в работата на ОПЛ.

6. НЗОК да представи регулативни лимити за промоция на здраве и профилактика на болестите, отделно от тези за остри заболявания и диспансерно болни, което ще улесни достъпа до медицински специалисти и ще доведе до промени, свързани със здравните индикатори на населението.

4. Препоръки към БЛС

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

5. Препоръки към асоциациатя на ОПЛ.

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

6. Препоръки към пациентски организации.

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

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

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Борисов В. Приоритети на здравната политика. Социална медицина 2001 година.
2. Борисов В. Промоция на здравето(лекции) Велико Търновски Университет 1993 година.
3. Борисов В., Зл. Глутнакова , Ц. Воденичаров Ново обществено здравеопазване 1998 година.
4. Борисов В., Зл. Глутникова , К. Юрукова Лекции за студенти по медицина София 1994 година.
5. Борисов В., С. Попова, Л. Георгиева, К. Шопова Промоция на здравето. АРСО, 1998.
6. Василевски Н. Интегриране дейността на здравния сектор към детерминанти на здравето
7. Василевски Н. Фактори на риска за здравето на жените в зоната на програма СИДНИ -България. Обща медицина 3, 2002 година
8. Василевски Н., Б. Тулевски, М. Вуков и сътр. Програма СИНДИ България. Здравна промоция. Информационен бюлетин на международен национален център за здравни знания. София 1998 година.
9. Василевски Н., Г. Цолова, П. Димитров Ниво на артериалното налягане сред лица на възраст 25-64 години в зоните на програмата "СИНДИ" Социална медицина , бр.2 2006 година.
10. Василевски Н., Г. Цолова, П. Димитрров, А. Манолова. Изследване на факторите на риска за хронични незаразни болести сред населението на възраст 25-64 години в зоната на Програмата СИДНИ - България 2007 година БСОЗ кн. 3 2010 година
11. Василевски Н., Л. А. Иванов, Г. Цолова, П. Димитров Национално изследване на факторите на риска, свързани с начина на живот, сред население на възраст 25-64 години, 2007 година. Българско списание за обществено здраве Том I 2009 година.
12. Василевски Н., М. Вуков Носителство на фактори на риска сред изследваните мъже в зоната на програмата за интегрирана профилактика на хроничните незаразни болести(СИНДИ- България). Социална медицина 4, 2003 година.
13. Василевски Н., П. Димитров ,Г. Цолова " Социална медицина" бр.I 2015година.
14. Василевски Н. Промоция на здраве и профилактика на болестите едно цяло. Социална медицина, бр.3 2008 година.
15. Велкова А. Стратегии за промоция на здравето Плевен 2014 година.
16. Воденичаров Ц., С. Попова, М. Мутафова, Е. Шипковенска Социална медицина 2013

година.

17. ВОЗ Доклад о ситуации в области неинфекциозных заболевания в мире 2014 година
18. ВОЗ Доклад о ситуации в области неинфекциозньх заболеваний в мире. " Додстижение девяти глобальньх целей по МИЗ, общая ответственност" 2015г.
19. "Глобално проучване на тютюнопушенето при младите хора". България (GYTS) 2008 година. Данни от НЦООЗ
20. Грънчарова Г. Избрани лекции по социална медицина ВМИ Плевен 1992 година.
21. Грънчарова Г., А. Велкова, С. Александрова Социална медицина . ВМИ Плевен
22. Димитров П. Международни здравни политики в областа на хронични незаразни болести – българска перспектива, С., 2013
23. Димитров П. Изследване нивото на артериалното налягане сред лица на възраст 25-64 години в зоните на програма СИНДИ. Социална медицина бр.3 2008година.
24. Димитрова Н., М. Вуков , З. Валерианова Заболеваемост от рак в България 2009г. Български национален раков регистър 2011г. , Изд. " Ави - 94"
25. Доклад за състоянието на здравето на гражданите първостепенна инвестиция в бъдещето на нацията 2005-2007 година. МЗ 2009 година .
26. Доклад за здравето на нацията в началото на 21 век. Анализ на провежданата реформа в здравеопазването МЗ С. 2004 година.
27. Доклад на Министъра на здравеопазването: състояние на здравето на гражданите през 2009 година и изпълнение на националната здравна стратегия. София 2010 година.
28. Европейско здравно интервю. Национален статистически институт 2008 година.
29. "Здраве за България" Национална здравна стратегия, публикувана във вестник "Форум медикус" бр. 43 1995 година.
30. Здорове 21. Вступление в политике достижения здоровыя для всех в Европеиском регионе. EUR/RE 1998
31. Здравеопазване кратък статистически сборник. НЦОЗА. Бюлетин № 11 София 2011 година
32. Иванов Л., Зл. Петрова , Н. Василевски и др. Бяла книга за здравеопазване основана на стойности 2012 година.
33. Иванов Л., Зл. Петрова, Н. Василевски и др. Бяла книга за здравеопазване основана на стойности. 2012 година.
34. Изменяющаясь роль общественного здравеохранения в Европепейском регионе

EUR/Copenhagen 1999година.

35. Манолова А. Разпространение на тютюнопушенето в училищна възраст. Сравнителен анализ на резултатите от Глобално проучване на тютюнопушенето при младите хора. България 2002 година.
36. Маркова Ст., В. Борисов, Зл. Глутникова Социална медицина и обществено здраве 1998година.
37. Меморандом за ограничаване на захарния диабет в България. БАД 2008 година.
38. Мерджанов Ч. "Едно компрометиращо първенство" 1995 година.
39. Национален план за действие "Храни и хранене" 2005-2010 година.
40. Национална здравна стратегия 2008-2013година.
41. Национална здравна стратегия 2014-2020година.
42. Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето - 2002-2005 година.
43. Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето - 2007-2010 година.
44. Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето - 2011-2015 година.
45. Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето - 2002-2005; 2007-2010 година.
46. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020година
47. Национална програма за развитие България 2020 година.
48. Национално изследване на факторите на риска за здравето на населението на възраст 25-64 години кн. 2 2009 година.
49. "Национално представително проучване на тютюнопушенето сред родителите на деца от детските градини в страната" НЦОЗА 2013 година.
50. Обществени нагласи към тютюнопушенето. "Промяна на пушачите след влизане в сила на забраната и ограниченията за тютюнопушене в закрити обществени места". НЦИОМ. 2012 година.
51. Перспективь ВОЗ после года изменения. Вьступление Генерального директора ВОЗ петьдесят второй сесеи ВАЗ Женева 1999 год.
52. Петрова С., В. Дулева Европейска инициатива на СЗО за наблюдение на затлъстяването при деца. Http//nephp.govermment.bg/files
53. Петрова С., В. Дулева, Л. Рангелова и др. Национално проучване на храненето на кърмачета и малки деца до 5-годишна възраст и отглеждането им в семейството. Хранителен статус на деца от 0-5 годишна възраст в България, оценен чрез стандарт

за растеж на децата. СЗО 2006 година.

54. Петрова С., Д. Бойкова, В. Дулева и др. Национално проучване "Хранене и харнителен статус на учениците на възраст 7-19 години в Бълагария" МЗ НЦООЗ. Изд. Пропелер 2007 година.
55. Петрова С., Кр. Ватралова, В. Дулева и др. Оценка на хранителния статус на учениците в България на базата на антропометрични индикатори. В "Хранене и хранителен статус на учениците на възраст 7-19 години в България" Пропелер 2007 година.
56. Повишение общей ефективности мероприятий по укреплению здоровые и профилактики болезней ВОЗ/ЕВРО 1995 година.
57. Премахване на различията в здравето в Европейския съюз. Проект 2006-2007 година профил за България.
58. Саров Г. Социална политика за здравословен начин на живот 2006 година.
59. Стратегия за здравна промоция. Информационен бюлетин на СЗО 1990 година.
60. Състояние на здравето на гражданите през 2010 година и изпълнението на Националната здравна стратегия. Годишен доклад на МЗ 2011 година.
61. Тулевски Б., Н Василевски Подход и оценка на здравословните аспекти на начина на живот. Социална медицина 1995 година.
62. Тулчински, Т., Е. Варавикова. Ново обществено здравеопазване. Изд. „Лотос 23”, Варна, 2004, 804 с.
63. Цолова Г., Н. Василевски , П. Димитров, Политика, стратегии и реализация на програмата СИНДИ- България. Социална медицина, бр. 1, 2015 година.
64. Шипковенска Е. Сърдечно-съдов риск. Проблем с много неизвестни. Социална медицина 2004 година.
65. Шипковенска Е. Съвременни модели и концепции за промоция на здраве и профилактика на болести. Акад. изд. Тракийски университет, 2010 година.
66. "Attitudes of Europeans towards Tobacco". Special Eurobarometer 385. 2012
67. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases http://www.whglibdoc.who.int/publications/2009
68. Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases - sps.2012, 2016

69. Alvarez Dartet C., F. Bolumar, F. Garcia la detection precor de efermetades. Med. Clin. Barselona 1993
70. Alwan A. , T. Armstrong, M. Gowan et al Noncommunicable Diseases country profilis 2011 WHO Press 2012
71. Basic documents WHO. 1998
72. Baum F., D. Fry, I. Lennie. Community Health: Policy and Practice in Australia. Sydney, NSW, Pluto Press, 1992.
73. Bennett P., K.Calman Risk Communication and Public Health. Oxford: Oxford Univ Press, 1999.
74. Bergstrom S. Health for all by the year 2000 Br. Med. J. 1996
75. Breslow L. From Disease Prevention to Health Promotion, JAMA, March, 17 1999
76. Budapest Declaration on health promoting hospitals. WHO regional office for Europe, Copenhagen, 1991.
77. Dahigren G., M. Whiteehead. Policies and strategies to Promote Social Security in Health. Stokholm. Institute for Future studies 1991
78. Dahlgren G., Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.
79. Davies M., W. Macdowall (eds.). Health Promotion Theory, Open University Press, McGraw-Hill Educ, 2006.
80. De Backer et. al Cardiovascular diseases prevention in clinical practice. EUR. J. Cardiovascular Prevention Rehabilitation 2003
81. De Leeuw E., K. C. Tang, R. Beaglehole. (Editorial) Ottawa to Bangkok – Health promotion's journey from principles to "glocal" implementation. Health Promotion International, 21, 2007, S1, 1-3.
82. Dignan M., P.Carr. Program planning for health education and promotion. Lea & Febiger, Philadelphia, 1992, pp. 176.
83. Dowin R., C. Fyfe and A. Tannahill Health Promotion Models and Values 1998
84. Flethcer Rh.G. Fletcher, Fh Wagner - Clin. Epidemilogy the essentiale Baltimor 1992
85. Gaining health The Europian strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe 2006
86. Global Strategy for health all by the year 2000 Geneva WHO 1981
87. Global status report on noncommunicable diseases 2010 WHO 2011

88. Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva. WHO 1981
89. Global strategy for health Promotion - WHO 2006
90. Harrisson D. Social Determinants of Health implications for the health professions WHO 1998
91. Health Promotion in the 21 Century - Jakarta and Beyond WHO 1997
92. Health Promotion. International Jornal 1 may 1986
93. HEALTHY PEOPLE. 2010- http://www.southalabama.edu/
94. Hogarth J. Glosary of Health CareTerminology. Public Health in Europe WHO/EUR - 1978
95. http://ncphp.government.bg/files/unicef.swf
96. http://www.nsi.bg/otrasal.php
97. International Action on Cardiovascular Disease. Platform for succens.2005
98. Jackson S., F. Perkins, E. Khandoe et al. Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. Health Promotfn Int, 21, 2007, S1, 75-83.
99. Jensen B. Health Education in Holistic Perspective and Children's Concepts of Health. Forbes Publicattions 1991
100. Kahn Rl, Antanucci Fc. Convoys over life course: Attachment roles and social support New York: Academic Pres 1980
101. Kickbuch I. Thing Health - what haves the diffference. Health Promotion matters. VIC Health august 1997
102. Koelen M. A., A. W. Van den Ban. Health education and health promotion. Wageningen Academic Publishers, Wageningen, 2004, 285.
103. Kunreuther H. Risk analysis and risk management in an uncertain world, Risk Analysis, 22, 2002, 4, 655–664.
104. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document. Ottawa, Government of Canada, 1974.
105. Last J. et al A. dictionary of epidemiology New York Oxford University Pres 1983
106. Last J. Public health and human ecology. McGraw-Hill, New York, 1998, pp 464.
107. Lerer B.L. et al. Health for all: analysing health status and determinants word health statisal carterly. Vol. 1 1998

108. Marmot M., R. Wilkinson. Social Determinants of Health. 2nd ed. Oxford University Press, 2005.
109. McQueen D., M. Wismar, V. Lin, C.M. Jones, M.Davies (eds.). Intersectoral governance for Health in All Policies. Structures, actions and experiences. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, Copenhagen, Denmark, 2012.
110. Milio N. Making healthy public policy; developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies. Health Promot, **2**, 1988, 3, 263-274.
111. Moodil R., E. Borthwick General Practitioners and Health Promotion 1JHP 11 1998
112. National Public Health Partner ship (2005) Primary Prevention of Chronic Disease: a.f. ramework for action discussion paper (draft) Melbourne NPNP.
113. Noak H. Concept of health on health promotion: in Measurement Health Promotion and Protection. WHO. Regional Publication. Europian series 22 1987.
114. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Health Promot. Int, **13**, 1998, 4, 349-364.
115. PH-SEE. Public Health Strategies: A tool for Regional Development. H. J. Publishing Comp, 2005, 646
116. Prevention in Primary care. Recommendation for promoting good practice. WHO. Regional office for Europe. Copenhagen 1995
117. Promoting health and local Govermment HEA 1999
118. Promoting Prevention in primary care, guidelines WHO. ROE. Copenhagen 1994
119. Promoting schools through schools. WHO, Geneva. 1996.
120. Raeburn J. et al. Community capacity building and health promotion in a globalized world. Health Promotion International, **21**, 2007, S1, 84-90.
121. Resolution WHA 53.17 on Prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva. World Health Organization. 2000
122. Resolution on Prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva WHO 2000
123. Rogers E.M. Diffusion of preventive interventions. Addictive Behaviours, 27, 2002, 6, 989–993.
124. Rose G. Strategy for prevention: lessons from cardiovascular diseases. British Medical Journal 1981
125. Rose G. The Strategy of Preventive medicine. London 1995
126. SINDI HEALTH MONITOR 1996

127. Smith B.J., K.C. Tang, D. Nutbeam. WHO Health Promotion Glossary: new terms. Health Promotion International, **21**, 2006, 4, 341-345.

128. Solar O., A. Irwin. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). WHO, 2010.

129. Stachenko S. and M. Jenicek Prevention and Health Promotion Research implication for Community Health Progress 1990.

130. Stadliche Plan zur Pravention und Bekampfung der Chroniehen nicht ubertragbaren krankheiten 2013-2020

131. Ståhl T., M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen, K. Leppo (eds.). Health in all policies. Prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2006.

132. Stamber J. Epidemiologie Findings on body mass and blood pressuts in adults 1991.

133. Sundsvall Statement on upportive Environents for Health 1991. Sundsvall Regional office for Europe 2006

134. Tannahil A. Health Promotion - Policy into Action 1994

135. Tannahill A. What is health promotion? Health Education Journal, 44, 1985, 4, 167-168.

136. The 2007 ESPAD Report. Substance Lise Among Students in 35 European Countries Stockholm 2009

137. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries

138. The Catalonia Deklaration. Investing in Heart Healt. Catalonia. Spain.1995

139. The Europian strategy for the Prevention and control of Noncommunicabble 2006

140. The Osaca Declaration. Health. Economics and Politicae Action sterming the Global Tidol of Cardiovascular disease. Osaca Japan 2001

141. The Vienna Reccomendation on Health in Towns. Concil of Europe WHO stadt Wien 1988.

142. The European strategy for the Prevention and control of Noncommunicable Diseases WHO Regional office for Europe 2006

143. Thorogood M., Y. Coombes. Evaluating Health Promotion: Practice and Methods. Oxford, Oxford Univ Press, 2000.

144. Tones K. Ideology in health education HEJ vol 49 № 1 1990

145. Tones K., J. Green Health Promotion: Planning and Strategies. SAGE, 2004, pp 376.

146. US Surgeon General. US Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention: Healthy People. Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 1979.
147. WHO (Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy) and international Conference on Health Promotion. 1988 Adelaide
148. WHO European Health Care Reforms Analysis of Current strategies Summary. Copenhagen. WHO 1997
149. WHO Healt for all ser. №9 1984
150. WHO Healt for all the twenty - firtst century. WHO Geneva 1998
151. WHO Ottawa Chapes for Health Promotion. 1986
152. WHO. 2001. Inoviate Care of Chronic conditions.
153. WHO. Health in All Policies: Framework for Country Action, 2014, http://www.who.int/cardiovascular_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf?ua=1
154. WHO. Prevention of Cardiovascular Diseases guidelines for assessment and managment of cardiovascular risk. Geneva WHO. 2007
155. WHO. The Helsinki Statement on Health in All Policies. The 8th Global Conference on Health Promotion, Finland, 10-14 June, 2013, http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf?ua=1
156. World Health Organization Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care. Geneva: WHO, 1978.
157. World Health Organization. Adelaide Statement on Healthy Public Policy. Geneva, WHO, 1988.
158. World Health Organization. Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Geneva, WHO, 2005.
159. World Health Organization. Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives. WHO Regional Publications European Series, N92. Copenhagen, WHO, 2001. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/108934/E73455.pdf
160. World Health Organization. Sundsvall Statement on Creating Supportive Environments for Health. Geneva, WHO, 1991.
161. World Health Organization. The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Geneva, WHO, 1997.

162. World Health Organization. The Solid Facts: Social Determinants of Health. 2nd ed. Copenhagen, Denmark, 2003.