

**СБОРНИК ДОКЛАДИ
ОТ
ПЕТА ЮБИЛЕЙНА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ
„СЪВРЕМЕННИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА
ПРЕД ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“**

26 ноември 2021 г.

70 години

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца
към Медицински университет – София

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

РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ:

Проф. д-р Тихомира Златанова, дм

Проф. Павлинка Добрилова, дм

Проф. д-р Ралица Златанова-Великова, дм

Доц. Галя Янкова, дм



**СБОРНИК ДОКЛАДИ
ОТ
ПЕТА ЮБИЛЕЙНА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ
„СЪВРЕМЕННИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА
ПРЕД ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“
2021 г.
70 години
Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца
към Медицински университет – София**

РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ:

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

СБОРНИК ДОКЛАДИ ОТ ПЕТА ЮБИЛЕЙНА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ „СЪВРЕМЕННИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА
ПРЕД ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“, 26 ноември 2021, Враца, 2022

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

ISBN 978-619-7491-49-4

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

Печатни коли 18, формат 60 x 90/8

Медицински университет – София
Централна медицинска библиотека

1431 София, ул. "Св. Г. Софийски" № 1

СЪДЪРЖАНИЕ

ГОСТУВАЩИ АВТОРИ

<i>Г. Янев, М. Мицева, Т. Златанова, А. Янакиева.</i> Организационни и икономически аспекти на достъпа до специализирани здравни прегледи на територията на Република Северна Македония.....	5
<i>Ю. Сагирова, Н. Хина, Ал. Зуфиано, В. Капуто, Е. Карбоне, Л. Инегнанте, А. Анов.</i> Значението на информираното съгласие за помощта за пациента – изследване на случай	11

ДОКЛАДИ

<i>А. Димитрова, Д. Ванчукова.</i> COVID-19 – предизвикателство пред здравните системи в световен мащаб, изискващо не само медицински, но и социални решения.....	16
<i>Цв. Стоянова, Б. Симова, Т. Златанова.</i> Анализ на дейността в специализирана извънболнична медицинска помощ в условията на COVID-19	22
<i>Е. Радев, Р. Горанова-Спасова, Ж. Стайкова.</i> Децентрализацията в здравеопазването – основни тенденции	26
<i>Т. Златанова, Цв. Стоянова, А. Сергеева, Н. Попов.</i> Анализ на здравноосигурителните плащания в специализирана извънболнична медицинска помощ в условията на COVID-19.....	30
<i>Ив. Грозданов.</i> Мотивирането в управлението на социално-педагогическото заведение.....	33
<i>Ив. Грозданов.</i> Планиране и организиране като управленски функции	36
<i>Ив. Грозданов.</i> Стратегия за децентрализация в образованието	39
<i>Ив. Грозданов.</i> Контролът в управлението на социално-педагогическите институции.....	43
<i>Ив. Грозданов.</i> Същност и особености на социално-педагогическите институции	45
<i>Ив. Грозданов.</i> Управление на образованието и училищна администрация	48
<i>Ив. Грозданов.</i> Ролята и мястото на възпитателните училища в социално-педагогическите интернати	51
<i>Ал. Здравкова, Ж. Геренова.</i> Роля на физическата активност през менопаузата.....	54
<i>Е. Радев, Н. Градинарова.</i> Старееенето като обективна закономерност на еволюцията във фило- и онтогенезата	59
<i>Е. Владимирова, М. Борисова.</i> Информираниост на пациентите с онкологични заболявания относно хранителния режим	63
<i>Г. Георгиева.</i> Хранително-диетичният режим – фактор в комплексните грижи при пациентите на диализно лечение	69
<i>М. Борисова.</i> Здравна информираност при мъже с простатен карцином	75
<i>М. Лаловска.</i> Разработване и внедряване в практиката на модел за здравни грижи, адаптиран за домашни условия, при пациенти с преживян мозъчен инсулт.....	79
<i>М. Самунева-Желябова, К. Любомирова, Т. Кундуржиев.</i> Работа по график извън биологичния и обществения ритъм и нарушения в съня сред работещи в спешна помощ в България.....	84
<i>М. Самунева-Желябова, К. Любомирова.</i> Условия на труд и стрес сред работещи в администрация	90
<i>Н. Бонинска, М. Миладинова, Н. Крумова.</i> Необходими изисквания за безопасно и качествено провеждане на контрастни образни изследвания.....	95
<i>Т. Славкова.</i> Повишаване на качеството на здравните грижи – приоритет на съвременната медицинска сестра	99
<i>Св. Радева.</i> Управление на комуникационните канали в акушерската практика в условия на риск.....	103
<i>П. Аспарухова.</i> Концепции за съдържанието на понятието „духовност“ и „религия“.....	110
<i>Н. Градинарова, Р. Горанова-Спасова, Е. Радев.</i> Етични конфликти в медицинската практика – проучване на лекари и професионалисти по здравни грижи	113
<i>Л. Маринов.</i> Проучване и анализ на квалификацията на медицинската сестра и възможностите за участие в превенцията на артериалната хипертония.....	117
<i>М. Сълева.</i> Исторически аспекти в развитието на научноизследователската дейност на медицинските сестри и акушерките	123
<i>Цв. Джиганска, К. Стефанова.</i> Проучване нагласите на студентите за обучение по десмургия чрез видеофилми.....	131
<i>Г. Янкова, П. Добрилова.</i> Електронното обучение – предизвикателство за студентите по здравни грижи по време на пандемия	135
<i>П. Добрилова.</i> Био-психо-социален подход в превенцията и лечението на психични нарушения, отчитани в общата медицинска практика	141

Издателят не носи отговорност за изложените в публикациите авторски мнения и становища, както и за достоверността на представените от авторите данни.

Авторите запазват всички некомуерсиални права върху публикуваните си текстове.

CONTENTS

GUEST AUTORS

<i>G. Yanev, M. Mitseva, T. Zlatanova, A. Yanakieva.</i> Organizational and economic aspects of the availability of specialist examinations on the territory of Republic of North Macedonia.....	5
<i>Y. Sagirova, N. Hina, Al. Zuffiano, V. Caputo, E. Carbone, L. Insegnante, A. Anov.</i> On the significance of informed consent for patient's care – case study.....	11

DOCLADS

<i>A. Dimitrova, D. Vanchukova.</i> COVID-19 – a worldwide healthcare system challenge requiring a social medicine response.....	16
<i>Tsv. Stoyanova, B. Semova, T. Zlatanova.</i> Analysis of the activity in specialized outpatient medical care under the conditions of COVID-19.....	22
<i>E. Radev, R. Goranova-Spasova, Z. Staykova.</i> Decentralization in healthcare – main trends.....	26
<i>T. Zlatanova, Tsv. Stoyanova, A. Sergeeva, N. Popov.</i> Analysis of health insurance payments in specialized outpatient care under the conditions of COVID-19.....	30
<i>Iv. Grozdanov.</i> Motivation in the management of social pedagogical centers.....	33
<i>Iv. Grozdanov.</i> Planning and organization as managerial functions.....	36
<i>Iv. Grozdanov.</i> A Strategy For Decentralization In Education.....	39
<i>Iv. Grozdanov.</i> Control in the management of social pedagogical centers.....	43
<i>Iv. Grozdanov.</i> The nature and features of social pedagogical centers.....	45
<i>Iv. Grozdanov.</i> Management of education and school administration.....	48
<i>Iv. Grozdanov.</i> The role and place of educational schools in social pedagogical residential homes.....	51
<i>A. Zdravkova, J. Gerenova.</i> The role of physical activity during menopause.....	54
<i>E. Radev, N. Gradinarova.</i> Aging as an objective law of evolution in phylogeny and ontogenesis.....	59
<i>E. Vladimirova, M. Borisova.</i> Awareness of cancer patients about diet.....	63
<i>G. Georgieva.</i> Diet regimen as a part of the complex care in patients on dialysis treatment.....	69
<i>M. Borisova.</i> Health awareness in men with prostate cancer.....	75
<i>M. Lalovska.</i> Development and implementation of a health care model adapted for home settings in patients with a previous stroke in practice.....	79
<i>M. Samuneva-Zhelyabova, K. Lyubomirova, T. Kundurzhiev.</i> Work schedule outside of the biological and the social rhythm and sleep disorders among ambulance workers in Bulgaria.....	84
<i>M. Samuneva-Zhelyabova, K. Lyubomirova.</i> Working conditions and stress among workers in administration.....	90
<i>N. Boninska, M. Miladinova, N. Krumova.</i> Requirements for safe and quality conducting of contrast imaging studies.....	95
<i>T. Slavkova.</i> Improving the quality of healthcare – a priority for the modern nurse.....	99
<i>Sv. Radeva.</i> Management of communication channels in obstetric practice under the conditions of risk.....	103
<i>P. Asparuhova.</i> Concepts on the contents of the notions of spirituality and religion.....	110
<i>N. Gradinarova, R. Goranova-Spasova, E. Radev.</i> Ethical conflicts in medical practice – a study of physicians and health care professionals.....	113
<i>L. Marinov.</i> Study and analysis of the nurse qualification and opportunities to participate in the prevention of hypertension.....	117
<i>M. Saleva.</i> Historical aspects in the development of nursing and midwifery research.....	123
<i>Tsv. Dzhiganska, K. Stefanova.</i> Study of the attitudes of students to desmurgy training through videos.....	131
<i>G. Yankova, P. Dobrilova.</i> E-learning – a challenge for health care students during a pandemic.....	135
<i>P. Dobrilova.</i> Bio-psycho-social approach in the prevention and treatment of mental disorders reported in general medical practice.....	141

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

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

ORGANIZATIONAL AND ECONOMIC ASPECTS OF THE AVAILABILITY OF SPECIALIST EXAMINATIONS ON THE TERRITORY OF REPUBLIC OF NORTH MACEDONIA

G. Yanev¹, M. Mitseva², T. Zlatanova³, A. Yanakieva⁴

¹Faculty of Medical Sciences, Medical University Goce Delchev – Stip, North Macedonia

²Department of Gynecology and Obstetrics, General Hospital – Stip, North Macedonia

³Department of Health Economy, ⁴Department of Health Technology, Medical University – Sofia

ОРГАНИЗАЦИОННИ И ИКОНОМИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА ДОСТЪПА ДО СПЕЦИАЛИЗИРАНИ ЗДРАВНИ ПРЕГЛЕДИ НА ТЕРИТОРИЈАТА НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

Г. Јанев¹, М. Мицева², Т. Златанова³, А. Јанакиева⁴

¹Медицински факултет, Медицински универзитет "Гоце Делчев" – Шип, Северна Македонија

²Отделение по гинекологија и акушерство, Многопрофилна болница – Шип, Северна Македонија

³Катедра по здравна икономика, ⁴Катедра по здравни технологии, Медицински универзитет – Софија

Abstract. Access to specialized health examinations on the territory of North Macedonia consists of the following: access to specialists in certain specialties working for public health institutions and specialists employed in private health institutions, some of whom have a contract with the Health Insurance Fund (HIF), and others work only privately. Specialists who have an active contract with the HIF accept patients for examination with a referral from a family doctor. On the territory of North Macedonia, PHIs (private health care facilities) are included in the Health Cards Map, which determines, according to the number of inhabitants, the number of PHCs and the types of specialists. The purpose of this scientific article is to analyze the current availability of specialists by region according to the existing map of health facilities; the analysis period is 2019 to 2021. All regions were analyzed, and patients of different age groups, with different personal incomes, and populations from large cities as well as populations from rural areas were studied. The end result of this study is to form a realistic idea of the current availability of specialists in a given field and to assess and give recommendations to the Ministry of Health and the Health Insurance Fund on what global strategies to develop to increase access to appropriate specialists equally in all areas.

Key words: specialists, availability of examinations

Address for correspondence: Georgi Janev, PhD, e-mail: dr.gjorgi.janev@poliklinikaelimedika.mk

INTRODUCTION

In North Macedonia, the health care system consists of health care facilities that are divided into three levels:

- primary,
- secondary,
- tertiary level of health care.

The health care institutions in the Republic of North Macedonia (RNM) are divided into public health care institutions or private health care institu-

tions, all of which are organized in accordance with the Law on Health Care of RNM.

The institutions from the primary level include family doctors, which, in turn, are divided into three subcategories:

- Family doctor (general medicine, family medicine, pediatrics, school medicine),
- Family doctor (general dentist),
- Family doctor (obstetrician-gynecologist specialist).

Secondary level institutions are institutions that perform specialist-consulting activity in the given area. Secondary specialists can be part of PHI or PHI, individual specialist surgeries, within polyclinics, health centers, general hospitals and hospitals with extended activity.

Tertiary level institutions are health institutions that are at the level of clinics and institutes.

With the introduction of the institution “Elected or Family Doctor” in 1997, access to specialist examinations is provided by a referral from a family doctor to the appropriate specialists only at the secondary level. The referral of a patient from one specialist to another is regulated by an interspecialist referral; the access to the tertiary level of the clinics and institutes is regulated by a referral to a specialist in the given field; the referral from one clinic to another takes place by an interclinical referral issued by a tertiary level specialist.

The specialized institutions in RNM that are in PHI independently or within the polyclinics or general hospitals, can have an agreement with the HIF and can function only in private.

The specialist PHIs that have an agreement with the HIF receive a monthly fee, i.e., a budget that ranges from 1200 euro to 2300 euro per month.

All referrals that are scheduled are realized through “My appointment”, but it is paid as much as it is determined as a budget; the remaining amount is not paid and physicians are obliged to examine all patients.

PURPOSE

The purpose of this study is to analyze the current situation of specialists in PHI and PHI on the territory of RNM, namely in the South-East region and to analyze the availability of the relevant specialists in the above region within a time interval.

The aim is to obtain relevant data, which will be used to design a proper strategy for the availability of specialist examinations to the population of this region, to increase the level of quality of specialist examinations, to increase the level of health care of patients who need specialist examinations.

Tasks

- Analysis of the availability of specialists in the period 2016-2021;
- Analysis of the financing system of specialist surgeries that have an agreement with the HIF;
- Comparative analysis of the availability of specialists abroad and in our country;

- Analysis of the number of specialist contracts with HIF and specialist practice from PHI and PHI in the period 2016-2021;

- Analysis of the results obtained from the conducted survey for the period 2019-2021;

- Formulation of recommendations for raising the level of availability for the use of specialist examinations.

STUDY METHODOLOGY

- The object of analysis are specialist examinations and their availability, in terms of organization and availability for patients;

- The study is complex; the specific scientific tasks, the object, the units and the features of the study are related to the specificity of the study;

- First part: Insurance analysis of specialist examinations in the South-East region of RNM;

- Second part: Evaluation and analysis of the results obtained from the survey conducted among the population of the South-East region of RNM.

METHODS

The following methods were used:

- Documentary;
- Sociological-survey study;
- Statistical methods.

ANALYSIS

The first part

Table 1. Analysis of the access to specialist examinations by the relevant specialists in the South-East region of RNM

Year	State	Private	Total
2016	246	62	308
2017	242	68	310
2018	304	80	384
2019	298	84	382
2020	308	83	391
2021	304	90	394

The South-Eastern region of RNM has a population of 350,010, according to data available from the 2002 Census.

The region offers several types of PHI, as follows: one Clinical Hospital located in Stip, two general hospitals in Strumica and Kocani and one hospital with extended activity in Gevgelija.

In other settlements, health care takes place in polyclinics and Health Homes. In the South-Eastern region, there are PHIs that are polyclinics or individual specialist surgeries; some of them have concluded an agreement with the HIF, while others do not have an agreement, i.e., they work only in private.

According to the analysis, the situation in 2021 is as follows: The total availability to specialists in the South-East region is 394 specialists from different specialties.

In the period 2016-2021, an increase in the number of specialists in this region by 21.8% was found.

This growth is also noticed among the specialists who are in PHI and PHI health institutions.

In the period 2016 to 2020, the availability of specialist examinations increased, as follows (Table 2).

Second part

The survey was conducted on residents of the major cities of Strumica, Stip, Gevgelija and Kocani, as well as in smaller settlements and rural areas.

The survey was conducted on 3000 respondents, 2773 of whom correctly filled out the survey and were included in the analysis.

- Representation of respondents by gender:

Men	37.8%	Women	62.2%
-----	-------	-------	-------

- Representation by age

Age	18-30	31-40	41-50	51-60	over 60
Proportion	11.0%	16.6%	18.3%	30.2%	23.9%

- Representation by place of residence:

City	72.2%	Village	27.8%
------	-------	---------	-------

- Social status of the respondents:

Respondent status	Percent
Student	4.3%
Employee	44.8%
Unemployed	18.9%
Retiree	32%

- Representation according to the monthly income of the respondents:

Income in euro	Less than 300	300-500	500-800	More than 1000
Proportion	41.8%	18.9%	22.3%	17.0%

- Health status of the respondents (chronically ill/healthy)

Chronically ill	38.1%	Relatively healthy	61.9%
-----------------	-------	--------------------	-------

- Do you receive a referral from a family doctor?

Question	Answer
Yes, at my request	27.8%
On the doctor's recommendation	64%
I do not receive	8.2%

- How many referrals for specialist examinations do you receive per month?

Number of referrals per month	Percent
No specialist referral was used	3.7%
Less than 2	71.5%
3-5	14.9%
More than 5	9.9%

Table 2

Year	Working days per year	Medium number of examinations per day by a specialist	Total number of examinations for 1 year by a specialist	Total number of specialists in the region	Total number of realized examinations from all specialists from the region	Realized special examinations per capita in the region in one year
2016	244	12	2928	308	901,824	2.57
2017	243	12	2916	310	903,960	2.58
2018	245	13	3185	384	1,223,040	3.50
2019	241	18	4338	382	1,657,116	4.73
2020	244	22	5368	391	2,099,279	5.99

- Do you have information that referrals for specialist examinations to an appropriate specialist who has a contract with the HIF at your GP are limited?

Yes, I am informed	18.4%	No, I do not know	81.6%
--------------------	-------	-------------------	-------

- Do you have information that the issued referral for specialist examination is valid for 30 days from the date of issue?

Yes, I know	44.1%	No, I do not know	55.9%
-------------	-------	-------------------	-------

- Have you ever had a failed appointment to a specialist?

Yes	14%	No	86%
-----	-----	----	-----

City-village ratio of answers:

	Yes	No
City	12.4%	87.6%
Village	21.7%	78.3%

Here, I would like to emphasize that most of the respondents have given information that lately they are facing the problem of finding a means of transport, especially in the afternoon, for examinations with the relevant specialists.

- Have you informed your family doctor that you have not had the opportunity to realize the issued referral to the appropriate specialist?

I informed the family doctor	3%	No, I did not inform the family doctor	97%
------------------------------	----	--	-----

- Can you tell us the length of the period of realization a referral issued for the appropriate specialist until its realization, i.e., until the day of the examination by a specialist?

Period	Percent
Within the same day	21.7%
In 3 days	18.4%
In 5 days	16.3%
In 10 days	11.6%
More than 10 days	8.6%
Do you often use an emergency referral to a specialist	10.9%

- In your opinion, what is the reason why there is a long wait for a specialist examination?

Answers	Percent
Lack of a suitable specialist in the place where you live	23.3%
Completed schedule of appointments with a specialist	48.8%
A small number of free appointments that the specialist gives at the beginning of the month	22.6%
Other	5.3%

- What is your most common reason for requesting a referral for a specialist examination?

Acute health problem that requires consultation with an appropriate specialist	34.9%
Chronic disease control	10.4%
Prescription of chronic therapy due to the issuance of a recommendation for the it required by the HIF	31.5%
Preventive examination at your request	17.7%
Other	5.5%

- Do you agree to have a private examination by the appropriate specialist when they do not have free appointments or do not work with the HIF?

Yes, of course, health above all	24.8%
Only when there is no other choice	34.1%
Only for certain specialists	12.7%
No, there is no financial opportunity	25.5%
No, I will wait for an appointment	2.9%

DERIVATIONS

- The analysis of the current situation of specialists by settlements in the South-East region shows that in small places the access to specialists is as a number and as a difference from specialties at the expense of larger cities, where access to different specialists is higher. It can be concluded that in some small places there are more specialists than needed

and for this type of specialist there is a need in larger places. The inequality of the distribution of the given specialists is a problem that has been present in the south-western region of RNM for a long period of time.

- In the period 2016 to 2021, we found an increase in the number of specialists in the south-western period by 21.7%.

- In the period 2016-2020, the number of realized specialist examinations per capita increased by 43.55% compared to the number of realized examinations in 2016.

- According to the conducted survey among the inhabitants of the south-eastern region in RNM, the following results were obtained:

- 64.0% of the residents stated that they receive a referral from a family doctor for an appropriate specialist at the discretion of the doctor, 27.8% receive a referral to a specialist at the request of the patient;

- 71.5% of the respondents stated that on average 2 referrals per specialist per month are issued by the family doctor;

- 81.6% of the respondents are not informed that the number of referrals from the family doctor to the specialist is limited by the HIF;

- 55.9% of the respondents are not informed that a referral from a family doctor to a specialist has a duration of 30 days from the date of issue;

- Asked if the respondents have a case when a scheduled referral to a specialist was not realized due to non-appearance at a specialist examination, 81.6% stated that they always report to a specialist with a previously referred referral from a family doctor and an appointment 18, 4 give information that they have cases when they have not been called for an examination by a specialist after an appointment and a referral from a family doctor. It should be noted that the percentage of realized examinations by a specialist from abroad in the urban population is higher at the expense of the rural population. It should be emphasized that the smaller number of realized specialist examinations among the rural population is due to the difficult access to transport to the health institutions where the majority of specialists are stationed. The large number of evicted residents has drastically reduced the number of means of transportation that can provide residents from rural areas to health facilities. It is especially difficult not to say that it is totally impossible to have examinations with a specialist in the afternoon of the working day. Part of the specialists working hours are one week first shift and one week second shift according to schedule.

- Respondents were asked how long they wait for the realization of a referral to a specialist, 21.7% answered that they manage to get an appointment during the same day, 18.4% that they complete the examination within 3 days, 16.3% in 5 days from the issuance of the referral, 11.6% stated that up to 10 days from the date of issuance.

- The surveyed residents stated that they are waiting for a specialist examination due to the following reason: 48.8% – due to overcrowded appointments with a given specialist, 23.3% – due to lack of staff or lack of a specialist with the appropriate specialization, 22.6% stated that the problem is in the small number of topics that the specialists give in “My appointment” for the realization of specialist examinations.

- Most often, the inhabitants of the south-eastern region seek a referral for a specialist due to an acute health problem (34.9%), while 31.5% – due to a recommendation for chronic therapy control, 17.7% – for a preventive examination by a specialist, 10.4% – for secondary or control examination.

- Regarding the realization of a private examination with an appropriate specialist, the residents stated that 34.1% would undergo a private examination if urgent or necessary, 25.5% stated that they could not allow a private examination with an appropriate specialist, 24.8% agree to have a private examination with a specialist.

RECOMMENDATIONS

- From the conducted survey on the availability of specialists in the south-eastern region of the Republic of North Macedonia, we can determine the following recommendations to certain institutions:

- When limiting the number of issued referrals to a specialist, the following factors should be taken into account: the growth structure of the patients, the chronically ill patients;

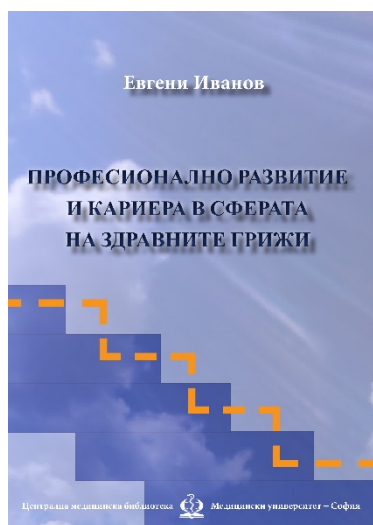
- Development of a financial strategy for changing the financing model of the Specialist Practices that work with the HIF;

- Optimization of the relationship family doctor–specialist in a given area, creation of a single database, i.e., electronic health file available to all stakeholders in the health system;

- Recommendation to the Ministry of Health of the Republic of North Macedonia, to review the current network of health institutions, i.e. to harmonize it with the current situation on the ground in order to develop a strategy for greater availability of specialists.

Bibliography

1. zdrastvo.org.mk
2. fzo.org.mk
3. Law on Health care of the Republic of North Macedonia
4. Law on Health Insurance of the Republic of North Macedonia
5. Komitov G, Genev P. Ensuring access for compulsorily insured persons in primary and specialized medical care in the aspects of management of practices and resource provision in outpatient care in the country for the period 2000-2006. Health Management, 2006, (6).
6. Zlatanova-Velikova R, Zlatanova T, Vodenicharova A et al. The Strategic Role of the General Practitioner in the Primary-Specialized Outpatient Care Relationship, Public Health in the Conditions of Crisis Yearbook of the PHC. Ed. Science and Society, MU – Sofia, 2015, 110-125.
7. Zlatanova T, Petrova-Gotova Ts, Komitov G et al. The problem with referrals for a specialist from the point of view of patients. Healthcare Management, 2008, 8 (4): 9-14.
8. Zlatanova T, Zlatanova-Velikova R. Primary outpatient medical care – problems and prospects. Didakta Consult Publishing House, 2008, 211.
9. Zlatanova T, Petrova-Gotova Tsv, Popov N et al. Economics of Healthcare. GorexPress Publishing House, 2017, 207-219.
10. Zlatanova R. Health monitoring in primary care. Health Management, 2004, 5, 38.
11. Dimova A et al. Health Systems in Transition, Bulgaria. Health System Analysis, 2018, 282.
12. Dimitrov G. Risks and Challenges in Reforming the Health System. VUZF Publishing House “St. Gregory the Theologian”, Sofia, 2018, 390.
13. Gotova Ts, Zlatanova T, Zlatanova-Velikova R et al. Public opinion regarding paid examinations by a specialist. General Medicine, 2008, 10 (2): 3-7.
14. Borisov V. Health reforms – difficulties and risks. Risk minimization, Health management with basics of health policy. Selected Lectures, Sofia, 2003, 168.
15. Borisov V, Vodenicharov Ts. Processes of integration and differentiation in the modern public healthcare. New public healthcare, Sofia, 1998, 1, 35-38.



ПРОФЕСИОНАЛНО РАЗВИТИЕ И КАРИЕРА В СФЕРАТА НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ

Евгени Господинов Иванов, българска, първо издание

Централна медицинска библиотека,
Медицински университет – София, 2021

В монографията е направен задълбочен анализ на стратегиите и политиките по отношение на обучението на професионалистите по здравни грижи и са изведени основните проблеми и насоките за успешното им развитие. От една страна, авторът отчита променените изисквания към здравни грижи, което налага гъвкаво и отговарящо на нуждите на световните пазари обучение,

гарантиращо създаването на конкурентноспособни професионалисти и от друга, отчитането и най-вече включването и разработването на психологическите и социалните аспекти в обучението. Анализирани са научни факти за условията и възможностите пред професионалистите по здравни грижи, свързани с тяхното обучение, кариерно развитие и реализация. Успехът на професионалното развитие на здравните специалисти е свързано с тяхното желание за непрекъснато обучение в създадените институции и организации, водещо до повишаване на тяхната професионалната квалификация, необходима за подобряване на качеството на услугите в здравните заведения.

Книгата не се разпространява от Централна медицинска библиотека, но е налична за ползване в библиотечния фонд. Вижте в електронния ни каталог.

ON THE SIGNIFICANCE OF INFORMED CONSENT FOR PATIENT'S CARE – CASE STUDY

Y. Sagirova¹, N. Hina¹, Al. Zuffiano¹, V. Caputo¹, E. Carbone¹, L. Insegnante¹, A. Anov²

¹Student of "Medicine" English language training, second year, at Medical University – Pleven

²Medical University – Pleven

ЗНАЧЕНИЕТО НА ИНФОРМИРАНОТО СЪГЛАСИЕ ЗА ПОМОЩТА ЗА ПАЦИЕНТА – ИЗСЛЕДВАНЕ НА СЛУЧАЙ

Ю. Сагирова¹, Н. Хина¹, Ал. Зуфиано¹, В. Капуто¹, Е. Карбоне¹, Л. Инегнанте¹, А. Анов²

¹Студент по „Медицина“, англоезично обучение, 2 курс

²Медицински университет –Плевен

Abstract. Regardless of the doctor's field of expertise, the physician should always act within the best interest of the patient. However, how can the doctor provide the best treatment for the patient, respect their decision and ensure their safety as well? Is it morally accepted and justified for the doctor to conceal some important information from the patient? These are some of the questions that the physician should answer with the help of the codes, regulations and instructions, suggested by the discipline of biomedical ethics. The aim of this paper is to analyse ethical aspects of informed consent provided to the patient with regards to the risks of medical procedure. Methodology: the case is analysed by applying an original four-step model for ethical analysis developed by the Medical University – Pleven, Bulgaria. In the current case study, an anxious patient was initially diagnosed with a respiratory disease, which required an open-lung biopsy for the confirmation. Due to the patient's refusal to undergo such procedure, a suitable alternative was suggested, to which the patient has agreed. The doctor did not disclose to the patient that a risk of perforating internal organs is possible. During the procedure, the spleen of the patient was perforated. In both events, the doctor decided to conceal such important information from the patient. However, is it appropriate and justified not to inform the patient? It was concluded that the duty of the doctor was to discuss all the possible risks that would come with the suggested procedure. The doctor had no right to hide the information regarding the patient's spleen being perforated. Under such circumstances, the doctor is suggested to acknowledge their mistakes, inform the patient about their spleen being perforated during the procedure, and provide a compensation to the patient.

Key words: informed consent, patient's care, providing information, doctor's duties, patient's rights

Address for correspondence: Yulia Rashidovna Sagirova, e-mail: ysagirova5@gmail.com, Atanas Anov, e-mail: atanas.anov@gmail.com

CLINICAL CASE DESCRIPTION

Mr. S, a 56-year-old male, consulted with the family physician due to respiratory problems. After X-rays revealed patchy infiltration of the lung, Mr. S was referred to a respiratory specialist, who determined that the condition was bilateral and recommended an open-lung biopsy, which Mr. S. refused to undergo.

After Mr. S's condition further deteriorated, he was referred to Dr. D, an internist specializing in re-

spiratory diseases. Dr. D observed that Mr. S was exceptionally anxious upon examination. The doctor's initial diagnosis was progressive pulmonary fibrosis of the interstitial pneumonitis type, probably involving fibrosing alveolitis. A biopsy was required to confirm this diagnosis, but Mr. S continued to refuse to undergo an open-lung biopsy.

Dr. D then suggested an alternative procedure, known as a trephine lung biopsy. This procedure was

inferior to the open-lung method, but in view of Mr. S's refusal to undergo the open-lung biopsy, it was an appropriate alternative. Dr. D explained to Mr. S that the procedure involved administering a local anaesthetic and then inserting a special needle into the lung while the patient sat on the edge of their bed. The physician also told the patient the needle would be attached to a drill. Dr. D then outlined the procedure's risks, advising Mr. S that the procedure was usually virtually painless, but did have two possible complications. Dr. D did not mention to Mr. S that the procedure also involved risk of perforating the spleen or the liver, an uncommon risk but not as uncommon as death. Apparently Dr. D was not aware of this risk.

Mr. S consented in writing to the trephine biopsy procedure. Prior to the procedure, Mr. S was anxious, apprehensive, and nervous. He told Dr. D he could not afford to die. He was given atropine and sedated with normal and accepted doses of morphine. Once Mr. S had been sedated, Dr. D gave him instructions and demonstrated the equipment to him. After a local anaesthetic was administered, the operation began.

At a critical juncture, Mr. S was directed to hold his breath. Instead, Mr. S winced and moved, causing his spleen to be perforated. Dr. D told Mr. S that the required tissue sample had not been obtained, but did not yet disclose that the spleen had been perforated. When Mr. S asked Dr. D what he had obtained from the biopsy, he answered 'something else'. It soon became painfully obvious that Mr. S's spleen had ruptured and had to be surgically removed [1].

ETHICAL ANALYSIS

Determination of the moral problem:

Throughout the case study, a number of problems have been considered, some of which are as follows:

1. Whether the doctor has the right not to disclose all the possible risks and complications of the trephine lung biopsy to the patient, Mr S?
2. Whether the doctor has the right to give sedative medicine to the patient instead of the administration of the local anaesthesia, which was initially planned for the procedure?
3. Whether the doctor has the right to give instructions to a patient regarding the medical procedure after the patient has been sedated?
4. Whether the doctor has the right not to disclose information to the patient that their spleen has been perforated during the diagnostic procedure?

Among all of the mentioned problems, the forth problem has been chosen as the main moral problem of the current ethical case analysis.

Description of relevant facts:

Medical Information

The patient is 56 y.o., male; with respiratory problems, X-ray shows patchy infiltration, bilateral condition (condition affecting both sides of the lungs), upon further diagnosis – progressive pulmonary fibrosis of the interstitial pneumonitis type (lifelong lung disease), possibly with an addition of fibrosis alveolitis (interstitial lung disease); suggested open-lung biopsy (procedure to make a cut/incision between the ribs and remove a sample of lung tissue), which was replaced by trephine lung biopsy (an alternative procedure to the open lung biopsy, less painful for the patient, requiring only local anaesthesia); the patient shows a very anxious behaviour throughout the whole consultation.

Patient's Values:

In this case, the patient's anxiety, apprehensive and nervous behaviour prevented him from accepting the suggested diagnostic procedure, which resulted in him refusing the diagnostic procedure of the lungs (open lung biopsy) two times.

The patient's religious values and beliefs are not mentioned. In addition, the patient's cultural background is also not mentioned.

Organisational Dimension:

Our arguments in the ethical discussion are based on the principlism basic principles and the following ethical documents listed below.

According to the European Charter of Patient's Rights [2], the patient has the right to access the information (the patient has the right to get the information regarding their condition, regarding the treatment suggested by the physician, and access information regarding all possible complications that could be caused due to surgical intervention or other form of treatment), unless when the information can be harmful to their life or health (the patient is exceptionally anxious and scared of the risks of the procedure that could lead to death).

Patient has the right to highest attainable standard of mental and physical health. Knowing that the patient is anxious and nervous regarding the procedure, the patient was suggested with a suitable alternative that would bring them less traumatising experience and preserve their mental health.

According to the Declaration of Lisbon [3], the patient has the right to accept or to refuse treatment after receiving adequate information. The patient can accept or refuse the suggested alternative treatment if they know all possible complications of the procedure.

In addition, the patient has the right to self-determination. The patient has the right to the information necessary for them to make their decisions.

The patient has the right to information; however, the information can be withheld from the patient when there is a good reason to believe that this information would create a serious hazard to their life or health. The patient was extremely anxious; the mental state of the patient could be affected.

According to the European Charter of Patients' rights, the patient has the following rights:

- right to preventive measures (Mr. S has the right to receive a proper medical service in order to prevent illness);

- right to information (patient has the right to access all information regarding the possible complications before the procedure takes place).

- right to consent (Mr. S has the right to access all information that might enable him to actively participate in the decisions regarding his health);

- right to free choice (Mr. S has the right to freely choose from among different treatment procedures and providers on the basis of adequate information);

- right to safety (Mr. S has the right to be free from harm caused by the poor functioning of health services, in particular to be free from the non-mentioned complication of the procedure, such as a perforation of the spleen; he also has the right of access to health services and treatments that meet high safety standards);

- right to avoid unnecessary suffering and pain (the patient from the current case has the right to avoid as much suffering and pain as possible, in particular – the perforated spleen, which was ruptured during the procedure, has to be removed in order to relieve the patient from the possible pain and other following complications);

- right to complain (Mr. S has the right to complain regarding his spleen being perforated during the diagnostic procedure as well as to receive an urgent follow-up operation for the removal of the perforated spleen);

- right to compensation (Mr. S has the right to receive sufficient compensation within a short period

of time after his spleen being perforated during the diagnostic procedure, which has resulted in bringing him not only physical and moral harm, but also exacerbating the psychological harm caused by a health service treatment).

ETHICAL DISCUSSION

Respect for Autonomy

The patient from the case is autonomous. He is 56 y.o., conscious, has no history of mental disorders. The patient autonomously decided to ask for the opinion of at least two physicians (respiratory specialists). Since the patient is autonomous, he has the right to receive the information, which should be truthful, adequate, given at the right time and in appropriate style and language, as well as being full, in particular, showing all the possible advantages and risks or complications of the proposed alternative treatment (Right to the information – from European's Charter of Patient Rights; Right to self-determination – from WMA declaration). This information is necessary for forming his informed decision and expressing a valid informed consent. According to the case-study, the doctor failed to provide all the necessary information about the risks and complications regarding the procedure. This places the validity of the informed consent under question. To respect the patient's autonomy, the doctor needs to provide all the information to the patient, including that Mr. S's spleen was perforated during the diagnostic procedure. In addition, the doctor failed to obtain the required specimen for the biopsy, which prevented them from confirming the correct diagnosis of the patient.

Therefore, in relation to the moral problem of the case – the physician had no right conceal the information regarding Mr. S's spleen being perforated.

Beneficence and Non-maleficence

Medical good/harm:

The decision to not disclose the information regarding all possible complications of the procedure (the perforation of the organs, such as liver or spleen) allowed the physician to keep the patient more stable during the procedure and to make him feel less worried about the diagnostic procedure. According to WMA declaration of the right of the patient and European Charter of Patients' rights, information may be withheld from the patient when there is good reason to believe that this information would create a serious hazard to their life or health.

However, due to the lack of the information regarding some of the possible risks, Mr. S was less conscious and less thoughtful about the movement of his body. In addition, Dr. D has decided to administer sedative medicine (instead of the local anaesthesia) and started giving instructions to the patient in a sedative state. These actions have resulted in Mr. S moving during the procedure, which caused the doctor to unintentionally perforate the spleen. From perspective this means that additional medical procedures must be performed, i.e. another operation for removal of the spleen.

Therefore, in relation to the moral problem: No, the physician did not have the right not to disclose the information about the patient's spleen being perforated.

Social good/harm:

By not letting Mr. S know about all the possible risks of the procedure, Mr. S was convinced enough to consent in writing form to the trephine biopsy procedure. By agreeing to the procedure, Mr. S could potentially improve his current condition of the health, which could result in him taking a better care of his close family, presuming that this patient has close family and relatives (wife, children, elderly parents).

On the other hand, by not disclosing the information regarding the possibility of the perforation of the spleen, the patient has been less thoughtful regarding the procedure. At the end, the spleen of the patient had been perforated. This then will require the spleen of the patient to be surgically removed in the near future. Presuming that Mr. S has a family (wife, children, and elderly parents), the possibility of taking care of his family might be affected, causing an additional distress not only to Mr. S, but also to his family. Possibly, the absence of the patient from his place of work would have to be justified and fulfilled by working extra hours in the future.

According to these arguments, the solution of the moral problem is that the physician had no right to not inform the patient about the fact that his spleen was perforated.

Societal good/harm:

The limited information had been provided regarding the background of the patient. Therefore, we cannot justify the possible societal good in relation to the current case. However, we can only presume how the decision of the Dr. D to not disclose the risk of the spleen being perforated during the procedure

will bring the societal harm to Mr. S. Assuming that the spleen of Mr. S will be removed, the possible postoperative complications will include the need to extra medical care; extra medications to be received; financial complications (extra expenses for medical care, nursing, extended hospitalisation period). Given the fact that the health care systems have limited resources it would be beneficial if extra health care expenses for a single patients could be avoided and be distributed among other patients.

In relation to the moral problem, physician had no right to not disclose the information regarding the fact that the spleen was perforated.

Justice

The physician has a legal and ethical obligation to disclose all possible risks and complications about the procedure that the patient is about to undergo. Since the decision of the physician to not disclose some of the risks of the diagnostic procedure is a violation of basic patient's rights (i.e., the right to information), the informed consent could be challenged. In particular, it could be challenged due to the fact that the adequate and essential information has not being revealed to the patient, which makes it difficult for the patient to take a proper and knowledgeable decision.

According to the justice principle, the doctor has the duty to enforce the patient's rights, i.e., the right to compensation. This means that the doctor or the hospital where the operation took place must compensate the patient for the harms done by the doctor.

Therefore, the solution of the moral problem is that the physician had no right to not disclose the information regarding the patient's spleen being perforated.

ETHICAL DECISION-MAKING

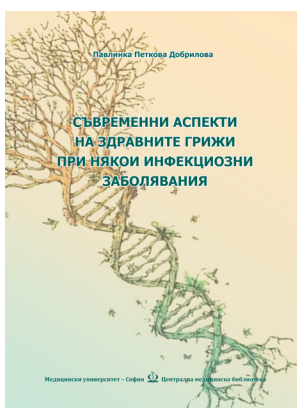
Regarding the discussed case, our advice is as follows:

The physician's actions have led to the complications and the negative outcomes for Mr. S. Dr. D has to be truthful to their patient and has to explain to the patient that they failed to disclose all the possible risks that are coming with the procedure. The physician is also required to state that they failed to obtain the needed specimen as well as to state the fact that the spleen of Mr. S has been perforated. Following this, the doctor should take responsibilities for their

actions. The physician has to provide an additional urgent operation to remove the perforated spleen of the patient, in order to avoid any further physical and psychological complications for Mr. S. The medical institution, where the operation took place, also has to provide the compensation to the patient for the actions taken by the doctor from the hospital.

Bibliography

1. UNESCO, Casebook on Human Dignity and Human Rights, Bioethics Core Curriculum Casebook Series, UNESCO: Paris, 2011, (1), 144.
2. European charter of patients' rights. basis document*. Rome, November 2002, URL: https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf
3. WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient. Adopted by the 34th World Medical Assembly, Lisbon, Portugal, September/October 1981 and amended by the 47th WMA General Assembly, Bali, Indonesia, September 1995 and editorially revised by the 171st WMA Council Session, Santiago, Chile, October 2005 and reaffirmed by the 200th WMA Council Session, Oslo, Norway, April 2015. URL: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/>



СЪВРЕМЕННИ АСПЕКТИ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ НЯКОИ ИНФЕКЦИОЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

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

В монографията всеобхватно и компетентно са изложени основните параметри на инфекциозните болести и тяхното медико-социално значение. Задълбочено е представена организацията на здравните грижи при пациенти с инфекциозни заболявания, като е подчертана ролята на медицинската сестра в процеса на обгрижване на тези болни. Анализирани са научните факти относно профилактиката и контрола на някои инфекциозни заболявания, свързани със здравните грижи. Медицинската сестра има важна роля и специална отговорност за поддържане на добри практики при тези заболявания. В хода на изложението е заложено на тезата, че добрата сестринска грижа е от стратегическо значение и допринася за подобряване на профилактиката, лечението и мониторирането на инфекциозните заболявания. Монографията е много добре структурирана, като изпълнява задачата да интегрира теоретичните и практическите знания по грижите за болния и сестринската техника. Подчертаното ѝ практическо значение я прави подходяща както за студенти от специалностите „Медицинска сестра“, „Акушерка“ и „Лекарски асистент“ на професионално направление „Здравни грижи“, така и за практикуващите професионалисти по здравни грижи във всички области на инфектологията.

Книгата не се разпространява от Централна медицинска библиотека, но е налична за ползване в библиотечния фонд. Вижте в електронния ни каталог.

**COVID-19 – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО ПРЕД ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ В СВЕТОВЕН
МАЩАБ, ИЗИСКВАЩО НЕ САМО МЕДИЦИНСКИ, НО И СОЦИАЛНИ РЕШЕНИЯ**

А. Димитрова, Д. Ванчукова

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

**COVID-19 – A WORLDWIDE HEALTHCARE SYSTEM CHALLENGE REQUIRING A
SOCIAL MEDICINE RESPONSE**

A. Dimitrova, D. Vanchukova

Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, MU – Sofia

Abstract. COVID-19 is an inherently social disease, with exposure, illness, care, and outcomes stratified along familiar social and economic lines. While socialization is a risk factor for the spread of the SARS-CoV-2, health protection measures such as isolation and lockdown further aggravated the "social" burden of COVID-19. Diseases with social impact require a management approach based on social medicine, integrating health, social and economic responses. Most determinants of health are social by nature and the most effective public health interventions to tackle them frequently require a social component in their design and implementation. However, interventions from public health and clinical medicine have focused primarily on the scale-up of technical and biomedical solutions that fail to address the social contexts driving its distribution and burden. Fused with a moment of reckoning with racial injustice and economic inequality across the world, these disparities charge policy leaders to develop, study, and share a response grounded in social medicine. As a yardstick for formulating, evaluating, and implementing health policy and care delivery, social medicine recommends at least three things: integrating health, social, and economic responses; bringing care to the points of greatest need; and focusing on broad equity-driven reforms in the pandemic's wake. With these tools, COVID-19 presents us with an opportunity to address the inequities that the disease highlights, exploits, and may otherwise entrench. The aim of the report is to present the social aspect of the disease and to explain how important is the application of social medicine in the current COVID-19 pandemic.

Key words: social medicine, COVID-19, health equity, health disparities, global health

Адрес за кореспонденция: Анелия Ангелова Димитрова, e-mail: a.dimitrova@filialvratsa.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Aneliya Angelova Dimitrova, e-mail: a.dimitrova@filialvratsa.mu-sofia.bg

Пневмония с неизвестен произход, идентифицирана по-късно като коронавирус (COVID-19), е установена за първи път в Ухан, Китай, през декември 2019 г. В рамките на няколко месеца болестта бързо се разпространи в световен мащаб и беше обявена за пандемия от Световната здравна организация (СЗО). Тази зооноза се причинява от нов коронавирус, сега вече известен като тежък остър респираторен синдром коронавирус 2 (SARS-CoV-2) (Макензи и Смит, 2020). Изглежда, че SARS-CoV-2 следва същия дихате-

лен път като другите коронавируси, причиняващи синдром на остър респираторен дистрес и дори полиорганна недостатъчност при високорискови групи като възрастни хора и такива с хронични заболявания като захарен диабет тип 2 и хипертония (Макензи и Смит, 2020). За година и половина вирусът непрекъснато търпи развитие, като различните му мутации обхващат все по-голям спектър от възрастови групи и различна клинична картина на протичане. Към момента в световен мащаб заразените с COVID-19 са близо 200

милиона, в 252 държави и територии, като броят на загиналите е над 4 милиона (Университет "Джон Хопкинс", 2021). За да ограничат разпространението на вируса, повечето страни използват мерки, като затваряне на хората въщи, редуциране на пътуванията, затваряне на граници и широки забрани за събиране и извършване на търговски дейности, което от своя страна изведе на преден план социалния елемент на болестта. Настоящият доклад цели да разгледа именно социалния аспект на пандемията, както и как социалната медицина може да отговори и да даде решение на това предизвикателство в световен мащаб.

COVID-19 е не само медицинско, но и социално заболяване именно поради широко разпространената му дифузия сред населението, сериозната вреда, която причинява на засегнатите пациенти, и въздействието му върху икономиката и социалния живот на обременените страни. Докато социализацията е рисков фактор за разпространението на вируса, мерките за защита на здравето като изолация и заключване допълнително влошиха социалната тежест на COVID-19. Въпреки това интервенциите в общественото здраве и клиничната медицина продължават да се фокусират предимно върху разширяването на техническите и биомедицинските решения за справяне с болестта, които не успяват напълно да отговорят на социалния контекст, движещ разпределението на вируса, и тежестта върху отделните здравни системи. Разпространението на вируса в комбинация с расова несправедливост, организиране на протести и икономическо неравенство, които наблюдаваме по целия свят, налага на политическите лидери да търсят, изследват и споделят решения в отговор на болестта, които се основават на социалната медицина. Болестите със социално въздействие изискват подход на управление, интегриращ здравни, социални и икономически реакции, предоставяне на медицински грижи на най-нуждаещите се и съсредоточаване върху широкообхватни реформи след пандемията, основаващи се на равенство между хората. Чрез инструментите на социалната политика COVID-19 ни предоставя възможност да се справим с неравенствата, които болестта още повече подчерта и изостри през последната година и половина.

Като неформална харта на социалната медицина обикновено се приема цитатът на известния

лекар-антрополог Рудолф Вирхов: „Медицината е социална наука, а политиката не е нищо повече от медицина в голям мащаб“ (Аштън, 2006). Има няколко момента в съвременната история, когато думите на Вирхов звучат напълно уместно и ги виждаме на практика в действията на здравни работници, съседи и общности, които се грижат за засегнатите от COVID-19 пациенти. Има доказателства, че niskият социално-икономически статус е силно свързан с по-високи нива както на заболяемост, така и на смъртност, в резултат на COVID-19 (Хокинс и др., 2020). По-специално условията на настаняване, пренаселеността и други аспекти, които възпрепятстват социалното дистанциране, могат значително да повлияят на риска от предаване на COVID-19. Освен това хората с по-нисък социално-икономически статус са по-склонни да разчитат на обществен транспорт, за да стигнат до работното си място или до друго място, като по този начин увеличават риска от заразяване с COVID-19 чрез личен контакт. Социално-икономическият статус влияе също върху средата на живот, хранителните навици, професионалния статус и достъпа до здравни услуги, като в крайна сметка оказва влияние върху здравето. Повечето детерминанти на здравето са социални по своята същност и най-ефективните интервенции за обществено здраве за справяне с тях често изискват социален компонент при тяхното проектиране и изпълнение. Именно тук намираме широк резонанс на идеята, че здравето и социалният живот са неразривно свързани и здравеопазването и социалните грижи трябва да вървят ръка за ръка (Бейкър, 2020; Чери, 2020; Харди и Лоуган, 2020).

И все пак ще е необходим далеч по-широк, по-интегриран и институционализиран отговор, за да се компенсират вълните на страдание, които дойдоха, както и многото други, които може би предстоят. COVID-19 предизвиква общностите и техните здравни лидери да търсят, изследват и споделят решения за справяне с пандемията, основани на социалната медицина: решение за справяне с една криза, в основата на която трябва да влизат опитът и експертизата на пациенти, семейства, здравни работници и учени, ангажирани не само с медицинските, но и със социалните и икономическите измерения на болестта.

Социалната медицина включва познаване и разбиране на здравето и осигуряване на здравни

грижи около разбирането за дълбока социалност (Троут, 2018). Трябва да се съгласим, че по-голямата част от определящите здравео фактори имат социален характер и че интервенциите с най-висок принос често са социални по начина на своето разработване, изпълнение, цели и резултати (Каспър, 2016). В този смисъл социалната медицина дава израз на практическото приложение на една дълга научна традиция, която описва здравните и социалните неравенства като свързани явления и насърчава действия, които да обхващат и двете области (Троут и Уекслър, 2020). Както казва Джон А. Райл, „социалната медицина разширява интереса и променя акцентите на общественото здраве, както социалната патология разширява интереса и променя акцентите на по-ранните епидемиологични изследвания“. По-конкретно казано, социалната медицина обединява клиничната картина с обществеността и обхваща организирането на последващи грижи и пренастройката на живота на хора и семейства, разрушени от дадена болест. Едно от най-големите предизвикателства на нашето време е именно да обединим своите местни, национални и глобални пандемични реакции в рамките на социалната медицина. Когато търсим медицинско решение за лекуване на болестта, трябва внимателно да преценим и съществуващите неравенства, влошени по време на пандемията, както и аспекти като достъп до храна, образование и психо-социална подкрепа.

COVID-19 – социална болест

Първоначалното представяне на COVID-19 от журналисти, известни личности и дори няколко експерти по общественото здраве се позоваваше на идеята за „убиец с равни възможности“ (Блоу, 2020). Разрушаването на този образ обаче не закъсня. Стана ясно, че тази болест, както почти всяка друга, търси и използва слабите нишки на съвременните социални системи, разглеждайки възникването, протичането на болестта, предоставените медицински грижи и последиците от заболяването през призмата на добре познатите ни социални и икономически аспекти (Ван Дорн, 2020). Вече в много държави по света са добре документирани различията в смъртността при COVID-19, като ясно започват да се очертават връзките между тежестта на огнищата и социалното и икономическото неравенство (Харди и Лоуган, 2020). На много места по света забелязваме не само абдикация от глобално лидерство

в предоставянето на грижи и помощ, но и огледания ефект от живота, който колективно създадохме през последните десетилетия. Откриваме, че бедните и маргинализираните са тези, които са изложени на най-голям риск от заразяване с COVID-19; хронично болните, които преживяват най-лошата версия на болестта, и неосигурените, които страдат у дома поради липса на достъп до грижи (Уилямс и Купър, 2020).

COVID-19 определено е социална болест. В най-прекия смисъл, инфекциите се разпространяват чрез социалните мрежи: т.е. в рамките на семействата, чрез общностите и сред мрежите за глобална търговия (Фармър, 2004). Но социално-общественото значение на болестта е много по-голямо. Способността за социална дистанция е социално предопределена, например от дадена икономическа позиция, жилищна уредба, трудова заетост, съдимост и други подобни фактори. Препоръките за общественото здраве предполагат равен достъп до права и ресурси, но за съжаление, някои групи имат повече права и ресурси от други. Информацията за болестта, вярна или невярна, се движи чрез социални и политически мрежи, оформяйки един свят на различен достъп до научни знания и различно спазване на препоръките за общественото здраве (Симонов и др., 2020). И накрая, разпределението на ресурси отразява развитието на различни социални системи, като започнем от това какви са приоритетите в едно семейство и преминаем до това как защитното оборудване срещу вируса, диагностиката, терапията и ваксините се разпределят между населени места, държави и нации (Еманюел и др., 2020).

От гледна точка на социалната медицина ние вече знаем, или поне можем да предположим много за COVID-19. Разглеждайки исторически аналози (епидемиите в Европа от началото на XX век; опустошенията на войните и други), можем да заключим, че след обвиненията за разпространение на вируса, ще достигнем до момент на преоценка на националните и глобалните приоритети (Ман, 2020). В първите месеци на пандемията бяхме свидетели на опити за десоциализиране на значението на това заболяване, позовавайки се на теории за генетично предразположение, морална вина и индивидуална свобода на действие (Джоунс, 2009). По същата логика някои хора надценяват реалната ефективност на технологични решения като ваксини и терапевтични средства,

както и липсата на екипни усилия за осигуряване на социални грижи (Джоунс, 2020). И накрая, свидетели сме на все по-ожесточени битки за разпределението на ресурси, които се считат за твърде малко, за да облекчат физическите, икономическите и социалните страдания, причинени от пандемията (Робъртс и Майо, 2019).

Но освен социална болест, COVID-19 е също така уникално и историческо събитие, точно както редица значими исторически социални и икономически събития, които са определили живота ни в глобален мащаб. Тази пандемия представлява криза с особена сила, за справянето с която е от изключителна необходимост да сме готови на ниво нация и на ниво свят да възприемем различни идеи за това как можем да се справим. Социалната медицина предлага смислени отговори в тази връзка. Тя изследва именно социалните детерминанти на здравето и болестите, вместо да ги третира просто като предистория на биомедицинските явления. Съвременната социална медицина е от решаващо значение за разбирането и предотвратяването на болести, подобряването на здравните условия на живот сред населението и ефективността на здравните системи.

COVID-19 ИЗИСКВА СОЦИАЛНИ РЕШЕНИЯ

Социалните заболявания изискват социални средства. Като критерий за формулиране, оценка и прилагане на здравна политика и предоставяне на грижи социалната медицина препоръчва поне три неща: интегриране на здравни, социални и икономически реакции; предоставяне на медицински грижи на най-нуждаещите се и съсредоточаване върху широкообхватни реформи, основаващи се на равенство след пандемията.

ИНТЕГРИРАНЕ НА ЗДРАВНА, СОЦИАЛНА И ИКОНОМИЧЕСКА ПОЛИТИКА

Социалната медицина се основава на концепцията за здраве, която обединява социални, икономически и биологични елементи. Точно както здравето винаги е продукт на сливането на тези елементи, медицинската грижа трябва да бъде осигурена чрез разбиране на тяхното основно единство. Това не е нова перспектива, тъй като Световната здравна организация посочва връзка-

та между тези двигатели на здравето и отговорността на всяка държава за осигуряване на медицински грижи в своята конституция преди повече от 70 години (уебсайт на Световна здравна организация, 2021). Предизвикателството, както винаги, е изпълнението.

В контекста на пандемията COVID-19 това означава, че трябва да сме наясно с обхвата на медицинските грижи, необходими за справяне с вируса, като отчитаме всички здравни, социални и икономически въздействия. Докато разработването на ефективни антивирусни средства и ваксини е повече от съществено, трябва също така непрекъснато да се създават и актуализират и облекчения за справяне със социалните последици от болестта. Такива облекчения включват бързи, целенасочени и трайни промени в условията по изплащане на кредити, осигуряване при безработица и здравно осигуряване, създаване на програми за работа, регламентиране на условията за ползване на отпуски по болест и при обявяване на извънредно положение, промени в паричната и фискалната политика на дадена държава и други подобни. Такива политики се създават, за да служат основно на хората с най-голям риск за лош изход от самата болест и нейните икономически и социални последици, но в крайна сметка всеки човек, семейство и общност ще спечелят много, когато разпространението и въздействието на пандемията се ограничава.

Сега е времето за социални интервенции в различните общности по света. Наред с медицинските грижи, това означава да се обърне внимание на социалните детерминанти на здравето в клинични условия, както и на социалните договорености, регулиращи разпределението на тези детерминанти, на политическо ниво. Това включва въвеждане на тестване и грижи в достъпни здравни заведения, осигуряване на финансова и логистична подкрепа на болногледачи и улесняване на ефективния трансфер на информация в здравния и социалния сектор. Нациите с изградена инфраструктура и политическа воля за прилагане и поддържане на такъв интегриран отговор (като Япония, Ирландия, Франция и др.) ни предоставиха ранни сигнали, че комбинирането на социалните и медицинските грижи е от ключово значение за излизането от тази пандемия не само физически, но и икономически и социално по-здрави (Колберт, 2020).

ПРЕДОСТАВЯНЕ НА МЕДИЦИНСКИ ГРИЖИ НА НАЙ-НУЖДАЕЩИТЕ СЕ

Социалната медицина означава предоставяне на грижи според нуждите, което в някои общности (като в Америка например), има коригиращ и преференциален вариант за бедните, маргинализираните и тези, които нямат достъп до медицински грижи. Основно предизвикателство през следващите месеци и години ще бъде именно разпределянето на общественото здравеопазване, на медицинските, социалните и икономическите ресурси на хората, семействата и общностите в най-голяма нужда чрез академични изследвания, неправителствени организации и правителствата, които играят съществени роли. Погледнато в исторически аспект и през призмата на силното присъствие на икономически и политически фактори в различни точки на света, се предполага, че това ще бъде трудна битка. Но като се има предвид естеството на инфекциозните болести, когато един единствен нелекуван случай рискува здравето на всички, COVID-19 се превръща в колективна битка с морални, икономически и физически измерения.

В контекста на глобален недостиг не само на природни, но и на човешки ресурси, пандемията изисква да направим колективна равностметка и да ги използваме по възможно най-добрия начин при следваща вълна. Това предполага осигуряване и отлична логистика за разпространение на лични предпазни средства и осигуряване на медицински специалисти във високорискови и силно засегнати общности. По време на първите вълни на COVID-19 в България бяхме свидетели на липса както на средства, така и на специалисти. Същата дезорганизация забелязахме и при разпространението на ваксини и организацията на ваксинационния процес, което породило несигурност и страхове в обществото. Към момента все още липсват ясно работещи социални програми, които преференциално да обслужват бедните, и здравни програми, които преференциално да обслужват вече болните (все още в здравната ни система липсват клинични пътеки за лечение на заболявания, възникнали в резултат на COVID-19). Не на последно място, вкарването на социален елемент в медицината означава и преосмисляне на самото лечение и ролята на участниците в процеса: тоест осигуряване на обучения и финансова подкрепа за медицинския персонал – лекари, сестри, болногледачи и др.,

както и преценка на това как ние като общество се грижим за здравните работници и реагираме на моралните измерения на грижите, които те посвещават, а в някои случаи дори жертват живота си, за да спасят пациент.

ФОКУСИРАНЕ ВЪРХУ РАВЕНСТВОТО В РАЗГАРА НА ПАНДЕМИЯТА

Пандемията неизбежно променя обществата. Точно колко COVID-19 реструктурира живота в отделните общества е въпрос, който все още е много неясен и е обект на бъдещи изследвания. Пандемията обаче ни даде възможност да коригираме неравенствата, които самата болест още по-силно подчерта и експлоатира. Това е ключов момент, шанс да се създаде един по-съвършен съюз в отделните общества и да се постави нова основа, където расата, класата и социалните обстоятелства няма да определят кой да живее, кой да страда и кой да умира.

COVID-19 ни предостави цял списък със социални проблеми, които трябва да бъдат решени. С настъпването си пандемията извади на преден план въпроси като осигуряване на доходи при неработеща икономика и качествени и достъпни за всички медицински грижи. В средносрочен план кризата даде на общностите и техните здравни лидери възможности да картографират и класират социалните договорености, обособени от фактори като лошо здравеопазване и висока заболяемост. В дългосрочен план пандемията ни дава възможност да преосмислим тези договорености и да променим нагласите в обществото по начини, които поставят акцент върху справедливото и хуманно отношение към всички граждани, изкореняват неравенствата в здравеопазването, формирани от раса и класа, и са в полза на по-голямата част от хората. Подобни реформи несъмнено ще направят следващи вълни на пандемията много по-лесни за преживяване. Когато глобалната икономика отново замръзне и политическите системи се счупят, само медицинските грижи в синхрон със социалните елементи могат да спасят стотици хиляди животи. Сега е моментът да осъзнаем, че здравето на индивида е тясно обвързано със здравето на всички, и да предприемем смели действия, за да оформим по-справедливо бъдеще за нашите общности, нации и свят.

Медицинската страна на предизвикателство като COVID-19 изисква развитие и използване на

нови подходи, включващи внедряване на нови технологии и усъвършенствани методологии като телемедицина, телерехабилитация, телеконсултация и нови цифрови инфраструктури за съвременна 5G технология за комуникация на данни. Това ще доведе до епохална промяна в предоставянето на здравни грижи и обработването на огромни количества здравни данни в реално време. Социалната страна на COVID-19 изисква интегрирана, внимателна и фокусирана върху равенство реакция. Социалната медицина разполага с набор инструменти за реагиране под формата на медицински грижи и икономически и социални облекчения. Има безброй начини, по които здравните грижи могат да се свържат със социалния и икономическия живот, както и набор от инструменти за премахване на негативни връзки в полза на изграждане на едно по-справедливо и равнопоставено общество. Социалната медицина оформя интелектуалното и моралното скеле, върху което почиват здравните грижи. Най-вече социалната медицина служи като призив да направим нещо сега: да добавим социални грижи наред с медицинските, да се грижим за най-нуждаещите се и да се водим от справедливостта и равноправието, за да изградим едно здраво общество. Като здравни работници и граждани това е наше задължение, ако искаме да уважим доверието на нашите общности.

Библиография

1. Ashton JR. Virchow misquoted, part-quoted, and the real McCoy. *J Epidemiol Public Health*, 2006, 60:671.
2. Baker M, Wilson N, Anglemyer A. Successful elimination of Covid-19 transmission in New Zealand. *N Engl J Med*, 2020, 383:e56. doi: 10.1056/NEJMc2025203.
3. Blow CM. Social distancing is a privilege: the idea that this virus is an equal-opportunity killer must itself be killed. *New York Times*. 2020, April 5. <https://www.nytimes.com/2020/04/05/opinion/coronavirus-social-distancing.html>
4. Cherry M. Anger can build a better world. *The Atlantic*. 2020. <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/08/how-anger-can-build-better-world/615625/>.
5. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. *N Engl J Med*, 2020, 382, 2049-2055. doi: 10.1056/NEJMs2005114
6. Hardy B, Logan T. Racial Economic Inequality Amid the COVID-19 Crisis. Washington, DC: Brookings Institution Essay 2020-17. 2020. <https://www.brookings.edu/research/racial-economic-inequality-amid-the-covid-19-crisis/>.
7. Hawkins RB, Charlesab EJ, Mehaffeyab JH. Socio-economic status and COVID-19 – related cases and fatalities. *Public Health*, 2020;189:129-34. DOI: 10.1016/j.puhe.2020.09.016.
8. Jones DS. Rationalizing Epidemics: Meanings and Uses of American Indian Mortality Since 1600. Cambridge, MA: Harvard University Press. 2009.
9. Jones DS. History in a crisis – lessons for Covid-19. *N Engl J Med*, 2020, 382, 1681-1683. doi: 10.1056/NEJMp2004361.
10. Kasper J, Greene JA, Farmer PE et al. All health is global health, all medicine is social medicine: integrating the social sciences into the preclinical curriculum. *Acad Med*, 2016, 91, 628-632. doi: 10.1097/ACM.0000000000001054.
11. Kolbert E. How Iceland beat the coronavirus. *The New Yorker*. 2020, June 1. <https://www.newyorker.com/magazine/2020/06/08/how-iceland-beat-the-coronavirus>
12. Mackenzie JS, Smith DW. COVID-19: a novel zoonotic disease caused by a coronavirus from China: what we know and what we don't. *Microbiol Aust*, 2020, 41(1), 45-50.
13. Mann CC. Pandemics leave us forever altered: what history can tell us about the long-term effects of the coronavirus. *The Atlantic*. 2020, May 10. <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2020/06/pandemics-plagues-history/610558/>
14. Roberts LM, Mayo AJ. Toward a racially just workplace. *Harvard Business Review*. 2019, November 20. <https://hbr.org/cover-story/2019/11/toward-a-rationally-just-workplace>.
15. Simonov A, Sacher SK, Dubé JP et al. The Persuasive Effect of Fox News: Non-compliance With Social Distancing During the Covid-19 Pandemic. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. 2020. <https://www.nber.org/papers/w27237>.
16. Trout LJ, Kramer C, Fischer L. Social medicine in practice: realizing the American Indian and Alaska native right to health. *Health Hum Rights J*, 2018, 20, 19-30.
17. Trout LJ, Wexler LW. Arctic suicide, social medicine, and the purview of care in global mental health. *Health Hum Rights J*, 2020, 22, 1-11.
18. Van Dorn A, Cooney RE, Sabin ML. COVID-19 exacerbating inequalities in the US. *Lancet*, 395, 2020, 1243-1244. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30893-X.
19. Williams DR, Cooper LA. COVID-19 and health equity—a new kind of “herd immunity”. *JAMA*, 2020, 323, 2478-2480. doi: 10.1001/jama.2020.8051.
20. World Health Organization Basic Documents: Forty-Ninth Edition (Including Amendments Adopted up to 31 May 2019). Geneva: World Health Organization. (2020). https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=7.

АНАЛИЗ НА ДЕЙНОСТТА В СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В УСЛОВИЯТА НА COVID-19

Цв. Стоянова, Б. Семова, Т. Златанова

Катедра „Икономика на здравеопазването“, ФОЗ „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, МУ – София

ANALYSIS OF THE ACTIVITY IN SPECIALIZED OUTPATIENT MEDICAL CARE UNDER THE CONDITIONS OF COVID-19

Tsv. Stoyanova, B. Semova, T. Zlatanova

Department of Health Economics, Faculty of Public Health “Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD, DSc”,
Medical University – Sofia

Abstract. The activity at all levels of health care, including specialized outpatient medical care (SOMC) has changed under the conditions of COVID-19. The article presents a comparative analysis of the activity and health insurance payments for SOMC in 2019 and 2020. There is a general decline in the volume of specialized activities by 12% (1,221,234) in specialized (primary and secondary) examinations due to acute conditions, 16.8% (131,818) in the dispensary, 11.9% (46,879) in specialized preventive examinations compared to 2019.

Key words: specialized outpatient medical care, activity, measures, COVID-19

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

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

Специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП) е ключово звено в комплексното обслужване на пациентите на нивото на извънболничната помощ. Националната здравноосигурителна каса сключва договори с лечебни заведения за СИМП по чл. 5, ал. 1 ЗЛЗ за извършване на всички общомедицински и специализирани медицински дейности от дадена специалност от съответния пакет съгласно Наредбата по чл. 45, ал. 2 от ЗЗО (НРД 2018, чл.108). След въвеждането на институцията общопрактикуващ лекар достъпът до специалистите от извънболничната помощ се осъществява след получено направление за специалист. НЗОК заплаща оказаната помощ от изпълнител на специализирана медицинска помощ на задължително здравноосигурено лице, насочено с направление от изпълнител

на първична и/или СИМП, сключил договор с НЗОК. В България достъпът до специализирана помощ е регламентиран нормативно чрез Закона за здравето, Закона за здравното осигуряване и Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ. Достъпът е основан на принципа на свободен избор от пациента на лечебно заведение за първична, специализирана и болнична помощ на територията на цялата страна, а от друга страна, е регулиран в частта за СИМП, чрез направления – за консултация и/или изследвания.

НЗОК разполага с утвърден от закона и фиксиран бюджет и липсват средства за плащания, ако лекарите отчетат повече прегледи. При изчерпан брой направления всяко едно от здравноосигурените лица може да бъде лишено от възможността

да бъде прегледано и да получи необходимата му медицинска помощ за сметка на бюджета, спрямо който е редовен платец. Законът за здравното осигуряване гарантира свободен достъп до медицинска помощ на осигурените, а правото на избор на пациента не бива да се ограничава в географски или административен аспект.

Целта на настоящото проучване е сравнителен анализ на дейността на СИМП за 2019 г. и 2020 г. и на влиянието на въведените ограничителни мерки във връзка с COVID-19.

За реализиране на тази цел си поставихме следните задачи:

1. Сравнителен анализ на дейността на СИМП за 2019 и 2020 г. по отношение на първични и вторични консултативни прегледи.

2. Сравнителен анализ на дейността на СИМП за 2019 и 2020 г. по отношение на диспансерно наблюдение на хронично болни пациенти.

3. Сравнителен анализ на дейността на СИМП за 2019 и 2020 г. по отношение на профилактични прегледи по програми „Детско здравеопазване“ и „Майчино здравеопазване“.

За обективизиране на наблюдаваните резултати е използван документален метод.

През 2020 г. средно за страната се отчитат 0,73 първични консултативни прегледа на 1 ЗОЛ, през 2019 г. този показател е бил 0,81. При запазена тенденция от 2019 г., през 2020 г. най-много първични прегледи на едно ЗОЛ над средния за страната показател се отчитат в РЗОК – Плевен (0,93 през 2020 г./1,04 през 2019 г.), РЗОК – Русе (0,84 през 2020 г./0,92 през 2019 г.), РЗОК – Варна (0,82 през 2020 г./0,90 през 2019 г.), РЗОК – Пловдив (0,79 през 2020 г./0,88 през 2019 г.), и РЗОК – София-град (0,78 през 2020 г./0,93 през 2019 г.). Посочените области са региони, в които има както голям брой лекари специалисти, работещи в изпълнение на договори с НЗОК за СИМП, така и лекари със специалности, които липсват или са недостатъчни в другите региони на страната. Най-ниска е стойността на показателя в РЗОК – Силистра (0,58 през 2020 г./0,64 през 2019 г.), РЗОК – Разград (0,55 през 2020 г./0,65 през 2019 г.), и РЗОК – Кърджали (0,53 през 2020 г./0,58 през 2019 г.), – тенденция, запазваща се от 2019 г., което е в съответствие и с по-малката осигуреност на тези области с лекари специалисти.

През 2020 г./2019 г. средно за страната са отчетени по 0,28/0,33 вторични консултативни пре-

гледа на 1 ЗОЛ. През 2020 г. в 13 РЗОК стойността на показателя е над средната за страната и се движи в диапазона между 0,34 и 0,29 прегледа. През 2019 г. този диапазон е между 0,39 и 0,32 прегледа. В 15 РЗОК стойността на показателя е под средната за страната. Показателят е с най-ниски стойности в РЗОК – Силистра, и РЗОК – Кърджали, тенденция, която се запазва от 2019 г.

Първични/вторични прегледи на 1 ЗОЛ от 0-18 г. при специалист с придобита специалност „Педиатрия“ по повод остри състояния през 2020 г./2019 г.

През 2020 г., средният брой отчетени първични прегледи на 1 ЗОЛ от 0 до 18 години при специалист с придобита специалност „Педиатрия“ за страната е 0,60 прегледа, а през 2019 г. този показател е 0,81 прегледа. Най-високи стойности над средната за страната се отчитат в РЗОК – Видин (1,55 прегледа през 2020 г./1,90 през 2019 г.), РЗОК – Габрово (1,32 прегледа през 2020 г./1,44 през 2019 г.), и РЗОК – Благоевград (1,21 прегледа през 2020 г./1,62 през 2019 г.). Вторичните прегледи през отчетния период на 1 ЗОЛ от 0 до 18 години при лекар специалист с придобита специалност „Педиатрия“ средно за страната са 0,42 прегледа през 2020 г., а през 2019 г. този показател е 0,59 прегледа. През 2020 г. съотношението между първични и вторични прегледи по повод остри състояния на ЗОЛ от 0-18 г. при специалист по педиатрия и профилни специалности средно за страната е 0,70, т.е. не надвишава допустимото съотношение 1:1. Това означава, че на 30% от преминалите деца на първичен преглед не са им извършвани и съответно отчетени вторични прегледи.

Диспансерно наблюдение на ЗОЛ, осъществявано от лекар специалист в ЛЗ за СИМП през 2020 г. и 2019 г.

За периода 01.01.2020 г. – 31.12.2020 г. класовете болести по МКБ 10 с най-голям брой диспансеризирани ЗОЛ от лекар специалист са:

– „Болести на дихателната система“ – 204 571 диспансеризирани ЗОЛ. Най-голям брой са регистрирани в РЗОК – София-град – 25 463, РЗОК – Стара Загора – 17 966, и РЗОК – Пловдив – 13 345.

– „Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата“ с 116 615 диспансеризирани ЗОЛ. РЗОК с най-голям брой диспансерни ЗОЛ с тези заболявания са в РЗОК – София-град – 21 000, РЗОК – Пловдив – 8 292, и РЗОК – Варна – 7969.

За периода 01.01.2019 г. – 31.12.2019 г. класовете болести по МКБ 10 с най-голям брой диспансеризирани ЗОЛ от лекар специалист са:

– „Болести на дихателната система“, с 202 502 диспансеризирани ЗОЛ. Най-голям брой са регистрирани с тези заболявания са в РЗОК – София град – 25 031, РЗОК – Стара Загора – 17 576, и РЗОК – Пловдив – 13 067.

– „Болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата“, с 119 612 диспансеризирани ЗОЛ. Най-голям брой регистрирани с тези заболявания са в РЗОК – София-град – 21 679, РЗОК – Пловдив – 8508 и РЗОК – Варна – 8191.

През 2020 г. средно за страната са отчетени 45 първични специализирани прегледа по диспансерно наблюдение на 10 000 ЗОЛ, за 2019 г. стойността на показателя е 60 специализирани прегледа по диспансерно наблюдение на 10 000 ЗОЛ. Най-голям брой специализирани прегледи на 10 000 ЗОЛ от този вид се отчитат в РЗОК – Видин (118 през 2020 г./171 през 2019 г.), РЗОК – Ямбол (88 през 2020 г./120 през 2019 г.), РЗОК – Смолян (87 през 2020 г./119 през 2019 г.), и РЗОК – Стара Загора (74 през 2020 г./100 през 2019 г.), което е два пъти над средното за страната. Най-малък брой първични специализирани прегледи на 10 000 ЗОЛ под средните стойности за страната по този показател се отчитат в РЗОК – София област (27 през 2020 г./36 през 2019 г.), РЗОК – Пазарджик (23 през 2020 г./31 през 2019 г.), и РЗОК – Бургас (20 през 2020 г./25 през 2019 г.). Общо отчетените диспансерни прегледи в рамките на алгоритъма по диспансерно наблюдение през 2020 г. средно за страната са 1,11 прегледа на едно диспансеризирано ЗОЛ в СИМП. За 2019 г. стойността на този показател е 1,40 прегледа. Най-високи стойности по този показател над средните за страната, се отчитат в РЗОК – Русе (1,52 през 2020 г./1,84 през 2019 г.), РЗОК – София област (1,50 през 2020 г./1,75 през 2019 г.), и РЗОК – Силистра (1,38 през 2020 г./1,68 през 2019 г.). Най-малък брой диспансерни прегледи на едно диспансеризирано ЗОЛ в СИМП, под средната стойност за страната са отчетени в РЗОК – Перник (0,95 през 2020 г./1,21 през 2019 г.), РЗОК – София-град (0,88 през 2020 г./1,15 през 2019 г.), и РЗОК – Кюстендил (0,86 през 2020 г./1,08 през 2019 г.)

Програма „Детско здравеопазване“, осъществявана от лекар специалист по педиатрия

През 2020 г., както и през 2019 г. лекарите специалисти по педиатрия в РЗОК – Кърджали, РЗОК

– Монтана, РЗОК – Пазарджик, РЗОК – Перник, РЗОК – Русе, РЗОК – Сливен, и РЗОК – Търговище, не отчитат профилактични прегледи по програма „Детско здравеопазване“.

Средната стойност на показателя за страната „Брой профилактични прегледи на 1 ЗОЛ от 0 до 18 г. по програма „Детско здравеопазване“ в СИМП през 2020 г. е 0,035 прегледа, през 2019 г. е 0,040 прегледа. В РЗОК – Габрово (0,290 през 2020 г./0,306 през 2019 г.), РЗОК – Видин (0,274 през 2020 г./0,313 през 2019 г.), и РЗОК – Кюстендил (0,121 през 2020 г./0,123 през 2019 г.) се отчитат най-голям брой прегледи по програмата. В РЗОК – Видин, РЗОК – Габрово, и РЗОК – Кюстендил, при изпълнение на програма „Детско здравеопазване“ лекарите – специалисти по педиатрия, отчитат сравнително висок обем профилактични прегледи спрямо останалите РЗОК. Тези данни корелират с отчетения по-нисък брой профилактични прегледи при ОПЛ в тези области.

Програма „Майчино здравеопазване“, осъществявана от лекар специалист по акушерство и гинекология, на бременни с нормална и с рискова бременност

През 2020 г. по програма „Майчино здравеопазване“ за наблюдение на бременни жени с нормална и рискова бременност от лекар – специалист по акушерство и гинекология, са отчетени общо 303 883 профилактични прегледа на 72 766 бременни (39 305 първични и 264 578 вторични). За 2019 г. са отчетени общо 348 024 профилактични прегледа на 75 795 бременни (42 073 първични и 305 951 вторични). Средната стойност на показателя за страната през 2020 г. е 4,18 прегледа на една бременна жена, включена в програмата, за 2019 г. стойността на показателя е 4,59 прегледа. Най-високо изпълнение по програмата през 2020 г. е отчетено в РЗОК – Търговище, РЗОК – Хасково, РЗОК – Добрич, и РЗОК – Смолян. Налага се изводът, че в по-голямата част от страната бременните жени избират да бъдат наблюдавани от специалисти по акушерство и гинекология и само в някои региони, където е затруднен достъпът до специализирана медицинска помощ, наблюдението се извършва от ОПЛ.

Медицинска експертиза на работоспособността

Средният брой прегледи на 10 000 ЗОЛ за страната, извършени по повод медицинска експертиза на работоспособността (прегледи от ЛКК, по искане на ЛКК, за подготовка за ЛКК/ТЕЛК), през 2020 г. е

1414 прегледа, през 2019 г. са 1459 прегледа. Най-голям брой прегледи на 10 000 ЗОЛ над средната за страната стойност са отчетени в РЗОК – Габрово (5 147 през 2020 г./5 038 през 2019 г.), РЗОК – Перник (4970 през 2020 г./4 865 през 2019 г.), и РЗОК – Монтана (2737 през 2020 г./2 985 през 2019 г.). Запазва се тенденцията от 2019 г. по този показател да се отчетат най-малко прегледи на 10 000 ЗОЛ спрямо средната стойност за страната в РЗОК – Търговище (613 през 2020 г./675 през 2019 г.), и РЗОК – Шумен (302 през 2020 г./336 през 2019 г.).

От представените данни може да направим следните изводи:

1. Наблюдава се спад в дейността на СИМП по отношение на първични и вторични консултативни прегледи за 2020 г. спрямо 2019 г. с 12% (1 221 234 бр.).

2. Намаление с 16,8% (131 818 бр.) при диспансерната дейност на СИМП за 2020 г. в сравнение с 2019 г.

3. Намаление с 11,9% (46 879 бр.) при специализираните профилактични прегледи за 2020 г. спрямо 2019 г.

4. По-малкият обем на дейности в някои от РЗОК се дължи на териториалните диспропорции в разпределението на съответните специалисти и относителния недостиг на определени специалности.

Библиография

1. Годишен отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2020 г.
2. Закон за бюджета на НЗОК за 2020 г. (обн., ДВ, бр. 99/2019 г., доп., бр. 84/2020 г.)
3. Закон за мерките и действията по време на извънредното положение, обявено с решение на НС от 13.03.2020 г. (обн., ДВ, бр. 28/2020 г.)
4. Златанова Т, Михайлов Н, Попов Н, Кехайов А. Публични ресурси в борбата с COVID-19, XLVI Научно-технологична сесия „Контакт 2021“, 25.06.2021. София, ТЕМТО, 2021, 87.
5. Златанова Т, Петрова-Готова Цв, Попов Н и др. Икономика на здравеопазването. София, ГорексПрес, 2017.
6. Методика за определяне на размера на сумите, заплащани от НЗОК на изпълнителите на медицинска помощ, на дентална помощ и на МДД за работа при неблагоприятни условия по повод на обявена епидемична обстановка, приета с протокол № РД-НС-05-9/06.04.2020 г. на НЗОК и БЛС; изм. и доп. № РД-НС-05-9-1/26.11.2020 г. и № РД-НС-05-9/16.12.2020 г.
7. НРД за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2020-2022 г. (обн., ДВ, бр. 7/2020 г., изм. и доп., бр. 36/2020 г., бр. 40/2020 г., бр. 77/2020 г.)
8. Попов Н, Николова М. Оценка на системата на здравно осигуряване в България. Сб. материали от 43-а Научно-технологична сесия “Контакт 2019” на ИНГА. София, ТЕМТО, 2019, 121-125.
9. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), България: Здравен профил на страната 2019 г.
10. <https://www.mh.government.bg/bg/novini/ministerski-savetpravitelstvoto-odobri-godishniya-otchet-za30-07/>
11. https://ncpha.government.bg/uploads/reports-analyzes/Doklad_zazdraveto-2020.pdf

ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯТА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО – ОСНОВНИ ТЕНДЕНЦИИ

Е. Радев¹, Р. Горанова-Спасова², Ж. Стайкова¹

¹Катедра „Превантивна медицина“, ФОЗ, МУ – София

²Катедра „Биоетика“, ФОЗ, МУ – София

DECENTRALIZATION IN HEALTHCARE – MAIN TRENDS

E. Radev¹, R. Goranova-Spasova², Z. Staykova¹

Department of Prevention Medicine, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

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

Abstract. The success of a medical institution largely depends on proper management, which is basically built (based on a foundation) of proper financial security. In addition, the management of the medical institution must put in perspective professional staff that is "built" difficult, and the process takes in many cases much more time than the available management staff. All this suggests that the sooner we rely on successful governance, combined with the borrowing of experience from European healthcare, (of course when applicable) combined with adequate use of available financial resources, sooner or later this leads to successful and quality healthcare.

Key words: management, financial resources, healthcare, medical care, marketing strategy

Адрес за кореспонденция: Доц. Емилиан Н. Радев, дм, Катедра „Превантивна медицина“, ФОЗ, МУ – София,
e-mail: e.radev@foz.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Assoc. Prof. Emilian Radev, MD, PhD, Department of Prevention Medicine, Faculty of Public Health,
Medical University – Sofia, e-mail: e.radev@foz.mu-sofia.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Ефективността в здравеопазването се свързва с постигнатия здравен ефект и направените за постигането му разходи. От икономическа гледна точка тази ефективност може да се разглежда като постигане на максимален резултат от определено количество ресурси. Главната цел на медицинската помощ, винаги и без значение ресурсната обезпеченост, е по-голямата ефективност.

Ограничеността на ресурсите, в това число и в здравеопазването, налага необходимостта от търсене на пътища за разрешаване на този проблем, дори и страни като САЩ и Канада, които влагат огромни суми в системата на здравеопазването, страни, които, изхождайки от стремител-

ното развитие на технологиите и демографските промени, вече насочват вниманието и усилията си към намирането и прилагането на модели за пълноценно използване на наличните ресурси.

Цел – осъществяване на крайно ефективна и удовлетворяваща пациентите медицинска помощ.

За да се постигне икономическа и медицинска ефективност при предлагането на медицинска помощ, е необходимо да се използва информация за максималната продуктивност и относителните цени на ресурсите, които се използват при предлагането ѝ. Именно за това се използват различни видове анализи:

- на търсенето на медицинска помощ;

- на предлагането и осигуреността с ресурси;
- за разпределението;
- за използваемостта.

Изброените анализи позволяват да се планират наличните ресурси в здравеопазването.

Процесът на планиране трябва да доведе до съответствие и оптимално равновесие между обема и нивото на производството или нивото на дейност. Затова характеристики като:

- организация на ресурси;
- набавяне на ресурси;
- използване на ресурси, трябва да бъдат анализирани системно.

Тези системни анализи целят да отговорят на въпроси като: "малко или много се използват наличните ресурси"; "колко от тях се използват"; "добре или зле се използват тези ресурси"; "съществува ли неизползван капацитет" и т.н.

Най-трудно е управлението на човешките ресурси, затова е нужно използване на здравния персонал по адекватен на неговите умения и компетентност начин при условия, осигуряващи ефективен труд. Нужни са правилен подбор, време за адаптация към задълженията, възможност за обучение и развитие, квалификация и кариера.

Управление на здравното заведение трябва да се осъществява от екип, на който да разчита директорът. Същият трябва да бъде добър специалист в управлението.

Основна тенденция в управлението е децентрализацията, относителната административна и медицинска самостоятелност на здравното заведение в пределите на нормативните изисквания. Благодарение на това ще се развива вътрешната децентрализация на отделните звена, но и ще се засилва отговорността на съответните ръководители.

Според неklasическата икономическа теория пазарът е механизъм за разпределение на ресурсите чрез процесите на търсенето и предлагането. Най-важните условия за нормално и ефективно функциониране на пазара не винаги съществуват в здравеопазването поради:

- хетерогенност на здравното обслужване;
- комплексност;
- неясна представа на пациента за неговите собствени нужди;
- несигурен позитивен здравен ефект;
- неясна продължителност на периода на този ефект, до оздравяването на пациента.

Всичко това затруднява избора на консуматора, върху който се базира пазарната теория, и определя доминантата на предлагането, т.е. зависимостта на пациента от лекаря. Тези аргументи са в основата на теоретичната концепция за неуспеха на пазара в здравеопазването. Тази концепция съдържа два основни момента:

- и най-свободният и развит пазар на здравно обслужване е смес на пазарни и непазарни механизми;
- наличие на всевъзможни негативни въздействия на пазара върху социалното развитие.

Всичките тези видове пазари влияят върху търсенето и предлагането на здравни услуги, което налага определяне на стратегическо пазарно планиране. Чрез този процес здравното заведение може да разработи маркетингови стратегии, които, ако се приложат и контролират правилно, ще допринесат за постигане на общите цели на здравното заведение.

За да се разработи маркетингова стратегия, трябва да се вземат под внимание всички аспекти на здравното заведение, които взаимодействат с пазара.

На фиг. 1 са показани компонентите на стратегическото пазарно планиране.

Процесът на стратегическото пазарно планиране се основава на установяване общите цели на здравното заведение и трябва да бъде в границите на възможностите и ресурсите му. Когато здравното заведение е определило своите общи цели и знае своите ресурси, тогава то може да оцени своите възможности и да разработи корпоративна стратегия.

За да достигне своите маркетингови цели, здравното заведение трябва да разработи маркетингова стратегия или комплект от маркетингови стратегии (както е показано на фигурата). Обикновено едновременно се използват няколко маркетингови стратегии, за да се постигнат маркетинговите цели на здравното заведение.

Процесът на стратегическото пазарно планиране се основава на анализ на правните, политическите, регулативните, технологичните, социалните, икономическите и конкурентните сили.

Здравното заведение е социотехническа система с основна цел осъществяване на лечебен и профилактичен процес чрез минимизиране на разходите и максимизиране на социалния ефект. Основните функции на здравното заведение са:



Фиг. 1

1. Диагностични – необходими са квалифициран лекарски персонал, апаратура, лаборатории.
2. Профилактични.
3. Рехабилитационни – предприемат се всички мерки за възвръщане на функцията на засегнати органи и системи.
4. Организационно-методични – висшестоящите болници имат задължения към по-малките центрове, състоящи се в разпространение на положителен опит.
5. Учебни – обучение на медицински кадри както и на самия персонал.
6. Лечебни – необходим е квалифициран лекарски и друг вид персонал за грижи за болните.
7. Изследователска дейност.

За да бъде осъществено описаното, е необходимо определянето на приоритетни цели и наличието на устойчива политика. Основните цели и политиката, която следва при управлението на здравното заведение, са:

1. Право на информация за гражданите и медицинските специалисти.
2. Плурализъм на медицинския персонал, оказващ медицинска помощ.

3. Равнопоставена достъпност до здравните служби при равни потребности.
4. Свобода на избор на личен лекар.
5. Гарантирано качество на медицинска помощ.
6. Здравеопазване, "гарантиращо" равенство, справедливост и достъпност за гражданите.

Здравното състояние на населението през последните две десетилетия значително се влошава. Това намира израз в динамиката на основните здравни показатели. Нараства общата смъртност, което в известна степен се дължи на демографското остаряване на населението, повишава се детската смъртност, както и тази в активните възрастови групи. Намалява средната продължителност на живот.

За съжаление, здравеопазването в различните страни по света има различни приоритети, отговарящи на нуждите на съответната държава, в която се прилага. Несъответствието между съществуващото здравеопазване в България и това в другите европейски държави и техните стандарти се изразява във:

- липса на закрила на здравето на гражданите;

– отсъствие на баланс между частния и общественения сектор;

– липса на икономически и финансови механизми за повишаване качеството на медицинска помощ;

– недостатъчни първично-здравни заведения и ненужно големи скъпоструващи болници;

– недостатъчна следдипломна квалификация;

Създамата се икономическа обстановка в страната способства за появата на редица икономически проблеми, свързани с медицинската помощ. Те имат различно естество, но най-изявени са:

1. Остър недостиг на финансови средства, който затруднява снабдяването с лекарствени консумативи и въвеждането на нови технологии, а успоредно с това наличните финансови средства не се използват адекватно и ефективно.

2. Липса на механизми (главно икономически и финансови – стимулиращи) качеството на медицинска помощ;

3. Стесняване обема на медицинската помощ, главно поради организационни и материални причини.

Ако обемът от медицинска помощ и осъществяващият я медицински персонал са повече от обема помощ, който хората реално потърсят, тогава материалната база и медицинските кадри няма да бъдат адекватно натоварени и обратно. Това означава, че планирането на здравните ресурси не трябва да се извършва само и единствено на основата на потребностите.

Здравното планиране изисква определен тип разполагане на здравните заведения и болници. Разпределението на ресурсите се базира на критериите за нуждите, но така също се вземат под внимание и демографската култура, и географската близост и разходите. Подходящото и справедливо географско разпределение на здравните ресурси определя необходимостта от въвеждане на планиране на предлагането на ресурси. Териториалното планиране има положително въз-

действие върху справедливостта и достъпа на населението до здравни услуги.

Необходимостта от организация на здравеопазването е безспорна, особено в периоди на слаб икономически растеж.

Библиография

1. Борисов В. Здравен мениджмънт. София, Филвест, 2004, 1, 231.
2. Борисов В, Кирилов К. Маркетинг в здравеопазването. Въведение в здравния мениджмънт. Лукс, 1995, 93-101.
3. Гладилев Ст, Янакиева А, Воденичарова А. Маркетинг в здравеопазването. София, Принцепс Маринови, 2015, 147-161.
4. Радев Е, Славчев С. Мениджмънт, дефиниращ качеството на здравни услуги. Четиридесет и пета научно-техническа сесия. Контакт 2020, 30.10.2020, ТЕМТО, 2020, 127-132.
5. Радев Е, Янева Р. Бенчмаркетингът – метод за стратегическо планиране и стратегически мениджмънт. 34 НТС на ИНГА „Контакт 2014“, 30.10.2014 г., София, Интердисциплинарна идея в действие, 332-336, ТЕМТО.
6. Радев Е, Асенова Л, Славчев С. Системи за маркетингово разузнаване. Интердисциплинарна гражданска академия. Факултет по обществено здраве, МУ – София, НТС по машиностроене, Контакт 2019, 2019, София.
7. Кирилов К. Маркетинг в здравеопазването. Изкуството да печелим пациенти. София, Арсо, 2000, 160.
8. Gradinarova N. Role of ethics committee as a guarantee for proper functioning of health system (in Russian). VIII International Scientific and Practical Internet Conference “Health condition: medical, social and psychological-pedagogical aspects”. 2017 Feb; 703-712.
9. Gradinarova N, Trendafilova P. The necessity for existence of ethics committees for medical specialists in Bulgaria (in Bulgarian). 39th Session Technology Contact 2017, The Civil Idea in Action, 2017 Jun; 163-169.
10. Deliverska M, Gradinarova N. Ethical and legal aspects of functioning of Ethic committees in Bulgaria. J IMAB, 2017, 23(2):1587-1590.
11. Hogg W, Rowan M, Russell G et al. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. Int J Qual Health Care, 2008; 20(5):308-313.
12. Kotler Ph. Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation, and Control, 8th Ed. Prentice Hall International, Englewood Cliffs, New Jersey, USA, 1994, 801.

АНАЛИЗ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИТЕ ПЛАЩАНИЯ В СПЕЦИАЛИЗИРАНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В УСЛОВИЯТА НА COVID-19

Т. Златанова, Цв. Стоянова, А. Сергеева, Н. Попов

Катедра „Икономика на здравеопазването“, ФОЗ „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, МУ – София

ANALYSIS OF HEALTH INSURANCE PAYMENTS IN SPECIALIZED OUTPATIENT CARE UNDER THE CONDITIONS OF COVID-19

T. Zlatanova, Tsv. Stoyanova, A. Sergeeva, N. Popov

Department of Health Economics, Faculty of Public Health “Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD, DSc”,
Medical University – Sofia

Abstract. Under the conditions of COVID-19, health insurance payments for all levels of health care, including specialized outpatient medical care (SOMC), have changed. The article presents a comparative analysis of health insurance payments for SOMC in 2019 and 2020. There is a total decrease of 1.2% in the activity of SOMC paid in 2020, which is due to the overall decrease in the volume of reported activity due to the restrictions imposed during the Covid-19 state of emergency.

Key words: specialized outpatient medical care, activity, health insurance payments, COVID-19

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

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

Достъпът до специализираната извънболнична помощ (СИМП) у нас е регламентиран нормативно чрез Закона за здравето, Закона за здравното осигуряване и Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ. Достъпът е основан на принципа на свободен избор от пациента на лечебно заведение за първична, специализирана и болнична помощ на територията на цялата страна и е регулиран чрез направления – за консултация и/или изследвания.

Условията и редът за оказване на СИМП са регламентирани в Раздел III на НРД. Специализирана извънболнична медицинска помощ се оказва на ЗОЛ (задължително здравноосигурено лице), на което е издадено „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3) от лекар, работещ в лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ, и „Медицинско направление за високос-

пециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А) от лекар за СИМП, сключил договор с НЗОК, или от ОПЛ в случаите по чл. 144, ал. 9 и 10 (Чл. 147).

Системата на регулативни стандарти е въведена с НРД за 2003 г. По своята същност представлява метод за определяне на обективни критерии за възлагане на специализирани медицински дейности (СМД) от отделните изпълнители на ИМП (чл. 189, ал. 1 от НРД за 2003 г.). Първоначално системата на регулативните стандарти е определяла само броя на отделните видове СМД, които отделният изпълнител на ИМП е можел да назначи. Към момента обект на регулация е и стойността на медико-диагностичните дейности (МДД). Регулативните стандарти са финансов механизъм за разпределение на лимитираните бюджетни средства за СИМП и МДД. Те са метод за ограничаване на разходите по задължителното здравно осигуряване в ИМП.

Целта на настоящото проучване е сравнителен анализ на здравноосигурителните плащания за СИМП за 2019 г. и 2020 г. и извеждане на проблемите, възникнали вследствие на ограниченията, въведени по времето на извънредното положение, свързано с COVID-19.

За реализиране на тази цел си поставихме следните задачи:

1. Сравнителен анализ на здравноосигурителните плащания за СИМП за 2019 и 2020 г. по направления на дейността.

2. Анализ на мерките за компенсиране на последиците от пандемичната обстановка.

За обективизиране на наблюдаваните резултати е използван документален метод.

Приетите със ЗБНЗОК за 2020 г. средства са в размер на 264 700 хил. лв. През годината с решения на НС на НЗОК средствата са увеличени общо с 14 170 хил. лв., в т.ч.:

– по реда на чл. 15, ал. 1, т. 7, чл. 26, ал. 2 от ЗЗО и чл. 116 от ЗПФ (със средства от резерва на НЗОК) – увеличение с 20 833,1 хил. лв.;

– по реда на чл. 115 от ЗПФ (вътрешнокомпенсирани промени) – намаление с 6663,1 хил. лв.

В резултат на промените годишният план на здравноосигурителни плащания за СИМП за 2020 г. възлиза на 278 870 хил. лв. (в т.ч. 1037,9 хил. лв. трансфер за ведомствени болници).

Към 31.12.2020 г. за СИМП са изплатени 277 999,6 хил. лв. (в т.ч. 1037,9 хил. лв. трансфер за ведомствени болници), което представлява 6,1% от всички извършени през 2020 г. здравноосигурителни плащания. Прямо извършените към 31.12.2019 г. плащания се отчита ръст с 27 776,7 хил. лв., или с 11,1%.

От общите плащания за СИМП през 2020 г.:

– 11 973,7 хил. лв. представляват авансово заплащане на изпълнителите на СИМП по сключените договори с РЗОК за извършена дейност през декември 2020 г., съгласно „Условия и ред в изпълнение на чл.13 от НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г., определени съвместно между НЗОК и БЛС“.

– 31 244 хил. лв. са в изпълнение на Методиката, съгласно чл. 201а от НРД за медицинските дейности за 2020-2022 г.

Стойността на дейността на изпълнителите на СИМП от подлежащия на заплащане през 2020 г. период (декември 2019–ноември 2020 г.) съгласно НРД, възлиза на 241 003,5 хил. лв., като 6210,7

хил. лв. от нея са заплатени на изпълнителите на СИМП авансово през 2019 г., а 10,9 хил. лв. са отложени за заплащане в следващ период.

Спрямо стойността на заплатената през 2019 г. дейност СИМП за периода декември 2018–ноември 2019 г. се отчита общо намаление с 3004,9 хил. лв., или с 1,2%, което се дължи на общо намаление на обема на отчетената дейност вследствие на ограниченията, въведени по времето на извънредното положение, съответно на извънредната епидемична обстановка – през 2020 г. са отчетени общо 18 417,5 хил. специализирани дейности, което е с 2631 хил. бр. дейности, или с 12,5%, по-малко спрямо 2019 г. По направления на дейността, намалението е, както следва:

– специализирани прегледи (първични и вторични) по повод остри състояния – отчетени общо 8972,3 хил. прегледа, което е с 1221,2 хил. прегледа, или с 12%, по-малко от 2019 г.;

– специализирани прегледи по повод диспансерно наблюдение – отчетени общо 653 хил. прегледа, което е със 131,8 хил. прегледа, или с 16,8%, по-малко от 2019 г.;

– специализирани профилактични прегледи – отчетени общо 348,4 хил. прегледа, което е с 46,9 хил. дейности, или с 11,9%, по-малко от 2019 г.

– експертна дейност – отчетени общо 994,1 хил. прегледа, което е с 68,7 хил. прегледа, или с 6,5%, по-малко от 2019 г.; високоспециализирани дейности (ВСД) – отчетени общо 722,2 хил. ВСД, което е с 63,8 хил. ВСД, или с 8,1%, по-малко от 2019 г.; физиотерапевтични дейности (прегледи и процедури) – отчетени общо 6727,4 хил. физиотерапевтични дейности, което е с 1098,5 хил. дейности, или с 14%, помалко от 2019 г.

Като една от мерките за компенсиране на последиците от пандемичната обстановка, към договореното с НРД увеличение от 01.01.2020 г. на цените на дейностите в СИМП (средно с 10,6%), от 01.08.2020 г. беше договорено допълнително увеличение на цените средно с 4,4%. Въпреки увеличението на цените на дейностите през 2020 г., като следствие от общото намаление на дейността през 2020 г. ръстът от 27 776,7 хил. лв. на здравноосигурителните плащания за СИМП през 2020 г. спрямо 2019 г. се дължи единствено на плащанията по реда на Методиката в размер на 31 244 хил. лв.

Въпреки очертаната тенденция на общ спад на медицинските дейности резултатът от прилагането на финансовите стимули за 2020 г. е отчетен

Таблица 1. Структура на извършените здравноосигурителни плащания за СИМП за 2019 г. и 2020 г.

Показатели (хил. лв.)	Заплатени дейности към 31.12.2019 г.		Заплатени дейности към 31.12.2020 г.		Изменение	
	Стойност	Дял (%)	Стойност	Дял (%)	Стойност	Дял (%)
ЗОП за СИМП, в т.ч.:	250 222,9	100%	277 999,5	100,0%	27 776,6	11,1%
- за дейности в СИМП	244 008,4	97,5%	241 003,5	86,7%	-3 004,9	-1,2%
- суми по Методиката	0	0,0%	31 244,0	11,2%	31 244,0	
- плащания за др. периоди	6 214,5	2,5%	5 752,0	2,1%	-462,5	-7,4%

ръст на здравноосигурителните плащания по бюджета на НЗОК за СИМП спрямо 2019 г. с 11,1% (22 776,6 хил. лв.) (табл. 1).

Видно от данните в таблица 1, положително влияние върху общия ръст на разходите за СИМП оказват само изплатените по Методиката 31 244 хил. лв. От тях 29 654 хил. лв. са за заплащане на отчетена дейност до 85% от базисната стойност за периода март-ноември 2020 г., а 1590 хил. лв. са за допълнително заплащане от 30 000 лв. на месец за изпълнител на СИМП-МЦ, разполагащ с образна диагностика и лаборатория или ДКЦ, сформирало екип/и за преглед и изследвания на пациенти със съмнения за COVID-19 за периода ноември-декември 2020 г.

Прилагането на финансови стимули за изпълнителите на медицинска помощ в условията на извънредно положение е успешен подход за обезпечаване на дейността на СИМП, предвид наблюдаваната през 2020 г. обща тенденция. Реализираните финансови стимули за СИМП са не само механизъм за финансово подпомагане на тяхната дейност, но и предпоставка за повишаване на мотивацията за работа и начин за отдаване на заслуженото им признание в борбата с COVID-19.

Библиография

1. Годишен отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2020 г.
2. Джугларска М. Бюджетно влияние на финансовите стимули за изпълнителите на медицинска помощ в условията на COVID-19, Четиридесет и седма научно-технологична сесия. КОНТАКТ 2021, 29 октомври 2021. Гражданска идея в действие. София, ТЕМПО, 2021, 49-56.
3. Закон за бюджета на НЗОК за 2020 г. (обн., ДВ, бр. 99/2019 г., доп., бр. 84/2020 г.)
4. Закон за мерките и действията по време на извънредното положение, обявено с решение на НС от 13.03.2020 г. (обн., ДВ, бр. 28/2020 г.)
5. Златанова Т, Михайлов Н, Попов Н, Кехайов А. Публични ресурси в борбата с COVID-19, XLVI Научно-технологична сесия „Контакт 2021“, 25.06.2021. София, ТЕМТО, 2021, 87.
6. Златанова Т, Петрова-Готова Цв, Попов Н и др. Икономика на здравеопазването. София, ГорексПрес, 2017.
7. Методика за определяне на размера на сумите, заплащани от НЗОК на изпълнителите на медицинска помощ, на дентална помощ и на МДД за работа при неблагоприятни условия по повод на обявена епидемична обстановка, приета с протокол № РД-НС-05-9/06.04.2020 г. на НЗОК и БЛС; изм. и доп. № РД-НС-05-9-1/26.11.2020 г. и № РД-НС-05-9/16.12.2020 г.
8. НРД за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2020-2022 г. (обн., ДВ, бр. 7/2020 г., изм. и доп., бр. 36/2020 г., бр. 40/2020 г., бр. 77/2020 г.)
9. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. България: Здравен профил на страната, 2019.
10. <https://www.mh.government.bg/bg/novini/ministerski-savetpravitelstvoto-odobri-godishniya-otchet-za30-07/>
11. https://ncpha.government.bg./uploads/reports-analyzes/Doklad_za_zdraveto-2020.pdf.

МОТИВИРАНЕТО В УПРАВЛЕНИЕТО НА СОЦИАЛНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОТО ЗАВЕДЕНИЕ

Ив. Грозданов

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

MOTIVATION IN THE MANAGEMENT OF SOCIAL PEDAGOGICAL CENTERS

Iv. Grozdanov

Chair of Organization and Methodology of Social Activities, Sveti Sveti Kiril i Metodiy University –
Veliko Tarnovo, Affiliate Vratsa, Territorial Division of National Insurance Institute – Vratsa

Abstract. The high educational and qualification level of teachers and educators presents also related requirements to the approaches and methods of motivation, which must be in compliance with characteristic features of this occupation.

Key words: motive, motivation, self-confidence, stability

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

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

ВЪВЕДЕНИЕ

Основна цел на мениджмънта е да подтиква хората да работят напрегнато и ефективно. Това е невъзможно да се осъществи практически без прилагане на целенасочени действия за тяхната мотивация.

Мотивирането е дейност, чрез която се осигурява по-активното ангажиране на членовете на социалната организация в работата по изпълнение на целите ѝ.

Понятията „мотив“ и „мотивация“ се използват толкова често в ежедневно общуване, че ние рядко се замисляме за точното им смислово значение.

Мотивацията е съвкупност от енергетични сили, произтичащи от вътрешни или външни за индивида предпоставки, които предизвикват неговото поведение и определят формата, посоката, интензивността и продължителността на това поведение.

Мотивацията е съвкупност от сили, каращи човека да постъпва по точно определен начин.

Мотивацията обикновено произтича от някаква потребност, която не е удовлетворена.

Това състояние продължава, докато се търсят средствата за задоволяване на потребностите, т.е. докато се набележат цели, чието постигане ще доведе до удовлетворяване.

След това се предприемат опити за реализация на целите. Ако опитите са успешни, състоянието на неудовлетвореност се притъпява и потребността престава да бъде мотиватор.

ОСНОВНИ ГЛЕДИЩА ЗА МОТИВАЦИЯТА

- мотивацията винаги е свързана с потребностите на индивида, с неговата психическа нагласа и наклонности към задоволяването им;
- мотивацията е процес, засягащ поведенческия избор, насочеността, целите и наградите, получавани за дадени дейности.

ВЪТРЕШНА И ВЪНШНА МОТИВАЦИЯ

Вътрешна мотивация – свързана е с вътрешно-психични фактори, плод преди всичко на образование, но също така и на: нагласа, генетично наследяване, интуиция; тези фактори са: интереси, възможността на персонала да се развива, умения и способности, свободата на действие и т.н.

Външна мотивация – свързана със системата от управленски действия, средства и подходи за мотивиране на персонала към постигането на целите на организацията. Тя включва фактори, с които се влияе върху индивидуалното поведение.

– важен е фактът, че често външните стимули могат да имат бърз и силен ефект, но рядко продължителен, за разлика от вътрешните, които имат дълбок и траен ефект поради това, че са присъщи на индивида.

Фактори, ограничаващи мотивацията:

- Фактори, свързани с личността и психологическите особености:

- Отсъствие на резултати и личен принос в дейността.

- Липса на самоувереност и устойчивост.

- Неефективност в дейността.

- Фактори, свързани с длъжността или работното място.

- неподходящо висока за длъжността квалификация или способности;

- липса на обратна връзка за резултатите от труда;

- несъответствие между отговорностите и правата;

- трудови и длъжностни несъответствия.

- Фактори, свързани с климата в организацията:

- стил на ръководство.

- ограничаване на инициативността.

- неясни цели и задачи.

Основни правила за мотивиране:

- индивидуален подход за контролиране на дейността.

- делегиране на отговорности.

- подходяща комбинация от “външни” и “вътрешни” мотивиращи фактори.

- осигуряване на стриктно признание на направените усилия.

- предоставяне на персонала на възможност за избор и гъвкавост.

- оказване на помощ.

- климат на доверие, свободен достъп и лесни комуникации.

- бърза и точна обратна връзка.

- по-голяма възможност за реализация.

Мотивационни методи:

- възнаграждаване и признаване на постиженията;

- изграждане на групова дейност;

- обучение и развитие на хората;

- елиминирание на отрицателните фактори.

- налагане на изисквания;

- използване на пари като възнаграждение и стимул;

- повишаване на интереса към дейността;

- мотивиране чрез самата дейност;

- развитие на съпричастност;

Японският модел за мотивация е основан на схващането, че най-добрият начин за мотивиране на индивидите е те да бъдат напълно обвързани с ценностите на организацията посредством:

- умело ръководство – лидерство;

- предоставяне на възможност за участие във вземането на решения.

Известните в теорията и практиката на управлението мотивационни механизми се прилагат по своеобразен начин в зависимост от степента на интелектуализация на труда, която от своя страна модифицира водещите потребности и ценности и влияе върху отношението към професията.

От тази гледна точка възможностите за повече инициатива, творчество, професионално усъвършенстване придобиват водеща роля.

Изискванията към характера на организационната култура също са високи, социално-психологическият климат в организацията не е достатъчно да дава възможности за социално общуване, а и за пълноценни професионални контакти, обмяна на опит и знания, за колективно търсене на най-добрите решения в професионално-творческата дейност на отделния учител и на колектива.

Колкото са по-високи образователното и квалификационното равнище на персонала, толкова повече стилът на ръководство трябва да бъде по-демократичен, по-свободен и неформален, с по-големи възможности за участие в управлението.

Библиография

1. Христосков Й. Социално осигуряване (теория, организация, практики), София, ВУЗФ, 2009.

2. Закон за здравното осигуряване. Обн. ДВ бр. 70/19.06.1998, доп. ДВ, бр. 40/ 15.05.2018.
3. Икономиката в променящия се свят: национални, регионални и глобални измерения. Сборник с доклади от международна научна конференция. Том 1, Наука и икономика, 2015.
4. Маринов Л, Добрилова П. Проучване на рисковите фактори при пациенти с артериална хипертония. Сборник доклади от Юбилейна научна конференция с международно участие „Образование, наука и иновации в здравните грижи“, 30.11-01.12.2017; Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, Враца. Централна медицинска библиотека, МУ – София, 2017, 91-94. Достъпно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1340>.
5. Борисова М. Здравна информираност при пациенти с доброкачествена простатна хиперплазия. *Sci Tehnolog*, 2016, 6(1).
6. Borisova M, Dimitrova M. Health Of Male Reproductive System, *Medicus. Internat Med Sci J*, 2018, 21(3), 62-65.
7. Джонев С. Стратегии на ръководителя в междуличностните отношения. С., 1990.
8. Закон за предучилищното и училищното образование.



СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ЗА ПАЦИЕНТИ С ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ *Павлинка Петкова Добрилова, учебник,*

I издание, 2020, ЦМБ, МУ – София

Учебникът *Сестрински грижи за пациенти с онкологични заболявания* предоставя възможност на студентите от специалност „Медицинска сестра“ да получат необходимите знания по отношение на профилактика, диагностика, лечение и специални сестрински грижи при пациенти с онкологични заболявания. Авторката отделя специално внимание на рисковите фактори на онкологичните заболявания, поради факта, че медицинските сестри имат съществена роля при обучението и информирането на пациентите. Описани са сестринските грижи при по-често срещаните онкологични диагнози на различните органи и системи при човека. Включени са съвременни данни за епидемиологията, диагностиката и лечението на злокачествените новообразувания. На студентите се предоставя възможност да се запознаят с приложението на сестринския процес при грижите за пациенти с онкологични заболявания.

Отразена е спецификата на сестринските грижи при пациенти със злокачествени новообразувания, като се използва подходяща терминология и съответните класификации. По този начин на студентите се предоставят синтезирана информация и данни относно разнообразните онкологични заболявания. Разгледани са също така теми, свързани с провеждането на лъчелечение, химио- и хормонотерапия при пациентите с онкологични заболявания, при които ролята на медицинската сестра е изключително специфична. За да се осигурят на пациентите подходящите и качествени здравни грижи е необходимо медицинската сестра да познава потенциалните проблеми на пациентите и да извършва грижи за превенция на усложненията.

В учебника са включени и основните направления на палиативните грижи при пациенти с онкологични заболявания. Един от водещите проблеми на пациентите с онкологични заболявания е болката, поради което е важно медицинската сестра да има необходимата подготовка и компетентност да проследява състоянието на пациента и да изпълнява назначената лекарствена терапия. Осигуряването на комфорта на пациента чрез адекватни грижи е възможно да се постигне чрез прилагането на съвременните подходи за сестрински грижи.

Етичните проблеми на пациентите с онкологични заболявания са разгледани от гледната точка на етичните принципи и професионалната отговорност на медицинската сестра.

Книгата не се разпространява от Централна медицинска библиотека, но е налична за ползване в библиотечния фонд. Вижте в електронния ни каталог.

ПЛАНИРАНЕ И ОРГАНИЗИРАНЕ КАТО УПРАВЛЕНСКИ ФУНКЦИИ

Ив. Грозданов

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

PLANNING AND ORGANIZATION AS MANAGERIAL FUNCTIONS

Iv. Grozdanov

Chair of Organization and Methodology of Social Activities, Affiliate Vratsa, Sveti Sveti Kiril i Metodiy University – Veliko Tarnovo, Territorial Division of National Insurance Institute – Vratsa

Abstract. The concept of managerial functions include the stably differentiated and specialized activities warranting the management of social pedagogical centers. They are differentiated directions of management activity, which ensure interaction and influence on the behavior of an organization. In a specific practice of organization, planning has to be considered a system of activities directed to the achievement of managerial goals at a definite level within a definite time with definite material and financial resources and participation of specific specialists.

Key words: planning, managerial goals, effectiveness

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

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

ВЪВЕДЕНИЕ

Планирането е базисна функция на управленската дейност, свързана с проектирането на очакваното бъдещо състояние на социално-педагогическата организация и на ефективните пътища за неговото постигане.

Планирането очертава преди всичко времевите граници за реализиране на основните дейности.

По своята същност то е: едновременно и предвиждане на резултатите, и насоченост на действието, което трябва да се следва, и етапите, които трябва да се минат, и методите, които трябва да се използват.

Прилагането на програмно-целевия и комплексен подход при планирането дава възможност управлението да стане по-целенасочено, да

се осигурят необходимите връзки между всички страни на социалната дейност.

Планирането може да се разглежда като:

- Система от дейности за организиране на отношенията в организацията, за формулиране концепцията за близко или дългосрочно развитие на образователните структури, за определяне конкретните цели и задачи за отделните периоди, за темпа на реализирането им, за трансформирането им в конкретни дейности и операции.

- Процес на регулиране разделението и кооперирането на труда на участниците в обучението и неговото осигуряване.

- Систематизиране на възможните подходи, гледни точки, видове и форми на конкретна дейност с оглед оптимизиране на резултатите, на средствата и времето за постигането им.

- Средство за регулиране активността на комуникациите в обучението като бинарна система, водеща до реализиране на държавните стандарти за базисна подготовка и допълнително образование.

- Условие за определяне поведението на системата, което ѝ осигурява висок социален статус и динамично равновесие със средата.

- Действия, насочени към постигане на управленските цели на определено равнище, за определен срок, с определени ресурси и участие на конкретни изпълнители и специалисти.

Три са основните подходи и към планирането:

- планиране на основата на постигнато равнище на организираност, разбирано като ефективност на образованието;

- планиране на основата на наличните ресурси – информационни, организационни, материални, финансови и други;

- планиране на основата на крайните резултати.

ПРОЦЕС НА ПЛАНИРАНЕ

1. Постановяване на диагноза: "Къде сме?"
2. Прогноза: "Къде отиваме?"
3. Цели: "Къде трябва да отидем?"
4. Стратегия: "Кои са най-добрите начини да стигнем дотам?"

5. Тактика: "Какви специфични начини (дейности) трябва да се използват, от кого и кога?"

6. Контрол: "Какви критерии и изисквания да се спазват, за да се следи дали планирането е успешно?"

- Резултат от осъществяване на процеса на планиране.

- Планът като единство на цели става ръководство за действие на организацията.

- Планът трябва да се разглежда като разгънато управленско решение. Неговото формиране ще следва основните етапи на разработване и вземане на управленско решение: извеждане на основните проблеми, построяване на проблемните задачи, информационно осигуряване, разработване на алтернативи, подбор на оптимално решаване, организация, контрол и отчет на изпълнението.

- Етапите на разработване и приемане на плана разкриват едно твърде голямо разнообразие на дейности, които могат да се обединят в три направления:

- диагностика
- прогнозиране
- оперативно-технологични дейности.

УПРАВЛЕНСКИ РЕШЕНИЯ

- Анализ и оценка на състоянието на учебно-възпитателната дейност – разкриване на силните и слабите ѝ страни, възможности, опасности, заплахи, риск.

- Изработване на стратегия и програма за развитие на социално-педагогическото заведение.

- Определяне на приоритети в работата му.

- Провеждане на анализ на състоянието и дейността на организацията.

- Определяне приоритетите в обучението, развитието и подготовката на учениците.

- Изработване на дългосрочна програма за развитие на педагогическата дейност и определяне на годишните задачи.

- Изработване на училищните планове – на училището, на учителите, на директора, на действащите комисии и др.

- Планиране дейността на педагогическия съвет – съдържание, тематика, график за провеждане, възлагане на задачи на екипа и др.

- Изработване на седмично разписание на учебния процес.

- Разпределение на труда – предмети, класове, часове, кабинети, класно ръководство, кръжоци, клубове и др.

- Създаване условия за творческо протичане на учебно-възпитателната дейност – правила, дисциплина, отчетност.

- Организиране и провеждане на заседания на педагогическия съвет по планирания график – подготовка на решения.

ОРГАНИЗИРАНЕ

- Планирането определя това, което трябва да бъде направено, а организирането отразява начина на дейността.

- Функцията организиране е трайно осъществявана дейност в управлението, което се изразява в следните две основни направления:

- създаване на предварителни условия за нормалното функциониране на социално-педагогическата организация. Това направление включва

ва такива управленски действия, каквито са определянето на специфичните дейности в организацията и тяхното групиране, разработването на система от правила за осъществяването им, определяне на йерархията на правата и отговорностите, изграждане на различните структурни звена.

– коригиране на това функциониране в съответствие с променящите се вътрешни и външни условия. Тук се включват преди всичко онези управленски действия, с помощта на които ръководителят следи и регулира (коригира) нормалното изпълнение на определените и разпределени вече технологични операции и планови мероприятия.

Библиография

1. Христосков Й. Социално осигуряване. Пловдив, УИ „Паисий Хилендарски“, 2018.
2. Вълков Вл. Съвременни тенденции в развитието на социалното осигуряване в България. Сборник доклади от международна научна конференция на тема: „Глобализъм, регионализъм и сигурност“. ИК УНСС, 19-21.09.2013 г., 344-346.
3. Маринов Л. Удовлетвореност на пациентите с артериална хипертония от здравните грижи при хоспитализация. *Sci Technol*, 2020, 10(1): Medical Biology Studies, Clinical Studies, Social Medicine And Health Care.
4. Белозеров С, Кузнецова Н, Архипов А. Страхование и управление рискоми: проблемы и перспективы. Проспект, 2017.
5. Borisova M, Dimitrova M. Health Of Male Reproductive System, *Medicus. Int Med Sci J*, 2018, 21(3), 62-65, Volgograd.
6. Борисова М. Качество на живот при мъже с доброкачествена простатна хиперплазия. *Sci Tehnol*, 2017, 7(1): Medical Biology Studies, Clinical Studies, Social Medicine And Health Care.
7. Курбатов В. Управление социальными рискоми. ЮФУ, 2009.
8. Филипова Н. Образователна администрация и управление на образованието – традиции и иновации. ЮЗУ „Н. Рилски“, Благоевград.
9. Цоков Г. Управлението на училищната организация в информационното общество. Пловдив, УИ „Паисий Хилендарски“, 2011.

СТРАТЕГИЯ ЗА ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ В ОБРАЗОВАНИЕТО

Ив. Грозданов

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

A STRATEGY FOR DECENTRALIZATION IN EDUCATION

Iv. Grozdanov

Chair of Organization and Methodology of Social Activities, Affiliate Vratsa, Sveti Sveti Kiril i Metodiy University – Veliko Tarnovo, Territorial Division of National Insurance Institute – Vratsa

Abstract. Strategies in education transform political ideas and views in conclusions and decision directing the activity of educational authorities to settlement of main problems and tasks within a definite time. Decentralization is associated with the process of modernization in management of contemporary education systems and directed to an education change and reconstruction of structure for management of education.

Key words: strategy, decentralization, modernization, managerial functions

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

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

ВЪВЕДЕНИЕ

Децентрализацията се използва за елиминироване на негативните страни на прекалено централизираните и бюрократизирани образователни системи. Чрез нея се постига намаляване на бюрократичния централен контрол и заменянето му с контрол на местно ниво; прехвърляне на управленски функции от централното към местното управленско равнище на образователната система, с което вземането на решения се приближава до техните изпълнители; разширяват се възможностите за участие във вземането на управленски решения от страна на представителите на родителите, учителите, местната общност, увеличават се мобилността на образователната система и гъвкавостта на учебния план и учебните програми; училището се приближава до потребителите на образователни услуги – родители и местна общност.

Друг аспект на децентрализацията в контекста на икономика на образованието е стратегия, насочена към намаляване на общите разходи за образование, чрез намаляване на разходите за централната бюрокрация; прехвърляне на отговорностите по управлението на финансовите ресурси върху местните власти и частни лица; мобилизиране на ресурсите за образование чрез увеличаване на източниците на финансиране на учебните заведения, децентрализиране на контрола върху изразходване на средствата за образование.

Децентрализацията е във връзка с другия важен принцип за функциониране на управленските структури – централизацията. В този смисъл трябва да се търси определен баланс между централизация и децентрализация, основан на традициите в образователната система, на реалностите, свързани с географските особености, общественно-политическия живот, икономиката на дадена страна.

ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯТА В УЧИЛИЩАТА

В Националната програма за развитие на училищното образование и предучилищното възпитание и подготовка понятието “делегиране” се обвързва едновременно с децентрализация на управлението и финансова децентрализация (система за финансиране, стимулираща развитието). Системата на децентрализация на управлението включва следните направления:

– Назначаване и освобождаване на директори (решаваща роля в процеса на назначаване и освобождаване на директорите на училища да има местната общност – представители на родителите, на учителите, на местната власт, като това става възможно само при условие, че на всички училища са предоставени делегирани бюджети).

– Откриване и закриване на училища (по отношение на общинските училища местните власти следва да имат по-големи правомощия, свързани с тяхното откриване и закриване, при запазване на възможността за контрол за законосъобразност от страна на Министерството на образованието и науката, като съчетаването на това правомощие с определени финансови стимули създава у местните власти интерес да поддържат и инвестират в училища, които обучават достатъчен брой деца и използват оптимален брой квалифициран преподавателски състав, т.е. да поддържат оптимизирана училищна мрежа).

– Определяне на броя и видовете професионални и специални училища (преминаване на професионалните училища на общинско финансиране, като на местните власти поетапно бъдат предоставени правомощия по отношение определянето на броя и видовете професионални и специални училища. Това нерядко са училища с регионално значение и правомощието се осъществява, съгласувано със съответните органи на областно ниво. Така мрежата на професионалните училища ще бъде изградена в съответствие със специфичните социално-икономически характеристики на отделните региони. Само определен брой професионални и специални училища, които са с особено значение в национален план, ще продължат да бъдат държавни).

– Промени в статута на директора (промения, които от една страна, да създадат гаранции, че той притежава необходимите управленски знания и умения, а от друга – да осигурят механизми за

осъществяване на контрол върху неговата дейност).

Въвеждането на финансова децентрализация предполага предоставяне на правомощия, свързани със съставянето и изпълнението на бюджета на училищата (делегирани бюджети), с цел да се управляват законосъобразно и икономически целесъобразно.

– Въвеждане на системата на делегирани бюджети във всички училища (цялостното въвеждане на концепцията за делегирани бюджети) предполага: ясно разпределение на отговорностите между трите нива на управление – централно, местно и училищно, тъй като системата на делегирани бюджети изисква стандартите да бъдат сведени до ниво училище и едновременно с това са налице естествени неравенства между различните училища в рамките на една община, които само местните власти могат да отчетат и да компенсират. Това налага да се намери съотношението между частта от стандартите, която ще бъде сведена до ниво училище, и частта, която ще се разпределя от общините. Би следвало максимално голям процент от средствата да достигат до ниво училище, като се запази минимален процент, в рамките на който общините да могат да компенсират неравенствата – преминаване на по-голямата част от държавните училища на финансиране чрез общинските бюджети – промяна в модела на регулиране на труда, т.е. на директорите на училища би следвало да се осигури възможност в известни граници да избират между повече преподаватели с по-ниски възнаграждения и по-малко преподаватели с по-високи възнаграждения, като се създава възможност на училището да използва по-гъвкаво два от компонентите, които определят числеността на преподавателския състав – запълване на паралелка (съответно броя на паралелките) и преподавателска натовареност – засилване на правомощията на училищните настоятелства чрез осигуряване на възможност да участват в подготовката на делегирания бюджет на училището и в контрола по изпълнението му, както и създаване на училищни съвети, на които се предоставят и финансови компетенции.

– Въвеждане на финансови стимули за ефективно управление и по-високо качество на образователния процес – онези училища, които отговарят на определени качествени и количествени характеристики, като липса на маломерни па-

ралелки, оптимално запълване на паралелките, оптимизирана структура и състав на персонала, широко използване на нови методи в преподаването, развитие на извънкласната и извънучилищната дейност и други, са допълнително финансово стимулирани.

– Въвеждане на единен стандарт за финансиране на обучението (Министерство на образованието и науката, съвместно с експерти от Министерство на финансите, Световната банка и Националното сдружение на общините в Република България, по изработен модел на единния стандарт – обединяване на разходите за персонал и за издръжка, свързани с обучението на един ученик, както и на диференциращ механизъм, който да неутрализира негативните ефекти от въвеждането му).

Утвърждава се програмното финансиране на системата чрез прилагане на нови програми, по които училищата на проектен принцип могат да получават финансиране, като в същото време продължава изпълнението на Националната стратегия за въвеждане на информационни и компютърни технологии в българските училища, на Националната програма за по-пълно обхващане на учениците в задължителна училищна възраст и на Програмата за енергийна ефективност.

– Въвеждане на система за диференцирано заплащане на учителите (в средата на 2007 година е въведена система за диференцирано заплащане на труда в системата на училищното образование).

ЕТАПИ ПРИ ВЪВЕЖДАНЕ НА СИСТЕМАТА

Промяна в статута на училищата – по-голямата финансова автономия става възможна с предоставянето на нов статут на училищата като второстепенни разпоредители с бюджетни средства и едновременно със запазване на реализираните приходи и икономии, вместо превеждане на общината. Те получават правото да разкриват собствени банкови сметки, да водят самостоятелно счетоводство, да провеждат процедури по закона за обществените поръчки, да се разпореждат със собственото си имущество (да отдават под наем помещения и други). Спестените средства по дадено перо могат да се изразходват по друго, тоест училищата имат право да пренасочват пари в за-

висимост от приоритетите си (навсякъде, където може, се прехвърлят спомагателните дейности от заети щатни бройки към заети на почасова работа или абонаментна поддръжка от фирми – за счетоводни дейности, почистване, поддръжка и ремонт и други. Следвайки насоки от Министерство на финансите, училищата може да намаляват щатните бройки и прехвърлят част от преподавателската дейност на хора, заети на непълен работен ден в училището, като спестените средства остават на разположение на училището).

Степен на автономност – едно от трудните решения е степента на финансова автономност, която се даде на училищата. Не всички общини се решават да прехвърлят на директорите всички правомощия, свързани с финансите. Така например някои общини предпочитат сами да управляват средствата за капиталови разходи – основни ремонти и закупуване на дълготрайни материални активи, вместо да предоставят това право на директорите. Местните власти предпочитат централизирано да управляват и средствата за покриване на пътните разходи на учениците и учителите, наличните суми за организиране на училищни състезания, разходите за поддържане на здравни кабинети.

Формули за разпределение на общите средства по училища – сериозен плюс при прилагането на обща формула за определяне на субсидията е възможността за залагане на приоритети (например въвеждане на по-голям коефициент на финансиране на един ученик в гимназия спрямо едно дете, записано в начален или прогимназиален курс). Разлика може да има и във финансирането на нормални или профилирани паралелки, като за децата в профилирани паралелки се заделят повече средства.

Механизъм за въвеждане на системата – решението за преминаване към делегирани бюджети се взема от общинския съвет. В него се уточняват видовете разходи, които се прехвърлят за управление на училищата, формулата, по която се разпределят тези средства между директорите, правото на общината да спира финансирането при нарушаване на финансовата дисциплина. Общинските съвети обикновено задължават кметовете да сключат договори с директорите на училищата, в които изрично да бъдат дефинирани правата и задълженията на двете страни (например задължава се общината да превежда

до определена дата от месеца субсидиите за делегираните на училищата дейности; директорите пък от своя страна до 3-то число на всеки месец следва да внасят отчет за касовото изпълнение на бюджета; урежда се и въпросът за ползването на фонд «Резервен» и други). Фонд «Резервен» заделят всички общини, въвели делегирани бюджети, като средствата в него варират от 3 до 10% от общия бюджет за образование. Парите са за покриване на непредвидени разходи или за текущо балансиране на евентуални разлики между приходи и разходи. Статистиката показва, че общини, въвели делегирани бюджети, са по-склонни да заделят допълнителни средства от собствените си приходи за образование над получената от държавата субсидия.

Библиография

1. Христосков Й. Социално осигуряване. УИ „Паисий Хилендарски“, 2018.
2. Вълков Вл. Същност и принципи на социалното осигуряване. Сборник доклади от международна научна конференция на тема: „Глобализъм, регионализъм и сигурност“, 19-21.09.2013 г., ИК УНСС, 347-351.
3. Борисова М, Добрилова П. Информираност при медицинските сестри за повишаване на здравната култура сред пациенти с доброкачествена простатна хиперплазия. Сестринско дело, 2018, 50(3), 17-22.
4. Икономиката в променящия се свят: национални, регионални и глобални измерения. Сборник с доклади от международна научна конференция. Наука и икономика, 2015, 1.
5. Борисова М. Качество на живот при мъже с доброкачествена простатна хиперплазия. Sci Tehnol, 2017, 7(1): Medical Biology Studies, Clinical Studies, Social Medicine And Health Care.
6. Кончугов А. Социално обезпечение и социална защита: Некоторые вопросы теории и практики. Власть, 04, 2017.
7. Маринов Л, Аспарухова П, Янкова Г. Динамика на живото на емпатия в процеса на обучение на студенти от специалност – медицинска сестра. Управление и образование, 2015, 11(5), 134-140.
8. Балкански П. Училищен мениджмънт. С., 2001.
9. Балкански П, Колев Й, Георгиева В, Шехова М. Управление на училището. История, теория и перспективи, Благоевград, 2006.

КОНТРОЛЪТ В УПРАВЛЕНИЕТО НА СОЦИАЛНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИТЕ ИНСТИТУЦИИ

И. Грозданов

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

CONTROL IN THE MANAGEMENT OF SOCIAL PEDAGOGICAL CENTERS

Iv. Grozdanov

Chair of Organization and Methodology of Social Activities, Affiliate Vratsa, Sveti Sveti Kiril i Metodiy University – Veliko Tarnovo, Territorial Division of National Insurance Institute – Vratsa

Abstract. Organization and management of social pedagogical centers is a social science that explores the problems of management in these centers of education system, in which not only a pedagogical but also social activity takes place. Management is the process of planning, organization, motivation and control, which are required for the formation and achievement of the goals of an organization. The management of social pedagogical centers is intended to the creation, functioning, improvement and development of social pedagogical work as an integration resource. The intended purpose of the management of social pedagogical work is to warrant organization and purposefulness of functioning and development of social pedagogical work, and correcting influence to realize the goals of an organization is achieved through control.

Key words: governance, management, preventive corrective activity

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

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

ВЪВЕДЕНИЕ

Институцията е учреждение, което извършва определена дейност по създаването на материали и духовни блага, по обслужването на хората при задоволяването на техните потребности, по образованието и възпитанието на подрастващите, по управлението на обществото. В тези институции съществуват и се развиват специфични педагогически процеси като възпитание, превъзпитание, обучение, превантивно-корекционна дейност. Наличието на тези педагогически процеси се определя, от една страна, от факта, че тези институции работят с деца и са пряко отговорни за тяхното развитие и формиране като личности. От друга страна, без ефективното и качествено

осъществяване на възпитанието, обучението, превенцията и корекцията в поведението и съзнанието на личността на детето, процесите на социализация и социална адаптация не могат да бъдат реализирани или са значително затруднени. Социално-педагогическите заведения са организации, които се грижат децата да получават своите законно установени и регламентирани права, съгласно Конвенцията за правата на детето и българското законодателство, а именно правото на националност, идентичност, живот, свобода на изразяване, сдружение, достъп до информация, защита срещу експлоатация, образование, здравна защита и социално осигуряване, свободно участие в културния живот.

Основната задача на социално-педагогическите институции е да закрилят децата и семействата, да им предоставят физическа и духовна защита (осигуряване на подслон, храна, т.е. задоволяване на базисните потребности за живот, а възпитателите и социалните работници се грижат за възпитанието, отглеждането и образованието на децата), да подкрепят младите и неукрепнали майки при отглеждането и възпитанието на децата. С това се цели осъществяването на адекватна и своевременно подкрепа на майката и семейството за преодоляване изоставянето на децата в специализирани институции като домове за деца.

Особено важно за управлението на социално-педагогическата организация е контролната функция. Организационната система за контрол се разглежда в два аспекта: мотивация на служителите за реализиране на целите и изискване към служителите за определено поведение. Контролът се изразява в събирането на информация за характеристиките и поведението на контролираните обекти и сравняването с образи, съответстващи на целите на управлението на социално-педагогическите организации. Контролът е механизъм, чрез който се осъществява обратна връзка с изпълнителните кадри, които работят в социално-педагогическите организации. Чрез наблюдението и проверката се събира информация за поведение на управлявания обект, която служи като основа за коригиране в случаите, когато се налага управленското въздействие. Процесът на контролиране включва: установяване на стандарти, измерване на фактически постигнатите резултати и коригиращи решения в случая, когато резултатите се разминават от установените стандарти.

Социалната функция на контрола е запазването на равновесието в системата. Оперативно въздействието на контрола се изразява в прилагането на мерки за преодоляване на отклоненията от зададените параметри и модели на поведение. Предназначението на контролната функция е да установява степента на ефект на въздействие и да преценява качеството на решението, на изпълнението или на управлението. Контролът е дейност, която съдържа оценъчен елемент.

Контролът има санкциониращ характер. При резултатна контролна дейност и установени недостатъци, нарушения или други отрицателни прояви в дейността могат да бъдат налагани

санкции на провинилите се лица или организации. Контролът над работата на местните комитети за борба срещу противообществените прояви на малолетни и непълнолетни деца се извършва от Централната комисия за БППМН.

Контролът се прилага и с профилактична цел за работещите в социално-педагогическите институции. Превантивният му характер се състои в това, че той предпазва от пропуски.

Корекционно-възпитателната дейност е ядрото на комплекса от три водещи функции на интернатите, заедно с вторичната превенция. Те се разгръщат в четири основни направления на работа: общообразователна подготовка, помощ в самоподготовката, професионална квалификация и организация на свободното време, за чието осъществяване се организират училищно и професионално обучение, индивидуални и групови дейности за развитие на способности и придобиване на уменията. Провеждат се от възпитатели, психолог и учители в собствените за интерната обществени, училище, работилници, помощни стопанства, както и частично, при определени условия – извън него.

Библиография

1. Христосков Й. Социално осигуряване. УИ „Паисий Хилендарски“, 2018.
2. Кацаров И. Теория на общественото осигуряване, част I. Общественото осигуряване в неговата цялост. Свищов, 1967.
3. Борисова М. Здравна информираност при пациенти с доброкачествена простатна хиперплазия. *Sci Tehnol*, 2016, 6(1).
4. Маринов Л, Добрилова П. Проучване дейностите на медицинските сестри при осъществяване на здравни грижи при болни с артериална хипертония. Сборник доклади от трета научна конференция с международно участие „Медико-социални аспекти в здравните грижи“, Враца, 28 ноември 2019, ЦМБ, МУ – София, 2020, 70-74. Достъпно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1741>
5. Борисова М. Качество на живот при мъже с доброкачествена простатна хиперплазия. *Sci Tehnol*, 2017, 7(1).
6. Белозеров С, Кузнецова Н, Архипов А и др. Страхование и управление рисковете: проблеми и перспективи. Проспект, 2017.
7. Филипова Н. Образователна администрация и управление на образованието – традиции и иновации. ЮЗУ „Н. Рилски“, Благоевград.
8. Цоков Г. Управлението на училищната организация в информационното общество. УИ „Паисий Хилендарски“, Пловдив, 2011.

СЪЩНОСТ И ОСОБЕНОСТИ НА СОЦИАЛНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИТЕ ИНСТИТУЦИИ

Ив. Грозданов

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

THE NATURE AND FEATURES OF SOCIAL PEDAGOGICAL CENTERS

Iv. Grozdanov

Chair of Organization and Methodology of Social Activities, Affiliate Vratsa, Sveti Sveti Kiril i Metodiy
University – Veliko Tarnovo, Territorial Division of National Insurance Institute – Vratsa

Abstract. The establishment of specialized children centers in our country is aimed to satisfy the social needs of a social support, education and training of children with temporary or permanent deviations from the normal physical, emotional, intellectual and social development. The specific functions of these centers result from the specific needs of different categories of children. Their organization is based on the principles of residential or semi-residential cares and the majority of them function during the whole year ensuring the continuity of the educational and socialization process. Their establishment is prompted by the objective need for the completion of these processes under a more continuous social and pedagogical monitoring, guidance and cares combined with specific social mitigations.

Key words: social support, care, corrective educational activity

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

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

ВЪВЕДЕНИЕ

Социално-педагогическите интернати осъществяват превантивни и ресоциализиращи функции. Те са държавни училища за малолетни над 7-годишна възраст и непълнолетни, които нямат подходящи условия за живот в семейството или са лишени от родителски грижи и надзор. Тези деца са извършили или съществуват предпоставки за извършване на противообществени прояви; деца от нездравни семейства (родители алкохолици или с аморални прояви); деца, живеещи в лоши битови условия; деца, чиито родители не полагат грижи за тяхното възпитание и развитие; деца, чиито родители по обективни причини отсъстват продължително време от семейството.

Тези специализирани заведения с целодневна организация на учебно-възпитателната работа с децата се нуждаят от по-системни грижи за правилното им обучение, възпитание и развитие.

Учениците живеят в общежитията на интерната. За времето на пребиваването им се осигуряват храна, облекло, медикаменти, учебници и учебни помагала. Създават се условия за завършване на основно образование и придобиване на професионална квалификация за тези деца, трудни за обучение и възпитание.

В социално-педагогическите интернати се провежда индивидуална и колективна превантивна и корекционно-възпитателна дейност за преодоляване влиянието на рисковите фактори в развитието на децата. Обучението се осъществя-

ва съобразно типов учебен план на социално-педагогическите интернати, утвърден от министъра на образованието и науката. Учениците имат възможност да придобият професионална квалификация. Тя се осъществява по учебни планове за професионално обучение, съобразени с условията в социално-педагогическите интернати. Организацията на обучението и придобиването на професионална подготовка се осъществява съгласно Закона за народната просвета, Правилника за прилагане на Закона за народната просвета, Закона за степента на образование, общообразователния минимум и учебния план и Закона за професионалното образование и обучение.

В социално-педагогическите интернати се настаняват две групи ученици. В първата група са ученици, извършили противообществени прояви, а във втората – ученици, при които съществуват предпоставки за извършване на противообществени прояви, деца от рискова социална среда.

Важно е да се знае, че само показателят материални затруднения в семейството, не е достатъчно условие за приема на ученик в подобен род интернат. Друга група деца, които не могат да се настанят в социално-педагогически интернат са лица с тежки хронични заболявания, както и с тежки психически и поведенчески разстройства (шизофрения, чести епилептични припадъци), поради затруднението, което заболяванията създават за вписване в общността на обучаваните деца и необходимостта от специализирани грижи при тях.

Настаняването в социално-педагогическите интернати се осъществява с решение на местните комисии за борба срещу противообществените прояви на малолетните и непълнолетните, районните съдилища, районните прокуратури. Предложенията за настаняване на ученици в социално-педагогически интернат могат да се правят от различни институции, обществени формирания и граждани: инспекторите на детските педагогически стаи, домовете за временно настаняване на малолетни и непълнолетни, общинските/районните служби за социално подпомагане към общинските съвети, съветите за социална превенция, приютите за безнадзорни деца, училищните комисии за борба срещу противообществените прояви на малолетните и непълнолетните; по искане на единия от родителите или настойника в случаите, когато учениците са в среда с предпоставки за извършване на противообществени прояви или ня-

мат подходящи условия за живот и са лишени от родителски грижи и контрол. Целта на социално-педагогическите интернати е да предпазят детето от криминогенна среда.

В социално-педагогическия интернат се полагат усилия за поддържане на връзка между семейството или членове от него, настойника и други лица, упълномощени да се грижат за детето, като децата се освобождават през почивните дни и ваканциите по реда, определен с Правилника за вътрешния ред на училището при спазване на изискванията. Разрешението трябва да е и по преценка на директора. Освобождаването на учениците от социално-педагогическия интернат става, като те се вземат лично от родителя или настойника или от нотариално упълномощено от тях лице.

Социално-психологическият климат в тези интернати е подходящ за нормален живот, с близки условия до семейството и готовност за осъществяване на възпитателния процес с учениците. Възпитаниците бягат значително по-рядко, за по-кратко време и сами се връщат в интерната. Причините за бягствата са свързани с трудностите в адаптацията. Чести са връзки с криминогенна среда, липса на нагласа за учене, наличие на отрицателни навици. В някои случаи бягствата са резултат на лоши взаимоотношения в училището – конфликти и сбиване между ученици, използване на неподходящи методи и средства при взаимодействия с учениците. При бягствата част от учениците извършват противообществени прояви, най-често кражби, а в отделни случаи – грабежи и проституция.

Преобладаващата част от социално-педагогическите интернати разполагат с необходимите педагогически екипи. Учителите и възпитателите в тези заведения са с добър педагогически опит и положителна мотивация за работа. Те насърчават инициативността; разнообразяват извънкласната и извънучилищната дейност; диференцират груповата работа по интереси; включват всички ученици в дейности съобразно интересите им; издирват, поощряват и подкрепят талантливи ученици.

Все още повече от половината кадри са с недостатъчна квалификация. Понякога липсата на социално-педагогическа подготовка усложнява проблемите в превантивното заведение. Трудните условия се отразяват на превантивно-възпитателната дейност. Интернатите са отдалечени от големите градове, педагозите всекидневно

пътуват. Социално-педагогическата дейност е с проблемни деца, като при тях се носи по-голяма отговорност, отколкото при учениците в масовите училища. Допълнителното възнаграждение е крайно недостатъчно и не играе стимулираща роля за професионално усъвършенстване. Посочените фактори са главната причина за несполуките в кадровата политика в тези заведения.

Перспективите пред специализираните институции са пряко обвързани с политиката на т.нар. деинституционализация, засилена след влизането на България в Европейския съюз. Тоталното премахване на специализираните институции за деца е нереалистично поради спецификата на проблемите на различните групи деца, за много от които грижата в институция са оказва най-адекватна, и наличието на такива и в останалите европейски страни го доказва. Претенциите за промяна по отношение на формалните и съдържателните им характеристики обаче остават валидни. В областта на социалната дейност е наложително функциониране във всяка институция от интернатен тип на социален работник, който в сътрудничество с персонала в институцията и специалистите извън нея да помага за решаването на медико-социалните и социално-педагогическите проблеми на настанените деца.

Библиография

1. Маринов Л, Добрилова П. Проучване на рисковите фактори при пациенти с артериална хипертония. Сборник доклади от Юбилейна научна конференция с международно участие „Образование, наука и иновации в здравните грижи“ 30.11-01.12.2017. Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, Враца. ЦМБ, МУ – София, 2017, 91-94. Достъпно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1340>.
2. Ценова Б. Управление на стреса и здравето на работното място – перспективи на методологията Солве. Българско списание за обществено здраве, том 5, кн. 1.
3. Borisova M, Dimitrova M. Health Of Male Reproductive System, Medicus. Int Med Sci J, 2018, 21(3), 62-65.
4. Адриановская Т. Право социалного обеспечения. Институт пособий и компенсационных выплат, Юнити-дана, 2015.
5. Борисова М, Добрилова П. Информираност при медицинските сестри за повишаване на здравната култура сред пациенти с доброкачествена простатна хиперплазия, Сестринско дело, 2018, 50(3), 17-22.
6. Маринов Л, Аспарухова П. Комуникацията в сестринските грижи през погледа на студентите. Медицински форум, МУ – Варна, 2014.
7. Павлов Н, Георгиев З. Организация и управление на социалното осигуряване. София, Торнадо, 2001.
8. Белозеров С, Кузнецова Н, Архипов А и др. Страхование и управление рискоми: проблеми и перспективи. Проспект, 2017.
9. Ангелова Л, Ангелов Б. Основи на педагогическата компетентност. С., 2006.
10. Балкански П. Училищен мениджмънт. С., 2001.

УПРАВЛЕНИЕ НА ОБРАЗОВАНИЕТО И УЧИЛИЩНА АДМИНИСТРАЦИЯ

Ив. Грозданов

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

MANAGEMENT OF EDUCATION AND SCHOOL ADMINISTRATION

Iv. Grozdanov

Chair of Organization and Methodology of Social Activities, Affiliate Vratsa, Sveti Sveti Kiril i Metodiy
University – Veliko Tarnovo, Territorial Division of National Insurance Institute – Vratsa

Abstract. The management of education as a process and activity is an ingredient of social management, in the center of which is the man. Managerial activity is directly or indirectly targeted to the man, social unions and groups and relative authorities and activities. The main purpose of education and training is the purposeful guidance of the development and formation of a person. Management of educational process and activity needs to know social laws and the psychological and pedagogical regularities in the development of a person. Management as a social practice is originated and developed together with human society. In different historical periods, it changes its nature, characteristics and means for influence.

Key words: governance, management, qualities, skills

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

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

ВЪВЕДЕНИЕ

Управлението в сферата на образованието протича едновременно на няколко равнища, три от които имат решаващо значение:

- Държавно управление – осъществява се от държавната административна система, от централните органи на законодателната и изпълнителната власт;
- Териториално управление – осъществява се от териториална областна, общинска или градска административна система;
- Вътрешноучилищно управление – осъществява се от директорите на съответните образователни институции, подпомагани от училищни колегиални органи на управление. То се структурира на три равнища: висше (директорът), средно

(помощник-директорите) и техническо (ръководители на различни колективни органи и класни ръководители).

Между тези три паралелни управленски равнища се установяват сложни въздействия, взаимодействия и отношения, различни по обхват, цели, интереси, регулирани и саморегулирани на принципа на йерархията, централизацията, децентрализацията, координацията, интеграцията, автономията.

Тяхното управление се концентрира в три зони: интереси, приоритетни цели и инструментални средства, които взаимно се пресичат и допълват. Нормалните отношения са взаимен контрол и регулация, партньорство и сътрудничество, добронамерен и конструктивен диалог, вземане на приемливи и удовлетворяващи решения за трите страни.

УЧИЛИЩЕТО КАТО СОЦИАЛНА ОРГАНИЗАЦИЯ И ОБЕКТ НА УПРАВЛЕНИЕ

Училището е организация, общност на учители, ученици и обслужващ персонал, обединена от обща цел и използваща съответни ресурси в дейността си. Училището е основна организационна единица в системата на образованието, институционализирана организация, за нормалното функциониране на която се грижат редица държавно-правни регламентации.

УЧИЛИЩНИЯТ РЪКОВОДИТЕЛ – ЛИДЕР, АГЕНТ И МЕНИДЖЪР НА ПРОМЯНАТА

Агентът на промяната е носител и изразител на лидерско мнение и качества на лидер. Мениджърът на промяната е всяко лице, притежаващо власт и отговарящо за ефективността и дейностите на организацията. Всички директори на образователни институции са мениджъри на промяната. Тези директори, които следят за нови идеи и опити, интегрират ги в практиката си, разпространяват ги сред колегите си, са агенти на промяната.

Ролята на директора в образователната сфера нарасна и включва изключително много професионални задачи и компетенции. Директорите носят отговорността за подобряване на процеса на преподаване и учене и на резултатите от него. От тях се очаква да могат да прогнозира образованието на различни равнища, да ръководят обучението и изработването на учебни планове, да бъдат експерти в оценяването, да поддържат дисциплина сред персонала и учениците, да създават екипи, да изграждат и развиват училищната общност, да бъдат експерти във връзките с обществеността и комуникациите, да анализират и разпределят бюджета, да създават благоприятна работна среда, да водят преговори, да административират специални програми, да спазват законовите разпоредби, споразумения, договори. От директорите се очаква да обслужват често противоречащите интереси на ученици, родители, учители, областни и общински власти, професионални съюзи и неправителствени организации, агенции и сдружения. В резултат на това много учени и практикуващи директори твърдят,

че изискванията към длъжността далеч надхвърлят разумния капацитет на всяка личност. Изискванията към длъжността са променени така, че традиционните методи за подготовка на администратори вече не са адекватни да отговорят на предизвикателствата.

Основна грижа на образователния мениджър е осигуряване на ефективен учебен процес, който да гарантира успешна работа на преподавателите и високи резултати, постигнати от учащите.

Към съвременните ръководители на образователни институции основателно се предявяват следните изисквания: професионална пригодност; делови качества и организаторски умения; личностни качества. От изключително значение са интелектуалните и аналитичните способности на ръководителя, физическото и психическото му здраве, устойчивата психика, характерът, умението за самоконтрол, отношението към живота, лидерските му качества и авторитет, социалната ангажираност.

Ефективното училищно ръководство се счита за ключов фактор за постигане на възможно най-доброто образователно-възпитателно равнище на учениците, затова е много важно да се избират и обучават ефективно работещи училищни мениджъри. Пред институциите, които реализират този процес, стоят изключително важни въпроси: какви качества трябва да притежава добре работещият училищен мениджър; какви дейности следва да включват програмите за обучение на училищни лидери; как да се структурира програмата за обучение; какви стратегии да се прилагат; какви способности и умения следва да се развиват; как да се финансират програмите за обучение.

Образът на съвременния училищен мениджър съчетава все повече характеристики и роли: институционален лидер, професионалист експерт, администратор, финансист, организатор, координатор, стратег, модератор, мотиватор и др. Те налагат потребността от нови методи на подбор и квалификация.

Успешният ръководител – лидер, ясно формулира, разяснява и конкретизира целите и задачите на организацията; генерира идеи, мерки и действия; създава благоприятна среда и възможности за развитие и изява на всеки член на екипа; мотивира, оценява, признава и справедливо стимулира приноса на членовете на екипа.

Библиография

1. Христосков Й. Социално осигуряване (теория, организация, практики). София, ВУЗФ, 2009.
2. Маринов Л. Аспарухова П. Проучване режима на хранене при пациенти с артериална хипертония. Сб. доклади от II научна конференция с международно участие: „Здравето – предизвикателство пред професионалистите по здравни грижи“ – 2018, Враца. e-book, София, ЦМБ, МУ, 2019, 11-15. Достъпно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1627>.
3. Балкански П, Колев Й, Георгиева В и др. Управление на училището. История, теория и перспективи. Благоевград, 2006.
4. Борисова М, Стефанова К, Джиганска Цв. Здравна култура сред мъже с доброкачествена простатна хиперплазия. Сб. доклади от Юбилейна научна конференция с международно участие. „Образование, наука и иновации в здравните грижи“ – 2017, Враца. e-book, София, ЦМБ, МУ, 2017, 78-82. Достъпно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1340>
5. Белозеров С, Кузнецова Н, Архипов А и др. Страхование и управление рисковете: проблеми и перспективи. Проспект, 2017.
6. Борисова М, Добрилова П. Информираност при медицинските сестри за повишаване на здравната култура сред пациенти с доброкачествена простатна хиперплазия. Сестринско дело, 2018,50(3), 17-22.
7. Национален център за информация и документация. Стандарти за директорска правоспособност в училищното образование. Аналитичен обзор.
8. Филипова Н. Образователна администрация и управление на образованието – традиции и иновации. ЮЗУ „Н. Рилски“ – Благоевград.
9. Балкански, П. Училищен мениджмънт, С., 2001.



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ЦЕНТРАЛНА МЕДИЦИНСКА БИБЛИОТЕКА

Отдел Научна медицинска информация

предлага:

- ↪ езикова редакция и корекция
- ↪ форматиране (страниране)
- ↪ художествено и техническо оформление

на медицински текстове



1431 София
бул. "Св. Георги Софийски" № 1
☎ 02 952 23 93
e-mail: i_miteva@cml.mu-sofia.bg
<http://cml.mu-sofia.bg>

РОЛЯТА И МЯСТОТО НА ВЪЗПИТАТЕЛНИТЕ УЧИЛИЩА В СОЦИАЛНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИТЕ ИНТЕРНАТИ

Ив. Грозданов

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

THE ROLE AND PLACE OF EDUCATIONAL SCHOOLS IN SOCIAL PEDAGOGICAL RESIDENTIAL HOMES

Iv. Grozdanov

Chair of Organization and Methodology of Social Activities, Affiliate Vratsa, Sveti Sveti Kiril i Metodiy
University – Veliko Tarnovo, Territorial Division of National Insurance Institute – Vratsa

Abstract. If any individual or social benefits can be searched in the institutionalization of children in care centers, then educational school-residential homes and social-pedagogical residential homes are among the facilities, for which the presence of a similar benefit can be questioned at a highest degree. The main question is: How the government takes care of these children and do the children and the government itself have a benefit from the maintenance of similar facilities? In a close relation to this question is another question: Are there effective alternatives of these facilities from both the corrective educational and household points of view? The answers of these questions are barely achievable. The answers of a number of further questions are intertwined in the former: How the government plans to struggle with the social preconditions of criminality in general? How the government tries to integrate marginalized social strata and incorporate certain ethnic minorities? What is the government policy toward values education? What other sources of values education are present in the Bulgarian society and to what extent they are viable?

Key words: educational approaches, deficits, measure, prevention policy

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

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

ВЪВЕДЕНИЕ

Основни нормативни актове, с които се регулира дейността на възпитателните училища-интернати и социално-педагогическите интернати, са Законът за борба с противообществените прояви на малолетните и непълнолетните (с много изменения и допълнения) и Правилникът за устройството и дейността на възпитателните училища-интернати и социално-педагогическите интернати. С тях се уреждат процедурата по настаняването, правомощията на органите по

настаняването и надзора, материалните условия, педагогическата дейност, правата и задълженията на учителите и възпитаниците, изискванията към документацията и медицинското обслужване в тези заведения. В допълнение към тези нормативни актове има няколко други, относими към темата, закони и подзаконовни актове, регулиращи процедурата по настаняването, задачите на Централната комисия за борба с противообществените прояви на малолетните и непълнолетните, образователните стандарти и учебното съдържание във възпитателните училища-интернати и со-

циално-педагогическите интернати, числеността и заплащането на персонала.

Възпитателните училища-интернати и социално-педагогическите интернати са създадени със Закона за борба с противообществените прояви на малолетните и непълнолетните (ЗБППМП). Целта на този закон е „предотвратяването и борбата срещу противообществените прояви на малолетните и непълнолетните и „осигуряване на нормално развитие и възпитание на извършителите ѝ“. Настаняването във възпитателните училища-интернати и социално-педагогическите интернати е една от многото възпитателни мерки, които специално установени от закона органи, местни комисии за борба с противообществените прояви на малолетните и непълнолетните, могат да вземат. Местните комисии са административни органи, действащи като съдебни състави. Те разглеждат деянията на малолетни лица от 8 до 14 години, извършили противообществени прояви, непълнолетни деца на възраст от 14 до 18 години, извършили противообществени прояви или престъпления, но са освободени от наказателна отговорност от Наказателния кодекс и делото е изпратено за разглеждане от местната комисия, или когато непълнолетни са извършили деяния, за които по друг нормативен акт се предвижда налагане на възпитателна мярка по Закона за борба срещу противообществените прояви на малолетните и непълнолетните.

Българският законодател дава възможност, ако съдът прецени, че извършеното деяние не е обществено опасно, срещу непълнолетния да не се образува наказателно производство, а вместо това му бъде наложена възпитателна мярка по Закона за борба срещу противообществените прояви на малолетните и непълнолетните. По този начин законодателството регламентира непълнолетният да не понесе наказателна отговорност, а спрямо него да се прилагат по-ефективни и контролирани възпитателни подходи, с помощта на които той да преосмисли или да преодолее възпитателните си дефицити. Важно е да се уточни, че малолетните лица не носят отговорност по Наказателния кодекс и срещу тях могат и се образуват единствено възпитателни дела, които включват: мъмрене; задължаване за извинение към пострадалия; предупреждение; предаване на родителите или на лицето, което ги замества, със задължение за полагане на особени грижи; поста-

вяне под възпитателен надзор на съответния трудов колектив; поставяне под възпитателен надзор на обществен възпитател; задължаване на непълнолетния да отстрани със свой труд причинената вреда, ако това е в неговите възможности, и задължаване да извърши определена обществено-полезна дейност. ЗБППМП урежда и процедура, по която са настанени по-голяма част от децата във възпитателните училища-интернати и социално-педагогическите интернати. Тази процедура предвижда първоначално разглеждане на делото от местните комисии за борба с противообществените прояви на малолетните и непълнолетните. Най-често двигателите на процедурата са инспекторите от детските педагогически стаи, а понякога и самите директори на интернатите. Решението за настаняването във възпитателните училища-интернати се извършва от районен съдия, който преглежда документите, предоставени от комисията. Друга част от децата са настанени по реда на наказателното производство чрез съд и прокурор. Цялостната процедура по настаняването във възпитателните училища-интернати и социално-педагогическите интернати така, както е законово установена, е сериозен проблем от гледна точка на международно установените стандарти за лишаване от свобода и справедлив процес.

По-голямата част от възпитателните училища-интернати и почти всички социално-педагогически интернати са разположени в малки и през по-голямата част от годината труднодостъпни населени места. Това очевидно се е наложило от целта на настаняването в тях – местоположението им да създава естествени препятствия за напускането на тези заведения. Местоположението обаче на свой ред създава редица сериозни затруднения в тяхното функциониране. Преди всичко това са места, труднодостъпни както за напускане от настанените в тях деца, така и за потенциалните дарители и за инспекции от най-различен вид – образователни, хигиенни, правозащитни.

Неразвитата местна инфраструктура, продължителната икономическа депресия и отдалечеността правят възпитателните училища-интернати и социално-педагогическите интернати непривлекателни и за квалифицираните и мотивирани педагози. Те са в буквалния смисъл на думата „забравени“ места с всички произтичащи от това последствия за материалните условия, качеството на образованието и надзора.

Освен оскъдния държавен бюджет, който се заделя за тези интернати, държавата разчита и на дарения от частни лица, търговски дружества и фондации. Дарителството обаче, и по-специално дарителството за детски заведения, функционира при определени обществени условия и се подчинява на въздействието на социални зависимости, които са неблагоприятни за възпитателните училища-интернати и социално-педагогическите интернати. Разполагането в икономически депресивни региони, отдалечеността от големи градове и не на последно място, нежеланието на донорите да дават пари за „престъпници“, предопределят окаяното финансово положение на тези институции. Лошата хигиена в някои от интернатите представлява сериозен риск за здравето на децата.

Възпитателните дела, организирани от местните комисии за борба срещу противообществените прояви на малолетните и непълнолетните, и направените от тях предложения за налагане на възпитателни мерки трябва да бъдат в синхрон със съвременните тенденции в цялостната система за превенция и корекция на девиантното поведение при децата. Възпитателните дела са силно въздействащ фактор в превантивната политика на държавата по проблемите с детската престъпност. Тази особеност трябва да се използва в съответствие с налаганите в страната световни и европейски стандарти за превенция и корекция на детската престъпност, а така също и с високите морални ценности и традиции на българското общество.

Реализираните различни теоретико-емпирични изследвания и мониторинг доказват, че в социално-педагогическите интернати и възпитателните училища-интернати са осъществени доста промени, и че работещите в институциите се стремят към модернизирание. За да се достигнат максимално добри резултати, е необходимо да се извършат редица промени, за осъществяването на които е наложително да се осъвременят както нормативната, така и материалната база. Необходимо е държавата да провежда единна политика за осъществяване на пълноценна закрила и защита правата на децата. Обществото и в частност работещите в различните видове социално-педагогически заведения са готови да реализират дълго чаканите

промени в системата за превенция и корекция на девиациите сред децата с цел повишаване на тяхната ефективност и издигането на тяхното ниво.

Грижата за децата в България изисква непрестанното преосмисляне на съществуващата законова уредба с цел преодоляване на противоречията с международните стандарти и осигуряване на максимална защита на правата на подрастващите. Принцип в работата на професионално ангажираните с проблемите на децата трябва да бъде насочването на общественото внимание към проблемите на малолетните и непълнолетните. От своя страна обществената грижа трябва да подтиква законодателите да бъдат винаги готови за обсъждане и приемане на законите, които защитават децата и тяхното благоденствие.

Библиография

1. Христосков Й. Осигурителен пазар и осигурителни продукти (теория и практики). София, ВУЗФ, 2010.
2. Национален център за информация и документация. Стандарти за директорска правоспособност в училищното образование. Аналитичен обзор.
3. Борисова М. Качество на живот при мъже с доброкачествена простатна хиперплазия. *Sci Technol*, 2017, 7(1).
4. Маринов Л, Добрилова П. Проучване на рисковите фактори при пациенти с артериална хипертония. Сборник доклади от Юбилейна научна конференция с международно участие „Образование, наука и иновации в здравните грижи“ 30.11-01.12.2017, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, Враца. e-book, Централна медицинска библиотека, МУ – София; 2017, 91-94. Достъпно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1340>.
5. Борисова М, Стефанова К, Джиганска Цв. Здравна култура сред мъже с доброкачествена простатна хиперплазия. Сборник доклади от Юбилейна научна конференция с международно участие „Образование, наука и иновации в здравните грижи“ – Враца. e-book, ЦМБ, МУ – София, 2017, 78-82. Достъпно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/134>
6. Джонев С. Стратегии на ръководителя в междуличностните отношения. С., 1990.
7. Закон за предучилищното и училищното образование.
8. Кръстева А. Иновации в училищното образование. Теоретични и приложни аспекти, Второ допълнително издание, В. Търново 2004.
9. Национален център за информация и документация. Стандарти за директорска правоспособност в училищното образование. Аналитичен обзор.

РОЛЯ НА ФИЗИЧЕСКАТА АКТИВНОСТ ПРЕЗ МЕНОПАУЗАТА

Ал. Здравкова¹, Ж. Геренова²

¹Медицински колеж "Й. Филаратова", МУ – София

²Катедра "Кинези терапия", ФОЗ "Проф. д-р Ц. Воденичаров, дмн", МУ – София

THE ROLE OF PHYSICAL ACTIVITY DURING MENOPAUSE

A. Zdravkova¹, J. Gerenova²

¹Medical College "Yo. Filaretova", MU – Sofia

²Faculty of Public Health "Prof. Ts. Vodenicharov, MD Dsc", MU – Sofia

Abstract. With the improvement of the standard in developed countries, the aging population is growing significantly which places new medical and social requirements. The climacteric period in women is the period of attenuation of ovarian function. Women in menopause have complaints of irregular menstruation, headache, irritability, palpitations, hot flashes. Metabolism is reduced and fat accumulation, relaxation of posture and gait and other signs of aging are observed. In combination with hypodynamics, there are serious complaints and changes in psycho-emotional and physical terms. Many women are searching for alternative methods to reduce the severity of menopausal symptoms. One non-pharmacological treatment is physical activity (PA). **This study aims** to explore the feelings, attitudes, and experiences of women who were experiencing vasomotor menopausal symptoms in relation to three key areas of enquiry: the associations between specific domains (physical activity during leisure time, at work, during transportation and household activities) and menopausal symptoms; the potential for physical activity to improve their quality of life; and to consider women's views about the future implementations of physical activity as a treatment for hot flushes and night sweats. **Material and Methods.** We included 108 women aged 48-55 in the study. All participants were divided in three groups according to physical activity interventions group. The research tools used were the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) to assess physical activity level in four domains and the Bulgarian version of the Menopause Rating Scale (MRS). **Results.** Physical activity was significantly associated with leisure time. Most postmenopausal women had low PA level. **Conclusions.** Physical activity is associated to menopausal symptoms in women. Women with high and moderate PA levels have less severe menopausal symptoms compared to inactive women.

Key words: physical activity, woman, perimenopause

Адрес за кореспонденция: Александара Здравкова, дм, Медицински колеж, МУ – София, e-mail: a.zdravkova@mc.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Alexandra Zdravkova, Medical College "Yo. Filaretova", MU – Sofia, e-mail: a.zdravkova@mc.mu-sofia.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Менопаузата се определя като липса на менструация в продължение на 12 месеца. Това е времето в живота на жената, когато функцията на яйчниците престава. Процесът на менопаузата не настъпва за една нощ, а по-скоро е постепенен процес. Този така наречен перименопаузален преходен период е различно преживяване за всяка жена.

Физическата активност (ФА) намалява някои от неблагоприятните ефекти върху здравето, които често съпътстват менопаузалния преход, като поява на вазомоторни симптоми, увеличаване на теллото и телесните мазнини, намаляване на костната плътност и промени в настроението и соматични симптоми. Физическата активност обикновено се идентифицира с организирани упражнения, тренировки или всякакъв вид физичес-

ка дейност през свободното време. Активната кинезитерапия, прилагана през климактериума, приспособява организма на жената към настъпващите изменения. Тя поддържа тонуса на мускулатурата, забавя отпускането на тъканите и предпазва от затлъстяване [1]. Физическата активност, приложена в перименопаузалния период, подпомага по-бързото приспособяване на организма към новото съотношение на хормоните и ликвидиране на неприятните симптоми [2].

Целта на настоящото проучване е да се изследва влиянието на общата физическа активност (през свободното време, на работа и т.н.) върху съпътстващите симптоми при жени в перименопаузален период.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Участници в изследването

През периода януари–юни 2021 г. са проучени 108 жени в климактеричен период – респонденти в изследователската група. Критериите за включване са възраст 48-55 години; без съпътстващи хронични заболявания и попълнено информирано съгласие за участие в проучването. Изследваните жени разделихме в три групи в зависимост от категорията на физическа активност. Изследването е проведено в МК „Й. Филаретова“, София, и медицински центрове, свързани с извънболничната и профилактичната помощ в София.

Методи

За осъществяване на изследването е използван Международният въпросник за изследване на физическата активност (IPAQ). Целта на въпросника е да предостави общи резултати, които могат да се използват за получаване на международно сравними данни за физическа активност, свързани със здравето. Международните въпросници за физическа активност (IPAQ) се състоят от набор от 4 въпросника. Приложена е кратката форма на IPAQ за три специфични вида дейности. Конкретните видове дейности, които се оценяват, са: ходене, дейности с умерена интензивност и дейности с висока интензивност. Честотата (измерена в дни в седмицата) и продължителността (време на ден) се събират отделно за всеки конкретен вид дейност. Оценяването на IPAQ се основава на показател, наречен MET, който е кратен на скоростта на метаболизма в покой. В зависимост от

сумата на MET точките се предлагат три категории на физическа активност, към които да спадат изследваните лица: ниска, умерена и висока.

– **Въпросник за менопаузата.** Скалата за оценка на менопаузата (MRS) е свързана със здравна скала за качество на живот (HRQoL) и е разработена в отговор на липсата на стандартизирани скали за измерване тежестта на симптомите на стареене и тяхното въздействие върху HRQoL в началото на 90-те години на XX век. Българският въпросник (Bulgarian version of the MRS) включва 11 симптома, свързани с менопаузата, систематизирани в три отделни групи – урогенитални, сомато-вегетативни и психични, с 5 оценки за проява на симптома (от 0 до 4). Към групата с урогенитални симптоми се включват: сексуални проблеми, проблеми с пикочния мехур, вагинална сухота. Към сомато-вегетативната симптоматика: топли вълни или изпотяване, проблеми със сърцето, проблеми със съня, проблеми със стави и мускули, и към групата с психични проблеми – потиснато настроение, раздразнителност, тревожност, психическо и физическо изтощение.

– **Допълнителен въпрос,** зададен към респондентите, е свързан с нагласата им за повишаване на физическата активност с цел намаляване изявата на симптомите.

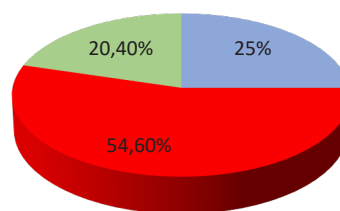
РЕЗУЛТАТИ

Табл. 1 показва тежестта на симптомите на менопаузата за изследваните лица с Bulgarian version of the MRS. Перименопаузалният стадий е значително свързан с общия MRS резултат и поспециално с психическата и сомато-вегетативната симптоматика. По-голям процент от изследваните жени имат силно и много силно изразени сомато-вегетативни симптоми – съответно 40 (37%) и 33 (30,6%), значителен брой жени проявяват силни и много силни психически симптоми – 34 лица (31,5%) и 18 (16,7%). Умерена и слаба проява на урогениталната симптоматика се наблюдава при малко повече от половината изследвани жени – 38 (35,2%) и 18 (16,7%).

Нивата на физическа активност според Международния въпросник за изследване на физическата активност IPAQ са представени на фиг. 1. Физическата активност е значително свързана със свободното време. Повечето жени в перименопауза имат сравнително високо ниво на ФА (59.66%).

Резултатите от изследването за тежестта на протичане на симптомите в предменопаузалния период при жените в отделните групи са представени в табл. 2.

Наблюдават се значителни различия в степента на проява на симптомите от групите на психическите и сомато-вегетативните прояви в различните групи жени, разделени спрямо нивото на физическата им активност.



■ Ниска ФА ■ Умерена ФА ■ Висока ФА

Фиг. 1. Нива на физическа активност

Таблица 1. Резултати от MRS

Психическа симптоматика	Изследвани лица		Урогенитална симптоматика	Изследвани лица		Сомато-вегетативна симптоматика	Изследвани лица	
	п	%		п	%		п	%
Няма	5	2%	Няма	15	13,9%	Няма	3	2,8%
Слаба	21	19,4%	Слаба	18	16,7%	Слаба	10	9,25%
Умерена	30	27,8%	Умерена	38	35,2%	Умерена	20	20,4%
Силна	34	31,5%	Силна	20	18,5%	Силна	40	37%
Много силна	18	16,7%	Много силна	17	15,7%	Много силна	33	30,6%

Таблица 2. Проява на предменопаузалните симптоми според нивото на ФА

Психическа симптоматика	Ниско ниво ФА N = 27		Умерено ниво ФА N = 59		Високо ниво ФА N = 22	
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
Няма	0	0	3	50,8	2	9,1
Слаба	0	0	13	220,3	8	36,4
Умерена	5	18,5	18	30,5	7	31,8
Силна	15	55,6	16	27,1	3	13,6
Много силна	7	25,9	9	15,3	2	9,1
Урогенитална симптоматика						
Няма	2	7,4	8	13,6	5	22,7
Слаба	1	3,7	10	16,9	7	31,8
Умерена	15	55,6	18	30,5	5	22,7
Силна	5	18,5	13	22,03	2	9,1
Много силна	4	14,8	10	16,9	3	13,6
Сомато-вегетативни симптоматика						
Няма	0	0	2	3,4	1	4,5
Слаба	0	0	4	6,8	6	27,3
Умерена	2	7,4	13	22,03	7	31,8
Силна	15	55,6	21	35,6	4	18,2
Много силна	10	37,03	19	32,2	4	18,2

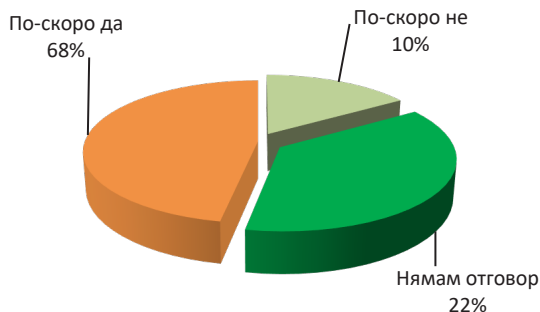
P < 0,01

От таблица 2 е видно, че повече от 80% от жените с ниска ФА определят проявата на психическата симптоматика като силна и много силна, докато в групата на жени с висока ФА по-малко от 23% посочват протичането на симптомите по този начин. В групата с умерена физическа активност над 50% от изследваните посочват протичането на психическите симптоми като умерено или слабо.

Същата взаимовръзка се наблюдава и при групата сомато-вегетативни симптоми, като там около 36% от анкетираните с високо ниво на физическа активност определят протичането на симптомите като силно и много силно. При изследваните жени в групата с умерена ФА под 70% посочват силно и много силно протичане на сомато-вегетативната симптоматика. В групата с ниска ФА повече от 90% проявяват силно и много силно изразени симптоми и 0% посочват липса или слаба проява.

При уро-гениталната симптоматика разликата в определяне на силно и много силно протичане на симптомите в отделните групи не е в значима степен ($p > 0,01$).

Отговор на въпроса „Бихте ли повишили физическата си активност, за да намалите симптомите на менопауза?“ е представен на фиг. 2



Фиг. 2. Бихте ли повишили физическата си активност

Голям процент от запитаните изразяват желание да повишат нивото на физическата си активност в опит да намалат проявата на симптомите в предменопаузалния период.

Изводи

Целта на настоящото проучване бе да открием влияе ли нивото на физическа активност върху проявата на съпътстващите симптоми в предменопаузалния период.

От направеното проучване може да се направи изводът, че най-силно проявени са психическите и сомато-вегетативните симптоми при из-

следваните жени. Урогениталните симптоми или липсват, или са слабо и умерено изразени при по-голяма част от жените в предменопаузален период.

Резултатите от изследването показват, че анкетираните жени в групите с висока и умерена физическа активност определят протичането на психическите и сомато-вегетативните симптоми в най-голяма степен като умерени или слаби, и дори липсващи.

Най-малка зависимост на физическата активност се вижда при урогениталните симптоми.

От допълнително зададения въпрос дали биха повишили нивото на физическата си активност, за да намалат проявата на симптомите в предменопаузалния период, се вижда че 22% от анкетираните отговарят с „не знам“. Това показва недостатъчната информираност за влиянието на физическата активност върху психическото и физическото състояние на организма по време на перименопаузалния период. В бъдеще могат да се дадат препоръки на различни организации, свързани с обществено здраве, за по-доброто информироване на обществото по въпросите за менопаузата и намаляване на симптомите, свързани с нея, чрез нефармацевтични методи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Това проучване разкри, че голяма част от жените са почувствали различни симптоми на менопаузата. Симптоми като горещи вълни, изпотвяване и раздразнение са широко разпространени в перименопаузата.

Високото ниво на физическа активност, независимо от менопаузалния статус, е свързано с по-добро общо благосъстояние, по-специално с по-ниско ниво на вегетативна и соматична проява на симптоми. Увеличаване на нивото на физическата активност и мотивирането на жените да бъдат по-активни на работното място може да бъде препоръчано приоритетно за облекчаване на симптомите.

Библиография

1. Маркова-Старейшинска Г, Димитров Ил. Лечебна физкултура за девойката и жената. София, Мед. и физк., 1990.
2. Манчева Н. Лечебна физкултура. София, 1971.
3. Борисова А-М, Шинков А, Ковачева Р, Буков М. Ендокринология, 2000 (3).

- Петков И. Физическа активност и дълголетие. София, 1985.
- Daley A, MacArthur C, McManus R et al. Factors associated with the use of complementary medicine and non-pharmacological interventions in symptomatic menopausal women. Climacteric, 2006, 9, 336-346.
- Nelson HD, Humphrey LL, Nygren P et al. Postmenopausal hormone replacement therapy, scientific review. JAMA, 2002, 288, 872-881.
- Yu PA, Hsu WH, Kuo LT et al. The effects of high impact exercise intervention on bone mineral density, physical fitness, and quality of life in postmenopausal women with osteopenia: A retrospective cohort study. Medicine, 2019, 98, 11-15.
- Ahsan M, Mallick AK, Singh R et al. Assessment of menopausal symptoms during perimenopause and postmenopause in tertiary care hospital. J Basic Clin Reprod Sci, 2015, 4, 14-19.
- Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International version of the Menopausal Rating Scale (MRS). Health Qual Life Outcomes, 2003, 28, 1-4.
- International Physical Activity Questionnaire. Available <http://www.ipaq.ki.se> (accessed on 21 June 2019).
- https://zeg-berlin.de/wp-content/uploads/2017/01/MRS_Bulgarian.pdf
- <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/patients/patient-information-leaflets/gynaecology/pi-treatment-symptoms-menopause.pdf>.



ПЕДИАТРИЧНИ СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ

*Павлинка Добрилова, Галя Янкова, учебник,
I издание, 2020, ЦМБ, МУ – София*

Авторите на учебника „Педиатрични сестрински грижи“ са дългогодишни преподаватели във Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, към Медицински университет – София, и имат опит в обучението на медицински сестри.

Учебникът е в обем от 184 страници. Обширната библиография показва добро познаване на българската и чуждата литература. Структурата и съдържанието на учебника съответстват на програмата за обучение и практическите умения, които студентите трябва да придобият по време на обучението.

В I част: „Сестрински грижи за родилка и новородено“ от П.

Добрилова, подробно са описани структурата и организацията на неонатологичните отделения. Представени са изискванията за разкриване на клиника, отделение и сектор. Описани са задълженията и дейностите, извършвани от медицинската сестра, включително и в секторите за новородени със специални грижи по отношение хигиена, хранене и др.

Във II част: „Сестрински грижи в педиатрията“ от Г. Янкова са представени физиологичните особености през различните възрастови периоди. Подробно са описани и оценени физическото и нервно-психическото развитие. Храненето е най-важният екзогенен фактор за растежа и развитието. Подчертана е изключителната роля на кърменето и своевременното въвеждане на захранващи храни.

Закаляването, масажът и гимнастиката са важна част от профилактичната педиатрия. Нагледно са представени масажът и гимнастиката. Приложени са схемите за закалителни процедури.

Разгледани са по системи най-честите заболявания в детската възраст. Специално внимание е отделено на сестринските грижи и задачите на медицинската сестра при провеждане на изследвания и манипулации.

Книгата не се разпространява от Централна медицинска библиотека, но е налична за ползване в библиотечния фонд. Вижте в електронния ни каталог.

СТАРЕЕНЕТО КАТО ОБЕКТИВНА ЗАКОНОМЕРНОСТ НА ЕВОЛЮЦИЯТА ВЪВ ФИЛО- И ОНТОГЕНЕЗАТА

Е. Радев¹, Н. Градинарова²

¹Катедра „Превантивна медицина“, ФОЗ, МУ – София

²Катедра „Биоетика“, ФОЗ, МУ – София

AGING AS AN OBJECTIVE LAW OF EVOLUTION IN PHYLOGENY AND ONTOGENESIS

E. Radev¹, N. Gradinarova²

¹Chair of Prevention Medicine, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

²Department of Bioethics, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Abstract. The significance of gerontology from the social point of view is determined by the modern economic and demographic restructuring, by the constantly changing (in connection with this) place of the elderly and old people in the working population and in the family as a whole. It is also largely determined by the specific health, social and spiritual needs of older people. All this tends to show us how important the issue of aging is, not only from a purely altruistic point of view, but also due to the fact that it is in fact an inevitable process with a lethal outcome. Unfortunately, aging and longevity are not sufficiently studied issues in biology and medicine. The aim of the present study is to cover insufficiently studied aspects of the interaction of various and multifaceted social, biological and environmental agents on human development (from a gerontological point of view).

Key words: gerontology, aging, biological age, physiology of aging, ontogenesis, phylogeny

Адрес за кореспонденция: Доц. Емилиан Н. Радев, дм, Катедра „Превантивна медицина“, ФОЗ, МУ – София,
e-mail: e.radev@foz.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Assoc. Prof. Emilian Radev, MD, PhD, Department of Prevention Medicine, Faculty of Public Health,
Medical University – Sofia, e-mail: e.radev@foz.mu-sofia.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

В стремежа да се изучат стареенето и свързаните с него непрекъснати структурни, функционални, химико-физични и други промени от нивото на клетката до тези на цялостния организъм, са възникнали извънредно много теории в биологията и медицината. Историческият опит показва, че борбата за дълголетие не може да получи научни основи, ако не се овладеят механизмите, процесите на регулацията на хомеостазата в тъканите, органите, системите и цялостния организъм, взаимодействието между организма и средата, на генетичната детерминираност на жизнените процеси и въздействието на екологичните за човека,

социално-икономическите и психичните фактори върху стареенето.

Цел

Идентифициране доминантното влияние на група фактори, обуславящи процеса стареене – екзогенни или ендогенни.

Съществуват извънредно голям брой теории за обяснение на процесите на стареенето, макар че много от тях имат само историческо значение. Огромният брой от тези теории възникват в края на XIX и началото на XX век – времето на новите постижения на биологията, физиологията и биохимията. Много от теориите, възникнали в резултат

на целеустремени експериментални, клинични и социологични проучвания, носят белезите на ограниченост поради обстоятелството, че разглеждат едностранчиво процесите на стареенето. Основен недостатък на почти всички теории е това, че не обясняват общите закономерности на развитието и стареенето, а изтъкват определени последици или свързват всички промени в ролята само на определена система. Много често в измененията се търсят причините, а не се оценява стареенето като обективна закономерност на еволюцията във фило- и онтогенезата.

Изходна позиция на привържениците на теориите за изхбяването при стареенето е механистичното идентифициране на промените в организма в резултат на инволюцията и атрофията като основен феномен на остаряването. Този механизъм на постепенно изхбяване се универсализира за живите и неживите системи. Според тях всяка система във времето и пространството в резултат на своята дейност се подлага на изхбяване и се приближава постепенно към своята гибел. На живите системи се приписват свойствата и елементите на машината, която с времето се износва, и това износване е пропорционално на извършената от нея работа. Следва изводът, че и живите системи стареят в резултат на жизнените процеси и че стареенето се ускорява или забавя в зависимост от темпа на тези процеси от живота на клетката, на тъканите и на цялостния организъм. Като ефективен механизъм за противодействие на стареенето се изтъква необходимостта от снижение на нивото на извършената работа. В биологичен аспект безсмъртието на едноклетъчните се вижда в механизмите за възпиране растежа и движението за определено време. Колкото по-висока е биологичната организация, толкова по-малко надеждни стават тези механизми. Организмите не могат да получат нужната почивка и се излагат на износване. Безусловно вярно е, че с времето интензитетът на всички дейности намалява, но привържениците на тази теория не дооценяват най-същественото – обмяната на веществата и високата устойчивост (самообновяването) в клетката във всички етапи на нейното развитие. Би трябвало да се допусне от позициите на механизма в биологията, че най-активните, най-високо организирани клетки живеят най-кратко. Фактите показват обратното – нервните клетки притежават най-съвършените механизми

на обмяна и имат най-голяма продължителност на живот. По време на действие в машината нищо ново не се създава, докато по определението на Фр. Енгелс „Животът е способ на съществуване на белтъчните тела и този способ се състои в постоянното самообновяване на химичните съставни части на тези тела“. Отсъствието на способа за възстановяване на структурните части в машината определя нейното качествено различие от живите системи, което с времето я довежда праволинейно до деградация и пълен разпад.

Колоидохимичните теории обясняват същността на процесите на стареенето с промяната на колоидните разтвори в клетката. По начало всяка колоидна система е под въздействието на промени на перманентното увеличение на размерите на съставните ѝ части. Това явление е необратимо.

Биологичната възраст не може да бъде определена без комплексната характеристика на възрастовите особености, характерни за дадена епоха, етнос, народност, при съответни географски, икономически и здравни условия на съществуване.

Определението на биологичната възраст може да стане обективен критерий за здравното състояние на човека, средство за прогнозиране на неговото стареене. Биологичната възраст дава представа не само за промените при стареенето, но и за темповете на тяхното развитие. Колкото по-голямо е различието между биологичната и календарната възраст на човека, толкова по-стремително протичат процесите на стареене и толкова повече е изразено преждевременното остаряване. Счита се, че има различие между календарната и биологичната възраст при някои заболявания и състояния. Така например биологичната възраст е по-висока от календарната при затлъстяване с 2 години, при захарен диабет с 6 години, при артериална хипертония със 7 години, т.е. при тези заболявания има ускорен темп на остаряване.

Въпреки че средната продължителност на живота се влияе от храненето, заболяванията и инцидентите, от военните конфликти и други фактори на външната среда, максималната продължителност на живота е относително константна величина.

Стареенето е ендегенен разрушителен процес, който приближава смъртта. Стареенето при

човека започва много преди старческата възраст и е закономерно нарастващ, продължителен, многозвенови биологичен разрушителен процес под влияние на екзогенни и ендогенни фактори, водещи до намаляване на приспособителните възможности на организма и до увеличаване вероятността за смърт.

Старееенето е физиологично и преждевременно.

Физиологичното старееене е сложен процес, специфичността на който е свързана с определена последователност и темп на неговото развитие. При физиологичното старееене биологичната и календарната възраст на индивидите съвпадат както по количествени, така и по качествени показатели и признаци.

Под физиологично старееене трябва да се разбира закономерното настъпване и постепенното развитие на възрастовите промени (свързани с видове особености), които ограничават възможностите за адаптация на организма към средата и увеличават вероятността за смърт.

На преждевременното старееене оказват влияние факторите на околната среда и преживените заболявания. Преждевременното старееене може да бъде предизвикано не само от екзогенни, но и от ендогенни фактори. Пример за това може да бъде генетично обособеното ранно старееене. Биологичните промени, свързани със старееенето, се повлияват от наследствените фактори и факторите на средата.

Неблагоприятни фактори (например стресовите ситуации) могат да въздействат на различни звена във веригата на възрастовите промени, могат да ускоряват, да променят или усилват обичайния ход на процесите и по такъв начин да способстват за развитието на преждевременно старееене. Колкото по-значително е това въздействие, толкова повече звена от веригата на възрастовите изменения се намират под влияние на неблагоприятните фактори и условията за развитието на преждевременното старееене стават реалност.

Преждевременното старееене се характеризира с твърде ранно развитие на възрастови изменения или с по-голямата изразителност в един или друг възрастов период. Докато физиологичното старееене е резултат на нормално изчерпване и изтощение, които се развиват постепенно и се изявяват при напредването на възрастта (на-

блюдават се с течение на времето), патологичният феномен, наблюдаван при стари хора, е резултат на заболяване или неблагоприятни, вредни особености на индивидуалния начин на живот.

Възрастовата патология, продължителността на живота и биологичната възраст са триъгълникът на геронтологията и гериатрията.

Теориите, обясняващи процесите на старееене, са многобройни. Най-актуалните от тях са:

Генетична. Теория за програмираното старееене, според която клетките ни още при раждането са вече програмирани да умрат на определена възраст (тоест приема се съществуването на генетичен „часовник“, определящ кога да започне старееенето). Основната идея на тази теория е, че старееенето е резултат от последователност от събития, кодирани в генома и контролирани от генната експресия. Генетична програма определя максималната продължителност на живота. Има и генетично определени различия в максималната продължителност на живота при отделните индивиди. Изказва се предположението, че процесът на старееене е под контрол на ендокринната и нервната система, подобно на този при растежа и съзряването. С теорията за спонтанните хромозомни аберации може да се обяснят високата честота на неоплазмите при възрастни и стари хора или нарушенията в имунитета.

Еволюционна. Старееенето се приема като адаптационен отговор на пренаселеността (прекомерното увеличаване на населението), а подмяната на индивидите в популацията, като благоприятен за еволюцията процес.

Теория за износването, или разрушението (разрушаване чрез износване). Основава се на нарушеното (нарушение в средата) равновесие между енергията за репродукция и поддържането.

Теория за влиянието на външната среда. Неблагоприятните фактори на външната среда могат да ускорят процеса на старееене, но най-често увеличават податливостта към заболявания в старческа възраст и може да са по-важни детерминанти на продължителността на живота от генетичните фактори. Профилактичната медицина се основава на отстраняването на неблагоприятните фактори на външната среда.

Теория на стареещото тяло. Според нея влошаването на функционалното състояние и смъртта са неизбежни. Л. Хейфлик, 1961 г., открива, че соматичните клетки се делят определен брой

пъти. През 1971 г. А. Оловников предполага, че този брой деления е „запрограммиран“, като след всяко делене на клетката и съответното удвояване на ДНК се наблюдава скъсяване на теломерите (краищата на линейните хромозоми). Тяхната дължина зависи от възрастта на човека и при всяко делене ДНК се скъсява.

Теория за апоптозата. Осъвременен вариант (от В. Скулачев) на теорията на А. Вайсман за програмираната смърт. Причината не е в натрупването на вредни частици в организма, а в програмата за апоптоза (клетъчно самоубийство). Когато клетката е в необичайна за нея среда (в рамките на организма), тя се самоубива, но за разлика от некрозата процесът е плавен. В крайна сметка полезната в началото самоликвидация води до стареене с времето.

Биологичното стареене засяга всички живи същества. То е увреждащ процес, който засяга функционирането на клетките, тъканите, органите, съответно целия организъм.

Старостта е заключителен етап на индивидуалното развитие на организма като началото ѝ при човека условно се определя след 75 години – това е така наречената физиологична старост, но трябва да се отбележи, че и при настъпването ѝ може да има запазени умствени и физически сили, определена работоспособност и др. Ускореното развитие и вътрешни фактори водят до преждевременно или патологично стареене.

Проблемът за всеобщия за всички живи същества характер на процесите на стареенето, на явленията старост и смърт е дискуссионен и актуален за съвременната геронтология и възрастовата физиология, биохимията и биофизиката. Съществували са и продължават да съществуват съвършено различни схващания за това през кой период от индивидуалното развитие на организмите и в каква степен се проявяват процесите на

стареенето в неговия тесен и широк аспект, разкрита ли е старостта на всички групи от живия свят, на всички нива от неговата еволюция, дали смъртта е задължителен атрибут на живота. Тези проблеми имат кардинално значение за геронтологията.

Библиография

1. Визев Кр, Визева М, Воденичарова Ал и др. Методология на превенцията на патологичните увреждания в напреднала и старческа възраст. Сборник от 32 НТС на ИНГА „Контакт 2013“, София, Темто, 2013, 33-37.
2. Воденичарова Ал, Жекова В. Политика за защита на личните данни в лечебните заведения. Мед меридиани, 2021, 12(3), 26.
3. Горанова-Спасова Р, Градинарова Н, Пейчева К. Участие на старите хора във взимането на решения за собственото им здраве. 39-та научно-технологична сесия Контакт 2017. Гражданската идея в действие. Сборник статии, София, ТЕМПО, 2017, 89-93.
4. Горанова-Спасова Р, Штерева-Николова Н, Радев Е и др. Хроническа болка как проблема на здравеохранения, Екология. Здравие. Спорт: сборник науч. статей VIII Международной науч. практ. конф. Забайкал. гос. ун-т. Чита, 2019, 2018-224.
5. Пейчева К, Горанова Р, Градинарова Н, Чакърлова Л. Права на човека от гледна точка на право, религия и медицина. Здравна политика и мениджмънт, 2017, 17(4), 53-59.
6. Радев Е, Славчев С. Психически стрес и бърнаут синдром – фактори. Мед меридиани, 2018, 9(1), 40-44.
7. Радев Е, Славчев С. Феноменът стрес в рамките на поведенческия модел „стимул – реакция“. Контакт 2020 (Интердисциплинната идея в действие), 2020, 121.
8. Радев Е, Славчев С. Мениджмънт, дефиниращ качеството на здравните услуги, Контакт 2020 (Интердисциплинната идея в действие), 2020, 127.
9. Савова З, Балканска П, Яцемирская Р. Психосоматичните нарушения като дезадапционна реакция след постъпване в Пансион за възрастни хора. Психосоматична медицина, 1995, 3(2), 41-46.
10. Keith P. Depressive symptoms among younger and older couples. Gerontologist, 1987, 27,605-610.

ИНФОРМИРАНост НА ПАЦИЕНТИТЕ С ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ОТНОСНО ХРАНИТЕЛНИЯ РЕЖИМ

Е. Владимирова, М. Борисова

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

AWARENESS OF CANCER PATIENTS ABOUT DIET

E. Vladimirova, M. Borisova

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

Abstract. Correct nutrition in cancer disease means having information about the right diet. Because both the disease and treatment itself affect the diet – they change the way the body tolerates and absorbs certain foods. Patients with cancer should be well informed about both the side effects of treatment and proper nutrition associated with the supply of the body with the necessary nutrients for a better quality of life.

Key words: oncological diseases, diet, side effects

Адрес за кореспонденция: Ас. Елка Владимирова, дм e.vladimirova@filialvratsa.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Assis. Elka Vladimirova, PhD, e-mail: e.vladimirova@filialvratsa.mu-sofia.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Храненето е важна част от лечението на онкологичното заболяване. Приемането на подходящи храни преди, по време на и след края на лечението е важен фактор, с който пациентът запазва своите сили и комфорта в ежедневието си.

Доброто хранене е от изключително значение при пациенти с онкологични заболявания, защото както болестта, така и самото лечение се отразяват на хранителния режим – променят начина, по който организмът толерира и усвоява някои храни.

Хранителните нужди са различни за всеки човек, особено когато има онкологично заболяване. Правилното хранене по време на лечението ще допринесе за това пациентът да се чувства по-добре, да запази силите и енергията си, да поддържа теглото си и хранителните запаси на организма, ще доведе до по-добро справяне със страничните ефекти от лечението, както и до намален риск от инфекции и по-бързо възстановяване.

Хората имат нужда от протеини за растежа, възстановяването на тъканите и поддържането на имунната система. Когато тялото не получава достатъчно протеини, е възможно то да разгради част от мускулната маса, за да запълни тези нужди. Това може да доведе до по-трудно възстановяване от болестта и да намали устойчивостта към инфекции. След хирургична интервенция, химио- или лъчетерапия е необходимо приемането на повече белтъци, за да се възстановят успешно тъканите и организмът.

Добри източници на белтъци са рибата, птичето месо, нетлъстото червено месо, яйцата, нискомаслените млечни продукти, ядките, сухите зърнени храни и соята.

Мазнините играят важна роля в храненето. Мазнините и маслата са изградени от мастни киселини и са богат източник на енергия за организма. Тялото разгражда мазнините и ги използва като запасен източник на енергия, за изолиране на тъканите и за транспортиране на някои видове витамини чрез кръвта.

Отчитайки ефекта на мазнините върху сърцето и нивата на холестерола, трябва да се избират мононенаситените или полиненаситените мазнини пред наситените или трансмазнините.

Най-добрият източник на въглехидратите са плодовете, зеленчуците и зърнените храни. Те снабдяват тялото с необходимите витамини, минерали, фибри и нутриенти за клетките му.

Пълнозърнестите храни съдържат всички съставки и естествени нутриенти на цялото зърно. Фибрите са част от храните с растителен произход, която организмът не може да преработи.

Водата и течностите са жизненоважни за здравето, особено когато се касае за повръщане и разстройство, водещи до обезводняване на организма.

При балансираното хранене с достатъчно калории и протеини се поема необходимото количество витамини и минерали с храната. Здравословното хранене често се оказва трудно, когато се провежда лечение, особено ако се налага пациентите да се справят със страничните ефекти на продължителната терапия.

Колбасите трябва да се изключат от менюто, защото съдържат големи количества нитрати и нитрити, които са много добър консервант, но в организма се превръщат в канцерогенни нитрозамини. Разбира се, онкологичните заболявания са мултифакторни, няма само една причина за тяхното възникване. Може да възникнат при генна предиспозиция и от фактори на средата – въздуха, който дишаме, водата, която пием, храната, която ядем, начина, по който я приготвяме, и много други.

На онкологичните пациенти се препоръчва измиване и изкисване на зеленчуците и на плодовете. Така се намалява количеството на нитратите, които са водоразтворими. Но нитратите са най-малкият проблем в храната. Има доста по-сериозни канцерогени и в голямата си част те са мастноразтворими. Това означава, че се натрупват в мазнините. При консумацията на богати на мазнини храни има голяма вероятност те да съдържат мастноразтворими канцерогени, които да преминат в човешкото тяло. Същото се отнася и за растителните мазнини. Мазнините сами по себе си може да причиняват рак на панкреаса. Това не означава да избягваме изобщо мазнини, а да имаме балансирано хранене.

Категорично обаче трябва да се изключат от менюто всички храни и напитки със захар. От

гледна точка на пациента е много трудно да се спазва тази препоръка, особено от тези, които много обичат сладко. За заместител може да се използват подсладители – стевията, която е натурален подсладител, както и някои изкуствени подсладители, като сукралозата, за които е доказано, че са напълно безвредни.

Не се препоръчват храни от бели брашна, дори ориз и картофи. Проблемът е, че това са въглехидрати с висок гликемичен индекс. На тяхно място може да се консумират пълнозърнест хляб и черен ориз.

Информацията, която е необходима на пациентите с онкологични заболявания за подходящия хранителен режим, винаги може да се получи от медицинския екип. Това са лекуващият лекар, медицинската сестра и диетологът.

Целта на настоящата разработка е да изследва част от проблемите, свързани с храненето при пациентите с онкологични заболявания, и какво е тяхното влияние върху качеството им на живот.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В проучването е изследвано мнението на 85 пациенти с онкологични заболявания. Анкетирани са на различна възраст, в различни стадии на заболяванията, различни видове лечение – след хирургична намеса, лъчетерапия и химиотерапия, и желание от страна на респондентите. Периодът на изследването е януари 2020 г. – декември 2021 г. Обхванатите респонденти са провели лечение в Хирургичното отделение и Отделението по химиотерапия и палиативни грижи към КОЦ Враца. Всички анкетирани са запознати с целта на изследването и са дали своето информирано съгласие за участие. Приложени са анкетен метод, анализ на литературни източници, сравнителен анализ.

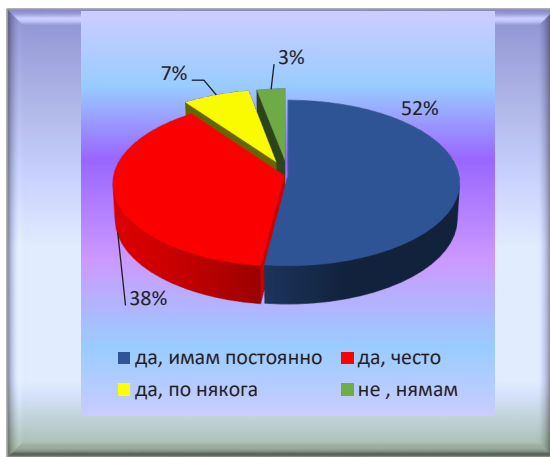
РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Когато човек е здрав, приемането на достатъчна храна за покриване нуждите на организма от калории и нутриенти обикновено не е проблем. Но по време на лечение на онкологични заболявания спазването на правилен хранителен режим е много трудно особено при наличие на странични действия от терапията или когато пациентът не се чувства добре. На болния с онкологично заболяване често се налага да промени хранителните

си навици, за да подсили организма и преодолее страничните действия на терапията. Това може да означава приемане на храна, която не се препоръчва, когато си здрав. Видът на заболяването, неговото лечение, както и появилите се странични ефекти, трябва да се вземат под внимание, когато се избира най-добрият хранителен режим.

За целта на проучването потърсихме информация от анкетиранията за проблеми с храненето.

Резултатите показват проблеми с храненето при 97% от респондентите, ранжирано в следната последователност: 52% постоянно имат проблеми с храненето, 38% – „да, често“, 7% – „понякога имат проблеми“ и 3% не се оплакват от промени в храненето (фиг. 1).



Фиг. 1. Проблеми с храненето

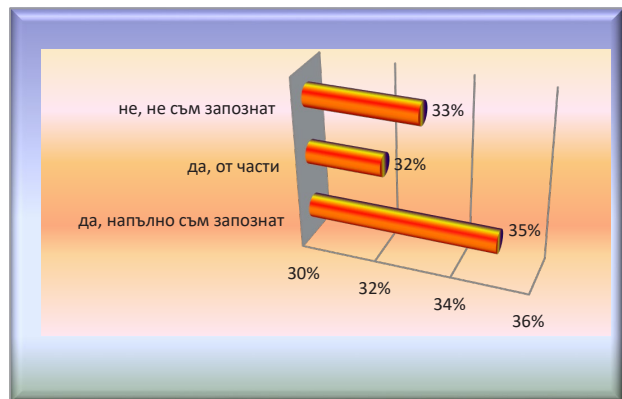
Възниква въпросът знаят ли пациентите какви храни да използват, за да преодоляват проблемите и да поддържат теглото и общото си състояние.

Пациентите, които имат информация какви храни да използват, за да се хранят и да се чувстват добре, са 67%, от които 35% имат достатъчна информация, частична – 32%, а 33% нямат представа за храните, които трябва да използват за справяне с възникналите странични ефекти от заболяването (фиг. 2).

Различните видове противоракови лечения могат да причинят различни проблеми, които пречат на нормалното приемане на храни и напитки.

След хирургична манипулация организмът има нужда от допълнителни калории и белтъчини за зарастване на раните и възстановяване на тъканите. В този период освен болка и отпадналост пациентите могат да имат и затруднение при храненето поради страничните ефекти вследствие на хирургичната интервенция.

ненето поради страничните ефекти вследствие на хирургичната интервенция.



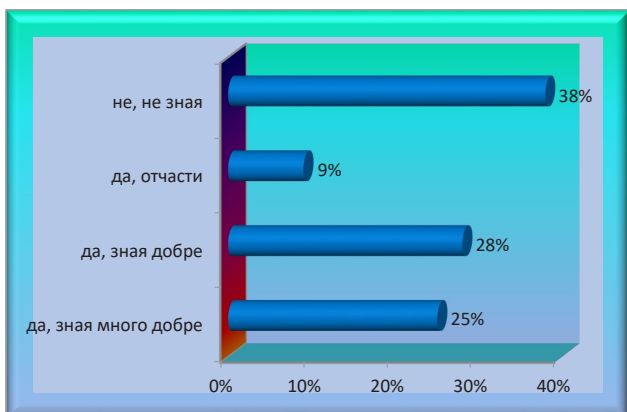
Фиг. 2. Информация за храните и избягване на страничните ефекти

Важно за изследването е да установим каква информация имат пациентите за храненето след операция.

При 62% от пациентите резултатите показват добра информираност за начина на хранене след оперативна намеса, като 25% имат „много добра“ информация, а 28% – „добра“, и частично са информирани 9%. Пациентите, които нямат никаква информация за храненето след операция, са 38% (фиг. 3). За тях е необходимо да се дадат точни и лесни указания за изпълнение и справяне със страничните ефекти на хирургичното лечение, влияещо на храненето. Съветите могат да бъдат обобщени в три стъпки.

- Приемане на бистри течности – вода, слаб чай, сок, бульон, зеленчуков бульон.
- Лесносмилаеми храни – картофи, ориз, макарони, зърнени закуски с мляко, всякакви сокове, кремове, сладолед, консервирани белени плодове и зеленчуци, крехко телешко, риба, пиле без кожа, млечни шейкове, крем супи, хляб.
- Храната да се приема често и на малки порции. Да се внимава с газообразуващите храни – бобови култури, зеле, карфиол, броколи, мляко, да се избягват богатите на мазнини и пържени храни.

Друг вид лечение при онкологичните заболявания е лъчетерапията. Страничните ефекти са в зависимост от мястото на облъчване, обема на облъчваното поле, дозата на радиацията и броя на процедурите. Някои от тях се появяват още по време на терапията, други след приключване на процедурите.

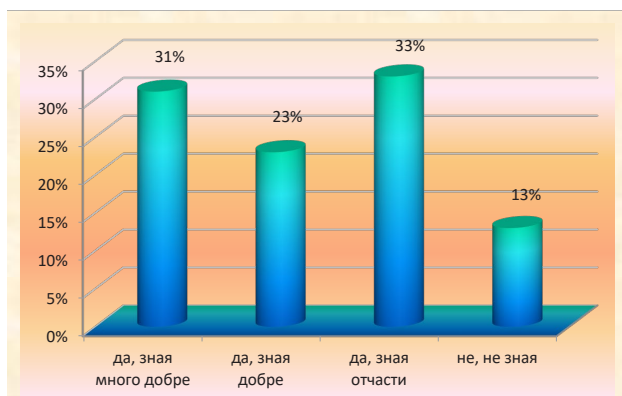


Фиг. 3. Информация за храните след операция

Затова потърсихме информация от пациентите за тяхната подготвеност за предстоящата промяна в хранителния режим.

На този въпрос 87% от респондентите са дали положителен отговор, 31% „знаят много добре“ как да се хранят, 23% „имат добра“ информация и за 33% от анкетираниите „знанията са частични“, а 13% нямат никаква информация как да се хранят при лъчетерапия (фиг. 4). И тук съветите трябва да са ясни и в зависимост от проблемите.

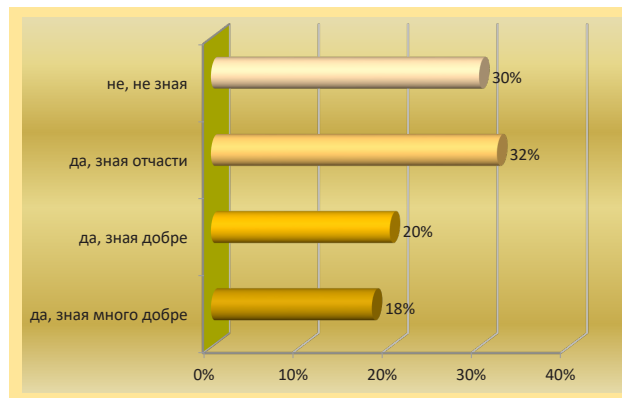
- Да се приеме храна преди процедурата
- Прием на течности с малки и чести порции храна
- Прием на достатъчно вода и други течности
- Храненията да са на често и в малки количества.



Фиг. 4. Информация за хранителния режим при лъчетерапия

Голяма част от пациентите, на които се прилага химиотерапия, имат странични действия и промени в храненето.

За целта на проучването попитахме респондентите дали са информирани за начина на хранене при химиотерапия.



Фиг. 5. Информация за хранителния режим при химиотерапия

Резултатите показват, че 70% от анкетираниите пациенти са информирани в различна степен, както следва: 18% „знаят много добре“ как да се хранят при химиотерапия, 20% „знаят добре“ за хранителния режим и 32% „знаят отчасти“ за храненето при химиотерапията. Неинформирани пациенти са 30% от анкетираниите за проблемите на храненето при химиотерапия (фиг. 5).

- Добре е пациентите да приемат лека закуска на малки порции преди процедурите.
- Да не се насилват пациентите, ако страничните ефекти пречат на храненето.
- Да се приемат малки количества храна.
- Да се внимава с мазните и пържени храни и често приемане на вода и течности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Онкологичното заболяване и неговото лечение могат да причинят различни проблеми, възпрепятстващи доброто хранене. Недостатъчното хранене води до загуба на телесна маса, а това може да предизвика слабост и отпадналост и промяна в качеството на живот на пациентите. Правилното хранене е важна част от грижите за организма, спомагайки за по-доброто му функциониране. Информираността на пациентите за правилното хранене по време на терапиите, свързани с онкологичните заболявания, е изключително важна. Хората, които се хранят добре, се справят по-лесно и със страничните ефекти на терапията. Установено е, че някои видове лечение на рак са по-успешни при пациенти, които се хранят добре и получават достатъчно калории и белтъчини, а като краен резултат – по-добро качество на живот.

Библиография

1. Българско сдружение на болните от лимфом. Хранене при пациенти с онкологични заболявания. Наръчник за пациента и неговото семейство. София, 2013.
2. Борисова М, Лаловска М, Георгиева Г. Анализ и оценка на информираността на медицинските сестри, относно доброкачествената простатна хиперплазия. Сборник доклади от Трета научна конференция с международно участие "Медико-социални аспекти в здравните грижи". Враца, МУ – София, ЦМБ, 2020, 80-84.
3. Грозданов И. Застраховане и социално дело. 80 години традиции, лидерство, предизвикателства. Свищов, 2018, 248-256.
4. Грозданов И. Състояние и проблеми на организацията на дейностите по профилактика и рехабилитация в системата на НОИ. *Sci Technol*, 2017, 7(6), 63-70.
5. Грозданов И. Организация на дейностите по профилактика и рехабилитация на НОИ. *Sci Technol*, 2018, 8(6), 8-13.
6. Грозданов И. Същност и организация на социалното управление. *Sci Technol*, 2019, 9(6), 91-96.
7. Грозданов И. Протективната роля на физическата активност и промоция на здравето. Европейски стандарти в спортното образование, Враца 2018. Сборник доклади от научна конференция, проведена на 03-04.06.2018.
8. Иванов И. Наркоманията – глобалната заплаха и перспективи. В: Сб. доклади от втора научна конференция с международно участие: „Здравето – предизвикателство пред професионалистите по здравни грижи“, Враца, 2018. e-book, ЦМБ, МУ – София, 2019, 33-35. Достъпно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1627>
9. Грозданов И. Наркоманията – глобалната заплаха и перспективи. Лицензиран сборник доклади от Юбилейна конференция с международно участие. Образование, наука и иновации в здравните грижи, МУ – София, № в COBISS и/или в референтния списък.
10. Грозданов И. Контрол на социалното осигуряване като функция на мениджмънта за функциониране на икономическите системи в съвременното общество. *Almanach „ViaEurasia“*, София, Св. Климент Охридски, 2019.
11. Грозданов И. Състояние на профилактиката и рехабилитацията в системата на НОИ, институционално взаимодействие с кореспондиращите институции. *Globalization, State Andindividual*, 2018, (4), 50-67.
12. Грозданов И. Възможности за развитие на социално икономическия потенциал на програмата за профилактика и рехабилитация на НОИ. *Бизнес управление*, 2018, (4), 73-90.
13. Грозданов И. Училищен ръководител – лидер, агент и мениджър на промяната. Сборник доклади от четвърта научна конференция с международно участие. Мултидисциплинарен подход в здравните грижи, Враца. e-book, МУ – София, ЦМБ, 2020, 76-79. Достъпно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1809>.
14. Грозданов И. Училищното здравеопазване в съвременните реалности – предизвикателства и приоритети. Сб. док. от Четвърта научна конференция с международно участие. Мултидисциплинарен подход в здравните грижи, Враца. e-book, ЦМБ, МУ – София, 2020, 58-61. Достъпно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1809>.
15. Грозданов И. Структура и управление на социално-педагогическите институции. Сборник доклади от четвърта научна конференция с международно участие: Мултидисциплинарен подход в здравните грижи, Враца. e-book, ЦМБ, МУ – София, 2020, 71-74. Достъпно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1809>.
16. Грозданов И. Методи на управление на социално-педагогическите заведения, Сборник доклади от четвърта научна конференция с международно участие: "Мултидисциплинарен подход в здравните грижи", Враца. e-book, ЦМБ, МУ – София, 2020, 67-68. Достъпно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1809>.
17. Грозданов И. Принципи за управление на социално-педагогическите заведения, Сборник доклади от четвърта научна конференция с международно участие: Мултидисциплинарен подход в здравните грижи, Враца. e-book, ЦМБ, МУ – София, 2020, 69-70. Достъпно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1809>.
18. Грозданов И. Контролът в управлението на социално-педагогическите заведения. Сборник доклади от четвърта научна конференция с международно участие: Мултидисциплинарен подход в здравните грижи, Враца. e-book, ЦМБ, МУ – София, 2020, 62-66. Достъпно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1809>.
19. Грозданов И. Технологии за социално управление. *Sci Technol*, 2021, 11(6).
20. Грозданов И. Технологии за социална диагностика и социална оценка. *Sci Technol*, 2021, 11(6).
21. Грозданов И. Теоретични основи на социалното законодателство и социална защита. *Sci Technol*, 2021, 11(6).
22. Грозданов И. Социална сигурност – същност, предизвикателства, визия и политики за социална сигурност. *Sci Technol*, 2021, 11(6).
23. Георгиева Г, Симеонова Н. Звуквата травма – лична и обществена отговорност. Сборник доклади от Трета научна конференция с международно участие: Медико-социални аспекти в здравните грижи – Враца. e-book, МУ – София, ЦМБ, 2020, 102-106. Достъпно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1809>.
24. Добрилова П, Джиганска Ц. Дистанционното обучение в здравните условия на съвременното – проблеми и перспективи. Тринадесета международна научна конференция МВБУ, София, 2016, 274-279.
25. Джиганска Ц, Борисова М. Необходимост от холистични здравни грижи при жени с рак на маточната шийка. *Sci Technol*, 2016, 6(1), 6-12.

26. Йорданов Н и кол. Физически проблеми. Палиативни грижи, 2007.
27. Куртева Г, Дамянов Д, Милчева Г и кол. Наръчник по онкология за химиотерапевтични медицински сестри, 2013.
28. Кочова П, Джиганска Ц, Славейкова Н. Информирателност на жени от ромски произход за рисковите фактори за рака на маточната шийка. Четвърта Национална студентска сесия „Здравните грижи през 21 век – тенденции и перспективи“, Плевен, 2016, 240-245.
29. Маринов Л. Проучване на поведенческите рискови фактори при пациенти с артериална хипертония, Knowledge Int J, 40.4, 727-733.
30. Маринова П, Джиганска Ц, Янкова Г и др. Медико-социална ефективност на програмата за профилактика и рехабилитация на НОИ в областите София, Пазарджик и Пловдив. Международна научна конференция – Враца, 2013, 340-346.
31. Маринова П, Янкова Г, Джиганска Ц и др. Анализ на удовлетвореността на потребителите на Програма ПРО на НОИ в областите Пловдив, Пазарджик и София. Здравни грижи, 2013, (2), 15-20.
32. Маринова П, Владимирова Е, Джиганска Ц и др. Контрол върху ефективността на Програмата за профилактика рехабилитация и отдих на НОИ в областите Пловдив, Пазарджик и София. Медицински меридиани, 2013, (4), 52-56.
33. Симеонова Н, Георгиева Г. Рискови фактори при хронична артериална недостатъчност на крайниците. Сборник доклади от Трета научна конференция с международно участие "Медико-социални аспекти в здравните грижи" – Враца, МУ – София, ЦМБ, 2020, 60-64.
34. Янкова Г, Аспарухова П, Добрилова П. Проблеми на нуждаещите се от палиативни грижи и връзката им с качеството на живот. Сестринско дело, 49(2), 36-41.
35. Yankova G. Nursing care assessment and nurses' professional attitudes. Knowledge Int J, 2020, 38.4, 895-902.
36. www.puls.bg/dieti-c-22/d-r-anna-iordanova-pri-rak-triabva-da-se-ogranichat-vglekhidratite-n-26938.



СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ В ОЧНАТА ПРАКТИКА

Пепа Бикова-Иванова, Таня Сергеева Попова, 1 изд., 2019, 152 с.
ЦМБ, МУ – София

Учебното ръководство е създадено като практически наръчник с цел да улесни придобиването на специфични знания и умения в областта на офталмологията и е едно изключително полезно допълнение към Учебника по очни болести и Ръководството по очни болести за студентите от Факултета по обществено здраве и медицинските колежи. Структурата и съдържанието са в съответствие със съвременните тенденции в медицинската практика за диагностика и лечение на очна патология, което е необходима предпоставка за успешна професионална реализация. В Учебното ръководство са синтезирани и представени знания на достъпно ниво с изключителна практическа значимост. Като офталмолог с дългогодишна практика го препоръчвам горещо не само за медицински сестри, но и за всички специалисти от медицинските специалности, които се сблъскват с очна патология в ежедневната си практика.

Книгата не се разпространява от Централна медицинска библиотека, но е налична за ползване в библиотечния фонд. Вижте в електронния ни каталог.

ХРАНИТЕЛНО-ДИЕТИЧНИЯТ РЕЖИМ – ФАКТОР В КОМПЛЕКСНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИТЕ НА ДИАЛИЗНО ЛЕЧЕНИЕ

Г. Георгиева

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

DIET REGIMEN AS A PART OF THE COMPLEX CARE IN PATIENTS ON DIALYSIS TREATMENT

G. Georgieva

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

Abstract. Living with a chronic illness requires complex care. According to the WHO, comprehensive care is a comprehensive and coordinated set of services that are planned, managed and applied to individual patients. patients with special needs, such as dialysis patients. Dialysis treatment is a process of removing the end products of metabolism which prolongs life but does not cure kidney failure. The long-term implementation of this specific treatment leads to a number of complications which requires the application of comprehensive care for patients and their involvement as partners in the process. According to a number of studies, the main point in the implementation of complex care is the diet of patients on dialysis treatment. The **aim** of the present study was to investigate the care needs for a proper diet in patients undergoing hemodialysis treatment.

Materials and methods: For the purposes of the study, the results of a survey using a self-administered questionnaire in 62 patients dialyzed in dialysis structures in Vratsa and Montana in the first half of 2020 were used. **Results:** Dialysis treatment is not limited to the implementation of procedures, it requires comprehensive health care, stimulating a change in behavior, changing eating habits and motivating patients to influence the progression and complications of the disease and control most of the consequences of the disease.

Key words: dialysis, nutrition, complex care

Адрес за кореспонденция: Галя Георгиева, тел.: 0876833153, e-mail: galia.georgieva2009@abv.bg

Address for correspondence: Galia Georgieva, tel.: 0876833153, e-mail: galia.georgieva2009@abv.bg

Бъбречната недостатъчност е сред водещите по честота хронични заболявания, предизвикващи инвалидизация или трайно и съществено понижение в качеството на живота. Тя включва най-голямата част от по-широката група на хроничните бъбречни заболявания, които са сериозен здравен и социален проблем [11].

Терминалният стадий на хроничното бъбречно заболяване е съпроводен с увреждане на основните бъбречни функции:

- Отделителната (екскреторна) функция на бъбреците. Намалява екскрецията на азотните продукти от белтъчната и пуриновата обмяна.

- Регулиращата (хомеостазна) функция на бъбреците – водно-електролитното равновесие, калциево-фосфорната обмяна, алкално-киселинното равновесие.

- Ендокринната функция на бъбреците – намален синтез на еритропоетин в бъбреците [12].

Хемодиализата като метод е отстраняване от организма на отпадни продукти от обмяната на веществата чрез дифузия, ултрафилтрация и осмоза.

При провеждането на процедурата заедно с вредните се губят и някои жизненонеобходими за организма вещества. Най-надеждният начин за

набавянето им е чрез спазването на определен хранително-диетичен режим.

Зависимостта от апарата – трикратно седмично, конструирането и грижите за необходимия съдов достъп за процедурите, спазването на хранително-диетичния режим и приема на течности, подходящата физическа активност, както и съпътстващите психосоциални проблеми налагат прилагането на комплексни грижи в справянето с болестта и ограниченията, свързани с лечението.

Хранителният режим е системна и методична организация на храненето при здрави и болни хора с лечебна и профилактична цел [8]. Спазването на назначената диета, ограничаването на приема на течности са значими фактори за постигане на добри резултати при тази група болни [1, 17]. Приемът на течности и храненето са различни от тези, с които пациентите са свикнали преди началото на диализното лечение, като се цели да се постигне баланс между вноса на някои хранителни вещества, електролити и течности и елиминирането им от организма посредством диализата и остатъчната бъбречна дейност [1]. При хронична бъбречна недостатъчност диетата е насочена към ограничаване на товарването на бъбреците с определени храни, а при провеждана хемодиализа – да компенсира дефицита, да осигури адекватен хранителен статус и избягване на малнутрицията, характерна за тези пациенти. Нарушенията в хранително-диетичния режим при пациенти на хронична диализа крие сериозен риск за тях.

Правилният режим на хранене и контролът на приема на течности са важни особено в дните между отделните диализни процедури.

Здравните грижи при хронична болест са насочени към съхранение на болния като личност, като се цели да бъде улеснен процесът на превъзможване на болестта и се създаде възможност да се живее със и въпреки хроничното страдание [5, 6, 15, 17].

Цел

Да се проучат потребностите от грижи за правилния хранително-диетичен режим при пациентите, провеждащи хемодиализно лечение, като фактор в комплексната грижа за тях.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проучването е проведено на територията на Северозападна България в два областни града – Враца и Монтана. Анкетирани са 62 пациенти, провеждащи хемодиализно лечение в диализните структури във Враца и Монтана. Изследването е проведено чрез собствено разработена пряка анонимна анкета през първото полугодие на 2020 г.

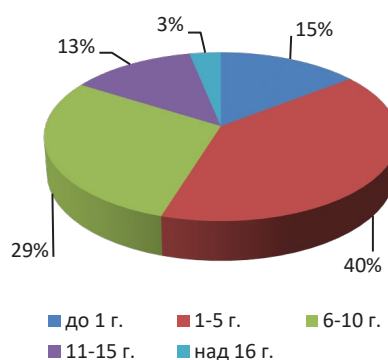
Всички изследвани лица са дали информирано съгласие за включване в проучването.

За обработка на данните са използвани математико-статистически методи, програмата SPSS 16.0.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

При обработката на данните се установи, че възрастовият обхват на изследвания контингент е 18-80 години. От всички анкетирани 58% са мъже и 42% – жени. Със средно образование са 80%, с висше образование са 14% и 6% са с основно образование.

Интерес представлява периодът на продължителност на диализното лечение. При 40% от анкетираните лица диализното лечение е с продължителност 1-5 години. В 29% от случаите е 6-10 г., до 1 г. – 15%, 13% провеждат лечението в продължение на 11-15 г. а 3% – над 16 г. (фиг. 1). Диализното лечение е продължително лечение и в повечето случаи е единствената алтернатива на пациентите с ХБЗ в терминален стадий, което поставя въпроса за качеството на живот с хроничното заболяване.



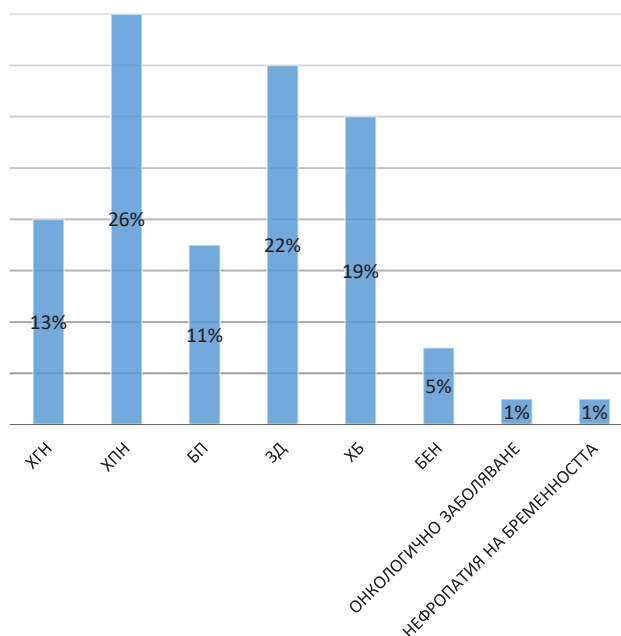
Фиг. 1. Продължителност на диализното лечение

До ХБН могат да доведат всички хронични, двустранни и прогресиращи бъбречни заболявания. В проучването като причина за бъбречната

недостатъчност и начало на диализното лечение пациентите посочват в 26% от случаите хронични пиелонефрити, 22% от случаите са на бъбречните усложнения вследствие захарен диабет, 19% – хипертонична болест, 13% – хроничен гломерулонефрит, 11% – бъбречна поликистоза, 5% – БЕН и др.

Дългогодишната хемодиализа води до редица усложнения, като бъбречна хипертония, бъбречно обусловено страдание на костите, бъбречна анемия, сетивно-моторна полиневропатия, кожни увреждания, перикардит, белодробен застои, хроничен хепатит, амилоидоза, ускорена атеросклероза, мозъчна деменция [2, 13]. В тази връзка бе проучен какъв е средният брой придружаващи заболявания при изследвания контингент.

Пациентите съобщават за множество придружаващи заболявания (22% – хипертония, 21% отбелязват заболявания свързани с костно-ставния апарат, 23% – анемия, 14% – захарен диабет, 23% – сърдечно-съдови заболявания). Повечето пациенти са посочили едно и две хронични заболявания, но не трябва да се пренебрегва и високият процент пациенти с три и повече заболявания.



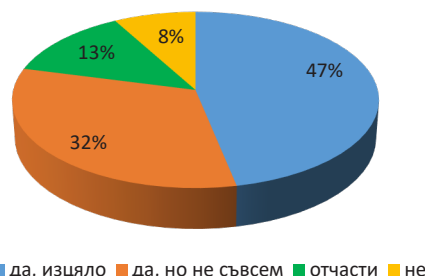
Фиг. 2. Разпределение на пациентите по основното им заболяване

Храненето при пациентите, провеждащи диализно лечение, следва някои от следните общи принципи, които са присъствали и в хода на заболяването – контрол върху количеството консуми-

ран белтък, ограничаване на натрия, калия, фосфора и калция, контрол при приема на течности [12]. При провеждане на диализно лечение потребностите от белтък значително се увеличават поради загубите по време на диализа и отчасти при неадекватно хранене [9]. Дневният прием на белтъци под препоръчаните дневни количества (до 1,2 g/kg) може да увеличи риска от малнутриция, а белтъчната загуба се свързва с лош клиничен изход. Балансът в приема на калций, фосфор и витамин D е в състояние да забави настъпването на костни нарушения. Приемът на калий е необходимо да се ограничи, тъй като резките колебания на нивото му в кръвта могат да предизвикат нарушение в сърдечния ритъм. Ограничаване консумацията на натрий е задължително при пациентите на диализа. Ниският внос на натрий подпомага контрола над хипертонията и намаляването на количеството течност между отделните диализи.

Според Наредба № 41 за утвърждаване на Стандарт за диализно лечение пациентите подлежат на кръвни изследвания, като се анализират стойностите на хемоглобин, хематокрит, урея, креатинин, пикочна киселина, електролити и др., които са и показател за диетичния режим, спазван от пациентите на ХД. Скрининг на хранителния статус по биохимични и антропометрични данни се извършва на 12 месеца [11].

На въпроса относно информираността за консумацията на подходящите хранителни продукти в хода на диализното лечение 47% от анкетираните съобщават, че – да, изцяло са запознати, 32% – да, но не съвсем, 13% – отчасти са запознати, и 8% – не са запознати (фиг. 3).



Фиг. 3. Информираниост за хранително-диетичния режим на пациентите

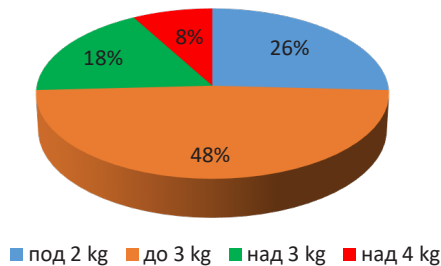
Прогресиращото намаление на остатъчната бъбречна функция и извличане на осмотично активната урея води до намаляване на количество-

то отделена урина от 600-800 ml дневно до пълната ѝ липса, което изисква контрол на приема на течности. Това е сред основните затруднения при тези пациенти, особено при анурия. С тази цел при всеки пациент се определя т.нар. оптимално „оптимално тегло“. Това е комплексната стойност на теглото на пациента, което трябва да се достигне след извличане на задържаната в организма вода, при която няма признаци на хиперхидратация (отоци, повишено артериално налягане), но в същото време няма усложнения под формата на хипотония, мускулни крампи.

На въпроса „Имате ли диуреза?“ 50% от пациентите съобщават, че нямат диуреза, 33% съобщават, че имат диуреза, а при 17% е налична такава, но в малко количество.

Наддаването на тегло между две диализни сесии е препоръчително да е не повече от 2-3 kg. Между отделните процедури пациентите съобщават, че им е изключително трудно да спазват ограниченията в приема на течности. Всяко рязко повишаване на теглото на болния говори за хиперхидратация и води до неблагоприятни последици – хипертония, белодробен застой, мозъчен и белодробен оток, които са животозастрашаващи [10, 12].

Повече от 2/3 успяват да се ограничат в наддаването до 3 kg, но 18% наддават над 3 kg и 8% дори над 4 kg.



Фиг. 4. Разпределение на пациентите според наддаването на тегло в междудиализния период

Множество фактори влияят върху спазването на хранително-диетичния режим в хода на диализното лечение – придружаващите заболявания, намаленият апетит, тежката инвалидизация, честите обостряния и нуждата от болнично лечение, нарушената социална и личностна активност, изолацията, зависимостта от близките, както и финансовите затруднения [3, 4, 16]. Не трябва да се пренебрегва и фактът, че някои от пациентите не

разбират значимостта на проблема, свързан с правилния хранително-диетичен режим, често се пропуска хранене за сметка на приема на течности.

Възможността за самостоятелно хранене също е сериозен проблем при пациентите и се отразява на тяхното качество на живот. При някои пациенти понякога се налага парентерално въвеждане на хранителни вещества или хранене чрез стомашна сонда.

По въпроса за затрудненията относно спазване на диетата пациентите споделят, че са чести нарушенията в хранителния режим. Затрудненията при 23% са от липсата на средства, 19% от социалната изолация, 19% – от липсата на апетит, 14% – от депресията, 7% – от честите хоспитализации, 5% – от невъзможността да пазаруват сами и др. Анкетирани са дали повече от един отговор.



Фиг. 5. Причини за неспазване на хранително-диетичния режим в диализния период

Съвременният човек все повече се нуждае от получаване на информация. Добре информираният и мотивиран пациент е склонен да съдейства в много по-голяма степен и да поеме своите лични отговорности в справяне с болестта [7, 18].

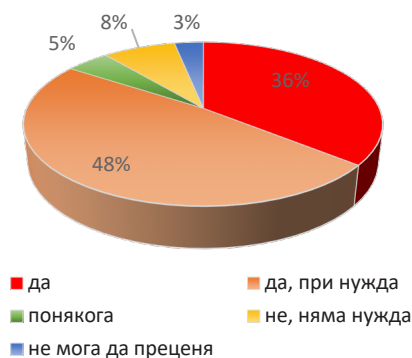
На въпроса „Към кого се обръщате по повод храненето и проблемите, свързани със спазването на режима?“, 35% от пациентите споделят, че информацията относно хранително-диетичния режим най-често получават от лекуващия лекар, 34% – от медицинските сестри в диализната структура, които са в непрекъснат контакт с тях през цялото време на процедурата, 11% търсят съдействие от своите близки, 10% – от пациенти с подобен проблем, и 8% – от интернет. Изключително нисък е дялът на пациентите, търсещи диетолог – само 2%. Голямата част са посочили повече от една възможност.



Фиг. 6. Източници на информация относно хранително-диетичния режим на диализирания пациент

В анкетното проучване се откри изявената необходимост на пациентите от подпомагане в подобряване на хранителния статус и начин на живот и повече от половината смятат, че е необходимо периодично обучение и изготвяне на индивидуален хранителен режим, съобразен с особеностите на всеки.

48% от анкетираните са на мнение, че биха искали подпомагане – да, при нужда, 36% категорично смятат, че е необходимо, 8% не смятат, че им е необходимо, 5% – понякога, и 11% – не могат да преценят.



Фиг. 7. Изразена необходимост от подпомагане в хранителен режим

Изводи

При направеното проучване се установиха особеностите в спазването на хранително-диетичния режим и приема на течности при провеждащите хронично хемодиализа. Според изследването над 2/3 от анкетираните са запознати с принципите в хранително-диетичния режим и приема на течности при диализно лечение. Въпреки това нарушенията в хранителното поведение са чести,

като причините, които влияят, са от различен характер – свързани с естеството на заболяването, социално-битови, психологически, икономически, както и мотивационни. Добрият контрол на храненето и приема на течности може да се осъществи чрез баланс между диализните сесии, индивидуална диета, съобразена с текущото състояние, самоконтрол при приема на течности и обучението на тези пациенти.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диализното лечение няма установена продължителност, може да е от месеци до години, като алтернативата е бъбречната трансплантация. Успехът в провеждането му, намаляването на усложненията, както и осигуряването на по-добро качество на живот на пациентите е в прилагането на комплексни грижи.

Адекватното хранене не само подобрява качеството на живот, заболяемостта и смъртността, но има и полезни ефекти върху придружаващите заболявания и прогресията на бъбречната недостатъчност [8, 14, 20]. Индивидуалният подход към пациента и неговото семейство, адекватното периодично обучение в правилния хранително-диетичен режим, привличането на пациентите като партньори са от решаващо значение в комплексната грижа за тях.

Библиография

1. Атанасов Н. Бъбречна недостатъчност – съвременно лечение. София, Мед. и физк., 1976.
2. Борисова М, Стефанова К, Джиганска Ц. Здравна култура сред мъже с доброкачествена простатна хиперплазия. Сб. доклади от Юбилейна научна конференция с международно участие: „Образование, наука и иновации в здравните грижи“, Враца. ЦМБ, МУ – София, 2017, 78-82. <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1340>
3. Владимирова Е, Янкова Г, Аспарухова П. Социални аспекти на качеството на живот на пациентите с диабет и участието на медицинската сестра. Сборник доклади от юбилейна научна конференция с международно участие „Образование, наука и иновации в здравните грижи“, Враца. ЦМБ, МУ – София, 2017, 108-113. Достъпно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1340>
4. Георгиева Г. Методи за повишаване на качеството на здравните грижи в диализните структури. Сестринско дело, 2020, 52(3), 46-51.
5. Джиганска Ц, И. Стамболова, В. Цветанова, Емпатията в работата на преподавателя по здравни грижи. Здравни грижи, 2016, 1, 46-49.

6. Добрилова П. Анализ на потребностите от сестрински грижи при пациенти с хронични заболявания. Сестринско дело, 2014, 46(1), 10-15.
7. Добрилова П. Информираност на пациентите с хронични заболявания относно възможностите за превантивни интервенции. Knowledge Int J, 38(4), 759-765.
8. Желева Е. Сестрински и акушерски грижи философски аспекти. Габрово, ЕКС – ПРЕС.
9. Иванова Л. Хранене при пациенти на хемодиализа. Диетите, 2009 (17).
10. Маринов Л. Проучване на поведенческите рискови фактори при пациенти с артериална хипертония. Knowledge Int J, 40(4), 727-733.
11. Маринов Л, Добрилова П. Проучване на рисковите фактори при пациенти с артериална хипертония. Юбилейна научна конференция с международно участие „Образование, наука и иновации в здравните грижи“. Сборник доклади, Враца. ЦМБ, МУ – София, 2017, 92-95. Достъпно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1340>
12. Наредба № 41 от 24 септември 2009 г. за утвърждаване на Медицински стандарт „Диализно лечение“ изд. от МЗ.
13. Паскалев Д. Бъбрекът – малкият орган с много функции. 1998.
14. Паскалев Д, Андонов Св. Човекът и технологията – основни принципи на диализата.
15. Теплан Вл. Хранителна поддръжка при хронична бъбречна недостатъчност (ХБН).
16. Чанева Г. Качеството на сестринските грижи като приоритет. София, Арттик 2001, 2008.
17. Янкова Г. Оценка на структурата на хранене и хранително поведение на студентите по здравни грижи. Сборник доклади от Трета научна конференция с международно участие: „Медико-социални аспекти в здравните грижи“, Враца, 2019, 88-92.
18. Baines LS, Jindal RM. Non-compliance in patients receiving haemodialysis: an indepth review. Nephron, 2000, 85(1), 1-7.
19. Dobrilova PP, Yankova GT, Stefanova KS. The modern approaches to improving the quality of life of people with disabilities. Volgograd, Medicus, Int Med Sci J, 2017, 17(5), 28-33.
20. ERBP: Clinical Practice Guideline on management of older patients with chronic kidney disease stage 3b or higher (eGFR < 45 ml/min). Nephrology, Dialysis, Transplantation, 2016.
21. Fiaccadoli E. Хранителна поддръжка при бъбречна недостатъчност, модул 15.3.
22. https://academic.oup.com/ndt/article/31/suppl_2/ii1/2414986



МЕТОДИКА НА ОБУЧЕНИЕТО ПО ПРАКТИКА ПО СПЕЦИАЛНОСТИТЕ ОТ ПРОФЕСИОНАЛНО НАПРАВЛЕНИЕ „ЗДРАВНИ ГРИЖИ“

СИЛВИЯ МЛАДЕНОВА, второ преработено и допълнено издание, София, Централна медицинска библиотека, Медицински университет, 2020 г.

Учебникът е предназначен за преподавателите от висшите медицински училища, студентите от регулираната специалност „Управление на здравните грижи“, преподавателите по практика от медицинските колежи и за всички, които проявяват интерес към проблемите на обучението и образованието на медицински специалисти. Настоящото учебно пособие с представените практически примери и задачи цели да провокира творческото мислене и да спомогне за избора на оптимални методически решения. В предложения учебник са представени педагогическите и методическите аспекти на планирането, организирането и провеждането на практическо обучение на

студентите, обучаващи се в професионалното направление „Здравни грижи“. Учебникът ще спомогне на преподавателите по практика от тези специалности да прилагат рационални методически подходи, съобразно новите цели и задачи. Учебното пособие би улеснило наставниците в клиничните учебни бази, които ежедневно спомогат за професионалното формиране на знаещи и подготвени студенти. Учебникът е преработен в унисон със съвременните методически иновации и допълнен с примери за специалност „Медицинска козметика“, която през последните години се изучава на повече места в нашата страна, във връзка с нарасналия интерес към нея и съответстващото развитие на обучението.

Книгата не се разпространява от Централна медицинска библиотека, но е налична за ползване в библиотечния фонд. Вижте в електронния ни каталог.

ЗДРАВНА ИНФОРМИРАНост ПРИ МЪЖЕ С ПРОСТАТЕН КАРЦИНОМ

М. Борисова

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

HEALTH AWARENESS IN MEN WITH PROSTATE CANCER

M. Borisova

Affiliate "Prof. Dr. Iv. Mitev" – Vratsa, MU – Sofia

Abstract. Prostate cancer is the most common malignancy in men in Bulgaria. According to GLOBOCAN in 2020, the number of newly diagnosed cases with this disease is 4983 men. In percentage terms, these cases are 24.3% of all malignancies in men. For 2020, 1215 men died of prostate cancer, which is the 5th most common cause of death in men. For comparison, for example, 4300 people (men and women) became ill and 3,900 died due to lung cancer in 2020. **Aim** of the study: To establish the level of health awareness among the male population about prostate cancer. **Materials and methods** of the research: Sociological and statistical methods were used. A direct survey was conducted among 73 patients diagnosed with prostate cancer in the period June–October 2021. **Conclusion:** Prostate cancer is the most common type of cancer in men in Bulgaria and statistics show that about 1/4 of all newly discovered tumors in Bulgaria are those of the prostate gland. 1 in 9 men will be diagnosed with it in their lifetime, with 6 out of 10 cases in men over 65 years of age. Although it is rare in men under the age of 40 years, in our country a disturbing tendency for younger people to become ill with the disease is found.

Key words: health awareness, men, prostate cancer

Адрес за кореспонденция: Ас. Мариела Борисова, дм e-mail: borisova@filialvratsa.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Assis. Mariela Borisova, PhD, e-mail: borisova@filialvratsa.mu-sofia.bg

Ракът на простатата е злокачествено заболяване, което се развива предимно при мъже над 50-годишна възраст. Симптоми в началото на заболяването почти няма. Поради тази причина от изключително значение за ранното му диагностициране са ежегодните профилактични прегледи при уролог за мъже над 50 години. Ранното откриване на заболяването значително подобрява прогнозата и преживяемостта на болните.

При повечето пациенти прогресирането на заболяването е изключително бавно, локализирано в простатната жлеза и без симптоми. Затова много от тях не разбират, че са болни от него, и могат да минат години преди неговото откриване. Обичайно

симптомите се появяват едва след като простатата се е разраснала до степен, в която започва да притиска пикочния канал, и могат да включват:

- По-чести позиви за уриниране, включително и нощно време.
- Неотложни позиви за уриниране.
- Забавено начало на уринирането.
- Затруднено уриниране.
- Слаба струя.
- Усещане за ненапълно изпразнен пикочен мехур.
- Кръв в урината и/или семенната течност.

С най-високотносителен дял са респондентите във възрастова група 66-75 години. Това са мъже

в пенсионна възраст. Близък е делът на лицата над 75 години. Това показва, че с напредването на възрастта нараства и броят на мъжете с карцином на простатната жлеза.

Таблица 1. Разпределение на анкетираните лица по възраст

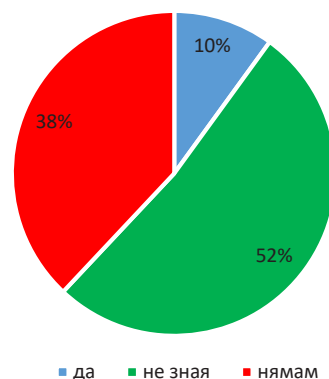
Възрастови групи	Абсолютна честота	Относителен дял в %
36-45 години	1	1,37
46-55 години	8	11
56-65 години	14	19,16
66-75 години	28	38,34
Над 75 години	22	30,13
Общо	73	100%

Причината за възникването на рак на простатата не е изяснена. Счита се, че роля имат следните фактори:

- наследственост – установени са генетични промени в 8, 10 и 16-а хромозома,
- тютюнопушене и употреба на алкохол,
- повишена консумация на храни, богати на мазнини,
- хормонален дисбаланс – повишено ниво на естрогените,
- хронични неспецифични възпалителни процеси в простатната жлеза,
- вирусна инфекция.

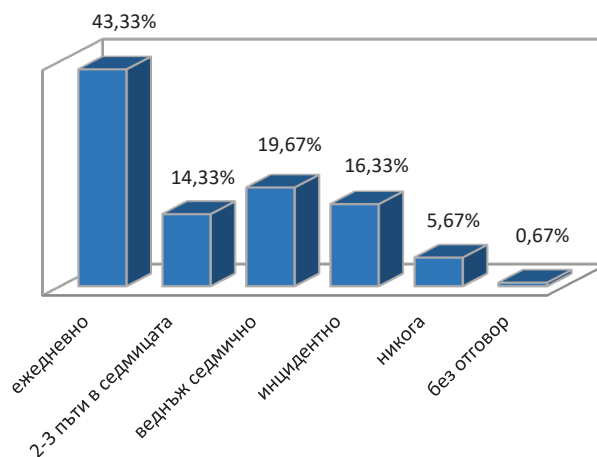
На съвсем базово ниво ракът на простатата се причинява от мутации (или други промени) в ДНК, които водят до неконтролируем растеж и делене на клетките. Тези ДНК промени могат да бъдат наследдени от родител или да бъдат придобити.

Една от причините за тревожните данни у нас е късното диагностициране на заболяването. Специалистите припомнят, че рискът от развитие на рак на простатата се увеличава 12 пъти, ако човек има двама или повече роднини със заболяването. Смята се, че наследствеността отговаря за около 10% от всички случаи на рак на простатата. Що се отнася до придобитите мутации, някои от тях възникват на съвсем случаен принцип, докато други се влияят от фактори като хормонални равнища, хранене, телесно тегло, възпаление на простатата, полово предавани болести и др.



Фиг. 1. Наследственост

Резултатите от изследването потвърждават теорията за наследствения генезис, като 10% от изследваните лица имат близки в семейството, боледували от карцином. Не знаят за болни близки от злокачественото заболяване 52%, а 38% нямат такива.



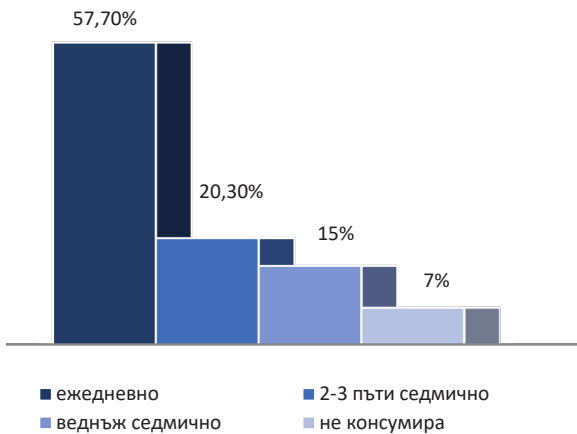
Фиг. 2. Честота на консумация на алкохол

Прави впечатление, че за 43,33% от мъжете консумацията на алкохол е ежедневие. Характерно за нашата нация е храненето да е придружено и с алкохол. Почти всеки пети (19,67%) от анкетираните употребява алкохол веднъж седмично, 16,44% – инцидентно, или както са отбелязали в някои анкети – „по повод“. Делът на тези, които „никога“ не употребяват алкохол, е близо 6% и близо един процент не са отговорили.

Алкохолът води до недостиг на цинк в организма. Установено е, че нормално в простатата се съдържа няколко пъти по-голямо количество цинк, отколкото във всеки друг орган в човешко-

то тяло. Проучванията показват, че цинкът блокира превръщането на тестостерон в дехидротестостерон, а той от своя страна оказва влияние на размера на простатната жлеза, което е от важно значение за задълбочаването на проблема.

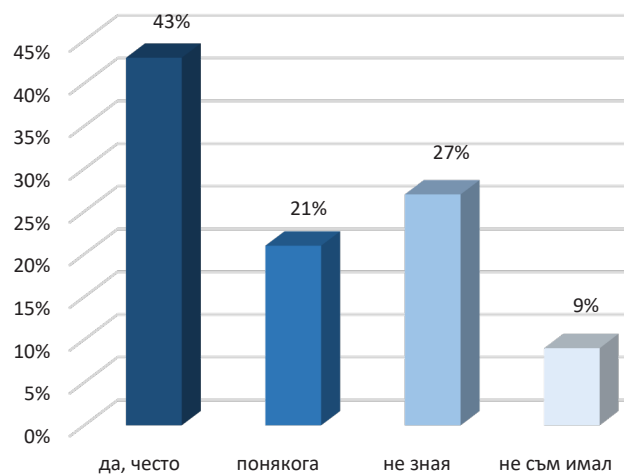
Хранене предимно с месо и всекидневната употреба на алкохол са предпоставка за промяна в структурата на простатната жлеза.



Фиг. 3. Честота на консумация на месо и месни продукти

Резултатите показват, че малко повече от половината респонденти (57,7%) консумират ежедневно месо, всеки пети от тях консумира 2-3 пъти седмично и с най-малък относителен дял (7%) са тези, които не включват в менюто си месо и месни продукти.

Рискът от простатен карцином се увеличава при консумация на месо и месни продукти, които съдържат големи количества мазнини. Приемът на мазни храни допринася за ускоряване на заболяването.



Фиг. 4. Инфекции на урогениталния тракт

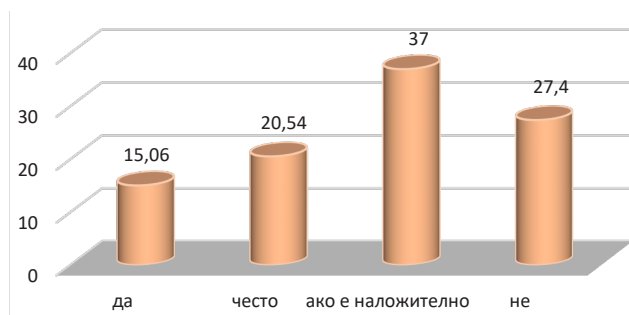
По-голямата част от анкетираните мъже съобщават за инфекции на урогениталния тракт. Често са имали инфекции 43%, 21% са имали инфекция понякога. Не са имали инфекция на пикочо-роловата система 9% и 27% не знаят дали са боледували. Промискуитетът е причина за простатити и уретрити в по-ранна възраст.

Честите инфекции в млада възраст, ако не са лекувани адекватно, водят до промени в простатната жлеза.



Фиг. 5. Провеждане на самолечение

Всеки втори от анкетираните е „опитвал“ някаква форма на самолечение, а всеки четвърти „редовно“ провежда такова. 1/4 от анкетираните не са провеждали самолечение. Значителна част от респондентите (75%) все още изпитват неудобство и срам да говорят за урологичните си проблеми. За част от мъжете това все още е тема „табу“.



Фиг. 6. Посещение при уролог

Тревожен е фактът, че едва 36% посещават уролог. Ако се налага, ходят на урологичен преглед 37%, а 27,4% са отговорили с „не“.

По думите на Самуел Данон голям проблем у нас е ниската здравна култура на населението. Така например повечето българи търсят лекарска помощ чак в 3-ти-4-ти стадий на болестта, когато вече е много късно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Простатният карцином (ПК) е заболяване с неоспоримо значение поради високата заболяемост и смъртност. Въпреки широко разпространеното (дори в медицинските среди) твърдение, че пациентите с ПК ще загинат „с него, а не от него“, истината е, че той се нарежда на второ място по смъртност след белодробния карцином.

Библиография

1. Агарков НМ. Распространенность и лечение заболелых мочеполовой сферы. (НМ Агарков, АВ Новиков, ЕБНовикова). Вестник новых медицинских технологий. 2005, 12(3-4), 131.
2. Бенчев Б. Стандарт за промоция на здравето в болниците. Социална медицина, 2003 (4), 25-26.
3. Владимирова Е, Аспарухова П, Янкова Г, Йорданов Н. Храненето – информираност на пациентите с онкологични заболявания. Folia Palliatica, 2018, 3, 16-21.
4. Владимирова Е, Аспарухова П, Янкова Г, Йорданов Н. Ролята на медицинската сестра за адаптацията на пациентите с онкологични заболявания при прилагането на палиативните грижи. Folia Palliatica, 2018, 3, 22-28.
5. Лаловска М. Фактори, повлияващи ефективното общуване между медицинската сестра и пациента по време на хоспитализация. XXVI международна конференция на съюза на учените. Стара Загора, Сб. доклади, 2016.
6. Лаловска М. Здравните грижи – потребност при пациенти с преживян мозъчен инсулт. Сборник доклади Трета научна конференция с международно участие "Медико-социални аспекти на здравните грижи", Враца. e-book, ЦМБ, МУ – София, 2019, 75-79. Достъпно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1741>.
7. Иванов И. Наркоманията – глобалната заплаха и перспективи. В: Сборник доклади от втора научна конференция с международно участие: „Здравето – предизвикателство пред професионалистите по здравни грижи“, Враца, 2018. e-book, ЦМБ, МУ – София, 2019, 33-35. Достъпно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/108>.
8. Грозданов И. Контрол на социалното осигуряване като функция на мениджмънта за функциониране на икономическите системи в съвременното общество. Almanach "ViaEurasia", София, УИ "Св. Климент Охридски", 2019.
9. Грозданов И. Състояние на профилактиката и рехабилитацията в системата на НОИ, институционално взаимодействие с кореспондиращите институции. Globalization, the State and individual, 2018 (4), 50-67, Varna: FreeUniv. Of Varna.
10. Грозданов И. Възможности за развитие на социално икономическия потенциал на програмата за профилактика и рехабилитация на НОИ. Бизнес управление, 2018, (4), 73-90, Свищов: СА „Д. А. Ценов“.
11. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics. CA Cancer J Clin, 2016;66:7-30.
12. Turner DA, Shaw C, McGrother CW et al. The cost of clinically significant urinary storage symptoms for community dwelling adults in the UK. BJU Int, 2004,93(9), 1246-1252.

РАЗРАБОТВАНЕ И ВНЕДРЯВАНЕ В ПРАКТИКАТА НА МОДЕЛ ЗА ЗДРАВНИ ГРИЖИ, АДАптиРАН ЗА ДОМАШНИ УСЛОВИЯ, ПРИ ПАЦИЕНТИ С ПРЕЖИВЯН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

М. Лаловска

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

DEVELOPMENT AND IMPLEMENTATION OF A HEALTH CARE MODEL ADAPTED FOR HOME SETTINGS IN PATIENTS WITH A PREVIOUS STROKE IN PRACTICE

M. Lalovska

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

Abstract. Stroke is not a life sentence. For a moment a person falls into a state of helplessness and must again learn to walk, to speak, to be himself. The activities of the team of specialists, as well as the support of the family, play an important role in the recovery process and in order to reduce the effects of the stroke. In the context of the National Health and Social Policy for the provision of integrated health care and social services to meet the needs of those in need, to facilitate access to health care and services, in order to prevent social exclusion and ensure a dignified and independent life, we set a goal – development and implementation of a model of health care adapted for home settings in patients with a stroke in practice.

Key words: stroke, health care, model

Адрес за кореспонденция: Маргарита Лаловска, e-mail: mdm61@abv.bg

Address for correspondence: Margarita Lalovska, e-mail: mdm61@abv.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Мозъчносъдовите заболявания са важен медицински и социален проблем. Те се характеризират с висока заболяемост, болестност и смъртност и са най-честата причина за инвалидизация. 15,0% до 45,0% от преживелите мозъчен инсулт остават трайно нетрудоспособни. Мозъчносъдовите заболявания са и голям консуматор на обществени ресурси, директните и индиректните разходи за тях са огромни.

Всяка година в България от мозъчен инсулт се разболяват около 60 000 души. Над 130 000 души са инвалидите, които вследствие на преживян мозъчен инсулт са освидетелствани от ТЕЛК и пенсионирани по болест. Над 90 000 души годишно

преживяват преходни нарушения на мозъчното кръвообращение и над 50,0% от тях в следващата една или две години почти сигурно ще получат истински инсулт, с последствия, инвалидизиране или смърт.

Мозъчният инсулт не е присъда до живот. За един миг човек изпада в състояние на безпомощност и трябва отново да се научи да ходи, да говори, да бъде себе си. Процесът е продължителен и изисква силно желание и упоритост. Затова, съчетавайки резултатите от проучването, невъзможността на здравната система в България да отговори адекватно на потребностите на хората, преживели мозъчен инсулт, и отчитайки мястото на професионалистите по здравни грижи в началото на оздравителния период, си поставихме за цел

изработване и внедряване в практиката на **Модел за здравни грижи, адаптиран за домашни условия, при пациенти с преживян мозъчен инсулт.**

Цел

Разработване и внедряване в практиката на Модел за ранно възстановяване, социално адаптиране и осигуряване на по-добро качество на живот на пациенти с преживян мозъчен инсулт.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проучването е проведено през периода май 2018 г.–май 2020 г. Обхваща 97 пациенти, настани за лечение в пет многопрофилни болници за активно лечение в Северозападна България.

Извършени са проучване на източници и информация, както и анализ на базата на наличната документация. Обработката на данните и статистическият анализ са направени със SPSS v.19.0. Данните са анализирани с помощта на дескриптивен анализ при ниво на значимост $p < 0,05$. Таблиците и графиките са изработени чрез програмите Word и Excel.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Изследваните лица са предимно мъже – 59,9%. Относителният дял на жените е 40,1%. Средната възраст на анкетирания пациенти е 59 години поради това, че в последните години нараства относителният дял на населението на възраст 65 и повече години. Според получените данни от анкетното проучване става ясно, че в резултат на заболяването се променя качеството на живот не само на пациента, но и на неговото семейство. Голяма част от пациентите – 78,0%, посочват, че няма на кого да разчитат за дейности от ежедневието, а при 20,0% това налага и промяна на трудовата заетост. Близко половината от пациентите биха се доверили на специализирана институция с цел осигуряване на по-добри грижи, като посочват, че имат трудности с храненето, приема на лекарства, личната хигиена, комуникацията. Близко 2/3 от пациентите не могат да посетят личния лекар, да ползват градски транспорт, да се разходят, да пазаруват.

В контекста на Националната здравно-социална политика за предоставяне на интегрирани здравни грижи и социални услуги, които да отговорят на потребностите на нуждаещите се и да

улеснят достъпа до здравна помощ и услуги, с цел превенция на социалното изключване и гарантиране на достоен и независим живот, предложеният Модел за здравни грижи, адаптиран за домашни условия, при пациенти с преживян мозъчен инсулт, ще допринесе за пълноценното и в максимална степен ранно връщане на пациента към нормален ритъм на живот или приемане на ефектите от инсульта чрез специфична и строго индивидуална програма, съобразена с клиничните етапи на възстановяване и индивидуалните му потребности.

Разработеният модел е насочен към продължаване на здравните грижи и обучение на пациенти с преживян мозъчен инсулт в домашни условия, за задоволяване индивидуалните потребности, възстановяване в най-голяма степен на моторните, умствените и емоционалните способности и възвръщане към самостоятелен живот. В процеса на възстановяване и с оглед намаляване на ефектите от инсульта важна роля имат дейностите на екипа специалисти, както и подкрепата на семейството. Подготовката и обучението на близките за ежедневните дейности и грижи с цел предотвратяване на усложненията и повторен мозъчен инсулт съществено биха повлияли качеството на живот на цялото семейство.

Моделът за здравни грижи, адаптиран за домашни условия, при пациенти с преживян мозъчен инсулт е комплексен и позволява да се обхванат всички аспекти на работа при пациенти с мозъчен инсулт, като:

- Медикаментозна терапия;
- Диетолечение;
- Профилактика на усложненията;
- Психосоциална подкрепа;
- Комплексна рехабилитация;
- Обучение на пациента и неговото семейство.

Задачите са насочени към:

1. Постигане на максимална степен на независимост на пациентите.
2. Профилактика на последващ инсулт.
3. Обучение на пациента и неговото семейство за продължаване на здравните грижи и рехабилитационния процес в условията на дома.

Моделът за здравни грижи, адаптиран за домашни условия, при пациенти с преживян мозъчен инсулт включва **три основни етапа** – сформироване на мултидисциплинарен екип, осигуряване на непрекъснатост на здравни грижи и ранна клинична рехабилитация чрез приемственост между от-

делните екипи, обучение на пациента и членовете на семейството му.

Създаването на модела се свързва с ограниченията в достъпа до здравни грижи и обучение, като основно те се свеждат до човешките, материалните, териториалните и финансовите ресурси.

В центъра на модела е поставен пациентът, а предоставянето на здравни грижи и обучение цели удовлетворяване на неговите потребности, следвайки съвременните тенденции в здравеопазването и социалната политика (фиг. 1).

Организацията на предлаганите услуги се осъществява от мултидисциплинарен екип, който поддържа връзка с пациента и лекаря посредством мобилна и интернет връзка за директен

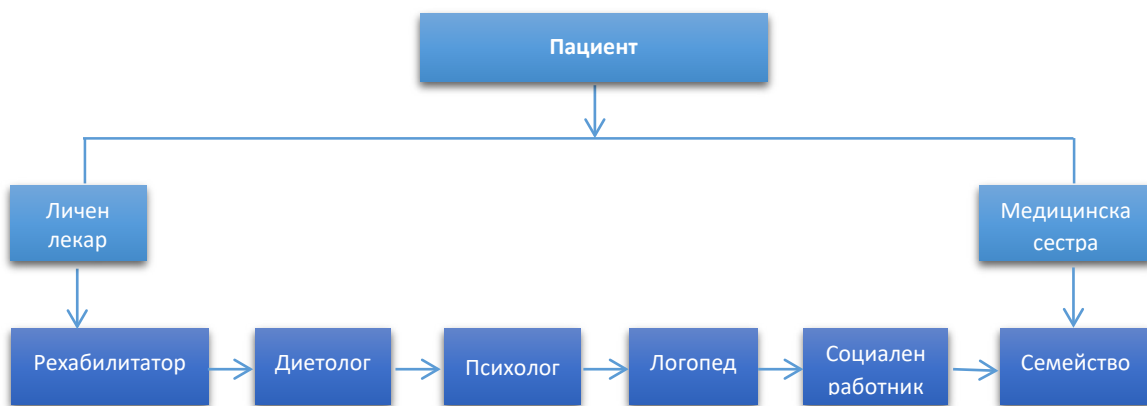
контакт и за допълнителна информация. Мултидисциплинарният екип включва: задължително лекар, медицинска сестра, рехабилитатор, диетолог, психолог, логопед, социален работник, пациент, семейството на пациента.

В етапа на сформирание на професионален екип за здравни грижи и комплексна рехабилитация ясно се определят функциите и задачите на всеки от членовете на екипа (фиг. 2).

Постигането на успех при прилагане на Модела за здравни грижи, адаптиран за домашни условия, при пациенти с преживян мозъчен инсулт се основава на взаимното доверие между пациент и екип. Важен фактор в работния процес между мултидисциплинарния екип и пациента е



Фиг. 1. Модел за здравни грижи, адаптирани за домашни условия, при пациенти с преживян мозъчен инсулт



Фиг. 2. Мултидисциплинарен екип за здравни грижи при пациенти с преживян мозъчен инсулт

създаването на атмосфера, която ще допринесе извънредно много за удовлетворяване на здравните потребности на болните. В процеса на възстановяване и с оглед намаляване на ефектите от инсульта важна роля имат дейностите на специалистите по здравни грижи, диетолозите и логопедите. За приемане на ефектите от инсульта и научаването да се живее с тях, екип от социален работник и психолог биха могли да окажат изключителна подкрепа на пациента.

При пациенти с тежки последици от преживян мозъчен инсулт подкрепата е необходима в още по-голяма степен за семейството. Подготовката и обучението на болния и близките за ежедневните грижи и дейности с цел предотвратяване на усложнения и повторен мозъчен инсулт, осъществявано от медицинска сестра, чувствително би повлияло върху качеството на живот на цялото семейство.

Медицинската сестра в мултидисциплинарния екип

Медицинската сестра е част от мултидисциплинарния екип. Тя е специалист, който може да извършва дейности самостоятелно в рамките на своите компетенции, в това число даване на информация, обучение, оценка на здравното състояние и потребностите на пациента и семейството му. Сестринските грижи са ключови за осигуряване на по-добро качество на живот на пациентите с мозъчен инсулт.

За успешното осъществяване на здравните грижи при пациентите е необходимо да се включат следните елементи:

- За осъществяване на модела са необходими много добри комуникативни умения и професионална квалификация на медицинските сестри;
- За подобряване качеството на живот е необходимо разработване на програма за работа с пациенти с мозъчен инсулт;
- Индивидуален подход – според индивидуалната оценка на пациента с преживян мозъчен инсулт се предлагат различни дейности за възстановяване и формиране на умения;
- Работата със семействата на пациентите с цел осигуряване на програма за информиране и обучение, с което ще се подобри качеството на живот на пациентите с мозъчен инсулт.

Оценката на ефективността на модела ще се извърши по следните показатели:

- Качество на грижите: външен вид, нарушения в целостта на кожата, обриви, спазми, нарушаване на хигиенните правила;
- Подобряване на автономността на пациента – ежедневни грижи, хранене, физиологични нужди, хигиена;
- Формиране и възстановяване на умения и комуникация;
- Преодоляване на социалните проблеми.

Чрез Модела за здравни грижи, адаптиран за домашно приложение, при пациенти с преживян мозъчен инсулт се цели подобряване качеството на живот, чрез удовлетворяване на нарушените здравни и психо-социални потребности. Същевременно с това пациентите трябва да осъзнаят важността и ползата от спазването на определен хранителен и двигателен режим според възможностите си, редовен прием на назначена медикаментозна терапия, обучение в дейности от ежедневиия живот и други.

Приложението на Модела за здравни грижи, адаптиран за домашно приложение, при пациенти с мозъчен инсулт и спазването на тези препоръки в максимална степен ще осигури възможност за предоставяне на висококачествени здравни грижи и рехабилитация в домашни условия. Това ще осигури по-лесен и прозрачен анализ на резултатите, прогнозна оценка и възможност за навременна консултация със специалист.

Партньори на мултидисциплинарния екип:

- Лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ (болници, МЦ, ДКЦ);
- Заведения за продължителни грижи (дневни центрове, хосписи);
- Агенция за социално подпомагане;
- Здравна администрация на общинско ниво;
- Неправителствени организации.

Финансирането на Модела за здравни грижи, адаптиран за домашни условия, при пациенти с преживян инсулт може да се осигури от национални, регионални здравни програми и чрез средства от европейски проекти. Предназначението на такива програми е да отговорят на специфичните здравни потребности на населението. С тяхна помощ ще се подпомогне вторичната и третичната профилактика на засегнатите от мозъчен инсулт пациенти.

Предложеният от нас Модел за предоставяне на здравни грижи, адаптиран за домашни условия, при пациенти с преживян мозъчен инсулт ще доведе до удовлетворяване желанието и потребностите на пациентите от здравни грижи в домаш-

ни условия, ще подобри здравословното състояние на пациентите, ще допринесе за повишаване на качеството им на живот.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здравните грижи при пациентите с преживян мозъчен инсулт са приоритет според резултатите от нашето проучване. Периодът на хоспитализация е първият момент, в който семейството има нужда от най-силна подкрепа – с информация за самото заболяване и неговото протичане, с подготовка за продължителния възстановителен период според степента на пораженията от инсулта и необходимите мерки за избягване на рецидив. Видно е, че обучителната функция на медицинската сестра заема водещо място сред дейностите, които осъществява. В зависимост от планираните обучения всеки болен се нуждае средно от 2-3 вида обучение, затова чрез Модела за здравни грижи, адаптиран за домашни условия, се предоставят повече възможности за здравни грижи на пациентите в домашни условия, за ранно възстановяване и подобряване здравословното им състояние.

Приложеният Модел за здравни грижи адаптиран за домашни условия, при пациенти с преживян мозъчен инсулт ще допринесе за подобряване качеството на живот на пациентите и ще окаже положително влияние на близките.

Библиография

1. Александрова М. Съвременни тенденции в обучението на медицинските сестри. София, 2007.
2. Александрова М, Москов А. Развитие на сестринската професия в България и влиянието на Европейските държави. Сестринско дело, 2001, 33(4), 20-23.
3. Аспарухова П, Янкова Г, Владимирова Е. Качество на живот при пациенти преживели мозъчен инсулт. Управление и образование, 2017, 13(5), 174-179.
4. Велева Ст, Василева Н, Недев Хр. Възстановяване след инсулт. Алианс Принт, 2000.
5. Григорова К. Мозъчен инсулт и ранна кинезитерапия. София, ИД ПРИНТ, 2017.
6. Димова Р, Димитрова Д, Иванова Н. Място и роля на специалистите по здравни грижи в осигуряване на качеството на общата медицинска помощ. Здравни грижи, 2005, 1(3).
7. Добрилова П. Здравните грижи – основен фактор за повишаване качеството на услугите в рехабилитационните болници. Дис., д.м., 2014.
8. Добрилова П. Анализ на потребностите на пациентите с хронични заболявания. Сестринско дело, 2014, 46(1), 3-15.
9. Либекия Е, Василева П. Компетенциите на медицинските сестри в променящото се съвременно общество. Научни трудове на Русенския университет, 2009, 48(серия 8.1), 150-152.
10. Чанева Г, Стамболова И. Качество и контрол на здравните грижи. Мениджмънт на сестринския процес. София, Филвест, 2003, 94-100.
11. Чанева Г. Удовлетвореност на пациентите от качеството на сестринските грижи в болницата. Български медицински журнал, 2008, 2(1), 61-64.
12. Юркова К. Терапевтичното поведение – умения за вербална и невербална комуникация. Комуникационни умения и автономни функции на сестринството. Пловдив, 2001, 93-99.
13. Янкова Г, Аспарухова П, Владимирова Е. Оптимизиране на учебно-практическата дейност чрез прилагане на систематизиран трудотерапевтичен подход при пациенти с мозъчен инсулт. Управление и образование, 2017, 13(5), 2017, 33-39.
14. Borisova M, Vladimirova E, Dzhiganska Ts. Risk factors in men with benign prostatic hyperplasia. Science and technologies: 2020, 10(1):77-83. Medical Biology Studies, Clinical Studies, Social Medicine And Health Care.

РАБОТА ПО ГРАФИК ИЗВЪН БИОЛОГИЧНИЯ И ОБЩЕСТВЕНИЯ РИТЪМ И НАРУШЕНИЯ В СЪНЯ СРЕД РАБОТЕЩИ В СПЕШНА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ

М. Самунева-Желябова, К. Любомирова, Т. Кундуржиев

Катедра "Трудова медицина", ФОЗ "Проф. д-р Ц. Воденичаров, дмн", МУ – София

WORK SCHEDULE OUTSIDE OF THE BIOLOGICAL AND THE SOCIAL RHYTHM AND SLEEP DISORDERS AMONG AMBULANCE WORKERS IN BULGARIA

M. Samuneva-Zhelyabova, K. Lyubomirova, T. Kundurzhiev

Department of Occupational Medicine, Faculty of Public Health "Prof. Tz. Vodenicharov, MD, DSc", MU – Sofia

Abstract. Background: Ambulance workers' job is characterized by extended shifts, inconsistent shift patterns, poor sleep, non-ergonomic work places and work postures, high levels of physical and mental strain. Fatigue in the Emergency Medical Services (EMS) workplace may be related to high patient care loads, demanding work schedules, physical overload and associated stress. **Methods:** The study was conducted among 468 workers in emergency healthcare centers in Bulgaria in a period of one year. A sociological method was used – a survey. The results of the study are presented using descriptive statistics and Chi-square test. **Results:** The results showed that the biggest share was that of participants who have sleep disorders at the age over 55 years – 41%, followed by the age group 36-45 years with 35.2%, age group 46-55 years with the age group up to 35 years – 31.3%. The distribution by position of the question show that positive answers give: physicians – 46.4%, nurses – 38%, paramedics 36.9%, ambulance workers 28.3%, sanitation workers 22.2%. The physicians who claim that the work on a schedule outside the biological rhythm and the social rhythm adversely affects their health are 51.2%, followed by ambulance workers with 33.9%, paramedics – 29.2% and nurses with 23.8%. The respondents who suffer from disturbed sleep and in parallel think that the work on a schedule outside the biological rhythm and the social rhythm has a negative impact on their work are 52.5%. **Conclusion:** The work among ambulance workers is associated with a number of risks which is related with many health problems. The impaired health of those workers can result in pressure on health and insurance systems for treating them as well as poor health care services for emergency patients.

Key words: ambulance workers, sleep disorders, schedule work

Адрес за кореспонденция: Ас. д-р Марина Самунева-Желябова, дм, e-mail: m.samuneva@foz.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Assis. Marina Samuneva-Zhelyabova, PhD, e-mail: m.samuneva@foz.mu-sofia.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Системата на центрове за спешна медицинска помощ (ЦСМП) в Република България включва към днешна дата 28 ЦСМП, съответстващи на областите, съставляващи административното деление на страната, с разкрити към тях филиали за спешна медицинска помощ (ФСМП) [1]. Работата в тези центрове се характеризира с изключително високо физическо и умствено/психическо натоварване. Едни от основните характеристики на рабо-

тата в спешните центрове са: работа под силен натиск на време, значително физическо и психическо натоварване, непредсказуемост в работата, дълги работни смени, нощни смени, много извънреден труд, недостатъчни почивки и бързопроменящи се условия на работа. Тези фактори от своя страна увеличават многократно нивата на стрес, влияят негативно върху съня, върху психическото и физическото здраве и създават специални характеристики на работещите в тази сфера [2].

Работещите в спешна медицинска помощ се сблъскват с много предизвикателства по време на дежурство, едно от които е работа по график извън биологичния и обществения ритъм, сменният труд и нощните смени. Освен това работата на смени е свързана с редица здравни проблеми като безсъние, депресия и тревожност, както и с възникването на редица заболявания [3]. Симптомите са различни в зависимост от предразположеността на индивида [4]. Продължителната работа с нощни смени води до понижаване на квалификацията, а някои изследвания констатира връзка между работата на смени и по-големия риск от развиване на рак [5]. Служителите на спешна помощ освен сменния режим на работа и нощните смени, работят продължително с удължено работно време, като успоредно с това изпълняват значително количество извънреден труд [6].

Работата на смени, както и тази извън биологичния и обществения ритъм, може да повлияе на здравето и благосъстоянието на работещите в спешна помощ на различни нива – както физиологично, така и психологически, и да засегне различни аспекти на работата и личния живот [7]. В проучване, проведено в Австралия, за връзката между работата на смени, нарушенията в съня и психическото здраве сред парамедици, се съобщава за значително по-високи нива на симптоми на депресия и тревожност, умора, посттравматично стресово разстройство, безсъние, нарколепсия и значително по-лошо качество на съня и общото благосъстояние спрямо нормите сред общото население на Австралия и западните страни. Най-често се среща безсънието [8].

Съществуват убедителни доказателства, свързващи съня, умората и работата на смени с отрицателните резултати за безопасността на работното място, както и нарушената работоспособност сред тази група работещи [9]. Проучване, проведено в Испания, показва, че много често се срещат нарушения на съня сред работещите в линейките за спешна помощ [10, 11]. В допълнение към това, според проучване, проведено сред медицински сестри, работещи в спешни отделения в Китай, качеството на съня им не е добро [12]. Този факт се счита като основен симптом на неправилно приспособяване към работа на смени. Според друго проучване, работещи в спешна помощ, които са работили на 24-часови смени, имат по-къс и по-фрагментиран сън, а този факт може да увеличи риска от сърдеч-

но-съдови заболявания [13]. Резултатите от проучване, проведено в Полша, показват, че работата на смени и нощният труд могат да нарушат както съня, така и здравното състояние на работещите като цяло [14]. Броят на грешките при изпълняваните задачи е значително по-висок при нощната в сравнение с дневната смяна, което позволява да направим извод, че тогава вероятността от трудови злополуки е най-голяма [15]. Доказано е, че има разлика между поведението на служителите в толерантността към работата на смени. Около 20% от хората не са в състояние да понесат нетрадиционното работно време [16].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Използван е социологически метод – анкетен. Резултатите от изследването бяха представени с описателна статистика – абсолютни (n) и относителни (%) честоти, средни стойности (средно) и стандартни отклонения (SD). Връзката между изявленията и демографските характеристики беше изследвана чрез хи-квадрат тест. Резултатите с ниво на значимост $p < 0,05$ се считат за статистически значими. Статистическата обработка на данни използва SPSS (Статистически пакет за социални науки), версия 16. За таблична и графична обработка и презентация са използвани продуктите на Microsoft office.

Проведеното проучване е сред 468 работещи в два областни центъра за спешна помощ (област София и област Пазарджик) за период от половин година. Участниците от женски пол са 58.3%, а от мъжки – 41.7%. Средната възраст на участниците е $50,65 \pm 9,45$, като за жените тя е $50,01 \pm 9,18$ и $51,53 \pm 9,77$ за мъжете. Най-голям е дялът на медицинските сестри, участвали в проучването – 35.8%, последвани от шофьорите на линейка – 26.1%, лекарите – 18.1%, медицинските фелдшери – 14.2%, и санитарите – 5.8%. С общ трудов стаж над 10 години са 88% от участниците в проучването, а с трудов стаж на сегашната длъжност над 10 г. са 63.6% от участниците. Разпределили сме участниците в 4 възрастови групи – до 35 години, 36-45 години, 46-55 години и над 55 години.

РЕЗУЛТАТИ

Получените резултати са базирани на субективната оценка на работещите – чрез проведено анкетно проучване.

На въпроса „Считате ли, че работата по график извън биологичния ритъм и извън обществения ритъм влияе негативно върху Вашето здраве?“, положителните отговори са 30.8%, а отрицателните – 38.1%. Положителен отговор дават 25.4% от анкетираните от женски пол и 38.3% от мъжки. Отрицателно отговарят на въпроса 41.2% от жените и 33.7% от мъжете. Разпределението по пол на отговорите на въпроса не показва статистическа зависимост [$\chi^2(4) = 9.34$, $p = 0.053$].

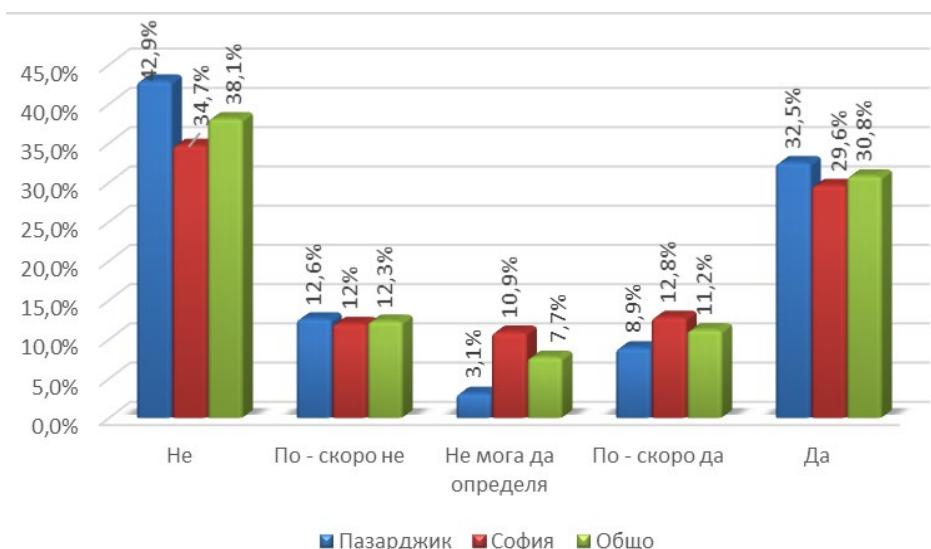
Относно разпределението по област на въпроса дали участниците считат, че работата по график извън биологичния и обществения ритъм влияе негативно върху тяхното здраве, откриваме статистическа зависимост [$\chi^2(4) = 12.721$, $p = 0.013$]. Положителните отговори от област Пазарджик са 32.5%, а от област София – 29.6%. Отрицателните отговори са 42.9% от област Пазарджик и 34.7% от анкетираните от област София (фиг. 1).

Работата по график извън биологичния и обществения ритъм влияе негативно върху здравето на работещите според 34.4% от анкетираните на възраст до 35 г., 33.3% от участниците на възраст 36-45 г., 28.3% във възрастовата група 46-55 г. и 31.8% в групата над 55 години. Отрицателен отговор на въпроса дават 40.8% от анкетираните във възрастовата група над 55 години, 40% от групата 46-55 години, 32.2% от групата 36-45 години и накрая с най-малко отрицателни отговори е възрастовата група до 35 години от 28.3%. Не открихме статистическа зависимост между отговорите на

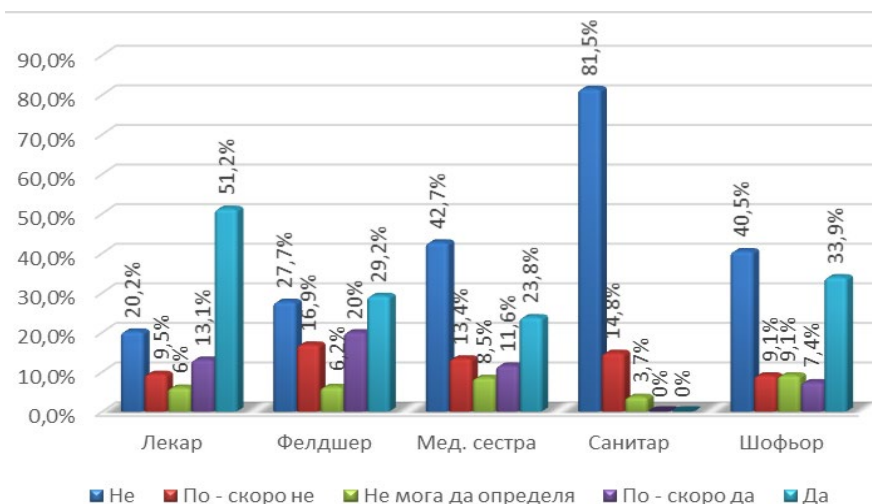
въпроса и разпределението по възраст [$\chi^2(4) = 10.287$, $p = 0.591$].

Отговорите на въпроса относно влиянието на работата по график извън биологичния и обществения ритъм върху здравето на работещите при разпределението по длъжност са следните: според 51.2% от лекарите, 33.9% от шофьорите, 29.2% от фелдшерите, 23.8% от медицинските сестри и нито един от санитарите този факт оказва влияние. Най-голям е дялът на санитарите, дали отрицателен отговор на въпроса – 81.5%, последвани от медицинските сестри – 42.7%, шофьорите на линейка – 40.5%, фелдшерите – 27.7%, и накрая лекарите – 20.2%. Средният дял на отрицателните отговори е 38.2%. При анализа на връзката между длъжността на работещите и риска за психическото им здраве от работата по график извън биологичния и обществения ритъм откриваме статистическа зависимост [$\chi^2(16) = 59.794$, $p < 0.001$] (фиг. 2).

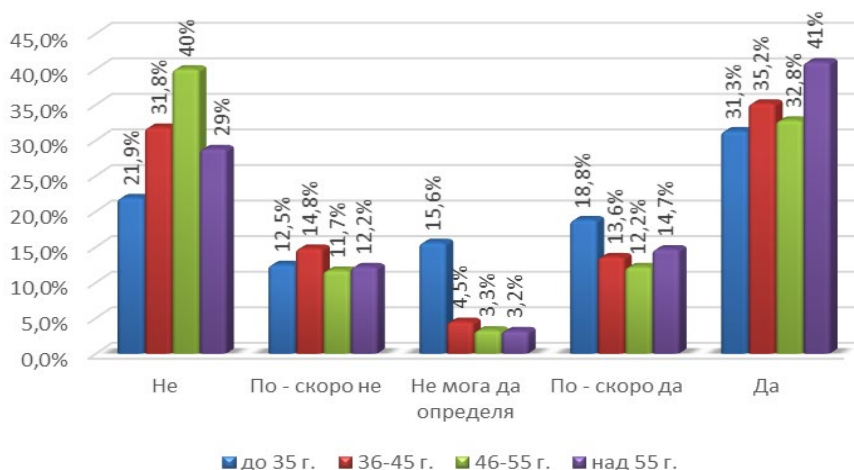
На въпрос относно нарушенията на съня сред работещите в спешна помощ положителен отговор дават 36.3% от област Пазарджик и 36.4% от Софийска. От област Пазарджик 16.8% и 11.3% от област София дават отговор „по-скоро да“. Неутрален отговор дават 1.1% от Пазарджишка област и 6.5% от Софийска. С „по-скоро не“ отговарят 10% от Пазарджишка област и 14.2% от Софийска, а категоричен отрицателен отговор дават 35.8% от област Пазарджик и 31.6% от област София. Връзката между нарушения сън на



Фиг. 1. Влияние на работата по график извън биологичния и обществения ритъм върху психическото здраве на работещите – разпределение по области



Фиг. 2. Влияние на работата по график извън биологичния и обществения ритъм върху психическото здраве на работещите – разпределение по длъжности



Фиг. 3. Отговор на въпроса „Страдате ли от нарушен сън?“ – разпределение по възраст

анкетиранияте от двете области е статистически значима [$\chi^2(4) = 12.612$, $p = 0.013$].

От нарушен сън страдат 31,3% от анкетираните на възраст до 35 г., 35,2% в групата 36-45 г., 32,8% на възраст 46-55 г. и 41% на възраст над 55 г. Отрицателен отговор на въпроса дават 21,9% от анкетираните на възраст до 35 г., 31,8% на възраст 36-45 г., 40% от групата 46-55 г. и 28,8% над 55 г. При анализа на връзката между възрастовата група на анкетираните и отговорите на въпроса за нарушен сън открихме статистическа зависимост, $p = 0.112$ (фиг. 3).

Делът на лекарите, страдащи от нарушен сън, е 46,4%, последвани от медицинските сестри – 38%, фелдшерите – 36,9%, шофьорите – 28,3%, и санитарите – 22,2%. Отрицателен отговор дават 45,8% от шофьорите, 44,4% от санитарите, 36,9%

от медицинските фелдшери, 29,8% от медицинските сестри и само 19% от лекарите. При анализа на връзката между длъжността на работещите и наличието на нарушен сън откриваме статистическа зависимост [$\chi^2(16) = 28.851$, $p = 0.025$] (фиг. 4).

Изследвахме зависимостта между въпросите: „Считате ли, че работата по график извън биологичния ритъм и извън обществения ритъм носи риск за Вашето психическо здраве?“ и „Страдате ли от нарушен сън?“. Коефициентът на контингенция е 0,387, а връзката – умерена, $p < 0,001$. Отрицателен отговор и на двата въпроса дават 47,5% от анкетираните, а положителен – 52,5%. Анкетиранияте, които твърдят, че не страдат от нарушен сън, но считат, че работата по график извън биологичния и обществения ритъм крие риск за психическото им здраве, са 22%. Страдащите

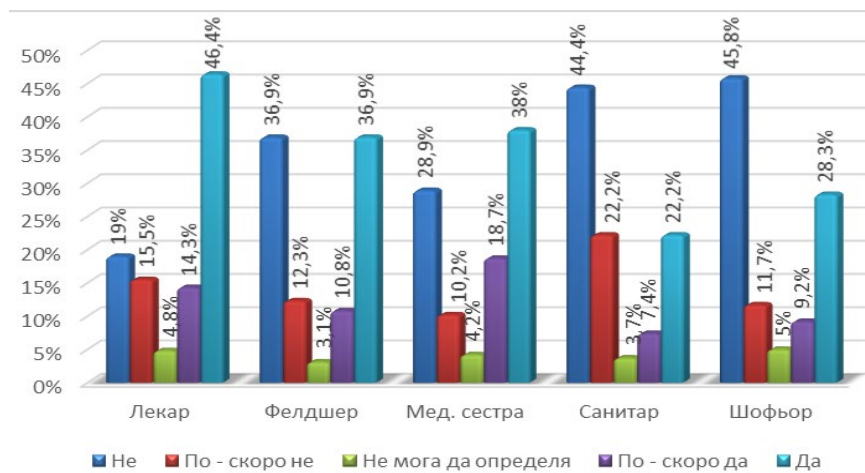
от нарушен сън, но в същото време не считащи, че работата по график извън биологичния и обществен ритъм крие риск за психическото им здраве, са 29.9%. Участниците, които страдат от нарушен сън и смятат, че работата по график извън биологичния и обществен ритъм по-скоро крие риск за психическото им здраве, са 36.5% (фиг. 5).

ОБСЪЖДАНЕ

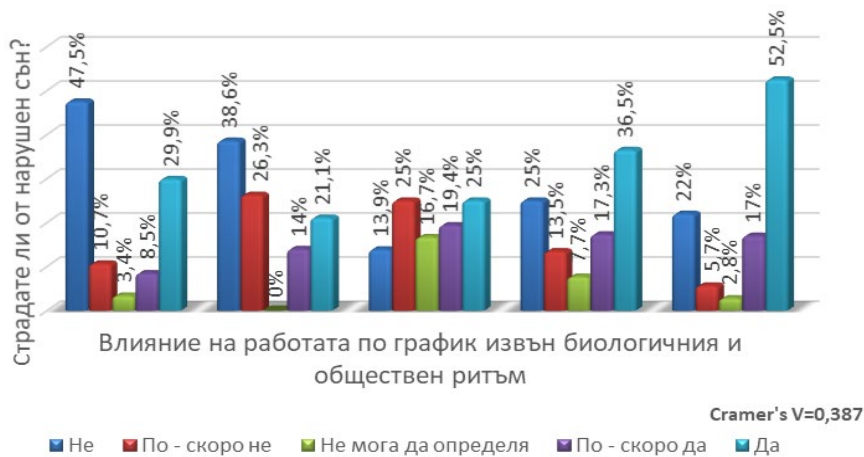
Установено е, че нощен труд или работа, свързана с определено изместване на циркадните системи и ритми, могат да нарушат както количеството, така и качеството на съня [17]. Проведеното от нас проучване доказва наличието на голям дял анкетираните с нарушение в качеството и количеството сън. С най-голям относителен дял участници, които страдат от нарушения в съня, са лекарите. Причината за това може би е голя-

мата отговорност, която трябва да носят по време на работа. Проучванията на невропсихичната функция на работещите на смени и нощен труд показват, че вниманието и когницията намаляват при тези лица [7]. Високият дял на анкетираните, които твърдят, че работата по график извън биологичния и обществен ритъм влияе негативно върху тяхното здраве, потвърждава това твърдение и работещите в спешна помощ съзнават негативното влияние на този фактор.

Резултатите, които получихме, доказват безспорното негативно влияние на сменния режим и нощния труд върху здравето на работещите. В научната литература са натрупани много доказателства, свързващи нарушенията в съня, умората и работата на смени с недобри показатели за здравето и безопасността на работещите [18]. Редица автори твърдят, че добрият сън има ключова роля за доброто здраве [19]. Наличието на редица за-



Фиг. 4. Отговор на въпроса „Страдате ли от нарушен сън?“ – разпределение по длъжности



Фиг. 5. Зависимост между работата по график извън биологичния и обществен ритъм и нарушенията в съня

болявания сред изследваната група потвърждава това твърдение.

Преобладаващата част от анкетираните са на възраст над 50 години, превалят също участниците от женски пол, повечето от работещите имат поне по едно, а някои и по повече заболявания. Всички тези фактори, както и данните от проучването потвърждават резултатите, до които достигат и други автори. Според тях предразполагащи фактори за развитие на симптоми на нарушен сън са: женски пол, възраст над 49 години, съпътстващи заболявания, напрегната работа и сменен режим на работа [20, 21].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резултатите, получени от проведеното проучване, потвърждават за пореден път наличието и кумулирането на редица рискови фактори сред работещите в центрове за спешна медицинска помощ. Ежедневното излагане на тези фактори влияе негативно върху физическото и психическото здраве на работещите, а също и при допускането на грешки и злополуки по време на работа. Предвид допълнителните усложнения поради възникналата пандемия от COVID-19 всички тези фактори засилват своето влияние. Необходимо е работодателите да имат предвид тези резултати, особено в пандемична обстановка, и да се съсредоточат върху тях. Трябва да се предприемат спешни мерки от различен произход, които да целят тяхното навременно ограничаване.

Библиография

1. Концепция за развитие на системата за спешна помощ в Република България.
2. Николова Р, Цачева Н. Характеристика и въздействие на работното натоварване в лекарската професия. *Обща медицина*, 2020, (1), 84-91.
3. Khan WAA, Conduit R, Kennedy GA et al. Sleep and Mental Health among Paramedics from Australia and Saudi Arabia: A Comparison Study. *Clocks & Sleep* 2020, (2), 246-257. <https://doi.org/10.3390/clocksleep2020019>.
4. Richter DK, Acker J, Scholz F et al. Health promotion and work: prevention of shift work disorders in companies, *EPMA J*, 2010, 1:611-618. DOI 10.1007/s13167-010-0057-7.
5. Night shift work, IARC Monographs on the identification of carcinogenic hazards to humans. International Agency of research of cancer, World Health Organization, 2000, 124, France.
6. Николова Р. Стрес, вегетативна сърдечно-съдова регулация и сърдечно-съдов риск при високо-рискови професии. *Факултет по обществено здраве*, 2019, 1-192.
7. Sofianopoulos S, Williams B, Archer F. Paramedics and the effects of shift work on sleep: a literature review. *Emergency Med J*, 2012;29:152-155.
8. Khan W, Conduit R, Kennedy G, Jackson M. The relationship between shift-work, sleep, and mental health among paramedics in Australia. *Sleep Health*, 2020, 6(3), 330-337. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2019.12.002>.
9. Williamson A, Lombardi DA, Folkard S et al. The Link Between Fatigue and Safety. *Accid Anal Prev*, 2011;43(2): 498-515.
10. Tribis-Arrospe B, Ballesteros-Peña S, Abecia Inchaurregui LC et al. Sleep quality and adaptation to shift-work among ambulance staff in the Basque Country. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 2020 Aug;43(2):189-202. DOI: 10.23938/assn.0871.
11. Cash R, Anderson S, Lancaster K et al. Comparing the Prevalence of Poor Sleep and Stress Metrics in Basic versus Advanced Life Support Emergency Medical Services Personnel, *Prehospital Emergency Care*, 2020, 24:5, 644-656, DOI: 10.1080/10903127.2020.1758259.
12. Dong H, Zhang Q, Zhu C et al. Sleep quality of nurses in the emergency department of public hospitals in China and its influencing factors: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 18, 116 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01374-4>.
13. Neufeld E, Carney J, Dolezal B et al. Exploratory Study of Heart Rate Variability and Sleep among Emergency Medical Services Shift Workers. *Prehospital Emergency Care*, 2017, 21:1, 18-23, DOI: 10.1080/10903127.2016.1194928.
14. Nowak K, Lukomska B. The impact of shift work on the well-being and subjective levels of alertness and sleepiness in firefighters and rescue service workers. *Taylor and Francis Online*, 2021. doi.org/10.1080/10803548.2021.1933320.
15. Kazemi R, Haidarimoghadam R, Motamedzadeh M et al. Effects of shift work on cognitive performance, sleep quality, and sleepiness among petrochemical control room operators. *J Circad Rhyth*, 2016;14:1. doi:10.5334/jcr.134.
16. Saksvik IB, Bjorvatn B, Hetland H. Individual differences in tolerance to shift work – a systematic review. *Sleep Med Rev*, 2011;15(4):221-235. doi: 10.1016/j.smrv.2010.07.002;
17. Николова Р. Психично здраве в лекарската професия. *Обща медицина*, 2021, 23(3), 63-71.
18. Williamson A, Lombardi DA, Folkard S, et al. The link between fatigue and safety. *Accid Anal Prev*, 2011, 43: 498-515. 10.1016/j.aap.2009.11.011.
19. Itani O, Jike M, Watanabe N, Kaneita Y. Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Sleep Med*, 2017;32:246-56. doi: 10.1016/j.sleep.2016.08.006.
20. Torbjörn Å, Fredlund P, Gillberg M et al. Work load and work hours in relation to disturbed sleep and fatigue in a large representative sample. *J Psychosom Res*, 2002, 53(1), 585-588. [doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00447-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00447-6).
21. Николова Р. Лекарите – рискови фактори за психично здраве, суицидизъм и психични нарушения. В: *Хигиена – хигиена и екология*. Под ред. На Д. Цветков, 2014, 1, 478-480.

УСЛОВИЯ НА ТРУД И СТРЕС СРЕД РАБОТЕЩИ В АДМИНИСТРАЦИЯ

М. Самунева-Желябова, К. Любомирова

Катедра "Трудова медицина", ФОЗ "Проф. д-р Ц. Воденичаров, дмн", МУ – София

WORKING CONDITIONS AND STRESS AMONG WORKERS IN ADMINISTRATION

M. Samuneva-Zhelyabova, K. Lyubomirova

Department of Occupational Medicine, Faculty of Public Health "Prof. Tz. Vodenicharov, MD, DSc", MU – Sofia

Abstract. Introduction: The work in administration too frequently is associated with mental, psycho-sensory and emotional overload, as well as stress. Many of administration workers complain about the need of intense thinking, strong concentration for a long time, working under pressure of short deadlines as well as working during non-working hours and during weekends. These facts, together with the modern domestic and social stressors, can lead to fatigue and distress. **Materials and methods:** A sociological method was used – a survey. The results of the study are presented using descriptive statistics. The study was conducted among 386 workers in administration. The male participants are 15.8%, and 84.2% are female. **Results:** The participants who reported work in strong concentration for a long time are 95.6%. The respondents who claim that their work require constant intense thinking are 90.3%. 81.4% of workers simultaneously perform multiple tasks. Opportunity for independent organization of work have 27.4% and depending on the work pace of colleagues are 46% of participants. 54.9% of respondents claim that their colleagues interrupt their work. Only 8.8% of participants complain of monotony at work. The respondents who are transferred to other workplaces are 32%. 39% of workers claim that they must work during non-working hours, and 10.6% claim that they work during weekends. Under the pressure of deadlines work 57.6% of participants in the survey. **Conclusion:** The results from our survey show that risk factors among administration workers are many. The risk among these workers has to be limited. It is necessary to introduce measures which reduce the impact of risk factors, and also to be introduced appropriate work and rest regimes which have to be strictly observed. It is important to conduct regular preventive examinations of workers and to monitor their health.

Key words: work conditions, stress, administration workers, concentration

Адрес за кореспонденция: Ас. д-р Марина Самунева-Желябова, дм, е-mail: m.samuneva@foz.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Assis. Marina Samuneva-Zhelyabova, PhD, e-mail: m.samuneva@foz.mu-sofia.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Съвременните форми на труд се характеризират с хипокинезия на работното място и по-голямо напрежение в работата, а това очевидно води до увеличаване честотата на хроничните заболявания, свързани с работата [1]. Условията на труд могат да се разглеждат като основна причина за различия по отношение на здравето на работещите. Доказано е, че по-добрата работна среда и ус-

ловия на труд мотивират служителите и водят до по-добри резултати [2]. Работата при работещи в офисни помещения е свързана с ниска физическа активност, лоши хранителни навици, по-малко излагане на слънце, както и по-високи нива на стрес [1]. Професионалният стрес от своя страна се причинява при дисбаланс между изискванията на работното място и индивидуалните способности на работещия за справяне с тях [3]. Установено е, че работещите в администрация с по-голям

трудов стаж са по-предразположени към лошо качество на живот в сравнение с тези, които работят при тези условия от по-малко от 2 години [4].

Работещите в администрация са изложени ежедневно както на физически, така и на психосоциални рискови фактори [5]. Доказано е, че недобрите психосоциални условия на труд, включително прекомерни изисквания за работа, времев натиск и очаквания за постоянно присъствие на работното място влияят неблагоприятно на баланса между служебните ангажименти и личния живот [6]. Високите изисквания в работата и ограничените ресурси имат тенденция да увеличават натоварването на работещите [7]. Много и различни по вид стресори, извънредно голямо количество работа, голямо умствено натоварване, междуличностни конфликти, слаб контрол върху работата и слабо удовлетворение от работата са характерни за работещите в администрация [8].

Стресът на работното място се отнася до различни стресори или различни по вид фактори, водещи до психическо напрежение, отрицателни реакции и редица симптоми, синдроми или заболявания [9, 10]. Според СЗО (Световна здравна организация) професионалният стрес възниква, когато изискванията по време на работа и напрежението не съответстват на възможностите на служителите да се справят с тях [11]. Стресът на работното място може да бъде причинен от лоша организация на работата и условия на труд, недобро управление, ръководители – източници на стрес, както и липса на подкрепа от колеги и ръководители [10, 12, 13].

Според проучване, проведено в Копенхаген, подобряването на осведомеността на работещите относно рисковите фактори на работното място насърчава подобряването на условията на труд както относно физическите, така и относно психосоциалните рискови фактори [5]. Проучване, проведено в Япония, доказва, че служителите, изпитващи силни тревоги или стрес по време на работа, са 60%. Особено често тези симптоми се срещат при работещите в офис помещения [14]. Стресорите на работното място, както и социалната подкрепа понякога влияят пряко, а понякога косвено за намаляване на реакцията на стрес [15].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В настоящото проучване е използван социологически метод (въпросник). Резултатите са представени чрез дескриптивна статистика и χ^2 -тест.

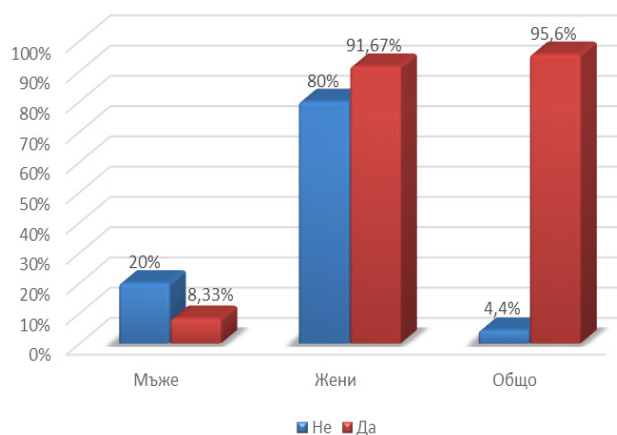
За таблична и графична обработка и презентация са използвани продуктите на Microsoft office.

Проучването е проведено през периода септември–ноември 2020 г., като са анкетирани 386 служители, работещи в администрация. Средната възраст на участниците е $46,65 \pm 9,45$ години. Най-младият участник е на 23 години от женски пол, а най-възрастният е на 63 години и отново е от женски пол. Най-възрастният участник е на 58 години от мъжки пол. Разпределението по пол показва, че 82% от участниците са жени, а 7.2% са мъже. Делът на участниците с общ трудов стаж над 10 години е 82%, а участниците с продължителност на трудовия стаж на сегашното място над 10 години са 58.9%.

РЕЗУЛТАТИ

Представените резултати от проучването са базирани на субективното усещане на работещите – чрез попълване на въпросник.

Първият въпрос, който зададохме на участниците, е: „Работите ли при пълна концентрация/внимание през целия работен ден?“. Отговорите, които получихме, са: 95.6% положителни и 4.4% отрицателни. Разпределението по пол показва статистическа зависимост – 91.67% положителни отговори при участниците от женски пол и 8.33% при участниците от мъжки (фиг. 1).

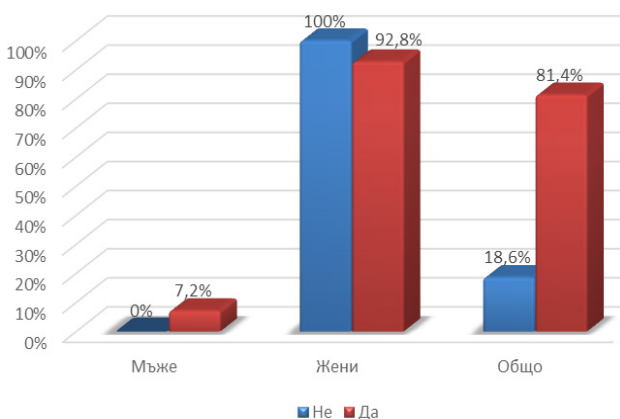


Фиг. 1. Отговори на въпроса „Работите ли при пълна концентрация/внимание през целия работен ден?“ – разпределение по пол

Следващият въпрос е свързан с напрегнатото мислене на работното място. Участниците, които дават положителен отговор на въпроса, са 90.3%, а отрицателен – 9,7%. Разпределението по пол на отговорите на въпроса показва, че 18.18% от

участниците от мъжки пол и 81.82% от женски дават отрицателен отговор на въпроса. Положителен отговор относно напрегнатото мислене на работното място дават 7.84% от анкетираните мъже и 92.16% от жените.

Участниците, които твърдят, че изпълняват няколко задачи едновременно са 81.4%. Разпределението по пол на въпроса показва, че 7,2% от положителните отговори са от участници от мъжки пол и няма отрицателни отговори от участници от същия пол (фиг. 2).

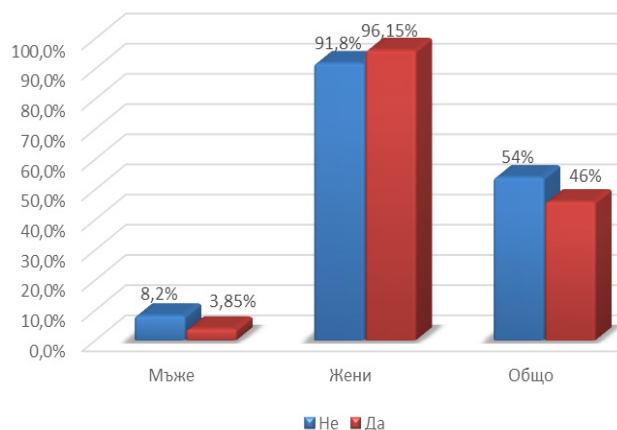


Фиг. 2. Отговори на въпроса „Изпълнявам няколко задачи едновременно“ – разпределение по пол

Възможност за самостоятелна организация на работата имат 27.4% от работещите. За липса на такава възможност потвърждават 72.6%. Разпределението по пол на отговорите на въпроса е следното: положителен отговор дават 22.58% от анкетираните мъже и 77.42 % от жените. Отрицателен отговор дават 1.22% от мъжете и 98.78% от жените.

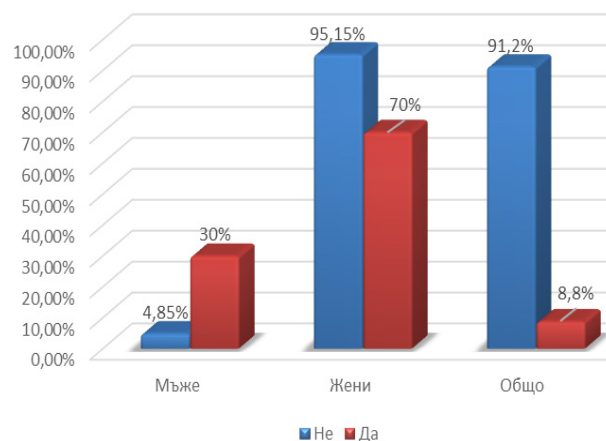
Делът на анкетираните, които твърдят, че зависят от работното темпо на колегите, е 46%. Участниците от мъжки пол, които дават положителен отговор на въпроса, са 3.85%, а положителните отговори от участници от женски пол са 96.15% (фиг. 3).

На въпроса относно непрекъснатото прекъсване на работния процес от колеги – 54.9% от анкетираните дават положителен отговор, а отрицателен съответно 45,1%. Разпределението по пол на отговорите на този въпрос показва, че отрицателен отговор дават 5.88% от мъжете и 94.2% от жените. С положителен отговор отговарят 3.23% от участниците от мъжки пол и 96.77% от участниците от женски пол.



Фиг. 3. Отговори на въпроса „Зависят от работното темпо на колегите“ – разпределение по пол

От отегчителна и монотонна работа се оплакват 8.8% от анкетираните. Разпределението по пол на въпроса показва, че 30% от положителните отговори са от участници от мъжки пол, а 70% от тях са от анкетираните от женски пол (фиг. 4).

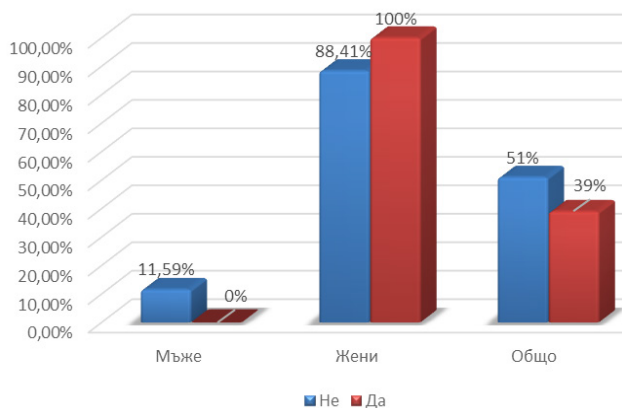


Фиг. 4. Отговори на въпроса „Работата ми е отегчителна и монотонна“ – разпределение по пол

От постоянно преместване на други работни места се оплакват 32% от работещите, а 68% от анкетираните твърдят, че нямат такъв проблем. Участниците от женски пол, които дават положителен отговор, са 88.89%, а отрицателен – 94.18%. Анкетираните от мъжки пол, които дават положителен отговор на въпроса, са 11.11%, а отрицателен отговор дават 5.19%.

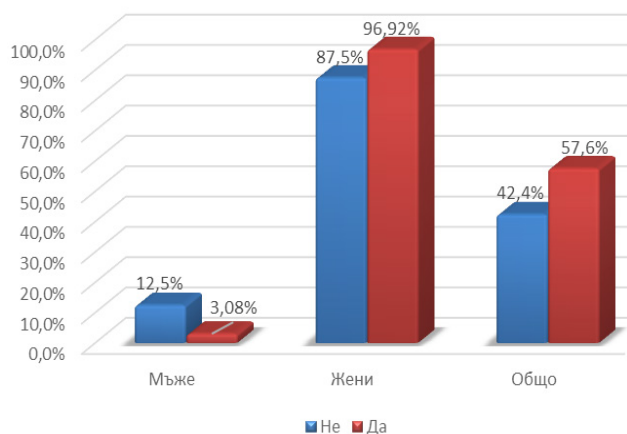
В извънработно време твърдят, че работят 39% от анкетираните. Положителен отговор на въпроса дават 100% от жените и нито един участник от мъжки пол (фиг. 5).

По време на почивни дни твърдят, че работят 10.6% от участниците в проучването. Отрицателен отговор дават 89.4% от тях. Разпределението по пол показва, че положителен отговор на въпроса дават 8.33% от анкетираните участници от мъжки пол и 91.67% от участниците от женски пол. На 6.93% от участниците от мъжки пол и на 93.07% от анкетираните от женски пол не им се налага да работят през почивните дни.



Фиг. 5. Отговори на въпроса „Налага ми се да работя в извънработно време“ – разпределение по пол

57.6% от анкетираните твърдят, че работят под натиска на крайни срокове. Разпределението по пол показва, че положителен отговор дават 3.08% от участниците от мъжки пол и 96.92% от анкетираните от женски пол (фиг. 6).



Фиг. 6. Отговори на въпроса „Работя под натиска на крайни срокове“ – разпределение по пол

Превалирането на отговорите от женски пол в проучването идва от факта, че разпределението на анкетираните по пол е в съотношение 7.2% анкетираните мъже към 92.8% анкетираните участници от женски пол.

ОБСЪЖДАНЕ

Високите изисквания в работата, липсата на подкрепа сред колеги и работодател, наличие на междуличностни конфликти, неясни задачи и слабо управление са сред водещите фактори за прекомерния стрес на работното място според Европейската агенция по здраве и безопасност при работа [16]. Нашето проучване показва наличието на тези фактори, а оттам и на прекомерен стрес сред изследваната група. Голямото работно натоварване и наложените темп на работа, постоянният контрол, недобрите личностни взаимоотношения, както и структурните особености на работното място са сред водещите фактори, повлияващи психичното здраве на работещите [17]. Откриването на тези фактори след изследването от нас група потвърждава негативното им влияние и възможността за отрицателни ефекти върху психичното здраве на работещите.

Според проучване, проведено в Иран, при работещите в офис помещения се отчитат високи нива на професионален стрес поради наличие на задачи, които са неясни и неточни, както и поради недостатъчното време за тяхното извършване [18]. Необходимостта от повече време за изпълнение на работните задачи се потвърждава в голям процент от работещите в изследваната от нас група. Резултатите от друго проучване, проведено в Иран, за оценка на психосоциалните фактори между работещите в администрацията и оперативните работници в електроразпределителна централа, показват, че въпросите относно същността на работния процес и конкретиката на работните задачи, според работещите в администрацията са по-неясни и те са в по-неблагоприятни условия [19]. Този факт за пореден път подкрепя твърдението, че колкото и привидно да не се откриват особен стрес и високи нива на психосоциални фактори сред работещите в администрацията, се откриват такива. Нашето проучване потвърждава тези резултати.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резултатите от проведеното анкетно проучване и субективната оценка за условията на труд сред работещите показват отчетлива тенденция за наличие на редица рискови фактори, високи нива на напрежение и стрес. Освен най-често

срещаните рискови фактори сред работещите в администрация тук се наблюдават и допълнителни, изискващи специално внимание и вземане на необходимите мерки за тяхното ограничаване. Рискът от развитие на различни както физически, така и психически заболявания сред тези работещи е повишен. Необходимо е в спешен порядък да се вземат необходимите мерки за ограничаването на ключовите рискови фактори, които са ясно диференцирани от получените резултати.

Библиография

1. Bluysen PM, Roda C, Mandin C et al. Self-reported health and comfort in 'modern' office buildings: first results from the European OFFICAIR study. *Indoor Air*, 2016;26:298-317.
2. Динков М. Връзка между условията на труд и производителността на персонала в организацията. *Eastern Acad J*, 2015, (4), 46-64.
3. Mirmohammadi SJ, Taheri M, Mehrparvar AH et al. Occupational stress and cardiovascular risk factors in high-ranking government officials and office workers. *Iran Red Crescent Med J*, 2014;16(8):e11747. doi:10.5812/ircmj.11747.
4. Popova R, Ivanova L. Anthropometric measurements among office workers and correlation with their working experience. *BOOK*, 2018/08/23, DOI: 10.13140/RG.2.2.35419.80169.
5. Coelho DA et al. Working Conditions Under Multiple Exposures: A Cross-sectional Study of Private Sector Administrative Workers. 2015:781-789.
6. Bjärntoft S, Hallman DM, Mathiassen SE et al. Occupational and Individual Determinants of Work-life Balance among Office Workers with Flexible Work Arrangements. *Int J Environ Res Public Health*, 2020; 17(4):1418. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041418>.
7. Voydanoff P. Toward a conceptualization of perceived work-family fit and balance: A demands and resources approach. *J Marriage Fam*, 2005, 67, 822-836.
8. Azuma K, Ikeda K, Kagi N et al. Evaluating prevalence and risk factors of building-related symptoms among office workers: Seasonal characteristics of symptoms and psychosocial and physical environmental factors. *Environ Health Prev Med*, 2017, 22, 38. <https://doi.org/10.1186/s12199-017-0645-4>.
9. Siegrist J, Wahrendorf M. *Work Stress and Health in a Globalized Economy. The Model of Effort-Reward Imbalance*. Springer International Publishing: Basel, Switzerland, 2016.
10. Chirico F, Heponiemi T, Pavlova M et al. Psychosocial Risk Prevention in a Global Occupational Health Perspective. A Descriptive Analysis. *Int J Environ Res. Public Health* 2019, 16, 2470. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142470>.
11. Stress at the Workplace. Available online: https://www.who.int/occupational_health/topics/stressatwp/en/ (accessed on 19 April 2019).
12. Chirico F. Job stress models for predicting burnout syndrome: A review. *Ann Ist Super Sanita*, 2016, 52, 443-456.
13. Савова З. Превенция на стрес и професионално изчерпване. *София, Симолини* 94, 2012.
14. Wada K, Sairenchi T, Haruyama Y et al. Relationship between the Onset of Depression and Stress Response Measured by the Brief Job Stress Questionnaire among Japanese Employees: A Cohort Study. *PLOS ONE*, 2013, 8(2): e56319. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0056319>.
15. Furuichi W, Shimura A, Miyama H et al. Effects of Job Stressors, Stress Response, and Sleep Disturbance on Presenteeism in Office Workers. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2020;16:1827-1833. doi:10.2147/NDT.S258508.
16. Managing stress and psychosocial risks, E-guide, European Agency for Safety and Health at Work.
17. Wynne R, De Broeck V, Vandebroek K et al. Насърчаване на психичното здраве на работното място, Ръководство за прилагане на комплексен подход, Люксембург: Служба за публикации на Европейския съюз, 2017, doi:10.2767/341390.
18. Mirmohammadi SJ, Taheri M, Mehrparvar AH et al. Occupational stress and cardiovascular risk factors in high-ranking government officials and office workers. *Iran Red Crescent Med J*, 2014;16(8):e11747. doi:10.5812/ircmj.11747.
19. Aminian O, Moradi A, Eftekhari S. Assessment of psychosocial factors in office and operational groups of employees of a Regional Electricity Distribution Company in Iran – A case study. *Heliyon*, 2018, 4(8), e00714. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00714>.

НЕОБХОДИМИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА БЕЗОПАСНО И КАЧЕСТВЕНО ПРОВЕЖДАНЕ НА КОНТРАСТНИ ОБРАЗНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Н. Бонинска, М. Миладинова, Н. Крумова

Клиника по конвенционална рентгенова диагностика, ВМА – София

REQUIREMENTS FOR SAFE AND QUALITY CONDUCTING OF CONTRAST IMAGING STUDIES

N. Boninska, M. Miladinova, N. Krumova

Clinic of Conventional X-ray Diagnostics, Military Medical Academy – Sofia

Abstract. The quality of imaging is important for both the correct diagnosis and subsequent treatment. In most cases, in order to obtain a better visualization of the studied structure, it is necessary to introduce a contrast agent, which also hides some risks. The aim of the development is to present the basic requirements for safe and quality conducting of imaging studies with contrast material. A documentary method was used to study the issue. If it is necessary to conduct a contrast imaging examination for patient safety and quality, it is important to be aware of pregnancy, breastfeeding, allergies, impaired renal function, Metmorphine intake, thyroid disease, and other factors, which may cause side effects. Knowing the patient's condition, preliminary preparation will take place, and instructions for conducting the contrast examination will be given. Proper preparation for a contrast procedure is paramount. The more risk factors are present, the more important is the preparation, from which both the prevention of complications and a better recovery period depend.

Key words: safety, quality, contrast imaging, prevention, preparation

Адрес за кореспонденция: Невенка Бонинска, e-mail: nevenabo@abv.bg , GSM: +359 888 970 625

Address for correspondence: Nevenka Boninska, e-mail: nevenabo@abv.bg , GSM: +359 888 970 625

Причината за поставяне на контрастни материали (КМ) е усилването на видимостта на кухини, структури, лезии, за уточняване или доказване на диагноза, както и при съмнение за нея. Използват се за всички диагностични изследвания в образната диагностика [1]. Повечето от тях са безопасни за употреба, но понякога прилагането им може да предизвика у пациента прояви на свръхчувствителност или алергичност (кожни изяви, сърбеж, горещи вълни, сърцебиене, прилошаване) [2], а при хора с нарушена бъбречна функция съществува и риск от нефрогенна системна фиброза. Има случаи, в които използването на контрастното вещество е необходимо, независимо от

рисковите фактори. Затова най-важната информация от пациентското досие е анамнезата. Тя трябва да бъде точна, за да знаем какви са рисковете при поставяне на КМ, каква подготовка да направим на пациента, как да предотвратим евентуални усложнения и проведеното изследване да бъде безопасно за пациента. Анамнезата трябва да е целенасочена, да се следи за алергични заболявания и прояви към храни и медикаменти, ухапвания от насекоми и др. Трябва да се има предвид, че при болни с алергии (уртикария, сена хрема, бронхиална астма, хранителни алергии и др.) се развива 2 пъти по-често непоносимост. Преди приложение на КМ трябва да се изясни

клиничното състояние на черния дроб, бъбреците и щитовидната жлеза, да бъдем информирани за евентуална бременност, кърмене и прием на метформин.

Целта на разработката е да се изясни какви предварителни мерки да вземем и каква подготовка да направим за безопасното и качествено провеждане на контрастното образно изследване.

Използван е документален метод. Проучени и анализирани са научни и литературни разработки по темата.

Съгласно европейските закони [Directive 2001/83/EC, Regulation (EC) N726/2004] контрастно вещество е: “Всяка субстанция или комбинация от субстанции, които могат да бъдат въвеждани в човешкото тяло ...с оглед на ... получаване на диагностична информация..”

Целта на контрастирането е да се изобразят съдови структури; да се разграничат патологичните зони от нормалните; да се изпълнят кухини, да се усили визуализацията на различните структури в организма.

За рентгенови изследвания най-често използвани са позитивните контрастни материи с висок атомен номер – бариеви (неразтворими във вода) и йодни (водоразтворими), а за магнитнорезонансна томография – гадолиниев хелати.

Подготовка на пациента при образно изследване с бариев сулфат

Бариевият сулфат е най-популярното контрастно вещество, използвано за визуализация на храносмилателния тракт. Контраиндикации за приемането му през устата са: съмнения за перфорация на хранопровода, стомаха и червата; фистули на червата; съмнение за перитонит; адхезии и стенози при деца [1].

За качествено провеждане на контрастно изследване е важно да се провери дали през последните 5 дни не е извършвано друго контрастно изследване на гастроинтестиналния тракт; да се уведоми лекарят за евентуална бременност, за прием на медикаменти, за алергии, както и за хронични заболявания. Не трябва да се приемат газообразуващи напитки и храни, кисело и прясно мляко, плодове и зеленчуци.

При прием на контрастното вещество през устата, в деня на изследването пациентът се явява гладен и жаден, без прием на лекарства, без да е пушил поне 10-12 ч преди това.

При прием на контрастното вещество чрез клизма, в деня преди изследването се приемат очистителни средства, а няколко часа преди него се ограничава приемът на течности.

Подготовка при образно изследване с йодни контрастни вещества и гадолиниев хелати

Образно изследване с приложение на водоразтворими йодни контрастни вещества е противопоказано и крие рискове за някои пациенти. Съществуващите известни противопоказания и рискови фактори при прилагането на КМ са:

- поливалентна алергия;
- бъбречна и сърдечна недостатъчност;
- цироза на черния дроб;
- ендокринни патологии като тиреотоксикоза;
- тежък захарен диабет, най-вече за пациенти, приемащи метформин;
- бронхиална астма;
- обезводняване;
- въвеждане на контрастни вещества през последните 24 часа;
- бременност над 2 седмици и др. [3].

Дори и рядко, при прилагане на контрастна материя могат да възникнат някои странични ефекти като: гадене, повръщане, кожни обриви, чувство за затопляне, зачервяване, сърбеж, спастична кашлица, които отзвучават и не е нужна намеса на лекар.

В някои случаи може да се появи тремор, изразен кожен обрив, едем на ларинкса, астматичен пристъп. След тях е необходима лекарствена терапия, за да се предотврати анафилактичен шок.

Най-честите симптоми на алергична реакция към контрастни средства (гадолиниев хелати) за МРТ са: копривна треска, подуване на лицето, сърбеж, потене, воднисти или сърбящи очи и задух.

В медицинската практика има едно остро бъбречно усложнение, наречено контраст-индуцирана нефропатия (КИН). За него може да се мисли при остро влошаване на бъбречната функция до 72 часа след приложение на венозна контрастна материя и след като всички други потенциални причини са изключени [4].

Подготовка преди извършване на контрастното образно изследване

Необходимо е много внимателно да разгледаме досието на пациента за алергии, заболявания

на бъбреците и щитовидната жлеза, сърдечна недостатъчност, както и дали е извършвано контрастно изследване през последните 72 ч, да получим информация за евентуална бременност.

При наличие на алергия пациентът се консултира с алерголог и се провежда антихистаминова терапия (три-пет дни). В деня на изследването се поставя противоалергичен медикамент, най-често Methylprednisolon.

При пациенти с увредена бъбречна функция преди прилагане на КМ се препоръчва скрининг за нарушена бъбречна функция чрез лабораторни изследвания (урея, креатинин). При нормален серумен креатинин приема на метформин трябва да се спре по време на приложението на КМ и да не се започва отново до 48 ч. Когато креатининът е извън границите на нормата, метформин трябва да се спре и изследването с КМ да се отложи за 48 ч. Метформин трябва да се започне само ако креатининът е нормален.

Добрата хидратация намалява нефротоксичния ефект. Следват се точни правила за въвеждане на нужните 2-4 л течности в организма преди изследването, предимно през устата.

Преди започване на изследването лекарят трябва да прецени възможно ли е прилагането на друг алтернативен метод, както и да внимава и да следи срока на годност на контрастното вещество. В него не трябва да се откриват кристали.

Необходимо е да се обърне специално внимание на пациенти с хиперфункция на щитовидната жлеза, при които съществува риск от развитие на хипертиреоидизъм в резултат на инжектирането на йодирана КМ.

По време на изследването:

– При реакции на свръхчувствителност веднага се прекратява инжектирането на контрастното вещество. От съществено значение е кабинетът, в който се провежда образното изследване, да бъде оборудван със стерилни превръзки и спринцовки за венозни манипулации, средства за капкова венозна инфузия, апарат за измерване на артериалното налягане, кислороден апарат с маска, спешен шкаф със следите лекарствени средства (преднизолон, урбазон, алергозан, диазепам, адреналин, натриев хлорид, витамин С и др.) Медикамент на първи избор при анафилаксия е адреналин.

– Видът и количеството на използваното вещество съвсем не са без значение. Използват се изоосмоларни контрастни материи. Материите с

по-висока плътност и йодна концентрация, както и по-голямата скорост на въвеждане увеличават вероятността за контраст-индуцирана нефропатия. От първостепенно значение е количеството контрастна материя, което се използва. Смята се, че над 140 мл вече може да бъде опасно. Ограничава се дозата в зависимост от вида на изследването и състоянието на пациента.

– При инжектиране на контрастното вещество да се подходи индивидуално към всеки пациент – да се избягват множество пункции, за да не се стига до екстравазация. Следи се поведението на пациента през цялото време на изследването.

След приключване на изследването:

– С цел бързото елиминиране на контрастното вещество от организма и за адекватна хидратация се препоръчва пациентът да изпие 2-4 л вода в рамките на следващите 24 ч. Наред с добрата хидратация се препоръчва да се използват и медикаменти, намаляващи процесите на вредно въздействие върху бъбречните тъкани [4].

– При евентуална екстравазация, ако е възможно, да се аспирира течността, да се постави лед на мястото и да се направи компрес.

– Пациентът остава под наблюдение поне 1 ч след приключване на контрастното изследване, като се следи за евентуална проява на късни нежелани реакции [3].

Избягват се допълнителни апликации на контрастна материя, поне през следващите 72 ч (най-добре през следващите 2-3 седмици). От 24-ия час до 7-ия ден се проследява бъбречната функция. При нужда се провежда своевременна консултация с нефролог.

Тъй като не е известно дали йод-съдържащите КМ се екскретират в кърмата и не може да се изключи риск за кърмачето, то кърменето трябва да се преустанови за поне 24 часа след прилагането на КМ. Контрастните вещества, съдържащи гадолиний, се екскретират в кърмата в много малки количества [5]. Продължаването на кърменето или прекратяването в период от 24 часа след прилагането трябва да се извърши по преценка на лекаря и майката кърмачка.

Изводи

1. Прилаганите нови контрастни материи са изключително пречистени и обикновено се понасят много добре. Въпреки това те могат по време на

изследването или кратко след него да доведат до различни видове нежелани странични реакции.

2. Диагностични и терапевтични процедури с използване на йонизиращо лъчение на бременни жени се извършват само в случаи, когато животът и здравето им са сериозно застрашени [6]. КМ не трябва да се използва по време на бременност, освен ако клиничното състояние на пациентката не налага употребата. КМ не трябва да се използва при бременни, освен когато ползата превишава риска и изследването е преценено като крайно необходимо.

3. Вероятността за възникване на странични реакции винаги трябва да се има предвид, особено при пациенти с известна клинична проявява на свръхчувствителност, анамнестични данни за астма или други алергични заболявания.

4. При спешни случаи, когато бъбречната функция е променена или неизследвана, лекарят трябва да прецени съотношението риск/полза от изследването с КМ, съобразявайки се с предупреждението: Метформинът да се спре, пациентът да се хидратира, да се проследи бъбречната функция и да се наблюдава за поява на лактатна ацидоза [4].

5. Диагностичните процедури, включващи използването на магнитнорезонансни контрастни вещества, трябва да бъдат провеждани само след точна анамнеза, при наличие на подходящи лекарства и апаратура за справяне с всякакви възможни усложнения, както и за спешно повлияване на евентуалните тежки реакции към самата контрастна материя. Препоръчително е пациентът да бъде

под наблюдение след всяка диагностична процедура, провеждана с контрастно средство, особено ако има анамнестични данни за алергии.

Чрез рентгеновите изследвания се потвърждава или отхвърля хипотеза за определено заболяване, проследява се развитието на вече доказано заболяване и на резултата от лечението.

Правилната подготовка за една контрастна процедура е от първостепенно значение. От нея зависи както профилактирането на усложненията и безопасното провеждане на изследването, така и протичането на един по-качествен възстановителен период.

Ако изследването е без контрастна материя, рискът да бъде пропуснато заболяване, е значителен. Нуждата от контрастна материя се определя от лекар по образна диагностика.

Библиография

1. <https://medpedia.framar.bg>
2. <https://www.puls.bg/aktsenti-c-16/kompiutratomografiia-za-detailna-i-tochna-vizualizatsiia-navtreshnite-organi-n-27790>
3. Генова К., Лекции по „Основи на образната диагностика“, 2020 г.
4. <https://www.puls.bg/>
5. <http://www.zdrave.bg/drugs/>
6. Наредба №30/31.10.2005 г. за условията и реда за осигуряване на защита на лица при медицинска облъчване, МЗ, 2005 г.
7. <http://www.medik.bg/>
8. <https://zdrave.rozali.com/pflezno/kakvo-triabva-da-znaete-za-kontrastnata-obrazna-diagnostiaua.htm>

ПОВИШАВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ – ПРИОРИТЕТ НА СЪВРЕМЕННАТА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА

Т. Славкова

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

IMPROVING THE QUALITY OF HEALTHCARE – A PRIORITY FOR THE MODERN NURSE

T. Slavkova

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

Abstract. Interest in healthcare is increasing in recent years. A key role for the increase of this interest is played by mass media, which render information on the novelties in treatment methods and delivery of health care. The quality of health care is very important for the achievement of favorable results in treatment and the care for patients. According to the definition of WHO, the quality of medical care includes the provision of enough types of diagnostic and therapeutic activities for all patients, which warrant an optimal health result, which is adequate to the actual state of medical science, at the optimal costs for the similar result, with a minimal iatrogenic risk and achievement of optimal satisfaction with procedures, results and human relationship. Organization of the work in hospital wards is associated with delivery of high-quality health care. Health care managers must provide health professionals with methods and approaches warranting high-quality health care. All of this is associated with development of the nurse occupational skills and competencies to work and the constant elevation of their qualification.

Key words: health professionals, quality, priority

Адрес за кореспонденция: Татяна Славкова – преподавател, e-mail: t.slavkova@filialvratsa.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Tatyana Slavkova, e-mail: t.slavkova@filialvratsa.mu-sofia.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

През последните години все повече нараства интересът на пациентите към качеството на здравната помощ и здравните грижи, които те получават. В това отношение медиите засилват този интерес както с информации за нови и ефективни методи на лечение, така и със случаи, свързани с предоставянето на помощта – например грешки и пропуски. Оценяването на качеството е изходен момент в управлението на качеството в здравното обслужване [2]. Според В. Борисов проблемът за качеството на здравеопазването има не само чисто медицинско и етично-хуманно значение, но представлява интерес и от гледна точка на управлението и финансирането на здравеопазването в

условията на здравноосигурителната система [3]. През последните години се възприема определението на А. Донабедиан, според което качеството на медицинската помощ е степен на достигане на най-голяма полза за здравето на човека без увеличаване на риска за здравето, при оптимален баланс между полза и риск [4].

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

по отношение процедури, резултати и хуманно отношение [10].

Преминавайки от общото определение, дадено от Международната организация по стандартизация, към определенията за качество в областта на здравеопазването, е необходимо да отбележим и възприетата от Световната здравна организация дефиниция за „качество на здравните грижи“. Според тази дефиниция качествени са грижите, които предоставят най-добрия здравен резултат – максимум полза и минимум риск за пациента, грижите, които демонстрират отличен професионализъм на всички участващи в помощта, грижите, при които се отчита ефективно и рационално използване на ресурсите, грижите, при които се отчита високо ниво на удовлетвореността и на самочувствието на пациентите [20].

Във всички аспекти на здравните грижи се подчертава необходимостта от постигането на най-добрите възможни резултати, защото в областта на медицината качеството на грижите е свързано с добри резултати. Лоши резултати могат да се получат въпреки най-добрата възможна помощ, най-високата възможна квалификация на персонала и най-доброто технологично оборудване. От друга страна, пациентът, според своите разбирания, може да се чувства добре въпреки недотам добрите резултати, от гледна точка на професионалистите по здравни грижи. Винаги може да възникне непознат аспект на здравните грижи, но това също означава, че когато се говори за качество на грижите, винаги трябва да е налице повече полза, отколкото вреда. Двете страни – пациент и медицинска сестра, винаги трябва да вземат заедно решение при наличие на информирано съгласие [4, 5].

Целта на настоящата работа е да се анализира професионалната компетентност на специалистите по здравни грижи и да се разгледат подходи и методи, гарантиращи здравни грижи с високо качество, ефективност и сигурност за пациентите.

МАТЕРИАЛ И МЕТОД

Обект на изследване са здравните грижи в лечебните заведения, с акцент върху методите и подходите за повишаване на качеството на здравните грижи като основен приоритет на медицинската сестра в съвременното здравеопазване. Проучването се основава на анализ на същест-

вуващите изследвания и литературни източници, свързани с повишаване на качеството на здравните грижи в болничните отделения.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Организацията на работата в болничните отделения се свързва с осъществяването на качествени здравни грижи. Ръководителите по здравни грижи трябва да предоставят на медицинските специалисти методи и подходи, които да осигуряват качествени здравни грижи. Всичко това е свързано с развитието на професионалните умения и компетенции на медицинските сестри за работа и непрекъснатото повишаване на тяхната квалификация [23].

Управлението на здравните грижи е процес, който има за цел мобилизиране на човешките ресурси и ресурсите на заобикалящата среда, за да се поддържат и благоприятстват грижите за личността, която при своето непрекъснато взаимодействие със заобикалящата я среда, има някакви здравни преживявания [25].

Здравето и благополучието на човека се намират в основата на дейностите по управление на здравните грижи. Непрекъснатото усъвършенстване на тяхното качество е основна цел на лечебните заведения. От възникването на медицинската наука лекарите и медицинските сестри се стремят да разрешават проблеми в областта на качеството, без да са запознати с теориите и проучванията на учените в тази насока. Качеството за всички тях е ежедневна грижа, за да може пациентът да си тръгне удовлетворен, в добро или подобро здравословно състояние [22].

Като качествена здравна услуга се възприема тази, която предоставя на всеки пациент достатъчно диагностични и терапевтични дейности, осигуряващи най-добър резултат по отношение на здравето в съответствие с актуалното състояние на медицинската наука. Качеството се формира от различни параметри, като липсва универсален начин за неговото определяне [11].

Според Г. Гранчарова за гарантиране на качество на извършваните здравни грижи е необходимо да се разработи философия, която много ясно да определи целите и стандартите на сестринските грижи. Определянето на философията и целите е елемент на стратегическото планиране, което доказва едновременното осъществяване

на основните функции на управлението. Контролът на качеството се изразява с акредитационни процедури, консултации, средства за оценяване, доклади, инспектиране, сестрински проверки [13].

Сестринският процес предоставя възможност за осъществяване на здравни грижи, които да поддържат здравето на пациента до най-високото ниво и да осигуряват качество на живот. Сестринският процес се осъществява чрез технологии за грижи, при които може да се наложи да се осъществят консултации с близките по въпроси, свързани с поддържането на здравето. Успехът на тези консултации и грижи за пациента зависи от сътрудничеството на всички лица – медицинската сестра, пациента и неговите близки. Три са елементите на сестринската дейност – „грижи“, „консултации“, „сътрудничество“, които са в основата на поддържането на човешкото здраве [19].

Специфичността на медицинската дейност, която я отличава от другите видове човешка дейност, се заключава преди всичко в необходимостта от постоянно, ежедневно, ежечасово общуване на сестрата с пациента. Пациентът, който има своите здравословни проблеми, по характера на своето мислене, по дълбочината на своите преживявания, по силата на психоемоционалното напрежение съществено се различава от човек, който няма такива проблеми. Заболяванията и особено хроничните болести за много от пациентите представляват тежка психическа травма, която води не само до влошаване на физическото състояние и самочувствие, но и до сериозни промени в психоемоционалната сфера [19].

Основно значение за профилактиката и лечението на различните заболявания имат ранната диагностика и грижите, които зависят в немалка степен от професионалната квалификация и умения на медицинската сестра. Основната ѝ роля се състои в контролирането и обучението на пациентите за точно спазване на лекарските назначения и формиране на здравословни навици, като по този начин се повишава тяхната мотивираност и активност в лечебния процес. Също така медицинската сестра подпомага пациентите да запазят своя пълноценен начин на живот както у дома, така и в социалната си среда [1, 20, 22].

Сестринската професия се основава на удовлетворяване основните потребности на човека, но с развитието на медицинската наука тя придобива ново измерение. Това се изразява в ди-

ференцирането на автономните функции и отговорности на медицинските сестри в комплекса от здравни грижи [6, 7].

Основа при оценката на качеството е да се установи ефективността на здравното обслужване в нейната триединна същност – медицинска, социална и икономическа ефективност. Оценката на качеството в здравеопазването трябва да покаже доколко се подобряват резултатите от здравното обслужване, отразени в здравния статус, функционалната дееспособност на населението, психосоциалното благополучие и удовлетвореността на пациентите [3, 27].

Специфичните особености на работата в системата на здравеопазването определят необходимостта от подготвени експерти, които да ревизират качеството на здравните грижи и да разработват модели за управлението им с цел повишаване на тяхното качество. Тези специалисти трябва да притежават способността да използват методите за получаване на медицински и статистически данни. Също така многообразието и разностранният характер на проблемите и спецификата на медицинската помощ изискват прилагането на евристичен подход при оценката и заключенията за качеството и управлението на здравните грижи [26].

Според Л. Иванов (1992) качеството на медицинското обслужване се формулира като модел, включващ динамична (променяща се) и статична (резултативна) страна на качеството, логична връзка между факторите и съдържателните аспекти на медицинското обслужване [14, 28].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Осигуряването на качествени здравни грижи в болничните отделения е пряко свързано с професионалните умения и компетенции на медицинските сестри. Повишаването на тяхната квалификация се свързва с ефективното управление от техните ръководители, които е необходимо да предлагат ефективни подходи за повишаване на качество на здравните грижи.

Разработването на философия, която да определи целите и стандартите на здравните грижи, ще повиши качеството на здравните грижи.

Осъществяването на качествен сестрински процес преминава през различни консултации и активна комуникация с пациента и неговите близки.

Осъществяването на качествени здравни грижи се свързва с непрекъснатото обучение на ме-

дицинските сестри, от една страна, и от друга – с контрола и обучението на пациентите относно формирането на здравословни навици.

Всичко това допринася за повишаване на качеството на здравните грижи в лечебното заведение, като основен приоритет на медицинската сестра в съвременното здравеопазване.

Библиография

1. Бикова П, Георгиева Ж. Портфолиото в помощ на здравното възпитание при деца със здравословни проблеми. Конференция с международно участие „Детето във фокуса на педагогическото взаимодействие и социалната работа“. СУ „Св. Климент Охридски“ – София, 23-24 ноември 2012. Сборник статии, 2012, 358-363.
2. Борисов В. Синтетична социална медицина. С., 1999, 126.
3. Борисов В. Специалистът по здравни грижи в управленския процес. Социална медицина, 2001, 20-23.
4. Борисов В. Качество на здравното обслужване, В: Социална медицина, учебник за медицинските колежи. София, Акар ПРИНТ, 2004, 125-127.
5. Борисов В. Мениджмънт на качеството в здравеопазването, В: Здравен мениджмънт. София, Филвест, 2004, 1, 243-258.
6. Борисов В. Здравният мениджмънт като функция, В: Здравен мениджмънт. София, Филвест, 2004, 1, 135-260.
7. Велчев, Л. Докладването на инцидентите подобрява процесите и намалява грешките. Здравен мениджмънт, 2003, (4), 17-24.
8. Воденичаров Ц. Болнично обслужване. В: Социална медицина. Учебник за медицинските колежи. В. Борисов, Ц. Воденичаров, К Юрукова, С. Попова. София, Акар ПИНТ, 2004, 108-112.
9. Воденичаров Ц. Седемте разлики между медика и мениджъра. С., 2003, 75.
10. Воденичаров Ц, Попова С. Медицинска етика. С., 2003, 230.
11. Воденичаров Ц, Социална медицина. София, Горекс прес, 2013, 46.
12. Георгиева Ем, Георгиева Л. Качеството на лабораторните медицински услуги като елемент на цялостното качество на здравните дейности. Варненски медицински форум. т. 3, приложение 4. Изд. Медицински университет – Варна. 2014, 62-65.
13. Гладилев Ст, Делчева Е. Икономика на здравеопазването. С., Princeps, 2003, 398.
14. Гладилев Ст, Павлова Ж, Чешмеджиева А, Петрова Цв. Икономика на здравеопазването, Ръководство за практически занятия по икономика на здравеопазването. С., Princeps, 2004, 298.
15. Грънчарова Г. Управление на здравните грижи. ИЦ на МУ – Плевен, 2005, 239-258.
16. Иванов Л. Мениджмънт на качеството на медицинското обслужване, В: Мениджмънт на здравната организация. С., Ес Ти Либер, 1992, 90-112.
17. Кирилов К. Маркетинг в здравеопазването, Класическият маркетинг имаркетинг в здравеопазването, Ново обществено здравеопазване. С., Акваграфикс, 1998, 287-296.
18. Кирилов К. Маркетинг в здравеопазването. С., АРСО, 2001, 160.
19. Кънчев М. Основи на управлението. София, Албатрос, 1999.
20. Маринов М. Качество и управление на качеството в здравното заведение. В: Здравната реформа в България II част. Македония прес, 1998, 317-348.
21. Мухина С, Тарновская И. Теоретични основи на сестринските грижи. Издателски център на МУ – Плевен, 2006, 25-26.
22. Проданов Г. Хигиена и здравно образование. Пловдив, Астарта, 2011, 173.
23. Чанева Г. Качеството на сестринските грижи като приоритет. София, Артик 2001, 2008.
24. Чанева Г. Качество на сестринските грижи в болницата. Дисертационен труд. Медицински университет – София, 2006, 173.
25. Янкова Г. Концептуални аспекти на грижите в сестринската практика. Обща медицина, 2020, 22(6), 94-100.
26. Янкова Г. Фактори влияещи върху професионалните нагласи на медицинските сестри за сестрински грижи. Управление и образование, 2020, 16(5), 44-50.
27. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F et al. La pensée infirmière: conceptions et stratégies. Editions Maloine, 1994, 97-134.
28. Rolan M, Holden J, Campbell S. Quality assessment for general practice: Supporting clinical governance in primary care groups. University of Manchester, 1998, 3-16.

УПРАВЛЕНИЕ НА КОМУНИКАЦИОННИТЕ КАНАЛИ В АКУШЕРСКАТА ПРАКТИКА В УСЛОВИЯ НА РИСК

Св. Радева

СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов“, ФОЗ, МУ – Варна

MANAGEMENT OF COMMUNICATION CHANNELS IN OBSTETRIC PRACTICE UNDER THE CONDITIONS OF RISK

Sv. Radeva

SHAGAT "Prof. Dr. D. Stamatov ", Faculty of Public Health, MU – Varna

Abstract. Obstetric interventions often take place in an emergency situation, with scarce information and at risk. A number of factors on the part of patients, on the part of the environment (external or internal), affect performance and medical behavior, increasing or decreasing risk. Communication is the main means of obtaining and transmitting information relevant to the definition of the diagnostic and treatment process and the implementation of measures to ensure adequate and timely obstetric care in hospital structures. A study was conducted in two obstetric structures among 206 respondents (medical professionals and patients). Communication problems for medical professionals are related to: a large amount of administrative activity; heavy workload; misunderstanding of the information they provide; incompleteness of the information received; lack of time for communication. In patients, communication problems are related to: misunderstanding of the information received; insufficient time on the part of medical professionals to communicate; lack of empathy; poor attitude. The main points of effective obstetric communication are aimed at: identification of communication channels, links and hierarchical levels with corresponding responsibilities; improving the relationship between subjects in the process of communication; reducing the frequency of risk events by improving communication between clinical staff and patients; conducting continuous trainings to improve activities in hospital structures; patient training. Obstetrics is a communicative profession and requires a multidisciplinary approach to providing care in hospital settings. Patient safety is a key goal in the field of public health, as well as satisfaction of the parties for the medical services provided.

Key words: communication, obstetric care, safety, training, development

Адрес за кореспонденция: Светлана Радева, e-mail: sv.radeva@abv.bg

Address for correspondence: Svetlana Radeva, e-mail: sv.radeva@abv.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Редица автори определят комуникативния процес като съвкупност от принципни отношения: етичност, достъпност, диалогичност и компетентност [1, 2, 4]. Здравната комуникация зависи от редица условия – удовлетвореност, доверие и очаквания на пациентите, умения за общуване на медицинските специалисти, същност и дос-

тъпност на информацията [3, 5]. Информацията в медицината е водеща при определяне на лечебно-диагностичното поведение, адекватността, своевременността и правилността на всички мероприятия, в резултат на което се определя изходът от медицинската помощ.

Информацията при общуването между пациент и медицински специалист е асиметрична, оскъдна, непълна, но именно комуникационните отношения

и общуването допълват нейното съдържание [15, 17, 21]. В резултат на това се изгражда връзка на доверие между субектите [10, 12, 14] в комуникационния процес. Комуникацията се отличава с точност, достъпност, валидност, надеждност, навременност и разбираемост, като най-необходима е разбираемостта, или зараждането на отговор от пациента към лекаря [18, 19, 20].

В акушерската практика комуникацията е деликатна и се осъществява в условията на спешност. Често пациентите проявяват различно отношение към собственото си здравно състояние, което невинаги е адекватно. В голяма степен това зависи от субективните им усещания, от характеристиките особености, личностната ориентация, възпитанието от ранна възраст за утвърждаване на здравословен начин на живот, от преживени здравни неблагоприятия, от отношението към възможностите на медицината и др. [11, 16].

Оказването на своевременно и адекватни акушерски грижи е съществена съставна част от лечебно-диагностичния процес в помощ на бременната жена, родилката и майката. Новите предизвикателства пред акушерската комуникация включват широк спектър от дейности и грижи: грижи към най-уязвимите пациенти [6, 7], обучение на пациенти, грижи за репродуктивното здраве, за новородените деца

и т.н. Колкото по-деликатно и сложно е естеството на междуличностното общуване, толкова по-високо ниво на комуникативност трябва да притежава медицинският професионалист [13].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

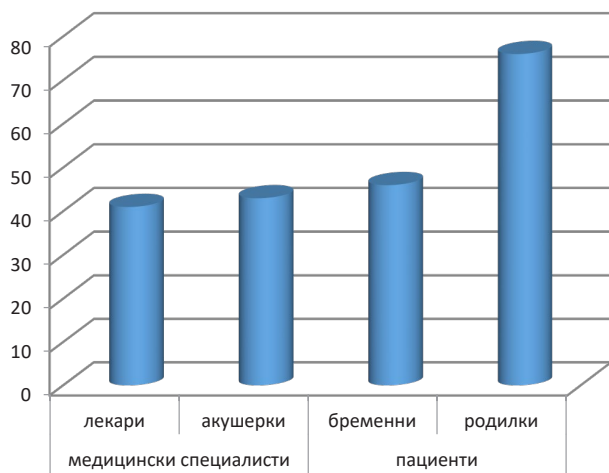
Комуникативният акт при акушерските дейности се осъществява непрекъснато чрез предоставяне на информация, чрез възприятия и реакции на пациентите. Първичният медицински преглед е стресиращ при постъпване в болничното заведение, тъй като моментът на раждането често е неочакван, в условия на спешност, въпреки подготовката, която прави всяка бременна в края на третия триместър. Комуникацията в приемния кабинет се състои от редица следващи въпроси, които да насочат медицинското лице към същността на проблема, към снемане на анамнеза, установяване на факти за физическо и психическо състояние и др. Инструкциите или указанията за различни изследвания, процедури и лечения имат различен характер както за лекаря, така и за пациента, поради което е необходимо да се установи еднаквост на понятията в медицинската комуникация [7, 8]. На фиг. 1 е представен моделът на етапите на комуникацията в медицинската практика [9].



Фиг. 1. Етапи на комуникацията в медицинската практика (адаптирано по В. Тачева)

Елементите на комуникацията се определят от редица взаимосвързани елементи: защо се извършва; кой я извършва; кои са участниците (медици, пациенти/клиенти, близки, деца, настойници и др.); комуникационен канал и придружаващите го заглушители на средата (болнична, домашна); дешифриране на информационните съобщения в конкретния канал на информация; психични и психологични състояния на участниците; къде и по кое време се провежда комуникацията. Значение за правилната комуникация имат нейната същност, разбираемост, яснота, коректност, икономически аспект, съобразителност, уважителност между участниците.

Проведено е проучване в две родилни отделения във Варна. Респондентите са разпределени в 2 групи – медицински лица и пациенти (фиг. 2).



Фиг. 2. Разпределение на респондентите по групи

Разпределението на респондентите по възраст е представено на табл. 1.

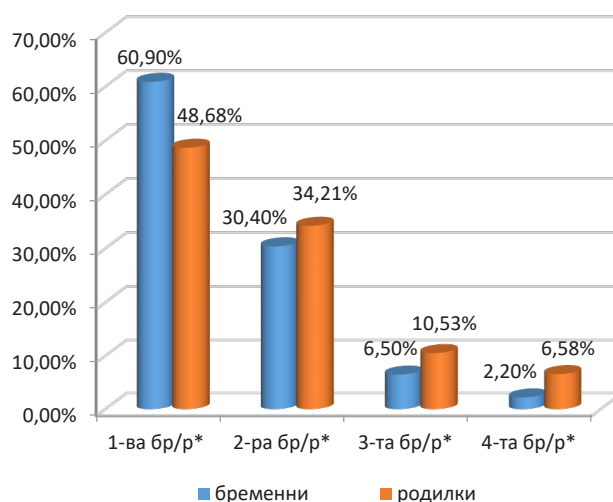
Основният дял на бременните жени и родилките, участвали в проучването, е следният: с първа бременност – 28 от общо 46 бременни и 37 от 76 родилки, а най-малко са тези с трета и четвърта поредност на бременността (фиг. 3).

Бременността и раждането са важен етап от живота на жената, свързан с много страхове и с много налична информация, но често неразбираема поради специализираното ѝ ниво. Интересен е фактът, че малко от тях са имали готовност за раждането (21,1%), а близо една трета въобще не са били подготвени за този процес (28,9%).

Като ефективно (39,02%) и много добро (44,19%) определят общуването с пациентите ме-

Таблица 1. Разпределение на изследваните лица по възраст

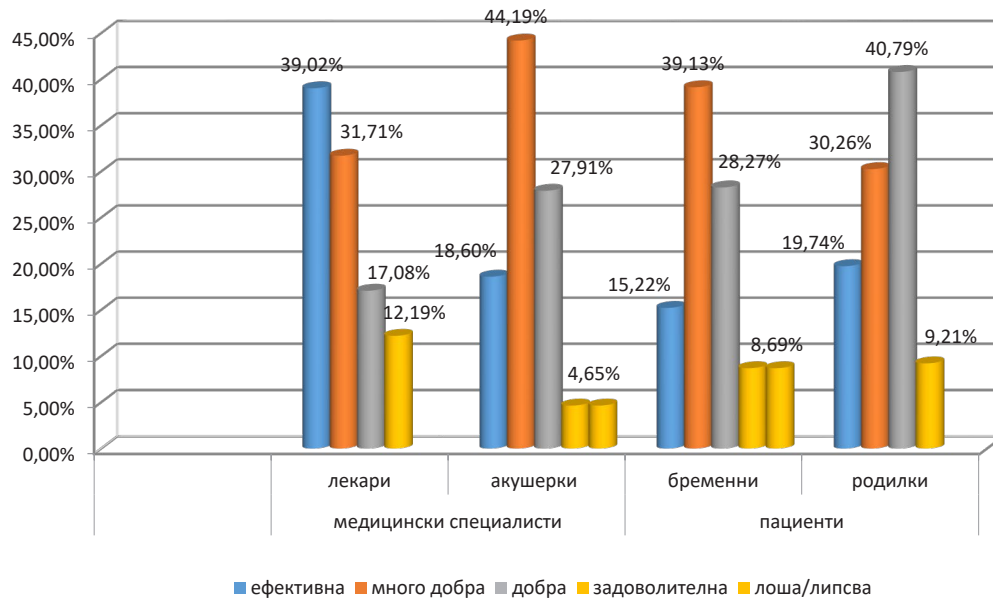
Възрастова група	Брой (%) медицински лица		Брой (%) пациенти	
	лекари	акушерки	бременни	родилки
20-30 години	4 (9,76%)	6 (14,0%)	34 (73,91%)	45 (59,22%)
31-40 години	6 (14,63%)	10 (23,3%)	9 (19,57%)	23 (30,26%)
41-50 години	8 (19,51%)	8 (18,6%)	3 (6,52%)	6 (7,89%)
51-60 години	14 (34,15%)	12 (27,9%)	-	2 (2,63%)
Над 60 години	9 (21,95%)	7 (16,3%)	-	-
Общо	41 (100%)	43 (100%)	46 (100%)	76 (100%)



Фиг. 3. Разпределение на изследваните лица, съобразно поредност на бременността и раждането (*бр/р – бременност/раждане)

дицинските специалисти (фиг. 4), а самите пациенти, като много добро (39,13%) и добро (40,79%).

Психическият комфорт, увереността в собствените сили и липсата на страхове и притеснения се отразяват директно на процеса на раждане. Комфортът и спокойствието се отразяват цялостно благотворно на организма, в частност дори на кръвообращението, което е важно за развитието на плода. В този смисъл е от значение и подготовката за раждането като естествен процес. Необходимост от допълнителни разяснения имат 93,48% от бременните и 69,74% от родилките по отноше-



Фиг. 4. Ефективно общуване между медицински персонал и пациенти

Таблица 2. Дефинирани комуникационни проблеми от анкетираните

Дефинирани проблеми	Медицински специалисти		Пациенти	
	лекари	акушерки	бременни	родилки
Недостатъчна и непълна информация по различни въпроси, свързани с бременността, раждането, отглеждането на новороденото	95,12%	74,42%	82,61%	75%
Неразбиране на предоставената информация	43,90%	79,07%	75,51%	81,58%
Малко време за общуване	92,68%	86,04%	89,13%	89,47%
Различни нива на възприемане на информацията	51,22%	60,46%	80,43%	76,41%
Липса на емпатия	31,71%	30,23%	26,09%	85,53%
Лошо отношение	45,65%	48,84%	23,91%	46,05%
Силно разделение на труда (насочване към други специалисти)	90,24%	95,35%	15,22%	59,21%

ние на различни въпроси, свързани с бременността, раждането, възстановяването и отглеждането на новороденото (табл. 2).

Едновременно с професионалната медицинска помощ, оказвана на бременните жени и родилките, най-важни за осъществяване на работните задължения са комуникацията с тях, ефективната и непрекъсна обратна връзка, на която се поставя оценка на нуждите, и оказваната медицинска и психоемоционална подкрепа. Познавайки и прилагайки основните понятия и комуникативни способности, медицинските специалисти (лекари и акушерки) обогатяват възможностите си за пълноценно общуване с пациенти, подобря-

ват микроклимата на работното място и свеждат до минимум конфликтните ситуации.

Основната роля при оказване на грижите имат общуването и възможността за правилна преценка за нуждите на пациента, за насоките, които трябва да получи, за съветите и грижите. Запитани да посочат направленията, в които съветват жените и пациентите, анкетираните поставиха на първо място грижата за здравето на родилката, бременната и новороденото (табл. 3).

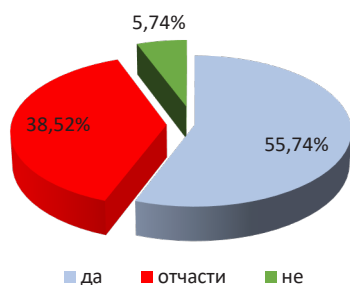
Относно удовлетвореността на пациентките от уменията на медицинските специалисти да осъществяват комуникация с тях (фиг. 5), значителна част от анкетираните лица – 55,74%, по-

Таблица.3. Водещи съвети на медицинските специалисти към пациенти

Съвети	Брой анкетирани		Относителен дял
	лекари	акушерки	
Наставления за протичане на бременността	41	23	76,19%
Наставления за протичане и обезболяване на раждането	41	26	79,76%
Указания за хигиенно-диетичен и двигателен режим	36	42	92,86%
Грижа за здравето на бременната и родилката	31	38	82,14%
Съвети за лична хигиена	41	43	100%
Съвети за първи грижи за новороденото	26	39	77,38%
Съвети за повиване	32	41	86,90%
Съвети за кърмене	35	43	92,86%
Психо-емоционална подкрепа	24	38	73,81%

Забележка: Процентът е повече от 100%, поради посочени повече от един отговор.

сочват, че са удовлетворени. Отрицателно са отговорили само 5,74% от анкетираните, а отговор „отчасти“ са посочили 38,52%.

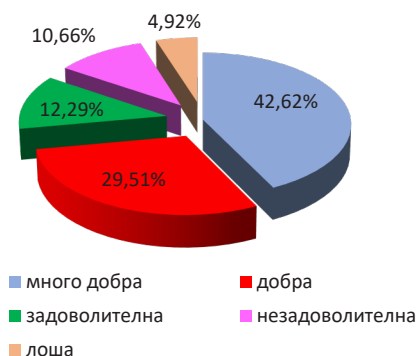


Фиг. 5. Удовлетвореност на пациентите от комуникацията с медицинските специалисти

Отговорите на пациентите са напълно обективни, но са съобразно техните субективни усещания и възприятия и често дават примери, в които изразяват определено недоволство, несъгласие или определена степен на неудовлетвореност от общуването си с медицинския персонал. Допъл-

нителна тежест оказва и ситуацията с пандемия от COVID-19, която показва несъвършенствата на здравната система по отношение проследяването на бременността и раждането на пациентки с придружаваща ковид симптоматика. Това изисква ръководството на акушерските структури да търси причините за пациентската неудовлетвореност и да се поставят ясни и точни критерии, когато се говори за професионални комуникационни умения. Бременните жени и родилките са особено чувствителни по отношение на общуването и комуникацията с тях, поради което е важно лекарят и акушерката да могат да отговорят на техните очаквания.

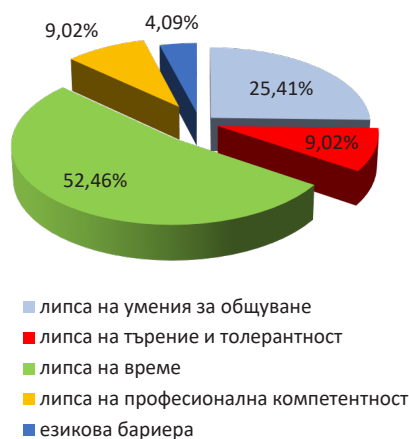
На въпроса „Каква оценка бихте поставили на комуникативните умения на лекарите и акушерките, които са Ви обслужвали?“, „много добра“ оценка са поставили по-малко от половината от анкетираните – 42,62%, а „лоша“ оценка поставят 4,92% от тях. Тези резултати показват, че според пациентките медицинските специалисти не притежават особено добри умения, свързани с общуването (фиг. 6).



Фиг. 6. Оценка от пациенти за комуникативните умения на медицинските лица

Общуването се подценява от самите професионалисти и не се приема като значима част от тяхната професионална дейност. Това е породено от високото натоварване на работната среда, администрирането на дейностите и непрекъснатото променящата се нормативна уредба, честите промени по отношение на медицинската документация, създаването на електронно досие и електронизацията на дейностите. За пациентите са важни процесът на общуване и непрекъснатата обратна връзка, за да се намали неизвестността относно предстоящите събития, получаването на разбираема информация, изслушването, в едно с

провеждане на лечение, изследвания и медицински процедури. Формирането на професионални умения за общуване в акушерската практика все още не е приоритетна цел. Това е една от причините, обуславяща снижаване качеството на акушерските грижи и авторитета на акушерската професия (фиг. 7).



Фиг. 7. Мнение на пациентите относно проблемите в комуникацията с медицинския персонал

Бременността е особено физиологично състояние при жената. Понякога тя протича с усложнения, застрашаващи нормалното развитие на плода и здравето на майката. Редица заболявания оказват влияние върху протичането на бременността и раждането и са свързани с рискове както за майката, така и за плода.

Професията медицински специалист се състои в осъществяването на лечебно-диагностични мероприятия, оказване на акушерски грижи, психоемоционална подкрепа, дори в условия на криза, каквато е пандемията от COVID-19. Едни от уменията, които са нужни, са търпение и ефективна комуникация, без които не могат да се обективизират нуждите на пациентите, защото понякога те се различават от обективното им състояние, а са водени от предпочитания и модни тенденции. Необходимо е да се подхожда с търпение към пациентите, които може и да не са убедени в задължението си да бъдат партньори в този двустранен процес на обгрижване, особено в кризисни ситуации, свързани или не с медицинското обслужване. Необходимо е търпение с раждащата жена и нероденото бебе, което не бърза да се роди, необходимо е чрез опит, професионален подход и комуникация да се подхожда индивидуално, за да може да се осъщест-

вява професионализъм в процеса на оказване на нужното внимание и грижи. Търсените професионални умения са насочени към:

- търпение;
- критическо мислене;
- емпатия;
- уважение към науката;
- уважение към личния избор.

Това оказва позитивно влияние върху развитието не само на професионалните умения и компетенции, но и на личните качества и навици. Основна роля играе мотивационният компонент, който в най-голяма степен способства за оформяне и надграждане личността на лекаря и акушерката и обуславя процеса на професионалното общуване. Именно той ги насърчава към постоянно опресняване на знанията, разширяване на запаса от комуникативни умения и навици, т.е. води към развитието на комуникативна компетентност, необходима за осъществяването на специфичната професионална комуникация на акушерката.

Необходимо е да се подобри комуникацията между всички страни, участващи в акушерските грижи (клиничен персонал/специалисти, бъдещи майки/пациенти и техните партньори, близки роднини или приятели, предоставящи емоционална подкрепа), за да се гарантира безопасността на пациентите, включително да се предотвратяват нежелани събития и рискови ситуации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Умението за комуникация в лечебната практика може да въздейства благоприятно върху поведението на пациента и да подпомага терапевтичния процес. Медицинската помощ включва не само добре изпълнена манипулация, провеждане на подготовка за изследвания, раздаване на медикаменти, провеждане на хигиенни и специализирани грижи, но и личната грижа към човека, изразена в загриженост, съчувствие, внимание, емоционална топлина, зачитане и подкрепа. Необходимо е промяна в нагласите и моделите на поведение към пациентите.

Съществен елемент в акушерската практика е регламентирането на комуникационни канали и взаимодействия, които да подпомагат медицинските специалисти, ръководителите и пациентите в процеса на оказване на акушерски грижи. Необходимо е да се повиши удовлетвореността на па-

циентите от общуването с медицинския персонал, да се създаде възможност за подобряване на психоемоционалното им състояние. Основна задача на мениджмънта е да регламентира ясна комуникация (вертикална и хоризонтална) чрез стабилна организационна структура, гъвкав мениджмънт и подобряване квалификацията на служителите.

Промяната в комуникативните модели се налага от потребителите на здравни услуги. Повишената информираност и изисквания от страна на пациентите, намаляването престоя им в болничното заведение с въвеждането на съвременни методи за лечение налагат промяна в нагласите и характера на отношенията пациент-медицински екип. В свободната пазарна общност те са в състояние да направят своя избор на лекар, екип или лечебно заведение.

Библиография

1. Балканска П. За умението да общуваме с пациента. Сестринско дело, 2009, 3(41):26-30.
2. Балинт М. Лекарят, неговият пациент и болестта. Фонд. "Невронауки и поведение". София, 1997.
3. Воденичаров Ц, Попова С. Медицинска етика. София, 2003.
4. Илиева-Балтова П, Предоева А. Съотношението вербални/невербални компоненти в комуникацията лекар-пациент. Съпоставително езикознание, 1997, 4 (19): 84-95.
5. Костова Л. За нуждата от обратна връзка. комуникацията лекар-пациент и търсенето на медицинска информация в интернет. Етични изследвания, 2020, 5(2):13-21.
6. Попова С, Кръстева Н, Юркова К. Комуникационни умения и автономни функции на сестринството. Пловдив, ДС Гриф, 2001.
7. Радева С. Аспекти в развитието на клиничната комуникация в медицинската практика. Здравна икономика и мениджмънт, 2020, 1(75): 18-26.
8. Стоев В. Клинична комуникация. София, 2010.
9. Тачева В. Комуникативни умения в медицинската практика. Варна, Стено, 2014.
10. Aspergren K. Teaching and learning communication skills in medicine: a review with quality grading of articles. Med Teach, 1999, 21(6).
11. Foronda C, MacWilliams B, McArthur E. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. Nurse Education in Practice, 2016,19:36-40.
12. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1998.
13. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organising the teaching in communication training programmes. Med Ed, 1996, 30: 83-89.
14. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctor: II — Most young doctors are bad at giving information. BMJ, 1986, 1576-1580.
15. Miller GE. Commentary on clinical skills assessment: a specific review. Philadelphia: National Board of Medical Examiners 75th Anniversary, 1990, 48-51.
16. Riccardi V, Kurtz S. Communication and counseling in health care. Springfield, Illinois, 1983.
17. Radeva S. Communication problems in a medical organization. Knowledge – Int J, 2020, 38.4: 1005-1010.
18. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. Oxford: Radcliffe Medical Press. 1998.
19. Stewart M. Comparison of Two methods of analysing doctor-patient communication. Paper presented at the North American Primary Care Research Group, Seattle. 1985.
20. Stewar, M, Brown J, Boon H et al. Evidence on patient-doctor communication. Cancer Prev Control, 1999, 3(1): 25-30.
21. Waitzkin H. Information giving in medical care. J Health Soc Behav, 1985, 26: 81-101.

КОНЦЕПЦИИ ЗА СЪДЪРЖАНИЕТО НА ПОНЯТИЕТО „ДУХОВНОСТ“ И „РЕЛИГИЯ“

П. Аспарухова

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

CONCEPTS ON THE CONTENTS OF THE NOTIONS OF SPIRITUALITY AND RELIGION

P. Asparuhova

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

Abstract. The paper examines the notions of spirituality and religion as the aspects of human nature. The two notions are differentiated from each other. The conclusions that believers and spiritual people view the world in a different manner – as a sequence of lessons and tests, the experience of which leads to elevation at a higher level and different quality of life, are delineated.

Key words: spirituality, religion, quality of life

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

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

Разглеждането на духовността и религията изисква разграничаване на двата термина един от друг. Обикновено духовността се приема като аспект от човешката същност, изразява се в поведение и мислене, свързани с нематериалния свят, с възвишени идеи и ценности. Човек може да бъде духовен, без да изповядва определена религия. От своя страна, религията се свързва с вяра в свръхестественото, вяра в бог или богове, на които хората се покланят. Религиозните личности обикновено спазват конкретни правила и ритуали, предварително определени от догмите на съответната религия [3].

Цялостен преглед на здравната литература документира 92 дефиниции на духовността [8]. Simsen дефинира духовността, като казва, че „Духовността е част от човека, която е свързана с основното (неразгадаемото) значение на нещата и с отношението на човека към това, което е отвъд материалното“. Moberg счита, че е „Съвкупност от вътрешните ресурси на човека, основните значимости, около които са фокусирани всички останали стойности, централната философия на живо-

та, която оказва влияние на цялото индивидуално и социално поведение. Според Oldnall: „Всеки индивид има духовни потребности, независимо дали индивидът е религиозен, или не [9].

Андрю Симс, бивш президент на Кралския колеж по психиатрия в Англия, счита, че „има многобройни определения на думата духовност; най-често тя означава това, за което личността живее, това, което я мотивира ежедневно; но също така тази дума означава онази, дори и най-слаба, неясна сила, съществуваща у всеки човек и неподлежаща на описание“. В своята творба „Наръчник по религия и здраве“ Кьонинг и др. разграничават понятията религия и духовност. Религията определят като „организационна съвкупност от вярвания, практики, ритуали и символи“, която дава на отделната личност достъп до свещеното (Бог, реалността отвъд света на трансцендентното и пр.). Духовността пък определят като лично търсене на свещеното или среща с него и „вечните въпроси за живота, смисъла и отношението към свещеното или трансцендентното“. Духовността според тях „може (но може и да не) да възникне

от развитието на религиозните ритуали“. Според Мартин Джафи – религиозен историк, „Религията е интензивна и постоянна култивация на начина на живот, която възвисява човешкото разбиране за нравствено обвързваща връзка между него, човешкото общество и най-съществените структури на реалността“ [6].

През октомври 2010 г. работна група за духовни грижи към Европейската асоциация за палиативни грижи определя, че „Духовността е динамичен аспект на човешкия живот, който се отнася до начина, по който хората (индивидите и общността) преживяват, изразяват и/или търсят значението, целта и трансценденталността, и начина, по който се свързват с момента, със себе си, с другите, с природата, със значимото и/или свещеното.“ Полето на духовното е многоизмерно и включва следните аспекти:

1. Екзистенциални предизвикателства (като въпроси, отнасящи се до идентичността, смисъла, страданието и смъртта, вината и позора, помирението и опрощението, свободата и отговорността, надеждата и безнадеждността, любовта и радостта).

2. Съображения и становища, основани на ценностите (кое е най-важното за всеки човек, като отношението към себе си, семейството, приятелите, работата природата, изкуството и културата, етиката, морала и живота сам по себе си).

3. Религиозни съображения и основания – вярата, убежденията и практиките, отношенията с Бог или основния принцип [10].

Духовността може да се тълкува по различен начин. Някои хора я отъждествяват изцяло с религиозни ценности. Други я възприемат като личностно израстване. Духовността е от фундаментално значение за много хора. Тя е модел на живот на даден човек. Здравните грижи винаги са включвали и духовно измерение. Това е продиктувано от следните характеристики на духовността:

- всяко човешко същество, независимо от това дали е религиозно, или не, притежава духовност;
- обхваща целта и значимостта на съществуването на индивида;
- уникална е при всяко лице;
- опира се на културните, религиозните и семейните традиции и се модифицира от жизнения опит;

– представлява основата за поведението на даден индивид;

– при хора с религиозна вяра обикновено се вражда в рамките на тяхната религия [1].

Както показват тези определения, духовността не се ограничава само до религиозната принадлежност и практика на дадено лице. Тя е много по-широко понятие. Духовността се разбира като измерение на човека, което координира всички други измерения на личността – физическо, умствено, емоционално – определящи цялостното му съществуване. Изхождайки от посочените определения, е очевидно, че духовните аспекти на здравните грижи полемизират връзката между духа и тялото.

Възприемането на света от индивида е тясно свързано с неговото културно и религиозно минало и има дълбоко отражение върху здравните грижи. Някои вярват, че болестите са причинени не само от физически, но и от духовни фактори [5].

Резултатите от проучвания и щателни изследвания на отношението между здраве и религия, предприети от Кьонинг, Макалоу и Ларсън, доказват, че религиозната вяра и религиозният живот са важни фактори за това как хората преодоляват болестта. Като прилагат това мнение в по-общ план, те заключават, че: „Религиозните или духовните намеси могат да помогнат на такива лица да използват духовните си ресурси за подобрене на функционирането си, за намаляване на изолацията си и за улесняване на лечението си“ [6].

Религията е значим социален фактор, който присъства в живота на много хора. Религиозните убеждения и дейности са свързани с елементи на поведението, както и с доверието в здравния сектор. През последните десетилетия в над 1000 проучвания са изследвани някои аспекти на взаимовръзката между религията и физически и психически здравни проблеми. Религиозното влияние е установено при редица физиологични състояния, като: себеописание на здравето, функционални ограничения, възстановяване на болести и ниво на смъртност, както и психични състояния като удовлетвореност от живота, цялостно благополучие, депресия и тревожност. Повечето от тези проучвания показват стабилна зависимост между религия и здраве, при която по-силната обвързаност с религията се свързва с по-добри резултати за здраве. Хипотетично обяснение за тази взаи-

мовръзка е фактът, че вярващите индивиди се държат по различен начин [4].

Приема се, че религиозните и духовните схващания стимулират по-добро чувство за благополучие у хората посредством четири процеса:

– Насърчаване на здравословен начин на живот.

– Предлагане на рамка за смисъла и целостта на човешкото съществуване.

– Създаване на отношение с „по-висше същество“.

– Засилване на социалната подкрепа и интеграция в обществото [2].

Хора със сериозни здравословни проблеми, хора, които се борят с опасни за живота или причиняващи инвалидност болести, ни казват най-много как религията е свързана със здравето [6]. Някои проучвания показват, че тези, които са духовни, са склонни да имат по-положителна перспектива и по-добро качество на живот. Например пациенти с напреднал рак, които са намерили утеха в религиозни и духовни убеждения, са по-доволни от живота си, по-щастливи са и са усещали по-малко болка [7]. Причина за това е фактът, че вярващите и духовните хора възприемат света по различен начин – като поредица от уроци и изпитания, изживяването на които води до издигането на по-високо ниво [4].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В период на тежко заболяване духовността и религиозните потребности излизат на преден план при хора със сериозни здравословни проблеми. Причина за това е фактът, че вярващите и духовните хора възприемат света по различен начин и имат по-добро качество на живот.

Библиография

1. Александрова С. Хосписни грижи. Плевен, Издателски център ВМИ, 2002, 10, 107, 108.
2. Маринова П. и др. Палиативни грижи. София, 2007, 313-323.
3. Маринова П, Аспарухова П. Духовността и религията в живота на пациенти с нелечими заболявания. Med, 2013, 3(1).
4. Николова Р. Религиозни влияния върху превантивното здравеопазване. Медицински мениджмънт и здравна политика, 2006, (4), 26, 27.
5. Стефанов И. Медицина при смесени култури. Медицински мениджмънт и здравна политика, 2006, (1), 39.
6. Хризостом (архиепископ). Православна психотерапия. София, 2009, 25-56.
7. Christina M. Puchalski. The role of spirituality in health careplans. Bumc Proceedings, 2001;14:352-357.).
8. Chochinov HM, Cann BJ. Interventions to Enhance the Spiritual Aspects of Dying. J Palliative Med, 2005, 8(Suppl 1).
9. Margaret G. Hutchison. Unity and Diversity in Spiritual Care. Spiritual Care Nursing Practic. September, 1998 members.tripod.com.
10. Standards for health care chaplaincy in Europe. enhcc.eu/turcu_standarts.

ЕТИЧНИ КОНФЛИКТИ В МЕДИЦИНСКАТА ПРАКТИКА – ПРОУЧВАНЕ НА ЛЕКАРИ И ПРОФЕСИОНАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Н. Градинарова, Р. Горанова-Спасова, Е. Радев

Филиал "Проф. д-р Иван Митев", Медицински университет – София

ETHICAL CONFLICTS IN MEDICAL PRACTICE – A STUDY OF PHYSICIANS AND HEALTH CARE PROFESSIONALS

N. Gradinarova, R. Goranova-Spasova, E. Radev

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

Abstract. Technological development and growing expectations of patients pose new challenges for medical professionals. Complex relationships lead to increased risk of ethical conflict. Conflict management depends on many internal and external factors for the organization. The aim of the present study was to examine what conflict situations that physicians and healthcare professionals face most often and to what extent ethical conflicts lead to referrals. To achieve this goal, an online survey was organized and conducted among physicians and health care professionals. The largest share of the respondents had a dispute with patients – 84.6%. A significant share of medics reported an ethical conflict with colleagues – 78.5%. Ethical conflict can often be resolved at an early stage, but there are many disputes leading to complaints and signals of poor medical practice and unethical treatment. Health managers need to be aware and, where possible, use alternative dispute resolution methods, which will lead to greater satisfaction on both sides in the dispute and the preservation of trust in medical profession and institutions.

Key words: ethical conflict, alternative dispute resolution, healthcare professionals

Адрес за кореспонденция: Доц. Нели Градинарова, дм, e-mail: n.gradinarova@foz.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Assoc. Prof. Neli Gradinarova, MD, PhD, e-mail: n.gradinarova@foz.mu-sofia.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Бързото технологично развитие и растящите желания и очаквания на пациентите поставят медицинските специалисти пред нови предизвикателства [8]. Поради естеството на своята работа професионалистите по здравни грижи са изложени на голям риск от възникване на етичен конфликт. Професията на медицинския специалист е „комуникативна“ професия, а пропуските в комуникацията са сред най-честите причини за конфликт [1, 3]. Според Kaitelidou et al. (2012) конфликт между две страни възниква, когато реални или предполагаеми несъвместимости влияят негативно на желанията, мислите, нагласите, чув-

ствата или поведението на поне един индивид. Тези различия могат да възникнат във връзка с различни въпроси, в т.ч. ценностни, религиозни или политически предпочитания, ресурси или информация и мнения [9]. Ефективният процес на лечение задължително преминава през естествените, неформалните отношения лекуващ/пациент [4, 5]. Осъществяването на биопсихосоциален подход към здравето, болестта и боледуващия в съответствие със съвременните европейски стандарти за здравно обслужване изисква добра социалнопсихологична подготовка на медицинските специалисти, както и умения за справяне с конфликти. Съществуват различни методи за

мениджмънт на конфликтните ситуации, които се различават по своята ефективност [2, 7]. Често конфликтът може да бъде разрешен в началния етап от своята поява, но не са малко споровете, водещи до жалби и сигнали за лоша медицинска практика. Целта на мениджмънта не е да се елиминират вътрешногруповите конфликти, а да се минимизират, за да не пречат на организацията да постига целите си. Вече възникнал, спорът трябва да бъде управляван максимално ефективно [6]. В голяма част от случаите последиците от конфликта са дисфункционални, т.е. свързани с неудовлетвореност, стрес и накърнено самочувствие у една от страните, тъй като решението е в полза на другата [7].

Цел

Целта на настоящото изследване е да се проучи в какви конфликтни ситуации най-често попадат лекари и професионалисти по здравни грижи и в каква степен етичните конфликти водят до сезиране на съответните отговорни институции.

За реализиране на поставената цел се организира и проведе онлайн анкетно проучване. Използваните методи са: социологически – пряка индивидуална (онлайн) анкета и документален метод; статистически – дескриптивни и аналитични методи. Данните са анализирани и онагледени с помощта на компютърните програми SPSS v.13 и Excel.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Обект на изследването са лекари и професионалисти по здравни грижи, работещи в лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ на територията на София и Кърджали. Представените данни са част от по-малко проучване върху алтернативните способности за решаване на спорове в медицинската практика. Конфликтните ситуации са изследвани най-общо, без проучване конфликтогенните фактори, в светлината на възможностите за справяне, предоставяни от алтернативните способности за разрешаване.

РЕЗУЛТАТИ

В проучването взеха участие 130 медицински специалисти (лекари и професионалисти по здравни грижи). В табл. 1 са представени де-

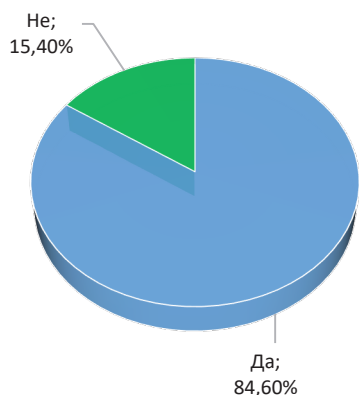
мографските характеристики на участниците в проучването. Преобладават младите участници във възрастовите групи 30-39 г. (31,6%) и 40-49 г. (23,7%). Въпреки това най-голям е дялът на анкетираните с трудов стаж в професията над 10 г. (70,5%). Малко над половината (56,1%) са професионалисти по здравни грижи (медицинска сестра, акушерка, рехабилитатор и рентгенов лаборант).

Таблица 1. Демографски характеристики на анкетираните

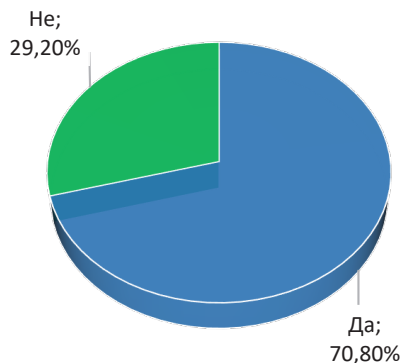
	N = 130 %
Възраст	
20-29 г.	12,3%
30-39 г.	31,6%
40-49 г.	23,7%
50-59 г.	21,1%
60 и повече г.	11,4%
Пол	
Мъж	35,1%
Жена	64,9%
Трудов стаж	
Под 1 година	3,6%
1- 5 г.	10,7%
6-10 г.	15,2 %
Над 10 г.	70,5 %
Професия	
Лекар	43,9%
Професионалист по здравни грижи (в т.ч. мед. сестра, акушерка, рехабилитатор, рентгенов лаборант)	56,1%

Конфликтните ситуации може да се класифицират в три групи в зависимост от страните на конфликта: с пациентите, с персонала или с организацията. Върху хода на конфликтите оказват влияние много екзогенни и ендогенни фактори за организацията. 84,6% от нашите анкетираните са попадали в етичен конфликт с пациенти. Не е констатирана статистически значима връзка между пола, възрастта и специалността на анкетираните и отговорите им на този въпрос (фиг. 1). В по-малка степен участниците в проучването съобщават за спорове с близки/роднини на техни пациенти

– 70.8%. Най-често такива конфликти възникват при неблагоприятно в лечението на пациентка с фатални последици.



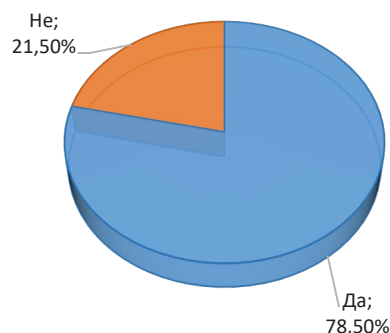
Фиг. 1. Отговори на въпроса „Попадали ли сте в конфликтни ситуации с Ваши пациенти?“



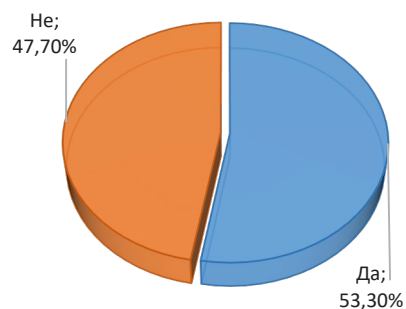
Фиг. 2. Отговори на въпроса „Попадали ли сте в конфликтни ситуации с близки/роднини на пациенти?“

Отново значителен дял от медиците в извадката са имали конфликт с колега – 78.5%, и над половината от тях – с пряк ръководител – 53,3% (фиг. 3 и фиг. 4).

Много медицински специалисти споделят, че конфликтните ситуации с колеги са значително предизвикателство за медицинския екип [10]. Според Ramsay и колеktiv (2001) лекарите – както мъже, така и жени, с характеристика на личността тип А и липса на допълнително обучение по комуникации, често изпадат в конфликт с колеги и подчинени. Високата интелигентност не корелира задължително с емоционална интелигентност. От доминантна фигура в миналото, в днешно време лекарите са част от медицинския екип и трябва да се отнасят с необходимото уважение към професионалистите по здравни грижи и помощния персонал [10].



Фиг. 3. Отговори на въпроса „Попадали ли сте в конфликтни ситуации с Ваши колеги?“

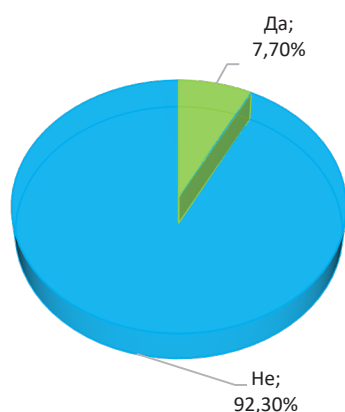


Фиг. 4. Отговори на въпроса „Попадали ли сте в конфликтни ситуации с Вашия ръководител?“

Регионалните комисии по професионална етика разглеждат морални и деонтологични въпроси, касаещи пряко лекари и професионалисти по здравни грижи. Според 7,7% от анкетираните, основно лекари, срещу тях е подавана жалба от пациент (фиг. 5). По-рядко (4,6%) съобщават, че срещу тях е подаван сигнал/ жалба от колега (фиг. 6). Казусите на спорове между професионалисти са значителен проблем за психоклимата в здравната организация и налагат активното участие на здравния мениджър при решаването на конфликта. Дисфункционалните последици при решаването на тези спорове водят до влошена ефективност и продуктивност на екипа. Отразяването на междуличностни конфликти в медиите накърнява доверието в професията и здравната система. Попитвахме участниците те самите подавали ли са сигнал/жалба срещу свой колега и процентът потвърдили е незначителен.

ИЗВОДИ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сложната организация и взаимоотношенията в съвременната здравна система са неизбежно свързани с конфликтни ситуации. От своевременното и ефективно решаване на споровете в



Фиг. 5. Отговори на въпроса „Подавана ли е жалба срещу Вас от пациент до регионална Комисия по професионална етика?“



Фиг. 6. Отговори на въпроса „Подавана ли е жалба срещу Вас от колега до регионална Комисия по професионална етика?“

голяма степен зависят последиците от тях. Често етичният конфликт може да бъде разрешен в начален етап от своята поява, благодарение на добър мениджмънт, но не са малко споровете, водещи до жалби и сигнали за лоша медицинска практика и неетично отношение.

Специалистите с мениджърски компетенции (началници на клиники и отделения, главни и стар-

ши медицински сестри, рехабилитатори и лаборанти) трябва да бъдат запознати с възможностите, които медиацията предоставя, и да обмислят използването на този подход като първи избор при разрешаване на конфликтни ситуации между колеги в здравната организация. Прилагането на алтернативните способности за решаване на спорове ще бъде от полза и поради възможността за укрепване на доверието в медицинската професия.

Библиография

1. Бикова П, Василева Н, Димитрова М и др. Конфликти в сестринските екипи. Сестринско дело, 2015, 47(2), 47-50.
2. Георгиев Н, Балканска П. Конфликти в болничната помощ и стилове на управление. Управление и образование, 2016, 12(5), 181-185.
3. Добрилова П, Стефанова К, Янкова Я. Анализ на конфликтните ситуации в сестринската практика. Sci Technol, 2016, 6(1):155-160. Medical biology studies, Clinical studies, Social medicine and health care.
4. Маринова П. Конфликти в здравеопазването – възникване, причини и управление. Враца, "Тодоров-В", 2002.
5. Райкова Е, Семерджиева М. Конфликтите в здравната организация. Управление и образование, 2009, 5(1), 189-193.
6. Шаркова М. Конфликтите в здравеопазването. Международна школа по комуникация, преговори, комуникация. <http://mediation-net.eu/pdf/2017/11-maria-sharkova.pdf>
7. Щерева-Николова Н. Етични конфликти в сферата на здравеопазването. В: Ръководство по медицинска етика. София, ИД Принт, 2014, 105-115.
8. Щерева-Николова Н. Етика и разпределение на ресурсите. В: Ръководство по медицинска етика. София, ИД Принт, 2014, 127-134.
9. Kaitelidou D, Kontogianni A, Galanis P et al. Conflict management and job satisfaction in paediatric hospitals in Greece. J Nursing Managem, 2012, 20(4), 571-578.
10. Ramsay MA. Conflict in the health care workplace. Proc (Bayl Univ Med Cent), 2001;14(2):138-139. doi:10.1080/08998280.2001.11927749.

ПРОУЧВАНЕ И АНАЛИЗ НА КВАЛИФИКАЦИЯТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА И ВЪЗМОЖНОСТИТЕ ЗА УЧАСТИЕ В ПРЕВЕНЦИЯТА НА АРТЕРИАЛНАТА ХИПЕРТОНИЯ

Л. Маринов

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

STUDY AND ANALYSIS OF THE NURSE QUALIFICATION AND OPPORTUNITIES TO PARTICIPATE IN THE PREVENTION OF HYPERTENSION

L. Marinov

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

Abstract. Nurses can perform activities that contribute to the successful prevention of cardiovascular disease. They can provide health information, educate patients and their families on the principles of a healthy lifestyle and motivate them to actively cooperate in order to improve health and quality of life. The present study examines and analyzes the qualifications of the nurses and the opportunities for participation in the prevention of hypertension. The study was conducted in the period 2018-2019 in the districts of Vratsa, Montana and Vidin. 150 nurses working in hospitals were interviewed. The collected information covers the qualification of the nurses and the opportunities for participation in the prevention of diseases. The obtained results reveal the presence of good basic training and a low level of postgraduate qualification and specialized training.

Key words: nurse, qualification, prevention, arterial hypertension

Адрес за кореспонденция: Любомир Маринов, e-mail: l.marinov@filialvratsa.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Lyubomir Marinov, e-mail: l.marinov@filialvratsa.mu-sofia.bg

Цел

Да се проучат и анализират квалификацията на медицинската сестра и възможностите за участие в превенцията на артериалната хипертония

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проучването е проведено през периода 2018-2019 г. Анкетирани са 150 медицински сестри. Обхванати са следните лечебни заведения: МБАЛ "Хр. Ботев" – Враца, МБАЛ "Д-р Стамен Илиев" – Монтана, СБР "Свети Мина" – Вършец, МБАЛ – Берковица, Берковица, МБАЛ "Света Петка" – Видин, МБАЛ "Св. Николай Чудотворец" – Лом,

МБАЛ "Св. Иван Рилски" – Козлодуй, както и практики на общопрактикуващи лекари в градовете Враца, Монтана и Видин.

За постигане на целта на проучването са използвани следните методи:

– Социологически чрез пряка индивидуална анкета за медицинските сестри, работещи в болниците;

– Статистически – данните от проучването са обработени със статистическа компютърна програма SPSS v.19, с качествени и количествени параметри за идентифициране на проблемите.

Резултатите са представени чрез таблици и графики, генерирани от програмата.

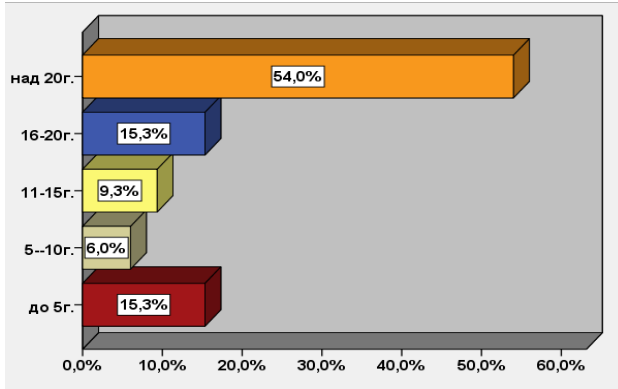
РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Възрастта на изследваната група е от 20 год. до над 60 год., като най-многобройни са участниците от 41 до 50 год. – 41,3% (табл. 1).

Таблица 1. Разпределение на анкетираните медицински сестри по възраст

	Честота	%
20-30 г.	13	8,7
31-40 г.	26	17,3
41-50 г.	62	41,3
51-60 г.	26	17,3
над 60 г.	23	15,3
Общо	150	100,0

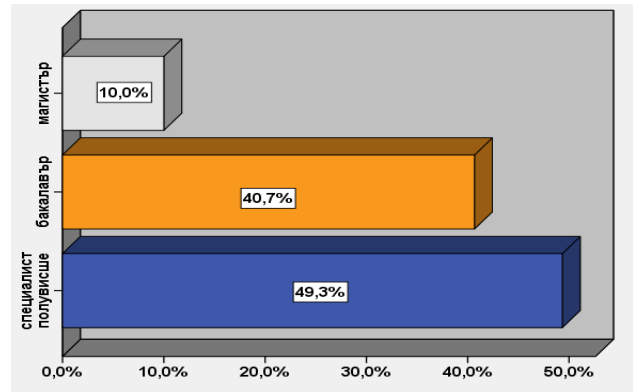
Трудовият стаж варира от 1 г. до над 20 г. Най-многобройна е групата с трудов стаж над 20 г. – 38%, и 22% са работещите със стаж от 16 до 20 г., което показва опит в областта на здравните грижи и е основание да приемем напълно получените резултати от проучването (фиг. 1).



Фиг. 1. Разпределение на анкетираните медицински сестри в зависимост от трудовия стаж

От анкетираните медицински сестри 10% са с образователно-квалификационна степен „магистър“, 40,7% са със степен „бакалавър“ и 49,3% – с образователно-квалификационна степен „специалист“ (полувисше) (фиг. 2).

Придобиваните знания и умения по време на базовото обучение невинаги са достатъчни за изпълнение на съвременните непрекъснато нарастващи изисквания към сестринската професия. Все по-голямо значение придобиват т.нар. „ключови компетентности“, залегнали в Европей-



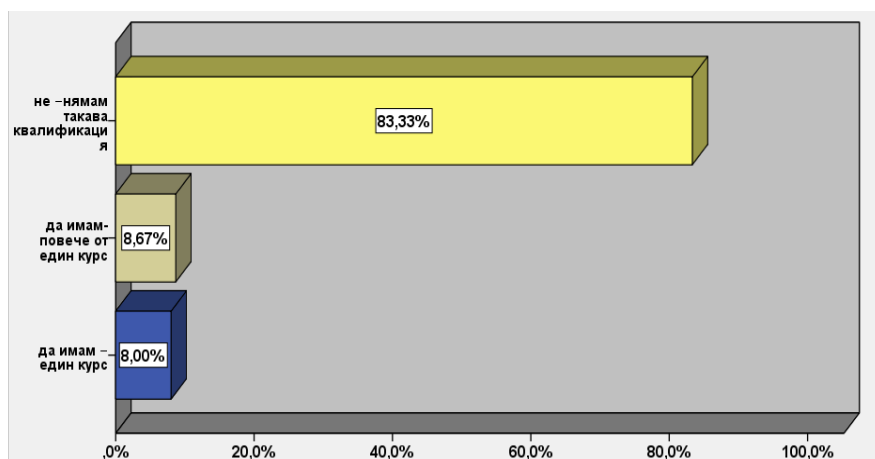
Фиг. 2. Разпределение на анкетираните медицински сестри по образование

ската референтна рамка: умения за учене, инициативност, осъзнатост, творчески, обществени и граждански компетентности. С продължаващото обучение, освен че се прилага на практика концепцията за учене през целия живот, се засилва и връзката между теория и практика. Медицинските сестри получават търсените от тях нови знания и надграждат своето образование, за да бъдат адекватни на иновациите и конкурентно способни при непрекъснато променящите се условия в здравеопазването.

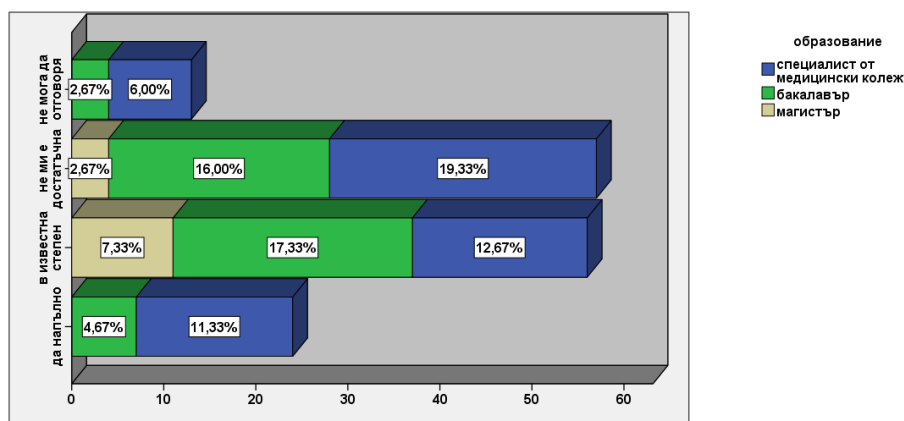
В проведеното проучване прави впечатление малкият дял на медицинските сестри, притежаващи допълнителна квалификация, свързана с грижите при пациенти със сърдечно-съдови заболявания, едва 8% имат по един курс, а 8,67% имат повече от един такъв (фиг. 3).

На въпроса „Достатъчна ли Ви е тази квалификация?“, 24% отговарят „да, напълно“, 56% – „в известна степен“, 57% – „не“, и 13% не могат да отговорят. Открива се статистически значима зависимост между самооценката за достатъчност на притежаваната квалификация и образователната степен ($\chi^2 = 17.007$, $p < 0.05$) (фиг. 4).

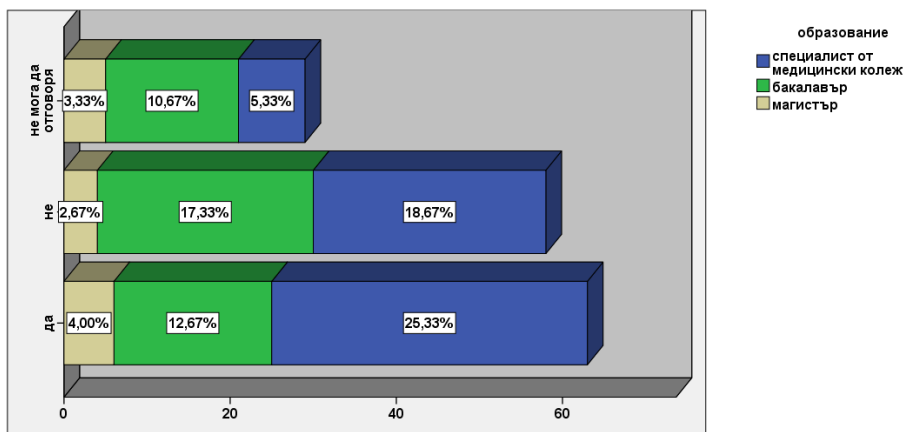
Днес професията на медицинската сестра се развива много по-динамично, отколкото в миналото. Възниква все по-голяма необходимост от продължаващо обучение насочено към спецификата на здравните грижи за пациенти с конкретни заболявания и здравните потребности, произхождащи от тях. В тази връзка интерес представляват отговорите на респондентите. 42% от тях споделят мнението за необходимост от обучение, 38,7% не смятат, че е необходимо такова обучение, а 19,3% не могат да дадат отговор (фиг. 5). Наблюдава



Фиг. 3. Придобито следдипломно обучение



Фиг. 4. Самооценка на притежаваната квалификация



Фиг. 5. Потребност от допълнително обучение

се статистически значима зависимост ($\chi^2 = 9.89$, $p < 0.05$) между потребността от допълнително обучение и образованието на анкетираните.

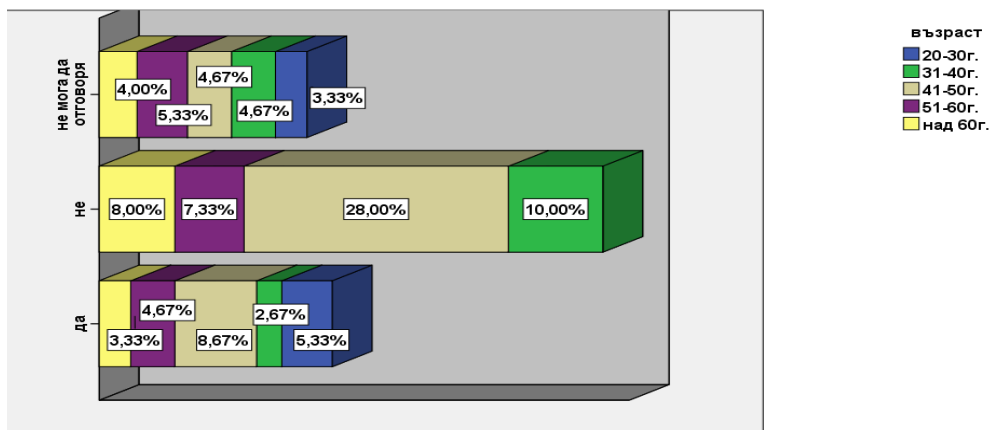
Участието на медицинската сестра в обучението на пациентите е част от професионалните ѝ задължения и една от основните сестрински функции, чрез която се осъществява профилактиката

на заболяванията. Обучението на пациентите с хронични заболявания като артериална хипертония се осъществява по време на целия лечебен процес – както по време на хоспитализацията им, така и след това. Мястото и ролята на медицинската сестра е съществена при този процес на обучение, защото информираният и обучен пациент

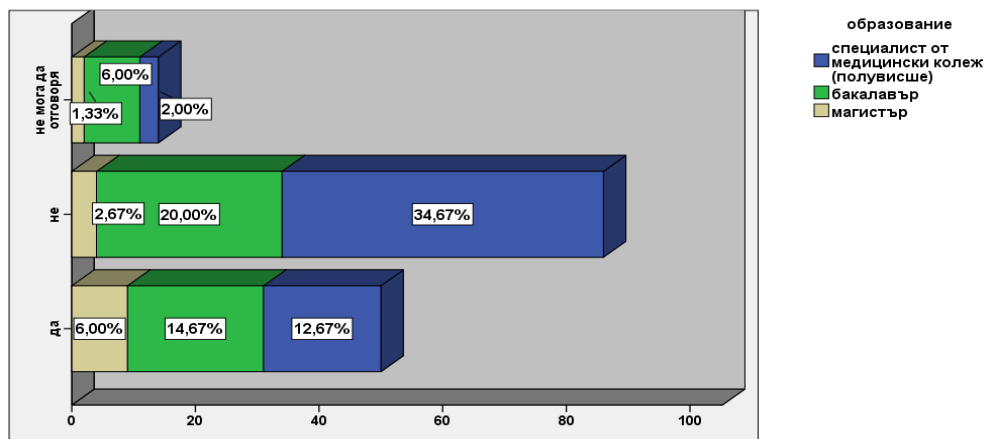
е способен да взема адекватни здравни решения и активно да участва в своя лечебен процес. Според отговорите на анкетираните медицински сестри 22% потвърждават, че обучителната функция е регламентирана в длъжностната им характеристика, повече от половината (54%) дават отрицателен отговор. По-обезпокоително е, че 24% не могат да отговорят, което показва непознаване на основен документ, регламентиращ ежедневните им дейности и задължения. Установена е статистически значима зависимост ($\chi^2 = 24.79$, $p < 0.05$) относно мнението за регламентиране на обучителната функция на медицинската сестра и възрастта на респондентите, във възрастовите групи до 40 г. често се среща отговорът „да“ (фиг. 6).

Педагогическата компетентност е неразривна част от професионалната компетентност на медицинската сестра. През 2006 година с постановление на Министерския съвет бе приета Наредбата за единните държавни изисквания за придобива-

не на висше образование по специалностите “медицинска сестра” и “акушерка” за образователно-квалификационна степен “бакалавър”. По този начин изискванията за придобиване на висше образование по двете специалности бяха синхронизирани с директивите на Европейския съюз във връзка с присъединяването на България към Европейския съюз. Тези промени доведоха до въвеждането на нови дисциплини при обучението на медицинските сестри, в това число и педагогически, с цел разширяване на професионалните компетентности. Голяма част от респондентите са завършили обучението си преди тези промени, което се отразява и в отговорите, които са дали. 30% от анкетираните съобщават, че са обучавани да провеждат обучение на пациенти, 57,33% – не, а 12,67% не могат да отговорят (фиг. 7). Установява се и статистически значима зависимост ($\chi^2 = 14.35$, $p < 0.05$) между наличието на педагогическа подготовка и образованието на анкетираните.



Фиг. 6. Регламентиране на обучителната функция в длъжностната характеристика



Фиг. 7. Педагогическа компетентност

Напредъкът в медицината и здравните грижи изисква адекватно обучение на медицинските кадри. В процеса на базовото обучение медицинските сестри получават необходимия минимум от знания и умения за бъдещата си работа. Усвоените практически умения и теоретична подготовка по клиничните и неклиничните дисциплини са база за успешна професионална реализация. В тази връзка на респондентите бе зададен въпросът: „Смятате ли, че медицинските сестри притежават съответна подготовка и компетентност да обучават болните?“. Мнението на анкетираните е следното: 30% отговарят „да, напълно“, 64% – „да, но само по определени въпроси“, и само 6% смятат, че не притежават нужната компетентност (фиг. 8). Установена е статистически значима зависимост с трудовия стаж на участниците в анкетиранията ($\chi^2 = 20.71$, $p < 0.05$, Cramer's $V = 0.27$). Видно е, че с увеличаването на трудовия стаж и свързаното с това натрупване на клиничен опит се увеличава и самооценката за притежаваната компетентност. Особено изразена е тази тенденция при медицинските сестри с над 20 години стаж.

Изводи

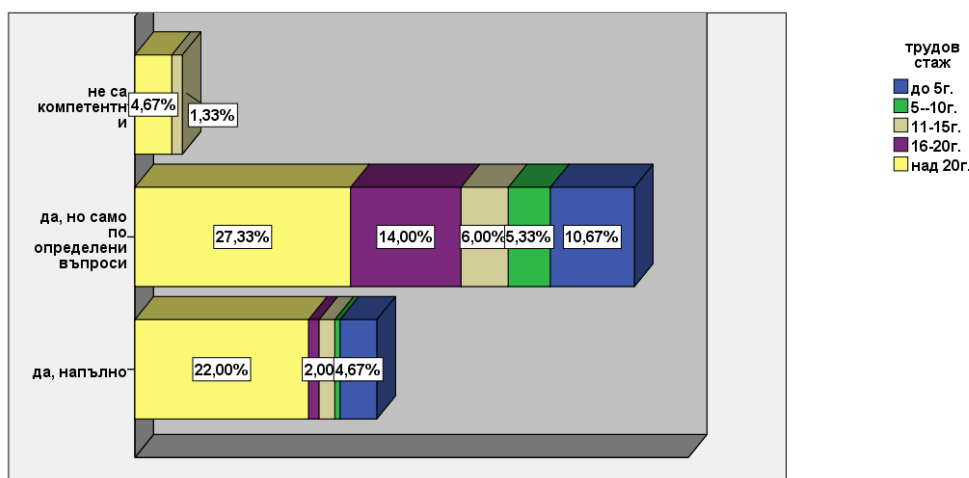
1. В проведеното проучване прави впечатление малкият дял на медицинските сестри, притежаващи допълнителна квалификация, свързана с грижите при пациенти със сърдечно-съдови заболявания, едва 8% имат по един курс, а 8,67% имат повече от един.

2. Повече от половината от анкетираните нямат педагогическа подготовка поради факта, че са завършили образованието си преди приемането на Наредбата за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите „медицинска сестра“ и „акушерка“ за образователно-квалификационна степен „бакалавър“.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ролята на медицинската сестра в превенцията на хроничните заболявания, в това число и артериална хипертония, е от съществено значение. Медицинските сестри могат да осъществяват дейности, допринасящи за успешната профилактика на сърдечно-съдовите заболявания. Те могат да предоставят здравна информация, да обучават пациентите и техните семейства относно принципите на здравословен начин на живот и да ги мотивират към активно сътрудничество с цел подобряване на здравето и качеството на живот.

Медицинските сестри притежават необходимата подготовка и компетенции да прилагат сестринския процес, има нормативна база, която им дава възможност да извършват автономни дейности. Участието на медицинската сестра в обучението на пациентите е част от професионалните ѝ задължения и една от основните сестрински функции, чрез която се осъществява профилактиката на заболяванията.



Фиг. 8. Самооценка за компетентността за обучение на пациентите

Библиография

1. Балканска П, Проданова Я. Обучението на персонала в здравната организация – успешна инвестиция и проява на управленска компетентност. Сестринско дело, 2010, 42(2-3), 28-31.
2. Владимирова Е, Аспарухова П, Янкова Г, Янкулова Е. Артериална хипертония – ролята на медицинската сестра при профилактика, лечение и превенция на усложненията. Сб. доклади Втора научна конференция с международно участие: „Здравето – предизвикателство пред професионалистите по здравни грижи“, Враца. e-book, ЦМБ, МУ – София, 2019, 55-59. Достъпно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1627>.
3. Владимирова Е, Аспарухова П, Янкова Г, Йорданов Н. Храненето – информираност на пациентите с онкологични заболявания. Folia Palliatica, 2018, 3, 16-21.
4. Добрилова П. Анализ на потребностите от сестрински грижи при пациенти с хронични заболявания. Сестринско дело, 2014, 46(1), 10-15.
5. Грозданов И. Медико-психологични и социално-икономически аспекти на демографските процеси в България. Сб. доклади от Трета научна конференция с международно участие. Враца, e-book, ЦМБ, МУ – София, 2019, 25-27. <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1741>.
6. Стефанова К, Добрилова П. Мотивираност и нагласа на медицинската сестра за повишаване ефективността на промотивните и профилактични дейности в първичната медицинска помощ. Втора научна конференция с международно участие „Здравето – предизвикателство пред професионалистите по здравни грижи“. Сборник доклади, Враца. e-book, ЦМБ, МУ – София, 2019, 79-82. <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1627>.
7. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020, <https://ncpha.government.bg/bg/2019-02-19-23-15-35/2014-2020>
8. Попова Т, Стамболова Ив. Роля на медицинската сестра в профилактика на артериалната хипертония в юношеска възраст. Здравни грижи, 2018, (3), 5-10.
9. Янкова Г, Добрилова П, Аспарухова П и др. Анализ на грешките в сестринската практика. Сб. доклади Втора научна конференция с международно участие: „Здравето – предизвикателство пред професионалистите по здравни грижи“, Враца. e-book, ЦМБ, МУ – София, 2019, 102-106. <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1627>.
10. Prevention and Treatment of Hypertension Study (PATHS): effects of analcohol treatment program on blood pressure. Arch Intern Med, 1998;158:1197-1207.
11. ESC/ESH Clinical Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. Eur Heart J, 2018, 00, 1-98 doi: 10.1093/eurheartj/ ehy339.



СПЕЦИАЛНИ АКУШЕРСКИ ГРИЖИ В ОНКОГИНЕКОЛОГИЯТА

Боряна Трайчева, първо издание, Централна медицинска библиотека, Медицински университет – София, 2022, с. 280

Книгата е учебно ръководство, предназначено за настоящи и бъдещи акушерки. Изданието разглежда развитието на онкологията и онкогинекологията в България. Дава кратка класификация на туморите, представя ролята на туморните маркери за диагностиката, прогнозата и мониторинга при лечението на онкозаболявания. Обръща се внимание на значението на скрининга в профилактика на онкологичните заболявания. Направена е характеристика на злокачествените тумори

на женската полова система, на начините за диагностициране и стадиране на онкогинекологично заболяване, както и на терапевтичните методи. Специално внимание е отделено на акушерските грижи за пациентки с различни видове онкогинекологични заболявания, както и на акушерските грижи при извършване на влагалищна промивка и при обработка на рани, сваляне на конци. Разглеждат се и грижите при пациентки с уро-, илео-, колостома, както и палиативните грижи и грижите за терминално болните.

Книгата не се разпространява от Централна медицинска библиотека, но е налична за ползване в библиотечния фонд. Вижте в електронния ни каталог.

ИСТОРИЧЕСКИ АСПЕКТИ В РАЗВИТИЕТО НА НАУЧНОИЗСЛЕДОВАТЕЛСКАТА ДЕЙНОСТ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ И АКУШЕРКИТЕ

М. Сълева

Катедра „Обществено здравни науки“, ФОЗ, Медицински университет – Плевен

HISTORICAL ASPECTS IN THE DEVELOPMENT OF NURSING AND MIDWIFERY RESEARCH

M. Saleva

Department of Public Health Sciences, Faculty of Public Health, Medical University – Pleven

Abstract. The research of nurses and midwives marked its development in the early twentieth century in the United States, when the need for education at the university level, rather than vocational school, was realized. The development of bachelor's and master's programs in the field of health care is a prerequisite for the development of new professional skills and competencies such as conducting research. A literature review was made about historical development of nursing research in the USA, Europe and Bulgaria. Scientific publications, available scientific literature and official pages of international, European and Bulgarian organizations are included. The establishment of National Institute of Nursing Research is of great importance for the development in the United States. A significant event in this direction at European level is the creation of a European Foundation for Nursing Research to support and promote research in health care. In Bulgaria, this activity is still at an early stage of development and the responsibility is mainly at the institutional level of higher medical schools. There are differences in the level of research development of nurses and midwives in the United States and Europe. Steps have been taken in our country concerning this activity, which presents healthcare professionals in a completely new role. Modern health care requires high quality in their provision, which is guaranteed by a science-based approach.

Key words: historical development, nurses, midwives, nursing research

Адрес за кореспонденция: Милена Сълева, e-mail: msaleva@abv.bg

Address for correspondence: Milena Saleva, e-mail: msaleva@abv.bg

ВЪВЕДЕНИЕ

Научноизследователската дейност (НИД) в здравните грижи в развитите страни се развива непрекъснато, като разширява научната база от знания и допринася за осигуряване на по-ефективни и качествени здравни грижи за пациентите. Според Polit и Hungler „от сестрите се изисква повече от всякога да документират социалната значимост и ефикасност на своята практическа дейност в сравнение с другите участници (по-

требители на сестрински грижи, администрация в здравеопазването, държавни агенции)“. Авторите подчертават, че научните изследвания са в основата за разбиране на различните измерения на професията чрез: описание на характеристиките на особени ситуации, за които малко се знае; обяснение на феномена, който е основен при планиране на здравни грижи; предвиждане на очаквани резултати от решения, взети по време на грижите; контролиране на появата на нежелани резултати при пациентите; предприемане

на действия за постигане на желан резултат или поведение [21].

Научноизследователската дейност сред медицинските сестри и акушерките в България е сравнително нов аспект в областта на здравните грижи и сериозно съвременно предизвикателство. Отговорността към пациентите, обществото и професията налага достигане на адекватно на съвременното ниво на развитие на НИД в тази област.

С понятието "research" се обхваща научноизследователската дейност във всички сфери на познанието. Думата произлиза от френската дума „recherche“, която е съставена от „re“ и „chercher“ и в директен превод означава „търся отново“. Vest (1969) казва: „Научното изследване е задължителен систематичен процес, който чрез специфични анализи допринася за развиване на съществуваща система от знания или до откриване на нови“ [28]. При дефиниране на научноизследователската дейност общоприето е определението от методическото ръководство „Фраскати“, издадено от Организацията за икономическо сътрудничество и развитие. Според това определение НИД включва „всяка систематично извършвана творческа работа, която цели да се увеличи обемът на знанията (включително познанията за човека, културата и обществото), както и разработването на нови приложения на наличните знания“ [12]. Този тип дейност е известна още като Research and Development (R&D).

В международен аспект за научноизследователската дейност в областта на сестринството се използва терминът „Nursing Research“. Едно от най-ранните определения на понятието е дадено от Треесе и Треесе (1973), автори на голям брой учебници и ръководства. Според тях понятието „Nursing research“ обхваща многообразните аспекти на сестринството (терапевтични, рехабилитационни и превантивни), едновременно с подготовката на сестрите за практикуване на професията: „Научното изследване е опит да се стигне до решение на проблемите. Състои се в събирането на данни в строго контролирана ситуация с цел да отговори на предположение или за обяснение.“ [28]. Международният съвет на сестрите дава следното определение: „Nursing research е начин за откриване на нови знания, за подобряване на професионалното обучение и практика и за ефективно използване на ресурсите“ (1986) [11].

В България официално се използва терминът "научноизследователска и развойна дейност" или само „научноизследователска дейност“ (НИД), или „научноизследователска работа (НИР). С термина „НИД в здравните грижи“ обединяваме НИД на медицински сестри и акушерки.

При прегледа на литературата е проследено историческото развитие на тази дейност на медицинските сестри в САЩ, Европа и България. Обхванати са научни публикации, налична научна литература и официални страници на международни, европейски и български организации.

Началото на научноизследователската работа в областта на сестринството се поставя от Флоранс Найтингел по време на Кримската война (1854). Подобряването на хигиенните условия и осигуряването на добри сестрински грижи водят до снижаване на смъртността в лазаретите от 42 на 2,2% за по-малко от 6 (шест) месеца. Сестринството започва да се обособява като самостоятелна дисциплина и научно направление [20, 23, 26].

ИСТОРИЧЕСКИ ПРЕГЛЕД НА РАЗВИТИЕТО НА НИД В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ В САЩ И ЕВРОПА

В края на XIX век вниманието към грижите за болните започва да се фокусира върху темата, че те трябва да се извършват след специализирано обучение. Следвайки примера на Найтингел, през 1873 г. в Bellevue Hospital се основава **първото училище за сестри в Съединените щати**, Bellevue Hospital School of Nursing. Следва разкриването на училище и в болницата в Чарлстон в Южна Каролина (1883), и в болницата в Мериленд от Louisa Parsons (1889), ученичка на Найтингел. При създаването на John Hopkins Hospital едновременно се основава и училище за сестри (1889). Две десетилетия по-късно започва процес на присъединяване на сестринските училища към университетите, което е важна предпоставка и възможност за научна дейност в здравните грижи. През 1909 г. в Университета в Минесота (САЩ) стартира **бакалавърска програма за медицински сестри** (Bachelor of Science in Nursing). През първата четвърт на XX век като цяло надделява мнението, че обучението на медицински сестри трябва да се осъществява в училище или колеж, а не на университетско ниво. До 1916 г. само 13

университета и 3 колежа в САЩ са разработили бакалавърски програми за обучение на медицински сестри – предпоставка за развитие на нови компетенции, сред които са и тези за НИД [21].

Научните проучвания в здравните грижи започват да се появяват в началото на 1900 г., като повечето са свързани със самото обучение на медицинските сестри – изследват се проблеми в обучението, различни характеристики на обучаемите, както и тяхната удовлетвореност. През 1923 г. Комитет за проучване на обучението на медицински сестри изследва тяхната подготовка и клиничен опит. Комитетът представя доклад, т.нар. **Goldmark Report**, в който се идентифицират несъответствия в обучението. За период от 4 години са изследвани повече от 70 училища за медицински сестри. Като резултат се предприемат незабавни действия за въвеждане на академично обучение на сестрите в университетите и създаване на национални акредитационни процедури [17]. През 1923 г. Фондация „Рокфелер“ основава Yale School of Nursing в Yale University [15]. През **1924 г.** е създадена **докторска програма по сестрински науки** (Philosophy Doctor in Nursing) в Колумбийския университет в Ню Йорк. Следват години на борба за утвърждаване на професията и професионалната идентичност на съсловието. Проучванията, които се провеждат по това време, постепенно изместват своя фокус и през 60-те години на XIX век се насочват към самите практикуващи медицински сестри – кои са те, какво правят, как другите групи от обществото ги приемат, какъв тип личности влизат в професията. В обществото все още няма общоприети нагласи и очаквания за интелектуална инициатива и професионално развитие сред жените. Успоредно с това нуждата от специфични сестрински грижи за болните осезаемо нараства. През 70-те години на XX в. се наблюдава промяна към проучвания, свързани със самата практическата дейност и подобряването на грижите за болните [26, 28].

За изследователската дейност от този период на XX век Виржиния Хендерсон отбелязва в „Nursing Research“ през 1977 година следното: „Първите сестрински изследвания в практиката са насочени по-скоро към сестрите, отколкото към сестринството. Ударението е поставено върху ролите и задачите, които медицинските сестри изпълняват в болнична среда и в много малка степен се проучва ефектът от сестринската дейност

при оказване на грижи за пациента“ [13, 14]. По-високо интерес към проучвания в практиката започва да се забелязва след 1940 г., когато вниманието се насочва върху отговорите на човешкия организъм спрямо факторите на околната среда.

Участие на държавата в научните проучвания в здравните грижи се отбелязва през 1946 г. със създаването на Отдел по здравни грижи в рамките на Службата на главния хирург към Службата за обществено здраве. През **1955 г.** е създадена **първата изследователска програма за медицински сестри** в клон за научни стипендии [16]. През 1960 г. се образува така наречената Администрация за здравни ресурси и услуги (Health Resources and Services Administration – HRSA), която отговаря за клиничното обучение на здравните професионалисти. Основна цел на държавната подкрепа е да се изгради основа за научни изследвания в здравните грижи. Започва финансиране на програми за обучение на изследователи в здравните грижи.

От средата на XIX век се наблюдава съществено нарастване на броя на научните изследвания в здравните грижи. Увеличаването на броя на сестрите с академична подготовка, създаването на специализирано **списание „Nursing Research“ (1952 г.)**, наличието на държавно финансиране, надграждането на уменията за изследователска работа са само част от факторите, които дават сериозен тласък на проучванията [21]. Създава се Национален институт за изследвания в здравните грижи (National Institute of Nursing Research – NINR). Решаващи се оказват констатациите на две проучвания на национално ниво. Доклад от 1983 г. на Института по медицина препоръчва изследванията на медицинските сестри да бъдат включени в основната биомедицинска наука. В същото време изследване на работна група на Националния институт на здравето (National Institute of Health – NIH) от 1984 г. установява, че изследователската дейност в здравните грижи е от значение за изпълнението на мисията на института [16, 27].

Зараждането на изследователския дух в Европа и първият научноизследователски опит на Найтингел не са последвани и през следващите години не се наблюдава развитие в тази област. Едва по време на Първата световна война се установява връзката между професията и академичното образование. Обединеното кралство

става първата страна в Европа, в която се създава център за обучение на медицински сестри в университет. Увеличаване на броя на звената към висшите училища за обучение на сестри се отбелязва най-вече през 70-те и 80-те години на ХХ век. Броят на сестрите с университетско образование постепенно нараства. Развитието на НИД в здравните грижи обаче е различно в отделните европейски държави и региони. Изследователската активност е много ограничена, особено в южноевропейските страни [20, 24].

В края на **80-те години на ХХ век** се създава работна група на европейските медицински сестри изследователи (**Workgroup of European Nurse Researchers – WENR**) [18]. Групата започва работа по развитието на НИД в европейските държави, организира конференции и срещи в различни държави (Норвегия, Дания, Гърция и Швеция). След всяка конференция се публикуват представените лекции и доклади с проведени изследвания. За над 25 г. дейност WENR организира 39 събития, има 62 публикации, някои от тях на 2 езика (английски и немски), разпространени в 55 библиотеки [29]. Научните изследвания стават по-сериозен обект на внимание на европейско ниво, когато през 1996 г. Комитетът на министрите към Съвета на Европа с Препоръка № R(96)1 съветва държавите членки да насърчават изследователската дейност на медицинските сестри. В резултат на това Отделът за координация и развитие на научните изследвания в **Испания** организира през 1999 г. конференция „Изработване на европейска стратегия за научни изследвания от медицински сестри“, съфинансирана от Европейската комисия и с участието на заинтересовани от сестринските изследвания страни – Белгия, Франция, Финландия, Швеция, Италия, Германия, Дания, Гърция, Нидерландия, Ирландия, Израел, Португалия, Испания, Обединеното кралство, САЩ и Канада. Създава се и **Комисия от експерти по изследователска работа в здравните грижи** (Nursing Research Experts' Committee), която през 1996 г. публикува доклад с препоръка към всяка държава – член на Европейския съюз, да разработи Стратегия за изследователската работа в областта на сестринството. Докладът бележи исторически момент в напредъка на изследователската дейност в здравните грижи в Европа, но отзвукът е различен в отделните държави. Напредък се забелязва най-скоро в Обединеното кралство и скандинавските страни (Норвегия, Финландия, Дания) и по-бавно в

източноевропейските страни (Естония, Литва, Полша) и южноевропейските страни (Португалия, Испания, Италия). Различни фактори оказват влияние на този прогрес, като най-значими от тях са бавният процес на включване в обучението на дисциплина, свързана с изследователската работа, и липсата на финансови средства за научни проучвания [25].

В рамките на Шестата европейска рамкова програма за научни изследвания за периода 2002-2006 г. Европейската комисия предвижда изпълнението на проект: „Специфични действия за подкрепа за създаване на европейска платформа за научни изследвания на медицински сестри“ (Specific Support Action to establish a European Platform of Nursing Research) [25]. Проектът се осъществява през 2005 г. и има за цел да направи „моментна снимка“ на състоянието на НИД в здравните грижи в Европа. В проучването са обхванати Испания, Ирландия, Шотландия, Англия, Северна Ирландия, Уелс, Дания, Финландия, Норвегия, Швеция, Нидерландия, Германия и Португалия [20, 23]. Част от резултатите от прегледа за състоянието на НИД в здравните грижи в най-развитите страни на Европа през 2005 г. показват: липса на надеждни данни в Европа за броя на медицинските сестри; програми, стратегии и приоритети за научни изследвания има само в някои страни; в повечето страни липсва възможност за кариера и развитие в изследователската дейност за осъществяване на връзката на клиничната практика с висшето образование; няма определени мерки за осигуряване на време, посветено на научните изследвания за медицинските сестри; недостатъчен брой подготвени медицински сестри с докторска степен, които да бъдат ръководители в докторските програми. Проблемите на НИД в здравните грижи, произтичащи от направения преглед, са обобщени през 2006 г. Акцентира се върху липсата в повечето страни на „главна сестра“ на национално ниво (Chief nurse), липсата на система за оценка на НИД, възпрепятстващи фактори като липса на финансиране, недостатъчно обучение в методологията, ограничен изследователски капацитет, езикова бариера и липса на стратегия за развитие. Всички те пречат при разпространението на резултатите от научните проучвания, което да направи възможна връзката между изследванията, развитието и промените в практиката.

През **май 2013 г.** е създадена **Европейска фондация за сестрински изследвания (ENRF)** от Европейската федерация на сестринските асо-

циации (EFN). Членовете на федерацията съзнават колко е важно да се осигурят надеждни доказателства като основа за вземането на решения от медицинските специалисти в бъдеще. Тази значимост се подсилва и от факта, че се случва едновременно с „непрекъснато увеличаване на налагането на мерки за икономии и недобре протичащи здравни реформи в страните от Европейския съюз“ [10, 25].

В рамката на **Европейска здравна политика „Здраве, 2020“** са разработени европейски стратегически насоки за укрепване на сестринските и акушерските дейности към „Здраве, 2020“ (European strategic directions for strengthening nursing and midwifery towards Health 2020 goals). През 2015 г. Европейският офис на Световната здравна организация (СЗО) публикува Компедиум на добри сестрински и акушерски практики за постигане на целите на „Здраве, 2020“ [19]. Представени са примери от различни европейски страни за иновативните подходи в здравните грижи, които са в съответствие с четирите приоритета на програмата „Здраве, 2020“: инвестиране в здравето чрез подход в рамките на живота и овластяване на хората; справяне с основните здравни предизвикателства в Европа: неинфекциозни и заразни болести; укрепване на ориентираните към хората здравни системи, обществено здравен капацитет и готовност за справяне със спешни ситуации, наблюдение и реакция; създаване на устойчиви общности и обществена среда. Сред приоритетните области на Компедиума се отделя внимание на практика, базирана на доказателства и иновации, които се осъществяват чрез обучение, НИД и управление. Научноизследователската дейност е един от механизмите, защото осигурява най-добрите доказателства в процеса на вземане на решение в клиничната практика и следва да бъде интегрирана в планирането и оценяването на здравните услуги.

ИСТОРИЧЕСКИ ПРЕГЛЕД НА ВЪЗНИКВАНЕТО И РАЗВИТИЕТО НА НИД В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ В БЪЛГАРИЯ

Основните предпоставки за развитие на НИД в здравните грижи у нас са:

➤ демократичните промени след 1989 г., свързани с обществено-икономическия и политическия живот в България, и предоставените нови възможности за обществото;

- непрекъснати промени в обучението на МС и АК в съответствие с европейските директиви;
- създаване на възможност на МС и АК за придобиване на образователна и научна степен „доктор“;
- създаване на професионална асоциация на професионалистите по здравни грижи (ПЗГ);
- разработване на магистърска, а по-късно и на докторска програма за ПЗГ по специалността „Управление на здравните грижи“;
- увеличаване на публикационната активност не само в списание „Сестринско дело“ и списание „Здравни грижи“, но и в други издания на национално и международно ниво;
- организиране на конференции, симпозиуми и други научни форуми за ПЗГ с възможност за научни участия и изяви.

Политическите промени в България са свързани с промени в различните сфери на обществото, като здравеопазването и медицинското образование не са изключение. Първото училище за медицински сестри е открито официално на 28.05.1900 г. Като наставници са привлечени две медицински сестри от Русия. Две от първите завършили медицински сестри стават наставници за следващите, а останалите 6 започват работа в болница. След Освобождението Райна Княгиня учи в Русия за акушерка, завръща се в България и работи по професията си. Тя организира първите курсове за млади акушерки след откриването на „Майчин дом“ след 1903 г. [7]. През втората половина на XX век (1952 г.) се полагат основите на социалистическото здравеопазване в България. Следват непрекъснати промени в организацията на обучение на медицинските сестри и акушерките (учебно-практическа квалификация от средно професионално училище, средно специално, полувисше). Обучението на медицинските сестри и акушерки е ориентирано към обслужване на болния, изучаване на същността на заболяванията и усвояване на технически умения за извършване на различни манипулации. На този етап не се провеждат научни проучвания от медицински сестри и акушерки за подобряване на качеството на здравните грижи.

Демократичните промени в страната след 1989 г. се отразяват и на обучението на медицинските сестри и акушерките. През 1992 год. стартира проектът „Обучение на парамедицинските специалисти в България“ по Програма ФАР, в който са предвидени действия в три насоки:

- Организиране на обучение на ръководни парамедицински кадри;
- Реформа на базовото парамедицинско обучение в съответствие със стандартите на ЕС и потребностите в България;
- Развитие на непрекъснато обучение, кариерно развитие и специализации на парамедицинските кадри.

Полувисшето медицинско образование се променя във висше медицинско образование с придобиване на образователно-квалификационна степен (ОКС) „специалист“, което се осъществява в Медицински колеж. През 1995 г. е разкрит Факултет „Сестринско дело“ към МУ – София, и се поставя началото на висшето образование на медицинските сестри и акушерки в България. При обучението по специалността „Здравни грижи“, ОКС „бакалавър“ се придобиват две професионални квалификации: „Ръководител на здравни грижи“ и „Преподавател по практика в медицински колеж“. През 1996 г. обучение по специалността се разкрива и в Плевен, а след това и в другите висши медицински училища. След няколко години се променя наименованието на специалността от „Здравни грижи“ в „Управление на здравните грижи“ (УЗГ). Завършилите бакалаври по УЗГ проявяват интерес и към магистърска програма по УЗГ. В двете програми след базовото обучение се изучават науки, които са част от здравеопазването като система, но различни от медицинските (икономика на здравеопазването, медицинска педагогика, методология на научноизследователската дейност, информатика и информационни технологии, социология, биостатистика и др) [2]. Програмите за следдипломно обучение създават предпоставка за нова кариерна възможност за сестри и акушерки чрез привличането им като преподаватели във висшите медицински училища и заемане на академична длъжност „асистент“. Това от своя страна е съпроводено със задължението за научна и изследователска дейност, а не само за преподавателска.

През 2003 г. се създава **Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи** (БАПЗГ), която представлява професионалните интереси на национално ниво на всички ПЗГ. Асоциацията има разработена Стратегия за развитие на здравните грижи в България до 2020 г., в която е заложено и развитието на НИД на професионалистите по здравни грижи [8]. Стратегията не

е актуализирана на този етап. Насърчаването на научноизследователската дейност се допълва от издаването на специализирани списания в областта на здравните грижи. Към 2000 г. единственото списание, насочено към дейността на ПЗГ, е „Сестринско дело“ [6, 9], в което до този момент основно се публикуват статии и преводни материали на други автори. През 2003 г. стартира издаването и на списание „Здравни грижи“ от БАПЗГ и се разширяват възможностите за публикуване на обзорни статии и публикации с резултати от проведени оригинални проучвания в здравните грижи у нас [5]. Увеличава се интересът към публикуване на различни по вид статии и участия в научни форуми.

Провеждането на научни изследвания от медицински сестри и акушерки е регламентирано нормативно в **Национална класификация на професиите и длъжностите в Република България** (НКПД), която влиза в сила от 01.01.2011 г. Медицинските сестри и акушерките са професии в подклас „медицински специалисти“ и изпълняват следните основни задачи: провеждат проучвания и придобиват научни знания; консултират или прилагат превантивни и лечебни методи, или промоция на здравето; изготвят научни доклади и отчети. Като основна задача е добавено, че: „... провеждат изследвания относно практиките на медицински сестри и акушерки и изготвят научни статии и доклади“ [3].

Регламентиране на НИД в здравните грижи има и в **Наредба № 1 от 08.02.2011 г.** за определяне на професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно: „провеждане на обучение и изследвания в областта на здравните грижи – участие в изследвания в областта на сестринските грижи (респ. в областта на акушерските грижи) и изследвания в областта на епидемиологията, ергономията, хигиената и безопасността“ [1].

През 2020 г. в Държавен вестник са обнародвани **„Правила за добра медицинска практика по здравни грижи“** за осигуряване на качество на здравните грижи и намаляване на риска за пациента [4]. В документа са предвидени правила, насочени към отделни аспекти на НИД в здравните грижи: „Професионалистите по здравни грижи отчитат дейността си с анализ на качеството с цел

гарантиране безопасността на пациента; участват в събиране, съхранение и анализ на информация за периодична оценка на ЗГ с цел подобряване на практиката; съхраняват ясни и точни записи, свързани с тяхната дейност както в медицинска и немедицинска документация, така и други записи, касаещи предоставените здравни грижи“.

Изводи

1. Най-съществено развитие на НИД на медицинските сестри и акушерките се наблюдава в САЩ, което най-общо се характеризира с ранни промени в обучението и създаване на мощна организационна структура на национално ниво за подкрепа и насърчаване на тази дейност.

2. Дейности по развитието на научните изследвания в здравните грижи в Европа са предприети много по-късно, след обстоен анализ на състоянието. Европейските политики за здраве акцентират на укрепване на сестринските и акушерските грижи чрез развиване на НИД като механизъм за осигуряване на доказателства в процеса на вземане на решения в клиничната практика.

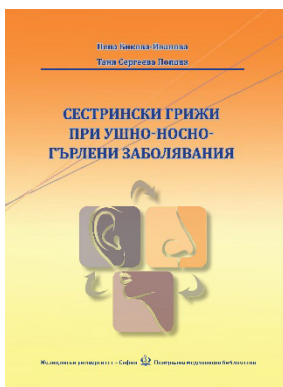
3. В България са предприети първоначални стъпки за развитието на НИД в здравните грижи в съответствие с европейските изисквания, но са нужни още действия в различните направления и подкрепа на национално ниво.

4. Необходим е задълбочен анализ на състоянието на НИД в България и очертаване на приоритетите и насоките за подкрепа и по-нататъшно развитие, защото тази дейност е едно от съвременните предизвикателства пред медицинските сестри и акушерките на новото време.

Библиография

1. Наредба № 1 от 08.02.2011 г. за определяне на професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, обн. ДВ, бр.15 от 18.02.2011.
2. Наредба за Единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалността „Управление на здравните грижи“ за образователно-квалификационните степени „магистър“ и „бакалавър“ от професионално направление „Обществено здраве“, обн. ДВ бр.70 от 29.08.2006 г., изм. ДВ, бр.87 от 7.10.2008.
3. Национална класификация на професиите и длъжностите в Република България – 2011. София, Труд и право, 2011.
4. Правила за добра медицинска практика по здравни грижи, БАПЗГ, обн. в ДВ бр.105 от 11 декември 2020.
5. Списание „Здравни грижи“. Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи. Достъпно на адрес: <http://nursing-bg.com/издания>
6. Списание „Сестринско дело“, Централна медицинска библиотека. Достъпно на адрес: http://cml.mu-sofia.bg/CML/Journals/Sestrinsko_delo.
7. Стамболова И. Сестринството в България: възникване, развитие, състояние и перспективи. София – МУ, Централна медицинска библиотека, 2015.
8. Стратегия за развитие на здравните грижи в Р България 2013-2020, БАПЗГ.
9. Централна медицинска библиотека. http://cml.mu-sofia.bg/CML/index_bg.php.
10. EFN Feasibility Study Final, September 2012, European Federation of Nurses Associations, avail. At <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/2013/02/EFN-Feasibility-Study-FINAL-27-09-2012.pdf>
11. European Nursing Research Foundation, About ENRF/History, official site: www.enrf.eu/about-enrf/history
12. Frascati Manual 2015, Guidelines for Collecting and Reporting Data on Research and Experimental Development, https://www.oecd-ilibrary.org/science-and-technology/frascati-manual-2015_9789264239012-en.
13. Henderson V. We've 'come a long way' but what of the direction? Nursing Research, 1977, 26, 163-164.
14. History – Virginia Henderson Repository. Sigma Theta Tau International. April 11, 2019.
15. History of School of Nursing, Yale University, avail. at <https://nursing.yale.edu/about/history>
16. Important Events in the Nursing Research History, National Institute of Nursing Research, avail. at <https://www.ninr.nih.gov/aboutninr/history>.
17. Goldmark JC. American labour leader, Written by The Editors of Encyclopedia Britannica. <https://www.britannica.com/biography/Josephine-Clara-Goldmark>.
18. Lerheim K. Workgroup of European Nurse Researchers. Nordic J Nursing Res, 1983, 3(1), 133, doi:10.1177/010740838300300109.
19. Nurses and Midwives: A Vital Resource for Health – European compendium of good practices in nursing and midwifery towards Health 2020 goals. WHO, 2015, Regional Office for Europe.
20. Nursing Research in Europe, European Commission ERA-CARE Network project, Scoping Report, Madrid, Spain, 2005.
21. Polit D, Beck C. Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice, Seventh Edition, 2010, Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.

22. Sigma Organizational Fact Sheets, Sigma Global Nursing Excellence, official site.
23. Smith, L. Nursing Research in Europe: a progress report, Journal of Research in Nursing, 2007, 12(3) 293-300.
24. Specific Support Action ERA-CARE Network Project, 2005, European Commission, <https://cordis.europa.eu/project/id/16054>.
25. Strategic and Operational Research Plan 2017-2020, Nursing Research in Europe: Promoting People's Health and the Sustainability of Healthcare Systems European, Nursing Research Foundation (ENRF), <http://www.enrf.eu/wp-content/uploads/2017/07/ENRF-SORP-2017-2020-Final.pdf>.
26. Tierney A. Nursing Research in Europe. Int Nursing Rev, 1998, 45, 1.
27. The NINR Strategic Plan: Advancing Science, Improving Lives, NINR, 2016, https://www.ninr.nih.gov/sites/files/docs/NINR_StratPlan2016_reduced.pdf.
28. Treece EMW, Treece JW. Elements of research in nursing. Saint Louis: Mosby, (1973).
29. Workgroup of European Nurse Researchers, Overview, WorldCat Library, www.worldcat.org.



СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ УШНО-НОСНО-ГЪРЛЕНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Пепа Бикова-Иванова, Таня Сергеева Попова

Централна медицинска библиотека, МУ – София, първо изд., 2020, 160 с.

Новото ръководство по „Сестрински грижи при ушно-носно-гърлени заболявания“ е подробно, добре подредено и правилно структурирано и може да послужи за организацията на работата на медицинските сестри във всяка УНГ клиника, отделение или частен кабинет. То може да подпомогне и контрола на лекарите върху дейностите на медицинската сестра в ежедневната им работа в клиниките, отделенията и УНГ кабинетите. Поради подробното описание и на поведението на медицинската сестра при спешните УНГ състояния, може да послужи като методично ръководство за поведение и в спешните УНГ

кабинети, както и в спешните звена, в които попадат пациенти със спешни оториноларингологични проблеми. Ръководството може да стане и основа за част от подготовката на студентите по медицина, които са на цикъл упражнения по УНГ болести, да даде насоки и желание за работа по специалността на завършващи лекари, с което да се ориентират в работата на лекаря по УНГ болести, да бъде от полза и за младите лекари специализанти по оториноларингология при правилното структуриране на техния оториноларингологичен преглед и при подпомагане дейността на медицинската сестра в оториноларингологичната практика. Много прецизно са показани правилното поведение на медицинската сестра, а с него и нужните мерки при определени диагностични и хирургично-терапевтични методи, прилагани в оториноларингологията, както и точното поведение при някои усложнения.

Книгата не се разпространява от Централна медицинска библиотека, но е налична за ползване в библиотечния фонд. Вижте в електронния ни каталог.

ПРОУЧВАНЕ НА ГЛАСИТЕ НА СТУДЕНТИТЕ ЗА ОБУЧЕНИЕ ПО ДЕСМУРГИЯ ЧРЕЗ ВИДЕОФИЛМИ

Цв. Джиганска, К. Стефанова

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

STUDY OF THE ATTITUDES OF STUDENTS TO DESMURGY TRAINING THROUGH VIDEOS

Tsv. Dzhiganska, K. Stefanova

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

Abstract. With the development of information technology (IT), new promising forms of training appear – webinars, video tutorials and simulators. Uploaded to the Internet video tutorial is becoming an increasingly effective form. The video has become an important part of higher education. It is integrated as part of traditional courses, serves as a cornerstone of many mixed courses and is often the main mechanism for providing information. This study focuses on students' readiness to use videos in the process of teaching and training in desmurgy at higher education levels. In the course of the study, we found that students believe the introduction of video tutorials is important for improving the quality of learning in an online environment

Key words: attitudes, students, videos

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

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

ВЪВЕДЕНИЕ

Видеорокът е форма за дистанционно обучение, с която може да се промени класическата форма на преподаване в университет, като се замени лекцията от преподавател на черната дъска със запис на това действие от видеокамера или на действията, извършени на компютър с глас.

Към март 2021 г. всички студенти използват интернет. Това дава възможност денонощно да се гледат видеоролици от всяка точка на света от всяко техническо устройство, свързано към интернет: компютър; мобилен телефон; таблет.

Няколко метаанализа показваха, че технологията може да подобри обучението (Schmid et al., 2014), а множество проучвания доказваха, че по-конкретно видеото може да бъде високо-

ефективен образователен инструмент (Kay, 2012; Allen and Smith, 2012; Lloyd and Robertson, 2012; Rackaway, 2012; Hsin and Cigas, 2013).

Видеоклиповете могат да бъдат ефективен инструмент в учебния процес.

Процесът на учене от видеофилми е използван както на аудио/вербалния канал, така и на визуалния/изобразителния канал за предаване на нова информация, приспособяване на конкретния тип информация към най-подходящия канал. Например показването на анимация на процес на екрана, докато се разказва, използва двата канала за изясняване на процеса, като по този начин дава на обучаемия двойни и допълващи потоци от информация, за да се подчертаят функции, които трябва да бъдат обработени в работната

памет. За разлика от това, гледането на анимация, като същевременно се показва и отпечатан текст, използва само визуалния канал и по този начин претоварва този канал и възпрепятства обучението (Mauger and Moreno, 2003).

В друг пример показването на видеоклип с „говореща глава“ за обяснение на сложен процес използва продуктивно само вербалния канал (тъй като гледането на говорителя не предоставя допълнителна информация), докато урок в стил Хан, който предоставя символични скици, за да илюстрира словесно обяснението, използва и двата канала за предоставяне на допълнителна информация. Чрез двата канала за предаване на подходяща и допълваща информация е доказано, че се увеличават задържането и способността на учащите се да прехвърлят информация (Mauger and Moreno, 2003) и увеличава ангажираността им с видеоклипове (Thomson et al., 2014; Guo et al., 2014).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проведено е анонимно анкетно проучване сред студенти от специалностите „медицинска сестра“, „акушерка“ и „лекарски асистент“ от Филиал „Проф. д-р И. Митев“ – Враца, за готовността им за провеждане на видеообучение в упражненията по превързочна техника. Проучването е проведено през месец юни 2021 година. Анкетирани са 107 студенти, от които 84.1% са жени, а останалите 15.9% са мъже. Средната възраст на изследваните е приблизително 24 години (23.86).

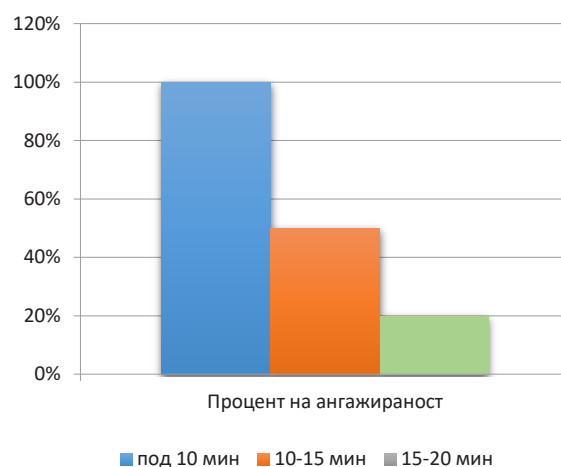
Данните от проучването са обработени статистически с компютърна програма SPSS v.19.0. Графиките са изработени посредством програма Microsoft Excel.

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Сегментирането е разделянето на информация, за да се позволи на учащите да се ангажират с малки парчета нова информация, както и да им се даде контрол върху потока от нова информация. Сегментирането може да се осъществи както чрез създаване на по-кратки видеоклипове, така и чрез включване на паузи.

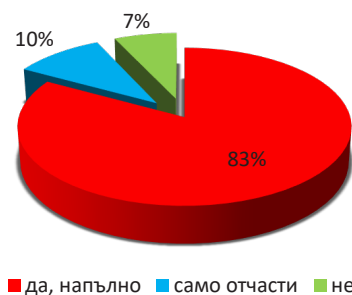
Според данните от проучването за продължителността на времето, през което студентите биха гледали с интерес видеофилми, установихме, че средното време за ангажиране на видеоклипове

с дължина, по-малка от 10 минути, е близо 100% (99.7%), тоест студентите са склонни да гледат цялото видео. Тъй като видеоклиповете се удължават, ангажираността на студентите спада, така че средното време на ангажираност с 10-15-минутни видеоклипове е ~ 50%, а средното време на ангажираност с 15-20-минутни видеоклипове е ~ 20%. Следователно правенето на видеоклипове, по-дълги от 15 минути, вероятно ще бъде загубено усилие (фиг. 2).



Фиг. 1. Продължителност на видеофилма, ангажиращ вниманието на студентите

В същото време за ефикасното усвояване на превързочната техника е от съществено значение и умението на студентите да работят с компютър. След старта на дистанционното обучение, вследствие на пандемията от COVID-19, няма студент, който да не е свързан в учебния процес с онлайн платформа. Затова не е изненадващ резултатът от анкетното проучване, че само 17% от студентите срещат затруднения при работа с компютър. Останалите 83% заявяват, че не срещат трудности при работа с информационни технологии в обучението си (фиг. 2)



Фиг. 2. Умение за работа с компютър на студентите

На отворен въпрос от анкетата за предимствата на видеообучението ясно са дефинирани от респондентите следните предимства:

– Материалите са представени в достъпна форма.

– Ученето е лесно и без усилия.

– По-бързо се запомня.

– Може да се гледа толкова пъти, колкото е необходимо, за да се овладее напълно материалът.

Премахване на интересна, но чужда информация от видеото, тоест информация, която не допринася за целта на обучението. Например музиката, сложният фон или допълнителните функции в анимацията изискват от обучаемия да прецени дали трябва да им обръща внимание, което увеличава чуждото натоварване и може да намали усвояването на знания и умения. Важното е, че информацията, която увеличава външното натоварване, се променя, когато обучаемият преминава от начинаещ към експертен статус. Поради това е важно преподавателят да вземе предвид студентите си, когато изработва образователни видеоклипове, включително информация, която е необходима за тяхната обработка, но да елиминира информация, която не им е необходима, за да постигнат целта на обучението и която може да претовари работната им памет. Ибрахим и кол. (2012) показаха, че това може да подобри усвояването и трансфера на нова информация от видео.

Преподаването чрез видеоуроци става все по-достъпно, затова е важно да се оценят предимствата и недостатъците на тази технология от студентите. В проучване, направено от П. Добрилова (2021), значителен е дялът на анкетираните студенти – от 85% до 95%, които считат, че гледането на видеофилми допринасят за по-добрата им професионална подготовка.

Възниква въпросът доколко ефективно е усвояването на информация от видеоурок в сравнение с класическата лекция. На табл. 1 са показани предимствата и недостатъците на видеоурока според респондентите.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитието на цифровите технологии отвори нови перспективи за онлайн обучение, които предлагат на студентите гъвкавостта да учат по всяко време и на всяко място. С нарастващата популярност на дистанционното обучение все повече хора предпочитат видеоформата на образователните материали: видеоклип на лекция с учител е

Таблица 1. Ползи и недостатъци на видеоуроците според студентите

	Ползи	Недостатъци
Видеоурок	Възможност за планиране на времето за обучение	Няма жива комуникация с преподавателя
	Възможност за повторение на видеоурока	По-малък контрол
	Няма нужда от водене на бележки	
	По-добро усвояване на материала	
	Спестява се време за пътуване до университета	
	Може да се стопира видеото на конкретен момент	

много по-интересен от обикновената презентация с текстови слайдове. Видеоурокът е кратко видео за обучение. Форматът е подобен на телевизионно предаване. Въвеждането на видеоуроци в обучението разкрива качествено нови възможности в образователната система на професионалистите по здравни грижи. Целта е да се ориентират практическите занятия по превързочна техника към внедряване на видеофилми. Чрез тях лекторите могат да предоставят сложна информация и съдържание на студентите и ако се използват творчески, видеоклиповете могат да се превърнат в мощен технологичен инструмент в образованието. Използването на видеофилми непосредствено в учебния процес дава възможност за развиване на самостоятелност в мисленето на студентите и за усвояване на знания и умения на по-високо равнище. Няма съмнение, че броят на хората, които имат достъп до интернет или чрез мобилни устройства, или чрез настолни компютри, расте много бързо, разходите спадат. Изводите насочват, че използването на видеото ще нараства.

Библиография

1. Добрилова П. Анализ на необходимостта от въвеждане на видео дидактически материали в обучението по здравни грижи. 2021.
2. Симеонова Н, Георгиева Г. Рискови фактори при хронична артериална недостатъчност на крайниците. Сборник доклади от Трета научна конференция с международно участие "Медико-социални аспекти в

- здравните грижи” – Враца, ЦМБ, МУ – София, 2020, 60-64.
- Allen WA, Smith AR. Effects of video podcasting on psychomotor and cognitive performance, attitudes and study behavior of student physical therapists. *Innov Educ Teach Int*, 2012, 49, 401-414.
 - Dobrilova PP, Yankova GT. Analysis of the need to introduce video didactic materials in health care training. *Journal of International Scientific Publications. Educ Altern*, 2021, 19, 108-114. www.scientific-publications.net
 - Guo PJ, Kim J, and Robin R. How video production affects student engagement: An empirical study of MOOC videos. *ACM Conference on Learning at Scale (L@S 2014)*, 2014. <http://groups.csail.mit.edu/uid/other-pubs/las2014-pguo-engagement.pdf>.
 - Hsin WJ, Cigas J. Short videos improve student learning in online education. *J Comput Sci Colleges*, 2013, 28, 253-259.
 - Yankova GT, Dobrilova PP. Role and place of video algorithms in the teaching of bandaging techniques. *J Int Sci Public Educ Alternat*, 2021, 19, 403-410. www.scientific-publications.net
 - Kay RH. Exploring the use of video podcasts in education: A comprehensive review of the literature. *Computers in Human Behavior*, 2012, 28, 820-831.
 - Lloyd SA and Robertson CL. Screencast tutorials enhance student learning of statistics. *Teach Psychol*, 2012, 39, 67-71.
 - Mayer RE and Moreno R. Nine ways to reduce cognitive load in multimedia learning. *Educ Psychol*, 2003, 38, 43-52.
 - Rackaway C. Video killed the textbook star? Use of multimedia supplements to enhance student learning. *J Polit Sci Educ*, 2012, 8, 189-200.
 - Schmid RF, Bernard RM, Borokhovski E et al. The effects of technology use in postsecondary education: A meta-analysis of classroom applications. *Computers & Education*, 2014, 72, 271-291.
 - Thomsen A, Bridgstock R, and Willems C. Teachers flipping out’ beyond the online lecture: Maximising the educational potential of video. *J Learn Des*, 2014, 7, 67-78.



ПРОБЛЕМИ НА ОРГАНИЗАЦИЯТА НА ДЕТСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Петя Кантарева

Централна медицинска библиотека, МУ – София, 2020, 112 с.

В монографията са представени актуалните проблеми на детското здравеопазване в нашата страна, които заслужено са обект на обществен интерес и дискусия. Извършен е разбор на различните законови и нормативни документи, отнасящи се до развитието, отглеждането, здравето и правата на децата. Направен е анализ на здравните грижи в различни детски заведения, на увеличавения брой деца, за които се грижи една медицинска сестра в детските градини и училищата и неблагоприятните последици за детското здраве. Специално място е отделено на здравето обслужване на децата в първичната медицинска помощ и на екипа общопрактикуващ лекар–медицинска сестра. Засегнат е проблемът с намаляващия брой на педиатрите и медицинските сестри, което оказва негативно влияние на здравната система и грижата за децата. Разгледаните в монографията здравни грижи за деца са позволили да се анализират задълбочено проблемите и да се предложат промотивни, профилактични здравни грижи и дейности, мултидисциплинарни екипи, подобрена комуникация и да се очертаят приоритетите за изграждане на ефективен модел. Предложеният концептуален модел за здравнопромотивни и профилактични грижи за детското здраве би подобрил в значителна степен организацията и ефективността на детското здравеопазване в нашата страна.

Книгата не се разпространява от Централна медицинска библиотека, но е налична за ползване в библиотечния фонд. Вижте в електронния ни каталог.

ЕЛЕКТРОННОТО ОБУЧЕНИЕ – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО ЗА СТУДЕНТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ ПО ВРЕМЕ НА ПАНДЕМИЯ

Г. Янкова, П. Добрилова

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

E-LEARNING – A CHALLENGE FOR HEALTH CARE STUDENTS DURING A PANDEMIC

G. Yankova, P. Dobrilova

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

Abstract. The Covid-19 pandemic and its impact has posed a number of challenges to countries around the world, and has become a powerful accelerator in the introduction of e-learning, including in higher medical education. In this context, the question of the degree of satisfaction of students with the organization of the educational process at the university is important, which is one of the leading factors influencing the motivation to acquire new knowledge and develop professional skills, as well as the decision to continue or terminate training. The aim of the present study was to examine the level of satisfaction of health care students with the organization and the quality of the learning process in an electronic environment. The study involved 226 students from the professional field of "Health Care". The information was obtained through a direct anonymous survey, with a specially developed questionnaire, published on the educational portal of the Affiliate "Prof. Dr. Iv. Mitev", Vratsa. The research is representative of the first, second and third year bachelor's students in the specialties "Nurse", "Midwife" and "Medical Assistant" for the summer semester of the academic year 2020/2021. The analysis of the results shows a high level of satisfaction with the learning process in the electronic environment. The most important advantages, according to the students, are the opportunity to work in a comfortable environment, the flexible schedule of the learning process and the combination of work and study. The difficult perception of the material in the mode of remote interaction, the "lack of live contact" with teachers and colleagues, the technical problems, and the higher workload were cited as problematic.

Key words: e-learning; quality; advantages; disadvantages; satisfaction, students

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

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

Пандемията от COVID-19 и въздействието ѝ изправи страните по целия свят пред редица предизвикателства, засегна всички области от живота, като образованието несъмнено е една от тях. Всяка кризисна ситуация подлага на проверка устойчивостта на образователната система. По стечение на обстоятелствата новата коронавирусна инфекция се превърна в мощен ускорител на въвеждането на обучение в електронен формат, включително в областта на висшето медицинско образование. Традиционните методи на

преподаване бяха трансформирани в дигитално ориентирани, което постави преподавателите и студентите извън техните граници на комфорт. Благодарение на дигиталния инструментариум, използван в образованието, социалните връзки между преподаватели и обучаващи се не са напълно прекъснати, въпреки че стандартният ритъм на живот беше нарушен [2, 6, 7, 10].

Организацията на обучението чрез дистанционни технологии открива перспективи за решаване на много проблеми, свързани с изискванията на съвре-

менното образование за прилагане на принципите на „учене през целия живот“ (life long learning) и индивидуализация на обучението [3, 4, 16].

Обучението в електронна среда и приложението на съвременните технологии в обучението по здравни грижи е изследвано от редица автори [5, 8, 11, 12, 13]. Повечето изследователи разбират дистанционното обучение като набор от технологии, които осигуряват асинхронно или синхронно интерактивно взаимодействие между студенти и преподаватели, базирано на принципа на самостоятелното обучение на студентите [2, 7, 14].

В условията на социална дистанция всички ние – и преподаватели, и студенти, оценяваме необходимостта от използване на софтуерни инструменти с цел осигуряване на безпроблемна комуникация по време на учебния процес. Организирането на обучение в дистанционен формат има своите предимства – достъпност на обучението, гъвкавост, мобилност, актуалност на знанията, учене с индивидуално темпо, използване на най-новите постижения на технологиите в образователния процес, комфортни условия за творческо себеизразяване на обучаващите се.

Електронното обучение отбелязва огромен ръст през 2020 г., който се запазва и до този момент. Експертите обаче подчертават и недостатъците на дистанционното обучение [2, 10]. Основните сред тях са техническите трудности, с които се сблъскват студентите; честата липсата на пълна, добре обоснована образователна обратна връзка от преподавателите (в случаите, когато комуникацията се осъществява само в чат); липсата на пряко взаимодействие, ниската степен на включване на студентите в образователния процес и пр. Всичко това често води до намаляване на мотивацията за учене у обучаващите се [7, 15].

В този контекст важен е въпросът за степента на удовлетвореност на студентите от организацията на учебния процес в университета, която е един от водещите фактори, влияещи върху мотивацията за придобиване на нови знания и развитие на професионални умения, както и върху решението за продължаване или прекратяване на обучението.

Проблемът с обучението на студенти в дистанционен формат е особено актуален в контекста на продължаващата пандемия от COVID-19. Тази ситуация ни позволява да формулираме проблемното поле на изследване: доволни ли са студентите от системата за обучение в електрон-

на среда и какви са типичните трудности, с които се сблъскват учащите се.

Целта на настоящото изследване е да се проучи нивото на удовлетвореност на студентите по здравни грижи от организацията и качеството на учебния процес в електронна среда.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Настоящото проучване е реализирано в изпълнение на научноизследователски проект, финансиран от Медицински университет – София, от конкурс GRANT–2021 на тема: „Видеоалгоритмите като средство за повишаване качеството на обучение по здравни грижи в електронна среда“.

За целите на изследването и в съответствие с изискванията за ежегодно провеждане на анкети сред студентите, студентският съвет при Филиал „Проф. д-р Ив. Митев“, гр. Враца, съвместно с участниците в проекта проучиха студентската удовлетвореност от качеството на обучението в дистанционен формат.

В проучването са участвали 226 студенти от професионално направление „Здравни грижи“. Информацията е получена чрез пряка анонимна анкета, със специално разработен за целта въпросник, публикуван на образователния портал на Филиала.

Възрастовият обхват на изследвания контингент е 20-50 години. Средната възраст на респондентите е 26 г. ($\chi = 26,58$). От всички анкетирани 92% са жени и 8% – мъже. Половата структура е свързана с профила на университета и с феминизиране на голяма част от специалностите и професиите. Изследването е представително за студентите бакалаври от първи, втори и трети курс по специалностите „медицинска сестра“; „акушерка“ и „лекарски асистент“ за летния семестър на учебната 2020/2021 г.

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

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

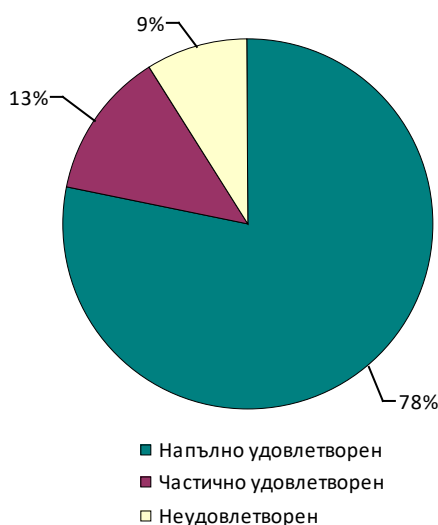
Летният семестър на учебната 2020/2021 г. премина в условията на световна пандемия от коронавирусна инфекция (COVID-19), което нало-

жи преминаването към неприсъствено/хибридно обучение в електронна среда.

Теоретичното обучение в изследвания период е проведено в синхронна форма. Връзката между преподаватели и студенти се осъществява в реално време, чрез софтуер за видеоконференции. Медицински университет – София, разполага с институционален достъп до пакета на Google G Suite for Education и поради тази причина преподавателите са използвали Google Classroom и Google Meet. Практическото обучение (клинични упражнения и учебна практика) в този период се осъществява в присъствена форма.

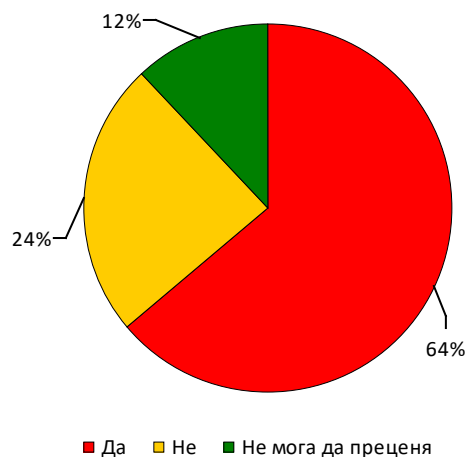
Качеството на обучението в електронен формат е свързано с провеждането му по различен начин от традиционното обучение „лице в лице“, независимо от технологичната му обезпеченост. Един от начините за неговото ефективно управление е наблюдението на удовлетвореността на студентите от учебния процес в контекста на използване на дистанционно обучение.

Приложението на новите технологии, включително и online обучението създават образователна среда на студентите, по-различна от традиционната, което се оценява високо от всички анкетираните. 78% от респондентите са напълно удовлетворени от организацията на учебния процес в дистанционен формат, 13% изразяват частична удовлетвореност и само 9% от анкетираните изпитват неудовлетвореност от обучението в електронна среда (фиг. 1).



Фиг. 1. Удовлетвореност на студентите от организацията на учебния процес в дистанционен формат

Обучението в електронна среда дава възможност на студентите да работят индивидуално с учебния материал и да управляват автономно учебния процес. Учебната среда от своя страна позволява на студентите да се намесват в хода на учебния процес и да го управляват в зависимост от индивидуалните си особености и предпочитания, като сами определят скоростта на работата си и изпълнението на поставените задачи. Това формира и положителните им нагласи към обучението в електронна среда (фиг. 2).



Фиг. 2. Мнение на студентите за ползата от електронното обучение в базовата им подготовка

Респондентите бяха помолени да посочат най-важните предимства на дистанционното обучение. Повечето от студентите оценяват положително възможността за работа в удобна за тях среда (61,95%), гъвкавия график на учебния процес (57,52%) и съчетаването на работа и учене (26,55%) при дистанционната форма на обучение. Трябва да се отбележи, че 8,85% от студентите не виждат никакви предимства в използването на дистанционни технологии (фиг. 3).

Използването на комплексното въздействие на интерактивността чрез видео-, аудио-, други технологии или софтуер може да направи обучението по-интересно и същевременно да повиши качеството му. Анкетираните студенти оценяват като полезни в условията на електронно обучение използваните симулации по здравни грижи, чрез аудиовизуални технологии (видеофилми; видеоалгоритми; видеодемонстрации) по съответните учебни дисциплини (77,88%); решаването на ситуационни задачи (33,18%); дискусии (26,55%) и др.



Фиг. 3. Предимства на дистанционното обучение според студентите



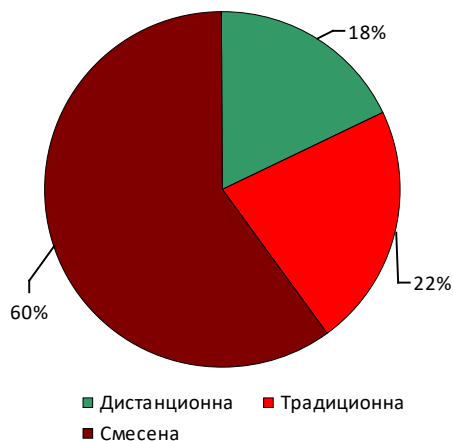
Фиг. 4. Недостатъци на обучението в електронна среда според студентите

Недостатъците на учебния процес в електронна среда според студентите са показани на фиг. 4. Основен проблем се явява комуникацията. При това студентите изтъкват, че не става въпрос само и единствено за обратната връзка с преподавателите, а и за комуникация с другите студенти (13,27%), която е важна за доразбиране и усвояване на материала (42,48%), а не само като възможност за социален контакт. „Липсата на жив контакт“ (25,22%) допълнително затруднява студентите при обратната връзка и разбирането на преподаваната материя, защото невербалната комуникация при дистанционното обучение

трудно може да се „усети“. Като недостатъци са цитирани и техническите проблеми (33,18%), и по-голямото натоварване (9,3%), съпътстващи обучението в електронна среда. 19,3% от респондентите споделят, че нямат затруднения в процеса на дистанционно обучение (фиг. 4).

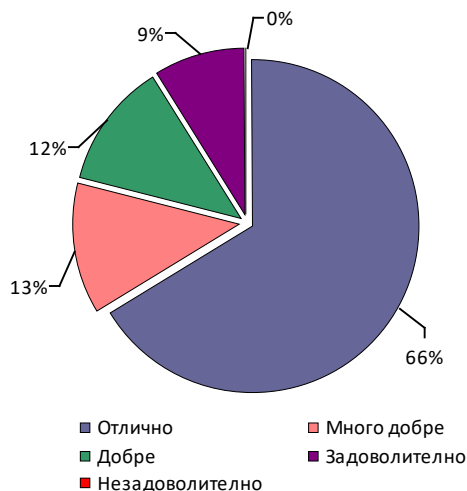
На фона на изтъкнатите недостатъци не е чудно, че безусловните привърженици на дистанционното обучение сред студентите са малко (18%). Въпреки популярните гледни точки, че дистанционното обучение бързо набира скорост и постепенно измества традиционния формат или поне сериозно се конкурира с него, повечето

от анкетираните студенти предпочитат хибриден формат, използващ и двата метода. Най-вероятно мнението на студентите е продиктувано от практическата насоченост на обучението, която трудно може да се осъществи единствено в дистанционен формат. Това показва, че за да се подобри качеството на учебния процес, се изисква оптимално съотношение на активни и традиционни форми на преподаване (фиг. 5).



Фиг. 5. Разпределение при отговорите на въпрос: „Каква форма на обучение предпочитате?“

Въпреки трудностите, свързани с обезпечаването на учебния процес в електронна среда, 79% от студентите оценяват много високо дейността на академичния състав. Тази висока оценка е показател за съществуването на подкрепяща среда, съдействаща за удовлетворяване на образователните потребности и за постигането на най-добри резултати при студентската подготовка (фиг. 6).



Фиг. 6. Удовлетвореност на студентите от преподавателските умения в рамките на дистанционното обучение

Изводи

- Като цяло студентите са доволни от процеса на обучение в електронна среда, което формира и мнението им за мястото на електронното обучение в базовата им подготовка по здравни грижи.
- Най-важните предимства на дистанционното обучение са: възможността за работа в удобна среда (61,95%), гъвкавият график на учебния процес (57,52%) и съчетаването на работа и учене (26,55%);
- Анкетираните студенти оценяват като полезни използваните симулации по здравни грижи чрез аудиовизуални технологии (видеофилми; видеоалгоритми; видеодемонстрации) по съответните учебни дисциплини (77,88%); решаването на ситуационни задачи (33,18%); дискусии (26,55%) и др.
- Недостатък на електронното обучение според студентите е затрудненото възприемане на материала в режим на дистанционно взаимодействие (42,48%). „Липсата на жив контакт“ (25,22%) допълнително затруднява обратната връзка и разбирането на преподаваната материя, защото невербалната комуникация при дистанционното обучение трудно може да се „усети“. Като проблематични са цитирани и техническите проблеми (33,18%), и по-голямото натоварване (9,3%), съпътстващи обучението в електронна среда.
- На фона на изтъкнатите недостатъци на дистанционното обучение повечето от студентите (60%) предпочитат оптимално съотношение на активни и традиционни форми на преподаване.
- Въпреки трудностите, свързани с обезпечаването на учебния процес в електронна среда, 79% от студентите оценяват много високо усилията на своите преподаватели.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Установяването на нивото на студентската удовлетвореност е един от инструментите, измерващи качеството на обучение. Огромното предизвикателство, пред което са изправени образователните институции, е свързано с организация на обучение, което максимално да доближава традиционната учебна атмосфера и да предоставя възможности за придобиване на висококачествено професионално образование.

Високата степен на удовлетвореност, която посочват резултатите от проучването, отчита положителното отношение на студентите към проведеното обучение.

Благодарности. Настоящата работа е осъществена с финансовата подкрепа на Медицински университет – София, в изпълнение на научноизследователски проект, договор № D-109/04.06.2021 г., от конкурс GRANT-2021 на тема: „Видео алгоритмите, като средство за повишаване качеството на обучение по здравни грижи в електронна среда“.

Библиография

1. Борисова М, Лаловска М. Информираност на студентите от специалност „медицинска сестра“, относно заболяването доброкачествена простатна хиперплазия. Сб. доклади II научна конф. с межд. участие: „Здравето – предизвикателство пред специалистите по здравни грижи“, Враца. e-book, ЦМБ, МУ – София, 2019, 73-79. Достъпно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1627>.
2. Георгиев В. Оценка на полезността на формите на дистанционно обучение. ИКТ – БАН, 2020, <http://dx.doi.org/10.11610/it4sec.01>
3. Джиганска Ц, Славейкова Н, Кантарева П. Модулно структуриране на учебния процес при обучението на професионалисти по здравни грижи. Стара Загора, Science & Technologies, 2017.
4. Димитров М. Проучване удовлетвореността на студенти от неписьствената форма на обучение в условията на извънредно положение. Годишник на Тракийски университет. Стара Загора, 2020, 17, 117-141.
5. Димитрова Д, Богданова Г. Как обучението в електронна среда влияе върху мотивацията за учене. STEMEDU, 2021, 138-145.
6. Докова А, Жеков Ж. Динамика на учебния процес при електронно обучение по време на извънредна обстановка. Сборник доклади от Юбилейна научна конференция с международно участие "Нови подходи в общественото здраве и здравната политика". Плевен, 2020, 197-202.
7. Каснакова П, Хаджиева Б. Мотивация и възможности на дистанционното обучение през погледа на студентите от медицински колеж по време на пандемията от Covid-19. Сб. Доклади „Медицинските сестри и акушерките – ключов ресурс в съвременното здравеопазване“. Ст. Загора, 2020, 327-333.
8. Лазарова С, Лазарова Л. Смесени форми на обучение – иновативен подход за преподаване и обучение във висшите училища. Педагогика, 2019, 91(1), 17-31.
9. Маринов Л, Аспарухова П. Коммуникацията в сестринските грижи през погледа на студентите. МУ – Варна. Медицински форум, 2014.
10. Начева Р, Янсоне А. Електронното обучение в условията на пандемия: българският и латвийският опит във висшето образование. Известия, 2020, 64(4), 311-331.
11. Теплякова ОВ, Изможерова НВ, Попов АА, Кадников ЛИ. Удовлетворенность студентов V и VI курсов лечебно-профилактического факультета дистанционным обучением в период новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Современные проблемы науки и образования, 2021, (3).
12. Dankova P, Petrov P. Students' Adaptation in Multicultural Environment. Vanguard Sci Instrum Managem, 2016, 12(1).
13. Dimitrova D, Bogdanova G. Conceptual model for optimizing healthcare training in measuring, registering and evaluating vital signs. INTED2021 Proceedings (15th International Technology, Education and Development Conference, 8-9 March, 2021). 2021, 9739-9745.
14. Dimitrova D. Innovative Technologies in Teaching of Healthcare at the Medical University – Varna, In: Proceedings of the I Scientific conference "Inovative STEM Education" (STEMEDU-2020), Veliko Tarnovo, Institute of Mathematics and Informatics – BAS. 2020, 1, 65-69.
15. Serbezova I. Optimization of Health Care training through video methods. University Publishing Center at the University of Ruse "Angel Kanchev", MEDATEH – Plevен, 2018, 160.
16. Yankova G, Dobrilova P, Stefanova K. Research of the students' satisfaction from the quality of training in an Affiliate "Prof. Dr. I. Mitev" to Vratsa at Medical University in Sofia. J Int Sci Publicat. Educational Alternatives. 2018, 16, 294-302. www.scientific-publications.net
17. Yankova G, Dobrilova P, Asparuhova P et al. Nursing process – genesis and evolution. Journal of reports from the jubilee scientific conference with international participation: „Education, science and innovation in health care“. Central Medical Library, MU – Sofia, 2017, 42-47.

БИО-ПСИХО-СОЦИАЛЕН ПОДХОД В ПРЕВЕНЦИЯТА И ЛЕЧЕНИЕТО НА ПСИХИЧНИ НАРУШЕНИЯ, ОТЧИТАНИ В ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА

П. Добрилова

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

BIO-PSYCHO-SOCIAL APPROACH IN THE PREVENTION AND TREATMENT OF MENTAL DISORDERS REPORTED IN GENERAL MEDICAL PRACTICE

P. Dobrilova

Affiliate "Prof. Dr. Ivan Mitev" – Vratsa, MU – Sofia

Abstract. The article discusses the role of the biopsychosocial model, which takes into account the biological, psychological and social factors of man when it comes to explaining, understanding and dealing with a particular health condition or disease, disability or disorder. For many years in our country mental health is neglected and remains in the shadows. the predominant model in medicine and psychology was the biomedical model focused on the disease itself. The biopsychosocial model is one of the models we find in the field of psychology and even psychotherapy. This is an approach that finds that there are several factors that affect a person's development and well-being in the context of illness, disorder or disability.

Key words: mental disorders/bio-psycho-social approach, treatment, prevention

Адрес за кореспонденция: Проф. Павлинка П. Добрилова, дм, e-mail: pavlinka1969@abv.bg

Address for correspondence: Prof. Pavlinka P. Dobrilova, MD, e-mail: pavlinka1969@abv.bg

За психичните нарушения има много определения и общият момент в тях е, че психичното разстройство представлява: "смутено социално функциониране, което прави поведението дезадаптивно".

Световната здравна организация (СЗО) определя понятието „психично здраве“ като „състояние на благополучие, при което индивида реализира своите възможности, справя се с нормалните стресове на живота, в състояние е да работи продуктивно и е способен да даде своя принос за общността“. Не случайно се смята, че психичното и физическото здраве не могат да съществуват разделени едно от друго. Психичното, физическото и социалното функциониране са взаимосвързани.

По данни на СЗО трима от четирима души у нас не получават адекватна помощ за психичното

си състояние, което е характерно за страните с ниски и средни доходи. Само 2% от всички държавни разходи за здравеопазване са за психично здраве, а над 80% от тях отиват в психиатричните болници. Това се случва на фона на липсата на всякаква превенция на психичните заболявания.

Съвременното схващане относно причините за психичните разстройства са свързани с комплексното въздействие на генетични, психо-социални и фактори на средата. Разглеждат се редица модели, между които с най-голяма популярност са „диастеза-стрес моделът“ и „био-психо-социалният модел“.

Ако в миналото всяко заболяване се е свързвало с конкретна биологична насока, то съвременният подход е разглеждане на болестта в контекста на био-психо-социално единство. Най-

голямото предимство на този модел е, че вече не се търси една единствена причина за проблема (както физическа, така и психична), а набор от фактори от различно естество, които трябва да бъдат напълно изяснени.

В основата за разбирането на био-психо-социалният модел е, че независимо от какъв характер е болестта, тя се причинява от фактори от различно естество. Този модел се противопоставя на „био-медицинския“, при който се смята, че проблемът със здравето на човек се свързва само с химичните процеси в тялото и мозъка. Последователите на био-психо-социалния модел търсят причината за болестта в три насоки: биологична, психологична и социална.

Новият модел обхваща и подчертава взаимодействието между биологичните, психологичните процеси и социалните влияния [Engel 1977, 980].

За първи път този модел е разработен от Джордж Л. Енгел и Джон Романо от Университета в Рочестър (САЩ). Енгел подчертава, че самото тяло не допринася за заболяване. Вместо това индивидуалният ум (психичен и социален фактор) има решаващо значение в това как се причинява и лекува заболяването.

След публикуването на био-психо-социалният модел е приет от СЗО през 2002 г. като основа за международната класификация на функциите (ICF).

Можем да наречем този модел холистичен, защото според холистичния принцип, човека се разглежда като единство от три нива: умствено-духовно, емоционално-психично и физично-материално.

За да разберем как се използва моделът в профилактиката и лечението при психичните нарушения трябва да се спрем на основните му принципи, включващи:

- уникалността на всеки човек като индивид;
- лечението на главната причина за проблема, което е по-важно от лечението на симптомите, тъй като понякога те могат да прикрият проблема;
- условията на среда са не по-малко важни от физическите и психическите качества на човека;
- всеки пациент трябва да поеме отговорността за собственото си здраве, а терапевтът трябва да различава дали е в състояние да го направи;
- нарушаването на баланса между добро, физическо, емоционално, умствено и духовно равновесие води до болест.

От гледна точка на медицината това означава да се разбере връзката между наследствеността, условията, в които е поставен човек – работна, социална, семейна среда, климат и екологична обстановка, стресови ситуации, начин на мислене и степен на информираност, и други.

Познаването на това как работи умът, как индивидът преработва стреса, по какъв начин емоциите се отразяват на тялото е от изключително значение за осъществяване на профилактиката и лечението на психичните разстройства.

Самият подход включва оценка на няколко групи фактори. Първата от тях е биологични фактори (медицинска експертиза). Това от своя страна се свързва с причината за заболяването въз основа на химичните процеси в организма, което ще рече, че разстройството може да бъде причинено от нарушението във функцията на даден орган, от намесата на външен агент или от хормонален дисбаланс и т.н. Така например депресията може да е свързана с липсата на серотонин. От друга страна към биологичните фактори се включват тези генетично натоваарване на индивида.

Втората са психологическите фактори, които обхващат мисли, нагласи, убеждения. Оказва се, че те са от голямо значение при всички видове разстройства. Ето защо, при заболявания като депресия с тревожност, начинът ни на мислене, е от съществено значение за развитието и поддържането на симптомите. Оттук идва и добрата новина, че чрез въздействие върху емоциите можем да спомогнем за възстановяването на пациент.

До скоро социалните фактори бяха пропуснати при лечението на всички заболявания както физически, така и психични. Те са включени в третата група фактори. С появата на био-психо-социалния модел се доказва, че подкрепата на една структурирана семейна среда и добър социален кръг могат да са ключови за възстановяването на пациента. Разбирането, което могат да проявят хората от обкръжението на заболелия, помощта, която може да му бъде оказана, са сред условията, които са решаващи за оздравяването. Дори принадлежността към определена, добра социална среда може да предотврати или забави появата на психично разстройство. Не на последно място, тук трябва да се спомене и важноста на насърчаването в добри здравни навици.

Ролята на био-психо-социалния подход в превенцията се свързва и с признаване на важност-

та на фактори като емоции, социална и семейна среда, положителна нагласа и др. При този подход се дава възможност за откриване на повече фактори, причинили разстройството, и друг много важен аспект, който не трябва да се омаловажава, е, че се дават много възможности за по-активна роля на болния при възстановяването му. Възприемайки този модел, индивидът може да направи повече за предотвратяване на появата на болестта.

В заключение, този модел предлага комплексен и много вариантен, и в същото време потенциално по-пълнен модел, с който да се изследва човешкото преживяване на болестта. Неговата популярност расте вече няколко десетилетия, благодарение на засилващото се признание на ролята на индивидуалното поведение в здравето и болестта. Отделните критерии на модела са се разширили в по-голям мащаб. По-специално в социалния аспект, където са включени идеи, като духовност и култура. Всяко емоционално състояние се отразява на физическото състояние на индивида. Взаимната връзка между тяло и психика е безспорна, както и социалната среда, в която те функционират. Затова за осъществяване на профилактика и лечението на огромен брой психични разстройства следва да се познава при-

родата и връзките, начина на работа на ума, тялото, емоциите, които изпитваме, наследствения материал, който носи всеки, и средата, в която функционира.

Библиография

1. Балканска П. Приложна психология в медицинската практика. София, БУЛВЕСТ 2000, 2010.
2. Психиатрия. Учебник за студенти и специализиращи лекари. Под ред. на Хр. Кожухаров. МУ – Варна, 2018.
3. Морисън В, Бенет П. Въведение в здравната психология. София, Изток Запад, 2013.
4. Психотерапия, методи и направления. Под ред. на др. Хр. Христов. София, Мед. и физк.
5. Джиганска Ц, Добрилова П, Борисова М, Стефанова К. Психологични и социални проблеми при жени с рак на маточната шийка. Сб. доклади от Юбилейна научна конференция с международно участие. „Образование, наука и иновации в здравните грижи” – 2017, Враца. e-book, София, ЦМБ, МУ, 2017, 78-82. Досътно на: <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1340>
6. Джиганска Ц, Цветанова В, Добрилова П. Обучение на акушерки за прилагане на холистичен подход при жени с рак на маточната шийка. Сестринско дело, 2017, 49(1), 14-17.
7. Грозданов И. Медико-психологични и социално-икономически аспекти на демографските процеси в България. Сб. доклади от Трета научна конференция с международно участие. Враца, e-book, ЦМБ, МУ – София, 2019, 25-27. <http://cml.mu-sofia.bg:8080/xmlui/handle/10861/1741>.