

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – С О Ф И Я**  
**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ – С О Ф И Я**  
**Катедра „Медицинска етика и право“**

---

---

**КАЛИНА СТЕФАНОВА ПЕЙЧЕВА**

**МОРАЛНИ АСПЕКТИ**  
**НА УСТОЙЧИВО РАЗВИТИЕ**  
**НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

**АВТОРЕФЕРАТ**  
**НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА**  
**ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР“**

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

**Научен ръководител:**

**Проф. Людмила Найденова Чакърва, дп**

**Рецензенти:**

**Проф. Мариела Светославова Янева-Делиревска, дмн**

**Доц. д-р Катя Петрова Попова-Юрукова, дм**

София, 2018 г.



Дисертационният труд е одобрен и насочен за публична защита на катедрен съвет на катедрата по „Медицинска етика и право“ при Факултета по Обществено здраве на Медицински университет – София.

Дисертационният труд съдържа 192 стандартни страници, и е онагледен с 21 фигури, 82 таблици и 7 приложения. Библиографската справка включва 207 литературни източника, от които 110 на кирилица, 73 на латиница, 24 използвани закони и нормативни актове.

Публичната защита на дисертационния труд ще се проведе на 17.10.2018 г. от ..... ч. в зала 7 на Факултета по обществено здраве, Медицински университет – София, ул. „Бяло море“ № 8, съгласно чл. 98 и чл. 100 от Правилник за условията и реда за придобиване на научни степени и заемане на академични длъжности в Медицинския университет – София, и въз основа на Заповед № РК36-738/28.04.2017 г. на Ректора на МУ – София, пред научно жури в състав:

Председател:

Проф. Мариела Светославова Янева-Деливерска, дмн

Членове:

1. Проф. Людмила Найденова Чакърва, дп
2. Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн
3. Доц. д-р Катя Петрова Попова-Юрукова, дм
4. Проф. Мими Георгиева Стойчева, дм

Резервни членове:

1. Доц. д-р Наталия Михайлова Щерева-Николова, дм
2. Доц. д-р Недялка Илиева Кръстева, дм

Материалите по защитата са на разположение в Секретариата на Факултета по обществено здраве, МУ – София, ул. „Бяло море“ № 8 и са публикувани на неговата интернет страница.

Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на тази в дисертационния труд.



## СЪДЪРЖАНИЕ

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ .....	6
ВЪВЕДЕНИЕ .....	7
I. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ.....	10
II. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕ .....	11
III. СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ. РЕЗУЛТАТИ.....	14
IV. ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ .....	41
V. ИЗВОДИ .....	46
VI. ПРЕПОРЪКИ .....	48
VII. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	50
VIII. САМООЦЕНКА НА ПРИНОСИТЕ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	53
IX. ПРИЛОЖЕНИЯ.....	54
X. СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	60

## ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

<b>БВП</b>	Брутен вътрешен продукт
<b>БЗС</b>	Български зъболекарски съюз
<b>БЛС</b>	Български лекарски съюз
<b>ЕС</b>	Европейски съюз
<b>МЗ</b>	Министерство на здравеопазването
<b>НЗОК</b>	Национална здравноосигурителна каса
<b>ОПЗ</b>	Общопрактикуващ зъболекар/детален лекар
<b>ОПЛ</b>	общопрактикуващ лекар (личен лекар)
<b>ПМП</b>	Първична медицинска помощ
<b>СЗО</b>	Световна здравна организация
<b>УР</b>	Устойчиво развитие
<b>ХНЗЗ</b>	Хронични незаразни заболявания
<b>DALY</b>	disability – adjusted life year/ брой години живот като инвалид
<b>GP</b>	general practitioner/ общопрактикуващ лекар
<b>QALY</b>	quality – adjusted life-year/ брой години качествен живот
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development/Американска агенция за международно развитие

## ВЪВЕДЕНИЕ

Съвременното ежедневие и начин на живот налагат преоценка на здравето като ценност на индивида и на обществото, приоритетно развитие на първичното здравно обслужване, повишаване удовлетвореността на пациентите чрез разширяване възможностите за избор, изграждане на система за мониторинг и оценка на влиянието на здравно-политическите програми върху здравето и здравеопазването. Дейностите са насочени към споделяне и укрепване на ценностите солидарност и равнопоставеност чрез здравните политики и разпределението на ресурсите за гарантиране потребностите на бедните и други уязвими слоеве в обществото, утвърждаване на прозрачността и контрола на функционирането на здравеопазните системи, по-голяма отговорност към потребностите на хората, техните предпочитания и очаквания чрез зачитане на техните права и отговорности към собственото им здраве.

Основно предизвикателство пред развитите страни е засилване участието и ролята на индивида в грижите по осигуряване на собствено здраве, чрез повишаване на здравната грамотност, здравната отговорност и обществената солидарност.

Концепцията за устойчиво здравеопазване включва намиране на равновесие между правата на пациентите в здравеопазването, солидарността и пазарните елементи в управлението на здравните ресурси, отговорността на медицинските професионалисти и пациентите, безпристрастното и справедливо разпределение на наличното и икономически възможното. Концепцията има три компонента: икономически, екологичен и социален.

Устойчивото развитие на здравеопазването обвързва икономическата с екологичната ефективност на общественото производство и утвърждава принципа на равенство и справедливост чрез повишаване на човешките възможности и гражданско съзнание.

Устойчивото развитие на здравеопазването най-общо се определя като нов път за икономически и социален прогрес, който „задоволява нуждите на настоящето без да пречи на това, бъдещите поколения да задоволяват собствените си нужди“. Устойчивото развитие не може да се случи спонтанно. То е процес и резултат от съзнателен избор.

Устойчивото здравеопазване има и психологически аспекти. То трябва да се съобразява с цикъла на човешкия живот и да възприема реалността на риска, болестите, боледуването и смъртта. Реалните възможности за влияние тук, според Д. Калахан, са в две посоки:

1. Въвеждане на подход на превенция, здравна промоция и прилагане на всички възможности за опазване на общественото здраве.
2. По-голяма лична отговорност за здравето т.е. целенасочена грижа за собственото здраве.

**Цели на концепцията на УР** на здравеопазването са: 1. Преустановяване на задълбочаващите се негативни тенденции и дезинтеграция на здравеопазването; 2. Подобряване на общественото здраве; 3. Стимулиране на проактивно отношение на личността към грижа за здравето чрез повишаване на здравната грамотност; 4. Постигане на по-висока степен на национална здравна сигурност чрез повишаване на здравната грамотност на населението.

**Предизвикателствата** на устойчивото развитие на здравеопазването пред човечеството стават все по-големи и все повече, а решенията – по сложни и трудни. В световен мащаб сериозни са предизвикателствата, породени от начина на живот на обществата, загуба на морални ценности, липса на индивидуална заинтересованост включително бягство от отговорност и търсене на виновен, лесен начин за успех и най-важното липса на грижа дори към собственото здраве. Съвременното общество допуска и не решава натрупването на проблеми, свързани с нездравословен начин на живот, нездрава околна, битова и работна среда. Някои от проблемите са: нови медицински технологии, желанието и традицията лекарите да спазват Хипократова клетва, лимитирани финансови ресурси, нелимитирани желаниа и очаквания на обществото от здравната система, застаряването на населението, хроничните болести, глобализацията. Идеята за устойчиво развитие на здравеопазването може да е успешна, ако се преодолеят някои от тези сериозни предизвикателства и бариери.

С развитие на концепцията на устойчиво развитие на здравеопазването, се определят **основните ѝ елементи**, които имат висок морален аспект (149):

**1. Здравната грамотност на населението** и произтичащите от нея избор за водене на здравословен начин на живот, споделяне на отговорността за профилактика на заболяванията, активно участие на пациентите в хода на лечение споделено с професионалните умения и грижи на медицинските специалисти, умения и готовност за грижа за собственото здраве.

**2.** Също свързани със здравната грамотност, но и с отговорността към обществото са развиване и прилагане на натрупаните здравни знания, промяна в нагласата и съзнание-

то на хората за **морална, споделена отговорност към здравето на обществото, опазване на околната среда и всички ресурси** (природни, човешки, финансови, времето) с цел повече облаги за цялото общество и плавно внедряване на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването;

**3. Информираност на населението** и познаване на правта и задълженията на пациентите.

**4. Активно участие на пациентите**, което е и водещ морален аспект за утвърждаване на концепцията за УР.

**5. Доброто ниво на здравна грамотност** дава самочувствие и увереност на пациентите за справяне с болест, и взимане на решения, касаещи здравето им, а **личният избор** е водещ морален аспект за утвърждаване на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването.

Поемане на отговорност за собственото и общественото здраве е цел на концепцията за устойчиво развитие в здравната сфера. Личността трябва да прави съзнателен избор за начина си на живот, за превенция и опазване на своето здраве. Стремехът към устойчивост трябва да се приеме като разумен избор за по-нататъшно развитие на човешкото общество.

**Необходими са по-голяма обща култура, по-високо ниво на здравна грамотност, поемане на отговорност и реално инвестиране в дейности по профилактика и промоция на здраве** във всички обществени и частни структури – това е пътят към устойчиво подобряване на общественото здраве.

**Необходимо е да се проучи** нивото на здравна грамотност на пациентите, личната отговорност към здравето им и отношението им към промоция на здраве и профилактика на заболяванията, за да се намери най-подходящият подход за разрешаване на проблема с здравното възпитание на пациентите, тяхната мотивация и контрол. Невъзможно е без осъществяване на контрол върху пациенти и медицински професионалисти да се очакват позитивни резултати.

# I. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

## 1. Цел

Целта е да се проучи и повиши готовността на населението за поемане на лична отговорност за собственото здраве като се повиши здравната грамотност на населението за укрепване на моралните аспекти на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването.

## 2. Задачи

За постигането на поставената цел бяха формулирани следните **задачи**:

1. Да се изследва процентът на наличие на личен лекар (ОПЛ) сред населението и доверието на пациентите към тях като се проучи отношението на пациенти и медицински професионалисти към профилактичните прегледи и новите диагностични методи за ранна диагностика и лечение.
2. Да се проучи отношението на пациентите и медицинските професионалисти в ролята им на пациенти за поемане лична отговорност за грижа за здравето им и оценка на нивото на здравната им култура както и готовността на пациентите да заплащат за медицински услуги.
3. Да се проучи мнението на пациентите и медицинските професионалисти по отношение профилактика на заболяванията и да се оцени адекватността на профилактичната дейност на медицинските професионалисти по мнение на двете страни и нивото на информираност на пациентите както и да се проучи нагласата на медицинските професионалисти за продължаващо следдипломно обучение.
4. Да се изработят материали за повишаване на здравната грамотност на населението и да се изработи „Здравно досие на пациента”, в което те да запазват резултати от проведени изследвания, рецептурни книжки и рецепти, така че всички медицински документи на пациента да се съхраняват на едно място.

## II. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕ

За реализиране на задачите се проведе анкетно проучване и се изработиха материали за повишаване на здравната грамотност на населението.

Използваните в дисертационния труд методи за събиране на необходимата информация са:

- **Социологически методи:**

- **Анкетен метод** – пряка индивидуална анкета – обект на настоящото проучване са взели участие в анкетното проучване пациенти и медицински професионалисти – лекари в болнични заведения, общопрактикуващи лекари (ОПЛ), дентални лекари и медицински сестри, в гр. София и 4 бр. ОПЛ от гр. Пирдоп и 2 бр. ОПЛ от с. Атон.

- **Методи за обработка на информацията:**

- **Статистически методи** – в разработката са използвани широк кръг описателни и аналитични статистически методи:

1. **Дескриптивен анализ** – в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци, разбити по групи на изследване.
2. **Вариационен анализ** – за оценка на характеристиките на централната тенденция и статистическо разсейване.
3. **Алтернативен анализ** – за сравняване на относителни дялове.
4. **Корелационен анализ** – за проверка наличието на линейна зависимост между количествени признаци.
5. **Графичен анализ** – за визуализация на получените резултати.
6. **Тест  $\chi^2$  на Pearson** – за проверка на хипотези за наличие на връзка между категориални променливи.

**Отговорите на въпросите на анкетата бяха изследвани и статистически обработени според възраст, пол и образование на анкетиранияте.**

Посочените методи при провеждане на проучването взаимно се допълват, което позволява информацията да бъде многостранно оценена.

- **Контингент изследвани лица**

Анкетиранияте са разделени в две големи групи – **1. Пациенти** и **2. Медицински професионалисти**, които са подразделени на общопрактикуващи лекари, лекари в болнични заведения, дентални лекари, медицински сестри като са изработени три анкети съ-

ответно за пациенти, медицински сестри и медицински професионалисти включващи лекари в болнични заведения, ОПЛ, дентални лекари.

В проучването бяха анкетирани **общо 893 участника** както следва:

**- Пациенти – 467 бр.:**

Анкетите от анкетираните пациенти са събрани за период от 6 месеца (09.2016 г. – 03.2017 г.)

*Общият им състав се състои от: 23 бр.* съседни, във входа, в който живея; **206 бр.** работещи в сградата на КНСБ; **10 бр.** персонал на бирария „Двете халби“; **7 бр.** персонал на ресторант „Морино“; **15 бр.** персонал на козметични салони; **18 бр.** персонал на ресторант „Кривото“; **25 бр.** персонал на фирма „Точките“; **131 бр.** мои пациенти; **6 бр.** Катерачи зала Бонсист; **26 бр.** преподаватели в училище ЕСПА;

**- Медицински професионалисти – 426 бр.:**

Анкетите от анкетираните медицински професионалисти са събрани за период от 10 месеца (09.2016 г. – 07.2017 г.) .

*Медицински сестри – 106 бр.:* 75 бр. от ФДМ; 12 бр. „Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда“; 13 бр. УМБАЛ „Свети Иван Рилски“; 6 бр. Медицински център „Панацея“

*Общопрактикуващи лекари – 80 бр.:* 16 бр. – УМБАЛ „Софиямед“; 18 бр. – Поликлиника на ВМА; 5 бр. „Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда“, 16 бр. Медицински център „Лора“; 14 бр. Болница „Сердика“; 4 бр. от гр. Пирдоп и 2 бр. от с. Атон; 5 бр. от 14 ДКЦ

*Лекари в болнични заведения – 117 бр.:* 8 бр. Медицински център „Панацея“; 40 бр. „Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда“; 26 бр. УМБАЛ „Софиямед“; 18 бр. УМБАЛ „Свети Иван Рилски“, 25 бр. УМБАЛ „Александровска болница“

*Дентални лекари – 123 бр.:* 86 бр. от ФДМ, 37 бр. – колеги на свободна практика

Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите. Интервалът на доверителност при уронен на значимост  $P(p) = 0,05$  дава информация за оценка точността на анализираниите показатели.

**• Логическа единица**

Логическа единица на наблюдението са анкетираните пациенти и медицински професионалисти.

- **Техническа единица**

Техническа единица на наблюдението са: „Аджибадем Сити Клиник *Болница Току-да*“, УМБАЛ „Софиямед“, УМБАЛ „Свети Иван Рилски“, УМБАЛ „Александровска болница“, Медицински център „Панацея“, Медицински център „Лора“, Поликлиника на ВМА, Болница „Сердика“, кабинети на ОПЛ в гр. Пирдоп и с. Антон.

- **Време и място на наблюдението**

Анкетите от анкетираните пациенти са събрани за период от 6 месеца (09.2016 г. – 03.2017 г.) в гр. София. Анкетите от анкетираните медицински професионалисти са събрани за период от 10 месеца (09.2016 г. – 07.2017 г.) в гр. София, гр. Пирдоп и с. Атон.

**Анкетите са приложени в Приложение № 1, 2, 3 съответно Анкета за пациенти, Анкета за медицински професионалисти и Анкета за медицински сестри.**

### III. СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ И РЕЗУЛТАТИ

#### 1. Характеристика на анкетираните

##### 1.1. Възрастова и полова структура на анкетираните

- **Медицински сестри**

Всички анкетирани медицински сестри са жени.

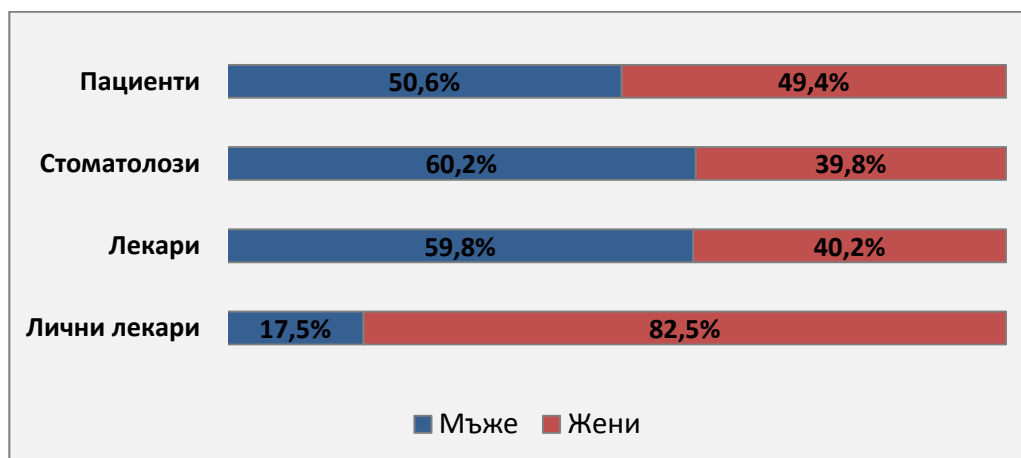
- **Дрugi медицински професионалисти – ОПЛ, лекари, работещи в болнични звeдения (лекари), дeнтални лекари**

При изследваните лични лекари (ОПЛ) преобладават жените, които са 82.5% от общия брой. От анкетираните лекари, работещи в болница, по-голям брой са мъже (59.8%). При дeнталните лекари съотношението мъже/жени е подобно както при лекарите, а именно мъже – 60,2% и жени – 39.8% .

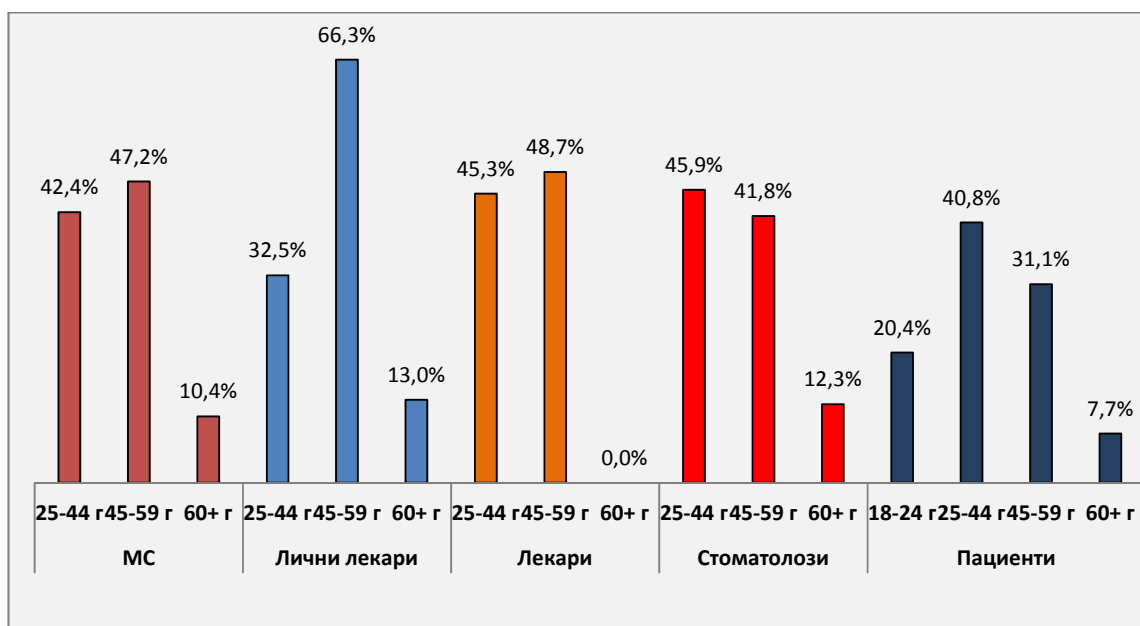
По отношение на възрастовата структура, при ОПЛ и лекарите, работещи в болница, най-висок дял заемат 45-59 годишните, съответно 66.3% и 48.7%. При дeнталните лекари с най-висок относителен дял са 25-44-годишните (45.9%) (Фиг. № 1 и 2).

- **Пациенти**

Разпределението на пациентите по пол е сравнително равномерно, като лек превес имат мъжете, които са 50.6% от всички анкетирани пациенти. Най-висок дял в общата структура на възрастта на изследваните пациенти заемат 25-44 годишните с 40.8%. Най-нисък е дялът на пациентите над 59 години (7.7%) (Фиг. № 1 и 2).



Фигура № 1. Разпределение на анкетираните по пол в изследваните групи



Фигура № 2. Разпределение на анкетираните по възраст в изследваните групи

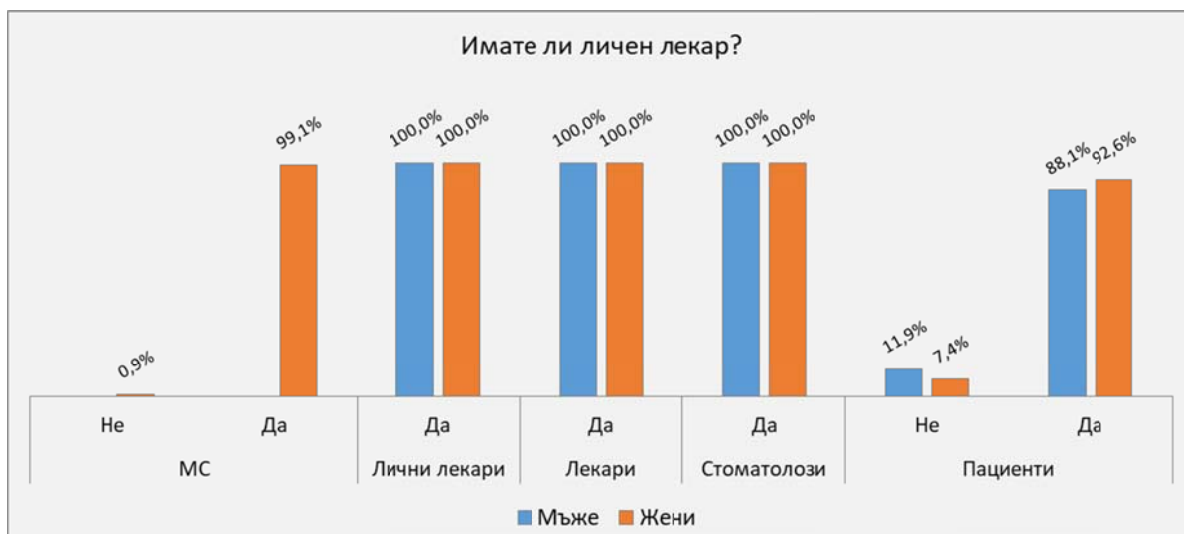
## 2. Резултати от проведена анкетно проучване

### 2.1. Ангажираност на пациентите към лично здраве (Резултати от отговори на въпроси от 1-5)

Тези въпроси са свързани с наличие на ОПЛ, доверие в ОПЛ, вяра в профилактиката на заболяванията и редовно посещение на профилактични медицински и дентални прегледи, като морален аспект на доверие и ангажираност на пациентите с цел полагане на основите на концепцията на устойчиво развитие на здравеопазването.

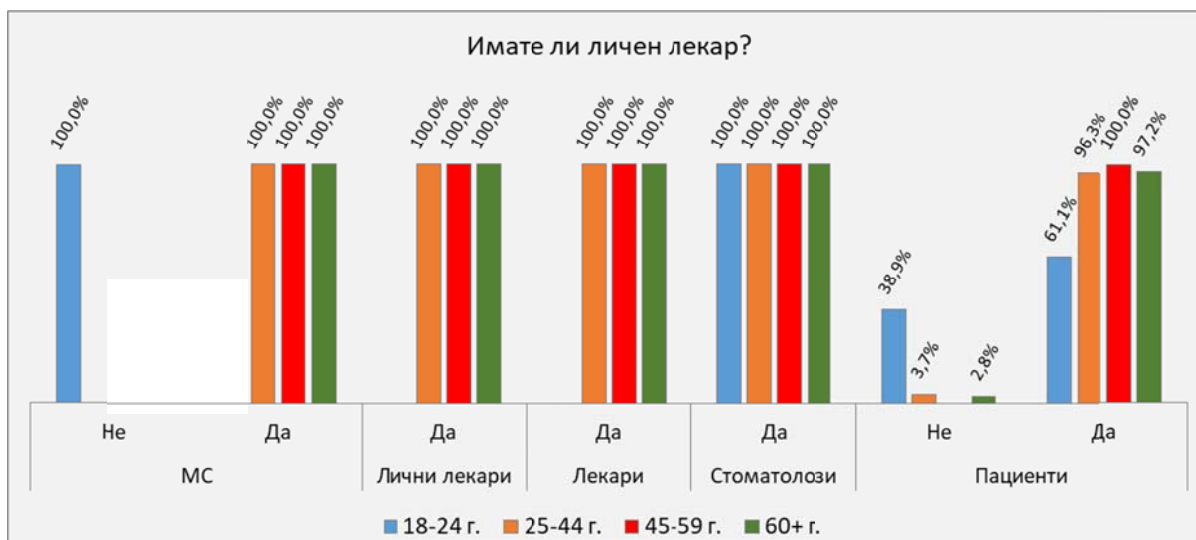
- **Резултати от отговори на въпрос „Имате ли личен лекар?“**

Една единствена медицинска сестра от анкетираните във възрастова група 25-44-годишни няма личен лекар (ОПЛ). Всички останали от анкетираните медицински професионалисти (ОПЛ, лекари, дентални лекари) съобщават, че имат личен лекар. **При медицинските професионалисти** 100% имат ОПЛ като около 60% от анкетираните дентални лекари и лекари са мъже, а от анкетираните ОПЛ 17,5%. **От пациентите** – 88,1% от мъжете и 92,6% от жените имат ОПЛ, общо 90,3% от анкетираните пациенти имат ОПЛ, а общият процент, на тези които нямат ОПЛ е 9,7% като от тях 11,9% са мъже и 7,4% са жени (Фиг. № 3).



Фигура № 3. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Имате ли личен лекар?“, в зависимост от пола

От Фигура № 4 се вижда, че 100% от пациентите на възраст от 45-59-годишни имат личен лекар, последвани от 97,2% – 60+-годишни и 96,3% – 25-44-годишни. Възрастовата група 18-24-годишни само 61,1% имат личен лекар.



Фигура № 4. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса: „Имате ли личен лекар?“, в зависимост от възрастовата група

- **Резултати от отговори на въпрос „Имате ли личен зъболекар?“**

Средо 72,4% от медицинските професионалисти нямат личен дентален лекар, също така висок е процентът и при пациентите – 70.35%, които нямат лични дентални лекари, като с приблизително 10% повече са мъжете, които нямат лични зъболекари, от жените. При личните лекари (ОПЛ) 41.3% отговарят, че нямат личен зъболекар, в групата на мъжете този процент е 35.7%, а при жените е 41.3% (Фиг. № 5). Не се наблюдава статистически значима връзка между отговорите на въпроса „Имате ли личен зъболекар?“ и пола;  $p = 0.643$ .



Фигура № 5 Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса: „Имате ли личен зъболекар?“, в зависимост от пола.

- **Резултати от отговори на въпрос „Доверявате ли се на вашия личен лекар?“**

От медицинските професионалисти ОПЛ проявяват най-големия общ процент на доверие в ОПЛ 96,3% и нито един не е избрал отговор, че не вярва на своя ОПЛ като много е малък процентът на тези, които търсят друго мнение 3,8%. Позитивното отношение на **лекарите** и проявата на доверие в ОПЛ е почти 50% (48,7%), само 17,9% от лекарите нямат доверие на своите ОПЛ, но процентът на търсещите друго мнение е висок – 33,3%. Жените лекари с почти 20% повече от мъжете не вярват на ОПЛ, а половото разпределение, на тези които се доверяват на ОПЛ, е приблизително еднакво. **Дентални лекари** – еднакво е разпределението на жените и мъжете, които не се доверяват на ОПЛ и общият им процент е 23,6%. Жените стоматолози с 10% повече от мъжете вярват на своите ОПЛ и

общият процент е 40% на доверие, еднакво е разпределението между двата пола и сумарно 35,8% от денталните лекари търсят второ мнение. **Пациентите** – 45% не се доверяват на ОПЛ, само 14% им вярват, а останалите 41% търсят друго мнение, **мъжете пациенти са по-недоверчиви, но по-малко търсят друго мнение.** По отношение на това дали имат доверие на личния си лекар 51.3% от мъжете дават отрицателен отговор, а при жените този процент е значитимо по-нисък – 37,8%;  $p = 0,013$  (Фиг. № 6).



Фигура № 6. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса: „Доверявате ли се на вашия личен лекар?“, в зависимост от пола

На таблица № 1 се проследява доверието на пациенти в личните лекари според образованието на анкетираните пациенти – малък е процентът на висшистите, които се доверяват само 17,9%, по-висок е на недоверяващите се 31,9%. Висшистите (50,2%) два пъти повече от среднистите (26,9%) търсят друго мнение. И все пак среднистите показват почти два пъти по-висок процент на недоверие в ОПЛ 64% и почти два пъти по-нисък процент на доверие в ОПЛ.

Таблица № 1. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:

„Доверявате ли се на вашия личен лекар?“, в зависимост от образованието

Доверявате ли се на вашия личен лекар?	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Не	119 (64)	89 (31,9)	208 (44,7)	<0,001
Да	17 (9,1)	50 (17,9)	67 (14,4)	
Не напълно, търся и друго мнение	50 (26,9)	140 (50,2)	190 (40,9)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

- **Резултати от отговори на въпрос „Вярвате ли в профилактиката на заболяванията?“**

При денталните лекари и ОПЛ нито един от анкетираните не е отговорил отрицателно, само от лекарите (1 мъж и 2 жени) не вярват в профилактиката на заболяванията. Процентът на вярващите в профилактиката е най-висок 90% за ОПЛ, последвани от лекарите с 82,9% и от денталните лекари с 70% вярващи в профилактиката, което е приблизително същият процент на вярващи от медицинските сестри – 71,7%. Най-нисък и в същото време доста висок позитивен резултат на доверие са дали анкетираните пациенти – 59,7%, като от тях 65,2% от жените, докато при мъжете този процент е значимо по-нисък – 54,2%;  $p = 0,032$ . Не обръщат внимание на профилактиката 10% от ОПЛ, 14,5% от лекарите, 30% от денталните лекари и 33,5% от пациентите. При лекарите съотношението мъже към жени е приблизително еднакво във връзка с отговора не обръщам внимание на профилактиката, а от анкетираните пациенти 2 пъти повече мъже не вярват в профилактиката и с 10% повече жените вярват в профилактиката, еднакво е пропорционалното разпределение по пол за тези, които не обръщат внимание на профилактиката (Фиг. № 7).



Фигура № 7. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса: „Вярвате ли в профилактиката на заболяванията?“, в зависимост от пола

Резултатите на този въпрос показват, че среднистите два пъти повече не вярват в профилактиката на заболяванията, два пъти повече не обръщат внимание на профилактиката в сравнение с висшистите. По отношение на вярата в профилактиката общият резултат от 59,6% е обещаващ – 44,1% от среднистите и 69,9% от висшистите вярват в профилактиката на заболяванията. Има статистически значима разлика;  $p < 0,001$ .

- **Резултати от отговори на въпрос „Ходите ли редовно на профилактични прегледи?“**

Най-голям е процентът на пациентите, които не посещават медицински профилактични прегледи – 84,3%, последвани от 70,7% от денталните лекари, 58,8% от ОПЛ и 51,3% от лекарите. Според резултатите от анкетата най-висок процент на посещение се регистрира при лекарите – 48,7%, последвани от ОПЛ – 41,3%, 33% от медицинските сестри, само 29% от денталните лекари и 15,7% от пациентите посещават профилактични медицински прегледи. В нито една група процентът не е повече от 50%. С 15% повече мъжете ОПЛ не ходят на медицински профилактични прегледи и с 15% повече жените ходят; с около 7% повече жените лекари не посещават профилактични медицински прегледи и обратно – с около 7% повече мъжете лекари са по-редовни; за денталните лекари – с 12% повече мъжете не посещават прегледи и съответно с 12% повече жените зъболекари са по-редовни. С 10% повече жените пациенти са по-редовни от мъжете пациенти в медицинските профи-

лактинни прегледи. По отношение на посещаване на профилактичните прегледи жените са по-редовни с изключение на жените лекари. По показател пол се наблюдава статистически достоверна разлика. Средно 67,32% от всички анкетиранни не посещават медицински профилактични прегледи (Фиг. № 8).



Фигура № 8. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса:

„Ходите ли редовно на профилактични медицински прегледи?“, в зависимост от пола

Много е висок процентът на не посещаване на профилактични прегледи при пациентите. Обобщено нагласата за профилактичните прегледи се вижда на Фиг. № 9, където се открива нисък процент на посещаемост 19,1% и висок процент на непосещаемост 80,9%. Висшистите са по редовни в профилактичните прегледи, налице е статистически значима разлика;  $p < 0.001$ . Най-младите пациенти 18-24-годишни са най-нередовни в профилактичните медицински прегледи – 97,9%. Активните възрастови групи 25-59 години също не са редовни в доста голям процент – средно – 83,45%;  $p = 0,005$ .



*Фигура № 9. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса: „Ходите ли редовно на профилактични прегледи?“, в зависимост от пола*

## **2.2. Здравна грамотност на населението като елемент на устойчиво развитие на здравеопазването**

- **Резултати от отговори на въпрос „Умеете ли да четете етикетите на храните?“**

Общо 71,5% от анкетираните пациенти не умеят да четат етикетите на храните. За съжаление не е нисък и процентът на анкетираните медицински професионалисти, които не могат да чета етикетите на храните с разбиране (Фиг. № 10) като най-висок е процентът за медицинските сестри – 65,1%, последвани от ОПЛ – 51,3%. Най-много разбират съдържанието на етикетите денталните лекари – 22,8%. Все пак ОПЛ (41,3%) и лекари (53%) „Много малко“ могат да четат етикети на храните с разбиране.



Фигура № 10. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса:  
„Умеете ли да четете етикетите на храните?“

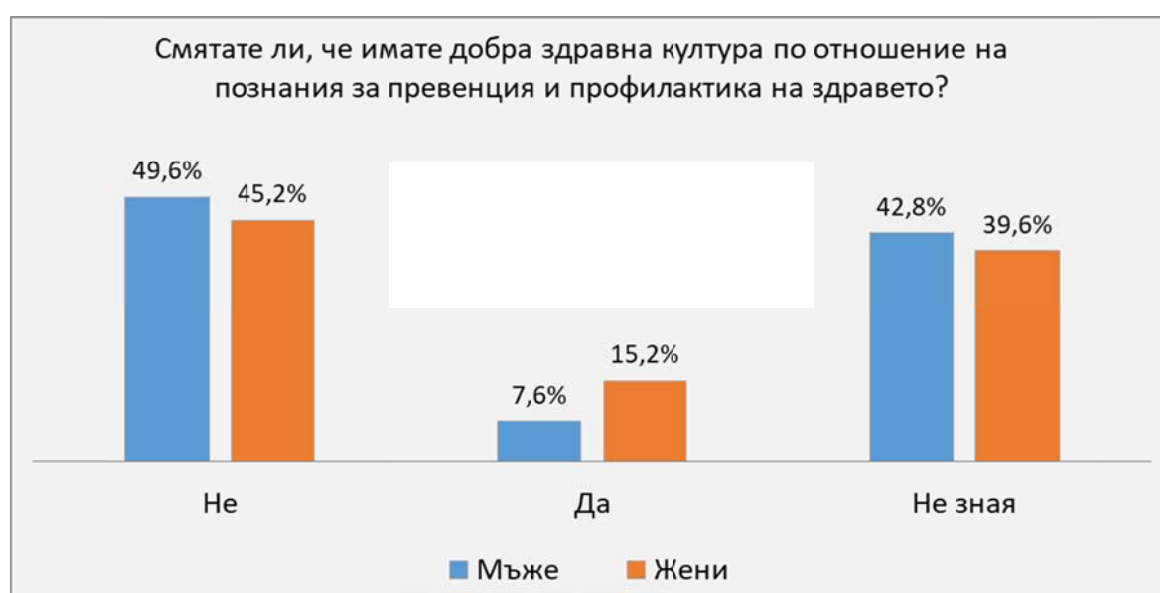
От Табл. № 2 се вижда, че най-знаещи да разбират етикетите на храните са във възрастова група 25-44-годишни – 14,2%, което е нисък процент. Най-нисък е процентът сред най-младите 18-24-годишни пациенти. Няма голяма разлика във възрастовите групи по отношение на отговорилите, че „Много малко“ умеят да четат етикетите на храните.

Таблица № 2. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:  
„Умеете ли да четете етикетите на храните?“,  
в зависимост от възрастовата група

Умеете ли да четете етикетите на храните?	Възраст				Общо n (%)	p
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Не	77 (81,1)	121 (63,7)	108 (74,5)	27 (75)	333 (71,5)	0,035
Да	5 (5,3)	27 (14,2)	9 (6,2)	3 (8,3)	44 (9,4)	
Много малко	13 (13,7)	42 (22,1)	28 (19,3)	6 (16,7)	89 (19,1)	
Общо	95 (100)	190 (100)	145 (100)	36 (100)	466 (100)	

- **Отговори на въпрос „Смятате ли, че имате добра здравна култура по отношение на познания за превенция и профилактика на здравето?“**

Личната оценка на здравната култура по отношение на познания за превенция и профилактика на здравето на анкетиранияте пациенти е доста ниска – общо 88,6% са отговорили с „не“ и „не зная“. С разлика само от около 5% между мъжете и жените, 50% от мъжете признават, че нямат добра здравна култура, 42,8% не знаят какво е нивото на здравната им култура. Само 15,2% от жените заявяват, че имат добра здравна грамотност (Фиг. № 11).



*Фигура № 11. Разпределение на анкетиранияте пациенти по отговори на въпроса: „Смятате ли, че имате добра здравна култура по отношение на познания за превенция и профилактика на здравето?“, в зависимост от пола*

- **Отговори на въпрос „Знаете ли кои са нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?“**

Уникален е резултатът, че медицинските професионалисти не са запознати (общо 71,8%) с нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за възрастта профилактични процедури в следния ред: медицински сестри – 92,5%, дентални лекари – 86,2%, лекари

– 70,9%. И все пак най-висок процент на знание имат ОПЛ – 76,3%. От пациентите 88,6% не са запознати със задължителните профилактични прегледи (Фиг. № 12).



Фигура № 12. Разпределение на анкетиранияте пациенти по отговори на въпроса: „Знаете ли кои са нужните годишни прегледи, имунизации, съответни за вашата възраст профилактични процедури?“

### 2.3. Проактивно отношение на личността за поемане на лична отговорност за здравето си като елемент на устойчиво развитие на здравеопазването

- Резултати от отговори на въпрос „Грижите ли се за здравето си?“

На Табл. № 3 се вижда, че и двата пола отговарят с 57,3%, че нямат време да се грижат за здравето си. С 11,3% повече жените се грижат за здравето си – 29,1% за разлика от мъжете – 17,8%;  $p = 0,001$ .

Таблица № 3. Разпределение на анкетиранияте пациенти по отговори на въпроса: „Грижите ли се за здравето си?“, в зависимост от пола

Грижите ли се за здравето си?	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	p
Не	58 (24,6)	32 (13,9)	90 (19,3)	0,001
Да	42 (17,8)	67 (29,1)	109 (23,4)	
Нямам време	136 (57,6)	131 (57)	267 (57,3)	
Общо	236 (100)	230 (100)	466 (100)	

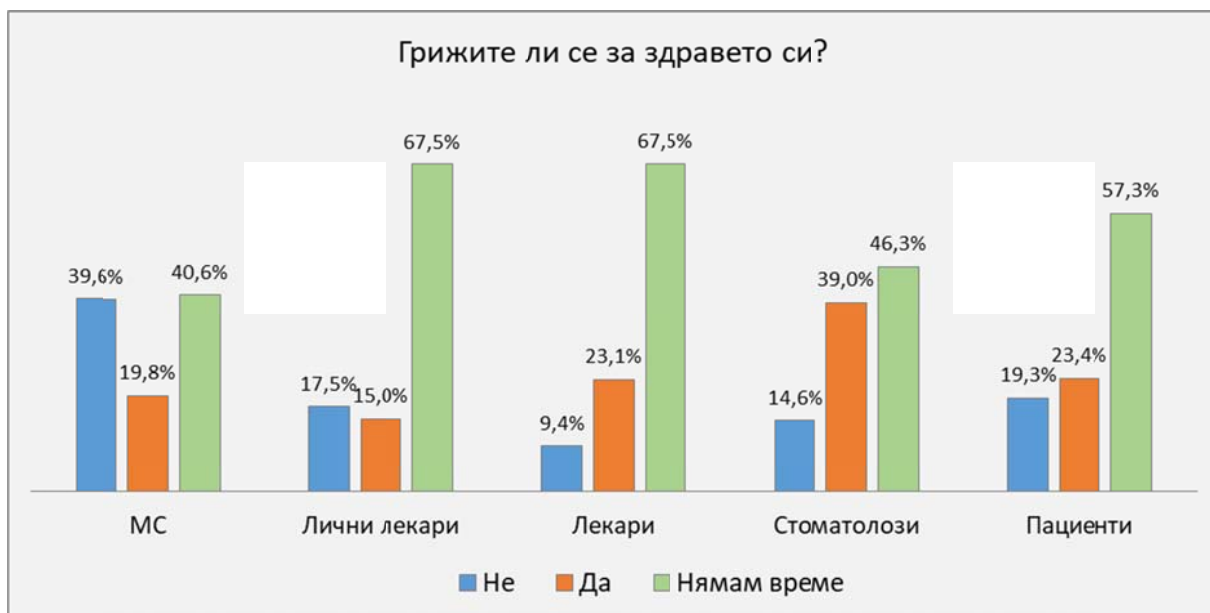
От Табл. № 4 се вижда, че най-много време за грижа за здравето не достига на младите анкетираните пациенти 18-24-годишни – 81,1%. 53% от анкетираните в групите 25-44 г. и 45-59-годишни също нямат време. Лошо е, че висок процент 30,3% от възрастова група 45-59-годишни не се грижат за здравето си. 58,3% от 60+-годишни се грижат за здравето си, което е статистически значима разлика с останалите групи, дали този отговор;  $p < 0,001$ .

Таблица № 4 Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:  
„Грижите ли се за здравето си?“, в зависимост от възрастовата група

Грижите ли се за здравето си?	Възраст				Общо n (%)	p
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
Не	8 (8,4)	32 (16,8)	44 (30,3)	6 (16,7)	90 (19,3)	<0,001
Да	10 (10,5)	54 (28,4)	24 (16,6)	21 (58,3)	109 (23,4)	
Нямам време	77 (81,1)	104 (54,7)	77 (53,1)	9 (25)	267 (57,3)	
Общо	95 (100)	190 (100)	145 (100)	36 (100)	466 (100)	

Висшистите два пъти повече от среднистите се грижат за здравето си.

Най-малко време за здравето си имат личните лекари и лекарите – 67,5%. Най-много се грижат за здравето си денталните лекари – 39%, а най-малко медицинските сестри – 39%. И все пак пациентите в най-малък процент се грижат за здравето си (Фиг. № 13).

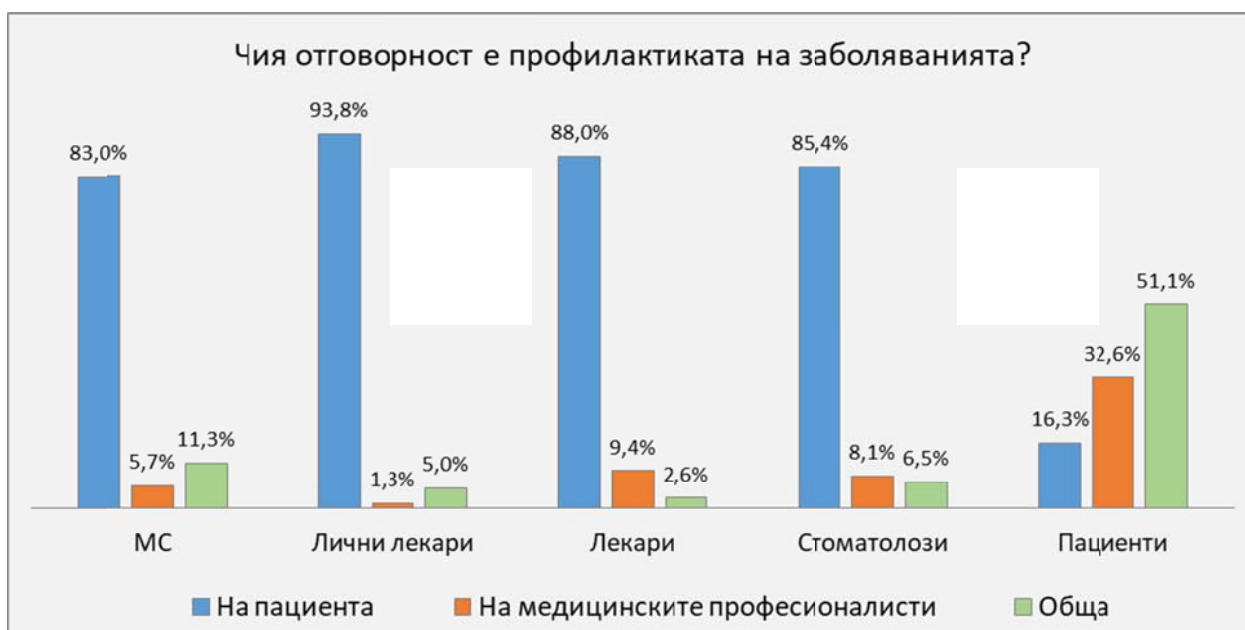


*Фигура № 13 Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса: „Грижете ли се за здравето си?“, в зависимост от групата анкетиранни*

- **Резултати от отговори на въпрос „Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?“**

ОПЛ само в 1,3% поемат отговорност за профилактиката. Много висок е процентът на всички групи отговорили, че отговорността е на пациента – 87,1%, като най-висок е на ОПЛ – 93,8%, следвани от лекари – 88% и денталните лекари – 85,4%.

Общо 51,1% от анкетираните пациентите споделят отговорността за профилактиката с медицинските професионалисти, като жените в по-голям процент от мъжете я споделят с медиците – 57,4%. За съжаление голям е процентът, които прехвърлят отговорността за профилактиката на заболяванията върху медицинските професионалисти като мъжете – 39%, а жените – 26,1%. Няма разлика според пола за готовността да поемат отговорност за профилактиката на здравето си;  $p = 0,009$  (Фиг. № 14).



*Фигура № 14. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса:  
„Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?“,  
в зависимост от групата анкетирани*

Отговорността за профилактиката на заболяванията е прехвърлена върху медицинските професионалисти от анкетираните във възрастта 18-24 г. – 51,6%. Много нисък е процентът във всички групи, които поемат лична отговорност, като най-отговорни за профилактиката на здравето си са 25-44 г. – 21,6% и те в най-висок процент споделят отговорността 56,3%;  $p < 0,001$ , (Табл. № 5). Висшистите два пъти повече споделят отговорността за профилактиката в сравнение със средните.

*Таблица 5. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса:  
„Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?“,  
в зависимост от възрастовата група*

Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?	Възраст				Общо n (%)	p
	18-24 г. n (%)	25-44 г. n (%)	45-59 г. n (%)	60+ г. n (%)		
На пациента	11 (11,6)	41 (21,6)	18 (12,4)	6 (16,7)	76 (16,3)	<0,001
На медицинските професионалисти	49 (51,6)	42 (22,1)	51 (35,2)	10 (27,8)	152 (32,6)	
Обща	35 (36,8)	107 (56,3)	76 (52,4)	20 (55,6)	238 (51,1)	
Общо	95 (100)	190 (100)	145 (100)	36 (100)	466 (100)	

- **Резултати от отговори на въпрос „Чия отговорност е вашето здраве при наличие на болест?“**

За собственото си здраве медицинските професионалисти поемат лична отговорност средно 82,2% в реда лекари в болнични заведения – 88%, ОПЛ – 85%, МС – 79,2%, дентални лекари – 77,2%. Разликата в готовността да поемат отговорност за здравето си при наличие на болест между пациенти и медицински професионалисти е значителна – повече от 67%. Почти равен е процентът на пациентите, които споделят обща отговорност и прехвърлят такава върху лекарите (Фиг. № 15). Според възрастовото разпределение: отговорността за лично здраве е най-голяма в групата на 25-44-годишните медицински професионалисти, последвана от възрастова група 45-59-годишните. ОПЛ отказват да е тяхна отговорността за здравето на пациентите, независимо от възрастта на специалистите. Отговорността за здравето е лична в по-висок процент според мъжете медицински професионалисти. Мъжете ОПЛ 100% смятат, че отговорността е лична, денталните лекари я споделят 17,6%, а лекарите мъже я споделят само 10%, като жените я споделят в малко по-висок процент.



*Фигура № 15. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса: „Чия отговорност е вашето здраве при наличие на болест?“, в зависимост от групата анкетирани*

#### 2.4. Здравна информираност и обучение на пациентите през техния поглед и този на медицинските професионалисти

- **Резултати от отговори на въпрос „Личният ви лекар информира ли ви е за вашето здравословно състояние (здраве)?“**

91,6% от анкетираните пациенти споделят, че ОПЛ не ги информира изчерпателно за тяхното здравословно състояние и здраве. Мъжете (93,6%) са по-негативни в оценката на ОПЛ по отношение на информираността на пациентите от жените (89,6%). Много нисък е процентът и при мъжете (6,4%), и при жените (10,4%), които са добре информирани от своя ОПЛ за здравословното си състояние (Табл. № 6).

*Таблица № 6. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Личният ви лекар информира ли ви е за вашето здравословно състояние (здраве)?“, в зависимост от пола*

<b>Личният ви лекар информира ли ви е за вашето здравословно състояние (здраве)?</b>	<b>Мъже n (%)</b>	<b>Жени n (%)</b>	<b>Общо n (%)</b>	<b>p</b>
Не	221 (93,6)	206 (89,6)	427 (91,6)	0,151
Да	15 (6,4)	24 (10,4)	39 (8,4)	
Общо	236 (100)	230 (100)	466 (100)	

Среднистите са с 10% по-недоволни от информираността, която получават от ОПЛ за здравето си. Като цяло процентът на недоволство е много висок: среднисти – 96,2%, висшисти – 88,9%.

- **Отговори на въпрос „Вашият личен лекар информира ли ви е за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?“**

От значение е информираността на пациентите за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за възрастта профилактични процедури, което е част от дейността на ОПЛ, но за съжаление оценката на пациентите е ниска -70% не са информирани от ОПЛ. Повече мъжете 71,6% срещу 68,3% от жените са неинформирани от ОПЛ. Само 5 жени

повече от мъжете са отговорили, че ги информират при наличие на време по време на посещението им. Няма статистически достоверна разлика по показателя пол;  $p = 0,729$  (Табл. № 7).

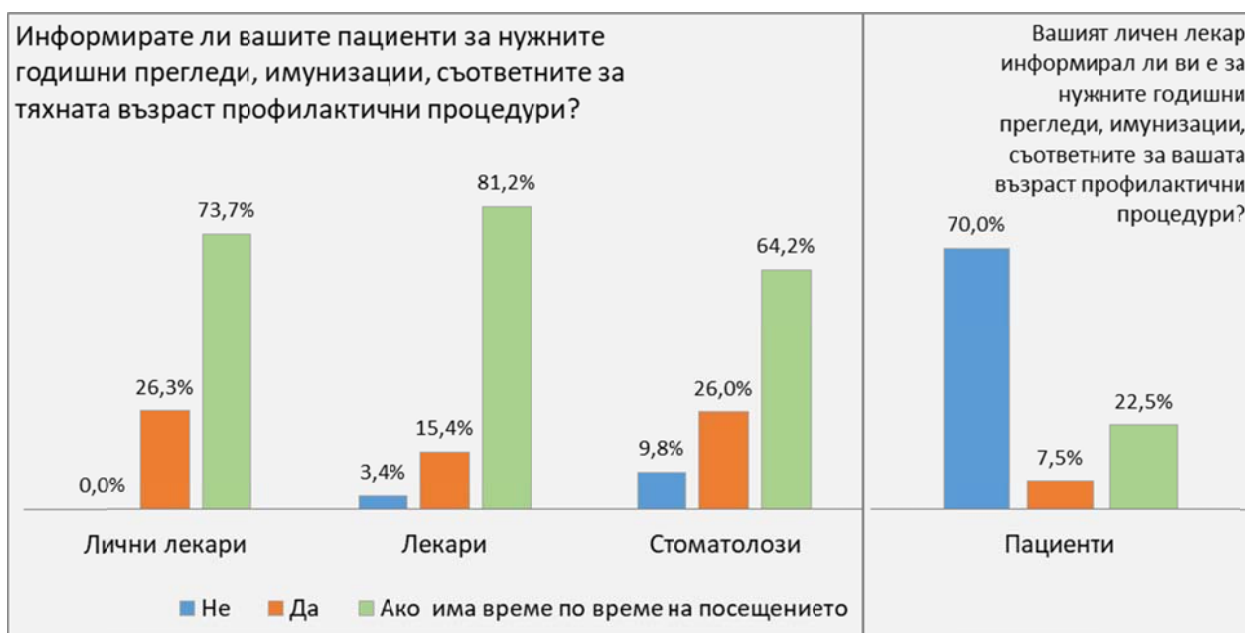
Таблица № 7. Разпределение на анкетираниите пациенти по отговори на въпроса: „Вашият личен лекар информирал ли ви е за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури“, в зависимост от пола

Вашият личен лекар информирал ли ви е за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?	Мъже n (%)	Жени n (%)	Общо n (%)	p
Не	169 (71,6)	157 (68,3)	326 (70)	0,729
Да	17 (7,2)	18 (7,8)	35 (7,5)	
Ако има време по време на посещението ми при него	50 (21,2)	55 (23,9)	105 (22,5)	
Общо	236 (100)	230 (100)	466 (100)	

- **Отговори на въпрос „Информирате ли вашите пациенти за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за тяхната възраст профилактични процедури?“**

Факторът липса на време по време на посещението е с най-голямо значение за медицинските професионалисти: 81,2% от лекарите са го избрали, последвани от 73,8% от ОПЛ и 64,2% от денталните лекари. Няма нито един ОПЛ, който да не е информирал своите пациенти за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за тяхната възраст профилактични процедури (Фиг. № 16).

Интерес представлява съпоставянето на отговори на пациенти и медицински професионалисти по отношение информираността за годишните профилактични прегледи. Ясно видимо от Фиг. № 16 е голямото разминаване в почти еднакъв процент на неинформираността на пациентите и доброто информиране от страна на медицинските кадри. Може би тази разлика се дължи на липса на здравна грамотност у населението и невъзможност да разберат информацията предоставена от лекарите.



Фигура № 16 Съпоставяне на отговори на пациенти и медицински професионалисти по отношение информираността за годишните профилактични прегледи

## 2.5. Морални аспекти на устойчиво развитие на здравеопазването, касаещи медицинските професионалисти

### • Отговори на въпрос „Вярват ли на новите методи и средства на лечение?“

От анкетираните пациенти само с 8% повече висшистите вярват в новите методи и средства на лечение от средните. И за двете групи процентът е много висок: висшисти – 78,5%, средни – 65,1%. Няма разлика в образованието по отношение на скептицизма на пациентите – средно 16,6%. Средните три пъти повече не вярват в новите методи на лечение от висшистите и има статистически значима разлика;  $p < 0,001$ .

В групата на лекарите работещи в болница, скептични спрямо новостите са 31,4% от мъжете, този дял е значимо по-висок от дялът в групата на жените медицински професионалисти (21,3%) т.е. мъжете медици са по-скептични към новостите в лечението и тази връзка е статистически значима;  $p = 0.030$ . В останалите две групи не се наблюдава подобна значима връзка;  $p > 0.05$  (Фиг. № 17). Жените пациенти (80,4%) с 15% повече вярват в новите методи и средства за лечение от мъжете пациенти (65,7%);  $p = 0,001$ . Мъжете (22,5%) са два пъти по-скептични от жените (10,9%) (Фиг. № 17).



Фигура № 17. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса: „Вярвате ли на новите методи и средства за лечение?“, в зависимост от пола

- **Отговори на въпрос „Посещавате ли курсове за следдипломно обучение?“**

Жените лични лекари (ОПЛ) посещават по-често курсове за следдипломно обучение в сравнение с мъжете;  $p = 0,001$ . В другите две групи медицински кадри, тези обучения са еднакво често, както при мъжете така и при жените. Само 28,3% от анкетираните медицински сестри посещават курсове за следдипломно обучение. Висок е процентът на посещаемост на следдипломни курсове при ОПЛ, лекари и дентални лекари – общо 95,6% (Фиг. № 18).



Фигура № 18. Разпределение на анкетираните по отговори на въпроса: „Посещавате ли курсове за следдипломно обучение?“, в зависимост от групата медицински специалисти

## 2.6. Финансови въпроси, като морални аспекти свързани с устойчиво развитие на здравеопазването

- **Отговори на въпрос „Посещавате ли специалисти, без да използвате направление от вашия личен лекар т.е. платено?“**

Няма разлика по показател пол в отговорите на анкетираните пациенти дали посещават специалисти срещу заплащане. Най-висок процент на отговор е отговорът „Да“ – 86,5% общо. Отговор „Рядко“ са избрали 11,8% от анкетираните и само 1,7% „Никога“ не са посещавали специалист срещу заплащане (Табл. № 8).

*Таблица № 8 Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Посещавате ли специалисти, без да използвате направление от вашия личен лекар т.е. платено?“, в зависимост от пола*

<b>Посещавате ли специалисти, без да използвате направление от вашия личен лекар т.е. платено?</b>	<b>Мъже n (%)</b>	<b>Жени n (%)</b>	<b>Общо n (%)</b>	<b>p</b>
Да	201 (85,2)	202 (87,8)	403 (86,5)	0,665
Рядко	31 (13,1)	24 (10,5)	55 (11,8)	
Никога	4 (1,7)	4 (1,7)	8 (1,7)	
Общо	236 (100)	230 (100)	466 (100)	

Най-висок е процентът на готови да заплатят за специалисти във възрастта 18-24 години – 90,5%, следвани от 25-44 години – 87,9%, 45-59 години – 82,8%. Най-висок процент от отговорилите на въпроса с отговор „Рядко заплащане за специалист“ се наблюдава в групата 45-59-годишните – 15,2%. Няма нито един пациент от анкетираните над 60-годишна възраст, който да е заплатил за преглед без направление (Фиг. № 19).



*Фигура № 19. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Посещавате ли специалисти, без да използвате направление от вашия личен лекар т.е. платено?“, в зависимост от възрастовата група*

**Независимо от образованието всички пациенти във висок процент посещават специалисти срещу заплащане – 86,5% (Табл. № 9).**

*Таблица № 9. Разпределение на анкетираните пациенти по отговори на въпроса: „Посещавате ли специалисти, без да използвате направление от вашия личен лекар т.е. платено?“, в зависимост от образованието*

Посещавате ли специалисти, без да използвате направление от вашия личен лекар т.е. платено?	Средно образование n (%)	Висше образование n (%)	Общо n (%)	p
Да	155 (83,3)	247 (88,5)	402 (86,5)	0,276
Рядко	27 (14,5)	28 (10,0)	55 (11,8)	
Никога	4 (2,2)	4 (1,4)	8 (1,7)	
Общо	186 (100)	279 (100)	465 (100)	

### **3. Обобщени резултати от анкетно проучване**

#### **1. Обобщени резултати от анкети за пациенти по критерии пол, образование и възраст**

##### **• Пол**

1. Жените пациенти за разлика от мъжете пациенти са по-доверчиви към своя ОПЛ, повече вярват в новите методи и средства за лечение и са по-отговорни за своето здраве от мъжете.
2. Жените два пъти повече вярват в профилактиката на заболяванията, по-добре запознати са с нужните годишни профилактични прегледи и съответно са по-редовни от мъжете в посещаването на профилактични прегледи.
3. Жените имат по-висока оценка за личната си здравна грамотност, с 8,8% повече от мъжете умеят да четат съдържанието от етикетите на храните с разбиране и са два пъти по-готови от мъжете да проявят воля и усилия, за да спрат или забавят дадено заболяване.
4. Мъжете в по-голям процент прехвърлят отговорността за профилактика на заболяванията и за здравето си при наличие на болест върху медицинските професионалисти отколкото жените.
5. Мъжете (93,6%) в сравнение с жените (89,6%) са по-негативни в оценката си на ОПЛ по отношение на информираността на пациентите за тяхното здравословно състояние и нужните профилактични прегледи. Като цяло проценът на недоволство е много висок и в двата пола.
6. Няма разлика по показател пол в отговорите на анкетирани пациенти дали посещават специалисти срещу заплащане като във възрастта 18-44 години процентът е много висок.

##### **• Образование**

1. Висшисти проявяват два пъти по-високо доверие към ОПЛ, два пъти повече вярват в профилактиката на заболяванията и са по-редовни в профилактичните прегледи, два пъти повече от средните се грижат за здравето си и три пъти повече вярват в новите методи и средства на лечение.
2. Висшистите имат по-висока собствена оценка за нивото на личната си здравна култура и два пъти повече умеят да четат етикетите на храните, но за съжаление общо 71,5% от всички анкетирани пациенти не умеят да четат етикетите на храните с разбиране.

3. Средните в по-нисък процент са готови на промяна на начина на живот, за да предотвратят или забавят дадено заболяване и с 10% повече отказват да проявят воля за борба със заболяването за разлика от висшите.
4. Висшите два пъти повече споделят отговорността за здравето си с медицинските професионалисти от колкото средните, които повече от 50% прехвърлят отговорността за профилактика на заболяванията и за здравето си при наличие на болест върху медицинските професионалисти и в много малък процент 4,8% поемат лична отговорност за здравето си;  $p < 0,001$ .
5. Оценката на пациентите за информираността, която получават от ОПЛ за здравето си е много ниска, но за средните процентът на недоволство е по-висок от този на висшите.

- **Възраст**

1. 18-24-годишните проявяват най-голямо недоверие към ОПЛ като това е възрастовата група, която в най-голям процент не вярват в профилактиката на заболяванията, това са и най-нередовните пациенти по отношение профилактичните прегледи и на тях най-много време за грижа за здравето не им достига.
2. Най-неумеещи да четат етикетите на храните с разбиране са 18-24-годишните като те са тези, които дават най-ниска оценка за нивото на личната си здравна култура.
3. По отношение на готовността си да проявят воля и усилия, за да спрат или забавят дадено заболяване 18-24 годишните в най-голям процент избират отговора „зависи от лишенията и заболяването“.
4. 18-24 годишните са приоритена група за повишаване на здравната грамотност и повлияване на начина на живот без тютюнопушене, консумиране на алкохол и спазване на хранителен режим.
5. Парадоксално е, че личната отговорност за собственото здраве е най-ниска сред 18-24 годишните, но те са тези, които най-много вярват в новите методи и средства на лечение и в най-висок процент са готови да заплатят за преглед при специалисти 90,5%, следвани от 25-44-годишните с 87,9% и 45-59-годишните – 82,8%. Може би това погрешно им дава правото в най-висок процент да прехвърлят отговорността за профилактика на заболяванията и здравето си при болест върху медицинските професионалисти.

## 2. Обобщени резултати от отговори на въпроси № 1 и 2 –

### „Имате ли ОПЛ и ОПЗ?“

**1. По отношение на ОПЛ:** 100% от медицинските професионалисти *имат* ОПЛ; 90,3% от анкетиранияте пациенти имат ОПЛ като от тях 88,1% са мъже и 92,6% са жени; общият процент на анкетиранияте пациенти, които **нямат** ОПЛ е 9,7% като от тях 11,9% са мъже и 7,4% са жени; най-висок процент на нямащи ОПЛ са 18-24 годишните.

**2. По отношение на ОПЗ:** много висок е процентът и на медицинските професионалисти, и на пациентите, които **нямат** личен зъболекар – средно над 65%; мъжете пациенти с около 10% повече нямат лични зъболекари от жените; 41,3% от анкетиранияте ОПЛ, отговарят, че нямат личен зъболекар, като отново по-висок е процентът на мъжете; във всички възрастови групи най-висок процент на липсващ личен дентален лекар се наблюдава при денталните лекари; при медицинските сестри по равен процент нямат личен дентален лекар и в двете възрастови групи 25-44– и 45-59-годишните – 60%; висок процент пациенти със средно образование – 78,5% и с висше образование – 64,9% нямат личен дентален лекар.

### 3. Обобщени резултати от анкети за медицински професионалисти:

1. Денталните лекари демонстрират най-ниска активност в посещение на профилактичните прегледи, но в най-голяма степен умеят да четат етикетите на храните с разбиране и най-много от всички медицински професионалисти се грижат за здравето си. Те са и тези, които в най-висок процент споделят отговорността за профилактика на здравето със своя лекар. Денталните лекари във възрастта 25-44 години най-много обучават пациентите си на профилактика и промоция на здраве и в същата възрастова група проявяват най-голяма готовност за прилагане на нови методи и средства за лечение.
2. Уникален е резултатът, че 71,8% от всички медицинските професионалисти не са запознати с нужните годишни профилактични прегледи, имунизации и съответните за възрастта профилактични процедури, в следния ред: медицински сестри – 92,5%, дентални лекари – 86,2%, лекари – 70,9%. И все пак най-висок процент на знание имат ОПЛ – 76,3% във възрастта 45-59-годишни.
3. Най-висок процент на готовност да проявят воля и усилия, за да предотвратят или забавят дадено заболяване демонстрират лекарите в болничните заведения послед-

- вани от ОПЛ, но това са и медицинските професионалисти, които имат най-малко време за грижа за здравето си (ОПЛ и лекарите – 67,5%).
4. Без съществено значение от профила на медицинските професионалисти висок е процентът на прехвърляне на отговорността за профилактика на заболяванията върху пациентите; нисък е процентът на споделената отговорност – най-висок сред денталните лекари – 6,8%.
  5. За собственото си здраве при наличие на болест медицинските професионалисти поемат лична отговорност средно 82,2%, както следва: лекари – 88%, ОПЛ – 85%, МС – 79,2%, дентални лекари – 77,2%. Отговорността за лично здраве сред анкетиранияте медицински професионалисти е най-голяма в групата на 25-44-годишните последвана от възрастова група 45-59 години.
  6. Независимо от възрастта на ОПЛ всички те отказват да е тяхна отговорността за здравето на пациентите при наличие на болест.
  7. Няма нито един ОПЛ, които да не е информирал своите пациенти за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за тяхната възраст профилактични процедури, но нивото на удовлетвореност от страна на пациентите е много ниско.
  8. Факторът недостатъчно време по време на посещението е най-съществената причина, която посочват лекарите в болничните заведения, във възрастта 45-59 години, за да не информират в достатъчна степен своите пациенти за здравословното им състояние, но пациентите в най-висок процент са удовлетворени от информираността, която получават именно от тях, лекарите в болничните заведения.
  9. Според медицинските професионалисти обучението на пациента на профилактика и промоция на здраве зависи най-съществено от два фактора: 1 – особеностите на пациента и неговото желание да съдейства и подпомага процеса на обучение, съответно на лечение и 2 – наличното време по време на неговото посещение при специалиста.
  10. От медицинските професионалисти най-висок процент на вяра в новите методи и средства на лечение проявяват в групата 45-59-годишни лекари и дентални лекари. Скептиците ОПЛ са най-много във възрастта 45-59 години. Най-готови да прилагат нови методи и средства на лечение са денталните лекари – 79,7%, а най-големият процент отказващи да прилагат нови методи и средства са лекарите в болничните заведения.

11. Висок е процентът на посещаемост на следдипломни курсове при ОПЛ, лекари и дентални лекари – общо 95,6%, медицински сестри – 28,3%.
12. По отношение на подхода на работа отговорът „*Лечение според културните ценности и възможности на пациента*“ е избран в най-висок процент от лекарите в болниците във възрастта 45-59 г.; „*Лечение според особеностите на пациента*“ е приблизително еднакво избран отговор от всички медицински професионалисти; „*Профилактичният модел*“ на лечение е най-много предпочетен от ОПЛ; подходът „*Лечение*“ е избран в най-ниска степен от всички медицински професионалисти; в най-висок процент избран от всички групи професионалисти е подходът на „*Лечение с активното участие на пациента*“; според пола мъжете дентални лекари и ОПЛ избират в най-висок процент подхода „*Лечение според заплащане*“.
13. Лекарите в болниците **не** разчитат на профилактика.
14. Най-високият процент от медицинските професионалисти са денталните лекари, които биха инвестирали в нова техника за ранна диагностика и профилактика в практиката си; лекарите от болничните заведения считат, че инвестицията в нова техника в частните им практики не се възвръща, а ОПЛ в най-висок процент отказват да инвестират в нова техника.
15. Жените медицински професионалисти посещават по-често курсове за следдипломно обучение в сравнение с мъжете, което може би е свързано и с по-добрите им знания по отношение на нужните годишни профилактични прегледи и процедури.

#### **4. От теория към практика (резултати по задача № 4)**

С цел да се повиши здравната грамотност на населението предлагаме образователна брошура „Наръчник по здравни въпроси, здравословен начин на живот и психопрофилактика“ и примерен образец на „Здравно досие на пациента“. Практичната част е приложена в Приложения № 5 и 6.

#### IV. ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Недоверие в личните лекари и недостатъчна информираност на пациентите поради липса на време по време на посещението затрудняват утвърждаването на концепцията за устойчиво развитие. В направеното от нас анкетно проучване се открива, че медицинските професионалисти познават системата на здравеопазването добре, рисковете за здравето, положителните страни да имаш ОПЛ, запознати са с правата и отговорностите на пациента и необходимостта да имат ОПЛ. Всички медицински кадри са направили своя избор на личен лекар. Причините да не избереш ОПЛ могат да бъдат от различно естество като например: пациентите да не познават правните норми и своите права и задължения както и ролята на здравното осигуряване, недоверие в ОПЛ и системата, която се предполага, че защитава интересите на пациентите. Една от възможните причини голям процент от всички анкетирани да нямат лични дентални лекари в голям процент се дължи на факта, че винаги се налага доплащане при посещение на стоматолог и общата нагласа, че заболяването е платена здравна услуга.

Начинът да изградиш доверие е съпричастност, всеотдаване и най-важното е усещането за грижа с високо ниво на компетентност. За съжаление от резултатите от проведеното анкетно проучване, нивото на доверие към ОПЛ е много ниско. Тази липса на доверие и неудовлетвореност е подчертана като един от основните проблеми на българското здравеопазване в доклада на Министерство на финансите. Като причини в него се описват спад в качеството на здравното обслужване, въпреки високата квалификация на лекарския персонал; високи нива на нерегламентирани плащания, неприемлива практика, както от гледна точка на пациентите, така и от страна на лекарите; дефицит на публичен финансов ресурс; недостатъчен управленски капацитет и неефективна здравна инфраструктура; липса на адекватна лекарствена политика, водеща до сериозни проблеми в лечението на социално-значими заболявания и невъзможност на пациентите да участват активно при вземане на решенията за лечебния процес, за разпределение на ресурсите, както и при определяне на изискванията към качеството на здравната услуга.

Проведеното от нас анкетно изследване демонстрира, че ОПЛ и лекарите в болничните заведения в най-голям процент вярват в профилактиката на заболяванията и са убедени в ефективността ѝ. Възможно е да се дължи на това, че те ежедневно се сблъскват със заболяванията и усложненията им, с високата заболеваемост, със заболявания открити в

късен стадии на развитие, с нередовни в годишните профилактични прегледи пациенти. Данните от проведеното от нас и от друго анкетно проучване през 2017 г. съвпадат, а именно – висок процент от анкетираните *не* ходят на профилактични годишни прегледи. Малко над 1/10 пък *не* знаят, че има безплатни годишни профилактични прегледи, което демонстрира липса на здравна грамотност и информираност сред населението и непознаване на правата им. Данните от Национален статистически институт показват, че 75% от българите посещават лекар и зъболекар, само когато имат оплаквания, а 1/3 дори не знаят, че има безплатни медицински профилактични годишни прегледи. Тъжни, но потвърдени са тези данни и в друго анкетно проучване, в което се отбелязва, **че една трета от всички анкетираните не ходят на профилактични годишни прегледи.** Трябва да се знае, че редовните имунизации и профилактични прегледи на децата са споделена отговорност между родителите на пациентите и ОПЛ.

Високият процент на отговорилите, че нямат добра здравна култура по отношение на профилактика е достатъчен показател за несигурността на пациентите. Но големият процент вярващи в профилактиката посочва, че хората имат вяра, което е водещо, но нямат знания или не обръщат внимание поради липса на време. Последното може да бъде променено, ако пациентите придобият знания и променят съзнанието си за грижа за собственото си здраве. Вярата на пациентите в профилактиката показва, че все пак анкетираните имат позитивна нагласа и им е необходимо стимулиране и външен натиск, за да започнат да посещават редовно профилактични прегледи.

Като елемент на УР на здравеопазването е добрата здравна информираност на пациентите, която получават от своя ОПЛ. Тази дейност на ОПЛ би повишила уменията и личната отговорност на пациентите както и проактивното им отношение за опазване на здравето им, но за съжаление проведеното от нас изследване потвърди, че пациентите не са доволни от нивото на информираност, като най-незадоволени са очакванията им точно от ОПЛ, което най-вероятно е и причина, на която се дължи и високият процент на недоверие в ОПЛ и нередовно посещение на годишни профилактични прегледи. Нужна е по-директна комуникация с пациента заедно с ОПЛ и лекуващия лекар в болницата за по-ефективно въздействие върху информираността, здравната култура и поведението на пациента.

Повишаването на здравната грамотност, внедряване на **селфмениджмънта и телемедицината, електронното здравеопазване** ще спести време на ОПЛ и лекарите в болничните заведения (25,28,29,171). Поради забавяне на въвеждането на електронното здра-

всепазване и неумението на пациентите да съхраняват и боравят със здравна документация, късаещ здравословното им състояние, ние изработихме „Здравно досие на пациента“, за подпомагане пациентите и най-вече медицинските професионалисти в откриване на важна информация и проследяване на развитието на заболяванията (Приложение № 6).

За съжаление от проведеното от нас анкетно изследване се открива ниско ниво на здравна култура на населението, недостатъчна информираност на пациентите, непознаване на задълженията си, включващи редовно посещение на задължителни профилактични прегледи и имунизации за съответната възраст. Парадоксални са и други резултати от проведеното проучване, че голяма част от ОПЛ не умеят да четат етикети на храните с разбиране, което ги прави неподготвени да обучават пациентите си в това направление. Също смущаващ резултат е, че денталните лекари и лекарите в болничните заведения не са запознати с годишните профилактични прегледи и имунизации, което ни насочва, че отговорността за нивото на информираност е лична и пациентите трябва да проявят собствена инициатива, което е тяхно право и задължение. Вероятно незнанието на медицинските професионалисти се дължи на тясното им профилиране и специализиране. Похвално и успокояващо е, че ОПЛ са най-добре запознати с профилактичните процедури, тъй като тяхна водеща грижа е промоция и превенция на здраве и дейности свързани с първична медицинска помощ (ПМП).

Причината за бягство от отговорност на медицинските професионалисти е комплексна – макар, че медицината е най-хуманната професия, спасяваща човешки животи, тя е високо рискова за самите медици, ниско платена, лоши условия на труд включващи висока претовареност на медицинските професионалисти и недостатъчност на кадри (не само лекари, но и медицински сестри и санитарии, без които работните процесите са невъзможни, а те са в най-голям дефицит), липса на финанси, апаратура и условия.

Цел на концепцията за УР на здравеопазването е споделена отговорност между професионалисти и общественост за опазване на здравето. Прехвърлянето на отговорността може да се дължи на претовареност на медиците и на „бърн аут синдром“. ОПЛ са подложени на стрес от висока степен, поради недостигащото работно време, променящите се непрестанно наредби, неефективна комуникация със специалисти-консултанти и с лечебните заведения, работа с НЗОК, поява на частна собственост в здравеопазването е също стрес фактор, ритъмът на работа и с големи групи от хора, продължителна концентрация

на вниманието, кратки срокове за изпълнение на задачите, висока морална и правна отговорност, работа в рискови ситуации.

**18-24-годишните са приоритетна група за повишаване на здравната им грамотност**, което е доказано в много изследвания и потвърдено от нашето анкетно проучване. Ние отчетохме следните резултати за **18-24-годишните**: не обръщат внимание на профилактиката вероятно поради очакваното добро здравословно състояние в тази възраст или поради проява на липса на лична отговорност към собственото здраве и към това на обществото. В този период на самоосъзнаване и поемане на грижа за бъдеще, здравето се пренебрегва. Доказано е и занемаряване на оралната хигиена и затруднения във воденето на здравословен начин на живот; наблюдава се повишаване на процента на затлъстяване в тази възраст, а в последните години и увеличаване на случаите на психични проблеми (депресии, анорексии, булимия, орторексия). На тези фактори може да се дължи и липсата на ОПЛ, което може да се дължи и на лично нежелание, липса на доверие в професионализма на ОПЛ, липса на постоянни трудови взаимоотношения и на здравно осигуряване. Нездравословните форми на личен начин на живот, характерни за тази възраст предизвикват напрежение между солидарността, личната автономност и отговорността на пациентите и обществото като цяло.

В проведеното от нас анкетно проучване отчетената готовност на пациентите да заплащат за получените медицинските услуги има морален аспект на проява на готовност за промяна на мисленето на пациентите за повишаване на здравната грамотност и пестене на ресурси като елементи на устойчиво развитие на здравеопазването. Директните плащания от страна на потребителите на медицински услуги са важен източник за финансиране на здравната система. Тяхната значимост като обем и широкото им разпространение е довело до регламентирането на този вид плащания в различни системи за споделяне на разходите (cost-sharing systems). Този модел е възприет от пациентите, като тук не се обсъжда съгласието им, а приемането му и това се потвърждава и от резултатите от друга анкета, където повече от 60% доплащат за медицински услуги в болниците. Доплащането е необходимост и поради условията на недостатъчни финансови ресурси и поради навлизането на пазарната икономика. „Няма здравеопазване без заплащане.“ Идеята е да се постигне обвързване на качеството на медицинските дейности с финансирането им с цел повишаване удовлетвореността на пациентите.

От отговорите на въпросите от проведената от нас анкета, потвърдено и от други автори, се вижда, че образованието е от съществено значение за нивото на здравната грамотност. Нивото на образованост на пациентите е свързано с тяхното отношение и отговорност към здравето им и здравната система. Не е възможно, не е морално и неетично е да се очаква цялото население да са с висше образование, но цел на здравната политика трябва да е да подобри здравното образование, грамотност и възпитание на цялото население.

**Подобряване на здравната грамотност на населението има за цел по-малко болести за бъдещето и нашите наследници.**

Изследване проведено в Финландия, Латвия, Норвегия и Словакия, доказва, че нивото на здравно възпитание е по-високо, ако здравното обучение започне още в училищен период – 11-, 13- и 15-годишни деца. Нивото на здравна грамотност е повлияно от семейната среда или от водещ личен мотив и интерес. В публикация на Nutbeam се набляга на стратегии за промотиране на здравното възпитание сред населението. Той ни убеждава, че здравната грамотност е предимство и придобивка, инвестиция в самите нас, а начинът на живот е свободен избор.

## V. ИЗВОДИ

1. Липсата на проактивно отношение към собственото здраве, липсата на съзнание за самопомощ и самоконтрол, липсата на готовност за поемане на морална отговорност от страна на пациентите за тяхното здраве и това на обществото, са показатели за неустойчивост и трудност при внедряване на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването.
2. Навлизащата с бързи темпове пазарна икономика в здравеопазването довежда до промени и проблеми в моралните аспекти и ценности на взаимоотношения и споделени отговорности между медицински професионалисти и пациенти, които ще затруднят тенденцията на устойчиво развитие на здравеопазването.
3. Липсата на здравна грамотност по отношение на принципите на превенция и промоция на здраве разгледани като елементи на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването демонстрира нейната нестабилност и незрялост.
4. Налице са различия според пол, възраст и образование за морално ангажиране с оглед придържане към здравословен начин на живот, готовност за активно повишаване на нивото на здравна грамотност, подпомагане и съдействие в процесите на профилактика на заболяванията и грижата за собственото здраве като личният избор е водещ морален аспект за утвърждаване на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването.
5. Отговорността за здравето бива прехвърлена от пациентите към медицинските професионалисти и обратното, което демонстрира липсата на съзнание за морална, споделена отговорност към здравето на обществото, което води до непредприемането на най-адекватните, необходими мерки по отношение промотиране и въвеждане на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването.
6. Голям процент от анкетираните имат общопрактикуващи лекари, но не посещават профилактични прегледи, което е свързано с големия процент на недоверие в тях, недобрата информираност на пациентите и ниското ниво на здравна грамотност сред населението. Високият процент на вяра в профилактиката на заболяването и новите методи за диагностика и лечение на заболяванията водят до по-високи очаквания на пациентите към медицинските професионалисти, повишено желание за използване на нови и скъпоструващи методи и средства, а ресурсите са ограничени, което от своя страна води до готовност на пациентите да заплащат за получените медицинските ус-

луги и това се разглежда като морален аспект на проява на готовност за промяна на мисленето на пациентите като елемент на устойчиво развитие на здравеопазването.

7. Пациентите нямат необходимата компетентност за съзнание за профилактика и превенция на здравето като морален компонент на устойчиво развитие на здравеопазването и спестяване на ресурсите на системата на здравеопазването с цел общото благо на обществото като от една страна се запазва здравето, работоспособността, качеството на живот, а от друга страна се спестява ресурс на обществото за поемане разноски за лечение.
8. Недостатъчно проактивно отношение от страна на пациентите за опазване на здравето и пасивното отношение на лекарите насочва, че с оглед устойчиво развитие на здравеопазването и готовността на обществото за подпомагане на процеса се изискват още много общи усилия и прилагане на външен натиск за поемане на обществена отговорност и ангажираност.
9. Несправедливо, неетично, неморално, нереално и невъзможно, нарушаващо правата на личността е да се очаква всички пациенти да са с висше образование, за да бъдат поактивни в грижата за здравето си, но е задължително да се подобри здравната грамотност на цялото население, като приоритетна група е възрастова група 18-24 годишните, които трябва да изградят съзнание за опазване на всички ресурси с цел повече облаги за цялото общество и плавно внедряване на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването.
10. Медицинските професионалисти проявяват по-голяма нагласа в сравнение с пациентите за промяна на моралните схващания с цел утвърждаване на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването и запазване на достойнството на професията.

## VI. ПРЕПОРЪКИ

На базата на извършените от нас анкетни проучвания и изследване на проблема правим следните *препоръки*:

### ➤ **Общи препоръки**

1. Стриктен контрол и регулация на ролята на семейния лекар и санкционирането както на ОПЛ така и на пациентите при неспазване на задълженията им.
2. Нужен е външен натиск и контрол за подпомагане на процеса на споделената отговорност за промоция и превенция на здраве, за съдействие и подпомагане на лечебния процес между медицински професионалисти и пациенти с цел неразпиляване на здравен, човешки, финансов ресурс за постигане на продължителен и качествен живот, справедливост и морална отговорност.
3. Стриктен контрол върху качеството на здравните услуги и в частност извършваните профилактични прегледи.

### ➤ **Специфични препоръки**

#### **1. Към Националната здравноосигурителна каса:**

- да се провеждат ежегодни медийни кампании с цел подобряване осведомеността на пациентите, в които да се разясняват предимствата от годишната профилактика и възможните санкции поради неявяване на задължителните годишни прегледи при личния лекар;
- за залагане на ежегодни цели с цел повишаване качеството на медицинска дейност в лечебните заведения.

#### **2. Към Министерство на здравеопазването за реализиране на обучителна и практическа дейност за повишаване на здравната грамотност на населението и разясняване на пациентите, че те сами имат отговорност да изискат информация от своя ОПЛ относно превенция и профилактика на здравето.**

#### **3. Към политиките и действащото понастоящем законодателство, тъй като нерешените здравни проблеми засягат всички и има пълно основание те да бъдат политизирани с цел промяна в системата за спечелване отново доверието на пациентите и облекчаване труда на медицинските професионалисти.**

4. **Към Министерство на образованието и науката** за повишаване на здравната грамотност, създаване на навици и съзнание за превенция и промоция на здраве още от ранния училищен период с подходящи за възрастта програми и часове, провеждани от подготвени по съответната тематика преподаватели с цел изграждане на съзнание за самосъхранение на здравето.
5. **Към медицински университети и колежи в страната** за разработване и въвеждане на кратък специализиран обучителен панел, който да залегне в учебния план на съответните структури, за здравно възпитание, мотивация и превенция на здравето, въвеждане на принципите на устойчиво развитие на здравеопазването.
6. **Към професионалните съсловните организации** за поставяне на цели във връзка с отправени препоръки и предписания за възвръщане престижа на професията с предлагане на качествени здравни услуги, отстояване правата на медицинските професионалисти и обучението им за споделяне на отговорностите за здравето на пациентите със самите тях.
7. **Към пациентски и неправителствени организации** за изготвяне на информационни материали (брошури, проспекти) и подготовка на информационни кампании, обучителни форуми и семинари предназначени за пациентите във връзка с достъпа и предоставянето на медицински услуги и стимулиране на пациентите в насока проактивно отношение и участие в грижа за своето здраве.

## VII. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

*„Всеки човек има право на здраве, което е основа на човешкото щастие.“ СЗО*

Предвид невъзможността да се прогнозира бъдещето, е наложително етиката в здравеопазването да бъде гъвкава и отворена за промени и настройки. Само така можем да се надяваме, че нейните основни принципи като състрадание, компетентност и автономност, грижа за фундаменталните човешки права и отдаденост на професионализма ще бъдат цел и стремеж към устойчивост.

Здравеопазването само по себе си е много екологоемко. Съвременният начин на живот също. Така отделният индивид трябва да е етичен и отговорен към себе си, към обществото и към заобикалящия го свят, запазвайки и предпазвайки планетата Земя, живота върху нея и ценността „живот“ като човешко право на здраве и благополучие и за бъдещите поколения. Устойчивото развитие на здравеопазването е съзнателен избор на всеки човек и за реализацията му се изискват морално отговорни личности и общество. Устойчивото развитие на здравеопазването обединява двата основни стремежа на обществото за постигане на икономическо развитие, осигуряващо нарастващ жизнен стандарт и опазване и подобряване на околната среда и за в бъдеще.

Хората ще трябва да признаем реалността, че болестите и смъртта са част от живота и че ние трябва да се придържаме към разумни здравни очаквания. Затова често връщането към безпристрастното и справедливо разпределение на наличното и икономически възможното здравеопазване се нарича по аналогия с екологичното движение „устойчиво здравеопазване“.

Бъдещите медицински професионалисти трябва да получат познания и да бъдат подготвени за това, че медицината наред с лечението на болните, има вече и други важни задачи. А именно, за да останат средства за лечение на всички нуждаещи се болни, трябва да се създадат условия повече хора да съхранят здравето си чрез промяна на начина си на живот към здравословен.

Медицинският специалист в частност ОПЛ има морални задължения да поставя на първо място в своята дейност мерките за предотвратяване на заболяванията, да работи за повишаване на здравната култура, да бъде инициатор на мероприятия, свързани със здравето на човека. Добрата здравна грижа изисква чувствителност, готовност да разбереш

потребностите на другия, да уважаваш ценностите и културните особености на човека, който е оставен на грижите на медицинските специалисти и да дадеш от себе си, за да се почувства болният по-добре. Лекарите и пациенти трябва да бъдат партньори в профилактиката и лечението.

Нередовното явяване на профилактичен преглед е сериозен проблем. По този начин се стига до късно откриване на болестта, скъпоструващо лечение, което не винаги е успешно, невъзможност да се достигне до качествен живот след лечението. Скъпоструващите лекарства затрудняват системата, тя се претоварва и разходите се компенсират от други пациенти и манипулации. Опасността да се стигне до недоволство от всяка от страните е съществена.

Липсата на вяра в ОПЛ може да е причина пациентите да не посещават редовно профилактичните прегледи. Доверието в най-хуманната професия го няма. Налага се промяна и политическа намеса с цел да се възродят моралните и етични норми и ценности на професията и да се преосмислят отговорностите на пациентите към собственото им поведение по отношение на здравето като най-висша ценност и отговорността на медицинските професионалисти за гордостта да бъдеш лекар.

В днешното време на глобализация, по-изразена анонимност, ерозия на местните общности и родословни връзки, има напрежение между солидарността, личната автономност и отговорност. Резултати от проведеното от нас анкетно проучване са, че грижата за здравето при болест в голям процент се прехвърля от пациентите като грижа на лекаря, а профилактиката на здравето за щастие се приема като споделена отговорност между пациенти и медицински професионалисти. Демонстрираното прехвърляне на отговорността показва нестабилност в системата на здравеопазването. Ако медиците не са готови да поемат своя дял от отговорността, как е възможно да го очакваме от пациентите? **Налага се промяна, която е двупосочна.**

Необходимо е общо участие на лекари и пациенти, министерство и неправителствени организации за **упражняване на натиск** за повишаване здравната грамотност на населението и качествено им информиране от съответните медицински специалисти и организации. Водещ е не личният интерес, а интересът на другите и това мотивира сътрудничеството. Липсата на съзнание за грижата за цялото общество, а не за отделния индивид е показател за нестабилност в системата.

Новата концепция за здравето се насочва към активен процес на балансиране на взаимодействието между индивидуалното, съзнателно информирано участие в промоцията и превенцията на здраве и компетентното участие в професионална помощ, с цел постигане на добър здравен резултат. Основно предизвикателство пред развитите страни е засилване участието и ролята на индивида в грижите по осигуряване на здраве.

Необходимост е повишаването на здравна грамотност, проактивно отношение на личността и реално инвестиране в дейности по профилактика и промоция на здраве във всички обществени и частни структури. Това е пътят към морално устойчиво развитие на общественото здраве. Повишаването на здравната култура на населението е трудно и изисква много време и малки стъпки. Изисква се мащабност на действията и кампаниите за повишаване на знанията за промоция и превенция на здравето. Успехи могат да се постигнат, само ако промоцията на здравето е на ниво политика на държавата.

**Свободата на вземане на решения за собственото здраве изисква смелост, образование, отговорност и проактивно отношение за промяна.**

## **VIII. САМООЦЕНКА НА ПРИНОСИТЕ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

Настоящият дисертационен труд има научно-приложни приноси в следните няколко направления:

### **➤ С оригинален характер:**

1. За пръв път на базата на подобно анкетно проучване е разработен алгоритъм за информиране с цел повлияване и повишаване на здравната грамотност на населението.
2. За пръв път се разглеждат и критично се осмислят темите разглеждани до сега от една нова перспектива за здравната грамотност на населението и връзката ѝ с поемане на лична отговорност за собственото здраве, осъзнаване на нуждата от самоконтрол взаимопомощ и взаимно споделяне на отговорностите между пациенти и медицински професионалисти с цел интегрираното им третиране и опазване на всички ресурси за запазване на повече облаги за цялото общество и плавно въвеждане на концепцията за устойчиво развитие на здравеопазването.

### **➤ С практическо приложение:**

1. С цел повишаване здравната грамотност на населението е изработен „Наръчник по здравни въпроси, здравословен начин на живот и психопрофилактика”.
2. Изработено е „Здравно досие на пациента“ за съхранение и поддръждане на медицинска документация на пациента с цел лесен достъп и проследяване на историята на заболяването на пациента.

## IX. ПРИЛОЖЕНИЯ

### ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

#### Анкетна карта за пациенти

пол	<input type="checkbox"/> М	<input type="checkbox"/> Ж	възраст год.	<input type="checkbox"/> 18-24	<input type="checkbox"/> 25-44	<input type="checkbox"/> 45-59	<input type="checkbox"/> 60+	образование	<input type="checkbox"/> средно	<input type="checkbox"/> висо
-----	----------------------------	----------------------------	--------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-------------	---------------------------------	-------------------------------

1. Имате ли личен лекар?

А. Да                      Б. Не

2. Имате ли личен зъболекар?

А. Да                      Б. Не

3. Доверявате ли се на вашия личен лекар?

А. Да                      Б. Не                      В. Не напълно, търся и друго мнение

4. Вярвате ли в профилактиката на заболяванията?

А. Да                      Б. Не                      В. Не обръщам внимание на профилактиката

5. Ходите ли редовно на профилактични прегледи?

А. Да – медицински      Б. Да – соматологични      В. Не

6. Бихте ли проявили воля и усилия, ако има вероятност с определен начин на живот, да предотвратите или забавите дадено заболяване?

А. Да                      Б. Не                      В. Зависи от лишенията и заболяването

7. Вярвате ли на новите методи и средства за лечение?

А. Да                      Б. Не                      В. Скептичен съм спрямо новостите

8. Грижите ли се за здравето си?

А. Да                      Б. Не                      В. Нямам време

9. Смятате ли, че имате добра здравна култура по отношение на познания за превенция и профилактика на здравето?

А. Да                      Б. Не                      В. Не зная

10. Умеете ли да четете етикетите на храните с разбиране?

А. Да                      Б. Не                      В. Много малко

11. Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?

- А. Хранителен режим                      Б. Без тютюнопушене  
В. Без злоупотреба на алкохол            Г. Спорт                                      Д. Нито едното

**12. Личният ви лекар информира ли ви е за вашето здравословно състояние (здраве)?**

- А. Да                      Б. Не

**13. Вашият личен лекар информира ли ви е за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?**

- А. Да      Б. Не                      В. Ако има време по време на посещението ми при него

**14. Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?**

- А. На пациента    Б. На медицинските професионалисти      В. Обща – на А и Б

**15. Чия отговорност е вашето здраве при наличие на болест?**

- А. Моя                      Б. На лекарите                      В. Споделена – моя и на моя лекар

**16. Посещавате ли специалисти, без да използвате направление от вашия личен лекар т.е. платено?**

- А. Да                      Б. Рядко                      В. Никога

## ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

### Анкетна карта за медицински професионалисти

пол  М  Ж      възраст год.  18-24  25-44  45-59  60+

Общопрактикуващ лекар  да      Лекар в болница  да      Дентален лекар  да

1. Имате ли личен лекар?

А. Да      Б. Не

2. Имате ли личен зъболекар?

А. Да      Б. Не

3. Доверявате ли се на вашия личен лекар?

А. Да      Б. Не      В. Не напълно, търся и друго мнение

4. Вярвате ли в профилактиката на заболяванията?

А. Да      Б. Не      В. Не обръщам внимание на профилактиката

5. Ходите ли редовно на профилактични прегледи?

А. Да – медицински      Б. Да – соматологични      В. Не

6. Бихте ли проявили воля и усилия, ако има вероятност с определен начин на живот, да предотвратите или забавите дадено заболяване?

А. Да      Б. Не      В. Зависи от лишенията и заболяването

7. Вярвате ли на новите методи и средства за лечение?

А. Да      Б. Не      В. Скептичен съм спрямо новостите

8. Грижите ли се за здравето си?

А. Да      Б. Не      В. Нямам време

9. Умеете ли да четете етикетите на храните с разбиране?

А. Да      Б. Не      В. Много малко

10. Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?

А. Хранителен режим      Б. Без тютюнопушене  
В. Без злоупотреба на алкохол      Г. Спорт      Д. Нито едното

- 11. Знаете ли кои са нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?**  
А. Да            Б. Не
- 12. Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?**  
А. На пациента            Б. На медицинските професионалисти  
В. Обща – на А и Б
- 13. Чия отговорност е вашето здраве при наличие на болест?**  
А. Моя            Б. На лекарите            В. Споделена– моя и на моя лекар
- 14. Готови ли сте да прилагате нови методи и средства на лечение при съгласие от страна на пациента?**  
А. Да            Б. Не            В. Скептичен съм
- 15. Бихте ли вложили средства за закупуване на нова техника за ранна диагностика и профилактика във вашата практика?**  
А. Да            Б. Не            В. Не се възвръщат средствата
- 16. Обучавате ли вашите пациенти на профилактика и промоция на здравето?**  
А. Да            Б. Не            В. Според пациента    Г. При налично време
- 17. Информирате ли вашите пациенти за нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за тяхната възраст профилактични процедури?**  
А. Да            Б. Не            В. Ако има време по време на посещението им
- 18. Посещавате ли курсове за следдипломно обучение?**  
А. Да            Б. Не
- 19. Какъв е вашият подход на работа?**  
А. Профилактика  
Б. Лечение  
В. Лечение според заплащането  
Г. Лечение според културните ценности и възможности на пациента  
Д. Лечение еднакво за всички, а реализацията зависи от активното участие на пациента с неговите разбирания и възможности

## ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

### Анкетна карта за медицински сестри

пол  М  Ж      възраст год.  18-24  25-44  45-59  60+

1. Имате ли личен лекар?

А. Да      Б. Не

2. Имате ли личен зъболекар?

А. Да      Б. Не

3. Доверявате ли се на вашия личен лекар?

А. Да      Б. Не      В. Не напълно, търся и друго мнение

4. Вярвате ли в профилактиката на заболяванията?

А. Да      Б. Не      В. Не обръщам внимание на профилактиката

5. Ходите ли редовно на профилактични прегледи?

А. Да – медицински      Б. Да – соматологични      В. Не

6. Бихте ли проявили воля и усилия, ако има вероятност с определен начин на живот, да предотвратите или забавите дадено заболяване?

А. Да      Б. Не      В. Зависи от лишенията и заболяването

7. Вярвате ли на новите методи и средства за лечение?

А. Да      Б. Не      В. Скептичен съм спрямо новостите

8. Грижите ли се за здравето си?

А. Да      Б. Не      В. Нямам време

9. Умеете ли да четете етикетите на храните с разбиране?

А. Да      Б. Не      В. Много малко

10. Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент на устойчиво развитие на здравеопазването?

А. Хранителен режим      Б. Без тютюнопушене

В. Без злоупотреба на алкохол      Г. Спорт      Д. Нито едното

11. Знаете ли кои са нужните годишни прегледи, имунизации, съответните за вашата възраст профилактични процедури?

А. Да      Б. Не

12. Чия отговорност е профилактиката на заболяванията?

**А.** На пациента      **Б.** На медицинските професионалисти

**В.** Обща – на А и Б

**13. Чия отговорност е вашето здраве при наличие на болест?**

**А.** Моя

**Б.** На лекарите

**В.** Споделена– моя и на моя лекар

**14. Посещавате ли курсове за следдипломно обучение?**

**А.** Да

**Б.** Не

#### **ПРИЛОЖЕНИЕ № 4**

**Статистическа обработка на отговори на въпрос:**

**„Водите ли здравословен начин на живот, което е основен елемент  
на устойчиво развитие на здравеопазването?“**

**от трите анкети**

#### **ПРИЛОЖЕНИЕ № 5**

**„Наръчник по здравни въпроси, здравословен начин на живот  
и психорофилактика“**

#### **ПРИЛОЖЕНИЕ № 6**

**„Здравно досие на пациента“**

## **Х. СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИ СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

1. **Peucheva K.**, The Care of Personal Health as a Part of Sustainable Healthcare Development, J of IMAB, 2017, Apr-Jun; 23(2):1598-1602
2. **Peucheva K.**, Commitment of General Practitioners on Prophylaxis According to the Patient's Opinion, J of IMAB, 2017, Apr-Jun; 23(2):1584-1586
3. Пейчева К., Р. Горанова, Л. Чакърва, П. Игнатов, Лична отговорност за здравето и готовност на пациентите за посещаване на частни специалисти, Управление и образование, кн. 5, том.13, 2017, ISSN 13126121, 87-94
4. Градинарова Н., Р. Горанова-Спасова, К. Пейчева, М. Александрова, Ползи за пациентите от дейността на етичните комисии, Здравна политика и мениджмънт 2017, бр. 3