ISBN 978-619-7491-23-4

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

28 ноември 2019 г.

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

РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ:

Проф. д-р Тихомира Златанова, дм

Доц. Павлинка Добрилова, дм

Проф. д-р Ралица Златанова-Великова, дм

Доц. Галя Янкова, дм

Медицински университет— София  **Централна медицинска библиотека**

2020

СБОРНИК ДОКЛАДИ
ОТ
ТРЕТА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ

„МЕДИКО-СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“

28 ноември 2019 г.

РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ:

Проф. д-р Тихомира Златанова, дм

Доц. Павлинка Добрилова, дм

Проф. д-р Ралица Златанова-Великова, дм

Доц. Галя Янкова, дм

Медицински университет – София Централна медицинска библиотека

2020

СБОРНИК ДОКЛАДИ ОТ ТРЕТА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ: „МЕДИКО-СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“, ВРАЦА, 2019

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

ISBN 978-619-7491-23-4

Стилова редакция *Д. Танчева*
Корекция *С. Цветанова*
Редакция на англ. резюмета *В. Колев*
Страниране *О. Маркова*

Печатни коли 16.75, формат 60 x 90/8

Медицински университет – София
Централна медицинска библиотека

1431 София, ул. "Св. Г. Софийски" № 1

СЪДЪРЖАНИЕ

ГОСТУВАЩИ АВТОРИ

C. Brennan, R. Dooley, P. Bharadwaj. Мениджмънт на промяната: от началото до поддръжката 5
T. Trojikj, O. Vasileva. Хранене при тежък остър панкреатит 6

ДОКЛАДИ

П. Добрилова. Потребност и удовлетвореност на пациентите с хронични заболявания от здравните грижи в болниците за рехабилитация 9
Д. Митев, Р. Златанова-Великова. Анализ и оценка на мотивацията на професионалистите по здравни грижи в лечебни заведения за болнична помощ 14
К. Стефанова, П. Добрилова. Трудности в реализирането на холистичния подход в работата на медицинската сестра в първичната медицинска помощ 22
И. Грозданов. Медико-психологични и социално-икономически аспекти на демографските процеси в България 25
Ив. Михайлова, А. Маринова, А. Целова. Професионалното образование – проблем при лицата с увреждания и специфични образователни потребности (възможни решения и добри практики) 28
А. Целова, Ив. Михайлова, А. Маринова. Идеи и практики, свързани с политиките за закрила на детето през XX век 35
А. Маринова, Ив. Михайлова, А. Целова Детската агресивност и психологичната работа със семейството за справяне с проблема 38
Св. Вълкова. Агресията в училище няма голямо междучасие 42
Ю. Куков. Анализ на приходите на общинските болници в условията на социална пазарна икономика 47
Е. Владимирова. Диабетно стъпало – качество на живот на пациенти с диабет 54
Н. Симеонова, Г. Георгиева. Рискови фактори при хронична артериална недостатъчност на крайниците 60
Б. Садарзанска-Терзиева, П. Цветанов. Електрофизиологични методи за изследване на нервно-мускулното предаване 65
Л. Маринов, П. Добрилова. Проучване дейностите на медицинските сестри при осъществяване на здравни грежи при болни с артериална хипертония 70
М. Лаловска. Здравните грижи – потребност при пациенти с преживян мозъчен инсулт 75
Кр. Георгиева. Информираност за хранителнодвигателен режим на пациента след оперативно лечение 80
М. Борисова, М. Лаловска, Г. Георгиева. Анализ и оценка на информираността на медицинските сестри, относно доброкачествена простатна хиперплазия 84
Г. Янкова. Оценка на структурата на хранене и хранителното поведение на студентите по здравни грижи 88
Цв. Джиганска, Е. Петков. Хранене и преждевременно стареене 93
Д. Димитрова, Д. Петрова, Т. Боева. От каква помощ се нуждае младата майка след раждането на първото си дете 97
Г. Георгиева, Н. Симеонова. Звуковата травма – лична и обществена отговорност 102
Е. Янкулова, Г. Янкова. Удовлетвореност на студентите медицински сестри и акушерки от качеството на учебния процес във филиал „Проф. д-р Ив. Митев“ – Враца 107
П. Аспарухова. Мениджмънт на здравните грижи в системата на здравеопазване 113
В. Стоянова, П. Добрилова, Цв. Джиганска. Разработване на модел за оценка и управление на конфликти в болничната помощ и внедряването в практиката на професионалистите по здравни грижи на нови подходи и решения при управлението на конфликтите 116
Н. Попов, Т. Златанова, А. Чолаков. Ефективността на здравната ни система според медицински специалисти и здравни мениджъри 125
Т. Златанова, И. Димитров, Н. Попов. Финансова устойчивост на здравната система в България 129

CONTENTS

GUEST AUTHORS

C. Brennan, R. Dooley, P. Bharadwaj. Change management: from initiation to sustenance 5
T. Trojikj, O. Vasileva. Nutrition in severe acute pancreatitis 6

DOCLADS

P. Dobrilova. The need and satisfaction with the health care in rehabilitation clinics of patients with chronic diseases 9
D. Mitev, R. Zlatanova-Velikova. Analysis and evaluation of the motivation of health care professionals in hospital care institutions 14
K. Stefanova, P. Dobrilova. The difficulties of realizing the holistic approach to nursing in primary medical care 22
I. Grozdanov. Medical-psychological and social economic aspects of demographic processes in Bulgaria 25
Iv. Mihailova, A. Marinova, A. Tselova. Professional education – a problem for disabled persons and specific educational needs (possible decisions and good practices) 28
A. Tselova, Iv. Mihailova, A. Marinova. Ideas and practices relating to the protection of child protection in the XX century 35
A. Marinova, Iv. Mihaylova, A. Tselova. Child aggression and psychological work with the family for troubleshooting 38
Sv. Valkova. Aggression in school does not have a big break 42
J. Kukov. Income analysis of municipal hospitals under the conditions of social market economy 47
E. Vladimirova. Diabetic foot: the quality of life of diabetic patients 54
N. Simeonova, G. Georgieva. Risk factors for chronic arterial insufficiency of the limbs 60
B. Sadarzanska-Terzieva, P. Tsvetanov. Electrophysiological methods for study of neuromuscular transmission 65
L. Marinov, P. Dobrilova. Study of nursing activities in the implementation of health care to patients with arterial hypertension 70
M. Lalovska. Health care – the needs in patients with experienced stroke 75
Kr. Georgieva. Informing the patient about diet and rehabilitation after an operation 80
M. Borisova, M. Lalovska, G. Georgieva. Analysis and assessment of the nurses awareness of benign prostate hyperplasia 84
G. Yankova. An evaluation of the nutrition structure and nutritional behavior of health care students 88
Tsv. Dzhiganska, E. Petkov. Nutrition and premature ageing 93
D. Dimitrova, D. Petrova, T. Boeva. What kind of help a young mother needs after the birth of her first child 97
G. Georgieva, N. Simeonova. Acoustic trauma – a personal and social responsibility 102
E. Yankulova, G. Yankova. Satisfaction of the nurse and midwife students of the quality of teaching process at the affiliate „Prof. Dr. Iv. Mitev“ – Vratsa 107
P. Asparuhova. Health care management in the health system 113
V. Stoyanova, P. Dobrilova, Tsv. Dziganska. Developing a model for the assessment and management of conflicts in hospital care and implementation of new approaches and decisions in the conflict management in the nursing practice 116
N. Popov, T. Zlatanova, A. Cholakov. The efficiency of our health system: the opinion of medical specialists and health care managers 125
T. Zlatanova, I. Dimitrov, N. Popov. Financial sustainability of the health system in Bulgaria 129

CHANGE MANAGEMENT: FROM INITIATION TO SUSTENANCE

МЕНИДЖМЪНТ НА ПРОМЯНАТА: ОТ НАЧАЛОТО ДО ПОДДРЪЖКАТА

C. Brennan[1], R. Dooley[2], P. Bharadwaj[2]

[1]California State University, Long Beach, Long Beach – California, USA
[2]MemorialCare Medical Group, Fountain Valley – California, USA

Abstract. There is an opportunity to improve documentation of patient preferences in the form of Advance Directives (AD). AD's typically identify the patients surrogate decision maker(s) and treatment preferences. Ideally, patients should have their surrogate be part of the process of completing the document.

Objective: The objective is to increase the completion of AD's through meaningful conversations between the patients and their clinical team. This is done with the aim to ensure medical treatments are in line with the patients' values.

Material and Methods: A multi-site initiative was launched four years ago to focus on an increase in conversations around patient preferences of care with the end result being a completed AD in the patient's chart. Clinicians from different primary care clinics were brought together to design and implement the initiative. These sites were responsible for implementing the strategies uniformly across the system to increase documentation of patient preferences listed in the AD's. One site volunteered to champion the initiative. This team made these conversations part of routine care and workflow.

Results: The results show every site involved successfully increased the number of AD's. Once success was achieved and the clinics moved onto other projects most sites dropped back to their previous numbers. The site that championed the initiative had doubled their performance when the initiative was launched has maintained that progress for four years.

Conclusion: Sustained change, requires buy in from all stakeholders involved in the process. The site that demonstrated sustainable change had core components of leadership buy in, changes in clinical culture and standardized workflow. These are critical to maintain strides made in improving the quality of care delivered to patients based on their preferences.

Key words: advance directives, patient preferences, management

Corresponding Author: C. Brennan, California State University, Long Beach, Long Beach – California, USA

NUTRITION IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS

ХРАНЕНЕ ПРИ ТЕЖЪК ОСТЪР ПАНКРЕАТИТ

T. Trojikj, O. Vasileva

University Clinic for Surgical Diseases “St Naum Ohridski“ – Skopje, Republic of North Macedonia

Abstract. Acute pancreatitis is one of the most serious conditions among non-malignant diseases. 80% of the patients have mild or moderate form of pancreatitis with mortality rate below 1%. But 20-25% of the patients have severe, foudroyant form of disease with mortality rate above 10%. Very often this form of pancreatitis results in multiple organ failure and death. The guidelines probably are basic for our further challenges in nutrition in acute pancreatitis. They may seem difficult to be applied in every day routine but definitely enteral nutrition should be considered a must treatment in acute severe pancreatitis

Key words: evere acute pancreatitis, nutrition

Corresponding Author: T. Trojikj, University Clinic for Surgical Diseases “St Naum Ohridski“ – Skopje, Republic of North Macedonia

Acute pancreatitis is one of the most serious illness among non-malignant diseases. Although 80% of the patients have mild or moderate form of pancreatitis with mortality rate below 1%. But 20-25% of the patients have severe, foudroyant form of disease with mortality rate above 10 %.Very often this form of pancreatitis result in multiple organ failure and death.

Activation of pancreatic enzymes within the pancreas with auto digestion is main factor in development the acute pancreatitis. This can cause a various form of changes pathological changes in pancreas, from mild inflammation to necrotic – hemorrhagic pancreatitis with per pancreatic infiltration.

In early acute state there is narrow limit between mild and severe form of pancreatitis. Depletion of intravascular volume due to fluid sequestration can decrease blood flow for 75%. Early resuscitation is important factor to prevent severe form of acute pancreatitis. Pathological findings usually correlates with severity of the disease. Secondary infection and splanchnic hypo perfusion can lead to development of septic shock and multiple organ failure. Contrast – enhanced CT scanning is main diagnostic procedure to make a discrimination between acute edematous and necrotizing pancreatitis.

Treatment of mild acute pancreatitis involves intravenous fluids, analgesics, avoidance of oral intake and ward observation. The patients with necrotic pancreatitis should be treated in the intensive care unite with close monitoring and aggressive treatment. However in early acute state there is narrow limit between mild and severe form of pancreatitis. Depletion of intravascular volume due to fluid sequestration can decrease blood flow for 75%. Early resuscitation is important factor progression of acute pancreatitis.

Acute pancreatitis (especially severe one) is a sepsis-like syndrome characterized by a systemic inflammation (SIRS). Intestinal starvation impairs gut barrier and favours bacteria transition, leading to sepsis and organ failure. Severity should be assessed as soon as possible. There for metabolic response in patient with acute pancreatitis is associated with the typical metabolic chnges that we see in patients with SIRS. Patients are similar to septic patients in terms of elevated protein catabolism, marked inflammatory state and changed glucose metabolism (high insulin levels due to a reduced glucose uptake and accelerated neo-glycogenesis). If acute pancreatitis is complicated by sepsis, protein catabolism is further enhanced, up to a net nitrogen loss of 20-40 g/

day. Negative nitrogen balance is associated with increased mortality. On the other side, nutrient digestion and absorption may be impaired during an episode of acute pancreatitis, and this may lead to nutritional deficiencies. This would be particularly harmful in patients already undernourished, such as alcoholics, who are at risk of AP. Without nutritional support, patients may rapidly develop severe malnutrition, water retention and decreased muscle function. Starvation and only parenteral nutrition lead to gut bacterial and inflammatory protein translocation, enteral barrier is damaged and that enhance bacterial and pro inflammatory mediators translocation first in lymphatic tissue and then in the blood stream causing sepsis. Severity should be assessed as soon as possible not only for establishing an appropriate management but for preparing a nutrition plan and therapy as well.

Enteral nutrition (EN) maintains villus height and CD4/CD8 ratio in mesenteric lymph nodes, spleen, and peripheral blood, if compared to PN fed controls. In humans, Wu et al 1 reported a more beneficial effect of EN vs. parenteral nutrition (PN) on gut integrity in 63 patient affected by severe AP. EN was also associated with significantly lower concentrations of plasma endotoxins at any day of observation, compared to PN. In addition, Zhao et al. [2] demonstrated a protective effect of EN on the integrity of enteric mucosa in a setting of AP. Enteral starvation contributes to alter gut mucosa microenvironment, its immune system, and permeability, enhancing the risk of BT. Hodin et al showed morphological and functional changes in Paneth cells in tissue of ileum, after 48 hours of fasting, in a mouse starvation model.

Guidelines for nutritional support in severe acute pancreatitis are that enteral feeding should be established (grade of recommendation: A). Murtillo et al. [3] An enteral nutrition should be preferred to parenteral nutrition, even if complications such as fistulas, ascites and pseudocysts are present (grade of recommendation: C). Enteral nutrition is recommended even after surgery by intraoperative jejunostomy. Otherwise post pyloric nasogastric tube can be a good solution comparing to jejunostomy. The most important rule is that enteral tube should be placed distal from the obstruction. The only actual contraindication to EN is prolonged paralytic ileus. In these cases ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition) guidelines [3] recommend to combine PN with a small content of an elemental or immuno-enhancing diet (10-30 ml/h) continuously perfused to the jejunum. Regarding the times of supply, continuous infusion is preferred over bolus administration (grade B recommendation) an energy supply of 25-35 kcal/kg/day, with 1.2-1.5 g/kg of protein/day (unless there are renal failure or severe hepatic failure), 3-6 g/kg of carbohydrates/day and up to 2 g/kg of lipid/day. Mirtallo JM [3].

However, plasma glucose concentration should not exceed 10 mmol/l (180 mg/dl) and plasma triglycerides 3-4 mmol/l (266 mg/dl). Elemental formulas (contain aminoacids, simple sugars, and very low fats) are recommended. Semi-elemental formulas are also found to be adequate (they contain peptides of vary chain length, simple sugar, glucose polymers or starch and medium chain triglycerides).

Glutamine supplements are found to be effective in acute pancreatitis. Enteral nutrition should begin after 48 hours, but there are studies that suggest that enteral nutrition should start 24 hours after the beginning of acute pancreatitis. The advantages of starting EN in AP before 48 hours from the admission have been also observed in more successive studies of severe acute pancreatitis patients [4, 5].

Enteral nutrition should begin after 48 hours, but there are studies that suggest that enteral nutrition should start 24 hours after the beginning of acute pancreatitis. More recent and another meta-analysis [6].

Meta-analysis, conducted on 8 RCT (165 patients) by Bakker et al [7] demonstrated that starting EN within 24 hours after hospital admission, compared with after 24 hours, was associated with lower complications.

Italian Association for the Study of the Pancreas(AISP) [8] states Among other guidelines, a position paper of the Italian Association for the Study of the Pancreas(AISP) states that EN should be started within 24-48 hours from admission (Evidence level 1, Recommendation grade A

Glutamine is an intra and extracellular amino acid pool It Improves immune cell function Enteral nutrition – decrease plasma toxin level in patients. In early resuscitation normal saline+ HES+ glutamine should be given

PROPATRIA – Dutch multi center randomized double blind placebo controlled trial [9] 200 patients. Multispecies probiotics combination probiotics strains reduce bacterial translocation. Bifidum bacterium should be given in early enteral nutrition. This pro-

biotic decrease SIRS response in acute pancreatitis. The dose should be 0,3g/kg/ day.

Omega-3 Fatty acids shortens time of jejune feeding and decrease inflammatory cytokines. They also improve respiratory function.

This guidelines probably are basic for our further challenges in nutrition in acute pancreatitis. They may seems difficult to be applied in every day routine but definitely enteral nutrition should be considered a must treatment in acute severe pancreatitis.

References

1. Wu XM, Ji KQ, Wang HY et al. Total enteral nutrition in prevention of pancreatic necrotic infection in severe acute pancreatitis. Pancreas, 2010;39:248-251,
2. Zhao G, Wang CY, Wang F, Xiong JX. Clinical study on nutrition support in patients with severe acute pancreatitis. World J Gastroenterol, 2003;9:2105-2108.
3. Mirtallo JM, Forbes A, McClave SA et al. International Consensus Guideline Committee Pancreatitis Task Force. International consensus guidelines for nutrition therapy in pancreatitis. JPEN J Parenteral Enteral Nutr, 2012; 36: 284-291.
4. Sun JK, Mu XW, Li WQ et al. Effects of early enteral nutrition on immune function. World J Gastroenterol, 2013; 19: 917-922.
5. Wereszczynska-Siemiatkowska U, Swidnicka-Siergiejko A, Siemiatkowski A et al. Early enteral nutrition is superior to delayed enteral nutrition for the prevention of infected necrosis and mortality in acute pancreatitis. Pancreas, 2013; 42: 640-646.
6. Li JY, Yu T, Chen GC et al. Enteral nutrition within 48 hours of admission improves clinical outcomes of acute pancreatitis by reducing complications: a meta-analysis. PLoS One, 2013; 8: e64926.
7. Bakker OJ, van Santvoort HC, van Brunschot S et al. Pancreatitis, very early compared with normal start of enteral feeding (PYTHON trial): design and rationale of a randomised controlled multicenter trial. Trials. 2.
8. Rinninella E, Annetta MG, Serricchio ML et al. Nutritional support in acute pancreatitis: from physiopathology to practice. An evidence-based approach. Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2017, 21:421-432011;12:73.
9. Besselink MG, van Santvoort HC, Buskens E et al. Probiotic prophylaxis in predicted severe acute pancreatitis: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet, 2008;371:651-659.

ПОТРЕБНОСТ И УДОВЛЕТВОРЕНОСТ НА ПАЦИЕНТИТЕ С ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ОТ ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ В БОЛНИЦИТЕ ЗА РЕХАБИЛИТАЦИЯ

П. Добрилова

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

THE NEED AND SATISFACTION WITH THE HEALTH CARE IN REHABILITATION CLINICS OF PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES

P. Dobrilova

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

Abstract. The need and satisfaction with the health care in rehabilitation clinics of patients with chronic diseases were studied, as the main nursing activities required for satisfying the needs of health care in patients with chronic diseases are analyzed. The main problems in performance of nursing care in the rehabilitation clinics as the linking structure between hospitals for active care and home care are identified.

***Key words**: chronic patients, health needs, nursing care*

Адрес за кореспонденция: П. Добрилова, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, Враца, МУ – София, 3000 Враца
Address for correspondence: P. Dobrilova, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa,

Въведение

В условията на продължаващата здравна реформа проблемът за адекватно удовлетворяване на потребностите от здравни грижи ще остане неоспорим приоритет в дейността на болничната помощ.

През последните десетилетия в международен план сестринската професия се развива въз основа на теоретичните постановки за потребностите на човека и развитието на професионалните сестрински грижи е насочено към индивидуален подход спрямо пациента и към осъществяване на грижи, отговарящи на неговите потребности [8].

Здравните грижи при хронична болест целят да се съхрани болният като личност, като се улесни процесът на превъзмогване на болестта и се създаде възможност за пациента да се научи да живее със и въпреки хроничното си страдание [9].

Задача на медицинската сестра при обслужване на хронично болни и инвалидизирани лица е да компенсира необходимостта от самостоятелни грижи чрез обучение, подпомагане или цялостно поемане на грижата. Това налага разкриване на потребностите, които могат да бъдат най-ефективно удовлетворени чрез сестринска намеса.

Цел

Целта на представеното проучване е да се изследват потребността и удовлетвореността на пациентите с хронични заболявания от предоставяните им здравни грижи, да се анализират потребностите от здравни грижи при лица с хронични заболявания и да се очертаят възможности

за тяхното ефективно удовлетворяване, като условие за повишаване на качеството на услугите в болници за рехабилитация.

Материал и методи

Проведена е анонимна анкета сред 126 пациенти, постъпили за лечение и рехабилитация във филиала на „Специализирани болници за рехабилитация – Национален комплекс” ЕАД, София, намиращ се в град Вършец. Изследването е проведено през периода август–септември 2019 г.

Резултати и обсъждане

От взелите участие в анкетата 40,8% са мъже и 59,2% – жени, на средна възраст – 65 години. По отношение на образованието на анкетираните пациенти разпределението е следното: половината от тях са със средно образование 52,4%, с основно образование са 12,7%, а останалите **–** с висше образование, като 15,9% съобщават, че притежават образователно-квалификационна степен специалист, 11,1% – бакалавър, 7,9% са със степен магистър. Средният престой на пациентите е с най-често срещана продължителност от 7 дни.

При постъпването в болницата за рехабилитация лечението на тези пациенти се осъществява в съответствие с изискванията на утвърдения медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина”. Конкретен пример за реализиране на този стандарт са въведените от НЗОК клинични пътеки. В болниците за рехабилитация те представляват инструкция, описваща диагностичните и лечебните дейности, които се прилагат обичайно при избрания тип пациенти. В този рехабилитационен пакет дейностите, осъществявани от медицинските сестри, не дават отражение върху стойността за финансиране на един ден болничен престой. Описани са само рехабилитационните процедури, които могат да бъдат извършвани при съответните пациенти, без да се споменават грижите, от които те се нуждаят.

Данните показват че около половината от анкетираните пациенти – 47,8%, имат определена група инвалидност с експертно решение на ТЕЛК, а останалите 52,2% нямат определен процент нетрудоспособност, но са с различни хронични заболявания. От инвалидите преобладава делът на тези с нетрудоспособност над 90% – 38,2%, следвани от пациентите с инвалидност от 72 до 89% – 35,2%, а от 50 до 71% са 26,6% от тях. Всички те имат направена социална оценка от Дирекция „Социално подпомагане” по местоживеене и тези с над 90% инвалидност имат право на рехабилитация веднъж годишно. Това показва, че пациентите в рехабилитационните болници се нуждаят не само от диагностични и лечебни процедури, но че това са хора, нуждаещи се от различни грижи в зависимост от индивидуалните им потребности.

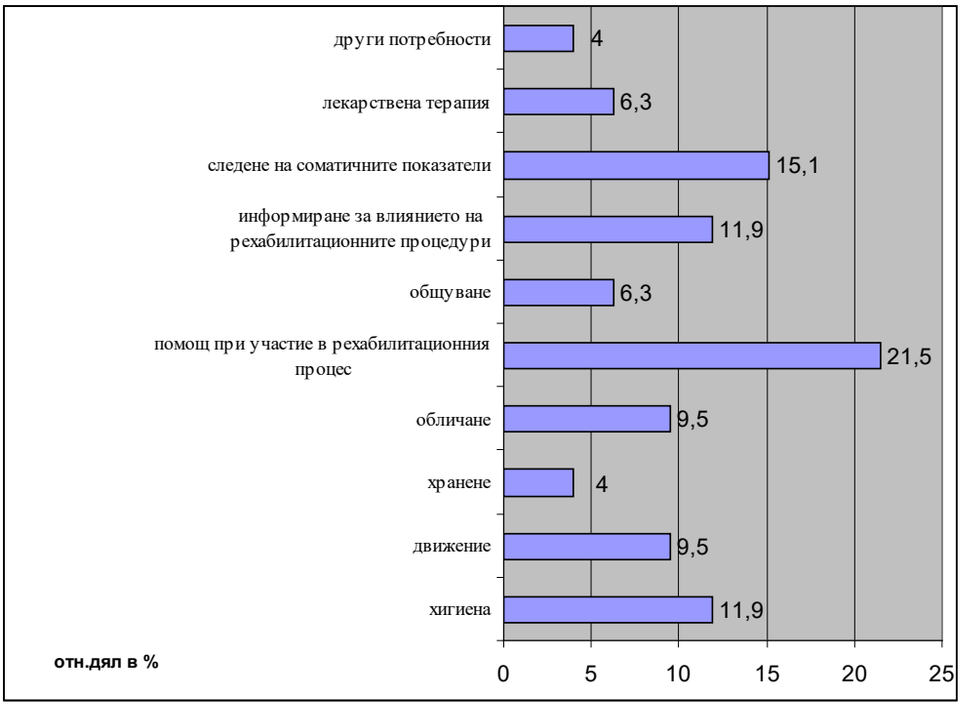
За да е ефикасен лечебно-рехабилитационният процес, той трябва да обхваща всички измерения от съществуването на болния човек. Това налага прилагането на холистичния подход, при който активното сътрудничество на болния в процеса на лечение е от съществено значение за благоприятния краен резултат. От анкетираните 32,5% съобщават, че са обсъдили съвместно с медицинската сестра всички грижи, от които се нуждаят, а според 37,3% обсъждането е било само частично. Отрицателни са отговорите на почти 1/3 от пациентите, като 22,2% от тях съобщават, че при постъпване в лечебното заведение не са обсъдили с медицинската сестра грижите, от които се нуждаят, а 7,9% не знаят за какво става въпрос. Въпреки че не е малък делът на лицата, при които не са обсъдени грижите, от които се нуждаят, 90,5% от тях са удовлетворени и 9,5% – силно удовлетворени, от оказаните сестрински грижи, като липсват неудовлетворени и силно неудовлетворени (фиг. 1).



Фиг. 1. Разпределение на изследваните лица относно удовлетвореността им от оказаните сестрински грижи

За да проучим необходимостта от включване на сестрински грижи като част от рехабилитационния пакет от услуги, решихме да разберем дали пациентите имат такива потребности (фиг. 2).

Видно е, че всички пациенти се нуждаят от сестринска намеса в процеса на рехабилитация. Най-голям е делът на лицата (49,2%), чиито здрав-



Фиг. 2. Мнение на пациентите относно потребностите им от сестрински грижи

ни потребности са свързани с необходимостта от сестрински дейности при провеждането на рехабилитационните процедури, като от тях 21,5% се нуждаят от помощ при планиране и участие в рехабилитационния процес, 11,9% имат потребност от информиране и обучение относно влиянието на рехабилитационните процедури, на 9,5% е необходима помощ при съблича̀не и обличане по време на извършването им, а 6,3% съобщават, че се затрудняват при общуването. Не е малък и делът на лицата (25,4%), които имат потребност от извършване на основни (базови) грижи – подпомагане/извършване при ежедневни хигиенни дейности – 11,9%, подпомагане за придвижване и движение по време на престоя – 9,5%, а 4% се нуждаят от помощ по време на хранене. 15,1% от анкетираните се нуждаят от наблюдение, свързано със следене на жизненоважните показатели (измерване на температура, пулс, кръвно налягане, дишане, отделяне на урина и изпражнения), а за 6,3% са необходими технически грижи, свързани с помощ и подпомагане при провеждане на назначената лекарствена терапия. Останалите 4% от пациентите имат нужда от други потребности, свързани със сестринските дейности.

За постигане на целите при удовлетворяването на потребностите от здравни грижи медицинската сестра трябва да поощрява, да стимулира пациента към самостоятелност и независимост. Това налага медицинската сестра да оцени съвместно с пациента потребността от здравни грижи, съобразявайки се с възрастта, заболяването, степента на инвалидност и др.

Във връзка с въпроса: „От какво заболяване страдате?”, най-голям дял заемат пациентите след прекаран мозъчен инсулт – 32,1%, следвани от пациентите със захарен диабет – 24,9%, и тези със заболявания на опорно-двигателния апарат – 20,6%, с артериална хипертония са 9,4%, ИБС – 4%, невроза – 1,9%, а останалите 7,1% съобщават, че са с други заболявания.

Лицата, които се нуждаят от рехабилитация, могат да бъдат от различни възрастови, социални, образователни и други групи, с различни заболявания, но за да се постигне удовлетворение от оказаните грижи, е необходим адекватен отговор на здравните им потребности. Затова решихме да разберем оказва ли влияние хроничното заболяване върху потребностите от здравни грижи. За целта обединихме потребностите на пациентите от сестрински грижи в три групи: 1) основни (базови) грижи, включващи помощ при извършване на хигиенни дейности, движение и хранене; 2) каче-

ствени грижи, свързани с лечебно-рехабилитационния процес – помощ при събличане и обличане, планиране и участие в рехабилитационния процес, информиране и обучение относно влиянието на рехабилитационните процедури и помощ при общуване с персонала; 3) технически и други грижи – измерване и регистриране на жизненоважни показатели, помощ при провеждане на лекарствената терапия и други потребности. При съпоставяне на тези три групи здравни потребности с хроничното заболяване, от което страда пациентът, се установи изразена статистическа зависимост ($p < 0,05$), видно от фиг. 3.

От фиг. 3 е видно, че качествените грижи, свързани с информиране и подпомагане от медицинската сестра по време на извършване на рехабилитационните процедури, са значими при всички пациенти, независимо от хроничното заболяване (от 83,3% при пациенти с неврози до 28,8% при тези с артериална хипертония). Технически и други грижи, свързани със следене на жизненоважните показатели и помощ при медикаментозно лечение, са необходими при пациенти с артериална хипертония – 67,8%, и захарен диабет – 54,1%, а основните базови грижи (хигиена, хранене и движение) са важни за 54% от болните с последици от мозъчен инсулт и за 32,3% със заболявания на опорно-двигателния апарат.

Установена бе и силна статистическа зависимост ($p < 0,01$) между групираните потребности от сестрински грижи и степента на инвалидност на пациентите (фиг. 4).

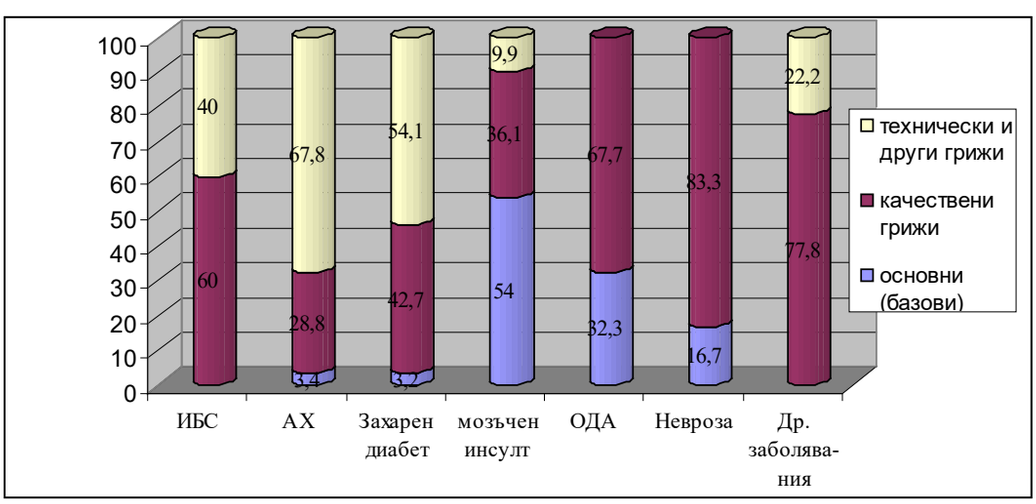
Данните показват, че необходимостта от предоставяне на основните (базови) грижи – хигиена, хранене, движение, нараства с увеличаване степента на инвалидност на пациентите – от 12,5% при пациентите с най-малък процент нетрудоспособност до 45,2% при инвалидите с над 90% нетрудоспособност. Това са лица с тежка степен на инвалидизация, при която пациентите са затруднени в извършването на рутинните ежедневни дейности и стават силно зависими от медицинските сестри, полагащи 24-часови грижи за тях по време на престоя им в болниците за рехабилитация.

Половината (50%) от техническите и други грижи, свързани със следене на соматичните показатели, медикаментозно лечение и т.н., са необходими при пациентите с инвалидност от 50 до 71%, с нарастване на степента на инвалидност потребността намалява и при пациентите с нетрудоспособност над 90% те са едва 17,4%. Качествените грижи, необходими по време на извършване на рехабилитационните процедури, като помощ при тяхното планиране и извършване, информиране за действието им, са необходими почти в еднаква степен при всички пациенти с група инвалидност – от 37,4 до 49,1%.

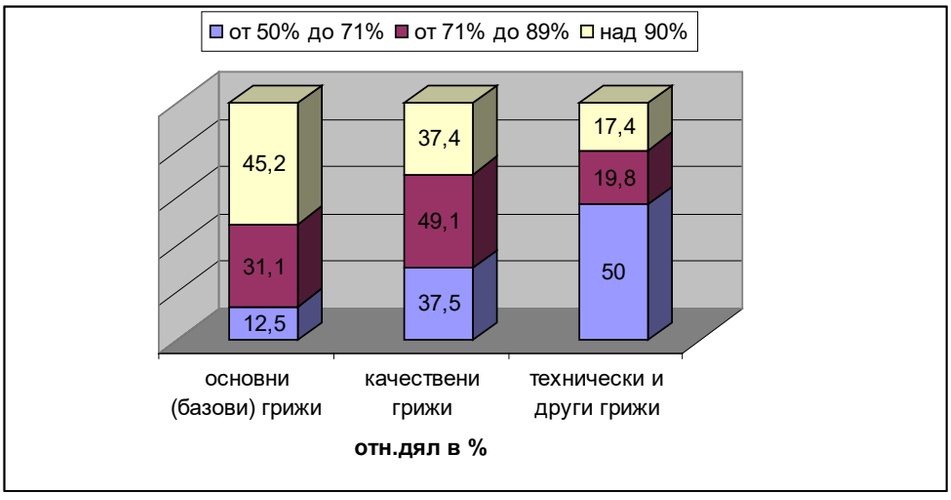
Не се установи статистическа зависимост между потребностите от сестрински грижи и факториалните признаци пол, възраст и образование.

Тези данни позволяват да се направят следните **изводи**:

1. Проучването доказа необходимостта от включването на сестринските грижи в пакета от



Фиг. 3. Разпределение на потребностите от сестрински грижи в зависимост от хроничното заболяване



Фиг. 4. Разпределение на пациентите с определен процент нетрудоспособност в зависимост от потребностите им от сестрински грижи

услуги, предоставяни на пациентите в болниците за рехабилитация.

2. Пациентите и техните семейства трябва да се разглеждат като партньори в лечебно-рехабилитационния процес, с акцент върху активното им сътрудничество при определяне на потребностите от здравни грижи.

3. Въпреки че 1/3 от пациентите съобщават, че при постъпване в болницата за рехабилитация не са обсъдени съвместно с медицинската сестра грижите, от които се нуждаят, 90,5% са удовлетворени и 9,5% – силно удовлетворени, от оказаните сестрински грижи.

4. За повишаване на удовлетвореността на пациентите от оказаните сестрински грижи е необходимо да се извършва оценка на техните индивидуални потребности в зависимост от здравното им състояние.

Заключение

Болниците за рехабилитация са лечебни заведения, които са участници на пазара и за да са конкурентоспособни, трябва да предлагат друг вид услуга, отговаряща на потребностите на пациента. Според мнението на пациентите присъствието на медицинската сестра е от особено значение в процеса на рехабилитация. Качеството на сестринските грижи в болниците за рехабилитация трябва да отговаря на очакванията на болния и на неговите потребности както по отношение на техническото изпълнение на грижите и процедурите, така и по отношение на взаимоотношенията, възникващи в процеса на тяхното предоставяне. Пациентът следва да е не само получател на грижа, той трябва да бъде партньор в грижата. Това изисква от медицинските сестри да предоставят грижи в зависимост от потребностите на пациента, прилагайки холистичен подход, който би повишил ефективността и качеството на услугите в тези лечебни заведения.

Библиография

1. Балканска П. Приложна психология в медицинската практика. Булвест 2000, 2009.
2. Василева М. Психологическа помощ: консултиране и рехабилитация. София, 2012.
3. Мухина СА, Тарновская ИИ. Теоретични основи на сестринските грижи. Плевен, 2006.
4. Николова Н. Неологизмите в съвременния медицински дискурс. В: Светът е слово. Словото е свят. Благоевград, УИ „Неофит Рилски“, 2016, 65-74.
5. Николова Н. Вежливата реч в медицинската практика. В: VII международна научна конференция „Предизвикателствата на XXI век за развиване на комуникативната компетентност за професионални цели“, 08-09.12.2014, Варна, ИК „Стено“, 2014, 109-113.
6. Николова Н. Комуникативни аспекти на медицинския дискурс. В: Studia Philologica Universitatis Velikotarnovensis, УИ „Св. св. Кирил и Методий“, 2017, 36(2).
7. Петрова Зл, Чамов К, Гладилов С. Качеството в здравеопазването. Съвременни измерения и тенденции. София, 2008.
8. Чанева Г. Качеството на сестринските грижи като приоритет. София, 2008, 47.
9. Юрукова К. Обществено здраве. София, ГорексПрес, 2001, 34.

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА МОТИВАЦИЯТА НА ПРОФЕСИОНАЛИСТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ В ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Д. Митев, Р. Златанова-Великова

Катедра „Здравна политика и мениджмънт“, Факултет по обществено здраве, МУ – София

ANALYSIS AND EVALUATION OF THE MOTIVATION OF HEALTH CARE PROFESSIONALS IN HOSPITAL CARE INSTITUTIONS

D. Mitev, R. Zlatanova-Velikova

Department of Health Policy and Management, Faculty of Health Care, Medical University – Sofia

Abstract. The staff's motivation is one of the most important factors and one of the most complex problems facing by healthcare managers for the successful functioning of hospitals in market-based enviroment. This article examines, analyzes and evaluates the motivation of healthcare professionals in hospitals. It is established that in the examined medical institutions the main limiting and dissatisfying motivating factors are "Career Opportunity", "Provision of social benefits from the medical institution", "Recognition of hard work and efforts in fulfilling the obligations". The best satisfied effective influencing factors on the motivation of health care professionals are "Good organization of working time", "Presence of team spirit in the work", "Safety in the workplace". Recommendations for the implementation of effective approaches to the motivation of the interviewed respondents are suggested.

Key words: *motivation, health care professionals, factors of motivation*

Адрес за кореспонденция: Д-р Димитър Пламенов Митев, докторант, Катедра „Здравна политика и мениджмънт“, ФОЗ, МУ – София, Проф. д-р Ралица Златанова-Великова, дм, зам. декан НИД, ФОЗ, МУ – София, e-mail: r.zlatanova@foz.mu-sofia.bg

Address for correspondence: D. Mitev, Department of Health Policy and Management, Faculty of Health Care, Medical University – Sofia Proff. Ralitsa Zlatanova-Velikova, MD, PhD, Faculty of Health Care, Medical University – Sofia, e-mail: r.zlatanova@foz.mu-sofia.bg

Проблемите на мотивацията на човешкото поведение в трудовата дейност придобиват съществено значение за успешното функциониране на организациите, включително и болниците, в пазарните условия. Все по-голяма е необходимостта от тяхното изучаване и овладяване от мениджърите на всички йерархични нива. От гледна точка на управлението на лечебните заведения, мотивацията на персонала е един от най-важните фактори. В специфичния труд, влаган в сферата на здравеопазването, служителите показват издръжливост, упорито преследване на целите и инициативност при поставени цели, когато са насърчавани достатъчно чрез правилно ориентирана мотивация. За ръководителя на лечебното заведение мотивацията на екипа е крайно необходим управленски инструмент, който трябва постоянно и последователно да се прилага. Същевременно е необходимо да се отчита, че мотивирането на човешките ресурси е една от най-важните и най-сложни задачи, които стоят пред съвременния ръководител.

Целта на настоящото проучване е да се изследва, анализира и оцени мотивацията на професионалистите по здравни грижи в лечебните заведения за болнична помощ.

За постигане целта са изпълнени следните задачи:

1. Представяне на значението на метода на мотивационните профили.

2. Разработване на мотивационни профили на професионалистите по здравни грижи в изследваните лечебни заведения за болнична помощ.

3. Анализ на резултатите на мотивационния профил при професионалистите по здравни грижи по отношение на:

– лимитиращите, проблемните фактори в профила;

– успешно въздействащите върху персонала фактори **–** мотиватори в профила.

4. Формулиране на изводи и препоръки за прилагане на ефективни подходи в мотивацията на изследваните респонденти.

Материал и методи

За обективизиране на наблюдаваните резултати е използван документален и анкетен метод. Проучени са литературни източници в областта на изграждането на мотивационни профили.

Мотивационният профил има за цел да установи равнището на трудовата мотивация. За целите на настоящото изследване се разработва такъв профил за професионалистите по здравни грижи в избраните лечебни заведения, който се основава на анкетен метод. Анкетирането обхваща целево подбраната извадка от персонала, отговаряща на изискването за представителност и достоверност на резултатите. В проучването, проведено в периода 02.01.-31.01.2019 г., са анкетирани 129 професионалисти по здравни грижи, работещи в МБАЛ „Здравето 2012“ – София, и МБАЛ „Хигия“ – Пазарджик.

След обработката на анкетните карти се установи ранглиста на петнадесетте най-важни мотивиращи фактори за извадката. Ранглистата се изчислява по следната формула:

Относителното тегло = (ml x A + m2 x B + mn x Z) : (ml + n^2 +... + mn),

където: **(т1 + n2+ ... + mn)** – брой анкетирани, **A, B, C... Z** – място на фактора мотиватор в класацията на анкетирания. По този начин се определят относителните тегла на всички фактори мотиватори.

Извършено е градиране на факторите въз основа на стойността на тяхното относително тегло – колкото по-малка е величината на даден фактор, толкова по-висок е неговият рейтинг в общата класация на факторите мотиватори. Тоест факторът с най-ниско относително тегло е на първо място в ранглистата.

За таблична и графична обработка и презентация са използвани продуктите на Microsoft Office.

Резултати и обсъждане

Методът на мотивационните профили служи за разработване на такива профили на изследваните категории медицински персонал, които показват степента на удовлетвореност и неудовлетвореност от работата им (Илиев, 1993, 2005, 2007, 2009, 2014). Изграждането на мотивационен профил е изследователска процедура, въз основа на която се получава полезна информация, която спомага на мениджърите да усъвършенстват системата за трудова мотивация. Самият мотивационен профил може да се разглежда според Йосиф Илиев така: „мотивационният профил представлява цялостно, комплексно изображение на равнището на удовлетвореност на персонала (или работниците от групата) съобразно въздействието на основните мотивационни фактори“ (Илиев, 1993). Сава Джонев и Пламен Димитров (2015) дефинират, че „мотивационният профил дава портрета на личността от гледна точка на това какво и доколко го мотивира в организацията. Мотивационният профил е аналитично изображение на степента, в която компанията удовлетворява различните потребности на служителите си. В този смисъл мотивационният профил зависи както от потребностите, ценностите и интересите на служителите, така и от наличностите в организацията, с които тя отговаря на техните нужди“. М. Кузманова постулира, че „изследването на мотивационния профил на организацията дава възможност да се установят основните несъответствия между представите, желанията и очакванията на работниците за мотивационно въздействие и фактически осъщественото въздействие. Анализът представлява средство за повишаване на ефективността на мотивацията чрез обосновани управленски въздействия“. Основният извод, който може да се направи и от трите определения, е, че удовлетвореността на персонала е в пряка връзка с мотивацията. Технологията на изграждане на мотивационен профил предполага поне две линии на оценяване на факторите на трудовата ситуация. Едната е по степен

на значимост, а другата е по равнище на удовлетвореност. Като правило за всеки фактор на мотивацията се сравняват двете оценки и това сравнение е основа за описание, обяснение, прогнозиране на конкретната трудова ситуация в дадено лечебно заведение за определена категория персонал.

Ако оценките на факторите на трудовата ситуация се сравнят въз основа на тяхната значимост и фактическото им състояние (измерено чрез удовлетвореността от съответния фактор), се получава информация за мотивационния потенциал на отделните фактори на трудовата ситуация. Силната значимост на фактора **–** мотиватор, съчетана с ниско равнище на удовлетвореност от фактора, е сигнал за фактор със значим мотивационен потенциал. И обратното, ако е налице ниска значимост на фактора **–** мотиватор, и високо равнище на удовлетвореност от него, се счита, че това е фактор с нисък мотивационен потенциал. Спрямо изследваната съвкупност въз основа на тези фактори могат да се проектират мотивационни програми, действия, политики и т.н. Откриването на факторите с висок мотивационен потенциал може да се направи както за цялата изследвана съвкупност (например персонала на едно лечебно заведение), така и за конкретни категории персонал – например за ръководителите на отделения, групи функционални специалисти и др. Така ориентирите за работа с хората стават по-конкретни.

В резултат на проведеното проучване сред професионалистите по здравни грижи в изследваните лечебни заведения за болнична помощ са получени резултатите, представени в табл. 1, като факторите са подредени според тежестта им.

Представената таблица не дава пълна представа за нивото на удовлетвореност на потребностите, но носи информация как задоволяването им ще се отрази на мотивацията на персонала в лечебните заведения и ще окаже положително влияние върху резултатите от дейността. По-пълна представа за степента на удовлетвореност се получава от обработката на данните от анкетните карти относно удовлетвореността на потребностите, като всеки анкетиран изразява мнението си за степента на неговата задоволеност от равнището на така класираните фактори на мотивация. Това става чрез отнасянето им към една от трите категории за определяне на нивото на удовлетвореност:

1. Задоволени потребности;
2. Фактори на мотивация, за които анкетираният не е сигурен как му въздействат;

Таблица 1. Ранжиране на факторите при професионалисти по здравни грижи

№	Фактори на мотивация	Относително тегло
1	Равнище на заплащане	2,42
2	Сигурност на работното място	4,36
3	Добра организация на работното време	4,84
4	Признание за положените труд и усилия за извършената работа	5,47
5	Задоволство и интерес от работата	5,50
6	Условия на труд	5,65
7	Реално изпълнявани задачи от конкретния изпълнител	6,89
8	Осигуреност с достатъчно персонал	7,01
9	Стил на управление на ръководството	9,12
10	Социални придобивки	10,15
11	Възможност за кариерно развитие	10,25
12	Възможност за обучение и повишаване на квалификацията	11,13
13	Висока оценка на лоялност и ангажираност към болницата	11,51
14	Наличие на екипен дух и отношения	11,72
15	Наличие на добри функциониращи комуникационни канали	13,98

3. Незадоволени потребности;

Изчислителните процедури върху първичната информация позволяват да се достигне до таблично обобщените в табл. 2 резултати.

Получените данни от обобщените форми са изходна информационна база за построяване на мотивационните профили. Попълва се нова таблица (табл. 3) с обобщени резултати в Microsoft Excel. Построяват се две нови колони (6 и 7), като процентите в тях се изчисляват по посочените в таблиците методи.

При построяване на мотивационните профили се маркират едновременно колони 3, 6 и 7, след което от функцията радар на Microsoft Excel се изчертават самите профили. Мотивационните профили са построени върху окръжност, разделена равномерно на петнадесет сектора. Номерацията на линиите,

Таблица 2. Обобщена форма на резултатите от проучването (респективно обобщена ранглиста и обобщени оценки по степени) при професионалистите по здравни грижи

№	Фактори за мотивация	Обобщени резултати от трети етап на проучването в %		
		Удовлетворение	Не мога да преценя	Неудовлетворение
1	Равнище на заплащане	44,53	5,47	50,0
2	Сигурност на работното място	64.8	6.3	28.9
3	Добра организация на работното време	71.1	4.7	24.2
4	Признание за положените труд и усилия за извършената работа	41.4	14.8	43.8
5	Задоволство и интерес от работата	53.9	7.8	38.3
6	Условия на труд	57.0	7.8	35.2
7	Реално изпълнявани задачи от конкретния изпълнител	42.2	9.4	48.4
8	Осигуреност с достатъчно персонал	45.3	11.7	43
9	Стил на управление на ръководството	45.3	7.03	47.7
10	Социални придобивки	28.9	8.6	62.5
11	Възможност за кариерно развитие	30.5	10.9	58.6
12	Възможност за обучение и повишаване на квалификацията	41.4	14.8	43.8
13	Висока оценка на лоялност и ангажираност към болницата	48.4	14.1	37.5
14	Наличие на екипен дух и отношения	67.2	7.0	25.8
15	Наличие на добри функциониращи комуникационни канали	42.2	9.4	48.4

излизащи от центъра на окръжността, съответстват на 15-те основни фактора мотиватори.

С червената линия са съединени отделните сектори в окръжността при числата от колона 3 на формата. Със синя линия са съединени отделните сектори в окръжността при сумарните числа от колона 3 и 4.

На фиг. 1 е представен мотивационният профил на професионалистите по здравни грижи в изследваните лечебни заведения за болнична помощ.

Информацията, онагледена на мотивационния профил, показва:

– първата зона на окръжността, очертана от синя линия между отделните сектори, представлява фактическият мотивационен профил на професионалистите по здравни грижи. Това е зоната на реалната им удовлетвореност от въздействието на основните мотивиращи фактори. Това по същество е оползотвореният мотивационен профил в лечебните заведения.

– втората зона на окръжността, намираща се между синята и червената линия по отделните сектори, характеризира неяснота и вероятно безразличие на респондентите по отношение на въздействието на отделните мотивиращи фактори. Това е зоната, в която в най-голяма степен са налице резерви за възможно повишаване равнището на мотивация.

– третата зона на окръжността, намираща се между свързаните с червена линия сектори и самите очертания на кръга, характеризира неудовлетворението на професионалистите по здравни грижи от въздействието на отделните мотивиращи фактори.

Лимитиращи, проблемни фактори в профила

Под лимитиращи, проблемни фактори мотиватори се имат предвид тези 3 фактора в ранглистата, които се характеризират с най-нисък процент на удовлетворение на персонала от въздейст-

Таблица 3. Обобщени в процент резултати от проучването при професионалистите по здравни грижи

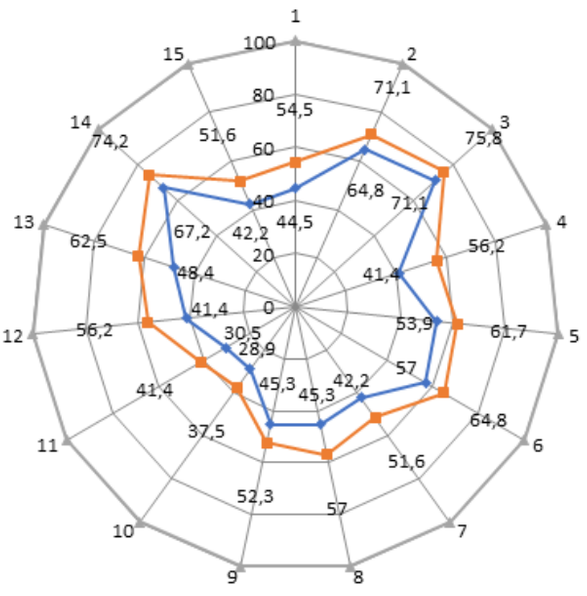
№	Фактори мотиватори	Обобщени в процент резултати от проучването			А = колона 3 + колона 4	Б = колона 3 + колона 4 + колона 5
		Удовлетворение в %	Не мога да преценя в %	Неудовлетворение в %		
1	Равнище на заплащане	44,5	5,5	50,0	50	100
2	Сигурност на работното място	64.8	6.3	28.9	71,1	100
3	Добра организация на работното време	71.1	4.7	24.2	75,8	100
4	Признание за положените труд и усилия за извършената работа	41.4	14.8	43.8	56,2	100
5	Задоволство и интерес от работа	53.9	7.8	38.3	61,7	100
6	Условия на труд	57.0	7.8	35.2	64,8	100
7	Реално изпълнявани задачи от конкретния изпълнител	42.2	9.4	48.4	51,6	100
8	Осигуреност с достатъчно персонал	45.3	11.7	43	57	100
9	Стил на управление на ръководството	45.3	7.03	47.7	52,3	100
10	Социални придобивки	28.9	8.6	62.5	37,5	100
11	Възможност за кариерно развитие	30.5	10.9	58.6	41,4	100
12	Възможност за обучение и повишаване на квалификацията	41.4	14.8	43.8	56,2	100
13	Висока оценка на лоялност и ангажираност към болницата	48.4	14.1	37.5	62,5	100
14	Наличие на екипен дух и отношения	67.2	7.0	25.8	74,2	100
15	Наличие на добри функциониращи комуникационни канали	42.2	9.4	48.4	51,6	100

вието им. На самия мотивационен профил това са факторите в първата зона на окръжността, които се намират най-близо до нейния център. В изготвения мотивационен профил те са: *възможност за кариерно развитие*, *предоставяне на социални придобивки от лечебното заведение*, *признание за положените труд и усилия за извършената работа*.

Успешно въздействащи върху персонала фактори мотиватори в профила

На самия мотивационен профил, това са факторите в първата зона на окръжността, които са най-отдалечени от нейния център. Те са: добра организация на работното време, наличен на екипен дух в работата, сигурност на работното място.

Изяснени са най-важните фактори мотиватори при професионалистите по здравни грижи. Мотиваторът ***равнище на заплащане*** е класиран от респондентите като най-силен и основен мотивиращ фактор. Данните от изследването показват неудовлетвореност при 50% от анкетираните. Мениджърите на лечебните заведения трябва да търсят начини за осигуряване на достойно и справедливо



Фиг. 1. Мотивационен профил на професионалистите по здравни грижи

заплащане на професионалистите по здравни грижи, съобразено с квалификацията и труда им.

Мотиваторът ***сигурност на работното място*** е ранжиран на второ място, като голяма част от анкетираните посочват този фактор като задоволена потребност 64,8%). Има спокойствие в работата, не се работи под напрежение и страх, че работата може лесно да бъде изгубена.

Трето място в ранглистата на факторите на мотивацията заема факторът ***добра организация на работното време***. Удовлетвореността от този фактор е много висока **–** 71,1%, и респондентите му отдават голямо значение. Формите на организация на работното време в лечебните заведения – работата на смени, нощния труд, разпокъсаното работно време, т.е. с променливи граници, извънредният труд, позволяват на работещите да реализират допълнителна трудова дейност, респективно **–** трудови доходи. Много професионалисти по здравни грижи работят допълнително, за да могат да си осигурят нормален стандарт на живот. Част от анкетираните обаче **–** 21,2%, са недоволни от работата на смени и ненормираното работно време, което е свързано и с ограничена възможност предварително да се планира работното време, намалява се времето, необходимо за семейни грижи и общуване.

На четвърто място е посочен мотивационният фактор ***признание за положените труд и усилия за извършената работа***. Удовлетворени са едва 41,4% от респондентите. Професионализмът и признанието за добре свършената работа много често се подценяват от лекаря, началника, пациентите и техните близки. Резултатите показват, че ръководството не адресира достатъчно конкретни форми на признание в работата (делегиране на допълнителни права и правомощия, предоставяне правото на самоконтрол) към отделния специалист. Признанието за добре свършена работа е силен стимул за персонала в болниците и трябва да се прави по-често, лично и по възможност да бъде публично. Понякога това признание е дори по-важно от финансовото възнаграждение.

Факторът ***задоволство и интерес към работата*** е класиран на пето място и има доминиращо значение за мотивацията. От този фактор са удовлетворени повече от половината анкетирани (53,9%). Той ни дава представа доколко работещите обичат и смятат работата си за интересна, доколко тя им носи удовлетворение. Професията на професионалистите по здравни грижи се характеризира с трудности при овладяване на нова техника или справяне със стара апаратура, натоварена работа с много пациенти, не рядко липса на подкрепа от семейството, често неадекватно възнаграждение, недостатъчно обществено признание. Въпреки това над половината анкетирани – 53,9%, считат работата си за интересна и разнообразна.

На шесто място по значимост за анкетираните е поставен факторът ***условия на труд***. 57% са удовлетворени от работните условия. Резултатите показват, че мениджърите са създали предпоставки и условия за нормални условия на труд. Осигуряването на подходящи работни условия предполага по-голяма ангажираност и качество на работата на професионалистите по здравни грижи. Неадекватните и неблагоприятни условия на труд се отразяват негативно на ангажираността и намерението им да останат в лечебното заведение, на нивото на удовлетвореност от работата и на възприемането за справедливо заплащане.

Факторът, поставен на седмо място, е ***реално изпълнявани задачи от конкретния изпълнител***, от чието състояние в лечебните заведения са доволни едва 42,2%. Сравнително нисък е процентът на удовлетворение по този фактор. Той показва колко е важно професионалистите по здравни грижи да имат възможност за инициатива, да могат да прилагат своите знания, умения и

компетентност при изпълнение на функциите си, да носят отговорност за задълженията си, да могат самостоятелно да вземат определени решения. Друга част от анкетираните – 48,4%, смятат, че работата, която вършат не им дава възможност за инициатива и самостоятелност, която да отговаря на тяхната квалификация или длъжностна характеристика. Необходимо е да се обърне внимание именно на тази част от персонала и причините, които пораждат недоволството.

Поставеният на осмо място фактор о***сигуреност с достатъчно персонал*** разкрива оценката на анкетираните за натовареността им по време на работа. 43% от респондентите считат, че персоналът в тяхната болница е недостатъчен, което рефлектира върху качеството на предлаганите медицински услуги. Обективните причини за недостига на медицински персонал са застаряващото население и увеличаването на хроничните заболявания, които изискват повече здравни грижи. Проблем е и недостатъчната привлекателност за младите на някои здравни професии (най-вече професията медицинска сестра).

На девето място от анкетираните е поставен факторът ***стил и управление на ръководството,*** определен като важен стимул за работата. За най-важна функция на мениджъра се приема разкриването на способностите на хората и допускането на свобода на действие в рамките на изпълняваните функции. От особено значение вече е умението да се мотивират и възнаграждават хората, така че да работят по-добре и да намират удовлетворение в работата. В разглежданите лечебни заведения 45,3% от респондентите са доволни от прилагания стил на ръководство, 47,7% са недоволни от отношението на ръководителите си. Необходимо е ръководството да търси причините, пораждащи това недоволство, и начините да мотивира, ентусиазира и вдъхновява своите служители, тъй като незадоволеността на тази потребност създава предпоставка за неоценяване на всички други усилия на ръководството за подобряване на мотивацията.

На десето място е класиран факторът ***социални придобивки.*** Респондентите в голяма степен не са доволни от придобивките, които имат (нефинансови бонуси като допълнително медицинско осигуряване в частен фонд, карта за спорт, ваучери за храна и т.н.). Процентът на неудовлетворените е 62,5%. Този фактор принадлежи към ниските нива на пирамидата на потребностите и колкото повече и по-разнообразни придобивки се полагат на работещите, толкова повече те ще ги оценяват. Необходимо е мениджърите да се ориентират към един важен лост за повишаване на мотивацията – т.нар. *социален пакет*. Освен загриженост за благополучието на персонала си, работодателите ще могат да повишат и мотивацията им.

Мотивиращият фактор ***възможност за кариерно развитие*** е свързан със слабо удовлетворение. Над половината (58,6%) от анкетираните професионалисти по здравни грижи считат, че не могат да имат кариерно развитие. Мениджърите на лечебните заведения трудно могат да намерят възможности за осигуряване на кариера при професионалистите по здравни грижи, което е от решаващо значение за генериране на по-голяма ангажираност и мотивираност от тяхна страна, тъй като в самите болници няма и голям набор от длъжности на различно йерархично ниво.

Факторът мотиватор ***възможност за обучение и повишаване на квалификацията*** е на последните места в ранглистата. Висок е относителния дял на тези, които не знаят как им въздейства този фактор – 14,8%. Процентът на удовлетворените и неудовлетворените е почти еднакъв. Някои служители се включват с най-голяма готовност в процеса по придобиване на нови знания и умения, а други не желаят да повишат квалификацията си. Важен фактор, оказващ влияние върху мотивацията на професионалистите по здравни грижи, е доколко участието в обучението дава възможност за повишаване на квалификацията, а оттам – за развитие и израстване в болницата. Ако ръководството на лечебното заведение насочва хората към обучителни дейности, отправяйки посланието, че това е признание за техните усилия и ценна възможност за развитие, мотивацията на служителите значително ще нарасне. Нивото на професионална квалификация на професионалистите по здравни грижи трябва да е в корелация със съвременните постижения на медицинската наука и практика и с актуалните изследвания в системата на здравеопазването.

На тринадесето място е класиран факторът ***висока оценка на лоялност и ангажираност към болницата***. Почти половината от анкетираните считат, че са отдадени на болницата, приели са мисията и целите ѝ, с готовност полагат усилия

и показват желание да останат в нея. Поддържането на удовлетворението от работата и отдадеността на организацията е предизвикателство за мениджърите, които трябва да се интересуват и да са загрижени както от удовлетвореността на служителите от работата, така и от отдадеността им към болницата, ако искат да запазят висококачествена, лоялна работна сила.

Въпреки че факторът ***наличие на екипен дух и отношения*** е поставен на предпоследно място, при него е налице висока степен на удовлетворение – 67,2% от интервюираните смятат работния микроклимат за добър. Около 1/4 (23,3%) са неудовлетворените, но в сравнение с другите основни фактори колегиалните връзки и взаимодействия в най-малка степен влияят върху мотивираността на професионалистите по здравни грижи за работа.

На последно място в класацията на факторите е поставен ***наличие на добри функциониращи комуникационни канали***. Почти 1/2 от анкетираните **–** 48,4%, са недоволни от комуникацията в лечебното заведение. Невинаги ръководствата на лечебните заведения изказва благодарност за това, че служителят си е свършил добре работата, пропускат да включат професионалистите по здравни грижи в процеса на вземане на решения, не търсят активно и не изслушват внимателно мнението им. Добрата комуникация в работата повишава груповата сплотеност и ефективност.

Обобщението от мотивационния профил на професионалистите по здравни грижи позволява да се направят следните изводи:

1. Основните лимитиращи и незадоволени фактори мотиватори в изследваните лечебни заведения са: ***възможност за кариерно развитие***, ***предоставяне на социални придобивки от лечебното заведение***, ***признание за положените труд и усилия за извършената работа***.

2. Най-добре задоволените ефективно въздействащи фактори върху трудовата мотивация при професионалистите по здравни грижи са ***добрата организация на работното време***, ***наличието на екипен дух в работата***, ***сигурността на работното място***.

3. Най-важните фактори мотиватори при професионалистите по здравни грижи са: ***равнище на заплащане***, ***сигурност на работното място***, ***добра организация на работното време*** и ***признание за положените труд и усилия за извършената работа***.

Основните препоръки и насоки за подобряване мотивацията за труд на професионалистите по здравни грижи в изследваните лечебни заведения са под формата на пакет от подходи, които съставляват съдържанието на добри практики за трудово мотивиране, а именно: мотивиране чрез самата работа; мотивиране чрез оценка на изявата и обратна връзка; мотивиране чрез участие в управлението и активация; мотивиране чрез засилване на чувството за екипност; мотивиране чрез дефиниране на статусно-ролеви характеристики; мотивиране чрез ускорения (поощрения и наказания) и чрез страх; мотивиране чрез създаване на подходяща организационна култура; мотивиране чрез ръководство и лидерство; мотивиране чрез възнаграждение; мотивиране чрез отчитане на индивидуалните характеристики на личността.

Заключение

Съществуващите комплексни програми и дейности за мотивация на професионалистите по здравни грижи не са достатъчно ефективни и се нуждаят от усъвършенстване. За постигането на качествени здравни услуги от съществено значение е да се търсят възможности за повишаване мотивацията на професионалистите по здравни грижи.

Библиография

5. Илиев Й. Управление чрез мотивация. Варна, ВСУ „Черноризец Храбър”, 2009, 324.
6. Илиев Й. Управление на човешките ресурси. Учебно помагало. София, Стопанство, 2007 г.,
7. Илиев, Й. Управление на човешките ресурси. Умението да мотивираме. В. Търново, Абагар, 2005, 480.
8. Петрова Зл, Черкезов Т. Здравна политика. Управление на ресурсите и качеството на медицинските дейности сборник лекции. МУ – София, 2017.
9. Янкова Г, Добрилова П, Аспарухова П, Владимирова Е, Янкулова Е. Процесът в сестринските грижи – произход и еволюция. Юбилейна научна конференция с международно участие „Образование, наука и иновации в здравните грижи“. Сборник доклади, Враца, 2017, 42-47. ISBN 978-954-9318-89-0.
10. Dobrilova PP, Yankova GT, Stefanova KS. Nursing and health policy. Volgograd, Sci World, Int Scient J, 2017, 2(11) (51), 43-46.
11. Yankova GT, Dobrilova PP. The degree of applicability of care in practical activities of medical specialists. Medicus. Volgograd, Int Med Sci J, 2017, № 5 (17), 37-41.

ТРУДНОСТИ В РЕАЛИЗИРАНЕТО НА ХОЛИСТИЧНИЯ ПОДХОД В РАБОТАТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА В ПЪРВИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

К. Стефанова, П. Добрилова

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

THE DIFFICULTIES OF REALIZING THE HOLISTIC APPROACH TO NURSING IN PRIMARY MEDICAL CARE

K. Stefanova, P. Dobrilova

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

Abstract. The bio-psycho-social concept of man leads to the creation and implementation in practice of the nurse of a specific approach of behavior, which is known as “holistic” and it is extremely important in the implementation of health care. The mission of the modern nurse is to provide continuous high quality and adequate health care to people based on a holistic approach to medicine. The primary medical care is the place where various health and medical services are implemented in the community, paying attention to the individual, family, social environment and performing a wide variety of medical and non-medical activities, taking into account the vital characteristics of the population. In this way, a holistic approach is realized, based on the understanding that changing and restoring the bio-psycho-social balance requires an impact on each of the three components: (mental, social and somatic) to achieve effective and quality health care. The purpose of this study is to investigate the difficulty of implementing a holistic approach in the practice of a nurse in a primary medical care so as to improve the health status of individuals and their life expectancy. Material and Methods: The study included 30 nurses working with general practitioners in primary care in the Vratsa region. In order to achieve this goal, the method of direct individual questionnaire, conducted in the period May-August 2019, was implemented. The results of the study reveal many difficulties that limit the ability and motivation of nurses to effectively implement the holistic approach to primary medical care. Almost half of the participating nurses admit that they are able to devote sufficient time and attention to their patients in medical consultations to fully discuss their health issues, but some respondents say they are unable to maintain effective communication with the families of these patients.

Key words: *primary care, nurse, holistic approach, health care*

Адрес за кореспонденция: Калина Стефанова, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, Медицински университет – София, 3000 Враца, тел. 0878 650 380

Address for correspondence: Kalina Stefanova, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa, tel. 00359 878 650 380

Последните години на преход у нас ясно показват, че при икономическа криза мисията на съвременната медицинска сестра се осъществява в условията на нарастващи безработица и бедност, социална изолация, наркомания, алкохолизъм и други. Влошаването на здравните показатели на населението и обществената неудовлетвореност нарушават баланса в здравната система, а оттам и възможностите и тя да отговори адекватно на здравните потребности на населението и да се прилага комплексен подход, основаващ се на социалния модел на здраве.

Първичната медицинска помощ (ПМП) създава условия, различни от другите здравни звена, в които прилагането на холистичния подход е трудноосъществимо и дейността на медицинската сестра е насочена предимно към психо-социалните проблеми на пациента. Тези проблеми са с различен характер и се повлияват само от своеобразните характеристики, свойствени на неговия социален кръг. Затова и подходите за решаването на тези проблеми трябва да бъдат съобразявани с конкретните условия в семейната и професионалната среда на пациента, с общността, в която той живее.

Целта на настоящото проучване е да се изследват трудностите при реализирането на холистичния подход в дейността на медицинската сестра в ПМП, които са съществена бариера за провеждането на комплексни здравни грижи.

За постигане на формулираната цел, пред проучването стоят за изпълнение следните задачи:

– да се изследва информираността на медицинските сестри относно здравните проблеми на пациентите в изследваните практики;

– да се определи значимостта на факторите, влияещи върху здравното състояние на пациентите и необходимостта от прилагането на комплексни здравни грижи;

– да се открояят основните дейности на медицинската сестра, съобразно здравните потребности на населението;

– да се идентифицират бариерите за реализирането на холистичния подход в тези практики;

– да се изследват професионалните характеристики на медицинските сестри и демографските показатели в тези практики.

Получените от това изследване данни показват, че преобладаващата част медицински сестри (66,7%) са с трудов стаж над 10 години и 76,7% са работещи в практики от градски тип с регистрирани между 800 и 1500 здравноосигурени лица.

Анализът на данните показва, че 80% от участващите медицински сестри разполагат с информация за наличието на разнообразни здравни проблеми при всички или при по-голямата част от пациентите, но 13,3% признават, че тази информация е непълна и те са информирани само за някои от тях. Притеснителен е фактът, че 6,7% от анкетираните споделят, че не разполагат изобщо с подобна информация въпреки продължителния контакт с тези пациенти.

Сред факторите, които имат най-голямо значение за здравното състояние на пациентите, 36,7% от медицинските сестри посочват като основен ***разходи за здравна култура***. Разпределението на останалите анкетирани относно значимостта на факторите е, както следва: ***нива на доходи*** – 20%; ***нарушена достъпност на здравни услуги*** – 13,3%; ***жилищни и хигиенни условия*** – 10%; ***семейна среда и обществена подкрепа*** – 10%; ***състояние на инфраструктура и транспорт*** – 6,7%; ***трудова заетост*** – 3,3% (фиг. 1).



Фиг. 1.Оценка на значимостта на факторите, детерминиращи здравното състояние на пациентите

Оценките на здравното състояние и потребностите на населението показват приоритетно значение на дейности, свързани с превенцията на сърдечно-съдови заболявания, мозъчносъдови заболявания, диабет, онкологични заболявания и др. Сред тези дейности най-голяма значимост медицинските сестри отдават на ***необходимостта от обучение на хронично болните в домашни условия*** (83,3%), както и на ***извършването на скринингови изследвания*** (16,7%). Най-често това са и основните здравни приоритети в развиващите се страни, но редица проучвания у нас показват недостатъчно ефективно извършване на тези дейности поради нарушено сътрудничество в различните нива на здравната система.

Почти половината от анкетираните медицински сестри (47,9%) работят съвместно с представители на различни здравни и социални институции, психолози, психотерапевти и др. за задоволяването на здравните потребности на



Фиг. 2.Бариери за прилагане на холистичния подход в работата на медицинската сестра в ПМП

населението. Всяка трета от анкетираните медицински сестри (33,3%) съобщава, че няма възможност да сътрудничи и да организира дейности, свързани със здравно обучение и възпитание. 10% не считат за необходимо да си сътрудничат с други медицински и немедицински специалисти в доболничната и извънболничната помощ, а 8,8% го правят при крайна необходимост.

В голяма част от случаите тези резултати са свързани с икономически, организационни, образователни, психологични и други фактори, водещи до понижена мотивация и до професионално изпепеляване при медицинските сестри. Изследването показва, че едни от най-честите причини за липсата на мотивация и ефективно прилагане на холистичния подход в ПМП според медицинските сестри са работното натоварване (63,3%) и продължителността на работното време (26,7%). 10% от респондентите се затрудняват да определят точните причини (фиг. 2).

Всичко това ни дава основание да смятаме, че здравните грижи у нас са главно насочени към решаване на здравните проблеми на населението и оставят извън фокуса си задоволяването на психо-социалните потребности на пациентите, което от своя страна пречи за ефективното осъществяване на холистичния подход в дейността на медицинската сестра в ПМП.

Според този подход всеки здравен проблем на пациента трябва да се разглежда едновременно от гледна точка на неговите телесни, психологични и социални компоненти. Холистичният подход при решаването на здравните проблеми на личността, семейството и общността е нова философия за грижата към човека – отвъд традиционния медицински модел.

Библография

1. Деспотова-Толева Л. Актуални аспекти на общата медицинска практика, Пловдив, ИК ВАП, 2009.
2. Джиганска Ц, Маринова П, Добрилова П. Холистичният подход в медицината. Сестринско дело, 2016, 48(3), 23-26.
3. Златанова Р. Организационни проблеми в дейността на ОПЛ. Дисертация, София, 2006.
4. Златанова Т, Златанова-Великова Р. Първична извънболнична медицинска помощ – проблеми и перспективи. София, 2008.
5. Стамболова Ив. Организационни аспекти на дейността на медицинската сестра от извънболничната помощ. Спец. медицина, 2003, (4):28-29.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧНИ И СОЦИАЛНО-ИКОНОМИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА ДЕМОГРАФСКИТЕ ПРОЦЕСИ В БЪЛГАРИЯ

И. Грозданов

ТП, НОИ – Враца

MEDICAL-PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL ECONOMIC ASPECTS OF DEMOGRAPHIC PROCESSES IN BULGARIA

I. Grozdanov

Head of Territorial Office of the National Insurance Institute – Vratsa

Abstract. The changes occurring in the architectural structure that includes a series of demographic processes require analysis based on evidence material and given the requirements of new realities, priorities and challenges. The aim was to attract the attention and to deepen knowledge to the socially relevant, significant and wide-specter problem of the medical psychological and social-economic aspects associated with the critical demographic processes and trends. In the above context, we pay a definite attention to the parameters characterizing the decrease birth rate and the increase of mortality, by which the country entered a period of a negative demographic development causing a significant decrease of the population number. This targeted intervention in the shown situational analysis is added with poverty, income inequality, the life style and conditions as one of the relevant social determinants threatening the population health. In conclusion, we would like to note that specificity of the shown social-demographic profile of the Bulgarian population requires the implementation of scientifically justified and supporting intersectorial demographic policies, which are the prerequisite and guarantee for the improvement of the population health and economic status.

Key words: *demography, social medicine, economy*

Адрес за кореспонденция: Д-р Иван Грозданов, директор на Териториално поделение на Националния осигурителен институт – Враца, e-mail: ivan_grozdanov_noi_vraca@abv.bg

Address for correspondence: Ivan Grozdanov, MD, Head of Territorial Office of The National Insurance Institute – Vratsa, e-mail: ivan_grozdanov_noi_vraca@abv.bg

Въведение

Днешното демографско състояние на българското население е резултат от продължителното действие на множество фактори и влияния. Част от тях са свързани с общи тенденции в демографското развитие на европейските страни, други – със специфичните особености на историческото и културното развитие на България.

В резултат на намаляване на раждаемостта и увеличаване на смъртността (предлагаме този процес да се дефинира като „феномена демографска катастрофа”), се установява значително понижение на броя на населението (по официални данни на НСИ от 2019 г. той е под 7 млн. души – без войни, пандемии и др., а по прогнозни данни на ООН през 2050 г. ще достигне 4,7 млн.; освен това страната ни ще се превърне в „демографска пустиня” – под 10 души на km^2 и т.н.), т.е. влошават се основните демографски и социални структури. Отрицателният естествен прираст е резултат от ниската раждаемост, от увеличаване на смъртността и от интензивните емиграционни процеси.

Съществен елемент в посочения ситуационен анализ представляват бедността, подоходното неравенство, начинът и условията на живот, като едни от актуалните социални детерминантни, застрашаващи здравето на населението. Според СЗО тяхното влияние, проектирано в индивидуалното и общественото здраве, е значително, широкоспектърно и с многофункционално значение. По този начин може да се очертае пространството за дефиниране и решаване на различни рискови демографски и миграционни процеси.

Цел

В този контекст, основната цел е да привлечем вниманието и да задълбочим разбирането към обществено актуалния, значим и широкоспектърен проблем за медико-психологичните и социално-икономическите кризисни процеси и тенденции.

Демографски процеси

Промените, които настъпиха в архитектурната структура, включваща редица демографски процеси, налагат те да се анализират въз основа на доказателствен материал и с оглед изискванията на новите реалности, приоритети и предизвикателства. Очевидно това провокира интереса да поставим този специален акцент, характерен за съвременното общество, имайки предвид следните неблагоприятни фактори:

– Влошаване на демографските, социалните и здравните индикатори;

– Предимство на лечебните дейности в сравнение с дейностите по промоция на здравето и интегрирана профилактика на болестите;

– Качество на медицинското обслужване, което не отговаря на очакванията на обществото;

– Недостатъчна координация между първичната, специализираната извънболнична помощ, спешната и болничната помощ;

– Ограничен достъп до извънболничната помощ на населението, живеещо в малки населени места, в планински и отдалечени райони.

Важно е да се подчертае, че ключов проблем на здравеопазването е конфликтът между ограничените ресурси, от една страна, и постоянно увеличаващите се разходи в резултат на демографските промени, нарастващите потребности и др.

В този контекст се формира прицелен ъгъл като резултат от интерактивното действие в пресечните полета на:

– намаляващия коефициент на плодовитост – за Европейския регион – 1,7-1,8, за България – 1,3-1,4 (този коефициент отразява средния брой деца, които една жена ражда в детеродна възраст);

– нарастването на броя на лицата в пенсионна възраст, които ще трябва да бъдат издържани финансово от по-малкия брой лица в активна трудова дейност и които се нуждаят от повече социални и медицински грижи;

– по отношение на международната миграция в двете ѝ разновидности – емиграция и миграция, в България все още преобладава интензивна емиграция. Това допълнително редуцира населението в страната, като се има в предвид, че емиграцията влияе върху възрастовата, образователната, професионалната и други структури.

Развитието на демографските процеси в страната са от изключителна важност не само за формиране на броя и структурите на населението, но и на трудовите ресурси, които са в основата на социалното и икономическото развитие.

Тези обстоятелства налагат да се фокусираме върху процеса на стареене, което води до редица медико-социални и икономически последствия, т.е. голяма част от всички бюджетни средства за здравни дейности се изразходват за медицинското обслужване на хората в пенсионна възраст. Ето защо профилактиката на преждевременното стареене, като надежден инструмент, увеличаващ продължителността на живота, преди всичко трябва да е насочена към отстраняване или намаляване на рисковите фактори – лоши социално-икономически условия, нездравословно хранене, недостатъчна физическа активност, психоемоционален стрес и т.н. Осигуряването на мотивация за труд и продуктивност, както и успешен мениджмънт на критичните ситуации при по-възрастната част от работещото население са една от приоритетните задачи, свързани със социалната активност и функциониране на личността [3].

Съвременните предизвикателства в областта на социалната сфера изискват устойчиво структуриране на социалната защита, а осигурителната система, възприемана като фундамент на социалната сигурност, се нуждае от последователни действия, насочени към нейното комплексно усъвършенстване. Това обуславя актуалността на проблематиката, касаеща социалното осигуряване, както и за отстраняването на организационни пропуски, в т.ч. и по отношение на дейностите по

профилактика и рехабилитация. Така профилактиката в нейните различни модели (първична, вторична и третична) се възприема като средство за ограничаване на осигурителните рискове чрез изолиране на рисковите фактори, ограничаване на тяхното влияние, предотвратяване на заболяванията и намаляване на преждевременната смъртност.

Относно ролята на навременната, продължителна и непрекъсната рехабилитация се счита, че тя е средство за подпомагане процеса на възстановяване на здравето и дееспособността до състояние, приближаващо се до нормалното.

Така се очертава концептуалната рамка, включваща параметрите на възможното интегриране на дейностите по профилактика и рехабилитация като форма на превенция на риска в рамките на осигурителната система.

Заключение

В заключение бихме желали да отбележим, че спецификата на посочения социално-демографски профил на българското население, както и изпълнението на превантивната функция на социалното осигуряване, налага осъществяването на дейности по профилактика и рехабилитация, възприемани като средство за постигане на желани здравни, социални и икономически ефекти.

В този аспект е необходимо реализирането на научнообосновани и подкрепящи междусекторни демографски политики, които са предпоставка и гарант за подобряване здравния и икономическия статус на населението.

Библиография

1. Воденичаров Ц. и кол. Социална медицина, София, ИГ „Горекс Прес" 2013.
2. Белчева М. Социално-демографски изследвания и анализи. В. Т., Фабер, 2014.
3. Добрилова П. Съвременни аспекти на медико-социалната рехабилитация. Сборник доклади от Втората научна конференция с международно участие. Филиал „Проф. д-р Иван Митев" – Враца, МУ – София. София, Централна медицинска библиотека, 2019, 64.
4. Михова Г, Николова М. Промените в труда и демографското развитие на Р. България. София, 2005.
5. Национална стратегия за демографското развитие на Р. България (2006-2020).
6. Маринова П, Янкова Г, Джиганска Ц, Владимирова Е, Грозданов И. Анализ на удовлетвореността на потребителите на Програма ПРО на НОИ в областите Пловдив, Пазарджик и София. Здравни грижи, 2013, (2), 15-20.
7. Стойнев Г. Социална геронтология. София, 1996.

ПРОФЕСИОНАЛНОТО ОБРАЗОВАНИЕ – ПРОБЛЕМ ПРИ ЛИЦАТА С УВРЕЖДАНИЯ И СПЕЦИФИЧНИ ОБРАЗОВАТЕЛНИ ПОТРЕБНОСТИ (ВЪЗМОЖНИ РЕШЕНИЯ И ДОБРИ ПРАКТИКИ)

Ив. Михайлова, А. Маринова, А. Целова

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

PROFESSIONAL EDUCATION – A PROBLEM FOR DISABLED PERSONS AND SPECIFIC EDUCATIONAL NEEDS (POSSIBLE DECISIONS AND GOOD PRACTICES)

Iv. Mihailova, A. Marinova, A. Tselova

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

Abstract. Approximately 10% of the EU population, namely more than 37 million people, are disabled, and in Bulgaria they are over 200 000. One of the most pressing issues of our time is the issue of integration, and in particular of equal opportunities and access for persons with special educational needs to vocational education and the free labor market. The article focuses on the problems of education of persons with disabilities, as a socially significant problem whose discussion focus can lead to possible solutions, referring to good practices in European countries and in particular in Bulgaria. Particular attention was paid to the specialty „Occupational Therapy“, as an alternative, creative and applicable variant of training for persons with special educational needs and as a working model in the training of healthcare professionals.

Key words: *people with disabilities, education, public policy, occupational therapy*

Адрес за кореспондения: Ивета Михайлова Маринова, Филиал „проф. д-р. Иван Митев”, МУ – София, 3000 Враца
e-mail: mihailova_iveta@abv.bg
Address for correspondence: Iveta Mihailova Marinova, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa,
e-mail: mihailova_iveta@abv.bg

Въведение

През последното десетилетие Европейският социален фонд и всички социални институции насочиха вниманието си към прилагането на практика на Конвенцията за правата на хората с увреждания на ООН. В тази връзка бе приет и Кодекс на добрите практики, в който са регламентирани взаимоотношенията между европейските страни в процеса на прилагане на Конвенцията за правата на хората с увреждания. България, като член на Европейския съюз, не остана безучастна към този световен процес и разработи и прие Националните цели и приоритети на Националната стратегия за хората с увреждания 2016-2020 г. в съответствие с Европейската стратегия за хората с увреждания за периода 2010-2020 г. „Подновен ангажимент за Европа без бариери“. Тази стратегия поднови ангажимента на Европейския съюз за Европа без бариери, залагайки дейности в осем приоритетни области: достъпност, участие, равенство, заетост, образование и обучение, социална защита, здравеопазване и външни дейности, или осигуряване на достъп до среда за живеене, до

транспорт и транспортни услуги, до информация и до комуникации, или ключовите приоритети на политиката в периода до 2020 г. са:

1. Осигуряване на достъп и приобщаване на всяко дете в образователната система и възможности за обучение през целия живот.

2. Осигуряване на ефективен достъп до качествени здравни услуги.

3. Осигуряване на условия за работа и заетост на хората с увреждания.

4. Осигуряване на адекватна подкрепа за живот в общността.

5. Осигуряване на достъп до спорт, отдих, туризъм и участие в културния живот.

Тук ще разгледаме някои аспекти на образованието и обучението на лицата с увреждания. Правото на образование на всеки български гражданин е гарантирано от Конституцията на Република България и държавата насърчава образованието, като създава и финансира училища. Някои от целите, насочени към учениците със затруднения в обучението, са за създаване на подходящи условия за професионално обучение и подготовка. Определена е и възможността за интегрирано обучение на децата със специални образователни потребности посредством създаване на подкрепяща среда в детските градини и училищата [5].

Роля на Регионалните центрове за подкрепа на процеса на приобщаващото образование

Сериозната работа на ***Регионалните центрове за подкрепа на процеса на приобщаващото образование*** (РЦПППО) като специализирани обслужващи звена на Министерството на образованието и науката даде резултат. През последните 5 години при голяма част от децата със СОП бяха оценени индивидуално техните потребности. Те бяха прехвърлени към училищата под ръководството на компетентни ресурсни учители. Центровете осъществяват дейности, свързани с провеждането на държавната политика за подкрепа на процеса на приобщаващото образование в различните области от страната, организационно и методическо подпомагане на детските градини и училищата по отношение на предоставянето на допълнителна подкрепа за личностно развитие на децата и учениците със специални образователни потребности. Тази добре организирана практика доведе до по-нисък процент на неграмотност при лицата с увреждания и до много по-добър статус на приобщаването им към социалният живот. С общата подкрепа на ресурсни учители, речево-слухови рехабилитатори, логопеди, психолози и родители децата успяват да завършат определена образователна степен, като най-висок процент са с основно, следвани от тези със средно и най-малък процент са с начално образование (предимно децата с множество увреждания). Както се вижда, проблемите на приобщаващото образование се решават, и то от голяма група специалисти в тази сфера.

Как стои обаче въпросът за трудовата реализация и професионалното образование след завършването на дадена образователна степен в училищата и какви възможности се предоставят пред лицата с обучителни трудности и различни заболявания?

Необходимост от Кариерни центрове за ориентиране на лица с увреждания

Трудовата реализация на лицата с намалена трудоспособност е сериозен проблем, пред чието решаване са изправени както държавите, така и работодателите в световен мащаб. В живота си хората с увреждания имат ограничени възможности за работа, което се дължи на липсата на образование или на по-нисък образователен ценз и опит.

За лицата с увреждания и специфични сериозни заболявания след завършване на средното образование като сериозна пречка за постъпването на работа са:

1. Професионалната квалификация, която да подсигури трудова заетост и възможност за собствен финансов доход.

2. Социалната приложимост, или вграждането на лицето със специфични обучителни потребности на работното място или в колектива.

Голяма част от лицата с тежки заболявания и определена група инвалидност не знаят накъде да поемат и изпадат в затруднено финансово състояние и в депресия.

Националното сдружение на работодателите на хората с увреждания смята, че е „необходимо разкриването на специализирани центрове

за професионално ориентиране, където хората с увреждания да получават консултация и информация за своята професионална пригодност и преквалификация“, защото „един от най-важните фундаменти на професионалното ориентиране, на търсенето, намирането и задържането на работното място са знанията и образованието на всеки човек, в т.ч. и на хората с увреждания“ [6].

В *Дългосрочна стратегия за заетостта на хората с увреждания* е посочено, че за 2009 г. по програмите за трудова заетост, регламентирани в Закона за интеграция на хората с увреждания, АХУ е осигурила подкрепа за запазване на работните места на 1743 души с трайни увреждания, от които на 1683 лица в специализирани предприятия и кооперации.

Безработните лица в тази рискова група се отличават с някои физически, психични, професионални и образователни особености:

- хората с общи заболявания – в тази група попадат лицата с 50 до 70 на сто загубена работоспособност. Те са запазили до голяма степен работоспособността си, което позволява по-лесно да бъдат устройвани на работа, с изключение на работни места, свързани с тежки физически натоварвания.
- хората с увреждания на опорно-двигателния апарат – са около 20% от общия брой на лицата с намалена работоспособност. За тях трудно се намира подходяща работа, но дори и да се намери, те не могат да се реализират поради липсата на достъпна среда.
- хората с умствени и психични увреждания – делът на регистрираните като търсещи работа е около 11%. Техните шансове за трудова реализация са незначителни. Работодателите отказват да ги наемат.
- хората със зрителни увреждания са с относителен дял от близо 9% от общия брой регистрирани лица и техните шансове за трудова реализация на свободния пазар на труда са твърде малки [3].

Подходящи сфери за работа за лицата със специфични образователни потребности

Трудовата реализация на хората с намалена трудоспособност поради вродени или придобити увреждания – физически или ментални, в България е изключително трудна. Професионалното образование на лицата с увреждания е насочено към обучение в някои видове професии, като: хлебари, шивачи, помощници в заведения за хранене и др.

Този модел обаче трудно се реализира от гледна точка на проблемите при лицата с тежки заболявания, защото:

– тежкият физически труд и продължителното натоварване са неподходящи за тази рискова група;

– пълният работен ден и работата на смени са натоварващи за лицата с увреждания;

– спецификацията на повечето от изброените професии изисква сръчност и бързина.

Това от своя страна е достатъчно смущаващ фактор и за работодателя, и за постъпилия на работа с оглед необходимостта от бързина и качество в трудовия процес.

Затова като най-ефективен механизъм можем да посочим създадените с такава цел специализирани предприятия, кооперации и работилници, в които чрез подходящата трудотерапия лицето с увреждане се вписва най-добре като трудещ се и ползващ се с права работник. Работата на тези кооперации е насочена в две посоки: към придобит финансов еквивалент и в същото време към социална приложимост на лицата с увреждане в групата.

Към настоящия момент в България специализирани предприятия и кооперации действат към:

- Съюза на глухите в България;
- Съюза на слепите в България – "Успех";
- Националния съюз на кооперациите на инвалидите;
- Националната федерация на работодателите на инвалиди;
- Съюза на военноинвалидните кооперации в България";
- Националния съюз на трудово-производителните кооперации в България [2].

Добри практики на НПО и други организации в България

Ще обърнем специално внимание на добрите практики при лицата със специфични образователни потребности у нас с цел изтъкване на един неоспорим факт – необходимостта от трудотерапията и нейното приложение.

Изброените по-долу добри практики са подбрани от свободно публикувани в интернет пространството материали, анализирани и подредени от експертите на Общинска агенция за устойчиво

развитие – Карлово, Радина Енчева и Иванка Янчева [4].

Позволяваме си да включим част от техния подбор, за да изтъкнем важната социална функция, която имат тези предприятия за лицата в неравностойно положение, и най-вече за да подчертаем, че предметът на дейност в основата си е пряко свързан със занимателната трудотерапията и арттерапия като важни и съществени обучителни компетенции.

● „Каталог на типичните варненски сувенири“ – рекламира труда на социално уязвимите групи. Инициативата е част от проект „Социален магазин – живо наследство“, който се реализира от Сдружение „Моят град“ с финансовата подкрепа на община Варна. В магазина се предлагат изделия, произведени от лица с увреждания от Трудово-производителна кооперация „Родина“, както и ръчно изработени сувенири от незрящи лица – предмети от кожа, стъкло, керамика, българска шевица. Дейностите по проекта предвиждат разкриване на „практическа работилница” за обучение на лица с увреждания за изработка на изделия, представящи местните културни традиции и традиционни занаяти, 2013 г.

● „Работилница за сапуни“ – през март 2012 г. Фондацията за социална промяна и включване (ФСПВ) стартира социално предприятие, наречено „Работилница за сапуни – HOPE SOAP“, като част от програма „Дом Възможност“. Работата по производството на сапуни е изключително подходяща за младежите, които не успяват поради техни специфични характеристики да се реализират на пазара на труда.

● „Социално предприятие за уникални ръчни плетива“. Агенцията за регионално икономическо развитие помага на група жени с увреждания, живеещи в Дома за хора с увреждания – Стара Загора, да изградят устойчиво предприятие на базата на уменията си да изработват красиви ръчни плетива. Основната цел е предприятието за ръчни плетива да започне да функционира самостоятелно, като осигури заетост и допълнителни доходи на работещите в него жени от Дома за хора с увреждания.

● Сдружение „Технитари“ – Стара Загора. Основна цел на РСЗ „Технитари” е да възроди и популяризира традиционните занаяти, бит и култура на етносите в България. Сдружението подкрепя реализирането на продуктите на занаятите: бакърджийство, копаничарство, звънчарство, кошничарство, грънчарство, тъкачество, метличарство, дърводелство и др.

● „Замесено с любов“. Формално „Хлебните къщи“ са проект на неправителствената организация „Международен съвет на самодейните средища“ (МССС), която Надежда Савова основава през 2008 г. В събитията се включват деца от домове без родители или хора с различни увреждания. Постепенно изкристализират различни отделни инициативи, свързани със социалното месене на хляб. Сред тях са „хлебната терапия“, която е насочена към деца и младежи, лишени от родителска грижа, отпадащи от училище или безработни роми, социално слаби и бедни в риск, трайно безработни и обезсърчени, незрящи, хора с увреждания и т.н. [4].

Още много примери бихме могли да изредим, които действително допринасят за трудовата заетост при лицата с увреждания.

Добри практики в подкрепа на приобщаващото образование на хората с увреждания в Европа

Европейската асоциация на доставчиците на услуги за хора с увреждания (EASPD) е организация с нестопанска цел, създадена през 1996 г. EASPD се застъпва за ефективни и висококачествени услуги за лицата с увреждания в областта на образованието, заетостта и индивидуализираната подкрепа, в съответствие с принципите на Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания. Друг подобен орган е *Европейският съюз по подкрепена заетост* (EUSE). Той е създаден през 1993 г., за да улесни развитието на подкрепената заетост в цяла Европа [1]. Тези две организации номинират ежегодно за наградата „Заетост за всички“ (в категорията „Доставчици на социални услуги и подкрепа“) различни образователни и социални институции, които имат изключителни качества и допринасят за заетостта и осигуряването на положителен ефект за хората с увреждания.

Един от номинираните в тази категория за 2017 г. е Институтът за приобщаващо образование в Кел (Германия), който предлага на лицата с обучителни/интелектуални трудности всеобхватна квалификация и последваща заетост като специалисти в сферата на образованието. Тригодишната квалификация им дава възможност да работят в академична среда като част от на-

учната общност на пазара на труда. Като квалифицирани специалисти в сферата на образованието те имат по-добро разбиране по отношение на живота, нуждите и специфичните представи на хората с увреждания. Досега петима участници са преминали изпитите си успешно и имат трудови договори с вноски за социално осигуряване, за да могат да си осигурят собствени средства за препитание и да живеят самостоятелно.

Тези добри практики пораждат и редица въпроси като: „Какви възможни решения може да има за професионалното образование и за продължаващо обучение в България?“.

Висшето образование – проблем при лицата със специфични обучителни трудности

Законовата уредба, която регламентира правата на лицата с увреждания, включва: Закона за висшето образование, Закона за народната просвета и Правилника за неговото прилагане, Закона за интеграция на хората с увреждания и Националната стратегия за лицата с увреждания.

В националната стратегия Приоритет 2.2. се обръща внимание именно на областта на висшето образование по Оперативната програма „Наука и образование за интелигентен растеж“, като започва осъществяването на проект „Подкрепа на уязвими групи за достъп до висше образование – фаза 1“, който се фокусира върху проблемите на лицата със специални образователни потребности. В него бе предвидено осигуряване на условия за подпомагане на младежи с увреждания за кандидатстване и обучение във висши училища, като осигуряване на технически приспособления за достъп до сградите и сградния фонд на висшите училища, осигуряване на специализирана техника и специализирани софтуерни програми за подпомагане на обучението на лица със сензорни увреждания и на лица с физически увреждания, организиране на специални курсове за ученици, студенти, специализанти и докторанти с увреждания, адаптиране на учебните материали, за да са достъпни за лицата с увреждания (специални образователни потребности), провеждане на кандидатстудентски курсове, осигуряване на учебници и учебни помагала, заплащане на наем за студентски общежития, осигуряване при необходимост на консултанти за лицата със сензорни увреждания, провеждане на информационни кампании с цел популяризиране възможностите и условията на висшите училища да приемат и обучават младежи от уязвими групи [5].

В България повечето университети предоставиха условия за включване на студенти със специални образователни потребности. Например Югозападният университет приема за студенти лица с увреждания или хронични заболявания при облекчен режим, съгласно чл. 68, ал. 3, от ЗВО, като няма ограничения за прием при тези лица, и разглежда молбите им наравно с останалите. Университетът е осигурил достъпна среда до: всички учебни корпуси, учебни зали, студентски столове, студентски общежития, спортни съоръжения, спортни площадки, лекоатлетическата писта и др. Академичните и административните органи са инструктирани как да подкрепят студенти, които се нуждаят от специално внимание при изпитване или обучение [8].

Някои университети насочиха вниманието си към лицата със специални образователни потребности, като разкриха подходящи специалности за тях. Един от тях е МУ – София. Специалността „Масажист“ в Медицинския колеж “Й. Филаретова” – София, подготвя кадри с висше образование с образователно-квалификационна степен “професионален бакалавър”. Срокът на обучение е 3 години в редовна форма на обучение. Специалността е предназначена само за лица с увредено зрение, притежаващи документ – решение на ТЕЛК инвалидност над 71%.

Специалността „Трудотерапия“ – алтернативно решение за образование и адаптация при лицата с увреждания

Специалността „Трудотерапия“ е възможност за завършилите средното си образование по общообразователна програма младежи със специални образователни потребности (СОП) да продължат обучението си в сферата на висшето образование.

В какво се крие спецификата на специалността “Трудотерапия” и подходяща ли е за младежи със СОП?

От 2013 г. в Северозападна България се разшумя около трудотерапията и нейното значение. Причината за това е разкриването на специалността „Трудотерапия“ към Филиал “Проф. д-р Иван Митев” – Враца, Медицински университет – София.

Курсът на обучение е 4 години и завършилите придобиват образователно-квалификационна степен *бакалавър*.

Какво е трудотерапията накратко? Това е отговорна и значима дейност, свързана с физическата, психичната и социалната рехабилитация, от която се нуждаят всички, претърпели някакъв вид травма, инсулт, катастрофа, хората в неравностойно положение, децата и лицата с умствени и физически увреждания, наркоманите, възрастните хора и т.н. Или с други думи, трудотерапията е тази целенасочена, комплексна дейност, която помага на всички горепосочени групи лица да се справят физически, да възвърнат социалното си присъствие и място в обществото.

Постъпили лица със специални обучителни трудности и тежки заболявания за периода от 2013 г. до 2018 г. са: 7 души и майки на деца с увреждания – 5 души.

Специалността „Трудотерапия“ е подходяща за обучение на такива лица, тъй като тя разполага със:

- Висококвалифицирани медицински специалисти.
- Достъп до всички социални институции в област Враца, които са учебно-практически бази.
- Спазва се правото на различното мислене.
- Близък контакт между студенти и преподаватели.
- За студентите със специални обучителни потребности и различни заболявания:
- Трудотерапията е най-близката концепция като начин на мислене и начин на работа именно до хората с проблеми.
- Отношението на студентите с проблеми към тази професия е коренно различно от това на останалите студенти.
- За тях трудотерапията се превръща във важна част от живота им и в силен стимул да бъдат полезни, и то оценявайки нещата през призмата на собствения си проблем.

Разликата между останалите специалности с подобна насоченост и трудотерапията е в това, че основните учебни дисциплини, които играят важна роля в обучението на трудотерапевтите са:

- Арттерапията
- Занимателната трудотерапия
- Психологията
- Функционалната трудотерапия.

Залага се до голяма на степен на арттерапията като важна част от учебния процес. Специфичното при нея е, че „срещу изкуството няма бариери“. Изкуството и занимателната трудотерапия помагат на студентите да се адаптират към образователния процес. Занимателната трудотерапия предоставя на личността възможност за психичен релакс и своеобразно спасение от натрапчив и доминиращ с отрицателното си действие физически проблем. С лекия и ненатоварващ характер на работата се предоставя добра възможност за социална адаптация в образователния процес и вграждане в студентския колектив.

В процеса на работа студентите чувстват и нужда от планиране на времето, което е свързано с етапите при изработката на определен предмет. Те могат да бъдат кратки и по-дълги, дори в рамките на целия ден. Налице е ангажираност на лицето и бягство от мъчителното ежедневие в „неправене на нищо“ (фиг. 1).



Фиг. 1. Работа в екип и влиянието ѝ върху лицата с обучителни проблеми

Завършилите специалността „Трудотерапия“ лица с увреждания и специални обучителни потребности придобиват опит в работа в групи и лесно могат да се впишат в социалните институции като трудотерапевти, тъй като вече познават алгоритъма на работата там.

Заключение

Професионалното обучение на лицата с увреждания е проблем в България, който произтича от редица фактори, като тук ще изброим само няколко от тях:

– На първо място – недобрата информираност на обществото като цяло за обучителните проблеми на лицата с увреждания.

– Обучението на лица с различни заболявания буди недоверие в преподавателите в нашите университети и главно **–** съмнение относно положителния резултат от обучителния процес.

– Недобрата съгласуваност на програмите в учебните заведения с потребностите и възможностите на лицата с увреждания.

В заключение можем да добавим, че държавната политика в страните от Европейският съюз е насочена към решаването на образователните проблеми и трудовата заетост при лицата с увреждания чрез разкриването на европейски програми и финансови механизми, които да стимулират образователните институции и работодателите (доставчиците на различни социални услуги) за повишаване качеството на живот и жизнения стандарт на тези лица.

Библиография

1. 10-те най-добри практики подкрепа на заетостта на хората с увреждания. Издание, подготвено от Цветелина Иванова под ръководството на Тим Гилън и Люк Зелдерло С подкрепата на Едит Дънлоп и Маргарет Хадък. Copyright© 2017, EASPD.
2. Атанасова А, Чакърова Р, Пеев П. Как да наемем хора с увреждания (Наръчник на работодателя). Център за социални анализи и работа с рискови групи. София, 2006, 19.
3. Дългосрочна стратегия за заетостта на хората с увреждания. 2011-2020, 4.
4. Енчева Р, Янчева И. Нови възможности за трудова реализация на хора с увреждания, Общинска агенция за устойчиво развитие – Карлово. Изданието е изготвено в изпълнение на проект BG05/944 „Нови възможности за трудова реализация на хора с увреждания“, договор №183/31.10.2014, стр. 34, 35, 36, 39, 40,43.
5. Национална стратегия за хората с увреждания 2016-2020, 6, 16, 21.
6. Професионално обучение на хората с увреждания. Дни на равните възможности. Първо национално изложение – документ на Национално сдружение на работодателите на хора с увреждания. София , 28-30.09.2013 г.
7. Стоева Б, Костадинова В. Хората с увреждания и техните права в Европейския съюз. България и нейните „невидими“ граждани, 2004, 4.
8. http://www.swu.bg/

ИДЕИ И ПРАКТИКИ, СВЪРЗАНИ С ПОЛИТИКИТЕ ЗА ЗАКРИЛА НА ДЕТЕТО ПРЕЗ XX ВЕК

А. Целова, Ив. Михайлова, А. Маринова

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

IDEAS AND PRACTICES RELATING TO THE PROTECTION OF CHILD PROTECTION IN THE XX CENTURY

A. Tselova, Iv. Mihailova, A. Marinova

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

Abstract. This article presents the development of charity, through the Church and NGOs from the first centuries of Christianity to the twentieth century. How orphans for children without parents are created and developed by the Union for the Protection of Children.

Key words: christianity, church, orphans, orphanages, non-governmental organizations

Адрес за кореспонденция: А. Целова, Филиал „Проф. д-р. Иван Митев”, МУ – София, 3000 Враца, e-mail: acelova@abv.bg
Address for correspondence: A. Tselova, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa, e-mail: acelova@abv.bg

Въведение

Още в първите векове на християнството Църквата полага основите на благотворителната грижа за бедните, болните и страдащите. Грижата за сираците, болните деца и млади хора е една от основните дейности, наред с богослужението, в Древната църква.

Основен пример за грижата на Църквата за сираци и болни деца е милосърдната и състрадателна дейност във Византийската държава. Държавата, църквата и различни богати граждани на Византия създават голям брой болници и заведения за грижи за болни и изоставени деца. Изследователите на Византийската държава и църква установяват, че в периода 325-843 г. в Константинопол съществуват множество благотворителни институции. Тези социални институти развиват солидна милосърдна дейност и подпомагат нуждаещите се.

В средновековното общество представата за детето съществено се различава от съвременната. Лицата под 7-годишна възраст се считат просто за физически по-слаби и уязвими, а след навършване на седмата година към тях се отнасят по принцип като към възрастни. Едва през периода XV-XVII век детето започва да се възприема като член на семейството, нуждаещ се от специални грижи и внимание [*Институционална закрила на детето от омбудсмански тип* (*сравнително правно изследване*), 2008 г.].

Сиропиталищата и тяхната спасителна роля

Историята показва, че в сиропиталищата са се подслонявали деца без родители. Понастоящем в специализирани институции се настаняват деца в риск, спрямо които е предприета „мярка за закрила”. Въпреки че развитието на специализираните институции не е предмет на разглеждане в този доклад, тяхното възникване и функциониране ни води до създадените първи сиропиталища, които са съществували през различните епохи и култури. В Атина първите сиропиталища са основани

през I в. сл.Хр. и са се наричали „орфанотрофии”, като са били алтернативна грижа за сираци. Според Платон: „сираците трябва да се поставят под обществена грижа и защита. Трябва да се притесняваме от самотата им и да се боим от душите на заминалите им родители. Човек трябва да обича нещастното сираче и да го закриля като собствено дете” (*Catholic Encyclopedia, vol. XI*).

През Средните векове във Флоренция висшите католически духовници задължават манастирите да приемат и да се грижат за сираци.

В САЩ сиропиталищата са възприети в началото на XVIII век. Думата „сирак” е определяна като „дете, лишено от родители”. Американските сиропиталища винаги са подслонявали и деца с родители, които са бедни, с болни майки или безработни.

Декларациите и Конституциите от XVIII-XIX век напълно пренебрегват правното положение на децата. Те се съсредоточават основно върху правата на възрастните, предоставени им поради обстоятелството, че са субекти и на задължения. За първи път Ж. Ж. Русо признава ценността на личността на детето като носител на правото да се развива по собствен път и съобразно личните си потребности (*Институционална закрила…, 2008*).

Идеята за правата на детето и нейното развитие

Идеята за правата на детето липсва в правните документи на утвърждаващите се модерни държави през XVIII-XX в., но тя не е непозната за много хора – борци за политически и граждански права, дейци на образованието и просветата, защитници на прогресивни идеи на Новото време. В своята книга „История на социалната педагогика“ Георги Колев и Надежда Кръстева представят ретроспекция на развитието на тези идеи в дейността и творчеството на някои от най-ярките представители на реформаторските движения от този период – Джон Лок, Имануел Кант, Робърт Оуен, Джон Дюи, Емил Дюркем, Януш Корчак и др. (Колев и Кръстева, 2008, с. 49-60). Всички те разглеждат правата на детето в един по-широк аспект и повече от гледна точка на възпитанието и образованието, но в този контекст прозират и идеите за правото на живот и пълноценно детство, правото на уважение и зачитане на детската личност.

Пример в това отношение са възгледите на Януш Корчак. В своето богато педагогическо творчество той убедително налага идеите за ценността на всяко дете и за важността на това то да бъде уважавано и да бъдат зачитани неговите права. Още през 1919 г. Корчак призовава да се приеме *Харта за правата на детето,* за да може да се гарантира защита на *непорасналите още хора* в условията на войни и неблагоприятни социално-икономически условия (Колев, 2010, с. 272-274). В част от своите произведения, сред които: „Как да обичаме детето“ (1921), „Правото на детето да бъде уважавано“ (1929), „Правилата на живота“ (1930) и др., Януш Корчак защитава изконното право на всяко дете „да бъде това, което е“, както и „правото на настояще“, т.е. да бъде осигурена възможност на всяко дете за пълноценно детство (Колев, 2010, с. 270-271).

В практически план някои от идеите, свързани със закрила на децата, намират проявление в редица дейности, отнасящи се предимно до грижата за тяхното социално благополучие. Още през XVIII век в Англия, Австрия и други европейски страни се създават държавни институции за деца. В този период отношението към майките и децата е било строго. Обикновено след раждането децата са давани за отглеждане в селски семейства, като държавата е заплащала за това, и по-късно тези деца са използвани за работна сила. На по-късен етап към тези центрове се разкриват родилни и детски клиники. В началото на XIX век се създава законодателството, което ограничава детския труд до неговата пълна забрана. Важна роля в развитието на законодателството имат много женски благотворителни организации. В Русия също благодарение на гражданската активност, която се базира предимно на благотворителност, се включват много жени.

Правата на детето – в фокуса на европейските страни

В средата на XIX век в Европа се откриват първите детски санаториуми. Първите конгреси за закрила на децата се провеждат в началото на XX век преди Първата световна война.

В правен контекст правата на децата за първи път се разискват при изработването на Женевската декларация на Обществото на народите от 1924 г., основана на новия подход към образо-

ването, но и продиктувана от страданията, които Първата световна война причинява на малолетните и непълнолетните жертви. През 1942 г. в Лондон е изработена и т.нар. ***Детска харта***. Върху тези два документа е основана ***Декларацията за правата на децата*** от 1948 г. (*Институционална закрила…, 2008*).

Обстановката след Първата световна война, преместването на границите на държавите и големите движения на бежанци налагат съгласуването на единна политика между създадените благотворителни дружества както в цяла Европа, така и конкретно в България. По време на войната единствено Международният червен кръст успява да координира дейността си в отделните страни. Поради тази причина изграждането на международна организация за закрила на децата е свързано със структурите на Червения кръст. С помощта на Международния червен кръст през 1919 г. английската учителка Еглантин Джеб основава дружеството „Спасете децата“. Година по-късно „Спасете децата“ и Международният комитет на Червения кръст в Женева (Швейцария) поставят началото на ***Международния съюз за закрила на децата*** в Женева.

Работейки в услуга на децата, Еглантин Джеб достига до извода, че международната дейност по закрила на децата е необходимо да бъде регламентирана в единен документ, който да гарантира правата им, независимо от тяхната националност. През 1922 г. тя поставя началото на създаването на първата ***Международна декларация за правата на детето***. През 1924 г. в Женева е приет окончателният текст на Декларацията и затова тя носи името ***Женевска декларация***. Голяма част от европейските страни приемат Декларацията като официален документ. Преведена е на 40 езика, включително и на български. Смята се, че от момента на своето създаване до наши дни Женевската декларация за правата на детето е била своеобразен гарант за хуманно отношение и зачитане правата на болните, гладните и нуждаещи се от помощ деца в различните страни.

Заключение

Международната дейност по закрила на децата е особено силно изразена през последните 10 години. Европейският съюз обедини всички около консенсуса, че децата в риск се нуждаят от подкрепата на цялото общество и от неговата загриженост.

Библиография

1. Социална работа. Антология. Съст. М. Дейвис. София, УИ „Св. Кл. Охридски”, 2008.
2. Борисова, В. Деца и семейства през погледа на социалния педагог. София: БОГИННА, 2009.
3. Ватев Ст. Съюз за закрила на децата в България. Нашето дете, 1929, № 10, 151-154.
4. Гинът Х. Децата и ние. София, Наука и изкуство, 1988.
5. Карлова Д. Идеята за правата на детето – възникване и развитие. Обществено възпитание, 2009, № 1, 4-10.
6. Коларова Ц. Правата на детето в международните документи – основа за социално-педагогическа дейност. Педагогика, 2004, № 5, 52-65.
7. Попова К. Националното дете. Благотворителна и просветна дейност на Съюза за закрила на децата 1925-1944 г. София, Лик, 1999.
8. Читакова Г. Генезис и развитие на правата на детето до приемането на Конвенцията за правата на детето през 1989 г. Право без граници, 2007, № 2, 4-12.
9. Жечева Е. Държавната политика за закрила на децата. Закрилата на детето и новия век. София, Горекспрес, 2001, 17-22.
10. Кузманова-Карталова Р. Институционална и нормативна рамка на социалната работа с деца в риск. Педагогически алманах, 2012, бр. 1, 17-32.
11. https://bg.wikipedia.org/wiki/Права_на_детето
12. http://ifsw.org/. Международна федерация на социалните работници

ДЕТСКАТА АГРЕСИВНОСТ И ПСИХОЛОГИЧНАТА РАБОТА СЪС СЕМЕЙСТВОТО ЗА СПРАВЯНЕ С ПРОБЛЕМА

А. Маринова, Ив. Михайлова, А. Целова

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

CHILD AGGRESSION AND PSYCHOLOGICAL WORK WITH THE FAMILY FOR TROUBLESHOOTING

A. Marinova, Iv. Mihaylova, A. Tselova

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

Abstract. The aggression is a normal occurrence during the childhood. It is positive when it is constructive, but also has many negative effects when it is destructive. The problem about the aggression in children is particularly urgent and common in recent years. It is observed in different age groups - from pre-school to the last years of secondary school education. The aggression often ends in physical self-harm, which in some cases even has a fatal outcome. Such development of interpersonal communication and interaction in childhood and adolescence occurs both in schools and outside – on the street. Although it is widely believed that the problem is very importance and there is a need to deal with aggression, the work in this regard is not yet sufficient. One of the reasons for this is the shortage of persons with the necessary psychological training to deal with adolescent aggression and to prevent it. On the other hand, the parents' refusal to seek psychological help and work with a specialist complicates the situation. Practice shows that the children who do not successfully overcome childhood age crises are more prone to aggression and self-aggression. The same applies to children who are living in an unfavorable family environment and are themselves subject to verbal or physical aggression. The most effective way to deal with child aggression is to work comprehensively with the child, his or her relatives and, if necessary, with other extended family members. The methods of the work include both individual therapy with each family member and group family psychotherapy. The family's involvement in the psychotherapy process produces rapid, long-lasting and lasting results. Proper selection and consultation and / or psychotherapy by the specialist is also essential.

Key words: aggression, children, age crisis, psychotherapy, family

Адрес за кореспонденция: Анна Маринова, Филиал „проф. д-р. Иван Митев”, МУ – София, 3000 Враца,
e-mail: angelova_a@abv.bg
Address for correspondence: Anna Marinova, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa,
e-mail: angelova_a@abv.bg

Въведение

Детската агресия в нейната деструктивна проява е сериозен проблем в училищата и в извънучилищната комуникация между подрастващите. Тя е все по-често явление през последните години, като се проявява в различни възрастови групи – още от предучилищна възраст до последните години на обучението в средните училища. Статистиката показва, че агресивните афективни състояния често завършват с физическа саморазправа, която в някои случаи има дори фатален изход.

Въпреки всеобщото мнение, че проблемът е от огромна значимост и са необходими спешни

мерки за справяне с агресията, все още се работи твърде малко в тази посока. Една от причините за това е недостигът на лица с необходимата психологична подготовка за справяне с агресията сред подрастващите и за осъществяване на профилактика. От друга страна, отказът на родителите да потърсят психологична помощ и да работят съвместно със специалиста усложнява ситуацията. Валидно е и обратното – при съдействие от страна на семейството и активно участие в психотерапевтичния процес се постигат бързи и трайни резултати с преодоляването на агресивността.

Видове детска агресия

Агресията в детска възраст представлява целенасочено поведение на детето към околните с цел причиняване на вреда или болка, като за целта то може да използва различни средства. Поведението е разрушително и настъпателно, като е в демонстративен разрез с общоприетите правила и норми. Резултатите от него са свързани с появата на страх, психично напрежение, тревожност, потиснатост, депресивност, болка при децата, които са станали обект на агресия.

Видовете агресия, наблюдавани в детска възраст, от гледна точка на средствата, чрез които се упражняват, биват:

– **Вербална**. Проявява се само в словесна форма. Децата агресори използват груби думи, обиди, упреци, манипулативни средства за въздействие срещу околните, прибягват до клевети и лъжи спрямо тях с цел да им навредят на психично ниво. В училищата много често жертви на вербална агресия стават деца с физически дефекти или с различна външност. Срещу тях се отправят подигравки, унизителни определения, присмех. Вербалната агресия понякога продължава системно седмици и месеци наред, като остава прикрита за възрастните и труднодоказуема при липсата на свидетели. Децата, обект на агресия, често се страхуват да споделят за преживяното поради заплахи от агресорите, срам и чувство на вина. Това прави разрешаването на проблема още по-сложно, тъй като не се търси професионална психологична подкрепа и терапия.

– **Физическа**. Този тип агресия често е предхождана от вербална. Физическата се проявява с физическо въздействие върху жертвата на агресия – ритане, удари, скубане, щипане, блъскане, драскане с нокти и др. Поради своята специфика тя е лесно забележима и трудно остава скрита. Драстичността на действията често има последствия на телесно ниво като болка, леки, средни и тежки наранявания. На психично ниво води до появата на страх, тревожност, отказ от посещение на училище и др.

– **Комбинирана**. Когато вербалната и физическата агресия се проявяват едновременно, говорим за комбинирана агресия. Подобно агресивно поведение води до по-бързи и драстични последици за детето – жертва на агресора.

Последствия от детската агресивност

Последиците от агресивността в детска възраст са многообразни и се отразяват върху всички сфери на дейност от живота на детето. Те също имат огромна роля в развитието му и във формирането му като личност. Проявяват се и на покъсен етап в живота му на възрастен, като могат да доведат до различни прояви на афективност и психо-емоционална нестабилност. Възможно е отключването и на по-тежки психични състояния като тревожно разстройство, депресия, обсесивно-компулсивно разстройство, зависимости.

В детска възраст последиците са свързани с отказ да се посещава детското заведение или образователната институция, а ако агресията е проявена на улицата – страх от излизане навън. При жертвата на агресия се наблюдават безпокойство, тревожност, понижено внимание и концентрация, непрекъснати мисли за агресора, плач, проблеми със съня, загуба на апетит, депресивност. С цел да останат вкъщи и да не се срещат с насилника в училище или на улицата, някои деца прибягват до симулативни методи – те лъжат, че имат болки в стомаха, главобол, общо неразположение. Понякога се наблюдават психосоматични прояви като сърцебиене, гадене, повръщане, прилошаване, пребледняване и др.

Фактори, водещи до агресия в детско-юношеска възраст

Различни и многообразни са факторите, които водят до агресия в детско-юношеска възраст. Най-честите и значими от тях са:

– **Кризите на възрастта**. Проявата на агресия е свързана с непълноценно преодоляване на кризите на възрастта и неблагоприятен изход

от тях с неблагоприятно отработване на психоемоционалните промени. Първата такава криза се случа около 3-годишна възраст, когато детето проявява желание да извършва дейности само и изпитва стремеж за самостоятелно опознаване на околния свят. Втората криза е т.нар. ***криза на първокласника***, когато детето започва да общува директно с околния свят – без посредничеството на възрастния. В този период се променят и неговите отговорности и задължения, налага се детето да се съобразява много повече с околните, да спазва определни правила и да изпълнява конкретни дейности. Благоприятният изход от тези две кризи е свързан изключително много с поведението и подкрепата на родителите. При адекватно държание и реакция от тяхна страна детето успява да преодолее кризите успешно, изграждайки уравновесено и хармонично поведение. И обратното – неадекватна родителска подкрепа или липса, отсъствие на родители в този период могат да отключат няколко различни прояви на агресия – деструктивно поведение, агресия върху предмети, агресия срещу лица, автоагресия.

– **Темперамент**. Този фактор е особеност, която всеки от нас притежава по рождение и има отношение към генетичната ни обусловеност. Агресорите обикновено са по-импулсивните, емоционални, лесновъзбудими, склонни към доминантност, враждебност и неувереност деца.

– **Психиатрични и соматични заболявания**. Определени болестни състояния се характеризират с прояви на агресивност. Такива са заболявания на главния мозък, ендокринни, метаболитни заболявания и др.

– **Агресия в семейството**. Детето усвоява модела на поведение, наблюдаван у дома, и го пренася сред съучениците и приятелите си.

– **Неблагоприятна семейна среда**. Различни проблеми при интеракцията между родителите или останалите членове на разширеното семейство могат да доведат до агресивност при детето. Например чести караници, спорове, неудовлетвореност, обвинения, липса на общуване, както и прекалено авторитарно отношение към самото дете, липса на внимание, грешки във възпитанието (ненужни наказания, ограничения, заплахи и др.). Агресията като реакция на неблагоприятна семейна среда може да се появи и при отсъствие на родителите – работа в чужбина, чести пътувания, дълго пребиваване извън дома.

– **Социална среда**. Има голямо значение за появата на агресия при децата в юношеска възраст, когато моделът на подражание е насочен към поведението на приятелите.

– **Употреба на наркотици**. Агресията може да се провокира от различни наркотични вещества.

– **Филми, видеоигри, виртуална реалност**. Проучванията показват, че те имат огромно значение върху детската психика и формирането на поведението. Насилието от нереалната среда може да се възприеме като собствено поведение и да се прехвърли в реалността.

Работа със семейството като ефективен метод за справяне с проблема

От посоченото дотук е видно, че семейството има най-голямо отношение към формирането на агресивност при децата. Затова е задължително да се осъществи психотерапевтична работа не само с детето, но и с останалите членове на семейството. В противен случай дори най-правилно проведената психотерапия не би била достатъчна.

Включването на родителите и/или други членове от семейството в психотерапевтичния процес е правилната насока за действие. Това може да стане още в началото на работата с детето или на по-късен етап. Важно е близките на детето агресор да разберат необходимостта от това и да се съгласят да получат психологична консултация, съвети и терапия.

Работата със семейството се осъществява в две основни насоки:

– **Индивидуална работа с всеки член от семейството**. Този подход е най-удачен в началото на процеса. Той предоставя възможност да се отдели достатъчно време на всекиго и да се чуе неговата гледва точка. Психологът или психотерапевтът установява наличието на скрити или явни конфликти, неправилни модели на мислене или действие, грешки във възпитанието на детето. Идентифицира проблеми между родителите, стабилността на семейната среда и условията на живот. Изработва се стратегия за работа и се подбират адекватни психотерапевтични подходи.

– **Групова семейна психотерапия**. Подходяща е в по-напреднала фаза на работа със семейството. Дава възможност на членовете в семейството да видят и разберат гледната точка на останалите. Предоставя се възможност на семей-

ството на отработи нерешените конфликти в безопасната среда в присъствието на психолога или психотерапевта. Детето получава възможността чрез подкрепата на специалиста да споделя свободно своите виждания за проблемите на семейството и собствените си проблеми.

При протичането на психологичната консултация и/или психотерапията усилията на специалиста са насочени предимно към:

– Обучение в проява на емпатия от страна на родителите и останалите членове на семейството към агресивното дете. Обучение в емпатийно слушане и разбиране на проблемите на детето.

– Промяна в поведението на родителите към детето и помежду им. Решаване на конфликти и преодоляване на различия. Идентифициране на проблеми и изработване на стратегия за разрешаването им.

– Обучение в отделяне на достатъчно време и внимание на детето.

– Подобряване на средата на обитание и начина на живот. Решаване на битови проблеми, изработване на стратегия за решаване на финансови проблеми.

– Преодоляване на психични травми от миналото – при преживяно насилие, загуба, болест на членове от семейството и др.

– Предоставяне на информация на родителите за спецификите на кризите на възрастта в детско-юношеския период и обучение в правилно поведение с цел благоприятното им преодоляване.

Най-подходящите средства за работа с агресивното дете и семейството му включват разговори, беседи, ролеви игри, игротерапия, арттерапия, визуализации, драмтерапия, вентилация на чувствата, когнитивно-поведенческа психотерапия и др. – според спецификата на случая.

Заключение

Практиката показва, че случаи с агресивни деца, при които семейството взема активно участие в психологичното консултиране и психотерапевтичния процес, се решават по-успешно и по-бързо, като резултатите се наблюдават дълготрайно. Сътрудничеството на родителите и другите членове на семейството е ключов фактор за справянето с проблема. Едновременно с това правилно подбраната и проведена консултация и/или психотерапия са задължително условие за благоприятно развитие на всеки отделен казус.

Библиография

1. Бончева И. В разпознаване на детската агресия. Стратегии за овладяване и преобразуване, Варна, 2015.
2. Иванова Л. Психолого – педагогически аспекти на училищната превенция на насилието (агресията). Образование, 1/2005.
3. Кирилова Р. Агресията и поведението на децата. Образование, 2/2005.
4. Факирска Й. Причини за прояви на агресия в предучилищна възраст. Сборник научни трудове на Русенския университет, 2011, 50(серия 6.2), 95-100.
5. Пирьов Г. За агресията и възпитанието. Училище, 11/1993.
6. Белова Н. Насилието в училище. Обществено възпитание, 5/2000.

АГРЕСИЯТА В УЧИЛИЩЕ НЯМА ГОЛЯМО МЕЖДУЧАСИЕ

Св. Вълкова

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

AGGRESSION IN SCHOOL DOES NOT HAVE A BIG BREAK

Sv. Valkova

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

Abstract. Aggression and aggressive children at school are a very interesting social phenomenon that is an integral part of emotion. Aggression as an emotion is negative and destructive. Aggression engulfs a wide spectrum of behaviors, which varies from covert to overt display of aggressive behaviors. Most often, this behavior is caused by physical fear, family difficulties or discord, behavioral disorders, emotional traumas, neurological problems, difficulty in communication and learning disorders. According to the Ministry of Education and Science Bulgaria, aggression at school escalated, with officially registered cases of aggression for 2017/2018 being 3,600. 23% of children between the ages of 7 and 14 are regularly harassed, 8% of students are terrorized every day or several times a week, and 7% at least once a week. In nearly 70% of the victims, bullying occurred in the classroom. The most common are cases of abuse 75%. However, over 70% of the victims of violence are directly hit and beaten. Most often, the aggressors are physically stronger boys, about 63%, while girls are only 13%. In order to reduce the threshold of aggression in primary school children, the efforts of family, teachers and society must be combined. We must not forget that the child needs love, understanding and care.

Key words: aggression, school, children, emotion, family, school, society

Адрес за кореспонденция: Светлана Вълкова Ценова, Филиал „Проф. д-р. Иван Митев”, МУ – София, 3000 Враца, тел. 0878650372, e-mail svetlana_v_c@abv.bg

Address for correspondence: Sv. Valkova, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa тел. +359 878650372, e-mail svetlana_v_c@abv.bg

Въведение

Агресията в училище рязко ескалира. Според данни на МОН всеки трети ученик е жертва на тормоз или агресия от страна на своите съученици поне веднъж месечно. Агресията при децата е проблем на цялото общество. Почти ежедневно новинарските емисии съобщават за грабежи, сбивания, изнасилвания, убийства и т.н.

Важно е да се отбележи, че агресията се определя като наложено със сила себеутвърждаване в дадена ситуация, което невинаги е свързано с нанасяне на увреда.

За разлика от нея, насилието представлява употреба или заплаха за употреба на сила, която води до физическа увреда или разрушаване на собственост.

Агресията е специфична форма на поведение, което се изразява в демонстрация на неприязън, а понякога и на по-груба сила спрямо другиго, с намерение да му се причини вреда или болка.

Агресията се възприема в широк смисъл като чувства, които се описват като раздразнение, гняв, ярост, досада, враждебност, разочарование и др. Агресивността може да се разглежда като разрушително поведение, но за да се възприема

като такова, е необходимо да има съзнателно намерение за причиняване на зло и болка.

Напоследък много се говори за агресията и насилието в училище. Примерите за агресивно поведение не са малко и се отразяват в публичното пространство. Изводите от това веднага се свързват с работата на училището, съответно с работата на учителите. Много рядко обаче в медиите се отразяват реалните причини, довели до това състояние. А истината е, че училището не може да е оазис сред едно общество, което губи себе си чрез изключителната материализация, комерсиализация и тотална промяна на ценностна система повече от 15 години.

Училището често е място, където децата за първи път получават отговорност и самостоятелност, сблъскват се с правила и авторитети, различни от тези в семейството, участват в по-голям социален кръг, чиято основна характеристика е многообразието на характери, интереси и култури. Там не само се получават знания, но се усвояват социални умения и се възпитават ценности. Ако това не се случва в час, то неизбежно става в междучасието, чрез общуването с връстници и приложението и надграждането върху придобития в семейната среда опит.

Всеки ден в училище има случаи на агресия, независимо дали тя ще се изразява в размяната на груби думи, или ще се стигне до сбиване. И това вече не ни шокира. Недобрата семейна среда, липсата на дисциплина в училище, материалните различия между децата, както и компютърните игри и филмите, изпълнени с насилие, са сред основните причини според родители и ученици.

Агресията винаги е плод на определени мотиви. Те подбуждат към дейности за задоволяване на различни потребности. В наши дни за много голяма част от учениците се наблюдава рязко намаляване на потребностите от знания, наука, изкуство, от една страна, и от друга – рязко нарастване на други потребности, които в повечето случаи определяме като демонстриране на всепозволеност, включително и като агресия.

Агресията се проявява по различен начин като: заплашване; унижаване; непосредствено физически ориентирана агресия; автоагресия; разрушителни импулси.

Агресивността може да бъде усвоена и по пътя на подражанието и да се превърне в съответен модел. Влиянието на агресивните модели се засилва, когато те са свързани с ценностната система на ученика. Не бива да се изключва и средата, в която детето се отглежда. Значително влияние върху засилването на агресивното поведение, макар и несъзнателно оказват масмедиите (особено телевизията), където се презентира използването на сила и зрелищност за подчиняване на другите, физическото насилие като единствено средство за победата на доброто над злото.

Причини за възникване на агресията:

– Неврологични и химични – в човешкия мозък има област, наречена амигдала, която е свързана с агресивните начини на поведение сред хората;

– Тестостерон – мъжкия хормон влияе върху агресивността, разбира се, вярно е и обратното –агресивното поведение повишава отделянето на тестостерон. Счита се, че мъжете са придобили по-силни агресивни навици, а жените по-силни задръжни по отношение на агресията (полови различия);

– Болка и дисконфорт;

– Фрустрация;

– Стремеж към независимост и идентичност;

– Чувство на безсилие;

– Егоцентричност и липса на самочувствие;

– Липса на контрол върху импулсите;

– Недостатъчно внимание;

– Враждебно обкръжение.

Най-важните причини, водещи до агресия, могат да бъдат обобщени така:

– Семейство – експертни оценки показват, че децата, които растат във влошена социална среда, с един родител, в ситуации на родителски конфликти или с родители емигранти, са склонни към агресия;

– Медийно съдържание – не само това, което гледат по телевизията, но и в интернет пространството;

– Голям брой деца на различни възрасти в училище, с различен статус;

– Разногласия между родители и учители.

Училището и семейството не са врагове, те имат обща цел – детето и неговото личностно развитие. Децата не се учат от думи, а от примери и модели на поведение. Всъщност учениците не ги интересува какво знаем ние като родители или учители, интересува ги дали ни е грижа за тях. И когато видят, че от двете страни има грижа и емпатия, това ги кара да се чувстват добре и в училище, и да са спокойни в къщи.

Различават се следните видове агресия:

– Непосредствена – когато сама по себе си е цел.

– Опосредствена – когато е средство за постигане на цел.

– Пряка – изразява се чрез непосредствени или невербални действия.

– Непряка (изместена), когато обектът на агресия не е ясен или действията могат да бъдат с неприятни последствия за обекта на агресия.

– Видима – тази, която забелязваме. Ученикът е раздразнителен, избухлив без причина. Това е често разпространена форма, породена от липса на самоувереност, от чувство за малоценност или вина.

– Скрита (незабележима) – наблюдава се скованост в поведението, прекомерна емоционалност, нервност или прекалено спокойствие. Често се натъкваме на прекалена учтивост, прекалено покорство спрямо даден авторитет. Къде тогава в случая е агресията? Тя се натрупва в подсъзнанието на личността и в даден момент ескалира.

– Инструментална – използване на сила.

– Индиректна – агресивният ученик манипулира другите да атакуват те жертвата вместо него. Той използва взаимоотношенията в групата, за да причини вреда без лично да участва в атаката, което му позволява често пъти да остане не идентифициран и да избегне ответните действия.

– Релационна – нанасянето на вреда е фокусирано върху отношенията на жертвата с останалите (увреждане на приятелски отношения, опити за изолация на член от групата).

Агресивното поведение – разглеждано в широк смисъл като упражняващо принуда върху обект или друго лице, е поведение, водещо до увреждания при недобра защита. При автоагресията има посегателство на самия индивид върху себе си.

Агресивното поведение може да се извършва предимно:

– моторно (агресивно действие);

– речево (вербална агресия);

– изразно (експресивна агресия);

– направлявано (например коварно отмъщение).

Според различни автори съществуват и други видове агресия със собствени предразполагащи фактори, условия, предизвикващи дразнители, физиологична основа и последствия

Често се приема, че между агресивното и девиантното поведение съществува знак за равенство. Агресивното поведение при непълнолетните е възрастово релевантна форма на негативно отношение на подрастващата личност към социалното обкръжение.

Тъй като агресията е внушаваща страх емоция, лесно се проявява склонност тя да се отрича, да се потиска и да се избягва, докато се използва адекватно, тя дава енергия, която е необходима за жизнения процес. Не е възможно винаги да се отстрани поводът на агресия, но е възможно негативните прояви да бъдат овладени.

Критерии за агресивност:

– когато агресивността е убежище от страх

– когато причинява тревожност

– когато е повече или по-малко постоянно поведение.

Знаци, които могат да ни насочат, че с ученика нещо не е наред:

– необичайни наранявания;

– скъсани дрехи или счупени лични принадлежности;

– психосоматични оплаквания (болки в корема, повръщане и др.);

– промяна в хранителните навици – отказ или злоупотреба с храна;

– нощни кошмари;

– нежелание да се ходи на училище, понижаване на успеха;

– избягване на социални контакти или внезапна раздяла и смяна на приятели;

– чувство на безполезност и ниска самооценка;

– суицидни мисли, автоагресия, бягство от дома.

Една от насоките за търсене на обяснение за агресивността е, разбира се, социалната несправедливост. Продължителното пренебрегване, незадоволяване на основните човешки потребности неминуемо ще доведе до агресия.

Освен отрицателни изяви, агресията може да има и положителни прояви и да се разглежда като емоция, даваща жизнена енергия, което включва:

– когато детето е малко – да му даде настойчивост да се научи да ходи;

– да се развива през пубертета и да разширява границите си

– да предупреди, че нашите граници са прекрачени;

– детето да се изявява в спорта;

– да се научи да защитава собствената си територия;

– да се справя в ситуации на конфликти;

– да умее да вентилира емоциите си и да стигне отново до творческо решение.

Агресията като емоция е негативна и деструктивна. Човекът, който обижда, унижава, тероризира с думи и дела другите, е слаб и духовно беден и посредством агресията си се опитва да докаже себе си, да черпи чужда енергия. Този човек има нужда от помощ – той е дълбоко нещастен, разочарован и самотен.

Цел

Целта на изследването е да проучим и установим нивата на агресия в училищата на територията на среден по големина град у нас.

Тази тема дава отговори на следните въпроси: 1) Чувствате ли се сигурни в училище?, 2) Ако наистина физическото насилие е факт, къде по конкретно се е случило това?, 3) Били ли сте жертва на физическо насилие от страна на съученици?, 4) Били ли сте обиждани или подигравани в училище?, 5) Потърсили ли сте помощ от някого и ако да, от кого?, 6) Опитахте ли се да помогнете на съученик, подложен на тормоз (и ако да, как)?.

Материал и методи

Проучването е извършено чрез анкетна карта, съдържаща с 6 въпроса. Обхванати са 50 деца от I до IV клас, от училищата на територията на град Враца, през 2019 г.

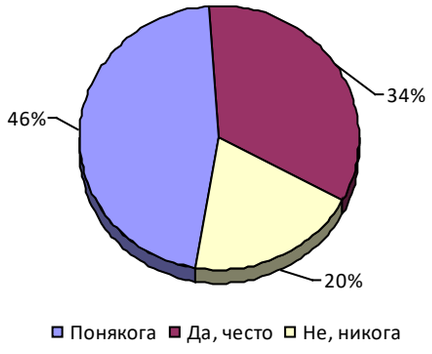
Резултатите са обработени с компютърна статистическа програма SPSS 16,0. Графиките са изработени чрез програма Excel.

Резултати

Статистиката показва, че при 23% от децата на възраст между 7 и 14 години са редовно тормозени, 8% от учениците са тероризирани всеки ден или няколко пъти седмично, а 7% поне веднъж в седмицата. Както посочват данните за 2007 г. при близо 70% от жертвите малтретирането е ставало в класната стая. Най-често са случаите на обиди **–** 75%. Над 70% от обектите на насилие обаче са и директно удряни и бити. Най-чести в ролята на агресори влизат физически по-силни момчета, около 63%, докато момичетата са само 13%. Като причина за насилието сред децата родителите посочват и компютърните игри, в които има агресия, както и медиите, които показват насилие. Според анкетираните насилието в класната стая е високо. Всеки ден в училище има случаи на агресия, независимо дали тя ще се изразява в размяната на груби думи, или ще доведе до сбиване. През последните няколко години станахме свидетели и на по-драстични случаи на агресия сред учениците, при които се стигна дори до трагичен финал.

На базата на направеното проучване сред ученици на възраст между 6 и 10 години, е установено, че децата стават жертва на вербално и физическо насилие предимно по време на междучасието, което вероятно се дължи на липсата на надзор от страна на учителите или на друга авторитетна фигура.

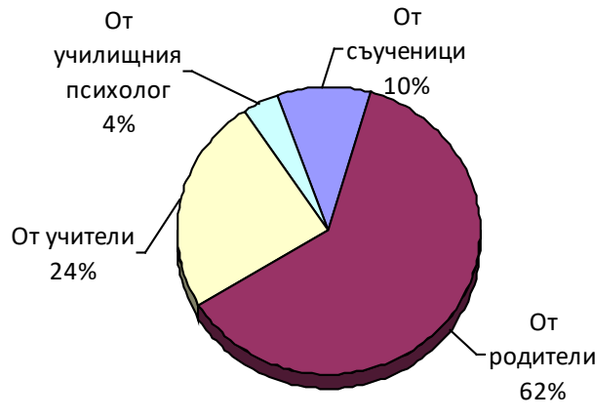
Интересно е да се отбележи, че на въпроса: *Били ли сте обиждани или подигравани в училище?*, 23-ма от всички 50 анкетирани ученици твърдят, че са виждали и са били нагрубявани в училище. Според резултатите от проучването 10 ученици не са били свидетели на прояви на агресия в училище (фиг. 1).



Фиг. 1. Били ли сте обиждани или подигравани в училище?

В отговор на запитването: *Били ли сте жертва на физическо насилие от страна на съученици?*, едва 4 деца споделят, че често стават жертва на физическо насилие в училище. Това потвърждава мнението на множество училищни психолози, че в училище е по-разпространена вербалната агресия, върху която те трудно могат да повлияят, а физическата форма на агресия се изразява в блъскане и удряне.

Представените на фиг. 2 резултати показват, че когато децата са свидетели или жертви на агресия в училище, най-често са склонни да споделят с родител (62%), по-малко с учителя (24%) и едва 4% от анкетираните са склони да потърсят помощ от училищния психолог. Фактът, че родителите преобладават като избор на хората, с които децата ще споделят проблем, можем да обясним



Фиг. 2. Потърсили ли сте помощ от някога и ако да, от кого?

с емоционална привързаност. От проведената анкета става ясно, че децата често споделят и с учителите, които от своя страна отново се свързват с родителите.

В резултат на проведеното анкетно проучване може да се направят важни изводи и препоръки, чието изпълнение ще допринесе за опазване на живота и здравето на младото поколение.

Заключение и препоръки

За ефективното справяне с агресията е от изключително значение да се повлияе и промени поведението на всяко дете, а не усилията да се съсредоточават само върху преките извършители и потърпевши. Начините и подходите за това са различни, но те са неделима част от общата стратегия за справяне с явлението [3, 4].

Необходимо да се разбере колко сериозен е проблемът и колко е важно да бъдат предприети мерки от тези, които имат необходимия опит и знания, за да го решат **–** учители и родители, а именно:

– насърчаване на учениците да споделят без страх;

– ангажиране в извънкласни форми и занимания;

– награждаване на учениците, постигнали успехи на различни състезания в училище;

– среща с хора, представляващи добри примери за подражание;

– създаване на благоприятна атмосфера за работа и общуване в училището;

– въвеждане на нови методи на обучение за изграждане на личностното самочувствие;

– използване на обратна връзка (например поставяне на 2 кутии – в едната се слага написано листче с това, което ни харесва, а в другата – с това, което ни дразни, буди неодобрение или се споделя проблем).

В заключение си позволяваме да се позовем на Карли (2008), че: *всеки човек има нужда от признание и любов, справедливо отношение и значимост. За всеки от нас е важно запазването на достойнството и правото на идентичност, да обичаме и да бъдем обичани, да се отнасят към нас справедливо. Всичко това е възможно, когато взаимоотношенията ни с околните са базирани на честност, загриженост и лоялност.*

Библиография

1. Бояджиева Н, Митева П. Гняв и агресивно поведение при децата. София, М-8М, 2008.
2. Калчева Пл. Тормоз и виктимизация от връсниците. София, Парадигма, 2003.
3. Колева И, Легурска М, Цветанова Л. Правото на детето на права. София, Движение „Предтечи”, 2001.
4. Легурска М. Гражданско образование в детската градина и в началното училище. София, УИ. „Св. Климент Охридски”, 2018.
5. Прокопов Й. Анализ на агресията в училище. 2019. https://diuu.bg/emag/8766/
6. Русимова А, Вълкова С. Грижи за лица с умствени увреждания. София, Филвест, 2002.
7. Стаматов Р. Детскарта агресия. Пловдив, Хермес, 2008.
8. Янкулова-Цветкова Й. Модерни аспекти на психологията на образованието. София, Проплер, 2006.
9. https://cleverbook.net/blog/zashto-detsata-proyavyavat-agresiya-v-uchilishte-mnenieto-na-edin-uchitel
10. https://consumer.healthday.com/encyclopedia/children-s-health-10/child-development-news-124/aggression-ages-6-to-12-645908.html
11. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Facts for Families: Conduct Disorders. 2004. http://aacap.org/cs/root/facts_for_families/conduct_disorder
12. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Facts for Families: Understanding Violent Behavior in Children. 2001. http://aacap.org/cs/root/facts_for_families/understanding_violent_behavior_in_children_and_adolescents
13. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Facts for Families: Fighting and Biting. 2008. http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/fighting_and_biting
14. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Children and Watching TV. http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/children_and_watching_tv
15. National Alliance on Mental Illness. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. http://www.nami.org/Template.cfm?Section=By_Illness&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=9554
16. National Resource Center on AD/HD. AD/HD and Co-Existing Disorders. 2003. http://www.help4adhd.org/en/treatment/coexisting/WWK5
17. Childrens Hospital Boston. Childrens Hospital Boston presents at the 2006 Pediatric Academic Societies Annual Meeting. http://www.childrenshospital.org/newsroom/Site1339/mainpageS1339P1sublevel213.html

АНАЛИЗ НА ПРИХОДИТЕ НА ОБЩИНСКИТЕ БОЛНИЦИ В УСЛОВИЯТА НА СОЦИАЛНА ПАЗАРНА ИКОНОМИКА

Ю. Куков

ФОЗ, МУ – София

INCOME ANALYSIS OF MUNICIPAL HOSPITALS UNDER THE CONDITIONS OF SOCIAL MARKET ECONOMY

J. Kukov

Faculty of Public Health, MU – Sofia

Abstract. In today's social market economy, the mission and purpose of the hospital should be pursued under an administrative, legal and commercial regime, under which the hospital has the status of a relatively autonomous market entity. The aim of the study is to track the revenue dynamics of municipal multidisciplinary hospitals for active treatment in Sofia in the context of a social market economy. Period of observation: 2015-2017. The following methods are applied: comparative analysis; financial accounting analysis; statistical methods - analysis of the dynamics of phenomena; graphical and tabular analysis to illustrate the results. Analysis of the results obtained: Municipal healthcare needs to meet the health needs of the population, while optimizing and adapting to today's conditions and increasing competition. The analysis of the data shows that the net sales revenues of goods, services and other of the municipal multidisciplinary hospitals for active treatment of the city of Sofia in structural relation the highest is the relative share of the reduction in the choice of a doctor. The total reduction for the MHAT group is 79%. The revenue from funding from the Sofia Municipality tends to increase by 185 percent in the Second Hospital, but decreases in the Fifth, as a total for the group of hospitals we see a decrease of 3.7%. An upward trend was observed in rental income, which increased by 84.8 per cent over the period considered. Conclusions: Attracting additional financial resources, both to improve their facilities and as a means of conducting a successful staffing policy, is a prerequisite for hospitals to provide the quality that patients seek. Additional sources of revenue under the existing regulatory framework are revenues from insurance companies for voluntary health insurance or own revenues from the provision of medical services paid outside the NHIF for which end users are willing to pay.

Key words: municipal multidisciplinary hospitals for active treatment, social market economy, revenue, trend, decline

Адрес за кореспонденция: Юрий Куков, Факултет „Обществено здраве“, МУ – София, e-mail: juri.kukov@gmail.com
Address for correspondence: Juri Kukov, Faculty of Public Health, MU – Sofia, e-mail: juri.kukov@gmail.com

В съвременните условия на социална пазарна икономика мисията и целта на болницата следва да се осъществяват в условията на един административноправен и търговскоправен режим, при който болницата има статут на относително автономен (в пределите на нормативните изисквания и ограничения) пазарен субект [1]. В процеса на реформата се извърши преобразуване на голяма част от лечебните заведения от публична държавна и общинска собственост в частна държавна и общинска собственост, като те се превръщат в пълноправни пазарни субекти със създадени възможности за получаване на собствени приходи от медицинска дейност [2, 3].

Преминали процедурата на преобразуването, болниците придобиха статут на юридически лица – търговски дружества със съответната административна, финансова и професионално-медицинска самостоятелност. По този начин се превърнаха в пазарни субекти, чиято специфичност произтича от тяхната мисия и цел [1].

Всички обществени лечебни заведения предлагат платени услуги, които покриват основния пакет (за осигурени лица), както и видовете услуги извън него. Не съществуват регулации на предлаганите услуги с изключение на изисквания за спазване на задължителни медицински стандарти и акредитационни изисквания за качество на помощта. Този вид предлагане се конкурира с предлагането по други линии. То е предпочитано както от предлагащата страна – лечебните заведения, които получават по-високи приходи, така и от търсещата страна.

Предлаганите видове услуги са силно диверсифицируеми в зависимост от технологии, метод, квалификация, място и време за предоставяне на помощта и др. [4].

В случаите, когато медицинските услуги не се оказват по договор с Националната здравноосигурителна каса, лечебните заведения формират цена.

Държавата и общините могат да финансират общинските лечебни заведения чрез целеви субсидии, одобрени със Закона за държавния бюджет и с общинските бюджети.

Финансирането на дейностите, свързани с инвестиционните разходи, може да се извършва съобразно общинското участие в капитала на лечебните заведения.

Общината може да финансира лечебни заведения – търговски дружества, за изпълнение на национални, регионални и общински здравни програми и проекти, както и за извършване на определени видове лечебна дейност, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване, въз основа на договор.

Целта на настоящото проучване е проследяване динамиката на приходите на общинските многопрофилни болници за активно лечение в град София в условията на социална пазарна икономика.

Време на наблюдението: 2015-2017 г.

Материал и методи

Използвани са емпирични данни от Официалната годишна отчетна финансово-счетоводна документация на лечебните заведения за болнична помощ към Столично общинско здравеопазване.

Приложени са методите: сравнителен анализ; икономически анализ; финансово-счетоводен анализ; статистически методи – анализ на динамиката на явленията; графичен и табличен анализ за онагледяване на резултатите.

Анализ и оценка на резултатите

Общинското здравеопазване трябва да удовлетворява здравните потребности на населението, като се оптимизира и адаптира към съвременните условия и нарастващата конкуренция. Общинските лечебни заведения като позиция на пазара на здравни услуги в София се представят много добре [7]. По данни на НСИ за 2017 г. близо 46% от населението на София минава през тях както за първичен преглед и доболнична, така и за болнична помощ [13].

Финансовият анализ на болничните здравни услуги се различава от този при другите видове услуги. Успехът на болничната медицинска дейност трябва да се измерва по това колко ефективно и ефикасно се справя с нуждите на потребителите на услугите, които се предоставят в сектора на болничната помощ. Поради тази причина управлението на финансовите ресурси в лечебните заведения трябва да гарантира постигането на високите здравни резултати, съответстващи на поставените социални цели.

Общинските лечебни заведения могат да предоставят здравни грижи и медицинско наблюдение и осъществяват социална работа в подкрепа на деца, бременни, лица с увреждания и хронични заболявания и възрастни хора, нуждаещи се от помощ при изпълнение на ежедневните си дейности.

Съгласно Наредбата за общинските лечебни заведения източници за финансиране на лечебните заведения – еднолични търговски дружества с общинско участие в капитала, могат да бъдат:

1. Националната здравноосигурителна каса;
2. Републиканският и общинските бюджети;
3. Доброволни здравноосигурителни фондове;
4. Местни и чуждестранни юридически и физически лица [8].

Както е видно от табл. 1 за периода 2015-2017 г. сериозно спадат нетните приходи от продажби на стоки, услуги и други. За Първа МБАЛ спадът за периода е с 15,1%, за Втора МБАЛ с 47,6%, за Пета МБАЛ с 25,7%. Единствено за Четвърта МБАЛ е характерно увеличение при този вид при-

Таблица 1. Нетни приходи от продажби на стоки, услуги и други на МБАЛ (в лв.)

		Първа МБАЛ	Втора МБАЛ	Четвърта МБАЛ	Пета МБАЛ	ОБЩО МБАЛ
Нетни приходи от продажба на стоки, услуги и други	2015 г.	1 717 474	509 496	233 240	721 908	3 182 118
	2016 г.	2 479 938	368 975	234 618	534 763	3 618 294
	2017 г.	1 458 662	267 004	284 955	536 339	2 546 960
Избор на лекар	2015 г.	20 440	25 430	900	8 005	54 775
	2016 г.	7 508	5 010	0	2 600	15 118
	2017 г.	3 260	3 200	0	5 050	11 510
ВИП услуги	2015 г.	16 550	39 670	1 970	25 400	83 590
	2016 г.	11 040	25 130	1 960	15 279	53 409
	2017 г.	16 350	14 260	4 620	4 700	39 930
Други	2015 г.	1 680 484	444 396	230 370	688 503	3 043 753
	2016 г.	2 461 390	338 835	232 658	516 884	3 549 767
	2017 г.	1 439 052	249 544	280 335	526 589	2 495 520

Източник: Годишни отчети на общинските болници към Столичния общински съвет

ходи с 22,2%. Общо за групата болници намалението е с 20%.

Най-драстичен е спадът от избор на лекар, като най-висок процент намаление се наблюдава във Втора МБАЛ – 87,4%, следвана от Първа МБАЛ – с 84,1%. Доста по-малко е намалението в Пета МБАЛ – с 36,9%. 79% е общото намаление за групата болници.

При ВИП услугите впечатление прави високият процент на нарастване в Четвърта МБАЛ – цели 134,5%. На противоположния полюс е Пета МБАЛ, за която е характерно намаление на този източник на приходи с 81,5%, следвана от Втора МБАЛ с намаление от 64,1%. Почти незабележимо намаляват тези приходи в Първа МБАЛ, с 1,2%. Общото намаление за разглежданите МБАЛ е с 52,2%.

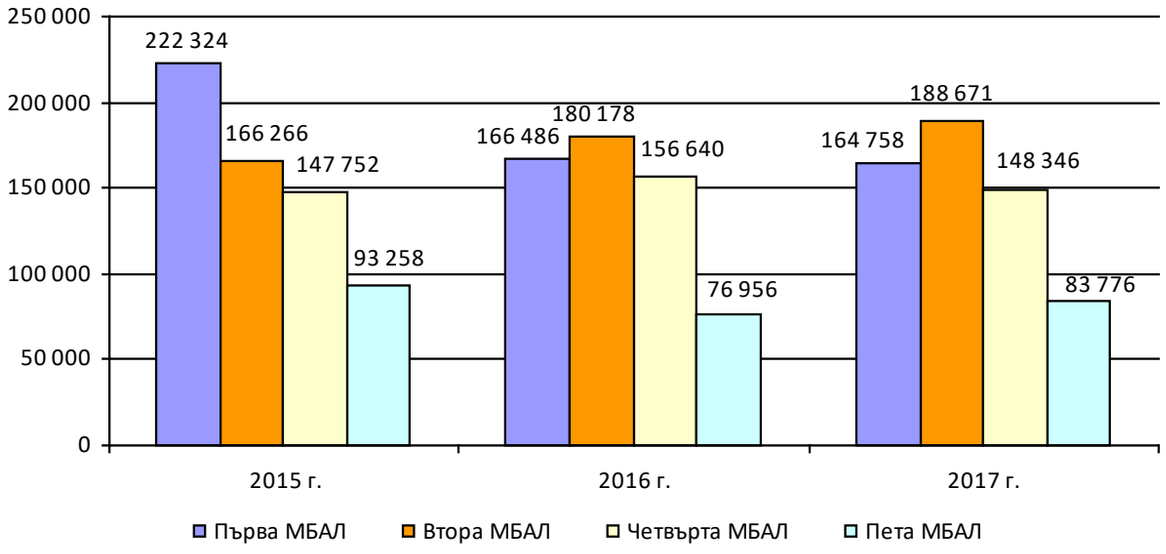
При „други“ от този вид приходи най-висок е относителният дял на намалението при Втора МБАЛ – с 43,8%, следват Пета МБАЛ – с 23,5% и Първа МБАЛ – с 14,4%. Отново за Четвърта МБАЛ е характерно увеличение, което тук е с 21,7%. Общото намаление за градските болници в София-град е с 18%.

Най-висок е относителният дял на намалението на приходите от финансирания от МЗ (по договор от субсидиране) при Първа МБАЛ – с 25,9%. Наполовина по-ниско е намалението при Пета МБАЛ, с 10,2%. За другите две болници е характерно увеличение, или по-конкретно за Втора МБАЛ с 13,5%, а за Четвърта МБАЛ – 0,4%. Общото намаление за групата общински МБАЛ е със 7% (фиг. 1).

При приходите от финансиране от Столичната община се наблюдава следната тенденция. Нарастване има във Втора МБАЛ с 19,9%, следвана от Четвърта МБАЛ с 8,2% и Първа МБАЛ – с 8%. Приходите от този източник намаляват с 28,2% за Пета МБАЛ и общо за групата болници намалението е с 3,7%.

Приходите от Столичната община за капиталови разходи нарастват единствено в Пета МБАЛ с 24,1%. Силно намаляват във Втора МБАЛ – с 63,1%, и общо за всички МБАЛ – с 18,8%.

Структурата на капиталовите разходи на лечебните заведения за болнична помощ през последните години е следната:



Фиг. 1. Приходи от финансирания от МЗ (по договор за субсидиране) на МБАЛ

Таблица 2. Приходи от финансиране от Столичната община на МБАЛ (в лв.)

		Първа МБАЛ	Втора МБАЛ	Четвърта МБАЛ	Пета МБАЛ	Общо МБАЛ
Приходи от финансиране от СО	2015 г.	1 125 000	996 957	855 000	1 912 021	4 888 978
	2016 г.	1 125 000	1 015 558	871 848	1 275 043	4 287 449
	2017 г.	1 215 000	1 194 930	925 007	1 373 007	4 707 958
В т.ч. за капиталови разходи	2015 г.	0	117 632	0	120 996	238 628
	2016 г.	0	127 218	0	146 608	273 826
	2017 г.	0	43 461	0	150 193	193 654

Източник: Годишни отчети на общинските болници към Столичния общински съвет

– за придобиване на ДМА;

– придобиване на нематериални дълготрайни активи – всички видове лечебни заведения използват средствата главно за закупуване на програмни продукти, необходими за тяхната финансова и медицинска дейност (Гр. Димитров, 2014).

За 2015-2017 г. в общинските болници са инвестирани 2 млн. лева от Столичния приватизационен фонд за ремонти и нова апаратура. Спечелени са и 1,5 млн. лева по Програма „Джесика“. Целта е болниците да задържат специалистите си и да предложат по-добри условия на пациентите си.

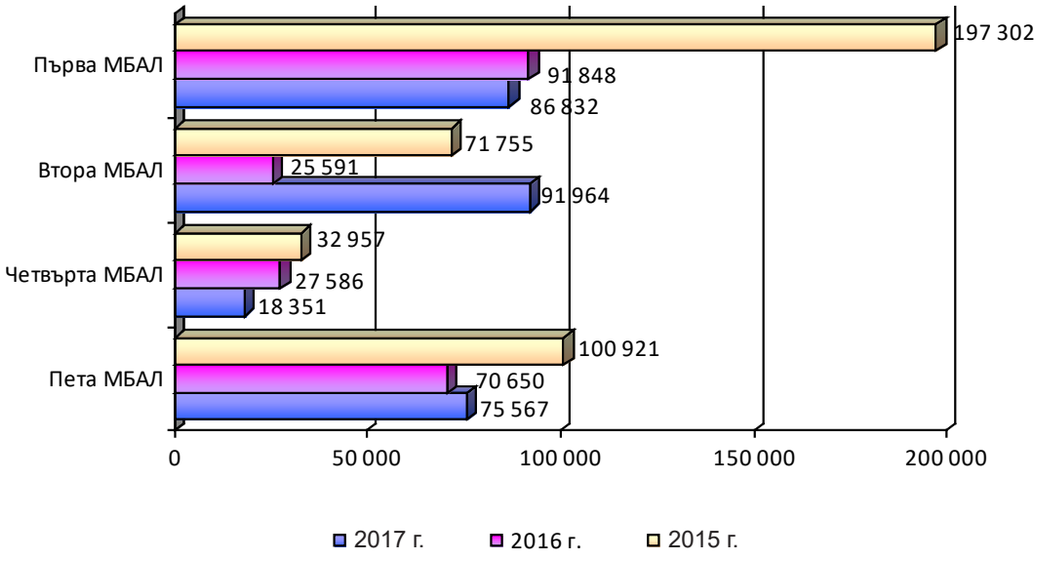
Тенденция на намаление се наблюдава и при приходите от РЗОК, като тук се включват освен приходите по договор по клинични пътеки, и приходите по договор за високоспециализирани медицински дейности, извършени в болнични условия. За Четвърта МБАЛ е характерен най-високият относителен дял на намалението, с 11,6%, и то само от договор по клинични пътеки, следвана от Втора МБАЛ – с 6,8%, и Пета МБАЛ – с 5,3%. Тенденция на нарастване на този вид приходи наблюдаваме при Първа МБАЛ – с 6,2%. При тази болница има и приходи по договор за високоспециализирани медицински дейности, които за наблюдавания тригодишен период намаляват с 12,3%.

Друг вид приходи са приходите от клинични проучвания, които като цяло намаляват за периода

Таблица 3. Приходи от финансиране от РЗОК на МБАЛ (в лв.)

		Първа МБАЛ	Втора МБАЛ	Четвърта МБАЛ	Пета МБАЛ	ОБЩО МБАЛ
Приходи от финансиране от РЗОК	2015 г.	7 696 333	6 734 779	2 060 791	8 104 944	24 596 847
	2016 г.	8 123 883	6 777 412	1 917 624	7 843 235	24 662 154
	2017 г.	8 167 040	6 274 239	1 820 824	7 679 090	23 941 193
По договор за високоспециали зирани медицински дейности, извършени в болнични условия	2015 г.	45 193	0	0	0	45 193
	2016 г.	37 231	0	0	0	37 231
	2017 г.	39 655	0	0	0	39 655
По договор по клинични пътеки	2015 г.	7 651 140	6 734 779	2 060 791	8 104 944	24 551 654
	2016 г.	8 086 652	6 777 412	1 917 624	7 843 235	24 624 923
	2017 г.	8 127 385	6 274 239	1 820 824	7 679 090	23 901 538

Източник: Годишни отчети на общинските болници към Столичния общински съвет

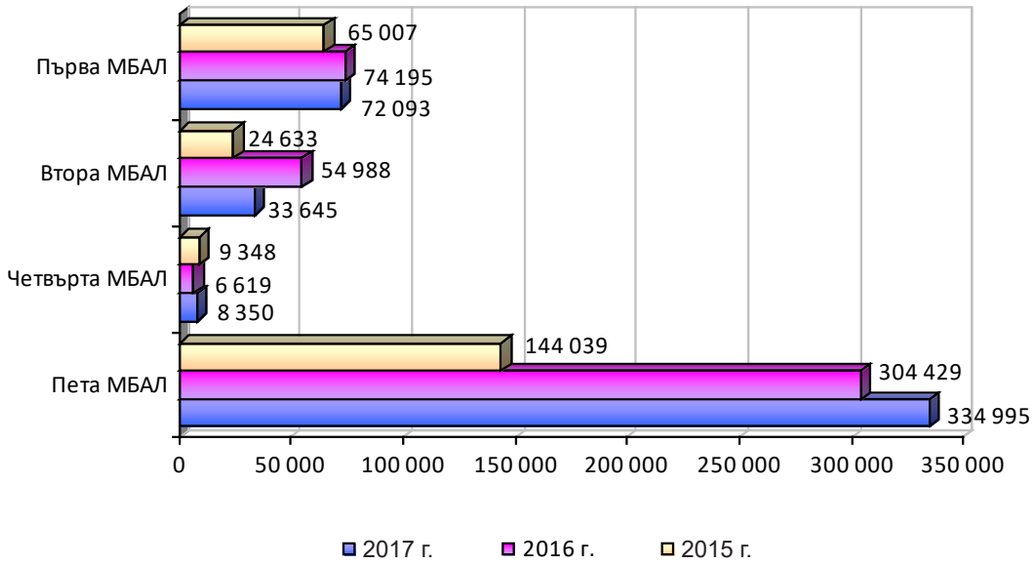


Фиг. 2. Приходи от клинични проучвания на МБАЛ

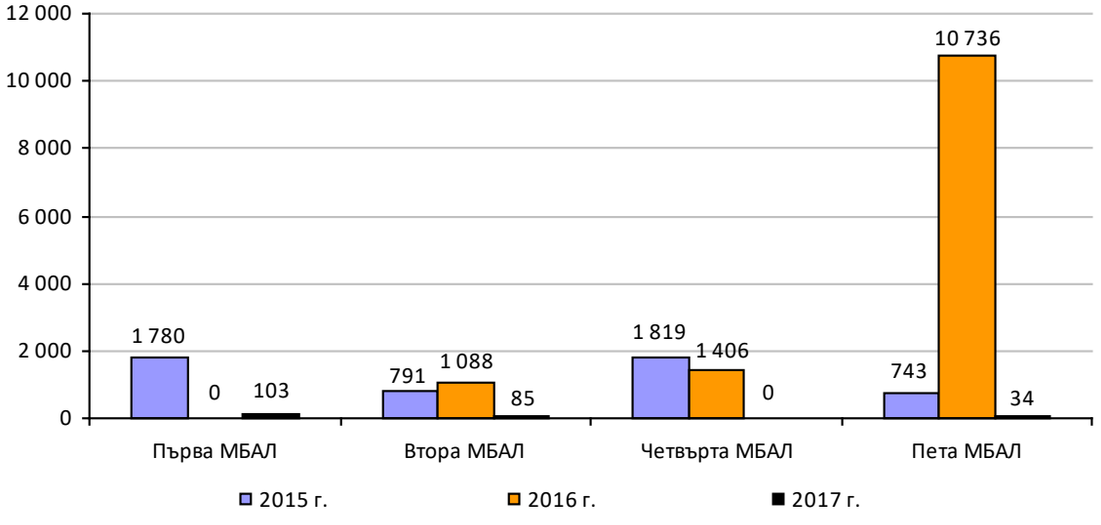
2015-2017 г. Най-висок е относителният дял на намалението в Първа МБАЛ – с 56%, следвана от Четвърта МБАЛ – с 44,3%, и Пета МБАЛ – с 25,1%, и общо за групата МБАЛ – с 32,3%. Единствената болница, при която се наблюдава увеличение е Втора МБАЛ – с 28,2%.

Тенденция на нарастване се наблюдава при приходите от наем. Забележително (със 132,6%) е нарастването на този вид приходи в Пета МБАЛ. С 36,6% нарастват приходите от наем във Втора МБАЛ, а с 10,9 на сто в Първа МБАЛ. Тези приходи намаляват с 10,7% в Четвърта МБАЛ. Общото нарастване за градските МБАЛ е с 84,8%.

От фиг. 4 е видно намалението и при приходите от стерилизация и тръжни документи на градските МБАЛ. Особено забележимо е нарастването на тези приходи при Пета МБАЛ през 2016 г., следвано от драстичния спад през следващата година, като общо за периода намалението е с 95,4%. Същият е относителният дял на намалението на тези приходи – 94,2%, и в Първа МБАЛ, както и във Втора МБАЛ с 89,3%.



Фиг. 3. Приходи от наем на МБАЛ



Фиг. 4. Приходи от стерилизация и тръжни документи на МБАЛ

Приходите от обичайна дейност на МБАЛ при Столичната община бележат слабо намаление в края на разглеждания период, общо с 3,8%. Най-силно изразено е намалението в Пета МБАЛ – със 7,6%, следвана от Втора МБАЛ – с 5,4%, и Четвърта МБАЛ – с 4%. Много бегло е увеличението при Първа МБАЛ – с 1,3%.

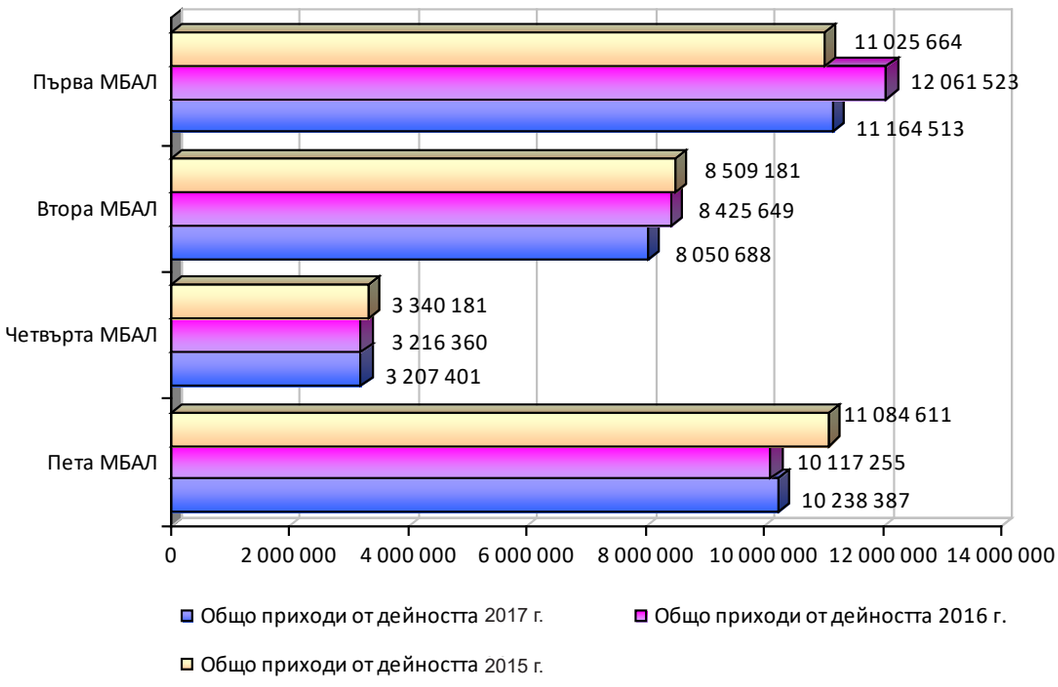
Изводи

1. От анализа на данните е видно, че от нетните приходи от продажби на стоки, услуги и други на общинските многопрофилни болници за активно лечение на град София в структурно отношение най-висок е относителният дял на намалението от избор на лекар. 87,4% е намалението във Втора МБАЛ, а най-нисък процент – 36,9 на сто – в Пета МБАЛ. Общото намаление за групата МБАЛ е със 79%.

2. При приходите от финансиране от Столичната община тенденцията е към нарастване със 185 на сто във Втора МБАЛ, но на намаление – в Пета, като общо за групата болници наблюдаваме намаление с 3,7%.

3. Тенденция на нарастване се наблюдава при приходите от наем. Най-забележително е нарастването им в Пета МБАЛ – със 132,6%. Общото нарастване за разглеждания период е с 84,8 на сто.

4. Привличането на допълнителни финансови ресурси както за подобряване на материалната



Фиг. 5. Приходи от обичайната дейност на МБАЛ

база, така и като средство за провеждане на успешна кадрова политика е необходимо условие за болниците за осигуряване качеството, което търсят пациентите. Допълнителни източници на приходи според съществуващата нормативна уредба са приходите от застрахователните дружества за доброволно здравно осигуряване или собствени приходи от предлагане на медицински услуги, заплащани извън НЗОК, за които крайните потребители са склонни да заплащат.

Библиография

1. Анализ „Развитие и реализация на човешките ресурси в отрасъл „Здравеопазване“, Агенция по заетостта, Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2007-2013.
2. Гладилов Ст, Делчева Е. Икономика на здравеопазването. София, Принцепс, 2009.
3. Делчева Е. Здравна икономика, София, Стопанство, 2011.
4. Делчева Е, Атанасов П. Пазарна трансформация в здравеопазването. В: Пазарна трансформация на социално-културната сфера. София, Стопанство, 2007, 9-63.
5. Златанова Т, Великова Р. Подходи за повишаване на качеството на управление в болницата, ИНГА, Двадесет и седма научно-технологична сесия. София, Контакт, 2011, 24.06.2011, 114-120.
6. Димитров Гр. Организация и финансиране на здравната система. Предизвитакелства и решения. София, ВУЗФ „Св. Григорий Богослов“, 2014.
7. Концепция за развитие на Столичното общинско здравеопазване до 2020 г. София, 2014.
8. Наредба за общинските лечебни заведения (Приета с решение № 55 по протокол № 58 от 11.02.2010; ... изм. и доп. с Решение № 496 по Протокол № 86 от 23.07.2015 г.), София.
9. Статистически годишник 2017, София, Издание на НСИ, 2018.
10. Янева Р, Кехайов А. Изследване динамиката на приходите на Многопрофилните болници за активно лечение. Управление и образова ние, 2016, 12(1): 64-71.
11. Янева Р. Микроикономикс на болничното лечебно заведение. Ръководство за упражнения и семинари. София, Симелпрес, 2011, 222.
12. Yaneva R. Dynamics in the Revenues of the University and National Multiprofile Hospitals for Active Treatment, “Public Health and Health Care in Greece and Bulgaria: The Challenge of the Cross-border Collaboration in Times of Financial Crisis” Papazissis Publishers, Athens, 2011, 51-69.
13. www.nsi.bg

ДИАБЕТНО СТЪПАЛО – КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ НА ПАЦИЕНТИ С ДИАБЕТ

Е. Владимирова

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

DIABETIC FOOT: THE QUALITY OF LIFE OF DIABETIC PATIENTS

E. Vladimirova

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

Abstract. The social significance of the problem of diabetic food increasingly grows but it is not only social but also an economic problem. In the presence of complication – amputation, the patient quality of life is worsened since a continuous hospitalization, rehabilitation and social insurance are required. This requires the implementation of a complex approach and engagement not only of healthcare but also the entire society as well as prophylaxis and treatment. The aim of the present study is to found the significance of the problem of diabetic food and delineate approaches for prevention of the complication. In the study a significant change in the quality of lives of the surveyed persons was found. The frequency of amputations in cases of diabetic foot can be decreased if the patient education, prophylaxis, multifactorial and multidisciplinary approaches are used in the cases of an established foot lesion.

Key words: diabetic foot, quality of life, amputations

Адрес за кореспонденция: Елка Владимирова, Катедра "Здравни грижи", Филиал „Проф. д-р. Иван Митев”, МУ – София, 3000 Враца,

Address for correspondence: Elka Vladimirova, Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa

Въведение

Анализите на здравния статус на населението в европейските страни и у нас показват непрекъснатата тенденция на увеличаване на показателите за заболяемост и смъртност от захарен диабет.

Почти 90% от хората с диабет в света страдат от захарен диабет тип 2 и този относителен дял непрекъснато расте, особено в развиващите се страни. При голяма част от пациентите заболяването не е клинично изявено и се диагностицира късно.

В стратегията на СЗО „Здраве за всички в 21 век” се изтъква голямата отговорност на всички държави за намаляване до най-ниските възможни нива на заболяемостта, инвалидността и преждевременната смъртност от диабет и неговите усложнения чрез иновативни подходи. Подчертава се необходимостта до 2020 г. да се намалят с 1/3 усложненията при захарната болест.

Поради хроничния характер на протичане на захарния диабет, тежестта на усложненията и нуждата от постоянен контрол, това е скъпоструващо заболяване не само за засегнатия индивид и семейството му, а и за цялото общество.

Болните от диабет са засегнати от сериозни усложнения, между които исхемична болест на сърцето, слепота, бъбречна недостатъчност. С най-голям дял са усложненията, свързани с диабетното стъпало [1, 4, 7].

Най-важните фактори, свързани със стъпални улцерации, са периферната невропатия, травмата и стъпалните деформации. Много диабетици поради стъпални деформации и нечувствителност не усещат повтарящи се малки травми и наранявания на стъпалото. Най-честата травма се причинява от неудобни обувки [4, 9, 11, 12].

Много язви могат да бъдат предотвратени чрез редовен преглед на краката, достъп до грижи за краката и удобни обувки[8,10].

Наличието на стъпална язва налага комплексно лечение и мултидисциплинарен екипен подход [5, 6, 13].

Целта на настоящото изследване е да се установи значимостта на проблема диабетно стъпало (ДС) и да се очертаят подходи за превенция на усложнението.

Материал и методи

В проучването е изследвано мнението на 85 пациенти с диабетно стъпало, с различна продължителност на диабета. Анкетираните са подбрани съобразно: възраст над 31 години, наличие на диабет и желание от страна на респондентите. Периода на изследването е януари 2015 г.–декември 2017 г. Обхванатите пациенти са провели лечение в хирургични отделения на МБАЛ „Христо Ботев” – Враца, МБАЛ „Д-р Стамен Илиев“ – Монтана, МБАЛ – Мездра ЕООД. Те са разпределени по пол, възраст и семейно положение. Всички анкетирани са запознати с целта на изследването и са дали своето информирано съгласие за участие. Приложен е анкетен метод, анализ на литературни източници, сравнителен анализ.

Резултати и обсъждане

Съществува непрекъсната тенденцията за увеличаване броя на пациентите с диабет и на свързаните с това последици. В България има около 600 000 лица с диабет, като над 200 хиляди от тях не знаят за заболяването си и не предприемат мерки за лечението му, което с времето води до усложнения [2].

В проведеното изследване са включени 85 пациенти с диабет, хоспитализирани в хирургични отделения в горепосочените болници.

Най-много сред засегнатите са икономически активните лица – 60% от болните с диабет на възраст от 41-60 год., следвани от лицата във възрастовата група от 61 год. и над 71 год. – 38.82% (табл. 1).

Анализът на данните относно семейното положение на респондентите показва, че с най-голям относителен дял са семейните, 48.23%, в който мъжете са по-голямата част. Относителният дял на несемейните е 30.59%, а разведените и вдовците са с близки проценти – 11.77% и 9.41% (табл. 2).

Таблица 1. Разпределение на пациентите по възраст и пол

Възраст	**Мъже**		**Жени**		**Общо**	
	Брой	**Относителен дял**	**Брой**	**Относителен дял**	**Брой**	**Относителен дял**
От 30-40 год.	1	1.18%	0%	0%	1	1.18%
От 41-50 год.	15	17.65%	5	5.88%	20	23.53%
От 51-60 год.	25	29.41%	6	7.06%	22	36.47%
От 61-70 год.	16	18.82%	8	9.41%	33	28.23%
Над 71 год.	3	3.53%	6	7.06%	9	10.59%
Общо	**60**	**70.59%**	**25**	**29.41%**	**85**	**100%**

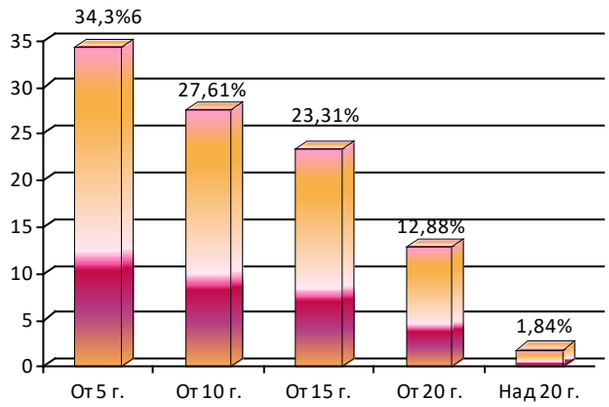
Таблица 2. Разпределение на анкетираните пациенти според семейното положение.

Семейно положение	**Мъже**		**Жени**		**Общо**	
	Брой	**Относителен дял %**	**Брой**	**Относителен дял %**	**Брой**	**Относителен дял %**
Семеен/а	30	35.29%	11	12.94%	41	48.23%
Несемеен/а	18	21.18%	8	9.41%	26	30.59%
Разведен/а	7	8.24%	3	3.53%	10	11.77%
Вдовец/ица	5	5.88%	3	3.53%	8	9.41%
Общо	**60**	**70.59%**	**25**	**29.41%**	**85**	**100%**

Според получените резултати най-висок е процентът на пенсионерите (по болест и по възраст) – 56.47%. Работещите са на второ място – 25.89%, след тях са безработните – 17.64% (табл. 3).

От съществено значение за качеството на живот на пациентите с диабет са давността на заболяването, усложненията и профилактичните прегледи като част от добре контролирания диабет.

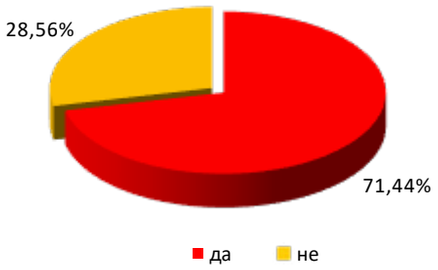
Най-висок е относителният дял на респондентите с давност на диабета от 5 г. – 34,36%; 27.61% посочват, че са със заболяването от 10 г.; 23.31% – от 15 г., а тези от 20 г. и над 20 г. са съответно – 12.88% и 1,84% (фиг. 1). Продължителността на заболяването оказва влияние върху усложненията при анкетираните пациенти, както и възрастта и лошият контрол на гликемията.



Фиг. 1 . Давност на диабета

Различни фактори забавят нормалния оздравителен процес при една язва. Това крие риск от инфекция, от гангрена с продължителен стационарен престой и от ампутация като краен резултат.

Данните показват, че анкетираните с ампутация са 71.44%, а без ампутация са 28.56% пациенти с диабет (фиг. 2).



Фиг. 2. Наличие на ампутация

За нас е важно да установим дали респондентите са преглеждани от специалист по стъпалата (подиатор-хироподит). Доказано е, че стратегията, основана на профилактиката, обучението на пациента и екипа, комплексното лечение на стъпалните язви и стриктното мониториране, може да намали честотата на ампутациите.

Данните от изследването показват, че само 5% от анкетираните са търсили помощта на специалист по стъпала, а това ни навежда на мисълта за подценяване на проблема или за липса на информация (за подиатор-хироподит) (фиг. 3).



Фиг. 3. Обучение от специалисти за стъпалата

Кои са източниците на информация на пациентите за диабетното стъпало?

Таблица 3. Разпределение на анкетираните пациенти според социалното им положение

Социално положение	Мъже		Жени		Общо	
	Брой	Относителен дял %	Брой	Относителен дял %	Брой	Относителен дял %
Работещ	18	21.18%	4	4.71%	22	25.89%
Безработен	10	11.76%	5	5.88%	15	17.64%
Пенсионер по възраст	11	12.94%	8	9.41%	19	22.35%
Пенсионер по болест	21	24.71%	8	9.41%	29	34.12%
Общо	60	70.59%	25	29.41%	85	100%

Резултатите от изследването сочат, че ендокринологът – 38.17%, има най-голямо участие при обучението на пациентите за грижите за краката на пациентите с диабет. На второ място е личният лекар – 25.38%, следва медицинската сестра – 18.41% (фиг. 4).

За целта на изследването е необходимо да знаем как пациентите приемат проблема и дали той влияе на качеството им на живот.

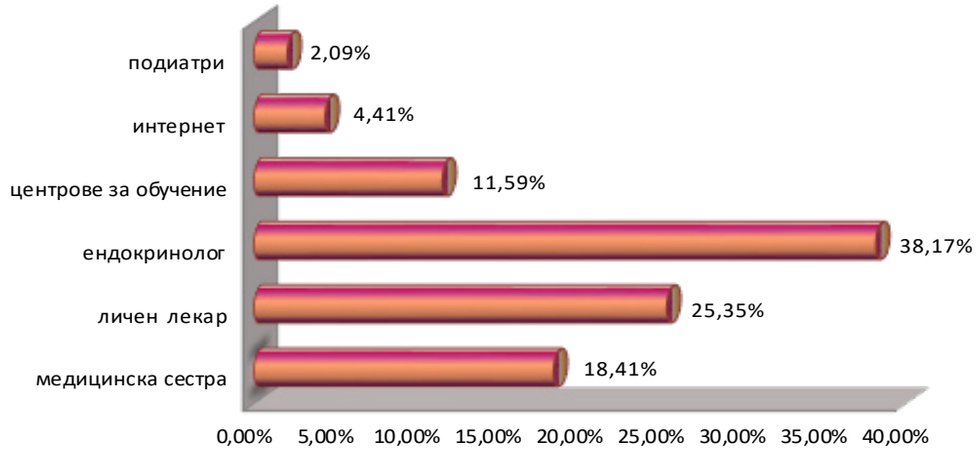
Голяма част от анкетираните – 36,81%, са се чувствали емоционално нестабилни, 18,40% са имали страх за бъдещето от здравословен характер, 9,82% не са искали да разговарят за проблема с никого, 3,68% са изпитвали несигурност във всяко отношение, 0,61% – страх от социална изолация (фиг. 5). Респондентите, които не са имали проблеми, са 25,15%, в сравнение с останалите – почти 70%, които са преживели психологичен шок при поставяне на диагнозата и извършване на ампутация. Това води до промяна на тяхното самочувствие и самооценка, а оттам и на качеството на живот.

Интерес за проучването представлява има ли промяна в ежедневието на пациентите с диабетно стъпало.

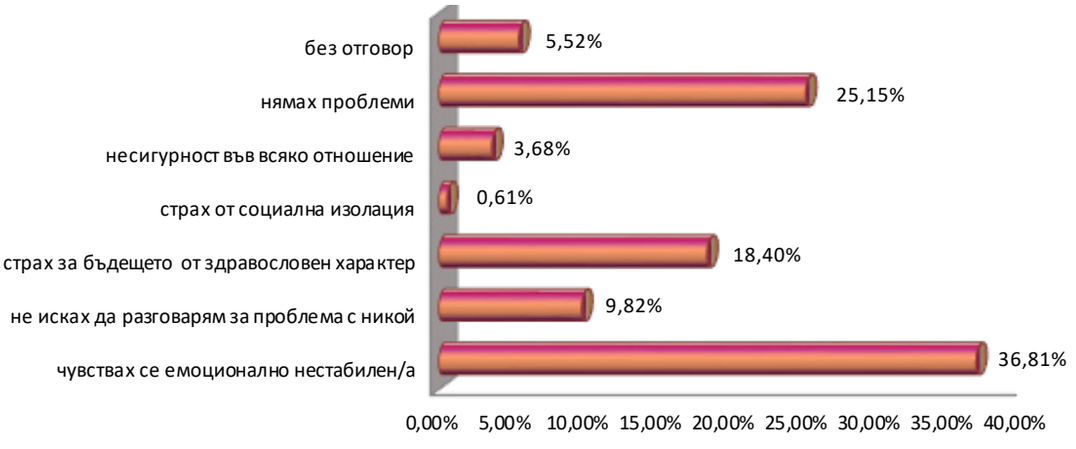
В проведеното проучване анкетираните пациенти заявяват, че е налице промяна в ежедневните им дейности – 76.63%, ранжирано в следната последователност отговор „да, понякога" са дали 38.25%, „зависи от ситуацията" – 21.18%, „да, винаги" – 17.20%, а тези, при които не се налага промяна, са само 23.37% (фиг. 6). Тези резултати показват влиянието на диабетното стъпало върху качеството на живот на пациентите.

Промените се отразяват на взаимоотношенията в семейството на пациента.

Болестта оказва влияние върху всички членове на семейството на пациента с диабет, което

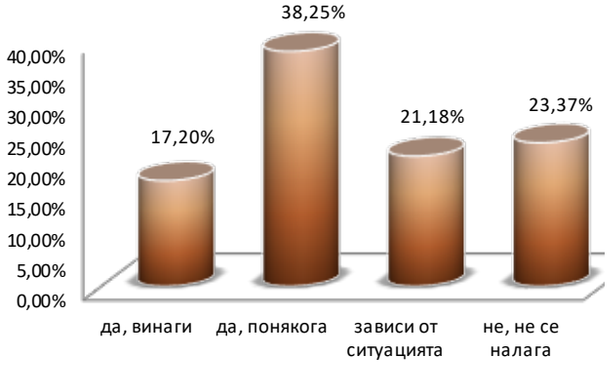


Фиг. 4. Източници на информация за грижите на стъпалата

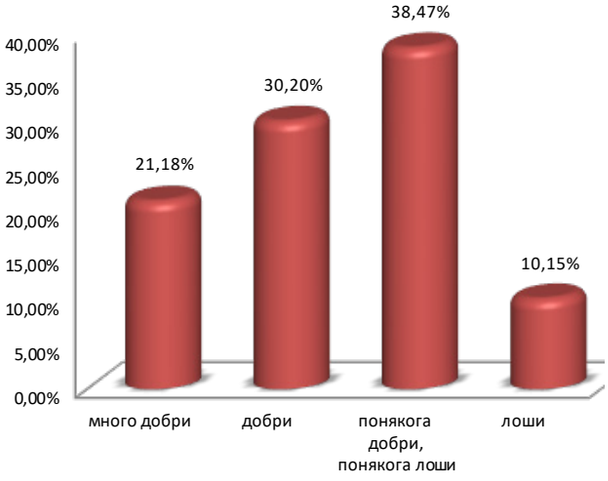


Фиг. 5. Как пациентите с диабетно стъпало приемат заболяването

може да промени микроклимата в семейната среда. Според резултатите от проучването за 21.18% взаимоотношенията са „много добри” и за 30.20% – „добри”, за 38.47% те са „понякога добри, понякога лоши” и за 10.15% са лоши (фиг. 7). Това от своя страна може да е причина за влошаване на контрола на диабета и съответно на качеството на живот на пациентите с диабет. В живота на пациентите с диабет настъпват промени, което неминуемо дава отражение върху техните роднини.



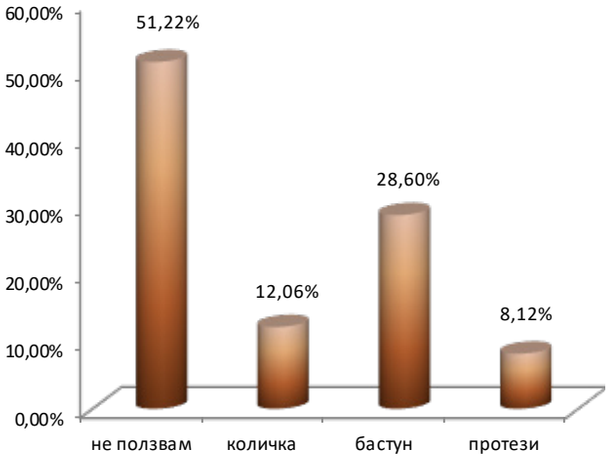
Фиг. 6. Промяна в ежедневната дейност



Фиг. 7. Взаимоотношения в семейството

Диабетното стъпало и последвалата ампутация са причина за намалената мобилност на анкетираните. Затова потърсихме информация каква част от пациентите ползват помощни средства за придвижване.

Резултатите показват, че 51.22% от респондентите не ползват помощни средства за придвижване, 28.60% са с бастун, с количка са 12.06% и 8.12% имат протеза (фиг. 8).



Фиг. 8. Ползване на помощни средства за придвижване

Значителен брой проучвания са доказали, че честотата на ампутациите при диабетното стъпало може да бъде намалена с повече от 50%, ако се приложат следните правила [11].

1. Задължителен преглед на краката и обувките при редовните визити на болния;
2. Превантивни грижи за краката и обувките при високорискови стъпала (педиатрични грижи, грижи за обувките, обучение);
3. Многофакторен и мултидисциплинарен подход в случаи на установена стъпална лезия;
4. Ранна диагноза на периферносъдовата болест и съдова интервенция;
5. Продължително проследяване на пациенти с предходни стъпални язви;
6. Регистрация на ампутациите и стъпалните язви.

Заключение

Здравната каса и обществото могат да осигурят по-добри грижи за пациентите с диабет, което включва подобряване показателите на болния и дългосрочно намаляване на ресурсите. За това е необходим комплексен и мултидисциплинарен екипен подход, както и профилактика, обучение на пациентите и комплексно лечение на язвите.

Библиография

1. Балканска П. Професионално общуване и комуникация. В: Учебно помагало „Семейна медицинска сестра”, София, БЧК, 2009,31-39.
2. Владимирова Е, Янкова Г, Аспарухова П. Социални аспекти на качеството на живот на пациентите с диа-

бет и участието на медицинската сестра. Сб. доклади от юбилейна научна конференция с международно участие „Образование, наука и иновации в здравните грижи“, Враца, 2017, 108-113.
3. Добрилова П, Стефанова К, Янкова Г. Превенция на усложненията при деца на инсулинолечение, Юбилейна научна конференция с международно участие „Образование, наука и иновации в здравните грижи“, Сборник доклади, Враца, 2017, 67-70.
4. Day MR, Harkless LB. Factors associated with pedal ulceration in patients with diabetes mellitus. J Am Podiatr Med Assoc, 1997, 87(8), 365-9.
5. Frykberg RG. The team approach in diabetic foot management. Adv Wound Care, 1998,11(2), 71-7.
6. Frykberg RG. Team approach toward lower extremity amputation in diabetes. J Am Podiatr Med Assoc, 1997, 87(7), 305-12.
7. International consensus on the diabetic foot by the international working group on the diabetic foot. May, 1999.
8. Lavery LA, Armstrong DG, Vela SA et al. Practical criteria for screening patients at high risk for diabetic foot ulceration. Arch Intern Med, 1998, 158(2), 157-62.
9. Lupo MM. An overview of foot disease associated with diabetes mellitus. Medsurg Nurs, 1997, 6, 225-9.
10. Rith-Najarian S, Branchaud C, Beaulieu O et al. Reducing lower-extremity amputations due to diabetes. Application of the staged diabetes management approach in a primary care setting. J. Fam Pract, 1998, 47(2), 127-32.
11. Slovenkai MP. Foot problems in diabetes. Med Clin North Am, 1998, 82(4), 949-71.
12. Shaw JE, Boulton AJ. The pathogenesis of diabetic foot problems an overview. Diabetes, 1997, 46(Suppl 2), S58-61.
13. Vladimirova ED, Marinova PA, Yankova GT. Psychological support of patients with Diabetes type 1- role and participation of nurse. 14th International Conference „Economy & business“. J Int Sci Publ, 2015, 9, 619-626, www.scientific-publications.net.

РИСКОВИ ФАКТОРИ ПРИ ХРОНИЧНА АРТЕРИАЛНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ НА КРАЙНИЦИТЕ

Н. Симеонова, Г. Георгиева

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

RISK FACTORS FOR CHRONIC ARTERIAL INSUFFICIENCY OF THE LIMBS

N. Simeonova, G. Georgieva

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

Abstract. Chronic arterial insufficiency of the limbs (CAIL) is a chronic disease manifesting with tingling and coldness of the fingers and increased sensitivity to cold, claudication pain. The clinical picture is determined by the localization of the arterial obstruction, the development of the collateral network, the time during which the thrombosis occurred and the number of floors of the process. Knowledge of risk factors such as hypertension, diabetes, smoking, chronic stress, sedentary lifestyle, elevated serum total cholesterol and hyperlipoproteinemia, and timely lifestyle changes associated with proper nutrition and appropriate physical activity are factors that in the long run contribute to reducing complications.

Key words: risk factors, prevention, treatment

Адрес за кореспонденция: Нина С. Георгиева, Филиал „проф. д-р. Иван Митев”, МУ – София, 3000 Враца, тел. 0879639023, e-mail: ninkask@abv.bg; Галя Цв. Георгиева, Филиал „проф. д-р. Иван Митев”, МУ – София, 3000 Враца, тел. 0879639024, e-mail: galia.georgieva2009@mail.bg

Address for correspondence: Nina Simeonova, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa, тел. 0879639023, e-mail: ninkask@abv.bg; Galia Georgieva, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa, тел. +359 879639024, e-mail: galia.georgieva2009@mail.bg

Въведение

Хроничната артериална недостатъчност е синдром, проявяващ се във всички регионални съдови басейни на човешкото тяло. В клиничната практика този синдром се е обособил като нозологична единица основно при крайниците.

Основните причини за развитие на хроничната артериална недостатъчност на крайниците (ХАНК) са атеросклерозата, възпалителните заболявания на артериите от типа на облитериращия ендартериит и тромбангит, дегенеративните заболявания (медиокалциноза на Monckeberg и кистична медионекроза на Erdheim), вродените аномалии на артериите и обкръжаващите ги тъкани (синдром на притискане на a. поплитея).

Атеросклероза

През 1958 г. изследователска група на СЗО определя атеросклерозата като вариабилна комбинация от изменения във вътрешната обвивка на артериите, включваща фокално натрупване на липиди, сложни въглеводороди, кръв и продуктите ѝ, фиброзна тъкан и отлагане на калций. Засега етиологията на атеросклерозата остава неизвестна, но пряка връзка с разпространението ѝ имат рисковите фактори, като артериална хипертония, диабет, тютюнопушене, хроничен стрес, заседнал начин на живот, повишено ниво на серумния общ холестерол и хиперлипопротеинемия. Доказана е връзката на заболяването с половите хормони – среща се значително по-често при мъжете, а

честотата ѝ при жените нараства след менопаузата. По принцип атеросклерозата е болест на напредналата възраст, но напоследък се наблюдава ясно подчертана тенденция към „подмладяване“ [5].

Рисковите фактори за заболяването са: метаболитни (свързани с обмяната на веществата), ендогенни (произтичащи от организма) и екзогенни (външни).

Основен метаболитен рисков фактор за атеросклерозата е увеличеното количество на липиди в кръвта (хиперлипидемия). Колкото е повисоко съдържанието на липиди (холестерол и триглицериди) в кръвта, толкова по-често и по-тежко е увреждането на артериалната стена. Една от главните причини за повишеното количество на липидите в кръвта е увеличената консумация на храни, богати на наситени мазнини и въглехидрати. Наднормените стойности на общия холестерол, LDL холестерола и триглицеридите в кръвта, както и ниските стойности на HDL холестерола повишават риска от атеросклеротични промени в кръвоносните съдове и от развитието на сърдечно-съдови заболявания. Колкото “добрият холестерол” е повече, толкова вероятността за развитие на атеросклероза е по-ниска.

Други метаболитни рискови фактори за атеросклерозата са хроничните заболявания – захарен диабет, заболявания на черния дроб и половите жлези, затлъстяване, подагра.

Към ендогенните рискови фактори се отнасят:

- Полът – жените по-късно могат да развият атеросклероза в сравнение с мъжете поради протективната роля на женските полови хормони – естрогени (преди настъпването на менопаузата стойностите на холестерола при жените са по-ниски в сравнение с тези при мъжете на същата възраст; след менопаузата стойностите нарастват);
- Възрастта – с напредване на възрастта се увеличават атеросклеротичните промени в кръвоносните съдове;
- Наследствената предразположеност – лицата, чиито родители и близки роднини боледуват от атеросклероза, са изложени на по-голям риск от заболяването.

Екзогенните рискови фактори са свързани с начина на живот и могат да бъдат предотвратими:

- Тютюнопушене – предизвиква втвърдяване на артериалните стени, увеличава холестерола и спомага за по-лесното съсирване на кръвта. Никотинът в цигарения дим повишава кръвното налягане, като по този начин допълнително се увреждат кръвоносните съдове.
- Злоупотреба с алкохол. Редовната консумация на големи количества алкохол нарушава мастната обмяна, увреждa стените на кръвоносните съдове, ускорява сърдечната дейност и повишава кръвното налягане, вследствие на което се увеличава рискът от развитие на атеросклероза.
- Намалена физическа активност. Ниската физическа активност води до наднормено тегло и затлъстяване, високо кръвно налягане и повишени нива на мазнини в кръвта.
- Психоемоционално пренапрежение. Стресът повишава кръвното налягане и кръвната захар, което допълнително уврежда стените на кръвоносните съдове.
- Прием на някои лекарства. Продължителният прием на кортикостероиди, диуретици, перорални контрацептиви води до повишаване на холестерола в кръвта, респективно до атеросклеротични промени в съдовете [5].

Познаването на рисковите фактори, навременните промени в начина на живот, свързани с правилното хранене и с подходяща физическа активност, са фактори, които в дългосрочен план допринасят за ограничаване на усложненията [3].

Редовните физически упражнения спомагат не само за поддържане на нормално телесно тегло, но също така и за предпазване от редица заболявания, както и за подобряване на физическото и психично здраве [2].

Заболявания на артериите с възпалителен характер

Облитериращ тромбангиит (болест на Бюргер) – системно заболяване с неизвестна етиология, започващо в млада възраст. Характеризира се с продължително протичане, с периоди на ремисия и изостряне. За първи път е описано през 1879 г., а пълната клинична картина е представена от Buerger през 1908 г.

Облитериращият тромбангиит започва в млада възраст (20-40 години), засяга предимно мъжете, и то в повечето случаи закоравели пушачи. Често се съпътства от мигриращи флебити, израз на засягане и на венозните съдове от възпалителен процес. Като правило заболяването започва от малките артерии на пръстите на краката и по-рядко – на ръцете, прогресира в проксимално направление скокообразно, оставяйки интактни дълги участъци от

артерията. Възпалителният процес с характер на асептично възпаление ангажира цялата артериална стена, а често и съпътстващата вена с околните тъкани. Болестта на Buerger никога не засяга церебралните, коронарните и висцералните артерии. При около една четвърт от болните се наблюдават продължителни (до 10 години) ремисии в протичането на заболяването.

Облитериращ ендартериит. Това заболяване е твърде сходно с облитериращия тромбангиит, като при него боледуват млади мъже, предимно пушачи. Асептичният възпалителен процес също започва от периферията. За разлика от тромбангиита при ендартериита измененията са предимно в интималния слой на съдовете, с фиброзиране и вторична тромбоза на лумена. Среща се значително по-често и е с по-благоприятно протичане от облитериращия тромбангиит. Никога не засяга венозните съдове [1].

Дегенеративни заболявания на артериите.

1. Медионекроза на Monckeberg. Това заболяване се среща предимно при мъже в напреднала възраст и засяга най-вече артериите на долните крайници. Характеризира се с некроза и калциноза на медията. Калциевите отлагания имат предимно линеарен характер и водят до втвърдяване на артерията. Сравнително рядко водят до тромбозирането ѝ само в напреднал стадий, когато процесът обхване и интимата. Поради сегментния характер на заболяването артериите се удължават, разширяват и нагъват.

2. Кистична медионекроза на Erdheim. Характеризира се с оформяне на кисти и лагуни в ламералната структура на медията. Засяга най-често проксималните отдели на аортата. Най-често се усложнява с десекираща аневризма на аортата.

Клинична картина

Всички споменати по-горе заболявания на артериите, в резултат на които артериалният лумен облитерира или се стенозира, водят до развитие на хроничната артериална недостатъчност на крайниците (ХАНК). Клиничната картина се определя от локализацията на артериалната обструкция, развитието на колатералната мрежа, времето, за което е настъпила тромбозата, и етажността на процеса.

В клиничното протичане се различават 4 стадия:

I стадий – функционален. Характеризира се с тръпнене и студенина на пръстите и повишена чувствителност към студ.

II стадий – клаудикационна болка. Според клаудикационното разстояние с оглед индикациите за оперативно лечение се подразделя на два подстадия:

– клаудикационно разстояние над 150-200 m.

– клаудикационно разстояние под 150 m.

III стадий – болки в покой

IV стадий – некротични промени. Някои автори обособяват и **IVБ стадий** – на гангрената [2].

Целта на изследването е да проучим честотата, стадия, предразполагащите и допълнителните рискови фактори, довели до развитие на ХАНК сред пациенти, потърсили специализирана помощ в кабинет по съдова хирургия в град Враца.

Задачи на проучването:

1. Установяване на броя на заболелите от ХАНК, потърсили съдова консултация.

2. Проучване на рисковите фактори, довели до заболяването.

3. Определяне на стадия на заболелите от ХАНК.

4. Установяване на взаимозависимост между давността на заболяването и ефекта от лечението.

Материал и методи

Изследването е проведено в кабинет „Съдова хирургия“ в град Враца. Използван е документален метод за проучване на 435 пациенти с хронична артериална недостатъчност на крайниците, лекувани от 01.01.2018 г. до 31.12.2018 г., съставляващи 20,62% от преминалите през кабинета пациенти.

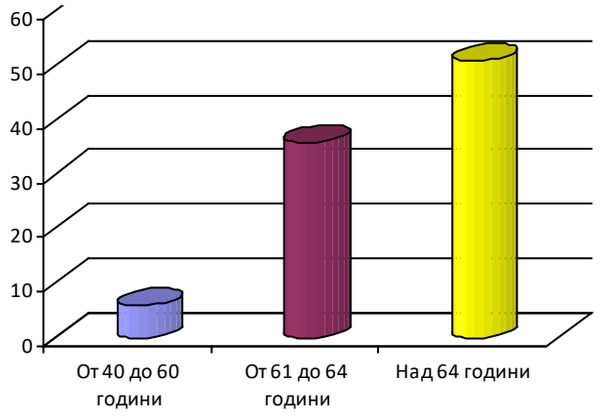
За целите на проучването са използвани статистически данни и данни от анамнезата и обективното състояние на пациенти, лекувани в кабинет „Съдова хирургия“, град Враца.

Резултатите от документалния метод са обработени с компютърна статистическа программа SPSS 16,0. Графиките са изработени чрез програмата Excel.

Анализ на резултатите от проучването

От преминалите 2110 пациенти през кабинета „Съдова хирургия“, при 435 пациенти – 20,62%, е установена диагноза ХАНК, от тях само 15,63%

са с първи стадий на заболяването, 42,76% са с втори стадий на заболяване, 31,26% са с трети стадий и 10,34% – с четвърти стадий. Възрастта на пациентите варира от 46 до 87 год., 42,07% от тях са жени и 57,93% – мъже, като 46,21% са в трудоспособна възраст.



Фиг. 1. Разпределение по възрасти на пациенти с ХАНК

От статистическите данни е видно, че 9,19% са на възраст от 40 до 60 год., 37,01% – от 61 до 64 год., и 53,79% са над 64 год., което показва, че боледуват повече възрастните.

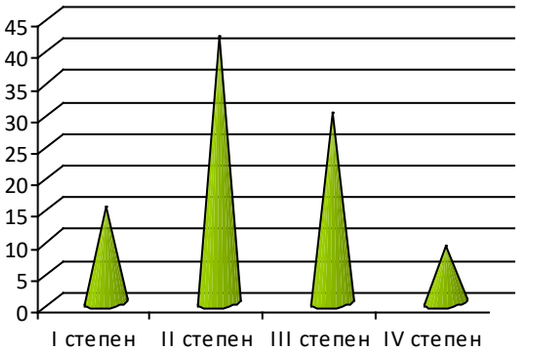
Възрастта от своя страна повишава до известна степен риска от появата на хронична артериална недостатъчност на крайниците. Причината е, че с напредване на възрастта се увеличават атеросклеротичните промени в кръвоносните съдове.



Фиг. 2. Разпределение по пол на пациенти с ХАНК

Направеното проучване показва, че при мъжете е по-голям процента на заболелите от хронична артериална недостатъчност на крайниците: 42,07% – жени, и 57,93% – мъже.

Клиничните данни показват, че при 15,63% от пациентите е установен I стадий, при 42,76% – II стадий на заболяването, при 31,26% – III стадий, и при 10,34% – IV стадий.



Фиг. 3. Относителен дял по клинични стадии на ХАНК

81,61% от проучените пациенти са пушачи, 69,19% са с доказан захарен диабет с давност от 5 до 30 години и при 87,81% е установена АХ. Тютюнопушенето предизвиква втвърдяване на артериалните стени, увеличава холестерола и спомага за по-лесното съсирване на кръвта. Никотинът в цигарения дим повишава кръвното налягане, като по този начин допълнително се увреждат кръвоносните съдове.

Проведеното проучване показа, че контактът пациент–лекар за съжаление се осъществява едва когато са налице симптомите на напредналата фаза на заболяването, а именно – гангрена на крайниците и свързаните с тях ампутации. Често първите симптоми на хроничната артериална недостатъчност на крайниците са тръпнене, мравучкане и чувство на студенина в стъпалата. Напредналите стадии на заболяването водят до нарушена работоспособност, лошо качество на живот и ранна инвалидизация.

Изводи

Проведеното статистическо проучване показа широко разпространение в Северозападна България на хронична артериална недостатъчност на крайниците, което я превръща в едно от най-разпространените заболявания на долните крайници. Установи се зависимост между стадия на заболяването и ефекта от лечението. При пациенти с първи стадий на ХАНК проведеното лечение със съдоразширяващи медикаменти показа добър резултат. Поставянето на правилна диагноза, навременното лечение и избягването на рисковите фак-

тори може да предотврати риска от усложнения и инвалидизация на пациентите.

Заключение

Основавайки се на резултатите от проучването, може да се каже, че пациентите с хронична артериална недостатъчност на крайниците са потърсили специализирана помощ твърде късно. С напредъка на науката и възможностите за диагностика и лечение днес, ХАНК може да бъде лекувана както медикаментозно, така и инвазивно. Нивото на ефективност на лечението в момента е много по-високо. Профилактиката и навременното лечение са важна предпоставка за предотвратяване на усложненията и инвалидизацията.

Библиография

1. Андреев А. Периферна артериална болест и хронична артериална недостатъчност на долните крайници. Съдови заболявания. София, Знание, 2009.
2. Добрилова П, Стефанова К. Специфични особености в работата на медицинската сестра в първичната медицинска помощ. Сестринско дело, 2018, 50(1), 39-41.
3. 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, 2017, 92-95.
4. Тодоров К. Съдова хирургия. С., Мед и физк, 1990.
5. Янкулова Е, Янкова Г, Грозданов И. Проблеми и перцепции за болестта при пациенти с хронични заболявания и техники за саморегулация на поведението на боледуване. Сб. доклади от юбилейна научна конференция с международно участие: „Образование, наука и иновации в здравните грижи“, Враца, 2017, 82-86.
6. www.riokoz-vt.

ЕЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧНИ МЕТОДИ ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ НА НЕРВНО-МУСКУЛНОТО ПРЕДАВАНЕ

Б. Садарзанска-Терзиева[1], П. Цветанов[2]

[1]Катедра „Клинични и медико-биологични науки“, Филиал Проф. Д-р Ив. Митев – Враца, МУ – София
[2]Department of Clinical Neurophysiology, Broomfield Hospital Mid Essex Hospital Trust, Chelmsford CM1

ELECTROPHYSIOLOGICAL METHODS FOR STUDY OF NEUROMUSCULAR TRANSMISSION

B. Sadarzanska-Terzieva[1], P. Tsvetanov[2]

[1]Department of Clinical and Medical Biological Sciences, Affiliate Prof. Dr Iv. Mitev – Vratsa, MU – Sofia
[2]Department of Clinical Neurophysiology, Broomfield Hospital Mid Essex Hospital Trust, Chelmsford CM1

Abstract. Two disorders of neuromuscular transmission characterized with muscle weakness and fatigue can be a diagnostic and therapeutic challenge to the clinicians – myasthenia gravis and myasthenic syndrome. They share several similarities but have also important differences, which are presented in the present report. The ways of diagnosing myasthenia gravis as well as the performance of specific serologic and electrodiagnostic tests are reviewed. Recommendations to the medical specialists performing different diagnostic procedures by medical prescription based on the performed study are shown.

Key words: myasthenia syndrome, myasthenia gravis, electrophysiological methods

Адрес за кореспонденция: Б. Садарзанска-Терзиева, Филиал „проф. д-р. Иван Митев”, МУ – София, 3000 Враца

Address for correspondence: B. Sadarzanska-Terzieva, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa,

Две нарушения в нервно-мускулното предаване, характеризиращи се с мускулна слабост и лесна уморяемост, могат да бъдат диагностично и терапевтично предизвикателство за лекаря клиницист – миастения гравис и миастенният синдром. Те имат някои прилики помежду си и важни различия.

Миастения гравис (МГ) е автоимунно, органно-специфично заболяване, при което е нарушено предаването на нервния импулс между моторните неврони и мускулните клетки [10]. МГ е с честота между 4 и 8 на 100 000 души население, по-често при жените във 2-рата–3-тата декада от живота (жени:мъже 2:1; 3:1), но има и втори пик между 50- и 70-годишна възраст, когато се засягат повече мъжете (мъже:жени 3:2) [2].

МГ се класифицира към заболяванията на невро-мускулния синапс (НМС). Той се състои от пресинаптична мембрана на терминалния бутон на разклоняващия се аксон, синаптична цепка и постсинаптична мембрана в саркоплазмата [6]. Предаването на импулсите в НМС е с помощта на медиатора ацетилхолин (АцХ), който е депозиран във везикули в пресинаптичните терминали. Има

три нива на складиране. Първото е разположено непосредствено до терминалния край на пресинаптичната мембрана и разполага с около 1000 молекули, наречени ***кванти***. Второто ниво се намира в по-проксимален слой на тази мембрана с около 10 000 кванти, за чието отпускане са необходими секунди. Третото ниво е в аксона или дори в клетъчното тяло с наличност около 100 000 кванти [3]. Освобождаването на невротрансмитера АцХ от пресинаптичното окончание се осъществява чрез Ca^{2++} зависим механизъм, след което АцХ се свързва с ацетилхолинови рецептори (АцХР), което води до отварянето на натриеви канали на постсинаптичната мембрана, причина за нейната деполяризация и възникване на потенциал на моторната плочка.

Невро-мускулният синапс е сложна структура, която поради липсата на кръвно-нервна бариера често е обект на автоимунна атака. Автоантитела могат да се образуват както срещу пресинаптични, така и срещу постсинаптични структури. Постсинаптични структури са АцХР, рецептори за мускулноспецифична тирозин киназа (МуСК), рапсин, агрин и други протеини, отговорни за групирането на АцХр в НМС [8, 9].

При МГ увреждането се дължи на антитяломедииран и комплемент-зависим автоимунен отговор с продукция на антитела срещу постсинаптично разположени рецептори [4]. Повишен титър на антитела към АцХр се установява при 80-90% от болните с генерализирани форми, около 60% от пациентите с очна форма [16]. По данни от различни автори до 20% от пациентите с МГ са серонегативни – в серума им не се откриват антитела срещу АцХР [17]. При тях, антителата са насочени срещу някой друг близък постсинаптичен епитоп. При 20-50% от серонегативните болни с МГ в серума им се доказват анти-МуСК антитела [11].

През 2011 г. в серум на двойно серонегативни пациенти, без антитела срещу АцХР или МуСК, са открити антитела срещу липопротеин-свързан белтък 4. Този протеин се свързва с агрина, който има значение за формирането на НМС [18].

Наличието на антитела към волтаж – зависимите калциеви канали, разположени пресинаптично в нервните окончания, води до влошено предаване на нервния импулс на пресинаптично ниво. Касае се Lambert-Eaton myasthenic syndrome (LEMS), който е много по-рядко срещан в сравнение с МГ. Според редица публикации при 60% от случаите е налице паранеопластичен синдром, който най-често се асоциира с дребноклетъчен карцином на белия дроб [13].

Заболявания, протичащи с нарушено нервно-мускулно предаване

Миастения гравис, синдром на Eaton-Lambert, ботулизъм, латерална амиотрофична склероза, полиомиелит, множествена склероза, миопатии, метаболитни миопатии (McArdll), миотонии, вродена парамиотония, периодична парализа, при изследване на регенериращ нерв, интоксикации с фосфорганични съединения, токсичен ефект на антибиотици, хипокалиемия и хипермагнезиемия [12].

Диагноза на миастения гравис

Фармакологични тестове: Тестът с edrophonium (Tensilon) има диагностична стойност при над 90% от пациентите. За безопасното му прилагане е необходимо снемането на подробна анамнеза за сърдечни заболявания и мониторирането на сърдечната дейност на пациента по време на изследването [5].

Серологични тестове: Установяването на антитела срещу АцХР в серума на болния потвърждава със сигурност диагнозата. Липсата им обаче не отхвърля МГ. Антитела срещу АцХР се срещат при 60-80% от изследваните пациенти. При 20-40% се откриват друг вид антитела, наречени МуСК антитела 7.

Електродиагностични тестове:

1) Репетитивната нервна стимулация (RNS) на различни мускули се използва най-често за установяване на нарушена нервно-мускулна трансмисия. Прилага се RNS с ниски и високи честоти.

2) За най-чувствителен електродиагностичен метод се смята single fibre EMG или джитър (jitter).

Патология на нервно-мускулно предаване

Постсинаптичен дефект при МГ

RNS стимулиране на нерва с ритмични супрамаксимални стимули и отвеждане на CMAP с помощта на активен и референтен електрод. Изследва се амплитудата, площта и продължителността на негативната фаза на CMAP. Измерва се декрементът на амплитудата на CMAP при пода-

ване на електрически импулси с честота 3 Hz и се изчислява в проценти отношението на четвъртия отговор към първия [1].

При здрави лица декрементът е не по-голям от 5 до 8%. При МГ амплитудата на отговора спада максимално между 1-ви и 2-ри отговор и продължава да намалява до 4-ти-5-и отговор с 10 и повече процента. По-нататък амплитудата може да продължи да спада или частично да се възстанови. Използва се трейн от 5 до 10 импулса.

Пресинаптичен дефект при миастенни синдроми

● Амплитудата на CMAP при единично стимулиране, когато мускулът е в покой, се намалява до 50% в сравнение с амплитудата на CMAP при здрави.

● При RNS с ниски честоти 2-3 Hz, амплитудата на CMAP може да получи декремент повече от 50%.

● След високочестотна (тетанична) RNS 30-50 Hz или след волево краткотрайно (10 s) съкращение на изследвания мускул се получава голямо нарастване на амплитудата на CMAP (силно изразена фасилитация) от 100 до 500%.

Ефекти на тетанизацията

● Посттетаничната потенциация продължава около 2 min.

● Последвана от посттетанична депресия, продължаваща до 15 min.

● Лесноприложима методика с измерване на амплитудата на CMAP преди и след упражнение.

● При LEMS и ботулизъм – нараства амплитудата на CMAP с повече от два пъти от първоначалната.

● Упражнението продължава не повече от 15 s.

След тетанизация

● При МГ – декрементът се засилва.

● При LEMS – инкрементът нараства.

RNS – технически проблеми и фактори повлияващи изследването

1) Артефакти, индуцирани от движение:

– Плъзгащи движения на записващите електроди спрямо моторната зона на мускула.

– Разместване на стимулиращия електрод.

Препоръки: Имобилизиране на крайника и визуален контрол.

2) Някои технически проблеми предизвикват резки промени в амплитудата и формата на отговора, което също може да наподоби миастенна реакция.

Препоръки:

● Повторни изследвания, за да се установи сигурността на данните.

● Интервалът между отделните серии на електростимулация не трябва да е по-кратък от 30 s.

Температура

● Повишаването на температурата на околната среда води до влошаване на клиничната симптоматика.

● При RNS – засилване на тежестта на декремента.

● При понижаване на температурата невромускулното предаване се подобрява.

● Повишаването на телесната температура при болни с МГ засилва декремента, а при здрави лица е без промяна.

● Спадане на телесната температура под 32°C при изследване на здрави лица води до парадоксален декремент при високочестотна стимулация.

Препоръки: Затопляне на крайника над 33°C.

Прием на антихолинестеразни средства – фалшиво отрицателен резултат

Препоръки: Спиране на приема им 3-4 часа преди изследването (ако състоянието позволява).

Алгоритъм при нарушения на нервно-мускулното предаване:

1) Провеждане на сетивна и моторна невнография:

● При нея CMAP амплитудите трябва да са нормални.

● При ниски или гранични, дистална стимулация непосредствено след 10 s мускулно натоварване за изключване на песинаптична увреда (LEMS).

2) RNS в покой. Осигурява се супрамаскимален стимул, RNS с честота 3 Hz 5-10 импулса, повторена 3 пъти през една минута.

А. При значим декремент > 10%, ако е повтоpяем се провежда:

– Максимално краткотрайно 10 s мускулно натоварване.

– Последвано от нискочестотна 3 Hz стимулация, търси се посттетанична фасилитация.

Б. При декремент < 10% или липсващ:

I. Максимално мускулно натоварване за 1 min, непосредствено след което 3 Hz RNS, както и

на 1, 2, 3 и 4 min за търсене на феномен на посттетанична депресия.

II. Ако има значим декремент, максимално мускулно съкращение за 10 s и непосредствено след това 3 Hz RNS за демонстриране на фасилитация.

3) Да се изследват дистални, проксимални и лицеви мускули.

4) Ако изходната СМАП амплитуда е ниска, да се прилага 10 s максимално мускулно съкращение, последвано от супрамаксимална стимулация за търсене на инкремент, който се приема за абнормен > 40%, а > 100% – патологичен за пресинаптично нарушение.

5) Иглена ЕМГ на дистални и проксимални мускули, особено на клинично слаби мускули за търсене на денервация или миотония [3].

Single-fiber EMG (SF-EMG)

Най-чувствителният метод – 95-99%, за установяване на нарушено нервно-мускулно предаване, но не е специфичен за МГ [14]. Прилага се при пациенти с гранични или негативни резултати от рутинната RNS, но суспектни за МГ и други нарушения в нервно-мускулното предаване.

Джитър (Jitter)

При изследването се отвеждат потенциали от две отделни мускулни влакна на една и съща двигателна единица (ДЕ), които се появяват последователно. Тригерирането е винаги на първия потенциал, който се появява на едно и също място. Вторият потенциал се получава в различно време – по-рано или по-късно [14]. Вариабилност на интервалите на двойка потенциали в пределите на една ДЕ, се нарича jitter.

Методи

- **Стимулационен метод** – стимулационният катод е монополярна игла с оголен връх, който се въвежда в изследвания мускул, близо до зоната на моторната плочка, анодът е повърхностен или иглен. Подават се серия от стимули с честота 2 до 10 Hz до момента, при който силата на стимула спира намалението на jitter на акционните потенциали. Отвеждащият SF иглен електрод се поставя на 2 cm от анода. Jitter се измерва между стимулния артефакт и получения отговор, и е по-малък от този, получен при волево мускулно усилие [15].

Предимства

– Осигурява по-добър контрол на получаване на потенциалите

– Не е необходимо да се търси чифт мускулни влакна

– Позволява изследване на малки деца, неконтактни пациенти и такива в кома.

- **Метод на волева активация – предпочитан**

Предимства

– По-точна оценка на състоянието на моторната плочка.

– Блок-нарастване на jitter и отпадане на втория потенциал

При изследването на jitter игленият мултиелектрод трябва да е в такова положение, че при минимално мускулно съкращение да се отвеждат акционни потенциали от две отделни мускулни влакна на една и съща ДЕ. Когато се намери подходящото място, се записват интерпотенциални интервали (ИПИ), които да са около 500. Разликата между най-краткия и най-дългия интервал определя големината на jitter. Определя се честотата на колебанията на jitter и периодичното блокиране на втория потенциал.

Изчислява се среден jitter на изследваните двойки потенциали, процентът на блокиране и процентът на нормалния jitter.

Най-предпочитан за изследване е m. ext. dig. Comm, тъй като лесно се активира и не се променя с възрастта [15].

- **SF-EMG с концентричен иглен електрод**. Резултатите са съпоставими с тези със стандартни SF игли [7].

При болните с МГ се установява увеличен среден jitter без блок и/или абнормна горна граница на jitter в повече от 10% от двойки мускулни влакна, и/или увеличен jitter и с периодично блокиране на импулсите.

Препоръчително е да се изследват мускулите, в които най-подчертана е слабостта и умората. Следователно нормален jitter, получен от клинично слаб мускул, изключва диагнозата МГ.

Отклоненията в SF-EMG корелират с тежестта на клиничното протичане на болестта.

Приложението на антихолинестеразни медикаменти подобрява jitter и намалява блока.

Jitter при миастенен синдром

– По-често се регистрира блок.

– Jitter може да достигне 500 μs.

– Чрез стимулационен метод с увеличаване на честотата на стимулите се намалява честотата на поява на блока и се подобрява jitter. След покой тези показатели се влошават.

Библиография

1. Ишпекова Б. Методи за изследване на нервно-мускулното предаване. Клинична електромиография, Унисон Арт, 2003, 330-336.
2. Миланова М, Стаменова П. Заболявания на нервно-мускулното предаване. Неврология под редакцията на проф. Ив. Миланов и проф. Ст. Янчева. София, Мед и физк, 2007, 538-544.
3. Цветанов П. Електрофизиологична диагностика на нарушенията на невро-мускулното предаване. Втора национална конференция по клинична електромиография и евокирани потенциали, 2014.
4. Conti-Fine BM, Milani M, Kaminski J. Miasthenia gravis: past, present, and future. J Clin Investigat, 2006; 116 (11):2843-54.
5. Domanovits H, Wenger S, Schillinger M et al. Zeitlhofer Edrophonium chloride (Tensilon) test: a safe method in diagnosing myasthenia gravis]. Wien Klin Wochenschr, 2000;112(3):592-5.
6. Engel A. et al. Myasthenia Gravis and Myasthenic Disorders. NY: Oxford University Press, 1999.
7. Ertas M, Baslo M, Yildiz N et al. Conentric needle Electrode for Neuromiscular Jitter Analysis. Muscle &Nerve, 2000, 23, 715-719.
8. Evoli A, Tonali A, Padua L et al. Clinical correlates with anti-MuSK antibodies in generalized seronegative myasthenia gravis. Brain, 2003;126(10):2304-11.
9. Gilhus NE. Autoimmune myasthenia gravis. Expert Rev Neurother, 2009;9(3):351-8.
10. Gilman S, Newman S. Essentials of clinical neuroanatomy and neurophysiology. Ninth ed. Philadelphia: F.A Davis Company, 1998, 320.
11. Hoch W, McConville J, Helms S et al. Auto-antibodies to the receptor tyrosine kinase MuSK in patients with myasthenia gravis without acetylcholine receptor antibodies. NatMed, 2001;7(3):365-8.
12. Lange D. Myasthenia Gravis and Disorder of Neuromuscular Transmission. In: Guide to Clinical Neuroloy, Mohr, J. P Gautier. NY, Edinburg, London, Tokyo: Churchill Livingston, 1995, 935-941.
13. O'Neil J, Murray N, Newson-Davis J. The Lambert-Eaton Syndrome. Brain, 1988, 111, 577-596.
14. Sanders D, Howard J. AAEE minimonography#25: single – fiber electromyography in myasthenia gravis. Muscle&Nerve, 1986, 9, 809-9-819.
15. Stalberg E, Trontelij V, Schwartz M. Single muscle fiber recording of the jitter phenomenon in patients with myasthenia gravis and in members of their families. Ann NY Acad Sci, 1984, 274, 189-262.
16. Turner C. A review of myasthenia gravis: Pathogenesis, clinical features and treatment. Current Anaesthesia& Clinical Care, 2007;18(1):15-23.
17. Vincent A, McConville J, Farrugia M et al. Seronegative myasthenia gravis. Semin Neurol, 2004;24(1):125-33.
18. Zhang B, Tzartos JS, Belimezi M et al. Autoantibodies to Lipoprotein Related Protein 4 in Patients With Double-Seronegative Myasthenia Gravis. Arch Neurol, 2012;69(4):445-51.

ПРОУЧВАНЕ ДЕЙНОСТИТЕ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ ПРИ ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА ЗДРАВНИ ГРИЖИ ПРИ БОЛНИ С АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ

Л. Маринов, П. Добрилова

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

STUDY OF NURSING ACTIVITIES IN THE IMPLEMENTATION OF HEALTH CARE TO PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

L. Marinov, P. Dobrilova

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

Abstract. Hypertension is a chronic disease of particular social importance, which is determined by its significant incidence in the population, target organ damage, natural evolution to chronic heart failure, early disability, impaired quality of life and associated financial costs and premature death. The role of the nurse in the care of patients with chronic diseases including hypertension is important. The study and analysis of the activities of the nurse in the provision of health care in patients with arterial hypertension will help to increase the level of organization of her work and the effectiveness of the healthcare provided.

Key words: hypertension, activities, nurse

Адрес за кореспонденция: Л. Маринов, Филиал „проф. д-р. Иван Митев”, МУ – София, 3000 Враца, e-mail: lyubo60@abv.bg
Address for correspondence: L. Marinov, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa, e-mail: lyubo60@abv.bg

Въведение

Артериалната хипертония (АХ) е хронично заболяване с особена социална значимост, която се детерминира от значителната ѝ честота сред популацията, увреждането на таргетните органи, естествената еволюция до хронична сърдечна недостатъчност, ранна инвалидизация, влошаване качеството на живот и свързаните с тях финансови разходи и преждевременна смърт. Артериалната хипертония е най-честото сърдечно-съдово заболяване и най-значимият рисков фактор за други сърдечни и несърдечни усложнения. Въпреки наличието на множество ефективни медикаменти и подходи, диагностицирането, лечението и здравните грижи при артериалната хипертония остават незадоволителни.

В насоките за поведение при болни с артериална хипертония на Европейската асоциация по хипертония (ESH) е подчертана необходимостта от изграждането на адекватна система за грижи при пациентите с хипертония в общността. Потвърждава се, че за ефективното управление на заболяването е необходим мултидисциплинарен подход. Това означава участието на различни доставчици на здравни грижи: общопрактикуващия лекар, който трябва да се грижи за по-голямата част от пациентите с хипертония; медицински специалисти от различни области, в зависимост от естеството на заболяването и трудностите, породени от лечението; специално подготвени медицински сестри, които да проследяват пациента по време на цялото му лечение;

Приносът на медицинските сестри може да бъде особено важен за осъществяването на промени в начина на живот, за които е необходима дългосрочна грижа. Ролята на медицинската сес-

тра при обгрижването на пациенти с хронични заболявания, в това число и артериална хипертония, е важна, от нивото на организация на нейната работа зависи ефективността на положените здравни грижи. Грижите трябва да се полагат индивидуално, като се прилагат творчески умения. Подобряването на организацията и управлението на здравните грижи води до повишаване на качеството им и до нарастване удовлетвореността на пациентите от получената медицинска помощ.

Цел

Да се проучат основните дейности на медицинската сестра при обгрижването на пациенти с артериална хипертония.

Материали и методи

Проучването е проведено през периода юни–септември 2019 г. Анкетирани са 50 медицински сестри. Обхванати са три лечебни заведения на територията на страната: МБАЛ „Христо Ботев” – Враца, МБАЛ “Д-р Стамен Илиев” – Монтана, и МБАЛ – Берковица.

За постигане на целта на проучването са използвани следните методи:

– Социологичен метод: чрез пряка индивидуална анкета за медицинските сестри, работещи в болниците;

– Статистически метод – 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

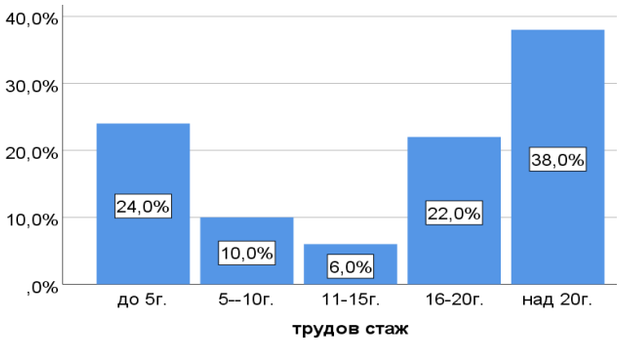
Възрастта на изследваната група е от 20 год. до над 60 год. , като най-многобройни са участниците от 41 до 50 год. – 50% (табл. 1).

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).

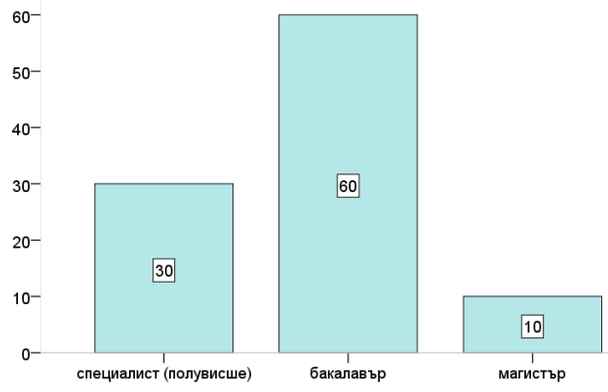
От анкетираните медицински сестри 10% са с образователно-квалификационна степен „магистър”, 60% са със степен „бакалавър” и 60% – с образователно-квалификационна степен „специалист” (полувисше) (фиг. 2).

Таблица 1. Разпределение на анкетираните медицински сестри по възраст

	Честота	%	Валиден %	Комулативен%
20-30 год.	5	10,0	10,0	10,0
31-40 год.	11	22,0	22,0	32,0
41-50 год.	25	50,0	50,0	82,0
51-60 год.	6	12,0	12,0	94,0
над 60 год.	3	6,0	6,0	100
Общо	**50**	**100**	**100**	



Фиг. 1. Разпределение на анкетираните медицински сестри в зависимост от трудовия стаж



Фиг. 2. Разпределение на анкетираните медицински сестри по образование

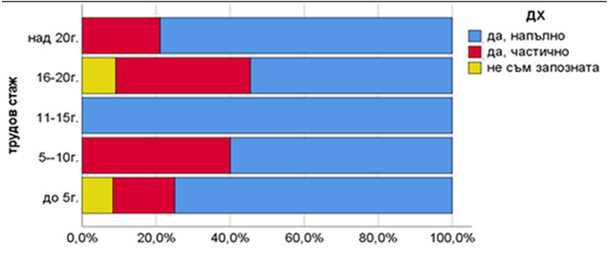
Длъжностната характеристика е един от основните организационни документи, който дава възможност за точно определяне на задачите и дейностите за всяка длъжност. Тя регламентира функциите и задълженията, правата и отговорностите, комуникациите, а също и някои други положения, свързани с ефективното изпълнение

на служебните задължения. Длъжностната характеристика дава по-добра възможност за бърза адаптация на всеки новоназначен към работното му място.

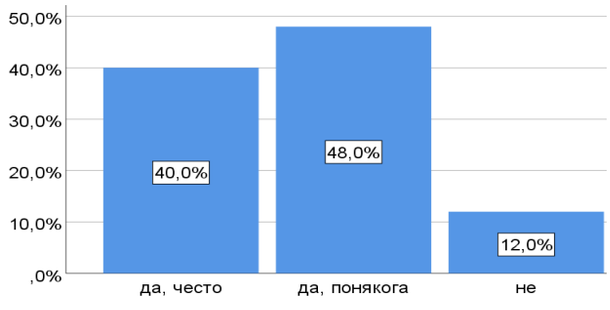
Моментът за запознаване с длъжностната характеристика е преди подписване на трудовия договор, въпреки това 4% от респондентите заявяват, че не са запознати, а 24% са запознати частично.

Не се установява статистическа зависимост между трудовия стаж и познаването на длъжностната характеристика. Прави впечатление, че тези, които не са запознати, са нищожно малък дял, едва 4%, и са разпределени равномерно по всички групи (фиг. 3).

Въпреки че дейностите на медицинските сестри при осъществяване на здравните грижи са регламентирани в длъжностната характеристика за всяко конкретно работно място, 40% съобщават, че често се случва да изпълняват дейности извън определените в длъжностната характеристика. 48% извършват други дейности само понякога и само 12% не извършват дейности извън определените в длъжностната характеристика (фиг. 4).



Фиг. 3. Връзка между трудов стаж и познаване на длъжностната характеристика



Фиг. 4. Извършване на дейности извън регламентираните в длъжностната характеристика

Професията на медицинската сестра е отговорна и включва специфични задачи, умения и отговорности, непрекъснато се развива и обхваща технологичния процес, етиологията, лечението на заболяванията. Сестринските грижи отговарят на нарастващите потребности и не се изразяват само в точно изпълнение на лекарските назначения. Грижите трябва да се полагат индивидуално, като се прилагат творчески умения. Личностно ориентираният подход предполага удовлетворяване потребностите на пациента.

Интерес представлява анализът на резултатите по отношение на мнението на анкетираните относно основните дейности, които изпълнява сестрата в процеса на лечението на пациентите. При поставянето на въпроса в анкетата беше дадена възможност да се посочат повече от една дейности. Резултатите са показани в табл. 2.

Таблица 2. Разпределение на анкетираните медицински сестри според извършваните дейности

	Отговорили		%
	Брой	%	
Извършване на сестрински манипулации	50	26,9	100
Работа с апаратура	37	19,9	74,0
Работа с компютър и документация	41	22,0	82,0
Измерване на соматични показатели	39	21,0	78,0
Педагогически дейности	11	5,9	22,0
Рехабилитационни дейности	6	3,2	12,0
Други	2	1,1	4,0
Общо	186	100	372

Всички респонденти (100%) посочват като основна дейност „извършване на сестрински манипулации”, 82% – „работа с компютър и документация”, 78% – „измерване на соматични показатели”, 74% – „работа с апаратура”. Прави впечатление, че по-малко от една четвърт (22%) отдават значение на „педагогическите дейности”, т.е. неглижира се една от основните функции на медицинската сестра – обучаващата. Според тези резултати структурата на основните дейности на медицинската сестра може да бъде илюстрирана с графиката на фиг. 5.

Важен способ за оптимална организация на здравните грижи и оптимизиране дейностите на медицинската сестра при обгрижване на болните е прилагането на сестринския процес. Той се

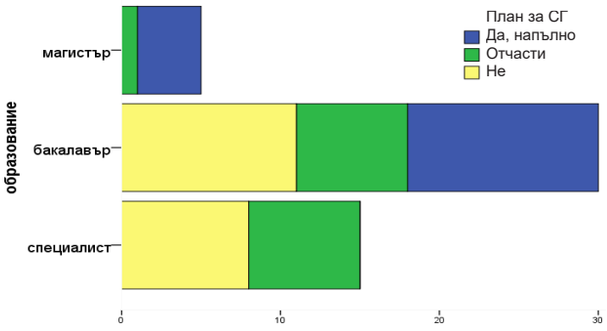
базира на задълбочени теоретични знания, които намират своето практическо приложение при осъществяването на професионални сестрински грижи. Сестринският процес се основава на решаването на даден проблем на пациента, събиране и анализ необходимата информация и формулиране на проблема, или т.нар. сестринска диагноза.



Фиг. 5. Структура на основните дейности според анкетираните медицински сестри

Същността на подхода се състои в разработването на план за грижи и в осъществяването му – извършването на сестринска интервенция с цел преодоляване на нарушенията и осигуряване на психичен и физически комфорт за пациента. На въпроса: „Позволява ли съществуващата в момента организация изработването на план за сестрински грижи, по който да се ръководят медицинските сестри при осъществяване на грижите?", 42% отговарят „не", 30% „отчасти", 28% от медицинските сестри дават отговор „да, напълно". Установява се статистическа зависимост между образователната степен и готовността за прилагане на сестринския процес (фиг. 6).

Основната причина за неприлагането на сестринския процес и разработването на план за грижи е, че у нас все още не е утвърдена практиката за поставяне на сестринска диагноза и за вземане на самостоятелни решения, отнасящи се до режима на пациента, въпреки че медицинската сестра отговаря за тези медицински услуги, които тя предоставя, и има право самостоятелно да оцени и вземе решение относно автономността на пациента по въпроси, свързани с удовлетворяване на потребностите от грижи.



Фиг. 6. Връзка между образование и прилагане на сестрински процес

От друга страна, медицинските сестри в болничните отделения не разполагат с достатъчно време за разговори с пациента и неговите близки, както и за попълване на сестринска документация. Освен това все още сестринският процес не е законово регламентиран в практиката, т.е. от медицинската сестра не се изисква да анализира състоянието на пациента, да поставя сестринска диагноза и да изготвя и прилага план за грижи.

Изводи

1. Анкетираните отдават по-голяма значимост на грижите, пряко свързани с лекарските назначения – „извършване на сестрински манипулации", 82% – „работа с компютър и документация" , 78% – „измерване на соматични показатели", 74% – „работа с апаратура", като подценяват педагогическите дейности, особено ценни при пациенти с хронични и социалнозначими заболявания.

2. Съществуващата в момента организация на здравните грижи в България не дава възможност за реално прилагане на сестринския процес и на произтичащия от него план за грижи. 42% от анкетираните открито заявяват, че съществуващата в момента организация не позволява изработването на такъв, а 30% дават отговор „отчасти".

Заключение

Ролята на медицинската сестра при предоставяне на здравни грижи на пациенти с хронични заболявания, в това число и артериална хипертония, е важна, като нивото на организация на нейната работа зависи ефективността на положените здравни грижи. Медицинските сестри притежават необходимата подготовка и компетенции да прилагат сестринския процес, има нормативна база,

която им дава възможност да извършват автономни дейности, но в голям процент от случаите те се възприемат само като изпълнители на лекарските назначения. Разширяването и оптимизирането на дейностите на медицинската сестра при осъществяване на здравните грижи при пациенти с АХ ще помогне за повишаване нивото на организация на нейната работа и ефективността на положените здравни грижи, за повишаване на качеството им и удовлетвореността на пациентите от получената медицинска помощ.

Проучването е финансирано от МУ – София, Съвет по медицинска наука. Договор № Д-133/2019 г.

Библиография

1. Янкова Г, Аспарухова П, Добрилова П. Проблеми на нуждаещите се от палиативни грижи и връзката им с качеството на живот. Сестринско дело, 2017, 49(2), 36-41.
2. Добрилова П. Подходи за осигуряване на качествени сестрински грижи в здравния мениджмънт. Science & Technologies, 2014, 4(1).
3. Воденичаров Ц, Попова С, Мутафова М, Шипковенска Е. Социална медицина, 2013.
4. Чанева Г, Стамболова И. Качество и контрол на здравните грижи. Мениджмънт на сестринския процес. С., Филвест, 2003, 94-100.
5. Vodenicharova A, Yanakieva A, Goranova-Spasova R, Zlatanova-Velikova R. Satisfaction of students from the organization and quality of education in the Faculty of Public Health-Sofia. J Educat Instruct Studies World, 2016, 6(10), 61-69.

ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ – ПОТРЕБНОСТ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ПРЕЖИВЯН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

М. Лаловска

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

HEALTH CARE – THE NEEDS IN PATIENTS WITH EXPERIENCED STROKE

M. Lalovska

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

Abstract. Ischemic stroke is not only a health problem but also suffering for patients. It is a financial burden for both patients and their families. To ensure adequate reintegration of patients into society need to identify bottlenecks in performance of daily activities and assess their needs. Therefore, the provision of quality health care for patients with stroke is a major task not only of the medical team, but the entire society.

Key words: stroke, patients, health care

Адрес за кореспонденция: М. Лаловска, Катедра "Здравни грижи", Филиал „проф. д-р. Иван Митев”, МУ – София, 3000 Враца
Address for correspondence: M. Lalovska, Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa

Въведение

Мозъчният инсулт е един от най-значимите световни здравни проблеми. Той се превърна в голямо предизвикателство за световната здравна политика и медицината. Повече от една трета от преживелите мозъчен инсулт остават с някаква степен на инвалидност, личностни изменения, депресия, деменция. Съществува и повишен риск от последващ – над една четвърт получават втори в рамките на пет години. По данните на Световната организация по инсулт, една от всеки 5 жени и един от всеки 6 мъже ще получи инсулт през живота си. В това отношение нашата страна е водеща по заболяемост и смъртност в Европейския съюз. Прогресивното протичане на заболяването, задълбочаването и усложняването на симптомите влошават качеството на живот на пациентите с мозъчен инсулт.

Несъмнено болничното лечение при мозъчния инсулт има редица предимства, както и недостатъци. Болничната помощ може да покрие редица важни клинични, физически и психо-социални нужди по време на острия период, като основна роля играят информираността и отношението, но голяма част от болните се нуждаят от рехабилитация и обучение. За да се осигури адекватна ресоциализация на пациентите в обществото, е необходимо да се установят затрудненията в изпълнение на ежедневните дейности и да се направи оценка на нуждите им.

В хода на здравната реформа все по-малко медицински сестри обгрижват пациентите. Наличната документация и намаленият им състав довеждат до намаляване на основната дейност на медицинската сестра. Ето защо оказването на качествени здравни грижи за пациентите с мозъчен инсулт е основна задача не само на медицинските екипи, но и на цялото общество. Това ще доведе до изграждането на адекватен модел на справящо се поведение при пациентите с мозъчен инсулт, което е гаранция за справяне със заболяването и за забавяне на усложненията и инвалидизацията.

Целта на настоящото изследване е да се проучат и анализират затрудненията в ежедневните дейности на пациенти, прекарали мозъчен инсулт, и необходимостта им от здравни грижи в периода на възстановяване.

Материал и методи

Нашите предварителни данни ни позволиха да извършим динамичен преглед и анализ на базата на наличната документация. Използвахме допълнително методите на наблюдение, изследване и анализ на първична и вторична информация, анкети и интервюта.

Резултати и обсъждания

В проведеното проучване са включени 50 пациенти с преживян мозъчен инсулт от Специализирана болница за продължително лечение и рехабилитация, град Мездра, и Специализирана болница за рехабилитация, град Вършец.

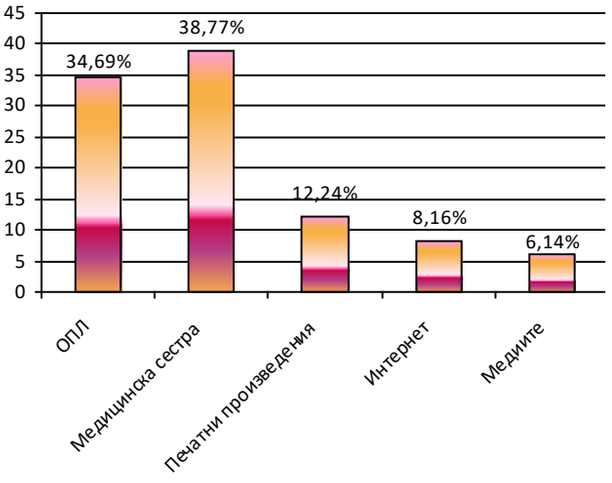
От общо анкетираните болни 33-ма са мъже, и 17 – жени. Най-голям е относителният дял на пациентите със средно образование, 65%, 34% са с основно образование и само 1% са с висше.

Имайки предвид застаряващото население на България като цяло, Северозападният регион е един от водещите по критерии за възрастно население и демографски срив. Петдесет и пет процента от анкетираните пациенти са във възрастовия диапазон 55-64 год. За повечето болни – 74,4%, това е първият инсулт, а за 25,6% – втори.

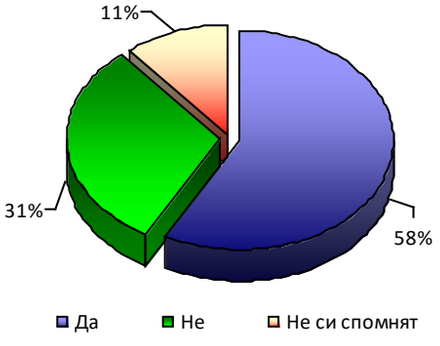
Относно броя на дните на болничния престой по-голяма част (81,8%) са пролежали 7 дни, 16,6% 10 дни, останалите, между 10 и 14 дни, като 1,6% са пролежали най-дълго в болницата – 30 дни. Допълнителният болничен престой оскъпява лечението и увеличава възможността за остатъчни конгитивни, функционални и психични промени.

Анкетираните са получили нужната информация, свързана със заболяването, си при посещение в лекарския кабинет – 34,69%, 38,77% – от медицинската сестра, 12,24% са получили информация от печатни източници, 8,16% – от интернет, и 6,14% – от медиите. Поради ранната фаза на заболяването често информацията не може да се възприеме от пациентите, предвид последствията от инсулта (фиг. 1).

За да се ускори оздравителният процес и да се предотврати рискът от нов съдов инцидент, пациентите трябва да са информирани и да спазват стриктно препоръчания хигиенно-диетичен и двигателен режим. Голяма част от тях, 58%, са получили тази информация, немалък е процентът – 31%, които не са информирани, и 11% не си спомнят за такава информация (фиг. 2).



Фиг. 1. Информираност на пациентите



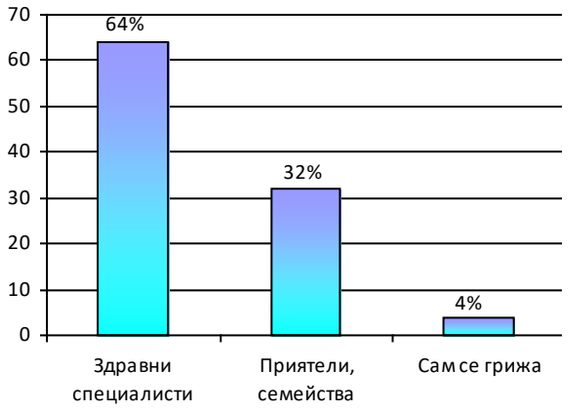
Фиг. 2. Информираност за хигиенно-диетичен режим на пациентите

Повечето анкетирани – 70%, са били зависими от друго лице за извършване на ежедневните дейности и само 30% не са имали такава потребност.

Медицинската помощ и здравните грижи при анкетираните пациенти са се осъществявали най-вече от медицинска сестра – 64%, не е малък броят на респондентите, които са били обгрижвани от близки или приятели – 32%, и само 4% са се справят сами (фиг. 3).

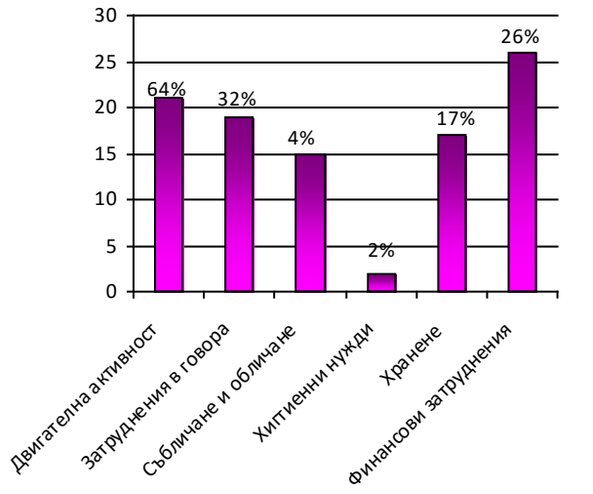
Необходимост от здравни грижи анкетираните пациенти идентифицираха във връзка с нарушена двигателна активност – 21%, затруднения в говора – 19%, събличане и обличане – 15%, 2% – при осъществяване на ежедневните хигиенни нужди,

17% – при хранене. Тази зависимост е от значение за социалните, професионалните и семейните отношения на анкетираните. Прави впечатление, че не е малък и делът на анкетираните – 26%, които са имали финансови затруднения (фиг. 4).



Фиг. 3. Зависимост при осъществяване на ежедневните дейност

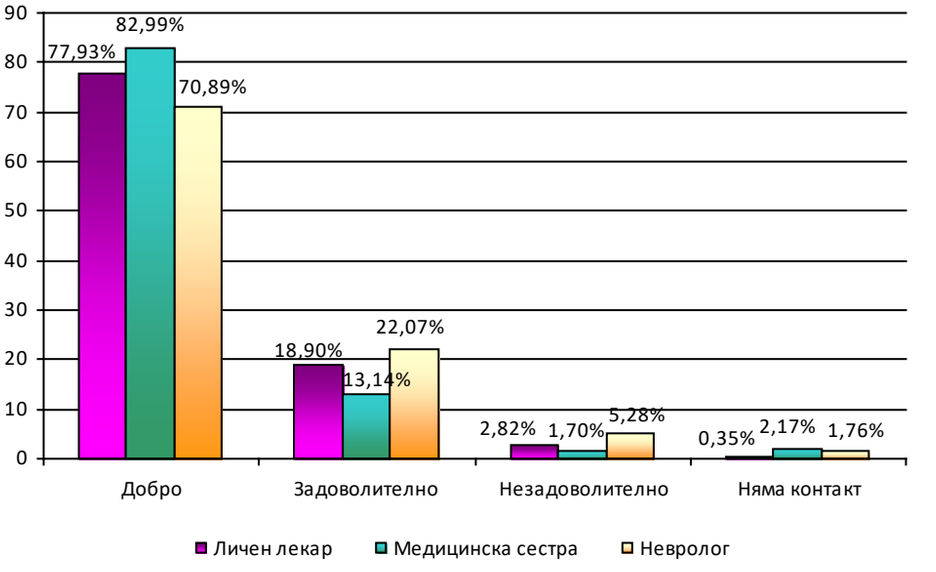
За да бъде успешно възстановяването на пациентите с мозъчен инсулт усилията трябва да бъдат насочени към задоволяване на техните потребности и организиране на качествени, на съвременно ниво здравни грижи в медицински и социален аспект, прилагайки холистичния подход към пациента и неговите близки. Това е необходимо, защото при тези пациенти се изгражда една трудно преодолима психична бариера вследствие на заболяването.



Фиг. 4. Самооценка на анкетираните за затрудненията им след инсулт

Повечето от анкетираните, 82,99%, намират отношението на медицинските сестри за добро, 13,14% – за задоволително, 9,70% – незадоволително, и 2,17% – нямат контакт с тях (фиг. 5).

Необходимостта от здравни грижи е от съществено значение за възстановяването на пациентите с инсулт. Обучението и подкрепата за справяне с предстоящите проблеми са свързани с подобряване качеството им на живот и предотвратяване на усложненията. Нашите данни показаха, че по-голяма част от анкетираните – 73,38%, са получили обучение и само 26,62% не са получили такова (фиг. 6).

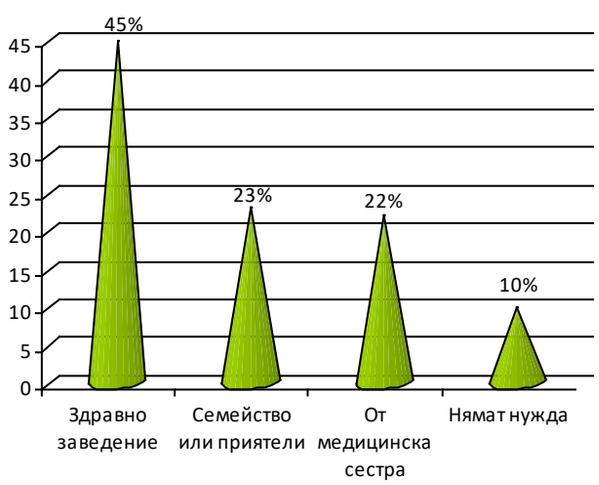


Фиг. 5. Отношение на медицинските специалисти



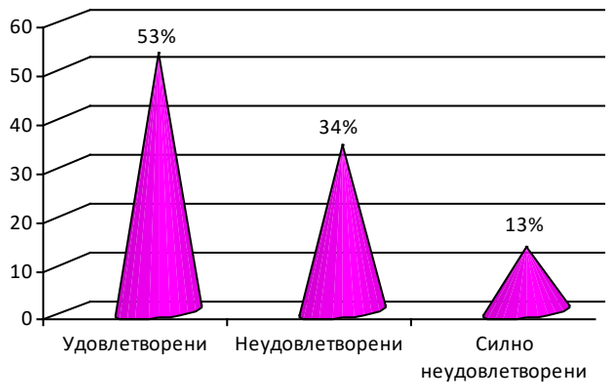
Фиг. 6. Обучение на пациентите

Въпреки че някои от анкетираните след преживян мозъчен инсулт са се възстановили, голяма част от тях са имали нужда от дългосрочна подкрепа и грижи за възвръщане на независимостта си. Повечето от тях, 45%, изказват мнение, че биха предпочели в периода на възстановяване да се оказват грижи в здравно заведение, 23% – в домашни условия от семейство или приятели, 22% – в домашни условия от медицинска сестра, и само 10% нямат нужда от специални грижи. Налице е висока степен на необходимост от комплексни здравни грижи (фиг. 7).



Фиг. 7. Мнение относно предпочитаните грижи в периода на възстановяване

Подобряването на качеството на дейността на съвременната болница изисква да се следи непрекъснато удовлетвореността на пациентите от предлаганите медицински услуги, както и въвеждането на пакет от сестрински грижи и услуги, удовлетворяващи здравните потребности на пациентите, и планиране на сестринските грижи. Повечето от анкетираните, 53%, са удовлетворени от предоставените здравни грижи, 34% са неудовлетворени и 13% са силно неудовлетворени (фиг. 8).



Фиг. 8. Удовлетвореност на пациентите от здравни грижи

Заключение

Мозъчният инсулт е проблем със значими социални и икономически последици. Информацията относно заболяването, получена в ранната фаза, често не може да се възприеме от пациентите поради последствията от инсулта. Затова е необходимо анализиране на потребностите при пациентите с мозъчен инсулт, въвеждането на нов подход за организация на дейностите, извършвани от специалистите по здравни грижи в съвременната болница, непрекъснато повишаване на квалификацията им и задоволяване потребностите от здравни грижи за подобряване качеството на живот. Това в дългосрочен план би допринесло за промяна на статута на хронично болния – от обременяващ проблем на обществото, в пълноценен субект , нуждаещ се от осмислено бъдеще, достойнство, защитеност и психо-емоционално благополучие.

Изследването е проведено по Проект “Млад изследовател-2019“, финансиран от Медицински университет – София с Договор №Д-143/23.04.2019 г.

Библиография

1. Аспарухова П, Янкова Г, Владимирова Е. Качество на живот при пациенти преживели мозъчен инсулт. Управление и образование, 2017, 13(5), 174-179.
2. Добрилова П. Анализ на потребностите от сестрински грижи при пациенти с хронични заболявания. Сестринско дело, 2014,46(1), 10-15.

3. Добрилова П. Съвременни аспекти на медико-социалната рехабилитация. Втора научна конференция с международно участие „Здравето – предизвикателство пред професионалистите по здравни грижи“, Сборник доклади, Враца, 2019, 64-67.
4. Добрилова П, Йорданов Н. Здравни грижи при пациенти в палиативната фаза на болестта. Актуални аспекти на продължителните грижи и палиативната медицина. Пловдив, Лакс бук, 2017, 2, 118-127.
5. Колева И, Лишев Н, Йошинов Р, и др. Физикално терапевтично и рехабилитационно поведение спрямо пациенти с хемипареза/хемиплегия. Здравен мениджмънт, 2003, 6.
6. Масларов Д. Инсултът и животът след това. Здраве и наука, 2013, (1):26.
7. Масларов Д. Новости в лечението на мозъчният инсулт. София, Мединфо, 2017, 7.
8. Миланова М. Новости в лечението нна мозъчния инсулт. София, Мединфо, 2017, 7.
9. Русева М. Рехабилитация след мозъчен инсулт. Форум Медикус, 2010, 12, 7.
10. Янкова Г, Аспарухова П, Владимирова Е. Оптимизиране на учебно – практическата дейност на студентите, чрез прилагане на систематизиран трудотерапевтичен подход при пациенти с мозъчен инсулт. Управление и образование, 2017, 13(5), 33-39.
11. Янкова Г. Удовлетвореността на пациента – индикатор за качество на сестринските грижи., XI национална научна сесия за студенти и преподаватели. Плевен, 2012, сб. Доклади, 103- 107.
12. Янкова Г, Маринова П. Здравната грижа в професионалната дейност – сестрински аспекти. Управление и образование, 2014, 10(5), 37-41.
13. Aisen ML, Sevilla D, Fox N. Inpatient rehabilitation for multiple sclerosis. J Neurol rehabil 1996; 10(1):43-6.
14. Dobrilova PP, Yankova GT, Stefanova KS. Nursing and health policy. Int Sci J *Science and world*, 2017, 2(11)(51), 43-46.
15. Michael NP. Nursing carefor neurological patients. SweetHaven Publisthing Services, 2006.
16. Yankova GT, Dobrilova PP. Degree of applicability of care in practical activities of medical specialists. Int Med Sci J „Medicus“, 2017. (5) (17), 37-41.

ИНФОРМИРАНОСТ ЗА ХРАНИТЕЛНО-ДВИГАТЕЛЕН РЕЖИМ НА ПАЦИЕНТА СЛЕД ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ

Кр. Георгиева

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

INFORMING THE PATIENT ABOUT DIET AND REHABILITATION AFTER AN OPERATION

Kr. Georgieva

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

Abstract. The amount of information and knowledge people have about their health, as well as a well-structured healthcare system, determine the wellbeing and good health of a nation. The goal of this research is to determine the amount of information a patient receives about their diet and rehabilitation routine after an operation. To attain data and arrive at conclusions, the following indicators were used: 1. Informing the patient about their diet and rehabilitation routine during hospitalization. 2. Informing the patient about their diet and rehabilitation routine when discharged from the hospital. This research was carried out between October and December 2017 at the surgical ward of the City Hospital “Hristo Botev”, Vratsa, Bulgaria. Total 105, or 32% patients after an operation, volunteered to participate anonymously in the research on the day of their discharge. The method used for this research is a questionnaire and written documentation. All answers provided are processed with Microsoft Excel to create statistical tables and diagrams. The results from the research show a good practice of informing the patient about their diet and rehabilitation routine during hospitalization: total 67.30% of the patients questioned are informed about their diet and 11.70% are not; total 48.39% are informed about their rehabilitation routine and only 29.53% do not receive any such information. However, results also show that after being discharged from the hospital, only 25.15% of the patients questioned are informed professionally about the type of diet and rehabilitation routine to follow at home. Conclusion: The degree of awareness of the food regime during the period of hospital treatment is high, as opposed to receiving information when picking.

Key words: patient, diet and rehabilitation routine, information

Адрес за кореспонденция: К. Иванова, e-mail: krasimira_ivanova59@abv.bg
Address for correspondence: K. Ivanova, e-mail: krasimira_ivanova59@abv.bg

Увод

Правото на информация е формулирано като фундаментално човешко право и е утвърдено в чл. 19 от Всеобщата декларация по правата на човека като: ,,правото да търси, да получава и разпространява информация” [2]. В Европейската харта за правата на пациента е посочено под номер 3 от 14-те права: ,,всеки човек има право на достъп до всякакъв вид информация относно неговото здравословно състояние, здравни услуги и как могат да бъдат използвани” [6]. По-нататък в Хартата се тълкува това право, като се посочва, че всяко здравно заведение или професионалист трябва да осигуряват информация според своите компетенции и тя трябва да бъде съобразена с пациента. Българското законодателство е узаконило това изконно човешко право в Закона за

здравето, чл. 86 ал. 1, където изрично се посочва, че ,,всеки пациент има право на ясна и достъпна информация за здравословното му състояние и методите за евентуално лечение" [4].

В България правото на информация относно здравето и нуждата от лечение на пациента е вменено като задължение на лекаря и е уредено като част от информираното съгласие, но медицинските сестри не са изключени от процеса. Наредба № 1 от 08.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинската сестра може да извършва самостоятелно или по назначение на лекар в член 3 ал. 3, буква ,,и", изрично се подчертава ,,предоставяне на съвети за хигиена и хранене", буква ,,л": предоставяне на ,,предоперативни и следоперативни здравни грижи" [5].

Потребността от информация, консултиране, даване на съвети на пациента е повишена след операция. От съществено значение за неговото пълно възстановяване е и хранително-двигателният режим, който е важен елемент от цялостния лечебен процес. Неговата цел е предотвратяване появата на усложнения и ускоряването на възстановителния период.

Раздвижването на пациента след операция предотвратява в голяма степен много сериозни, дори застрашаващи живота състояния и усложнения. Двигателният режим е динамична и строго индивидуална величина, но колкото по-бързо и правилно се раздвижи пациентът, толкова по-бързо ще влезе във ,,форма" за прибиране у дома. В деня на изписването той трябва да е в състояние да се самообслужва, да се грижи за основните си нужди и да се движи самостоятелно, но това не означава, че двигателният му режим е окончателно възстановен. Срокът за връщане към нормален ритъм на живот е различен за различните хора. Важен е индивидуалният подход и спазването на принципа на постепенно натоварване в зависимост от обема и метода на оперативната намеса, възрастта, придружаващите заболявания, самочувствието, емоционалната нагласа, мотивацията.

Хранителният режим е системна и методична организация на храненето при здрави и болни хора с лечебна и профилактична цел [1, 3]. Обхваща брой хранения през денонощието, количество приета храна, температура и кулинарна обработка на продуктите. През последните години има значителна промяна в концепцията за хранене на оперираните болни в дългосрочен план и тя се изразява в следване принципите на храненето, а не да се залага на конкретни продукти и ултимативни схеми за стриктно приемане на определени храни. В стационара този процес се контролира и е по-лесно изпълним. Оперираните пациенти спазват стриктно всички указания на персонала, дори когато не са достатъчно информирани за предложените здравни услуги и грижи. Големите проблеми идват след дехоспитализацията от хирургичното отделение, когато пациентът трябва да продължи възстановителния период в дома си сам или с помощта на своите близки, които невинаги са компетентни.

Целта на настоящото проучване е да установи практиката при предоставяне на информация относно хранително-двигателния режим при хирургичния пациент.

Материал и методи

Изследването е проведено в периода октомври-декември 2017 г. в хирургично отделение на МБАЛ ,,Христо Ботев", град Враца. Разработена беше анкетна карта, състояща се от 10 въпроса, чрез които се оценяваше степента на информираност относно хранително-двигателен режим по време на болничното лечение и при изписването от отделението. Анкетирани са 105, или 32%, от оперираните пациенти в този период при изписването от хирургичното отделение, като участието им е доброволно и анонимно. Данните са обработени статистически чрез програмата Microsoft

Таблица 1. Разпределение на анкетираните по възраст

Под 30 год.	**От 31 до 40 год.**	**От 41 до 50 год.**	**От 51 до 60 год.**	**От 61 до 70 год.**	**Над 70 год.**
Общ брой – 5 Относителен дял – 5%	Общ брой – 28 Относителен дял – 27%	Общ брой –27 Относителен дял – 26%	Общ брой – 19 Относителен дял – 18%	Общ брой –13 Относителен дял – 12%	Общ брой – 13 Относителен дял – 12%

Excel. Резултатите са представени в таблици и чрез графични изображения.

Резултати и обсъждане

Проследихме възрастовото разпределение на обхванатите в изследването пациенти.

Най-голяма е групата на 31-40-годишните (28%), следвани от тези на 41-50 години (27%) и 51-60 години, с относителен дял 18%. Групата под 30 години са с най- нисък относителен дял – 5%.

За целите на изследването разпределихме анкетираните пациенти и по образователна степен. Установихме, че с най-висок относителен дял са респондентите със средно образование – 77%. С висше образование са 17%, а с основно образование – само 6%.

Таблица 2. Разпределение на анкетираните според образователната степен

Основно образование	Средно образование	Висше образование
Общ брой – 6 Отн. дял – 6%	Общ брой – 81 Отн. дял – 77%	Общ брой – 18 Отн. дял – 17%

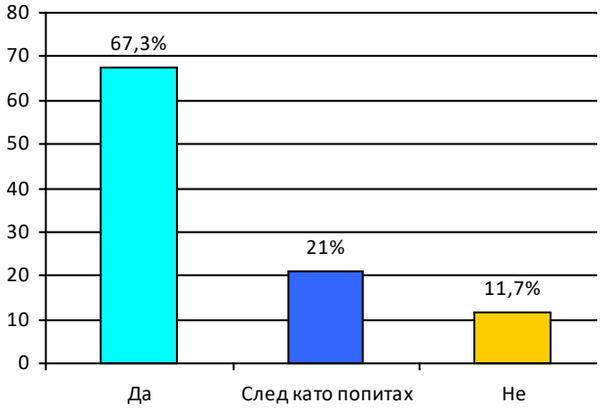
Високият процент на лицата със средно образование (77%) и висше образование (17%), съпоставен с процента от възрастовото разпределение на групите 31-40 и 41-50 год. налага впечатлението, че анкетата е попълнена от образовани хора, разбрали ясно нейното съдържание и поставените въпроси.

Това определя анкетата като достоверна и е предпоставка за провеждане на един по-задълбочен анализ.

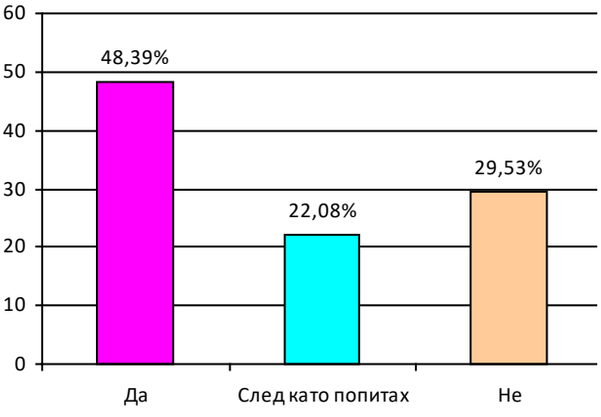
Запитани ,,Информираха ли Ви за хранителния режим, който трябваше да спазвате след извършената Ви операция?, 67,30% са отговорили утвърдително с ,,да”, 21,00% от анкетираните са информирани след запитване от тяхна страна и 11,70%, твърдо са отговорили отрицателно.

Когато запитахме пациентите: ,,Получихте ли информация за двигателния режим, който трябваше да спазвате по време на болничен престой?”, получихме следните резултати: 48, 39% са получили пълна информация, 29,53% са отговорили с ,,не”, а 22,08% от анкетираните са информирани след запитване от тяхна страна.

Както се вижда от приложените диаграми, по време на болничния престой в хирургичното отделение 67,30% от оперираните пациенти са получили необходимата информация за хранителния и 48,39% – за двигателния режим, които трябва да спазват в ранния следоперативен период така необходим за тяхното възстановяване. Тези показатели създават впечетление за добра медицинска практика и здравна грижа от страна на медицинските специалисти.



Фиг. 1. Информираност за хранителния режим след операция по време на болничния престой

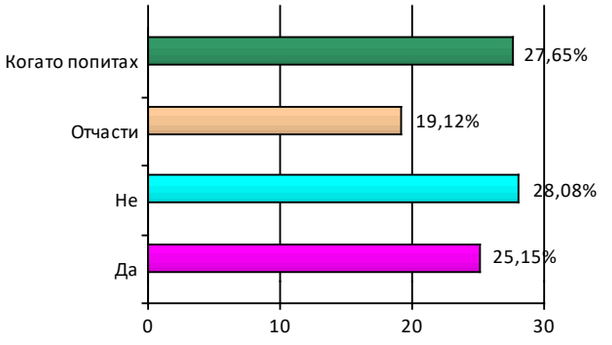


Фиг. 2. Информираност за двигателния режим след операция по време на болничния престой

Стъпка напред в упражняване ,,правото на пациента“ да търси и получава информация, касаеща неговото здраве”, правят онези болни, които са ,,попитали”, когато не са получили информация. Тези пациенти вече не са пасивни наблюдатели, а активни участници в лечебния процес, които искат да придобият достатъчно знания и специфични умения с цел по-добра грижа за здравето си.

За нас беше интересно да проучим въпроса с информирането на пациента относно хранително-двигателния режим при изписване от хирургич-

ното отделение. Получихме следните резултати: само 25,15% са с положителен отговор, 28,08% са отговорили отрицателно, 27,65% са получили информация след запитване от тяхна страна, а за 19,12% информацията е била частична и незадоволителна (фиг. 3).



Фиг. 3. Информираност за хранително-двигателен режим при дехоспитализация

Понастоящем оперираните болни се изписват от хирургичното отделение в рамките на 5-8 дни, а този период е крайно недостатъчен за пълното възстановяване от операция. Много малко са операциите, които изискват стриктно придържане към определени храни и към ниска двигателна активност в дългосрочен план. В болнични условия медицинският персонал полага здравни грижи за възстановяване на хирургично болния, дори той да е пасивно настроен към своето здраве, но от съществено значение за цялостното възстановяване на оперирания пациент след изписване от стационара е даването на препоръки, свързани с хранително-двигателен режим. Данните от проведената анкета са категорични – процентът на информираните при изписване от болничното отделение е незадоволителен, което според нас вече е проблем. Няма пациент, който да е доволен от мълчаливо подаване на епикризите, в които половината от написаното не е ясно за него. Напускайки лечебното заведение, той ще търси информация в интернет и от приятели, познати, а понякога и от самозвани лечители, а това вече е и опасно.

Задълбоченият анализ на данните от проведено изследване ни позволява да направим следния извод. Степента на информираност на хирургичния пациент относно хранително-двигателния режим при изписване е ниска, за разлика от получаване на информация, когато е бил на лечение в отделението. Защо е така? Коя е причината? Защо спада изведнъж интересът към болния при изписване? Може би защото смятаме, че пациентът е оздравял, след като вече се изписва? А може би защото сме изпълнили ,,клиничната пътека“.

Заключение

Предоставянето на информация и нейното получаване всъщност е един непрестанен комуникационен процес. За добра медицинска практика би трябвало медицинският персонал да бъде непрестанно обучаван в съвременни комуникационни техники с акцент информираност на пациента.

Библиография

1. Белоев. Грижи за болния и сестринска техника. 91; 92.
2. Всеобща декларация за правата на човека. Приета и провъзгласена с резолюция 217 А (III) на Общото събрание на ООН от 10.12.1948.
3. Добрилова П, Янкова Г и кол. Практическо ръководство за сестрински грижи (I част). МИКРОТЕСТ, 2018..
4. Закон за здравето, 2005.
5. European Charter of Patients' Rights, Rome, November, 2002.
6. Наредба №1 от 08.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравни асистенти могат да извършват по назначение, или самостоятелно.

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА ИНФОРМИРАНОСТТА НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ, ОТНОСНО ДОБРОКАЧЕСТВЕНА ПРОСТАТНА ХИПЕРПЛАЗИЯ

М. Борисова, М. Лаловска, Г. Георгиева

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

ANALYSIS AND ASSESSMENT OF THE NURSES AWARENESS OF BENIGN PROSTATE HYPERPLASIA

M. Borisova, M. Lalovska, G. Georgieva

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

Abstract. One of the definitions of nursing that most fully meets her professional responsibilities and expectations of society belongs to American Virginia Henderson, published in her 1961 book, Basic Principles of Nursing Care. When we talk about benign prostatic hyperplasia, we can safely say that this is one of the priority diseases, which covers a large contingent of men. Aim of the study: To analyze the awareness of nurses about the disease benign prostatic hyperplasia. Research materials and methods: A direct survey was conducted among 160 nurses in the period March-June 2019. Of these, 60 work in specialized urological wards and offices and 100 work in non-specialized urological wards and offices. Conclusion: The complete and quality performance of the functions of the nurse can be achieved if she has the necessary professional competence, which is a set of knowledge, skills and behavior necessary to perform her functions and duties.

Key words: awareness, nurses, benign prostatic hyperplasia

Адрес за кореспонденция: М. Борисова, Катедра "Здравни грижи", Филиал „проф. д-р. Иван Митев”, МУ – София, 3000 Враца
e-mail: marielaborisova@abv.bg

Address for correspondence: M. Borisova, Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa, e-mail: marielaborisova@abv.bg

Едно от определенията за сестринството, което отговаря най-пълно на професионалните задължения на медицинската сестра и на очакванията на обществото, принадлежи на американката Виржиния Хендерсън и е публикувано в нейната книга „Основни принципи на сестринските грижи” през 1961 г. „Уникалната задача на сестрата е да оказва помощ на човек, било то болен, или здрав, при осъществяване на такива действия, които имат отношение към неговото здраве, възстановяване или спокойна смърт и които той сам би предприел, ако имаше за това необходимите сили, знания и воля, и то да прави това по такъв начин, че човек отново да придобие независимост, колкото е възможно по-бързо”.

Когато говорим за доброкачествената простатна хиперплазия, можем да кажем, че това е едно от приоритетните заболявания, което обхваща голям контингент от мъже. При мъжете над 50-годишна възраст боледуват около 50%, при 60-годишните – 60%, а при 70-годишните – приблизително 70%.

На практика няма мъж, който, ако доживее до по-напреднала възраст, да не заболее от доброкачествена простатна хиперплазия или карцином на простатната жлеза.

Цел

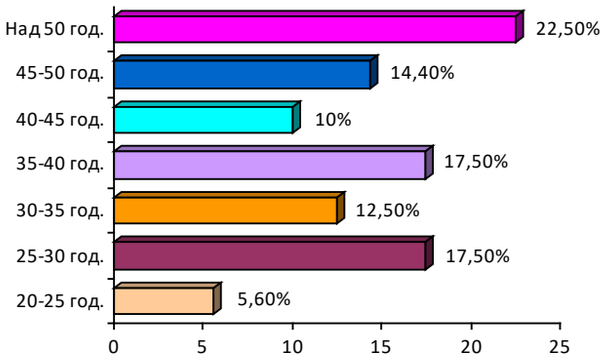
Да се анализира информираността на медицинските сестри, относно заболяването доброкачествена простатна хиперплазия.

Материал и методи

Използвани са социологически и статистически методи.

Проведено е пряко анкетно проучване сред 160 медицински сестри в периода март–юни 2019 г. От тях 60 – работещи в специализирани урологични отделения и кабинети, и 100 – работещи в неспециализирани урологични отделения и кабинети.

Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните, което е основание за обективност на резултатите.

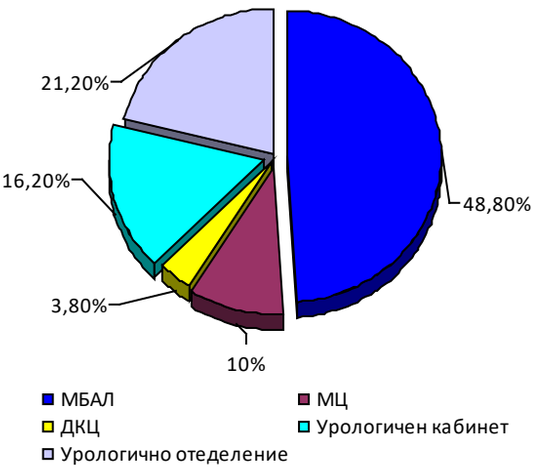


Фиг. 1 Разпределение по възраст

Най-голям е относителният дял на лицата от възрастовата група над 50 год. (22,5%). Двете възрастови групи – 25-30 год. и 35-40-год. са с равен относителен дял по 17,5%, следвани от възрастовата група 45-50 год. – 14,4%, 30-35 год. – 12,5%, 45-50 год. – 10%, а с най-малък дял – 5,6%, са респондентите на възраст от 20 до 25 години (фиг. 2).

От анкетираните медицински сестри 37.40% (N = 60) работят в специализирани урологични отделения и кабинети, като 21,20% работят в урологични отделения, и 16,20% – в урологични кабинети. Останалите респонденти (N = 100, 62.60%) работят в неспециализирани урологични звена. По-голяма част от тях са в МБАЛ – 48,80%, 10% – в МЦ, и 3,80% – в диагностично-консултативни центрове.

Пълното и качествено изпълнение на функциите на медицинската сестра може да се осъществи, ако тя има необходимата професионална компетентност, която е съвкупност от знания, умения и поведение, необходими да изпълнява своите функции и задължения.



Фиг. 2. Разпределение по месторабота

Взаимодействието на медицинската сестра с пациента разширява контекста на здравните грижи и се разглежда като съществена част от тях.

Пътят към добрите взаимоотношения с пациента започва с формиране на положително отношение, което се постига чрез уменията за професионално общуване и взаимодействие. Чрез междуличностно взаимодействие медицинската сестра успява най-пълно да отговори на нуждите на пациентите и да изпълни професионалните си задължения.

Без здравни грижи е немислимо постигането на качествено лечение в съвременната медицинска практика. Качествените грижи трябва да бъдат навременни, целесъобразни, научнообосновани, изпълнени с чувство на отговорност.

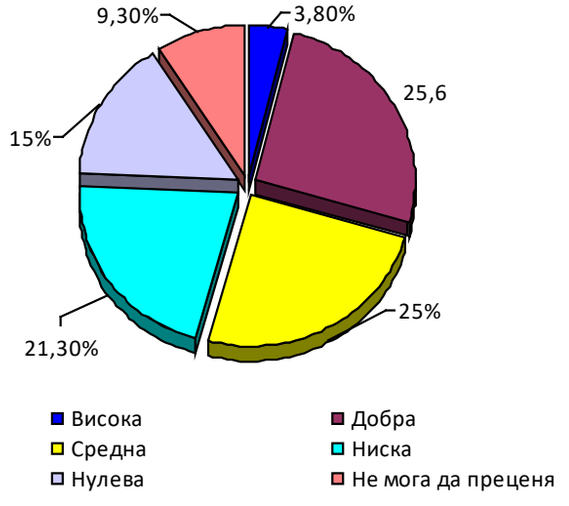
Таблица 1. Участие в следдипломно обучение, относно грижите за пациенти с урологични заболявания

Отговори	**Абсолютна честота**	**Относителна честота в %**
Да – имам завършен курс	22	13.75
Да – имам повече от един курс	8	5
В момента съм на курс с такава тематика	16	10
Не – нямам	114	71.25
Общо	160	100

Анализът на резултатите показва, че курсове за следдипломно обучение относно грижите за пациенти с урологични заболявания имат малка част от анкетираните медицински сестри, а именно: за „един завършен курс” съобщават 13,75%, „в момента на курс с такава тематика” са 10% и 5% „имат повече от един курс”. Останалите 71,25% не са участвали в курсове с урологична тематика.

Както вече отбелязахме пълното и качествено изпълнение на функциите от медицинската сестра може да стане, ако тя има необходимата професионална компетентност, представляваща съвкупност от знания, умения и поведение.

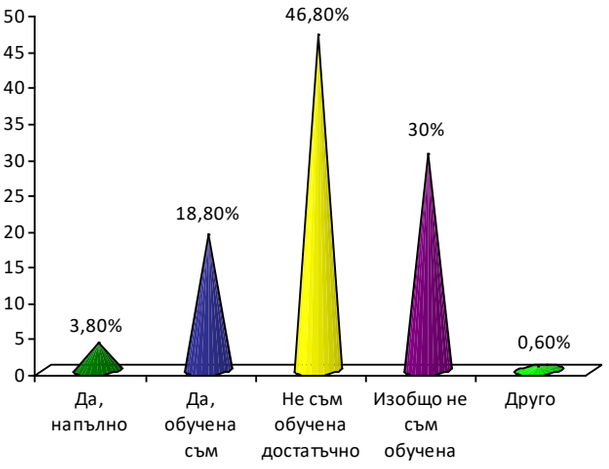
Пред медицинските сестри стоят редица задачи, които се реализират чрез изпълнението на основните им функции. Те се отнасят към повишаване на компетентността им чрез формиране на непрекъснато обучение; повишаване на качеството на сестринските грижи чрез прилагане на средства за качествени грижи.



Фиг. 3. Степен на информираност, относно заболяването ДХП

Информираността на медицинските сестри за заболяването определят като „добра” 25,6%, отговор „средна степен на информираност” са дали 25% от респондентите. За 21,3% степента е „ниска”, при 15% отговорът е „нулева”, ”не могат да преценят” колко са информирани за ДПХ – 9,3%, и само 3,8% дават отговор, че степента им на информираност е „висока”.

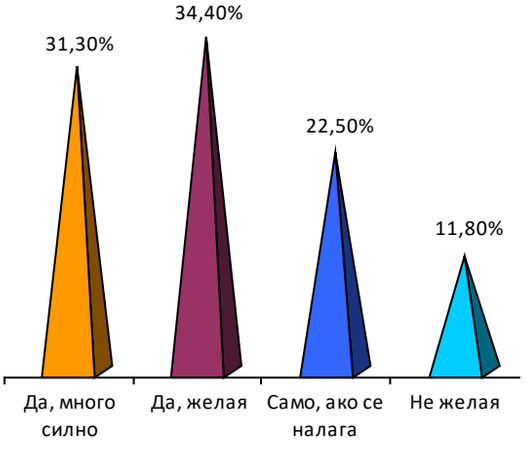
Анализът на данните, показани на фиг. 4, сочи, че само 3,8% смятат, че са напълно обучени да работят с пациенти с хиперплазия на простатната жлеза. Обучени са 18,8%, при 46,8% обучението не е достатъчно, а 30% изобщо не са обучени. Отговор „друго” са дали 0,6% от анкетираните.



Фиг. 4. Самооценка на медицинската сестра относно степента на обученост

Уверени в своето обучение да работят с пациенти с това заболяване са твърде малко медицински сестри. Ясно проличава необходимостта от цялостно и пълноценно обучение на работещите медицински сестри.

Фиг. 5 илюстрира желанието на анкетираните медицински сестри за допълнително обучение по проблемите на ДПХ. Най-високият относителен дял 34,40%, е на отговорилите, че желаят допълнително обучение. „Много силно” са отговорили 31,30%, „само ако се налага” отговарят 22,50% и не желаят такова обучение – 11,80%. Факт е, че близо 65% от анкетираните имат желание да се развиват и желание да се обучават.



Фиг. 5. Желание на респондентите относно допълнителното обучение по проблемите от ДХП

Съществува статистическа значимост между работещите в урологичните структури и кабинети медицински сестри и желанието им за допълнително обучение по проблемите на пациентите с ДПХ ($p < 0,05$).

Заключение

Пълното и качествено изпълнение на функциите от медицинската сестра може да стане, ако тя има необходимата професионална компетентност, която представлява съвкупност от знания, умения, и поведение, необходими ѝ да изпълнява своите функции и задължения.

Пред медицинските сестри стоят редица задачи, които се реализират чрез изпълнението на основните им функции. Те се отнасят до повишаване на компетентността им чрез формиране на непрекъснато обучение; повишаване на качеството на сестринските грижи чрез прилагане на средства за качествени грижи.

Библиография

1. Апостолов МП. Иванова Христоматия по история на медицината. С., КСМОЗ, 1995.
2. Агарков НМ. Распространенность и лечение заболеваний мочеполовой сферы (Н. М. Агарков, А. В. Новиков, Е. Б. Новикова). Вестник новых медицинских технологий. 2005, 12(3-4), 131.
3. Агафонов НВ. Обоснование диетической профилактики рецидивов мочекаменной болезни. Автореф. дис. канд. мед. наук НВ Агафонов. Днепропетровск, 1987, 25.
4. Бенчев Б. Стандарт за промоция на здравето в болниците. Социална медицина, 2003, (4), 25-26.
5. Борисова М. Здравна информираност при пациенти с доброкачествена простатна хиперплазия. Science & Tehnologies, 2016, 6(1). Medical Biology Studies, Clinical Studies, SOCIAL medicine and Health Care, ISNN 1314-4111.
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), 22-25.
7. Borisova M, Dimitrova M. Health of male reproductive system. Medicus, Volgograd, Int Med Sci J, 2018, 21(3), 62-65.
8. Добрилова П. Анализ на потребностите от сестрински грижи при пациенти с хронични заболявания. Сестринско дело, 2014, 46(1), 10-15.
9. Младенова С. Здравното образование – фактор за формиране на превантивно здравно поведение. Превантивна педагогика – теория и практика, Софийски университет “Св. Климент Охридски”, ЕКС – ПРЕС, 2005, 197-200.
10. Янкова Г. Удовлетвореността на пациента – индикатор за качество на сестринските грижи., XI национална научна сесия за студенти и преподаватели, Плевен, Доклади, 2012, 103-107.
11. Янкулова Е, Янкова Г, Грозданов И. Проблеми и перцепции за болестта при пациенти с хронични заболявания и техники за саморегулация на поведението на боледуване. Сб. доклади от юбилейна научна конференция с международно участие: „Образование, наука и иновации в здравните грижи“, Враца, 2017, 82-86.
12. Янкова Г, Маринова П. Здравната грижа в професионалната дейност – сестрински аспекти. Управление и образование, 2014, 10(5), 37-41.
13. Dobrilova PP, Yankova GT, Stefanova KS. Nursing and health policy. Int Sci J „Science and World“, 2017, 2(11) (51), 43-46.
14. Yankova GT, Dobrilova PP. Degree of applicability of care in practical activities of medical specialists. Int Med Sci J „Medicus“, 2017, 17(5), 37-41.

ОЦЕНКА НА СТРУКТУРАТА НА ХРАНЕНЕ И ХРАНИТЕЛНОТО ПОВЕДЕНИЕ НА СТУДЕНТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Г. Янкова

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

AN EVALUATION OF THE NUTRITION STRUCTURE AND NUTRITIONAL BEHAVIOR OF HEALTH CARE STUDENTS

G. Yankova

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

Abstract. The article presents the results of a study about the nutritional behavior among students who are studying in the field of health care of the Branch “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa to Medical University – Sofia. The peculiarities of the nutritional behavior of students from different courses of study have been identified. The data reflect the general trend that can be observed today among other social and age groups of the population of the country, when the peculiarities of lifestyle do not allow full nutrition during the day and the basic nutrition in terms of calorie content and amount of food, it consumes in the evening. The study confirms the need for nutrition monitoring and adequate training for healthy eating behavior.

Key words: Nutritional status, eating behavior, students

Адрес за кореспонденция: Галя Янкова, Катедра “Здравни грижи“, Филиал „Проф. д-р. Иван Митев”, МУ – София, 3000 Враца, e-mail: gyankova1968@abv.bg

Address for correspondence: Galya Yankova, Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa, e-mail: gyankova1968@abv.bg

Храненето на населението е един от водещите критерии за качество на живот и фактор, определящ здравето на нацията. Литературни данни сочат, че влошаването на храненето до голяма степен обуславя възникването на редица хронични заболявания [1, 2, 3, 4, 6, 8,13, 16]. Установено е, че здравословните хранителни модели помагат да се намали рискът от сърдечно-съдови заболявания, някои видове рак, затлъстяване, диабет тип 2, остеопороза и фрактура на костите, дентални заболявания и др. [7, 9, 10, 12, 19].

По последни данни на Световната здравна организация, затлъстяването се увеличава трикратно от 1975 г. до сега [20]. През 2016 г. над 1.9 млрд. души над 18-годишна възраст са с наднормено тегло, а 650 млн. са със затлъстяване. По голямата част от световното население живее в страни, където наднорменото тегло и затлъстяването убиват повече хора от поднорменото тегло (проблема с недохранването). Наднорменото тегло и затлъстяването са основни рискови фактори за редица заболявания, водещи до заболяемост и смъртност.

По данни на Националния център по обществено здраве и анализи от 2018 г., 57,9% от населението над 20-годишна възраст в България е с наднормено тегло, а 23,7% е със затлъстяване. Наднорменото тегло по-често се среща сред мъжете (63,1%) за разлика от жените (53,2%). Пропорцията на затлъстяване сред мъжете и жените

е съответно 23,1% и 24,3%. Според прогнозните проучвания на организацията, към 2020 г. 13% от мъжете и 14% от жените в България ще бъдат със затлъстяване. Моделът предвижда, че през 2030 г. със затлъстяване ще бъдат 15% от мъжете и 14% от жените [10, 11].

Студентите са група, върху която оказват въздействие много рискови фактори: постоянно нарастващо количество информация, висок психо-емоционален стрес по време на обучението и изпитните сесии, особености на храненето и начина на живот. Тези фактори са идентифицирани като рискови както за затлъстяване, така и за поднормено телесно тегло, като хранителните навици имат ключова роля в контрола на телесната маса [1, 3, 5, 12, 15, 16, 17, 18, 19].

Цел

Да се идентифицират основните закономерности в структурата на хранене и хранителното поведение на студентите.

Материал и методи

В периода февруари–май 2019 г. е проведено проучване на хранителното поведение сред 300 студенти от I-IV курс, обучаващи се в направление „Здравни грижи“ на Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, към Медицински университет – София. Възрастовият обхват на изследвания контингент е 19-50 години. Средната възраст на респондентите е 26 г. (χ = 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 всички курсове по специалностите „Медицинска сестра“; „Акушерка“ и „Лекарски асистент“ за учебната 2018/2019 г.

Проучването е проведено въз основа на собствено разработен въпросник и изследва режима; темпа на приемане на храна; предпочитания към отделни видове храни; субективно отношение към хранителния процес и др.

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 Exel.

Резултати и обсъждане

Общоприетото определение на понятието здравословно хранене е, че то представлява модел или стил на хранително поведение, който се практикува от хората с цел консумацията на подходящо за тяхната възраст и начин на живот количество специфична храна или хранителни вещества, така че да се поддържа добро здраве.

Националните проучвания на храненето и хранителния статус при активното българско население, представителна част от което са и българските студенти, показват характеристики и тенденции, които се свързват с развитието на хроничните неинфекциозни болести.

Специализирани изследвания [2, 3, 5, 7, 11, 12] доказват, че храненето и хранителното поведение на студентите под влияние на академичната среда най-често не са в положителна посока. Имайки предвид факта, че хранителното поведение включва комбинация от определени форми на човешко поведение (режим, темп на приемане на храна, предпочитания към отделни видове храни, субективно отношение към хранителния процес и др.), в процеса на изследване бяха проучени неговите характеристики сред студентите.

Правилният хранителен режим е от първостепенна важност за доброто здравно състояние. По-голямата кратност на хранителните приеми е свързана с по-нисък риск от наднормено тегло и затлъстяване [4, 5]. Освен това редовното хранене предотвратява приема на големи количества храна наведнъж и допринася за по-добро храносмилане.

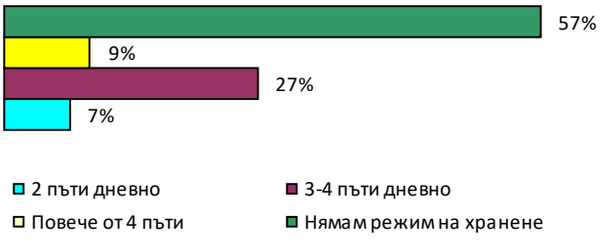
Въпросът „Колко пъти на ден се храните?” идентифицира групи студенти със систематичен и несистематичен режим на хранене.

Препоръчителен петкратен режим на хранене, който включва три основни приема и две подкрепителни закуски [8, 10], следват едва 9% от анкетираните студенти. Към трикратен режим на хранене се придържат 27% от респондентите, а 7% се хранят двукратно, като пропускат основен хранителен прием. Тревожен факт е, че повече от половината студенти (57%) споделят, че нямат установен режим на хранене (фиг. 1).

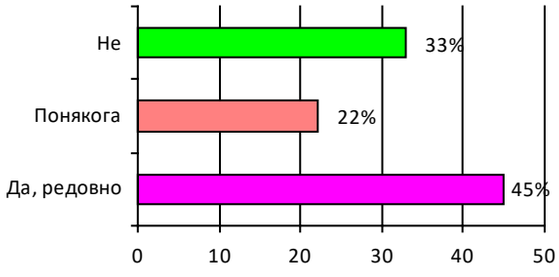
Често нарушение в хранителния режим на студентите е пропускането на хранения. По-голямата част от проучванията върху ефекта на пропускането на хранене върху здравето са свързани със закуската. Тя допринася за по-добро здраве,

за поддържане на оптимално телесно тегло, за подобряване на когнитивните способности, емоционалната стабилност и за намаляване на умствения дистрес. В специализираната литература съществува доказателство, че хората, които редовно консумират закуска, имат по-нисък индекс телесна маса, по-добро академично представяне и по-добри хранителни профили, в сравнение с други, които пропускат първото ядене за деня [11].

Закуската е храненето, което студентите пропускат най-често. Установи се, че само 45% закусват редовно, 22% закусват нередовно и една трета от анкетираните студенти (33%) въобще не закусват (фиг. 2).



Фиг. 1. Хранителен режим на студентите

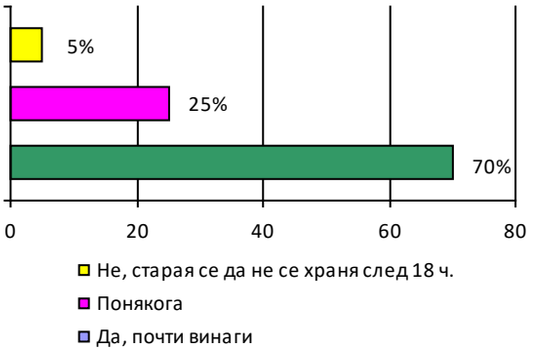


Фиг. 2. Честота на сутрешна закуска

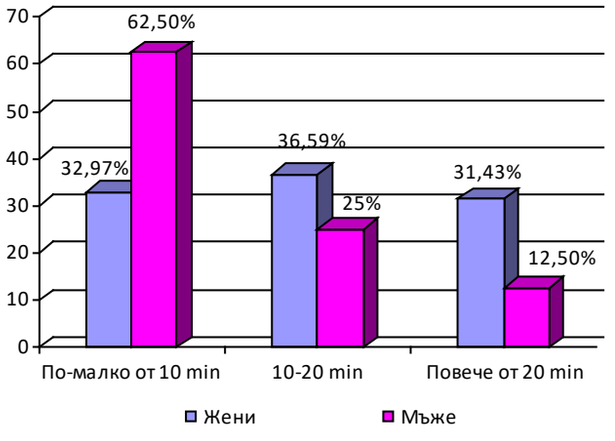
Проучването потвърди литературните данни и за един общ недостатък в хранителния режим [4, 12], при почти всички изследвани студенти, а именно по-висок относителен дял (70%) на хранещите се основно на вечеря (след 18 часа) (фиг. 3).

Физиологичният процес на храносмилането изисква храната да се сдъвква добре за пълноценната ѝ ензимна обработка още в устната кухина. В тази връзка бяха изследвани характеристиките на консумацията на храна сред студентите (скоростта на консумация и количеството изядена храна, както и времето, отделено за хранене).

В реалния живот времето, прекарано в хранене, се влияе от много фактори, сред които са възрастта, социалната група и професията. Анализът на литературата показва, че този важен аспект на хранителното поведение сред студентите не е проучен. Установи се, че по-голямата част от студентите отделят по-малко от 10 минути за хранене (62,5% от мъжете и 32,97% от жените), като студентите от мъжки пол се хранят с по-бърз темп в сравнение с колегите си от женски пол (фиг. 4).



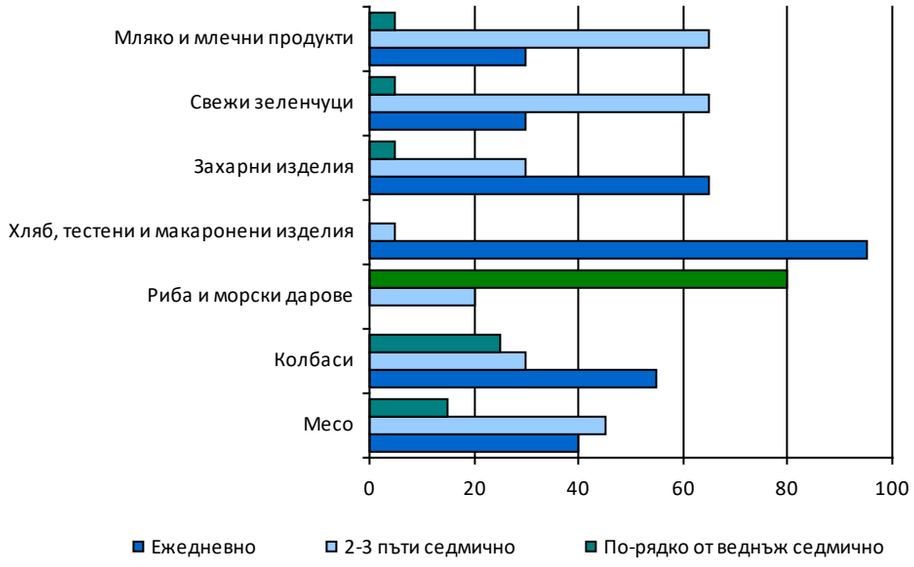
Фиг. 3. Хранителни навици на студентите



Фиг. 4. Темп на хранене в зависимост от пола

Предпочитанията на студентите са ориентирани към “бързо хранене” и сладкарски и тестени изделия. Като цяло наборът от продукти в средната дневна дажба на студентите включва хляб, зърнени храни, картофи, захар, захарни изделия и продукти с високо съдържание на мазнини (майонеза, колбаси), с недостиг на млечни продукти, млечнокисели продукти и зеленчуци, включително пресни. Епизодично 80% от анкетираните използват риба и морски дарове (фиг. 5).

Тези неблагоприятни характеристики на хранителното поведение на студентите отразяват общата тенденция в съвременното хранене на различните социални и възрастови групи от населението в страната.



Фиг. 5. Честота на използване на хранителни продукти

Изводи

Установени са особеностите на хранителното поведение на студентите от различни курсове на обучение, характеризиращи се с преобладаване на несистематичен режим на хранене. Разкрит е един общ недостатък в режима на хранене при почти всички от изследваните студенти, а именно дневният порцион се консумира предимно на вечеря (след 18 часа).

Повечето студенти отделят по-малко от 10 минути за хранене, като мъжете са склонни да се хранят по-бързо, отколкото жените.

Информацията за хранителния режим на студентите показва доминиране на храни, богати на въглехидрати и мазнини (т.е. възможно е в хранителния им режим да се приема излишък от наситени мастни киселини, мазнини, лесносмилаеми въглехидрати), липса на продукти с висока биологична стойност, недостатъчна консумация на храни, богати на полиненаситени мастни киселини и диетични фибри.

Заключение

Получените данни за хранителния режим на студентите отразяват общата тенденция, която в днешно време може да се проследи сред другите социални и възрастови групи от населението на страната, когато особеностите на начина на живот не позволяват пълноценно хранене през деня, а основното хранене по отношение на калорийност и количество на храната се състои вечер. Този навик със сигурност ще допринесе за развитие не само на заболявания на храносмилателната и ендокринната система, но и на наднормено тегло и затлъстяване.

Идентифицираните характеристики на хранителното поведение могат да послужат като основа за разработването на конкретни препоръки за превенция на заболявания на храносмилателната система.

Библиография

1. Атанасова В, Певичаров П, Атанасова ВЛ. Връзка между навика да не се закусва сутрин и някои рискови фактори за здравето при студенти от Технически колеж. Сб. Доклади. Имеон, Пловдив, 2007, 1, 3-9.
2. Владимирова Е, Добрилова П, Грозданов И. Популяризиране на здравословното хранене при деца със затлъстяване на възраст от 14 до 18 години в СОУ „Васил Кънчов" – Враца, Юбилейна научна конференция с международно участие „Образование, наука и иновации в здравните грижи", Сборник доклади, Враца, 2017, 118-122.
3. Георгиева М, Димитрова Е, Дюлгерова Ст. Нездравословен начин на живот сред студентите – медицински сестри. Сестринско дело, 2018, 50(1).
4. Димитрова Т, Чамова Р. Проучване на хранителните навици сред работещи при различни нива на психоемоционално напрежение. Варненски медицински форум, 2018, 7(1), 164 -168.
5. Дякова Г. Проучване на двигателните интереси и храненето при студенти. НТрРУ, 2012, 51, 60-65.

6. Минова Й, Добрилова П. Захарният диабет – глобален здравен проблем на съвремието, Пета национална студентска сесия с международно участие. Сборник резюмета и доклади, МУ Плевен, 2017, 426-429.
7. Найденова Д. Хранително поведение, антропометрични показатели, физическа активност и физическа дееспособност на младежи и девойки с нормално, поднормено и наднормено тегло, Варна, 2014.
8. НЦООЗ. Препоръки за здравословно хранене за населението в България 18-65 години. МЗ, НЦООЗ, С., 2006:40.
9. Петрова Г, Гацева П, Пеева Ю. Проучване върху хранителното поведение като рисков фактор за здравето на магистри по управление на здравни грижи. Science & Technologies, 2012,85-89.
10. Петрова С, Ангелова К, Байкова Д, Дулева В, Йорданов Б, Ватралова К, Овчарова Д. Препоръки за здравословно хранене за населението в зряла възраст (18-65 години), МЗ, НЦООЗ – С подкрепата на Регионалното Бюро за Европа на СЗО, EU, 2006.
11. Пилева И. Нагласи към храненето, модели на хранително поведение и благополучие. Дис. за присъждане на образователна и научна степен „доктор”. СУ ,,Св. Климент Охридски”. С., 2018.
12. Проскурякова ЛА. Особенности пищевого поведения и виды его нарушений у студентов разных сроков обучения. Рациональное питание, пищевые добавки и биостимуляторы. 2016, № 2, 118-123.
13. Рибарова Ф. Българската традиция на хранене е здравословна. С., Horemag.bg; 10 октомври 2011.
14. Семерджиева М и кол. Рискови нагласи за възникване на нарушения в хранителното поведение при подрастващи и млади хора: епидемиологично проучване. Пловдив,124.
15. Суханов АС. Пищевое поведение учащейся молодёжи как фактор риска здоровья [Электронный ресурс] (А.С. Суханов, В. И. Горбунов). Фундаментальная наука в современной медицине - 2016: материалы сател. дистанц. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых (под ред. А. В. Сикорского, О. К. Дорониной, Т. В. Тереховой). Минск, БГМУ, 2016, 290-294.
16. Kaitlin D. Nutrition and the Effects on Student Behavior and Academic Performance in the Classroom. Indiana State University, 2015.
17. Nevanperä NJ, Hopsu L, Kuosma E et al. Occupational burnout, eating behavior, and weight among working women. Am J Clin Nutrition, 2012, 95(4), 934-943.
18. Nishitani N, Sakakibara H, Akiyama I. Eating behavior related to obesity and job stress in male Japanese workers. Nutrition, 2009, 25(1), 45-50.
19. Ross A. Nutrition and its effects on academic performance how can our schools improve? Nutrition and Academic. 2010.
20. WHO. Obesity and overweight. 2017.

ХРАНЕНЕ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННО СТАРЕЕНЕ

Цв. Джиганска[1], Е. Петков[2]

[1]Катедра „Здравни грижи“, Филиал „Проф. д-р И. Митев“ – Враца, МУ – София
[2]Катедра „Хигиена“, МУ – София

NUTRITION AND PREMATURE AGEING

Tsv. Dzhiganska[1], E. Petkov[2]

[1]Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. I. Mitev“ – Vratsa Medical University – Sofia
[2]Department of Hygiene, Medical University – Sofia,

Abstract. Nutrition is an important component of health and affects the aging process. People affected by the premature aging process are a specific part of the population because of their susceptibility to physiological, psychological, social and health problems. Healthy eating, combined with regular physical activity, can help a person to live a full, active life, preserving their independence in a more advanced age. The purpose of this study is to detect and bring out the awareness of the principles of healthy eating that underpin the premature ageing process. Material and methods. A survey was conducted among 29 pensioners in the district of Rogozen. The results show that respondents are informed about the basic principles of healthy eating, but there are problems for which they cannot follow them, with the greatest relative proportion of older people with a lack of teeth, and only 4.7% has a chronic disease.

Key words: eating, premature aging

Адрес за кореспонденция: Цветанка Джиганска, Катедра " Здравни грижи", Филиал „проф. д-р. Иван Митев”, МУ – София, 3000 Враца , тел. 0878650379, e-mail tsvetij@abv.bg

Address for correspondence: Tsv. Dzhiganska, Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, Medical University – Sofia, Bg – 3000 Vratsa, тел. +359 878650379, e-mail tsvetij@abv.bg

Въведение

Връзките между храненето и стареенето на организма все още не са изяснени напълно, макар че са интересували човечеството от древни времена. Промените, наблюдаващи се в напреднала и старческа възраст, изискват специфичен подход при изграждането на хранителни режими.

Под „преждевременно стареене“ трябва да се разбират промените, свързани с възрастта, настъпили по-рано, отколкото при здрави хора на съответната възраст. С други думи, при преждевременно остаряване, биологичната възраст на човек, е преди календарната му възраст.

Основните трудности са свързани не толкова с дефиницията на преждевременното стареене, колкото с опитите да се определят неговата същност, механизмите и начините на протичане му.

Целта на представеното проучване е да се открият и изведат информираността и хранителните навици на изследваните по отношение на здравословното хранене, които стоят в основата на процеса на преждевременното стареене.

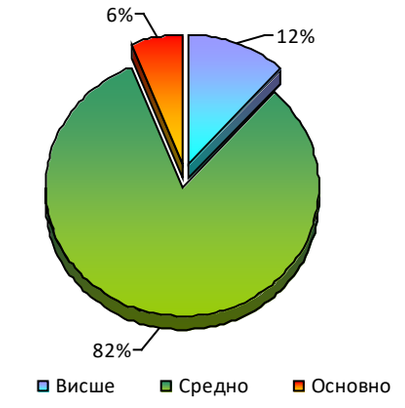
Материал и методи

Разработена е и е приложена структурирана собствена анкетна карта, включваща въпроси относно: информираност за основните правила

на здравословното хранене, режима на хранене, честота на хранене у дома, навици на хранене пред екран, честота на обичайна хранителна консумация, предпочитания за консумация на напитки; оценка на физическа дееспособност. Анкетирани са 29 души от пенсионерски клуб „Надежда“ в с. Рогозен, област Враца.

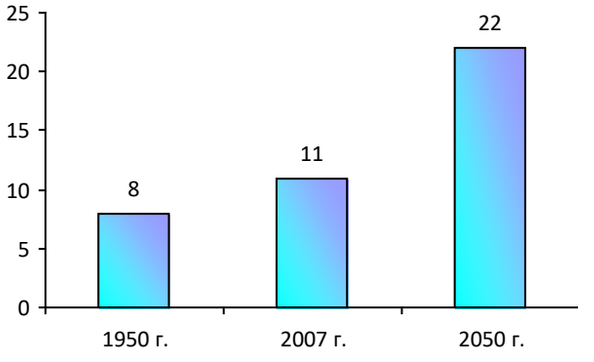
Резултати

При обработката на данните се установи, че средната възраст на анкетираните е 77 год. (χ = 76,58; min 61, max 92). 25 от участниците са жени и 4-ма – мъже. С висше образование са 11,8%, със средно образование са 82,3% и 5,9% са с основно образование (фиг. 1).



Фиг. 1. Образование на анкетираните

Застаряването на населението е дългосрочна тенденция. Делът на възрастните хора непрекъснато се увеличава: от 8% през 1950 г. се предвижда да достигне 11% (2007), а през 2050 г. – 22% (фиг. 2).



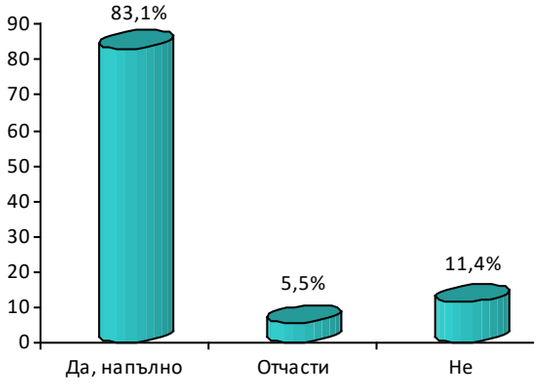
Фиг. 2. Население на възраст над 60 в световен мащаб, в периода 1950-2050 в процентно изражение (Източник: http://www.un.org/russian/events/olderpersons/ageing07.html)

Въпреки че съществува тенденция към по-ниска смъртност при възрастните хора, ако ниската раждаемост продължава, делът на възрастното население ще продължи да нараства.

В наши дни много важен фактор за разпространение на синдрома на преждевременното застаряване са неадекватността и незадоволителното представяне на здравните услуги. От изследваните 90,1% имат достъп до здравни услуги, поради наличието на личен лекар в селото, докато 9,9% са избрали лекар от друго населено място, което намалява възможността за 24-часова грижа.

Хранителните навици също са свързани със синдрома на преждевременно застаряване. Недохранването е в основата на появата на редица хронични заболявания в развиващите се страни. Но същият фактор може да се превърне в основна причина за преждевременно застаряване, ако се наблюдава преяждане и хиподинамия, които водят до наднормено тегло и различни заболявания.

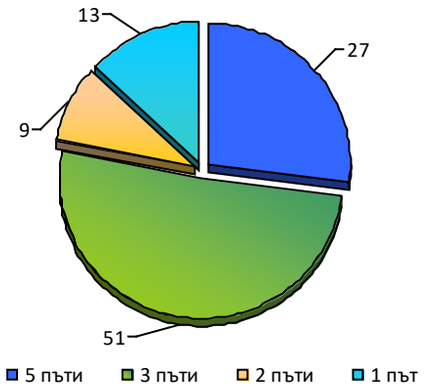
По отношение на информираността относно здравословното хранене 83,1% от анкетираните познават принципите на здравословното хранене, отчасти са запознати 5,5% и 11,4% не са запознати (фиг. 3).



Фиг. 3. Информираност за принципите на здравословното хранене

На въпрос от анкетата „Имат ли някое от посочените заболявания?“ 78,6% са посочили високо кръвно налягане, с артрит са 17,7%, а 3,7% са преминали през онкологично заболяване.

При запитване по колко пъти се хранят дневно 24,2% отговарят, че се хранят 5 пъти дневно, тези, които се хранят трикратно, са 45,9%, а 29,9% – между един (11,3%) и два пъти (8,6%) дневно (фиг. 4).



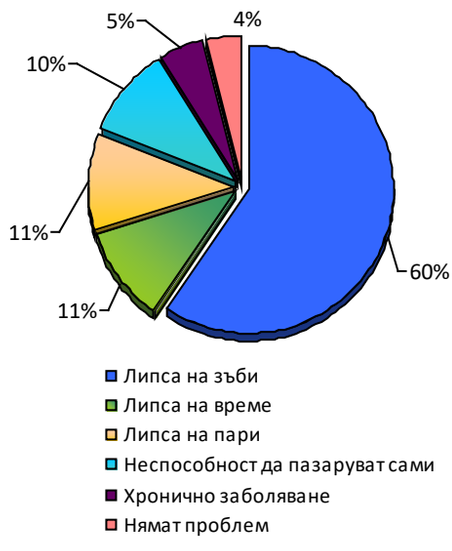
Фиг. 4. Брой хранения дневно

Друг значим здравословен проблем, породен от нарушения на хранителния режим, е затлъстяването. През последните десетилетия то нараства устойчиво във всички страни и се превръща в епидемия и в един от приоритетните проблеми за общественото здраве. Свръххранението е основна причина за появата на различни заболявания, като подагра, захарен диабет, хипертонична болест, атеросклероа и др. Относителният дял на анкетираните с наднормено тегло е 51,3%, 8,7% са със затлъстяване, 7,9% са с поднормено тегло (недостатъчно) и 32,1% са с нормално телесно тегло.

Не може да не се отбележи, че заседналият начин на живот оказва пагубно влияние върху биологичната възраст на човека. А последствията от него в съвременния свят придобиват все по-големи мащаби. Добре известно е, че ограничената двигателна активност (хиподинамия) в съчетание с интензивна нервно-психична дейност (дисстрес) способства за развитие на много заболявания и за ускорено стареене. В напреднала и старческа възраст хиподинамията се отразява особено отрицателно върху функционалното състояние на различните органи и системи и на обменните процеси. Създава се порочен кръг – стареенето ограничава мускулната активност на човека, а възрастово обусловената хипокинезия води до развитие на преждевременно стареене. При хора с висока физическа активност се наблюдава по-бавно отслабване на мускулната сила, съхранява се висока толерантност към физическо натоварване. Физическото натоварване с умерена интензивност повлиява благоприятно сърдечно-съдовата система, оказва геропротективно въздействие върху организма и е важно условие за нормално стареене.

Възрастните хора от изследването са категорични в отговора си за своята физическа дейност, всички посочват, че имат физическо натоварване ежедневно по няколко часа, свързано с начина им на живот. Всеки от изследваните се занимава със земеделие или животновъдство.

На отворен въпрос от анкетната карта за това дали смятат, че има някаква причина, поради която не спазват принципите на здравословното хранене, повече от половината от анкетираните (60,3%) са посочили липсата на зъби, недостатъчно време са отговорили 11,4% от пенсионерите, почти толкова имат икономически ограничения (11,2%), неспособни да пазаруват сами са 9,9%, едва 4,7% са отговорили, че причина е хроничното им заболяване, а 2,5% от участниците нямат никакъв проблем с храненето (фиг. 5).



Фиг. 5. Причини за неспазване принципите на здравословното хранене

Изводи

Според проведеното изследване 83,1% от анкетираните познават принципите на здравословното хранене.

Нарушенията в хранителното поведение са чести. Част от участниците не спазват петкратното харнене за деня.

Поради факта, че светлата част на деня се използва за селкостопанска работа, вечерята е след 20 ч. за 78,1% от изследваните, за 13,6% тя е след 21 ч., едва 9,3% от тях вечерят преди 18 ч.

Причините, които повлияват върху неспазването на принципите на здравословното хранене

са различни. Съпътстващите заболявания при анкетираните обаче не са най-големият проблем (само 4,7%) или икономическите причини (11,2%), а липсата на зъби – причина, която посочват над половината от анкетираните (60,3%).

Почти всички от анкетираните полагат ежедневни физически усилия, занимавайки се със земеделие, което евентуално е една от причините средната възраст на изследваните да достига 77 год.

Изучаването на потребностите на възрастните хора, отличителните белези на преждевременното стареене в биопсихосоциален аспект, методите за профилактиката му и придобиването на компетенции, подобряващи грижите за засегнатите, са наложителни предвид запазващата се тенденция на демографско стареене. Здравословното хранене, комбинирано с редовно физическо натоварване обуславят здравното благополучие.

Библиография

1. Балканска П. Психосоциална и здравна перспектива на остаряването – реалности и възможности за успешно стареене”. Int Sci on-line J „Science & Technologies“, 2012, 2(1).
2. Визев К. Превантивни здравно-социални грижи на преждевременното остаряване. В: Ръководство по превантивна медицина, 2017.
3. Визев К, Визев С. Някои актуални медико-социални проблеми на старостта в Р България. Стареенето на населението – реалности и последици, политики и практики, БАН, 2016.
4. Добрилова П, Йорданов Н. Здравни грижи при пациенти в палиативната фаза на болестта, Актуални аспекти на продължителните грижи и палиативната медицина, Пловдив, Лакс бук, 2017, 2, 118-127.
5. Минова Й, Добрилова П. Захарният диабет – глобален здравен проблем на съвремието, Пета национална студентска сесия с международно участие. Сборник резюмета и доклади, МУ – Плевен, 2017, 426-429.
6. Попов Б. Хигиена, хранене и професионални болести. София, 2014.
7. Стефанова К, Борисова М, Янкова Г, Джиганска Цв. Здравно-образователна програма за превенция на затлъстяването в детска възраст. Сб. доклади от юбилейна научна конференция с международно участие: „Образование, наука и иновации в здравните грижи“, Враца, 2017, 114-117.
8. Сосорова Е. Влияние условий и образа жизни людей на ее продолжительность. Материалы международной научно-практической конференции, 2014.
9. Янкова Г, Янкулова Е, Владимирова Е. Проучване отношението на студентите към здравословното хранене и физическата активност. Сб. Доклади от Международна научна конференция „Европейски стандарти в спортното образование“. 2013, 100-108.
10. Coppedè F. Premature Aging Syndromes. In: Reference Module in Biomedical Sciences, 2016.
11. Dobrilova PP, Yankova GT, Stefanova KS. The modern approaches to improving the quality of life of people with disabilities, Volgograd, Medicus, International medical scientific journal, 2017, 17(5), 28-33.
12. Dyer C, Sinclair A. The premature ageing syndromes: insights into the ageing process. Academic Department of Geriatric Medicine and Gerontology, University of Birmingham, 2009.
13. Kaplan M, Huguet N, Orpana H et al. Prevalence and factors associated with premature aging a 10-year population-based study. In: Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2008.
14. Maurice Edward Shils, Moshe Shike, Modern Nutrition in health and Disease, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

ОТ КАКВА ПОМОЩ СЕ НУЖДАЕ МЛАДАТА МАЙКА СЛЕД РАЖДАНЕТО НА ПЪРВОТО СИ ДЕТЕ

Д. Димитрова[1], Д. Петрова[1], Т. Боева[2]

[1]Катедра здравни грижи, Филиал Велико Търново, Медицински университет – Варна
[2]Катедра здравни грижи, ФОЗ, Медицински университет – Варна

WHAT KIND OF HELP A YOUNG MOTHER NEEDS AFTER THE BIRTH OF HER FIRST CHILD

D. Dimitrova[1], D. Petrova[1], T. Boeva[2]

[1]Department of Health care, Affiliate Veliko Tarnovo, Medical University – Varna
[2]Department of Health care, The Faculty of public health, Medical University – Varna

Abstract. It's not a secret that the birth rate in Bulgaria has fallen sharply in recent years. The reasons for this are numerous, but the most important are the lack of a farsighted demographic policy, emigration, the high age of birth of the first child. On the other hand, there is no effective midwifery support for the pregnant woman and her family. And this applies to both the antenatal and postpartum periods. The purpose of this study is to seek the opinion of young mothers regarding the difficulties they experienced after the birth of their first child. Material and methods. The opinion of 1064 mothers was examined. The Google Docs online platform was used. The survey was conducted in the period 28.03. 2019 – 04.30.2019. A documentary and questionnaire method with 12 self-assessment statements were applied. Microsoft Excel was used to analyze the results. The results show that mothers are most in need of support and advice on breastfeeding, domestic help, and a health care provider who is always available. One in four women handle newborn care alone, 62% have trouble sleeping, and 40% say they may have experienced postpartum depression.

Key words: postpartum period, midwifery care, women giving birth for the first time

Адрес за кореспонденция: Диана Димитрова, Филиал Велико Търново, МУ – Варна, 5000 Велико Търново,
e-mail: dimitrova@abv.bg
Address for correspondence: Diana Dimitrova, Affiliate Veliko Tarnovo, Medical University – Varna, Bg – 5000 Veliko Tarnovo,
e-mail: dimitrova@abv.bg

Въведение

Фондът на ООН за населението и Евростат определят България като страната с най-бързо намаляващо и застаряващо население в света. През последните години демографската криза у нас стана обект на много анализи. Според експерта по демография доц. Георги Бърдаров, не намалява раждаемостта, а контингентът детеродно население. Според него онова, което трябва да се направи за преодоляване на тази криза, е увеличаване на дела на младото население в страната. От друга страна, жената майка се ползва от особената закрила на държавата, която ѝ осигурява платен отпуск преди и след раждане, безплатна акушерска помощ и облекчени условия

на труд. При определени условия, парични обезщетения при бременност и раждане се изплащат за срок до 410 дни, а раждащите за първи път жени получават еднократна помощ за раждане от 250 лв. (Закон за семейни помощи за деца). Закономерно възниква въпросът: *След като държавата полага такива грижи, защо раждаемостта у нас главоломно спада*? Факт е, че възрастта за раждане на първо дете се увеличава с всяка изминала година, а раждането в безбрачие е налагаща се тенденция (табл. 1). Немалък дял млади хора предпочитат да учат и живеят в чужбина.

Очевидно е, че през последните десетилетия жените са по-активни и отговорни за собствения си живот, сключват брак по-късно и раждат в по-късна възраст, икономически и професионално са по-независими, участват активно в политическия и социалния живот, борят се за повишаване на собствения си стандарт на живот и налагат свои модели на брачни и партньорски взаимоотношения. Това поставя на дневен ред въпроса за новото лице на майчинството, такова, каквото не сме го виждали никога досега. Не трябва да се забравя, че в личен план превръщането в родител често изисква значителни физически, психологични и социални промени в живота на жените и техните семейства. Съществува обществено очакване родителството да бъде блажено преживяване и повечето хора често имат оптимистични очаквания. Преходът към него се дефинира като "период, започващ с бременност и завършващ няколко месеца след раждането", или "начало на преход, започващ с решението на двойката за забременяване и неговото прекратяване, когато детето е на възраст между две и три години" [2]. Този период се описва като един от най-предизвикателните житейски преходи, съпровождан с големи промени в живота на новите родители. Семейството претърпява естествен цикъл на дезорганизация и реорганизация в опит да постигне желаното ниво на равновесие. Отношенията в двойката по време на този преход са крехки, тъй като те трябва да се научат да се адаптират към физическите, психологичните, емоционалните и релационните промени, които се случват. Този предизвикателен период може да се характеризира и със силно усещане за загуба, изолация и умора [3]. Въпреки това много жени и мъже приемат нова идентичност на фона на променящите се приоритети. Новите технологии създават предпоставка за повече свободно време, предимно за сметка на домакинския труд. Проучване от 2016 г. твърди, че майките днес могат да се грижат повече за себе си, за партньорите си и за децата си, тъй като домакинската работа им отнема около 46,9 часа седмично (в сравнение със 78,6 часа през 1950 г.) [4]. Днешното поколение мъже все по-активно участват в грижите за детето и споделят домакинския труд, нещо, непознато за поколенията на техните деди. Основният източник на съвети за отглеждането на деца за днешната майка се измества от собствената ѝ майка към външни източници: интернет ресурси, социални мрежи, приятелски кръгове [1]. Потребностите, интересите и нагласите на днешните майки търпят непрекъснати промени и съпровождащите здравни специалисти трябва да отчитат този факт. Съществуват препоръки на СЗО относно рутинната оценка на майката след раждане [5]. За съжаление у нас все още няма разработени стандарти за добра акушерска практика, въпреки че принципно съществува възможност за самостоятелна акушерска дейност.

Целта на представеното проучване е да установи какви са приоритетните нужди на младите майки веднага след раждането. Това ще позволи ясната им идентификация и ще създаде възможности за оказване на подкрепяща грижа и помощ.

Материал и методи

Проучено е мнението на 1064 майки, родили своите първи деца през последните три години. Използвана е онлайн платформата Google Docs. Приложен е документален метод с цел проучване нуждите на младите жени в първите три месеца

Таблица 1.

Година	Живородени деца (брой)	Първо раждане (%)	Възраст на майката (първо дете)	Извънбрачни раждания (%)
2016	61 014	50.5%	27.0 години	62.4%
2017	56 436	50.7%	27.1 години	66.7%
2018	62 197	50.2%	27.2 години	58.5%

след раждането и въпросник с 12 самооценъчни въпроса. Анкетата съдържа 4 отворени и 8 затворени въпроса. Критерии за включване в изследването са раждане на първо дете и възраст на детето 0-3 години. Проучването е проведено в периода 28.03.2019–30.04.2019. За анализ на резултатите е използван Microsoft Excel 2019.

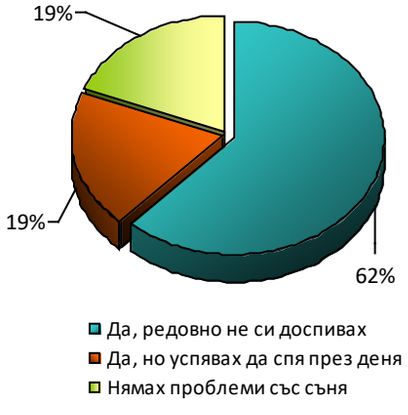
Резултати и обсъждане

Анкетираните майки, раждащи за първи път, са на средна възраст 28.9 год. Най-голяма част от тях са родили през 2018 г. (50%), 24% са родили през 2017 г., 19% – през 2016. Тъй като изследването е проведено през първото полугодие на 2019 г. Делът на жените, родили тогава, е само 7%. В нашето проучване раждания чрез секцио цезарея са 52% от всички раждания. Това не е изненада. По данни на Здравната каса за последните три години броят на децата, родени с операция, расте: през 2016 г. е 45%, 2017 – 47%, 2018 – 49%. За съжаление тази тенденция се запазва, въпреки че според СЗО делът на оперативното раждане не трябва да надхвърля 15%. Родилите по нормален път, без прилагане на медикаментозно обезболяване, са 38% (n = 399). Все повече жени се възползват от обезболяване по време на раждане per vias naturales – 9% (фиг. 1).



Фиг. 1. Начин на раждане

Нашето проучване показа, че жените, родили чрез секцио, е по-вероятно да преживеят симптоми на следродилна депресия. На въпроса „Мислите ли, че в периода след раждането е възможно да сте имали следродилна депресия?“ 38% от родилите със секцио отговарят положително срещу 21% от родилите по нормален път. Въпреки че няма доказана причинно-следствена връзка между начина на раждане и постпарталната депресия, възможно е късното поставяне на гърда и проблемите с кърменето да са предизвикали подобни преживявания. Тук трябва да се вземат предвид и ограниченията на изследването, тъй като това са субективни оплаквания, които не са обективизирани чрез скрининг за депресия (Единбургска скала за следродилна депресия) или посещение при психиатър. Все пак тревожен е фактът, че 41% (n = 433) от всички анкетирани смятат, че са преживели депресивен епизод. Според учените разпространението на постпарталната депресия варира между 10 и 15%. Високият дял на отговорилите положително може да се обясни с прехода към новата социална роля и със завишените изисквания към младата майка през този период. Физическата умора, денонощните грижи за бебето и недоспиването могат да бъдат причина за преживяване на несигурност, несправяне и некомпетентност. В настоящото проучване 62% (n = 660) от респондентите твърдят, че са имали проблеми със съня и редовно не са си доспивали и само 19% (n = 206), че не са имали проблеми през първите три месеца след раждането (фиг. 2).



Фиг. 2. Имахте ли проблем със съня

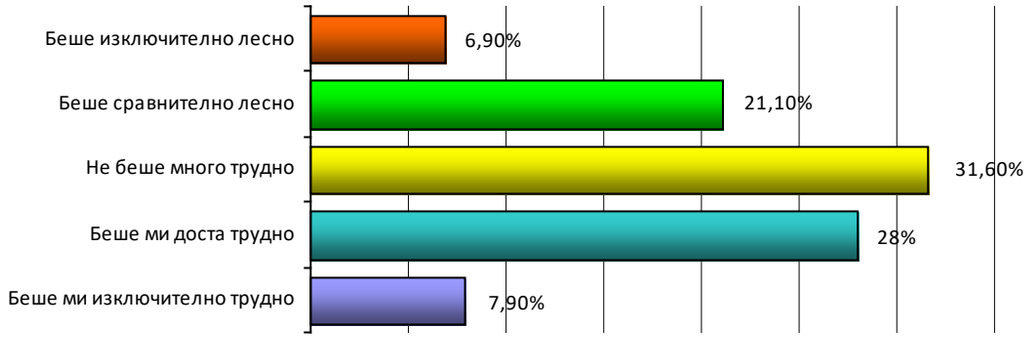
Липсата на сън или неговата накъсаност (фрагментиране) причинява сериозно емоционално и физическо изтощение. Редовното недоспиване и стресът могат да бъдат отключващ фактор за следродилна депресия, намалено либидо и неглижиране на потребностите на другите членове на семейството. Това рефлектира и върху интимния живот на двойката. В настоящото из-

следване 41% (n = 437) от жените са заявили, че техният сексуален живот се е променил към по-лошо и само 10%, че той е станал по-добър и удовлетворяващ. Това от своя страна допринася за влошаване на партньорските взаимоотношения и за емоционално отчуждение. Няма съмнение, че новите задължения, свързани с бебето, които според учените възлизат на 35 часа допълнителен труд седмично, допринасят за тези промени.

Попитахме младите майки „Колко трудно Ви беше да се справите с грижите за бебето?“ и ги помолихме да оценят затрудненията си по 5-степенна Ликертова скала. Твърденията са разположени в диапазона от 1 (*беше ми изключително трудно*) до 5 (*беше ми изключително лесно*). Резултатите са показани на фиг. 3.

Проучихме отговорите на групата жени (n = 382), които споделят, че им е било трудно, и ги сравнихме с групата отговорили, че грижите за бебето не са ги затруднили (n = 298). От анализа на изследването е изключена групата на жените, отговорила „не беше много трудно, но не беше и лесно“ (n = 384). Резултатите са представени в табл. 2.

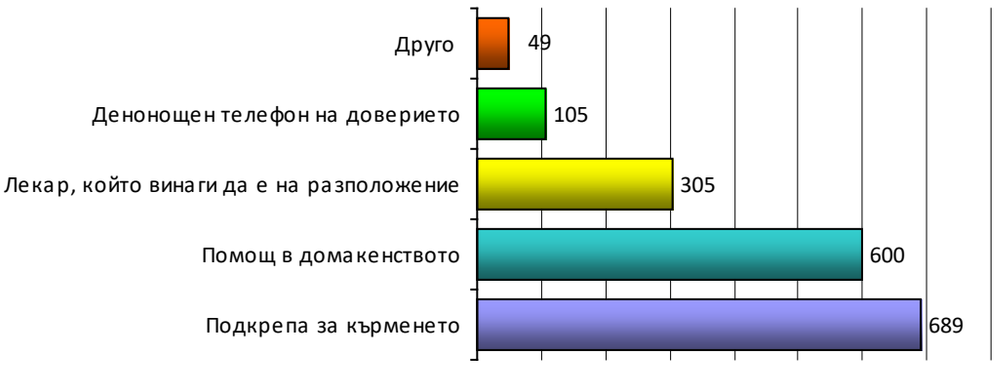
Данните сочат, че редовното недоспиване се асоциира със затруднения в полагането на грижи за детето до тримесечна възраст. Установи се и връзка ($p < 0.05$) между липсата на партньорска подкрепа и влошаването на сексуалните отношения. Нашето изследване показа, че затрудненията с грижите за детето са в права зависимост с преживяване на следродилна депресия. Тези проучвания изискват допълнителен анализ, който да обективизира депресията с подходящ инструментариум. Запитани директно от какво се нуждае младата майка след раждането на своето първо дете, жените определят две основни нужди: подкрепа за кърменето и помощ в домакинството (фиг. 4). Според СЗО в световен мащаб около 40% от майките кърмят поне до шестия месец. Според Скендер Сила, представител на офиса на СЗО в България, у нас този дял е много по-нисък и само около 5% от майките хранят бебетата си само с кърма. Голяма от част от майките се отказват през първите 2-3 месеца поради липса на умения за поддържане на лактация, както и поради недостатъчната подкрепа за кърмене от страна на медицинските специалисти и семейството. Нашето проучване подкрепя тезата, че жените имат желание и нужда от професионална помощ за кърменето.



Фиг. 3. Колко трудно Ви беше да се справите с бебето

Таблица 2

Айтеми	**Имах затруднения с грижите за бебето (n = 382),**	**Нямах затруднения с грижите за бебето (n = 298)**
Партньорът участва активно в грижите	53% (n = 204)	67% (n = 199)
Сексуалният ми живот се влоши	48% (n = 182)	43% (n = 127)
Редовно не си доспивах	78% (n = 298)	36% (n = 107)
Възможно е да съм имала следродилна депресия	58% (n = 222)	38% (n = 113)



Фиг. 4. От каква помощ има нужда младата майка (повече от един отговор)

Остава открит въпросът как най-ефективно да бъде организирана и от кого да бъде предоставена тази услуга. Предвид професионалната квалификация на акушерката, това задължение би трябвало да бъде поставено в центъра на постпарталните домашни грижи, които тя предлага. В България съществува Национална асоциация „Подкрепа за кърмене", чиито усилия са недостатъчни да удовлетворят нуждите на жените. Регламентирането на домашния акушерски патронаж след раждане би помогнало на родилките да получат качествени и професионални грижи. Друг аспект на нуждите на семействата е помощ в домакинските задължения. Днешните семейства са *нуклеарни*, в едно домакинство съжителстват обикновено само двама души (съпрузи) и дете. Отглеждането на новороденото изисква времеви, физически и психичен ресурс, който обикновено е за сметка на битовото управление на домакинските задължения. От друга страна, сред младите родители има очаквания организацията на бита, домакинството и свързаните с това задължения да се запазят. Поемането на нови роли трябва да преподреди приоритетите и да създаде оптимална, функционираща семейна среда. Консултирането на родители в пренаталния период трябва да включва въпроси, свързани с новите социални роли, очакванията, плановете и организацията на домакинството.

Съвсем разбираемо е младите майки да искат двадесет и четири часов достъп до лекар, медицински специалист или телефон на доверието. Несигурността, противоречивите интернет източници, липсата на опит са естествена предпоставка за страх относно грижите и здравето на детето. Осигуряването на денонощен консултативен телефон по въпроси, свързани с грижите в пуерпериума (до 6 седмици след раждането), би допринесло за намаляване на стреса и тревожността в периода на адаптация на майката, бебето и семейството към новите реалности.

В **заключение** можем да твърдим, че голяма част от първораждащите жени в България се чувстват затруднени в полагането на грижи за новороденото си дете. Те заявяват остра нужда от подкрепа по отношение на кърменето, от балансиране на новите социални роли в семейството и от съдействие в отглеждането на детето. Естествен доставчик на професионални здравни грижи може да се намери в лицето на акушерката и подготвената за тази цел медицинска сестра.

Библиография

1. Димитрова Д. Психология на майчинството в контекста на акушерските грижи. Варна, Стено, 2019.
2. Polomeno V. Why is love so important in childbirth education?. Int J Childbirth Ed, 2006; 21(1): 35-44.
3. Rogan F, Shmied V, Barclay L et al. Becoming a mother – Developing a new theory of early motherhood. J Advanced Nurs, 1997, 25(5), 877-885 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025877-in-Publication Data. 2013.
4. The Social Issues Research Centre. The Changing Face of Motherhood. 2016.
5. WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn. WHO Library Cataloguing.

ЗВУКОВАТА ТРАВМА – ЛИЧНА И ОБЩЕСТВЕНА ОТГОВОРНОСТ

Г. Георгиева, Н. Симеонова

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

ACOUSTIC TRAUMA – A PERSONAL AND SOCIAL RESPONSIBILITY

G. Georgieva, N. Simeonova

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

Abstract. The modern human is exposed in his/her everyday life continuously of the impact of the various sounds and noises. The noise is the totality from the sound waves with different frequency and amplitude which spreads in the air and is perceived by the human ear. The human ear can perceive sounds with frequency around 20 Hz to 20 000 Hz. The power of the sound is expressed throughout the sound power level – measured in the unit of decibels – dB. Acoustic traums or the sound trauma is a hearing disability or impairment caused by sounds with excessive force or the amount of duration the ear is under. The disability of the hearing comes when the people are exposed for extended periods of loud sounds and noises such as 85 dB and over. Most of the noises in our everyday life are like this. Noises like those can cause loss of hearing as it is possible that there is irreversible damage in the inside cells of the ear. The hearing loss is an actual medical, social and economic problem.

Key words: hearing, sound, trauma

Адрес за кореспонденция: Галя Цветанова Георгиева, Нина Симеонова Георгиева, Филиал „проф. д-р. Иван Митев”, МУ – София, 3000 Враца, тел. 0876833153, e-mail: galia.georgieva2009@mail.bg, тел. 0885020055, e-mail: ninkask@abv.bg
Address for correspondence: G. Georgieva, N. Simeonova, Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, MU – Sofia, Bg – 3000 Vratsa, тел. +359 876833153, e-mail: galia.georgieva2009@mail.bg, тел. +359 885020055, e-mail: ninkask@abv.bg

Увод

Шумовете в съвремието ни причиняват увреждане на слуха, за което мнозина дори не подозират. Човешкото ухо може да възприеме звуци с честота от около 20 Hz до 20 000 Hz. Силата на звука се изразява с ниво на звуковото напрежение – мерната единица за това е децибел – dB. Прагът, при който шумът може да увреди слуха, е 85 dB. Много от хората, при които е установено увреждане, дори не съзнават, че увреждането на слуха вероятно се дължи за всекидневни дейности вкъщи и в общността и че този вид излагане на шум причинява необратимо слухово увреждане. Рискът, свързан с шума, зависи от два фактора – силата на звука и неговата продължителност.

Акустичната (звуковата) травма представлява съвкупност от патологични изменения в областта на вътрешното ухо, предизвикани от еднократно или системно въздействие на твърде силен звук. Клиничната картина при това заболяване на първо място включва разстройство на слуховата функция.

Основната причина за акустична травма е излагането на твърде силен звук. Диагнозата на акустичната травма се поставя чрез данни от анамнезата, отоскопия и аудиометрично изследване на слуха.

Най-честото усложнение на звуковата травма е глухотата. Постоянният ефект на шума води до системни нарушения: артериална хипертония,

невроциркулаторна дистония, астеноневротични и ангиоспастични синдроми. При тежка загуба на слуха се използват методи на слухопротезиране с цел подобряването на качеството на слуха.

Форми на протичане – остра и хронична

Острата форма на акустична травма

Причини – вследствие на краткотрайно силно въздействие на звука

Звукът при това нарушение на слуха е с честота над 100 dB – например изстрел, музика със слушалки (*handsfree*), експлозии, силно крещене, сирена, фойерверки и др.

Симптоми

- внезапна загуба на слуха в различна степен,
- болка в ухото;
- внезапно усещане за шум в ушите;
- възможно е усещане за замайване;
- при разкъсване на тъпанчевата мембрана може да има кръвотечение от ухото.

Развитие

Акустичната травма се характеризира с постепенно възстановяване на възприятието на звука до първоначалното му ниво след 5-30 минути. В умерени до тежки случаи пациентът чува само силни звуци или писъци през първите 2-3 часа. Следва възобновяване на възприятието на звука до нивото на загуба на слуха с различна тежест.

Лечение

При остро акустично нараняване може да не се наложи лечение. При краткотрайна експозиция на силен звук почти всички симптоми, които се появяват, могат да бъдат обратими. В по-тежки ситуации собено важно е да се потърси своевременна лекарска помощ от специалист по УНГ. Лекарствената терапия включва препарати с калций и бром, седативни и ноотропни медикаменти. Използва се и хипербарна оксигенация – повишено кислородно налягане, подобрява мозъчната циркулация и подпомага възстановителните процеси във вътрешното ухо.

Хронична форма на акустична травма

Причини – проявява при излагане на звуци с висока честота и за продължителен.

- Професионално влияние – развива се при хора, работещи в среда с професионални рискове в областта на тежката техника, авиацията, металургията, текстилната промишленост, музиканти, строители, учители и социални работници, хора, принудени да работят със звук в слушалки и други.
- Извън професионалното влияние определени категории хора са изложени на риск от акустична травма поради хронично излагане на силни звуци:

– посещаване на големи концерти, провеждани на закрито;

– злоупотреба при слушане на музика или друго със слушалки.

Симптоми при хронична акустична травма:

- шум в ушите;
- намаляване на остротата на слуха или пълна глухота.
- прибрана форма на мембраната, установена от лекар УНГ

Етапи при хроничната акустична травма

Начален етап – възниква след 1-2 дни в шум. Характерен е дискомфорт и звънене вътре в ухото. След спирането на външни фактори, тези прояви изчезват след няколко часа почивка. След 10-15 дни настъпва адаптация, симптомите постепенно отшумяват. Може да продължи от няколко месеца до няколко години

П**ериод на „клинична пауза”,** при който постепенно, неусетно за пациента, остротата на слуха намалява. Продължителността му варира от 2 до 7 години.

Етап на ескалиране на симптома – постоянен шум в ушите и бързо развитие на загуба на слуха, като в началото се наблюдава намаление на слуха във високите, после на средните и ниските честоти. Всичко това се проявява и с неспецифични симптоми, като повишена умора, раздразнителност, нарушено внимание, безсъние.

Терминален етап се развива след 15-20 години работа в шумна среда. Изразява се с влошаване на остротата на слуха, понякога и с невъзможност за възприемане на говорната реч от разстояние повече от 2 метра, шум в ушите, нарушена координация на движенията, постоянно главоболие и замаяност.

Влияние – освен пряко, шумът влияе и на целия организъм.

- нервна система – изразява се с нарушение във вниманието, бърза уморяемост, раздразнителност, разсеяност, намаление на работоспособността;
- сърдечно-съдова система – повишено кръвно налягане, нарушаване на сърдечната дейност;

- храносмилателната система – вследствие на стреса от шума – гастрити и язвена болест;
- промени в зрителния анализатор – понижаване на зрителната острота и промяна в цветоусещането;
- промени в обменните процеси и ендокринната система;
- субективни оплаквания – главоболие, шум в ушите, световъртеж, промени в настроението, безпокойство, нарушения на съня.

Въздействието на шума, или вече намаленият слух, може да постави човек в рискови ситуации, отнасящи се до безопасността му поради нечуване на предупредителни сигнали, вик за помощ, умора, влошено качество на живот, повишаване на риска от злополуки и др.

Лечение – лечението е ефективно в етапите на първоначалните прояви и клиничната пауза:

- лекарствена терапия – ако лечението започне навреме, тогава е възможно да се постигне подобрение на нивото на слуха, но в по-късните етапи мероприятията целят загубата на слуха да не прогресира;
- при висок професионален риск – използване на предпазни средства или дори смяна на професията;
- слухопротезиране при трайна загуба на слуха.

Материали и методи

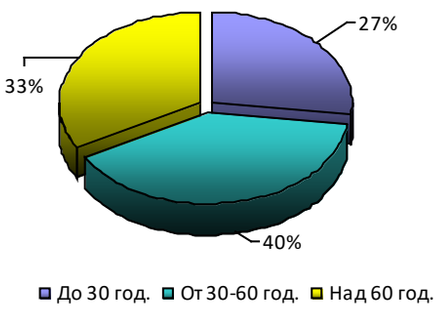
За целите на разработката са използвани статистически данни и резултати от проведено анкетно проучване сред 45 лица в слухопротезен център в град Враца за периода от месец март 2019 г. до месец август 2019 г.

Резултатите са обработени с компютърна статистическа програма SPSS 16,0. Графиките са изработени чрез програма Excel.

Целта на разработката е да проучим рисковите фактори и влиянието на шума върху качеството на живот и компетентността на пациентите със звукова травма.

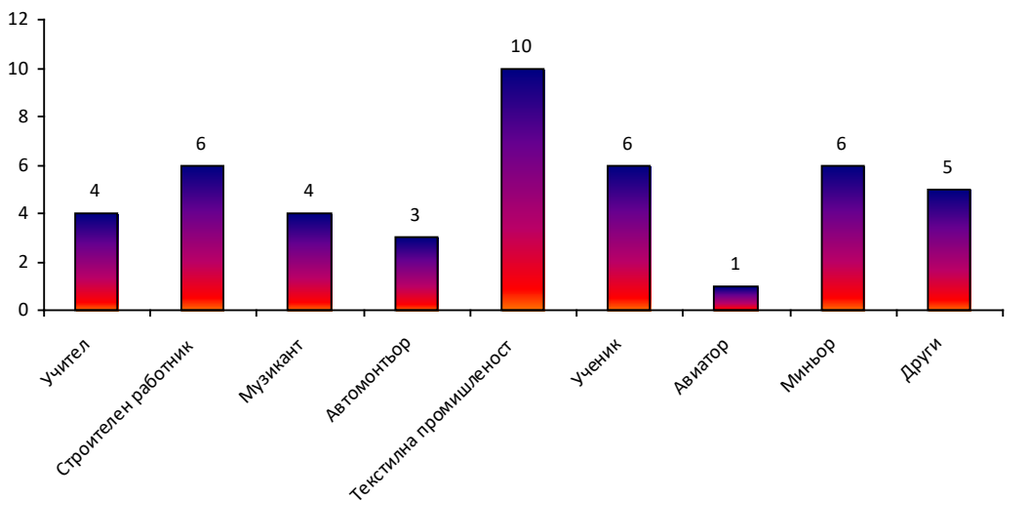
Резултати

В слухопротезен център в град Враца за периода от месец март 2019 г. до месец август 2019 г. е проведено анкетно проучване сред 45 лица от посетилите центъра.



Фиг. 1. Разпределение по възраст на пациентите

Възрастовото разпределение на изследваните пациенти статистически е както следва: 40% са над 60-годишна възраст, между 30 и 60 години са 33%. Особено внимание представляват хората до 30-годишни възраст, потърсили консултация и помощ – 27%.



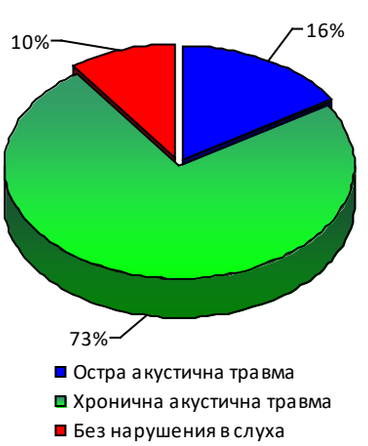
Фиг. 2. Професия, упражнявана от пациентите

Упражняваните професии са свързани с експозиция на шум в работната среда – респондентите са миньори, музиканти, учители, работници в строителството и тъкачи с над 15-годишен стаж.



Фиг. 3. Рискове за звукова травма

Причините да потърсят специалист са, че в някакъв период от живота си тези лица, са били изложени или в момента са изложени на силен звук. При някои това е свързано с професиите им – 65%. Това са взривове, изстрели, висок шум от говор, за музиканти, DJ, за използването на строителни уреди и др. В свободното си време някои от изследваните лица, или 25%, се занимават с лов, посещаване на концерти, дискотеки, използване на съвременни устройства – MP3 плейъри, слушалки и др. При 10% излагането на шум с висока честота е станало при инциденти – фойерверки, внезапен изстрел и др.



Фиг. 4. Причини пациентите да посетят слухопротезния център

Причините за посещението в слухопротезния център при 73% от анкетираните е вече трайно намаление в слуха вследствие на хронична акустична травма. При 16% причината е намаление на слуха в различни степени в резултат на остра акустична травма. 11% от посетилите центъра търсят средства и методи за превенция, поради осъзнатия риск за намаление на слуха вследствие на различни причини – работят в шумна среда, посещават места, където звукът е със сила, притеснителна за тях, и това са предимно по-млади хора.



Фиг. 5. Ползване на предпазни средства, свързани със слуха

От анкетираните лица 60% не са използвали предпазни средства. В повечето случаи съобщават, че работодателите им са предоставили слухопредпазни средства, но те самите са подценили проблема. 40% от изследваните лица използват различни видове тапи, антифони и търсят най-доброто средство, за да предпазят слуха си.



Фиг. 6. Проблеми, свързани с нарушение на слуха

Лицата, посетили слухопротезния център, съобщават за различни затруднения вследствие на вече намаления слух и неразбирането на разговорната реч, като са дали повече от един отговор. За нарушение в социалния живот съобщават 17%, 18% са с оплаквания от шум в ушите, 7% имат проблем на работното място, 15% са раздразнителни, 18% изпитват напрегнатост в стремежа си да разбират говора, 5% са затруднени в обществения си живот, 20% увеличават многократно телевизора, 5% се затрудняват при пресичане на пътното платно.

Изводи и препоръки

Опазването на слуха в различните рискови ситуации от звукова травма е както лична, така и обществена отговорност.

При професионални рискове в страната ни съществуват законови уредби и регламентирани правила за осигуряване на здравето и безопасността на работещите, включително при рискове, свързани с експозиция на шум – относно колективна и лична защита, както и за медицинска профилактика. Такива методи и средства са защитни прегради, поглъщащи шума покрития, ограничаване продължителността на излагане и интензивността на шума, подходяща организация на работното време с достатъчно периоди на почивка и обозначение с подходящи знаци. За да бъде ефективна слуховата защита, тя трябва да контролира риска, да се избягва пълното изолиране на шум, да е подходящ тип, да бъде удобна и подходяща за околната среда, както и да бъде да бъде правилно използвана.

Работниците и служителите, използващи предпазни средства за защита на слуха, винаги трябва да са в състояние да чуят всякакви предупредителни знаци и сигнали – противопожарни аларми, аларми за евакуация, сигнали от превозни средства, светлинни сигнали и др.

Необходимо да се включат дейности по промоция на здравето чрез придобиване на необходимата информация за риска от акустична травма и последствията от нея, както и изграждането сред подрастващите на положителни здравни навици при използването на модерните технологии с отчитане на връзката им със слуха.

Заключение

Шумът е свързан с много човешки дейности и тъй като в околната среда е постоянен и не може да бъде избегнат, значителна част от населението е изложена на него. Независимо дали сами си го причиняваме, или не, ние постоянно сме изложени на безкрайни звукови влияния. Шумът е от основните неблагоприятни фактори водещи до акустичен дискомфорт и слухова загуба. Мащабът на дългосрочните последици от това – медицински, социални и икономически, тепърва предстои да бъдат отчетени.

Библиография

1. Добрилова П. Съвременни аспекти на медико-социалната рехабилитация. Втора научна конференция с международно участие „Здравето – предизвикателство пред професионалистите по здравни грижи“. Сборник доклади, Враца, 2019, 64-67.
2. Закон за здравословни и безопасни условия на труд от 5.12.2017 г.
3. Колев О. Отоневрология. София, Мед и физк, 2017.
4. Меджидиева Д. Професионални увреждания на слухосензорна система.
5. Миланов И, Трайков Л. Неврология. София, Мед и физк, 2017.
6. Наредба № 5 за реда, начина и периодичността на извършване на оценка на риска. ДВ, бр. 47 от 1999 г.
7. Наредба № 6 от 15 август 2005 г. за минималните изисквания за осигуряване на здравето и безопасността на работещите при рискове, свързани с експозиция на шум.
8. Янков Г, Ботушаров М. Ръководство по ушни болести. София, Мед и физк.
9. Dobrilova PP, Yankova GT, Stefanova KS. Nursing and health policy. Int Sci J „Science and world“, 2017, 2 [11 (51)], 43-46.

УДОВЛЕТВОРЕНОСТ НА СТУДЕНТИТЕ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ И АКУШЕРКИ ОТ КАЧЕСТВОТО НА УЧЕБНИЯ ПРОЦЕС ВЪВ ФИЛИАЛ „ПРОФ. Д-Р ИВ. МИТЕВ“ – ВРАЦА

Е. Янкулова, Г. Янкова

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

SATISFACTION OF THE NURSE AND MIDWIFE STUDENTS OF THE QUALITY OF TEACHING PROCESS AT THE AFFILIATE „PROF. DR. IV. MITEV“ – VRATSA

E. Yankulova, G. Yankova

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

Abstract. Education brings prosperity to a country. The authority of an educational institution depends on the quality of the training and the successful realization of its graduates. Therefore, the opinion of graduates in the subsidiary “Prof. Dr. Ivan Mitev “Vratsa is especially important for the development of the institution and its recognition as a respected and preferred choice for mastering the knowledge and skills of the future health care professionals. The purpose of the study is to establish the opinion of graduating students from the affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev “Vratsa, about the quality of the learning process and the opportunities for realization. Material and methods. The survey was conducted in the period February–May 2019, by applying a standardized questionnaire to study student opinion on: the organization of practical training (planning, duration, venue); applicability of the acquired practical knowledge, skills and competences in the study of other subjects; opportunities to form the practical knowledge, skills and competences required for the profession; satisfaction with the overall practical training. 46 students were randomly selected from the last course of study in the field of Nursing and Midwifery at the Branch “Prof. Dr. Ivan Mitev ” – Vratsa at Medical University – Sofia. A documentary and sociological method is applied, with graphical presentation of the results. Conclusion. The quality of training is the leading criterion for the authority of each scientific institution, and the successful realization guarantees the preferences for acquiring knowledge from the prospective students. The negative sides of the four-year training course are an important and integral part of the scientific development of the business unit.

Key words: quality, training, satisfaction, students

Адрес за кореспонденция: Галя Янкова, Елка Янкулова, Катедра “Здравни грижи“, Филиал „проф. д-р. Иван Митев”, МУ – София, 3000 Враца, e-mail: gyankova1968@abv.bg, e-mail: eliyan_u@abv.bg

Address for correspondence: Galya Yankova, Elka Yankulova, Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, MU – Sofia, Bg – 3000 Vratsa,, e-mail: gyankova1968@abv.bg, e-mail: eliyan_u@abv.bg

Пред съвременното образование в областта на здравните грижи стои предизвикателството да се справи с реализирането на една от важните задачи – да формира у обучаемите комплекс от компетентности, които са солидна основа за усвояване на специфични за професията знания, умения и способности и са гаранция за справяне с ежедневните задачи. Професионалната компе-

тентност на бъдещите здравни професионалисти е задължително условие за постигане на по-високо качество на здравните грижи и подобряване здравния статус на населението.

Студентската удовлетвореност от процеса на обучение е важен показател, който влияе върху очакванията и възприятията на обучаваните. Степента на удовлетвореност зависи от редица фактори. Върху нея влияят предварителните нагласи, методите и подходите, с които студентите биват обучавани, и приложението на получените теоретични знания в практиката. След като е измерена, тя служи като индикатор за бъдещо устойчиво развитие и в значителна степен оказва мотивиращо въздействие както върху студентския успех по време на следването, така и за усъвършенстването на преподавателската практика.

Цел

Да се проучи мнението на завършващи обучението си студенти от Филиал “Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, относно качеството на учебния процес.

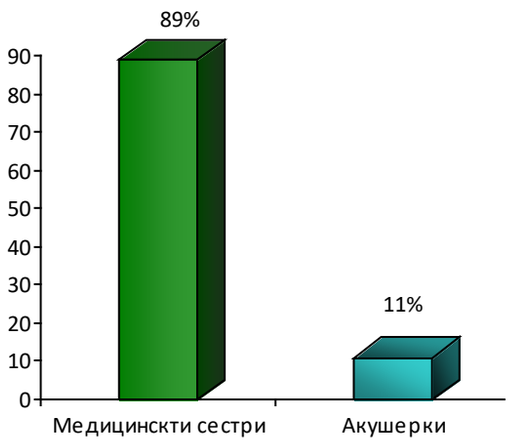
Материал и методи

Изследването е проведено в периода февруари–май 2019 г. чрез прилагане на стандартизиран въпросник за проучване на студентското мнение за: организацията на практическото обучение (планиране, продължителност, място на провеждане); приложимостта на получените практически знания, умения и компетенции при изучаването на други учебни дисциплини; възможностите за формиране на необходимите за професията практически знания, умения и компетенции; удовлетвореността от цялостното практическо обучение.

Анкетирани са 46 студенти, подбрани на случаен принцип, от последен курс на обучение по специалностите „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ във Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, към Медицински университет – София. Приложени са документален и социологически метод, с графично представяне на резултатите.

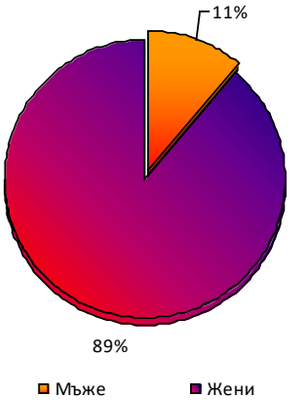
Резултати

Изследването е проведено през летния семестър на учебната 2018/19 г. От 46 изследвани студенти: 41 (89%/) са от специалност „Медицинска сестра“ и 5 (11%) от специалност „Акушерка“ (фиг. 1).



Фиг. 1 Разпределение на студентите по специалности

От всички анкетирани 89% са жени и 11% – са мъже. Половата структура е свързана с профила на университета и с феминизиране на голяма част от специалностите и професиите (фиг. 2).



Фиг. 2. Разпределение на анкетираните по пол

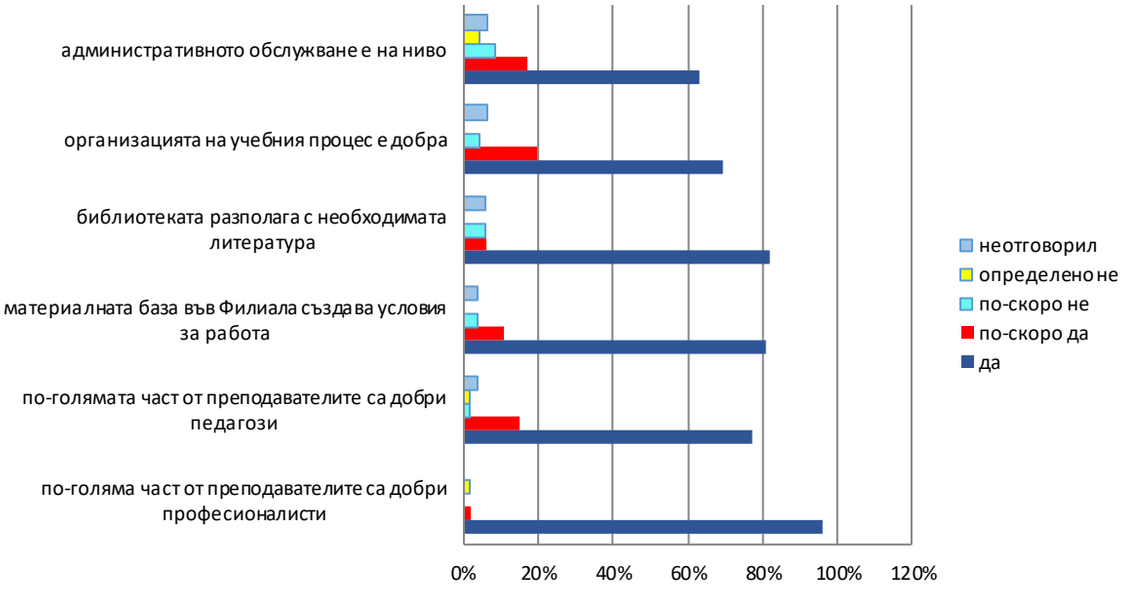
Качеството на професионалната подготовка на студентите медицински сестри и акушерки е социална категория, определяща състоянието и резултатността на формиращия процес и неговото съответствие с потребностите и очакванията на обществото, развитието и формирането на професионални компетенции на бъдещите здравни специалисти. То се определя от съвкупност от показатели, характеризиращи различни аспекти на учебния процес, като един от тях е материално-техническата осигуреност на обучението.

В полза на обучението във Филиала е категоричното мнение на 96% от анкетираните студенти. Според тях по-голямата част от преподавателите са не само добри професионалисти, но и добри педагози. Организацията на учебния процес и ад-

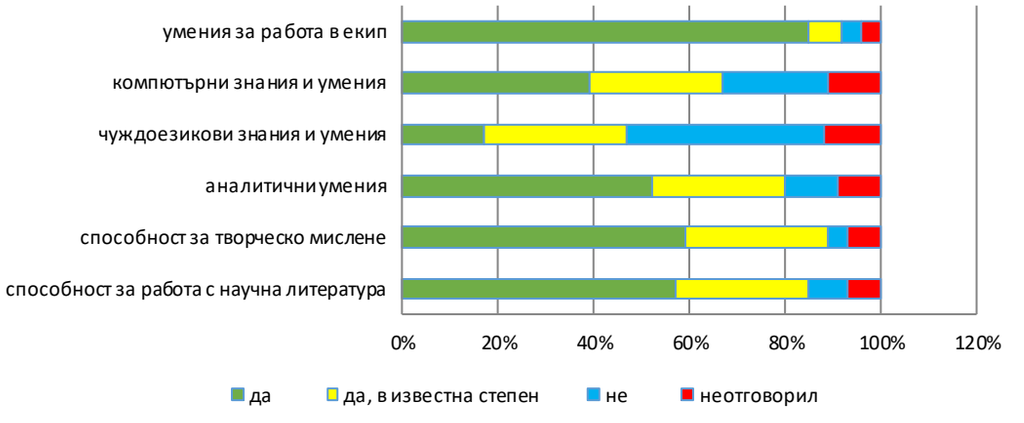
министративното обслужване са на отлично ниво. Материалната база създава условия за много добро обучение (81%), за което допринася и богатата библиотека (82%) (фиг. 3).

По-голямата част (85%) от анкетираните са категорични, че при обучението си във Филиала определено са се научили да работят с научна литература (55%), развили са своите способности за творческо и аналитично мислене, придобили са чуждоезикови знания и умения за работа в екип (87%). Самостоятелната работа на студентите и участията им в международни и национални конференции са им помогнали да усъвършенстват знанията си за работа с компютърни технологии, моделиране, провеждане и анализ на данни за емпирични изследвания (фиг. 4).

По отношение на преподавателите 98% от анкетираните студенти показват удовлетвореност от начина на преподаване на учебния материал, но само 37% са доволни от прилаганата система на контрол. Това налага изработването на нови критерии за осигуряване на по-ефективен контрол за присъствията на лекции, упражнения и клинична практика. 11% не са дали отговор, предполагаме поради редовни отсъствия или проява на незаинтересованост към поставения въпрос (фиг. 5).



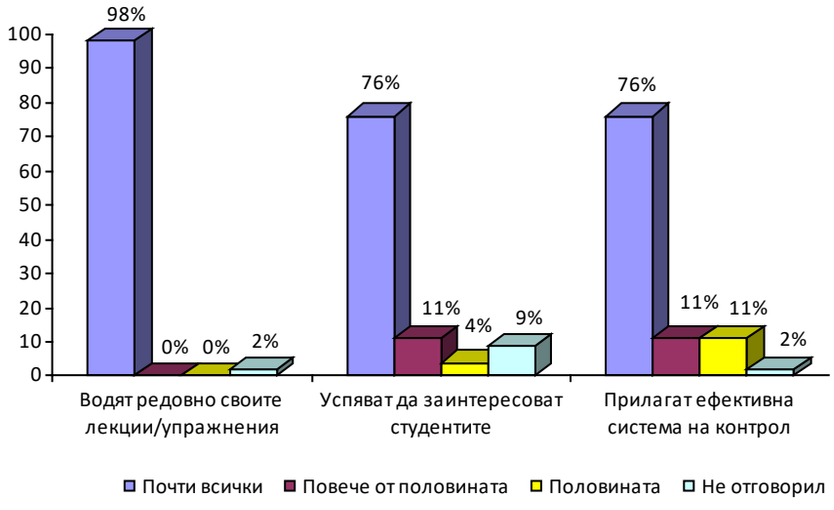
Фиг. 3. Мнения на студентите по отношение на организационно-педагогическите условия и факторите за формиране на професионална компетентност



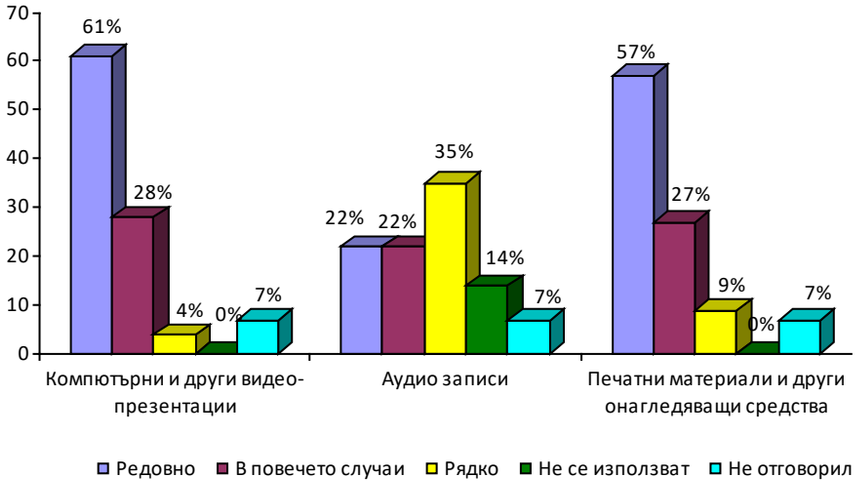
Фиг. 4. Удовлетвореност на студентите от формираните по време на обучението знания и умения

Над 60% от анкетираните студенти са доволни от редовното използване на научно-технически средства, с които преподавателите онагледяват преподавания материал – компютърни и други видеопрезентации, според 35% рядко се използват аудиозаписи, 57% съобщават за редовно използване на печатни материали и онагледяващи средства (фиг. 6).

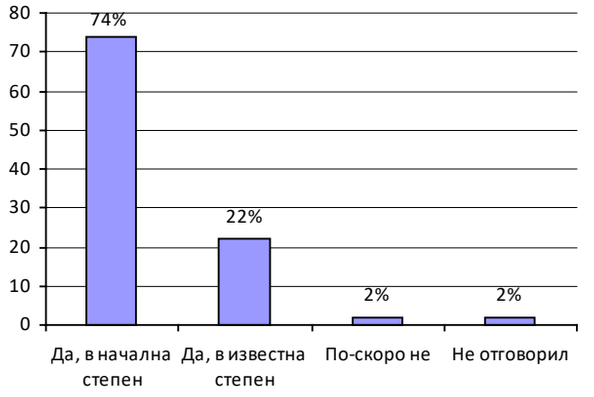
Респондентите (74%) са доволни от предоставената им възможност за използване на специализирана литература за подготовка. Според тях библиотеката към Филиала е богато оборудвана с необходимата научна литература и е достъпна по всяко време в рамките на работния ден. Малък процент (2%) от анкетираните споделят, че не успяват да си намерят необходимата литература поради ограничените бройки в библиотеката. Това налага ръководството на Филиала да обсъди и планува закупуване на допълнителни учебници по социално и здравно законодателство, фармакология, хирургия и анестезиология, медицинска психология, неврология и гериатрия (фиг. 7).



Фиг. 5. Удовлетвореност от начина на преподаване и ефективността на контрола за присъствие



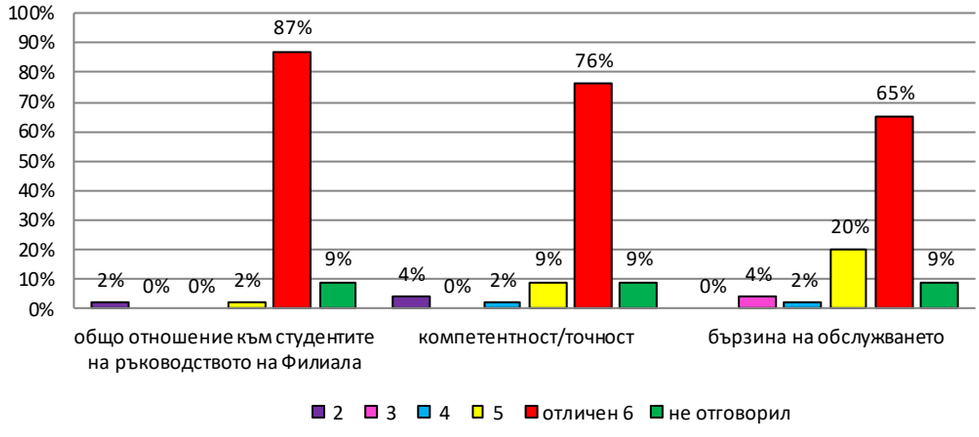
Фиг. 6. Мнение на студентите по отношение на обезпечеността на учебния процес с научнотехнически средства



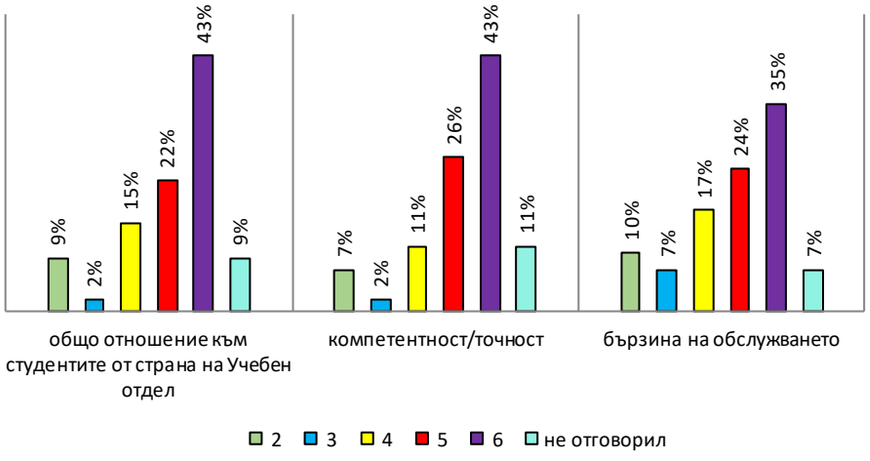
Фиг. 7. Удовлетвореност на студентите от достъпността до литературата в библиотеката

Много добра оценка са дали анкетираните на обслужването и отношението към тях от страна на ръководния състав на Филиала. 87% от анкетираните дават положителна оценка на отношението на ръководството на Филиала към студентите. 76% оценяват положително точността и компетентността на ръководството, а 65% са доволни от адекватните реакции и бързината на обслужване (фиг. 8).

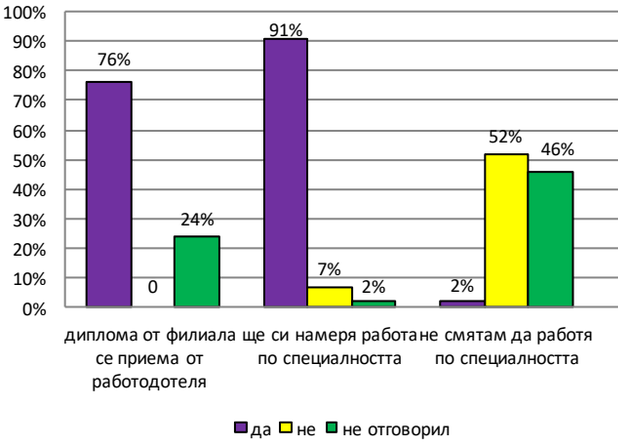
Резултатите от изследването показват много добра оценка и на отношението на Катедрата към студентите: 61% са доволни от компетентността и точността при обслужване. Проблем, според анкетираните, има само с бързината на обслужване. С цел по-бързо обслужване на студентската общност се налага преразпределение на задачите на съответните лица, носещи отговорност. Проведеното проучване относно работата на административните звена също е с положителна оценка. 43% от анкетираните са доволни от работата и отношението към тях от страна на Учебен отдел. Недоволни са 10%, според които има какво да се желае относно отношението, точността и бързината на обслужване (фиг. 9).



Фиг. 8. Оценка на работата на Ръководството на Филиала (по шестобалната система)



Фиг. 9. Оценка на работата на Учебен отдел (по шестобалната система)



Фиг. 10. Мнение на студентите по отношение на реализацията им на пазара на труда

Бъдещите здравни специалисти са убедени, че работодателите приемат добре кандидати за работа с диплома от Филиала, 91% от анкетираните са на мнение, че без проблем ще се реализират на пазара на труда и ще работят по специалността си. Само 2% от студентите не смятат да упражняват професията, по която ще се дипломират (фиг. 10).

Заключение

Резултатите от проучването показват, че завършващите обучението си студенти са удовлетворени от качеството на учебния процес във Филиал“ Проф. д-р Иван Митев“ – Враца. Смятаме, че периодичното проучване на студентското мнение е ценен ориентир за подобряване на качеството на процеса на обучение.

Библиография

1. Аспарухова П, Янкова Г, Владимирова Е. Мотивация за избор на професията „медицинска сестра“ при студенти във филиал „Проф. д-р. И. Митев“ – Враца. International scientific on-line journal „Science & technologies“, 2016, 6, 182-186.
2. Драгушева СС. Формиране на професионална компетентност у бъдещите медицински сестри в условията на преддипломния стаж. Дисертационен труд за присъждане на ОНС „Доктор”, МУ – Пловдив, 2017.
3. Тенева П, Моллова К, Милчева Хр. Мотивация и удовлетвореност от обучението на студентите от професионално направление „здравни грижи“. Knowledge – Int J, 2018, 26.4, 1091-1095.
4. Янкова Г. Роля на преддипломния стаж за формиране на професионална компетентност (Иновационни подходи). Мед меридиани, 2012. (3), 34-38.
5. Dobrilova P, Yankova G, Zlatanova-Velikova R. The information and communication technologies – contemporary challenge for the education in health care. Int Sci Publicat: Ed Alternatives, 2018, 16, www.sciencebg.net
6. Velikov S, Zlatanova-Velikova R, Dobrilova P. The teachers opinion about introduction interactive methods in training of medical specialists. J Educat Instruct Studies in the world, 2018, 8(2), Turkey, www.wjeis.org, 8-13.
7. 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, 2018, 16, 294-302, www.scientific-publications.net

МЕНИДЖМЪНТ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

П. Аспарухова

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

HEALTH CARE MANAGEMENT IN THE HEALTH SYSTEM

P. Asparuhova

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

Abstract. The article addresses health care management with a focus on the full range of health and wellbeing conditions. The functions of planning, organizing and managing human resources are outlined. The control and decision making in the healthcare system is considered.

Key words: management, healthcare, public health

Адрес за кореспонденция: Петя Аспарухова, Катедра “Здравни грижи“, Филиал „проф. д-р. Иван Митев”, Медицински университет – София, 3000 Враца

Address for correspondence: Petya Asparuhova, Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, MU – Sofia, Bg – 3000 Vratsa

Въведение

В статията се разглежда мениджмънтът на здравните грижи с фокус върху целия спектър от състояния на здраве и благополучие. Очертани са функциите по планиране, организиране и управление на човешките ресурси в системата на здравеопазването.

Актуалността на проблема, избран за тема на настоящата разработка, произтича от философията, реалностите и приоритетите на новото обществено здравеопазване, новата роля на специалистите по здравни грижи – медицинските сестри, техните права, задължения, отговорности и функции в процеса на осъществяване на здравни грижи.

Общественото здраве се определя като „изкуството и науката за предотвратяване на болести, удължаване на живота и подобряване на здравето чрез организираните усилия на обществото“. Дейностите за укрепване капацитета на общественото здравеопазване и здравното обслужване имат за цел да осигурят условия, при които индивидът и общностите да могат да поддържат и подобрят здравето и благосъстоянието си или да предотвратят тяхното влошаване. Общественото здравеопазване се фокусира върху целия спектър от състояния на здраве и благополучие, а не само върху определени заболявания.

Професията на здравния мениджър се свързва с функции по планиране, организиране, управление на човешките ресурси, контрол и вземане на решения и лидерство на различните нива в системата на здравеопазване, при цялата сложност и динамика на здравните организации. Тази професионална дейност е предизвикателство и изисква от лицата на мениджърски позиции широк обхват от знания и комуникационни умения.

Планирането следва да предшества всички останали функции на мениджмънта, защото без подходящо планиране целият процес на мениджмънт може да пропадне.

Планирането е принципно задължение на всички мениджъри и представлява систематичен

продължителен процес, започващ с оценка на настоящата ситуация, поставяне на цели и задачи, изработване на план за действие за тяхното постигане, привеждането на плана в действие, преразглеждане на процеса и резултатите, предоставяне на обратна връзка и модифициране на плана при необходимост. От момента на привеждането на плана в действие се включват всички останали функции на мениджмънта: организиране, ръководене, оценяване и контрол.

Планирането представлява мисловен процес на вземане на решения и предвиждания. В сестринството планирането способства за предоставяне на желани и необходими грижи за пациентите и за удовлетворен от работата си сестрински персонал.

В условията на постоянно променящи се технологии и нарастващи цени на здравните услуги съществува определена нужда за планиране от страна на професионалните сестри. Предвиждането на събитията и планирането на система от действия за осъществяване на сестринската работа и дейността на организацията са необходими условия за успех. Чрез планирането сестрата прилага интелектуален процес на съзнателно определяне насоката на действие при изпълнение на работата и избягва влиянието на случайността.

Философията на сестринската дейност се изразява в съдействие на пациента за постигане на оптимално ниво на здраве във всяка наблюдавана ситуация чрез планиране на грижите и обезпечаване на съответни интервенции. Управлението на дейностите, извършвани от тази част на персонала, се определя като една от възможните функции на съвременния мениджмънт, основаващ се на принципа за постигане на здраве за всички и включващ въвеждане и прилагане на систематичен подход, чрез който се набира необходимата информация, обработва се и се конкретизира чрез съответни интервенции, а впоследствие се оценяват резултатите.

Сестрата мениджър планира ефективно създаването на определена среда, в която сестринският персонал предоставя желаните и необходими сестрински грижи на пациентите. В такава среда клиничните сестри вземат решения относно модела на сестрински грижи и сестрите мениджъри работят със сестринския персонал за осъществяване и удовлетворяване на техните лични цели и целите на организацията.

Планирането принуждава здравната институция да предвижда промените в околната среда, дава насоки във вид на цели, предоставя основа за екипна работа и помага на сестрите мениджъри да се учат да работят в условията на неопределеност.

Планирането включва събиране, анализ и организиране на информация, която се използва за определяне на потребностите на пациентите от сестрински грижи и за съставяне на мениджърски планове за обезпечаване на ресурсите и процесите за задоволяване на тези нужди.

Планирането като динамичен организационен процес носи характеристиките на отворена система, което означава, че непрекъснато може да се променят входът на системата, технологичните процедури и крайните резултати. Много полезен за планирането е т.нар. *SWOT анализ* – анализ на силните и слабите страни, на възможностите и заплахите за дадена организация.

Планирането е ключов елемент за сестринството. Планирането се определя като концептуален или мисловен процес, който включва такива специфични елементи като писмено формулиране на мисията, философията и целите на организацията, както и детайлизирани мениджърски или оперативни планове, чрез които мисията, философията и целите се привеждат в измерими действия. Оперативните планове обхващат процесите на вземане на решения и решаване на проблеми и включват стратегии, политики и процедури.

Планирането изисква писмено формулиране на конкретни, полезни и реалистични цели, които да отразяват както стратегическите, така и оперативните цели за институцията. Следователно успешният мениджмънт започва с координиране и целенасочена организация на хората, които заедно, на основата на функционална отговорност, поемат задължения.

Сестринските умения са нужни навсякъде, където има загриженост за здравето на хората. Познаването на същността, структурата и функционирането на здравните организации е особено важно за сестрата мениджър, тъй като организирането представлява втората фаза на мениджърския процес, в която се определят взаимовръзките, очертават се процедурите, подготвя се оборудването и се разпределят задачите. Фазата на организиране включва също установяване на формална структура, която предоставя най-доб-

ра координация и използване на ресурсите за изпълнение на задачите на дадено звено.

Файол подчертава, че една организация се формира, когато броят на работещите достига ниво, изискващо надзор. Необходимо е да се групират хората, да се разпределят задачите, да се адаптира органичното цяло към изискванията чрез поставяне на основните лица на места, където те са най-полезни.

Организацията представлява група от хора, работещи заедно, в условията на формални и неформални правила и поведение, за постигане на определена обща цел. Организацията може да се разглежда като структура, която обезпечава формалната рамка за осъществяване на мениджърския процес, осигурява ефективна система на работа, комуникационна мрежа, идентичност на индивидите и организацията и стимулира удовлетворението от работата. Организацията може да се разглежда и като процес, който се отнася до процедурите, политиките и методите, използвани за постигането на определена обща цел.

Организационната структура се отнася до начина, по който се формира дадена група, линиите на комуникация и средствата за канализиране на властта и вземането на решения.

Познаването на формалните и неформалните работни групи е съществено за ефективното лидерство и мениджмънт в сестринството. Сестрата лидер е отговорна за координирането на изпълнението на индивидуалните и организационните цели.

Управлението на сестринските грижи е сложен комплексен процес и включва лидерски и мениджърски позиции на различни нива. Главните сестри като мениджъри на висше ниво участват в разработването на стратегическите планове на здравните институции, в приемането на дългосрочни решения, внедряват нови програми и координират предоставянето на сестрински услуги. Ефективното управление на здравните грижи налага все по-широко внедряване на принципите на трансформационното лидерство – лидерство чрез повлияване на хората за изпълнение на целите на организацията, чрез вдъхване на доверие към ръководителя, чрез мотивиране на персонала и проектиране в бъдещето.

Оценката на дейността на персонала представлява елемент на по-широката организационна система за осигуряване на качеството. Тя има изключително важно значение за управлението на качеството, ефикасността и ефективността в предоставянето на сестрински грижи.

Оценката включва различни подходи за измерване и оценяване на работната дейност. Това е сложна тема, по която се извършва интензивна изследователска работа в областта на психологията на личността. Оценката на работата обикновено е емоционален процес за всички участващи в него. Оценката на дейността на персонала представлява неделима част от оценъчната функция на мениджмънта, която трябва да бъде постоянен процес.

В заключение можем да кажем, че за функционирането на здравните организации е особено важно действията на сестрата мениджър да бъдат насочени към подпомагане на редовите сестри в поставянето на цели за подобряване на тяхната дейност. Необходимо е при назначаването на ръководителите по здравни грижи като водещи критерии да се поставят техните лични и професионални качества по отношение на лидерството и ръководството на персонала.

Библиография

1. Борисов В. Здравна политика и мениджмънт. София. 2008.1
2. Воденичаров Ц, Попова С. Социална медицина, С. 2009.
3. Грънчарова Г. Управление на здравните грижи. Плевен, Център на МУ – Плевен, 2009.
4. Добрилова П. Подходи за осигуряване на качествени сестрински грижи в здравния мениджмънт. Science & Technologies. Medicine, 2014, 4(1).
5. Добрилова П. Съвременни аспекти на медико-социалната рехабилитация, Втора научна конференция с международно участие „Здравето – предизвикателство пред професионалистите по здравни грижи“, Сборник доклади, Враца, 2019, 64-67.
6. Стамболова И. Стил на ръководство в сестринската практика, В: Управление на здравните грижи, под ред. на доц. д-р С. Попова. С., Филвест, 2003.
7. Чанева Г. Качеството на здравните грижи като приоритет. С., Филвест, 2008.
8. Янкова Г. Взаимовръзка между приложимостта на здравните грижи и усещането за персонална ефективност у здравните професионалисти. Управление и образование, 2016, 12(5), 17-22.
9. Dobrilova PP, Yankova GT, Stefanova KS. Nursing and health policy. Int Sci J „Science and world“, 2017, 2, 11 (51), 43-46.

РАЗРАБОТВАНЕ НА МОДЕЛ ЗА ОЦЕНКА И УПРАВЛЕНИЕ НА КОНФЛИКТИ В БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ И ВНЕДРЯВАНЕТО В ПРАКТИКАТА НА ПРОФЕСИОНАЛИСТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ НА НОВИ ПОДХОДИ И РЕШЕНИЯ ПРИ УПРАВЛЕНИЕТО НА КОНФЛИКТИТЕ

В. Стоянова, П. Добрилова, Цв. Джиганска

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

DEVELOPING A MODEL FOR THE ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF CONFLICTS IN HOSPITAL CARE AND IMPLEMENTATION OF NEW APPROACHES AND DECISIONS IN THE CONFLICT MANAGEMENT IN THE NURSING PRACTICE

V. Stoyanova, P. Dobrilova, Tsv. Dziganska

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

Abstract. Hospital management systems do not have any specialists in the field of conflict resolution until recently, and at the moment. When conflicts arise in the workplace of healthcare professionals, their resolution is generally entrusted to seniors, Head of Departments, Chief Nurse, Executive Director, rarely trade unions and other public organizations such as the Medical Union, Ethics Committees of the Bulgarian Association of Health Professionals care. We have examined the views of health care leaders on the corrective policies they apply to conflict management. The results obtained justify the assumption that there is no adequate and consistent policy for long-term conflict management in the studied structures. Which is the reason to offer Conflict Identification Monitoring, Conflict Management Corrective Policy Model, and Professional Conflict Management Model.

Key words: conflicts in hospital care, management, modelss

Адрес за кореспонденция: Виолета Цветанова Стоянова, Катедра “Здравни грижи“, Филиал „проф. д-р. Иван Митев”, Медицински университет – София, 3000 Враца, e-mail: wioletta_tz@abv.bg

Address for correspondence: Violeta Tsvetanova Stoyanova, Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“, MU – Sofia, Bg – 3000 Vratsa, e-mail: wioletta_tz@abv.bg

Въведение

В системите за управление на болничните структури доскоро, а и в момента няма специалисти в областта на решаването на конфликти, а в длъжностните характеристики на ръководителите (началник-отделения, старши професионалисти по здравни грижи) дейностите по предотвратяване и разрешаване на конфликти не са включени. Тяхното задължение е да създадат само „нормален морален и психологичен климат“, което всъщност означава маскиране на неизбежните противоречия в екипите и конфликтните ситуации.

Когато възникват конфликти на работното място на професионалистите по здравни грижи, тяхното разрешаване е поверено по правило на старшите, началник-отделения, главна медицинска сестра, изпълнителен директор, рядко синдикати и други обществени организации, като ЛС, Етичните комисии към БАПЗГ. След изискване и проучване на докумен-

тацията на Етичните комисии към пет изследвани болници, се установи, че в две от тях няма такива, а в останалите са регистрирани и разглеждани единични случаи на конфликти, свързани с професионалистите по здравни грижи. Документацията не е пълна, няма приети регламентирани правила за начина на управление на конфликтите. Няма въведен модерен ***Модел за решаване на конфликтите на работното място***.

Цел

Разработване на Модел за оценка и управление на конфликтите в болничната помощ и внедряването в практиката на професионалистите по здравни грижи на нови подходи и решения при управление на конфликтите.

Задачи

1. Да се проучи мнението на ръководителите по здравни грижи за методите за решаване на конфликтите в болничната помощ.
2. Да се диференцират етапите в управлението на конфликтите.
3. Да се предложи ***Модел на коригираща политика за управление на конфликтите*** и ***Модел на професионално управление на конфликтите.***

Материал и методи

Проучването е проведено в периода август–септември 2017 г., в пет МБАЛ. Обхваща 96 експерти – управленски екип, разделени, както следва: главна медицинска сестра – 5, и старши професионалисти по здравни грижи (ПЗГ) – 91.

Извършено е и проучване на източници на информация, като са използвани протоколи от заседания на Съвети по здравни грижи (СЗГ), протоколи от общи събрания на отделения, протоколи от заседания на медицински съвети. Данните са обобщени и обработени в Excel Microsoft Office.

Резултати и обсъждане

Проучихме мнението на експертите относно коригиращата политика, която прилагат за управление на конфликтите. Всеки един от тях имаше възможност да избере неограничен брой отговори. Впечатление прави фактът, че приблизително една трета от експертите дават само по три отговора – 22-ма, от четири до осем отговора дават 36 от изследваните лица, а 29 от тях са избрали от девет до тринадесет от предложените варианти и едва 9 са посочили всички отговори. В голямата си част ръководителите са убедени, че адекватното материално възнаграждение е основата, на която трябва да се изгражда мотивационният стимул за ограничаване на конфликтите (92,42%). Справедлив баланс между права и задължения са коригиращ елемент при 82,35% от експертите. Въвеждането на модел за предотвратяване възникването на конфликти е сред стратегическите цели на 67,52% от ръководителите. Тази стъпка би подпомогнала повишаването на трудовите възнаграждения на „качествените служители“, а от друга страна – би мотивирала „посредствените“. Изработване на етичен кодекс в болничните структури се подкрепя и прилага от 63,28% от ръководителите по здравни грижи. Предоставяне на ресурси и консумативи и тяхното рационално използване е експертно потвърдена от 64,32%. Формиране на положителен образ на ръководителите е от значение за ограничаване на конфликтите при 57,20% от експертите (фиг. 1).

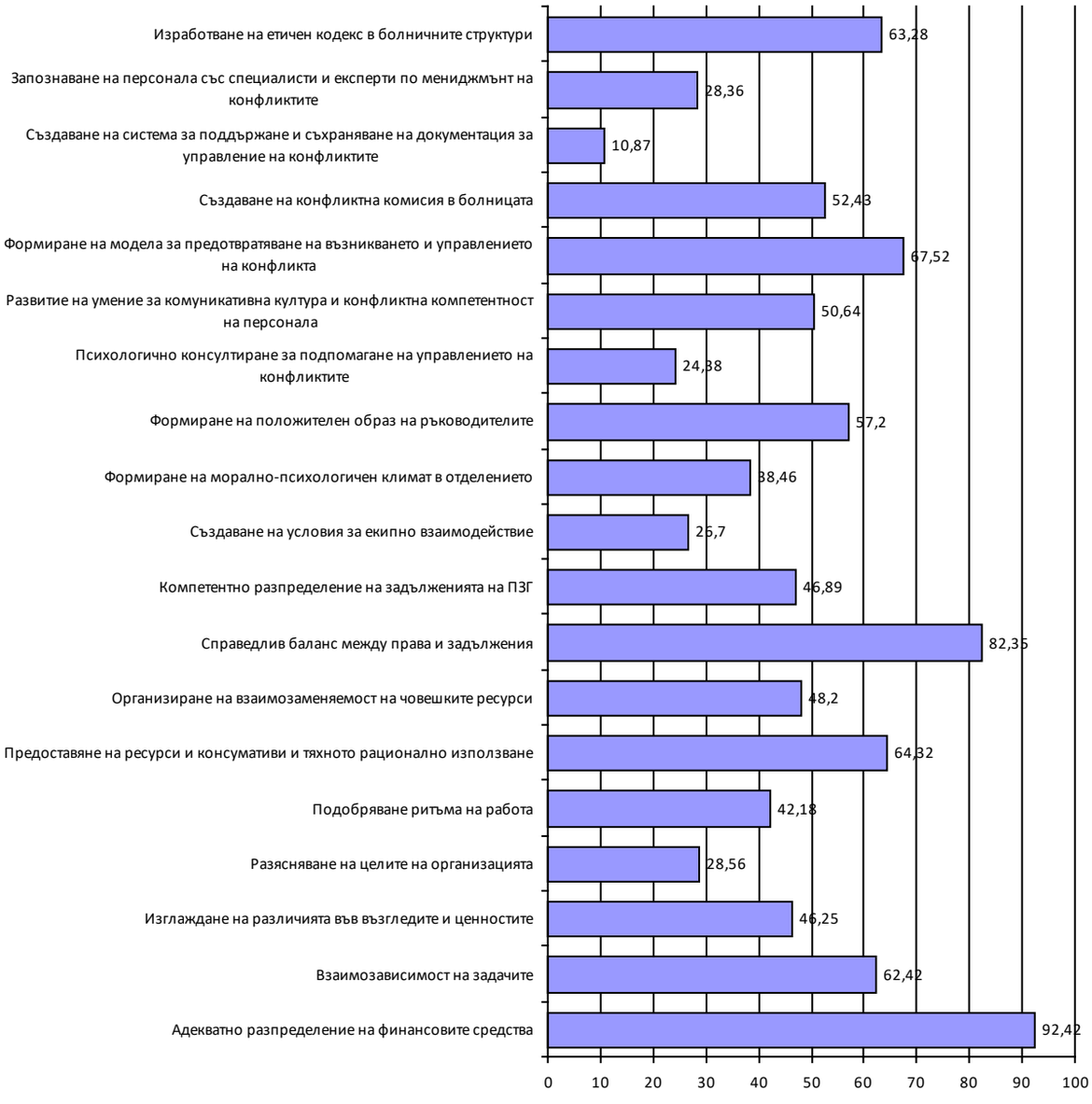
Управлението на конфликтите на работното място на професионалистите по здравни грижи изисква по-цялостен и глобален план с перспектива за стабилност.

Получените резултати са основание да възприемем тезата, че масово в изследваните структури не се прилага адекватна и последователна политика за ограничаване на конфликтите в дългосрочен план. Това е основание да предложим ***Модел на коригираща политика за управление на конфликтите*** (фиг. 2).

Новите тенденции за ефективно управление на конфликтите в болничните структури изискват преразглеждане на ключовите проблеми. Вниманието ни трябва да бъде насочено към прилагането на съвременни подходи за ограничаване на конфликтите.

При подготовката за разработване на Модел за управление на конфликти в болничните структури се преминава през следните етапи: организационно-планова подготовка, разработване на процедури по управление на конфликти, разработване на регламентирана документация (фиг. 3.)

За ограничаването на конфликтите е нужно не само моментно решаване на конфликта, а се изисква цялостен системен стратегически подход за управление.



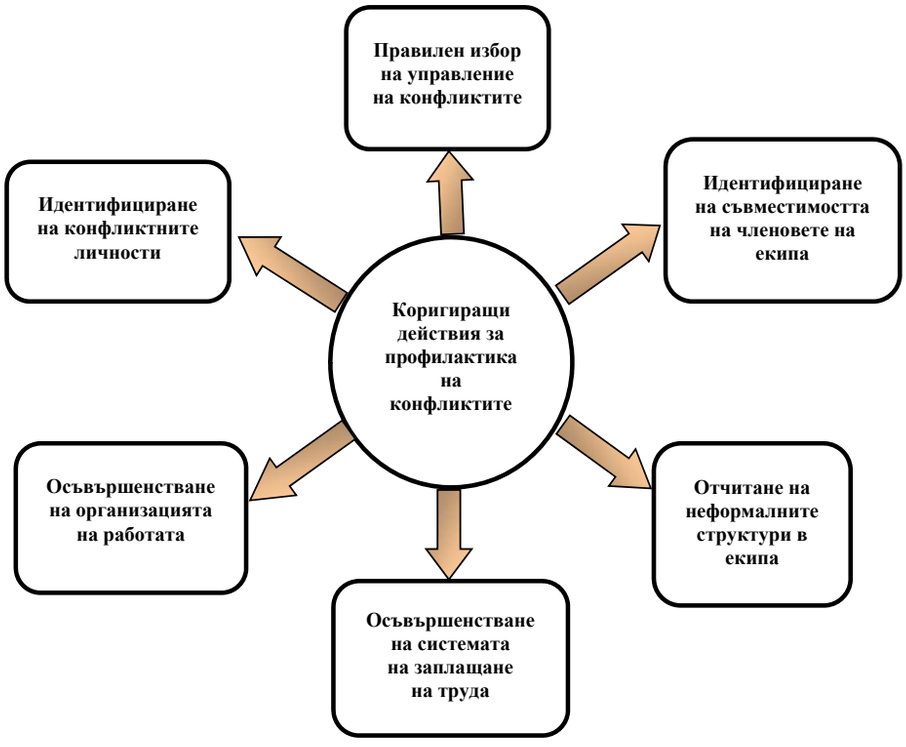
Фиг. 1. Коригираща политика за ограничаване на конфликтите (%)

Визираната необходимост от синхронизиране на процесите и дейностите в управлението на конфликтите представлява интерес от управленска гледна точка. Тъй като в основата си конфликтите се влияят от фактори, които са под контрола на ръководството, това ги прави управляеми чрез прилагане на подходи от последователни, логически свързани процеси:

- събиране на доказателства за конфликтологичната ситуация в болницата;
- идентифициране на факторите, водещи до конфликти, чрез определяне на взаимовръзките между конфликтите и останалите показатели;
- избор на мениджърски подходи за ограничаване на конфликтите.

Идентифицирането на причините, водещи до конфликти, и прилагането на подходящи мерки за тяхното ограничаване имат комплексен характер. В повечето случаи ефективността на прилаганите подходи зависи от готовността на мениджърите за корекция в политиката при управление на конфликтите.

Съществуващите модели често представляват схеми на поведение, чрез които организациите подреждат елементите в процеса на диагностичен анализ. Те дават ориентация и отговор на



Фиг. 2. Модел на коригираща политика за управление на конфликтите



Фиг. 3. Етапи в разработването на Модел за управление на конфликти

някои важни въпроси, свързани с нивото и причините за конфликта на работното място и с неговото последващо анализиране.

Ефективното управление на конфликтите изисква провеждането на регулярен мониторинг както на реалните и потенциалните конфликти,

така и на причините за евентуалното им възникване. Резултатите от проучването са индикатор за наличието на проблеми в организацията и управлението на конфликтите, което е основание да предложим Подход за идентифициране на проблеми и дейности за ограничаването им, с възможност да се реализира в три стъпки.

Първа стъпка – събиране на информация за установяване на причините, водещи до конфликти.

Носител на информация за установяване на причините за конфликтите могат да бъдат различните аспекти на работната среда. За събирането на информация, установяваща причините за конфликтите на работното място, може да се използва анкетен метод или интервю.

Идентифицирането на потенциалните конфликти е възможно и чрез събиране и съпоставяне на информацията за спад в изпълнението на ежедневните задължения и в качеството на положените грижи. Негативната промяна в поведението, изразено чрез неудовлетворение от организацията и заплащането, влошена комуникация, различия във възгледи и ценности, взаимозависимост на задачите, различия в целите, различия в начина на поведение и жизнения опит допълват информацията. Организирането на срещи за обсъждане на проблеми е подпомагащ механизъм за идентифициране на проблеми, водещи до конфликти.

Втора стъпка – анализ и оценка на получените резултати, която включва преоценка на различните аспекти на трудовата среда, водещи до конфликти на работното място:

- на честота на възникване на конфликтите;
- на удовлетвореността от работата;
- на организационно-управленските дейности;
- на нивата на натовареност;
- на нивото на професионален стрес.

Трета стъпка – коригиращо поведение – за по-голяма ефективност коригиращото поведение може да бъде обвързано с подобряване на организацията на труда, културата на работното място, с въвеждане на гъвкав режим на труд и почивка, хармонизиране на отговорностите и подкрепа от колеги и ръководители (фиг. 4).

В повечето случаи причините за конфликтите на работното място са многобройни и взаимозависими, което затруднява изработването на цялостен модел. В тази връзка бе важно моделът да се разработи така, че да бъде полезен и приложим в настоящите условия.

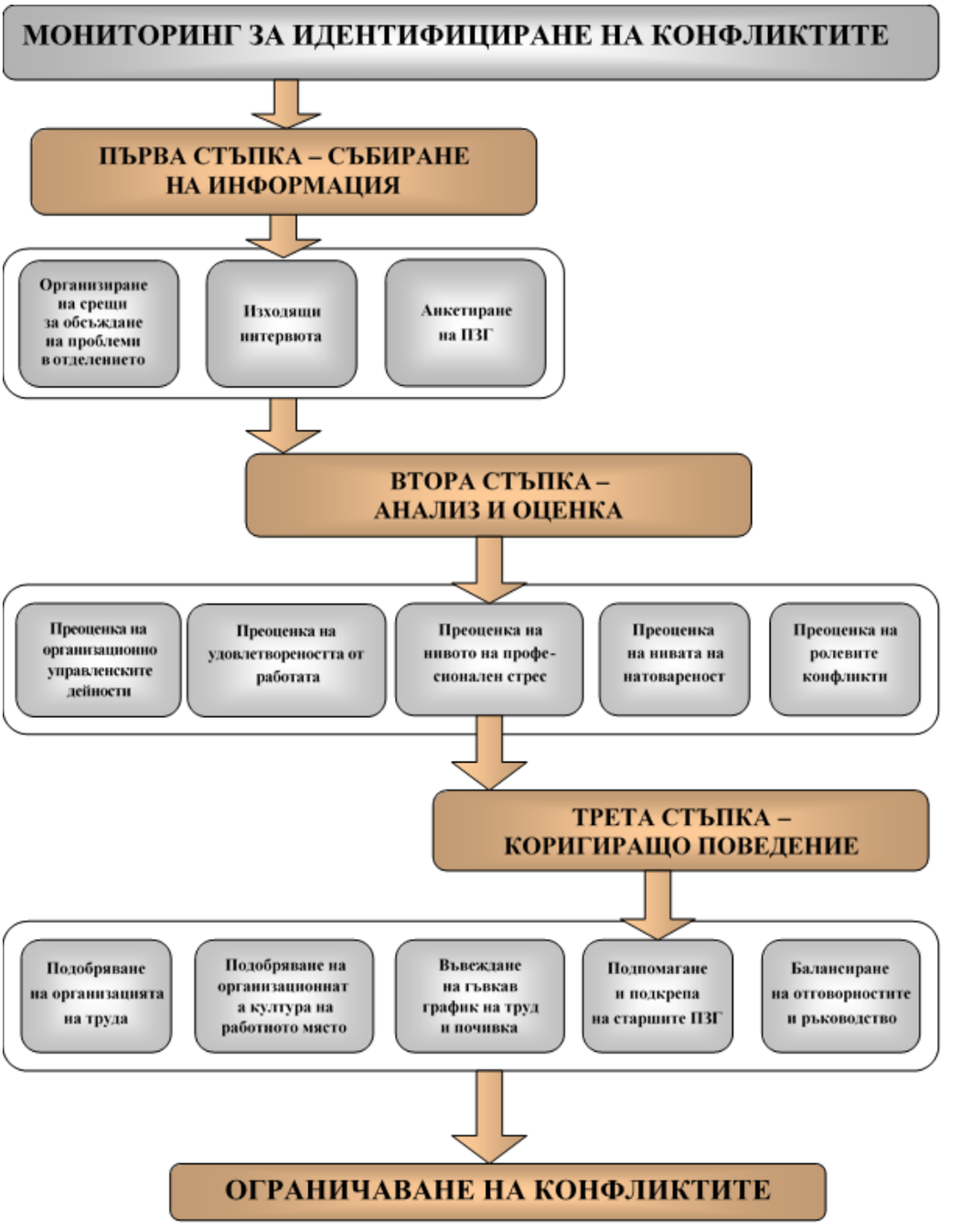
Обект на внимание в разработката бяха различни аспекти от работното място на професионалистите по здравни грижи, свързани с възникването на конфликти: информираността им за организацията, структурата и управлението на болницата, удовлетворение от условията на труд, организационноуправленските дейности, взаимоотношения между професионалистите по здравни грижи и другите работещи в екип лица, индивидуалните характеристики на работещите, психологичните аспекти, професионален стрес, натовареност и тяхното влияние върху конфликтите.

Идентифицирането на основните фактори, водещи до конфликти на работното място в петте МБАЛ, и тяхното анализиране подпомогна формулирането на модела и подхода за професионално мениджърско управление за ограничаване на конфликтите.

Теоретичната обосновка на предложения от нас Модел включва установяването на взаимовръзката и влиянието на няколко групи фактори от работната среда, отнесени към възникването на конфликти. Приложеният анализ за всеки един от тях определи водещите предиктори за конфликтите на професионалистите по здравни грижи.

Първата група фактори, влияещи върху конфликтите на работното място на професионалистите по здравни грижи, са информираността за организацията, структурата и управлението на здравната институция:

- неясно регламентирани длъжностни задължения
- несвоевременно информиране на персонала за промените
- неосигуряване на възможност за открито обсъждане на проблемите
- липса на автономност в работата
- не
- добра комуникация с подчинените
- нарушаване или непознаване на въведените правила
- изпълнение на задачите, противоречащи на вижданията на ПЗГ
- изпълнение на задачи без наличие на консумативи
- получаване на задачи едновременно от няколко лица.



Фиг. 4. Подход за идентифициране на проблеми и дейности за ограничаване на конфликтите

Втората група фактори, влияещи върху конфликтите на работното място на професионалистите по здравни грижи, са организационно-управленски дейности:

- незачитане интересите на подчинените
- неадекватно заплащане на труда на професионалистите по здравни грижи
- неосигуряване на подкрепа от прекия ръководител при затруднения в работата
- неосигуряване на възможност за самостоятелно организиране на работата
- изпълнение на задачите, противоречащи на вижданията на професионалистите по здравни грижи
- изпълнение на задачи без наличие на консумативи
- получаване на задачи едновременно от няколко лица



Фиг. 5. Модел на професионално управление на конфликтите

- липса на възможност за самостоятелно вземане на решения.

Третата група конфликтогенни фактори са от естеството на взаимоотношенията между профе-

сионалистите по здравни грижи и другите специалисти, с които са свързани в ежедневната си дейност:

- липса на морално-психологичен климат в отделението
- нечестна комуникация с подчинените
- липса на условия за екипни взаимодействия
- неизпълнение на ***Етичния кодекс на професионалистите по здравни грижи***
- неоснователно толериране и двойствени стандарти
- разпространяване на слухове и интриги.

Четвъртата група фактори, влияещи върху конфликтите, са свързани с натовареността на работното място:

- обслужване на повече от определения, отговарящ на стандартите, брой пациенти
- работни графици с повече от регламентираните в КТ извънредни часове
- работа на повече от едно работно място
- липса на възможност за приключване на задачите в рамките на дежурството
- липса на възможност за работа с апаратура, отговаряща на съвременните технологии.

Петата група фактори се отнася към професионалния стрес и бърнаут синдром:

- допускане на заетост едновременно в много дейности
- липса на достатъчно време за изпълнение на всички задачи
- изпълнение на неясни и противоречиви задачи от лекари
- вземане на решения под натиск
- изпълнение на животоспасяващи дейности в условията на спешност
- изпълнение на задачи, рискови за пациентите.

Шестата група от конфликтогенни фактори са свързани с удовлетворението от условията на труд, професионалната среда и стимулите за работа:

- неудовлетвореност от организацията на работа
- неудовлетвореност от възможността за напредък и развитие
- неудовлетвореност от работата на прекия ръководител
- неудовлетвореност от взаимоотношенията с колеги.

Получените резултати в проведеното от нас изследване ни помогнаха да разработим и предложим ***Модел за професионално управление на конфликтите на работното място на професионалистите по здравни грижи*** (фиг. 5). В основата му стои прогностичната сила на различните предиктори за възникване на конфликти – поведение и нагласи на професионалистите по здравни грижи, включително и потенциалните зависимости между удовлетворението от трудовата ситуация. Предложеният Модел включва комплекс от механизми, чието изпълнение ще осигури възможност за профилактика, управление, коригиращи дейности за конфликтите на работното място на професионалистите по здравни грижи в болничните структури. Моделът може да бъде разширяван и допълван в зависимост от конкретната ситуация.

Научното проучване доказва, че ефективността на Модела ще зависи от мениджърските умения на ръководните кадри при съчетаването на възможно най-много политики. Например, ако се възприеме само корекция на заплатите, няма гаранция за цялостно решаване на конфликтите, а по-скоро за постигане на краткосрочен ефект. Управлението на човешките ресурси изисква по-цялостен и глобален план с перспектива в бъдещето.

Заключение

Конфликтът, като присъщо явление за живота на хората, възниква като ежедневно предизвикателство и в областта на дейност на болничните заведения. Това поставя пред съвременните болнични мениджъри предизвикателството за придобиване на познания и умения за правилно управление на конфликтните ситуации с цел превръщане на конфликта в позитивен източник на енергия и творчество.

Като ефективни средства за обективно разрешаване на конфликти в сестринската практика, както и за удачно формиране на екипите, препоръчваме използването от болничните мениджъри на ***Модел на коригираща политика за управление на конфликтите*** и ***Модел на професионално управление на конфликтите.***

Библиография

1. Андреева Л. Социално познание и междуличностно взаимодействие. София, 1999.
2. Балканска П. Психологични подходи в здравния мениджмънт. Булвест 2000, 2009; 79-91.

3. Борисов В. Healthcare Management. Fundamentals of Healthcare Management. Sofia, Filvest, 2004; 187-215.
4. Борисов В. Здравна политика и мениджмънт. София, 2008; 150.
5. Владимирова К. Управление на човешките ресурси. Основи на болничното управление. София, Македония прес, 2000; 302-352.
6. Воденичаров Ц, Попова С. Медицинска етика. София, 2010; 72-76.
7. Грънчарова Г. Управление на здравните грижи. Плевен, 2005; 143-158.
8. Димитров Д. Конфликтология. Университетско издание, София, 2003.
9. Добрилова П, Джиганска Ц. Развитие на професионалистите по здравни грижи- възможности и предизвикателства. XII МВБУ София 12-13 юни, 2015;507-513.
10. Добрилова П, Стефанова К. Анализ на конфликтните ситуации в сестринската практика. Science & Technologies, 2016, 6(1); 155-159.
11. Джонев С. Социална психология. София, 1996.
12. Жеков А. Екипният подход в болничния мениджмънт. София, 2009; 49-57.
13. Иванов П. Междуличностният конфликт в трудовия колектив. София, 1989.
14. Маринова П. Конфликти в здравеопазването. Враца, 2002; 10-66.
15. Стамболова И, Чанева Г. Key words conflict, medical staff. Healthcare Management, 2002; 1; 28-32.
16. Янкова Г, Маринова П. Здравната грижа в професионалната дейност – сестрински аспекти. Управление и образование, 2014, 10(5), 37-41.
17. Янкова Г. Връзка между професионалната дейност „здравна грижа“ и деперсонализацията в лечебните заведения. Обща медицина, 2017,19(2), 25-30.
18. Dobrilova PP, Yankova GT, Stefanova KS. Modern approaches to improving the quality of life of people with disabilities. Int Med Sci J „Medicus“, 2017, 17(5), 28-33.
19. Yankova GT, Dobrilova PP. Degree of applicability of care in practical activities of medical specialists. Int Med Sci J „MEDICUS“. 2017, 17(5), 37-41.

ЕФЕКТИВНОСТТА НА ЗДРАВНАТА НИ СИСТЕМА СПОРЕД МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТИ И ЗДРАВНИ МЕНИДЖЪРИ

Н. Попов, Т. Златанова, А. Чолаков

Катедра "Икономика на здравеопазването", ФОЗ, Медицински университет – София

THE EFFICIENCY OF OUR HEALTH SYSTEM: THE OPINION OF MEDICAL SPECIALISTS AND HEALTH CARE MANAGERS

N. Popov, T. Zlatanova, A. Cholakov

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

Abstract. This article examines the status and effectiveness of the healthcare system in Bulgaria. For this purpose, in the period September 2017–June 2018, a survey was conducted among medical specialists and health managers in Sofia, Plovdiv, Varna, Pazardzhik, Gabrovo, Devin and Tryavna. The respondents answered questions about the effectiveness and financing of healthcare in Bulgaria, the need for changes and the introduction of e-health.

Key words: efficiency, health system, medical professionals, health managers

Адрес за кореспонденция: Н. Попов, ФОЗ, Медицински университет – София, e-mail: niki.popov@gmail.com

Address for correspondence: N. Popov, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia, e-mail: niki.popov@gmail.com

Въведение

През периода септември 2017-юни 2018 г. беше проведено анкетно проучване сред медицински специалисти и здравни мениджъри на територията на градовете София, Пловдив, Варна, Пазарджик, Габрово, Девин и Трявна. По време на проучването бяха събрани и обработени 319 коректно попълнени анкетни карти. Респондентите отговарят на въпроси относно ефективността и финансирането на здравеопазването в България, необходимостта от промени и въвеждането на електронно здравеопазване.

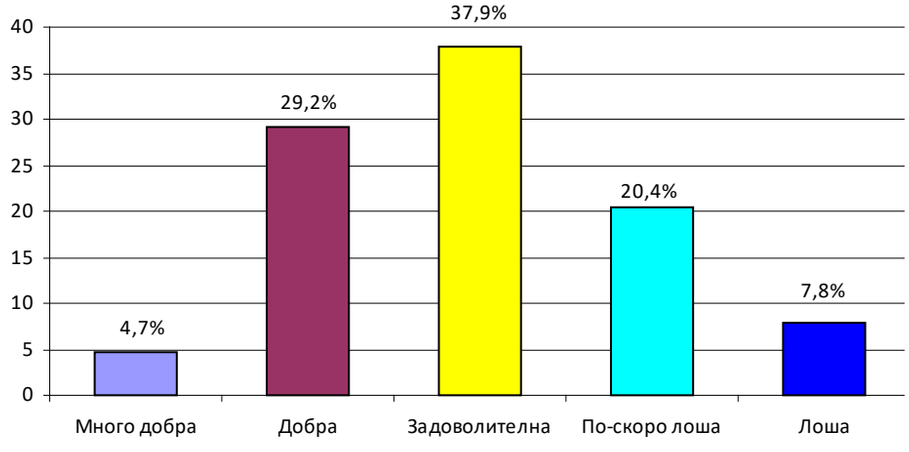
Анализ

В обхванатата от анкетното проучване група лица преобладават жените (61,1%) спрямо мъжете (37,9%). Това е нормално при условие, че специалистите по здравни грижи практикуват предимно фенимизирани професии. Възрастовото разпределение на анкетираните лица отговаря на възрастовата структура на медицинските специалисти у нас. Най-много са лицата на възраст от 51 до 60 г. – 29,2%, следват възрастовите групи 41-50 г. (24,8%) и 31-40 г. (17,9%). Най-малко са респондентите на възраст под 30 г., дължащо се, от една страна, на факта, че образованието на медицинските специалисти е продължително, а от друга – на изтичането на млади специалисти към чужбина. Преобладаващата част от анкетираните лица са специалисти по здравни грижи – 46,1%, което е напълно логично предвид факта, че техният дял сред медицинските специалисти е най-голям. Следва групата на лекарите – 28,5%. На трето място са здравните мениджъри, работещи на различни нива (директори на

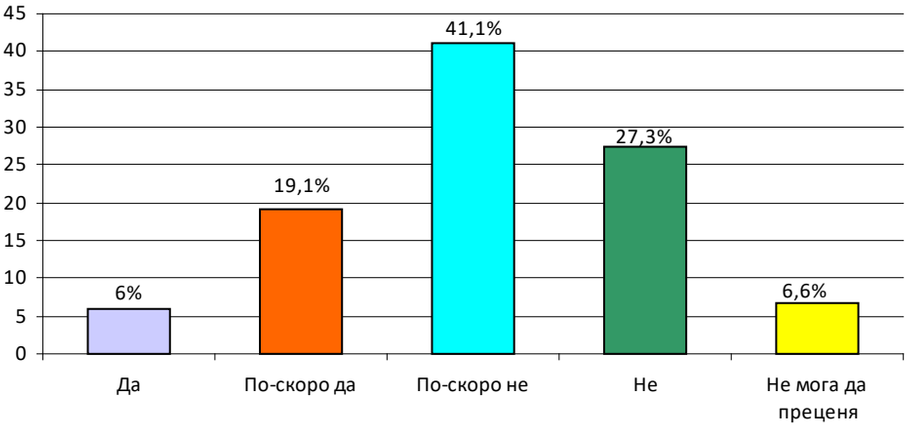
болници, ръководители на клиники, отделения и др.) – 19,7%, а 5,6% докладват, че работят на друга позиция в здравеопазването. Стажът на анкетираните лица варира от 2 до 34 години. Разпределихме ги в 5 групи, съответно лица със стаж до 5 г., 6-10 г., 11-15 г., 16-20 г. и над 20 г. Установихме относително равномерно разпределение на лицата във всички групи, като най-много са лицата със стаж между 16 и 20 г., следвани от групата лица с над 20 г. стаж (24,8%) и 11-15 г. стаж (23,5%). Най-малко – 6,6%, са респондентите със стаж до 5 г. Почти 78% от анкетираните са с трудов стаж в здравеопазването над 10 години, което е показателно за експертността на тяхното мнение относно състоянието и необходимостта от промени във финансирането и организацията на системата на здравеопазване у нас.

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

На въпроса „Ефективна ли е настоящата система на здравно осигуряване у нас?“ най-голям е делът на лицата, дали негативен отговор – 68,3%. На противоположното мнение са 25,1%, а 6,6% не могат да преценят ефективността на здравната система (фиг. 2). Според д-р Гергана Николова (Сдруже-



Фиг. 1. Оценка на настоящата система на здравно осигуряване



Фиг. 2. Ефективност на здравната ни система според респондентите

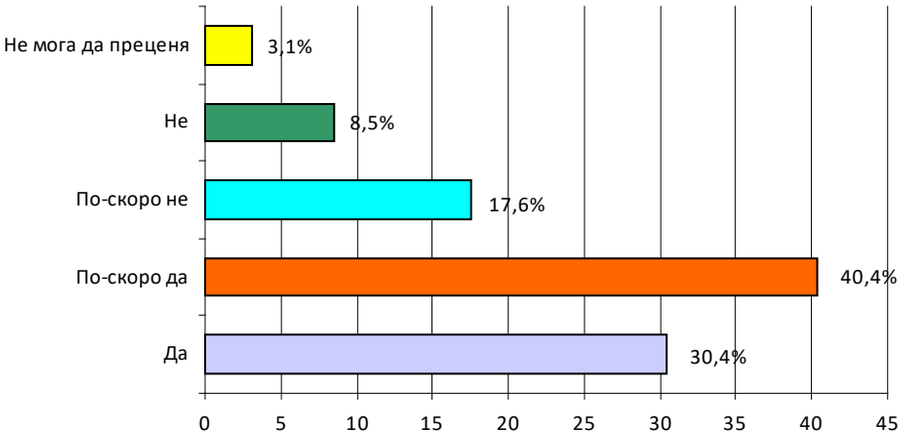
ние на личните лекари), има пробойни в здравната система, касаещи свръхспитализирането, което не е необходимо на пациента. Очевидно голямата част от респондентите споделят това мнение, що се отнася до ефективността на здравната ни система.

Според данните от фиг. 3 най-много са респондентите, които считат, че по-скоро е необходима промяна при финансирането на лечебните заведения – 40,4%, следвани от лицата, дали категоричен отговор, че промяна трябва да има – 30,4%. Обратната позиция застъпват едва 26,0%, отговорили с „не“ и „по-скоро не“. Това е обективно предвид състоянието на болничната ни помощ – задлъжнели болнични лечебни заведения, забавени заплати на персонала, проблеми с осигуряването на медикаменти и консумативи и т.н.

Изключително висок е делът на подкрепящите демонополизацията на НЗОК – 73,7% (от тях 22,3% подкрепят частична демонополизация). Една четвърт от анкетираните лица са против демонополизация на НЗОК. В анкетно проучване на д-р Таня Андреева-Райнова от 2016 г. процентът на желаещите подобна промяна е още по-висок – 92%, което е обяснимо с това, че анкетираната група лица обхваща единствено здравни политици и мениджъри в здравеопазването.

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

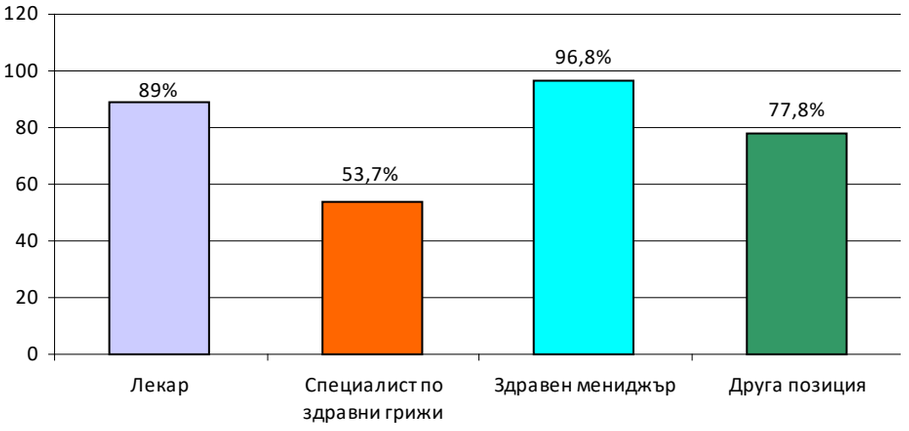
От фиг. 5 е видно, че 96,8% от всички здравни мениджъри подкрепят идеята за пълна или частична демонополизация на НЗОК. Близко е мнението и на лекарите – 89% от тях са за демонополизация на НЗОК под някаква форма. Почти 78% от работещите на други позиции в здравеопазването също са за демонополизация,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



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



Фиг. 4. Необходима ли е демонополизация на НЗОК



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

Заключение

От анализът на анкетното проучване можем да заключим, че две трети от респондентите определят настоящата система на здравно осигуряване в България като задоволителна и добра, но в същото време неефективна. Над 70% са убедени, че е необходима промяна при финансирането на лечебните заведения. Изключително висок е делът на подкрепящите идеята за демонополизация на НЗОК – 73,7%, като в зависимост от заемата от тях позиция най-силна е подкрепата от здравните мениджъри при тях 96,8% са за пълна или частична демонополизация на НЗОК, следвани от лекарите – 89%, и от работещите на други позиции в здравеопазването – 78%. Тези резултати показват пълно изчерпване на монополния модел на финансиране на здравеопазването и необходимост от промяна на модела, с цел създаване на реален пазар и ефективно управление на финансовите ресурси в здравеопазването.

Библиография

1. Андреева-Райнова Т, Воденичаров Ц, Попов Н. Предизвикателства пред здравното осигуряване в България. Здраве и наука, 2016, 6(4) (024), 16-19.
2. Димитров Г. Организация и финансиране на здравната система, ВУЗФ „Св. Григорий Богослов“, 2014, 362.
3. Petrova-Gotova Ts, Ivanova I. Finansial management and its relation to planning the funding for the healthcare institutions and the quality of the offered healthcare service, J Educat Instruct Studies World, 2018, 8(2) ISSN: 2146-7463.
4. Yaneva R. Dynamics of the activities of hospital health institutions in bulgaria. Int J New Trends and Their Implicat, 2018, 9(3), 52-63.
5. Dobrilova P, Yankova G, Zlatanova-Velikova R. The information and communication technologies – contemporary challenge for the education in health care. Int Sci Publicat: Educat Alternat, 2018, 16, 287-293, www.sciencebg.net, ISSN 1314-7277.
6. Николова Г. Тежките лимити, въведени в доболничната помощ, водят до свръххоспитализация. http://medicalnews.bg/blog/2017/05/23/

ФИНАНСОВА УСТОЙЧИВОСТ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА В БЪЛГАРИЯ

Т. Златанова, И. Димитров, Н. Попов

Катедра "Икономика на здравеопазването", ФОЗ, Медицински университет **–** София

FINANCIAL SUSTAINABILITY OF THE HEALTH SYSTEM IN BULGARIA

T. Zlatanova, I. Dimitrov, N. Popov

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

Abstract. The article presents and analyzes some of the most important indicators for assessing the situation and comparing the level of financing of health systems: health care expenditure as a percentage of GDP; health expenditure per capita; the dynamics and structure of public health funds for the period 2010 - 2016. The analysis of the data and the forecast for the demographic development of the country show that, despite the increase in health care expenditures and decrease of the population, the health care expenditures per capita remain low compared to the EU countries and are in the range of BGN 600-730.

Key words: health system, costs, public funds, financial sustainability

Адрес за кореспонденция: Т. Златанова, ФОЗ, Медицински университет – София, e-mail: drzlatanova@abv.bg

Address for correspondence: T. Zlatanova, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia, e-mail: drzlatanova@abv.bg

Промяната в модела на здравната система с въвеждането на здравното осигуряване в България не доведе до очакваното повишаване на ефективността на изразходваните финансови средства и подобряване качеството на предоставените услуги. Доказателство за това са:

- неравният достъп до качествено здравеопазване;
- големите териториални диспропорции в разпределението на медицинските кадри;
- огромният брой болнични лечебни заведения, неотговарящ на възможностите за материално и кадрово обезпечаване;
- небалансираността на системата в полза на разходите за активно лечение и лекарства спрямо тези за дейности по превенция и профилактика;
- големият относителен дял на неосигурени граждани – 12% от населението не е осигурено.

В резултат на всичко изброено **здравноосигурителната система е силно деформирана и натоварена с несвойствени функции.**

Общоприет критерий за оценка на равнището на разходите за здравеопазване в страните от ЕС е техният дял от брутния вътрешен продукт (БВП). Разходите за здравеопазване, като дял от БВП, са показател, който дава представа за финансовите възможности, предоставяни на здравната система за оказване на качествени медицински услуги и лечение. Това е показател, който разкрива отношението на държавата към здравеопазаването и доколко то е приоритет на държавната политика.

Целта на настоящото проучване е да анализираме някои от най-важните показатели, по които се оценява състоянието и се сравнява нивото на финансиране на здравните системи.

За реализирането на тази цел си поставихме следните **задачи**:

1. Анализ на разходите за здравеопазване на глава от населението.

2. Динамиката и структурата на публичните средства за здравеопазване за периода 2010-2016 г.

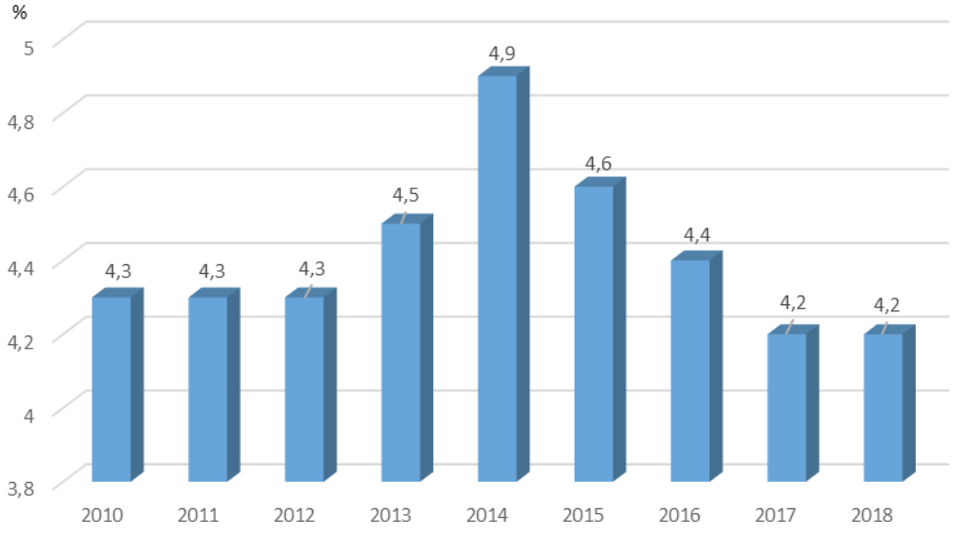
3. Анализ на данните и прогнозата за демографското развитие на страната.

Динамиката на разходите, отделяни за здравеопазване, като част от БВП у нас за периода 2010-2018 г. е показана на фиг. 1.

Запазването на сравнително нисък дял на публичните средства за здравеопазване (около 4.2% от БВП) и на сравнително ниски темпове на увеличаване на БВП не позволява по-добро развитие на здравеопазването и е определящ фактор за влошаване на качеството на обслужване и на възможностите за оказване на адекватна медицинска помощ, съобразена с постиженията на съвременната наука. При ограничени разходи за здравеопазване компенсирането на недостига на финансов ресурс е за сметка на: ниското качество на обслужването, остаряла техника и технологии, липса на възможности за мотивация на персонала и отсъствие на условия за повишаване на неговата квалификация и професионален опит. При тази ситуация нарастват разходите за здравеопазване за сметка на населението, които компенсират по различен начин недостига на публични средства.

В страните – членки на ЕС, средният дял от БВП на средствата за здравеопазване е в рамките 7-12%, което показва, че нашата страна е далеч под нивото на средните стойности.

Разходите за здравеопазване на глава от населението са показател, с който се определят възможностите на здравната система за оказване на медицински услуги и лечение на всеки член от обществото. Публичните средства за здравеопазване на глава от населението за периода 2010-2016 г. са представени на табл. 1.



Фиг. 1. Публични разходи за здравеопазване от БВП за периода 2010-2018 година

Таблица 1. Публични средства за здравеопазване на глава от населението за периода 2010-2016 г.

Години	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Общо разходи за здравеопазване (хил. лв.)	2 947 686	3 250 897	3 309 135	3 353 400	3 985 800	3 971 500	4 062 259
Брой население	7 504 868	7 327 224	7 282 041	7 240 000	7 202 198	7 153 784	7 101 859
Разходи за 1 лице (лв.)	393	444	454	463	553	555	572

Техният ръст се определя от незначителното общо увеличение на публичните средства за здравеопазване и от трайната тенденция за намаляване на населението на страната.

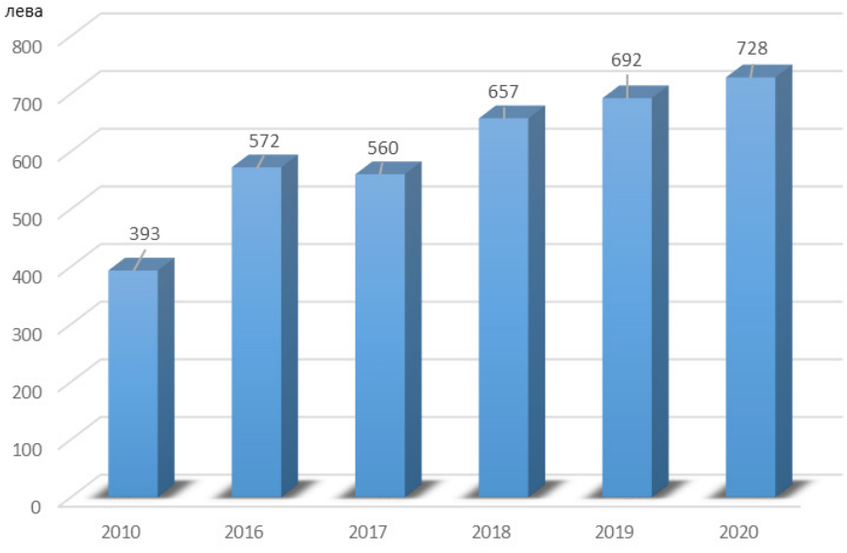
Разходите за здравеопазване на човек от населението за периода 2010-2016 г. са нараснали с 46%, като основната причина за това е, че темпът на намаляване на населението значително превишава този на нарастване на разходите за здравеопазване. От средносрочната бюджетна прогноза за периода 2018-2020 г. (фиг. 2) се очаква разходите за здравеопазване на човек от населението да се увеличат на близо 730 лв., което е почти двойно увеличение спрямо 2010 г., но запазват ниските си равнища спрямо страните от ЕС (средно по 2076 евро на глава от населението за здравеопазване). По данни на Евростат за 2015 г. държавата от ЕС, която заделя най-много средства за здравни грижи на глава от населението, е Люксембург с 4112 евро, следвана от Дания с 4094 евро, Холандия с 3194 евро, Швеция с 3170 евро, Австрия с 3149 евро и др.

Равнището на разходите за здравеопазване като процент от публичните разходи на държавата е показател, който представя държавната политика в тази сфера. През последните години тези разходи са в диапазона 12-14% и са по-малко от средствата, изразходвани за сектор „Отбрана и сигурност“. Даните за 2016 и 2017 г., както и средносрочната бюджетна прогноза за перида 2018-2020 г. (на МФ) показват, че не се предвиждат изменения в посока на увеличаване на разходите. Публичните средства за здравеопазване се запазват в диапазона около 14% (табл. 2.)

В табл. 3 е представена динамиката на публичните средства за здравеопазване и тяхната структура.

Наблюдават се следните тенденции:

- Устойчив ръст на общите публични средства. Основният източник за увеличението е нарастването на размера на приходите от здравноосигурителни вноски за сметка на осигурените лица и работодателите. Привлечените средства по различни програми от фондовете на ЕС също показват значително увеличение.



Фиг. 2. Прогноза за публичните средства за здравеопазване на глава от населението

Таблица 2. Публични средства за здравеопазване – прогнозни данни

Години	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**
Държавни разходи	31 052 812	30 563 800	33 099 400	34 252 500	35 588 000
Разходи за здравеопазване	4 062 259	4 243 400	4 625 100	4 848 600	5 069 400
% от държавните разходи	13.08%	13.90%	13.90%	14.10%	14.20%

Източник: МФ. Актуализирана средносрочна бюджетна прогноза за периода 2018-2020 г.

Таблица 3. Динамика на публичните средства за здравеопазване и тяхната структура

Години	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Общи разходи за здравеопазване	2 947 686	3 250 897	3 309 135	3 353 400	3 985 800	3 971 500
Републикански бюджет	795,5	877,8	672,8	570,5	590,6	636,8
МЗ	649	803	580	547	392	420
Общини	219,6	139,6	137,7	149,9	157,8	162,2
НЗОК	1 979 300	2 225 500	2 481 600	2 716 800	3 135 700	3 030 200
ЕС	2,6	2,1	10,2	100,9	101,6	139,9
% БВП	4,30%	4,30%	4,30%	4,50%	4,90%	4,60%

● Трайно и устойчиво намаляване на средствата за здравеопазване от републиканския бюджет. Наблюдава се и тенденцията за постоянно намаляване на размера на средствата, предвидени в бюджетите на общините за здравеопазване, за сметка на увеличаване на дела на средствата от здравносигурителни вноски на заетите лица.

Наблюдава се негативна тенденция на увеличаване на разходите за здравеопазване, които се заплащат от домакинствата и отделните лица, за сметка на постепенно намаляване на размера на публичните средства. В България през последните години, според доклади на Световната банка, е трайна тенденцията, при която най-голям е делът на плащанията със собствени средства на населението от общите разходи за здравеопазване. По данни от тези доклади плащанията със собствени средства от населението са основен източник на финансиране на системата на здравеопазване на Кипър – 49.9%, и България – 45.8%. За Гърция и Латвия те са около една трета от общите разходи за здравеопазване. Обратна тенденция се наблюдава в страни с високи размери на БВП и висок стандарт на живот – например във Франция и Холандия плащанията на домакинствата за здраве са най-ниски от страните на ЕС – съответно 7.8% и 6%. Разходите за здравеопазване за сметка на домакинствата в другите държави от ЕС, са в диапазона 10-15% от общите разходи за здравеопазване.

Изводи

Наблюдава се тенденция за трайно намаляване на участието на държавата в общия размер на публичните средства, които се предоставят за финансиране на здравеопазването.

Големият размер на плащанията със собствени средства и перспективите за тяхното запазване са предпоставка за поява на неравнопоставеност при ползване на здравни услуги, за намаляване на финансовата защита на осигурените лица, както и на възможността за получаване на качествено и адекватно здравеопазване.

Библиография

1. Димитров Г. Рискове, свързани с осигуряването на финансовата стабилност на здравната система, Рискове и предизвикателства при реформиране на здравната система. София, Издателство на ВУЗФ „Св. Григорий Богослов“ 2018, 121-147.
2. Доклад на Световната банка. Представяне на българската здравна система – сравнения в международен план. С., 2015, 15.
3. Доклад на Световната банка. Смекчаване на икономическото въздействие на застаряването на населението: Възможни варианти за България. С., 2013.
4. Доклади по отчета на изпълнението на държавния бюджет на РБ за 2010-2016 г.
5. МФ. Средносрочна бюджетна прогноза за периода 2018-2020, С.
6. Отчет за изпълнението на бюджета на НЗОК за 2010-2016 г.
7. Dobrilova PP, Yankova GT, Stefanova KS. Nursing and health policy. Sci World, Int Sci J, 2017, 2(11) (51), 43-46.
8. Petrova-Gotova Ts, Ivanova I. Finansial management and its relation to planning the funding for the healthcare institutions and the quality of the offered healthcare service, Journal of educational and instructional studies in the world. Antalya, May 2018, 8(2) ISSN: 2146-7463.
9. World health Organization: World Health Statistics 2012, Idicator Compedium. March 2012, 265.
10. Yaneva R. Dynamics of the activities of hospital health institutions in Bulgaria. Int J New Trends and Their Implicat. 2018, 9(3), 52-63. www.ijonte.org