

**Медицински университет – София**  
**Факултет по обществено здраве**

**Д-р Ангел Йорданов Енчев**

**СОЦИАЛНО МЕДИЦИНСКИ АСПЕКТИ НА  
ПЛАСТИЧНО ВЪЗСТАНОВИТЕЛНИТЕ И  
ЕСТЕТИЧНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ**

**Дисертационен труд  
за присъждане на образователна и научна степен  
„Доктор“**

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

**Научен ръководител:**  
Проф.д-р Цекомир Воденичаров, дмн

София, 2016

## Съдържание

ВЪВЕДЕНИЕ .....	4
ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР .....	9
1.1. Значимостта на общата теория на системите и на системния подход във формирането на мисията, целите и задачите на „системата здравеопазване” и на нейното системно-клинично направление, пластично-възстановителна и естетична хирургия. ....	14
1.2. Системно – аналитична интерпретация на поведението на човек при възникване на дисбаланс във физиологичния му континуум или във физическата му симетрия .....	16
1.3. Динамизъм на системата за здравеопазване и на нейното системно клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия – определящ фактор в методологията на тяхното съвременно управление.....	23
1.4. Информационно-технологичният прогрес и съвременните проблеми на управлението на здравната система в това число и на нейното системно клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия .....	24
1.5. Роля на информацията в здравеопазването и в неговото системно клинично направление „пластично-възстановителна и естетична хирургия”.....	26
1.5.1 Роля и значимост на системния подход и системния анализ в здравната система и на неговата значимост в системното клинично направление пластична възстановителна и естетична хирургия .....	30
1.5.2. Системният подход при решаване на проблемите за укрепване и опазване на здравето .....	32
1.5.3. Възможности за използване на методологичния инструментариум на системния подход и системния анализ за оптимизиране на дейностите в системното клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия .....	36
1.6. Маркетингът в системното клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия, като интегрирана и ориентирана към изискванията на потребителите философия за качество на предоставяните от него здравни услуги. ....	43
1.6.1. Маркетингови одити на произвежданите здравни услуги в системното клинично направление пластично-възстановителната и естетична хирургия.....	45
1.6.2. Целеви пазари .....	46
1.6.3. Асортимент на пластично-възстановителните и естетични хирургични услуги... ..	47
1.7. Преглед на литературата за естетичните, етичните и психосоциалните аспекти на здравните услуги, в това число и на услугите, предоставяни от системното клинично направление пластично – възстановителна и естетична хирургия .....	50
1.7.1. Естетични аспекти на здравните услуги .....	50
1.7.2. Етични аспекти на здравните услуги .....	51
1.7.3. Подходи към етичните проблеми в медицината .....	53
1.7.4. Етични координати във взаимоотношенията между пациенти и медици .....	55
1.8. Психосоциални аспекти на здравните услуги. ....	59
ВТОРА ГЛАВА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО.....	61
ГЛАВА ТРЕТА. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ .....	65

3.1. Характеристиката на лицата от изследваната съвкупност по показателите: месторабота, местоживеене, пол, възраст и образование. ....	65
3.2. Принципно отношение на изследваните към пластично-възстановителната-естетична хирургия и нейното приложение .....	68
3.3. Нагласата на изследваните да се подложат на пластично-възстановително-естетична хирургична интервенция. ....	72
3.4. Причините, поради които анкетираните биха желали да се подложат на пластично-възстановителна естетична операция и очакваните от тях резултати .....	74
3.5. Анализ на данните от отговорите на въпросите за ползваните информационни канали, относно услугите и новостите в сферата на пластично-възстановителната-естетична хирургия .....	83
3.6. Анализ на резултатите касаещи критериите за избор на специалист и екип при провеждане на пластично – възстановителна и естетична интервенция.....	85
3.7. Анализ на резултатите относно нагласите на хората да ползват услугите на пластично-възстановителната-естетична хирургия за промени на тялото или на лицето си. ....	89
3.8. Анализ на резултатите относно общите нагласи на лицата от изследваната съвкупност към пластично-възстановителната-естетична хирургия .....	98
ИЗВОДИ.....	102
ПРЕПОРЪКИ.....	106
<b>Към институциите осъществяващи пластично-възстановителни и естетични интервенции .....</b>	<b>106</b>
<b>Към Министерство на здравеопазването .....</b>	<b>106</b>
ПРИНОСИ.....	108
ЛИТЕРАТУРА.....	109
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 .....	121
ПРИЛОЖЕНИЕ 2 .....	128

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Здравеопазването като цяло, както и всяко отделно негово клинично направление (в т.ч. пластично-възстановителната и естетична хирургия) представляват сложни динамични системи, дейността на които се характеризира с известна степен на вероятност. Свидетели сме как непрекъснато се разширяват изследванията на техните обекти, свойства, връзки и проблеми с методологичния инструментариум на системния подход без да се забравя специфичното им съдържание, принципи и цели.

В дисертационната работа понятието „система” използваме не в абстрактно-гносиологичен, а в строго конкретен приложен смисъл, за да подчертаем все по-назряващата необходимост от поставяне на естетичното, етичното и психосоциалното съдържание на пластично-възстановителните и естетичните хирургични услуги в съответствие с обществените нагласи.

Понятието „системно клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия” е определение, което очертава полето, в чиито рамки ние провеждаме дисертационно-тематичното проучване и последващият го системен анализ съгласно целта и произтичащите от нея задачи на дисертационната работа. В този смисъл разглеждането на клиничното направление пластично-възстановителна и естетична хирургия като система изисква откъсването му от другите клинични направления на здравеопазването и обособяването му като нещо самостоятелно, строго и еднозначно определено, защото само при това условие то може да бъде пространствено определено поле и предметно-структурно място за научни проучвания и системен анализ.

Системното клиничното направление „пластично-възстановителна и естетична хирургия” е част от националното здравеопазване. В същото време, то е относително обособено и поради това може да се изследва като отворена и относително затворена система. Като отворена система то е

елемент на по-големите здравни системи: здравеопазването като цяло или неговото лечебно направление в национален мащаб. Като затворена, относително обособена система, то има своя собствена структура и вътрешни връзки. За целите на проучването и последващият го системен анализ съгласно дисертационната тема, от голямо значение са и двата подхода.

Стремежът на системното клинично направление *„пластично-възстановителна и естетична хирургия“* да формулира понятия и категории, да извлича принципи и закономерности от широкото му приложно поле – полето на човешкия физиологичен континуум и физическа красота (Енчев, А., 2012) е не само естествен, но и разбираем. Това е така, защото предназначението на всеки системен клиничен отрасъл или клинично направление е да осигури здравни, морални (Наръчник по медицинска етика, 2005) и социални ползи за своя обект. В контекста на академичния труд на И. Паси *„При изворите на модерната естетика“* (Паси, И., 1987) всяко повече или по-малко вместиане на потребителя – обект на пластично-възстановителната и естетична хирургия в листинга на понятия и категории за постигане на съвършенство в тази област на медицината, превръща последните в стандарти за поведение към този обект, защото са извлечени от самия него.

Системното клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия, като наука, професионализъм и изкуство е многообразие от знания и умения, което се характеризира с единство, постоянство, вътрешно тъждество и многообразие, предоставящо възможност да бъде узнато, осъзнато, подредено и класифицирано, за да бъде предмет на научен анализ. Защото пластично-възстановителна и естетична хирургия без правила и норми, без ясни перспективни координати за развитие, не може да има. Наистина в нейния предметен

обхват са възможни широки и многообразни, но въпреки това определени принципи, предоставящи достатъчен простор за разнообразие и за внедряване на нови, основаващи се на научни доказателства диагностични и лечебни технологии.

Но нормата, като отличителна особеност на всеки медицински стандарт, в т.ч. и на този за постигане на по-високо качество в предметния обхват на пластично-възстановителната и естетична хирургия (Медицински стандарт за качество на здравните услуги в областта на пластично – възстановителната и естетична хирургия, 2015), е все пак нещо различно от кабинетното нормотворчество.

В историята на това направление на медицината, кабинетното нормотворчество неведнъж е поставяло бариери пред неговото развитие като наука и практика. И за това, ако някои от новаторските изяви в творческото единство *„наука, професионализъм и изкуство“* като патент на системното клинично направление *„пластично-възстановителна и естетична хирургия“*, са доказали своята жизненост, но са влезли в конфликт със съществуващо правило – плод на кабинетното нормотворчество, в този конфликт, както показва логиката на маркетинговата тетрада SCAP: Service-Consideration-Access-Promotion, т.е. *обслужване-заплащане-достъп-комуникации* (Сова Хорис, 2012) трябва да се жертва правилото, а не виталитета на новаторските изяви (Паси, И., 1987). Такъв подход, разбира се, не бива да се насочва срещу правилата изобщо, а само в интерес на необходимостта да се търсят други правила, под които да се подведат носещите ползи за човешкия физиологичен континуум и физическа красота нововъведени научно обосновани медицински технологии в областта на пластично-възстановителната и естетична хирургия. С други думи това няма да бъде опълчване срещу нормите в медицинския стандарт изобщо, а срещу кабинетното

нормотворчество като стриктна номенклатура и строг чиновнически ритуал. И защото, както отбеляза Н.Vuori „стандартът е стойността на даден критерий, който определя границите между приемливото и неприемливото качество” (Vuori, H., 1986).

Диференциацията на медицинската наука и практика обуславя изолирано прицелване в различни частни научни проблеми и практики, в т.ч. и в тези на пластично-възстановителната и естетична хирургия, които се извеждат от своя научен, етичен и социален контекст. Това налага строго придържане към основното правило на медицинската етика, че моралът като философска категория и практическо житейско поведение на лекаря, е всепроникваща норма за качество, милосърдие и доброта, здраво вплетена в сърцевината на неговата професионална мисия.

Призванието на лекаря – специалист по пластично-възстановителна и естетична хирургия е не толкова да открива и показва несъвършенства във физиологичния континуум или във физическата симетрия на човека, а преди всичко да насочва и вгражда своите медицински знания и изкуство към тяхното отстраняване. Реализацията на това призвание се възпроизвежда в естетичен здравен продукт с внушаващо положително физиологично, физическо и психическо въздействие. Същевременно всичко това поражда усещането за появата на нещо „ново и прекрасно”: пренасочване и възстановяване на смутената хомеостаза, укрепване и усъвършенстване на физическата симетрия. Безспорно е че изпълнявайки клетвената си мисия да укрепва и опазва здравето като „висше човешко благо” и да лекува болестта като „стеснен в своята свобода живот”, лекарят непрекъснато обогатява своите професионални знания и умения. Но освен това съвременният лекар-специалист, включително и специалиста по пластично-възстановителна и естетична хирургия е длъжен да вникне по-мощно и дълбоко във физическия, душевния и социалния

статус на своя пациент, да го опознае от всички страни, за да подкрепи, развие и усъвършенства здравето му във всички посоки.



## ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

В исторически контекст промените в медицината като наука и практика са се осъществявали паралелно с промените, които времето и прогреса са предизвиквали, както в човешкото мислене, така и в общественото устройство.

Но промените в медицината имат особености, тъй като сама по себе си тя е съвкупност от реално видими, родени от разума и основаващи се на научни доказателства професионализъм и изкуство.

В древността медицинските знания за симетрия и красота са намирали израз в технически прийоми за сътворяването: на култови фигури с човешко тяло (мраморните скулптори на Праксител, Фидий, Лизип и Мирон – Венера Милоска); на властови скрижали (маската на одриския цар Терес); на барелефи (барелефите от фризи на Партенона) и др., много от които са достойни за възхита и днес.

В периода на формалния религиозен светоглед, т.е. през средните векове медицинските знания за човешката симетрия и красота се извяват много по-отчетливо под формата на живописни изображения и на скулпторни фигури и композиции на библейски персонажи в източно и западно православните християнски храмове. Но както жреците-лечители в древността, така и медиците в средновековието не са могли да създадат такава, впечатлила ренесансовите философи и лекари, теория за физиологичния човешки континуум и физическа симетрия, каквато е разработил роденият през 460 г. п.н.е. на остров Кос древногръцки лекар Хипократ.

В устройството на човешкото тяло, отбелязва Хипократ, всяко нарушение на вътрешните му пропорции (еукразия) води до разстройство

на равновесието и до проваляне (дискразия) на невидимата човешка хармония.

Ако към тази теория се прибавят практическите лекарски препоръки за възстановяване на нарушеното физиологично равновесие и физическа симетрия, можем да разберем защо Хипократ и неговите последователи са създали учение, запазващо своята жизненост и излъчващо и до днес около себе си ярка светлина. Ето защо въпреки опитите им за засенчването му със сътворени от завист или невежество през различни периоди на античността и ранното средновековие „*облаци*”, то никога не е показало белези на „*залез*”.

В полза на това говорят историческите факти, че в не малко „полиси” и преди всичко в Александрия, в този цветущ културен център на античния свят, Хипократовата теория за еукразията като състояние на стабилност на вътрешни пропорции и на физическа симетрия продължава да се обогатява.

По-късно идеята за постигане на по-добро физиологично равновесие и по-съвършена физическа симетрия се появява и на авансцената на античната медицина в Рим под влияние на натрупаните до тогава културни постижения в Гърция, Азия и Африка. Именно в Рим по това време живее и работи роденият през 130 г. в Пергамон Клавдий Гален, който съумява да трасира по превъзходен начин пътя за реновация и възход на хипократовите идеи. Нещо повече, той успява да вникне дълбоко и компетентно за времето си, в устройството на човешкото тяло и в неговата съвкупност, разглеждайки анатомията и физиологията, строежът и функциите на органите като единно цяло.

Този гениален предтеча на визията на съвременната пластично-възстановителна и естетична хирургия е прозрял, че всяка промяна във функцията на човешкия организъм се отразява в някаква степен в неговия анатомичен субстрат и обратно, подчертавайки по този начин, че няма човек, който да притежава „абсолютна хармонична съразмерност” на основните физиологични и физически компоненти на здравето и който да не е предразположен към дебалансиране на равновесието помежду им под влияние на различни вътрешни и/или външни фактори.

Творчеството на Гален, обаче не трябва да се счита като представителна система на античната медицинска наука, тъй като такава система вече е била създадена от Хипократ. Но независимо от това всичко, на което е учил и ли е написал Гален и е било съхранено и обогатено от арабските медици (в събирателния образ на великия персийски лекар Абу-Али Ибн-Сина Авицена- 970-1037 г.) за да се влее след това в гневните антитези на швейцарския лекар Филип Ауреал Теофраст Бомбаст фон Хохенхайм-Парацелз (1493 – 1541 г.), в систематизираната научно-обоснована човешка анатомия на брюкселския лекар Андреас Везалий (1514-1584 г.), в хирургичното майсторство на френския лекар Амброаз Паре (1510-1590), в съжденията на английския лекар Томас Сиденхам (1624-1689) и др.

През годините на следващите няколко столетия отражение върху разбирането за здраве, като наличие на съизмеримост между основните физиологични и физически компоненти на човешкия организъм се произнасят такива противоречиви и същевременно взаимообогатяващи се със своите съждения авторитети в медицината, като създателите на клетъчната теория – австрийският лекар-патолог Карл Рокитански (1804-1878 г.) и немският философ-клиничен патолог Рудоф Вирхов (1821-1902).

В по-ново време идеята за съизмеримост между биохимичните, физиологичните, физическите, психичните и социалните компоненти на здравето се обогатяват в епохалните трудове на Пастър, Петенхофер, Кребс, Рикер, Билрот, Фройд, Ерлих, Селие, А. Гротиян и др.

Историческата правда изисква да се подчертае, че отношение към системното клинично направление „пластично-възстановителна и естетична хирургия” в непреходния стремеж на хората без разлика на пол, произход, религия, нация и раса за постигане на по-добро здраве и физическа красота са изразили и такива представители на класическата философия, естетика и белетристика, като:

- Аристотел (385-322 г. п.н.е.): *„Красотата е порядък и величие”*
- Абу Абдаллах Саади (1210-1291г.): *„хубавото лице е ключ към затворените врати”*.
- Тома Аквински (1225 – 1274 г.): *„наричам красиво онова, което се харесва от пръв поглед”*
- Лука Пачиоли (1445 г. – 1517 г.): *„красотата е божествена проекция (de divina proportione)”*
- Франсис Бейкън (1581-1626): *„красивото лице е мълчалива препоръка”*
- Жан дьо Лабрюиер (1645 – 1696 г.): *„едно хубаво лице е най-хубавата от всички гледки”*
- Оноре дьо Балзак (1799-1859): *„красотата е добре облечената истина”*

- Иван Вазов (1850-1921 г.): *„няма по-впечатляващ шедьовър на природата от хубавото женско лице”* и др.

Всички те се прекланят пред красотата, симетричните пропорции и изяществото, които неодушевената природа и човекът са сътворили през изминалите хилядолетия.

### **1.1. Значимостта на общата теория на системите и на системния подход във формирането на мисията, целите и задачите на „системата здравеопазване” и на нейното системно-клинично направление, пластично-възстановителна и естетична хирургия.**

В съвременното общество много от факторите, влияещи върху хората могат да бъдат правилно разбрани, определени и решени, ако се разглеждат като части на дадена система.

Общата теория на системите приема, че всички явления в околната среда (физически, химически, биологични, социални) са единен комплекс от компоненти, които са свързани причинно – пряко или косвено. Всеки компонент съответства на няколко други етапни образи в определен период от време.

Това определение може да се използва:

- за човешкото съществуване, като биологична и психологична система;
- за простите социални взаимоотношения между хората, като симбиотично свързани;
- за социалните връзки по местоживееене, в различни организации, общности, асоциации, партии и др.;
- за връзките по месторабота в сферата на услугите, материалното и духовното производство;
- за връзките със службите на изпълнителна власт (общински, правителствени), съдебната и законодателната власт;
- за връзките с други държави или цялата вселена.

Към анализ на голямата обществена система може да се подходи по различни начини, тъй като според С. Савов, Г. Иванов, С. Стоев и М. Йоргова, поведението, събитията и социалните процеси могат да се изяснят в отношенията едни към други, но никога изолирано (Савов С., и

кол., 1998). Социалната сфера е един от компонентите на голямата обществена система, която чрез своята функция и развитие:

- осигурява специфични предпоставки и условия за възпроизводството на човешките материалните и духовните ресурси на обществото;
- създава възможност за осъществяване на основните човешки права.

В тези две функции на социалната сфера присъстват и в здравеопазването. Предназначението на социалната политика като цяло е да формира обективни предпоставки за социалната и здравната сигурност на гражданите и колективната им защита от вредно действащи върху здравето фактори на окръжаващата среда (физико-химични, биологични, социални, информационни и др.).

С присъщата ѝ специфика здравната политика е основният и най-голям сегмент на социалната политика (21)(29). Основание за това е:

- социално – биологичната обусловеност на здравето в индивидуален и популационен аспект;
- социалният инструментариум за укрепване, опазване и възстановяване на здравето.

Твърде широките определения на социалната и здравната политики, приливането както на общи принципи, така и на конкретни постановки от едната в другата политики често затрудняват работата на съответните специалисти, но в същото време те очертават полето на междусистемното сътрудничество за целите и здравното благополучие на хората. В този смисъл те могат да се разглеждат като обединяване на разнообразни усилия и цели, а не като някаква формализирана йерархическа организация. В монографията „Невидимото обществено здравеопазване” Т. Иванова (Иванова Т., 2007) илюстрира взаимовръзката „*здравен сектор-здравна система-здравни услуги*” с фиг. 1, заимствана от Health Policies

and Systems, Health System module, Training Package, WHO Regional Office For Europe, Division Support, 2003.

## **1.2. Системно – аналитична интерпретация на поведението на човек при възникване на дисбаланс във физиологичния му континуум или във физическата му симетрия**

При възникване на заболяване, увреждане или на дисбаланс във физическата симетрия се променя както здравния, така и социалния статус на човека. В този процес се различават следните пет етапа. (фиг. 1):

А. долавят се някои признаци и симптоми – *„решение, че нещо не е в ред”*.

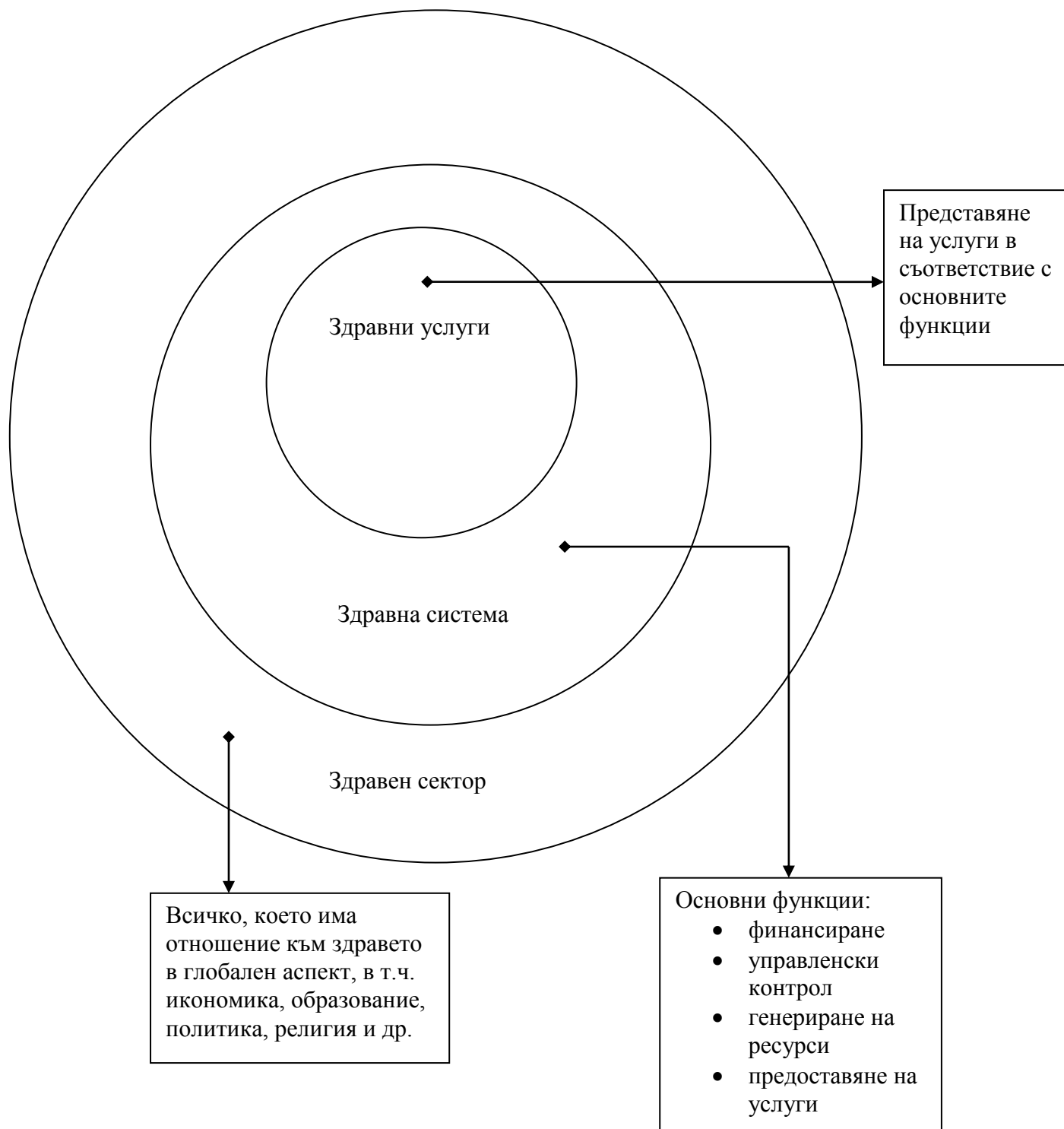
Б. приема се ролята на пациента – *„решение, че има нужда от медицинска (професионална) помощ”*.

В. търси се контакт с лечебно заведение (амбулаторно, болнично) – *„решение, че трябва да се търси съответна професионална медицинска помощ”*.

Г. зависимост на пациента от лекаря – *„решение на лицето (пациента) да приеме съветите на лекаря или предписаното лечение (медикаментозно, оперативно, др.)”*.

Д. възстановяване и рехабилитация – *„решение на лицето да се откаже от ролята си на пациент”*.





**Фиг. 1.** Обществено здравеопазване (Иванова Т., 2007)

Контактът на пациента с лекаря създава условия той частично или напълно да се отбремени от проблемите или тревогите си, като приеме предоставената му медицинска (извънболнична или болнична) помощ до окончателното им решаване.

За лицето, от психологична гледна точка, ролята на пациент е най-често нежелателна. Ето защо действията му зависят от отношението, което той има към здравето си и от мястото, което то заема в ценностната му система. Оценката на лицето като пациент в случая е строго субективна.

Не малка част от пациентите не са съгласни с ролята си поради естеството на здравният им проблем, страх от диагноза, която изисква оперативно или трудно и продължително лечение или от диагноза, отнасяща се за неизлечимо страдание.

Пациентът обикновено има усещането за настъпване на някои субективни и обективни промени във физическият и психическият му статус. Последните се изразяват в безпокойство, страх, липса на сили, лесна умора, понижено самочувствие, променени емоции, ограничени социални контакти и др.

Този физически, психически и социален дискомфорт говори за наличие на здравен проблем и потребност за неговото решаване. Действията за отстраняването на проблема могат да се осъществят по два начина:

- чрез самолечение с чайове, синапизми, масажи, термопроцедури, диетичен режим, безрецептурни лекарствени средства или хранителни добавки и др. от самия болен или с помощта на семейството и близките му;
- чрез търсене на медицинска помощ от лечебно заведение.

Ежедневното взаимодействие на човека с околната среда изисква подsigуряване на неговото здраве, като *състояние на физическо, душевно*

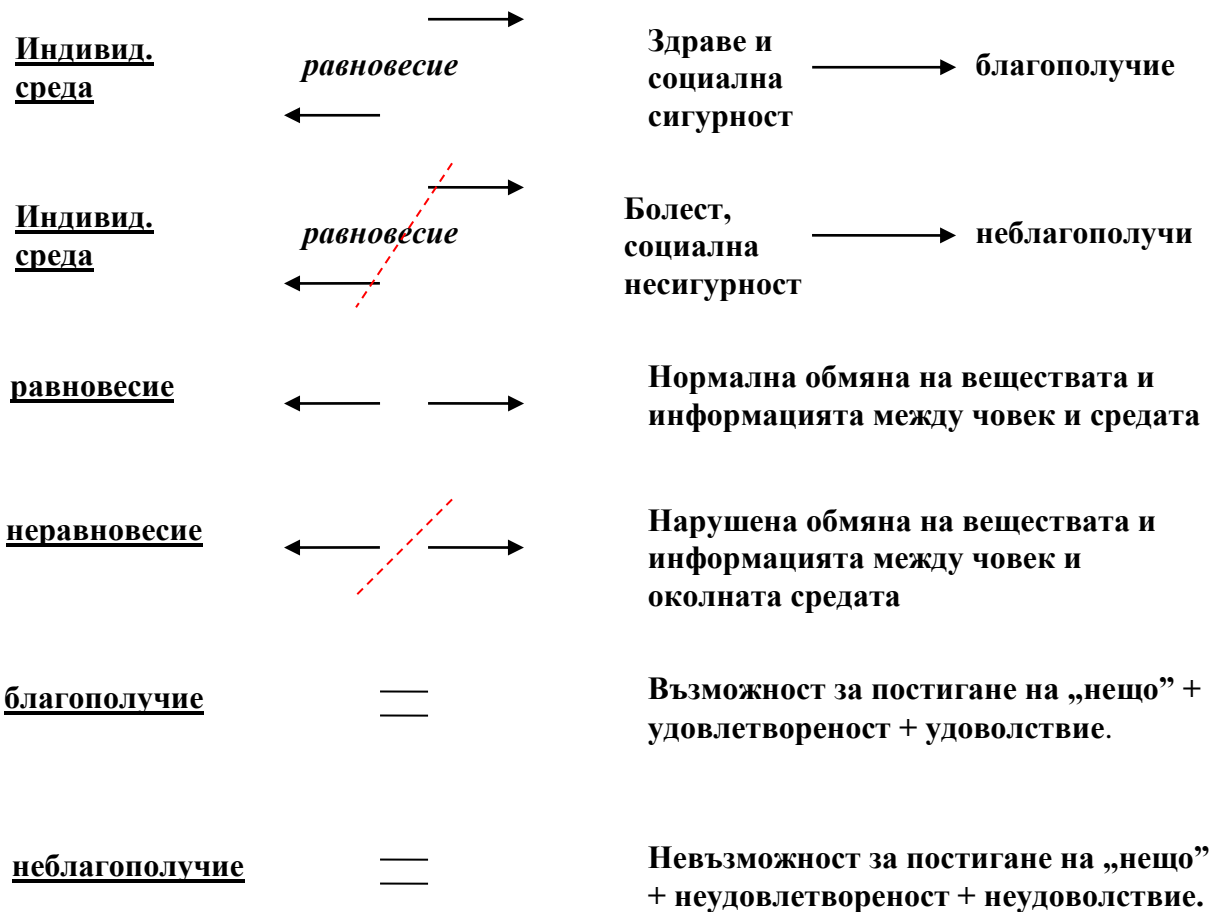
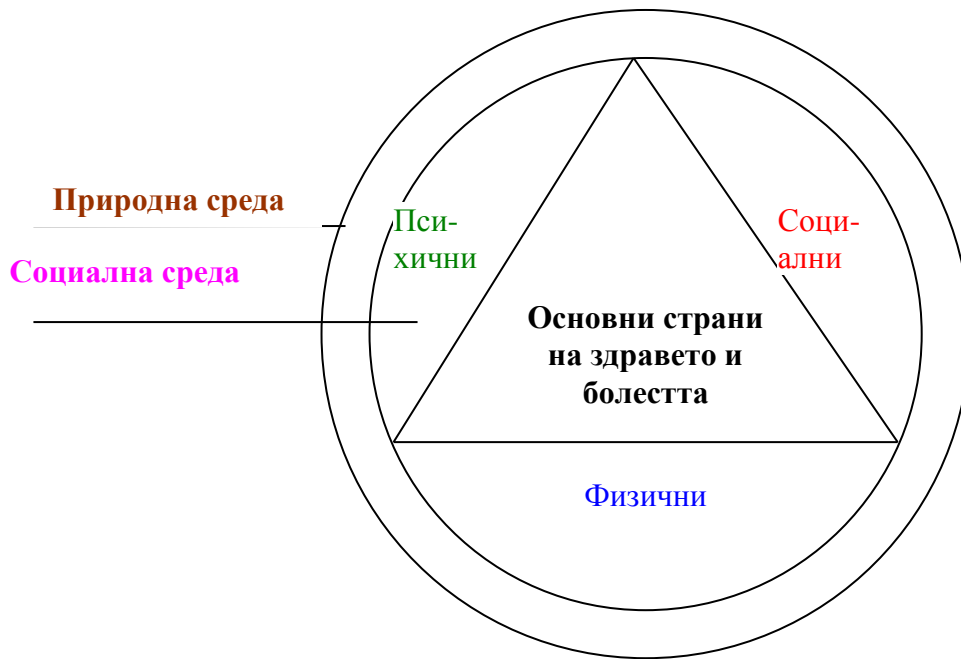
*и социално благополучие.* Във всеки момент обаче могат да възникнат някои причини, които да предизвикат нарушение на равновесието, „човек-среда”, в резултат на което възниква дисбаланс във физиологичния континуум или във физическата симетрия, съпътстван много често от неблагоприятие и социална несигурност.

Благополучието на човек в здравен аспект и в контекста на неговата физическа симетрия е възможността да се постигне „нещо” плюс удовлетвореност и удоволствие. (фиг. 2)

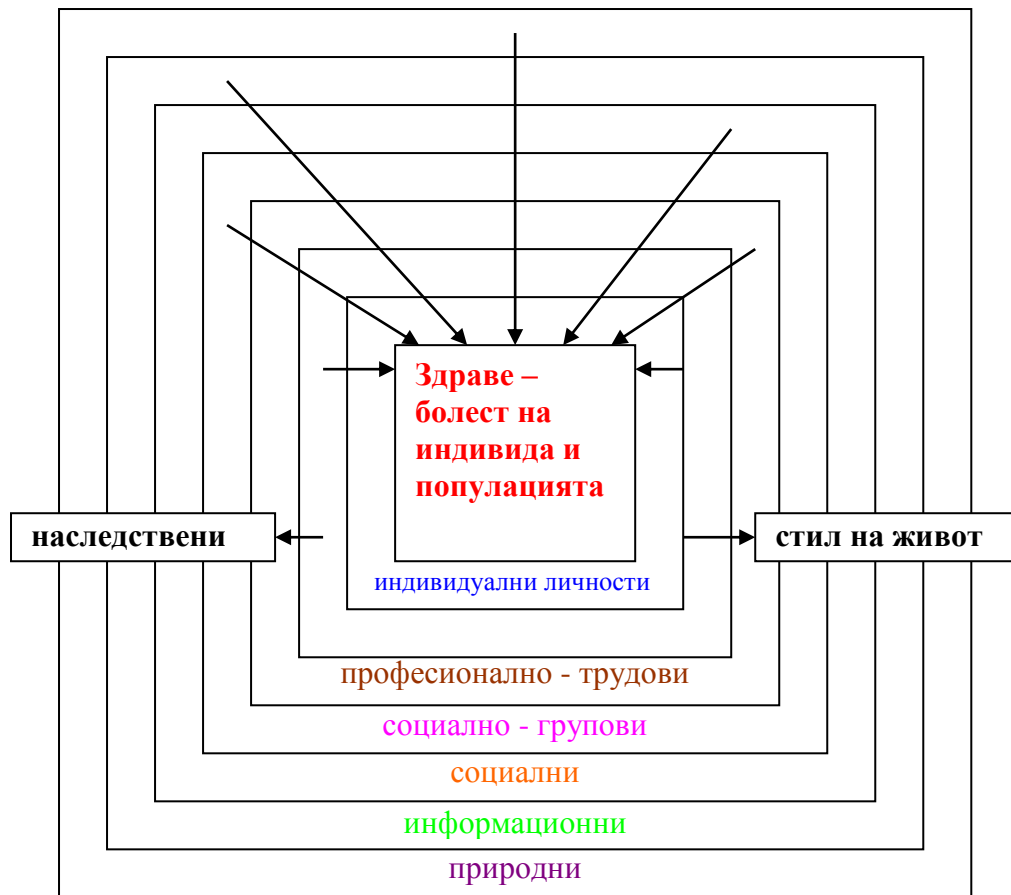
Неблагополучието се изразява в това, че не се постига „нещо”, а от там идва неудовлетвореността и неудоволствието.

Върху здравето на човек оказват влияние различни фактори: индивидуално – личностни (наследствени, стил на живот), семейни, професионално – трудови, социално – групови, социални и природни (фиг. 3). Всеки от тези фактори има своята относителна тежест и води до възникване на един или друг здравен проблем.

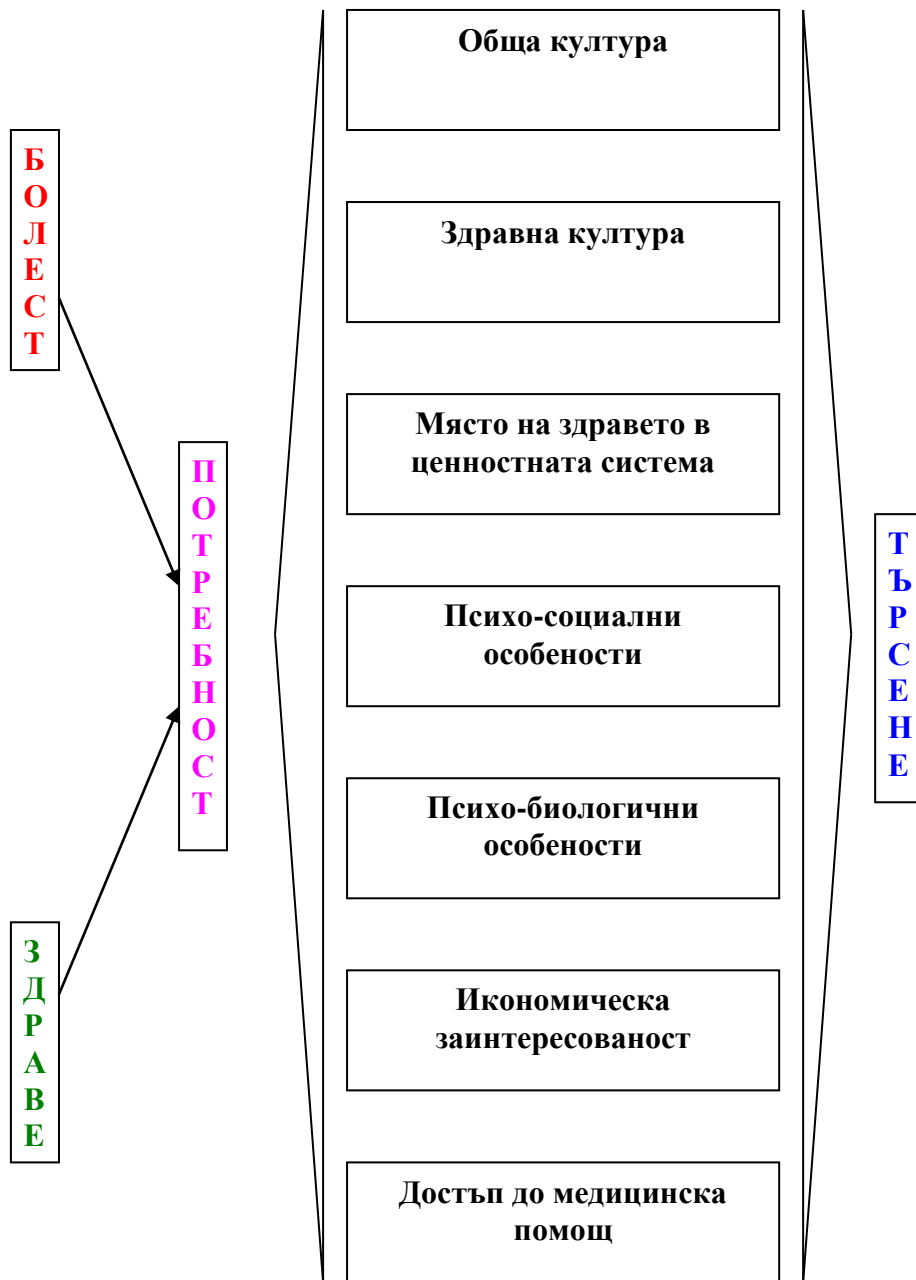
Търсенето на здравна помощ зависи от общата и здравната култура, социалния статус, психосоциалните, психоемоционалните, психобиологичните особености и икономическите интереси на човека. Търсенето на здравна помощ, обаче е пряко свързано с достъпа на човек до лечебно заведение, което трябва да удовлетвори здравните му потребности (фиг. 4).



**Фиг.2.** Основни страни на здравето и болестта и тяхното отношение с околната среда, от позициите на системния подход



**Фиг. 3.** Системно аналитична конструкция на факторите, действащи върху здравето на индивида и популацията (Савов С. и кол., 1998)



**Фиг. 4.** Системно аналитична конструкция на основните фактори, влияещи върху здравните потребности и търсенето на медицинска помощ

### **1.3. Динамизъм на системата за здравеопазване и на нейното системно клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия – определящ фактор в методологията на тяхното съвременно управление.**

В управлението на големите социални системи, такава каквато е здравеопазването отбелязват Н. Стефанов (2000); В. Борисов, З. Глутникова, Ц. Воденичаров (1998) и Н. Vuori (1986) е важно да се получи качествено функциониране на изпълнителското равнище в съответствие с разписаните изисквания на съответен стандарт.

В контекста на квалитологичната терминология това е способността на изпълнителя (лекар или професионалист по здравни грижи) да реши определена профилактична, диагностична, лечебна, рехабилитационна или друга задача в рамките на ресурсите, които са били определени за нейното решение. Нещо повече, полученият здравен продукт (услуга) трябва да съответства на изискванията на съответния стандарт. В системното клинично направление „пластично-възстановителна и естетична хирургия” това е едноименния му медицински стандарт (26).

В количествено изражение това е вероятността, задачата да се изпълни в рамките на предвидените за нея сили, средства и време.

Няма съмнение, че качествено функциониране на системата на всички етапи зависи преди всичко от квалификацията на специалистите в изпълнителското равнище. Натрупаният многогодишен опит показва, че качествено обучение и системната квалификация на медицинските специалисти са най-важните и определящи фактори при решаването на проблемите за качеството на здравните услуги (Петрова Зл., Ст. Генов, 2011).

Здравеопазването и неговото системно клинично направление клинично-възстановителна и пластична хирургия са динамични системи.

Понятието „динамична система” е заимствано от математиката и по специално от теорията за уравненията и теорията за динамичните системи.

Динамичните системи по правило са технически системи, които подлежат на описание с терминологията на диференциалните уравнения. По същество те са детерминирани, докато „светът” на медицината и здравеопазването е много сложен, а количественото му описание – изключително банално. Във връзка с това Д. Сепетлиев (1976) заявява, че е необходимо да се подчертае, че здравеопазването както другите обществени системи е недетерминирана стохастична система, подлежаща на описание с инструментариума на стохастичните уравнения и на изследване в рамките на съвременните сложни раздели на теорията на вероятностите и математическата статистика. (Сепетлиев Д., 1976; Полякова Л., 1971)

*Динамизъм и стохастичност на системата за здравеопазване – това безспорно са двете най-важни характеристики на тази обществена система и на нейните системни клинични отрасли и направления, в т.ч. и на системното клинично направление пластично-възстановителна и пластична хирургия.*

#### **1.4. Информационно-технологичният прогрес и съвременните проблеми на управлението на здравната система в това число и на нейното системно клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия**

П. Дракър (2000), Ч. Мерджанов (2007), Saltman и J. Figueras (1997) и А. Енчев (2012) подчертават, че по своята същност информационно-технологичният прогрес е противоречив. Еднозначното прилагане на някои информационно-технологични решения от различни сфери на природните науки могат да предизвикат негативни последствия. Информационно-



технологичният прогрес оказва сериозно влияние и върху начина на живот на хората – променя се техният светоглед и психология. Очевидно е, че тези факти биха могли да се квалифицират като предпоставка за отрицателно, в една или друга степен, влияние на информационно-технологичния прогрес върху човешкото здраве и физическа симетрия. Това обстоятелство определя нарастващата роля на медицинската наука и на съответните компетентни структури на националната здравеопазна система в мониторинга, анализа и оценката на вредно действащите върху здравето на хората материални и нематериални продукти на информационно-технологичния прогрес. Няма съмнение, че в случая е необходима активна съзнателна дейност на медицинските специалисти не само в оценката на резултатите на информационно-технологичния прогрес, но и в тяхното научно прогнозиране в пълен обем.

Наред с това проблемът „*информационно-технологичен прогрес и здравеопазване*” включва в себе си и дейностите по усъвършенстването на структурата, функциите, организацията и управлението на здравеопазването и на неговите системни клинични направления.

Както във всяка обществена система, така и в здравеопазването от позициите на системния подход и системния анализ според Г. Иванов (1994), Л. Иванов (2005), З. Петрова и С. Генев (2011) се диференцират три ключови зони:

- управление на хора и социални въпроси;
- управление на материални, финансови и информационни ресурси;
- управление на различни видове дейности (медицински, технически, административно – стопански и др.);

## **1.5. Роля на информацията в здравеопазването и в неговото системно клинично направление „пластично-възстановителна и естетична хирургия”**

Здравеопазването като цяло както и всяко отделно негово направление, представляват сложни, динамични системи дейността на които се характеризира с известна степен на вероятностност. През последните 50-60 години теорията на системите и системният анализ промениха до неузнаваемост нашите схващания за организацията и управлението. Свидетели сме как непрекъснато се разширяват изследванията на здравеопазването като система и изясняват нейните обекти, свойства, връзки и проблеми от гледището на науката за системите, без да се забравя специфичното съдържание, принципи и цели на различните нейни системни клинични отрасли, направления и структури.

В дисертацията понятието „система” се тълкува широко – в абстрактно-гносеологичен, а не в строго конкретния приложен смисъл. В нея то се употребява дотолкова, доколкото е необходимо, за да се обърне внимание на все по-назряващата до момента необходимост за поставяне управлението на системното клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия на научни основи (Стефанов Н., Блауерг Н., 1994; McDonagh T., 1981).

Понятието „система”, очертава полето, в чийто рамки се изследва обективно осъществяващият се процес на управление. Разглеждането на пластично-възстановителна и естетична хирургия като системно клинично направление изисква откъсването му от другите явления и обособяването му като нещо самостоятелно, строго и еднозначно определено. Само при

това условие то става поле, определено пространствено, предметно-структурно място за изследване на управлението.

Системното клинично направление „пластично-възстановителната и естетична хирургия” е част от националното здравеопазване. В същото време то е относително обособено и поради това може да се изучава като отворена и като относително затворена система. Като отворена система то е елемент на по-големите здравни системи: „системен клиничен отрасъл хирургия”, здравеопазването в регионален или държавен мащаб. Като затворена, относително обособена система, то има своя собствена структура и вътрешни връзки. За изграждането и ефективното функциониране на неговото съвременно управление, от голямо значение са и двата подхода .

Според Н. Стефанов (Стефанов Н., Блауерг Н., 1994) проектирането и изграждането на съвременно управление на всяко системно здравно направление има свои специфични особености. Те се определят от профила на направлението, обема на неговите функции, броя и квалификацията на кадрите, материално-техническата база и др. Това са моменти, които трябва винаги да се имат предвид, когато става дума за проектиране и изграждане на неговото оптимално управление. Но позоваването само на тези моменти не е достатъчно. От гледна точка на системния подход е необходимо преди всичко да се изяснят компонентите на направлението като система, на неговите елементи и връзки.

Например, елементи на клиничното системно направление пластично-възстановителна и естетична хирургия са едноименните самостоятелни отделения, хирургичните или други структури в многопрофилните и специализираните болници. От своя страна всеки един от тези елементи представлява сложна система. Така че, елементът определя границата на анализа на всяка конкретност, за да бъде тя

разглеждана като система. Следователно, елементът като част от системното клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия не е нещо постоянно, а е постоянно само по отношение на даден подход.

Връзките представляват определени отношения между елементите, които ги обединяват при функционирането на системата. Това могат да бъдат причинно-следствени отношения или отношения на съподчиненост.

Причинно-следствените отношения разкриват хоризонталните взаимовръзки между структурите при функционирането на системата (например отношения между клиничните и параклиничните звена; между клиничните и административно-стопанските звена и т.н.).

Непрекъснато подобряващите се човешки капитал и материално-технически ресурси на клиничните системни направления, в т.ч. и системното направление пластично-възстановителна и естетична хирургия, линията за привеждане на дейността им в съответствие с нормативно определени медицински стандарти, както и сложните проявления на взаимоотношенията „децентрализация и диверсификация” (Семерджиев И. и кол., 1999) в ежедневната здравеопазна практика предявяват нови изисквания към здравния мениджър. Вече е неправилно управлението на което и е да е системно направление в здравеопазването да се гради само на интуицията и практическите навици на ръководителя. Лекарят изобщо и икономиста не могат поотделно сами да разрешават проблемите на управлението в здравните системи. Новите условия изискват и нови здравни мениджъри. Те трябва да интегрират медико-аналитичния поглед на лекаря и синтетичният усет на икономиста. Новият здравен мениджър трябва да бъде едновременно конструктор, организатор и реализатор на системата за информация и управление в клиничното направление (Костадинова Т., 2001). Заедно с това сложните процеси на управлението

изискват от съвременния здравен мениджър изключително широки знания и устойчив характер, за да може да взема бързи, добре аргументирани и отговарящи на момента решения. С други думи, съвременният здравен мениджър освен делови качества трябва да има солидна подготовка по „социална медицина и организация на здравеопазването” и да притежава определен минимум от знания в областта на кибернетиката. Той трябва да знае как да поставя задачите и да умее да си служи със съвременни методи и способности за прогнозиране, планиране, организиране, оперативно ръководство и контрол на цялостната многостранна дейност на системното клинично направление (заведение или звено), което той ръководи.

### **1.5.1 Роля и значимост на системния подход и системния анализ в здравната система и на неговата значимост в системното клинично направление пластична възстановителна и естетична хирургия**

Системният подход и системният анализ в здравеопазването и във всички негови системни направления, в т.ч. в системното клинично направление „пластично-възстановителна и естетична хирургия” непрекъснато разширяват своите приложни ареали. Свидетели сме на постоянно нарастващ интерес към тях от страна на мениджърските екипи в здравните и лечебните заведения в стремежът им да подобрят рентабилността и качеството на предоставяните от тях здравни услуги.

Според Г. Комитов и С. Генов (19), Б. Лаутън и Р. Креплер (2003), З. Петрова и С. Генов (32), R. Saltman и J. Figueras (1997) системният подход и системният анализ са трайно утвърдени в съвременната наука методологични направления. *Под системен подход се разбира методологична гносеологична конструкция за теоретично изследване на обекти, представляващи сложни динамични системи.*

*В отличие от системния подход, системния анализ е методология за решаване на проблеми в сложните динамични системи и има преди всичко приложна значимост.*

Г. Димитров (2014) в монографията „Организация и финансиране на здравната система” и Л. Иванов и колектив „Болничен мениджмънт” (2005) отбелязват, че застоят в икономическия растеж и редуващите се финансови сътресения през последните няколко години (2008-2015 г.) предявиха повишени изисквания към планирането и управлението на системните направления в здравеопазването, състоящи се в:

- усъвършенстване на съществуващите и създаване на нови критерии за количествена и качествена оценка на здравните услуги;

- формулиране на по-ясни и точни цели и задачи на превантивното, лечебното, рехабилитационното и медико-социалното *направления* в националното здравеопазване;
- детайлна формализация на връзките и отношенията, както вътре в системата за здравеопазване, така и извън нея;
- избор на оптимални политики и решения в стратегията за развитие на националната система за здравеопазване и на отделните нейни *системни направления*;
- осъществяване на тясна връзка на националната здравна система и нейните *системни направления и структури* с целите, задачите и дейностите на ведомствата, отговорни за икономическото, социалното и културно развитие на страната.

Във връзка с това се появиха окуражаващи примери за вплитане на общото системно разбиране за здравеопазването в дейността на неговия централен ръководен орган, в научните разработки на звената по социална медицина и организация на здравеопазването към университетските структури по общественото здраве (Борисов В., З. Глутникова, Ц. Воденичаров, 1998; Комитов Г., Ст. Генов, 200, Лаутър Б., 2007), както и в опитите на отделни мениджърски екипи (Иванов Л., 2005; БАНИ, 2015, Иванов Л., 2012; Концепция “Цели за здраве 2020“, 2015), касаещи внедряване на някои съвременни, основаващи се научни доказателства, системно-аналитични проекти за оптимизиране на структурите, функциите, икономическите параметри и качеството на резултатите на ръководените от тях здравни, лечебни и медико-социални заведения.

Особено внимание заслужават проектните разработки на:

- индивидуална електронна здравна карта, съдържаща здравното досие на всеки гражданин през целият му живот;

- националната и областните здрави карти за вида, дислокацията, структурата, капацитета и скъпата апаратна екипировка на лечебните заведения;
- класификационната система „диагностично свързани групи” като методология за проспективно финансиране на лечебните заведения за болнична помощ и инструментариум за заплащане на болничните услуги.

В ход са редица научно-практически инициативи, ориентирани към конструиране на системно-аналитични и логични модели на средносрочни и дългосрочни прогнози в областта на здравеопазването и формулиране на адекватни на тях концепции, стратегии и политики за действие, синхронни на стратегията на световната здравна организация „Здраве за всички през XXI-ви век” (13) и *Европейската рамка за политики в помощ на действията на институциите и обществото за здраве и благоденствие 2020* (8).

### **1.5.2. Системният подход при решаване на проблемите за укрепване и опазване на здравето**

*Здравето на хората, подчертава А. Алексиев (2008), е не само медико-биологична, но и социална категория. Човекът е обществено същество. Природата го дарява със здраве, а от обществото зависи дали този „дар” ще се умножава или ще се експлоатира и унищожжава.*

При решаване на проблемите за опазване на този „дар” основателно социалните медици и организатори на здравеопазването са принудени да се обърнат за помощ към специални научни методи, в частност – към така наречения системен подход, като методология за научно познание и средство за решаване на сложни практически задачи.



Системният подход, за разлика от прилагания в миналото интуитивен подход се основава на опита или на обективни критерии и поради това представлява напълно приемлива в това отношение метатеория (Лаутен Б., Кеплер Р., 2007). От една страна той е приложим към здравеопазните системни направления и структури, а от друга към биологичните обекти – хората, чието здраве те са призвани да укрепват и опазват. В този контекст е необходимо да се подчертае, че *под система като цяло следва да се разбира група от компоненти или обекти, които функционират съвместно за постигане на една или друга цел*. Компоненти на системата могат да са концепции – например цели за здраве 2020 (Концепция „Цели за здраве 2020“, 2015), идеи - например здравноосигурителна солидарност (Семерджиев И., 1999), личности - например лекари по пластично-възстановителна и пластична хирургия (Медицински стандарт, 2015). Заедно всичко това е едно цяло, в което неговите компоненти си взаимодействат в един или друг вид.

Вече бе отбелязано, че най-важни аспекти на теорията на системите са:

- цялостност;
- йерархичност;
- интегративна качествена определеност.

От една страна всички системи са части или подсистеми на големи системи, а от друга - самата част от голяма система може да бъде система. Например системното *клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия* може да се разглежда от две гледни точки:

а) като изследван, управляван и функциониращ обект под контрола на лекари – специалисти по пластично-възстановителна и естетична хирургия и със знания по социална медицина и организация на здравеопазването;

б) като обект от по-сложна социална система, каквато например е системата за здравеопазване.

*На първо* място системата „здравеопазване” се описва, изследва и се развива като обект, състоящ се от частни отрасли, като например „системният клиничен отрасъл хирургия” и производното на този отрасъл системното клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия.

*На второ* място всяко системно профилактично или клинично направление сега е прието да се изследва като обект за системно описание, анализ, моделиране и управление. В този смисъл системният анализ представлява съвременно интердисциплинарно научно направление в теорията и практиката на профилактичната и клиничната медицина.

Здравеопазването сега ползва най-новите достижения в превенцията, диагностиката и лечението на заболяванията, съвременните знания за биохимичните и биофизичните компоненти и процеси на хомеостазата, епохалните открития на генетиката, успехите на фармацевтиката в производството на нови по-надеждни лекарствени продукти и на медицинската промишленост в конструирането на модерна диагностична, лечебна и рехабилитационна апаратура и техника. Във връзка с това интегрираните целеви мероприятия за укрепване и опазване на здравето получават в рамките на системния подход принципно ново значение – значение на основаващи се на научни доказателства здравни политики за закрила на индивидуалното и обществено здраве.

Трудностите свързани с количественото описание на здравето на отделния човек, съгласно определението на световната здравна организация, налагат за целите на системния подход да се извърши както формализация на задачите на здравеопазването, така и избор на критерии

за неговата дейност чрез медико-географска характеристика на популацията.

Доколко социално обусловената цел на здравеопазването се реализира чрез участие в контрола върху състоянието на окръжаващата среда (превенция на заболяванията) и преодоляване на отрицателните последици на заболяванията (временна загуба на работоспособност, инвалидизация, смъртност) е целесъобразно да се определи тази цел чрез минимизация на загубите в активния и потенциалния живот на населението. Този подход подсказва, че външните фактори на средата и биологичните свойства на популацията са потенциални предпоставки (причини) за заболяемост, т. е. за загуба на активен живот, която от своя страна се явява като вторична причина за загуба на потенциален живот.

Конструктивността на този подход се характеризира със следните четири аргумента (НСР, 2012):

- Оценката на дейността на системата за здравеопазване в крайна сметка се основава на резултатите, касаещи величината на загубите на активен и потенциален живот на населението. *Този аргумент е в пълен синхрон със съвременното разбиране за здравето като състояние на физическото, душевно и социално благополучие, създаващо и възпроизвеждащо живот, а за болестта – като стеснен в своята свобода живот.*
- Формират се количествени критерии за функционирането на здравеопазването като цялостна система.
- На основата на общите критерии се създава възможност за изготвяне на частни критерии, отразяващи целевите функции на здравните подсистеми, които могат да се ползват от националната здравна ситема при конструиране на инструменти за настройка и/или

коректировка на дейността на различни нейни системни профилактични и клинични направления.

- Формираните критерии не противоречат на оценъчната конструкция на системното клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия чрез показателите за постигнат физиологичен континуум и физическа симетрия. Това дава възможност при реализация на новаторските модели на това направление, разработени на основата на системния подход и системния анализ, да се използва наличната, основаваща се на научни доказателства информационна база с незначителни промени.

### **1.5.3. Възможности за използване на методологичния инструментариум на системния подход и системния анализ за оптимизиране на дейностите в системното клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия**

Прилагането на традиционните подходи за решаване на сложните проблеми в здравеопазването не винаги води до желаните резултати. Това обяснява нарастващия интерес към въпросите свързани с използването на методологичния инструментариум на системния подход и системния анализ.

Условно природните и социалните организации могат да се квалифицират като системни и несистемни.

При решаване на проблеми в системните организации могат да се използват следните в низходящ порядък способности на методологичния анализ:

- диалектичният метод в контекста на негова интерпретация от представителя на немската класическа философия Хегел;

- системният подход;
- системният анализ;
- конкретни научни методологии;
- конкретни методи и техники за изследване.

Несистемните организации използват емпирични методи за анализ и решение на възникнали в тях проблеми.

Според R Saltman и J. Figueras (1997) пред реалното системно клинично направление за извънболнична или болнична помощ постоянно възникват проблеми с решаването на които се занимават определен кръг лица от висшия и средния управленски ешелон. На ръководителите често се налага едновременно да решават десетки проблеми, предимно от оперативно естество.

За решаване на проблеми с дългосрочно стратегическо значение обикновено не достига време. Освен това:

- решенията на проблемите се документират само частично;
- значителна част от решенията се приемат без надлежно съгласуване и в условията на недостатъчна, основаваща се на доказателства информация;
- нерядко решенията имат характер на „академични” словосъчетания без особена практическа значимост.

Редица научни изследвания проведени с методи, заимствани от теорията и практиката на науката за „кибернетика” на Н. Винер (1948) и от теорията на Н. Selye за психоемоционалния стрес (1976,1997) доказват, че съвременния ръководител не в състояние да решава ефективно едновременно повече от три-четири проблема.

Системният анализ дава възможност проблемите на всяко системно клинично направление да се анализира активно, да се систематизират

правилно и решават планово. Процедурата „вземане на решение” предполага:

- а) постоянно изследване на проблема;
- б) оценка на съществуващите алтернативи и избор на най-добрата от тях;
- в) съгласуване и утвърждаване на решението;
- г) внедряване и управление на решението;
- д) анализ и оценка на резултатите от решението.

Всяко по-голямо системно направление (например системният клиничен отрасъл хирургия) може да се разглежда като система, състояща се от множество функционални клинични направления (висцерална хирургия, неврохирургия, лицево-челюстна хирургия, пластично-възстановителна и естетична хирургия и др.), с помощта на които се решават проблемите, произтичащи от неговите цели и задачи. От позициите на системния анализ „*мощността*” на всички функционални подсистеми, съпричастни към даден проблем трябва да бъде еднаква от момента на възникването на проблема до неговото окончателно решаване.

Внедряването на медицинските стандарти за подобряване качеството на здравните услуги, на клиничните протоколи, основаващи се на научни доказателства, на автоматизирани апаратни технологии за диагностика и лечение, на интегрирани системи за здравни грижи и т. н. изисква диверсификация на функциите на подсистемите и усъвършенстване работа до равнището на новите изисквания.

Във връзка с горното според Н. Стефанов (1994) целесъобразно би било в лечебна структура с характеристика на динамична система, (каквато например е и системното клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия) да се въведе работен мениджърски модел, основаващ се на методологията на системния анализ.

Това предполага в системното клинично направление да се привлече като консултант системен анализатор, изпълняващ следните основни задачи:

- анализ на системното клинично направление, като цялостна система;
- анализ на функционирането на неговото информационно звено;
- диагностика и анализ на проблемите, свързани, както с изпълнението на текущите оперативни задачи, така и с реализацията на средносрочните и дългосрочни цели на клиничното направление;
- разработване на практически предложения за оптимизиране работата на направлението;
- обучение на определени професионалисти от изпълнителския състав (лекари, медицински сестри, медицински секретари) по методологията на системния анализ;
- участие в реализацията на утвърдените мениджърски проекти;
- изготвяне на комплексен проект за организация на труда, основаваща се на системния подход при изследване на работните процеси и включващ ясно разпределение на функциите, правата, задълженията и отговорностите на влизащите в състава на клиничното направление подсистеми при отчитане на задачите и целите, които те изпълняват;
- участие в изготвянето на персоналните длъжностни характеристики и в съставянето на система за периодично атестиране на персонала.

Методологичният инструментариум на системния анализ според същият автор (Стефанов Н., 1997) позволява да се използват по-сложни методи за намиране на оптимални решения в условията на неопределеност, свързана с нееднозначност на целите, критериите, алтернативите за действие и последствията от тях. Освен това както подчертават Л. Иванов (2012) и Г. Димитров (2014) с този методологичен инструментариум могат

да се формулират ясни медицински, икономически и социални критерии за ефективност при осъществяване на всеки решаван по-важен диагностично - лечебен, учебен или научно-приложен проблем.

Процедурата по съгласуване и утвърждаване на решенията, оформянето и съхраняването на документацията по решаването на проблемите, а така също и реда за внасяне на изменения с цел усъвършенстване на системата за управление осигурява по-добра адаптация на системното клинично направление към условията на средата, в която то осъществява своя предмет на дейност.

Лечебният сектор като подсистема на здравеопазната система се състои от многобройни взаимодействащи и взаимозависими компоненти. Системните клинични направления, представляващи важни компоненти на тази подсистема имат съществено относително тегло в нейната структура. Те обаче не могат да функционират независимо от другите компоненти в подсистемата (първична медицинска помощ, специализирана извънболнична помощ, болнична помощ).

От своя страна системното клинично направление е сложна система, която се състои от голям брой взаимодействащи елементи. То притежава многоцелева и многостепенна структура с йерархична организация на методична помощ, осъществявана от национални и регионални методични ръководители и консултанти.

Структурните и функционалните елементи на системното клинично направление са обединени по между си с причинно-следствени връзки. Към тези елементи могат да се причислят приемно-консултативните кабинети, болничните отделения (клиники), медицинските лаборатории (клинична, микробиологична, имунологична, патологоанатомична, образна-диагностична и др.), медицинските кадри (лекари, медицински сестри, друг персонал), материално-технически ресурси (легла, апаратура,



медицински инструментариум, медицински газови инсталации, оборудване), пациенти и др.

Всички тези елементи в процеса на функционирането на системното клинично направление си взаимодействат по координати, насочени към достигане на неговите общи цели, като система. Обобщено тези общи цели се състоят във възстановяване на нарушеното индивидуално здраве, (физиологичен континуум и физическа симетрия), следдипломна квалификация на лекари и специалисти по здравни грижи, провеждане на научно-приложни изследвания, клинично изпитание на лекарства и медицинска апаратура и др.

***Вход на всяко клинично направление, в т.ч. системното клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия, като система*** са постъпващите в него пациенти.

Дейността на „***системното клинично направление***” се изразява преди всичко в осъществяване на диагностично-лечебните процеси.

***Изход на системното клинично направление*** са преди всичко изписаните пациенти.

**Функционирането на „системното клинично направление”** е свързано с обратна връзка, видът и силата на която зависи, както от развиващите се в него процеси, така и от тези, протичащи в средата в която се реализира предметът на неговата дейност.

На свои ред тези два вида процеси – вътрешни и външни оказват влияние на бъдещия вход на *системното клинично направление*. Влияние върху последният оказват и възникващите в потока на постъпващите пациенти колебания, които от позицията на системния анализ могат да бъдат свързани, както с известни, така и със случайни процеси.

Доброто, изградено върху методологията на системния подход и системния анализ управление на системното клинично направление е

важна предпоставка за оптимално реализиране на неговата визия, цели и задачи.

Концептуалният модел за управление на диагностично-лечебните дейности в *системното клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия*, изграден с помощта на методологичния инструментариум на системния подход и системния анализ отразява процесите, свързани с преминаването на пациентите през различните негови структури (отделения, специализирани кабинети), тяхното оборудване с персонал, апаратура, правила за функциониране и взаимодействие. Главна фигура в този модел е лекуващия лекар-специалист по пластично-възстановителна и естетична хирургия, който с помощта на медицинска сестра извършва прегледи, назначава апаратни и лабораторни изследвания, определя вида на лечението и начините на провеждането му. Решенията на лекаря за провеждане на диагностични и лечебни процедури за вида и характера на съпътстващите грижи са индивидуални спрямо всеки отделен болен.

Получаваната и анализирана от лекуващия лекар информация за развитието на оздравителния процес се използва за вземане на решение относно продължителността на болничния престой и изписването на пациента.

*Основната цел в случая е подобряване качеството на всички дейности, свързани с диагностиката, лечението и интегрираните грижи за всеки пациент, на когото са приложени пластично-възстановителни или естетични хирургични процедури.*

## **1.6. Маркетингът в системното клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия, като интегрирана и ориентирана към изискванията на потребителите философия за качество на предоставяните от него здравни услуги.**

Според Ph. Kotler (2015) маркетингът е игра, от която се учиш, формулираш решение, наблюдаваш резултатите и след това вземаш по-добри решения.

Американската маркетингова асоциация (2012) определя маркетинга като организационна функция и съвкупност от процеси за създаване, комуникиране и предоставяне на стойност за потребителите с цел управление на взаимоотношенията с тях по начин, по-който се облагодетелства фирмата и всички свързани с нея страни.

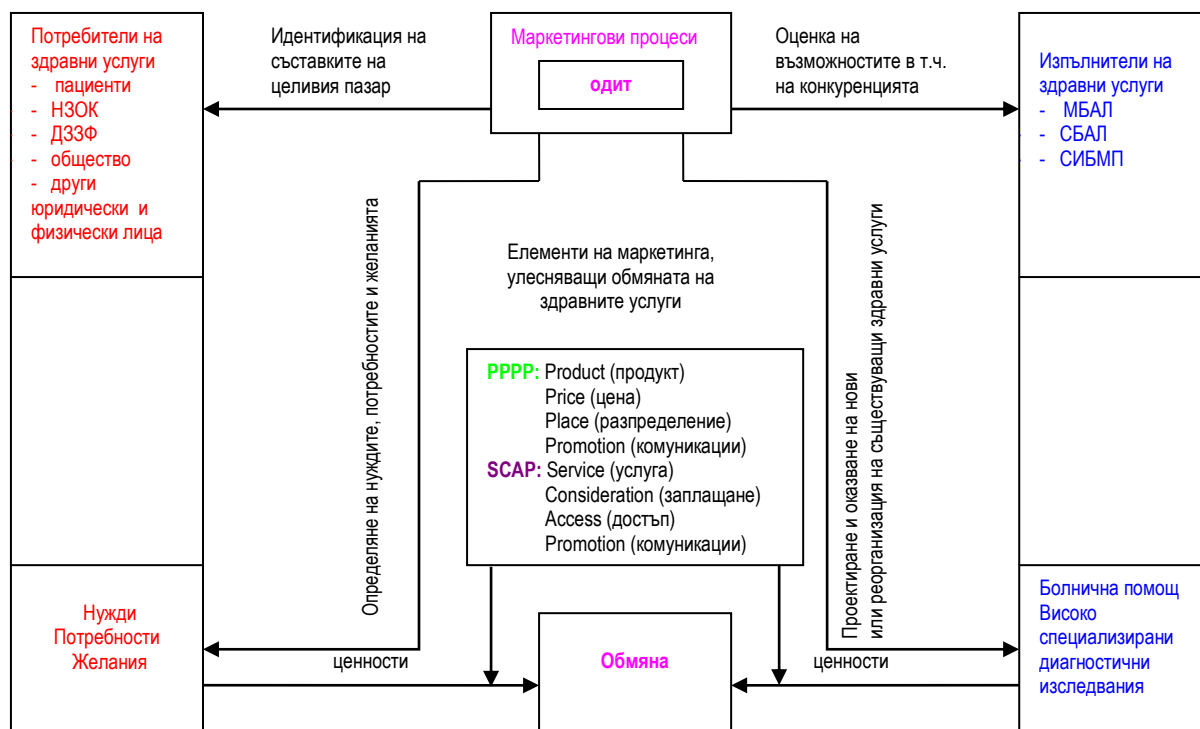
В центъра на маркетинговата концепция на системното клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия стои идеята за доброволна размяна (предлагане и купуване) на здравни услуги от нейния предметен обхват.

Едната страна (*потребителят*) получава от другата страна (*системното клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия*) определена здравна услуга срещу заплащане по определен ред и условия. Консумирането на тази размяна изисква от тези, които оказват здравната услуга, да правят последната достъпна и качествена, а от потребителите да правят доброволно своя избор. Погледнат от такъв ъгъл, маркетингът в *системното клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия* е процес, чрез който то търси начини за определяне потребностите на потенциалните си клиенти от качествени здравни услуги. Концептуално, това означава, че маркетинга провеждан в здравеопазването и във всяко от неговите

системни клинични направления в т.ч. пластично-възстановителната и естетична хирургия може да бъде дефиниран като **анализ, планиране, внедряване и управление** на грижливо съставени програми, предназначени да поощрят и засилят доброволната размяна на ценности с цел да се постигне качествено оказана здравна услуга (Андреев В. , 1975).

Известно е, че маркетингът зависи до голяма степен от организацията на здравните услуги по отношение потребностите на целевите здравни пазари и от прилагането на ефективна дистрибуция, ценообразуване и комуникации. Съществените компоненти на тази формулировка и свързаните с тях дейности в системното *клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия* са показани на фиг. 5 (Иванов Л, Ж. Големанова, 2005). Най-общо те са:

- идентифициране на потребностите и желанията на целевите здравни пазари, което означава, че *системното клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия* трябва да познава своите потенциални потребители;
- създаване на нови здравни услуги от предметният обхват на *пластично-възстановителната и естетична хирургия* или реорганизиране на някои от наличните такива, като отговор на актуализираната идентификация на потребностите на целевите здравни пазари;
- изграждане на организация, улесняваща обмяната на *пластично-възстановителните и естетични хирургични услуги* на целевите пазари.



Фиг. 5. Маркетинг на здравните услуги (Иванов Л., 2005)

### 1.6.1. Маркетингови одити на произвежданите здравни услуги в системното клинично направление пластично-възстановителната и естетична хирургия

Това са регулярни вътрешни проверки и оценки на асортимента на предоставяните от *пластично-възстановителната и естетична хирургия* здравни услуги. Този вид организирани проверки трябва да включват според С. Спиридонов (Спиридонов С., 2013):

- идентификация на целевите пазари и на техните нови потребности от здравни услуги, отговарящи на критериите за качество по трите координати: условия, дейности, резултати;
- оценка на настоящите *пластично-възстановителни и естетични хирургични услуги* по параметрите “асортимент” и “качество” и

доколко те отговарят на идентифицираните потребности на целевите здравни пазари;

- модификация на факторите, които улесняват обмена на *пластично-възстановителните и естетични хирургични* услуги

### 1.6.2. Целеви пазари

Оценката на околната среда има за цел да идентифицира настоящите и потенциално възможните целеви пазари на системното клинично направление и на факторите, които оказват влияние на потребителите на произвежданите от него здравни услуги.

Известно е, че при здравните услуги крайният потребител на обмяната е клиента (пациента) с неговите претенции за качество. Обаче, има и други фактори, които оказват влияние върху този процес. Например лекарите в системното клинично направление *пластично-възстановителна и естетична хирургия* осъществяват контрол не само върху достъпа на пациентите до него, но определят и какви да бъдат специфичните услуги, които ще им бъдат оказани. Паралелно с това платците (Национална Здравно-Осигурителна Каса, Доброволни Здравно-Застрахователни Фондове и др.) оказват голямо влияние върху ставките, които се използват за определяне цените на здравните услуги. Нормативните актове (наредби, правилници), както и акредитацията, атестирането, комуникационните и други фактори също оказват директно или индиректно влияние върху вида, интензивността и качеството на произвежданите здравни услуги от системното клинично направление *пластично-възстановителна и естетична хирургия*.

Пример за това е проведеният от „Сова Харис” (3) маркетингов одит за обществените нагласи към пластичната хирургия, който е насочен не

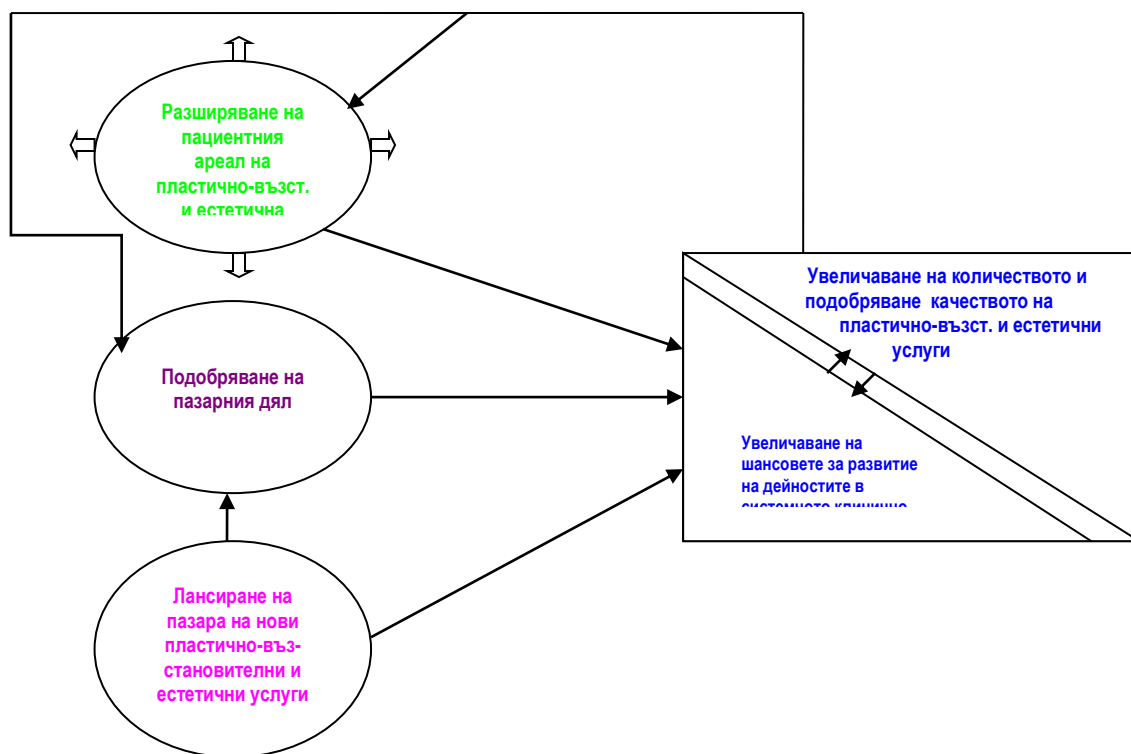
само към това как да се удовлетворят по-пълно очакванията на клиентите и на другите заинтересовани страни, но и към идентифициране и задоволяване изискванията на останалите съставки на пазарния обмен, които оказват влияние върху решението за извършване на покупката на един или друг вид *пластично-възстановителни и естетични хирургични услуги*.

### **1.6.3. Асортимент на пластично-възстановителните и естетични хирургични услуги.**

Маркетинговият одит дава представа до къде да се простира зоната, обслужвана от системното клинично направление *пластично-възстановителна и естетична хирургия* и потребностите на целевите здравни пазари.

Американската маркетингова асоциация (1960) постулира, че наличието на такава информация улеснява вземането на решения за разширяване асортимента на произвежданите здравни услуги, както по обхват и интензивност, така и по качество (фиг.6).

От значение в случая е оценката на конкуренцията, на асортимента на предлаганите от нея здравни услуги, на нейните целеви пазари и на заплахата, която тя представлява за системното клинично направление *пластично-възстановителна и естетична хирургия*. Например, ако конкуренцията внедри нови технологии за поддържане на физиологичния континуум или за постигане на по-добра физическа симетрия (Алексиев С., 2008), може да се наложи преоценка на целевите пазари в тази област, като се планира какви промени в услугите ще бъдат необходими.



**Фиг. 6.** Асортимент на произвежданите здравни услуги

Новостите в медицинските технологии могат да наложат въвеждането на нови здравни услуги в областта на съвременната *пластично-възстановителна и естетична хирургия*. От друга страна своевременното определяне на възможностите на конкуренцията може да ѝ позволи да организира внедряването на модерни програми за по-пълно задоволяване на потребностите от физическа симетрия в повече териториални ареали.

Усъвършенстването на маркетинга по двете основни направления (маркетингова околна среда и маркетингов асортимент), в контекста на планирането на произвежданите здравни услуги, налага маркетинговият одит да се провежда по предварително добре обсъден въпросник. Това, както подчертава З. Тонева (1975), ще позволи да се получи достатъчна по обем и достоверност информация за вземане на адекватни управленски



решения при определяне асортимента на предлаганите *пластично-възстановителни и естетични хирургични* услуги.

## **1.7. Преглед на литературата за естетичните, етичните и психосоциалните аспекти на здравните услуги, в това число и на услугите, предоставяни от системното клинично направление пластично – възстановителна и естетична хирургия**

### **1.7.1. Естетични аспекти на здравните услуги**

Практическото значение на естетиката заявява И. Паси (1987) се определя не само от нейната истинност или от функцията ѝ в пределите на цялото, на социума, тоест то не се дължи на гносеологични съображения.

Преценявайки естетиката от нейния същностен фундамент – фундамента на „*истината, симетрията и красивото*” (Дакър П., 2000) трябва да се подчертае, позитивна ѝ роля в изработването и предоставянето на всяка здравна услуга, особено сега, когато тя – естетиката е съпричастна към разцвета на медицинската наука и практика.

В исторически контекст естетиката е била професионално присъща на такива великани в медицината от древността до днес, като Хипократ, Гален, Авицена, Парацелз, Везалий, Паре, Билрот, Селие, Кенън, Джераси и много други. Вплитайки в *канавата* „медицинска наука” *вътъка* „медицинско изкуство”, те показаха, че „*полезното за здравето*” може да има за постоянен спътник „*красивото*”, измерено с такива категории, като човеколюбие, състрадание, доброжелателност и честност (НМЕ, 2005).

В резултат на тази хилядолетна историческа памет за значимостта на естетиката в медицинската наука и практика сега все повече *здравето като състояние на пълно физическо, душевно и социално благополучие* се възприема като „*нестеснен в своята свобода живот*” (Masnair Tr., 2009) и като дело на безброй смели жени и мъже, посветили живота си в името на човешкото здраве (Hefler R., 1997).

Благодарение на медиците-естети сега все повече отзивите на пациентите за качеството на предоставените им медицински услуги гравитират (Comite Européen de normalization, Brussel, 2008) от удовлетвореност (Customer Satisfaction) към възхищение (Customer Delight).

### 1.7.2. Етични аспекти на здравните услуги

*Етиката е учение за морала, внимателен и систематичен размисъл и анализ на моралните решения и поведение в миналото, настоящето или бъдещето.*

Според Ц. Воденичаров и С. Попова (2010) етиката е преди всичко въпрос на знания, докато моралът е въпрос на действия. Тясната връзка между тях се състои в стремежа етиката да предоставя рационални критерии за хората да решават или да се държат по определени начини, а не по други. Поради това, че етиката се занимава с всички аспекти на човешкото поведение и взимане на решения, тя е голяма и сложна научна област с много клонове и подразделения.

Медицинската етика е насочена предимно към проблеми, възникващи в резултат на практикуването на медицина.

*Етиката е плуралистична.* Отделните хора са на различно мнение относно това кое е правилно и кое – не е и дори когато постигнат съгласие, причините за това може да са различни за всеки от тях.

Затова и отговорът на въпроса „Кой решава кое е етично за хората” е различен в различните общества, а дори и в едно и също общество. Въпреки тези различия повечето хора са съгласни с някои фундаментални етични принципи, каквито са с основните човешки права, прокламирани в

**Общата Декларация за Човешките Права на ООН.** Човешките права, особено важни за медицинската етика са: *правото на живот, недопускане на дискриминация, мъчения и жестоко, нехуманно и унижително отношение, свобода на мнение и изказване, еднакъв достъп до обществените услуги в страната и до медицинска помощ.*

До неотдавна лекарите имаха по-различен от другите хора отговор на въпроса „**Кой решава кое е етично?**” През вековете лекарското съсловие е развило свои собствени стандарти за поведение на своите членове, които са представени в етични кодекси и други подобни политически документи.

Но с течение на времето някои аспекти на медицинската етика се променят. Така например до преди известно време лекарите имаха правото и задължението да решават как ще лекуват пациента и не бяха длъжни да искат информираното съгласие на последния. За разлика от това декларацията за правата на пациента, разработена от Световната Медицинска Асоциация през 1995 г. започва с думите „*Напоследък отношението между лекарите, техните пациенти и обществеността претърпя значителни промени. Действайки винаги по съвест и винаги в интерес на пациента, лекарят трябва да полага точно толкова справедливи усилия, и за гарантиране автономността на пациента.*” (НМЕ, 2005) До неотдавна лекарите като цяло смятаха, че са отговорни само пред себе си, пред колегите си, а по-религиозните от тях – и пред Бога. Днес те имат допълнителни отговорности не само към своите пациенти, но и към трети страни, каквито са здравно-осигурителните и здравно-застрахователните организации, други лечебни заведения, лицензиращите и регулаторните органи, а често и към съдебните власти.

Напредъкът на медицинската наука и технологии поражда нови етични въпроси, на които традиционната медицинска етика не може да даде отговор. Генетиката, здравната информатика и технологиите за

продължаване и подобряване на живота, всички системни клинични направления на здравната система, в т.ч. и това за пластично-възстановителна и естетична хирургия, предлагат големи възможности за допринасяне на ползи на пациентите, но също така и за увреждания в зависимост от това как се прилагат на практика. За да подпомогнат на лекарите да решат и при какви условия да участват в подобни дейности медицинските асоциации използват различни аналитични методи, а не само позоваване на съществуващите етични кодекси (Медицинска етика, 1999).

### **1.7.3. Подходи към етичните проблеми в медицината**

В „Наръчник по лекарска етика” (2005) Световната медицинска асоциация утвърждава, че подходите за решаване на етичните проблеми в здравеопазването могат най-общо да се разделят на две категории: *нерационални* и *рационални*. Това в пълна мяра се отнася и за неговото системно клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия.

#### **А. Категорията нерационални подходи включва:**

- *Подчинението*, съгласно което етичността се изразява в следването на правила или инструкциите на онези, които имат власт, независимо от това дали сме съгласни с тях или не.
- *Подражанието*, според което етичността се изразява в следване примера на модела, тоест примера на по-старшите колеги. Това е може би най-характерния начин за изучаване на медицинската етика от амбициозни лекари. В случая научаването за това какво е морално се черпи от наблюдаване и възприемане на демонстрирани ценности.

- *Чувството* или желанието, съгласно което етично е онова, което чувстваме като правилно или удовлетворява желанието ни.
- *Интуицията*, състояща се в непосредствено осъзнаване на правилния начин на действие в дадена ситуация, тъй като е плод повече на разума, от колкото на волята.

### **Б. Категорията рационални подходи включва:**

- *Последователността* – тя основава взимането на етични решения върху основата на анализ на възможните последици или на резултати на различните възможности за избор или действия. Правилно действие е онова, което дава най-добри резултати. Една от най-добрите форми на последователност е утилитаризма (от термина utility – полза, т.е. „най-голямото добро за най-много хора”). Други измерители на резултата, използвани при взимането на решения в сферата на пластично-възстановителната и естетична хирургия включват ефективността на разходите и качеството на живот, което се измерва в QALYs (брой години качествен живот) или DALYs (брой години живот като инвалид).
- *Принципността* - тя използва етичните принципи като база за взимането на решения. Тези принципи се прилагат към отделни случаи или ситуации с цел вземане на решения как е правилно да се постъпи, взимайки предвид както правилата, така и последиците. Като най-важни при взимането на етичните решения в системното клинично направление „пластично-възстановителна и естетична хирургия” се открояват следните четири принципа: *зачитането на автономността, допринасянето на ползи, липсата на злоумишленост и справедливостта.*(HME, 2005)

- *Добродетелността* – тя предполага обръщане по-малко внимание на вземането на решения и повече на характера на този, който ги взима. Добродетелността е вид морална извисеност. Една от добродетелите, която е особено важна за лекарите-специалисти по пластично-възстановителна и естетична хирургия е състраданието, а другите са честността и благоразумието.

#### **1.7.4. Етични координати във взаимоотношенията между пациенти и медици**

##### **А. Комуникация и постигане на съгласие с пациенти.**

Информираното съгласие е една от централните концепции на лекарската етика днес. Правото на пациентите да вземат решения, свързани с грижата за тяхното здраве е нещо свято в законовите и етичните разпоредби в целия свят.

Необходимо условие за информираното съгласие е добрата комуникация между лекаря и пациента. Когато медицинския патернализъм беше възприеман като нормален, комуникацията беше относително проста. Днес, за да се осъществи комуникацията от лекарите се изисква много повече. Те трябва да осигурят на пациентите цялата информация, която им е необходима, за да вземат решение. В областта на пластично-възстановителната и естетична хирургия това включва обяснения на сложни диагнози, прогнози и хирургични лечебни технологии, за да могат пациентите да разберат възможностите за лечение, както и предимствата и недостатъците на всяка от тях, отговаряне на всички поставени въпроси и разбиране на решението, което е взел пациента, каквото и да е то и, ако е възможно, вникване в причините за това решение.

## **Б. Сътрудничество.**

Пластично-възстановителната и естетична хирургия е едновременно много индивидуална и много екипна специалност. *Смята се при това не без основание, че индивидуалната връзка лекар-пациент е най-доброто средство за опознаване на пациента и постигане на непрекъснатост на грижите, което е оптимално за позитивно развитие на физиологичния континуум и подобряване на физическата симетрия.*

Същевременно пластично-възстановителната и естетична хирургия е много сложна и специализирана дейност, която изисква тясно сътрудничество между практикуващите с различни, но допълващи се знания и умения. Това противопоставяне между индивидуализма и сътрудничество е въпрос от изключителна важност за теорията и практиката на медицинската етика в сферата на пластично-възстановителната и естетична хирургия.

## **В. Докладване при опасни или неетични практики.**

Медицината по традиция се гордее със статуса си на саморегулираща се професия. В замяна на привилегиите, дадени ѝ от обществото и на доверието от страна на нейните пациенти медицинското съсловие е установило високи стандарти на поведение за членовете си и дисциплинарни процедури за разследване на обвиненията за лошо поведение и ако е необходимо за наказване на сгрешилите. Тъй като тази система за саморегулация често се е проваляла, през последните години медицинските асоциации предприеха стъпки да се засили отчетността на професията и включването на непрофесионалисти (немедицински лица) за членове на регулаторните власти (анкетни комисии). От друга страна задължението за доказване на медицинска некомпетентност, за нанасяне на вреди или неправилно поведение от страна на лекари е подчертано в



кодексите за лекарска етика в повечето от страните, членуващи в Световната Здравна Организация. Например в *Международния Кодекс за Лекарска Етика* е подчертано, че „лекарят ще се стреми да разобличи онези свои колеги, които са безхарактерни и некомпетентни, както и тези, които се впускат в измами или лъжи.”. Това в пълна мяра важи и за лекарите, работещи в областта на пластично-възстановителната и естетична хирургия.

Бъдещето на медицинската етика, в това число и в *системното клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия*, ще зависи в голяма степен от бъдещото развитие на биологичните науки.

През първото десетилетие на настоящия 21 век биологичните науки и медицината еволюират с много бързи темпове и е трудно да се предвиди как ще се практикуват те в бъдеще. Бъдещето не е непременно по-добро от настоящето, като се има предвид широко разпространената политическа и икономическа нестабилност, влошаването на екологичната среда, продължаващото разпространение на ХИВ/СПИН и други потенциални епидемии (например хеморагични трески от типа **Ебола**, **Източноазиатската вирусна пневмония** и др.)

Ето защо като се има предвид невъзможността да се прогнозира бъдещето е наложително медицинската етика да бъде гъвкава и отворена за промени и настройки. Само така можем да се надяваме, че основните принципи на медицинската етика ще останат и то особено такива нейни ценности, като *състрадание, компетентност и автономност, грижа за фундаменталните човешки права и отдаденост на професионализма*.

*Каквито и промени да настъпят в медицината в резултат на развитието на науката и на обществени, политически и икономически фактори, винаги ще има пациенти, които ще имат нужда от лечение и от здравни грижи. По традиция медиците*

*извършват диагностика, лечение и рехабилитация, заедно с други дейности като здравна промоция и профилактика на заболявания. Въпреки, че балансът на тези дейности в бъдеще може да се промени, най-вероятно медиците ще продължат да играят важна роля във всички тях. Тъй като всяка дейност е свързана с много етични предизвикателства, медиците трябва непрекъснато да се информират за развитието на биоетиката (в това число медицинската етика) и за останалите аспекти на медицинската наука и практика.*

## 1.8. Психосоциални аспекти на здравните услуги.

Психосоциалните аспекти на здравните услуги са ключов фактор за поддържане стабилитета на физиологичния континуум и физическата издръжливост, както на индивида, така и на общността (Macnair R., 2009). Системната оценка на ефектите върху здравето от променящата се психосоциална среда, особено когато това е свързано с технологиите, работата и урбанизацията е от изключителна значимост, поради което тя трябва да бъде последвана от действия, които гарантират ползи за здравето.

Концептуално това означава при предоставянето на здравната услуга лекарят, отчитайки психофизиологичния и социалния статус на пациента, да предприеме необходимите професионални действия за ранна диагностика и лечение на депресивни състояния, особено на такива, породени от употребата на вещества, водещи до зависимост или от новите форми на пристрастяване, свързани с виртуалния свят на интернет (ЕРБО/СЗО, 2012).

В този смисъл важна задача на всяко системно клинично направление (включително *системното клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия*) на здравната система е да поддържа здравината на трите слона, върху които се крепи и позитивно развива здравето на индивида, семейството и общността: физическото, душевно и социално благополучие.

Системният принос в изпълнението на тази задача ще доведе до формиране на успешно поведение, поведение, което е адаптивно, подходящо за условията, в които индивида се намира в определен период от живота и дейността си.

Авторите на „*Навигацията на поведението*” (Байкушев С., Байкушев К., 2003) считат, че успешното поведение в неговия социално-

психологичен контекст трябва да бъде флексибилно, за да осигури адаптивност към условията, както в момента, така и в развитие. Това според тях е механизъм, който осигурява ултрастабилност на индивида и системата и шанс за постигане на по-добри резултати.

## **ВТОРА ГЛАВА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО**

**2.1. Цел** - Да се изучат, идентифицират и анализират естетичните, етичните и психосоциалните фактори свързани с обществените нагласи към системното клинично направление „*пластично-възстановителна и естетична хирургия*” и разработят принципи и категории за разширяване и диверсификация на неговия предметен обхват.

### **2.2. Задачи**

1. Разработване на въпросник за провеждане на социологично изучаване на обществените нагласи към системното клинично направление „*пластично-възстановителна и естетична хирургия*”
2. Идентифициране на водещите принципи и закономерности при потребителското търсене на здравни услуги от предметния обхват на системното клинично направление „*пластично-възстановителна и естетична хирургия*”.
3. Изследване на връзката между вида и количеството на потребителските нагласи към здравните услуги предоставени от системното клинично направление „*пластично-възстановителна и естетична хирургия*” и характеристиката на потребителския контингент по: пол, възраст, образование, месторабота и местожителство.
4. Анализ на потребителската удовлетвореност от качеството на предоставените пластично-възстановителни и естетични хирургични услуги.

### 2.3. Термини, обект на изследването, единици на наблюдението:

Термините и определенията използвани в проучването са съгласно „Глосариума на най-често ползваните термини и определения в организацията и управлението на здравеопазването” (39), American marketing association – Marketing Definitions (47) „БДС EN ISO 9001:2008 – СУК” (59).

Обект на проучването са обществените нагласи към естетичните, етичните и психосоциалните координати на практическата пластично-възстановителна и естетична хирургия и на тяхната зависимост от характеристиката на изследваната съвкупност.

Единици на наблюдението са всички анкетирани лица от изследваната съвкупност с разработения въпросник за социологично проучване на обществените нагласи към системното клинично направление „пластично-възстановителна и естетична хирургия”.

Изследването се провежда върху случайна извадка от стационарни телефонни номера на територията на България с обем на извадковата съвкупност 1000 души над 18 годишна възраст.

Изследваната съвкупност се разпределя по групи на основание на следните нейни характеристики: пол, възраст, образование, месторабота и местоживееене.

Признаците на наблюдение се съдържат в разработения въпросник и са в следните насоки:

- ✓ професионалната, битовата, половата, възрастовата и образователната характеристика на всяко лице от изследваната съвкупност;

- ✓ отношението към пластично-възстановителната и естетична хирургия;
- ✓ нагласите сред хората ползвали или желаят да ползват пластично-възстановителни и естетични хирургични услуги;
- ✓ нагласите сред хората, които изразяват готовност да се подложат на пластично-възстановителна-естетична оперативна интервенция;
- ✓ нагласите сред хората, които се колебаят или не биха искали пластично-възстановителни и естетични хирургични услуги;
- ✓ ползваните канали на информацията относно услугите и новостите в пластично-възстановителната и естетична хирургия;
- ✓ изборът на лекар-специалист по пластично-възстановителна и естетична хирургия;
- ✓ нагласите за пластично-възстановителни и естетични хирургични интервенции на тялото или на лицето.
- ✓ общите нагласи, относно пластично-възстановителната и естетична хирургия;

Анкетата е проведена е през м. май 2015 г.

Събраната информация е обработена и анализирана статистически чрез сортиране в статистически таблици и диаграми, отразяващи търсените закономерности.

За идентифициране на обществените нагласи към услугите, представяни от системното клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия като резултат от социологичното проучване и за целите на анализа на тяхната естетична, етична и психо

социална съдържателност, се прилагат анкетни, статистически и графични методи.

## 2.4. Методи на проучването:

### Социологическо проучване - анкета

Въпросите в анкетата са разпределени в девет групи:


- ✓ Първа група въпроси включва характеристика на изследвания контингент по пол, възраст, месторабота, местоживеене и образование.
- ✓ От втора до девета група са общо 20 въпроса изследващи обществените нагласи към пластично – възстановителната и естетична хирургия.

### Статистически методи включващи:

#### параметрични методи:

- Вариационен анализ – при описание на количествени признаци;
- Алтернативен анализ – при качествени величини, предоставени чрез абсолютни честоти и относителни дялове;
- Статистически таблици: елементарни, групови, комбинирани;

#### системен индексен анализ

-  графични методи – за нагледно представяне на резултатите: линейни, плоскостни и кръгово-линейни диаграми.



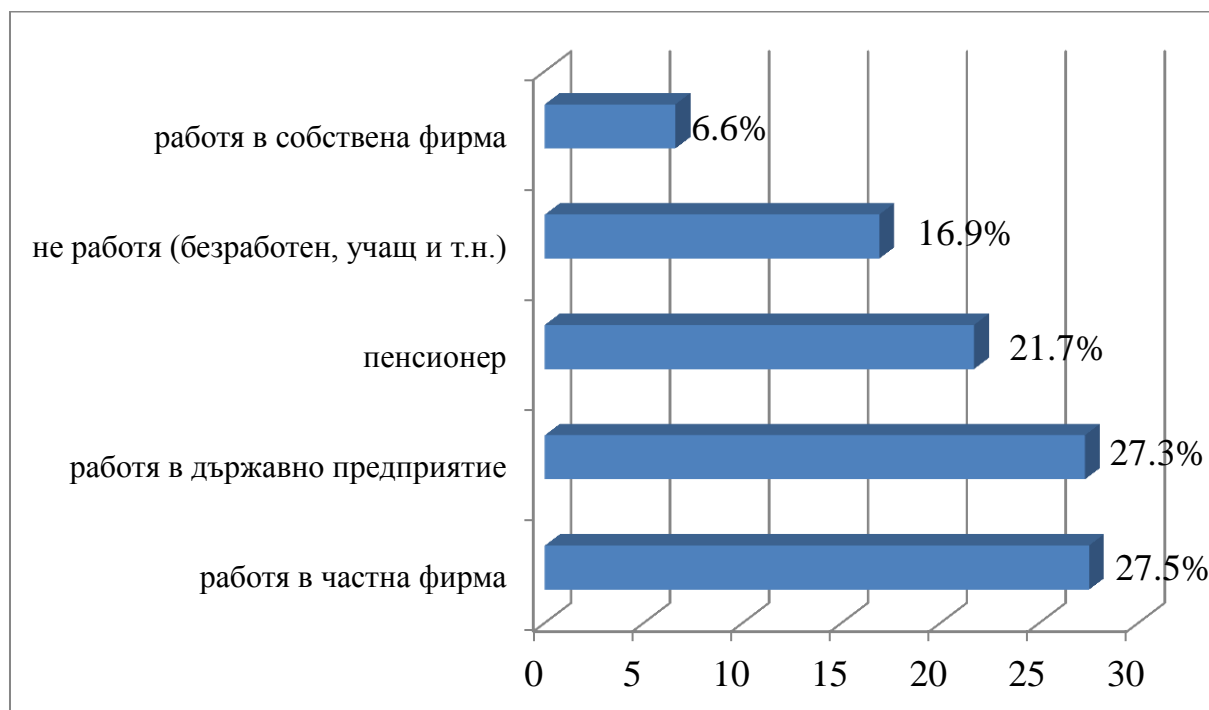
## ГЛАВА ТРЕТА. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

### 3.1. Характеристиката на лицата от изследваната съвкупност по показателите: месторабота, местоживеене, пол, възраст и образование.

Изследваната съвкупност се състои от 1000 български граждани над 18-годишна възраст и представлява случайна извадка от стационарни телефонни номера на територията на България, които са участвали в анкетното проучване. Проучването е проведено през м. май 2015 година.

Получените резултати показват следните зависимости:

1. По месторабота преобладават работещите в държавни предприятия, в частни фирми и пенсионерите – 76,9%, а неработещите (безработни, учащи, домакини) са 16,9% / $\pm 1.19\%$ / /Фигура 7/. Почти еднакъв е относителният дял на работещите в държавни и частни фирми /съответно 27.3% и 27.5%/.



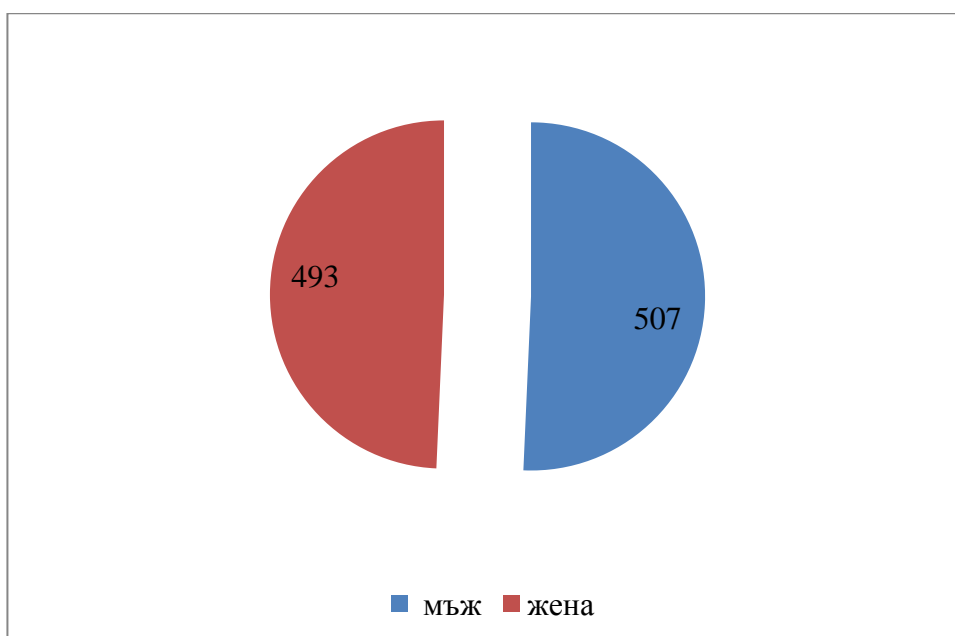
**Фиг. 7.** Относителен дял на анкетираните в зависимост от тяхната месторабота

2. По местоживеене - преобладават живеещите в градовете (столица, областни центрове, други градове) – 75%. Живеещите в селата са 25% /Таблица 1./.

населено място	брой	относителен дял /%/	Sp
областен град	328	32.8	1.48
село	250	25	1.37
друг град	228	22.8	1.33
столица	194	19.4	1.25
общо	1000	100	

**Таблица 1.** Местоживеене - брой и относителен дял

3. По пол съотношението между мъже/жени е почти равно – 50,7%:49,3% /Фигура 8/.



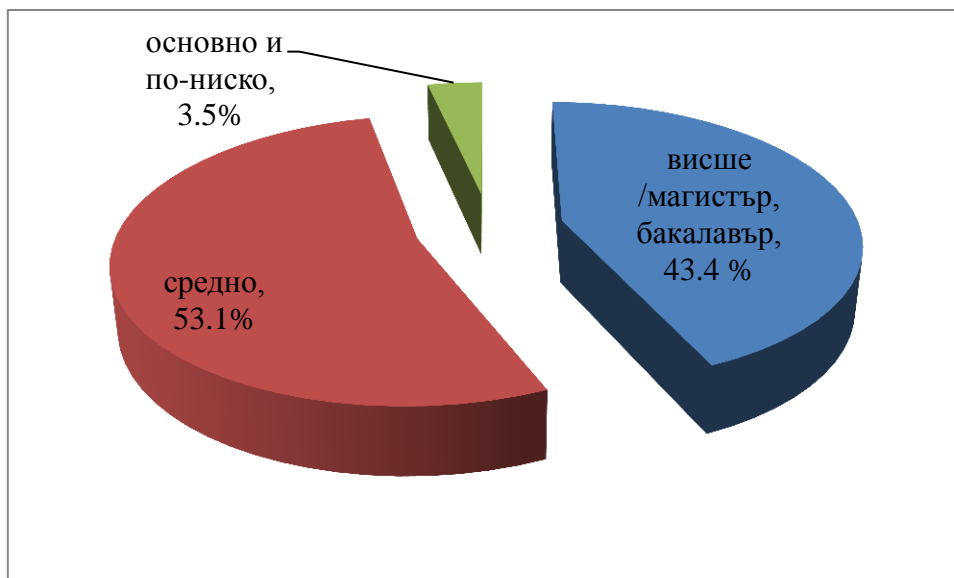
**Фиг. 8.** Разпределение на анкетиранияте по пол /брой/

4. По възрастови групи лицата от 18 до 60-годишна възраст (т.е. в активната възрастова група) са общо 74,2%, а тези над 61 години са 25,8%.

<b>възрастова група</b>	<b>брой</b>	<b>относителен дял /%/</b>	<b>Sp</b>
18-30 години	203	20.3	1.27
31-40 години	179	17.9	1.21
41-50 години	180	18	1.21
51-60 години	180	18	1.21
61+ години	258	25.8	1.38
общо	1000	100	

**Таблица 2.** Разпределение на анкетираните по възраст – брой и относителен дял

5. По образование преобладават лицата с висше и средно образование – 96,5% /съответно 434 анкетирани с висше и 531 със средно образование/, а тези с основно и по-ниско от основно са 3,5% / $\pm 0.58\%$ / / 35 броя/ /Фигура 9/.



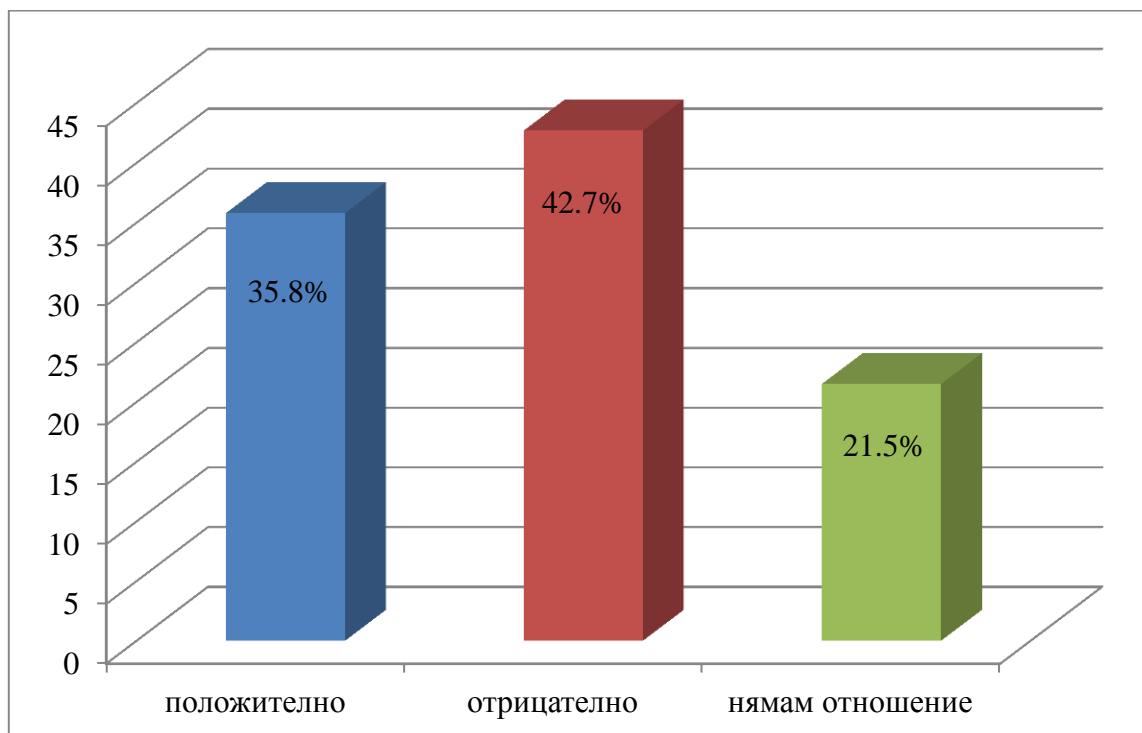
**Фиг. 9.** Образование на участниците в проучването – относителен дял

6. Услугите, предлагани от „*системното клинично направление пластично-възстановителна и естетична хирургия*” биха били ползвани от около 14% от хората с личен нетен средномесечен доход до 500 лева, 21% от тези с доход между 500 и 1000 лева и 23% от хората с доход над 1000 лева.

### **3.2. Принципно отношение на изследваните към пластично-възстановителната-естетична хирургия и нейното приложение**

Резултатите от изследването (фиг. 10) показват, че 358 (35,8%  $\pm$ 1.52%) от интервюираните 1000 пълнолетни български граждани по принцип имат положително отношение към пластично-възстановителната и естетична хирургия. Отношението на 427 (42,7%  $\pm$ 1.56%) от същите интервюирани е отрицателно. 215 (21,5%  $\pm$ 1.30%) отговарят, че нямат отношение към пластично-възстановителната и естетична хирургия.

Най-вероятно причината за това отношение към пластично-възстановителната и естетична хирургия се дължи на факта, че по-голяма част от хората я свързват единствено и само с процедурите осъществявани с цел разкрасяване, а не отчитат факта, че този вид хирургия се използва и е единствения метод на лечение и при медицински показания /напр. тежки изгаряния и травми/.



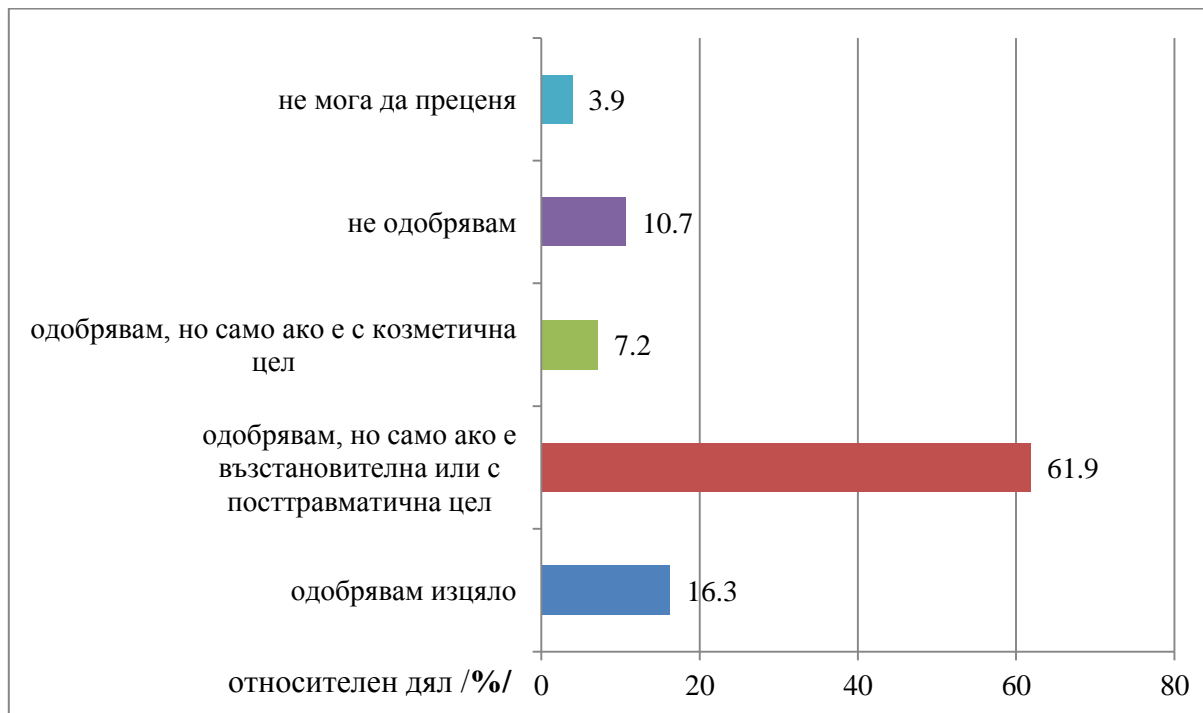
**Фиг. 10.** Какво е отношението Ви към пластично-възстановителната и естетична хирургия.

Анализът на резултатите във връзка с положителното отношение към пластично-възстановителната и естетична хирургия в зависимост от показателите пол, възраст и местоживееене е следния:

- ✓ 188 или 37% от мъжете и 172 или 35% от жените
- ✓ 84 или 47% от хората във възрастовата група от 31 до 40 години; 81 или 40 % в групата 18-30 години; 68 или 38% в групата 41 до 50 години и 123 или 29% в групата 51+ години.

- ✓ 103 или 45% жители на градове; 68 или 35% жители на столицата; 149 или 35% жители на областни центрове и 72 или 29% жители на села.

На въпросът за принципното отношение към пластично възстановителната и естетична хирургия са получени следните резултати /Фигура 11/.



**Фиг. 11.** Одобрение на приложението на пластично-възстановителната и естетична хирургия

- ✓ 619 или 61.9 %  $\pm 1.54\%$  от интервюираните 1000 пълнолетни български граждани одобряват приложението на пластично-възстановителната и естетична хирургия единствено при условие, че е с възстановителна или посттравматична цел, т.е. налице са медицински показания за ползване на услугите на този вид хирургия;

- ✓ 163 или 16,3% / $\pm 1.17\%$ / - одобряват изцяло – независимо каква е причината за приложението на пластично – възстановителната и естетична хирургия;
- ✓ 72 или 7,2% / $\pm 0.82\%$ / одобряват, но само ако е с козметична цел;
- ✓ 107 или 10,7% / $\pm 0.98\%$ / заявяват, че изобщо не одобряват приложението на пластично-възстановителната и естетична хирургия, независимо дали е по медицински показания или не;
- ✓ 39 или 3.9% / $\pm 0.61\%$ / отговарят, че нямат мнение (не могат да преценят).

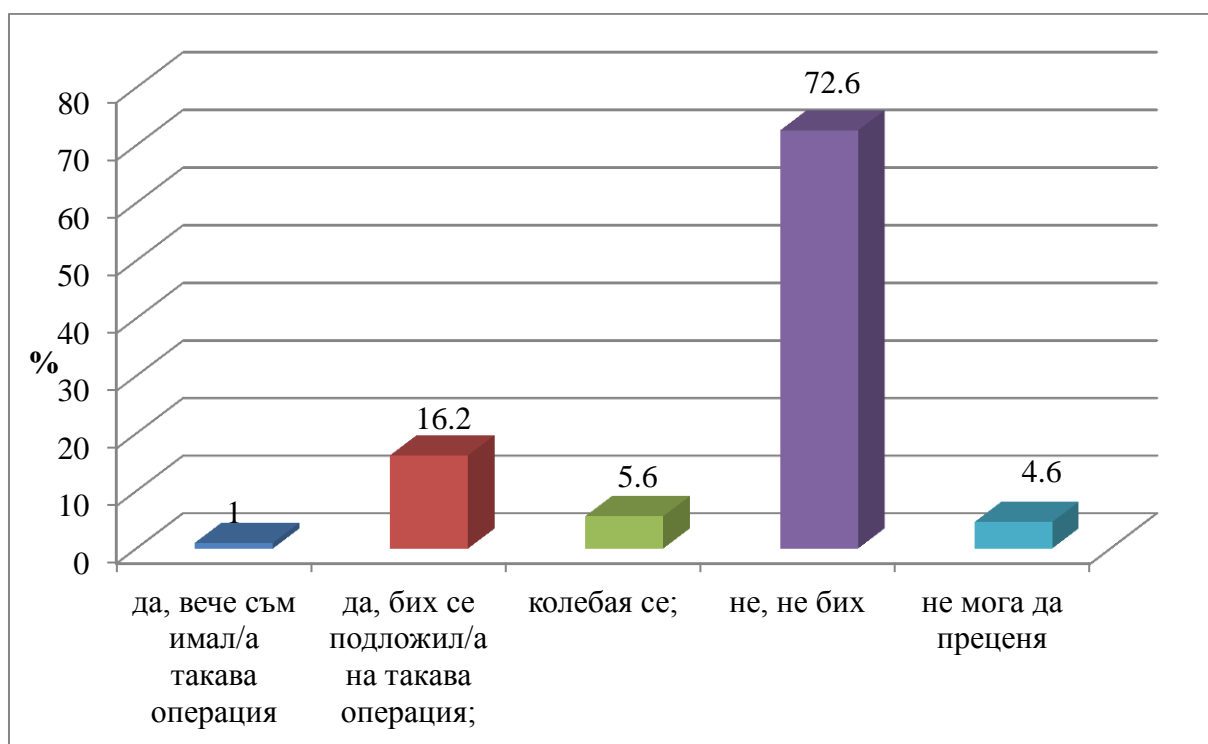
Данните, посочени нагледно във фигурите 10 и 11 и в съпровождащият ги по-подробен дескриптивен анализ показват, че обобщения съвкупен резултат от отговорите на втората група въпроси е еманация на промислена интелектуална, попадаща в целта инициатива за по-дълбока наблюдателност, деловитост и изчерпателност на този фрагмент от проведеното изследване. Защото въпреки скромния му обхват, посоченият съвкупен резултат съдържа обобщения на обществените нагласи относно принципното отношение на хората към пластично-възстановителната и естетична хирургия и нейното приложение.

Следва обаче да се отбележи, че тези обобщения, покриващи многобройните емпирични факти са постигнати по пътя на ситуационния системен анализ и проспективния системен синтез.

### 3.3. Нагласата на изследваните да се подложат на пластично-възстановително-естетична хирургична интервенция.

Регистрираните и анализирани резултати на отговорите на въпроса „бихте ли се подложили на пластично-възстановителна и естетична хирургична интервенция“ показват (фиг. 12), че:

- ✓ 10 лица (1%  $\pm$ 0.31%) вече са ползвали такава хирургична интервенция;
- ✓ 162 лица (16,2%  $\pm$ 1.17%) заявяват, че биха се подложили на такава интервенция;
- ✓ 56 лица (5,6%  $\pm$ 0.73%) се колебаят;
- ✓ 726 лица (72,6%  $\pm$ 1.41%) заявяват, че не биха се подложили на пластично-възстановително-естетична хирургична интервенция;
- ✓ 46 лица (4,6%  $\pm$ 0.66%) отговарят, че не могат да преценят.



**Фиг. 12.** Бихте ли се подложили на пластично-възстановително-естетична хирургична интервенция



Механичният сбор на тези, които вече са се възползвали от такава интервенция /1%/ плюс имащите такава нагласа /16,2%/ и колебаещите се /5,6%/ съставят общо 22,8% , или 228 човека от изследваната съвкупност (1000 български граждани над 18 годишна възраст). Следователно по-малко от  $\frac{1}{4}$  от интервюираните биха се подложили на пластично – възстановителна и естетична хирургия.

Екстрактът, извлечен от отговорите на тази група въпроси, като воля и представа на хората от изследваната съвкупност е по същество морална проекция на техния *opus vitae* (интегриран естетичен-етичен-психосоциален контекст).

### **3.4. Причините, поради които анкетирания биха желали да се подложат на пластично-възстановителна естетична операция и очакваните от тях резултати**

Основа на този пореден многообхватен секторен анализ в дисертационната работа е информацията, съдържаща се в резултатите от отговорите на третата група въпроси, съгласно която 162 лица или 16,2% от интервюираните български граждани над 18-годишна възраст биха желали да се подложат на пластично-възстановителна-естетична интервенция (фиг. 12).

Съдейки по регистрираните данни:

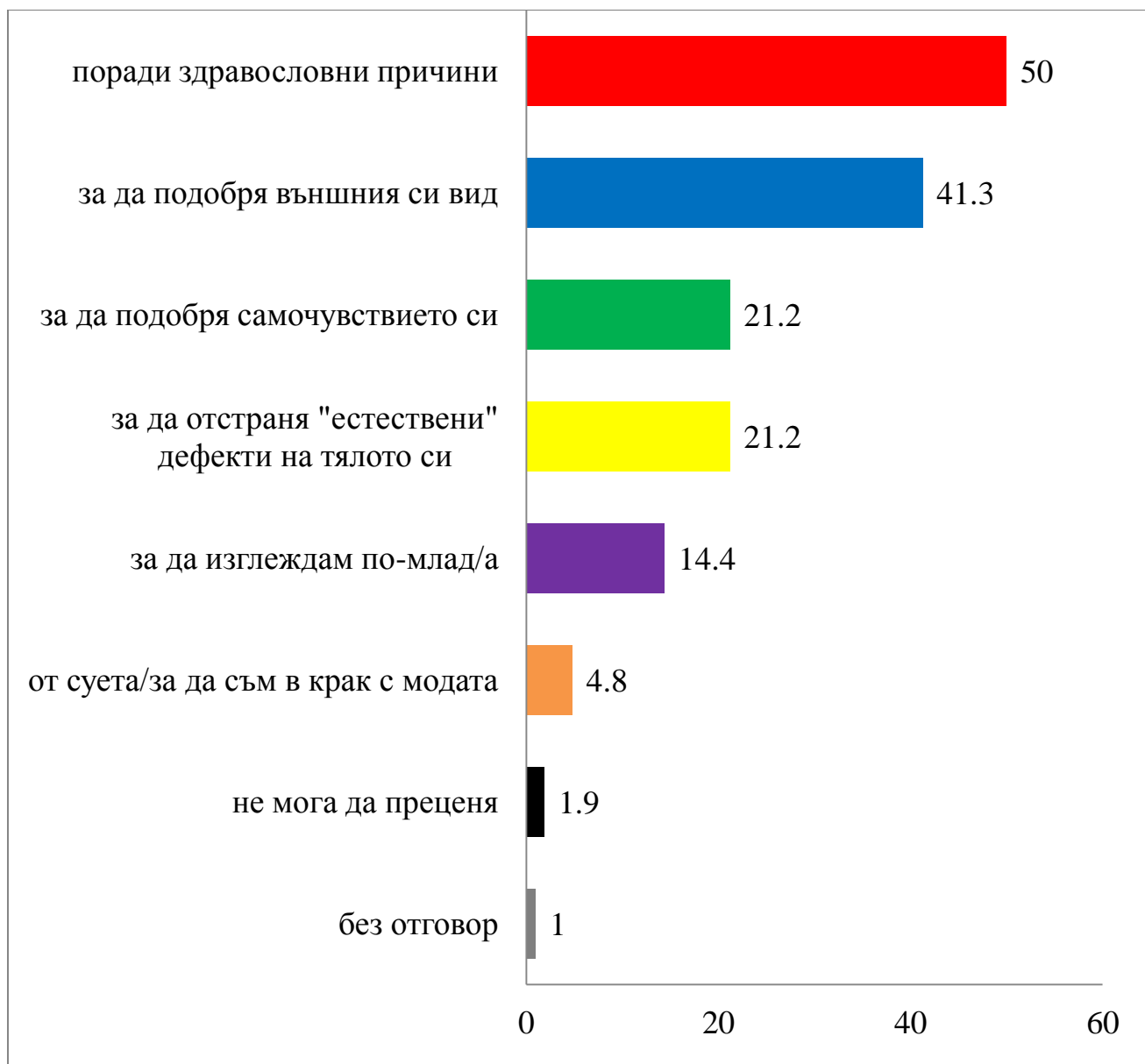
*Поводи за такова желание /ползване на пластично-възстановителната и естетична хирургия/ биха били:*

- ✓ здравословни причини – 50% / $\pm 3.39\%$ /;
- ✓ подобряване на външния вид – 41,3% / $\pm 3.87\%$ /;
- ✓ подобряване на самочувствието – 21,2% / $\pm 3.21\%$ /;
- ✓ отстраняване на „естествени“ дефекти на тялото – 21,2% / $\pm 3.21\%$ /;
- ✓ подмладяване на външния изглед – 14,4% / $\pm 2.76\%$ /;
- ✓ суетност/желание за „крак с модата“ - 4,8% / $\pm 1.68\%$ /;
- ✓ 1,9% /1.07%/ от интервюираните са отговорили, че „не могат преценят“, а 1% не са отговорили.

Посочените данни са представени на графично фиг.13

Прави впечатление мотивацията по чисто здравни потребности: здравословни причини – 50% + „отстраняване на естествени дефекти на тялото 21,2% = 71,2%, независимо от обяснението в забележката. Това показва, че хората възприемат предназначението на този вид хирургия като необходима при наличието на здравословен проблем или недъг. Докато тези, който биха използвали услугите на пластично-възстановителната и

естетична хирургия само за да подобрят външния си вид или за да подобрят самочувствието си са само по 20% от анкетиранияте. Около 14% са тези, които искат да изглеждат по-млади и с тази цел биха използвали услугите на анализирания вид хирургия.



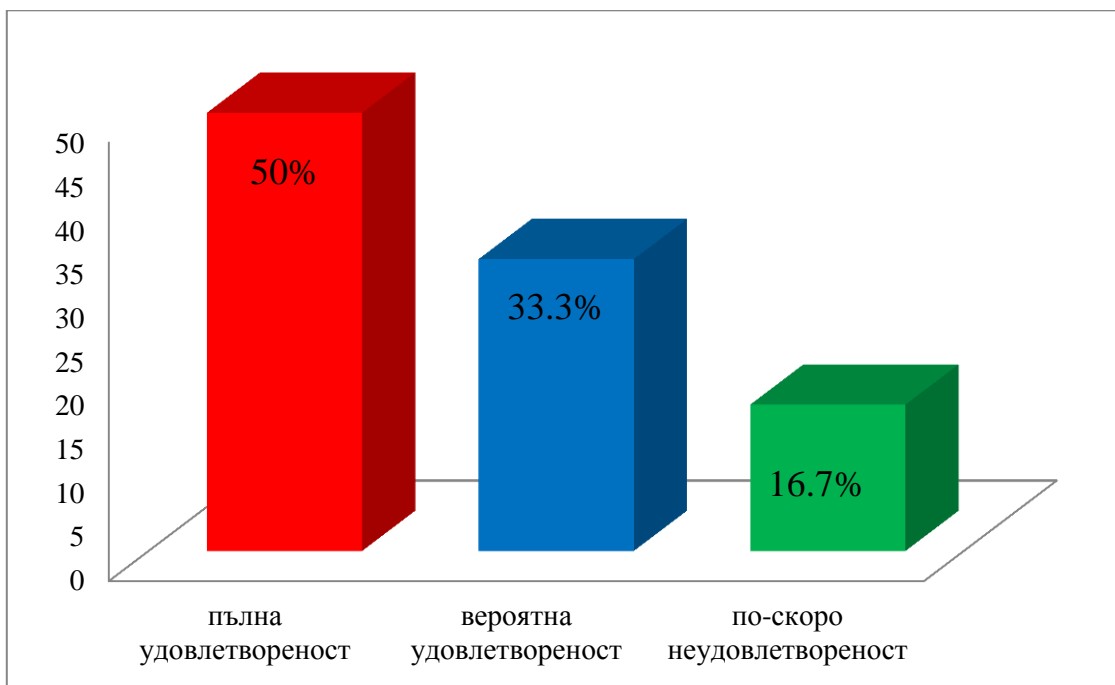
**Фиг. 13.** Причини, по повод на които интервюираните лица биха желали да се подложат на пластично-възстановителна-естетична интервенция /в проценти/

*Забележка:* Сбора на относителните величини на посочените данни е по-голям от 100%, поради регистрирането на повече от един отговор на въпросите.

*Очакваната удовлетвореност* от резултатите от евентуално пожеланата пластично-възстановителна-естетична операция би била както следва (фиг. 14):

- ✓ пълна удовлетвореност от 81 лица (50% ±3.93%);
- ✓ вероятна удовлетвореност от 54 лица (33,3% ±3.70%);
- ✓ по-скоро неудовлетвореност от 27 лица (16,7% ±2.93%);

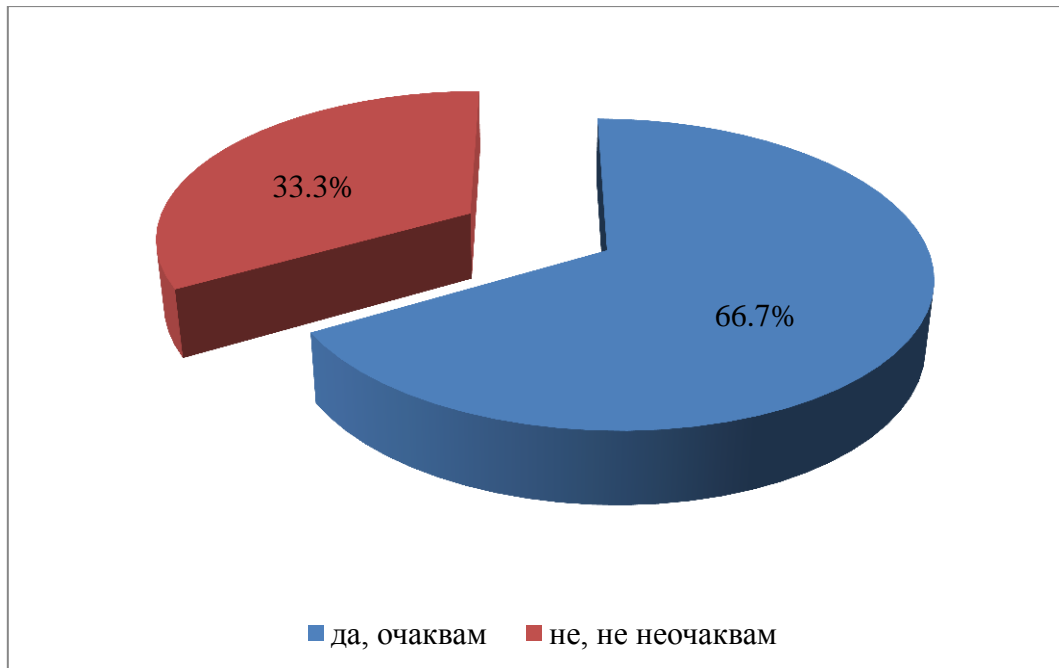
Видно от текста и от двете фигури е, че очакваната удовлетвореност  $50\% + 33,3\% = 83,3\%$  е със изключително висока стойност. Това, макар и в авансов контекст показва доверието на изследваните лица във физиологичните, етичните и естетичните достойнства на пластично-възстановителната и естетична хирургия.



**Фиг. 14.** Очаквана удовлетвореност

*Очакваните по-добри успехи в работата* в резултат на евентуално пожелана пластично-възстановителна-естетична операция, биха били както следва (фиг.15):

- ✓ да, очаквам са заявили 108 лица (66,7%  $\pm$ 3.70%)
- ✓ не, не очаквам са отговорили 54 лица (33,3%  $\pm$ 3.70%)



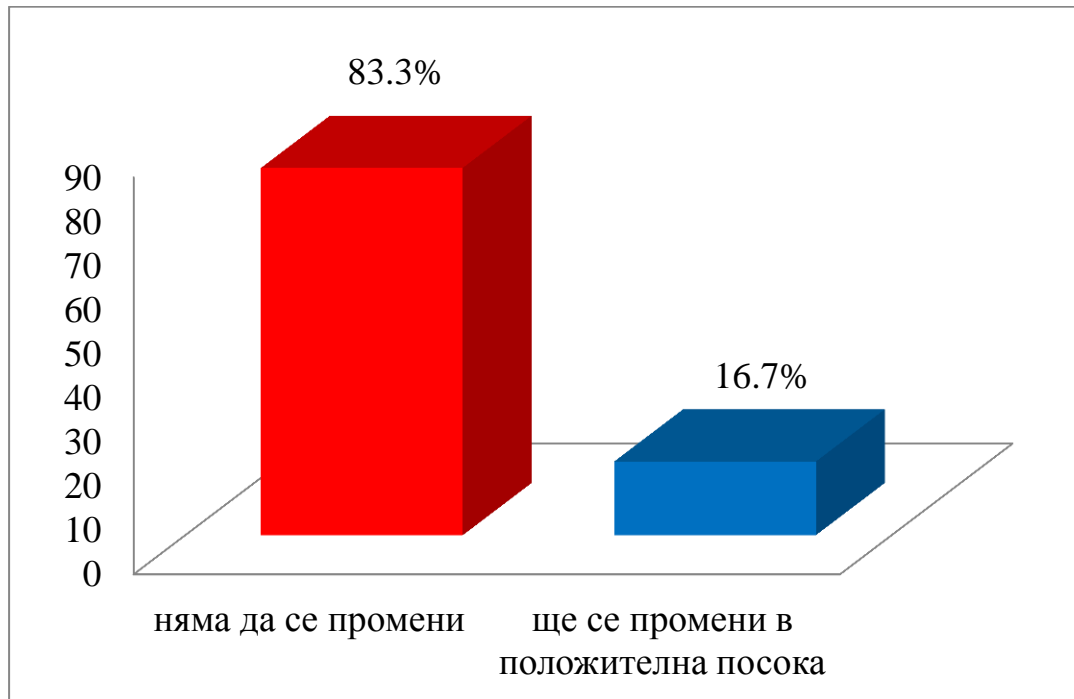
**Фиг. 15.** Очакване за промяна в работата след пластично-възстановителна-естетична операция

Информацията, съдържаща се във фигура 15 отразява надеждата на 67% от лицата, които биха ползвали услугите на пластично - възстановителната - естетична хирургия, че индивидуалната производителност на труда им ще се повиши, а от там - професионалните им успехи и материалното им състояние.

*Очаквани промени в отношението на колегите* в службата (фирмата) към тези от тях, които ще се подложат на пластично-възстановителна-естетична интервенция.

Данните от изследването показват (фиг. 16 и фиг. 17), че:

- ✓ няма да се промени отношението на колегите им към тях – това становище е изразено от 135 или 83,3% от анкетираните лица;
- ✓ ще се промени в положителна посока – това становище е изразено от 27 или 16,7% от анкетираните лица.



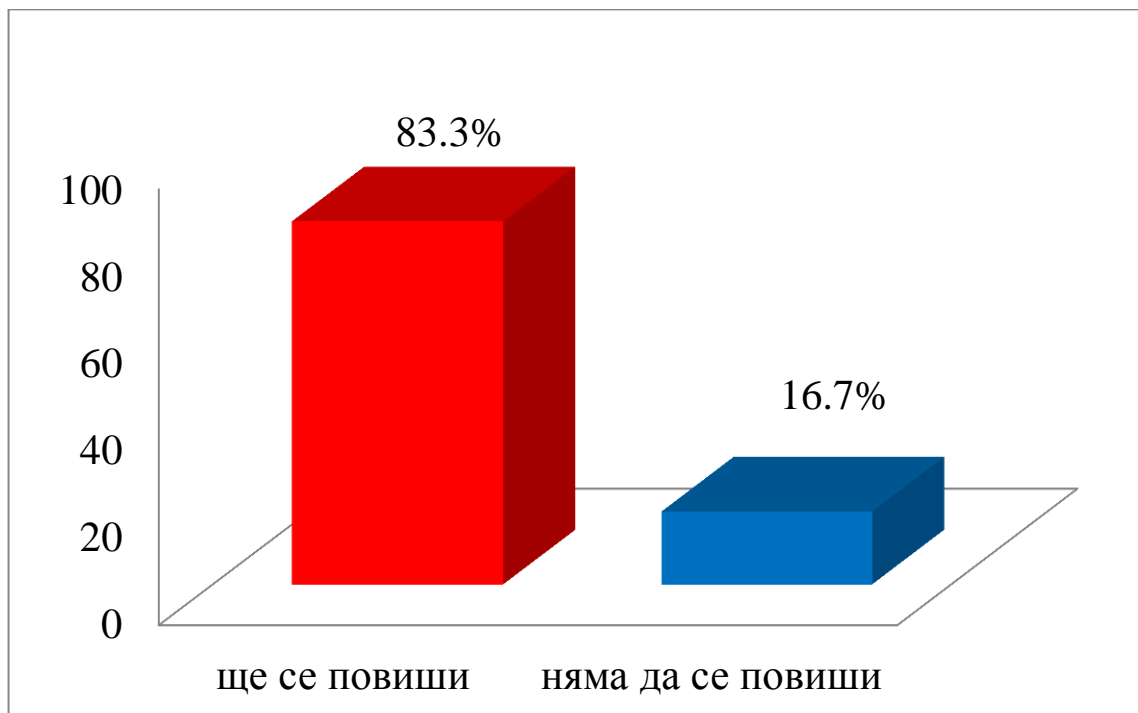
**Фиг. 16.** Очаквания за промяна в отношението на колегите след ползване на пластично-възстановителната-естетична хирургия

Първоначалният прочит и повърхностен анализ на тези данни говори за противопоставяне на резултати. Но всъщност те се припокриват и очертават вектор в положителна посока в оценката на достойнствата на пластично-възстановителната и естетична хирургия. Защото няма по-добра колегиална ситуация от тази, при която добрите отношения са останали непроменени или променени в положителна посока и при липса на изявления за промяна в отрицателна посока.

*Очаквано повишаване на самочувствието на лицата, които биха се подложили на пластично-възстановителна-естетична интервенция.*

Информацията, получена от отговорите на лицата, които имат нагласа да се подложат на пластично-възстановителна-естетична интервенция показва, че (фиг. 17.):

- ✓ 135 лица или 83,3% очакват самочувствие, изразено в самоувереност и вътрешно осъзнато задоволство от постигнато по-добро равновесие във физиологичния континуум и в по-изискана физическа симетрия;
- ✓ 27 лица или 16,7% считат, че няма да настъпят промени в самочувствието им след евентуално извършена такава интервенция.



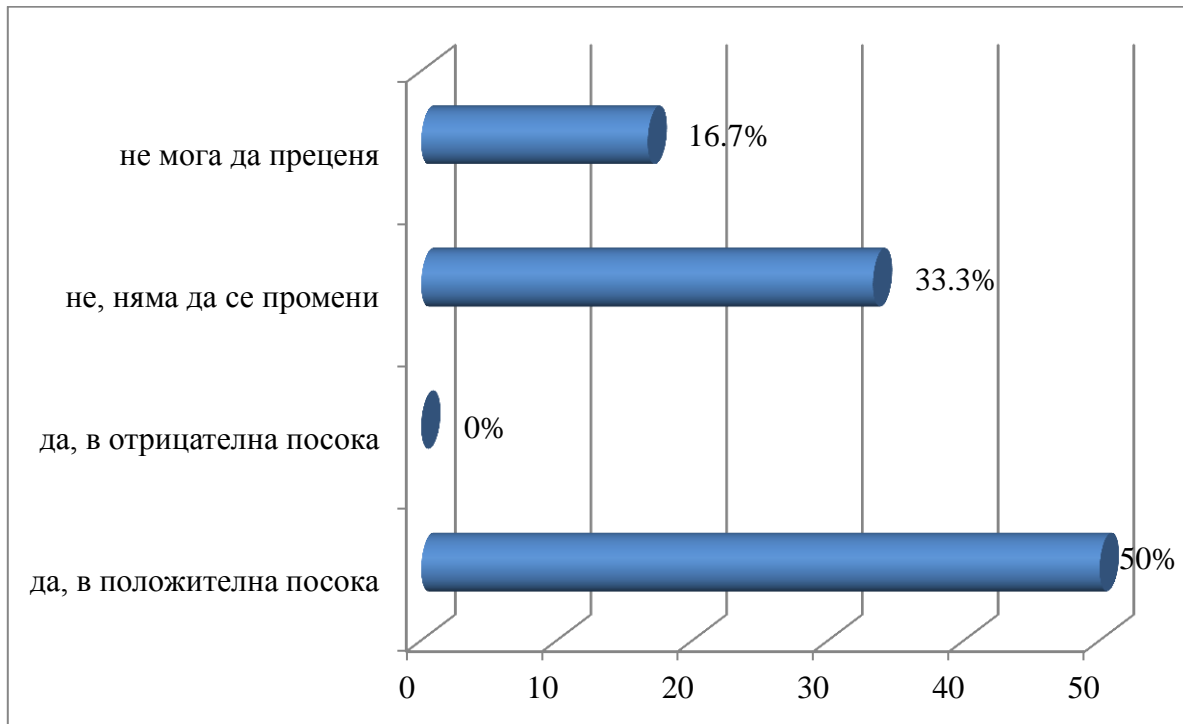
**Фиг. 17.** Очаквана промяна в самочувствието след ползване на услугите на пластично-възстановителната-естетична хирургия

*Очаквано подобряване на социалния статус на лицата, които биха се подложили на пластично-възстановителна-естетична хирургия.*

Регистрираните данни, съдържащи се в отговорите на въпроса за такова очакване показват, че (фиг. 18.):

- ✓ 81 лица (50%) очакват социалният им статус да се промени в положителна посока;

- ✓ 54 лица (33,3%) не очакват промени в социалния им статус;
- ✓ 27 лица (16,7%) отговарят, че не могат да преценят;
- ✓ нито едно от интервюираните лица не очаква промяна в социалния си статус в отрицателна посока.



**Фиг. 18.** Очаквано подобряване на социалния статус при евентуално ползване на пластично-възстановителна-естетична хирургична услуга

Резултатите от дескриптивния и графичния анализ на 6-те позиции на този раздел от дисертационното изследване изискват по-детайлна числова интерпретация, както за нагласата на хората от изследваната съвкупност, така и за съотносимата им група лица от общата популация в страната. Получените данни от посочената интерпретация са изложени в табличен вид, както следва:

Не може да се игнорира факта, че мисловната концентрация, изградена от отговорите на четвъртата група въпроси отразява стремежът



на хората от изследваната съвкупност към откриване на единство в многообразието на предоставяните от системното клинично направление „пластично-възстановителна и естетична хирургия” здравни услуги и към постигане на естетично, етично и психосоциално задоволство от тях. Този интелектуален конструктивизъм обяснява защо пластично-възстановителната и естетична хирургия има значителен брой привърженици. Нещо повече – това показва, че той – мисловният интелектуален конструктивизъм, извлечен от отговорите на четвъртата група въпроси отразява задоволството, което пораждаат пластично-възстановителните-естетични услуги, задоволство като наслада предимно от комплексно естество не само в безпроблемно протичащите физиологични процеси в човешкия организъм, но и в усъвършенстваните му симетрични пропорции.

Анализ на данните от отговорите за причините, възпиращи лицата, които не желаят, се колебаят или неможещи все още да преценят дали да ползват пластично-възстановителни-естетични услуги на брой 827 или 82,7% от изследваната съвкупност.

Нагледно този анализ е представен на фиг. 19.



**Фиг. 19.** Причини за възпиране (нежелание от ползване на пластично-възстановителна-естетична интервенция)

*Забележка:* Сумата от процентите е по-висока от 100%, тъй като в условието на интервюто е допустимо да се дадат до три отговора.

Анализът на данните от фигурата по горе показва, че:

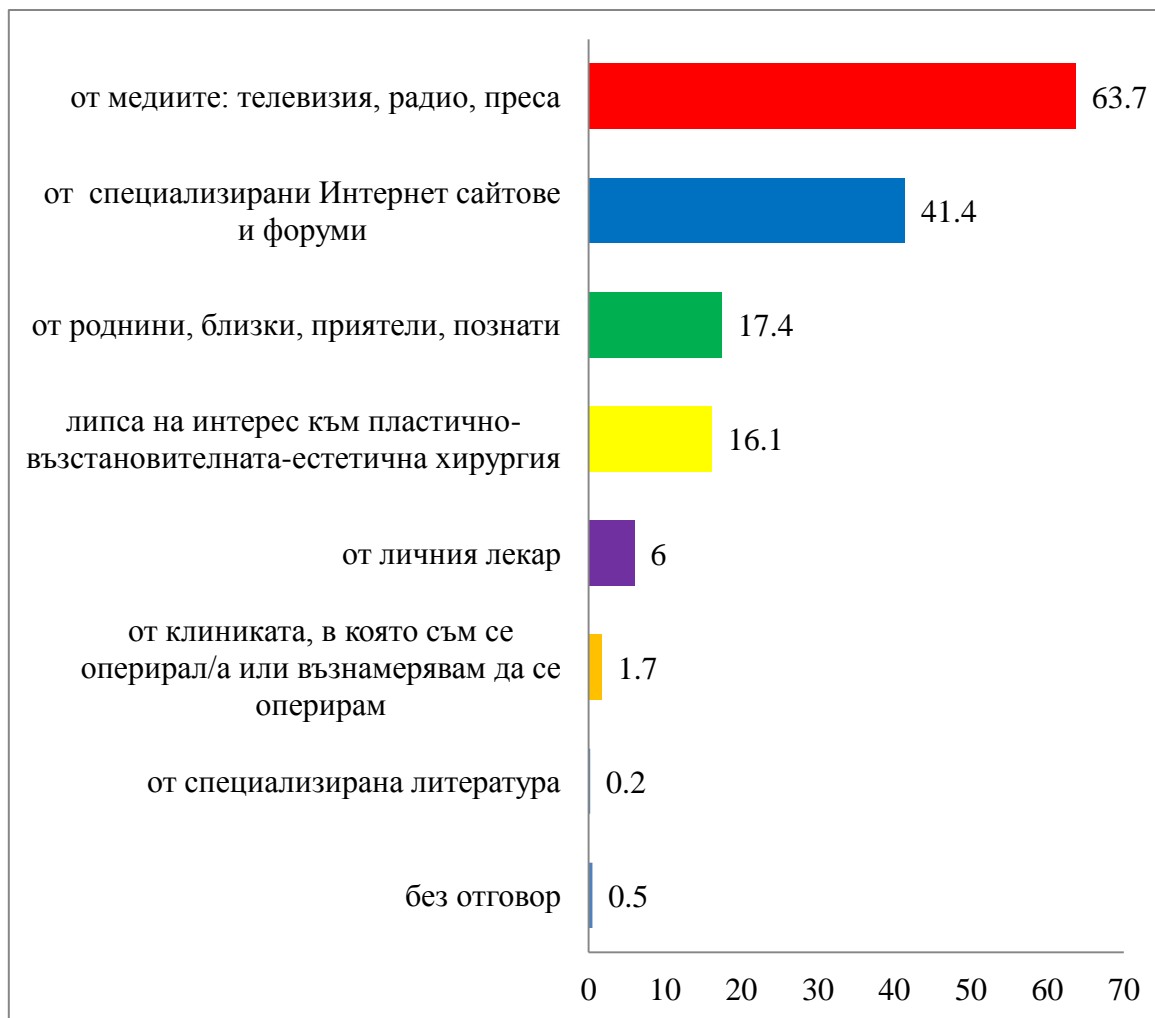
1. Основната причина във формирането на възпиране от пластично-възстановителни-естетични услуги е недостатъчната информираност на населението за ползите от тях. Това по същество е недобър атестат на комуникационната стратегия на маркетинга, провеждан по цялата верига на системното клинично направление „пластично-възстановителна и естетична хирургия”.

2. Немалък е и относителния дял на лицата, които се възпират поради страх /25.8%/, продиктуван от увреждане на здравето. Това също говори за недостатъци в комуникацията – незаменими медиатори, на която биха били структурите във всички етажи на пирамидалната структура на лечебния сектор на здравната система.

3. Причината *„липса на доверие към лекарския екип”* /7.8%/, макар и малка като относителна величина е тревожна. Вероятно тя се дължи на *„дефектни”* интервенции, извършени по волонтаристични подбуди от лекари-аматьори в тази изключително деликатна сфера на системния клиничен отрасъл *„хирургия”*.

### **3.5. Анализ на данните от отговорите на въпросите за ползваните информационни канали, относно услугите и новостите в сферата на пластично-възстановителната-естетична хирургия**

Данните от проучването показват, че хората получават информация относно услугите и новостите в пластично-възстановителната и естетична хирургия така, както е посочено систематизирано на фиг. 20.



**Фиг. 20.** Източници за ползване на информация относно услугите и новостите в пластично-възстановителната и естетична хирургия (дадена е възможност за посочване до три отговора).

*Забележка:* Сумата от процентите е по-голяма от 100%, тъй като е посочван повече от един отговор.

От фиг. 20. става ясно, че:

Хората получават информация относно услугите и новостите в пластично-възстановителната-естетична хирургия, главно по каналите за масова информация: телевизия, радио, преса, списания /63.7%  $\pm$ 1.52%/, специализирани интернет сайтове и форуми /41.4%  $\pm$ 1.56%/. От това следва, че неизмеримата численост на аудиторията, която е в обхвата им трябва да се наблюдава внимателно и компетентно, предвид възможността

за проникването на недопустима от медицинската наука информация за пластично-възстановителни и естетични практики, водещи до увреждане на здравето.

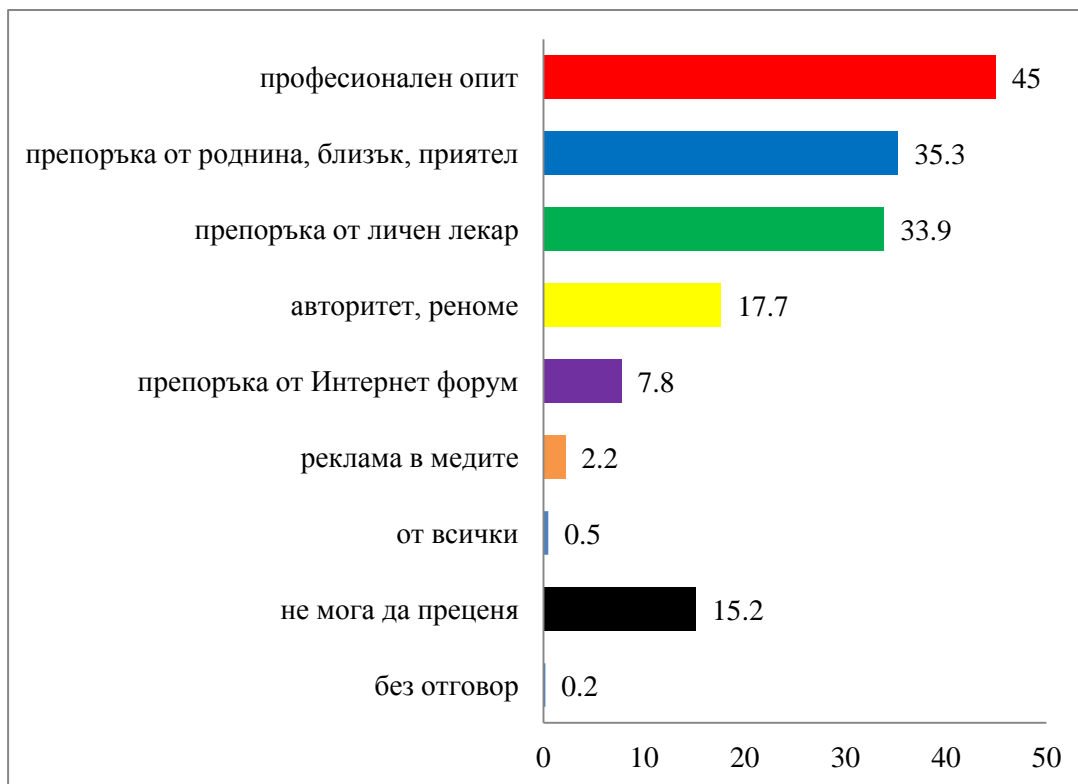
Информационните канали в лицето на близки, роднини, приятели и познати /17.4%  $\pm$ 1.20%/, както и тези в лицето на личните лекари /6%  $\pm$ 0.75%/ са скромни по своя обхват. В бъдеще обаче е необходимо да се обърне по-специално внимание на институцията лични (фамилни) лекари, в която хората биха получили по-пълна и надеждна, медицински обоснована информация относно възможностите и новостите в пластично-възстановителната и естетична хирургия.

### **3.6. Анализ на резултатите касаещи критериите за избор на специалист и екип при провеждане на пластично – възстановителна и естетична интервенция**

Тази група въпроси са свързани с:

1. Критериите, по които желаещите да се подложат на пластично-възстановителна-естетична хирургична интервенция, биха избрали лекар-специалист или специализиран екип (заданието по отношение на тази група въпроси допуска до 5 отговора).
2. Дилемата, къде да се извърши интервенцията – в България или в чужбина.

Отговорите на първата подгрупа въпроси се характеризират със значителна пъстрота, както по вид, така и по относителна тежест /фиг. 21/.

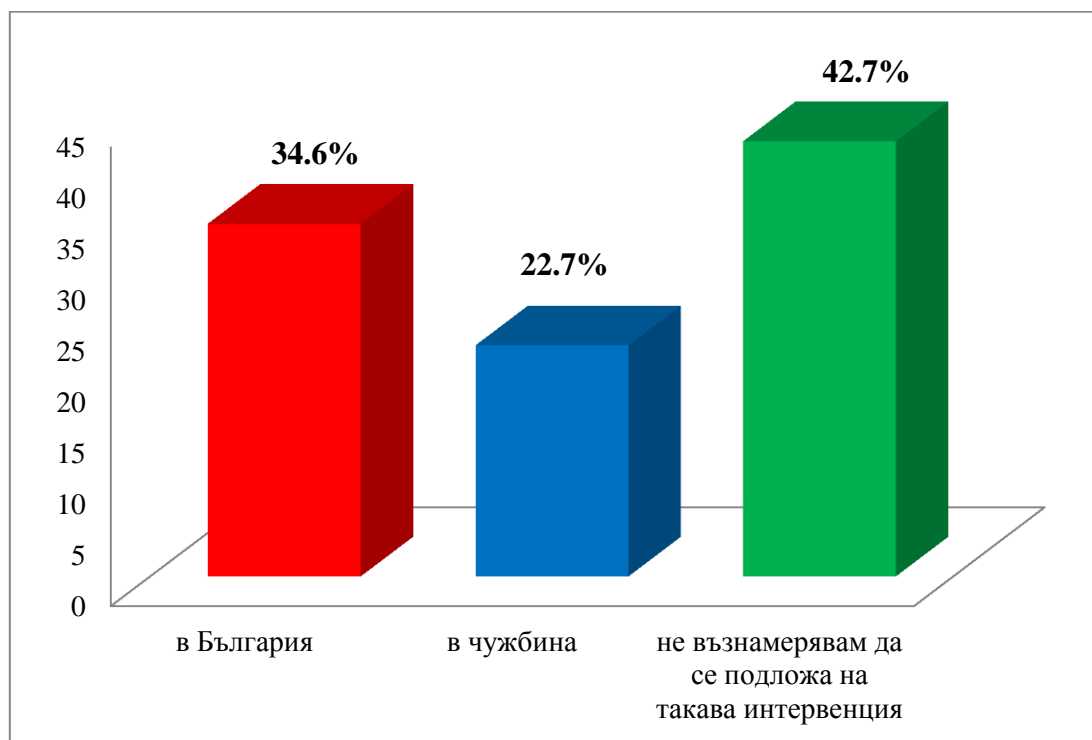


**Фиг. 21.** Критерии за избор на специалист или екип по пластично-възстановителна и естетична хирургия.

*Забележка:* сумата от процентите е по-голяма от 100%, тъй като е посочван повече от един отговор.

Любопитно е да се отбележи, че основните критерии за избор на лекар-специалист или на екип по пластично-възстановителна и естетична хирургия са професионалният опит на специалистите-лекари /45% ±1.57%/, критериите на хората от близкото обкръжение на пациента (клиента) /35.3% ±1.51%/ и препоръките от личния лекар /33.9% ±1.50%/. Всички те формират 114,2% от отговорите. Едновременно с това данните показват, че рекламата в медиите като критерий за надежден избор е фиксирана едва в 2,2% процента от регистрираните отговори. Най-вероятно пациентите научават за професионалния опит за лекарите правейки проучване преди да се подложат на съответната пластично – възстановителна и естетична хирургия.

Що се отнася до избора на страна за извършване на пластично-възстановителната-естетична интервенция, анализът показва (фиг. 22), че при необходимост 346 лица или 34,6%  $\pm 1.50\%$  от изследваната съвкупност (1000 пълнолетни български граждани) биха предпочели интервенцията да се извърши в България, а 227 или 22,7%  $\pm 1.32\%$  - в чужбина. Останалите 427, или 42,7%  $\pm 1.56\%$ , отговарят, че не възнамеряват да се подложат на такава интервенция. Следователно от хората имащи желание да ползват услугите на пластично-възстановителната и естетична хирургия по-голямата част имат доверие и биха предпочели българските специалисти, което най-вероятно се дължи на факта, че ги познават по-добре и имат повече информация за тях.



**Фиг. 22.** Избор на страна за извършване на пластично-възстановителна-естетична интервенция

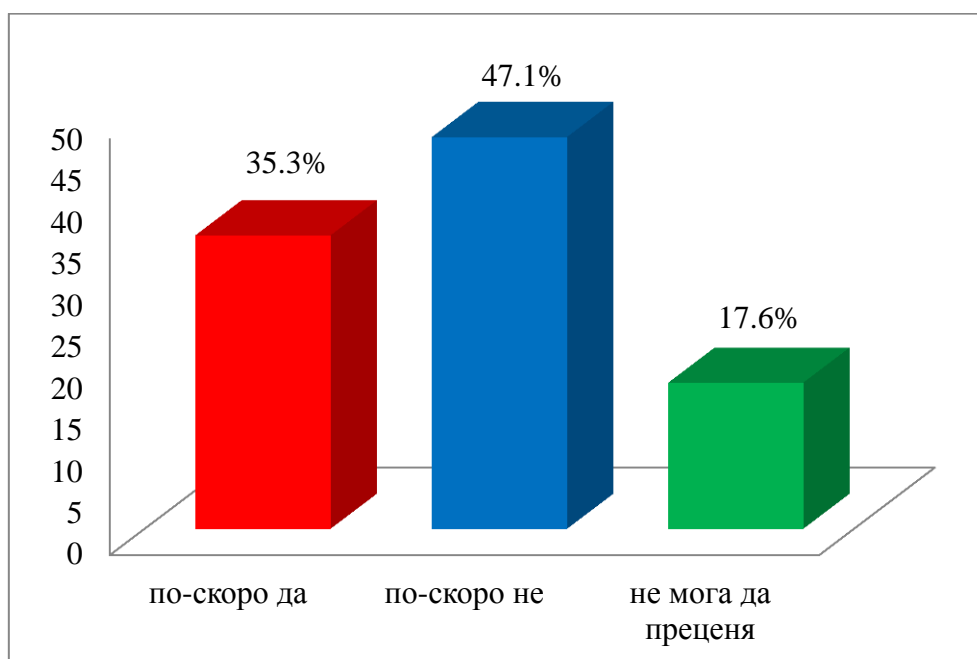
Интересни са резултатите от отговора на въпроса: „Бихте ли се подложили на повторна пластично-възстановителна-естетична

интервенция, ако резултатите от предишната не са съвпаднали с очакваните от Вас?”.

Анализът на данните, получени от отговорите на този въпрос на анкетиранията лица по този въпрос показва следното (фиг. 22 и фиг. 23):

- а) по-скоро, че биха се подложили отново – 35,3% / $\pm 1.51\%$ /;
- б) по-скоро, че не биха се подложили повторно – 47,1% / $\pm 1.56\%$ /;
- в) 17,6% / $\pm 1.20\%$ / отговарят, че не могат да преценят.

Само около 1/3 от анкетиранията биха се подложили отново на пластично-възстановителна и естетична хирургия, ако резултатите от първата процедура или интервенция не са съвпаднали с техните очаквания.



**Фиг. 23.** Нагласи за ползване на повторна пластично-възстановителна- естетична интервенция, ако резултатите от предишната не са съвпаднали с очакваните

Няма съмнение, че съвременната пластично-възстановителна-естетична хирургия като медицинска наука и практика дължи имиджа си



на обилието постигнати от лекарите-специалисти отлични лечебни резултати и симетрични човешки пропорции. За да бъде избрана и преди всичко разбрана като екзистенция или като субективна медицинска диалектика принос за това има обективната обществена нагласа към критериите за избор на лекар-специалист или екип по пластично-възстановителна и естетична хирургия, за избор на страна, в която да се извърши желаната пластично-възстановителна-естетична интервенция и за избор на повторна интервенция, ако резултатите от предишната не са съвпаднали с очакваните.

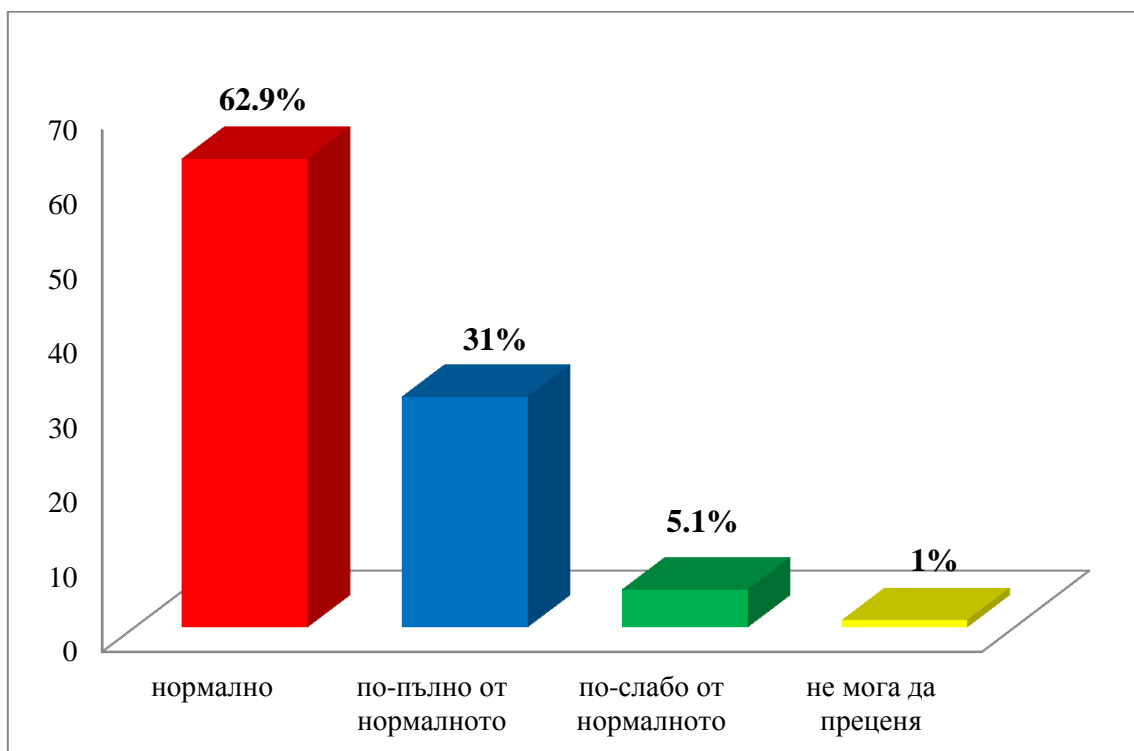
Тази палитра от възможности за избор се дължи не на нормативните изисквания на съответния медицински стандарт, а на представената от това системно клинично направление широка възможност за информирано съгласие, основаващо се на индивидуализирано вътрешно-осъзнато решение.

Обществената нагласа за избор на всяка една от ординатите, съдържащи се в седмата група въпроси е по същество избор на възможност за получаване на най-доброто, съдържащо се в естетичните, етичните и психосоциалните достойнства на пластично-възстановителната-естетична хирургия като цяло. Ето защо диалектиката, върху която е изявена тази нагласа е не само субективна, но и екзистенциално мотивирана.

### **3.7. Анализ на резултатите относно нагласите на хората да ползват услугите на пластично-възстановителната-естетична хирургия за промени на тялото или на лицето си.**

Анализът на регистрираните данни (фиг. 24) показват, че от цялата изследвана съвкупност (1000 пълнолетни български граждани) своето телосложение определят като:

- а) нормално 629 лица (62,9%±1.53%);
- б) по-пълно от нормалното 310 лица (31%±1.46%);
- в) по-слабо от нормалното 51 лица (5,1% ±0.70%)
- г) не можещи да преценят 10 лица (1% ±0.31%).



**Фиг. 24.** Относителен дял на лицата, определящи външния вид на своето тяло по критериите нормално, по-пълно от нормалното и по-слабо от нормалното

Определението на тялото си като нормално се споделя от:

- ✓ 315 жени (64% от жените в изследваната съвкупност);
- ✓ 309 мъже (61% от мъжете в изследваната съвкупност);
- ✓ 152 или 75% от лицата на възраст между 18 и 30 години;
- ✓ 116 или 64% от хората на възраст между 31 и 40 години;
- ✓ 170 или 66% от лицата на възраст между 51 и 60 години.

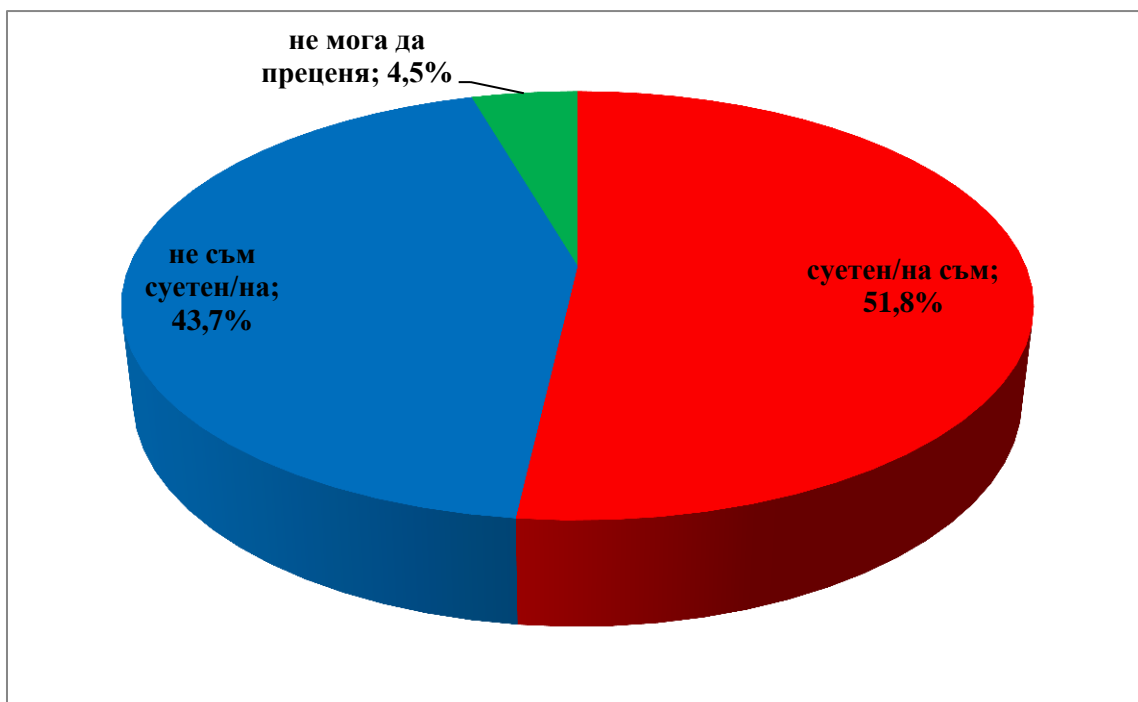
Това показва, че почти еднакъв е относителният дял на лицата и от двата пола, които възприемат телосложението си за нормално /над 60%/.

По-детайлният анализ на данните показва, че биха ползвали пластично-възстановителни-естетични услуги:

- ✓ 94 или 15% от хората, които определят тялото си като нормално;
- ✓ 60 или 19% от тези, които определят тялото си по-пълно от нормалното;
- ✓ 10 или 19% от лицата, които определят тялото си по-слабо от нормалното.

Прави впечатление, че 518 лица (51,8%  $\pm$ 1.58%) от изследваната съвкупност се считат за суетни (фиг. 25). Така смятат 61% от жените, 43% от мъжете и 66% от хората на възраст между 18 и 40 години.

Около 60% от хората, които се определят за суетни заявяват, че биха се подложили на пластично-възстановителна-естетична интервенция



**Фиг. 25.** Относителен дял на лицата по отношение на категорията „суетност”

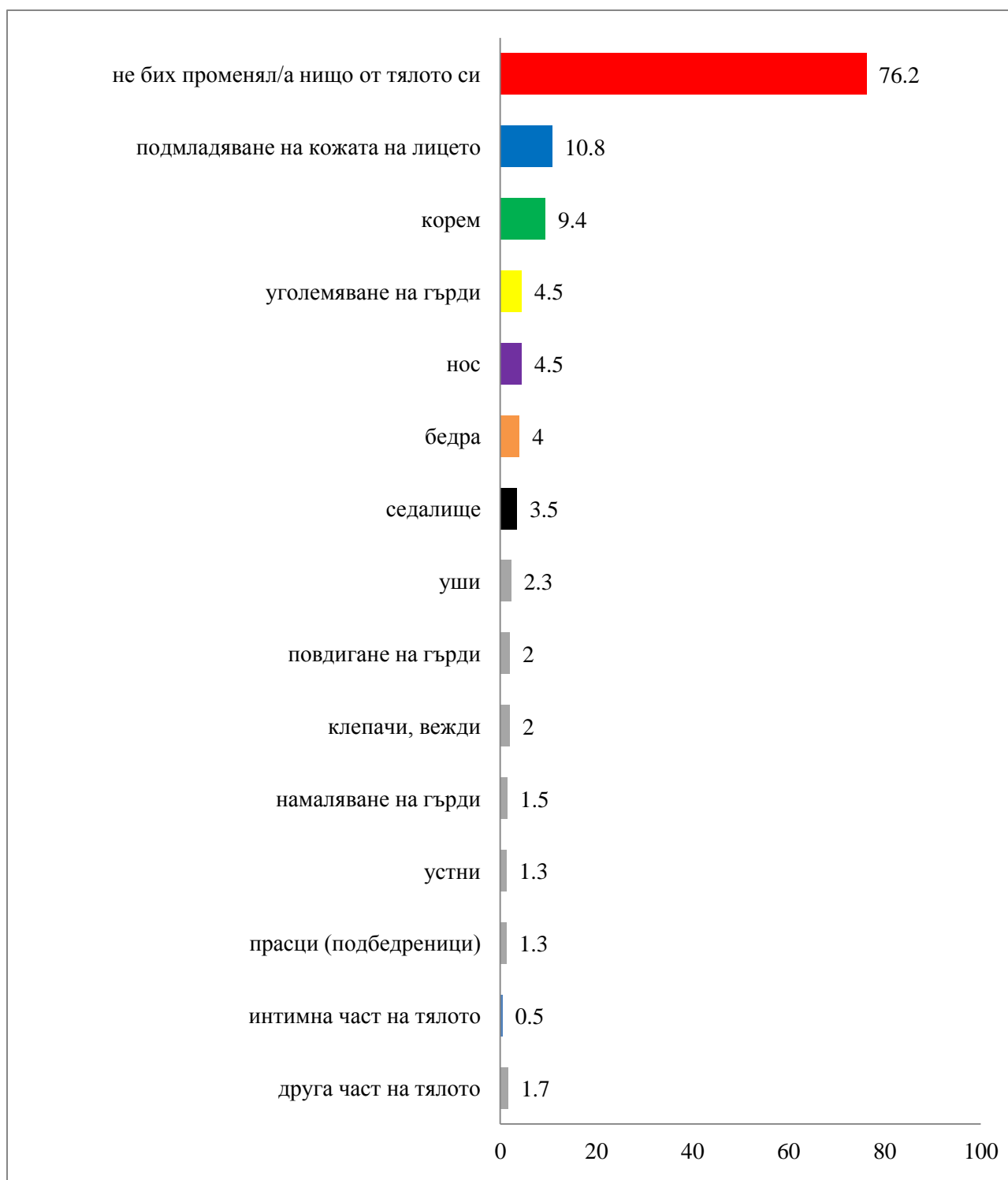
На основата на получените резултати може да се отчете, че хората биха извършили, ползвайки пластично-възстановителни хирургични услуги следните промени в тялото (фиг. 26):

- а) не биха променили нищо в тялото си 76,2%;
- б) подмладяване на кожата на лицето 10,8%;
- в) корем – 9,4%;
- г) уголемяване на гърди – 4,5%;
- д) корекция на нос – 4,5%;
- е) бедра – 4%;
- ж) седалище – 3,5%
- з) уши – 2,3%;
- и) повдигане на гърди – 2%;
- к) клепачи, вежди – 2%;
- л) намаляване на гърди – 1,5%;
- м) устни – 1,5%;
- н) прасци (подбедреници) – 1,3%;
- о) интимна част на тялото – 0,5%;
- п) друга част на тялото – 1,7%.

Пролонгираният анализ на резултатите от отговорите на въпросите от осма група показва, че хората от изследваната съвкупност биха се подложили на следните естетически интервенции и/или манипулации (фиг. 27):

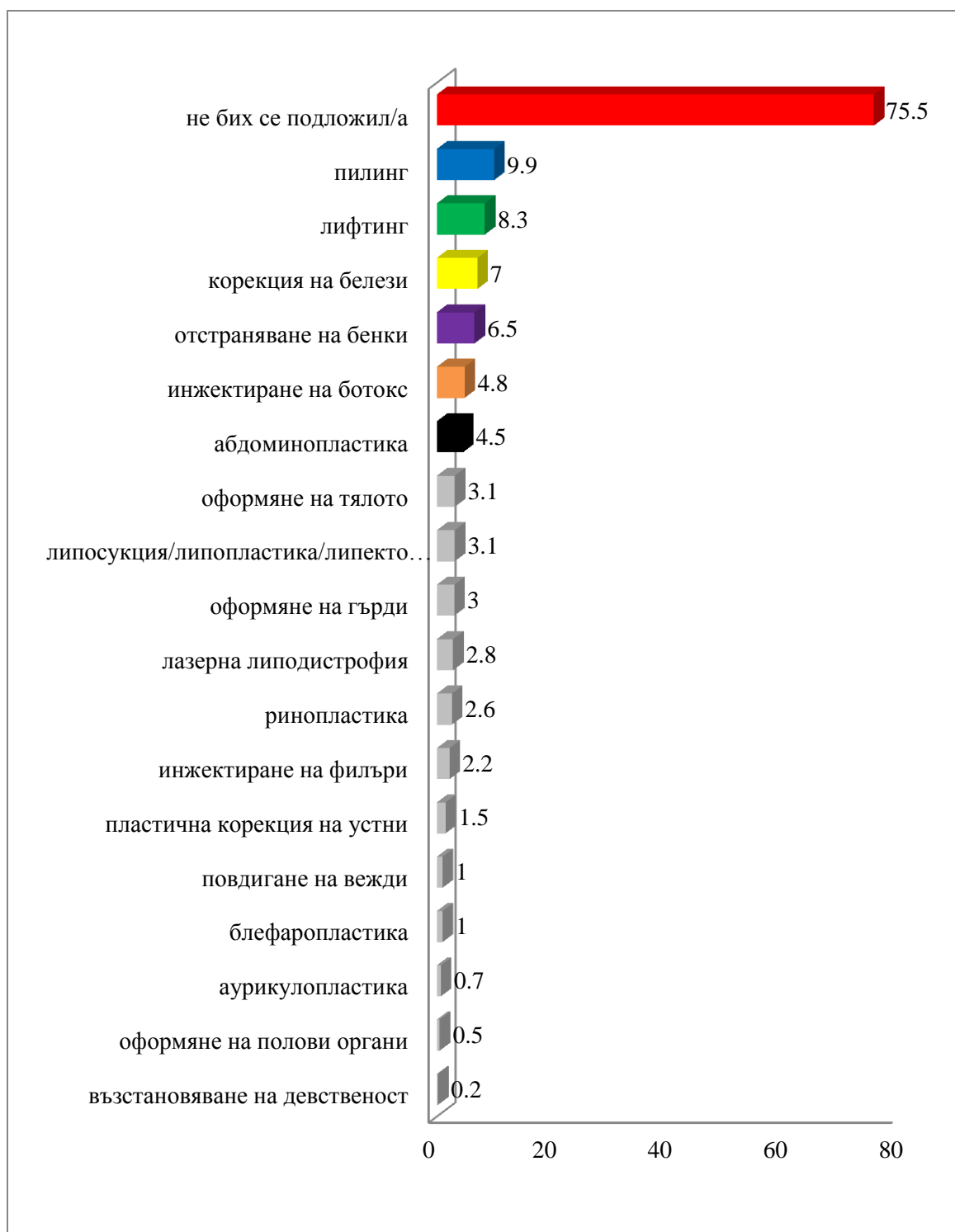
- а) не бих се подложил/а на естетична операция/манипулация – 75,5%;
- б) пилинг – 9,9%;
- в) лифтинг – 8,3%;
- г) корекция на белези – 7%;

- д) отстраняване на бенки – 6,5%;
- е) инжектиране на ботокс – 4,8%;
- ж) абдоминопластика – 3,1%;
- з) оформяне на тялото – 3,1%;
- и) липосукция/липопластика/липектомия – 3,1%;
- к) оформяне на гърди – 3,0%;
- л) лазерна липодистрофия – 2,8%;
- м) ринопластика -2,6%;
- н) инжектиране на филъри – 2,2%;
- о) пластична корекция на устни – 1,5%;
- п)повдигане на вежди – 1%;
- р) блефаропластика – 1%;
- с) аурикулопластика – 0,7%;
- т) оформяне на полови органи – 0,5%;
- у) възстановяване на девственост – 0,2%;



**Фиг. 26.** Нагласи за използване на пластично-възстановителни хирургични услуги за промени в тялото (всеки верен отговор)

*Забележка:* Сумата от процентите е по-висока от 100%, тъй като е посочен от един отговор



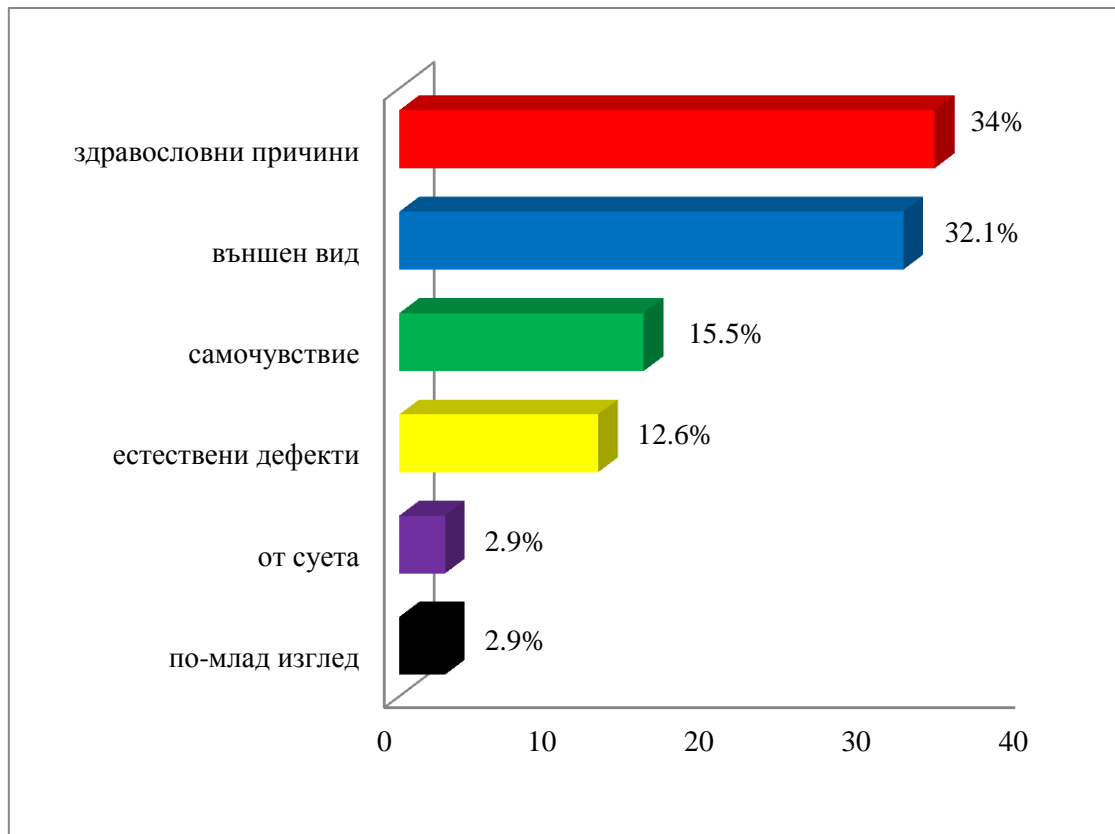
**Фиг. 27.** Желание за ползване на естетични интервенции/манипулации от лицата в изследваната съвкупност в проценти.

*Забележка:* Сумата от процентите не е равна на 100, тъй като е посочван повече от един отговор

Най-важните причини, поради които хората биха се подложили на естетически интервенции и/или манипулации са (фиг. 28):

- а) Здравословни причини 34%  $\pm 1.50\%$  - на това мнение са 47% от мъжете и 27% от жените; 41% от хората над 61 годишна възраст, 40% от лицата на възраст от 18 до 30 години и 36% от хората на възраст между 31 и 40 години;
- б) с цел подобряване на външния си вид 32.1%  $\pm 1.48\%$  - на подобна интервенция биха се подложили 34% от жените и 28% от мъжете; 43% от хората на възраст между 51 и 60 години и 41% от хората на възраст от 41 до 50 години;
- в) с цел подобряване на самочувствието 16%  $\pm 1.14\%$  – тези, които биха се подложили на естетична интервенция с подобна цел 78% са жени, а 34% са лица между 18 и 30 години;
- г) с цел отстраняване на естествени дефекти на тялото – 13%  $\pm 1.05\%$  - този проблем е основен за 15% от мъжете и 12% от жените; за 19% от хората над 61 годишна възраст, за 17% от хората на възраст между 31 и 40 години и за 11% от хората между 41 и 50 години;
- д) за получаване на по-млад изглед 3%  $\pm 0.53\%$  - на това мнение са само жени над 41 годишна възраст;
- е) от суета/да са в крак с модата – 3%  $\pm 0.53\%$  - това мнение се споделя от жени на възраст между 18 и 40 години.



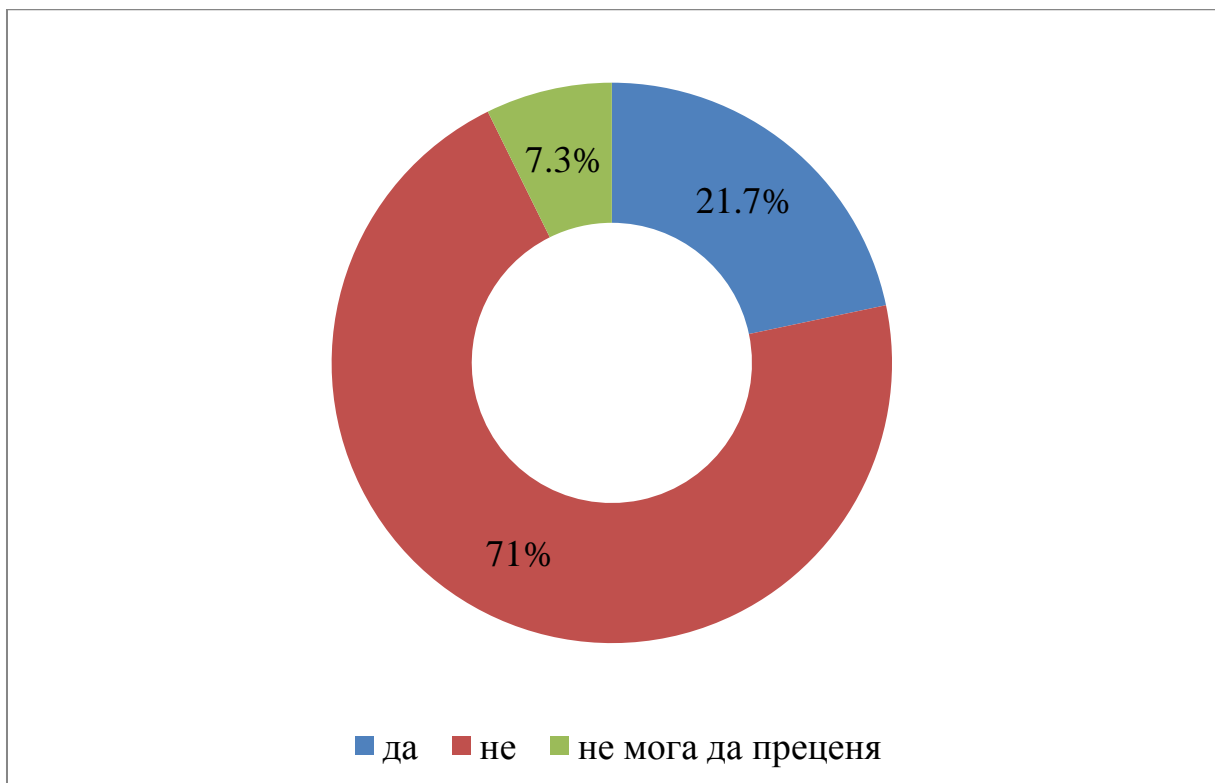


**Фиг. 28.** Причини за ползване на естетични интервенции/манипулации в %

Естетизмът като обществена нагласа към естетичните достойнства на пластично-възстановителната-естетична хирургия, както показва анализът на отговорите на комплексния набор въпроси от осмата група не трябва да се разбира плоско, тривиално, като нещо вплетено в имагинерното разбиране за красота, а като obligатна материално-видима придобивка, продуцираща радост и наслада от приносът ѝ в подобряване на телесните симетрични пропорции и в създаването на нещо „по-красиво”.

### 3.8. Анализ на резултатите относно общите нагласи на лицата от изследваната съвкупност към пластично-възстановителната-естетична хирургия

3.8.1. Според резултатите от изследването (фиг. 29) 21,7%  $\pm 1.30\%$  от хората споделят мнението, че пластично-възстановителната-естетична интервенция би могла да промени живота им в положителна посока.



**Фиг. 29.** Би ли могла пластично-възстановителната-естетична хирургия да промени живота на хората в положителна посока

#### ***Интерпретация на данните по позиция 3.8.1.***

Така считат:

- ✓ 119 или 23% от лицата, които се определят като суетни;
- ✓ 74 или 24% от хората, които намират тялото си за по-пълно от нормалното; 132 или 21%, които определят външния вид на

тялото си като нормален и 8 или 16% от тези, които смятат, че тялото им е по-слабо от нормалното;

- ✓ 113 или 23% от жените и 106 или 21% от мъжете;
- ✓ 55 или 27% от лицата на възраст от 18 до 30 години; 48 или 27% от хората на възраст между 31 и 40 години, 34 или 19% от хората на възраст между 41 и 50 години и 39 или 15% от тези, които са над 60-годишна възраст;
- ✓ 87 или 20% от висшистите и 122 или 23% от хората със средно образование;
- ✓ 47 или 28% от неработещите, 66 или 24% от заетите в частния сектор, 52 или 19% от държавните служители и 37 или 17% от пенсионерите;
- ✓ 59 или 26% от живеещите в градовете, 41 или 21% столичани; 70 или 21% жители на областни центрове и 47 или 19% от жителите на селата
- ✓ 21% от хората с личен месечен доход до 500 лева, 23% с доход между 501 и 1000 лева и 23% такива с доход над 1000 лева.

3.8.2. Анализът на резултатите от изследването показва, че 530 лица или 53%  $\pm 1.58\%$  от хората в изследваната съвкупност са запознати с потенциалните рискове в следствие на пластично-възстановителна-естетична интервенция.

#### ***Интерпретация на данните по позиция 3.8.2.***

Това заявяват:

- ✓ 325 или 66% от жените и 208 или 11% от мъжете;
- ✓ предимно хората на възраст между 31 и 50 години;
- ✓ 8 или 80% от хората, които вече са ползвали такава операция;

- ✓ 269 или 62% от висшистите и 250 или 47% от хората със средно образование;
- ✓ 94 или 58% от хората, които биха се подложили на пластично-възстановителна-естетична операция и 34 или 62% от колебаещите се.

3.8.3. Приблизително 420 или 42%  $\pm 1.56\%$  от хората в изследваната съвкупност съобщават, че не са запознати с рисковете на пластично-възстановителната и естетична хирургия.

#### ***Интерпретация на данните по позиция 3.8.3.***

Такава неинформираност се наблюдава при:

- ✓ 264 или 52% от мъжете и 153 или 31% от жените, които твърдят, че не знаят дали пластично-възстановителната-естетична хирургия крие рискове и какви са те;
- ✓ преобладаващата част от хората с основно образование, 239 или 45% от хората със средно образование и 152 или 35% от тези с висше образование;
- ✓ 312 или 43% от хората, които не биха ползвали услугите на пластично-възстановителната и естетична хирургия;
- ✓ 62 или 38% от хората, които изразява готовност да ползват пластично-възстановителни-естетични хирургични услуги и 20 или 25% от колебаещите се.

3.8.4. Прави впечатление, че обществените настроения по отношение доверието към специалистите по пластично-възстановителна и естетична хирургия не са еднопосочни. Анализът на данните показва, че 34%  $\pm 1.50\%$  от участниците в проучването имат доверие на специалистите от тази област на системният отрасъл „хирургия”.

#### ***Интерпретация на данните по позиция 3.8.4.***

Това мнение се споделя от:

- ✓ преобладаващата част от хората, които вече са ползвали услугите на пластично-възстановителната-естетична хирургия;
- ✓ 75 или 46% от хората, които проявяват готовност да се възползват от такива услуги и 21 или 38% от колебаещите се;
- ✓ 225 или 31% от хората, които не биха се подложили на пластично - възстановителна и естетична хирургична интервенция.

3.8.5. Анализът на данните показва, че 310 или 31%  $\pm 1.46\%$  от лицата от изследваната съвкупност нямат доверие на лекарите-специалисти по пластично-възстановителна-естетична хирургия. Преобладаващата част от тях са хора, които не желаят да се подложат на пластично-възстановителна-естетична интервенция.

## ИЗВОДИ

Резултатите от проучването на обществените нагласи налагат следните изводи:

1. С положително отношение към пластично-възстановителната и естетична хирургия са над 1/3 /35,8%/ от участниците в проучването.
2. Одобряват пластично-възстановителната-естетична интервенция 69,4% от хората, ако тя е по здравословни причини (пластично-възстановителна, посттравматична цел) или продиктувана от козметични/естетични мотиви. Други 16,4% одобряват напълно пластично-възстановителната и естетична хирургия, независимо дали интервенцията е необходима по здравословни причини, е свързана с подобряване на физиката или външния вид. Това показва, че хората оценяват достойнствата на системното клинично направление „*пластично-възстановителна и естетична хирургия*”, както в здравен, така и в естетичен, етичен и психосоциален аспект.
3. Според 21,7% от хората пластично-възстановителната-естетична хирургична интервенция би променила живота им в положителен смисъл (във физически, душевен и социален контекст) смисъл.
4. У хората, които евентуално биха се подложили на пластично-възстановителна-естетична интервенция са налице очаквания, както следва:
  - а) по-добри професионални успехи (повишена производителност на труда) сред 66,7% от тях в резултат на постигнати по-добри показатели за физиологичен стабилитет, психическа устойчивост и физическа издръжливост.
  - б) повишаване на самочувствието, изразено в самоувереност и етична (вътрешно осъзната) удовлетвореност от постигнатото:

- По-добро физиологично равновесие и по-изискана физическа симетрия сред 83,3% от тях.
- Променено в положителна посока отношение от колегите по служба (работа) сред 16,7% от тях.
- Подобряване на социалния статус при 50% от тях.

Тези очаквания от естетичните, етичните и психосоциалните достойнства на системното клинично направление „пластично-възстановителна и естетична хирургия” се потвърждават от споделените мнения на хората, които вече са се възползвали от неговите услуги. Преобладаващата част от тях съобщават, че са удовлетворени от постигнатите резултати в здравен, естетичен, етичен, социално-психологичен и професионален план.

5. Имат намерение да се подложат на пластично-възстановителна-естетична интервенция 16,2% от взелите участие в проучването, като мотивите за тази нагласа са както следва:
  - а) здравословни причини – 34%;
  - б) подобряване на външния вид – 32%;
  - в) подобряване на самочувствието – 15,5%;
  - г) отстраняване на „естествени” дефекти на тялото – 12,6%;
  - д) от суета (желание за „в крак с модата”) – 2,9%;
  - е) за получаване на по-млад изглед – 2,9%;
6. Данните свързани с дохода на анкетираните показват, че услугите на пластично-възстановителната и естетична хирургия не са предназначени само за заможните хора, а са достъпни за по-широк кръг социални прослойки на българското население.

7. Няма доверие на лекарите, практикуващи пластично-възстановителна и естетична хирургия около 1/3 /31%/, като преобладаващата част от тях са хора, които не желаят да се подложат на пластично-възстановителна и естетична интервенция.
8. При избора на специалист (или екип) за извършване на пластично-възстановителна и естетична интервенция критерии на първи избор е професионален опит /45%/, последван от препоръка от близък човек /35,3%/ и препоръка от личен лекар /33,9%/.
9. Хората получават информация относно услугите и новостите в пластично-възстановителната и естетична хирургия предимно от медиите (телевизия, радио, преса) - 63,7%, от специализираните Интернет сайтове и форуми - 41,4%, от разговори с близки - 17,4% и от личен лекар - 6%.
10. Отношението естетично-етично-психосоциално във визията на пластично-възстановителната-естетична хирургия не подлежи на заличаване под какъвто и да е аргумент (видно от интерпретациите на резултатите от отговорите на 9-те групи въпроси). Защото психосоциалните достойнства не снемат етичните, а те – естетичните. Напротив, всички те взаимно дават възможност на триадата, в която са втъкани здраво да се изяви още по-силно, ярко и категорично. И както във всяка диалектика, този преход при предоставянето на пластично-възстановителни-естетични услуги не е обикновен и обективен, а съкровен и субективен.
11. Ако нагласата на хората към етичните достойнства е доказала своето предимство пред естетичните, това е само в дилемата „*непосредствено избрано, природно-морално*”. Що се отнася до психосоциалните достойнства, анализът на резултатите от изследването показва, че в незначителна степен те противостоят на



етичните и в по-голяма степен на естетичните. За разлика от етичните, психосоциалните достойнства не се нуждаят от избор, тъй като пред тях не стои дилемата „или-или” и защото те означават удовлетвореност на човека от постигнатото в сферата на обществения живот.

12. Отношението на нагласите към психосоциалните достойнства спрямо етичните достойнства е сложно и противоречиво. То е отношение на преодоляване и съхраняване, което му осигурява по-широк простор и по-голяма дълбочина. Дори и естетичните достойнства се преосмислят от психосоциалните, когато в множествеността на „естетическото” трябва да се премине към величието на „психосоциалното”

## **ПРЕПОРЪКИ**

### **Към институциите осъществяващи пластично-възстановителни и естетични интервенции**

1. Предприемане на мерки за популяризиране на този вид хирургия сред всички групи от населението чрез по-тясно сътрудничество с другите медицински професионалисти и общопрактикуващите лекари.
2. Организиране на кампании с цел разясняване на същността и значимостта на пластично-възстановителната и естетична хирургия като важна и необходима при различни здравословни проблеми.

### **Към Министерство на здравеопазването**

1. Създаване на нормативна база за по-лесен достъп до пластично-възстановителната и естетична хирургия при наличие на здравословен проблем изискващ приложението на този вид интервенции.
2. Пластично-възстановителната и естетична хирургия в общонационален контекст да се възприема като системно клинично направление на системния клиничен отрасъл „хирургия” на системата „здравеопазване”. Основания за това могат да бъдат:
  - ✓ органично единство на множество елементи, намиращи се в отношение или връзка и съвместно реализиращи определен процес: постигане на по-добро здраве и физическа красота;

- ✓ съвкупност от организирани взаимодействия, която се характеризира със способност да определя конфигурацията на съставните си елементи (естетични, етични, психосоциални) и отношенията между тях;

## ПРИНОСИ

1. Първото в България по широта на обхвата и по задълбоченост изследване на обществените нагласи към пластично-възстановителните и естетични хирургични услуги.
2. Успешен опит за квалифициране на съвкупността от изпълнители на пластично-възстановителни-естетични услуги в Националната здравна система, като системно клинично направление на системния клиничен отрасъл „хирургия“.
3. Основаваща се на доказателства системна аналитична констатация за триединство на естетичните, етичните и психосоциалните достойнства на пластично-възстановителните-естетични хирургични услуги.
4. Логическа конструктивна основа за устойчиво развитие на качеството в структурите на пластично-възстановителната и естетична хирургия, като новаторска организационна концепция за по-пълна изява на квалитологичната триада на А. Donabedian и за ускорен преход от „удовлетворение“ (Customer Satisfaction) към „възхищение“ (Customer Delight) на пациентите от оказаните им здравни услуги.
5. Изведени и ранжирани са основните причини за ползването на пластично-възстановителната и естетична хирургия.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алексиев, А. С., Механистичния локализационизъм. Паралели и съвременни алтернативи „ Медицински преглед в неврологията и психиатрията“, № 3/2008г. ЦМБ- МУ София
2. Андреев, С. В., Психология, математика, решение, управление, ДВИ, София., 1975г.
3. Байкушев, С., Байкушев К., Психология на успеха „ Навигация на поведението „, Universe, Пловдив., 2003г.
4. Болничен мениджмънт под редакцията на Л. Иванов и Ж. Големинова, НЦЗОЗА, София., 2005г.
5. Борисов, В. Здравен мениджмънт, том I, Азбука на здравния мениджмънт. Изд. “Филвест”, София, 2004, с. 249
6. Борисов, В. Мениджмънт на качеството в здравеопазването, Здравен мениджмънт, I, С., Филвест, 2004, 243-258
7. Борисов, В. Мениджмънт на персонала – мениджмънт на кариерата. Здравен мениджмънт, Азбука на здравния мениджмънт, София, 2005, 148-154
8. Борисов, В., Глутникова З., Воденичаров Ц. Ново обществено здравеопазване. София., 1998г.
9. Българска Национална Доктрина „ Бългaрия през 21 век“- проект БАНИ, София., 2015г.
10. Винер, Н., Кибернетика или управление и връзка в животното и машината ( Cybernetics or control and communication in the animal and in machine). Wiley, N. Y., 1948 g.

11. Воденичаров, Ц. 10-те принципа на медика и мениджъра, София, 2010
12. Воденичаров, Ц. Болнично обслужване, Социална медицина, учебник за медицинските колежи. Под ред.: В.Борисов, Ц.Воденичаров, К.Юрукова, С.Попова, С., Акар ПИНТ, 2004, 108-112
13. Воденичаров, Ц. и кол., Ръководство по медицинска етика, ГорексПрес, С., 1997 г., 212 с.
14. Воденичаров, Ц. Седемте разлики между медика и мениджъра, София, 2003
15. Воденичаров, Ц., С. Попова. М. Мутафова, Е. Шипковенска, Социална медицина, ГорексПрес, София, 2013
16. Воденичаров, Ц., С. Попова. Социална медицина, ЕкоПринт, С., 2009, 237 с.
17. Гладилов, Ст., Е. Делчева. Икономика на здравеопазването, София, 2009
18. Димитров, Г., Организация и финансиране на здравната система. Изд. ВУЗФ, София., 2014г.
19. Димова, А., Попов М., Рохова М., Здравната реформа в България. Институт „ОО“, София., 2007г.
20. Добрилова П., Екипният подход в рехабилитационния процес, сп. Сестринско дело, бр.1, 2014, 45-48
21. Добрилова П., Подходи за осигуряване на качествени сестрински грижи в здравния мениджмънт, Science & Technologies, Volume IV, Number 1, 2014: Medicine, 322-326

22. Дракър, П. Мениджмънт на предизвикателствата през 21 век. С., Класика и стил, 2000
23. Дракър, П. Практика на мениджмънта. С., Класика и стил, 2001, 3-21
24. Дракър, П., Мениджмънт на предизвикателствата през 21 век. Изд. Класик стил ООД, София., 2000г.
25. European Foundation for Quality Management (<http://www.efqm.org>)
26. Европейска рамка за политика в помощ на действията на институциите и обществото за здраве и благоденствие 2020. ЕРБО/СЗО, Копенхаген., 2012г.
27. Енчев А., Анализ причин използвания пластической, реконструктивнай и естетической хирургии, VI международногo младежногo научно-културногo форумa, 21-23 мартa 2016 гoдa, гoрoдe Тoмскe /пoд пeчaт/
28. Енчев А., Естетичните координати на медицинската наука и практика от Хипократ до наши дни (*исторически щрихи*), Здравна политика и мениджмънт, С., 2015, т.14, № 4, с. 66 – 68
29. Енчев А., Към въпроса за естетичните, етичните и психосоциалните измерения на здравните услуги), Здравна политика и мениджмънт, С., 2015, т.14, № 4, с. 69 – 74
30. Енчев А., Първи резултати от проведено проучване на обществените нагласи към естетичните, етичните и психо-социалните достойнства на пластично-възстановителните и естетичните хирургически услуги, Българско списание за обществено здраве, С., 2015, том 7, кн. 3, с. 62 - 65

- 31.Енчев А., Системният подход и системният анализ – научна основана секторните политики в здравеопазването, Здравна политика и мениджмънт, С., 2015, т.14, № 4, с. 61 – 65
- 32.Енчев А.,Маркетингът в пластично-възстановителната и естетичната хирургия, Социална медицина, С., 2015, бр.2, с. 32-33
- 33.Енчев, А., Красотата е симетрия изд., „Симетрия норма“ АД, софия., 2012г.
- 34.Етичен кодекс на медицинските професионалисти по здравни грижи, Здравни грижи, 9-12, 4, 2004
- 35.Жеков, А. Екипният подход в болничния мениджмънт, София, 2009
- 36.Здравье для всех в 21- ом столетии. ВОЗ/ Европейское региональное бюро. Копенхаген., 1999г.
- 37.Златанова Т., Р. Великова. Подходи за повишаване на качеството на управление в болницата, ИНГА, Двадесет и седма научно-технологична сесия КОНТАКТ 2011, 24.06.2011, София, с. 114–120
- 38.Златанова Т., Р. Великова. Първичната извънболнична медицинска помощ – проблеми и перспективи, Дидакта консулт, София, 2008, с. 211
- 39.Иванов, Г., Моделирането и моделите в изследването и управлението на здравните системи. Автореферат на дисертация за присъждане на научна степен дмн. Пловдив., 1994г.
- 40.Иванов, Л., и колектив. Бяла книга за здравеопазване, основано на ценностите. Изд. БАТМИ, София., 2012г.
- 41.Иванова, Т., „Невидимото обществено здравеопазване“. Изд. Бетапринт, София., 2007г.



- 42.Кирилов, К., Маркетинг в здравеопазването. Изд. АРСО, София., 1971г.
- 43.Киров, М., психологични проблеми в медицинската практика . изд. МФ, София., 1971г.
- 44.Комитов Г., Генов Ст., „Мениджмънтът на ресурсите – приоритет на здравната реформа”, Горекс Прес, София, 2009
- 45.Комитова, Г., Генева С. Здравната политика в условията на продължаваща реформа „ сп. Здравна политика и мениджмънт. №5. Стр. 98-102. София
- 46.Концепция „ Цели за здраве 2020“МЗ, София., 2015г.
- 47.Костадинова, Т., Възможност за портфолио управление на лечебните заведения. Автореферат на дисертационен труд за присъждане на образователно – научна степен „ доктор“, София., 2001г.
- 48.Критерии за количествена и качествена оценка на хирургичната дейност.изд. МА- ЦИЗМ, София., 1988г.
- 49.Кръшков, Д. Концептуалният метод на системния подход към експертизата на качеството на медицинската помощ, Здравен мениджмънт, 2003, 1, с. 56-58.
- 50.Куерво, Х. и кол. Управление на болницата. Нови подходи и тенденции. С., Македония прес, 1998.
- 51.Лаутън, Б., Креплер Р. Системен подход, осъществяван с чувство на интелект. Европейска организация по качество ЕОQ, библиотека „клуб 2000“ бр.22, София., 2007г.
- 52.Маленов, И., Оценка на дейността на хирургичните отделения. Изд.НИСХОЗ, София., 1977г.

53. Медицинска деонтология. Медицинска етика / проект права на пациента при болнично лечение, финансирано от фондация „ОО“, изд. АЛМА, София., 1999г.
54. Медицински стандарт за качество на здравните услуги в областта на пластично – възстановителната и естетична хирургия изд. МНЗ, София., 2015г.
55. Мерджанов, Ч., Можем ли да живеем по – дълго. Изд. Бълг. Книжарница, София., 2007г.
56. Наръчник по медицинска етика. Изд. СМА/БЛС, София., 2005г.
57. Национална стратегическа рамка за развитие на здравеопазването и подобряване здравето на пациента. Изд. МЗ, София., 2012г.
58. Обществени нагласи към пластичната хирургия, „Сова Харис“, София, 2012г.
59. Паси, И., При изворите на модерната естетика. Университетско издание „Климент Охридски“, София., 1987г.
60. Петрова, З., Генов С. Управление на здравеопазването.
61. Петрова, З., Генов С., Енчев Н., Воденичарова А. Глосариум на най – често използваните термини и определения в организацията и управлението на здравеопазването. Изд. „Ес Принт“ ООД, София., 2014г.
62. Петрова, Зл., В. Калайджиева, В. Младенова. Ръководство по мониториране на качеството в здравеопазването и медицински одит. Здр. мениджмънт, 2004, 3, с. 4-26
63. Петрова, Зл., В. Младенова, Л. Герзилова. Качеството на болничната помощ през погледа на пациенти и лекари. Здравен мениджмънт, 2004, 3, с. 33-37

- 64.Петрова, Зл., К. Чамов, Ст. Гладиллов. Качеството в здравеопазването. Съвременни измерения и тенденции, София, 2008
- 65.Попова, С. Социалната роля на медицинската сестра,Сестринско дело,1, 1996
- 66.Попова, С., Воденичаров Ц. медицинска етика. София., 2010г.
- 67.Попова, С., Формиране на умения на пациента за справяне с психосоциални проблеми. Обществено здраве, ГорексПрес, С., 2001, с. 133-137
- 68.Попова, С., Хронична болест и промоция на здравето, Обществено здраве, Ръководство за специализация на медицински сестри, ГорексПрес, С., 2001, 34-41
- 69.Радев Е., Р. Янева, Концепции за качеството на здравната помощ, в сб. материали от XXXVI Научно-технологична сесия “Контакт 2015” на ИНГА, С., 2015 г., изд. ТЕМТО, 278-281 с.
- 70.Савов, С., Иванов Г., Стоев Т., Йоргова М. Въведение в методите на социалната работа – модул 1. изд.ВТ университет, ФОЗ, Великотърново., 1998г.
- 71.Салтман, Р., Бюсе Р., Моссиалос Е. регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран. Изд. Европ. Обсерватория по системам здравоохранения, Копенхаген., 2002г.
- 72.Семерджиев, И., и колектив Здравно осигуряване в България. Стр. 112-128, изд. ИК „ труд и право“, София., 1999г.
- 73.Сепетлиев, Д., Медицинска статистика. Изд. МФ, София., 1976г.
- 74.Сепетлиев, Д., Методи за графично представяне на числени данни. Изд. Техника, София., 1969г.

75. Спиридонов, С., Сборник избрани лекции по социална медицина, здравен мениджмънт и икономика на здравеопазването, София., 2013г.
76. Стамболова, И., Г. Чанева. Управление на здр. Грижи ,Филвест, С, 2007,с.56
77. Статистическите методи и изследвания в медицине и здравеохранении под редакцией Л. Е. Полякова изд. Медицина, Л., 1971г.
78. Стефанов, Н., Блауберг Н. Системният подход в съвременната наука. София., 1994г.
79. Стефанов, Н., Стратегическо управление. ,, Основи на болничното управление. Изд. Македония- прес, София., 2000г.
80. Стефанов, Н., Хр. Радев, И. Буров, В. Станчева, Р. Воденичаров. Управление на качеството, С., ИК “Труд и право”, 2004, 17-250.
81. Тонева, З., Методика за провеждане на социологично изследване на общественото мнение за медицинското обслужване на населението. ,, Из опита на здравните заведения ,, изд. МЗ. ИЦНМИ, София., 1975г.
82. Юридически и организационни традиции на страните от ЕС/ сборник доклади по проект BG 9301/04 ,, Рамки на частната медицинска практика в РБ“, София., 1997г.
83. Aiken, L.H., Clarke, S.P., & Sloane, D.M. (2002). Hospital staffing, organizational support, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14, 5-13.
84. Attree. M. Patients and relatives experiences and perspectives of “good” and “not so good” quality care.-J.Adv.Nursing.33,2001, 4, 456-466
85. American marketing association. Marketing Definition. Chikago, 1960

86. Ames, A., Perrin J.M.: Collaborative practice: The joining of two professions. *J. Tenn Med Assoc* 73 (8 ): 557-560, 1980.
87. Asch DA, Jedrzejewski MK, Christakis NA. Response rates to mail surveys published in medical journals. *J Clin Epidemiol.* 1997;50:1129–1136
88. Berger, F., D. Ferguson. *Innovation: Creativity Techniques for Hospitality Managers*. Ed. John Wiley, New York, 1990, 115 p.
89. Berman, H. et al. *The Financial Management of Hospitals*. Michigan, 1994.
90. Betkpwiz, E., *Essentials of health care marketing* aspen. Publ. Gaithersburg, 1996
91. Bryant, J. Hospital raising prices as profits bleed away. *Am. City Business J.*, 2, 2002.
92. Cano SJ, Klassen AF, Scott AM, Cordeiro PG, Pusic AL. The BREAST-Q: Further validation in independent clinical samples. *Plast Reconstr Surg.* 2012;129:293–302
93. Clinical Audit, UBHT, Internet Web Site, 2000.
94. Davies, K., S. Harrison. Trends in doctor-manager relationships. *BMJ*, 2003, 326, 646-649.
95. Dichter, J.R. Teamwork and hospital medicine, *Critical care Nurse*, 2003, 23, 3, 9-11.
96. Dixon, A. et al. Facing the challenges of health care financing. USAID Conf. Washington, DC 29-31.07.2002.
97. Donabedian, A., *The definition of quality of approaches to ist assessment*. An arbor Health. Adm. Press.1980

98. Dye, D. Integrated HIS for community hospitals. [www.findarticles.com/p/articles/mi\\_m0DUD/](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0DUD/)
99. Hartrampf CR, Schefflan M, Black PW. Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap. *Plast Reconstr Surg.* 1982;69:216–225
100. Healy, J., M. McKee. The evolution of Hospital Systems. In: *Hospitals in a changing Europe.* WHO, 2000, 14-35.
101. Hefler, R., Estimating the quality of patient. *J. med. Educ.* 1997
102. Jones, R., McChee. *Clinical Information Systems.* Hosp. M. J., 1994.
103. Jordi Varela, *Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias* Ediciones Vicens Vives, S.A. (Primera Edición 1994), pp. 269–309.
104. Lazzeri D, T Agostini, M Figus, M Nardi, M Pantaloni, S Lazzeri, Blindness following Cosmetic Injections of the Face *Plastic and Reconstructive Surgery* 129 (4), 995-1012,
105. Lefebvre, R., and Flora J. Social marketing and public health interventionist. *Health Education Quarterly.* 1998
106. Macnair, Tr., *The long live equation.* Easton Books London. 2009
107. McDonagh, T., *Health information systems.* 1981
108. Mihailova I., Anna Marinova, Pavlinka Dobrilova, ART THERAPY IN SOCIAL AND HEALTH INSTITUTIONS AND ITS ECONOMIC SIGNIFICANCE, *Journal of International Scientific Publications: Economy & Business*, ISSN 1313-2555, Volume 8, 2014, 584-589

109. Nelson JA, Guo Y, Sonnad SS, et al. A comparison between DIEP and muscle-sparing free TRAM flaps in breast reconstruction: A single surgeon's recent experience. *Plast Reconstr Surg.* 2010;126:1428–1435
110. New York hospitals held liable for fixing prices to insurers. *News and Events*, v. 2, i 3, 2000.
111. OECD. Reforming the health sector: efficiency. In: *OECD Economic surveys*, Paris, 2001, 67-117.
112. Perrot J et al. Performance incentives for health care providers. Geneva, World Health Organization, 2010 (Health Systems Financing Discussion Paper, HSS/HSF/DP.E.10.1; [http://www.who.int/contracting/DP\\_10\\_1\\_EN.pdf](http://www.who.int/contracting/DP_10_1_EN.pdf), accessed 7 July 2010)
113. Pinto D and Hsaio W. Colombia: Social health insurance with managed competition to improve health care delivery. In *Social Health Insurance for Developing Nations*. Eds W Hsaio and P Shaw, The World Bank Institute and Harvard University, 2007.
114. Plastic surgery. *Survey Hospitals*. 1985
115. Preker, A. et al. Health Financing Reforms in CEE and former SU, chap. 4, in: "Funding Health Care: Options for Europe. Open University Press, 2002.
116. Regional Strategy on Human Resources for Health: 2006- 2015. Manila, World Health Organization for the Western Pacific Region, 2007.
117. Resolution WHA59.23. Rapid scaling up of health workforce production. In fifty-ninth World Health Assembly, Geneva, 22-27 May 2006, Volume 1, Resolutions and decisions. (WHA59/2006/REC/1) p. 37-8. ed. Geneva, World Health Organization, 2007.

118. Saltman, R., Figueras J. European care reform. Analysis of current Strategies. Copenhagen, 1997
119. Selie, H., Stress in Health and disease. Boston, McGraw – Hill, 1976
120. Selie, H., Stress without Distress. JB. Philadelphia N.Y. 1997
121. Sharankov, E., The human and personality – inseparable unity of psyche and body. “Asklepios” №1, Sofia., 2013
122. Systems de management de la qualities - Exigenes ( ISO 9001:2008) Comite Europien de normalization, Brussel., 2008
123. Vian, Taryn, Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions, Health Policy and Planning, 2007, pp.83-94.
124. Vuori, H., Quality Assurance of Health Services. Concepts and methodology. WHO Geneva. Public Health in Europe 1986
125. Wardhania, Viera, Adi Utarinib, Jitse Pieter van Dijk, Doeke Post, WHO, Quality and accreditation in health care services: A global review, Evidence and Information for Policy, Department of Health Service Provision (OSD), World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2003, pp.225: <http://www.who.int>
126. Zlatanova T., R. Zlatanova-Velikova, A. Cheshmedzieva, N. Shtereva, PLANNING OF HOSPITAL ACTIVITY, Journal of International Scientific Publications: Economy & Business, Volume 8, 2014, ISSN 1314-7242, Published at: <http://www.scientific-publications.net>, pp. 308-315



## **ПРИЛОЖЕНИЕ 1**

### **АНКЕТА**

#### **за регистриране на обществените нагласи към пластично- възстановителната и естетична хирургия**

##### **Първа група въпроси**

Характеристика на всяко лице от изследваната съвкупност по показателите:

- а) месторабота;
- б) местоживеене;
- в) пол;
- г) възраст;
- д) образование.

##### **Втора група въпроси**

1. Какво е принципното ви отношение към пластично-възстановителната и естетична хирургия?

- а) одобрявам безусловно;
- б) одобрявам, но само ако е с реконструктивно-възстановителна или с посттравматична цел.
- в) одобрявам, но само ако е с козметична цел;
- г) не одобрявам;
- д) нямам мнение/не мога да преценя.

##### **Трета група въпроси**

Бихте ли се подложили на пластично-възстановителна-естетична операция?

- а) да, вече съм имал/а такава операция;
- б) да, бих се подложил/а на такава операция;
- в) колебая се;
- г) не, не бих;

д) не мога да преценя.

### **Четвърта група въпроси**

Ако вече сте ползвали или желаете да се подложите на пластично-възстановителна-естетична хирургична интервенция

1. Какъв е бил или ще бъде повода за това?

- а) поради здравословни причини;
- б) за да подобря външния си вид;
- в) за да подобря самочувствието си;
- г) за да отстраня „естествени” дефекти на тялото си;
- д) за да изглеждам по-млад/а;
- е) от суета/за да съм в крак с модата;
- ж) не мога да преценя.

2. Удовлетворен/а ли сте или очаквате да сте удовлетворен/а от направената ви пластично-възстановителна-естетична хирургична интервенция?

- а) напълно;
- б) по-скоро да;
- в) по-скоро не.

3. Смятате ли, че след пластично-възстановителната-естетична операция имате/ще имате по-добри резултати в работата си или повече професионални успехи?

- а) да;
- б) не.

4. Промени ли се/очаквате ли да се промени отношението на колегите Ви от службата/фирмата в резултат на пластично-възстановителната-естетична операция?

- а) да, в положителна посока;
- б) не.

5. Повиши ли се/очаквате ли да се повиши самочувствието Ви в резултат на пластично-възстановителната-естетична операция?

- а) да;
- б) не.

6. Подобри ли се/очаквате ли да се подобри вашият социален статус в резултат на пластично-възстановителната-естетична операция?

- а) да, в положителна посока;
- б) да, в отрицателна посока;
- в) не;
- г) не мога да преценя.

### **Пета група въпроси**

Ако се колебаете или не бихте желали да се подложите на пластично-възстановителна-естетична интервенция, каква е причината за това?

- а) нямам нужда/желание;
- б) страх от усложнения за здравето;
- в) липса на финансови средства;
- г) страх от хирургична намеса;
- д) липса на доверие към лекарския екип/лекаря специалист по пластично-възстановителна и естетична хирургия.

- е) страх от белези след операцията;
- ж) здравословни причини;
- з) напреднала възраст;
- и) страх от неодобрение на околните.

### **Шеста група въпроси**

От къде получавате информация относно услугите и новостите в пластично-възстановителната и естетична хирургия (до три отговора)?

- а) от медиите – телевизия, радио, преса;
- б) от специализирани Интернет сайтове и форуми;
- в) от роднини, близки, приятели, познати;
- г) от личния си лекар;
- д) от клиниката, в която съм се оперирал/а или възнамерявам да се оперирам;
- е) от специализирана литература;
- ж) не се интересувам от пластично-възстановителна и естетична хирургия.

### **Седма група въпроси;**

1. По кои от следните критерии бихте избрали специалист по пластично-възстановителна-естетична хирургия (до пет отговора)?

- а) професионален опит;
- б) препоръка от роднина, близък, приятел, познат;
- в) препоръка от личен лекар;
- г) авторитет, реноме;
- д) препоръка в Интернет форум;
- е) реклама в медиите;
- ж) от всички;

з) не мога да преценя.

2. Къде бихте предпочели да се подложите на пластично-възстановителна-естетична операция?

а) в България;

б) в чужбина;

в) не възнамерявам да се подлагам на пластично-възстановителна-естетична операция.

3. Бихте ли се подложили на повторна пластично-възстановителна-естетична хирургична интервенция, ако резултатите от предишната не съвпадат с очакваните от Вас?

а) по-скоро да;

б) по-скоро не;

в) не мога да преценя.

### **Осма група въпроси**

1. Как определяте външния вид на своето тяло?

а) нормално;

б) по-добро от нормалното;

в) по-лошо от нормалното;

г) не мога да преценя.

2. Вие суетен/суетна ли сте по отношение на външния си вид?

а) да;

б) не;

в) не мога да преценя.

3. Бихте ли извършили следните промени в тялото или лицето си?

- а) подмладяване на кожата на лицето;
- б) корем;
- в) уголемяване на гърди;
- г) нос;
- д) бедра;
- е) седалище;
- ж) уши;
- з) повдигане на гърди;
- и) клепачи, вежди;
- к) намаляване на гърди;
- л) устни;
- м) прасци (подбедреници);
- н) интимна част на тялото;
- п) не бих променял/а нищо на тялото си.

4. Бихте ли се подложили на следните естетически операции и/или манипулации?

- а) пилинг;
- б) лифтинг;
- в) корекция на белези;
- г) отстраняване на бенки;
- д) инжектиране на ботокс;
- е) абдоминопластика;
- ж) оформяне на тялото;
- з) липосукция/липопластика, липектомия;
- и) оформяне на гърди;
- к) лазерна липодистрофия;

- л) ринопластика;
- м)инжектиране на филъри;
- н) пластична корекция на устни;
- о) повдигане на вежди;
- п) блефаропластика;
- р) аурикулопластика;
- с) оформяне на полови органи;
- т) възстановяване на химен;
- у) не желая да се подложа на естетични операции.

### **Девета група въпроси**

1. Мислите ли, че пластично-възстановителната пластична операция би променила живота ви в положителна посока?

- а) да;
- б) не;
- в) не мога да преценя.

2. Запознати ли сте с потенциалните рискове в следствие пластично-възстановителна-естетична интервенция?

- а) по-скоро да;
- б) по-скоро не;
- в) не мога да преценя.

3. Имате ли доверие към лекарите-специалисти по пластично-възстановителна и естетична хирургия?

- а) имам доверие;
- б) нямам доверие;
- в) не мога да преценя.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

### Речник на някои термини и определения в дисертационната работа

термин, определение	значение, пояснение
1	2
асоциативност, асоциация	<i>съчетателност, съчетание</i>
екзистенция	<i>съществуване на обекта и субекта в единство</i>
естетика	<i>1. красота, хубост, изящество 2. система от възгледи за прекрасното в природата, живота и изкуството</i>
естетично	<i>признак, белег, свойство, качество на духовния и обществения живот на човека и на неговата физическа симетрия, които в своята съвкупност предизвикват специфични емоции и асоциации, свързани с идеята за съвършенство, за прекрасното</i>
етика	<i>1. наука за морала (нравствеността) като вътрешно осъзната необходимост за справедливост и доброта 2. според Аристотел (385-322 г. пр.</i>



	<i>н.е.) философия на всекидневния</i>
<b>1</b>	<b>2</b>
	<i>живот, на семейството и на личното поведение</i> <i>3. система от знания за същността на човека и обществото, включваща такива категории като: свобода, цели, възможности, мяра, добродетелност, справедливост</i>
ИМАНЕНТНО	<i>вътрешно присъщо съдържание на явление, предмет, дейност, процес и др.</i>
ИМПЛИЦИТНО	<i>нещо, което присъства, но не е явно изразено</i>
картезианство	<i>направление във философията, създадено от R. Decart (1596-1650 г) като форма на рационализма, основаваща се на принципа на методическото съмнение</i>
картезиански принципи	<i>яснота и отчетност при планирането, организацията и действията</i>
отрасъл	<i>отделна област или дял от дейност, производство, наука</i>
психо-социално благополучие	<i>1. стимулирано личностно развитие, физическо и психическо благоденствие и удовлетвореност от работата</i>

	<i>2. удовлетвореност от живота,</i>
<b>1</b>	<b>2</b>
	<p><i>позитивно психическо здраве и позитивни отношения с другите членове на обществото (социалната общност</i></p> <p><i>3. намалена депресивна тежест, овладяна пристрастеност към виртуалния свят на Интернет</i></p> <p><i>4. ангажираност на вниманието към превенция на здравето от вреднодействащи фактори на средата и личностното поведение</i></p>
ПСИХО-СОЦИАЛНО ДОСТОЙНСТВО	<p><i>част от триединното иманентно (вътрешно присъщо) съдържание на пластично-възстановителната естетична хирургия, което се вписва изцяло в раздела на „Европейската рамка за политики в помощ на действията на институциите и обществото за здравно благополучие”, отнасящ се до подобряване на индикаторите, които характеризират равнището на психичните и социалните компоненти на здравето, като висше човешко благо</i></p>

сентенциозност	<i>амбициозност, настойчивост</i>
<b>1</b>	<b>2</b>
сенсуализъм	<p><i>1. направление във философията, според което сетивата и възприятията са основен и достоверен източник на познанието</i></p> <p><i>2. признаване на чувствените наслади като цел на живота и висше благо</i></p>
СМА	<i>Световна медицинска асоциация</i>
триада на А. Donabedian	<i>квалитологичен модел, който включва качество на инфраструктурата, (материалните, човешките и финансовите ресурси), качество на дейностите (процесите) и качество на резултатите в здравната система и нейните клинични направления</i>
magna moralia	<i>голяма, изцяло изявена нравственост (по Аристотел)</i>
opus vitae	<p><i>1. цел, същност на живота;</i></p> <p><i>2. в името на живота</i></p>
sine ira et studio	<i>без гняв и пристрастие</i>