

ИНТЕРДИСЦИПЛИННА ГРАЖДАНСКА АКАДЕМИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ, МУ-София
ИТС ПО МАШИНОСТРОЕНЕ



ЧЕТИРИДЕСЕТ И ТРЕТА НАУЧНО-ТЕХНОЛОГИЧНА СЕСИЯ

КОНТАКТ 2019

28 юни 2019
София

Гражданската идея в действие

ТЕМТО

ИНТЕРДИСЦИПЛИННА ГРАЖДАНСКА АКАДЕМИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ - МУ, София
НТС ПО МАШИНОСТРОЕНЕ



ЧЕТИРИДЕСЕТ И ТРЕТА НАУЧНО-ТЕХНОЛОГИЧНА СЕСИЯ

КОНТАКТ 2019

28 юни 2019

София

„Гражданската идея в действие“

**Съставили: проф. дм Теодор Попов
и проф. д.т.н. Нягол Манолов**

ТЕМТО
София, 2019

РЕДКОЛЕГИЯ:

проф. дм Теодор Попов
проф. д-р Христина Милчева
доц. д-р Румяна Янева
доц. д-р Мая Визева
доц. д-р Албена Андонова
гл. ас. д-р Светослав Гаров

Членове на ОК:

проф. д.т.н. Нягол Манолов
проф. дм Теодор Попов
проф. д-р Христина Милчева
проф. д.т.н. Симеон Панев
доц. д-р Емилия Асенова
доц. д-р Албена Андонова
доц. д-р Мая Визева
гл. ас. д-р Светослав Гаров

Четиридесет и трета научно-технологична сесия

КОНТАКТ 2019

28 октомври 2019, София

„Гражданската идея в действие”

(сборник статии)

Съставители: проф. дм Теодор Попов и проф. д.т.н. Нягол Манолов

Издателство TEMTO

София, 2019

ISSN 1313-9134

СЪДЪРЖАНИЕ

<i>Теодор Попов, Светослав Гаров.</i> За избора на професия и обучението по обществено здраве	7
<i>Галинка Павлова, Жени Стайкова.</i> Правото на достъп и свободен избор в българското здравеопазване. Нерешени проблеми	12
<i>Костадин Попов, Александрина Воденичарова, Тодор Черкезов, Мариела Деливерска, Светослав Гаров.</i> Проучване относно приложението на електронната здравна карта в няколко страни от ЕС и перспективите при внедряването ѝ в България	19
<i>Ерза Мустаф, Светослав Гаров, Магдалена Александрова.</i> За някои особености на спешната медицинска помощ в Косово и в България.....	27
<i>Ерза Мустаф, Магдалена Александрова, Светослав Гаров, Тодор Кундуржиев.</i> Сравнителен анализ на мнението на медицински специалисти, работещи в спешната медицинска помощ в Косово и в България	34
<i>Лиляна Станчева, Иванка Стамболова.</i> Селф мениджмънт на здравните грижи при пациенти с множествена склероза	42
<i>Анушка Димитрова, Борислав Петров.</i> Поведение и диагностика на пациенти с исхемичен инсулт през погледа на студенти от специалност „Лекарски асистент”	47
<i>Румяна Янева.</i> Тенденции в изменението на приходите и разходите в офталмологичните отделения при стационарите от системата на общественото здравеопазване.....	56
<i>Полина Георгиева, Камелия Богданова.</i> Ролята на стреса за възникване на депресия. Специални сестрински грижи за пациенти с депресия	63
<i>Станимира Лизон, Димитрина Миликина.</i> Съвременни подходи в сестринските грижи при отстраняване на ендометриозни лезии чрез роботизирана ендоскопска операция. План за сестрински грижи.....	70
<i>Мирела Хасани, Магдалена Александрова, Радка Горанова-Спасова.</i> Изяжда ли ни затлъстяването?	78
<i>Любка Асенова, Александра Димитрова.</i> Практически подходи за постигане на пациентска удовлетвореност от работата на ОПЛ.....	86
<i>Любка Асенова.</i> Достъпът до специализирана и болнична помощ – Анализ на пациентското мнение	91
<i>Цветомир Николов, Емилия Грекова.</i> Щастието като превантивна медицина	98
<i>Цветомир Николов, Емилия Грекова.</i> Лекарят като възпитател	100
<i>Мирослава Джугларска.</i> Медицинският софтуер в помощ на контрола в първичната извънболнична медицинска помощ.....	102

<i>Мария Лазарова.</i> Акценти на извършвания контрол от НЗОК в болниците.....	110
<i>Тихомира Златанова, Ралица Златанова-Великова.</i> Мениджмънт на разточителните разходи в болниците.....	117
<i>Николай Попов, Милена Николова.</i> Оценка на системата на здравно осигуряване в България	121
<i>Атанас Стоименов, Йордан Пашов, Мая Ляпина.</i> Степен на ефективност относно различните практически методи, използвани в процеса на обучение на студентите от профил „Зъботехник“	126
<i>Захари Конкьов, Деляна Хаджиделева.</i> Хранене по време на бременност - важност и значение на основните хранителни компоненти - протеини, мазнини и въглехидрати.....	130
<i>Надежда Иванова, Мариана Пенкова, Мима Николова.</i> Комплексни грижи за пациента при медицинска експертиза на работоспособността ...	137
<i>Никола Георгиев.</i> Прояви на емоционално интелигентно поведение в медицинската практика	142
<i>Роксандра Памукова, Любка Асенова, Емилиан Радев.</i> Маркетингът – основа за успешна извънболнична медицинска помощ.....	146
<i>Янка Проданова, Тодор Кундуржиев.</i> Кои критерии за качество на трудовия живот са важни за работещите в здравеопазването?	151
<i>Мима Николова, Надежда Иванова, Марияна Пенкова.</i> Готовност на студентите да започнат работа по специалността	157
<i>Надя Влаева, Весела Марева.</i> Медицинските аспекти на социалната работа.....	161
<i>Мариана Пенкова, Надежда Иванова, Мима Николова.</i> Роля, функции и квалификация на Началник отделението като клиничен мениджър.....	165
<i>Наталия Хартя, Иванка Милотинова, Даниела Ананиева.</i> Хранителен режим при хроничен гастрит.....	168
<i>Петър Марков, Ирина Маркова, Донка Байкова, Димитър Марков, Александрина Воденичарова.</i> Храненето на хората при различни условия на труд у нас – въпрос на личен информиран избор	172
<i>Петър Марков.</i> Експертни рекомендации за нива на протеин в адаптираните млека за кърмачета	178
<i>Петър Марков.</i> Нежелани здравни ефекти при свръхконсумация на мляко и млечни продукти.....	183
<i>Петър Марков, Ирина Маркова, Александрина Воденичарова, Димитър Марков.</i> Медицинска дискусия за риска от приема на мляко и млечни продукти върху развитието на съвременните незаразни болести	189
<i>Албена Андонова, Магдалена Иванова.</i> Самотата - болест на душата....	195
<i>Емилия Георгиева, Иванка Милотинова.</i> Маркетинг в здравеопазването ..	200

CONTENTS

Teodor Popov, Svetoslav Garov. On the choice of a profession and public health education	7
Galinka Pavlova, Zheni Staykova. The right of access and free choice in bulgarian healthcare. Unsolved problems	12
Kostadin Popov, Alexandrina Vodenicharova, Todor Cherkezov, Mariela Deliverska, Svetoslav Garov. Research on the application of the electronic health card in several EU countries and the prospects of its introducing in Bulgaria	19
Erza Mulaj, Svetoslav Garov, Magdalena Alexandrova. On certain features of emergency medical services in Kosovo and in Bulgaria	27
Erza Mulaj, Magdalena Alexandrova, Svetoslav Garov, Todor Kundurzhiev. A comparative analysis of the opinion of medical specialists working in the sphere of emergency medical services in Kosovo and in Bulgaria	34
Lilyana Stancheva, Ivanka Stambolova. Family management of health care in multiple sclerosis patients	42
Anushka Dimitrova, Borislav Petrov. Behavior and diagnostics of ischemic apoplexy patients in the view of students of specialty "Medical assistant"	47
Rumyana Yaneva. Trends in the change of revenues and expenditures in the ophthalmological wards in the stationary of public health system	56
Polina Georgieva, Kamelia Bogdanova. The role of stress in depression. Special nurse care for patients with depression	63
Stanimira Lizon, Dimitrina Milikina. Modern approaches in nursing care to remove endometrious lesions through a robotized endoscopic surgery. Nursing care plan	70
Mirela Hasanaj, Magdalena Alexandrova, Radka Goranova-Spasova. Does obesity „consume” us?	78
Lyubka Assenova, Alexandra Dimitrova. Practical approaches to obtain patient satisfaction from the work of GPS.....	86
Lyubka Assenova. Access to specialized and hospital assistance – analysis of patient opinion	91
Tsvetomir Nikolov, Emilia Grekova. Happiness as a preventive medicine.....	98
Tsvetomir Nikolov, Emilia Grekova. The doctor as an educator.....	100
Miroslava Dzhuglarska. Medical software helps the primary health care control.....	102
Maria Lazarova. Performance characteristics control by the NHIF in hospitals.....	110

Tihomira Zlatanova, Ralitsa Zlatanova-Velikova. Management of wasteful expenses in hospitals	117
Nikolay Popov, Milena Nikolova. Assessment of the health insurance system in Bulgaria	121
Atanas Stoimenov, Yordan Pashov, Maya Lyapina. Degree of effectiveness versus the different practical methods used in the training process of the students from the profile „Dental technician“	126
Zahary Konkoyov, Delyana Hadzhideleva. Feeding during pregnancy the importance and meaning of main food components of protein, fats and carbohydrates	130
Nadezhda Ivanova, Mariana Penkova, Mima Nikolova. Complex patient care for medical expertise on working capacity	137
Nikola Georgiev. Proceeding of emotionally intelligent behavior in medical practice	142
Roksandra Pamukova, Lyubka Assenova, Emilian Radev. Marketing – the basis for successful outpatient medical care in Bulgaria	146
Yanka Prodanova, Todor Kundurzhiev. Which criteria for quality of working life are important for healthcare workers?	151
Mima Nikolova, Nadezhda Ivanova, Mariyana Penkova. Preparatory requirements to start the work of the specialty	157
Nadya Vlaeva, Vesela Mareva. Medical aspects of social work	161
Mariana Penkova, Nadezhda Ivanova, Mima Nikolova. Role, functions and qualification of the head of the department as a clinical manager	165
Natalia Hartya, Ivanka Milotinova, Daniela Ananieva. Nutritional regime in case of chronic gastritis.....	168
Petar Markov, Irina Markova, Donka Baykova, Dimitar Markov, Alexandrina Vodenicharova. Nutrition of people working in different occupational conditions – matter of their personal informed food choice	172
Petar Markov. Expert recommendations for protein levels in adapted milk for infants	178
Petar Markov. Adverse health effects at high consumption of milk and milk products.....	183
Petar Markov, Irina Markova, Alexandrina Vodenicharova, Dimitar Markov. Medical discussion on health risks of milk and dairy food intake as reason of chronic non-communicable diseases.....	189
Albena Andonova, Magdalena Ivanova. Loneliness – a disease of the soul	195
Emilia Georgieva, Ivanka Milotinova. Marketing in health	200

ЗА ИЗБОРА НА ПРОФЕСИЯ И ОБУЧЕНИЕТО ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

проф. д-р Теодор Попов, гл. ас. Светослав Гаров

ON THE CHOICE OF A PROFESSION AND PUBLIC HEALTH EDUCATION

Teodor Popov, Svetoslav Garov

Резюме: *Правилният избор на професия е от особено значение както за отделния индивид и неговата съдба, така и за обществото като цяло.*

Професионалният избор и правилното насочване към определена професия не почива само върху желанията на човека, а е свързан с редица субективни и обективни фактори и условия.

За да осъществи прием на подходящи студенти, съответното висше учебно заведение следва да се включи активно в съществуващата мрежа на професионално ориентиране. Така ще се постигне своевременното кадрово, информационно и методическо осигуряване.

Ключови думи: *професионалното ориентиране; професионалната консултация; професионална преориентация*

Summary: *The right choice of a profession is of particular importance both for the individual and their fate and society as a whole.*

The choice of a profession and the correct orientation to a particular profession is not only based on one's wishes but is also related to a number of subjective and objective factors and conditions.

For the admission of suitable students the respective higher education institution needs to actively participate in the existing career guidance network. This will achieve prompt provision of employees, information and methodology.

Key words: *career guidance; career advice; career shift*

Въведение

Изборът на професия е изключително важен момент от живота на всеки човек. Правилният избор е от особено значение както за отделния индивид и неговата съдба, така и за обществото като цяло. Той се отразява не само върху качеството на изпълнение на професионалната дейност и резултатите от нея, но е свързан и с удовлетвореността на индивида, упражняващ дадена професия, с неговия социален статус, самочувствие, престиж и просперитет.

Целта на настоящата разработка е да се изследват специфични особености при избора на професия.

Резултати и обсъждане

Професионалният избор и правилното насочване към определена професия не е едноактен момент или хрумване. Не почива само върху желанията на човека, а е свързан с редица субективни и обективни фактори и условия.

Професионалното ориентиране в своята дълбока същност е психологически процес. Той се извършва с помощта на учители, родители, институции и естествено – от самото лице.

Изборът на професия се предшества от съответната подготовка. Тя се изразява в различни мероприятия. Взимане на съответното решение за насочване към релевантно обучение също се предхожда от няколко етапа.

Някои автори [3] определят три етапа:

- подготовка (проучване на учениците);
- основен етап – професионална консултация;
- завършващ етап – уточняващ професионалните стремежи с възможностите на лицето.

Други автори [2] посочват следните направления на професионалното ориентиране: професионално информиране; професионална консултация; професионално подбиране и избор на производствена и социална адаптация.

Целта на цялостната работа е да се окаже помощ на младежите и девойките в самоопределинето на личността, съобразно нейните особености и способности и отчитане на характеристиката на съответната професия. Трябва обаче да се отчитат и желанията на кандидатите. Това е всъщност т.нар. избор на професия. Този избор не е лесен. От една страна, младите хора все още не познават напълно себе си и желанията и интересите им често се променят. От друга страна, те нямат пълна представа за определена професия, специалност, която биха изучавали. Затова в много случаи изборът е случаен и несполучлив. Той не отговаря на възможностите, а и на потребностите и желанията на лицето. Също така, и на неговата представа за дадена професия. Ето защо, се налага училището да поеме като свое

отговорно задължение професионалното ориентиране на учениците още от последните класове на средното образование. Това може в известна степен да се извършва и от съответните висши учебни заведения в подготвителни мероприятия за прием на студенти, преди конкурсните изпити.

Така, като съществена част от професионалното ориентиране се очертава професионалната консултация (т.нар. профконсултация). Основна нейна задача е да получат младите хора познания, представа за съответната професионална област (професия, специалност), за нейните особености, условия на труд, рискове, престижност, заплащане. Също така, да се очертаят и перспективите за кариерно и професионално израстване на кадрите. Тази яснота ще помогне за изработване на мотивация и извършване на правилен избор и самоопределение.

В тази връзка роля играят и мултимедиите. Не бива обаче консултациите да имат характер на пропаганда и да се набляга само на външната и комерсиална среда, а да се посочи обществената значимост на дадена професия и нейния престиж.

Професионалните консултации трябва да се извършват не само учители, но и от професионалисти в дадена професия.

Необходимо е да се предлагат и различни нагледни материали (плакати, брошури и др.). В много случаи това се прави, но не всякога те достигат до адресантите и ги заинтригуват достатъчно.

Следващият момент в процеса на професионалното ориентиране е професионалната пригодност. Това означава, да се установи (чрез диагностициране), „наличието на природни заложби и способности, необходими за успешното формиране на изискващите се за професията динамични състояния и свойства на личността, осигуряващи високо равнище на обучението и труда”. [3]

Обратно на това понятие е т.нар. „професионална непригодност”. В такива случаи обикновено са налице някои особености на организма и личността, които затрудняват изпълнението на определени професионални задължения, а и се оказват вредни за самото лице (рискови фактори). Затова като основни качества на човека се изискват: физическо здраве, укрепнала нервна система, липса на дефекти, добро ниво на интелектуално развитие, нормално развити сетива и движения. Има обаче професии и специалности, при които много добре се адаптират и реализират и лица с някои заболявания и специфични особености на съответните системи.

В такива случаи важна роля играят професионалната психодиагностика и комплексен медицински преглед. За изследване се използват различни методи. Например: наблюдение поведението на лицето при различни условия, беседа, проучване на миналото развитие (ретродиагностика), биографичен метод, анкетни проучвания, въпросници, проективни методики и др. Проучва се и мотивацията и интересите. По този начин най-пълно и точно може да се извърши професионалният подбор. Той може да по-

могне за установяване на оптималното съответствие между личност и професия.

В тази връзка е уместно да се упомене, че личността се развива непрекъснато. Под влияние на обучението активността и мотивацията на обучавания се изменят положително. Обогаत्या се с редица качества и особености, които са били в латентно състояние. Затова при диагностицирането вниманието не бива да се фиксира само върху определени, отделни свойства и качества, а да се оценява цялостната личност, нейната динамична характеристика. Да се прави прогностика на развитието. Така се осигуряват шансове за развитие на личността и нейните заложби в хода на самата учебна дейност.

Освен професионален подбор на кандидатите за обучение в дадена специалност, от значение е и т. нар. професионално самоопределение. Това означава, лицето да вземе решение за избор на съответна професия. Бидейки обект на консултации, помощ, влияния и др., в крайна сметка то става субект на собствената си дейност и всеки сам взема решения за самоопределение. Така всеки носи (и трябва да носи) лична отговорност за резултатите от обучението, за своя избор и насоченост към дадена професия.

В някои случаи, обаче се налага професионална преориентация. Това не е фатално. Въпросът се свежда до вътрешната нагласа на лицето (респективно студента), до неговите мотиви, психическо състояние и интереси. Те именно трябва да се познават и разбират от възрастните (преподаватели и родители), за да може да се окаже своевременна съответна помощ за излизане от евентуални кризи, за желание за прекъсване на обучението и др.т. [4]

Такива случаи недвусмислено показват необходимостта от щатни психолози и социални работници (и съответните консултативни кабинети) във всички висши учебни заведения. В много страни по света съществуват такива служби, които оказват непрекъсната помощ на студентите, както при избор на професионална насоченост и усвояване на определена професия, така и при трудни моменти в хода на обучението.

От гледна точка на съответното висше учебно заведение е важно то да се осъществи прием на подходящи студенти. За целта, то следва да се включи активно в съществуващата мрежа на професионално ориентиране. Така ще се постигне своевременното кадрово, информационно и методическо осигуряване. [1]

В тази връзка стои и въпросът за „обучението на обучаващите се”. Необходимо е акцентирание и изясняване на някои въпроси; повече индивидуална работа със студентите за повече ангажираност в учебния процес. Подходящи въпроси, на които трябва да се обърне внимание, са: адаптация към обучението; работоспособност и учебно натоварване на студентите; мотивация, установка и отношение към учебната дейност. Не по-маловажен е въпросът за педагогическото взаимодействие и за емоционал-

ното благополучие и психоклимата в студентската група. Така, при съобразяване с посочените особености и предпоставки, „стартът“ във ВУЗ ще бъде успешен. А от него в голяма степен зависи и успешното обучение през целия университетски период с тенденция към непрекъснато образование.

Известно е, че към всяка професия е необходима известна приспособимост, особено в първите години, а и за по-дълго време. Това е адаптационен процес, който също има свои особености и противоречиви моменти. В такива случаи от значение е добрата подготовка на специалиста, уменията му, мотивацията и нагласата му за работа в екип.

ЛИТЕРАТУРА

1. Катански, Ч. (2005). Европейски приоритети в български контекст, Перманентно образование и учене през целия живот, С., изд. Вера Словена - ЖГ, 176.
2. Мижериков, В. А. (2004). Словарь-справочник на педагогике, Москва, изд. Сфера, 439.
3. Неймера, Ю. Л. (2003). Психологический словарь, изд. Феникс, Ростов на Дон, 639.
4. Попов, Т. (2006). Студентът като субект на обучението, изд. Везни, С., 49-71.

ПРАВОТО НА ДОСТЪП И СВОБОДЕН ИЗБОР В БЪЛГАРСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ. НЕРЕШЕНИ ПРОБЛЕМИ

Галинка Павлова, Жени Стайкова

THE RIGHT OF ACCESS AND FREE CHOICE IN BULGARIAN HEALTHCARE. UNSOLVED PROBLEMS

Galinka Pavlova, Zheni Staykova

Резюме: Едни от основните права на пациентите са свързани с равнопоставеният достъп до здравната система и свободният избор на изпълнител на медицинска помощ. Настоящата статия има за цел да изследва законодателно и институционално обусловените практики в прилагане на посочените права и общественото мнение към нерешените предизвикателства. Според повече от половината анкетирани реализирането на правата е деформирано и поражда неравнопоставеност в здравеопазването. Участниците в анкетата заявяват висока степен на неодобрение, насочено към затруднения или дори отсъстващ в някои населени места достъп до здравеопазване. Свободният избор на пациентите е възприятствен административно чрез определяне на ограничени РС и болнични бюджети от НЗОК. Несъвършенствата в системата генерират деформации, генериращи отрицателно отношение към модела на здравната система.

Ключови думи: равнопоставен достъп до здравеопазване, избор на изпълнител на медицинска помощ, деформирано прилагане правата на пациентите.

В центъра на всяка здравна система е пациентът. Развитието на здравеопазването има за цел осигуряване на условия за подобряване здравния статус на обществото, чрез постигане на по-добро лично здраве – предпос-

тавка за повишаване качеството на живот. Постигането на посочените приоритети се реализира чрез прилагане на разписание в Европейската харта права на пациентите (2002 г.). Здравното законодателство в страната е хармонизирано с европейското. Правото на достъпна медицинска помощ и свободен избор на изпълнител, нормативно определени в чл.82 от ЗЗ, чл. 4 и чл. 35 от ЗЗО и Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ, са израз на един от основните принципи на здравната политика – равнопоставеност на достъпа за всички осигурени лица. Вниманието в публикацията е фокусирано върху деформациите при практическото изпълнение на посочените права. Наличието на нерешени проблеми в българското здравеопазване създават усещане за неравнопоставеност, генерират напрежение сред обществото и недоволство от здравноосигурителния модел.

Целта на проучването е да изследва законодателно и институционално обусловените практики, осигуряващи достъп до здравната система. Задачите са свързани с идентифициране на проблемите, анализиране на причините и формулиране на възможни решения.

Материал и методи на изследване: Използвани са документален и социологически метод. Направен е преглед на нормативната база и е проведена анонимна анкета сред 148 български граждани в периода април – май 2019 година, живущи в села от област Разград, община Долни Чифлик (67) и град Варна (81). Зададените въпроси касаят достъпа до първичната и специализирана медицинска помощ.

Резултати и дискусия

1. *Правото за достъп* до медицинска помощ гарантира на здравноосигурените лица равнопоставеност в рамките на гарантирания от НЗОК пакет медицински услуги.

Недостигът на човешки ресурси в здравеопазването е причина за дисбаланс в осигуреността с медицинска помощ на ниво региони, специалности и лечебни заведения.(10) Пациентите в малки населени места, отдалечени от големи градове, изпитват съществени трудности в достъпа до медицински услуги и често се отказват от ползването ѝ. (11) Неравномерното разпределение на лекари и лечебни заведения в страната лишава част от населението от своевременно получаване на здравни грижи и поставя под съмнение нивото на качество на медицинските дейности. Тревожен е делът на ОПЛ- едва 15%, при 30.2% равнище за ЕС, с най-силно изразен дефицит в областите Кърджали - 4.2 и Разград- 4.9 на 10 000души.(6) В страната недостигат около 450 ОПЛ. Липсата им се превръща за част от здравноосигурените лица в затворена врата към здравната система. Поради миграция към големите градове или извън страната наблюдаваме населени места в Северозападна и Югозападна България със сериозен недостиг на

специалисти по анестезиология, нефрология, урология, УНГ, психиатрия. Общо за страната дефицит са специалистите по т.н. изчезващи специалности, като съдебна медицина и патологоанатоми. Броят на болничните лечебни заведения непрекъснато расте, за да достигне през 2016г. достигат 367, от които 105 частни, концентрирани предимно в големите градове. (11)

2. *Правото на свободен избор*, между различни лечения и изпълнители на медицинска помощ на базата на адекватна информация, е валидно за всяко лице нуждаещо се от медицинска грижа.

Недостатъчността на публичният ресурс за здраве е причина за прилагането на регулативни стандарти (РС) в извънболничната помощ и намалени болнични бюджети, които на практика лимитират пациентите в правото им на своевременни, безплатни медицински услуги. Наложени от НЗОК ограничения за прием в болниците (на ниво бюджет, брой легла за ЛЗ, за отделение, КП), изчерпването на недостатъчните РС в ИБП са причина не малка част от пациентите да не реализират своя избор на лечебно заведение (ЛЗ) или лекар. Основополагащият принципът на реформата «парите следват пациента» е заменен с «пациентите следват парите», административно определени за всяко ЛЗ от Надзорния съвет на НЗОК. Посочените предизвикателства лишават пациентите от правото на свободен избор и противоречат на принципа за равнопоставеност до системата.

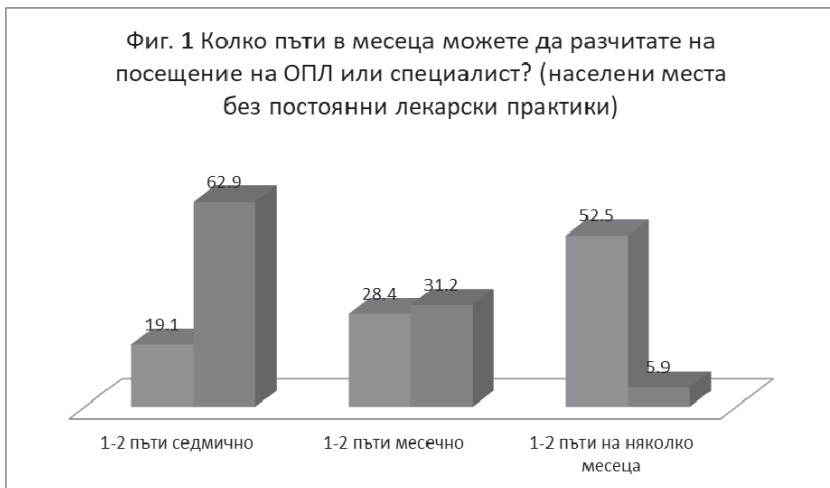
Интерес представлява изследването достъпа на пациентите до извънболнична помощ, с оглед минимизиране разходите за скъпо струващото болнично лечение. Своевременно оказаната първична и специализирана медицинска услуга, освен намаляване броя на хоспитализациите, осигурява по-бързо решаване на здравословните проблеми на пациентите и връщане в трудовия процес.

Докато 100% от анкетираните, живущите в град Варна и град Долни Чифлик могат да ползват медицинската услуга на ОПЛ лекарите специалисти, то 59.4% от живущите в селата и малки населени места срещат затруднение в получаването на извънболнична медицинска помощ и закупуването на лекарствени средства, поради липса на аптеки (76.5%).

Според 19.1% от респондентите, общо практикуващите лекари посещават населеното място от селски тип най-често веднъж или два пъти седмично по за няколко часа. Повече от половината (52.5%) анкетирани споделят, че личният лекар посещава населеното място едва един –два пъти в месеца. Това затруднява населението в достъпа, което е преобладаващо застаряващо и с по-големи потребности от здравни услуги. 62.9% от жителите на малките градове разчитат на специализирана медицинска помощ по график - един или два пъти седмично, предоставена от лекари, работещи в големия град.

Значително по-редовни са специалистите в посещенията на малките населени места, поради факта, че техните приходи се влияят от брой пре-

минали пациенти, за разлика от ОПЛ, които получават заплащане и за записани в пациентската листа.



На 83.5% от анкетираните в селата и малките населени места се налага да пътуват до големия град за получаване на специализирана извънболнична помощ поради следните причини:

- мобилните специалисти често нарушават обявения график (34.7%)
- липсват специалисти от които имат потребност (77.9%)
- липсва необходимата медицинска апаратура (68.9%)
- желание за по-високо качество (83.4%)

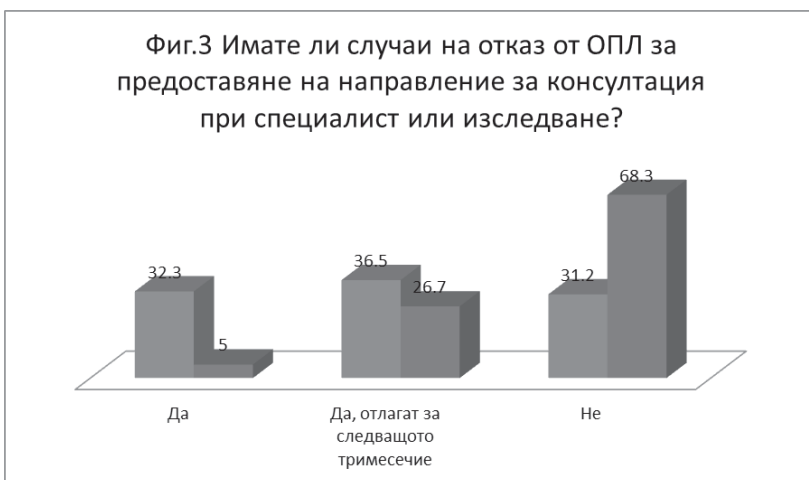
73.5% от респондентите, живущи в селата и 46.2% от малките населени места отлагат получаването на медицинска помощ в големия град, поради транспортни и финансови трудности.

Посочените препятствия представляват бариера за достъп към второто специализирано ниво дейности в здравната система и следващото високотехнологично ниво на болнична помощ.

На 32.3% от респондентите, жители на малки градове и села, личните лекари са отказали направление за преглед при специалист или изследване, поради изчерпване на регулативните стандарти, отпуснати от здравната каса.

При пациентите в областния град този проблем за отказ или отлагане във времето посочват приблизително една трета (31.7%) от участниците в анкетата. Повече от половината (68.3%) нямат трудности в получаване на направление за консултация или изследване. 38.5% от отговорилите са заплатили необходимите медицински дейности за да решат своевременно

здравословния си проблем, въпреки че са здравно осигурени, с което са поставени в условие на неравнопоставеност. Административната пречка пред ползването на здравни услуги от здравноосигурени лица, представлява нарушение на принципа за равнопоставеност.



Изводи и препоръки

Местоживеенето и финансовият статус на респондентите от селата и малки населени места, както и недостига на публични средства за извън-

болничната помощ са причина за затруднения в достъпа до първична и специализирана медицинска помощ, и избор на изпълнител. Неравномерното разпределение на лечебни заведения и кадрови ресурси на територията на страната, грубото администриране на медицинската дейност от НЗОК, предопределят отсъствието на равни възможности за достъп до здравната система за всяко лице, без значение местоживеене и социален статус и се отразяват силно негативно на здравословното състояние на част от българите.

Нерешените предизвикателства в здравеопазването засилват усещането в не малка част от пациентите за липса на равни възможности и деформирано прилагане на правото за достъп до медицинска помощ и свободен избор на лекар или лечебно заведение. Преодоляването им изисква нормативни промени, някои от които са свързани пълна електронизация на здравеопазването и изграждане на интегрирана национална информационна система; премахване на административно определените от НЗОК ограничения в дейността на ЛЗ под формата на РС или болнични бюджети; изработване и прилагане на национална политика за управление на кадрите в системата, гарантираща оптимална осигуреност с ЛЗ и специалисти в цялата страна.

Заклучение

Незабавното решение на посочените предизвикателства чрез прилагане на мерки за постигането на прозрачност, ефективна организация и контрол в здравеопазването ще спомогне за връщане доверието на обществото в здравноосигурителния модел у нас, предполагащ равнопоставеност в достъпа до здравни грижи и свободен избор на изпълнител на медицинска помощ от всеки един пациент.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воденичаров, Ц., В. Борисов, Ст. Гладилов, К. Чамов, Д. Кръшков (2005). Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване. Здравен мениджмънт, 2, 5-15.
2. Димова, А., М. Попова, М. Рохова (2007). Здравната реформа в България: анализ. Институт „Отворено общество“, Варна.
3. Димитров, Гр. (2018). Рискове и предизвикателства при реформиране на здравната система. Изд. ВУЗФ Св. Григорий, С.
4. Европейски семестър. Тематичен информационен документ. Системи за здравеопазване.
5. https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/European_semester_thematic_factsheet_health_systems_bg.pdf -

6. Закон за здравното осигуряване. Обн. ДВ. бр. 70 от 19 юни 1998 г. посл. изм. ДВ бр. 20 от 15 март 2016 г.
7. Лечебни заведения за болнична и извънболнична помощ и здравни заведения към 31.12.2012 г. – НСИ.
8. http://www.nsi.bg/EPDOCS/HealthEstabl 2012_WK79CQZ.pdf
9. Министерство на финансите- www.minfin.bg
10. Национална агенция по приходите – www.nap.bg
11. Национална здравно осигурителна каса –www.nhif.bg
12. Павлова, Г., Ел. Петрова-Джеретто (2018). Структура на човешките ресурси в БЛС. Медицински меридиани, бр. 3, С., 21-26.
13. Павлова, Г. (2019). Здравноосигурителен модел в България - предизвикателства и възможни решения, УИ Св. Климент Охридски.
14. Рохова, М. (2013). Здравни неравенства и неравнопоставеност в здравеопазването-основни принципи и концепции. сп. Здравна политика и мениджмънт, бр.4 (50), 114-120.

Адрес за контакт:

д-р Галинка Павлова, дм

ас. к-ра „Здравна политика и мениджмънт“

ФОЗ, МУ София

София 1000, ул. Бяло море 8

doc.gpavlova@gmail.com

ПРОУЧВАНЕ ОТНОСНО ПРИЛОЖЕНИЕТО НА ЕЛЕКТРОННАТА ЗДРАВНА КАРТА В НЯКОЛКО СТРАНИ ОТ ЕС И ПЕРСПЕКТИВИТЕ ПРИ ВНЕДРЯВАНЕТО Й В БЪЛГАРИЯ

*Костадин Попов, Александрина Воденичарова,
Тодор Черкезов, Мариела Деливерска,
Светослав Гаров*

RESEARCH ON THE APPLICATION OF THE ELECTRONIC HEALTH CARD IN SEVERAL EU COUNTRIES AND THE PROSPECTS OF ITS INTRODUCING IN BULGARIA

*Kostadin Popov, Alexandrina Vodenitcharova, Todor Cherkeзов,
Mariela Deliverska, Svetoslav Garov*

Резюме. В статията се проучват специфичните характеристики при приложението на електронната здравна карта в няколко страни от ЕС. Въпреки че всяка държава използва индивидуален подход за определяне на съдържанието на електронното досие в електронната здравна карта, наблюдават се и общи положения, като информация относно състоянието на пациента, извършени манипулации, направени изследвания и предписани лекарства. В България в съответствие с политиката на ЕС в тази област е създадена дългосрочна стратегия относно стъпките, необходими за внедряване на електронното здравеопазване, и се очаква в краткосрочно бъдеще да се предприемат реални действия за внедряването ѝ.

Ключови думи: електронно здравеопазване, защита на лични данни, здравна реформа

Summary. The article examines the specific features of the application of the electronic health card in several EU countries. Although each country uses its own approach to determine the contents of the electronic file in the electronic health card, general con-

siderations are also observed, such as information on the patient's condition, health treatments, examinations, and prescribed drugs.

In Bulgaria, in line with EU policy in this area, a long-term strategy on the steps needed to implement eHealth has been set up and real action is expected in the short term to implement it.

Key words: e-healthcare, GDPR, health reform

В рамките на Европейския съюз, използването на технологии за модернизиране на системата на здравеопазване и дейността по предоставяне на медицински услуги, както и подобряване на качеството на услугите в полза на пациентите, е дейност попадаща в компетентността на Генерална дирекция “Здравеопазване”. Електронното здравеопазване е една от възможните мерки за подобряване както на личното, така и на общественото здраве.

За изграждането и развитието на електронното и мобилното здравеопазване, в рамките на Общността са приети актове насърчаващи сътрудничеството и обмена на данни между държавите – членки на Съюза. Европейският съюз (ЕС) насърчава разработването на правно необвързващи мерки, които осигуряват на държавите-членки допълнителни инструменти за улесняване на по-голямата оперативна съвместимост на информационни и комуникационни технологии (ИКТ) и системи в областта на здравното обслужване и за подпомагане на достъпа на пациентите до приложения за електронно здравеопазване. [1]

Според политиката на Европейската комисия в областта на общественото здраве, понятието **електронно здравеопазване**:

- представлява инструменти и услуги, използващи информационни и комуникационни технологии (ИКТ), които могат да подобрят профилактиката, диагностицирането, лечението, надзора и управлението;
- може да бъде от полза за всички чрез подобряване на достъпа до лечение и качеството на обслужването и чрез повишаване на ефективността на здравния сектор;
- включва обмен на информация и данни между пациентите и доставчиците на здравни услуги, болниците, специалистите и мрежите за здравна информация; електронни здравни досиета; телемедицински услуги; преносими уреди за наблюдение на състоянието на пациентите; софтуер за определяне на работния график на операционните зали, роботизирана хирургия и теоретични изследвания на тема „виртуален физиологичен човек“.

Целите на ЕС, касаещи електронното здравеопазване, са:

- подобряване на здравето на гражданите чрез предоставяне на животоспасяваща информация – дори в други държави, когато това е необходимо – чрез инструменти на електронното здравеопазване;

➤ подобряване на качеството на здравното обслужване и достъпа до него чрез включване на електронното здравеопазване в здравната политика и координиране на политическите, финансовите и техническите стратегии на страните от ЕС;

➤ подобряване на ефективността, разпространението и леснотата на използване на инструментите на електронното здравеопазване чрез въвличане на специалисти и пациенти в изготвянето и прилагането на подходящи стратегии.

За осъществяването на целите е приета и съответна директива за упражняване на правата на пациентите при трансгранично здравно обслужване. В съответствие с член 14 от Директива 2011/24/ЕС на доброволна основа е създадена мрежа от национални органи, отговорни за електронното здравеопазване. Мрежата за електронно здравеопазване има за цел да се подобри оперативната съвместимост между електронните системи за здравеопазване и непрекъснатостта на грижите и да се гарантира достъпът до безопасно и качествено здравно обслужване. [2; 8]

В повечето страни от Европейския съюз в областта на здравеопазването се използва т.нар. електронна здравна карта (eGK).

Електронната здравна карта съдържа лични данни – име, дата на раждане, пол и адрес, а също така и снимка, за да може медицинският специалист да проверява самоличността на здравноосигуреното лице. В електронната здравна карта са запаметени и се съхраняват данни за здравната осигуровка на съответното лице – здравноосигурителен номер и осигурителен статус. Чрез брайлов знак е улеснено използването ѝ от хора, които са с увредено зрение. [9; 12] На гърба на eGK е интегрирана Европейската здравноосигурителна карта (EHIC). Чипът на картата гарантира сигурност за данните на осигурения и съдържа информация за планираните бъдещи манипулации и интервенции [фиг. 1].



Фиг. 1. Пример за електронна здравна карта

Източник: <https://www.viactiv.de/blgarski/elektronna-zdravna-karta-egk/>

При информирано съгласие от страна на пациента електронната карта може да бъде снабдена с допълнителни функции, като:

- съхраняване на данните на лицето за спешни случаи, напр. кръвна група и алергии;
- документиране на предписаните лекарства;
- достъп до електронен пациентски картон с резултати от проведени изследвания и др. [3; 13]

Нормативната уредба на голяма част от държавите в ЕС урежда въпросите, свързани с електронното здравеопазване, **чрез отделен закон** – в **Австрия, Дания, Франция, Швеция, Естония, Германия**. В последната са предпочели да поместят уредбата ѝ в кодекс. В **Испания** не е създадена централизирана нормативна уредба на електронното здравеопазване, а в някои области това е направено частично чрез декрети. Във **Франция** е възприето понятието E-santé – „електронно здравеопазване“ – това са всички интернет дейности, услуги и системи, свързани със здравето, провеждани дистанционно, които се прилагат с цел подобряване на здравето на пациента. В **Австрия** всички дейности, свързани с електронно здравеопазване, са обединени под термина ELGA (elektronische Gesundheitsakte). Обобщено понятието за „електронно здравеопазване“ (вкл. и понятието „електронно досие“) представлява информационна система, която позволява на пациентите и на всички доставчици на здравни услуги да получат дистанционен достъп до здравни данни, болници, лекари на частна практика, аптеки и здравни заведения. В правото на ЕС под „електронно здравеопазване“ се разбира използване на съвременни информационни и комуникационни технологии за нуждите на гражданите, пациентите и изпълнителите на здравни услуги.

Публикуваният от Министерството на здравеопазването на **Испания** „Качествен план за Национална здравна система“, чието изпълнение започва през 2006 г., набелязва определени направления, сред които е разширяване на използването на информационни технологии от личните лекари. През 2010 г. последва втори план за напредък, част от който съставлява програмата „Здравеопазване on line“. В него се предвижда внедряване на компютри и други технически средства като сървъри, диагностична техника, принтери и др., за медицински и административни цели. Основните задачи, които си поставя програмата, могат да се обобщят в четири точки: да се гарантира идентификацията на всички граждани на Испания посредством здравноосигурителна карта и функциониране на защитена база данни на населението в националното здравеопазване; да се въведе електронно здравно досие, съдържащо клинична информация, с възможност за обмен на данни между медицинските специалисти и службите за социални услуги в различните автономни области на страната; да нарасне броят на електронните рецепти в националната здравна система и да се предлагат интерактивни услуги между граждани и здравни специалисти

посредством уеб портали, телемедицина и телеобразование в рамките на националното здравеопазване.

Въпреки че няма легална дефиниция за „електронно здравеопазване“, законодателят на **Естония** е регламентирал в The Health Services Organization Act понятието „здравна информационна система“: база данни, принадлежаща на Държавната информационна система, която обединява и обработва медицински данни, гарантирайки качество на здравните услуги, защита на правата на пациента и опазване на общественото здраве. [4]

Електронната здравноосигурителната карта в **Германия** съдържа заедно с подписа и снимката на застрахования, в подходяща за механично прехвърляне форма върху предвидените за договореното медицинско обслужване документи и фактури, информация за наименование на издаващата застраховката асоциация, включително идентификатор за асоциацията на лекарите, в чийто район пребивава членът; адрес; дата на раждане; пол; здравноосигурителен номер; собствено име и фамилно име на застрахования; осигурителен статус в криптиран вид; статус, съвместно плащане; дата на започване на здравното осигуряване; датата, на която изтича осигуряването. [10; 14]

Електронната здравноосигурителна карта трябва да предвижда възможност за получаване на информация и за предаване на медицински рецепти в електронна и машинно използваема форма, както и потвърждение на правото за получаване на здравни услуги в държава – членка на Европейския съюз, страна от Европейската икономическа зона или Швейцария.

Електронният здравен портал Sundhed.dk в **Дания** съдържа информация за медицинската история на пациентите – заболявания, диагнози, лечения, операции и др.; прегледи при личния лекар (GP); подновяване на рецепти; наблюдаване на приема на лекарства и развитието на лечението; наличие на алергии; достъп до лабораторни данни; проучване на списъци с чакащи за операция и рейтинги за качество на болниците; регистрация като донор на органи; пожизнено вписване на завещателни разпореждания; комуникация със здравните власти и др.

Действащата система във **Великобритания** се нарича „Обобщено електронно досие“ (“Summary Care Record“) и съдържа кратка информация за пациента. Тя отразява: прием на лекарства (какви, период на прием); алергии, ако пациентът има такива, и алергични реакции към лекарства. Тази информация, съхранявана на едно място, дава възможност за бърза реакция от страна на медицинското лице в случай на необходима спешна помощ или когато личният лекар на пациента не работи.

От 1 септември 2015 г. здравноосигурените лица в **Румъния** имат право на медицински услуги само при наличието на електронна здравна карта. Спешни медицински услуги могат да бъдат получавани и без да е необходимо валидиране с картата, защото те се извършват както за здравноосигурените, така и за хората без осигуровки.

Шведската система за електронно досие се нарича NPÖ (National patient summary). Тя функционира от 2008-а година. Всяко електронно досие съдържа индивидуална информация за пациента във връзка със текущите здравни грижи, хронични болести, алергии, резултати от медицински прегледи. В досието има раздел, в който се съхранява за срок от 15 седмици информация за предписаните на лицето лекарства.

Контрол на системата

Държавен орган, компетентен да контролира функционирането на системата и да поддържа сървъра в Австрия, Германия, Дания, Испания (на централно ниво) и Швеция, е съответното здравно министерство. В Естония това е Министерството на социалните въпроси. Мониторинг се извършва и от естонската Държавна служба за одит. Освен това, в Дания действа и Орган за здравето и лекарствата (The Danish Health and Medicines Authority) и Националният орган за електронно здравеопазване – National e-Health Authority (NSI) – агенция в рамките на министерството.

Защита на личните данни

Във всички държави са предвидени механизми за защита на личните данни.

Защитата на личните данни и евентуална отговорност при неправомерни действия на оторизирани или неоторизирани лица в австрийското законодателство се осъществява чрез разпоредби за защита на личните данни, които се съдържат във Федералния закон за защита на личните данни. В зависимост от тежестта на злоупотребата с лични данни на пациент се носи административно-наказателна или наказателна отговорност. В Германия неприкосновеността на личния живот е защитена до голяма степен. Пациентът може да реши дали неговата информация (извън задължителния минимум) да бъде включена в електронната карта, както и коя точно информация да се включи. Самият достъп до системата става с помощта на пациента. Това означава, че съгласието на пациента е практически необходимо за един лекар, за да погледне в неговите файлове. Отговорността в Германия се носи от злоупотребилите с информация по Федералния закон за защита на данните (Bundesdatenschutzgesetz), раздел 7, 8.

Подобни изисквания за достъп и санкции при нарушения са регламентирани и в другите страни от ЕС, прилагащи електронна здравна карта с цел да се спазват условията за конфиденциалност при използването на лична информация при дейности в сектора на здравеопазването. [6; 7; 11]

Заклучение

Въпреки че всяка държава използва индивидуален подход, за да определя съдържанието на електронното досие в електронната здравна карта, наблюдават се и общи положения, като информацията относно състоянието

на пациента, извършените манипулации, направените изследвания и предписаните лекарства.

В електронното досие се записва информация кога, как и защо е било използвано, което позволява на съответния медицински специалист, който има достъп до него, и на гражданите да осъществяват надзор над информацията.

В **България** в съответствие с политиката на ЕС в тази област е създадена дългосрочна стратегия относно стъпките, необходими за внедряване на електронното здравеопазване, и се очаква в краткосрочно бъдеще да се предприемат реални действия за внедряването на електронна здравна карта, както вече е направено в преобладаващата част от страните от ЕС. [5]

ЛИТЕРАТУРА

1. Деливерски, Й. (2016). Защита на информацията при събиране и обработване на биометрични данни за медицински услуги, Университет по библиотекознание и информационни технологии, XIV Национална конференция "Обществото на знанието и хуманизмът на XXI век", 671-678. (Deliversky, J. Information Protection in Collection and Processing of Biometric Data for Medical Services, University of Library Studies and Information Technologies, The 14th International Scientific Conference "Knowledge Society and 21st century humanism", 2016, p. 671-678).
2. Европейска комисия, Обществено здраве, Електронно здравеопазване. https://ec.europa.eu/health/ehealth/policy_bg
3. Електронна здравна карта <https://www.viaactiv.de/blgarski/elektronna-zdravna-karta-egk/>
4. Народно събрание на Република България – законодателни проучвания. <http://www.parliament.bg/students/index.php?action=displays&id=309>
5. Стратегия за внедряване на електронно здравеопазване в България 2007 – 2012 г. *stategia-LAST-2006.pdf*
6. Blobel, B. (2004). Authorisation and access control for electronic health record systems. – In: *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 73, No. 3, pp. 251-257.
7. Deliversky J., M. Deliverska (2018). Ethical and Legal Considerations in Biometric Data Usage – Bulgarian Perspective, *Frontiers in Public Health*, Vol. 6, Article 25, Feb. 2018, doi: 10.3389/fpubh.2018.00025
8. Deliversky, J. (2017). Health records and information technology in support of exchange of health information. *J of IMAB* 2017 Apr-Jun; 23(2):1567-1570.
9. Dieng, D. (1997). The keys of success of a health card project: The lessons learned from 9 health cards project. – In: *Proc. of the 10 IEEE Symposium on Computer-Based Medical Systems*, pp. 227-230.

10. Ernstmann, N., Ommen, O., Neumann, M., Hammer, A., Voltz, R., Pfaff, H. (2009). Primary Care Physician's Attitude towards the German e-Health Card Project-Determinants and Implications. – In: *Springer J. Med. Syst.*, 2009 Jun; 33(3):181-8
11. Pharow, P., Blobel, B. (2005). Security Infrastructure Requirements for Electronic Health Cards Communication. – In: *Connecting Medical Informatics and Bio-Informatics*, Vol. 116, pp. 403-408.
12. Rankl, W., Effing, W. (2010). Smart Card Handbook. 4th ed. John Wiley.
13. Shelfer, K. M., Procaccino, J. D. (2002). Smart card evolution. – In: *Magazine Communications*, ACM, Vol. 45, No.7, pp. 83-88.
14. Zwicker, M., Seitz, J., Wickramasinghe, N. (2010). An Approach of a Telematics Infrastructure for the German Electronic Health Card. – In: Proc. of the 23 IEEE Symposium on Computer-Based Medical Systems, pp. 438-444.

Адрес за кореспонденция:

гл. ас. д-р Светослав Гаров, дм
Катедра „Медицинска педагогика”, ФОЗ, МУ-София
София 1527, ул. „Бяло море” № 8
email: sv.garov@gmail.com

ЗА НЯКОИ ОСОБЕНОСТИ НА СПЕШНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В КОСОВО И В БЪЛГАРИЯ

*Ерза Мустаф, Светослав Гаров,
Магдалена Александрова*

ON CERTAIN FEATURES OF EMERGENCY MEDICAL SERVICES IN KOSOVO AND IN BULGARIA

Erza Mulaj, Svetoslav Garov, Magdalena Alexandrova

Резюме: Системата на здравеопазването и в Косово, и в България, като бивши социалистически страни от Източна Европа, преди стартирането на реформите се основава главно на модела на здравното обслужване, известен като модела „Семашко“, поради което те все още имат някои общи характеристики.

Въпреки че системите на спешна медицинска помощ и в България, и в Косово са в процес на реформиране, те са на различни етапи от своето развитие, тъй като в България началото на този процес е преди повече от 20 г., докато в Косово промените започват едва след 2008 г., когато страната обявява своята независимост.

При все това се забелязват някои общи трудности и тенденции в СМП и може да се твърди, че дейността по оказване на достъпна, качествена и своевременна спешна медицинска помощ в нашите две страни все още е недостатъчно ефективна и ефикасна.

Ключови думи: спешна медицина, здравна реформа, медицински кадри

Summary: The healthcare system both in Kosovo and Bulgaria as former socialist countries from Eastern Europe, before reforms were launched, was based mainly on the healthcare model known as the Semashko model due to which they still share some common features.

Although the systems for emergency medical services both in Bulgaria and in Kosovo are different and are being reformed, they are at different stages of their development since the beginning of this process in Bulgaria was more than 20 years ago whereas in Kosovo changes started only after 2008 when the country declared its independence.

Nevertheless, some common difficulties and trends in emergency medical services stand out and it can be stated that the provision of accessible, quality and prompt emergency medical services in our two countries is not sufficiently efficient and effective yet.

Key words: *emergency medical services, health reform, medical staff*

1. СМП в Косово

Дейността и финансирането на Спешната медицинска помощ (СМП) в Косово са регламентирани със Закон №02 / L-50. Финансирането ѝ се определя от Закона за здравето на Косово по отделен бюджетен ред, в рамките на бюджета на съответните институции. В Косово се прилагат както болнични, така и амбулаторни (чрез линейки) форми на спешни услуги. СМП се организира и изпълнява на начално и средно ниво, както и в центровете за насочване. [3]

Косово е член на Европейската асоциация за контрол на качеството в здравеопазването, което включва и контрол на дейността на спешните медици.

Според проучване на Басри Ленджани (Basri Lenjani) и колектив на пациентите, потърсили спешна медицинска помощ в Косово за 2013 г., доминират тези със заболявания – 58,82%, в сравнение с 41,18%, които са лекувани от травми и наранявания. [4; 5]

Проучванията показват, че в системата на спешната помощ в Косово липсват ясно разписани стандарти, норми, протоколи и алгоритми за работа. Понастоящем класифицирането на пациентите по степента на спешност – на първостепенни, второстепенни и третостепенни, се основава на субективната клинична оценка на медицинския персонал, работещ в Спешната медицинска помощ в Косово.

В системата на спешната медицинска помощ на здравните системи в държавите от ЕС се прилага триажната система на база държавни документи и протоколи, която позволява категоризирането на пациентите според степента на необходимата им медицинска помощ. В Косово все още такава добре функционираща концепция на този етап липсва, което е основен проблем в дейността на Спешната медицинска помощ там. Тriaжът цели да гарантира, че пациентите с най-неотложна нужда са с приоритет и се лекуват най-бързо. Резултатите в другите страни с такава система показват по-голяма ефикасност, намаляване на смъртността и увеличаване на шансовете за оцеляване на тежкоболните и т.н. [6]

Здравните специалисти – лекари и медицински сестри, работещи в системата на спешната помощ в Косово, са задължени да са завършили предварително специализирани лицензирани курсове, за да кандидатстват за работа, но е необходимо да се наблегне на непрекъснатото обучение за поддържане и надграждане на професионалните им компетенции. [2; 7]

Предстои да се намери и внедри съвместно от национални и международни експерти подходящият модел, съобразен със специфичните характерни културни особености и традиции в Косово. Ключов момент в него е създаването на алгоритми, протоколи и насоки за триаж в Спешната помощ и осигуряване на възможност за обучение на здравните работници, работещи в нея. Във връзка с това е наложително създаване на Национален център за обучение за гарантиране на високи стандарти в образованието и високо качество на обучението на здравните професионалисти. Препоръчително е сертифицирането, както и различните степени на квалификация, да се основават на национални стандартизирани курсове, включващи писмен и практически изпит. [8]

2. СМП в България

Според одит на Сметната палата, извършен за периода от 2010 до 2014 г., търсенето на Спешната помощ се засилва поради затруднения в достъпа до извънболнична и болнична медицинска помощ. Близко една трета от населението в последните години ежегодно ползва спешна медицинска помощ. Констатирано е, че проблемите в СМП рецидивират. Освен това се допуска, че чрез лобиране има предпоставки да се бавят наложителните реформи в системата за спешна медицинска помощ с цел облагодетелстване на частни болнични заведения, които нямат финансов интерес от осъществяване на промените в системата на СМП.

Според данни от здравното министерство, приблизително 58% от населените места в страната са с време за достъп до филиал за спешна медицинска помощ до 20 минути. В около 15% от населените места са с време за достъп в диапазона над 30 минути.

Около 210 000 души (или 3%) от българските граждани са в населени места, разположени в труднодостъпни и отдалечени райони. Достигането на спешните екипи до пострадалите в тези територии често е сериозно затруднено.

Също така според Сметната палата е наложително актуализиране и въвеждане в действие на Националната здравна карта. Необходимо е и приемане на критерии и стандарти за териториално разпределение на структурите за спешна медицинска помощ.

Отчита се недостатъчен интерес на лекарите без специалност да специализират „Спешна помощ“. Причините за това са: неадекватните заплати, липсата на мотивация за обучение, стресогенните фактори, свързани с

работния процес и рисковите условия на труд (включително физически нашествия над екипите от недоволни близки на пациентите).

Оказва се, че професионалната компетентност на значителна част от лекарите, работещи в ЦСМП, все пак не отговаря на нормативните изисквания. Това е предпоставка за сериозни рискове, свързани с оказването на качествена спешна медицинска помощ на пациентите. По отношение на допълнителната квалификация на медицинските професионалисти позитивен момент е стартирането през март 2019 г. на проекта „ПУЛСС 2 – Подобряване на условията за лечение на спешните състояния“. Периодът на изпълнението му е до 31.XII.2019 г. Стойността на проекта е 7 млн. лв. Основната му цел е да се подобрява качеството на оказваната СМП и да се повишават знанията и уменията на спешния персонал. За тази цел около 6000 професионалисти от СМП ще преминат през различни форми на допълнително обучение и квалификация.

Броят на медицинските кадри, работещи в СМП, е недостатъчен и трайно намалява в съчетание с постоянно високо текучество и увеличаване на свободните места.

Близко половината от лекарите все още са без придобитата специалност.

Съществуват значителни диспропорции в образователния ценз и квалификацията на персонала от различните филиали на ЦСМП.

Нормативно сравнително ясно са уредени единствено въпросите около придобиването на специалност от лекарите. Липсват отделни регламенти за другите категории персонал относно тяхното обучение съобразно мястото им и изискванията на участието им в системата на спешната помощ.

Финансирането на обучението на персонала на ЦСМП се осъществява от три източника:

- държавният бюджет;
- частно финансиране;
- средства от европейски фондове (напр. по обучителни проекти като проекта „ПУЛСС“). [1]

Забелязва се тенденция към непрестанно нарастване на финансовите разходи в системата на СМП. Напр. докато през 2010 г. са изразходвани почти 77 млн. (76 903,5 хил.) лв. за СМП, за 2014 г. разходите възлизат на 122 672 хил. лв., т.е. нарастването е с 60%.

Констатира се, че специализираният медицински транспорт и апаратурата са морално и физически остарели. Това създава рискове за персонала в оказването на адекватна медицинска помощ. Сериозна положителна стъпка в тази посока е подписаният през октомври 2018 г. от Министерството на здравеопазването договор за модернизация на СМП по проекта „Подкрепа за развитие на системата за спешна медицинска помощ“ (проект №BG16RFOP001-4.001-0001-C01), който е на обща стойност 163,5 млн. лв. Той се осъществява с безвъзмездна финансова помощ по Програма „Ре-

гионална здравна инфраструктура“ на територията на цялата страна, като обхваща 237 обекта от системата на спешната медицинска помощ и включва закупуване на 400 броя линейки, обновяване на оборудването на ЦСМП и техните филиали. Срокът за изпълнението на проекта е 36 месеца.

Проблемът със собствеността на сградния фонд все още не е решен навсякъде. Това от своя страна създава сериозни пречки за поддържането и обновяването на ЦСМП.

Липсва ефективна координация и взаимодействие между ЦСМП и лечебните заведения при оказване на спешна медицинска помощ, когато се налага хоспитализация на пациента.

Заклучение

Системата на здравеопазването и в Косово, и в България, като бивши социалистически страни от Източна Европа, преди стартирането на реформите се основава главно на модела на здравното обслужване, известен като модела „Семашко“, поради което те все още имат някои общи характеристики.

Въпреки че системите на спешна медицинска помощ и в България, и в Косово са в процес на реформиране, те са на различни етапи от своето развитие, тъй като в България началото на този процес е преди повече от 20 г., докато в Косово промените започват едва след 2008 г., когато страната обявява своята независимост.

При все това се забелязват някои общи трудности и тенденции в СМП и може да се твърди, че дейността по оказване на достъпна, качествена и своевременна спешна медицинска помощ в нашите две страни все още е недостатъчно ефективна и ефикасна.

Преди всичко е необходимо да има ясно разписани правила и стандарти, на базата на които да се организира дейността на системата на СМП. В настоящата ситуация и в двете държави се констатира доста често променящи се стандарти и нормативна уредба, която не успява да обхване целия спектър от обществени отношения в тази сфера на здравеопазната система, което създава допълнително напрежение и впечатление за хаотичност.

И в двете държави вече е внедрена Националната система за спешни повиквания с единен европейски номер 112. Тя обаче се нуждае от подобряване, за да осигури възможност за информационна свързаност и обмен на информация в реално време с другите звена в системата на здравеопазването. В дежурните екипи на тел. 112 няма медицински лица съобразно нормативно приетите критерии за разграничаване на спешните от неспешните повиквания. Това създава предпоставки за допускане на грешки при предаването на повикванията към ЦСМП.

Броят на недействителните повиквания е значителен и изразходва неправомерно финансов и кадрови ресурс. Във връзка с това е необходимо

да се предприемат мерки за разяснителна кампания сред населението, за да се намали броят на лицата, злоупотребяващи със СМП. Голяма част от хората трябва да се оградят какви сигнали да подават на телефон 112 на базата на реалната симптоматика.

Основен проблем са трудностите с намиране на медицински кадри, които да практикуват в СМП. Причините за това са много, но основните са: неадекватно заплащане за положениия труд, работа на нощни смени, недобро отношение на част от пациентите, професионален стрес, работа с физически и морално остаряла медицинска апаратура и др.

Въпреки увеличаването на бюджета за издръжка на дейността и увеличените работни заплати, те все още не са адекватни спрямо тези в останалите лечебни заведения, което демотивира работещите в СМП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Министерство на здравеопазването. Проект BG051PO001-6.02.02 ПУЛСС (Практически увод в лечението на спешните състояния) от Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси 2007-2013“: <http://www.mh.government.bg/bg/evropeyski-programi/realizirani-proekti/programa-razvitiie-na-choveshkite-resursi-2007-2013/pulss-prakticheski-uvod-v-lechenieto-na-speshnite-sastoyaniya/>
2. Eliades, M. J., Lis, J., Barbosa, J., Van Rooyen, M. J. (2001). Post-war Kosovo: Part 2. Assessment of emergency medicine leadership development strategy. – In: *Prehosp. Disaster Med.*, Oct-Dec, 16(4): 268-274.
3. Hodgetts, T., Kenward, G. (2000). Emergency care in Kosovo. – In: *Emerg. Nurse*, Feb, 7(9):10-15.
4. Lenjani, B., Demiri, A., Karemani, N., Bunjaki, I., Elshani, B. (2015). Setting Priorities During Triage Process of the Sick Patients and Injured Patients at the Emergency Department; Hospital and University Clinical Service of Kosovo – Emergency Clinic. Prishtina, Kosovo, 11.10.2015.
5. Lenjani, B., Rashiti, P., Lenjani, D., Borovci, P., Arslani, N. (2019). Road accidents management and emergency medicine care. – In: *Albanian J. of Trauma and Emergency Surgery*, 3 (1).
6. Lis, J., Eliades, M. J., Benishi, D., Koci, B., Gettle, D., Van Rooyen, M. J. (2001). Post-war Kosovo: Part 3. Development and rehabilitation of emergency services. – In: *Prehosp. Disaster Med.*, Oct-Dec, 16(4):275-280.
7. O'Hanlon, K. P., Lerner, E. B. (2007). Post-war development of emergency medicine in Kosovo. – In: *Emerg. Med. J.*, Jan; 24(1):18-21.
8. Vanier, V. K., VanRooyen, M. J., Lis, J., Eliades, M. J. (2001). Post-war Kosovo: Part 1. Assessment of prehospital emergency services. – In: *Prehosp. Disaster Med.*, Oct-Dec, 16(4):263-267.

Адрес за кореспонденция:

гл. ас. д-р Светослав Гаров, дм

Катедра „Медицинска педагогика”, ФОЗ, МУ-София

София 1527, ул. „Бяло море” № 8

email: sv.garov@gmail.com

СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА МНЕНИЕТО НА МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТИ, РАБОТЕЩИ В СПЕШНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В КОСОВО И В БЪЛГАРИЯ

*Ерза Мустаф, Магдалена Александрова,
Светослав Гаров, Тодор Кундуржиев*

A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE OPINION OF MEDICAL SPECIALISTS WORKING IN THE SPHERE OF EMERGENCY MEDICAL SERVICES IN KOSOVO AND IN BULGARIA

*Erza Mulaj, Magdalena Alexandrova,
Svetoslav Garov, Todor Kundurzhiev*

Резюме: В статията се прави сравнителен анализ на резултатите от проведено анкетно проучване за изследване на мнението на медицински професионалисти, работещи в системата на СМП в Република България и в Република Косово. Анализът на резултатите, разкри някои общи положения за състоянието и дейността на системите на СМП в двете страни, но също така очерта и специфични различия, които са обобщени в изводи.

Ключови думи: спешни медици; вербална агресия; физическо насилие

Summary: The article makes a comparative analysis of the results from an opinion survey of medical professionals working in the system of emergency medical services in the Republic of Bulgaria and the Republic of Kosovo. The analysis of the results has revealed some general elements in the condition and operations of the emergency medical systems in both countries and it has already outlined some specific differences summarized in conclusions.

Key words: emergency medical services employees; verbal aggression; physical violence

Въведение

Редица изследвания показват, че потребителите на здравни услуги в България и в Косово не са удовлетворени от качеството и достъпността на здравните услуги в спешната медицинска помощ. [5, 7, 8] В същото време много бъдещи предизвикателства, ускорените социални промени, недостатъчната ефективност и т.н. поставят в риск устойчивата работа на системата на здравеопазване в тези страни. [1, 2, 3, 4, 6] Следователно възниква обективна необходимост да се изучава качеството на предоставяните медицински услуги. В този контекст е направен сравнителен анализ на резултатите от проведено анкетно проучване за изследване на мнението на медицински професионалисти, работещи в системата на СМП в Република България и в Република Косово през времеви период февруари – април 2019 г. Целта е установяване на слаби места в дейността на СМП от самите спешни медици и очертаване на изводи на база проведеното проучване, които биха спомогнали за формулирането на препоръки за оптимизирането им.

1. Социо-демографска характеристика на респондентите

В изследването са взели участие общо 158 медицински професионалисти, работещи в областта на СМП, като от тях 98 са от България и 60 са от Косово.

Половото разпределение показва следните резултати: 109 са лицата от женски пол, а лицата от мъжки пол са 49.

2. Резултати и обсъждане

За осъществяването на така поставената задача е приложен статистическият метод „Хи-квадрат на Пирсън“ (“Chi-square test”), който позволява изследване на зависимости между описателни данни.

Резултатите по въпрос №1 от анкетата сочат, че около 2/3 от анкетираните медицински специалисти в Косово (70%) и в България (68,4%), като цяло са доволни от работата си и следователно не се установява значима разлика в мненията им по този въпрос (табл. 1).

Таблица 1. Степен на удовлетвореност от работата

8. Като цяло, доволни ли сте от работата си?		България	Косово	Общо	χ^2	df	p
Да	Бр.	67	42	109	0,05	1	0,830
	Дял	68,4%	70,0%	69,0%			
Не	Бр.	31	18	49			
	Дял	31,6%	30,0%	31,0%			
Общо	Бр.	98	60	158			
		100,0%	100,0%	100,0%			

Интерес будят отговорите на следващия въпрос, според които 93,8% от изследваните специалисти в България не са удовлетворени от получава-

ното заплащане за положеня труд, докато в Косово този процент е доста по-малък – 73,3. Това показва, че вероятно българските специалисти са по-патоварени в работата си и съответно очакванията им за адекватно оценяване на положеня от тях труд са по-високи от тези на колегите им в Косово (табл. 2).

Таблица 2. Удовлетвореност от заплащането

9. Смятате ли, че заплащането е достатъчно и съответства на положеня от Вас труд?		България	Косово	Общо	χ^2	df	p
Да	Бр.	6	16	22	12,91	1	<0,001
	Дял	6,2%	26,7%	14,0%			
Не	Бр.	91	44	135			
	Дял	93,8%	73,3%	86,0%			
Общо	Бр.	97	60	157			
		100,0%	100,0%	100,0%			

Съществен фактор за качествена работа се оказват нивото на медицинското оборудване и снабдяването с достатъчно консумативи. Едва около 1/5 от анкетираните българските специалисти (19,6%) считат, че осигуреността им в този аспект е на необходимото ниво. За Косово този процент е значително по-висок – 36,7 (табл. 3). Това показва, че въпреки че България като част от ЕС участва в различни проекти по модернизация на медицинското оборудване, все още това не е довело да трайни положителни резултати в този аспект. Също така данните показват, че медицинските кадри в преобладаващата си част биха желали имат по-високо ниво на осигуреност, което би рефлектирало позитивно на предлаганата от тях спешна медицинска помощ.

Таблица 3. Оценки за осигуреността с консумативи и нивото на медицинско оборудване

10. Медицинското оборудване, с което работите, и осигуреността с консумативи достатъчни ли са Ви за висококачествена работа?		България	Косово	Общо	χ^2	df	p
Да	Бр.	19	22	41	7,94	2	0,019
	Дял	19,6%	36,7%	26,1%			
Отчасти	Бр.	48	29	77			
	Дял	49,5%	48,3%	49,0%			
Не	Бр.	30	9	39			
	Дял	30,9%	15,0%	24,8%			
Общо	Бр.	97	60	157			
		100,0%	100,0%	100,0%			

Редица проучвания показват, че работната атмосфера рефлектира върху работния процес. От анкетата се установява, че в Косово тя е лоша

според 15% от респондентите, докато този негативен показател е осезателно по-нисък в България. Във връзка с това е необходимо мениджърското ръководство да дефинира причините и по възможност да преодолее проблемите, което би осигурило ефективен работен процес (табл. 4).

Таблица 4. *Оценки за работната атмосфера при обслужването от медицинския персонал*

11. Каква е работната атмосфера за между персонала в отделението?		България	Косово	Общо	χ^2	df	p
Отлична	Бр.	25	14	39	7,46	2	0,024
	Дял	25,8%	23,3%	24,8%			
Добра	Бр.	69	37	106			
	Дял	71,1%	61,7%	67,5%			
Лоша	Бр.	3	9	12			
	Дял	3,1%	15,0%	7,6%			
Общо	Бр.	97	60	157			
		100,0%	100,0%	100,0%			

Продължителността на работното време, разпределението на графика, осигуряването на достатъчно време за почивка е отговорност на мениджъра на лечебното заведение. Съобразяването с тези фактори трябва да се основава на равнопоставеност между служителите от една и съща категория труд и да позволява предоставянето на качествени медицински услуги. Проучването показва, че в България мнозинството са доволни от работния график (56,7%), докато в Косово тези, които нямат претенции към работния график, са доста по-малко – 31,7% от анкетираните (табл. 5).

Таблица 5. *Мнения за графика с работните смени*

12. Доволни ли сте от графика с разпределението на работните смени?		България	Косово	Общо	χ^2	df	p
Да	Бр.	55	19	74	10,01	2	0,007
	Дял	56,7%	31,7%	47,1%			
Отчасти	Бр.	33	35	68			
	Дял	34,0%	58,3%	43,3%			
Не	Бр.	9	6	15			
	Дял	9,3%	10,0%	9,6%			
Общо	Бр.	97	60	157			
		100,0%	100,0%	100,0%			

Забелязва се значима разлика в спектъра на отговорите по следващия въпрос от анкетата. Близко 1/3 от респондентите в Косово посочват, че са крайно неудовлетворени от предоставяните им възможности за професионално и кариерно развитие. Това показва, че тази голяма група не вижда

перспективи за бъдещия си професионален просперитет и съществува потенциален риск някои от тях да пожелаят да сменят работното си място. За България този процес е значително по-малък – 7,2 (табл. 6).

Таблица 6. Възможности за професионално и кариерно развитие

13. Удовлетворени ли сте от предоставяните Ви възможности за професионално и кариерно развитие?		България	Косово	Общо	χ^2	Df	p
Да	Бр.	42	16	58	15,16	2	0,001
	Дял	43,3%	26,7%	36,9%			
Отчасти	Бр.	48	26	74			
	Дял	49,5%	43,3%	47,1%			
Не	Бр.	7	18	25			
	Дял	7,2%	30,0%	15,9%			
Общо	Бр.	97	60	157			
		100,0%	100,0%	100,0%			

Всеизвестно е, че всеки стил на ръководство (авторитарен, демократичен, либерален и т.н.) има предимства и недостатъци. Отговорите на следващия въпрос от анкетата разкриват какво е отношението на служителите към начина на управление на институцията, в която работят, и как те се чувстват. Обезпокоителен е фактът, че близо 1/5 и в двете страни изразяват негативното мнение относно това, дали ръководството се съобразява с мнението им при вземането на решения, които касаят тяхната работа (табл. 7).

Таблица 7. Съобразяване на ръководството със служителите при вземането на решения

14. Ръководството съобразява ли се с Вашето мнение при вземането на решения, който касаят работата Ви?		България	Косово	Общо	χ^2	df	p
Да	Бр.	26	28	54	7,06	2	0,029
	Дял	26,8%	46,7%	34,4%			
Отчасти	Бр.	50	20	70			
	Дял	51,5%	33,3%	44,6%			
Не	Бр.	21	12	33			
	Дял	21,6%	20,0%	21,0%			
Общо	Бр.	97	60	157			
		100,0%	100,0%	100,0%			

Агресията върху спешни медици застрашава здравето и живота им. Тя може да доведе до психични и физически травми. Според скорошни изследвания всяка седмица само в гр. София един спешен медик е жертва на физическо посегателство. Това показва крайно неуважение на някои хора

към тях и към извършваната от тях професионална дейност. Данните от нашата анкета сочат, че медицинските специалисти често са подлагани на обиди и на физическо насилие.

48,5% от респондентите в България посочват, че са били обект на вербално насилие от пациенти. За Косово данните са още по-високи - 53,3% (табл. 8).

Таблица 8. *Упражнявано вербално насилие от пациенти*

15. Било ли е упражнявано вербално насилие върху Вас от пациенти?		България	Косово	Общо	χ^2	df	p
Да	N	47	32	79	0,35	1	0,552
	%	48,5%	53,3%	50,3%			
Не	N	50	28	78			
	%	51,5%	46,7%	49,7%			
Общо	N	97	60	157			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Резултатите относно оказвано физическо насилие показват, че практикувайки най-хуманната професия, 36,7% от спешните медици в България са били подлагани на физическо насилие от пациенти, а за тези в Косово процентът е 20,0 (табл. 9).

Таблица 9. *Упражнявано физическо насилие от пациенти*

16. Било ли е упражнявано физическо насилие върху Вас от пациенти?		България	Косово	Общо	χ^2	df	p
Да	Бр.	36	12	48	4,93	1	0,026
	Дял	36,7%	20,0%	30,4%			
Не	Бр.	62	48	110			
	Дял	63,3%	80,0%	69,6%			
Общо	Бр.	98	60	158			
		100,0%	100,0%	100,0%			

Във връзка с тези резултати се налага изводът, че очевидно съществуващата нормативна база за СМП не е достатъчно ефективна, за да ограничи тази лавинообразно нарастваща заплаха за здравето на медиците, работещи там. Като следствие от това логично е, че малък процент от тези медицински професионалисти не се чувстват законово защитени, като делът им в Косово е значително по-голям – 43,3%, което може да се обясни с факта, че реформата там в частта на нормативната уредба е в по-начален етап спрямо тази в България и това очевидно създава усещания за несигурност и безпокойство у практикуващите там спешни медици (табл. 10).

Таблица 10. Мнения на спешните медици за наличието на законовата им защита

17. Чувствате ли се законово защитени, упражнявайки професията си?		България	Косово	Общо	χ^2	Df	p
Да	Бр.	13	26	39	18,10	1	<0,001
	Дял	13,3%	43,3%	24,7%			
Не	Бр.	85	34	119			
	Дял	86,7%	56,7%	75,3%			
Общо	Бр.	98	60	158			
		100,0%	100,0%	100,0%			

Заклучение

Анализът на резултатите от анкетните проучвания сред медицински-те специалисти, направени в Косово и в България, разкри някои общи положения за състоянието и дейността на системите на СМП в двете страни, но също така очерта и специфични различия, които могат да се обобщят в следните изводи:

1. Делът на специалистите, които са удовлетворени от работата си в спешната помощ и в двете държави, е сходен – около 2/3 от заетите.

2. Мнозинството от респондентите считат, че не са достатъчно високи нивото на медицинско оборудване и степента на осигуреност с консумативи за изпълнение на качествена работа, като за България въпреки осъществяваните проекти по модернизация на медицинското оборудване делът на неудовлетворените е значително по-висок – 30,9%.

3. Значителен дял от анкетиранияте спешни медици (близо 1/3) посочват, че са крайно неудовлетворени от предоставяните им възможности за професионално и кариерно развитие. При нарастващия недостиг на медицински кадри това представлява сериозен риск за системата.

4. Обезпокоително голям е процентът на спешните медици в България, които са били подлагани на физическо насилие (36,7). За Косово процентът е по-малък – 20.

6. Делът на спешните медици, които се чувстват законово незащитени, е значително по-висок в Косово, което е свързано с това, че реформирането на нормативната база там е в по-ранен етап спрямо този в България.

ЛИТЕРАТУРА

1. Министерство на здравеопазването. Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ в Република България 2014-2020 г. www.Conception_Development_System_for_Emergency_Medical_Care_2014-2020.pdf

2. Министерство на здравеопазването. Наредба №12 за утвърждаване на медицински стандарт „Спешна медицина“. – В: *ДВ*, бр. 4, 15 ян. 2016, в сила от 15.01.2016 г.
3. Министерство на здравеопазването. Наредба №10 за неотложната медицинска помощ. – В: *ДВ*, бр. 48, 1994; изм. *ДВ*, бр. 52, 1995.
4. Министерство на здравеопазването. Правилник за устройството и дейността на Център за спешна медицинска помощ. – В: *ДВ*, бр. 98, 12 ноем. 1999; изм. и доп. *ДВ*, бр. 82, 18 окт. 2016.
5. Хубанов, Н. (2014). Анализ на обществените нагласи за дейността на спешните приемни отделения като елемент на спешната помощ. Автореф. на дис. труд за получаване на ОНС „доктор“, С.
6. Sami, A. *Kosova Health System*. Kosovo, Ministry of Health.
7. Eliades, M. J., Lis, J., Barbosa, J., Van Rooyen, M. J. (2001). Post-war Kosovo: Part 2. Assessment of emergency medicine leadership development strategy. – In: *Prehosp. Disaster Med.*, Oct-Dec, 16(4): 268-274.
8. Hodgetts, T., Kenward, G. (2000). Emergency care in Kosovo. – In: *Emerg. Nurse*, Feb, 7(9):10-15.

Адрес за кореспонденция:

гл. ас. д-р Светослав Гаров, дм
Катедра „Медицинска педагогика“, ФОЗ, МУ-София
София 1527, ул. „Бяло море“ № 8
email: sv.garov@gmail.com

СЕЛФ МЕНИДЖМЪНТ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА

Лиляна Станчева, Иванка Стамболова

FAMILY MANAGEMENT OF HEALTH CARE IN MULTIPLE SCLEROSIS PATIENTS

Lilyana Stancheva, Ivanka Stambolova

Резюме: Множествената склероза е аутоимунно, хронично, възпалително, демиелинизиращо заболяване на централната нервна система, с различна форма, продължителност и начин на протичане строго индивидуален за всеки пациент. Заболяването засяга хора в млада възраст, прогресира и води до тежка инвалидизация. Болестността в Република България от множествена склероза е 44,5/100 000 население, а заболяемостта на 1,3/100 000 население. Тези данни доближават страната ни в голяма степен до болестността в съседните страни. Заболяването се отнася още и към хроничните незаразни болести /ХНБ/, които представляват състояния на организма, протичащи:

- за дълъг период от време;
- прогресират бавно;
- причинителят е неинфекциозен.

Ключови думи: селф мениджмънт, здравни грижи, множествена склероза, медицинска сестра.

Abstract: Multiple sclerosis is an autoimmune, chronic, inflammatory, demyelinating disease of the central nervous system of different shape, duration and course of action strictly individual for each patient. The disease affects young people, progresses and leads to severe disability. The disease affects young people, progresses and leads to severe disability. The disease in the Republic of Bulgaria from multiple sclerosis is 44.5 per 100,000 populations and the incidence of 1.3 per

100,000 populations. These data bring our country very close to the disease in the neighboring countries. The disease also refers to the non-communicable diseases (CNB), which are the states of the organism, occurring:

- *for a long time;*
- *progress slowly;*
- *the causative agent is noninfectious.*

Key words: *Traumatic injuries, heart trauma, nursing, complications, risk assessment.*

Въведение

Грижите за човек със заболяване от такъв характер се осъществяват както в болничната, така също в извънболнична помощ, а най-вече в дома от самия пациент в периодите на ремисия.

В последните години и в Р.България се прилага т.нар. селф-мениджмънт в здравните грижи, дейност, за която пациентът трябва да бъде обучен от квалифицирана медицинска сестра. В превод self = самият аз, сам; management = правление (англ.); т.е. самоуправление. Самото обучение е специфично и подходящо организирано, с функционално единство между преподаването и ученето, чрез което се постига управление на вътрешната и външната активност на обучавания пациент за полагане на грижи за себе си и формиране на определени знания, умения и навици у него за това.

Според Европейското регионално бюро на СЗО уникалната роля на медицинската сестра се състои в това да подпомага човека, болен или здрав, за запазване или възвръщане на здравето му чрез изпълнение на задачи, които той самият би изпълнил, ако имаше за това сила, воля или притежаваше необходимите познания, за да може да възвърне по-бързо своята самостоятелност.

Самите здравни грижи се разглеждат като – дейности, чрез които се поддържа комфорта или доброто състояние на някого или нещо, в случая на пациента. Сестрите имат четири основни функции при изпълнение на професионалните си задължения, една от които е обучение на пациентите и техните близки. При обучение на пациентите с хронични заболявания, каквато е множествената склероза, с цел постигане на самоуправление (автономност) се спазват общите педагогически принципи за обучение:

✓ нагледност – обогатява и развива сетивния опит и развива наблюдателност в тях, обхваща всички възприятия, облекчава процеса на усвояване, съдейства за задълбочаване на интереса, спомага за трайно овладяване, подобрява мотивацията, съдейства за развитие на мисленето.

✓ съзнателност – осигурява задълбочено познаване на фактите, предполага наличие на положителни мотиви за обучение. Спомага за превръщане на знанията в убеждения;

✓ активност – състои се в отразително-преобразуващо отношение на пациента към материала;

✓ достъпност – съответствие между съдържание, методи на обучение и възрастови особености на пациента. Правила при прилагане на принципа на достъпност: от лесното към трудното;

✓ системност – усвояването на знания, умения и навици да става в определена логическа връзка, в която водещо място имат вече съществуващите. Новото да се предлага, след усвояване на старото;

✓ принцип на трайност на знанията, уменията и навиците - при реализирането му се постига;

✓ принцип за индивидуален подход - произхожда от индивидуалните способности на пациента, възраст, интелектуално ниво, възпитание, ценностна система и др;

✓ принцип за научност – съдържанието на обучението да следи логиката на науката от която произлиза.

Множествената склероза е хронично заболяване с клинични симптоми, които се развиват в продължение на десетилетия. Лечението се подразделя на лечение на пристъпите, модифициращо хода на заболяването и симптоматично лечение. Модифициращите хода на заболяването медикаменти са ефективни при пациенти с пристъпно-ремитентна форма на множествена склероза.

След 2000 г. системата на здравно осигуряване у нас даде шанс на болните да се лекуват по световните стандарти чрез пълна реимбурсация на медикаментите, модифициращи хода на болестта. От 2002 г. към университетските болници се сформираха специализирани комисии, чиято цел е да осигурят висококвалифицирани специалисти при поставяне на диагнозата и определяне на адекватно лечение.

Цел: Да се проучи ефективността от сестринските грижи и обучение на пациент с множествена склероза за прилагане на Бетаферон в домашни условия.

За постигане на целта са поставени следните задачи:

1. Да се установи потребността и удовлетвореността от специфични грижи за пациента;

2. Да се проучи потребността от обучение за самолечение на пациент с бетаферон в домашни условия;

3. Да се проучи удовлетвореността на пациента и медицинската сестра от резултатите на проведеното обучение за самообгрижване и лечение в дома.

Материал и методика: Използвани са :

► **документален метод** – за проучване и анализ на специфичната литература по проблема, актуални научни публикации;

► Метод **наблюдение** – в продължение на една година е проведено от медицинска сестра в дома на пациента;

▶ Метод **беседа** – провеждани с пациента по време на домашните посещения;

▶ Пациентът е на 48 години, диагностициран по критериите на Poster за заболяването множествена склероза, с придружаващо заболяване – болест на Бехтерев. Пациентът е разведен, с висше образование. Заболяването датира от 7 години, с честота на пристъпите 2-3 пъти в последните три години. Домашното лечение в дома си провежда сам, с помощта на медицинска сестра. Включен на лечение с Бетаферон по решение на лекарска комисия, тъй като отговаря на критериите за тази терапия.

Резултати и обсъждане: От анализа на литературата по проблема се установи, че заболяването е задълбочено изучавано в последните години в световен мащаб. Развитието на неврологията и имунологията през последните години прави възможно прилагане на терапии които намаляват близо два пъти оплакванията и удължават периодите на ремисии. Прилагането на Бетаферон за лечение на заболяването в България и другите страни от ЕС има разрешително за употреба от комисията по лекарствата за хуманната медицина от 1995 г. У нас се прилага след 2000 г., като НЗОК реимбурсира препарата, чиято цена на ампулата е около 1000 лв. Курсовете на лечение се определят от лекар, приложението е подкожно, инжекционно през ден.

Прилагането на терапия с бетаферон изисква пациентът да бъде обучен: за начина на получаване и съхраняване на препарат; за начина на инжектиране, съобразно назначената доза; за страничните действия на препарата; за мерките за предотвратяване и минимизиране на страничните действия. В процеса на обучение и по време на домашните посещения от медицинската сестра, пациентът е запознат от нея с хигиенно-диетичния режим, който трябва да съблюдава при заболяването, мотивиран е да го спазва и да подхожда отговорно към състоянието си. Медицинската сестра оказва психологическа и емоционална подкрепа, насърчава позитивното мислене и съсредоточава вниманието му върху позитивни събития. Медицинската сестра провежда обучение за инжекционната техника на приложение на препарата и спазването на принципите за асептика и антисептика при инжектиране. Тя обучава пациента също за самонаблюдение и самооценка на основните жизнени показатели – артериално налягане, дишане, пулс, температура, уриниране. Акцентира вниманието на промените свързани с нарушаване на зрението, равновесието, манипулативните умения и когнитивните нарушения.

Медицинската сестра изготвя план за грижи за пациента, съобразно оценка на състоянието му/ дишане, хранене, отделяне, сън, хигиена, двигателна активност. Във връзка с провежданата терапия го обучава да разпознава страничните действия и симптоми при прилагане на бетаферон и да познава и прилага техники за ограничаването им, както и на техники за безопасно движение и дейности в ежедневието.

Медицинската сестра обучава пациента за прилагане на програма за саморазтягания и упражнения за опорно-двигателната и дихателната система. Обучава пациента и в използването на помощни средства за предвиждане и запазване качество на живот със заболяването множествена склероза, като прилага принципите на обучение и добри комуникативни умения, използва своя авторитет и създаденото доверие между нея и пациента за това.

Изводи

1. Множествената склероза е инвалидиращо автоимунно заболяване, което протича прогресиращо, с инвалидизация на пациента и нарушаване качеството на живот. Той има потребност от грижи и обучение в дома за провеждане на инжекционно лечение с бетаферон, както и за справяне с ежедневната си дейност.

2. Психо-емоционалната подкрепа, грижите за пациента съобразно промените в състоянието му в дома намаляват страховете и притесненията му и тези на семейството, могат да забавят хода на болестта;

3. Обучението за прилагане на медикамента бетаинтерферон и справянето със страничните му действия, както и възможността да се съветва с медицинската сестра води до висока ефективност и удовлетвореност от лечението.

ЛИТЕРАТУРА

1. Генов, К. (2015). Начин на живот и психологически проблеми при болни от множествена склероза, изд. Хотдринкс Комюникейшънс, С.
2. Мухина, С. А., И. И. Тарновская (2006). Теоретични основи на сестринските грижи, изд. МУ Плевен, 14-20.
3. Иванова, С. (2016). Съвременни схващания за приложение на имуномодулация при множествена склероза и терапевтична съобразност, сп. Med Info, 07.
4. Стамболова, И. (2012). Сестрински грижи при соматични заболявания, изд. ЦМБ МУ-София, С., 203-206.
5. Станчева, Л., Д. Благоева (2017). Медицинската сестра, като част от мултидисциплинарния екип, обгрижващ пациенти с множествена склероза, ХЛ НТС на ИНГА „Контакт 2017“, сб. статии, изд. Темто, С., 125-129.
6. Станчева, Л., И. Стамболова (2018). Роля на медицинската сестра при лечение със стволови клетки за лечение на множествена склероза, сп. Здравни грижи , XVII, 3, 31-38.
7. Медицинска педагогика, под ред. проф. Теодор Попов (2011), изд. Експрес, С., 74-85.

Адрес за кореспонденция:

Лиляна Станчева, Иванка Стамболова

Катедра „Здравни грижи“, Факултет по обществено здраве, МУ – София

ПОВЕДЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА НА ПАЦИЕНТИ С ИСХЕМИЧЕН ИНСУЛТ ПРЕЗ ПОГЛЕДА НА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „ЛЕКАРСКИ АСИСТЕНТ”

Анушка Димитрова, Борислав Петров

BEHAVIOR AND DIAGNOSTICS OF ISCHEMIC APOPLEXY PATIENTS IN THE VIEW OF STUDENTS OF SPECIALTY "MEDICAL ASSISTANT"

Anushka Dimitrova, Borislav Petrov

Резюме: *В настоящата статия се представя съвременното поведение при диагностика на пациенти с исхемичен инсулт през погледа на студенти преминали учебна практика през спешното отделение на УМБАЛ „Св. Анна”, гр. София. Спешният болничен екип е организационна единица на лечебни заведения за болнична помощ, формирана на функционален принцип от лекари, специалисти по здравни грижи (лекарски асистенти), немедицински специалисти и друг персонал за осъществяване на прием, диагностика и лечение на спешни пациенти в болнични условия [3].*

Въведение

Специалността „Лекарски асистент” дава възможност за професионална реализация на успешно завършилите студенти, като помощник на лекаря в състава на спешния екип или самостоятелен екип в структурите на ЦСМП и спешните отделения на болничната помощ. Обучението по тази специалност се извършва в направление „Здравни грижи” във Факултети по обществено здраве на медицинските университети по бакалавърска програма със срок на обучение 4 години. В периода на своето обучение студентите придобиват теоретични и клинични знания, притежават позна-

ния върху диагностиката, лечението, рехабилитацията, профилактиката и промоция на различните заболявания, както и подходите за оказване на спешна медицинска помощ при животозастрашаващи състояния на пациенти [2].

Мозъчният инсулт е социално значимо заболяване, характеризиращо се с висока заболяемост, болестност и смъртност, причиняващо тежка инвалидност. Съвременни епидемиологични проучвания показват, че броят на болните от мозъчен инсулт в световен мащаб е 15 млн. души, от които 5 млн. умират и 5 млн. остават трайно инвалидизирани. [1] По данни на American Heart Association [Fonarow, G. et al., 2011], исхемичните мозъчни инсулти представляват приблизително 87% от всички мозъчни инсулти. Около 85% от инсултите са исхемични (мозъчни инфаркти), които възникват при недостатъчен приток на кръв, кислород и глюкоза към мозъка. [7, 8]

Целта на представения материал е да се проучи и представи поведението на медицинските екипи при оценка на състоянието и диагностика на пациенти с исхемичен инсулт през погледа на студенти от специалност „Лекарски асистент“.

В съвременното общество настъпилите промени в начина на живот, намалената двигателна активност, постоянно увеличаващия се стрес водят до увеличаване разпространеността на съдовите рискови фактори, които водят до повишен риск от допълнително увреждане на централната нервна система. [11]

Световната здравна организация (СЗО) дефинира инсултът, като остро настъпил огнищен неврологичен дефицит с продължителност повече от 24 часа в резултат от мозъчно-съдово заболяване. Мозъчните инсулти обхващат група заболявания, възникващи в резултат на остро нарушение на артериалното или венозното мозъчно кръвообращение. Могат да се излявят, като остри и подостри инсулти (исхемични, хеморагични, венозни тромбози). Клиничната картина се състои от фокален неврологичен дефицит, често в съчетание с количествено нарушение на съзнанието.

Мозъчният инсулт представлява състояние, което се характеризира с нарушаване на мозъчната функция вследствие на нарушения в кръвоснабдяването на мозъка. Тези нарушения могат да се дължат на исхемия (нарушен кръвоток) или хеморагия (кръвоизлив), откъдето инсултите биват два основни вида - исхемичен и хеморагичен. Исхемията се предизвиква от тромбоза или емболия или от хипоперфузия на мозъчната тъкан. Хеморагичният пък се дължи на кървене от кръвоносните съдове в мозъка директно в мозъчния паренхим или в субарахноидалното пространство, заобикалящо мозъчната тъкан. В резултат на това, засегнатата област от мозъка не може да функционира нормално, което може да доведе до нарушения в движението, нарушения на говора, увреждане на зрението и други.

Мозъчният инфаркт е спешно медицинско състояние и може да причини траен неврологичен дефицит или смърт. Рискови фактори за възник-

ването му са напреднала възраст, високо кръвно налягане, предходен инсулт или транзиторни исхемични атаки, захарен диабет, дислипидемия (високи нива на холестерола в кръвта), тютюнопушене и предсърдно мъждене.

Водещите причини за исхемичен инсулт могат да бъдат стенози на големите артериални съдове, заболяване на малките съдове, кардиоемболизъм, каротидни или вертебрални дисекации, васкулити, тромбофилии и други.

Мозъчните инфаркти имат многофакторна патогенеза:

- тромбоза - развива сравнително по-бавно и в течение на няколко часа;
- емболия – настъпва внезапно, понякога при сравнително спокойно състояние;
- нарушения на общата хемодинамика – настъпват при тежка атеросклероза, понякога рано сутрин при относително ниско артериално налягане.

Тромбоза на церебралния венозен синус може да доведе до инсулт поради локалното повишаване на венозното налягане, което надвишава артериалното.

Емболичният инсулт се характеризира с блокиране на кръвотока в някоя от мозъчните артерии от артериален ембол, който представлява пътуваща в артериалното кръвообращение частица с различен произход. Емболът най-често представлява тромб, но може да бъде съставен и от други субстанции, включително мазнини (например от костен мозък от счупена кост), въздух, ракови клетки или бактериални емболи (най-често произтичащи от инфекциозен ендокардит). Необходимо е източникът на ембола да бъде идентифициран своевременно. Тъй като блокирането на кръвотока от ембол настъпва внезапно, симптомите при емболичен инсулт се изясняват с максималната си тежест още в самото начало. Освен това симптомите могат да проявят преходност, което се обяснява с частичното резорбиране на ембола и преминаването му в друга локация, по-напред в кръвообращението.

Мозъчната хипоперфузия се характеризира с понижаване на кръвния ток към всички части на тялото. Най-често това състояние се дължи на сърдечна недостатъчност, причинена от сърдечен арест или аритмии, или от понижен сърдечен дебит вследствие на миокарден инфаркт, белодробен тромбоемболизъм, перикардна тампонада или остра кръвозагуба.

Хипоксемията (намалено количество кислород в кръвта) може да ускори хипоперфузията. Тъй като редуцията в кръвотока обхваща цялото тяло, всички части на мозъка могат да бъдат засегнати, особено зоните, кръвоснабдявани от големите мозъчни артерии. Не е задължително кръвотокът към тези зони може да не е напълно прекъснат, но може да е понижен до настъпване на мозъчно увреждане.

Клинична картина

Клиниката зависи от множество фактори, най-важните от които са механизмът на инсулта, засегнатия съд, възрастта на пациента.

Емболичните инсулти са с остро начало. Настъпват обикновено при физическо или психическо напрежение. Рядко има предшестващи оплаквания. При запушване на голям съд се наблюдава главоболие, нарушение на съзнанието. Емболите могат да се фрагментират, което да доведе до промяна в първоначалната симптоматика.

Тромботичните инсулти са типични за времето на сън и почивка. Често настъпват постепенно, като се предхождат от транзиторни исхемични атаки. Съзнанието се запазва продължително време, което е във връзка с формирането на колатерално кръвообращение.

Развитието на клиниката при хемодинамичните инциденти се доближава повече до това при тромботичните, отколкото при емболичните инсулти. [12]

Основни симптоми при инсулт:

- внезапна слабост, парализа или загуба на чувствителност в едната половина на тялото;
- нарушение на координацията и баланса, световъртеж;
- нарушение на зрението – загуба, замъглено зрение или двойно виждане;
- остро настъпило нарушение в говора – загуба на говора или затруднения при разбирането на речта;
- слабост на лицевата мускулатура – увисване на едната половина на лицето;
- внезапна поява на силно, нетърпимо главоболие без ясна причина, често съпроводено с гадене и многократни повръщания. [7, 8]

Поведение на медицинския екип в спешно отделение на болничната помощ

Предизвестяването на болничното заведение от екипите на ЦСМП и бързият транспорт, доказано скъсяват вътреболничните времеви интервали за диагностика и оказване на адекватна медицинска помощ на пациенти с неврологичен дефицит. Екипът на Спешно отделение осъществява контакт с дежурния невролог преди пристигането на пациента. Своевременно информира структурите по клинична лаборатория и образна диагностика за осигуряване на приоритет спешен достъп на пациента.

При постъпване на пациент с остро нарушение на мозъчното кръвообращение се изисква добра организация и въведен протокол за работа с цел скъсяване на диагностика и последващо лечение.

За бъде успешно съвременното лечение на мозъчни инсулти, определящ фактор е ВРЕМЕТО – времето за диагностика и поведение при постъпване в спешно отделение на болничната помощ.

Диагностика

Всички пациенти със съмнение за остри мозъчни инфаркти (ОМИ) или ТИА се изследват детайлно, включваща прецизна анамнеза за началото на мозъчно-съдовия инцидент, има ли развитие на огнищна неврологична симптоматика или няма такава, с или без общомозъчна симптоматика.

При всички пациенти се сменя подробна анамнеза за настоящото страдание и за минали заболявания. Провежда се щателно изследване на соматичния и неврологичен статус. Прилагат се и подробни лабораторни и клинични изследвания с цел етиологично уточняване на причините за съдовия инцидент.

Анамнезата за медицински, соматични и неврологични проблеми се получава от болния, от членове на семейството или други лица, които се грижат за него. Отчитат се данни за предшестваща артериална хипертония, захарен диабет, ритъмни и проводни сърдечни нарушения, хиперхолестеролемия, хипертриглицеридемия, тютюнопушене. Отражават се телесното тегло и ръст, изчислява се индекс на телесна маса (Body Mass Index - BMI), възрастта и пола. От изключително значение е въпросът „От кога са симптомите?“

Най-бързият тест за ориентация при съмнение за настъпило остра недостатъчност на мозъчното кръвообращение е т.н. **FAST** тест:

F (Face–лице) – подканваме пострадалия да се усмихне или да покаже зъбите си, за да видим дали лицето му остава симетрично. При инсулт често едната половина на лицето е отпусната, единият ъгъл на устата увисва надолу, пострадалият не може да контролира преглъщането и от устата му изтича слюнка.

A (Arms–ръце) – помогнете двете ръце на пострадалия да се вдигнат и изпънат пред тялото, като целта е да ги задържи в това положение сам. При инсулт пострадалият може да усеща слабост в едната страна на тялото си (отпадна функция) и не може да контролира и си служи еднакво с крайниците си.

S (Speech–говор) – подканва се пострадалия да се каже името. При инсулт речта може да бъде нарушена, думите завалени и неразбираеми. Пострадалият може да не се ориентира кой е и къде се намира, както и да не помни какво се е случило.

T (Time–време) – при инсулт времето е много ценно. Засича се от колко време пострадалият проявява признаци на инсулт.

Клинико-лабораторни изследвания за потвърждение на диагнозата, включват:

- Хематологични – левкоцитоза, олевяване, СУЕ (маркери за възпаление); ПКК с диференциално броене (клетки, брой, диференциране)
- Биохимични маркери и дерум – CRP (възпалителни промени в централната и периферна нервна система); липиден профил; маркери за тромбофилия, хемоцистеин; електролити; ендокринни маркери; маркери за мускулна увреда (ЛДХ, АСАТ, АЛАТ)
- Коагулационен статус;
- При необходимост кръвна група, чернодробни ензими,
- При съмнение за миокардна исхемия се назначава изследване на тропонин.

На всички пациенти с предполагаем инсулт трябва да се проведе по спешност КАТ на глава или МРТ по преценка на консултанта невролог.

Компютърна аксиална томография (КАТ) на глава

Образно изследване, което комбинира методите на рентгеновите и компютърните технологии и дава възможност за получаване на последователни, напречни срезове на органите и структурите на главата. Тя трябва да се провежда възможно най-рано с цел изключване на други мозъчни заболявания (мозъчни кръвоизливи, тумори), както и с оглед откриване на ранните белези на исхемия (мозъчен оток, тромбоза на някои съдове). След 24-тия час, данните от провежданата КАТ разкрива хиподензна зона, около която може да се визуализира зона на компенсаторно увеличен кръвоток. При късно сканиране може да се открият зони на хеморагично пропиване – по-често при емболични инсулти, при недобър контрол на артериалното налягане и при ранно включване на кумаринови антикоагуланти.

Ангиография

Рентгенконтрастно изследване изобразяващо вътрелуменното пространство на артерии, вени, сърдечни кухини. С ангиографията се оценява наличието на дефекти в съдовете - плаки, тромбоза, аневризми, анастомози, фистули, деформация на съдовете поради изместване от обем заемаша структура.

Изследването включва въвеждането на рентгенпозитивен катетър в артериален или венозен съд в зависимост от целта на процедурата, с който се въвежда контрастна материя, изобразяваща лумена на прицелните съдове. Процедурата изисква предходна оценка на общото състояние. Спират се медикаменти контролиращи кръвосъсирването, изисква се добър контрол на хемостазата, контрол на придружаващи заболявания, включително диабет, бъбречни заболявания, оценка на алергично състояние. Няколко часа преди изследването се прекратява храненето и приема на течности

Прогноза

След инсулт около 2 милиона нервни клетки умират всяка минута. Колкото по-бързо бъде разпознато състоянието и започне лечението, толкова по-голям е шансът засегнатият човек да оцелее и да се възстанови.

Ишемичният инсулт може да бъде лекуван в болнично заведение, чрез тромболиза. За пълно възстановяване на изгубените функции се прибягва до рехабилитация, която може да включва рехабилитация на говора, физикална терапия и окупационна терапия. Профилактиката на рецидивите включва приложение на антиагреганти (ацилсалицилова киселина, клопидогрел), редуция на артериалното налягане, прием на статини. Подбрани пациенти биха могли да се възползват от каротидна ендарктеректомия и употреба на антикоагуланти.

При голяма част от пациентите, преживели инсулт е нарушена тяхната активност, като проява на остатъчни функционални, когнитивни и психични промени, които са от съществено значение за социалните, професионални и семейни взаимоотношения. За това от изключително значение е провеждането на адекватно медикаментозно и/или интервенционно лечение, съчетани с максимално ранна рехабилитация и кинезитерапевтично въздействие и съответна психологическа подкрепа.

Дори в условия на оптимално спешно лечение, включително тромболиза, едва по-малко от една трета от пациентите се възстановяват напълно след прекаран инсулт. Задачата на рехабилитацията е да помогне на хора с инвалидизация да достигнат и поддържат оптимална физическа, интелектуална и психо-социална активност. Методите на рехабилитация могат да варират от начално въвеждане за намаляване на увредата до по-сложни интервенции, насочени към поощряване на активното участие. [11]

Анализът на състоянието на медицинската помощ след изписване от болничното лечебно заведение при остър мозъчен инсулт позволява да се определят критично важни звена в нейното осъществяване и да се разработят предложения за подобряване качеството на живот на пациентите. Фокуса на медицинската помощ е насочен предимно върху рехабилитацията, с оглед връщане към нормален начин на живот и превенцията от повторен мозъчен инсулт. Планирането на самите рехабилитационни дейности започва още в първия ден на острия мозъчен инсулт. [3]

Профилактика

Първичната профилактика на инсултите е най-ефективния подход за намаляване на заболяемостта и смъртността от тях. Ранното установяване на рисковите фактори, адекватното им и своевременно повлияване, и последващо проследяване, може да увеличи ефективността на превенцията на мозъчно-съдови инциденти. Голям принос за превенция на инсулта може да бъде осъществен и от медицинските специалисти (лекарски асистенти), чрез обучение на обществеността за причините и рисковите фактори за

инсулта, които могат да бъдат редуцирани и така да предотвратят неговото възникване.

При пациенти с преживян исхемичен инсулт провеждането на своевременно комплексно медикаментозно, кинезитерапевтично и психологично лечение ще допринесе за редуциране степента на неврологичния дефицит, намаляване на тежката инвалидизация и зависимост от грижите на околните и подобряване възможностите за обичайното ежедневно функциониране. [6]

Първичната профилактика включва идентифициране на рисковите фактори и въздействието върху тях. Най-често това са артериалната хипертония, захарен диабет, дислипидемии, затлъстяване, тютюнопушене, предсърдно мъждене, асимптомни каротидни стенози, намалена физическа активност. Най-често пациентите имат повече от един рисков съдов фактор и те обикновено са свързани. Предполага се, че наличието на съпътстващ рисков фактор може да доведе до увеличаване на индивидуалния ефект на всеки един от тях. За да се оптимизира лечението на лицата с множество рискови фактори, трябва при всеки един пациент да се има пред вид общия съдов риск. [10]

За профилактика на заболяването се изисква рутинна клиничната оценка на параметри, като: възраст, тютюнопушене, артериално налягане и серумни липидни нива. Това измерване помага да се оцени глобалния 10-годишен съдов риск. Този глобален риск е повишен при групите пациенти, които вече са преживели съдов инцидент, при пациенти със захарен диабет тип 1 и тип 2, при тези с множество съчетание на рискови фактори като метаболитен синдром.

За вторична профилактика след тромботичен исхемичен инсулт се прилагат антиагреганти и антикоагуланти, оперативни интервенции на високостепенните симптоматични каротидни стенози, както и стентирането на магистралните съдове.

Заклучение

Въпреки успехите в лечението на исхемичните инсулти с тромболиза, резултатите все още не са достатъчно удовлетворителни. [5] При голяма част от пациентите остава нарушена тяхната активност, като проява на остатъчни функционални, когнитивни и психични промени, които са от съществено значение за социалните, професионални и семейни взаимоотношения. Това подчертава необходимостта от изясняване на рисковите фактори, водещи до мозъчен инсулт, както и дават основание да се акцентира върху първичната и вторична профилактика на съдовите заболявания и усложненията, предизвикани от тях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Василева, Д. (2014). Проучване върху възможностите на кинезитерапията за терапевтично повлияване при болни с мозъчен инсулт в хроничен период., дисертационен труд, С.
2. Градинарова, Н., Е. Радев, М. Александрова (2018). Бъдещите лекарски асистенти и техните очаквания за реализация според обучаващите се студенти във ФОЗ, МУ-София. 41 НТС на ИНГА „Контакт 2018“, сб. статии „Гражданската идея в действие“, изд. Темто, С.
3. Димитров, Т., А. Терзиева, Н. Василева (2015). Медико-социална рехабилитация на пациенти с мозъчен инсулт., сп. Военна медицина, С., бр. 3-4, 48-51.
4. Наредба № 2 от 6.02.2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Нервни болести", МЗ, обн., ДВ, бр. 15 от 21.02.2014 г., изм., бр. 106 от 23.12.2014 г., в сила от 1.01.2015.
5. Петрова, Н., А. Руменова, Н. Събев (2014). Мозъчен инсулт – социална значимост, лечение и ефективна превенция. Научни трудове на русенския университет, том 53.
6. Павлова, Ив., Н. Петрова, Д. Василева-Делчева. (2015). Кинезитерапия при исхемичен мозъчен инсулт в основен възстановителен период. Научни трудове на русенския университет, том 54.
7. Райчев, Р., Райчев, И. (2001). Неврология, С.
8. Янчева, Ст. (2012). Исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение. В: еврология за общопрактикуващи лекари, Медицина и физкултура, Второ издание, С., 189-206.
Bowler JV. Modern concept of vascular cognitive impairment. British Medical Bulletin, 2007, 83:291-305.
9. Mancia, G., De Backer, G., Dominiczak, A., Cifkova, R., Fagard, R., Germano, G., et al. (2007). Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J. Hypertens. Jun 2007; 25(6):1105-1187.
10. <https://www.press@clinica.bg>
11. <https://www.puls.bg/illnes/issue>

Адрес за кореспонденция:

Анушка Димитрова¹, Борислав Петров²

¹асистент,²студент по специалност “Лекарски асистент”

Катедра „Здравни грижи”,

Факултет по обществено здраве, МУ - София

ТЕНДЕНЦИИ В ИЗМЕНЕНИЕТО НА ПРИХОДИТЕ И РАЗХОДИТЕ В ОФТАЛМОЛОГИЧНИТЕ ОТДЕЛЕНИЯ ПРИ СТАЦИОНАРИТЕ ОТ СИСТЕМАТА НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Румяна Янева

TRENDS IN THE CHANGE OF REVENUES AND EXPENDITURES IN THE OPHTHALMOLOGICAL WARDS IN THE STATIONARY OF PUBLIC HEALTH SYSTEM

Rumyana Yaneva

Summary: *Managers need to control their economic situation for the effective management of the hospital as a whole, as well as its individual units. One measure of this condition is the hospital-to-hospital ratio. The aim of the present study is to perform a comparative analysis of the revenues from sources and expenditures of the ophthalmological wards in the groups of multiprofile hospitals for active treatment by the public health system in the Republic of Bulgaria. The modern stage in the development of public hospitals requires more flexible adaptation to changes in their environment and to the dynamically changing needs of hospital services.*

Key words: *revenues, expenditures, ophthalmological wards, public health system*

За вземането на аргументирани финансови решения е необходима информация. Решенията изискват както външна, така и вътрешна информация. Чрез външната се характеризира общоикономическата и политическата ситуация в страната и чужбина, а чрез вътрешната се добива представа за текущото финансово състояние на фирмата.

От гледна точка на успешния финансов мениджмънт целта на дадена система, структура или отделна единица е да постигне по-добър финансов резултат. Възможни са два принципни подхода: увеличаване на приходите, намаляване на разходите; или оптимално съчетание на двата принципа. (6)

Целта на настоящото проучване е извършване на сравнителен анализ на приходите по източници и разходите на офталмологичните отделения при групите многопрофилни болници за активно лечение от системата на общественото здравеопазване в Р България.

Време на провеждане на наблюдението: 2012 г. - 2016 г.

Методи на изследването

В разработката са използвани следните методи за обработка и анализ на получената информация:

✓ Документален метод – източник на информацията са годишните отчети на лечебните заведения, които се получават и обработват ежегодно в Националния център по обществено здраве и анализи

✓ Сравнително-аналитичен метод

✓ Икономически анализ

✓ Финансово-счетоводен анализ

✓ Статистически методи, включващи:

- анализ на динамиката на явленията;

- табличен анализ – за онагледяване на получените резултати

Анализ на резултатите

Таблица 1. Приходи по източници в офталмологичното отделение в Университетски МБАЛ в лева

Година	Общо приходи	В това число приходи от:				
		МЗ и община	НЗОК	ДЗО	Продажба на стоки и услуги, други продажби, други приходи	Дарения
2012	4 234 194	342 459	3 426 358	4 182	376 711	84 484
2013	5 303 123	381 020	3 521 813	511	1 329 512	70 267
2014	5 389 532	331 416	3 528 161	0	1 410 834	119 121
2015	5 837 422	391 438	3 232 175	0	1 997 114	216 695
2016	5 516 651	190 130	3 305 263	9 362	1 871 717	140 179

При Университетските МБАЛ най-висок е относителният дял на нарастване на приходите от продажба на стоки и услуги, други продажби, други приходи – с 430.1%. Въпреки липсата на приходи от застрахователните дружества през 2013 и 2014 години, в края на разглеждания период също наблюдаваме нарастване със 123.9%. Висок е и процента на нарастване на приходите от дарения – 65.9 на сто. Слабо намаляват приходите от основния приходоизточник – НЗОК с 3.5% и по-съществено приходите от

МЗ и община с 44.5%. Като краен резултат общите приходи нарастват с 30.3%.

От таблица 2 е видно, че и при офталмологичните отделения на Областните МБАЛ тенденцията е към непрекъснато нарастване на общите приходи, като тук то е с 20.3%, дължащо се на внушителния размер на нарастване на приходите от продажба на стоки и услуги, други продажби, други приходи с 564.3%, както и от МЗ и община – с 278.7%. В същото време наблюдаваме висок спад с 93.9% на приходите от дарения и със 75.9% на приходите от доброволното здравно осигуряване. С нисък относителен дял намаляват и приходите от НЗОК, т.е. с 2.1 на сто.

Таблица 2. Приходи по източници в офталмологичното отделение в Областни МБАЛ в лева

Години	Общо приходи	В това число приходи от:				
		МЗ и община	НЗОК	ДЗО	Продажба на стоки и услуги, други продажби, други приходи	Дарения
2012	5 164 078	10 875	4 873 322	1 410	210 319	68 152
2013	5 578 535	6 576	5 034 660	995	529 469	6 835
2014	6 293 931	16 271	5 298 719	311	916 182	62 448
2015	6 025 613	24 677	4 887 880	670	1 101 069	11 317
2016	6 212 899	41 189	4 770 061	340	1 397 155	4 154

Таблица 3. Приходи по източници в офталмологичното отделение в Градски МБАЛ в лева

Години	Общо приходи	В това число приходи от:				
		МЗ и община	НЗОК	ДЗО	Продажба на стоки и услуги, други продажби, други приходи	Дарения
2012	940 000	18 703	716 362	12 323	171 873	20 739
2013	1 017 871	20 193	874 477	658	100 590	21 953
2014	1 049 756	24 979	997 111	2 295	10 374	14 997
2015	292 678	3 230	264 871	1 206	7 909	15 462
2016	276 904	5 760	247 395	837	7 894	15 018

За разлика от УМБАЛ и Областните МБАЛ, при останалите болници от групата на многопрофилните, тенденцията при приходите е друга. За Градските МБАЛ общите приходи значително намаляват със 70.5%, като

най-висок е делът на намаление на приходите от продажба на стоки и услуги, други продажби, други приходи – с 95.4%, следван от приходите от ДЗО – с 93.2% от МЗ и община – с 69.2% и почти толкова от НЗОК – с 65.5%. Намаляват с 27.6% приходите от дарения.

При Общинските МБАЛ наблюдаваме, че са отчетени данни само от два източника на приходи за офталмологичните отделения, а именно НЗОК и приходи от продажба на стоки и услуги, други продажби, други приходи, които намаляват съответно с 19.9% и 7.3%, или намалението на общите приходи е със 17.9% за разглеждания петгодишен период.

Таблица 4. Приходи по източници в офталмологичното отделение в Общински МБАЛ в лева

Година	Общо приходи	В това число приходи от:				
		МЗ и община	НЗОК	ДЗО	Продажба на стоки и услуги, други продажби, други приходи	Дарения
2012	514 531	0	425 553	0	88 076	902
2013	467 968	0	378 168	0	89 800	0
2014	498 970	0	386 253	0	112 717	0
2015	488 636	0	369 622	0	119 014	0
2016	422 294	0	340 659	0	81 635	0

Таблица 5. Разходи в офталмологичното отделение в Университетски МБАЛ в лева

Година	Общо разходи	В това число разходи за:			
		Персонал	Храна	Лекарства	Оперативни
2012	4 451 525	2 678 072	78 683	656 466	1 038 304
2013	6 121 099	3 105 866	65 546	1 707 922	1 241 765
2014	6 550 404	3 284 103	63 496	985 968	2 216 836
2015	7 269 407	3 360 630	77 219	2 365 598	1 465 960
2016	6 596 544	3 029 978	70 507	2 228 858	1 267 201

За подобряване на анализа и контрола на икономическите процеси в здравеопазването е разработена и въведена Единна методика за разделно отчитане на разходите в здравните заведения по видове разходи и типове заведения. Основната цел на разработването на методиката, както отбелязва Г. Димитров (2014), е подготовката на прехода от централизирано бюджетно финансиране на здравните заведения към заплащане според извършена дейност. Методиката служи за подобряване на контрола върху

разходите на болничните лечебни заведения и оптимизиране на финансовите приходи. За тази цел е рационално използването на разработени стандарти за здравни сметки. Всички лечебни заведения на централно подчинение на Министерството на здравеопазването – в т.ч. специализираните и университетските болници са задължени да работят по нея. На тази база Националният център по обществено здраве и анализи обобщава информацията за основните икономически показатели за дейността на лечебните заведения.

Таблица 6. Разходи в офталмологичното отделение в Областни МБАЛ в лева

Година	Общо разходи	В това число разходи за:			
		Персонал	Храна	Лекарства	Оперативни
2012	6 615 410	3 605 557	101 652	853 059	2 055 142
2013	8 054 337	3 867 068	103 906	2 024 940	2 058 423
2014	8 202 518	4 065 982	121 760	2 004 326	2 010 450
2015	8 541 237	4 322 267	98 452	2 123 957	1 996 559
2016	8 942 980	4 510 037	77 130	2 396 434	1 959 379

По отношение на разходите в офталмологичните отделения наблюдаваме следните тенденции за проучвания период:

При Университетските МБАЛ общите разходи нарастват с 48.2%, като най-забележително е нарастването на разходите за лекарства – с 239.5%. Оперативните разходи нарастват с 22%, а разходите за персонал с 13.1%. Намаление с 10.4 на сто има при разходите за храна.

Подобна е тенденцията и при Областните МБАЛ. Тук общите разходи за наблюдавания период нарастват с 35.2%. Най-висок е относителният дял на нарастване на разходите за лекарства – със 180.9%. С ¼ на сто нарастват разходите за персонал. Приблизително с толкова обаче намаляват разходите за храна и с 4.7% намаляват оперативните разходи.

Таблица 7. Разходи в офталмологичното отделение в Градски МБАЛ в лева

Година	Общо разходи	В това число разходи за:			
		Персонал	Храна	Лекарства	Оперативни
2012	1 090 815	574 518	12 865	139 002	364 430
2013	1 239 750	673 024	11 871	150 443	404 412
2014	1 240 596	693 498	11 653	123 977	411 468
2015	376 248	241 988	4 204	24 255	105 801
2016	390 864	253 025	4 043	17 012	116 784

Противоположна е тенденцията при изменението на разходите в офталмологичните отделения на Градските МБАЛ. При тях общите разходи намаляват с 64.2%, като най-голямо е намалението при разходите за лекарства – с 87.8%, следвано от намалението на разходите за храна – с 68.6%, оперативните разходи – 68 на сто и разходите за персонал – с 56%.

Таблица 8. Разходи в офталмологичното отделение в Общински МБАЛ в лева

Години	Общо разходи	В това число разходи за:			
		Персонал	Храна	Лекарства	Оперативни
2012	815 698	476 205	5 071	63 566	270 856
2013	816 687	433 092	3 554	57 768	322 273
2014	684 957	389 988	3 985	72 439	218 545
2015	799 818	470 411	2 923	62 234	264 250
2016	637 039	361 598	1 322	65 101	209 018

При Общинските МБАЛ също намаляват общите разходи, но тук с 21.9%. Най-висок е процента на намаление на разходите за храна – със 73.9 на сто. Разходите за персонал намаляват с 24.1%, а оперативните – с 22.8 на сто. Съвсем слабо с 2.4% нарастват разходите за лекарства.

Ограничеността на ресурсите в публичния сектор и нарастващите потребности на обществото от здравни услуги водят до състояние, при което болниците са подложени на сериозен натиск от страна на централните и местните власти, здравните фондове, професионалните и потребителските асоциации да повишават ефективността си. Най-сериозният инструмент за направляване усилията на болниците и моделиране на тяхното поведение е механизмът на финансиране. Ако този инструмент се използва рационално, ефективността на болничния сектор може чувствително да се подобри, което да доведе до намаляване на разходите и повишаване на качеството.

Изводи

1. Впечатление създава високият относителен дял на увеличението на приходите от продажба на стоки и услуги, други продажби, други приходи при Университетските - с 564.3% и при Областни МБАЛ – с 430%. Намаление бележат приходите от НЗОК, най-силно изразено при Градските МБАЛ с 65.5% и слабо при Областните и Университетски МБАЛ – с по 2-3%. Приходите от доброволно здравно осигуряване нарастват единствено в Университетските МБАЛ, при всички останали групи МБАЛ бележат намаление.

2. По отношение на разходите в офталмологичните отделения наблюдаваме следните тенденции за проучвания период: при Университетските и Областни МБАЛ е най-високо нарастване на процента на разходите за лекарства, докато разходите за персонал нарастват значително по-слабо,

съответно с 13.1% и 25%. При Градските МБАЛ се наблюдава намаление на всички видове разходи, като най-силно намаляват разходите за лекарства, а разходите за персонал намаляват с 56%. Най-силно е намалението на разходите за храна в Общинските МБАЛ – със 73.9 на сто.

3. Непрекъснато нарастващите средства за здравеопазване поставят пред здравните ръководители проблема за едно икономически по-ефективно разпределение и изразходване на здравните ресурси.

Ефективността има отношение както към постигнатите крайни резултати от лечението, което е важно за пациентите, така и към икономическите резултати за вложените средства в лечебната дейност и постигнатите резултати.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бюлетин „Икономически анализ на отделенията в многопрофилните болници за активно лечение за периода 2005-2016 г.“, изд. на НЦОЗА, МЗ, С., 2017.
2. Гладилов, Ст, Е. Делчева (2009). Икономика на здравеопазването, Princes, С., 231-248.
3. Давидов, Б. (2004). Болнична икономика, Св. Кл. Охридски, С., 230.
4. Димитров, Г. (2014). Организация и финансиране на здравната система. Президвикателства и решения, изд. на ВУЗФ „Св. Гр. Богослов“, С.
5. Златанова, Т., Р. Златанова-Великова, С. Великов (2007). Мениджмънт на капацитета и разходите за пациента в болницата, сп. Здравен мениджмънт, бр. 7, 44-48.
6. Златанова, Т., Цв. Петрова-Готова (2013). Ръководство по финансов мениджмънт в здравеопазването, изд. Горекс Прес, С., 80-83.
7. Комитов, Гл., Стр. Генов (2012). Финансиране на болничната помощ, Медицински меридиани, бр. 1-2, 3-22.
8. Янева, Р. (2011). Микроикономикс на болничното лечебно заведение. Ръководство за упражнения и семинари, Симелпрес, С., 222.
9. Hospitals in 27 Member States in the European Union. Country profiles, HOPE, DEXIA, January, 2009.
10. Yaneva, R. (2011). Dynamics in the Revenues of the University and National Multiprofile Hospitals for Active Treatment, “Public Health and Health Care in Greece and Bulgaria: The Challenge of the Cross-border Collaboration in Times of Financial Crisis” Papazissis Publishers, Athens, p. 51-69.

Адрес за кореспонденция:

Доц. Румяна Янева, дм

МУ-София, Факултет по обществено здраве

Катедра по икономика на здравеопазването, София, ул. „Бяло море” №8

e-mail: r.yaneva@foz.mu-sofia.bg

РОЛЯТА НА СТРЕСА ЗА ВЪЗНИКВАНЕ НА ДЕПРЕСИЯ. СПЕЦИАЛНИ СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ЗА ПАЦИЕНТИ С ДЕПРЕСИЯ

Полина Георгиева, Камелия Богданова

THE ROLE OF STRESS IN DEPRESSION. SPECIAL NURSE
CARE FOR PATIENTS WITH DEPRESSION

Polina Georgieva, Kamelia Bogdanova

Резюме: Стресът и емоционалните му прояви - тревожността и депресията - са най-големият здравен проблем на съвременни общества: 50 до 75% от всички посещения при лекар са свързани с оплаквания и заболявания, породени от стреса. Съвременното динамично общество създава стрес за всички хора. Шумът, замърсеният въздух, големият трафик по пътищата, престъпността и прекомерното натоварване все повече променят всекидневието на хората. Въздействието на стреса може да доведе до емоционални смущения като тревожност или депресия, а също така да причини соматични заболявания. Депресията се характеризира с класическата триада забавен мисловен процес, абулия и дистимия. Медицинските сестри трябва да притежават знания и умения, чрез които да идентифицират нуждите на пациента с депресия, като основа за предоставяне на психологична подкрепа при осъществяване на здравните грижи. Целта на настоящата разработка е да се постигне по-добра информираност на студентите и специалистите по здравни грижи за ролята на стреса за възникване на депресия, относно симптомите и здравни грижи за пациенти с депресия.

Ключови думи: стрес, депресия, сестрински грижи

Abstract: Stress and its emotional displays – anxiety and depression – are the biggest health problem in modern societies: 50 to 75 percent of all visits to a doctor are related to complaints and diseases caused

by stress. The dynamic modern society creates stress for everybody. Noise, polluted air, heavy traffic, crime and excessive workload are increasingly changing people's everyday lives. The effects of stress can cause emotional disturbances such as anxiety or depression and can also cause somatic diseases.

Depression is characterized by the classical triad of a delayed process of thought, abulia and dysthymia. Nurses need to have the knowledge and skills to identify the patient's needs with depression as a basis for providing support in health care.

The aim of the present study is to increase the awareness of the role of stress in depression and health care professionals about symptoms and health care for patients with depression.

Key words: *stress, depression, nurse care*

Увод

Депресията е психично разстройство с понижено настроение, загуба на интереси, неспособност за изживяване на радост, намаляване на енергията, водещо до повишена умореност. Тя е често разстройство, което може да се яви самостоятелно, в резултат на стрес или на други заболявания. Депресивните разстройства са най-честите форми на инвалидизиращи психични болести. Водят до влошено социално функциониране, понижават качеството на живот и представляват риск за живота. При чести епизоди се стига до трайни промени на личността - загуба на чувство за хумор, песимистични нагласи, ригидност на поведението. Нерядко пациентите, които страдат от телесни състояния, страдат и от депресия. Пациентите с рекурентно депресивно разстройство имат по-кратка продължителност на живота - променят се хормоните, липидния и имунния статус по време на епизодите. При всички депресивни разстройства следва да се направи оценка на суицидния риск.

Видове депресивни разстройства

1. Лек депресивен епизод - има поне 2 от основните и 2 от факултативните симптоми за период повече от 2 седмици. Налице е лека и преодолима социална дисфункция.

2. Средно тежък депресивен епизод - има поне 2 от основните и 3 от факултативните симптоми за поне 2 седмици. Налице са значителни затруднения при изпълнение на домашните и професионалните задължения.

3. Тежък депресивен епизод - има и трите основни и поне 3 факултативни симптоми. При бързо развитие може да се стигне до ступор, мъчителна инсомния, рязко отслабване, изразени суицидни тенденции. При тези случаи диагнозата се поставя, без да се изчакват 2 седмици от началото на епизода.

4. Тежък депресивен епизод с психотични симптоми.

Психични и телесни прояви вследствие на стрес

При продължителен или остър стрес и повишена уязвимост на индивида настъпват нарушения в адаптацията. Те се изразяват в някои от следните емоционални, когнитивни, мотивационни и поведенчески промени: особено важно е чувството на безпокойство и тревога и преживяването за важност на ситуацията; усещане за напрегнатост и невъзможност да се отпуснеш; чувство за невъзможност за справяне със ситуацията; усещане за постоянен натиск, сякаш че имаш повече задачи, отколкото можеш да поемеш; нарушена е представата за баланс и възможности; мобилизация на силите или напротив - капитулация, липса на контрол върху това, което се случва в живота ти; чувство за "импотентност", депресивно настроение; усещане за умствено изтощение; неспособност за концентрация; повишена раздразнителност; изменение на активността и обичайния темп на работа; липса на способност за възприемане на удоволствията или радостни събития; злоупотреба с лекарства, алкохол; усещане за заплахата, опасност и оценка на ситуацията като неопределена.

Физически реакции на стрес са: чести или продължителни простудни заболявания, физически заболявания, промяна в кръвното налягане, мускулно напрежение, сърцебиене, изпотяване, главоболие, проблеми с храносмилането, тежест в гърдите, промяна в апетита или теглото, косопад, изразено безсъние, учестено дишане.

Теории за стреса

Теорията за стреса и адаптацията се свързва с Ханс Селие, който популяризира понятието стрес във физиологията. Селие описва подробно реакцията на лабораторни животни спрямо различни увреждащи фактори като бактерии, токсини, травма, горещина, студ и др. Открива, че каквото и да е взаимодействието, в тази реакция се въвлеча хипоталамо-хипофизо-надбъбречната система, която отделя кортикоиди (адреналин и кортизон). Вследствие на това се предизвикват промени в организма и той се мобилизира за "отбрана" срещу силното дразнене на стресора. Стресорите, които действат на организма, предизвикват два типа промени - специфични и неспецифични. Неспецифичните промени, които се изразяват в генерализираното усилие на организма да се приспособи към изменящите се условия на средата, Х. Селие определя като общ адаптационен синдром. В този смисъл адаптацията се разглежда като способността на организма за своевременно възстановяване на вътрешното равновесие в случаите, когато то е нарушено от въздействието на средата. Общият адаптационен синдром се развива в три фази:

- Първа фаза - алармен стадий (на тревога). Тялото се подготвя за заплахата, организмът мобилизира адаптационните ресурси, за да се справи със стресора. Под въздействие на стресора настъпват промени в организма на физиологично и на биохимично ниво. Включват се защитни хормонални

механизми. Всеки организъм има различни механизми за справяне. Ако стресорът е силен и продължителен и надхвърля възможностите на организма за справяне, се появяват характерни симптоми или ако въздействието му стане несъвместимо с живота, организъмът загива. Според Селие, ако организъмът не загине, настъпва втория етап.

- Втора фаза - на съпротива (резистентност, адаптация). През тази фаза балансирано се мобилизират и изразходват всички достъпни и адаптационни резерви на организма, като се поддържа съществуването му в условия на повишено изискване към неговите адаптационни системи. Изчезват характеристиките на първата фаза. Организъмът може да се противопостави на негативното въздействие. Когато стресорите действат дълго време, настъпва третият етап;

- Трета фаза - на изтощение (изчерпване). Появяват се симптомите от първата фаза, но разликата е, че човек не може да се справи сам и трябва помощ отвън.

Етиология

Фамилен компонент; Личностов компонент, Роля на скорошни стресори; Употреба на алкохол и наркотици. Основният отключващ фактор е стресът или психотравма. Загуба на чувството за лично достойнство, съчетано с безнадежден изглед за бъдещето, могат да отворят път за депресиата. Възрастните често не могат да приемат новата си роля на нарастваща зависимост, отслабващи физически сили, приспособяване, загуба на някой близък човек или вероятната / напълно реална финансова несигурност.

Симптоми на заболяването

Психични симптоми: понижено настроение, загуба на мотивация, липса на удоволствие от живота, чувство на безнадеждност, вина, обвинения, липса на самочувствие, мисли за самонараняване.

Биологични симптоми: загуба на тегло, апетит, сили, нарушения на съня, забавяне на мисли и движения, ажитация и невъзможност да се стои на едно място, загуба на либидо и сексуална активност, главоболие.

Депресивните състояния могат да се наблюдават у болните под формата на всякакъв вид комбинация от двата вида симптоми.

Основни симптоми: Дистимия; Анхедония; Астения

Факултативни симптоми: Намалена двигателна активност до пълна липса; Влошена концентрация на вниманието (хипопросексия); Забавено мислене (брадипсихия); Тиха и забавена реч; Разстройства на съня; Разстройства на сексуалното влечение; "безпричинни" болки в различни части на тялото - глава, гръден кош, стави, корем; Мисли за вина, малоченност, за безперспективност, безполезност, разоряване, песимистични нагласи; Мисли или действия за себеувреждане или самоубийство.

Комуникация с депресивен пациент:

- На пръв поглед пациентът с депресия е лесен за общуване - учтив и послушен, отнася се с уважение и деликатност към персонала. При възникнало недоразумение обвинява себе си.

- Затрудненията при пациент с лек депресивен период произтичат от това, че те се чувстват отговорни и виновни за състоянието си. Приемат симптомите по-скоро като мързел, мудност, по-трудно съобразяване. По тази причина не говорят за тях, а акцентират върху симптоми на телесен дискомфорт или върху житейските си несполуки, за да се създаде впечатление за нормални реакции на организма при тежки обстоятелства. Тук е много важно медицинските специалисти да зададат правилните въпроси за разкриване и уточняване на депресивните симптоми.

- При по-тежки форми затрудненията са от друго естество. Пациентът е пасивен, трудно говори, бавно мисли. Необходимо е медицинската сестра да го насърчава да споделя преживяванията си, без да го притиска.

- Най- голямо изпитание е медицинската сестра да спечели доверието на пациента, за да стане възможно разкриването на суицидни мисли и намерения.

Психотерапевтично поведение:

- Атмосферата при тези пациенти трябва да бъде топла. Важно е създаването на дневен режим по часове в денонощието.

- Да го похвали за добре свършена работа.

Специални сестрински грижи при пациенти с Депресия

Специфичната роля на медицинската сестра се изразява в това, тя да може да окаже помощ на пациента с депресия, за да придобие той независимост, колкото е възможно по-бързо. За прилагането на този подход медицинската сестра трябва да притежава компетенции, за да може професионално да извършва събирането на информация, да анализира състоянието на пациента и да формулира адекватно проблема или сестринската диагноза, както и да изработва необходимия план за грижи при пациент с депресия, който да води до постигане на добри резултати. Анализът, който е необходимо да извърши медицинската сестра, е мисловен процес, при който от цялата събрана информация се открояват основните проблеми на болния човек. При определяне на необходимите сестрински грижи се използват термините "потребност" или "нужда", които се определят като жизнена необходимост, която лицето трябва да задоволи, за да запази своето физическо, психическо, социално и духовно равновесие.

Всяка от тези потребности има проява или признаци, които подлежат на наблюдение. При определянето на потребностите на пациента с депресия трябва да се събира достатъчна информация, както и да се вземат предвид редица фактори - възраст, физически и интелектуални качества на пациента, емоционално състояние, религия и др.

1. Медицинската сестра осъществява сестрински грижи при всеки пациент със зачитане на неговото достойнство - с разбиране на индивидуалните потребности на пациента, със състрадание и чувствителност. Осигурява сестрински грижи по начин, който зачита еднакво всички пациенти.

2. Медицинската сестра се отнася към дейностите, които осъществява и професионалните си задължения, като тези дейности ги реализира със съгласието на своите пациенти и техните семейства, както и по начин, който отговаря на професионалните стандарти и действащото здравно законодателство.

3. Медицинската сестра осъществява мениджмънт на риска и проявява бдителност за различните рискове, както и подпомага осигуряването на безопасност за пациентите в лечебните заведения.

4. Медицинската сестра осигурява и поощрява здравни грижи, които поставят пациента в центъра чрез включване на пациентите и техните семейства във вземането на здравни решения и съдейства за получаването на информирано съгласие за тяхната терапия и грижи.

5. Медицинската сестра е в центъра на комуникационните процеси: тя оценява, регистрира и изготвя доклад за лечението и грижата за пациентите с депресия, отнасяйки се към информацията с разбиране и конфиденциалност, справяйки се ефективно с изказани недоволства и съвместно при съобщаване на проблемите, с които се сблъсква.

6. Медицинската сестра е отговорна да осъвременява своите знания и умения и да ги използва компетентно, с разбиране и вникване в съответствие с потребностите на пациента с депресия.

7. Медицинската сестра работи в тясно сътрудничество със своя екип и с другите професионалисти като осигурява координирани и високо качествени грижи за пациентите, които водят до възможните най-добри резултати.

8. Медицинската сестра развива себе си и персонала и повлиява грижите, които предоставя по начин, който е отворен и отговаря на индивидуалните потребности на пациенти с депресия.

9. Медицинската сестра обучава пациента с депресия как да мисли положително: да развива навик да мисли добри неща, интересни неща: успех, достижения, възможности за помагане на хора в нужда; Да развива навик да гледа на всеки неуспех или трудност като стъпало към победа; Пациентът с депресия да създаде навик да се усмихва на хората вътрешно и да се радва на срещите си с тях.

Заклучение

Стресът е биологически процес, чрез който организъмът се опитва да се адаптира към някакво предизвикателство, като мобилизира енергията си и възприема реакции за борба и оцеляване. Ханс Селие (1982) е един от първите изследователи, който през 1956 г. разработва теорията за “общия

синдром на приспособяване” или синдрома на биологичния стрес с неговите три фази: реакция на тревога, фаза на съпротивление и фаза на изтощение. Той изследва физиологията на стреса и медицинските му последици върху имунната система, стомашно-чревния тракт и надбъбречните жлези. Теорията на Селие дава тласък на многобройни изследвания и разработки, които определят компонентите и механизмите на стресовия процес, както и неговите отражения. Психологичните грижи в работата на медицинската сестра е съществен залог за по-добра здравна грижа. Те водят до подобрения в качеството на живот на пациентите с депресия, и осигуряване на адекватни здравни грижи, защото това е едно от изискванията за добра медицинска практика.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савова, З. (2015). Медицинска психология, С.
2. Чанева, Г. (2008). Качеството на сестринските грижи като приоритет, С.
3. Ламбрева, Д. (2013). Психиатрично сестринство; С.
4. Попова, Кр. (2011). Сестрински грижи за пациенти с неврологични заболявания; изд. Горекс Прес, С.
5. Hristozof, H. et al. (1989). Медицинска психология (Medical Psychology). С., България: Медицина и физкултура.
6. Чалмърс, Елд. (2012). Силата на ума; изд. Нов живот, С.

Адрес за кореспонденция:

*Полина Георгиева, Камелия Богданова
Катедра „Здравни грижи“
Факултет по обществено здраве,
Медицински университет – София*

СЪВРЕМЕННИ ПОДХОДИ В СЕСТРИНСКИТЕ ГРИЖИ ПРИ ОТСТРАНЯВАНЕ НА ЕНДОМЕТРИОЗНИ ЛЕЗИИ ЧРЕЗ РОБОТИЗИРАНА ЕНДОСКОПСКА ОПЕРАЦИЯ. ПЛАН ЗА СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ

Станимира Лизон, Димитрина Миликина

MODERN APPROACHES IN NURSING CARE TO REMOVE ENDOMETRIOUS LESIONS THROUGH A ROBOTIZED ENDOSCOPIC SURGERY. NURSING CARE PLAN

Stanimira Lizon, Dimitrina Milikina

Ендометриозата е наличие на ендометриална тъкан извън маточната кухина. То е хронично, инвалидизиращо заболяване с несигурна етиология, с неспецифични признаци и симптоми. Пациентките често изпитват хронична тазова болка, дисменорея, диспареуния и безплодие, както и психосоциални стресови фактори. Вероятната диагноза може да се основава на клинични данни, за окончателна диагноза обаче е необходима лапароскопска хирургия. Следователно може да мине значително време преди признаването на болестта. **В настоящия план за сестрински грижи се разглежда етиологията, клиничната картина и лечението и прегледите на типичните фактори при диагнозата ендометриоза.** За по-добро разбиране на ендометриозата, практикуващата медицинска сестра трябва да идентифицира симптомите, диагностицира (сестринска диагноза- сестрински проблем), управлява и насочва пациентките си чрез индивидуално изготвен план за сестрински грижи.

По-ранната диагностика и подкрепа могат да помогнат на жените да управляват състоянието си и неговото въздействие върху ежедневието им живот. Ендометриозата има физическо, психологическо и сексуално въздействие върху живота на жените и техните партньори. Медицинските сестри са специалистите които трябва да подкрепят и съветват жените с ендометриоза.

Предполагаема етиология:

- Ретроградна (с обратен поток) менструация и имплантация на ендометриума извън маточната кухина. В менструалната кръв се откриват все още жизнеспособни ендометриални клетки, които при подходящи условия може да се развият до ендометриални жлези;

- Хематогенно (по кръвен път) и лимфогенно (по лимфен път) разпространение на ендометриалните клетки;

- Трансформация (метаплазия) на клетките на перитонеума в ендометриални, вследствие на продължителна естрогенна стимулация;

- Генетична предразположеност;

- Разнасяне на ендометриални клетки по време на хирургически интервенции.

Симптоматика:

- циклична болка - болка при извършването на нормални дейности;

- менстуиране (дисменорея - болезнена менструация);

- при сексуален контакт (диспареуния);

- хронична тазова болка;

- дълга менструация (над 7 дена) или нередовен цикъл;

- силно течение;

- има проблеми с червата и пикочните пътища, включително болки при уриниране, често желание за уриниране, болки при движения в червата, диария или запек;

- гадене или повръщане;

- безплодие;

- след по-дълго време може да се получат сраствания на засегнатите органи, които да доведат до още симптоми, включително болка при определени движения и пози.

Изследванията показват, че жените с ендометриоза имат висок риск от развитие на рак на яйчниците, гърдите и ендометриума.

Поради повишения риск от рак, пациентките с ендометриоза трябва да бъдат по-бдителни. Да обръщат внимание на тялото си и да са наясно с ранните признаци на рак на яйчниците, като например подуване на корема, тазова или коремна болка, затруднено хранене и честа необходимост от уриниране. Медицинската сестра трябва да обсъди повишения риск от рак и да създаде план за превенция, намаляване на стреса, здравословно хранене и противовъзпалителна диета и ангажиране с физически упражнения.

Хирургични процедури

Диагностичната лапароскопия, т.е. лапароскопия за диагностициране на ендометриоза, е „най-надеждният метод“ за диагностициране на ендометриоза. Диагнозата ендометриоза не трябва да се разглежда, освен ако ендометриозата не е била наблюдавана по време на лапароскопия. Повечето гинеколози настояват също така да се изследва биопсия (проба) от ендометриалната тъкан от патолог преди потвърждаване на диагнозата.

Обикновено, ако се установи минимална до умерена ендометриоза, диагностичната лапароскопия ще бъде комбинирана с оперативна лапароскопия.

Оперативна лапароскопия е лапароскопия, която се извършва за хирургично отстраняване на ендометриозни лезии и сраствания. Това означава, че ендометриозата може да бъде диагностицирана и лекувана едновременно и е необходима само една операция. За да се случи това, трябва да е дадено съгласие за хирургични процедури, които се извършва предварително.

Ако се установи тежка ендометриоза, свързана с червата или пикочната система, оперативната лапароскопия може да се забави, така че червата или пикочния мехур да са предварително подготвени за операция и да е получено специално съгласие за операция на червата или пикочните пътища.

Ендометриозната хирургия има за цел да намали свързаната с ендометриоза болка, като премахне всички видими ендометриози и всички свързани с нея сраствания.

Хирургичните процедури, които могат да бъдат извършени по време на оперативна лапароскопия включват:

- отстраняване или унищожаване на ендометриални лезии;
- отстраняване или унищожаване на ендометриоза на яйчниците (ендометриоми);
- отстраняване на сраствания;
- отстраняване на дълбока ректовагинална и ректосигмоидна ендометриоза;
- отстраняване на матката (хистеректомия);
- отстраняване на един или и двата яйчника (оофректомия);
- операция на червата или пикочния мехур;
- лапароскопска аблация на маточните нерви и пресакрална неуректомия.

Ендометриалните лезии могат да бъдат лекувани с две техники:

- изрязване
- коагулация.

Изрязването премахва лезиите на ендометриума, като ги отрязва от околните тъкани с ножици, много фин топловен пистолет или лазерен лъч. Коагулацията унищожаване лезиите чрез изгарянето им с фина топлинна пушка или изпаряването им с лазерен лъч. Трябва да се внимава да не се разруши само лезията, но и да се повреди тъканта, например червата, пикочния мехур или уретера.

Сраствания

Следва да се премахнат срастванията от ендометриоза. Те могат да бъдат изрязани с помощта на ножици, топлинен пистолет или лазерен лъч.

Премахване на матката (хистеректомия) и яйчниците (оофоректомия)

Отстраняването на матката или яйчниците трябва да се има предвид само ако ендометриозата не може да бъде лекувана по друг начин и пациентката не иска да има деца. Тогава трябва да се има предвид, че пациентката ще навлезе в ранна менопауза и ще се наложи хормонално лечение!

Роботизирана лапароскопска операция на ендометриоза.

Лекаря сваля подробна анамнеза:

- симптоматика;
- история, интензитет и честота на оплакванията;
- прием на лекарства или други методи за облекчаване на симптоматиката;
- информация за предишни бременности, раждания, желание за последваща бременност;
- затруднения, свързани със стерилитет;
- оплаквания, свързани с известни съпътстващи заболявания;
- попълване на данните в болничната документация.

Медицински документи

Медицинската сестра трябва задълбочено да се запознае с медицинската документация на пациентката относно предходни инвазивни и/или неинвазивни диагностични и лечебни процедури, изследвания по повод стерилитет, консултиране на пациентката относно повторна операция при документация за диагностицирана лапароскопски ендометриоза.

Гинекологичен преглед

Обстоен общ гинекологичен преглед - външен оглед, оглед със специulum, бимануална палпация. Медицинската сестра подготвя необходимият инструментариум за прегледа, асистира на доктора и насочва пациентката.

Образна диагностика

- Ултразвуково изследване с вагинален трансдюсер с подробно оглеждане на матката, аднексите, яйчниците, малкия таз;
- Ултразвуково изследване с конвексен абдоминален трансдюсер при съмнение за абдоминално разпространение на ендометриозата.

Болнични документи:

- Медицинската сестра попълва необходимите документи;
- Лекар иска информирано съгласие за извършване на оперативна интервенция;
- Медицинската сестра изпълнява предоперативните лабораторни и клинични, параклинични изследвания;
- Медицинската сестра записва консултации с различни специалисти – кардиолог, анестезиолог и други при необходимост, за осигуряване на оптимални условия за безопасност във връзка с оперативната интервенция.

Подготовка на пациентката за операцията с роботизирана система Da Vinci:

- Медицинската операционна сестра спазва всички правила за асептика и антисептика в операционна зала, вътрешен правилник на болницата и допълнителни разпоредби за операционна зала и операционния екип;
- Медицинската сестра поставя пациентката в гинекологично положение на операционната маса;
- Ръцете да са плътно прибрани към тялото, положението на тялото се обезопасява;
- Краката на пациентката се поставят в специални стойки, които осигуряват стабилното им фиксиране да бъде атравматично;
- Позициониране на Кулата при пациентката от роботизираната система – с централен докинг. Кулата се поставя така, че да бъде между краката на пациентката или със страничен докинг – Кулата се поставя странично, вдясно от краката на болната;
- Въвеждане в обща интратрахеална анестезия – от специалист анестезиолог и анестезиологичен операционен екип състоящ се от медицински сестри.

Docking-time:

- Почистване на цялата коремна повърхност по правилата на класическата хирургия;
- Поставяне на утерус-манипулатор;
- Въвеждане на камерата в троакара и инспекция на коремната кухина;
- Пациентката се привежда в позиция на тялото Тренделенбург 20°;
- Не се позволява местене на операционната маса след фиксирането на инструментите;
- Общото време за docking-time варира и е толкова по-кратко, колкото по-добро е сработването на екипа в операционната зала, най-често около 15-16 мин.

Операцията:

- Операторът на Конзолата за управление поема контрола върху роботизираната система (крака, ръце, глава);
- Работата започва с подробен оглед на вътрешните гениталии, малкия таз и коремната кухина;
- Асистентът подпомага процеса на оглеждане с отместване на тънкоочревни и дебелочревни бримки;
- Ендометриомите се екстирпират с капсула, като целта е да запази в максимална възможна степен яйчниковата тъкан, особено при пациентки с желание за последваща бременност;
- Подготвят се проби за хистологично доказване на ендометриозата.

Приключване на операцията:

- Изваждане на троакарите и естетичен шев на кожните разрези;

- Анестезиологичната медицинска сестра събужда пациентката и я отвежда от операционната зала;

- Попълва оперативен протокол. Следва определяне на стадия на ендометриозата по Класификацията на ASRM, според оперативните находки.

Относно продължителността на операцията - отчитаното време обхваща периода от въвеждането на пациента в анестезия, docking-time – въвеждането на троакарите, извършване на операцията, извеждане на троакарите и зашиване на отворите което е между 90 и 240 минути средно статистически.

Постоперативно проследяване:

- Проследяване на пациентката до изписването ѝ, както и последващите контролни прегледи се отразяват в болничната документация;

- Контролен преглед при изписването;

- Контролен преглед 30 дни след операцията;

- Контролен преглед след 6 месеца и анкета по повод това изследване не по-рано от 6 месеца след оперативната интервенция - също се документират и съхраняват в болницата;

- Постъпки и оформяне на медицински документи за допълнително следоперативно медикаментозно лечение с GnRH аналози на жените, желаещи бременност, съгласно изискванията на Здравната каса.

Изборът на най-подходящ терапевтичен план и хирургичен метод за лечение на ендометриоза в различни стадии, е отговорност на медицинските специалисти.

При пациентки с ендометриоза миниинвазивните подходи са поподходящи за оперативно лечение, поради кратката оперативна продължителност, минималната оперативна кръвозагуба, редките интраоперативни и постоперативни усложнения, бързото възстановяване в следоперативния период и добрите терапевтични резултати след операцията – положително повлияване на симптоматиката при повечето пациенти и евентуално запазване и/или подобряване на репродуктивната функция.

Робот-асистираната лапароскопия е най-иновативен ендоскопски метод за оперативни интервенции. Тя предлага всички предимства на конвенционалната лапароскопия, като са премахнати недостатъците ѝ, включително при диагностицирането на ендометриоза, получаване на проби за хистологично потвърждаване на диагнозата и точното определяне на стадия на заболяването, поради улеснения достъп до всички тазови органи и фината дисекция.

След оперативната интервенция:

- бързо възстановяване на пациентката / пациентката може да се върне на работа след 5-7 дни;

- намален болничен престой - в конкретния случай 2 дена;

- минимална кръвозагуба;

- минимален оперативен травматизъм;
- няма риск от постоперативни инфекции.

Възстановяване:

След операцията има известен дискомфорт, който включва:

- леко гадене в резултат на медикаментите или хирургичната процедура;
- болка във врата и рамото, която се дължи на газът в коремната кухина;
- болка в областите, където инструментите са преминали през коремната стена;
 - раздразнено гърло и дрезгав глас, защото по време на общата анестезия е била използвана обдишваща тръба (пациентката е била интубирана)
 - спазми, подобно на менструалното, за около ден-два
 - мускулни болки

Грижите са както при всяка операция, но в значително по-малка степен в сравнение с класическите операции. Всички нужни грижи трябва да бъдат осигурени от медицинския персонал в пълен обем и да не се налага оставането на близки и роднини, подпомагащи процеса на възстановяване на пациента. Това не е забранено, но е желателно да става само във време, което няма да нарушава комфорта и правата на останалите болни в стаята или отделението и не нарушава правилника за вътрешния ред на отделението.

Време необходимо за следоперативно възстановяване

Времето за възстановяване е строго специфично за всеки пациент. Факторите, които му влияят са много и от различно естество: обективни /вид и обем на операцията, възраст, придружаващи заболявания, следоперативни усложнения, субективни- вид нервна система и възприятие на света, разминаване между очаквано и реално, и неподозирани като отключване на психиатрично заболяване след операцията вследствие на стреса, предварително непланиран дълъг болничен престой. Като цяло времето за възстановяване от лапароскопска операция е наполовина от това след класическа такава.

Личният лекар и медицинската сестра

Те имат грижата за пряко проследяване в дългосрочен план. При първата среща с тях след изписването от болницата трябва да им се занесе епикризата. Така те ще са напълно информирани за състоянието и грижите, които трябва да полага за пациентката, назначените от хирурга. Понякога след операция се налагат продължителни превръзки, периодични кръвни изследвания или насочване към специалист, който да има грижата за новооткрито по време на престоя в болницата заболяване.

След лапароскопията и минимален болничен престой пациентката се прибира вкъщи с рецепта за обезболяващи лекарства и съвети да избягва

натоварвания за около една седмица. Гинекологът препоръча да избягва шофиране, упражнения, секс и вдигане на тежко за 1-2 седмици.

ЛИТЕРАТУРА

1. http://eprints.mu-varna.bg/423/1/Thesis%20Summary_Yancho%20Delchev_2018.pdf
2. <http://www.tokudabolnica.bg/bg/gynecologic-oncology-and-advanced-pelvic-surgery/Laparoscopic-gynecology-surgery>
3. <https://medline.bg/?p=9&cat=23&l=1>
4. <https://www.healthlinkbc.ca/health-topics/hw101171>
5. <https://www.uofmhealth.org/health-library/hw101171>

„ИЗЯЖДА“ ЛИ НИ ЗАТЛЪСТЯВАНЕТО?

*Мирела Хасани, Магдалена Александрова
Радка Горанова-Спасова*

DOES OBESITY „CONSUME” US?

*Mirela Hasanaj, Magdalena Alexandrova,
Radka Goranova-Spasova,*

Summary: *Obesity is becoming a pandemic and is recognized as one of the most important public health issues. It is also a risk factor for chronic non-communicable diseases such as type 2 diabetes mellitus, hypertension, ischemic heart disease, cancer, and others. In addition to increased life expectancy quality of life is of great importance to the patient, his relatives and the society*

Keywords: *obesity, morbidity, mortality, health costs, quality of life*

Въведение

Затлъстяването е една от водещите предотвратими причини за смърт в света. [29] Разпространението на затлъстяването сред възрастни и деца го поставя сред най-сериозните проблеми за общественото здраве в 21 век. По данни на СЗО през 2016 г. над 1,9 милиарда възрастни в световен мащаб са с наднормено тегло. От тях над 650 милиона са със затлъстяване. За същата година 41 милиона деца под 5-годишна възраст са били с наднормено тегло или затлъстяване и повече от 340 милиона деца и юноши на възраст между 5 и 19 години са с наднормено тегло. [28] Така представените данни сочат, че затлъстяването се превръща в пандемия.

Здравни последици от наднорменото тегло и затлъстяването

Затлъстяването увеличава риска от някои хронични неинфекциозни заболявания: сърдечно-съдови заболявания (основно исхемична болест на сърцето и инсулт), захарен диабет тип 2, остеоартрит, някои видове рак. [24, 29]

Освен преките физически последици за здравето, не може да се пренебрегнат и разнообразните психологически, емоционални и социални ефекти на наднорменото тегло.

Затлъстяване и смъртност

Констатирана е връзката между телесната маса и повишения риск от преждевременна смърт. Както много ниският, така и много високият ИТМ се асоциира с повишена смъртност от различни причини. [21] Проучване върху 569 пациента, проведено в Италия доказва връзка между морбидното затлъстяване (ИТМ над 40 kg/m^2) и повишена смъртност. [3] Друго проучване установява, че наднорменото тегло се асоциира с три години по-ниска продължителност на живота, а затлъстяването - със седем години при жените и с шест - при мъжете. [21]

Значението на затлъстяването върху заболяемостта е много по-голямо отколкото върху смъртността, което на свой ред се свързва с влошено качество на живота.

• Сърдечно-съдови заболявания

Сърдечно-съдовите заболявания, с които се свързва затлъстяването са най-често хипертонията, исхемичната болест на сърцето (ИБС) и мозъчно-съдовата болест. Още във Фрамингамското проучване се доказва корелация между ИТМ и ИБС, като по-високата степен на затлъстяване се счита за независим рисков фактор за ИБС. [14] Други автори констатираха връзка между затлъстяването и честотата на съдови инциденти. [23]

Епидемиологично проучване от типа „случай-контрола“ с 1201 случая и 1154 контроли е проведено с цел регистриране на връзка между затлъстяването и исхемичния инсулт при млади пациенти. Резултатите сочат статистически значима връзка между затлъстяването (ИТМ $>30 \text{ kg/m}^2$) и мозъчно-съдовата болест (odds ratio, 1.57, 95% C.I. = 1.28–1.94). [18]

Други рискови фактори за сърдечно-съдови заболявания, свързани със затлъстяването са хипертонията и хиперхолестеролемията. Артериалното налягане е 2 до 3 пъти по-високо при жени с наднормено тегло. [27] Наднорменото тегло в детството се свързва с подмладяване на сърдечно-съдовата заболяемост. Например Freedman и кол. (1999) откриват, че около 60% от децата с наднормено тегло на възраст 5-10 години имат един сърдечно-съдов рисков фактор като хипертония, хиперлипидемия (повишени нива на мазнини в кръвта) или повишени нива на инсулин. Освен това над 20% от 5-10-годишните имат два или повече сърдечно-съдови рискови фактори. [11]

Според Световната здравна организация близо 20% от населението в развитите страни вероятно страда от свързана със затлъстяването хипертония. [2]

• Захарен диабет тип 2

Андроидното затлъстяване е важен рисков фактор за развитието на захарен диабет тип 2. По данни на СЗО диабет тип 2 е много разпространен и представлява около 90% от всички случаи на диабет в световен мащаб. Затлъстяването и диабетът споделят общи рискови фактори от стила на живот, в това число увеличен енергиен прием, диета, богатата

на наситени мазнини и заседнал начин на живот, като не е изключена обща генетична предиспозиция към тези състояния. [1] Някои автори смятат връзката между наднорменото тегло и диабета за толкова важна, че предлагат общ термин, с който да се означава коморбидността от двете заболявания - на англ. "diabetesy". [1]

- **Онкологични заболявания**

Прегледът на литературата сочи, че заболяемостта от някои онкологични заболявания се свързва с повишен ИТМ. Тази връзка е доказана за рака на ендометриума, който при затлъстели жени е 2 до 4 пъти по-често срещан. [22]

За хората с наднормено тегло и затлъстяване е два пъти по-висок рискът да развият карцином на хранопровод (езофагеален аденокарцином), а при тези със свръхтегло рискът се покачва до около 4 пъти. [13] Два пъти по-висок е и рискът за развитие на рак на кардията на стомаха. [8]

Доказана е подобна зависимост при карцинома на черния дроб, като асоциацията наднормено тегло/затлъстяване и рак на черния дроб е силна при мъжете, отколкото при жените. [5, 8]

В сравнение с индивиди с ИТМ в нормални стойности, тези с наднормено тегло имат слабо повишен риск (10% до 20%) да развият мултиплен миелом. С 50% по-висок е рискът за развитие на менингиом при затлъстели лица и с 20% по-висок при такива с наднормено тегло. [20] Хората с наднормено тегло или затлъстяване са застрашени около 1,5 пъти повече да развият рак на панкреаса по данни на СЗО. [12]

С около 30% е по-голям рискът от колоректален карцином при индивиди със затлъстяване. [17] Малко по-висок (с около 20%) е рискът от рак на жлъчния мехур при хората с наднормено тегло и с около 60% по-висок при хората със затлъстяване. [17, 30]

Множество изследвания доказват връзка между високия ИТМ и умерено повишен риск от рак на гърдата при жени в менопауза, като при тези със затлъстяване рискът е 20% до 40% по-висок в сравнение с жени с ИТМ в нормални граници. [19] Според Renehan (2008) увеличаването на ИТМ с 5 единици се свързва с 12% повишен риск от рак на гърдата. Зависимостта е обратна при жени преди менопаузата, където наднорменото тегло и затлъстяването се асоциират с 20% понижен риск от тумори на гърдата, експресиращи хормонални рецептори. [19]

По отношение рака на яйчниците, по-високият ИТМ се свързва със слабо повишен риск от заболяемост, особено при жени, които никога не са използвали хормонална терапия. [9] По данни на Съвместната група за епидемиологични изследвания на рака на яйчниците (2012) увеличаването на ИТМ с 5 единици повишава с 10% риска при жени никога не използвали хормонална терапия при менопаузата.

Слабо повишен (10%) е риска от рак на щитовидната жлеза при висок ИТМ. [15]

- **Заболявания на дихателната система**

Едно от честите последствия на затлъстяването е задухът. Други по-сериозни заболявания, с които се свързва са сънната апнея и астмата. В етиологията на сънната апнея стои наднорменото тегло. По отношение на астмата също е документирана значима връзка. Срезови проучвания доказват, че болестността от астма е по-висока при жени, като при тези със затлъстяване (ИТМ>30 кг/м²) шансът за развитие на астма е три пъти по-висок. [4]

Данните за връзка между наднорменото тегло при деца и астмата са противоречиви. Въпреки това, интервенционни изследвания доказват, че загубата на тегло при пациенти с астма подобрява белодробната функция и симптоматиката.

- **Увреждания на опорно-двигателната система**

Остеоартритът се свързва пряко с повишеното телесно тегло, тъй като тежестта уврежда ставите. Освен с остеоартрит срезови проучвания откриват връзка между наднорменото тегло и повишената заболеваемост от дискова херния в лумбалната област, болка в кръста и хронична болка във врата. [16]

- **Нарушения в репродуктивната функция**

Затлъстяването се свързва с репродуктивни и урологични проблеми. При жените със затлъстяване съществува по-голям риск от менструални смущения, поликистоза на яйчниците и безплодие. За мъжете със затлъстяване има по-висок риск от еректилна дисфункция. Дори майчиното затлъстяване води до повишен риск както за майката, така и за детето по време на и след бременността.

- **Метаболитен синдром**

Метаболитният синдром е комбинация от затлъстяване с други болестни състояния на хомеостазата на мазнините, захарите и белтъчините в организма, която увеличава риска за развитие на сърдечно-съдови заболявания и диабет. [25]

Затлъстяването при възрастни може да причини стомашно-чревни и чернодробни заболявания, стеатозен черен дроб, повишен риск от гастроезофагеален рефлукс и холелитиаза.

- **Разходи, свързани с наднорменото тегло и затлъстяването**

Разходите, свързани с наднорменото тегло и затлъстяването са директни и индиректни. Преките медицински разходи могат да включват превантивни, диагностични и лечебни дейности, свързани със затлъстяването. Непреките разходи са свързани с разходите за заболеваемост и смъртност, включително и намалена производителност на труда. Оценката на производителността включва показатели като "отсъствие от работа" (разходи, поради отсъствие на работещите по здравословни причини, свързани със затлъстяването) и намалена производителност на работниците и слу-

жителите по време на работа, както и преждевременна смъртност и увреждане.

Tremmel и кол. (2017) правят обзор на литературата, включващ 23 публикации върху въпроса между 2011 и 2016г. Прегледът констатира значителна икономическа тежест на затлъстяването както в развитите, така и в развиващите се страни. [26]

В Съединените щати, една от страните, в които проблемът е добил размерите на епидемия, оценката на тези разходи варира между 147 милиарда и близо 210 милиарда долара годишно. [6] Освен това затлъстяването е свързано с отсъствия от работа, струващи приблизително 4.3 милиарда щатски долара годишно [7] и с по-ниска производителност на труда. При жените личните разходи във връзка със затлъстяването възлизат приблизително на 4879 долара годишно, а при мъжете- на 2646 долара. Разходите на хората със затлъстяване са 15 пъти по-високи от тези при хората с наднормено тегло, без значение пола, социалния статус и заетостта.

Според някои проучвания хората със затлъстяване посещават по-често здравни специалисти (общопрактикуващи лекари, специалисти и психолози); по-често приемат лекарства за сърцето, антихипертензивни средства, диуретици, перорални медикаменти за захарен диабет, антидепресанти, антибиотици, антиацидни средства и аналгетици за болки в ставите и гърба.

Качество на живот при пациенти със затлъстяване

Много проучвания регистрират влошено качество на живота при пациенти със затлъстяване и асоциация между степента на затлъстяване и влошено качество на живота. [10] Според някои автори загубата на тегло значително подобрява качеството на живот при пациенти със затлъстяване, особено на тези със съпътстващи заболявания (коморбидност). Все още няма категорични данни за зависимост между влошеното качество на живот и други характеристики при различните подгрупи от пациенти с наднормено тегло. За изследването на качеството на живот се изработват специфични въпросници, но оценката на това субективно понятие не винаги е лесно, особено при деца и подрастващи. Проучванията най-често са извадкови и много рядко интервенционни. При младежите основно са засегнати самочувствието, физическата компетентност и социалното функциониране.

Изводи

От така представения преглед на литературата се вижда, че наднорменото тегло и затлъстяването са сериозни обществено-здравни проблеми, засягащи както възрастното, така и младото население в развитите страни. Последиците от тях могат да се обобщат като влошено здраве (физическо, психическо и емоционално); повишени разходи за здравеопазване и повишено потребление на медицинска помощ и като цяло влошено качество на живота.

Ограничаването на тези състояния е заложено в нормативни актове на национално, европейско и световно ниво.

ЛИТЕРАТУРА

1. Astrup, A. & Finer, N. (2000). Redefining Type 2 diabetes: 'Diabesity' or 'Obesity Dependent Diabetes Mellitus'. *Obesity Reviews*, 1, 57-59.
2. Baynes J, Dominiczak MH. *Medical Biochemistry*. London: Mosby, 2003.
3. Brunani, A., Palli, D., Salvini, S., Masala, G., Vallone, L., Barantani, E. & Liuzzi, A. (2002). Short- and long-term mortality in a prevalent cohort of morbidly obese patients in Italy. *European Journal of Nutrition*, 41, 183-185.
4. Camargo, C. A., Weiss, S. T., Zhang, S., Willett, W. C. & Speizer, F. E. (1999) Prospective study of body mass index, weight change, and risk of adult-onset asthma in women. *Archives of Internal Medicine*, 159, 2582-2588.
5. Campbell PT, Newton CC, Freedman ND, et al. Body mass index, waist circumference, diabetes, and risk of liver cancer for U.S. adults. *Cancer Research* 2016; 76(20):6076-6083.
6. Cawley J and Meyerhoefer C. (2012). The Medical Care Costs of Obesity: An Instrumental Variables Approach. *Journal of Health Economics*, 31(1): 219-230.
7. Cawley J, Rizzo JA, Haas K. (2007). Occupation-specific Absenteeism Costs Associated with Obesity and Morbid Obesity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49(12):1317-24.
8. Chen Y, Liu L, Wang X, et al. (2013). Body mass index and risk of gastric cancer: a meta-analysis of a population with more than ten million from 24 prospective studies. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*; 22(8):1395-1408.
9. Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer. Ovarian cancer and body size: individual participant meta-analysis including 25, 157 women with ovarian cancer from 47 epidemiological studies. *PLoS Medicine* 2012; 9(4):e1001200.
10. Duval, K, Marceau P, Pérusse L, Lacasse Y. (2006). An overview of obesity-specific quality of life questionnaires. *Obes Rev.* 2006 Nov; 7(4):347-60. Review PubMed PMID: 17038129.
11. Freedman, D. S., Dietz, W. H., Srinivasan, S. R. & Berenson, G. S. (1999). The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, 103, 1175-1182.
12. Genkinger, J.M, Spiegelman, D., Anderson, K.E., et al. (2011). A pooled analysis of 14 cohort studies of anthropometric factors and pancreatic cancer risk. *International Journal of Cancer*; 129(7):1708-1717.

- 13.Hoyo, C., Cook, M.B., Kamangar, F., et al. (2012). Body mass index in relation to oesophageal and oesophagogastric junction adenocarcinomas: a pooled analysis from the International BEACON Consortium. *International Journal of Epidemiology*; 41(6):1706-1718.
- 14.Hubert, H. B., Feinleib, M., McNamara, P. M. & Castelli, W. P. (1983). Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation*, 67, 968-77.
- 15.Kitahara, C.M., McCullough, M.L., Franceschi, S. et al. (2016). Anthropometric factors and thyroid cancer risk by histological subtype: Pooled analysis of 22 prospective studies. *Thyroid*; 26(2):306-318.
- 16.Leboeuf-Yde, C., Kyvik, K.O., Bruun, N.H. (1999). Low back pain and lifestyle. Part II-Obesity. Information from a population-based sample of 29, 424 twin subjects. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1999 Apr 15; 24(8):779-83; discussion 783-4.
- 17.Li L, Gan Y, Li W, Wu C, Lu Z. Overweight, obesity and the risk of gallbladder and extrahepatic bile duct cancers: A meta-analysis of observational studies. *Obesity (Silver Spring)* 2016; 24(8):1786-1802.
- 18.Mitchell, A.B., Cole, J.W., McArdle, P.F. et al. (2015). Obesity increases risk of ischemic stroke in young adults. *Stroke*; 46(6):1690-2.
- 19.Munsell, M.F., Sprague, B.L., Berry, D.A., Chisholm, G., Trentham-Dietz, A. (2014). Body mass index and breast cancer risk according to postmenopausal estrogen-progestin use and hormone receptor status. *Epidemiologic Reviews*; 36:114-136.
- 20.Niedermaier, T., Behrens, G., Schmid, D. et al. (2015). Body mass index, physical activity, and risk of adult meningioma and glioma: A meta-analysis. *Neurology*; 85(15):1342-1350.
- 21.Peeters, A., Barendregt, J. J., Willekens, F., Mackenbach, J. P., Mamun, A. A. & Bonneux, L. (2003). Obesity in Adulthood and Its Consequences for Life Expectancy: A Life-Table Analysis. *Annals of Internal Medicine*, 138, 24-32.
- 22.Setiawan, V.W., Yang, H.P., Pike, M.C. et al. (2013). Type I and II endometrial cancers: have they different risk factors? *Journal of Clinical Oncology*; 31(20):2607-2618).
- 23.Shaper, A. G., Wannamethee, G. S. & Walker, M. (1997) Body weight: implications for the prevention of coronary heart disease, stroke, and diabetes mellitus in a cohort study of middle aged men. *BMJ*, 314,1311-1317.
- 24.ten Have, M. Prevention of obesity : weighing ethical arguments. (2011, June 28). Erasmus University Rotterdam. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1765/32388>.
- 25.Traykovska- Dimitrova A., T. Dimitrov, A. Kehayov, R. Zlatanova-Velikova, Education of Patients with Metabolic Syndrome on Disease Self-Management,

- Journal of Educational and Instructional Studies in the World, June 2016, Volume: 6 Special Issue 1 Article: 09 ISSN: 2146-7463, pp. 54-60
26. Tremmel M, Gerdtham UG, Nilsson PM, Saha S. Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review. Int J Environ Res Public Health. 2017;14(4):435. Published 2017 Apr 19. doi:10.3390/ijerph14040435.
 27. WHO, Obesity: preventing and managing the global epidemic Report of a WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894), 2000
 28. WHO: Obesity and Overweight. WHO fact sheet No 311, Geneva, WHO, 2015. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/
 29. WHO: World Health Statistics 2015. Geneva, WHO, 2015, pp 101–111. www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/ (last accessed November 30, 2015).
 30. World Cancer Research Fund International/American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Report: Diet, Nutrition, Physical Activity and Gallbladder Cancer. 2015. Available at <http://www.wcrf.org/sites/default/files/Gallbladder-Cancer-2015-Report.pdf> Exit Disclaimer.

Адрес за кореспонденция:

*д-р Мирела Хасани, проф. Магдалена Александрова, дм,
гл. ас. д-р Радка Горанова-Спасова, дм
Катедра „Право и етика в медицината“,
Факултет по обществено здраве,
Медицински университет – София*

*Mirela Hasanaj, MD, PhD student, prof. Magdalena Aleksandrova, PhD, asst.
prof. Radka Goranova-Spasova, MD, PhD
Department of Law and Ethics in Medicine,
Faculty of Public Health,
Medical University - Sofia*

ПРАКТИЧЕСКИ ПОДХОДИ ЗА ПОСТИГАНЕ НА ПАЦИЕНТСКА УДОВЛЕТВОРЕНОСТ ОТ РАБОТАТА НА ОПЛ

Любка Асенова, Александра Т. Димитрова

PRACTICAL APPROACHES TO OBTAIN PATIENT SATISFACTION FROM THE WORK OF GPS

Lyubka Assenova, Alexandra T. Dimitrova

Резюме: Настоящата разработка представлява аспекти обзор на практическите методи необходими за осъществяване на качествени медицински услуги предлагани от личните лекари. Визирани са действащи походи, способстващи за подобряване дейността на общопрактикуващите лекари, посредством маркетингови подходи.

Проведен е мониторинг на проблемните сегменти на първичната извънболнична медицинска помощ, като критично са разгледани части на здравеопазната система, неразривно свързани с дейността на ОПЛ.

Ключови думи: маркетингови подходи, маркетинг микс, общопрактикуващи лекари, първична извънболнична медицинска помощ, пациентска удовлетвореност, здравеопазна система.

Въведение

Ако бъде осъществен кратък обзор на развитието, касаещо здравната реформа в България, много ясно се вижда, че към настоящият момент първичната медицинска помощ е най-ефикасният градивен елемент във фундамента на действащата здравна система. Факт е, че около 80% от предлаганата медицинска помощ се падат именно на първичната медицинска практика, което определя и облика на нашата здравеопазна система.

Провеждането на изчерпателен анализ (проведен на ниво мениджър), подпомогнат и от многото специализирани проучвания по отношение мнението на пациентите и на общопрактикуващите лекари, което обхваща –

домашни посещения, качество на медицинското обслужване, обхват на територията обслужвана от даден ОПЛ, битови условия в чакалните за пациенти и други, показват, че първичната медицинска помощ спешно се нуждае от сериозни промени.

Поглеждайки глобално, повечето от европейските страни са минали по пътя на реформи в здравеопазването, като съответно те не са нещо необичайно за тези региони. Неминуемо те са част от продължителни процеси, изискващи въвеждането на нови концепции, с цел усъвършенстване качеството на живот на населението в съответните държави. Всичко това води до необходимостта от осъществяване на промени с цел подобряване и повишаване действието на здравеопазните системи в конкретната държава. Преходът в България, за съжаление, доведе до сриването на някои жизнено важни отрасли на националната икономика, което от своя страна оказва неблагоприятно влияние върху качеството на живот на огромна част от българското население. Най-сериозни се оказаха последствията върху националното здравеопазване. Отрасълът здравеопазване има не само национално, но и жизнено важно значение за населението на нашата държава, тъй като оказва пряко влияние върху качеството на живот. Именно поради този факт реформата в България не би трябвало да бъде самоцел. Условията, които ще я характеризират, трябва да бъдат – идеологични промени във финансирането, икономически промени, действителна политическа подкрепа, ефективност и полезност на медицинското обслужване.

Основавайки се на гореизложеното, би било уместно да отбележим, че динамиката на настоящото ежедневие предлага множество предизвикателства във всяка една сфера на общественото развитие. Тази неминуема промяна в социалния конструкт води до изменения и в различните отрасли – икономика, политика, здравеопазване. За да се постигне баланс между минало и настояще, трябва да бъдат осъществени редица промени, по познати ни като реформи. Съвременните реформи в здравната сфера имат някои идентични черти в интерконтинентално отношение. Като основен пакет, водещ в „листата“ на задължителните промени в здравеопазването, стои усъвършенстването (а в някои източно европейски държави като България) - развитието на първичното здравно обслужване. Ако бъде направен внимателен анализ на европейските методи довели до постигането на успешни промени в сферата на предлагане на качествени медицински услуги от ОПЛ, ще забележим, че в основата им (в повечето от случаите) стоят маркетингови теоретични постановки. Базирайки се на тях се усъвършенстват практическите подходи способстващи за повишаването качеството на предлаганите от личните лекари услуги. Именно прогресът в медицинската теория и практика – конкретно в ПИМП налага търсенето и внедряването на маркетингови аспекти в настоящата сфера на проучване. Практическите подходи тук, имат за цел да подпомогнат дейността на общопрактикуващите лекари в техните усилия да се реализират, „удължавайки живота“ на

своята индивидуална практика, съдейвайки им да бъдат достатъчно гъвкави, когато те оперират в дадена заобикаляща ги среда, чрез по-ефективно обслужване на техните пациенти.

На макро ниво маркетинговите проучвания подпомагат болниците и здравните заведения да повишат продуктивността си по отношение увеличаване на личният си капитал, което от своя страна ще им помогне да привлекат повече и по-квалифицирани специалисти. Следователно ще бъде повишено и качеството на предлаганите услуги, а оттам и удовлетвореността на ползвателите. Именно чрез адаптирането на маркетинговите подходи, които в най-тесен смисъл представляват съвкупност от управленски методи и средства ще подпомогнат общопрактикуващите лекари да насочат дейността си единствено и само към задоволяване потребностите на ползвателите на техните услуги.

Постигането на пациентската удовлетвореност е не толкова сложен, колкото продължителен процес. Той се предопределя от няколко компонента – отношение на пациента към общопрактикуващия лекар, удовлетвореност на пациента, очаквания на пациента, идеализация на личният лекар, мотивация за посещение на ОПЛ и др. Ако тези компоненти бъдат изпълнени с позитивни оценки от страна на ползващите ги, то маркетинговите проучвания ще са осъществили своята идеална цел. За позитивна оценка говорят множеството проучвания осъществени в тази насока. Те недвусмислено говорят, че голяма част от пациентите в България оценяват положително работата на избрания от тях общопрактикуващ лекар. Само една статистически пренебрежима част от тях имат негативно отношение. В по-мощен аспект, посочените данни от различни изследвания в тази област, говорят за значителна психосоциална оценка на медицинските кадри от страна на пациентите. За съжаление в по-малката си част, обект на оценка от същите са професионалните качества на медицинските специалисти. Именно тук се намесват маркетинговите проучвания, които имат за цел да заличат границата между лекар и пациент по-отношение спецификата в дейността на първите и очакванията и нуждите на вторите. Когато целта е не само машинално извършване (предлагане) на даден вид услуга, а човешкият, алтруистичен акт на действие, това би довело до повишаване доверието от страна на пациентите. Респективно когато пациентът бъде запознат с проблемите, съпътстващи неизменно дейността на личния лекар, това би довело до обединяване образа на идеалния и реалния лекар. Същевременно би свело до минимум възможностите за появата на конфликт между лекар и пациент, но на този етап това все още си остават добри препоръки от колкото реална практика.

Заклучение

За съжаление, към настоящият момент създадената система на първична специализирана и медико-диагностична помощ, разкрива съществу-

ването на редица проблеми. Те се изразяват както в достъпа на население то до определен вид услуги, така и в липсата на ефективност и реализация на същите. Един от най-изразените и елементарни проблеми в това отношение е индивидуалният - реален избор (в малките населени места). Негативизмът се допълва от нарушените връзки между първичната и специализираната медицинска помощ, отсъствието на интегрирана информационна система, което от своя страна води до липсата на пълна, достоверна и реалистична здравно-статистическа информация, касаеща заболяемостта по типове болести и съответно обхванати лица.

Проведените опити за реформа в здравеопазването у нас предоставят, за съжаление, не решения, а само предизвикателства пред българските пациенти и лекари.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов, В., К. Кирилов (1995). Маркетинг в здравеопазването. Въведение в здравния мениджмънт, изд. Лукс, 93-101.
2. Борисов, Б., Ц. Воденичаров (2000). Реалности на здравната реформа, изд. Филвест, 35.
3. Борисов, В., Ц. Воденичаров, К. Кирилов, К. Чамов (1998). Ново Обществено Здравеопазване, изд. Акваграфикс, 287-295.
4. Брешков, И., М. Ботушарова (1990). Маркетинг на услугите. УИ Стопанство, 156.
5. Борисов, В., Зл. Глутникова, Ц. Воденичаров (1988). Ново обществено здравеопазване, изд. Акваграфикс, 237-296.
6. Гладилов, Ст., А. Янакиева, А. Воденичарова (2015). Маркетинг в здравеопазването, изд. Принцепс Маринови, С., 147-161.
7. Радев, Е., Н. Градинарова, Ал. Трайковска-Димитрова (2018). Обучение по етике, как стандартной части организаторских и управленческих навыков. IX Международной научно-практической интернет – конференции: „Состояние здоровья: Медицинские, психолого-педагогические и социальные аспекты”, 23-29 апреля 2018 г., Сборник научных статей, Славянск, УДК 61 (082), ББК 51я43, 569-575.
8. Славчев, С., Е. Радев. (2018). Промоция на здравето като стратегия и приоритет на здравната политика, сп. Медицински меридиани, бр. № 3, 16-21, ISSN 1314-1090.
9. Радев, Е., Н. Градинарова (2017). Роля на здравната политика при формирането и развитието на здравните мениджъри. XL НТС на ИНГА „Контакт 2017“, (сборник статии), 27 октомври 2017 г., изд. Темто, С., ISSN 1313-9134.
10. Златанова, Т., Р. Златанова-Великова (2008). Първичната извънболнична медицинска помощ – проблеми и перспективи, изд. Дидакта консулт, С.

11. Закон за здравето.
12. Закон за съсловните организации на лекари и стоматолози.
13. Златанова, Т., Ц. Петрова-Готова, В. Гончев, Р. Златанова-Великова (2013). Удовлетвореност на пациентите в здравеопазването, 32 НТС на ИНГА „Контакт 2013“, изд. Темто, С., 241.
14. Кирилов, К. (2001). Маркетинг в здравеопазването, С., 160.
15. Кирилов, К. (2000). Маркетинг в здравеопазването. Изкуството да печелим пациенти. Мед. изд. Арсо, 160.
16. Класова, С., Иванов, П. (1999). Въведение в маркетинга. Унив. изд., 44.
17. Макормик, М. (1992). Онова, което не се преподава дори в Харвард, изд. Апис 90, 224.
18. Маринова, Е. (1996). Маркетинг, IV^{-то} изд., изд. Principes, 416.
19. Младенова, Г. (1998). Стратегическо маркетингово планиране. УИ Стопанство, 203.
20. Сотирова, Д. (1995). Бизнес-етика, изд. ИНИ "Индустри Идея", 191.

Адрес за кореспонденция:

*Любка Асенова, гл.ас. д-р Александра Т. Димитрова, дм
Катедра „Превантивна медицина”,
Факултет по обществено здраве,
Медицински университет – София*

ДОСТЪПЪТ ДО СПЕЦИАЛИЗИРАНА И БОЛНИЧНА ПОМОЩ – АНАЛИЗ НА ПАЦИЕНТСКОТО МНЕНИЕ

Любка Асенова

ACCESS TO SPECIALIZED AND HOSPITAL ASSISTANCE – ANALYSIS OF PATIENT OPINION

Lyubka Assenova

Резюме: *Непрестанното реформиране протичащо в сферата на здравеопазването, неминуемо води след себе си редица промени обхващащи аспекти от медицинската помощ. Настоящата разработка обхваща проблематиката възникваща в отношенията лекар – пациент, по отношение осигуряването на достъп до специализирана медицинска помощ. Това подсказва нуждата от специализирани маркетингови проучвания по отношение мнението на употребяващите подобен род услуги с цел осъществяване на реална обратна връзка. Реализирането на изводите споделени в описания труд ни посочват необходимостта от стратегически стил на мислене и най-вече действие в здравеопазването.*

Ключови думи: *здравеопазване, здравна реформа, общопрактикуващ лекар, първична извънболнична медицинска помощ, пациентско мнение.*

Въведение

Здравеопазването както в световен, така и в регионален аспект е един от най-реформираните отрасли. Ако до миналото десетилетие реформите в здравеопазването са били прецедент, то към настоящия момент те не представляват сензация а ежедневиe. Въвеждането на нови концепции – целиящи усъвършенстване качеството на живот на населението в дадена държава, ги превръща в задължително условие за успешна здравна промяна. Всичко това определя търсенето на корективи за подобряване на здравеопазните системи. Подтикнати от изложеното до тук ние смятаме, че е не-

обходимо тези „корекции – промени”, да се базират на научно обосновани доводи. Това би било възможно при осъществяването на проучване, кореспондиращо с основите на маркетинговите похвати, за изучаване на социалното мнение.

В последните години, именно пациентското мнение налага твърдението, че общопрактикуващите лекари са превърнали своите медицински практики на търговски дружества, целящи единствено финансови облаги. За да бъде опровергано това твърдение, бяха проведени анкетни проучвания с пациенти ползващи услугите на ОПЛ в различни райони на столицата.

От идеалистична гледна точка, съвременната система на здравно осигуряване в България, допуска социална здравна защита на всеки гражданин чрез спазване принципите за солидарност, справедливост, равнопоставеност и достъпност при ползване на медицинска помощ, както и на задължително участие и отговорност при опазване на собственото здраве. Не е известна здравна система, която да не цели осигуряване на всеобщ и гарантиран достъп до първична и специализирана помощ. За съжаление съществуват и случаи на ограничаване достъпа на граждани (пациенти) до болнично лечение. Контра позициите на двата фактора поставят общата и специализираната извънболнична практика най-близо до потребителите и ограничават на практика свръхизползването на скъпите болнични услуги. Практическият буфер на описаното потребление се явява добре познатото на всички направление за специалист, издавано от общопрактикуващия лекар.

Регулации и начини за достъп до специализирана болнична помощ. Общопрактикуващият лекар издава документ за посещение на специалист. Националната здравноосигурителна каса, заплаща на изпълнителя на специализирана медицинска помощ (СМП)/ако изпълнителят на първичната или СИМП има сключен договор с НЗОК/. Става ясно, че основният финансов регулиращ механизъм у нас се базира именно на горе упоменатия регулационен достъп – основен сегмент на затворената система на здравеопазване. Така те регулират сумите съставляващи заплащането на разходите осъществени от изпълнителите на медицински услуги. От друга страна се окрупнява политиката на разпределение на разходваните средства между осигурените лица, която се състои в по-голямото участие на гражданите (пациентите) в плащанията и потребителските такси в момент на усвояването им. Законово у нас, достъпът до специализирана помощ документално е уреден чрез Закона за здравето, Закона за здравното осигуряване и Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ. На база демократичните закони, достъпът до такава помощ се основават на принципите на свободния избор. Тоест пациента може да избира такава помощ в цялата страна. От друга гледна точка, този достъп е регламентиран в частта си за СИМП, чрез направления – за консултация или изследвания. На практика Националната здравноосигурителна каса, разполага с

утвърден и фиксиран от закона бюджет, което респективно води до ограничаване на финансите за заплати при положение, че лекарите отчитат надпрагови прегледи. За съжаление при изчерпване броя на направленията, всяко едно лице може да бъде лишено от възможността за достъп до специалист, въпреки положителния здравноосигурителен статус. Свободният достъп до медицинска помощ е регламентиран от Закона за здравното осигуряване. Проблем към настоящият момент все още представляват някои пречки от географско и административно естество.

Проблемът, който най-често се споменава от ползвателите на услугите предлагани от общопрактикуващите лекари е недостигът от направлението за специализирана медицинска помощ. Обективният поглед на описаната ситуация ни показва, че исканията за издаване от ОПЛ на подобен род документ са прекалено чести и почти винаги не основателни. Много често пациентите „лишават“ личните си лекари от възможността да преценят адекватно, имали необходимост от такъв допълнителен преглед.

Взимайки под внимание множеството проучвания проведени в тази насока, обхващащи пациенти посещаващи общопрактикуващи лекари от цялата страна, можем до известна степен да изясним разглежданите по-горе проблеми. Релевантността на получените резултати се уповава на непреднамерения начин за подбиране на анкетираните лица. Както всички резултати (на подобни проведени до момента анкетни проучвания), така и тук, получените данни са обработени статистически, съответно и начина на интерпретация е съобразен със събрания теоретичен материал, пригоден към съответната програма (статистически пакет). В по-голямата си степен, изследванията показват, че най-често ползвателите на услугите предлагани от ОПЛ са във възрастния диапазон 19 – 66 г. Това са около 83~85 % от трудоспособното население. Респондентите включени в тази бройка са както семейни, така и работещи лица. Разпределението по местоживееене показва приблизително равни резултати (на лица живеещи в столицата, и заобикалящите я градове), като можем да отбележим смело, че е висок броя на анкетираните лица живеещи по постоянен адрес в малките населени райони. Разглеждайки по прагматично гореописаната проблематика, ние целим да представим обективно мнението на ползвателите относно затрудненията свързани с издаването на направления за специалист. Най-добрият начин за онагледяване на настоящите трудности свързани с конкретния документ е когато попитаме директно заинтересованите лица (пациентите) за начина на тяхното решаване. В конкретния случай, въпросът е колко (според тях) направления за специалист може да издаде един общопрактикуващ лекар в рамките на тридесет дни. Повечето от запитаните лица (не зависимо дали живеят в столицата, заобикалящи я градове или села) отговарят, че за един месец личният им лекар е издал (конкретно на/за тях) едно направление. Като процентно изражение не са малко и пациентите които споделят, че получават и по две направления в рамките на

един месец. Интерес предизвикват и бройката получени направления от анкетирани лица, които посочват, че са получавали и повече от три направления за тридесет дневния период, въпреки лимита на цитирания документ. Успокоителното в този случай, е че тази бройка в процентно съотношение не е голяма и е сведена само в рамките на столицата.

Друг основополагащ въпрос в контекста на изследваната проблематика е „Винаги ли когато поискате направление за специалист, то Ви е издавано от Вашия личен лекар”.

Принципно в голяма част от случаите (или около 60%) респондентите отговарят, че получават искания документ. Обезпокоителното в това проучване и конкретно в отговорите на настоящия въпрос е желанието на пациентите (които сами са потърсили услугите на ОПЛ), съответно сами да преценят дали е необходимо издаването на направление за преглед от специалист. По този начин те лишават смисъла от съществуването на общопрактикуващи лекари. Комбинирайки същият въпрос с мястото на пребиваване (по адресна регистрация – столица, град, село), получените резултати също показват някои интересни данни. Без никаква изненада на първо място са издадени (при поискване) направления в София, следвани от околните градове и села. Интересното в случая, е че не малко пациенти получават направления за избрани от тях специалисти (като бройката статистически отново е най-голяма в столицата).

По отношение времето необходимо за преглед от специалист след издадено направление, най-ясна представа можем да придобием от въпросите зададени от авторският колектив, специалисти в областта на цитираната проблематика – проф. Тихомира Златанова и Ралица Златанова-Великова. Като въпросът е съответно – „Колко време чакате пред кабинета на специалист”?’ А възможните отговори са:

1. В рамките на един ден;
2. Чакам цял ден;
3. Чакам два дни;
4. Чакам повече от два дни.

Най-голям е броят на лицата, отговорили, че са приети за преглед от специалист още в рамките на същия ден. На второ място следват отговори – чакам цял ден. Почти близък като проценти е отговорът, че е чакано за преглед около два дни от издаване на направлението. На последно място са лицата посочили, че чакат повече от два дни.

Взимайки в предвид множеството подобни проучвания, можем да обобщим, че показанията на пациентите посочват множество отговори, които обрисуват основни характеристики касаещи досега и мениджмънта на извънболничната медицинска помощ в България. Това ни спомага да визуализираме три основни насоки за оптимизиране. На първо място - желанието на пациента сам да определя специалиста при който трябва да бъде насочен. Проучванията показват, че в голямата си степен пациентите са

удовлетворени по отношение на това. Желанието им е изпълнено от общопрактикуващите лекари.

На второ място стои достъпът до специалист. Взимайки резултатите от проучванията осъществявани у нас, можем да заключим, че той е на доста високо ниво (осигуряването на направление за СИМП) в сравнение с други държави членки на Европейския съюз.

На последно място, но не и по значение е времето за достъп. Видно от посочените отговори, става ясно, че една доста голяма част (60%) от лицата чакащи за преглед пред кабинетите за специализирана извънболнична медицинска помощ, са приети още в първия ден на издаване на направлението от ОПЛ. Благодарение на тези насоки, обобщаващи резултатите можем да изведем няколко заключения.

Можем да говорим за доста свободен прием до различните равнища на извънболнична помощ в цялата страна. Но за да бъдем обективни и коректни в нашите оценки, трябва да споменем, че този факт (лесната достъпност в сравнение с други европейски държави) може би се дължи на факта, че липсват конкретни анализи и проучвания на здравните потребности за специализираната извънболнична медицинска помощ в България. Налични са неясни разчети за необходимия брой направления за СИМП, осигурявани от Националната здравноосигурителна каса и отсъствието на мотивация при личните лекари за набавяне на средства, заплащани за реално извършени дейности.

Въпреки привидно реалния достъп до първична и специализирана извънболнична помощ съществуват проблеми, които сегашната здравна система не може да коригира. Основен проблем е обществената неяснота по-отношение движението на финансови средства предвидени за здравно осигуряване, респективно тяхното целево разходване. Огледално стои проблема свързан с липсата на възможност, здравноосигурените лица и пациентите да контролират (поне под някаква форма) изразходваните средства за здравни осигуровки.

Заключенията винаги може да са обширни и критични, но реформирането на системата и в частност здравеопазването се нуждае от обективни препоръки. В този ред на мисли можем да обобщим – участието на пациентите в управлението и контрола на средствата за извънболнична медицинска помощ е задължителни. Това може да стане реалност ако се въведе система за доплащане на видове дейности. Възможностите за обмен на опит от други Европейски държави също не са за подценяване. Такава чуждестранна иновация (за нас) е индивидуалният виртуален бюджет.

Съществуват и много други – допълнително осигуряване, амбулаторно свързани групи, франчайзинг и други. За съжаление, не съществува напълно сигурна система за управление на ресурсите и овладяване на разходите. Може би най-подходящ би бил мултидисциплинен поход, комбиниращ изброените компоненти. Внедряването на подобен модел, неминую-

мо ще доведе до повишаване качеството на взаимовръзката между доболничната и болничната медицинска помощ, улеснявайки пътя на потребителите (пациентите) в сложната система изграждаща здравната помощ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов, В., К. Кирилов (1995). Маркетинг в здравеопазването. Въведение в здравния мениджмънт, изд. Лукс, 93-101.
2. Борисов, Б., Ц. Воденичаров (2000). Реалности на здравната реформа, изд. Филвест, 35.
3. Борисов, В., Цекомир Воденичаров, Кирилов, К., Чамов, К. (1998). Ново Обществено Здравеопазване, ", изд. Акваграфикс, 287-295.
4. Борисов, В., Зл. Глутникова, Ц. Воденичаров (1988). Ново обществено здравеопазване, изд. Акваграфикс, 237-296.
5. Гладилов, Ст., А. Янакиева, А. Воденичарова (2015). Маркетинг в здравеопазването, изд. Принцепс Маринови, С., 147-161.
6. Глутникова, Зл. (1998). Първична здравна помощ. Ново обществено здравеопазване, изд. Акваграфикс, С., 410-429.
7. Златанова, Т., А. Чешмеджиева, Я. Проданова, С. Бачев, Р. Златанова (2003). Единство във вижданията на пациенти и лекари за здравната реформа в България. Първа международна юбилейна конференция „Здравеопазването - предизвикателствата на промяната“, Доклади, Варна, 16-18 октомври 2003, 71-75.
8. Златанова, Т., Р. Златанова-Великова (2008). Първичната извънболнична медицинска помощ – проблеми и перспективи, изд. Дидакта консулт, С.
9. Закон за здравето.
10. Закон за съсловните организации на лекари и стоматолози.
11. Златанова, Т., Ц. Петрова-Готова, В. Гончев, Р. Златанова-Великова (2013). Удовлетвореност на пациентите в здравеопазването. 32 НТС на ИНГА „Контакт 2013“, изд. Темто, С., 241.
12. Кирилов, К. (2000). Маркетинг в здравеопазването. Изкуството да печелим пациенти. Мед. изд. Арсо, 160.
13. Младенова, Г. (1998). Стратегическо маркетингово планиране. УИ Стопанство, 203.
14. Радев, Е., Р. Янева (2014). Бенчмаркетингът – метод за стратегическо планиране и стратегически мениджмънт. 34 НТС на ИНГА „Контакт 2014“, 30 октомври 2014 г., София, 332-336, ISSN 1313 - 9134.
15. Радев, Е., Н. Градинарова (2017). Роля на здравната политика при формирането и развитието на здравните мениджъри. XL НТС на ИНГА „Контакт 2017“, (сборник статии), 27 октомври 2017 г., изд. Темто, С., ISSN 1313-9134.

16. Радев, Е., Р. Горанова-Спасова, Ж. Георгиева, М. Лазарова. Предизвикателства пред Европейският съюз – премахване на различията в здравеопазването. Юбилейна научна конференция за преподаватели, студенти и специалисти по здравни грижи с международно участие. „10 години Специалност медицински лаборант в Медицински колеж Стара Загора”, 20 -21 октомври 2016 г., Ст. Загора, ИК Кота, 187-190; ISBN: 978-954-305-441-1.

Адрес за кореспонденция:

Любка Асенова

Докторант към Катедра „Превантивна медицина”,

Факултет по обществено здраве, МУ – София

ЩАСТИЕТО КАТО ПРЕВАНТИВНА МЕДИЦИНА

Цветомир Николов, Емилия Грекова

HAPPINESS AS A PREVENTIVE MEDICINE

Tsvetomir Nikolov, Emilia Grekova

*“Щастието не е нещо, което се получава наготово.
То идва от собствените ни действия.”
Негово светейшество Далай Лама*

Щастливите хора са по-здрави! А чували ли сте, че щастието може да удължи живота Ви от седем и половина до десет години?

В съвременната медицина емоционалното и психическо здраве често остават на заден план, като приоритет се дава на грижата за тялото в чисто химически и биохимичен смисъл.

Много проучвания сочат, че щастието и здравето са неразривно свързани.

“От болинството от нас се изисква постоянно лицемерие, което се превръща в система. Здравето не може да остане незасегнато, ако ден след ден казваш обратното на това, което чувстваш, и се радваш на нещата, които те правят нещастен. Нервната ни система не е просто фраза, тя е част от физическото ни тяло. Душата ни съществува в пространството и се намира вътре в нас. Тя не може до безкрай да бъде насилвана безнаказано.”

Борис Пастернак, “Доктор Живаго”

Това дали един човек ще се разболее, или ще остане здрав, дали ще успее да се самоизлекува, или ще продължи да боледува, може би зависи много по-голяма степен от онова, което се случва в цялостния му живот, отколкото от всички “здравословни” навици, които има.

Теорията, че изборът на начин на живот, може да доведе до физиологични промени в организма се разшири. В понятието начин на живот се включиха и хората с които общуваме в личния и професионалния си жи-

вот, творческата свобода с която разполагаме, духовната ни обвързаност, отношението ни към парите и в края на краищата това дали сме щастливи.

Наблюденията ни, как емоционално стресиращите фактори като самотата, неудовлетвореността от работата, гневът, тревогите за пари и страхът могат да разболеят организма.

Здравословните отношения предизвикват реакция на релаксация в тялото. Нездравословните водят до реакции на стрес. Когато тялото ни се намира в състояние на стрес, функцията му на самовъзстановяване престава да действа. Когато тялото ни е изправено пред физическа заплаха, тези промени ни помагат да се бием или да избягаме от опасността. В резултат на това тялото ни не може да релаксира. Органите се увреждат. Резултатите от хроничното износване на организма оказват своето и се разболяваме. Умът може да излекува тялото. Това е чиста физиология!

Да се укрепва здравето на тялото, без да се обръща внимание на състоянието на ума е безсмислено. Докато не осъзнаем, че тялото ни е огледало на вътрешното ни духовно, професионално, творческо, финансово, екологично, психично и емоционално здраве, не можем да се излекуваме истински!

ЛИТЕРАТУРА

1. Ранкин, Л. (2019). Победа на ума над медицината, изд. Гнездото, С.

ЛЕКАРЯТ КАТО ВЪЗПИТАТЕЛ

Цветомир Николов, Емилия Грекова

THE DOCTOR AS AN EDUCATOR

Tsvetomir Nikolov, Emilia Grekova

“Устата на мъдрия пръска разум.”

Истинският лекар е и възпитател. Той признава своята отговорност не само към болните, които са под непосредствената му грижа, но и към обществото, в което живее. Длъжен е да бъде пазител и на физическото, и на моралното здраве; не само да дава правилно наставление на болните, но и да внушава добри правила за природосъобразен начин на живот, да запознава хората със здравните принципи.

Възпитаване в духа на здравословните принципи.

Никога познанията върху здравните принципи не са били така необходими както сега. В някои области е отбелязан голям напредък, особено по отношение на удобствата и облекчаването на живота, а също и при профилактиката и лекуването на много заболявания. И въпреки това намаляването на физическата сила и издръжливостта са просто застрашителни. Това е грижа на всички, които милеят за благо на ближните си.

Несъобразеният с природните закони живот на нашата цивилизация предразполага към обезсмисляне на здравословните принципи. Съвременните обичаи и мода влизат в противоречие с природата. Налагат се навици и се предлагат удоволствия, които непрекъснато намаляват физическата и духовната сила и натоварват хората с непоносимо бреме. Навсякъде се шират невъздържаност и престъпност, болести и мизерия.

Някои престъпват здравните закони от незнание и затова се нуждаят от поучение. Мнозинството обаче ги знаят много добре, но не постъпват според тях. На такива трябва да се подчертае необходимостта те да станат правило в живота им, да се прилагат на практика. Лекарят има много възможности да ги разяснява и да им изтъква колко е важно практическото им приложение. С професионалния си опит и знания той може сериозно да предпази пациентите си от много неизброими вреди. Употребата на лекарства е причина за много заболявания, често по-сериозни от първоначално-

то. Главната им грижа е да се избавят от болката и неразположението. Прибягват към употребата на какви ли нелечебни средства и “специалитети”, за чието същинско действие малко знаят; или пък се обръщат към лекар за лекарство, което да противодейства на последицата на вече допуснатата от тях грешка, без да мислят да променят увредилият им здравето навик. Неусетят ли веднага подобрене, опитват следващото лекарство; и така злото нараства.

Хората трябва да знаят, че лекарството не лекува болестта. Вярно е, че понякога води до временно облекчение и пациентът смята, че е оздравял вследствие употребата му. Това обаче се получава, защото организма притежава достатъчно жизнена сила, за да изхвърли отровата и да коригира обстоятелствата, причинили развитието на болестта. Здравето би се възстановило и без лекарството - в повечето случаи то въздейства само временно, но не лекува и последиците по-късно са тежки.

С употребата на отрови (лекарства) много хора си навличат доживотни страдания, а понякога и преждевременен фатален край, който би могъл да бъде избегнат, ако се употребяваха природни лечебни средства. Здравето се укрепва само когато човек усвоява и практикува необходимите здравословни принципи. Лекарите трябва да учат хората, възстановяващите сили не са в лекарствата, но в природата. Чрез болестта природата се опитва да освободи организма от резултатите от нарушаването на природните закони.

Обръщаме твърде малко внимание на опазване на здравето. А много по-мъдро е да знаем как да се предпазим от болестите, отколкото да ги лекуваме, когато вече са налице. Дълг на всеки човек е, за свое добро и за благото на човечеството, да изучава законите на живота и съвестно да ги изпълнява. Трябва да се познава влиянието на духа върху тялото, както и законите, които го регулират.

“Не знаете ли, че на игрището всички тичат, а само един получава наградата?” (1 Кор. 9:24). “Така тичайте, че да получите наградата.”

ЛИТЕРАТУРА

1. Вайг. Е. (1998). По стъпките на Великия лекар, изд. Нов живот, С.

МЕДИЦИНСКИЯТ СОФТУЕР В ПОМОЩ НА КОНТРОЛА В ПЪРВИЧНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Мирослава Джугларска

MEDICAL SOFTWARE HELPS THE PRIMARY HEALTH CARE CONTROL

Miroslava Dzhuglarska

Abstract: *The medical software in the primary health care automated the processes of documentation and reporting of the delivered medical services. Also, it helps the management and the control in the medical practices.*

In the present article we have analyzed the functionalities of the GP medical software offered on the market, as well as their development.

Keywords: *medical software, primary health care, control*

Въведение

Реформата на здравната система в Република България доведе до промяна в организацията и модела на финансиране на системата, появата на нов тип лекари - общопрактикуващите лекари (ОПЛ) и създаването на нова автономна институция, като посредник между лекаря и пациента, като купувач на медицински дейности (макар и нереален) - Националната здравноосигурителна каса.

ОПЛ, наричан още GP (General Practitioner), семеен или личен лекар, сменя някогашния участъков лекар. Същият стана основна фигура в първичната извънболнична медицинска помощ (ПИМП).

ПИМП е първият контакт на здравноосигурените лица (ЗОЛ) със здравната система. Тя е вход за пациента, който търси медицинска помощ (консултация).

ОПЛ предлага услугите си в амбулаторни условия или в дома на пациента, когато това се налага от състоянието му. [3] Законът за лечебните заведения от 1999 г., регламентира правото на ОПЛ да открива индивиду-

ална или групова практика за първична медицинска помощ. У нас преобладават амбулаториите с индивидуална практика за първична медицинска помощ, които могат да се учредят от физически лица - лекари, еднолични търговци или еднолични търговски дружества. Груповите практики се осъществяват от търговски дружества или кооперации, учредени от лекари с призната специалност по обща медицина и регистрирани по нормативно установения ред.

Упражняването на лекарската професия е неотлъчно свързано с прилагане на принципа на договаряне на дейностите, обект на отчитане и тяхното заплащане от НЗОК. От 01.07.2000 г. оказването на ПИМП се урежда чрез индивидуални договори, сключени между НЗОК и изпълнителя на ПИМП, в съответствие с подписания Национален рамков договор за медицинските дейности за съответната година.

В сравнение с работата на някогашния участъков лекар, ОПЛ е поставен в съвсем нова ситуация. Последният е не само изпълнител на договорената услуга – оказване на ПИМП, а и собственик на лекарската си практика, с произтичащите от това управленски функции.

Управлението на практиката за първична медицинска помощ е сложен и динамичен процес. Собственикът на индивидуалната практика или управителят на груповата практика извършва освен медицински дейности и редица немедицински дейности, като: организация на работата, съобразно потребностите на пациента; осигуряване и оптимално използване на разполагаемите ресурси (човешки, материални, финансови, информационни); документиране и отчитане на извършената дейност в съответствие с нормативните изисквания. Контролът заема важно място при управлението на лекарската практика.

Първите години след здравната реформа са съпътствани с попълване на голям обем хартиени документи при прегледи (консултации).

Във времето се направиха постепенно стъпки към автоматизиране на процеса по документиране и отчитане на извършената дейност от ОПЛ пред НЗОК. Очертаните стъпки се реализираха, от една страна чрез разработване и внедряване на медицински софтуери за ОПЛ (програми), а от друга чрез внедряване на интегрираната информационна система на НЗОК.

Целта на настоящото проучване е да се анализират функционалните възможности на медицинските софтуери в ПИМП, в помощ на контрола, упражняван от ОПЛ.

За реализиране на посочената цел са поставени следните **основни задачи**:

1. Да се направи ретроспективен анализ на процеса по въвеждане и развитие на медицинските софтуери в ПИМП;
2. Да се анализират и обобщат основните функционалности и предимства на предлаганите на пазара медицински софтуери за ОПЛ;

3. Да се представят основните предимства на най-новата функционалност, предлагана от медицинския софтуер Хипократ GP.

Материали и методи

С цел проследяване на процеса по въвеждане и развитие на медицинските софтуери за ОПЛ са анализирани относимите към процеса нормативни актове. Обект на анализ са и основните функционалности и предимства, оповестени на интернет страниците на фирмите-разработчици на медицински софтуери за ОПЛ.

Използвани са документален метод и сравнителен анализ.

Резултати и обсъждане

Промените, след старта на здравната реформа, свързани с нарастване на обема от документи в ПИМП, доведоха до: 1) непълно и неточно попълване на първични отчетни документи; 2) неоформени медицински досиета на пациенти и трудно събиране на данни за тях; 3) повторно въвеждане на информация за отчитането на извършена дейност, създаване на предпоставки за допускане на технически грешки и непризнаване на оказана ПИМП; 4) заемане на голяма площ от кабинета на лекаря с хартиени документи и срещане на трудности при тяхното съхраняване и други. [1] Големият документооборот доведе и до друга, не на последно място по важност, негативна последица, както за ОПЛ, така и за пациента – нарастване на административната тежест на ОПЛ и намаляване на времето за пряка работа с пациента.

С цел подобряване на работата на ОПЛ, в корелация с развитието на информационните технологии, здравната реформа предвиди осигуряване на лекарските кабинети с компютри, както и свързването им към Интернет и в локални, регионални и национални здравни мрежи [4]. В изпълнение на последната част от задачата, през 2001 г. НЗОК публикувана интернет страницата си описание на интерфейса на информационната си система [1]. По този начин бяха привлечени фирми-доставчици, специализирани в областта на проектирането, разработването и внедряването на медицински софтуери. В резултат на това на пазара се появиха и първите медицински софтуери за ОПЛ. Сред тях са лицензираните от НЗОК, EMS-GPSoft на „Данина Г“ ООД, гр. Пловдив (2000 г.), Хипократ GP на „Контракс“ АД, гр. София (2001 г.). [12, 13]

През 2002 г. работещите с компютри лекари, практикуващи в амбулатория за първична медицинска помощ, са едва 5 на сто [9]. Широкото навлизане на компютри в работата на ОПЛ се наблюдава с поставеното през 2003 г. изискване на НЗОК, за осигуряване на компютри и принтери в кабинетите на ОПЛ. От изпълнението на това условие зависеше сключването на договори с лечебните заведения за ПИМП през 2003 г. [5]. Близко 4 000 ОПЛ бяха обезпечени с компютри и принтери, доставени по линията

на стартирания през 2001 г. проект „Реформа в здравната сектор“, финансиран съвместно от Световната банка и от българското правителство. [2] В резултат на това, нарасна и търсенето на медицинските софтуери за ОПЛ. По данни на eEurope Health Survey, през месец юни 2003 г. броя на ОПЛ в България, които ползват компютри, възлиза на 84 на сто спрямо общия им брой. [7]

Развитието на използваните медицински софтуери в ПИМП е белязано с извършените през годините промени в нормативната база, регламентираща документирането и отчитането на извършената дейност.

През 2003 г. е въведена възможност за отчитане на дейността на електронен носител в утвърден от НЗОК формат. От тази привилегия се възползваха около 15 на сто от ОПЛ. [2, 5]

Отчитането на електронен носител стана задължително от 01.03.2008 г., както и използването на електронен подпис за работа и отчитане на изпълнителите на ПИМП. [1, 2]

От 01.08.2015 г. е реализирана възможността за дистанционно отчитане на отчетите, фактурите и спецификациите през персонализираната информационна система на НЗОК (ПИС), с помощта на личен или професионален електронен подпис на съответния изпълнител на ПИМП. Чрез ПИС ОПЛ получават вече и обратна информация за обработените електронни отчети [14].

От 01.01.2018 г. е въведено ново изискване за отчитане на намалената потребителска такса от 1 лв., заплатена от лицата, които са упражнили правото на пенсия за осигурителен стаж и възраст (пенсионерите) и получаване на остатъка от 1,90 лв. от държавния бюджет чрез НЗОК [5].

От 01.04.2018 г. отпада възможността за представяне на финансово-отчетните документи на хартиен носител (фактури, дебитни или кредитни известия към тях). Същите се подават вече само в електронен вид в утвърден от НЗОК формат през персонализираната информационна система на НЗОК или чрез WEB услуга [5].

Влияние върху развитието на медицинските софтуери за ОПЛ оказват и самите потребители с изискванията си за по-добра работа пред фирмите-разработчици на софтуери.

Към настоящия момент на пазара се предлагат редица медицински софтуери за ОПЛ. Такива са споменатите вече EMS-GPSoft, Хипократ GP, както и НИСЕТ-ОПЛ, BetaGP, Global Medics, Medical, Е-Медика, GP Tool, Nurse и т.н. По данни на НЗОК, през 2017 г. са сключени 3 724 договори с изпълнители на ПИМП (3 495 индивидуални практики и 228 групови практики) или с 24 на сто по-малко спрямо 2001 г., когато броят им възлиза на 4 343 (4 180 индивидуални практики и 163 групови практики). [1]

Основните предимства на анализиранияте медицински софтуери произтичат от техните функционалности, които са [11, 12, 13, 15]:

- автоматизация на процеса по документиране на извършените прегледи (консултации);

Основните предимства са във възможността за: 1) бързо и лесно издаване на първични медицински документи и други документи (амбулаторен лист, медицинско направление, направление за медико-диагностична дейност, здравно-профилактична карта, медицински бележки); 2) многократно използване на въведени вече данни за пациент; 3) автоматична проверка на здравноосигурителния статус на пациент в НАП или на пенсионния статус в НОИ; 4) въвеждане на данни от предварително въведени номенклатури, с които работи ОПЛ (МКБ 10, Лекарствен списък на НЗОК, изследвания, манипулации, диагнози по регистри); 5) автоматично изпращане в НОИ на издадените болнични листове.

Действащ контролен механизъм е уведомяване на ОПЛ със съобщение при неспазване на нормативните изисквания за изписване на медикаменти. Наличие на текст „Отпечатани“ отхвърля съмненията относно издаване на първичен документ (амбулаторен лист, медицинско направление, направление за медико-диагностична дейност и др.).

- автоматизация на процеса по отчитане на извършената през месеца дейност;

Основните предимства на тази функционалност се свеждат до: 1) автоматично генериране и подаване на месечни електронни отчети (отчет за извършена дейност на ЗОЛ, месечен отчет за включени в регистъра на изпълнителя на ПИМП ЗОЛ, месечен отчет на „Карта за оценка на рисковите фактори за развитие на заболяване“, месечен финансов отчет за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 6 от ЗЗО осигуряване от държавния бюджет чрез НЗОК); 2) автоматично подаване на сканирани регистрационни форми за избор на ОПЛ; 3) автоматично получаване на нотификация от Информационната система на НЗОК при допуснати грешки; 4) автоматично получаване на месечно известие с одобрената или отхвърлена за заплащане дейност и основанията за отхвърлянето ѝ; 5) автоматично получаване на „Известие след контрол“ при подадено и разгледано от НЗОК възражение относно отхвърлена за заплащане дейност; 6) автоматично подаване на финансово-отчетни документи за заплащане на одобрена дейност (фактури с дебитни или кредитни известия към тях);

- автоматизация на процеса по управление и контрол на лекарската практика;

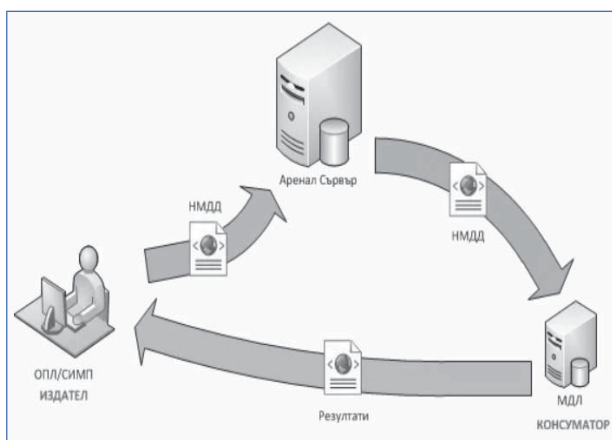
Процесът има следните основни предимства: 1) възможност за водене на електронно досие за всеки пациент, което обобщава информация за всички извършени прегледи, изписани лекарствени средства, направени изследвания, издадени направления за консултация със специалист, болнични листове и т.н.; 2) водене на електронно диспансерно досие и на регистри по програми „Детско здравеопазване“ и „Майчино здравеопазване“; 3) получаване на известия за автоматично обновяване при наличие на ак-

туализации на медицинския софтуер; 4) водене на график за организиране и планиране на работното време на кабинета.

В помощ на контрола, упражняван от ОПЛ, са напомнянията от софтуера за неизвършени профилактични или диспансерни прегледи, задължителни имунизации, както и възможността за следене на изразходените регулативни стандарти с предупреждение при превишаване.

От началото на 2018 г. Хипократ GP добави нова функционалност, която връща обратна информация за ОПЛ при назначени лабораторни изследвания на пациент (фиг. 1). [8, 13] Посредством стартирания през 2016 г. национален сървър за обмен на направления Аренал, издадените от ОПЛ направления за медико-диагностични дейности (НМДД) се качват автоматично чрез Интернет в облачен сървър, наречен Аренал. При явяване на пациента в медико-диагностичната лаборатория (МДЛ), участник в системата Аренал, софтуерът на МДЛ изчита автоматично данните от направлението и оставя за това информация в сървъра. Чрез използването на електронни направления се избягва повторното въвеждане на данни от НМДД. Валидираните от лабораторния лекар резултати стават достъпни за прочитане през Интернет от Хипократ GP.

Фиг. 1. Взаимовръзка при издаване на НМДД между ОПЛ-Аренал-МДЛ



Източник: [8]

Предимството на тази нова функционалност е, че наличните резултати могат да се изтеглят от ОПЛ и да се запишат автоматично в електронното досие на пациента. Програмата позволява графично визуализиране на резултатите от лабораторни изследвания в хронологичен ред за проследяване на ефекта от проведената терапия на пациента (фиг. 2).

Фиг. 2. Графична визуализация на лабораторните резултати във времеви интервал



Източник:[13]

Изводи

1. При съвременните условия за полагане на труд, полезността на медицинските софтуери за ОПЛ е доказана безспорно. Чрез тях се улеснява документирането и отчитането на извършената дейност, оптимизира се организацията на работа, спестява се време, намалява се количеството на документооборота на хартиен носител, упражнява се ефективен контрол от ОПЛ.

2. Съществуващата реална конкуренция на пазара на медицински софтуери за ОПЛ, стимулира тяхното развитие за въвеждане на нови функционалности с цел привличане на нови потребители.

3. Свързването на медицинските софтуери на ОПЛ с ПИС на НЗОК е по-бързото и по-удобно уреждане на договорните и финансови отношения между двете страни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Годишни отчети за дейността на НЗОК за 2001 г., 2008 г., 2017 г.;
2. Електронно издание „10 години НЗОК“ (www.nhif.bg);
3. Закон за лечебните заведения (обн., ДВ, бр. 62 от 09.07.1999 г., посл. изм. и доп., ДВ, бр. 42 от 28.05.2019 г.);
4. Национална здравна стратегия 2008-2013 г. и План за действие (обн., ДВ, бр. 107 от 16.12.2008 г.);

5. НРД за медицинските дейности за 2003 г. (обн. ДВ, бр. 29/31.03.2003 г., отм., ДВ, бр. 1 / 04.01.2005 г.); НРД за медицинските дейности за 2018 г. (обн., ДВ, бр. 28 от 29.03.2018 г., посл. изм. и доп., ДВ, бр. 15 от 19.02.2019 г.);
6. ПМС № 193 от 28.08.2012 г. за определяне размера на сумите, заплащани от ЗОЛ за посещение при лекар, лекар по дентална медицина и за болнично лечение и реда за заплащане на сумите по чл. 37, ал. 6 от Закона за здравното осигуряване (обн., ДВ, бр. 68 от 04.09.2012 г., посл. изм. и доп., ДВ, бр. 2 от 07.01.2014 г.)
7. Стратегия за внедряване на електронно здравеопазване в България, приета с Протокол № 53.1 от 28.12.2006 г. на Министерския съвет;
8. <https://ilab.skyware-group.com/wp/?p=755>
9. <https://news.bg/archive/puskat-evtini-kompyutri-za-lekari.html>
10. <http://old.segabg.com/article.php?id=102416>
11. www.bgbit.com
12. www.danina-g.com
13. www.kontrax.bg
14. www.nhif.bg
15. www.nisetbg.com

Адрес за кореспонденция:

*ас. Мирослава Джугларска / Assist. Prof. Miroslava Dzhuglarska
Катедра по икономика на здравеопазването / Department of Health Economics
ФОЗ, МУ - София / Faculty of Public Health, MU –Sofia
e-mail: m.djuglarska@gmail.com*

АКЦЕНТИ НА ИЗВЪРШВАНИЯ КОНТРОЛ ОТ НЗОК В БОЛНИЦИТЕ

Мария Лазарова

PERFORMANCE CHARACTERISTICS CONTROL BY THE NHIF IN HOSPITALS

Maria Lazarova

***Summary:** Control has always been part of the quality of healthcare provided in hospital hospitals. The purpose of the control performed by the National Health Insurance Fund (NHIF) officials is to provide accessible medical assistance and to increase the quality and effectiveness of the contracted hospital medical care. **The aim** of the study is to highlight the accent of the control exercised by the NHIF in the hospital care institutions. To accomplish the goal, we have reviewed the available documentation for the period 2016-2017 and have set ourselves the following **tasks:** analysis of the causes of over-hospitalizations; an analysis of the results and the importance of thematic checks and the role of the oversight.*

***Key words:** emergency control, check-up, medical institution (MI)*

Въведение

Контролът винаги има както позитивно, така и негативно влияние. Той трябва да се управлява така, че да балансира позитивните и негативните ефекти. За целта е необходимо познаването на причините за позитивното влияние, заложи в дизайна на ефективната контролна система и за негативното влияние – породени комплексно от административни, технически и поведенчески процеси.

Целта на проучването е да се изведат акцентите на контрола, осъществяван в лечебните заведения за болнична помощ (ЛЗБП) от НЗОК. За осъществяване на целта си поставихме следните **задачи:** анализ на причините за свръххоспитализации; анализ на резултатите и значението на тема-

тичните проверки и роля на внезапния контрол. Използвани са документа-лен и графичен метод – за визуализация на резултатите.

Резултати

Обхватът на проверките през разглеждания период е контрол на сключените договори с изпълнители на болнична помощ, изпълнение на договорения пакет болнична помощ и внезапен контрол по време на оказване на болнична медицинска помощ.

През целия период се извършва внезапен контрол на изпълнение на договорената болнична помощ при пациенти по време на хоспитализация. Те са осъществени предимно като самостоятелни проверки.

Фиг. 1. Брой сключени договори за изпълнение на Клинични пътеки (КП) към 31.12.2017 г. спрямо същия период на 2016 г.



Източник: отчет на НЗОК

Най-голям брой Клинични пътеки през 2017 г. са договорени в СЗОК - 3705 бр. и РЗОК Пловдив – 2276 бр., това са и РЗОК с най-голям брой договорни партньори. През 2016 г. данните са идентични.

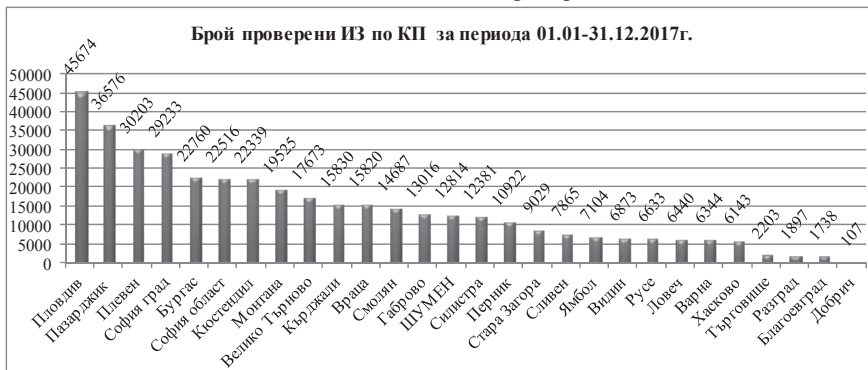
Най-много проверени ИЗ при извършените проверки по клинични пътеки има в РЗОК-Пловдив – 45 674 ИЗ, РЗОК-Пазарджик – 36 576 ИЗ, РЗОК-Плевен – 30 203 ИЗ.

С най-голям брой ИЗ с нарушения при извършените проверки са РЗОК-Пловдив – 939 бр., РЗОК-СЗОК – 798, РЗОК-Бургас - 606 бр., РЗОК-Плевен – 576 бр. и с най-малък брой в РЗОК – Добрич – 6.

Лечебните заведения за болнична помощ, в които се наблюдава **стремеж за свръххоспитализация**, целогодишно са поставени под постоянен мониторинг. Приоритетно са включени проверки на дейността на ЛЗБМП с най-висок ръст на хоспитализации спрямо предходни периоди, такива с най-голямо завишение на разходите по определени КП, лечебни

заведения с най-много договорени клинични пътеки и такива, които са зая-
вили за договаряне допълнителен брой КП/ КПр/ АПр (табл. 1).

**Фиг. 2. Проверени истории на заболяване (ИЗ) при извършените
самостоятелни и съвместни проверки по КП**



Източник: отчет на НЗОК

От данните в таблица 1 е видно, че броят на извършените проверки, броят на проверените лечебни заведения, предложените за санкция суми (максимален размер), предложените за възстановяване/незаплащане на суми е висок през целият период януари-декември 2017 г.

В проверените лечебни заведения за болнична помощ констатирани-те нарушения най-често се отнасят за:

- отчетена, но неизвършена дейност;
- ЛЗ не разполага с необходимите специалисти за изпълнение на КП;
- неспазване на индикациите за хоспитализация;
- неспазване на диагностично-лечебния алгоритъм;
- неспазване на критериите за дехоспитализация;
- неспазване на изискванията за завършена клинична пътека;
- неизпълнение на изискването за комплексно лечение на основно, придружаващи заболявания и усложнения;
- нарушение на условията и реда за оказване на медицинска помощ - не е осигурена непрекъснатост на болничната помощ и грижите, както и координация между специалистите, които ги осъществяват.
- извършена оперативна дейност и подписани медицински документи от лекари, които отсъстват поради ползване на отпуск;
- изискана потребителска такса в ЛЗ от ЗОЛ, попадащи в категорията на лицата освободени от заплащане по Приложение № 12;
- изискана потребителска такса в ЛЗ от ЗОЛ за повече от пролежаните леглодни;

- изискано плащане / доплащане от ЗОЛ за видове медицинска дейност, която е заплатена от НЗОК;

Таблица 1. Резултати от извършени проверки на ЛЗБП от дирекция „БМП“ за януари – декември 2017 г.

№ РЗОК	РЗОК	Брой заповеди	Брой проверки ЛЗБП	Предложения за санкция - минимална (лв.)	Предложения за санкция - максимална (лв.)	Предложения за възстановяване/незаплащане на суми (лв.)	Предложения за незаплащане на случаи от ВНЕЗАПЕН одит (лв.)
1	Благоевград	4	8	3 600,00	9 000,00	28 825,82	
2	Бургас	10	14	9 000,00	22 500,00	20 778,55	
3	Варна	9	10	9 600,00	24 000,00	44 297,27	
4	Велико Търново	5	10	8 400,00	21 000,00	39 284,00	
5	Видин	4	6	4 800,00	12 000,00	20 699,00	
6	Враца	6	8	18 600,00	46 500,00	58 918,60	
7	Габрово	4	5	2 400,00	6 000,00	3 722,00	
8	Добрич	1	2	2 000,00	5 000,00	11 670,00	
9	Кърджали	3	4	8 800,00	22 000,00	84 336,00	
10	Кюстендил	2	3	0,00	0,00	11 752,00	
11	Ловеч	4	7	11 600,00	30 000,00	29 320,00	
12	Монтана	2	4	6 400,00	16 000,00	35 323,67	
13	Пазарджик	9	12	13 400,00	33 500,00	76 515,41	
14	Перник	1	3	1 200,00	3 000,00	4 206,00	
15	Плевен	4	5	2 600,00	6 500,00	7 310,16	
16	Пловдив	19	32	27 000,00	67 000,00	190 153,66	
17	Разград	2	3	6 600,00	16 500,00	34 721,00	
18	Русе	3	4	5 200,00	13 000,00	14 553,29	
19	Силистра	3	4	6 400,00	16 000,00	11 117,00	
20	Сливен	3	5	11 200,00	28 000,00	10 302,00	
21	Смолян	3	5	2 800,00	7 000,00	7 857,00	
22	СЗОК	95	109	51 000,00	126 500,00	190 321,28	31 013,00
23	София област	7	8	3 600,00	9 000,00	96 181,00	
24	Стара Загора	8	11	7 200,00	18 000,00	30 732,00	
25	Търговище	4	5	8 600,00	22 500,00	10 280,00	
26	Хасково	6	6	3 400,00	8 500,00	23 672,00	
27	Шумен	4	6	2 800,00	7 000,00	23 412,00	
28	Ямбол	3	5	3 200,00	8 000,00	11 933,00	
ОБЩО НЗОК		228	304	241 400,00	604 000,00	1 132 193,71	31 013,00

Източник: НЗОК

- извършена дейност от лекар специалист, непосочен в списъка на лекарите специалисти оказващи медицинска помощ по съответната КП;

- извършена дейност от лекар специалист, непритежаващ съответна квалификация;

- некоректно поставена окончателна диагноза;

Акцентът на извършвания контрол в периода януари-декември 2017 година е **тематична проверка на територията на цялата страна на дейностите по онкология, хематология и лъчетерапия**, съгласно нормативната уредба и разработени алгоритми от дирекция БМП за мониториране на потреблението и разхода на онко/онкохематологични лекарствени продукти от лечебните заведения. Рискът от нарастването на разходите за лечение на онкологичните заболявания е идентифициран в предходните години. Констатираната през 2015 г. тенденция на нарастване на средствата за лечение на онкологични заболявания продължава през 2016 г. и 2017 г.

Проверките са насочени към: спазване на индикации за хоспитализация, на изискванията на алгоритмите на КП/КПр/АПр, на критериите за дехоспитализация, изготвяне и предоставяне на епикриза на пациента при дехоспитализация, спазване на изискванията при водене на медицинска документация

В процеса на извършване на проверките се търсят и анализират причините за завишаване разхода на средствата за лекарствени продукти. Изискани са становища от управителите на лечебните заведения, в които се посочват основни причини за завишаване средствата за лекарствени продукти в областта на онкология и хематология.

При извършен **внезапен контрол** по време на оказване на болнична медицинска помощ, в ЛЗ по онкология и хематология, е констатирано, че липсват пациенти. Тези случаи не подлежат на заплащане от страна на РЗОК, в случай че лечебното заведение ги отчете като дейност.

В проверяваните ЛЗ през разглеждания период се извършват **проверки на медицинската документация на пациенти, хоспитализирани повече от един път**, в един отчетен период, в едно и също лечебно заведение.

Най-често констатираните нарушения могат да бъдат систематизирани така:

- ЗОЛ се дехоспитализират с непроведени консултации и лечение на хронични придружаващи заболявания и непосредствено след това се хоспитализират по КП, по която се провежда това лечение;

- Осъществяват се няколко поредни хоспитализации на ЗОЛ с наличие на няколко хронични заболявания, например ХСН, захарен диабет, МБС, като се провежда лечение само на заболяването, което е основно за отчитаната КП;

- При лечение на ЗОЛ по терапевтична КП се установява заболяване, което инициира хирургично лечение. В този случай ЛЗБП неправомерно отчита двете КП;

- ЗОЛ се дехоспитализират „без медицински риск от приключване на болничното лечение“. В ИЗ няма отбелязани консултации с други медицински специалисти, а е предприето лечение по друга КП непосредствено след изписването.

За периода януари-декември 2017 г. служители на дирекция БМП при НЗОК са извършили самостоятелни проверки по 135 заповеди на управителя на НЗОК, което е 59,2% от общия брой заповеди за извършени проверки, при които са проверени 137 лечебни заведения за болнична медицинска помощ.

Във връзка с констатираните нарушения от извършените самостоятелни проверки са направени предложения за налагане на максимални санкции в размер 135 500,00 лв. Предложени са за възстановяване и незаплащане суми в размер на 401 367,46 лв., в т.ч. 31 013,00 лв. от внезапен контрол, което е 7,7% от общата сума предложена за възстановяване / незаплащане.

Анализирайки акцентите на контрола извършван от НЗОК могат да се направят следните **изводи и заключения**:

1. Осъществяването на контролната дейност се извършва на база аналитичност и целенасоченост;

2. Акцент на извършвания контрол са тематични проверки на територията на цялата страна на дейностите по онкология, хематология и лъчестерапия;

3. С направените промени в нормативните документи се постигна оптимизиране на организацията и повишаване на ефективността на контролната дейност.

4. Основната цел на функционално направление БМП е извършване на пълен и обстоен контрол и анализ на медицинската и финансова дейност на лечебните заведения, на база на изисканата и предоставена от тях информация.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воденичаров, Ц., В. Борисов (2017). Феноменът обществено здраве в променящия се свят, изд. Горекс Прес, С., 384.
2. Гочев, Г. (2016). Проблеми на специализирания контрол върху предоставянето на медицинска помощ, <http://gramada.org>
3. Златанова, Т., Цв. Петрова-Готова, Н. Попов, Д. Щерева-Тзуни, Р. Янева (2017). Икономика на здравеопазването, изд. Горекс Прес, С., 264.
4. Закон за здравето.
5. Лазарова, М., Т. Златанова, Р.Златанова-Великова (2016). Контролът в здравеопазването от гледна точка на нормативната уредба, 38-ма НТС на ИНГА „Контакт 2016“, изд. Темто, 101-105.

6. <https://www.mh.government.bg>
7. www.nsi.bg
8. <https://www.nhif.bg/>

Адрес за кореспонденция:

Мария Лазарова

Катедра по Икономика на здравеопазването

Факултет по обществено здраве, МУ – София

МЕНИДЖМЪНТ НА РАЗТОЧИТЕЛНИТЕ РАЗХОДИ В БОЛНИЦИТЕ

Тихомира Златанова, Ралица Златанова-Великова

MANAGEMENT OF WASTEFUL EXPENSES IN HOSPITALS

Tihomira Zlatanova, Ralitsa Zlatanova-Velikova

Abstract: *Five chronic diseases (diabetes, hypertension, heart failure, chronic obstructive pulmonary disease and asthma) with the highest percentage of hospitalizations in the EU are analyzed. Examples are shown that these hospitalizations can be reduced by improving care for patients in out-patient care in the Netherlands, Denmark, Portugal, the United Kingdom and France. It comes to the conclusion that in order to respond effectively to the needs of an aging population with chronic illness, further efforts are needed to strengthen access to primary care and to provide more permanent and coordinated care outside of hospitals.*

Keywords: *hospital costs, effectiveness, out-patient care*

Болниците представляват неразделна и съществена част от всяка функционираща здравна система. Ресурсите, използвани в болниците, могат да бъдат използвани по-ефективно. Например, подобрената грижа за общността за повлияващи се в амбулаторни условия състояния може да намали или избегне хоспитализацията. Справянето с прекомерното използване на болнични услуги може да намали ресурсите, използвани по време на необходимата хоспитализация, без да се застрашава качеството. Други възможности за по-ефективно използване на наличните болнични ресурси включват по-широко използване на дневна хирургия на мястото на болничната помощ. Това, заедно с други стратегии, насочени към намаляване на закъсненията при дехоспитализация, могат да помогнат да се гарантира, че пациентите напускат болницата възможно най-рано.

Потенциално допуснатите до болнични заведения за някои хронични заболявания консумират над 37 милиона легла всяка година.

Голям брой хоспитализации могат да бъдат предотвратени чрез по-

добра превенция и управление както на остри, така и на хронични състояния извън болницата. Сред повече от 30 състояния, за които хоспитализацията може да бъде намалена с по-добра първична медицинска помощ (наричана също чувствителна амбулаторна грижа) [7], пет се открояват като особено важни в европейските страни: 1) диабет, 2) хипертония, 3) сърдечна недостатъчност, 4) хронична обструктивна белодробна болест (COPD) и бронхиектазия и 5) астма.

В рамките на ЕС през 2015 г. са извършени над 4,6 милиона хоспитализации за тези пет състояния - възлизаци на 5,6% от всички, които биха могли да бъдат избегнати (Таблица 1). Средната продължителност на престоя (ALOS) за тези пет състояния е 8.1 дни, което надвишава общата средна продължителност на престоя.

Таблица 1. Хоспитализации за пет хронични заболявания, страни от ЕС, 2015

показатели	ДИАБЕТ	ХИПЕРТОНИЯ	СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ	ХОББ И БРОНХИЕКТАЗИИ	АСТМА	ОБЩО
прием/ изписвания	800303	665396	1749384	1109865	328976	4653924
% от всички хоспитализации	1.0%	0.8%	2.1%	1.3%	0.4%	5.6%
среден престой/в дни/	8,5	6,9	9,5	8,9	6,6	8,1
общ брой легла	6794572	4597886	16619148	9855601	2177821	40045028
% спрямо всички леглодни	1.1%	0.7%	2.7%	1.6%	0.4%	6.5%

Източник: Здравна статистика на ОИСР, <https://doi.org/10.1787/health-data-en> и база данни на Евростат

Признавайки необходимостта от подобряване на достъпа до грижи извън болниците, много страни от ЕС предприеха стъпки за увеличаване на достъпа до първична грижа и за въвеждане на нови модели на междинни грижи, които могат да служат като алтернатива на болниците.

Много хора постъпват в болниците само защото техните доставчици на първични грижи са недостъпни. За да се справят с това, редица страни

са увеличили достъпа до първична медицинска помощ след работно време. Например:

✓ В Холандия грижите след работно време се организират на общинско ниво в ОПЛ „постовете/пункт“. Тези постове обикновено са разположени близо до или в болниците, за да се осигури спешна първична помощ през нощта и да работят в тясно сътрудничество със звената за спешна помощ. Почти всички лекари работят за длъжност ОПЛ. Специално обучени асистенти отговарят на телефонни обаждания и извършват сортиране, след което ОПЛ определят препратки в болница. На общопрактикуващите лекари се заплаща почасова ставка за работа след работно време и те трябва да осигуряват поне 50 часа грижи след работно време годишно, за да запазят своята регистрация за ОПЛ. Тъй като грижата от ОПЛ в Нидерландия е безплатна на мястото на службата, а задължителната сума за приспадане се прилага за (спешна) болнична помощ, пациентите имат финансов стимул да избират общопрактикуващо лечение в отдел за спешна помощ. [10]

✓ В Дания грижите след работно време се организират от регионите. Първата линия за контакт е регионална телефонна услуга, на която най-често се отговаря от лекар или понякога медицинска сестра в Зеландия и региона на Копенхаген, който решава дали да насочи пациента за посещение вкъщи или в клиника за извънработно време, обикновено разположена с болничен отдел за спешна помощ. ОПЛ могат да изберат да поемат повече или по-малко работа в рамките на тази програма и да получат по-висок процент на заплащане за извънработно време. [9]

✓ През 2017 г. в Португалия е създаден център за обаждания, който работи денонощно и, наред с други услуги, предоставя насоки на пациентите въз основа на техните нужди. Сред 800 000 повикващи през 2017 г. 26% са били съветвани сами да се грижат за себе си, 42% са се обърнали към лекарите и 24% са насочени към службите за спешна помощ.

Някои страни също започнаха да разработват услуги за междинна грижа вкъщи като алтернатива на болничните услуги. Например:

✓ Във Великобритания от 2005 г. насам в някои части на страната са създадени „виртуални отделения“, които осигуряват грижи вкъщи за хора, които наскоро са били изписани или са изложени на висок риск от приемане в болница (ре). Грижата се осигурява чрез мултидисциплинарни екипи за грижи. Доказателствата сочат, че тези „виртуални отделения“ са намалили непланираните болнични (повторни) хоспитализации и продължителността на престоя в болниците за най-рисковите групи. [8]

✓ Във Франция моделът „болница вкъщи“, организиран и финансиран чрез болници, е предназначен да предложи на пациентите възможност да получат болнични грижи у дома за определени условия. През 2016 г. повече от 100 000 пациенти във Франция бяха лекувани в програма „болница вкъщи“, което се равнява на 175 000 приема, което представлява увеличение от 8% спрямо 2015 г. [4]

Повечето страни признават, че за да се отговори ефективно на нуждите на застаряващото население и нарастващата тежест на хроничните заболявания, са необходими по-нататъшни усилия за укрепване на достъпа до първична медицинска помощ и за осигуряване на по-постоянни и координирани грижи извън болниците.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гончев, В. (2013). Неравенства в здравеопазването – проблеми в Европейския съюз и България – Научни трудове на Русенския Университет - том 52, серия 8.3, 37-41.
2. Джафер, Н. (2018). Публично-частни партньорства и участие на неправителствения сектор в управлението на електронното здравеопазване - европейският опит. Здравна политика и мениджмънт, том 18, бр. 3, 32-33.
3. Dzhaffer, N. (2018). Registers in the Bulgarian healthcare systems: current status. Bulgarian Journal of Public Health, vol. X, 2, 3-12.
4. FNEHAD (2017), Ensemble Construisons! Hospitalisation de Demain – Rapport d’activité 2016-2017.
5. Popov, Nikolay A.; Yordanova, Svetlana; Lazarova, Maria (2018). State participation in the implementation of national health policy, Journal of Educational & Instructional Studies in the World. May 2018, Vol. 8 Issue 2, p. 22-27. 6 p.
6. Petrova-Gotova, Ts., I. Ivanova (2018). Financial management and its relation to planning the funding for the healthcare institutions and the quality of the offered healthcare service, Journal of educational and instructional studies in the world, Antalya, May 2018, Volume: 8 Issue: 2 ISSN: 2146-7463.
7. Purdy, S. et al. (2009). “Ambulatory care sensitive conditions: Terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians”, Public Health <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2008.11.001>.
8. Sonola, L. et al. (2013). South Devon and Torbay: Proactive case management using the community virtual ward and the Devon Predictive Model, The King’s Fund, www.kingsfund.org.uk.
9. Vrangbaek, K. (2017). “The Danish Health Care System”, in Mossialos, E. et al. (eds.), International Profiles of Health Care Systems, Commonwealth Fund.
10. Wammes, J. et al. (2017). “The Dutch Health Care System”, in Mossialos, E. et al. (eds.), International Profiles of Health Care Systems, Commonwealth Fund.
11. Yaneva, R. (2018). Dynamics of the activities of hospital health institutions in Bulgaria, International Journal on New Trends and Their Implications July 2018 Vol.: 9 Issue: 3 ISSN 1309-6249, pp 52-63 /www.ijonte.org

Адрес за контакти:

*проф. д-р Тихомира Златанов, дм,
e-mail: prof.zlatanova@gmail.com*

ОЦЕНКА НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ В БЪЛГАРИЯ

Николай Попов, Милена Николова

ASSESSMENT OF THE HEALTH INSURANCE SYSTEM IN BULGARIA

Nikolay Popov, Milena Nikolova

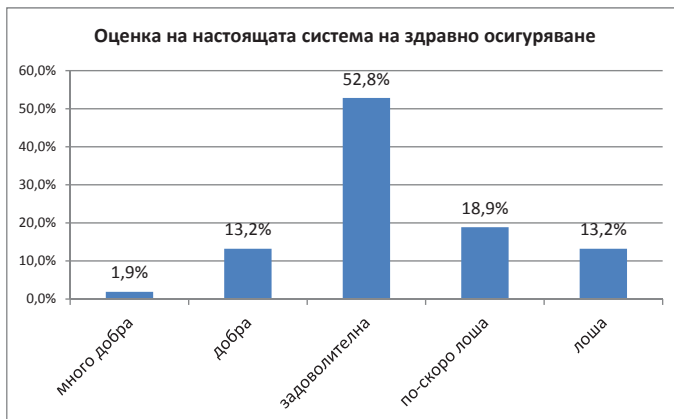
Abstract: *The present paper examines the status and problems of financing and management of the healthcare system. It is based on a research realized in 2019. The research was conducted among medical specialists (doctors and healthcare professionals) on the territory of Sofia. The authors investigate their positions about the state and effectiveness of the healthcare system and possible changes in healthcare financing in Bulgaria. The study shows that the health system is ineffective and needs to change.*

Keywords: *healthcare system, financing, demonopolization, health management.*

Въведение

През периода март-април 2019 г. беше проведено анкетно проучване сред медицински специалисти (лекари и специалисти по здравни грижи) на територията на град София. По време на проучването бяха събрани и обработени 53 коректно попълнени анкетни карти. В обхванатата от анкетното проучване група лица преобладават жените (67,9 %) спрямо мъжете (32,1 %). Възрастовата структура се характеризира с разпределение, което отговаря на възрастовата структура на медицинските специалисти у нас. Най-много са лицата на възраст от 51 до 60 г. – 34,0 %, следвани от възрастовите групи от 41-50 г. (26,4 %) и над 60 г. (20,8 %). Най-малко са респондентите на възраст под 30 г., дължащо се от една страна на факта, че образованието на медицинските специалисти е продължително, а от друга поради изтичането на млади специалисти към чужбина. Стажът на анкетираните лица варира от 2 до 37 години. Разпределихме ги в 5 групи съответно

лица със стаж до 5 г., 6-10 г., 11-15 г., 16-20 г. и над 20 г. Има относително равномерно разпределение на лицата във всички групи като най-много са лицата със стаж между 16 и 20 години, следвани от групата лица с над 20 г. стаж (20,8 %) и 11-15 г. стаж (22,6 %). Най-малко – 3,8 % са респондентите със стаж до 5 г. Респондентите отговарят на въпроси относно ефективността и финансирането на системата на здравеопазване в България.



Фиг. 1. Оценка на системата на здравно осигуряване

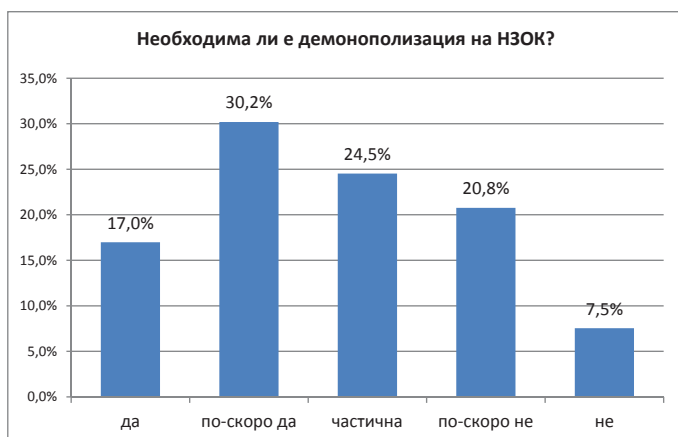


Фиг. 2. Ефективност на здравната ни система според респондентите

Преобладаващата част от респондентите определят настоящата система на здравно осигуряване в България като задоволителна (52,8 %). Лоша и по-скоро лоша я определят 32,1 %, докато много добра оценка дават едва 1,9 % (фиг. 1). Този резултат е логичен, тъй като нашата социална и здравна система е част от европейските системи и се базира на общоевро-

пейските ценности – универсална защита срещу финансови рискове, свързани с лошо здравословно състояние, принципите на социалната справедливост при финансирането, равенство при предоставянето и използването на медицински услуги и др. От друга страна респондентите добре познават и недостатъците на системата – голям брой неосигурени лица, невнасяне на необходимите суми за осигурените от държавата лица, недофинансиране на дейности и др.

На въпроса „Ефективна ли е настоящата система на здравно осигуряване у нас?“ най-голям е дялът на лицата дали негативен отговор – 73,6%. На противоположното мнение са 26,5%. Според д-р Гергана Николова (Сдружение на личните лекари) – има пробойни в здравната система, касаещи свръххоспитализирането, което не е необходимо на пациента. Очевидно голямата част от респондентите споделят това мнение що се отнася до ефективността на здравната ни система.

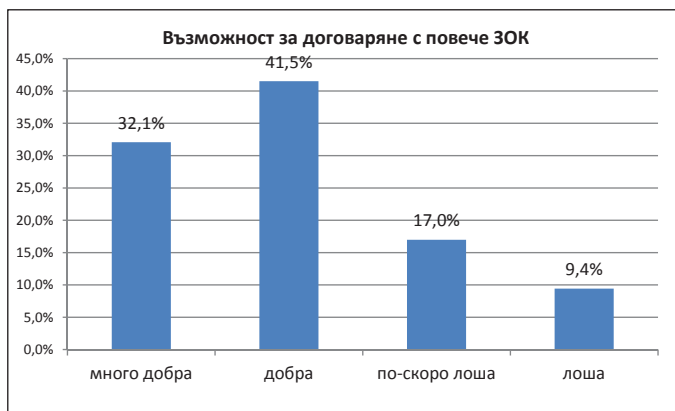


Фиг. 3. *Необходима ли е демонополизация на НЗОК?*

Изключително висок е дялът на подкрепящите демонополизацията на НЗОК – 71,7% (от тях 24,5% подкрепят частична демонополизация). Една четвърт от анкетираните лица са против демонополизация на НЗОК. В анкетно проучване на д-р Таня Андреева – Райнова от 2016 г. процентът на желаещите подобна промяна е още по висок - 92%, което е обяснимо с това, че анкетираната група лица обхваща единствено здравни политици и мениджъри в здравеопазването.

Както е видно от фиг. 4 голямата част от респондентите подкрепя идеята за договаряне с повече здравноосигурителни каси – 73,6 %. Това мнение респондира с резултатите от предходните въпроси за промяна при финансирането на лечебните заведения и демонополизация на НЗОК. На

противоположното мнение са 28,8 %, които или са доволни от сегашната ситуация или се страхуват от предстоящи промени.



Фиг. 4. Оценка на възможността лечебните заведения да договарят дейности с повече здравноосигурителни каси



Фиг. 5. Частните ЗОК управляват по-ефективно ресурсите и упражняват по-добър контрол.

В световен мащаб във всички икономически отрасли (вкл. здравеопазването) се застъпва тезата, че частните структури се управляват значително по-добре от държавните и общински дружества. България не е изключение – всички ние виждаме състоянието на големите държавни компании и общински дружества. Следователно получените от нас резултати са съвсем закономерни - най-голямата група е на лицата, които са убедени, че

частните здравноосигурителни каси ще управляват по-ефективно ресурсите и ще упражняват по-добър контрол (64,2 %). На противоположното мнение са 35,8 % от респондентите. Този резултат показва, че управление-то на ресурсите от НЗОК е неефективно, а контролът – незадоволителен.

Заклучение

Резултатите от проучването показват изчерпването на монополния модел на финансиране на здравеопазването и необходимост от промяна на модела. Настоящата система на задължително здравно осигуряване макар и определяна като задоволителна, функционира неефективно и е необходима промяна при финансирането на лечебните заведения. Необходимо е да се намери решение за демонополизация на НЗОК, при което лечебните заведения да имат възможност за договаряне с повече здравноосигурителни каси. Необходими са не само нови финансови потоци, но и създаване на реален пазар за постигане на по-ефективно управление на ресурсите в здравеопазването.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева-Райнова, Т., Ц. Воденичаров, Н. Попов (2016). Предизвикателства пред здравното осигуряване в България. Здраве и наука, декември, год. VI, бр. 4 (024), 16-19.
2. Гончев, В. (2013). Неравенства в здравеопазването – проблеми в Европейския съюз и България – Научни трудове на Русенския Университет - том 52, серия 8.3, 37-41.
3. Джафер, Н. (2018). Публично-частни партньорства и участие на неправителствения сектор в управлението на електронното здравеопазване - европейският опит. Здравна политика и мениджмънт, т. 18, бр. 3, 32-33.
4. Петрова-Готова, Цв., Р. Янева, Т. Златанова, М. Лазарова, В. Воденичаров (2018). Анализ финансовых ресурсов здравоохранения в Республике Болгарии, Вестник Восточно-Сибирской открытой академии, № 29, URL: vsoa.esrae.ru/203-1100.
5. Dzhafer, N. (2018). Registers in the Bulgarian healthcare systems: current status. Bulgarian Journal of Public Health, vol. X, 2, 3-12.

СТЕПЕН НА ЕФЕКТИВНОСТ ОТНОСНО РАЗЛИЧНИТЕ ПРАКТИЧЕСКИ МЕТОДИ, ИЗПОЛЗВАНИ В ПРОЦЕСА НА ОБУЧЕНИЕ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ ПРОФИЛ „ЗЪБОТЕХНИК“

Атанас Стоименов, Йордан Пашов, Мая Ляпина

DEGREE OF EFFECTIVENESS VERSUS
THE DIFFERENT PRACTICAL METHODS USED
IN THE TRAINING PROCESS OF THE STUDENTS
FROM THE PROFILE “DENTAL TECHNICIAN”

Atanas Stoimenov, Yordan Pashov, Maya Lyapina

Резюме: В настоящето изследване се разглеждат различните практически методи и тяхната ефективност в процеса на обучение. **Целта** е да се проучи кои практически методи са по-ефективни за процеса на обучение при студентите от профил „Зъботехник“. **Резултатите** от научно-експерименталното изследване демонстрираха, че „Практическата работа“ като метод (форма) на обучение, е с най-висока ефективност спрямо възприемането на учебния материал.

Ключови думи: практически методи, степен на ефективност, таблично оформление, графичен дизайн и др.

Summary: The present study examines the different practical methods and their effectiveness in the training process. The aim is to explore which practical methods are more effective for the learning process for the students from the profile “Dental Technology”. The results of the scientific and experimental study demonstrated that “Practical work” as a method (form) of training is the most effective in terms of perceiving the learning material.

Keywords: practical methods, degree of effectiveness, tabular layout, graphic design and more.

Въведение

Проучването което бе направено, е с цел и е свързано с повишаване нивото на образование и възприемане на учебния материал, спрямо нагласите и изискванията на студентите. Тяхното мнение е от значение за бъдещото развитие в областта на образованието, чрез непрекъснато взаимодействие и взаимоотношение на принципа – „Права и обратна връзка между субект и обект”.

Цел на проучването

Целта на проучването е да се установи кои практически методи са по-ефективни в процеса на обучение и възприемане на учебния материал.

Задачи

Да се направят съответните изследвания, както и да се съставят отделни таблици и графики, спомагащи за по-прецизен анализ и резултати.

Контингент, методи и процедура на изследването

Изследваните студенти са от специалност „Зъботехника” в Медицински колеж – София, Пловдив и Варна. Това са мъже и жени от 18-60 години, както и слабочуващи студенти от 18-25 години.

Изследването е проведено през периода 01.03.2017 – 01.06.2017 г. Общият брой реално изследвани студенти е 241 души, от които 103 мъже (56,02 %) и 135 жени (42,74 %). Изследваните студенти са по следното разпределение : от София – 122 души (50,62 %), Варна – 75 души (31,12 %) и Пловдив 44 души (18,26 %).

Използвани методи

➤ 1. Математико-статистически методи за обработка и анализ на резултатите от проучването (SPSS PROGRAM);

➤ 2. Анкетно-социологически проучвания (със съответната анкетна карта , включваща ай-тема от закрит тип);

➤ 3. графичен анализ;

➤ 4. документален метод;

➤ 5. логичен анализ;

➤ 6. социологически.

➤ Методи за обработка на получената информация.

• Описателна статистика;

• Едномерни честотни таблици;

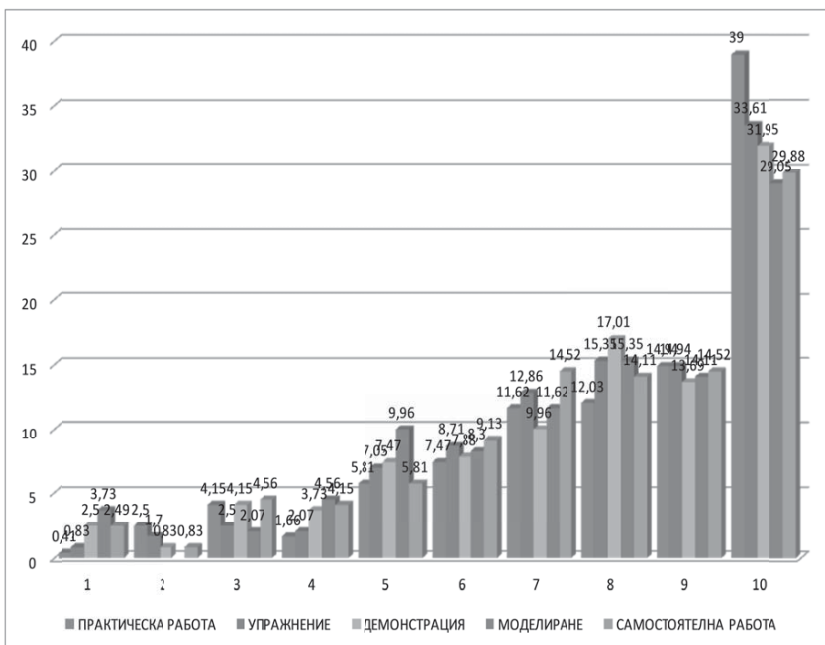
• Кръгови диаграми;

• One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test;

• Box Plot Диаграми;

Резултати и обсъждания

Оценете ефективността на всеки от изброените практически методи при обучението Ви – практическа работа, упражнение, демонстрация, метод на моделиране и самостоятелна работа:



Фиг. 1. Оценка на ефективността на практическите методи

От получените резултати може да се направи следния извод: Най-висок процент 39 %, с отговор 10 степен, са дали студентите за „Практическата работа”, като най-ефективен метод от практическите методи свързан с най-висока ефективност.

С по-малка ефективност с 10^{-та} степен от студентите е посочен методът „Упражнение” – 33,61 %, следван от „Демонстрацията” с 31,95 %, „Самостоятелната работа” е с 29,88 % и накрая методът на „Моделирането” с 29,05 %.

Според студентите, последователността относно ефективността на практическите методи е следната – практическа работа, упражнение, демонстрация, самостоятелна работа и метод на моделирането.

Заклучение и изводи

В заключение може да се обобщи, че най-ефективният метод (форма) за обучение от практическите, според студентите е „Практическата работа”.

ЛИТЕРАТУРА

1. Научно-експериментално изследване за дисертационна теза – 2017 г.
2. Попов, Г. (2006). Студентът като субект на обучението, С.

3. Попов, Т., Младенова, С. (2010). Медицинска педагогика, С.
4. Младенова, С., Митова, М. (2008). Методика на практическото обучение на специалистите по здравни грижи, С.
5. Воденичаров, Ц., Шипковенска, Е. (2013). Методология на научното проучване, С.

Адрес за кореспонденция:

*Атанас Стоименов, дм, доц. д-р Йордан Пашов, доц. Мая Ляпина, дм
Катедра „Медицинска педагогика”, ФОЗ, МУ-София
Медицински колеж „Йорданка Филаретова”*

*Atanas Stoimenov, PhD, Assoc. Prof. Dr. Yordan Pashov, PhD,
Assoc. Prof. Maya Lapinna, PhD
Department of Medical Pedagogy, Faculty of Public Health,
Medical University-Sofia.
Medical College “Yordanka Filaretova”-Sofia*

ХРАНЕНЕ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТ – ВАЖНОСТ И ЗНАЧЕНИЕ НА ОСНОВНИТЕ ХРАНИТЕЛНИ КОМПОНЕНТИ – ПРОТЕИНИ, МАЗНИНИ И ВЪГЛЕХИДРАТИ

Захари Конкьов, Деляна Хаджиделева

FEEDING DURING PREGNANCY
THE IMPORTANCE AND MEANING OF MAIN FOOD
COMPONENTS OF PROTEIN, FATS AND CARBOHYDRATES

Zahary Konkyov, Delyana Hadzhideleva

Резюме: *Хранителният прием на бременната жена е един от най-важните фактори, повлияващи изхода и протичането на този толкова важен и отговорен етап от живота на една жена. Изискванията към организма на жената през бременността и нарастването на плода, повишават необходимостта от хранителни продукти, минерали и витамини. Балансираното /здравословно/ хранене и правилният хранителен режим оказват влияние на регулаторните механизми в майчините и плацентарни системи. Правилното хранене оказва положително въздействие на емоционалното състояние на бременната и протичането на раждането, за да се роди физически здраво дете с потенциал за нормално нервно-психическо и интелектуално развитие. Протеините, въглехидратите и мазнините са основните хранителни съставки, чрез които човешкият организъм получава енергия и калории.*

Бременността поставя повишени изисквания към майката и нарастването на плода става за сметка на поетите от нея хранителни вещества. Енергията, изразена в цифри, необходима за бебето, е приблизително 340 000 КJ. Повишената енергийна стойност на храната изисква да се увеличи приемът на протеини, мазнини и въглехидрати в диетата на бременната.

Целта на статията е чрез разглеждане състава на основните хранителни компоненти - протеини, мазнини и въглехидрати да се докаже тяхната необходимост и значение за здравословно и без проблемно протичане на бременността. Специалистите по здравни грижи трябва да бъдат запознати с хранителните потребности на бременната, за да могат да профилактират нормалното развитие на бременността и нейния благоприятен изход.

***Ключови думи:** протеини, въглехидрати, мазнини, хранителен режим бременност, плод, здравни специалисти.*

***Abstract:** The dietary intake of a pregnant woman is one of the most important factors influencing the outcome and course of this so important and responsible stage in a woman's life. Requirements to the woman's body during pregnancy and fetal growth increase the need for food, minerals and vitamins. Balanced / healthy / nutrition and proper diet affect regulatory mechanisms in maternal and placental systems. Proper nutrition has a positive impact on the emotional state of the pregnant woman and the birth process in order to give birth to a physically healthy child with the potential for normal nerve-mental and intellectual development.*

Proteins, carbohydrates and fats are the main food ingredients through which the human body receives energy and calories.

Pregnancy places increased demands on the mother and the growth of the fetal is at the expense of nutrients taken by her. The energy expressed in figures, needed for the baby, is approximately 340,000 KJ. Increased energy value of food requires increasing the intake of proteins, fats and carbohydrates in the diet of the pregnant woman.

***The aim of the article** is through examination the composition of the main nutritional components - proteins, fats and carbohydrates to prove their necessity and importance for a healthy and problem-free pregnancy. Healthcare professionals should be aware of the nutritional needs of the pregnant woman so they can prevent the normal development of pregnancy and its favorable outcome.*

***Keywords:** proteins, carbohydrates, fats, diet, pregnancy, fetus, healthcare professionals.*

Въведение

Насърчаването на добри практики на хранене трябва да е една от основните програмни области, върху които трябва да се фокусира политиката на всяка общност, като заявка за добро здраве и развитие.

Организирането на рационално и балансирано хранене за бременни е едно от основните условия за нормален ход и успешен изход на бремен-

ността и е от първостепенно значение за създаване на адекватни условия за развитие на плода, последващ растеж и развитие на детето, както и поддържане на здравето на бременната и кърмещата жена. Храненето на бременната жена и на кърмачката се различава от ежедневното хранене при жените, тъй като те трябва да хранят не само своя организъм, но да доставят храна и на развиващия се плод или на детето. Правилното развитие на плода и детето до една годишна възраст зависи изключително от това, дали бременната и кърмачката са се хранили правилно и редовно, дали са приемали достатъчно белтъчини (особено от животински произход), витамини и минерални соли.

Протеините, въглехидратите и мазнините са трите основни източника, чрез които човешкият организъм получава енергия и калории и те заемат основно място в ежедневното меню на всеки един от нас. Протеините съставляват около 20% от човешкото тяло, а мазнините около 10%-20%. При здравословни хранителни навици въглехидратите доставят над 55% , мазнините 30%, протеинът 12-15% от дневната енергия. [3]

Целта на настоящото изследване е да покаже полезността и значението на *протеините, въглехидратите и мазнините за организма на бременната жена и плодът който тя износва.*

Задачи: Информираност на бременните жени относно ползите от приема на трите основни хранителни компонента, необходими за организма на плода и майката и в кои хранителни продукти се съдържат.

Повишаването компетенциите на медицинската сестра/акушерка по отношение на храненето и диететиката ще спомогне за по-голяма ефективност в практика им при обгрижването на бременните и предоставянето на съвети за здравословен хранителен режим и важните хранителни вещества, необходими за правилното развитие на плода.

В статията ще се разгледат някои продукти, плодове и зеленчуци в които се съдържат трите хранителни компонента, но няма да се коментира съставянето на примерни менюта, дневни и седмични хранителни диети и количества на приеманите продукти. Трябва да се уточни, че споменатите в статията храни се отнасят за бременни жени, чието здравно състояние не излиза от обичайните медицински параметри и здравни показатели и са с нормално протичаща бременност, без риск за нея и плода.

Общи характеристики на здравословното хранене при бременните жени

Приемът на хранителни вещества по време на бременност трябва да бъде съобразен с дългосрочното здраве и да позволява поддържането на икономически необходимата и социално желаната физическа активност – добро качество на живот. Храненето на бъдещата майката оказва влияние върху развитието на органите на плода, затова нейната здравословна диета трябва да е изградена от храни включващи протеини, въглехидрати, маз-

нини, витамини и минерали. Протеините, въглехидратите и мазнините са основните три макронутриенти, чрез които човешкият организъм получава енергия и калории. Хранителните макроелементи, които се съдържат в тях се набавят, чрез консумация на храна, защото човешкият организъм не може да ги произвежда самостоятелно. Плодът е изключително чувствителен към ограничения внос на хранителни вещества, което може да се прояви със забавен интраутеринен растеж, ниско тегло на новороденото, увеличена неонатална заболяемост и смъртност и изоставане във физическото и нервно-психическото развитие. Прием на храна с ниско съотношение на белтъци/въглехидрати и белтъци/мазнини обуславя повишен риск от хипертония при поколението.

За нормалното развитие на плода бременната трябва да спазва балансирана диета, съставена от разнообразни храни, богати на хранителни вещества и фибри, бедни на мазнини и холестерол. Тя трябва да консумира естествени питателни храни, сурови плодове и зеленчуци, пресни кълнове, сурови ядки и семена. Добре е да се избягват пагубните за здравето - транс-мастни и омега-6 мазнини. [1, 2, 3, 4, 5, 7]

Необходимо е спиране на вредните навици: тютюнопушене, алкохол, медикаменти и други. Не трябва се приемат добавки, съдържащи фениламин ($C_9H_{11}NO_2$), защото той влияе отрицателно на развитието на нервната система на плода. Ограничава се консумацията на храни подсладени с изкуствено получения подсладител аспартам ($C_{14}H_{18}N_2O_5$). Независимо от повишените потребности от енергия, белтък и други хранителни вещества, бременната не трябва да прекалява с количеството консумирана храна.

Прием на основните хранителни съставки по време на бременност

Протеини

Основни характеристики: представляват сложни молекули които се състоят от комбинация на различни аминокиселини. Представляват около 20% от човешкото тяло. Известни са два вида протеини: *животински* и *растителни*. Животинските протеини се наричат още *пълни*, защото съдържат всички основни видове аминокиселини. От своя страна растителните протеини се наричат още *непълни*, защото са лишени от една или от повечето основни аминокиселини. Доставят градивният материал на човешкото тяло и обновяват неговите тъкани. [1, 2, 3, 4, 5, 7]

Важност и значение за майката: потребностите от белтък по време на бременност са увеличени, както за бременната жена, така и за развиващия се плод. Белтъците са ключов компонент от новосинтезирани тъкани. Оптималният прием на белтък определя нормалния растеж на плода, плацентата и матката. [1, 2, 3, 4, 5, 7]

Важност и значение за плодът: дисбалансът на аминокиселините в организма на бъдещата майка се свързва с аномалии на плода и изоставане в нервно-психичното му развитие. [1, 2, 3, 4, 5, 7]

Източници на висококачествен белтък, съдържащ всички незаменими аминокиселини в оптимални съотношения, могат да бъдат продукти от животински и от растителен произход. Когато приготвя своята диета бременната жена трябва да знае, че с най-голямо процентно съдържание на протеин се отличават:

- яйцата (*ovum*).
- млякото (*lactis*) и млечните продукти – моцарела (*mozzarella*), сирене, кашкавал, извара и тофу.
- рибата – риба тон (*Thunnus*), скариди (*Caridea*), риба треска (*Gadus morhua*), камбала (*Hippoglossus hippoglossus*), съомга (*Salmo salar*); миди (*Bivalvia*).
- месо от – елен (*Cervus*), домашна пуйка (*Meleagris gallopavo*), пиле от домашна кокошка (*Gallus gallus domesticus*), домашно гледана гъска (*Anser*), агне от домашно отгледана овца (*Ovis aries*), домашно говедо (*Bos primigenius taurus*); черен дроб от теле на домашно говедо.
- ядките и семената, пресни кълнове, киноа (*Chenopodium quinoa*), амарант (*Amaranthus*), синап (*Sinapis*), овес (*Avena sativa*).
- бобовите храни (*Fabaceae*) – леца (*Lens culinaris*), нахут (*Cicer arietinum*), зрял фасул (*Phaseolus vulgaris*), грах (*Pisum sativum*) синап (*Glycine max*).
- зеленчуци – спанак (*Spinacia*), коприва (*Urtica*), лапад (*Rumex*), киселец (*Rumex acetosa*).

Въглехидрати - $C_n(H_2O)_m$

Основни характеристики: основен източник на енергия в организма и затова са от първостепенна важност за бременната жена. Наричат се въглехидрати защото на химично ниво съдържат *въглерод (С)*, *водород (Н)* и *кислород (О2)*. Разделят се на четири основни групи: *монозахариди $C_x(H_2O)_y$* , *дизахариди $(C_{12}H_{22}O_{11})$* , *олигозахариди $(C_{18}H_{32}O_{16})$* и *полизахариди $C_x(H_2O)_y$* . Помагат на черния дроб при детоксикация. Съдействат за регулиране на протеините и метаболизма на мазнините. Осигуряват *гликогена $(C_6H_{10}O_5)_n$* в сърцето. Въглехидратите осигуряват първия избор на източник на енергия за организма на човека, като по този начин се освобождават протеини за жизненоважната работа на тъканите. Въглехидратите са захари, нишестета и фибри които се намират в плодовете, зърнените храни, зеленчуци и млечни продукти и затова трябва да заемат важна част в ежедневното меню на бъдещите майки. [1, 2, 3, 4, 5, 7]

Важност и значение за майката: за да се получи най-голяма полза от приема на протеини по време на бременност, бременните трябва да консумират храни с високо съдържание на въглехидрати. Тъй като усвояване-

то на глюкозата ($C_6H_{12}O_6$) в клетките е зависимо от натрия, приемът на адекватни количества натрий е от съществено значение за бременната жена. [1, 2, 3, 4, 5, 7]

Снабдяването с въглехидрати на организма на бъдещата родилка е полезно да става чрез консумацията на нахут, царевича (*Zea mays*), ечемик (*Hordéum vulgáre*) паста italiana, зелен боб, аспержи (*Asparagus officinalis*), гъби (*Fungi*), ориз (*Oryza sativa*), картофи (*Solanum tuberosum*), ябълки (*Malus domestica*) и тиква (*Cucurbita*), магданоз (*Petroselinum crispum*). Ограничава се количеството на захар, бонбони и сладкарски изделия.

Мазнини

Основни характеристики: представляват 10%-20% от общото тегло на човека. Те биват *наситени*, *ненаситени*, *мононенаситени* и *полиненаситени*. Дават енергия на организма и чрез подкожната мастна тъкан те са основен негов енергиен запас. Имат важно значение за структурата на клетката и производството на хормони. Действат като катализатор на мастноразтворимите витамини **D**, **E** и **K**. Съдържат мастните киселини Омега 3 и Омега 6. [1, 2, 3, 4, 5, 7]

Важност и значение за плодът: Критично важни по време на бременността нутриенти са Омега-3 мастните киселини (ЕРА и ДНА) спомагащи за развитието на мозъка и нервната система на детето. [1, 2, 3, 4, 5, 7]

Набавянето на необходимите за организма на бременните жени полезни мазнини, може да става чрез:

- мазнините в тлъстите риби като сьомга, сардина (*Sardina pilchardus*), треска, пъстърва (*Salmo trutta*), херинга (*Clupea harengus*) и риба тон.

- мазнините и маслата от семена на – ленено семе (*Linum usitatissimum*), орех (*Júglans*), сусам (*Sesamum indicum*), фастък (*Arachis hypogaea*), мононенаситени мазнини – зехтин *extra virgin* извлечен от плодовете на маслиново дърво (*Olea europaea*).

- кокосов орех от кокосова палма (*Cocos nucifera*) и също така от авокадо (*Persea americana*) и сусамов тахан.

- ядки на лешници (*Corylus*), бадеми (*Prunus dulcis*), кашу (*Anacardium occidentale*) и чиа (*Salvia Hispanica*)

Заклучение

Рационалното хранене, заедно с други фактори (правилния режим на работа и почивка, оптималната физическа активност, изключване на стресови ситуации) е едно от основните условия за благоприятно протичане и изход от бременността.

Чрез представената обзорна статия се обсъдиха основните хранителни компоненти, необходими за организма на бременните жени. Осигуряване на растежа и развитието на плода, изисква получаване на достатъчно

количество от всички хранителни вещества, включително протеини, микрорелементи и витамини. Може да се отбележи, че не е важно количеството консумирана храна, а регулярното и разнообразно хранене.

Базирайки се на използваната литература е необходимо в менюто на бъдещите майки да се включва увеличена консумация на зеленчуци. Не е без значение, че бременните трябва да са запознати с произхода на зеленчуците, защото в много от тях има високо ниво на нитрити (NO_2^-) които могат да доведат до спонтанен аборт.

Медицинската сестра/акушерка трябва да информира бременната за рисковете свързани с недостатъчно или неадекватно хранене. Правилното хранително поведение намалява риска от заболявания при бременната и осигурява нормално развитие на плода, раждането на здраво бебе, както и натрупване на енергийни запаси, които ще се ползват при кърменето.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ангелова, К. (2005). Препоръки за прием на енергия и хранителни вещества при бременност и лактация. НЦООЗ, С.
2. Димитрова, А., Д. Хаджиделева, Д. Гавраилова (2014). Хранителното поведение на бременните като фактор за превенция на заболяванията на майката и плода. „Здравни грижи”, 11, № 4, 26-30.
3. Марков, П., Е. Воденичаров, З. Дунева, Д. Байкова, В. Дулева (2004). Практически указания за оптимизиране храненето на жени във фертилна възраст. В: Науката за хранене в опазване на човешкото здраве (под редакцията на проф. д-р Б. Попов, д.м.н.). Материали от VII Национален конгрес по хранене, Варна, 15-17 май 2003 г., Издание на Българското научно дружество по хранене и диетика, 218-221.
4. Пери, Н. (2016). Хранене при бременност. Изд. Хомо футурус, С.
5. Петрова, С. (2005). Значение на храненето за здравето на бременната и развитието на плода”, НЦОЗЗ, С.
6. Сакалова-Алимиман, Г. (2015). Място и роля на акушерката в кабинетите по женска консултация. „Здравни грижи”, 12, № 3, 5-9.
7. Хатауей, С. Е., Х. Е. Мъркоф, А. Айзенберг (2003). Какво да ядеш, когато чакаш дете. Изд. Емас, С.
8. Христова, Ц. (2016). Значимата роля на акушерката в обучението и образованието на бременни. С., „Здравни грижи”, 13, № 4, 25-30.
9. Щерев, А. (2017). Ролята на акушерките при проследяване на бременност. С., „Здравни грижи”, 16, № 1.

Адрес за кореспонденция:

Захари Конкьов, Деляна Хаджиделева

Факултет по обществено здраве, МУ – София

КОМПЛЕКСНИ ГРИЖИ ЗА ПАЦИЕНТА ПРИ МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА

*Надежда Иванова, Мариана Пенкова,
Мима Николова*

COMPLEX PATIENT CARE FOR MEDICAL EXPERTISE ON WORKING CAPACITY

Nadezhda Ivanova, Mariana Penkova, Mima Nikolova

Резюме: Медицинската експертиза е неразделна част от диагностично-лечебната и профилактична дейност на лечебните заведения. Тя придобива все по-голяма социална значимост, детерминирана от фактори на различни плоскости.

Ключови думи: медицинска експертиза, комплексни грижи

Abstract: The medical expertise is an integral part of the diagnostic, medical and prophylactic activity of the medical institutions. It acquires an increasing social significance, determined by factors of different planes.

Key words: medical expertise, complex care

Христина Милчева анализира демографската ситуация в страната, действащата Стратегия за осигуряване на дългосрочна и комплексна грижа и потребностите от разширяване на полето от интегрирани грижи и социални услуги за възрастните и стари хора, както и политиките за обезпечаване с квалифицирани специалисти. [4]

Според Силвия Кючукова „потребностите от здравни грижи по света и у нас непрекъснато нарастват поради: застаряване на населението; скъсен болничен престой; повишен брой хронични заболявания и инвалидност; мобилност на младите хора и отпадане на ангажимента им към старите хора.“ [3]

Съгласно НАРЕДБА ЗА МЕДИЦИНСКАТА ЕКСПЕРТИЗА (приета с ПМС № 120 от 23.06.2017 г. Обн. - ДВ, бр. 51 от 27.06.2017 г., в сила от 27.06.2017 г., изм., бр. 62 от 27.07.2018 г., в сила от 27.07.2018 г., бр. 64 от 3.08.2018 г., в сила от 3.08.2018 г.): [5]

„**Чл. 1.** (2) Медицинската експертиза е неразделна част от диагностично-лечебната и профилактичната дейност на лечебните заведения.

Чл. 2. Медицинската експертиза включва експертиза на временната неработоспособност, експертиза на трайно намалената работоспособност на лица в трудоспособна възраст, както и на лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 от Кодекса за социално осигуряване (КСО), които упражняват трудова дейност и не са им определени вид и степен на увреждане, вида и степента на увреждане на деца до 16-годишна възраст и на лица, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 от КСО, и потвърждаване или отхвърляне на професионалния характер на заболяванията.

Чл. 3. (1) Експертната на временната неработоспособност се извършва от лекуващия лекар/лекар по дентална медицина, от лекарските консултативни комисии (ЛКК), от териториалните експертни лекарски комисии (ТЕЛК) и от Националната експертна лекарска комисия (НЕЛК).”

Експертиза на временна неработоспособност (ВН)

Най-често пациентите са временно неработоспособни вследствие на заболяване или злополука. Първичният болничен лист (БЛ) се издава от ОПЛ, с продължителност максимум до 14 дни, без прекъсване. При продължаване на домашно-амбулаторното лечение; необходимост от стационарно лечение и/или рехабилитация; гледане на болен член от семейството и др., медицинската експертиза на работоспособността се извършва от ЛКК (обща или специализирана):

➤ **Обща ЛКК** включва специалист по вътрешни болести, хирургия (ортопедия) и нервни болести (неврохирургия);

➤ **Специализирана ЛКК** включва специалисти от една и съща специалност (по Педиатрия, Неврни болести, Ортопедия и травматология и т.н.).

При наличие на съответните показания (продължаващо лечение, възстановяване и рехабилитация, диагностично уточняване и др.), ЛКК може да продължи ВН до 180 дни без прекъсване, след което пациента се насочва към ТЕЛК за експертиза на работоспособността.

Експертиза на трайно намалената работоспособност и на вида и степента на увреждане

„**Чл. 61.** (1) Експертната на трайно намалената работоспособност включва определяне на:

Табл. 1. Комплексни грижи за пациента при извършване на медицинска експертиза на работоспособността

Медицински екип	Пациент
<p>Отлично познаване на нормативната уредба от медицинските специалисти.</p> <p>Усъвършенстване на качества и компетенции на личността.</p> <p>Самовъзпитание и самообразование.</p> <p>Успешно междусекторно сътрудничество, особено в случаи- „казуси“ от медицинско, социално и др. естество.</p> <p>Оценка на обективното състояние на пациента.</p> <p>Психо-емоционална подкрепа на пациента.</p> <p>Продължаване на ВН.</p> <p>Трудоустрояване.</p> <p>Провеждане на допълнителни консултации и изследвания.</p> <p>Представяне пред ТЕЛК за определяне на % загубена работоспособност или преосвидетелстване при влошаване на състоянието;</p> <p>Представяне пред ТЕЛК за продължаване на ВН (над 180 дни без прекъсване или над 360 дни в рамките на текуща и две години назад);</p> <p>Издаване на Протокол на медицинска комисия за помощни средства от Специализирана ЛКК по Нервни болести, Ортопедия и др. (при съответните показания);</p> <p>Издаване на Протокол на медицинска комисия за освобождаване от часове по спорт и физическо възпитание, за определен интервал от време от Специализирана ЛКК по Педиатрия (при съответните показания);</p> <p>Издаване на Протокол на медицинска комисия за ресурсен учител от Специализирана ЛКК по Педиатрия (при съответните показания);</p> <p>Информирание на пациента относно неговите права и задължения.</p> <p>Оказване на методична помощ на пациента: при събиране и предоставяне на необходими документи; административни срокове за подаване на документи, обжалване и др.</p>	<p>Запознаване с нормативната уредба чрез СМК.</p> <p>Информирание и консултиране от компетентните органи - медицински специалисти, РЗИ, ТП на НОИ, РИО и др.</p> <p>Усъвършенстване на качества и компетенции на личността.</p> <p>Самовъзпитание и самообразование.</p> <p>Самооценка и предоставяне на точни анамнестични данни.</p> <p>Провеждане на допълнителни консултации и изследвания за целите на медицинската експертизата.</p> <p>Информирание относно права и задължения.</p> <p>Събиране и съхранение на необходими документи- епикризи, АЛ, трудово-производствена характеристика, служебна бележка от работодател за ползваната ВН, изтекли по давност ЕР на ТЕЛК / НЕЛК и др.</p> <p>Предоставяне на необходимите документи в съответните административни срокове и отдели/комисии (ЛКК, РЗИ, ТЕЛК, НЕЛК, НОИ, работодател, РИО и т.н.).</p>

1. степента на трайно намалената работоспособност в проценти спрямо здравия човек;
2. потребността от чужда помощ и срока;
3. срока на инвалидността и датата, на която изтича определеният срок на инвалидност;
4. началната дата на трайно намалената работоспособност (дата на инвалидизиране);
5. причинната връзка между увреждането и настъпилата неработоспособност (смърт) по повод на трудова злополука, професионална болест, военна инвалидност, гражданска инвалидност;
6. причинната връзка между увреждането (смъртта) и условията на труд (извършваната работа) по време на злополуката, включително при военна и гражданска инвалидност;
7. противопоказаните условия на труд;
8. трудоспособно ли е лицето за работното си място и необходимостта от трудоустрояване;
9. характера на заболяването - професионален или общ.

(2) Експертната на вида и степента на увреждане включва определеното на:

1. степента на увреждане в проценти спрямо здравия човек;
2. потребността от чужда помощ и срока;
3. срока на инвалидността и датата, на която изтича определеният срок на инвалидност;
4. дата на инвалидизиране;
5. препоръки за по-нататъшно наблюдение и рехабилитация.

(3) На лицата, придобили право на пенсия за осигурителен стаж и възраст по чл. 68 КСО, които не работят, не се определят противопоказани условия на труд.” [5]

Медицинската експертиза на работоспособността придобива все по-голяма социална значимост, детерминирана от фактори на различни плоскости: *удовлетвореност на пациентите от качество на здравните грижи; административно обслужване; нормативна уредба; заболяемост (характер, „подмладяване“ на заболяванията, наличие на повече от едно заболяване и др.); социално-демографски признаци; условия на труд и бит; качества и компетенции на личността; поведенчески опит и др.*

Комплексните грижи за пациента при извършване на медицинска експертиза на работоспособността са посочени в таблица 1, като при медицинския екип, се акцентира предимно на дейността на ЛКК.

Пациентът не е пасивна страна в процеса на медицинска експертиза. Според А. Андонова „ефективната комуникация в медицинската практика включва не само обсъждане на здравния статус на пациента, но и умението за ефективна комуникация по различни тематика, обхващащи

процеса на предоставяне на медицинска, здравна, психологическа и социално-битова помощ.“ [1]

Следователно, комплексните грижи за пациента при извършване на медицинска експертиза на работоспособността, биха могли да се разглеждат в няколко аспекта: *личностно развитие, медицински, социален, демографски, икономически, здравна политика и нормативна уредба и др.*

При ВН по-скоро се акцентира на причина, продължителност, изплащане на обезщетение, наличие на застраховане, икономически загуби при по-продължително боледуване на служителя и др.

При трайно намалена работоспособност се поставя акцент върху: инвалидизиране на пациента и необходимост от социални помощ (грижи, помощни средства, рехабилитация, условия на труд, интеграция на хората с увреждания и др.). Както изтъква Н. Влаева, „екипната работа на здравните и социалните специалисти с хората с увреждания ще доведе до по-голяма удовлетвореност от предоставените услуги“. [2]

ЛИТЕРАТУРА

1. Андонова, А. (2017). Значението на ефективната комуникация в медицинската практика, Бургас, академично списание „Управление и образование“, том XIII (5), 9-12.
2. Влаева, Н. (2017). Социална подкрепа и здравни грижи за хората с увреждания. XXXIX НТС „Контакт“ 2017, С., изд. Темто, ISSN: 1313-9134.
3. Кючукова, С. (2015). Сестринство ориентирано към пациента, Управление и образование – Здравни грижи, кн. 5, том 11 vol. №5, УИ Проф. д-р Асен Златаров, Бургас, ISSN 13126121, 211-214.
4. Милчева Хр. (2017). Медико-биологични и социални аспекти на стареенето и гериатричните грижи, Първа национална конференция „Общественото здраве – глобален приоритет в науката и практиката“, Сборник с резюмета и доклади от Първа национална конференция „Общественото здраве – глобален приоритет в науката и практиката“, 9-10 юни, МУ-Варна, 2017, ISSN 978-619-221-087-8, 269-273.
5. <http://www.nssi.bg>

Адрес за кореспонденция:

Надежда Иванова, дм, доц. д-р Мариана Пенкова, дм,

Мима Николова, дм

Тракийски университет, МФ, катедра „Здравни грижи“

ПРОЯВИ НА ЕМОЦИОНАЛНО ИНТЕЛИГЕНТНО ПОВЕДЕНИЕ В МЕДИЦИНСКАТА ПРАКТИКА

Никола Георгиев

PROCEEDING OF EMOTIONALLY INTELLIGENT BEHAVIOR IN MEDICAL PRACTICE

Nikola Georgiev

Резюме: *Развитието на емоционалната компетентност трябва да присъства като съществен елемент в процеса на професионално обучение на здравните специалисти. Те се нуждаят от обучение, за да развият умения за общуване с пациенти и техните семейства. Във връзка с това Факултет по обществено здраве към Медицински университет - София осигурява обучение по комуникация при обучението на студенти и следдипломното обучение на медицински специалисти. Тук се прилагат иновативни подходи за подобряване на емоционалната интелигентност на здравния персонал.*

Ключови думи: *емоционална интелигентност, обучение, комуникация, здравни специалисти*

Summary: *The development of emotional competence should be present as an essential element in the process of professional training of healthcare professionals. They need psychological training to develop communication skills for communicating with patients and their families. In this connection Faculty of Public Health at the Medical University - Sofia provides education on Communication in student learning and postgraduate training of medical professionals. Here are apply innovative approaches to improve emotional intelligence of the healthcare staff.*

Keywords: *emotional intelligence, training, communication, health specialists*

Въведение

Обобщените резултати от многобройни проучвания сред пациентите установяват неудовлетвореност от медицинското обслужване, свързана с нарастващата дехуманизация, комерсиализация и незадоволителните междуличностни отношения в лечителската практика. Отбелязва се явен недостиг на това, което Балинт нарича „лекарството лекар” – сигурността, че си при тези, които ще положат грижи, за да облекчат страданието, и имат компетентност да се справят с болестта, да проявят лична грижа, изразена в отношение на внимание, съчувствие, емоционална топлина, зачитане и подкрепа. [2]

До неотдавна специалистите отделяха повече внимание на изучаването на умствената интелигентност, която е свързана с разума. В последните години обаче интересът им се насочи към емоционалната интелигентност, отнасяща се до чувствата. Причината е необходимостта да се познаят негативните емоционални състояния и тяхното влияние върху психичното здраве и благополучието на човека.

Терминът *емоционална интелигентност* (EQ), който се появява и развива през 80-те години на миналия век, *обозначава вътрешният потенциал на всеки от нас да чувства, използва, запомня, управлява и разбира емоциите*. След появата на книгата на Даниел Голман "Емоционалната интелигентност", излязла през 1998, в която се обяснява, че само 15% от успеха се дължат на разумния интелект, а 85% се падат на емоционалния, малко хора не разбират абривиатурата EQ. [4]

Емоционалната интелигентност е абстрактно понятие за човешката интра- и интерпсихичност, която представлява съвкупност от **5 компонента**: самоконтрол, самопознание, мотивация, емпатия и социални умения на индивида. В определението на EQ се включват и уменията на социалната и комуникативната компетентност. Смята се, че EQ е много по-важен фактор за успеха, отколкото "обикновения" интелект, обозначаван с IQ. Затова днес интелигентността на човека се измерва не само с IQ, а и с EQ. EQ постепенно се превръща във важен фактор за оценка при подбора на кадри, защото превъзхожда твърде тесния по обхват IQ, включвайки важни елементи от поведението и характера на дадена личност. Хората с висока емоционална интелигентност имат способността не само да управляват добре своите емоции, но и да разбират емоционалното състояние на останалите. [5]

Значими емоционални личностни качества са: разпознаване и изразяване на чувствата; емпатия; контрол на гнева; независимост; способност да разрешаваме проблеми от интерперсонална гледна точка; способност да се адаптираме и да бъдем здрави; последователност; сърдечност; любезност; уважение.

Прояви на емоционална интелигентност при осъществяването на здравни грижи

Здравната помощ, освен професионална компетентност, трябва да включва и личната грижа към пациента, изразена със съпричастие, внимание, емоционална топлина, зачитане и подкрепа. [2] Проучванията показват, че болните и техните семейства ценят най-вече професионалната компетентност и способността на здравните специалисти да изразяват съчувствие и емоционална подкрепа. [1, 3]

Проявата на емпатия като социално умение и лично качество е необходимо условие за изпълнение на хуманната мисия на здравните специалисти, включващо интелектуално разбиране на пациента, споделяне на неговите чувства, ефективност на комуникацията и положителна нагласа на професионалиста към болния.

Емпатичното поведение улеснява клиничното интервю, повишава ефективността при събирането на информация, съдейства за създаването на доверие у пациента към терапевта и медицинския екип. Не е необходимо изразяването на съпричастие да е емоционално изтощително за клинициста. Подходящи думи или жест на съпричастност не изискват много време, но съдействат за изграждане на позитивни взаимоотношения. [5, 6] Проучванията показват, че проявата на емпатия в поведението на лекуващия към пациентите може да бъде фактор, улесняващ ранната диагностика и съдействащ за правилното лечение на болните. С назначаването на «правилното хапче за болестта» и предоставянето на «правилните» инструкции на болния много лекари считат своята задача за изпълнена. Но назначение не означава пълноценно лечение! [5]

Трудности пред проявите на емоционално интелигентно поведение в медицинската практика

През последните години се наблюдава тревожна тенденция: традиционните умения за разбиране, разпознаване на емоциите и изясняване на разказите на пациента за болестта са застрашени от обезценяване. Много от действията, манипулациите и организирането на грижите се преживяват от пациентите като дехуманизиращи и наказващи. Наистина при осъществяване на определени манипулации, свързани с болка, запазването на определена дистанция е обичайно. Но нужно ли е да напомняме, че тялото като предмет на здравни грижи, е нещо повече от обект на клинично внимание, а принадлежи на някой, който може да говори, да осъществява контакт с очи, да плаче, да се усмихва по време на взаимодействията. [1, 5]

Прекалената емоционална дистантност, се проявява в: подценяване и негативност; недооценяване на ситуацията, когато се изисква грижа; липса на желание за диалог, прибързаност, прекъсване на изказването на пациента; ползване на неподходящ език (например неразбираема медицинска терминология), несъобразен със социокултуралното ниво на пациента, неговата възраст; неподходящо поведение и нетактични изказвания от страна на медицинския персонал по отношение на болните и др.

Въпреки, че изразяването на емпатия в отношението към пациента е толкова мощен комуникативен механизъм, много медицински специалисти не го прилагат в работата си, тъй като имат опасения (или погрешни схващания) в това отношение. Затова като съществен елемент в процеса на професионална подготовка на здравните кадри трябва да присъства развитието на тяхната емоционална компетентност. [3]

Заклучение

Няма съмнение, че освен усвояване на професионални знания и умения, здравният специалист е необходимо да прилага подходящи подходи за професионално общуване чрез адаптиране към индивидуалните потребности на конкретния пациент и създаване на атмосфера на доверие и емоционална подкрепа. Към овладяване на емоционално интелигентно поведение е насочено и обучението по комуникативни умения, залегнало в професионалната подготовка на студентите във ФОЗ към МУ-София.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алтшулер, Дж. (1999). Как да работим с хроничната болест, Семейен подход, София, изд. БПА.
2. Балканска, П. (2009). Приложна психология в медицинската практика, С., изд. Булвест 2000, 124-131.
3. Балканска, П., Н. Георгиев (2017). Психоемоционални предизвикателства пред здравните професионалисти в грижите за терминално болни стари хора. В: Управление и образование, том XIII (5), ISSN: 13126121, Бургас, 185-188.
4. Голман, Д. (2000). Емоционална интелигентност, С., изд. Кибеа.
5. Живкова, Хр. (1996). Емпатия в медицинската практика, Българско списание по психология, кн. 1, 101-106.
6. Shattell, M. (2004). Nurse-patient interaction: A review of the literature, Journal of Clinical Nursing, 13, p. 714-722.

Адрес за кореспонденция:

*Никола Георгиев
Катедра “Медицинска педагогика”
Факултет по обществено здраве,
Медицински университет – София*

МАРКЕТИНГЪТ – ОСНОВА ЗА УСПЕШНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ

Роксандра Памукова, Любка Асенова, Емилиан Радев

MARKETING – THE BASIS FOR SUCCESSFUL OUTPATIENT MEDICAL CARE IN BULGARIA

Roxandra Pamukova, Lyubka Assenova, Emilian Radev

Резюме: В настоящият динамичен обществен живот, наситен със сериозни качествени и количествени промени в различни неговите сфери, авторският колектив засяга използването на разнообразни методи спомагащи за повишаване качеството на предлаганите услуги в сферата на доболничната медицинска помощ. В областта на здравеопазването тези промени през последното десетилетие се изразяват в различни аспекти, като: неимоверно бързият темп на нарастване на новоразкрити здравни заведения; осезателна необходимост за реформиране (с цел подобряване) на здравноосигурителната система в България и нуждата от усъвършенстване мениджмънта на посочените заведения. Акцентът тук пада върху начинът за проучване на нагласите, които ползвателите на тези услуги споделят. Посредством обратната връзка, компетентните мениджъри могат да изготвят план за оптимизиране и подобряване на предлаганите услуги с цел повишаване качеството на същите.

Ключови думи: Маркетинг, извънболнична медицинска помощ, общопрактикуващ лекар, доболнична медицинска помощ, пазар на здравни услуги, пациентска удовлетвореност

Въведение

Към настоящият момент силното размиване на строго диференцирани и сепарирани сектори в здравноикономическия живот е неимоверно разпространена. Изразен пример е системата на здравеопазване, която след

непрестанните реформи все по-често се доближава до икономическата та-кава. В много аспекти здравните заведения се приближават, (като начин на дейност) до икономическите сегменти – търговци и търговски дружества. Това има както своите положителни, така и отрицателни страни.

В конкретната разработка ние ще наблегнем на положителния аспект на заимстване. Пазарът е познат, като универсален механизъм за социален обмен. В нашата държава, пазарните взаимоотношения (в настоящия си вид) започват да се проявяват в края на деветдесетте години. Именно по този начин, макар и доста троваво се наложиха тенденции за постепенно изграждане на пазар на здравни услуги. Основни стълбове на така наречения пазар на здравни услуги (от юридически аспект) се явяват – Законът за професионално съсловните организации, Законът за лечебните заведения и Законът за здравето осигуряване.

Поставяйки плавният преход между пазар и здравеопазване, ние ще се опитаме да приложим определени аспекти от икономиката съвместими с предизвикателствата стоящи пред здравеопазването у нас и в частност проблемите съпътстващи извънболничната медицинска помощ. Все по-често ставаме свидетели (благодарение на медиите) на редица проблеми съпътстващи дейността на общопрактикуващите лекари в столицата. По този начин неволно се създава един по-неблагоприятен имидж на личните лекари. За да бъде една оценка обективна е необходимо преди да се финализира със заключения да бъдат извършени обстойни изследвания на причините за недоволство (или удовлетвореност) от страна на пациентите. Именно тук в действие идват маркетинговите подходи.

Основна задача на маркетинга е да се подпомогнат организациите в техните усилия да оцелеят, за да удължи живота им и да им съдейства да бъдат достатъчно гъвкави, когато те оперират в дадена заобикаляща ги среда, чрез по-ефективно обслужване на релевантните съществуващи пазари от конкурентите, да разбере нуждите и интересите на хората и да им достави онези продукти и услуги, които да ги удовлетворят. Тези продукти и услуги могат да бъдат идеи, дейности, организации или други лица.

В сферата на бизнеса най-главната цел на организациите е да придобият печалби, като все повече болници и здравни заведения започват да използват механизмите на маркетинга - от информационните и видео техники до проучването на пазари и развиването на продукти, предназначени за специфични сектори от населението.

Маркетингът представлява съвкупност от управленски методи и средства (включително техниките на продажбата) за насочване дейността на предприятията към потребителя. Според Американската асоциация по мениджмънт, маркетингът е процес на планиране, осъществяване на замисъла, ценообразуването, придвижването и реализацията на идеи, стоки и услуги чрез размяна, удовлетворяваща целите на отделни лица и организации.

В здравните организации и заведения се появяват все повече проб-

леми, които могат да бъдат обхванати и разрешени с помощта на маркетинга. Това е особено типично за въпросите, свързани с нивото на търсене. Чрез маркетинговата информация може да се узнае мнението на клиентите за предлаганите услуги и за различните компоненти на обслужването, както и за нововъведените програми или дейности и те да се променят или пренасочат така, че да отговарят на очакванията им.

Необходимостта от прилагане на здравен маркетинг в България, ще се увеличава в съответствие с нарастването на очакванията и на критичността на потребителите (пациентите), по отношение на медицинското обслужване и възможностите им за избор, както и поради съперничеството между здравните заведения. За повечето болници и здравни заведения е предизвикателство да се постигне личната ангажираност на целия персонал по отношение на цялостните резултати от дейността на организацията. В програмата за мотивация обикновено се съдържат много вътрешно-маркетингови действия..

Маркетинг на здравни услуги – специфика.

Маркетингът представлява съвкупност от управленски методи (включително техники на продажба), но той е главно управленски подход, една ориентация, (като част от организационната култура) и философия на организацията към потребителя и стимулиращо средство за ефективно управление на здравеопазването. Организацията с маркетингова ориентация е чувствителна към желанията и стремежите на клиентите си. Тя развива такива дейности и продукти, които са в състояние да ги задоволят, поставя ги на разположение на потребителя по ефективен начин и ги оповестява в подходяща форма.

Маркетингът на здравните услуги отразява общите постановки и принципи на маркетинга, като се отчита спецификата на здравните услуги. В тази насока решаващо е използването на маркетинговата и социалната концепции в условията на силно регулиран пазар и незавършена здравна реформа.

Дейността на болничните заведения, осъществяващи здравни услуги на пазара е тясно свързана и регулирана от здравното законодателство в България, което позволява прилагането на маркетинг в здравеопазването.

През последните години, като резултат от промените в българската икономика, силната конкуренция, изменението на потребителските нужди и завишените изисквания към стоките, развитието на технологиите и отварянето на страната ни към световните пазари, коренно променят средата и обкръжението на организациите, като по този начин изграждат ориентиран към потребителите пазар.

Съвкупността от всички стратегически, тактически, програмни, оперативни и технически дейности и средства за реализиране целите на маркетинга се обозначава като *маркетинг - микс*. Той се описва посредством формулата „Четири П”.

Всичко от изброеното дотук ни помага да осъществим обратна връзка, реализирана, както чрез получаването на мнения от страна на ползвателите на услуги (пациентите), така и от предлагашите ги – общопрактикуващите лекари. На база сондираните мнения – най-често получени чрез анонимни анкети, се съставя обективна оценка за качеството на услугите. По този начин специалистите в конкретната област съставят препоръки за усъвършенстване на системата за извънболнична медицинска помощ. По този начин посредством маркетинговите способности се достига до пациентска удовлетвореност, а от там и до успешен мениджмънт на здравните заведения и в частност дейността на общопрактикуващите лекари.

Заклучение

Редица автори занимаващи се с настоящата проблематика са на мнение, че в хода на здравната реформа на практика липсва ефективен публичен дебат. Неправилно е подценена ролята на общественото мнение и в частност удовлетвореността на пациентите от процесите на промяна в здравеопазването. Мнението на пациентите не е станало критерий за оценка на дейността на лечебните заведения и в частност на общата медицинска практика. Очевидна е необходимостта от социологическа информация, която чрез системен мониторинг на общественото мнение, позволява да се регулират процесите на промяна в здравеопазването в съзвучие с обществените нагласи, очаквания, удовлетвореност и оценки.

Основополагащата роля на първичната медицинска помощ са неоспорими. Тя, респ. общата медицинска практика е не само първи етап в медицинската помощ, но създава и нови отношения „лекар – пациент”, нови етични проблеми и нова здравна култура, която включва промоция на здравето, превенция на болестите и здравословния начин на живот.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов, Цв. Оценка на медицинския персонал за ролята на болничния маркетинг. Медицински меридиан, С, 2013, №3.
2. Борисов, Б., Воденичаров, Ц. (2000). Реалности на здравната реформа. Изд. Филвест, 35 с.
3. Борисов, В., Воденичаров, Ц., Кирилов, К., Чамов, К. (1998). Ново Обществено Здравеопазване, изд. Акваграфикс, 287-295.
4. Брешков, И., М. Ботушарова (1990). Маркетинг на услугите. УИ Стопанство, 156.
5. Гладилов, Ст., А. Янакиева, А. Воденичарова (2015). Маркетинг в здравеопазването. Изд. Принцепс Маринови, С., 147-161;
6. Делчева, Е. (2009). Повишаване конкурентноспособността на здравеопазването в България, изд. Авангард Прима.

7. Младенов, А., К. Кирилов (2012). Използването на показатели за дейността в болнично лечебно заведение за целите на маркетинговото планиране ,здравна политика и мениджмънт, т. 12, №3.
8. Младенова, Г. (1998). Стратегическо маркетингово планиране. УИ Стопанство, 203.
9. Радев, Е., Н. Градинарова, Д. Василева, А. Атанасова (2018). Структурни характеристики на взаимодействието човек трудова среда. 41 НТС на ИНГА „Контакт 2018”, 29 юни 2018, С., изд. Темто, С., 188-193, ISSN 1313 - 9134.
10. Радев, Е., Г. Градинарова (2017). Роля на здравната политика при формирането и развитието на здравните мениджъри. Сб. статии от XL НТС на ИНГА „Контакт 2017“ - Интердисциплинната идея в действие, 27 октомври 2017 г., изд. Темто, С., ISSN 1313-9134.
11. Радев, Е. (2018). Правовые аспекты медицинской профессий в республике Болгарии. IX Международной научно-практической интернет – конференции: „Состояние здоровья: Медицинские, психолого-педагогические и социальные аспекты”, 23-29 апреля 2018 г., Сборник научных статей, с. 176-182, г. Славянск, УДК 61 (082), ББК 51я43, ISBN 978-5-9293-2133-7.
12. Златанова, Т., Р. Златанова-Великова. Първичната извънболнична медицинска помощ – проблеми и перспективи, изд. Дидакта консулт, София, 2008.
13. Закон за здравето.
14. Закон за съсловните организации на лекари и стоматолози.
15. Златанова, Т., Ц. Петрова-Готова, В. Гончев, Р. Златанова-Великова (2013). Удовлетвореност на пациентите в здравеопазването. Интердисциплинната идея в действие. 32 НТС на ИНГА „Контакт 2013“, изд. Темто, С., 241.
16. Кирилов, К. (2001). Маркетинг в здравеопазването, С., 160.

Адрес за кореспонденция:

*Роксандра Памукова, Любка Асенова, Емилиан Радев
Катедра „Превантивна медицина“
Факултет по обществено здраве, МУ – София*

КОИ КРИТЕРИИ ЗА КАЧЕСТВО НА ТРУДОВИЯ ЖИВОТ СА ВАЖНИ ЗА РАБОТЕЩИТЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО?

Янка Петкова Проданова, Тодор Георгиев Кундуржиев

WHICH CRITERIA FOR QUALITY OF WORKING LIFE
ARE IMPORTANT FOR HEALTHCARE WORKERS?

Yanka Petkova Prodanova, Todor Georgiev Kundurzhiev

Абстракт: Анкетирани са 510 работещи в здравния сектор. Целта е се определи кои са най-важните критерии, свързани с високо качество трудов живот от гледна точка на работещите. Използван е адаптиран въпросник. Резултатите показват, че най-важните критерии за качество на трудовия живот за работещите в здравеопазването са: добър психологически климат; добра заплата; изплащане на гарантираните обезщетения в съответствие с трудовото законодателство; изплащане на материални средства за отпуск, Великден, Коледа; доверие към ръководителите; оптимален работен график; желание за работа (в организацията) в дългосрочен план.

Ключови думи: качество на трудовия живот, здравеопазване, здравни работници

Abstract: The survey includes 510 people working in the health sector. The aim is to determine which are the most important criteria related to high quality working life from the point of view of the employees. An adapted questionnaire was used. The results show that the most important quality criteria for working life for health workers are: good psychological climate; good salary; payment of guaranteed benefits in accordance with labor law; payment of bonuses for holiday, Easter, Christmas; Trust to leaders; optimal work schedule; willingness to work (in the organization) in the long run.

Key Words: quality of working life, health care, health care workers

Въведение

Концепцията за качество на трудовия живот е една от най-значимите в областта на управлението на персонала през последните години [2].

Към момента съществуват множество определения за QWL, а в научната литература липсва консенсус относно дефинирането му. В литературните източници качество на трудовия живот се представя като „определен комплекс от фактори, характеризиращи обективни параметри на жизнената дейност на субектите по време на работа“ [4]; „интегрален показател, всеобхватно характеризиращ икономическото развитие на обществото, нивото на материално, медико-екологично и духовно благосъстояние на човека“ [1].

В здравеопазването, системата за мениджмънт на качеството е насочена към осигуряване на успешна лечебна и образователна дейност на организацията в условия на пазарна икономика. Към настоящия момент обезпечаването на мениджмънта на качеството е невъзможно без оценка на качеството на трудовия живот на главния ресурс – специалистите [3].

Чрез управление на QWL на персонала е възможно да се намери компромис между нуждите на работниците и целите на организацията. Този факт е особено верен и важен за лечебните заведения, които функционират в условия на криза и оперират с ограничени ресурси.

Цел

Да се определи кои са най-важните критерии, свързани с високо качество трудов живот, от гледна точка на работещите.

Методология

Проведено е анкетно проучване. За тази цел е адаптиран въпросникът на А. П. Егоршин „Качество трудовой жизни“ [1]. Качеството на трудовия живот на работещи в здравния сектор се изследва, като се използва скала със седем подскали. Въпросникът съдържа твърдения за различни аспекти на професионалния живот. От респондентите се изисква да посочат кои според тях са най-важните критерии, свързани с високо качество трудов живот.

Използваните подскали са следните: Трудов колектив; Възнаграждение; Работно място; Управление на организацията; Професионална кариера; Социални гаранции; Социални придобивки.

Анкетирани са 510 работещи в здравния сектор. Изследването е проведено в осем здравни организации – различни по вид дейност, собственост и численост. Всички те са разположени на територията на Южна България.

При статистическата обработка на резултатите е използвана описателна статистика, Данните са обработени със статистически пакет SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), версия 16.0.

Резултати

Демографска характеристика на анкетираните

Преобладаващата част от анкетираните са жени - 78.0% и 28.0% са мъже. Средната възраст е 45.63 години (SD=12.05), като най-младите са на 20 години, а най-възрастните на 75 години. Най-голям дял от анкетираните попадат във възрастовата група 45-54 години (27.8%), следвани от 55-64 годишните (25.3%), 35-44 години (22.4%), 25-34 години (18,8%), над 65 години (2.9%) и под 25 години (2.7%). По-голямата част са семейни (62.4%). Преобладават анкетираните с бакалавърска степен (44.5%), след тях са с магистърска степен (32.0%) и със средно образование са 23.5%. Средния трудов стаж е 22.03 години (SD=12.47). С над 19 години трудов стаж са 60.4% от респондентите, следвани от над 10-19 години трудов стаж (19.8%), под 5 години (12.2%) и 5-9 години (7.6%).

Най-важни критерии за качеството на трудов живот по подскали

- Трудов колектив

Фаворитизираните критерии в подскала „Трудов колектив“ (без значение на мястото, на което са поставени) са представени в табл. 1. Най-голям относителен дял (72.4%) заемат респондентите, посочили като пръв по важност критерий *Добър психологически климат на работното място*.

Таблица 1. Фаворитизирани критерии в подскала „Трудов колектив“

Критерии	Относит. дял (%)
Добър психологически климат на работното място	72.4
Работа в екип	50.0
Положителна мотивация за работа	34.8

- Възнаграждение

Фаворитизираните критерии в подскалата „Възнаграждение“ (без значение на мястото, на което са поставени показателите) са представени в табл. 2. Най-голям относителен дял (66.7%) заемат респондентите, посочили като пръв по важност критерий *Добра заплата*.

Таблица 2. Фаворитизирани критерии в подскала „Възнаграждение“

Критерии	Относителен дял (%)
Добра заплата	66.7
Ясна и прозрачна система на заплащане	49.5
Връзка между степента на заплащане и квалификацията	37.3

- Работно място

Фаворитизираните критерии в подskalата „Работно място“ (без значение на мястото, на което са поставени показателите) са представени в табл. 3. Най-голям относителен дял (50.5%) заемат респондентите, посочили като пръв по важност критерий *Оптимален работен график*.

Таблица 3. *Фаворитизирани критерии в подскала „Работно място“*

Критерии	Относителен дял (%)
Оптимален работен график	50.5
Добра организация на работа	41.1
Добра материална база	34.3

- Управление на организацията

Фаворитизираните критерии в подскала „Управление на организацията“ (без значение на мястото, на което са поставени показателите) са представени в табл. 4. Най-голям относителен дял (50.5%) заемат респондентите, посочили като пръв по важност критерий *Доверие към ръководителите*.

Таблица 4. *Фаворитизирани критерии в подскала „Управление на организацията“*

Критерии	Относителен дял (%)
Доверие към ръководителите	61.1
Добри отношения с прекия ръководител	58.1
Зачитане на правата на отделния служител	48.2

- Професионална кариера

Фаворитизираните критерии в подскала „Професионална кариера“ (без значение на мястото, на което са поставени показателите) са представени в табл. 5. Най-голям относителен дял (42.1%) заемат респондентите, посочили като пръв по важност критерий *Желание за работа* (в тази организация) *в дългосрочен план*.

Таблица 5. *Фаворитизирани критерии в подскала „Професионална кариера“*

Критерии	Относителен дял (%)
Желание за работа в дългосрочен план	42.1
Наличие на ясни критерии за кариерно развитие	40.1
Насърчаване обучението на персонала	37.8

- Социални гаранции

Фаворитизираните критерии в подскалата „Социални гаранции“ (без значение на мястото, на което са поставени показателите) са представени в табл. 6. Най-голям относителен дял (66.7%) заемат респондентите, посочили като първо по важност *Изплащане на гарантираните обезщетения в съответствие с трудовото законодателство – Кодекса на труда (болнични листове, майчинство, детски, др.)*.

Таблица 6. Фаворитизирани критерии в подскала „Социални гаранции“

Критерии	Относителен дял (%)
Изплащане на гарантираните обезщетения в съответствие с трудовото законодателство – Кодекса на труда (болнични листове, майчинство, детски, др.)	66.7
Ползване на отпуск в съответствие с трудовото законодателство	61.9
Изплащане на гарантираните обезщетения в съответствие с трудовото законодателство – Кодекса на труда при уволнение/съкращение, в случаите на трудова злополука, професионално заболяване или смърт	43.2

- Социални придобивки

Фаворитизираните критерии в подскала „Социални придобивки“ (без значение на мястото, на което са поставени показателите) са представени в табл. 7. Най-голям относителен дял (66.1%) заемат респондентите, посочили като първо по важност *Изплащането на материални средства за отпуск, Великден, Коледа*.

Таблица 7. Фаворитизирани критерии в подскала „Социални придобивки“

Критерии	Относителен дял (%)
Изплащане на материални средства за отпуск, Великден, Коледа	66.1
Осигуряване на работно облекло	44.6
Заплащане на разходи за храна	35.4

Заклучение

С това проучване се установи, че най-важните критерии за качество на трудовия живот за работещите в здравеопазването са: добър психологически климат; добра заплата; изплащане на гарантираните обезщетения в съответствие с трудовото законодателство – Кодекса на труда (болнични

листове, майчинство, детски, др.); изплащане на материални средства за отпуск, Великден, Коледа; доверие към ръководителите; оптимален работен график; желание за работа (в организацията) в дългосрочен план.

Здравната организация и мениджърът ѝ трябва да имат предвид тези резултати и да се съсредоточат върху тях, за да се подобри качеството на живота на работещите в сферата на здравеопазване.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоршин, А. П. (2003). Мотивация трудовой деятельности: учеб. пособие. Новгород: НИМБ, 320.
2. Качество трудовой жизни. Retrieved October 29, 2016, from URL: http://dps.smrtlc.ru/Od_PM/Od_07_2.htm
3. Проданова Я., Т. Кундуржиев, М. Янчева-Стойчева, К. Любомирова, Н. Цачева. (2018). Изследване на субективното възприятие за качество на трудовия живот на работещи в здравеопазването. ФОЗ, 208.
4. Янковская В. (2003). Основные составляющие качества трудовой жизни. *Стандарты и качество*, (2), 46-47.

Адрес за кореспонденция:

*Yanka Petkova Prodanova, Todor Georgiev Kundurzhiiev
Department "Occupational Medicine",
Faculty of Public Health, Medical University of Sofia*

ГОТОВНОСТ НА СТУДЕНТИТЕ ДА ЗАПОЧНАТ РАБОТА ПО СПЕЦИАЛНОСТТА

Мима Николова, Надежда Иванова, Мариана Пенкова

PREPARATORY REQUIREMENTS TO START THE WORK OF THE SPECIALTY

Mima Nikolova, Nadezhda Ivanova, Mariana Penkova

Резюме: *Всяка година в България се дипломират около 400 медицински сестри. Въпреки това, проблемът с недостига им в здравните заведения се задълбочава. Мотивирани ли са тези кадри да работят по избраната специалност?*

Ключови думи: *студенти, медицински сестри, качество на здравните грижи*

Summary: *Each year about 400 nurses graduate in Bulgaria. However, the problem of shortage is getting worse. Is these staff motivated to work on the chosen specialty?*

Key words: *students, nurses, quality of health care*

Въведение

Свидетели сме на процеси на глобализация и на тенденция на застравяване на населението и непрекъснато нарастване на потребностите от здравни грижи. За осигуряване на качествени здравни грижи и за правилното функциониране на цялата здравеопазна система е необходимо да се преодолее кризата с недостига на медицински сестри. Въпреки, че всяка година завършват такива кадри, то във всеки завършил випуск има такива, които избират да се реализират при по-добри условия извън България и такива, които се отказват да практикуват професията си. Последната здравна статистика сочи, че в момента не достигат около 11 000 медицински сестри.

Съвременните изследвания са категорични, че образованието е ключов фактор за успеха на по-нататъшната реализация на човека. Университетите подготвят медицински специалисти според потребностите на здра-

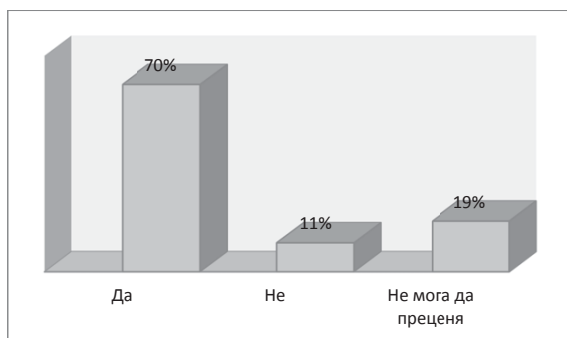
венопазването, търсенето и престижа на професията. Редица проучвания на Европейския форум на националните сестрински и акушерски асоциации и на Световната здравна организация показват, че от броя и квалификацията на медицинските сестрите и останалите здравни специалисти в болниците зависи броят на усложненията, продължителността на лечение и смъртността на болните. Съществуването на извънболничната помощ е немислимо без медицински специалисти.

Цел на проучването е да се установят нагласите на студентите - медицински сестри след приключване на образованието си да работят по специалността.

Материали и методи: Анкетирани са 37 студента от специалност „медицинска сестра“ през учебната 2018/2019 г., трети курс, шести семестър, Медицински факултет, Тракийски университет. Данните са обработени с математически и графични методи.

Резултати и обсъждане

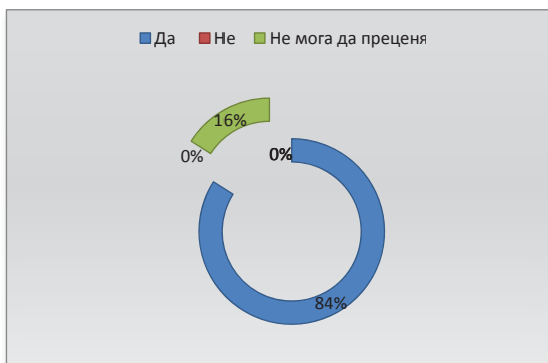
Намерение на студентите да работят по специалността след завършване на обучението си. След завършване на образованието си, 26 (70%) от студентите имат намерение да работят по специалността, 4 не желаят, а 7 (19%) не са решили (фиг. 1).



Фиг. 1 Отговори на анкетираните студенти на твърдението в „След завършване на обучението си ще започна работа по специалността.“

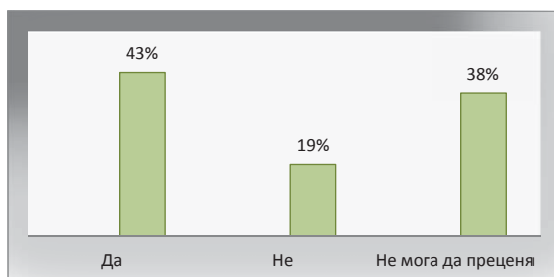
Проект BG051PO001-3.3.07-0002 „Студентски практики“ се реализира със съдействието на Министерството на образованието на науката на Република България на няколко етапа. По време на реализиране на проекта студентите имат възможност да усъвършенстват извън учебно време своите професионални знания и умения. Проучването показва, че според студентите участието в проекта спомага за създаване на полезни контакти с бъдещи работодатели и придобиване на тясно специализирано практическо обучение за работа в конкретен сектор [1].

На фиг. 2 и фиг. 3 са представени резултатите от самооценката на студентите за подготовката им по специалността, в която се обучават.



Фиг. 2 Отговори на анкетираните студенти на твърдението в „Имам нужната теоретична подготовка, за да започна работа по специалността“

Висок процент 84% (31) от студентите са уверени, че имат нужната теоретична подготовка за да могат да практикуват избраната професия, само 6 (16%) от тях не могат да преценят това.



Фиг. 3 Отговори на анкетираните студенти на твърдението в „Имам нужната практическа подготовка, за да започна работа по специалността“

От фиг. 3 става ясно, че половината от анкетираните са сигурни в усвоените практически умения (43%), 38% не могат да преценят своята практическа подготовка, 7 (19%) мислят, че не притежават нужните умения.

Заклучение

Голяма част от анкетираните студенти – медицински сестри, непосредствено преди започване на държавния преддипломен стаж, след завър-

шване на обучението си имат намерение да работят по специалността, която са придобили в МФ, ТрУ - Стара Загора.

Като цяло, студентите се чувстват в голяма степен професионално подготвени, като предполагаемо те имат висока самооценка при теоретичните знания. На респондентите в това проучване им предстои задължителен стаж в последните два семестъра от обучението, когато ще повишат практическите си умения. И тук възниква въпросът дали това ще повиши тяхната готовност да работят по избраната специалност или ще ги разколебае? Ето защо след окончателното им завършване на обучението ще повторим анкетата за да разберем какво е влиянието на стажа върху тяхната мотивация.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андонова, А. (2015). Удовлетвореност на студентите от участието в проект „Студентски практики“, Бургас, акад. сп. Управление и образование, кн. 5, том XI, VOL №5, 12-14.
2. Балканска, П. А., С. Младенова, Н. Георгиев. (2008). Стареене на населението и насоки в развитието на здравните грижи, сп. Сестринско дело, 40, 4, 30-33.
3. Попов, Т., кол. (2010). Медицинска педагогика, Габрово.

Адрес за кореспонденция:

*Мима Николова, Надежда Иванова, Мариана Пенкова
Тракийски университет, Медицински факултет,
Катедра „Здравни грижи“
E-mail: Karincheva_mima@abv.bg*

МЕДИЦИНСКИ АСПЕКТИ НА СОЦИАЛНАТА РАБОТА

Надя Влаева, Весела Марева

MEDICAL ASPECTS OF SOCIAL WORK

Nadya Vlaeva, Vesela Mareva

Резюме: Социалната работа е практическа професия и академична дисциплина, която насърчава социалната промяна и развитието, социалното сближаване и овластяването и освобождаването на хората. Принципите на социалната справедливост, правата на човека, колективната отговорност и зачитането на различията са от основно значение за социалната работа. [1] В наши дни тя обхваща широк спектър от дейности с икономически, правен, медицински характер, което обуславя необходимостта от подготвени кадри в областта на социалните дейности. Такъв спектър от знания и умения предлага Медицинският факултет на Тракийски университет.

Ключови думи: социална работа, медицина, право, социални, общество

Abstract Social work is a practical profession and an academic discipline that promotes social change and development, social cohesion and the empowerment and liberation of people. The principles of social justice, human rights, collective responsibility and respect for differences are essential for social work. [1] Nowadays, it covers a wide range of activities of economic, legal, medical nature, which determines the need for trained personnel in the field of social activities. Such a spectrum of knowledge and skills is offered by the Medical Faculty of the Trakia University.

В резултат на задълбочаващата се политическа и икономическа кризи, подобряването благосъстоянието на обществото е водещ приоритет в европейския дневен ред повече от десетилетие. Редица общностни документи фокусират вниманието върху целенасочени действия по подкрепа на

най-уязвимите групи от обществото и разширяване знанията и уменията на социалния работник. На европейско ниво, стратегическата визия на „Европа 2020“ цели осигуряване на достъп и възможности за всички през жизнения им цикъл. Изпълнението на целите в областта на социалното включване е тясно свързано с изпълнението на политиките по осигуряване на заетост, достъп до образование и качествено здравеопазване.

Сред ключовите акценти на политиката в областта на социалното включване са:

- продължаване и финализиране на процеса на деинституционализация на грижата за деца;
- стартиране на процеса на деинституционализация на грижата за възрастните хора и хората с увреждания;
- разширяване на достъпа до услуги чрез изграждане на адекватна мрежа от достъпни и качествени социални и здравни услуги в общността и в домашна среда;
- подпомагане на семейства с деца и други. [2]

На национално ниво, достъпът до социални и медицински услуги е конституционно право на всеки български гражданин. [3] Подкрепата и обслужването на нуждаещите се се извършват при условия и ред, определени в редица национални закони.

Хората, живеещи в райони с ограничен достъп до социални и медицински услуги са по-уязвими към специфични рискове за здравето и е по-малко вероятно да имат достъп до превенция и грижи. Отдалечеността и дефицитът на услуги обуславят необходимостта от подготвени кадри, които да отговорят на предизвикателствата на заобикалящата ни среда. В Медицинския факултет на Тракийския университет теоретико-практическата подготовка на социалните работници следва интензивно на съвременното и се базира на широк спектър от медицинска, психологическа, педагогическа, икономическа, социологическа и правна подготовка.

Академичният курс на обучение на младите специалисти се основава на модулна подготовка, отговаряща на нуждите на практиката. В реализацията на своите професионални задължения за оказване на подкрепа, нейната ефективност се гарантира от широкия спектър на изучаваните дисциплини, както в Медицинския факултет на Тракийския университет. [4]

Социалната работа в областта на здравеопазването засяга медицински аспекти на човешкото здраве, свързани с адаптирането на индивида към промените в здравето и влиянието, което те оказват върху социалната среда. Социалните работници, независимо от обстановката трябва да са готови да подкрепят хората, трябва да осигуряват възможност да се приспособят към средата и болестта и да се справят с медицинските кризи. [5]

Нуждата от базови познания на социалния работник, свързани с медицинските проблеми се обуславя от същността на професията и контингентът, с който специалистите работят. Социалната работа като подкрепя-

ща дейност цели разрешаване и превенция на медико-социалните проблеми, пред които са изправени отделните индивиди, семейства и малки групи. Те могат да включват трудности, рискове, увреждания или разстройства, включително психически, емоционални и поведенчески. [6]

Фокусът върху разширяване на достъпа до услуги налага социалния работник да има голям набор от знания и умения в различни области, в това число и медицинска подготовка. Това има отношение и към практиката в социалните услуги и социалното подпомагане. Нуждата от академична подготовка на национално ниво проличава и в чл.5 на Закона за хората с увреждания, където е посочено, че средствата за оказване на подкрепа за хората с увреждания с цел социално приобщаване включва: медицинска, професионална, социална, трудова и психологическа рехабилитация. [7]

Медицинската рехабилитация е разписана в чл.29 от същият закон и е определена, като лечебна дейност, осъществявана от мултидисциплинарни екипи при условията и по реда на Закона за лечебните заведения и на Закона за здравното осигуряване, и включва:

1. идентификация на уврежданията;
2. медицинска и функционална диагностика;
3. физикална терапия;
4. говорна и зрителна терапия;
5. кинезитерапия;
6. хидротерапия;
7. ерготерапия;
8. психотерапия;
9. поддържаща медикаментозна терапия;
10. назначаване на помощни средства, приспособления, съоръжения и медицински изделия за хората с увреждания. [7]

Социалната рехабилитация в Закона за хората с увреждания е свързана със създаване на умения за водене на независим живот в обществото чрез рехабилитация на зрението, слуха и говора, двигателна рехабилитация, психологична помощ, психо-социално консултиране, трудова и професионална дейност, предоставяне на социални и рехабилитационни услуги и други дейности.

Дейностите, които се извършват в областта на социалната рехабилитация, са свързани с:

1. изграждане на умения и способности за справяне при осъществяването на дейностите в живота;
2. изграждане на подкрепяща среда за човека за водене на независим живот;
3. създаването на условия за социални контакти, творчество и художествено-творчески изяви, рекреационни дейности, информация и други. [7]

Социалната работа е свързана със съвместна дейност на различни специалисти и това може да се реализира успешно чрез екипна работа. Част от мултидисциплинарните екипи са социалните работници и медицинските специалисти. Съвместната работа на тези специалисти повишава качеството на предоставяните комплексните грижи;

Завършилите специалност „Социални дейности” към Медицински факултет получават широка интердисциплинарна подготовка, съчетаваща знания, умения и компетенции в различни области – право, медицина, пе-

дагогика, психология, етика и др. Овластяването на знания и умения по изброените дисциплини се допълва с институционален стаж, който осигурява възможност на бъдещите социални работници да участват в практическа социална работа и за тяхното професионално ориентиране.

В подкрепа на нашата идея за медицинските аспекти в обучението на социалните работници идва и идеята на тези, които обучават и медицинските специалисти. Според Н. Иванова "Бъдещият медицински специалист трябва да бъде подготвен във ВМУ за решаването на медико-социалните проблеми в различните възрастови групи". [8]

Заклучение

Текстът на настоящата статия дава основание да се направят следните изводи:

- Необходимостта от медицински модул в обучението на социалните работници е полезно и практически овладяно. То е от изключително значение за ефективната социална работа. Динамиката на съвременното налага необходимостта от базова медицинска подготовка на социалните работници, с която те ще бъдат в състояние да отговарят на нуждите на хората с увреждания и на обществото.
- Екипната работа на социалните и медицинските специалисти спомага за повишаване на комплексни грижи полагани за уязвими групи;

ЛИТЕРАТУРА

1. Global definition of social work, IASSW, 2014.
2. Европа 2020: Национална програма за реформи, МФ, 2018.
3. Конституция на Р. България, обн. ДВ, бр. 56 от 1991 г., чл. 52.
4. <http://uni-sz.bg/truni3/>
5. Otis-Green, Sh. Health care social work, 2013.
6. Механджийска, Г. (2017). Как помага клиничната социална работа: области и методи на интервенция, Е-списание. Социална работа, бр. 2.
7. Закон за хората с увреждания, обн. ДВ. бр. 105 от 18 декември 2018 г., изм. и доп. ДВ. бр. 24 от 22 март 2019 г.
8. Иванова, Н., М. Пенкова (2014). XXXIII НТС на ИНГА „Гражданската идея в действие“, ”Професионално-клинично мислене и решаване на медико-социалните проблеми на населението”, С., 317-319, ISSN 1313-9134.

Адрес за кореспонденция:

*Надя Влаева¹, дсд, Весела Марева², докторант
Тракийски университет,
Медицински факултет, катедра „Социални дейности”
e-mail: nadia_vl@abv.bg, vesela.mareva@gmail.com*

РОЛЯ, ФУНКЦИИ И КВАЛИФИКАЦИЯ НА НАЧАЛНИК ОТДЕЛЕНИЕТО КАТО КЛИНИЧЕН МЕНИДЖЪР

Мариана Пенкова, Мима Николова, Надежда Иванова

ROLE, FUNCTIONS AND QUALIFICATION OF THE HEAD OF THE DEPARTMENT AS A CLINICAL MANAGER

Mariana Penkova, Mima Nikolova, Nadezhda Ivanova

През последните две десетилетия в теорията и практиката на общественото здраве се наблюдава тенденция за обособяване на отделно направление клиничен мениджмънт. В България развитието на това направление е едва в зародиша си, за него свидетелстват само отделни изследвания и публикации. В най-обобщен вид клиничният мениджмънт се схваща като комплексен подход за клинично-организационни, медико-технологични медико-етични и фармако-икономически анализи, насочени към по-ефективен контрол и управление на качеството на медицинската помощ [1, 2, 3, 4].

Цел на проучването е анализ на ролята, функциите и квалификацията на Началник отделението като клиничен мениджър.

За изпълнение на тази цел са формулирани следните задачи:

1. Изследване, анализ и оценка на мотивацията на персонала и определяне на ролята на клиничния мениджър.

2. Изследване, анализ и оценка на стила и метода на работа в Гастроентерологично отделение на УМБАЛ „Проф. д-р Ст. Киркович“ АД.

3. Изследване, анализ и оценка на прилагания алгоритъм на разработване, вземане и реализиране на управленските решения.

Методи

- логически изследователски методи, свързани с проучване на литературни източници, нормативни документи и локални документи на изследваното лечебно заведение;

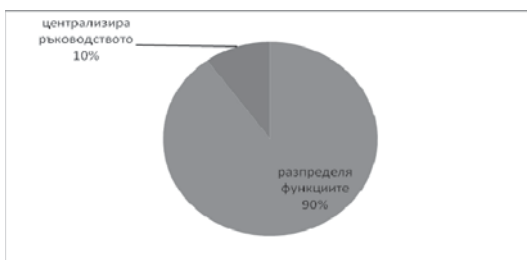
- социологически метод - анкета;

- статистически методи - описателна статистика, графичен и табличен анализ.

Резултати и обсъждане

Оценка на стила на управление на Началник Гастроентерологично отделение. Управленският стил е начинът, по който клиничният мениджър в лицето на Началник отделението, изпълнява управленските си функции. Стилът на управляващия се формира от различни елементи: начин на вземане на решения, как реализира на практика взетите решения, какви са взаимоотношенията с подчинените и колегите, какво е отношението му към поемане на отговорност и др. Стилът на лидерство се определя, като се анализират типични начини на поведение на дадения ръководител [1, 5, 6, 7, 8, 9, 10]. За изучаване, анализиране и определяне стила на управление бе предоставена анкета, съдържаща 10 въпроса от затворен тип. Всеки от поставените въпроси отразява определена мениджърска характеристика, определяща управленския стил.

Резултати от анкетното проучване за стила на управление на Началник Гастроентерологично отделение. 90% от респондентите считат, че техният началник ясно разпределя функциите и централизира ръководството само в трудни ситуации. Останалите 10% са на мнение, че той централизира ръководството, като се стреми постоянно да е в течение на всички детайли в работата (фиг. 1).



Фиг. 1: Стил на управление на НО

Няма респонденти, за които той не е силно заинтересован. В обособените три групи длъжности (лекар, медицинска сестра, санитар) не се наблюдават различия – 86% от лекарите и санитарите и 93% от сестрите оценяват положително способностите на своя началник ясно да разпределя функциите и да делегира отговорности на членовете на екипа.

На въпроса „Как Началник отделението действа в напрегнати или критични ситуации?“ - 90% от респондентите считат, че търси решение на проблема заедно с подчинените; 7% - преминава към по-твърди методи на ръководство; а 3% са на мнение, че му е трудно да се справи със задълженията си. Аналогично на предходния въпрос, и по този, в обособените три групи длъжности (лекар, медицинска сестра, санитар) не се наблюдават различия – 86% от лекарите и санитарите и 93% от сестрите определят своя началник като мениджър, който търси решение на

проблемите заедно с подчинените си. Както изтъква А. Андонова, „етичните норми в здравеопазването представляват система от възгледи за света, в рамките на които медицинските специалисти могат да вземат решения съобразно етичните стандарти и да изпълняват задълженията си към обществото, колегите и пациентите”. [11]

В заключение:

Едно от условията за успешна дейност на клиничния мениджър е постигането на гъвкаво и ефективно взаимодействие между него и персонала. Клиничният мениджър е пряко подчинен на началник отдела, но ролята и отговорността му е еднаква с тази на началник отдела. Това са две важни фигури в здравния мениджмънт, които все още слабо са застъпени в здравните заведения и организации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Попова, Кр. (2009). Клиничен мениджмънт на мозъчния инсулт. Автореферат на дисертация, 48 с.
2. Борисов, В., (2006). Стратегически мениджмънт, С., Фирмест.
3. Борисов, В. (2009). Здравен мениджмънт – новата азбука на здравния мениджмънт. 300 с.
4. Воденичаров, Ц. (2010). 10^{те} принципа на медика и мениджъра, С., изд. Симелпрес.
5. Димитров, Д. (2009). Стил на лидерство и мениджмънт в болницата, Здравна политика и мениджмънт.
6. Димитров, Д., А. Жеков (2009). Проблеми на професионалната мотивация на здравните мениджъри, Здравна политика и мениджмънт.
7. Захов, В. (2008). Управление на човешките ресурси в лечебните заведения, Здравна политика и мениджмънт, 6, с. 83-84.
8. Петрова, Зл., К. Чамов, Ст. Гладилов (2008). Качеството в здравеопазването – съвременни измерения и тенденции, С.
9. Adair, J. (2005). How to Grow Leaders: The Seven Key Principles of Effective Leadership Development, Kogan Page.
10. Mack, J., (2009). The 6 Timeless Attributes of Success: Winning Principles for Your Business & Personal Development, www.amazon.com/reader
11. Andonova, A., Ethical standards in the medical professions, International Scientific School “Paradigma”, Summer-2015, Medicine, select papers, ISBN 978-1-62174-089-6, pp. 6-8.

Адрес за контакти:

*Доц. д-р Мариана Пенкова, дм; Мима Николова, дм, Надежда Иванова, дм
Катедра „Здравни грижи”, Медицински Факултет,
Тракийски Университет - Стара Загора*

ХРАНИТЕЛЕН РЕЖИМ ПРИ ХРОНИЧЕН ГАСТРИТ

Наталия Хартя, Иванка Милотинова, Даниела Ананиева

NUTRITIONAL REGIME IN CASE OF CHRONIC GASTRITIS

Natalia Hartya, Ivanka Milotinoва, Daniela Ananieva

Хроничният гастрит е заболяване, което има характер на дългогодишно възпаление на лигавицата на стомаха и водешо до жлезиста атрофия и секреторна недостатъчност при тежките форми. Това е най-често срещаната болест сред населението. Честотата на заболяването нараства с възрастта - до 20 год. възраст 20% от населението страда от хроничен гастрит, а над 60 г. половината от населението е с гастрит.

За развитието на хроничният гастрит влияние оказват различни ендогенни и екзогенни фактори.

Хроничното дразнене на стомашната лигавица най-често се провокира от редовна употреба на дразнещи храни, системна употреба на алкохол, честата употреба на нестероидни препарати, кортикостероиди. Основна роля за възникването на хроничния гастрит се пада на *Helicobacter pylori*, при който директно се уврежда повърхностния стомашен епител от бактериалните токсини и ензими. При доказана инфекция с *H. Pylori* се предприема лечение и с антибиотици, тъй като спазването на предписания хранително-диетичен режим на пациентите не е достатъчен за предотвратяване на оплакванията.

Голям дял за възникване на хроничния гастрит се пада и на наследствено-генетични фактори, като някои хронични заболявания, които водят до увреждане на стомашната лигавица и т.н.

В над 50% от случаите на хроничен гастрит имат безсимптомно протичане. В останалите случаи заболяването се проявява с нехарактерни диспептични и болкови оплаквания - епигастрална болка и парене зад гръдната кост на гладно, тежест след нахранване, особено след употреба на запържени и силно дразнещи храни, много често настъпват и промени в апетита.

При по-леките форми пациентите имат запазено добро физическо здраве. При по-тежките форми и по-дълго протичане на заболяването симптомите стават по-изразени. Пациентите освен тежките диспептични оплаквания имат повръщане, получават непоносимост към редица храни, настъпва намаление на телесната маса и са почти с постоянна болка в епигастриума.

Основната цел в лечението е да се намали секрецията на солна киселина в стомаха, като се включват различни терапевтични възможности, имащи за цел намаляване и отзвучаване на клиничните симптоми. От изключително значение за овладяване на рецидивите на заболяването и намаляване на риска от повторната им поява е провеждането на правилна медикаментозна терапия и спазването на определен хранително-диетичен режим.

Лечебният отговор в много случаи не е достатъчен. От голямо значение е пациентът да създаде и изгради необходимите хранителни навици и да настъпи промяна в ежедневиия му стил и начин на живот.

Каква диета трябва да бъде спазвана при лечение на гастрит?

Диетата не означава гладуване. Тя цели да отстрани дразнителите, които влияят върху храносмилателната система и да подпомогне процесите на възстановяване. От особена важност е всеки пациент страдащ от гастрит да знае и да бъде информиран кои храни са позволени и кои трябва да се избягват. Храненето е от много голямо значение за заболяванията на стомаха и заема ключово място в лечението. Храните трябва да бъдат лесносмилатели и едновременно да доставят нужните хранителни вещества. За постигане на хранителен баланс е необходимо да се избягват всички храни, които по някакъв начин биха подразнили стомашната лигавица или такива, които стимулират секрецията на солна киселина.

Съществено значение има и кулинарната обработка на храната, като тя трябва да бъде съобразена с нуждите на пациента. Основен принцип при гастрита е храната да бъде термично, химично и механично щадяща. Температурата на приеманата храна да бъде умерена и близка до телесната. Препоръчително е да бъде приготвена чрез варене, печене или задушаване. Трябва да се избягват пържени храни, особено тези с образувана хрупкава панировка и по-дълго обработвани в мазнина. Желателно е да се намали количеството на суровата храна, особено забранени са опушени и консервирани храни.

Зеленчуците е желателно да не се консумират в суров вид, особено в острия стадий на заболяването, а да се приемат варени, задушени или печени. Препоръчва се да се пасират предварително, като се приготвят от тях различни видове пюре и сокове.

Плодовете също трябва да се консумират във вид на пюре, сокове, печени или мусове. В суров вид могат да се приемат меки настъргани

ябълки или банани. Храната трябва да бъде във вид на супи, каша, пюрета. Твърдите храни трябва да се избягват, особено в суров вид (напр. зеле, моркови, цвекло). Храненето трябва да бъде често и в умерени количества, най-добре е да бъде през около 3 часа. Необходимо е да се избягват прекалено топли и прекалено студени храни. Спазването на диетично-хранителния режим категорично ще доведе до отзвучаване на неприятните симптоми.

Препоръчителните храни за консумация при хроничен гастрит са:

- Мляко и млечни продукти - Разрешени са нискомаслено кисело и прясно мляко, извара, топено и обезсолено сирене, диетична извара, млечни кремове и масло. Да се избягват сметана и високомаслени продукти.

- Месни продукти, риба и яйца - Разрешена е консумацията на нетлъсти меса и риби: пилешко, пуешко, телешко и агнешко месо, бяла риба - варена или печена на скара. Позволява се консумацията на пресни колбаси, като диетични кренвирши и телешки салам, нетлъста шунка. Яйцата могат да се консумират рохко сварени и под формата на омлети на пара и млечни кремове с яйца. Твърдо сварени яйца не се препоръчват.

- Тестени и захарни изделия - бял пшеничен хляб и хляб „Добруджа“, сухари, бисквити, макаронени изделия, нишесте, соя и продуктите от нея. Да се избягват пълнозърнести храни, закуски, приготвени с бутертесто, баници и други мазни тестени изделия.

- Зеленчуци – Разрешена е консумацията на варени, печени или във вид на пюрета плодове и зеленчуци, като варени картофи и моркови, печени ябълки, плодови пюрета, пресни зрели домати които трябва да се консумират белени, тиквички, пасирани зеленчукови супи, тиква, стъргана прясна краставица. Могат да се използват сурови плодове и зеленчуци, ако те са меки и добре узрели, напр. кайсии, праскови, пъпеш, диня, банан, ситно нарязан домати. Да се избягват твърди плодове и зеленчуци – сурови моркови, цвекло, зеле, ряпа, пипер, круши, дюли, плодове със семки - ягоди, малини, къпини, грозде, смокини. Забранена е употребата на чесън, лук, люти чушки. Разрешени са плодови и зеленчукови прясно изцедени сокове и нектари от ябълки и моркови.

- **Напитки.** Много е важен приемът на достатъчно количество вода. Забранени са кафе, зелен и черен чай, какао, алкохол.

- **Мазнини.** За предпочитане е да се избягват мазни храни, особено от животински произход. Да се използват студенопресовани масла като зехтин, ленено масло. Може да използва краве масло. Забранена е употребата на маргарин.

- **Подправки.** Добре е тяхната употреба да бъде ограничавана. Могат да бъдат използвани зелени подправки като копър и магданоз. Солта трябва да е в ограничени количества.

Целта на разработката е да представим модел за по-добра информираност на пациентите и създаването на правилен хранителен режим при

хроничен гастрит. Акцентът се поставя на профилактиката и правилния хранителен режим за предотвратяване на уврежданията. Вниманието трябва да бъде насочено към отстраняване и/или повлияване на причините и рисковите фактори. Хранителният режим трябва да бъде щадящ, без дразнещи вещества, пикантни храни и консерванти. Препоръчително е мазнините да бъдат ограничени напълно. Обработката на храната трябва да бъде чрез варене, печене и задушаване. Препоръчва се дневен режим с 5-6 хранения на ден с по-малко количество храна на прием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилова, Д. (2012). Ръководство по вътрешни болести със сестрински грижи, Първа част, изд. Екс-прес, Габрово.
2. Белое, Й. (1996). Грижи за болния и сестринска техника, МИ.АРСО, С .
3. Александрова, М., Авт. колектив (2015). Грижи за болния и сестринска техника . Централна медицинска библиотека, МУ-София.

Адрес за кореспонденция:

*Наталия Хартя, Иванка Милотинова, Даниела Ананиева
Катедра „Здравни грижи“, ФОЗ, МУ – София
специалност „Медицинска сестра“*

ХРАНЕНОТО НА ХОРАТА ПРИ РАЗЛИЧНИ УСЛОВИЯ НА ТРУД У НАС – ВЪПРОС НА ЛИЧЕН ИНФОРМИРАН ИЗБОР

*Петър Марков, Ирина Маркова, Донка Байкова,
Димитър Марков, Александрина Воденичарова*

NUTRITION OF PEOPLE WORKING IN DIFFERENT OCCUPATIONAL CONDITIONS – MATTER OF THEIR PERSONAL INFORMED FOOD CHOICE

*Petar Markov, Irina Markova, Donka Baykova,
Dimitar Markov, Alexandrina Vodenicharova*

Резюме: **Проблем:** През последното десетилетие препоръките за здравословно хранене на хората при различни условия на труд претърпяха промени. Отдава се приоритет на личния информиран избор на самия индивид. **Цел** на настоящата разработка е да се извърши специализиран медицински анализ и научна оценка на актуалните експертни препоръки за хранене на хората, работещи при различни условия на труд – база за разработване на програми за промоция на личния им информиран избор на здравословни храни. Анализът на **данните** сочи, че експертите препоръчват, храненето на работещите лица да има следните характеристики: Нормобелтъчно (10-20Е%), основано на пълноценни белтъчни храни от животински и растителен произход; Нормо-въгледехидратно (45-60Е%) - богато на полизахариди и фибри, с внос на дизахариди (глюкоза и фруктоза) предимно от плодове и зеленчуци; Хипо-мастно (20Е%) - от добри растителни източници на полиненаситени мастни киселини; Богато на витамини и минерали; Нормоенергийно и съответстващо на интензивността на физическите усилия. Прави се **заключение**, че съблюдавайки посочените основни принципи при индивидуалния си избор на здравословни храни, работещите хора биха съхранили дълготрайно доброто си здраве и работоспособност.

Ключови думи: хранене, препоръки, работещи лица, различни условия на труд, личен информиран избор

Abstract: Problem: Over the last decade, recommendations for healthy nutrition of people working in different occupational conditions have changed. Priority is given to the individual's informed choice of the person. The **aim** of the present study is to carry out a specialized medical analysis and scientific evaluation of the current expert recommendations for nutrition of people working in different working conditions in order to develop programs for the promotion of their personal informed choice of healthy foods. Documentary and statistical **methods** of study were used. **The results** indicate that the nutrition of workers is normoprotein (10-20%) and based on combined protein foods of animal and plant origin; normo-carbohydrate (45-60E%) - rich in polysaccharides and fiber, mainly in disaccharides (glucose and fructose) from fruits and vegetables; hypo-fat (20%) - from good plant sources of polyunsaturated fatty acids; rich in vitamins and minerals from vegetables and fruits. The energy value of daily food varies depending on the intensity of physical effort. It is **concluded** that, observing these basic principles in their individual choice of healthy foods, working people would maintain their long-term good health and employability.

Key words: nutrition, working people, expert recommendations, occupational conditions, individual informed choice

Проблем: През последното десетилетие рекомендациите за здравословно хранене на трудово-заети лица претърпяха промени в глобален и национален мащаб. Отпадна регулацията от страна на държавата. Отдава се приоритет на личния информиран избор на самия индивид, в случая – на трудово-заетото лице, което е в съответствие с принципите на международната концепция за промоция на здравето. Претърпяха развитие също така експертните препоръки към *хранителния модел* на тази популационна група - стожер на финансовите устои на икономически развитите страни. [1, 3]

Цел на настоящата разработка е да се извърши *специализиран медицински анализ и научна оценка на актуалните експертни рекомендации за хранене на хората, работещи при различни условия на труд – база за разработване на програми за промоция на личния им информиран избор на здравословни храни.*

Използвани са документален и статистически **методи** на проучване.

Резултати

Експертните препоръки за хранене на трудово-заетите лица са категорични:

Хранителният прием на трудово-заетите лица трябва **съответства на**

специфичните потребности на съответния контингент за поддържане на дълготрайно добро здраве и биотонус. **Енергийната стойност** на дневната храна съответства на специфичните потребности на съответния контингент и е диференцирана, според интензивността на физическите усилия, пола и възрастта и посочена в националните Физиологични норми за хранене на населението в РБ, със съобразени препоръките на Световна здравна организация (WHO) и - Европейския орган за безопасност на храните,(EFSA). [5, 7]

По отношение на количеството на **белтъка**, то също е в границите на физиологичните норми, т.е. - **10-15%Е%** (от енергийната стойност на храната за деня), а качеството - трябва да е с висока биологична стойност – мляко/млечни, месо, риба, яйца, както и растителните им алтернативи – бобови, пълнозърнести зърнени и ядкови продукти. [4, 5]

Въглехидратите трябва да доставят 45-60% от дневната енергия (Е%). Препоръчителният минимален прием на въглехидрати за осигуряване потребностите от глюкоза за нормални функции на мозъка е 130g/ден - предимно - за сметка на храни, съдържащи комплексни полизахариди и богати на фибри (25g/ден) - пълнозърнести зърнени, картофи, варива. Вносът на олигозахариди (глюкоза и фруктоза) е силно редуциран и е препоръчително да бъде най-вече за сметка на плодове и зеленчуци. [4, 5]

Препоръките за прием на мазнини в здравословното хранене на работещите при различни условия на труд е по-скоро **нисък**. Препоръчително е, мазнините в храната да доставят **под 30Е%** от общата дневна енергийна стойност; Приемът на полиненаситени мастни киселини ПНМК, съдържащи се предимно в растителните мазнини да е 5 – 10Е%. Приемът на наситени мастни киселини (НМК) - под 10Е%. (4,5).

Препоръчителният дневен прием на **витамини и минерали** при трудово-заети лица е **завишен**, ФН, 2018. Акцентира се върху: **Витамини** с антиоксидантна активност, като: витамин С, токофероли, каротеноиди и т.п., **съдържащите се в разнообразните зеленчуци, плодове и растителни храни. Минерали** – калций, хемово желязо са от особено значение при работещите хора, източници на които са храните, както от животински, така и от растителен произход. Препоръчителното количество на плодовете и зеленчуците (общо) е над 500 г/ден. Те са признати за функционални храни (подобряващи функцията на поне един орган или система в организма на човека), защото са натурални източници на витамини, минерали, антиоксиданти, а също така – фибри – водноразтворими фибри (пектини) и воднонеразтворими фибри (целулоза, хемичелулоза) – абсорбатори на токсични агенти, попаднали в стомашно-чревния тракт от околната среда. [4, 5]

Препоръчително е, **хранителният режим да бъде 3-, 4- или 5-кратен**, **Приемът на течности** е през целия ден е съобразен със спецификата на условията на трудовата среда, климатичните особености и пола (от 30 до 50 мл/кг телесна маса) – предимно за сметка на питейна вода - 2-

2,5 l/дневно, с умерена температура (нито много студена, нито много гореща), консумирана на малки порции през целия ден. [2, 4, 7] **За биотонус и ободряване** - кафе, чай, билкови отвари, цитронади.

Препоръчва се също така използването на т.нар. **функционални храни**, т.е. – такива, които, извън обичайното си хранително предназначение, подобряват една или повече функции на определени органи/системи в човешкото тяло, поради наличие в състава си на т.нар. “функционални компоненти”. Ако функционалните компоненти са извлечени от натуралните храни и се включат в капсули, прахове, сиропи – се наричат хранителни добавки (Supplements, обогатители на хранителния внос). Насоките за използването са, според спецификата на медико-биологичните им ефекти. [4, 6, 7]

1. Благоприятно влияние върху метаболизма

Полифеноли (в зелен чай, в различни билкови растения, в плодове, зеленчуци и др.), които: Ускоряват обмяната на веществата и изгарянето на мазнините; **Кофеин**: (Съдържа се в зелен чай, кафе, гуарана, напитки на база кола): Потиска апетита; Стимулира термогенезата; Има диуретичен ефект; **Диетични фибри**: Набъбват в стомашно-чревния тракт и създават усещане за ситост; Активират чревната перисталтика и излъчването на енергийни компоненти на храната – глюкоза, мазнини, холестерол; Контролират усвояването на бързо резорбируемите захари (в посока намаляване) и намаляват риска от хипергликемия; **Калий** от растителни хранителни източници - кайсии, тиква, леща и др. - диуретичен ефект и алкализизиращо вътрешната среда на организма действие; **Хром** - Потиска трансформацията на захарите в мазнини – подобрява глюкозната толеранс;

2. Защита срещу оксидативния стрес при различни условия на труд

Функционални компоненти в храните са: **Витамин С; Провитамин А (бета-каротен)** от плодовете и зеленчуците, признати от FDA (Food and Drug Administration), САЩ за функционални храни – богати на витамин С, каротеноиди, ликопени, флаваноиди и др. **400g плодове и зеленчуци** покриват нуждите на организма от антиоксиданти: в моркови, червени чушки, кайсии, праскови; Флаваноиди – в боровинки, вишни, черно грозде и сини сливи; **Бета-глюкан, витамин Е, цинк, манган, мед, селен** - овесени ядки, месо, риба, ядки и др.; **Фитостеролови естери** - от соя, бобови варива и семена; **Токофероли** (витамин Е) от слънчогледовото олио и др.; **Сяра-съдържащи аминокиселини** - метионин, цистин, цистеин от млечни продукти.

3. Подкрепа на сърдечно-съдова физиология

Подходящо е използване на **функционалните компоненти**: **Витамин К** - признат защитник срещу отлагането на калций в атероматозните плаки от групата кръстоцветни зеленчуци (зеле и т.п.); **Ненаситени мастни киселини; Диетични фибри; Бета-глюкан; Фитостеролови естери** от соеви и слънчогледови зърна - намаляват абсорбцията на холестерола от

храните и холестерола, екскретиран с жлъчните киселини; **Изофлаволи** на соево зърно - (**55 g/ден**); **Фолиева киселина (витамин В₉)**, **витамин В₆** и **витамин В₁₂**, участващи в **обмяната на метионина** и профилактиращи развитието на атероматоза и тромбогенеза; **Пробиотици** от кисело мляко и туршии и по-специално **бифидо-бактерии** и **Lactobacillus Bulgaricus**, притежаващи хипохолестеролемичен ефект.

4. Активиране на имунната система

В повечето случаи, функционалните храни, които подобряват функциите на имунната система действат благотворно и върху другите органи и системи - сърдечно-съдова, нервна, храносмилателна. Като се има предвид, че имунната система е непрекъснато действаща, нейното състояние е от значение, пряко или косвено, при почти всички болестни процеси. Подходящи са функционалните компоненти: **Протеини** с добър есенциален аминокиселинен състав в храни от животински произход; **Конюгирана линолова киселина** редуцираща някои форми на рак (рака на гърдата) от агнешко, пуешко, телешко месо, млечни продукти и др.; **Антиоксиданти**: фолиева киселина, витамин В₆, витамин В₁₂, витамин С, витамин Е, цинк, мед, желязо, селен; **Пробиотиците** са също имуностимулатори.

Формулираните конкретни препоръки за здравословно хранене на трудово-заетите лица са императивно звучащи, за да бъдат запомнени и съблюдавани (4):

1. Избирайте и включвайте в менюто си **предимно натурални храни** - продукти на природата; **2.** Предпочитайте **сезонни плодове и зеленчуци**, отглеждани в региона; **3.** Консумирайте по възможност цели **свежи** плодове и зеленчуци; **4.** Хранете се **разнообразно**; **5.** Ограничавайте до **минимум прием на газирани** и безалкохолни напитки, съдържащи кристална захар и технологични добавки; **6.** **Избягвайте** консумация на **пържени** храни; **7.** **Движете** се активно поне по **50 минути** всеки ден.

Заклучение

Съблюдавайки посочените основни принципи на здравословното хранене, трудово-заетите хора биха се радвали на дълготрайно добро здраве, физическа и умствена дееспособност, оптимален метаболитен пулс и биха покривали безпроблемно физиологичните нужди на организма си при специфичните изисквания, свързани със съвременните условия на работа и стрес.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон за здравословни и безопасни условия на труд, обн. ДВ, бр.124,23.12.1997; изм. ДВ, бр. 27 от 25.03.2014.

2. Марков П, Маркова И и кол. (2018). Здравни индикатори на питейната вода, В: 41-ва Научно-технологична сесия “Контакт 2018”, юни 2018, С., ТЕМТО, ISSN 1313-9134, с. 145-150.
3. Наредба за специфичните изисквания към храни, предназначени за употреба при интензивно мускулно натоварване, особено при спортисти, ДВ, бр. 84, 2006
4. Препоръки за здравословно хранене за населението в България 18–65 години, МЗ, НЦООЗ, София, 2006; 40.
5. Физиологични норми за хранене на населението в РБ, Наредба №1, 2018, МЗ, РБ.
6. WHO, A Review of Nutrition Policies, 2010.
7. WHO, Active Aging: from Evidence to Action, 2004.

Адрес за кореспонденция:

*Петър Марков, Ирина Маркова, Донка Байкова,
Димитър Марков, Александрина Воденичарова
Факултет по обществено здраве, МУ - София*

ЕКСПЕРТНИ РЕКОМЕНДАЦИИ ЗА НИВА НА ПРОТЕИН В АДАПТИРАНИТЕ МЛЕКА ЗА КЪРМАЧЕТА

Петър Марков

EXPERT RECOMMENDATIONS FOR PROTEIN LEVELS
IN ADAPTED MILK FOR INFANTS

Petar Markov

Резюме: **Проблем:** *Експертните становища относно нивата на протеин в адаптираните млека за кърмачета са предмет на непрекъснати проучвания и дискусии. Налице са медицински доказателства за необходимост от намаляване на обичайно използваните понастоящем количества. **Цел** на настоящата работа е да проучат, анализират и оценят медицинските доказателства, дискусии и експертни становища в специализираната литература относно оптималните нива на протеин в адаптираните формули-млека за доносени кърмачета. Използвани са документален и статистически **методи** на проучване. **Резултатите** потвърждават хипотезата, че висок белтъчен прием е свързан с повишен здравен риск за ранно развитие на затлъстяване и хиперинсулинемия. Хранителен прием на пълноценен протеин с висока биологична стойност и количество 1,89 g на 100 kcal при стартиращи формули-млека за доносени кърмачета е със сходна резултатност по отношение на растежните показатели, каквато се наблюдава при формулите с по-високо белтъчно съдържание - 2,2 g на 100 kcal. Същевременно е намален значително метаболитният риск. Медико-биологичните достойнства на рецептурите с по-ниско количество белтък се доближават до тези при ексклузивно кърмене. Прави се **заключение**, че за да бъдат внедрени дискутираните корекции са необходими три условия: Точно разписани европейски регламенти; Синхронизирана национална нормативна уредба; Повишена информираност на медицинските специалисти по актуалните проблеми на белтъчното хранене в кърмаческа възраст.*

Ключови думи: адаптирани млека, формули, доносени кърмачета, нива на протеин, метаболитни ефекти, здравен риск

Summary: Problem: Expert opinions on protein levels in Infant formula milk are the subject of ongoing research and discussion. There are medical evidence of the need to reduce the currently used protein quantities. **The aim** of the present work is to study, analyze and evaluate the medical evidence, discussions and expert opinions in the specialized literature on optimum levels of protein in the adapted milk formula for mature infants. Documentary and statistical **methods** of study were used. The results confirm the hypothesis that high protein intake is associated with increased health risk for early development of obesity and hyperinsulinemia. Nutritional intake of protein with high biological value and level (quantity) 1.89 g per 100 kcal in the starting infant formula milk has a similar performance in terms of growth rates as observed for the higher protein formula - 2.2 g protein per 100kcal. At the same time, the metabolic risk was significantly reduced. The medico-biological merits of lower protein formulas are close to those of exclusive breastfeeding. **It is concluded** that three conditions are needed to implement the discussed adjustments: Exactly prescribed European regulations; Synchronized National Legislation; Increased information and knowledge of medical professionals on the current issues of protein nutrition in breastfeeding.

Key words: adapted milk, formula milk, infant formula, protein levels, metabolic effects, health risk

Проблем: Експертните становища относно нивата на протеин в адаптираните млека за кърмачета са предмет на непрекъснати проучвания и дискусии. Относно недостига на белтък и енергия (белтъчно-енергийно недохранване – малнутриция) становищата са категорични: Отразват се негативно върху растежа и развитието на новородените и малките деца. До преди десетина години се толерираше високо количество хранителен белтък при малки деца. Появиха се, обаче, научни данни за увеличен здравен риск при висок белтъчен прием в ранна детска възраст.

Цел на настоящата работа е да се проучат и представят медицинските доказателства, дискусии и експертни становища в специализираната литература относно оптималните нива на протеин в адаптираните формули-млека за доносени кърмачета.

Използвани са документален и статистически **методи** на проучване.

Резултати

През 2009 г. Koletzko и съавт. публикуваха т.нар. „Early Protein Hypothesis“ („ранна протеинова хипотеза“), според която: Повишен прием на протеини в ранна детска възраст стимулира бърз растеж и увеличава

риска от затлъстяване в следващи жизнени етапи. [5] Обяснението на авторите: Аминокиселините с разклонена верига (валин, левцин, изолевцин) в богата на протеини храна активизират отделянето на инсулин, съответно – на т.нар. *инсулино-подобен растежен фактор, IGF-1 (insulin-like growth factor)*. Инсулинът стимулира *мускулната протеинова синтеза* от аминокиселините, а IGF-1 стимулира, освен мускулната протеинова, също така – мастната синтеза. Наблюдава се клетъчно деление на мастни клетки, т.е. – формиране на нови мастни клетки. Известно е, че броят на мастните клетки се детерминира в периода до приключване на линейния растеж на индивида и остава константна величина до края на жизнения цикъл. Веднъж създадени, мастните клетки остават трайно и в готовност, винаги да бъдат напълнени със съдържимо. Високият прием на протеини в кърмаческа възраст води до бързо нарастване на телесната маса. До 2-годишна възраст се наблюдава трайна адипогенна активност. [3-5]

Кърмата се счита за еталон за хранителен белтък в кърмаческа възраст – по количество и по качество (аминокиселинен баланс). Обичайно използваните *стартиращи адаптирани* (т.нар. „формули“) – млека съдържат относително високо количество белтък – 2,2 g/100 kcal. Основанията на експертите и създателите на рецептурите за адаптирани млека са следните: *Различен аминокиселинен състав* между кърмата и суровината (краве мляко); *По-ниска биологична стойност* на протеините на кравето мляко и недостатъчна утилизация (използваемост) на есенциалната аминокиселина триптофан от състава му; *Необходимост* от удовлетворяване потребностите от всички *незаменими аминокиселини* за да е възможен адекватен растеж и развитие. [1, 3]

Посочените нива за белтъчно съдържание в млечните формули (ЕУ) са заложи в Директива 2006/141/ЕО: *Минимум 1,8 g/100 kcal; максимум – 3,0 kcal/100 kcal.*

Повечето формули-млека са със съдържание > или = 2,2 g/100 kcal.

Данни от *мета-анализи* при над 69 000 деца показват, че *кърменето намалява риска от затлъстяване с 22%*, в сравнение с този при изкуствено хранените им връстници. Нещо повече – всеки месец кърмене намалява с 4% риска от затлъстяване (Odds Ratio, OR 0.96). [1]

Влиянието на нивото на протеин в адаптираните (формули-) млека върху „*метаболитното програмиране*“ е детайлно проучено, анализирано и оценено при 1138 кърмачета в рамките на „*Европейски проект за затлъстяване при децата*“, CHOP-Study. [8] *Потвърдени са* основните параметри на “Early protein hypothesis“. [4, 5] Сравнявани са биологичните ефекти от хранене със стартиращи формули-млека в ранна кърмаческа възраст (*IF, Infant Formula*) и последващи формули (*FoF, Follow on Formula*) за деца след 6-месечна възраст в две разновидности: 1. *IF с ниско съдържание на белтък 1,7g/100kcal* и с високо белтъчно съдържание – *2,9g/100kcal*; 2. *FoF*

с много ниско белтъчно съдържание 2,2 g/100 kcal, спрямо съответна формула с високо протеиново съдържание – 4,4 g/100 kcal. [3, 5]

Оценките сочат значително повишено съотношение дължина на тялото/тегло при кърмачета хранени с формули с високи нива на протеини до навършване на 2-годишна възраст. При проследяване до 6-годишна възраст, ефектите върху антропометричните показатели продължават да са налице. Хранените с високи нива на протеин във формули-млеката имат статистически значимо ($P=0.009$) по-висок Индекс на телесната маса, *BMI*, в сравнение с връстниците им, хранени с намалено белтъчно съдържание. Според авторите на концепцията „Early Protein Hypothesis“, по-слабото наддаване на тегло при кърмени деца, в сравнение с деца, хранени от бутилка, е в резултат на по-ниското съдържание на белтък в кърмата, в сравнение с това в обичайно използваните адаптирани млека за кърмачета.

Изводите са, че намаленият прием на протеини в кърмаческа възраст чрез насърчаване на кърменето и чрез намаляване на съдържанието на протеини в адаптираните (формули-) млека може ефективно да допринесе за превенция на затлъстяването в следващи възрастови периоди. Съдържание на протеини в млеката за кърмачета от около 1,8g/100kcal е оптимално и отговаря на хранителните потребности на децата в ранна възраст. [1, 4, 6]

Налице е също научни публикации от авторски колективи, които доказват ефективността и безопасността на стартиращи формули млека за изкуствено хранене на здрави, доносени бебета в неонатален период, разпределени по групи, хранени с адаптирани млека с различно съдържание на протеин: Една група бебета, приемали намалено белтъчно съдържание - 1.89 g белтък /100 kcal; Втора група бебета, поставена на стандартни формули с 2.2 g белтък/100 kcal и Трета „референтна“ група - на майчина кърма. За да се постигне подобро качество (биологична стойност) на протеина, млечната суровина (краве мляко) за адаптираните млечни рецептури е била обогатявана с *α-lactalbumin*, *триптофан* и *фенилаланин*. Наблюденията са били за период от 4 месеца, а основен наблюдаван критерий е бил тегловен прираст в g/ден.

Резултатите от проучването категорично доказват безопасността и ефективността на новата формула с намалено белтъчно съдържание, както и: Не са установени разлики в наддаването на тегло; Растежът е адекватен за възрастовия период на бебетата; Подобрена е енергийната използваемост (утилизация); Не са установени нежелани ефекти; Ситостта е удовлетворена; Поносимостта е добра. [7, 8]

Заклучение

Специализираната медицинска литература се обогати с неизвестни до скоро научни данни за метаболитните ефекти на нивата на протеините в адаптираните млека за доносени кърмачета. Хипотезата, че висок белтъчен прием е свързан с повишен здравен риск за ранно развитие на затлъстяване

и придружаващи го проблеми, е потвърдена. Хранителен прием на пълноценен протеин с висока биологична стойност в количество 1,89 g протеин на 100 kcal в състава на стартиращи формули-млека за доносени кърмачета е със сходна резултатност по отношение на растежните показатели, каквато е при формулите с по-високо белтъчно съдържание. Енергийната ефективност за растящия организъм на новороденото бебе е добра. Намален е здравният риск от метаболитни проблеми.

Медико-биологичните достойнства на адаптирани млека с понижено съдържание на протеин се доближават до тези, наблюдавани при ексклузивно кърмене (ясно е, че никога не могат да бъдат изцяло постигнати). За да бъдат въведени коригирани нива на протеини в медицинската практика се очакват да бъдат реализирани 3 условия: Ясно разписани европейски регламенти; Синхронизирана национална нормативна уредба; Повишена информираност и квалификация на медицинските специалисти по актуалните проблеми на белтъчното хранене в кърмаческа възраст.

ЛИТЕРАТУРА

1. EFSA, Draft Scientific Opinion, 2017, doi: 10.2903/j.efsa.2017.NNN
2. Harder, T., Bergmann, R. et al. (2005). Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2005 Sep 1; 162(5):397-403.
3. Gunther, ALB, Buyken, AE, Kroke, A. (2007). Protein intake levels during the period of complementary feeding and early childhood and their association with BMI and body fat percentage at age 7. *Am J Clin Nutr*; 85:1626-33
4. Koletzko, B., von Kries, R. (2001). Are there long term protective effects of breast feeding against later obesity? *Nutr Health*; 15:225–36.
5. Koletzko, B, Weber, M. et al. (2009). Early nutrition – later outcomes, Childhood Obesity Project (*CHOP Study*, *Am J Clin Nutr*; 89:1836-45. Krebs NF, Jacobson MS. American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Pediatrics* 2003; 112: 424-430.
6. Luque, V., Ricardo CMoR et al. (2015). Early Programming by Protein Intake: The Effect of Protein on Adiposity Development and the Growth and Functionality of Vital Organs, *Nutr Metab Insights*; 8(Suppl 1): 49-56.
7. Pimpin, L., Jebb, S. et al. (2016). Dietary protein intake is associated with body mass index and weight up to 5 y of age in a prospective cohort of twins, *Am J Clin Nutr.*, 103(2): 389-397.
8. Weber, M., Grote, V. et al., (2014). CHOP-Study, *Am J Clin Nutr*; 99: 1041-51.

Адрес за кореспонденция:

Петър Марков

Факултет по обществено здраве, Медицински университет - София

НЕЖЕЛИАНИ ЗДРАВНИ ЕФЕКТИ ПРИ СВРЪХКОНСУМАЦИЯ НА МЛЯКО И МЛЕЧНИ ПРОДУКТИ

Петър Марков

ADVERSE HEALTH EFFECTS AT HIGH CONSUMPTION
OF MILK AND MILK PRODUCTS

Petar Markov

Резюме: **Проблем:** През последните две десетилетия у нас се наблюдава непрекъснат спад на консумация на мляко и млечни продукти. Причините са различни, но към тях се отнася и недостатъчната информация както за здравословните, така и за нежеланите ефекти на млякото или неговите производни при някои хора, чувствителни или нетолерантни към определен ингредиент от състава му. **Цел** на настоящата разработка е да се направи специализиран анализ и оценка на наблюдавани в медицинската практика нежелани ефекти при консумация на мляко - свързани с определени ingredienti от състава на тази пълноценна натурална храна. Използвани са **методите** на епидемиологията – социологически, документален, статистически. **Резултатите** показват, че наред с медико-биологичните достоинства на млякото и млечните продукти, при свръхконсумация е налице възможност за изява на някои неблагоприятни ефекти при по-чувствителни лица, като: повишен риск от развитие на атеросклероза, хипертонични проблеми, някои ракови заболявания, наднормена телесна маса, особено ако се приемат продължително и в свръхколичества млечни продукти с висока масленост и сол; алергични реакции към някои фракции на млечните белтъци; отключване на автоимунен процес; нетолерантност (непоносимост) към млечни белтъци; нетолерантност към лактоза и т.п. При възникване на проблем е необходимо доказване и диагностично прецизиране на състоянието, за което се разчита на

медицински тестове, извършвани в акредитирани клинични лаборатории. В **заключение** се посочва, че възможните нежелани здравни рискове при консумация, най-вече – при свръхконсумация на мляко/млечни продукти не омаловажават значимостта им като важна и основна здравословна белтъчна храна. Важно е да се съблюдава информацията върху етикетите и всеки човек сам да прави своя индивидуален избор на подходяща храна за неговия личен метаболитен статус – след консултация с медицински специалист.

Ключови думи: мляко, млечни продукти, медико-биологични достоинства, нежелани ефекти, свръхконсумация, алергични реакции, нетолерантност.

Summary: Problem: During the last two decades there has been a constant decrease in the consumption of milk and dairy products in our country. The reasons are different, but also insufficient information on both the health and the undesirable effects of milk or its derivatives in some people sensitive or intolerant to a particular ingredient of its composition. The **aim** of the present study is to make a specialized analysis and assessment of the adverse effects observed in the medical practice on milk consumption associated with certain ingredients of the composition of this complete natural food. The **methods** of epidemiology are used - sociological, documentary, statistical. The **results** show that, in addition to the medical and biological merits of milk and dairy products, over-consumption may have some adverse effects in sensitive individuals such as: increased risk of developing atherosclerosis, hypertonic problems, certain cancers, overweight - especially if they are taken continuously and in excess of high-fat and salt-based dairy products; allergic reactions to some fractions of milk proteins; unlocking an autoimmune process; intolerance to milk proteins; lactose intolerance. If a problem arises, it is necessary to prove and diagnose the condition, which is based on medical tests performed in accredited clinical laboratories. In **conclusion**, the possible undesirable health risks of consumption, especially in the case of over-consumption of milk/dairy products, do not diminish their importance as important and basic healthy protein food. It is important to observe the information on the labels and each person to make his/her individual choice of suitable food for his/her personal metabolic status - after consultation with a healthcare professional.

Key words: milk, dairy products, medico-biological merits, side effects, overconsumption, allergic reactions, intolerance

Проблем: Медико-биологичните достойнства на млякото като натурална храна-еталон за пълноценност са безспорен факт, базиран върху солидна научна обосновка. Въпреки това, у нас се наблюдава непрекъснат спад на консумацията на мляко и млечни продукти. Причините са различни, в т.ч. - недостатъчна информация както за здравословните, така и за нежеланите ефекти на млякото като храна при някои хора, чувствителни или нетолерантни към определен ингредиент от състава му. [1, 2]

България е една от страните в Европейския съюз с най-ниска консумация на мляко: Общо за прясно и кисело мляко през 2017 г. среднодневно на лице същата е 135 g. За сравнение - в Испания – 340 g, Гърция – 246 g/човек/ден. Консумацията на сирене у нас е 35 g, в Белгия - 55g, Гърция – 53 g/човек/ден.

Цел на настоящата разработка е *да се направи специализиран анализ и оценка на наблюдавани в медицинската практика нежелани ефекти при консумация на мляко - свързани с определени ingredienti от състава на тази пълноценна натурална храна.*

Използвани са **методите** на епидемиологията – социологически, документален, статистически.

Резултати

През миналия век (1973, 1985 г.), експертите към СЗО обявиха казеин - основната фракция на белтъка на млякото, за еталон на пълноценност (биологична стойност „Biological Value”, качество) в човешкото хранене. По емпиричен път - през годините и в трудни исторически периоди млякото и млечните продукти са предпазвали населението от недоимъчни болести и смърт от недохранване.

Белтъците в кравето мляко са 3-4% (с основна фракция казеин – 3%), 0.4 % лактоалбумин, 0.11% - лактоглобулин – важни за имунната устойчивост на организма, (табл.1). **Мазнините** са 3.2-5.5 % - под форма на фино емулгирани мастни капчици - богати на наситени мастни киселини – палмитинова, миристинова, стеаринова и холестерол и бедни на ненаситени мастни киселини. **Въглехидратите** (лактоза - дизахарид, съставен от глюкоза и галактоза) са 5.0 %. **Минералните вещества** са общо 0.7% (калций, фосфор, натрий, калий, магнезий). Повече от 50% от минералите са соли на калция и фосфора. Млечният *калций* е в най-усвояема за организма на човека форма. Млякото е **основен** хранителен източник на витамин **В**₂за човека, **добър** източник на витамин А и **източник** на витамини D, В₁, В₁₂, Е, РР, даже – на вит. С.

Освен за целите на здравословното хранене, различни видове мляко от векове се използват за диетични и лечебни цели. Така например, *козето* мляко е богато на *лактоглобулин*, поради което е подходящо включване във възстановителен период след боледуване и при понижен имунитет. *Изварата* е богата на *метионин* (*сяра-съдържаща аминокиселина*) и *холин*

(*vit. B₂*). Подходяща е при чернодробно-болни и пациенти със сърдечни болести.

Наред с достойнствата на млякото и млечните продукти, в медицинската практика се наблюдават някои неблагоприятни ефекти при почувствителни лица, като:

1. Част от млечните продукти - сметана, млечно масло, съответно - пълномаслени млека и сирена (в т.ч. - деликатесните) могат да бъдат значителен **източник** общо на **мазнини** и на наситени мастни киселини. Високият прием на наситени мастни киселини води до повишаване нивата на общия холестерол и на т.нар. “лош”, или LDL-холестерол (холестерол в липопротеините с ниска плътност). Увеличава се рискът от развитие на атеросклероза, някои ракови заболявания и наднормена телесна маса. Затова се препоръчва консумация на мляко с намалено съдържание на мазнини (1,5-2 % и по-малко), употреба на нискомаслени сирена и извара, ограничаване на сметана. [3-5]

2. За разлика от млякото, различните видове сирене и кашкавал, особено бялото саламурено сирене са **солени** и са съществен източник на **натрий** в храненето на населението в България. Натрият е доказан рисков фактор за повишаване на кръвното налягане. [3]

3. Суrowото и непастьоризирано мляко е рисков продукт за възникване на инфекциозни болести. Фермерите, които отглеждат и произвеждат мляко са свикнали да го консумират току-що добито (издоено), сурово, което крие опасност за здравето им от бактериални агенти: Възможно е **екзогенно хигиенно замърсяване** с патогенни микроорганизми (чрез виме, ръце на оператора, съдове и др.) и **ендогенно** – чрез носителство на животните – на *Mycobacterium tuberculosis*, *Brucella melitensis* и др.

4. Възможни са **алергични реакции към млечните белтъци** (казеин и суроватъчни протеини). При някои лица, след консумация на млечен продукт (съдържащ млечни протеини), се активизира производство на хистамин в организма и се отключва алергична реакция - възпалителен процес на храносмилателния тракт, кожата и др.

5. При други лица е възможно, **имунната система** да реагира чрез: Производство на **антитела** срещу “чуждите” белтъчни молекули (в случая – млечните). Ако тези чужди белтъчни молекули се окажат **подобни на някои собствени структурни белтъци** при даден човек, то тогава произведените антитела се насочват към унищожаване на собствените му клетъчни структури. Отключва се **автоимунно заболяване**. Счита се, че висока консумация на прясно мляко (над 700 ml/ден) може да бъде рискова за развитие на автоимунен процес. А такава консумация не е рядкост. Наблюдава се сред населението в животновъдни райони, ферми, селища, където млекопроизводството е добре развито. Честата и недозирана по количество свръхконсумация на продукт, богат на казеин, лактоза, наситени мастни

киселини може да се окаже рискова за отключване на редица патологични реакции в организма, в т.ч. – автоимунни.

6. Нетолерантност към някои от протеините на млякото. Дължи се на липса или дефицит на ензимите, отговорни за разграждане на млечните протеини. Симптоматиката е сходна с тази при алергия към млечните белтъци: след консумация се наблюдава диария, понижен биотонус, изтощение.

7. Лактозна непоносимост (нетолерантност) – при индивиди с дефицит или липса на ензима лактаза, предназначен за разграждане на дизахаридна лактоза (млечна захар) до монозахаридите глюкоза и галактоза. Лактозата остава неразградена. Подложена е на ферментационни процеси с образуване на газове, разстройство и коремни болки. Счита се, че при приблизително 75% от възрастното население в *глобален мащаб* е налице *спад* в активността на ензима лактаза с напредване на възрастта. Честотата на разпространение на лактозна недостатъчност след детството за населението на Западна Европа е приблизително 15-25%; за някои азиатски и за повечето африкански жители - около 90%. Лактозната непоносимост може да бъде “придобита” и като последица от друг здравен проблем. Патологична липса на ензима лактаза може да бъде установена и в кърмаческа възраст като генетичен дефект – мутация на ген, който отговаря за производството му. В такива случаи се касае за “вродена” лактозна непоносимост. [1, 2, 5]

Наложително е лицата с лактозен дефицит да съблюдают **информацията върху етикетите на хранителните продукти за съдържанието на лактоза и да знаят, че:** Майчината кърма е с най-високо съдържание на лактоза - приблизително 9%; Необработеното краве мляко - около 4.7%; Сирене прясно - около 10%, отлежало - под 2-3%; Масло – нищожно количество, тъй като лактозата е водноразтворима молекула; Лактоза се съдържа и в суроватка, и в сухо мляко и др. Може да бъде открита (като технологична добавка) в различни технологично-обработени продукти - колбаси, пастети, маргарини, зърнени закуски, протеинови прахове, барчета и т.п. **Лесно-приложим тест** за лактозна непоносимост (нетолерантност) би могло да бъде направен от всеки човек: Да приеме порция прясно мляко на празен стомах. Ако през следващите половин до два часа няма реакция от страна на гастроинтестиналния тракт, то почти сигурно е, че отговорът (тестът) за непоносимост към млечната захар е отрицателен. За доказване и прецизиране на състоянието се разчита на медицинските тестове, извършени в акредитирана клинична лаборатория. **Диференциалната диагноза** между **лактозна нетолерантност** и **алергия** към млечните белтъци може да се извърши, ако се приеме порция сирене/извара/суроватъчен протеин, в състава на които отсъства лактоза, но се съдържат всички млечни протеини, и се проследи реакцията на организма, в частност – дали се появява стомашно-чревен дискомфорт.

Заклучение

Възможните нежелани здравни рискове при консумация, най-вече – при свръхконсумация на мляко/млечни продукти не омаловажават тяхната значимост и пълноценност като важна и основна здравословна белтъчна храна, заемаща достойно място в пирамидите на здравословните храни на населението по нашата Планета. В случая се дискутират медицинските показания и препоръки за избягване или ограничаване на консумация при определени лица, поради възможни неблагоприятни медико-биологични ефекти и реакции на организма им. Не се обсъждат вкусови предпочитания, морално-етични виждания, психологически или други особености на отделни индивиди или неформални групи от хора. Важно е да се съблюдава информацията върху етикетите и всеки човек сам да прави своя индивидуален избор на подходяща храна за неговия личен метаболитен статус – след консултация с медицински специалист.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bendtsen LQ, Lorenzen JK, Bendtsen NT et al. (2013). Effect of dairy products on appetite, energy expenditure, body weight, and composition: a review of the evidence from controlled clinical trials. *Adv Nutr.*; 4(4):418–38.
2. Dror DK. (2014). Dairy consumption and pre-school, school-age and adolescent obesity in developed countries: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.*; 15(6):516–27.
3. Huth PJ, Park KM. (2012). Influence of dairy product and milk fat consumption on cardiovascular disease risk: a review of the evidence. *Adv Nutr.*; 3(3):266-85.
4. Lu L, Xun P, Wan Y, He K. et al. (2016). Long-term association between dairy consumption and risk of childhood obesity: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Eur J Clin Nutr.*; 70(4):414–23.
5. Nilsson M, Stenberg M, Frid AH et al. (2004). Glycemia and insulinemia in healthy subjects after lactose-equivalent meals of milk and other food proteins: the role of plasma amino acids and incretins. *Am J Clin Nutr.*; 80(5):1246-53.

Адрес за кореспонденция:

Петър Марков

Факултет по обществено здраве, Медицински университет - София

МЕДИЦИНСКА ДИСКУСИЯ ЗА РИСКА ОТ ПРИЕМА НА МЛЯКО И МЛЕЧНИ ПРОДУКТИ ВЪРХУ РАЗВИТИЕТО НА СЪВРЕМЕННИТЕ НЕЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ

*Петър Марков, Ирина Маркова,
Александрина Воденичарова, Димитър Марков*

MEDICAL DISCUSSION ON HEALTH RISKS OF MILK
AND DAIRY FOOD INTAKE AS REASON OF CHRONIC
NON-COMMUNICABLE DISEASES

*Petar Markov, Irina Markova,
Alexandrina Vodenitcharova, Dimitar Markov*

Резюме: *Проблем:* Необосновани твърдения за здравни рискове, свързани с консумация на мляко и млечни продукти през последните години провокираха редица изследователски колективи да подложат на задълбочени изследвания и метаанализи всички гледни точки. **Цел** на настоящата работа е да се анализират, оценят експертно и обсъдят медицинските доказателства относно здравните рискове за възникване на хронични незаразни болести при консумация на мляко/млечни продукти от човека. Използвани са социологически, документални и статистически **методи**. **Резултатите** сочат, че прием на мляко и млечни продукти е свързан с **намален риск** от: затлъстяване, развитие на диабет тип 2, сърдечно-съдови заболявания, проблеми с костната минерална плътност и костни фрактури. Установена е **отрицателна корелационна зависимост** между прием на мляко/млечни продукти и: колоректален рак, рак на стомаха и рак на гърдата. **Няма връзка** между прием на мляко/млечни продукти и: риск от рак на панкреаса, рак на яйчниците или рак на белите дробове и смъртността от всякакви причини. **Доказателствата** за връзка между консумация на мляко/млечни продукти

и риск от рак на простатата са противоречиви. Прави се **заклучението**, че е необходимо повишаване информираността на медицинските специалисти, ресорните органи, отговорните институции и социума за полезните здравни ефекти на млякото и млечните продукти чрез популяризиране на коректна научна аргументация.

Ключови думи: мляко и млечни продукти, здравен риск, медицински доказателства, резултати, метаанализи

Abstract: Problem: *Unproved allegations for health risks associated with consumption of milk and dairy products in recent years are reason for several research teams to undertake scientific investigations and meta-analyzes to prove all points of view. The **aim** of this work is to analyze, evaluate and discuss medical evidence on the health risks of chronic non-communicable diseases when consuming mil/ dairy products. Sociological, documentary and statistical **methods** have been used. The **results** indicate that the intake of milk and dairy products is associated with a reduced risk of: obesity, type 2 diabetes, cardiovascular diseases, problems with bone mineral density and bone fractures. Negative correlation between milk/dairy intake and colorectal cancer, stomach cancer and breast cancer have been reported. There is **no relationship** between milk/dairy intake and: risk of pancreatic cancer, ovarian cancer or lung cancer and all-cause mortality. Evidence of a relationship between milk / dairy consumption and the risk of prostate cancer is contradictory. It is **concluded** that there is a need to raise the correct information of the medical professionals, the responsible bodies, the responsible institutions and the society about the beneficial health effects of milk and dairy products by promoting correct scientific argumentation.*

Key words: *milk and dairy products, health risk, medical evidence, results, meta-analyzes*

Проблем: В настоящия век актуално предизвикателство за здравните политики на всички развити общества е борбата с хроничните незаразни болести (ХНБ) - основна причина за смъртността в глобален мащаб. В дискусиите за етиологията на тези заболявания “фенове на здравословното хранене” включиха с критиките си млякото и млечните продукти. Понастоящем в социума се водят разгорещени критики и атаки против млякото и млечните продукти. Насочени са към известни на експертите, проучвани многократно и задълбочено и обсъждани на различни научни сесии странични ефекти на определени съставки на млякото/млечните произведения при лица с индивидуални метаболитни особености/нарушения, рискови контингенти и при свръхконсумация. [4, 6, 8]

Цел на настоящата разработка е да се анализират, оценят експертно и обсъдят медицинските доказателства относно здравните рискове за възникване на хронични незаразни болести при консумация на мляко/млечни продукти от човека.

Използвани са социологически, документални и статистически **методи**.

Резултати

Настоящият анализ на публикуваните данни в специализираната литература относно здравните рискове от консумация на мляко и млечни продукти, както и на медицинските дискусии, потвърждава категорично досегашното експертно становище: При съблюдаване на среднодневен препоръчителен прием от 300g мляко и 50g сирене (реципрочо – 40 g кашкавал или друг млечен продукт) тези храни не крият риск за здравето на човека. Фактическият статус, обаче, е незадоволителен: През 2017 г. консумацията у нас - общо за прясно и кисело мляко среднодневно на лице е била **135 g**, а на сирене - **35 g**. [1, 2]

Медицински доказателства и дискусия

Провокирани от необосновани твърдения за здравни рискове, свързани с консумация на мляко и млечни продукти, редица изследователски колективи подложиха на задълбочени изследвания и метаанализи всички гледни точки. През 2016 година *Thorning TK et al.* обобщиха резултатите от *114 научни съобщения* в специализираната литература в обширен обзорен материал, публикуван в списание *Food and Nutrition Research*. [8]

Изследователите *аргументират основанията* за разработката си с обективни констатации, че в резултат на мащабната кампания срещу млякото и млечните продукти, е налице скептицизъм към тези храни сред населението на развитите страни, изразяващ се в нарастваща консумация на алтернативни растителни напитки от соя, ориз, бадеми, овес с неизяснени медико-биологични ефекти. (4,7) .

Извършените от колектива метаанализи на данни от редица провеждани през годините епидемиологични проучвания, отговарят на критериите за достоверност на получената информация. Научното изследване е имало за **цел да установи влиянието на приема на мляко и млечни продукти върху здравния риск за развитие на: Затлъстяване; Диабет тип 2; Сърдечно-съдови болести; Остеопороза; Рак; Смъртност от всякакви причини.**

Получените резултати са категорични:

➤ Прием на мляко и млечни продукти в детска възраст е свързан с *намален риск от затлъстяване*. В зряла възраст е доказано, че прием на мляко и млечни продукти подобрява телесния състав на човека, улеснява редукция на наднормена телесна маса, но само ако са налице енергийни хранителни ограничения;

➤ При включване на мляко и млечни продукти в здравословните и диетични режими се наблюдава *липса или намален риск от развитие на диабет тип 2 и сърдечно-съдови заболявания*, в частност – *инсулт*;

➤ Доказан е *благоприятен здравен ефект* от консумация на мляко и млечни продукти върху *костната минерална плътност*, но без връзка с риск от фрактури на костите;

➤ Установена е *отрицателна корелационна зависимост* между прием на мляко/млечни продукти и колоректален *рак*, рак на стомаха и рак на гърдата. Няма връзка между прием на мляко/млечни продукти и риск от рак на панкреаса, рак на яйчниците или рак на белите дробове. Доказателствата за връзка между консумация на мляко/млечни продукти и риск от рак на простатата са противоречиви;

➤ Консумацията на мляко и млечни продукти *не е свързана със смъртността* от всякакви причини;

➤ Напитките на растителна основа, обогатени с калций и включвани като алтернатива на млечните продукти в Пирамидите на здравословните храни на няколко страни са с неизяснени медико-биологични ефекти. На настоящия етап експертите са категорични, че по хранителна стойност краве мляко и алтернативни растителни напитки са напълно различни. И още: За да се представи експертно становище относно медико-биологичните и здравни ефекти от прием на растителни напитки, са необходими повече научни изследвания върху хора.

Изводите на изследователите от метаанализно проучване са, че

❖ Наличните *научни доказателства за нежелани здравни ефекти*, свързани с консумация на мляко и млечни продукти *са минимални по брой*.

❖ Резултатите от проучванията потвърждават категорично, че *приемът на мляко и млечни продукти допринася за укрепване здравето* на здравите хора, а при спазване на препоръките за здравословно хранене, приемът им е от съществено значение за *превенция на най-разпространените хронични заболявания*, причина за преобладаващия брой умирания понастоящем.

Посочените данни дават отговор и опровергават повечето псевдотвърдения, популяризирани чрез социални форуми, като например - че млякото и млечните продукти извличали калций от костите и увеличавали риска от развитие на остеопороза. В противовес, експертите сочат, че белтъчен недостиг (вегански хранителен модел) в съчетание с дефицит на калций (недостатъчен прием на мляко) са два съществени рискови фактори за остеопения, недостигане на оптимална пикова костна маса в детско-юношеския период и развитие на остеопороза в по-късна възраст. [3, 4, 5]

По отношение на твърдението, че *“Млякото е носител на инфекции”*, *специалистите не оспорват, че то е подходяща хранителна среда за развитие на бактерии* и принадлежи към групата на бързо-развалящите се храни. Затова са разписани и регламентирани редица изисквания за строг

хигиенен контрол при производството, съхранението, транспорта и реализацията на този продукт. Въведена е система *НАССР* за наблюдение на всички рискови точки по веригата. Микробиологичната безопасност е сведена до минимум.

Заклучение

Незадоволителната консумация на мляко и млечни изделия е *тревожен* елемент от характеристиките на хранене на населението в нашата страна. Налице са сериозни рискове за детското, фертилното, денталното, костното здраве на хората от всякакви възрасти и професии. Мерките срещу тази неблагоприятна здравна ситуация се основават на масови научно-образователни кампании за повишаване здравните знания в държавата и чрез използване на всички възможни и позволени средства – медии, беседи, брошури, учебни материали, научни статии и др. Необходимо е повишаване *информираността* на медицинските специалисти, ресорните органи, отговорните институции и социума за полезните здравни ефекти от консумация на мляко и млечни продукти чрез популяризиране на коректна научна аргументация.

ЛИТЕРАТУРА

1. Марков, П., Марков, Д., Байкова, Д. и кол. (2012). Оценка на здравния риск от нисък прием на мляко и млечни храни при жени в детородна възраст в България. Сб. Контакт, изд. ТЕМТО, ISSN 1313-9134, С., октомври 2012, 82-85.
2. Препоръки за здравословно хранене за населението в България 18-65 години, МЗ, НЦООЗ, София, 2006; 40.
3. Bendtsen, LQ, Lorenzen, JK, Bendtsen, NT, Rasmussen, C., Astrup, A. (2013). Effect of dairy proteins on appetite, energy expenditure, body weight, and composition: a review of the evidence from controlled clinical trials. *AdvNutr.* 2013; (4):418-38.
4. Bonjour, JP, Kraenzlin, M., Lévassieur, R., Warren, M., Whiting, S. (2013). Dairy in adulthood: from foods to nutrient interactions on bone and skeletal muscle health. *J Am Coll Nutr.* 2013; 32(4):251-63.
5. Gilbert, JA, Bendtsen, NT, Tremblay, A., Astrup, A. (2011). Effect of proteins from different sources on body composition. *NutrMetabCardiovasc Dis.* 2011; 21(Suppl 2):B16-31.
6. Laaksonen, MA, Knekt, P., Rissanen, H., Harkanen, T., Virtala, E., Marniemi, J., et al. (2010). The relative importance of modifiable potential risk factors of type 2 diabetes: a meta-analysis of two cohorts. *Eur J Epidemiol.* 2010; 25(2):115-24.

7. Rideout TC, Marinangeli CP, Martin H, Browne RW, Rempel CB. (2013). Consumption of low-fat dairy foods for 6 months improves insulin resistance without adversely affecting lipids or bodyweight in healthy adults: a randomized free-living cross-over study. Nutr J. 2013; 12:56.
8. Thorning TK, Raben A, Tholstrup T et al. (2016). Milk and dairy products: good or bad for human health? An assessment of the totality of scientific evidence. Food Nutr Res. 2016; 60: 10.3402/fnr.v60.32527.

Адрес за кореспонденция:

*Петър Марков, Ирина Маркова,
Александрина Воденичарова, Димитър Марков
Медицински университет – София*

САМОТАТА - БОЛЕСТ НА ДУШАТА

Албена Андонова, Магдалена Иванова

LONELINESS - A DISEASE OF THE SOUL

Albena Andonova

*Човекът е обществено животно.
Аристотел*

Abstract: *Loneliness is not only a subjective sensation at the elderly but often a reality. The feeling of loneliness is causing misfortune caused by the lack of opportunity for conversation, communication with people with similar interests, and misunderstanding by the younger ones. These sensations in the adult man cause "brakes" for communication and reduce contact initiative despite a strong desire for a company.*

Key words: *loneliness, adults, communication, obstacles, misfortune*

Във века на технологиите възможността да контактуваш бързо и евтино с хора от целия свят не намали усещането за самотата при възрастните и стари хора, живеещи сами или далеч от близките си, а напротив, увеличи усещането им за самотност. Съвременният начин на живот се характеризира с концентрация на население в големите градове - индустриални центрове, промяната на традиционния патриархален модел на семейство, и на морални и нравствени модели от близкото минало и обособи група от самотни възрастни хора главно в икономически развитите държави.

Всеки има свое разбиране и определение за самотата. Самотата може да се определи като състояние, в което човек се изолира доброволно или принудително заради личностни, физически и емоционални характеристики и състояния. Невъзможността или нежеланието за контакт и общуване с другите хора също е изява на самота. Това субективно усещане се изразява чрез принудителна или доброволна изолация от обществото, несподеляне на общи интереси и идеи с хората от близкото обкръжение, физическа невъзможност за придвижване, влошено здравословно състояние, интелектуални дефицити, разположение на дома и др.

Трябва да се прави разлика между физическа и психическа самота. Двете са коренно различни и имат специфични характеристики. Физическата самота често се изразява с чувство за умора, нужда от физическа почивка или физически невъзможност за осъществяване на контакт с околните. Психическата самота може да се дължи на емоционални и психически проблеми и субективни усещания и преценки. [2, 3, 4] Социалната психология изследва влиянията, които хората оказват върху убежденията, чувствата и поведението на другите включително и самотата. [1]

Самотата е най-силният емоционален стрес за възрастните хора. Много често проявите на чувството за самота се изразяват със загубата на интерес към любимите занимания, дейности и хобита, негативни промени в характера и психическата устойчивост, мълчаливост, тъга, плачливост, липса на желание за общуване.

Практиката показва, че по-често чувството за самота засяга възрастните хора. Основните причини за самотата им са: загуба на съпруг/а и хора от приятелския кръг, децата живеят в чужбина или в друг град, пенсиониране, промяна на местоживеенето, вследствие на което се губят дългогодишни приятелства, ниски доходи, заболявания и др.

Проучването и оценка на социалните и социално-психологическите субективни усещания на възрастните хора спомага за откриване на индивидуалните проблеми на възрастните и стари хора и търсене на методики за ограничаване на факторите предизвикващи самотата чрез функциите на социалните служби, ограничаване на рисковите фактори водещи до самота чрез усилията на семейството и цялото общество. [3, 4, 5]

Материали и методи: Анкетната карта включва част от въпросите от Методи за диагностициране на нивото на субективното чувство за самота на Д. Ръсел и М. Фъргюсън [2]. Анонимно са анкетирани 50 мъже и жени на възраст над 60 г., които са семейни или овдовели, живеещи в малък град с население около 33 000 човека.

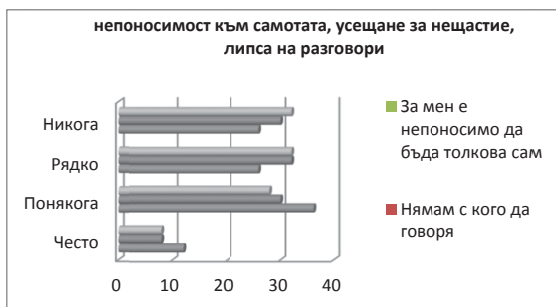
Данните от проучването са обработени с Microsoft Office Excel 2016.

Резултати и обсъждане

Много често чувство за нещастие и субективното усещане за самота са неразривно свързани. Промяната в начина на живот след пенсионирането или загубата на брачен партньор, липсата на ежедневни контакти със семейството заради миграция или живееене в различни населени места на близките, хронични заболявания, ограничаващи самостоятелното придвижване и извършването на ежедневните дейности много често формират чувство за непоносимост към живот в социална изолация.

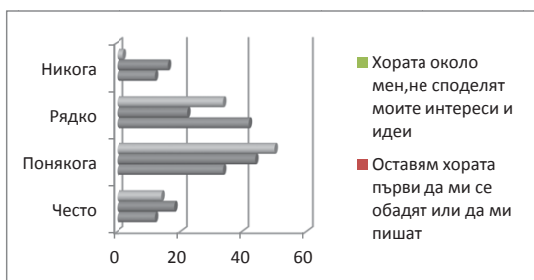
Анализът на данните от проучването показват, че непоносимото усещане за самота, нещастие и липса на хора за разговор често имат относително нисък процент от респондентите (между 8% и 12%). Групите на посочилите отговор „понякога“ „рядко“ и „никога“ са почти равни. Макар

и с не много голям процент (36%) се откроява отговор „понякога“ на въпроса „Аз съм нещастен, защото правя толкова много неща сам“.



Фиг. 1. Усещане за самота, нещастие и липса на разговори

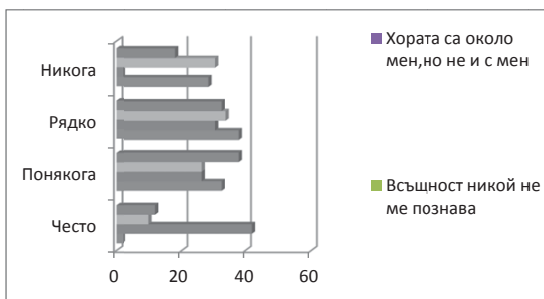
С напредване на възрастта загубата на съпруг, връстниците и близките се превръща в основна причина за проява на чувството за самота. Намаляване на групата хора, с които споделяш общи разбирания и ценности намалява в периода на старостта. Увеличават се поколенческите разлики в разбирания, ценности, идеали, което предизвиква отдръпване на възрастния човек от по-младите, поражда в него чувство на обидата от неразбиране на позицията и започва доброволно отдръпване от социални контакти. Данните показват, че най-малобройна е групата на анкетираните, които никога не изпитват тези твърдения. Следващата по големина група са посочили отговор „често“. Значително най-многобройни са анкетираните, посочили отговори „рядко“ и „понякога“, като втората група събира, около 40%.



Фиг. 2. Липса на хора, споделящи интересите, чувство за неразбиране и избягване на инициатива за контакт

От анализа на следващите въпроси представени на фигура 3 е видно, че възрастните хора „често“ изпитват силното желание за компания, но също така „често“ си поставят „прегради“ пречещи им да общуват свобод-

но с хората от обкръжението си. Само един анкетиран никога няма нужда от компания.



Фиг. 3. Усещане за самота, непознаване, вътрешни „спирачки“ за общуване, желание за компания

Изводи и заключение

Много често възрастните имат усещане за социална изолация и субективното усещане за неразбиране, предизвикани от различия в ценностите на поколенията, намаляване социалните контакти и броя на връстниците и приятелите. Хората в третата възраст започват да изпитват усещане за самота и доброволно се самоизолират от общността. Половината от анкетираните имат често нужда от компания, но често макар и сред хора, се чувстват самотни и се притесняват да общуват.

В периода на старостта чувството на самота е не само субективно усещане, а в повечето случаи реалност. Предприемането на мерки за намаляване на социалната и духовна изолация на възрастния човек трябва да започне още с първите прояви. Не трябва да се допуска самотата да се превърне в болест на душата. Преодоляване на самотността и изолацията сред хората в третата възраст може да се ограничи максимално чрез усъвършенстване и разширяване на мрежата от клубове на пенсионера, дневни центрове за възрастни и стари хора, клубове по интереси (танци, фолклор, музика, спорт) и разработване на нови инициативи чрез включване на всички поколения в грижата за нашите родители.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арънсън, Е. (2009). Човекът - "социално животно", С., изд. Дамян-Яков.
2. Вулф, Л. С. (2008). Одиночество пожилых людей, Социальное обеспечение, № 5, 23-25.

3. Райгородский, Д. Я., Практическая психодиагностика. Методики и тесты, изд. дом БАХРАХ-М, Самара.
4. Хараш, А. У. (2000). Психология одиночества. Педология новый век, № 4, 45.
5. Emerson, K. G., Jayawardhana, J. (2016). Risk Factors for Loneliness in Elderly Adults. J Am Geriatr Soc, 64: 886-887.
DOI:10.1111/jgs.14053
6. Motamedi, N., S. M. Shafiei-Darabi, Z. Amini. (2018). Social and emotional loneliness among the elderly, and its association with social factors affecting health in Isfahancity, Iran, in years 2017-2018, Journal of Isfahan Medical School, 36(486):750-756
DOI: 10.22122/jims.v36i486.10104
7. Pereira, A. et al. (2015). Predictors of Loneliness in a Population of Elderly; European Psychiatry, 30:1469
DOI: 10.1016/S0924-9338(15)31139-1

Адрес за кореспонденция:

*Албена Андонова, Магдалена Иванова
Медицински факултет
Тракийски университет - Стара Загора
albena.andonova@trakia-uni.bg*

МАРКЕТИНГ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Емилия Георгиева, Иванка Милотинова

MARKETING IN HEALTH

Emilia Georgieva, Ivanka Milotinova

Резюме: *Маркетингът се стреми да изясни потребностите и интересите на хората и да предостави продукти и услуги, които са в състояние да ги удовлетворят. Приложението на здравния маркетинг все повече нараства, съобразно нарастването на очакванията на потребителя на услуги, т.е. пациентите както и конкуренцията между доставчиците за задоволяване предпочитанията на клиентите.*

Ключови думи: здравеопазване, маркетинг, услуга, пациент

Дълги години здравните специалисти са смятали, че маркетингът не е инструмент на управлението, който може да се използва с успех в здравните организации, особено в обществените. Някои поддържат схващането, че чрез маркетинга потребителя се обърква, изкуствено се създават потребности и се индуцира ненужно потребление на здравни услуги. Други асоциират маркетинга с рекламата и с фалшивата реклама, насочена към представянето на предимства и недостатъци на продуктите, каквито те реално не притежават. За някои маркетингът предлага едно ненужно нарастване на разходите или е едно оправдание за увеличаване на цените.

За други маркетингът има значение само в комерсиалните организации за максимизиране на печалбата чрез ефективно пласиране на продуктите на пазара. Мнозина в крайна сметка смятат, че маркетингът е ориентиран към пазара на продукти, най-вече с широко потребление и не е от значение при организации, които предоставят професионални услуги, особено здравните услуги, които освен това често се извършват от обществени здравни заведения.

Маркетингът се стреми да изясни потребностите и интересите на хората и да предостави продукти и услуги, които са в състояние да ги удовлетворят. Тези продукти и услуги понякога са идеи, дейности организации или лица. Понастоящем маркетинговата дейност вече навлиза в сферата на

обществените услуги, некомерсиалните организации и специалистите на свободна практика.

В сферата на здравеопазването все по-голям брой болници и здравни услуги започват да използват инструментите на маркетинга – от средствата за масово осведомяване до проучването на пазари и развитието на продукти за специфичния обществен сектор.

Маркетингът в сферата на здравеопазването обхваща набор от техники за управление, но е преди всичко една философия, една ориентация на организацията към потребителя. Една организация, която е ориентирана към маркетинга е чувствителна към желанията и изискванията на своите потребители, развива дейности и продукти, които са в състояние да ги удовлетворят, чрез ефективното им предоставяне и адекватни комуникации.

В условията на пазарно общество всичко това има конкурентни измерения, в степента, в която други предприятия и организации се стремят да постигнат същите резултати и да привлекат същите клиенти. Съществува и размер на разходите: не е възможно да отговориш на потребностите на обществото на каквато и да е цена. Организацията с успех, изразяващ се като успех в предпочитанията на клиентите, са постигнали това сложно равновесие.

Здравният маркетинг възниква, за да се доближи до възможностите на организацията до равнището и характеристиките на търсенето и за да повлияе върху търсенето така, че да го доближи до желаните от организацията равнища. Чрез маркетингова дейност могат да се привлекат клиенти към услугите, също и да се направлява най-доброто им използване или демотивира ненужното потребление. Информацията за търсенето спомага за пренасочването, разпределението и използването на ресурсите по най-ефикасен начин.

Чрез маркетинга може да се разбере мнението на клиентите за предлаганите услуги и за различните компоненти на услугите, както и за новите програми или дейности, които са предприети, променяйки ги или пренасочвайки ги така, че да отговарят на очакванията на обществото. Най – общо може да установи каква е представата на потребителя за предоставяните услуги и да се въздейства върху нея.

Понякога е трудно да се привлекат лекари от някои специалности или медицински сестри, или да се осигурят ресурси за болницата от частна дейност или от обществено финансиране. Маркетинговата дейност може да спомогне да се постигнат тези цели. За повечето болници и здравни заведения е цяло предизвикателство да се постигне лична ангажираност на целия персонал по отношение на цялостните резултати от дейността на организацията. В програмата за мотивация обикновено се съдържат много вътрешномаркетингови дейности.

Действия, считани за свойствени в областта на здравеопазването, на здравната просвета и на управлението на човешките ресурси, могат да бъдат преразгледани и подпомогнати от гледна точка на маркетинга.

Според Josep Chias (1988), от определенията за маркетинг може да се извлекат три заключения за болницата:

1) Маркетингът е научен и систематизиран процес, който се базира на определяне на потребностите на потребителя и развитие на услугите, които ще се предоставят в бъдеще.

2) Една промяна на отношението. Пациентът е и трябва да бъде център на ориентацията и дейността на болницата, а задоволяването на неговите потребности – цел на цялата болница.

3) “Едно отразяване на действителността”, в смисъл на “оптимизация на стойността на продукта от неговата цена, която търсят всички пациенти”.

Маркетингът в здравеопазването понастоящем има и етично измерение, които постепенно се включват в правилата, налагани от обществото и правителствата върху някои дейности. Социалният аспект на маркетинга възпрепятства развитието на вредни продукти, фиксирането на изкуствено ниски цени и други ограничения на свободната конкуренция, измамната реклама и продажбата на продукти извън подлежащите на контрол канали.

Според Котлър и Кларк (1987) цялостното въвеждане на здравния маркетинг води до революция в болничното управление. Ползите от маркетинга за болниците са следните:

1) Болниците ще разбират по-добре и ще бъдат по-чувствителни към здравните потребности на обществото.

2) Болниците ще се откажат от намерението да бъдат “всичко за всеки” и ще търсят диференцирани ниши в пазара. Всяка болница ще се ориентира към предоставяне на такива услуги, които са най-необходими и устойчиви в конкурентни условия.

3) Болниците ще могат да ограничат онези дейности и програми, в които нямат конкурентно превъзходство.

4) Болниците ще бъдат по-способни да развият и да предоставят успешно нови форми и видове медицинска помощ.

5) Болниците ще създадат по-ефективни системи за производството и разпространението на своите дейности.

6) Болниците ще разработят по-гъвкави ценови модели.

7) Болниците ще предоставят обслужване, носещо по-голяма удовлетвореност на пациентите, лекарите и останалите лица, заети в здравеопазването.

Приложението на здравния маркетинг все повече нараства, съобразно нарастването на очакванията и критичното отношение на потребителя към услугите, неговата покупателна способност и възможностите му за из-

бор, както и конкуренцията между доставчиците за задоволяване на неговите предпочитания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боева, Б. (1996). Международен маркетинг. С., Университетско изд. Стопанство, 292.
2. Джефкинс, Фр. (1993). Въведение в маркетинга, рекламата и пбблик рилейшънс.
3. Зайлер, А. (1994). Маркетинг.
4. Иванов, В. (1993). Печелившата реклама.
5. Котлър, Ф. (1996). Управление на маркетинга. Анализ, планиране, реализация и контрол. С., изд. Графема.

Адрес за кореспонденция:

гр. София, ул. "Бяло море" № 8

Медицински Университет, Факултет по обществено здраве

Катедра „Здравни грижи“

e-mail: emilia.georgieva2@abv.bg

Четиридесет и трета научно-технологична сесия
КОНТАКТ 2019
28 юни 2019, София
„Гражданската идея в действие”
(сборник статии)

Съставители: проф. дм Теодор Попов
и проф. д.т.н. Нягол Манолов
Рецензент: проф. д-р Красимир Визев

Издаелство TEMTO
София, 2019
ISSN 1313-9134