МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ“



СБОРНИК ДОКЛАДИ

ОТ ЮБИЛЕЙНА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ

„НОВИ ПОДХОДИ В ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ И ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА“

ПЛЕВЕН, 26 – 28 НОЕМВРИ 2020 Г.

ПОСВЕТЕНА НА 15-ТАТА ГОДИШНИНА НА ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ“

ИЗДАТЕЛСКИ ЦЕНТЪР НА МУ – ПЛЕВЕН
2020

Настоящето издание включва пълнотекстовите доклади на българските участници, изнесени на Юбилейната научна конференция с международно участие ,НОВИ ПОДХОДИ В ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ И ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА“, проведена в Плевен на 26-28 ноември 2020 г. и посветена на 15-тата годишнина на Факултет „Обществено здраве“ при МУ-Плевен.

Факултет ,Обществено здраве“ е основно структурно звено на МУ-Плевен, утвърден с Решение на 39-то Народно събрание на Република България от 2 септември 2004 г. В структурата на Факултета са включени 6 катедри, които провеждат обучение във всички факултети и специалности на МУ-Плевен и провеждат научно-изследователска работа в широкото поле на общественото здраве. Факултет „Обществено здраве“ е член на Асоциацията на училищата по обществено здраве в Европейския регион (ASPHER), на Европейската асоциация по обществено здраве (EUPHA), на Световната федерация на асоциациите по обществено здраве (WFPHA) и др.

В юбилейния научен форум участваха 6 международни експерти в областта на общественото здраве и биоетиката и 125 български участници. Изнесени бяха 6 пленарни лекции и 2 уъркшопа на чуждестранни гости. Пленарна лекция, посветена на значимостта на обединените усилия на всички обществени и научни структури за подобряване на общественото здраве представи **д-р Ивета Нагъова**, **Президент на EUPHA.** С пленарна лекция на тема "Към ефективен контрол на хипертонията в страните с нисък и среден доход: перспективите на центрираните към хората здравни грижи" участва **проф. Дина Балабанова** от Лондонско училище по хигиена и тропическа медицина, най-старото училище по обществено здраве в Европа. **Проф. Джон Кинсман** от Европейския център за контрол на заболяванията (ECDC) в Стокхолм проведе интерактивен уъркшоп по "Качествени методи на научни проучвания". Втори уъркшоп, посветен на систематичните прегледи в съвременния бум на информация, реализира **доц. Мирослав Клугар** от Чешкия Национален Институт по медицина базирана на доказателствата и транслационни знания. В пленарно заседание и дискусия на тема "Акценти върху медицинската етика в Източна Европа" участваха **проф. Кристина Гаврилович** от Университета по медицина и фармация в Яши, Румъния и **д-р Йеромир Маточек** от Третия Факултет по медицина на Charles University, най-старият и най-голям университет в Чехия.

В рамките на конференцията бяха проведени **10 паралелни сесии по 11 тематични направления** с участието на представители на МУ-Плевен, МУ-Варна, Националния център по обществено здраве и анализи, ЮЗУ- Благоевград, МФ при ТУ - Стара Загора, Бургаски Университет „Проф. Асен Златаров“, МУ-Пловдив.

Всички резюмета на чуждестранните гости и на българските участници са отпечатани на английски в **Supplement на Journal of Biomedical and Clinical Research (JBMR),** издание на МУ-Плевен.

Надяваме се, че настоящето издание ще допринесе за разширяване на контактите и сътрудничеството и подобряване на качеството и приложимостта на научните изследвания в областта на общественото здраве и здравеопазване.

Проф. д-р Силвия Александрова-Янкуловска, д.м.н.
Декан на Факултет „Обществено здраве“

© ИЗДАТЕЛСКИ ЦЕНТЪР НА МУ-ПЛЕВЕН
ISBN - 978-954-756-254-7

ОРГАНИЗАЦИОНЕН КОМИТЕТ

ПОЧЕТЕН ПРЕДСЕДАТЕЛ:
Проф. д-р Славчо Томов, д.м.н. – Ректор

ПРЕДСЕДАТЕЛ:
Проф. д-р Силвия Александрова-Янкуловска, дмн
Декан на Факултет ”Обществено здраве”

ЗАМЕСТНИК-ПРЕДСЕДАТЕЛИ:
Проф. д-р Цеца Дойчинова, дм
Зам.-Декан на Факултет „Обществено здраве“
Доц. д-р Гена Грънчарова, дм
Председател на БАОЗ

НАУЧЕН КОМИТЕТ
Председател:
Доц. д-р Гена Грънчарова, дм
Членове:
Доц. д-р Марияна Стойновска, дм
Доц. д-р Мариела Камбурова, дм
Доц. д-р Стела Георгиева, дм
Доц. д-р Цветелина Валентинова, дм
Доц. Нина Михайлова, дп
Доц. д-р Мая Стоименова, дм
Доц. Надя Велева, дм
Доц. д-р Милена Карчева, дм
Доц. д-р Таня Петкова, дм

ОРГАНИЗАЦИОНЕН КОМИТЕТ
Председател:
Доц. Макрета Драганова, дм
Членове:
Доц. инж. Георги Цанев, дт
Доц. д-р Ваня Бирданова, дм
Доц. Ростислав Костов, дм
Доц. д-р Данчо Деков, дм
Доц. Искра Петкова, дп
Гл. ас. д-р Дима Цанова, дм
Ас. д-р Кирил Статев, дт

СЕКРЕТАРИАТ
Гл. ас. Атанас Анов, дф
Ас. Милена Сълева
Ас. Асен Сеизов
Д-р Цветелина Виткова

СЪДЪРЖАНИЕ

СЕКЦИЯ А. ЕПИДЕМИОЛОГИЯ НА ХРОНИЧНИТЕ НЕИНФЕКЦИОЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	
ХРАНИТЕЛНО ПОВЕДЕНИЕ СВЪРЗАНО С ГЛИКЕМИЧНИЯ КОНТРОЛ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ТИП 1 ЗАХАРЕН ДИАБЕТ С ГОЛЯМА ДАВНОСТ - **Н. Ушева, Р. Панчева, Р. Тонева, К. Цочев, М. Попчева, Т. Чалъкова, М. Бояджиева, С. Галчева, Г. Вълчев, Г. Бочева, Й. Йотов, В. Йотова**	10
МАЙЧИНО ХРАНЕНЕ И ФЕТАЛНО ПРОГРАМИРАНЕ НА МЕТАБОЛИТНИ НАРУШЕНИЯ - **Д. Найденова**	15
СЕКЦИЯ В. ЕПИДЕМИОЛОГИЯ НА ХРОНИЧНИТЕ НЕИНФЕКЦИОЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	
СОЦИАЛНИ И ЗДРАВНИ НЕРАВЕНСТВА ПРИ РАЗПРОСТРАНЕНИЕТО НА SARS-COV-2 (COVID-19) В БЪЛГАРИЯ – **М. Камбурова, С. Георгиева, Д. Цанова**	20
СОЦИАЛНА И ЗДРАВНА ЗНАЧИМОСТ НА САЛМОНЕЛОЗИТЕ ПРИ ХОРАТА ВЪВ ВАРНЕНСКА ОБЛАСТ ЗА 2014-2018 Г. - **Д. Монов, М. Коларова-Димитрова**	26
ЕПИДЕМИОЛОГИЧНА ОЦЕНКА НА ЦИРКУЛАЦИЯТА НА LISTERIA MONOCYTOGENES - **Св. Станева, Р. Константинов**	32
ЧУЖДЕСТРАННИТЕ СТУДЕНТИ КАТО РИСКОВА ГРУПА ЗА РАЗПРОСТРАНЕНИЕТО НА HIV/СПИН - **М. Коларова-Димитрова**	37
СТРУКТУРЕН МОДЕЛ НА ЕПИДЕМИОЛОГИЧНАТА ЕФЕКТИВНОСТ НА ИМУНОПРОФИЛАКТИКАТА - **Е. Иванова, Р. Чамова**	42
РОДИТЕЛСКИ НАГЛАСИ ЗА ЗАДЪЛЖИТЕЛНИТЕ ИМУНИЗАЦИИ И РЕИМУНИЗАЦИИ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ - **С. Хаджиева, Н. Ушева, Р. Панчева**	48
ЗАХАРНИЯТ ДИАБЕТ – РИСКОВ ФАКТОР ЗА ХЕРПЕС ЗОСТЕР - **Т. Петкова, Ц. Дойчинова**	55
СЕКЦИЯ С. ОКОЛНА СРЕДА И ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ	
ХРАНИТЕЛЕН ПРИЕМ НА ВЛАКНИНИ ПРИ МЛАДИ ХОРА ЗА ОПАЗВАНЕ НА ТЯХНОТО ЗДРАВЕ - **В. Бирданова, Л. Иванов, И. Стоилова, Ц. Виткова**	58
ПРОСПЕКТИВНО ПРОУЧВАНЕ НА ХРАНЕНЕ ПРИ ДЕЦА С ПРОЯВИ НА ГАСТРОВЗОФАГЕАЛЕН РЕГЛУКС И ХРАНИТЕЛНА АЛЕРГИЯ **В. Недкова-Миланова, М. Стойновска, Цв. Валентинова, Л. Гаджелова, Е. Тумбева**	62
НОРМАТИВНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА БИОЛОГИЧНИ ХРАНИ В БЪЛГАРИЯ И ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ – НАЧАЛО, РАЗВИТИЕ И РЕФОРМА - **Р. Брайкова**	68

СИСТЕМА ЗА ВЪТРЕШЕН ХИГИЕНЕН КОНТРОЛ ПРИ ПРОИЗВОДСТВОТО НА КУЛИНАРНИ ДЕСЕРТИ - **Ц. Виткова, В. Бирданова, Р. Еникова**	74
ТЕХНОЛОГИЯ 5G. СОЦИАЛНО НАПРЕЖЕНИЕ И ОЧАКВАНИ ЗДРАВНИ НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ - **В. Зарябова, Цв. Шаламанова, М. Израел**	79
ПНЕВМОТОКСИЧЕН ЕФЕКТ НА ПАРАКВАТ ДИХЛОРИД В ЕКСПЕРИМЕНТАЛЕН МОДЕЛ У ПЛЪХОВЕ - **В. Данчева, Г. Ставрева, Л. Терзиев, Р. Василева**	84
СЪВРЕМЕННИ МЕТОДИ И ТЕХНОЛОГИИ ЗА ДЕНИТРИФИКАЦИЯ НА ПИТЕЙНИ ВОДИ - **Е. Банкова, К. Василев**	88
УЧИЛИЩНА РАБОТОСПОСОБНОСТ ПРИ СМЕНЕН РЕЖИМ НА ОБУЧЕНИЕ НА УЧЕНИЦИ ОТ НАЧАЛЕН КУРС - **Т. Димитрова, Ст. Порожанова**	94
РАЗПРОСТРАНЕНИЕ И ВРЕМЕВА ДИНАМИКА НА ПЛАСТМАСОВОТО ЗАМЪРСЯВАНЕ В СЕКТОР ОТ КРАЙБРЕЖНАТА ИВИЦА НА ГРАД ВАРНА - **Я. Ченков, А. Андреев**	99
ПРИРОДО-ГЕОГРАФСКА ОСОБЕНОСТИ НА ЧЕРНОМОРСКОТО КРАЙБРЕЖИЕ НА БЪЛГАРИЯ, ОПРЕДЕЛЯЩИ НАПРАВЛЕНИЯТА НА ДЪРЖАВНИЯ ЗДРАВЕН КОНТРОЛ НА РЕГИОНАЛНО НИВО **Д. Монов**	104
СЕКЦИЯ D. ИКОНОМИКА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО	
УНИВЕРСАЛНОТО ЗДРАВНО ПОКРИТИЕ И ВРЪЗКАТА МУ С ОЦЕНКАТА НА ФУНКЦИОНИРАНЕТО НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА **М. Минев**	111
ВЛИЯНИЕ НА БЕДНОСТТА И СОЦИАЛНОТО ИЗКЛЮЧВАНЕ ВЪРХУ ЗДРАВНИЯ СТАТУС НА НАСЕЛЕНИЕТО В БЪЛГАРИЯ - **П. Костадинова, И. Стоилова**	118
СЕКЦИЯ E. ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО	
ПРОФИЛАКТИКАТА НА ДЕНТАЛНОТО ЗДРАВЕ НА БРЕМЕННИТЕ-СИСТЕМНА ГРИЖА ИЛИ СИСТЕМНО ПОДЦЕНЯВАН ПРОБЛЕМ НА СЪВРЕМЕННИТЕ ПРЕНАТАЛНИ ГРИЖИ - **В. Димитрова, Сл. Илиева**	124
НЕОБХОДИМОСТ ОТ ПРОФИЛАКТИЧНИ ПРОГРАМИ ЗА HPV-АСОЦИИРАНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ - **Е. Стоянова, М. Камбурова**	128
КРИТИЧНИ ТОЧКИ ПРИ ДОСТИГАНЕ НА ЦЕЛИТЕ ЗА УСТОЙЧИВО РАЗВИТИЕ В БЪЛГАРИЯ - **С. Георгиева, М. Камбурова, Д. Цанова**	133
ИЗТОЧНИЦИ ЗА ИНФОРМАЦИЯ ЗА ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НАД 20 ГОДИНИ - **Т. Каранешева**	138
САМООЦЕНКА НА ЗДРАВОСЛОВНОТО СЪСТОЯНИЕ И НУЖДАТА ОТ ДВИГАТЕЛНА АКТИВНОСТ ПО ВРЕМЕ НА ОБУЧЕНИЕТО **Х. Христов, Д. Цанова**	143

ПРОУЧВАНЕ НА ЗДРАВОСЛОВНИТЕ НАВИЦИ НА ЖИВОТ ПРИ СТУДЕНТИ РЕХАБИЛИТАТОРИ - **Хр. Милчева, П. Ангелова**	147
БЪЛГАРСКИТЕ НАРОДНИ ТАНЦИ – АКАДЕМИЧНА ДИСЦИПЛИНА И ИНТЕГРАТИВНА ЗДРАВНА ДЕТЕРМИНАНТА - **Д. Ванкова, Ж. Виденова**	152
УНИВЕРСИТЕТИ ЗА ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО – ПРАКТИЧЕСКО ПРИЛОЖЕНИЕ НА ПОДХОДА - **П. Бончева, К. Докова**	157
СЕКЦИЯ F. ФУНДАМЕНТАЛНИ ЕТИЧНИ ПРОБЛЕМИ И КЛИНИЧНА ЕТИКА	
ЗНАЕМ ЛИ КОЕ Е НАЙ-ДОБРО ЗА ВСИЧКИ НИ? ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В ПРЕСЕЧНАТА ТОЧКА МЕЖДУ ЕТИКАТА И СОЦИАЛНАТА ЕПИСТЕМОЛОГИЯ - **А. Трайкова**	163
KNOWING WHAT IS BEST: PUBLIC HEALTH AT THE INTERSECTION BETWEEN ETHICS AND SOCIAL EPISTEMOLOGY - **A. Traykova**	169
ИДЕИ ЗА ЕТИЧЕСКИ НАСОКИ ЗА РЕАГИРАНЕ НА КРИЗИ **А. Анов, С. Александрова-Янкуловска**	175
НОВИ ИДЕИ ЗА РАЗПРЕДЕЛЕНИЕТО НА НОВ РЕСУРС **А. Анов, С. Александрова-Янкуловска**	179
СОБСТВЕНОСТ ВЪРХУ ПАЦИЕНТСКАТА ИНФОРМАЦИЯ В РЕАЛНОСТТА НА ГОЛЕМИТЕ ДАННИ - **М. Мирчев**	183
МНЕНИЕ НА ИЗСЛЕДОВАТЕЛИТЕ ОТНОСНО ОГРАНИЧЕНИЯТА ЗА ПРОВЕЖДАНЕТО НА НЕИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОУЧВАНИЯ В БЪЛГАРИЯ - **Е. Костов, Х. Лебанова, Е. Григоров**	187
СЕКЦИЯ G. ДИГИТАЛНО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ	
ДИГИТАЛНОТО ЗДРАВЕ И ИЗКУСТВЕНИЯ ИНТЕЛЕКТ - ПЕРСПЕКТИВИ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕТО ИМ В МЕДИЦИНАТА - **В. Гончев**	194
ДИНАМИКА НА УЧЕБНИЯ ПРОЦЕС ПРИ ЕЛЕКТРОННО ОБУЧЕНИЕ ПО ВРЕМЕ НА ИЗВЪНРЕДНА ОБСТАНОВКА - **А. Докова, Ж. Жеков**	197
КАЧЕСТВО НА ДИСТАНЦИОННОТО ОБУЧЕНИЕ ПРИ СТУДЕНТИ ОТ МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛНОСТИ В УСЛОВИЯТА НА ПАНДЕМИЯ - **А. Сеизов, Е. Минева**	203
СЕКЦИЯ H. УПРАВЛЕНИЕ И КАЧЕСТВО НА ЗДРАВНАТА ПОМОЩ	
УКРЕПВАНЕ НА КАПАЦИТЕТА НА РАБОТЕЩИТЕ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО - **М. Владимирова, Н. Данова, Г. Цолова, Пл. Димитров**	210
ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ОСИГУРЯВАНЕ НА КАЧЕСТВЕНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ В УСЛОВИЯ НА НЕДОСТИГ НА ЧОВЕШКИ РЕСУРС **М. Драганова, М. Сълева**	214
СТАНДАРТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ – НЕОБХОДИМОСТ В ПРОФЕСИОНАЛНАТА ПРАКТИКА - **С. Борисова**	219

ОБУЧЕНИЕ НА ЖЕНИ - ЛИДЕРИ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ **А. Докова, Ст. Павлова**	223
АНАЛИЗ НА НАУЧНО-ИЗСЛЕДОВАТЕЛСКА ДЕЙНОСТ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ И АКУШЕРКИТЕ В БЪЛГАРИЯ ПО ДАННИ ОТ НАЦИД - **М. Сълева, С. Александрова-Янкуловска, М. Драганова, А. Сеизов**	229
ОПТИМИЗИРАНЕ РАБОТАТА НА СТАРШАТА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА ЧРЕЗ ИЗПОЛЗВАНЕ НА ЕЛЕКТРОНЕН ГРАФИК НА СМЕНИТЕ - **А. Статева, К. Статев**	236
РОЛЯ НА ПАТРОНАЖНАТА ГРИЖА В ПОЛИТИКИТЕ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКОТО ЗДРАВЕ - **Кр. Костадинова, И. Стойкова, И. Пулева**	240
МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА И ПРОМОТИВНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ ЗА ДЕЦАТА В БЪЛГАРИЯ - **Г. Петрова, Н. Михайлова**	244
ДЕТСКАТА СМЪРТНОСТ В БЪЛГАРИЯ В ПЕРИОД НА СОЦИАЛНО-ИКОНОМИЧЕСКИ ПРЕХОД - **Н. Михайлова, Г. Петрова**	250
ДОМАШНИТЕ ПОСЕЩЕНИЯ ОТ АКУШЕРКА – ОЧАКВАНИЯ НА БРЕМЕННИТЕ И РОДИЛКИТЕ - **П. Дилова, С. Александрова-Янкуловска**	255
АЛГОРИТЪМ ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА ПРОФЕСИОНАЛНИ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПО ОНКОЛОГИЧНИ ГРИЖИ - **П. Гергова, С. Георгиева**	260
МНЕНИЕТО НА ВАРНЕНСКИТЕ МАЙКИ ОТНОСНО НУЖДАТА ИМ ОТ АКУШЕРСКИ ГРИЖИ В ДОМА - **Р. Лалева**	264
РОЛЯТА НА ЗДРАВНИТЕ ПРОФЕСИОНАЛИСТИ В БОРБАТА С COVID-19 ПАНДЕМИЯТА - **Р. Йорданова, Хр. Милчева**	269
ЗНАЧИМОСТ НА ПРОДЪЛЖАВАЩОТО ОБУЧЕНИЕ В СЕСТРИНСТВОТО (ПРОУЧВАНЕ В ПЛЕВЕНСКА ОБЛАСТ) - **С. Дюлгерова**	272
ИНОВАТИВЕН МОДЕЛ ЗА ОЦЕНКА НА ПРОДЪЛЖАВАЩОТО ОБУЧЕНИЕ НА АКУШЕРКАТА - **Ж. Павловска**	279
АКРЕДИТАЦИЯТА КАТО ИНСТРУМЕНТ ЗА ОЦЕНКА И УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО В ХИПЕРБАРНАТА МЕДИЦИНА - **К. Цанкова, М. Димитрова**	285
ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ, ОКАЗВАНИ ОТ МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ И ЗНАЧЕНИЕТО ИМ В УСЛОВИЯТА НА СЪВРЕМЕННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ **С. Борисова**	289
СЕКЦИЯ К. МЕДИЦИНСКА И СОЦИАЛНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ И ИНТЕГРАЦИЯ	
КИНЕЗИТЕРАПИЯ И ЕРГОТЕРАПИЯ ПРИ КОКСАРТРОЗА СЛЕД ЕНДОПРОТЕЗИРАНЕ НА ТАЗОБЕДРЕНА СТАВА - **Н. Михайлова**	295
ВЛИЯНИЕ НА ВЪТРЕБОЛНИЧНАТА РЕХАБИЛИТАЦИЯТА ВЪРХУ СЪРДЕЧНАТА ЧЕСТОТА ПРИ БОЛНИ С ОСТЪР МИОКАРДЕН ИНФАРКТ - **Т. Мегова**	300

ОЦЕНКА ЧРЕЗ СКАЛАТА НА CONSTANT-MURLEY НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ РАННИЯ ВЪЗСТАНОВИТЕЛЕН ПЕРИОД НА РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ФРАКТУРА НА ПРОКСИМАЛНИЯ ХУМЕРУС - **Л. Тотева**	306
КОМПЛЕКСЕН ПОДХОД ЗА ОКАЗВАНЕ НА ГРИЖИ В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ ЗА ПАЦИЕНТИ С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА **В. Станева**	310
ТРЕНИНГ НА ВАРИАБИЛНОСТ НА СЪРДЕЧНАТА ДЕЙНОСТ С БИОФИЙДБЕК ПОВЛИЯВА СИМПТОМИ ПРИ ВЪЗРАСТНИ ЛИЦА КОИТО ЗАЕКВАТ - **Е. Горанова**	314
ТЕСТОВЕ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА КИНЕЗИТЕРАПЕВТИЧНИЯ ПОТЕНЦИАЛ ПРИ НЕВРОЛОГИЧНО БОЛНИ - **М. Филипова, Д. Попова, Т. Мегова, Н. Михайлова**	319
ВКЛЮЧВАНЕ НА ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИ И ТРУДОТЕРАПЕВТИЧНИ ДЕЙНОСТИ ПРИ РАБОТАТА С ДЕЦА В НЕРАВНОСТОЙНО СОЦИАЛНО ПОЛОЖЕНИЕ - **Д. Вачева, И. Петкова, М. Иванов, И. Стоянова**	321
ЕКИПЕН ПОДХОД В ДИАГНОСТИКАТА И ТЕРАПИЯТА НА КОМУНИКАТИВНИТЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЛИЦА СЛЕД МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ **М. Симонска**	326
ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ ПРИ ЛИЦА С АФАЗИЯ **М. Симонска, В. Цацова**	329
ПРОФИЛ НА ЛИЦАТА, КОИТО НЕПРОФЕСИОНАЛНО ПОЛАГАТ ГРИЖИ В ДОМАШНА СРЕДА - **К. Кънчева**	334
ГРАФОМОТОРНИТЕ УМЕНИЯ ПРИ ДЕЦАТА С ДИСФАЗИЯ НА РАЗВИТИЕТО В ПРЕДУЧИЛИЩНА И НАЧАЛНА УЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ 6 – 7 Г., ПРЕДПОСТАВКА ЗА ФОРМИРАНЕ И РАЗВИТИЕ НА ПИСМЕНИЯ ЕЗИК - **К. Спасова**	340
ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ДЪЛГОСРОЧНИ ГРИЖИ ЗА ХОРА С УВРЕЖДАНИЯ – МЕХАНИЗМА „ЛИЧНА ПОМОЩ“ - **В. Спасова**	346
ЗНАЧЕНИЕТО НА СОЦИАЛНОЗНАЧИМИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ ЗА КАЧЕСТВОТО НА СОЦИАЛНАТА УСЛУГА "ПРИЕМНА ГРИЖА" **И. Петкова**	352
ОТНОШЕНИЕТО НА РОМСКАТА ДЕВОЙКА КЪМ СОБСТВЕНОТО ОБРАЗОВАНИЕ И ТРАДИЦИИ НА ЕТНОСА - **М. Гуновска**	356
ФУНКЦИОНАЛНО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА КОЛЕННИЯ КОМПЛЕКС ЧРЕЗ ПРИЛОЖЕНИЕ НА СТАВНО-МОБИЛИЗАЦИОННИ ТЕХНИКИ - **Р. Костов**	362
КОМУНИКАТИВЕН МОДЕЛ ПРИ ПАЦИЕТИ С МУЛТИПЛЕНА СКЛЕРОЗА - **Ст. Павлова, В. Станева**	367
СЕКЦИЯ L. ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ	
ОРТОРЕКСИЯ И БИГОРЕКСИЯ – НОВИТЕ ЛИЦА НА НАРУШЕНИЯТА В ХРАНЕНЕТО. КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ - **Д. Найденова**	373

ЗАГУБА ПОРАДИ СМЪРТ НА ЕМОЦИОНАЛНО ЗНАЧИМА ЛИЧНОСТ – СПЕЦИФИКА НА ПРЕЖИВЯВАНИЯТА - **Д. Русева**	378
ВЛИЯНИЕ НА КОГНИТИВНИТЕ НАРУШЕНИЯ ВЪРХУ ИНВАЛИДНОСТТА ПРИ БОЛНИ С ПАРАНОИДНА ШИЗОФРЕНИЯ - **И. Велева, М. Стоименова, П. Чумпалова, К. Стойчев, Г. Доганджали**	384
ЗАКРИЛА НА ПСИХИЧНОТО ЗДРАВЕ В УСЛОВИЯТА НА COVID -19 **М. Мавров, М. Христозова**	390
СЕКЦИЯ М. ВАРИА	
СЪЗДАВАНЕ, ПЪРВИ СТЪПКИ И РАЗВИТИЕ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА СЪДЕБНОМЕДИЦИНСКА СЛУЖБА В РЕГИОН ПЛЕВЕН - **Д. Деков, Д. Димитрова, И. Иванов**	396
РАЗВИТИЕ НА МЕДИЦИНАТА НА БЕДСТВЕНИТЕ СИТУАЦИИ ДО 2000 Г. В БЪЛГАРИЯ: СЪВРЕМЕННА ДИСЦИПЛИНА С ТРАДИЦИИ ОТ 20 ВЕК - **Д. Димитрова, Д. Деков**	400
МЯСТО НА КОМУНИКАТИВНИТЕ УМЕНИЯ В СТУДЕНТСКОТО И СЛЕДДИПЛОМНОТО ОБУЧЕНИЕ ПО МЕДИЦИНА - **Цв. Валентинова, В. Недкова-Миланова**	403
АНАЛИЗ НА СПЕЦИФИКАТА В ОБУЧЕНИЕТО НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКИ ЛАБОРАНТ“ В БЪЛГАРИЯ И ЕС **Н. Саркисян, Е. Георгиева, М. Милев, Т. Костадинова, С. Ангелова**	407
АНАЛИЗ НА УЧЕБНИТЕ ПРОГРАМИ ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА СПЕЦИАЛНОСТ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ **Е. Григоров**	413
МНОЖЕСТВОТО ИНТЕЛИГЕНТНОСТИ ЗА ЛИЧНОСТНО РАЗВИТИЕ **Е. Манасиев, Е. Григоров**	415

СЕКЦИЯ А. ЕПИДЕМИОЛОГИЯ НА ХРОНИЧНИТЕ НЕИНФЕКЦИОЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

ХРАНИТЕЛНО ПОВЕДЕНИЕ, СВЪРЗАНО С ГЛИКЕМИЧНИЯ КОНТРОЛ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ТИП 1 ЗАХАРЕН ДИАБЕТ С ГОЛЯМА ДАВНОСТ

Н. Ушева, Р. Панчева, Р. Тонева, К. Цочев, М. Попчева, Т. Чалъкова, М. Бояджиева, С. Галчева, Г. Вълчев, Я. Бочева, Й. Йотов, В. Йотова
Медицински университет "Проф. д-р Параскев Стоянов" – Варна

Контакт: Доц. д-р Наталия Ушева, д.м.
e-mail: nataly_usheva@hotmail.com

Въведение

Хранителното поведение е от основно значение при лечението на тип 1 захарен диабет (Т1ЗД). Диетологичните насоки имат за цел да поддържат и подобряват здравословните хранителни навици, за да се постигне оптимален метаболитен контрол [5].

Съгласно Консенсусните препоръки на ISPAD (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes) за клиничната практика от 2018 г. за храненето при деца и юноши с Т1ЗД, диетичните съвети се основават на принципите на здравословно хранене, подходящи за всички деца и семейства [9]. Няма специфични препоръки за пациенти с Т1ЗД, които имат дълготрайно заболяване и могат да са подложени на двойната тежест на заболяването поради основното хронично страдание и поради риска от социално значими заболявания, който се повишава с възрастта [6].

В България на пациентите със Т1ЗД не се предлагат редовни консултации с диетолог, основно поради недостатъчния брой специалисти и факта, че техните услуги не се покриват от националната осигурителна система. Подобни консулти се извършват от опитни ендокринолози и обучени ендокринологични сестри, чиято насоченост е предимно към подобряване на гликемичния контрол чрез съчетаване на приема на въглехидрати с инсулин и в по-ограничена степен запознаване с принципите за здравословно хранене. Оказва се, обаче, че както съответствието на въглехидратните единици към инсулина, така и правилното хранително поведение се отразява на гликемичния контрол [8].

Не е известно до момента доколко пациентите с Т1ЗД с голяма давност са информирани и спазват основни национални препоръки за здравословно хранително поведение в България и как това се отразява на техния гликемичен контрол.

Цел на настоящия доклад е да се идентифицират хранителните навици на пациенти с Т1ЗД с голяма давност и тяхната връзка с отклонения в гликемичния контрол.

Материал и методи

Проведено е епидемиологично проучване по типа „случай-контрола" (2019-2020г.), включващо пациенти с над 15-годишна давност на тип 1 захарен диабет (за юноши – при завършен растеж) и подбор на здрави доброволци от същия пол и възраст и със сходен индекс на телесната маса (ИТМ) като контроли. Пациентите с диабет, преживяли остър миокарден инфаркт, тежки хипогликемии или диабетна кетоацидоза (ДКА) в последните 3 месеца; с наличие на тежки документирани микроваскуларни диабетни усложнения не са включвани в изследването.

Поканените участници в проучването са интервюирани чрез структурирана анкетна карта, съдържаща въпроси за *демографските данни (*социално-икономически

статус, базиран на образование, професия и настоящ доход); информация *за ЗД1Т* (датата на диагноза на диабета, история на диабетния профил, фамилна обремененост за преждевременно ССЗ и диабет/метаболитен синдром); *минали и придружаващи* заболявания, наличие на остро или хронично възпалително или друго автоимунно заболяване, *прием на медикаменти* в момента на проучването; *рисково поведение* (тютюнопушене, алкохол и др.); *боледуване в ранна детска възраст*. Информацията за хранителните навици е събрана чрез валидиран в българска популация въпросник за хранителния прием, съдържащ въпроси за режима на хранене и количеството на консумираните храни и напитки. На всеки пациент са направени антропометрични измервания (ръст, тегло, обиколка на талията) с калибрирани уреди; измерено е артериално налягане и сърдечна честота по стандартна методика. Кръвните изследвания са направени от венозна кръв и включват следните показатели: кръвна глюкоза, гликиран хемоглобин, кръвна картина, липиден профил, креатинин; маркери на възпалението. Допълнителна информация за методологичните аспекти на проучването, както и за рисковите фактори при пациенти с Т1ЗД са описани в други публикации [2;4] *Статистически методи.* За представяне на количествените данни са приложени дескриптивни методи с изчисляване на средни стойности и стандартно отклонение; за категорийни променливи – абсолютен брой, относителен дял и честотни показатели. Тестването на хипотези е извършено чрез параметрични методи (t-критерий на Student); непараметрични методи (критерий $\chi 2$; Pearson) Установяването на връзки е тествано чрез корелационен анализ (коефициент на Pearson r и коефициент на Spearman ρ). За онагледяване на данните са използвани многомерни таблици; кръгово-секторни и стълбови диаграми. Нивото на значимост на нулевата хипотеза е приемана за значима при $p<0.05$. Данните са анализирани със статистическия пакет IBM SPSS v. 20.0.

Резултати

Настоящият доклад представя данните от междинния етап на проучването със събрана информация за 154 участника (118 пациенти и 36 контроли), общата характеристика за които е представена в **Табл. 1.**

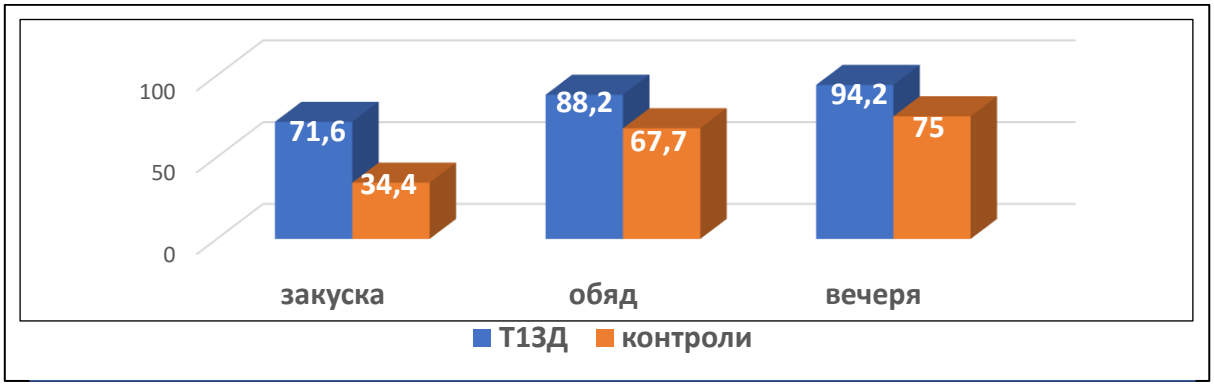
Табл. 1. Обща характеристика на участниците в проучването ($\bar{x} \pm sd$)

	Пациенти (n=118)	Контроли без ЗД (n=36)
	(средна стойност; ±sd)	
Пол	53.4% мъже	41.7% мъже
Възраст	42.6±10.5 години	41.06±9.7 г.
ИТМ	25.3±5.1 мъже 25.4±4.2 жени	28.2±4.4 - мъже 24.5±5.2- жени
Обиколка на талията (ОТ)	92.9±13.1-мъже 85.6±12.1- жени	96.1±13.9 - мъже 82.1±13.7- жени
Давност на диабета	25.4±8.35 години	---
HbA1C	8.4 ±1.77%	5.38 ± 0.37%

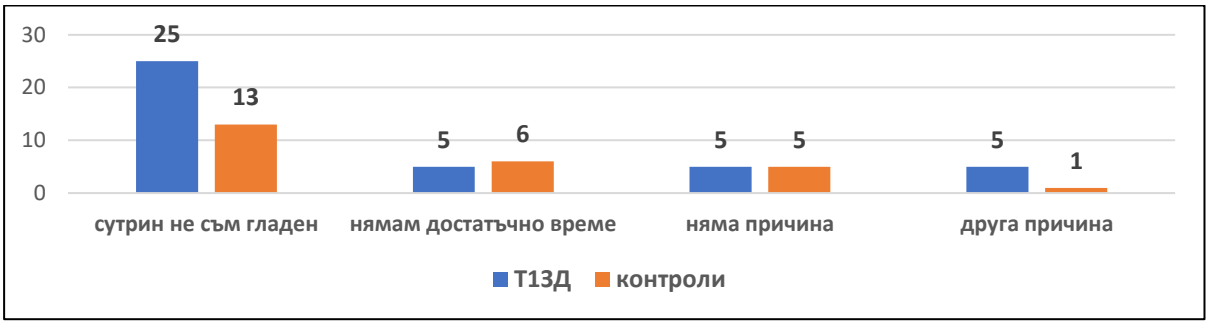
Пациентите статистически значимо докладват за по-висока честота на основните хранения (закуска, обяд и вечеря) в сравнение с респондентите от контролната група ($p<0.001$). Закуската е с най-ниска честота от всички основни хранения, особено при участниците от контролната група (34.4%; n=12), а с най-висока честота и в двете групи участници е вечерята, като почти всички пациенти имат вечерно основно хранене (94.2%; n=97). (**Фиг.1)**

Като основни причини за пропускане на сутрешната закуската и пациентите (63%; n=25), и участниците без диабет посочват липсата на апетит сутрин (52%; n=13) и липса на достатъчно време (12.3% и 26.8% съответно) (p>0.05). **(Фиг.2)**

Междинните закуски присъстват ежедневно при пациентите с Т1ЗД и контролите: 29.2% от пациентите и 3.6% от здравите участници докладват за сутрешна закуска, 32.5% и 10.3% съответно за всяка група за следобедна и 17.7% и 20% - вечерна (p<0.001).



Фиг. 1. Честота на отделните хранения всеки ден при пациентите с Т1ЗД и контроли (%; p<0.001)



Фиг. 2. Причини за пропускане на сутрешната закуска всеки ден при пациентите с Т1ЗД и контроли (p>0.05)

Не се установява статистически значима разлика във вида на споделените хранения между двете групи участници (p>0.05). Почти всеки ден (5-7 дни в седмицата) закусват с друг човек 29 (29.5%) от пациентите и 5 (15.2%) от контролите; обядват – 81 (80.2%) от пациентите и 11 (40.7%) от контролите; 52(52%) от пациентите и 21 (75%) от контролите споделят вечеря.

Сравнението на честотата на прием на отделни групи храни между двете групи респонденти показва сходни резултати, с изключение на плодовете и „бързите храни“ (преработени храни, за които се изисква кратко време за приготвяне и претопляне с високо съдържание на вредни мазнини). **(Табл. 2)**

Пациентите докладват за по-висок брой порции на консумирани плодове седмично – 3.82, в сравнение с 3.18 при контролите (p=0.026), но при тях значително почеста е консумацията на т.н. „бързи“ храни. Ниската консумация на плодове в двете групи участници корелира с непознаването на препоръчителна минимална дневна консумация на плодове и зеленчуци от 400 гр. за възрастни – 86% (n=86) от пациентите и 90.6% (n=29) от контролите не познават или посочват по-ниски от препоръчаните количества. Напитките се явяват източник на допълнителни и много често излишни, „празни“

калории, особено при пациентите на инсулино-заместителна терапия. Установява се значителна разлика в консумацията на *безалкохолни подсладени напитки*, консумирани от пациенти (5±6.5; Me=3 чаши по 250 мл) в сравнение с контроли (2.08 ± 1.8; Me=1 чаши по 250 мл) (p= 0.003) и *вино*: 2.9 ±2.5; Me=2 броя чаши по 125мл при пациенти и 6.1±7.6; Me=3 чаши по 125 мл чаши седмично при контролите (p=0.01).

Изследването на нивата на кръвната глюкоза показват по-лош гликемичен контрол при пациенти с Т1ЗД (HbA_1C=8.4±1.77%) спрямо контролите (HbA_1C=5.37±0.39%), като се установяват по-високи средни нива на гликирания хемоглобин при пациенти, които обичайно имат междинни вечерни закуски (p=0.02). Статистически значима положителна корелационна зависимост се установява между нивата на гликирания хемоглобин и споделените хранения за закуска (r=0.21; p=0.001) и обяд (r=0.02; p=0.03) за цялата извадка, но не се наблюдава в извадката на пациентите с Т1ЗД (p>0.15).

Табл. 2. Сравнителен анализ на честотата на прием на основните групи храни между пациентите с Т1ЗД и контроли (Independent Samples T-test)

	участници	Брой	Mean ± sd	t	p
Млечни нискомаслени продукти - порции дневно (120 мл)	пациенти	42	1.62 (0.94)	1.04	0.14
	контрола	10	1.30 (0.48)		
Млечни високомаслени - порции дневно (120 мл)	пациенти	58	1.95(1.48)	0.34	0.74
	контрола	17	1.82 (1.29)		
Плодове – порции седмично	пациенти	103	3.82 (1.39)	2.24	0.026
	контрола	33	3.18(1.49)		
Зеленчуци – порции седмично	пациенти	103	4.53 (1.28)	0.7	0.48
	контрола	33	4.36 (1.17)		
Бобови храни- порции седмично	пациенти	95	1.58 (0.79)	-0.12	0.91
	контрола	30	1.60 (0.89)		
Риба, морски продукти – пъти седмично	пациенти	82	1.45 (0.71)	1.36	0.18
	контрола	28	1.25 (0.59)		
Червено месо – пъти седмично	пациенти	95	3.64 (1.95)	1.61	0.11
	контрола	32	3.03 (1.58)		
Бяло птиче месо – пъти седмично	пациенти	92	2.46 (1.29)	1.01	0.13
	контрола	31	2.19 (1.14)		
Сладки храни – порции седмично	пациенти	101	2.22 (1.21)	-0.71	0.48
	контрола	33	2.39 (1.37)		
"Бързи" храни – Порции седмично	пациенти	97	1.93 (1.12)	2.38	0.02
	контрола	31	1.52 (0.72)		

Проучването на връзката на честотата на прием на отделните групи храни и напитки с гликемичния контрол при пациентите с Т1ЗД показа отрицателна умерена и статистически значима връзка само при консумацията бира (r= -0.35; p=0.01), вино (r= -0.32; p=0.03), на кафе (r= -0.23; p=0.04), но не и за другите видове напитки и всички включени храни в изследването.

Дискусия

Резултатите от настоящия анализ показват, че хранителното поведение на пациентите с Т1ЗД, макар и по-добро по определени показатели в сравнение с контролите, не

отговарят на националните препоръки. Тези пациенти в нашата страна биват обучавани по хранене след диагностицирането на заболяването основно за начина на изчисляване на въглехидратните единици и в нерегулярен порядък. Разбира се, че информация за храненето при Т1ЗД може да бъде намерена от самия пациент и в Интернет, но не всеки пациент е критичен и би могъл самостоятелно да прецени доколко тази информация е достоверна.

Препоръките за здравословно хранене в България включват редовно хранене (3-5 пъти дневно), като се обръща внимание, че то предотвратява приема на големи количества храна наведнъж и допринася за по-добро храносмилане [1]. Особено голям акцент има върху закуската като важен хранителен прием, който не трябва да се пропуска, тъй като подобрява умствената и физическа работоспособност в сутрешните часове. От нашето проучване става ясно, че тези базисни препоръки не се достигат от около 30% от пациентите и от дори болшинството от участниците без диабет (65.6%). Не е достигната и другата основна препоръка за ежедневна консумация на над 400 грама разнообразни зеленчуци и плодове, за предпочитане сурови, които допринасят за приема на влакнини, минерали и витамини, което част от пациентите обясняват с тенденциозното избягване на плодове и зеленчуци, съдържащи фруктоза („сладките“ плодове и зеленчуци).

В света има няколко скорошни проучвания, които изследват хранителния прием и спазването на препоръките за здравословно хранене при пациенти с Т1ЗД [3], които отчитат също ниския комплайънс към здравословните препоръки. Така например във Финландия само 25% от изследваните пациенти със Т1ЗД имат прием на добавена захар над националните препоръки [3]. В това проучване, обаче общо 65% от жените и 56% от мъжете съобщават за добро спазване на здравословните принципи на хранене винаги или в повечето случаи. Това са и пациентите с по-нисък ИТМ и по-голяма давност на диабета.

Оказва се също, че създаването на добри хранителни практики, взаимодействието и споделянето на хранене на пациенти с Т1ЗД със семейството също се отразява на гликемичния контрол. Това понякога се свързва не само с познанията, но и с неефективни психологически стратегии [7].

Всичко това показва, че важна част от обгрижването на пациенти с Т1ЗД е допълнителното обучение от опитен диетолог като част от мултидисциплинарния екип, който може да проследи системно хранителното поведение и даде съответни здравословни препоръки. Регулярните хранения и рутината при съвместно хранене трябва да се съчетае с обучение и на семейството, и на пациента за правилен хранителен избор с цел по-добър гликемичен контрол и отлагане на усложненията от основното заболяване.

Настоящото проучване е финансирано по проект на ФНИ 2017: „Сърдечно-съдов и метаболитен риск, свързан с висцералната мастна тъкан, при пациенти с тип 1 захарен диабет“ и е получило одобрение на Комисия по етика на научните изследвания към Медицински университет – Варна.

Литература

1. Препоръки за здравословно хранене за населението в България 18-65 години. МЗ, НЦОЗА, София. 2008. https://www.ncpha.government.bg/images/ NCPHA/ Publications/ Leaflets_NewsLetters/ Healthy_eating_18_65.pdf
2. Цочев К, Чалъкова Т, Йотов Й, Бочева Я, Ушева Н, Бояджиева М, Галчева С, Йотова В, Стефанова Т. Дизайн и особености на проучването на сърдечно-съдов и метаболитен риск при дългогодишен тип 1 захарен диабет. *Известия на Съюза на учените – Варна. Секция медицина и екология* 2019, 1(24): 48-54
3. Ahola, A.J., Mikkilä, V., Mäkimattila, S., Forsblom, C., Freese, R., Groop, P.-H., Group, on behalf of the F.S., 2012. Energy and nutrient intakes and adherence to dietary guidelines among Finnish

adults with type 1 diabetes. Annals of Medicine 44, 73–81. https://doi.org/10.3109/07853890.2010.530682
4. Chalakova T, Y Yotov, K Tzotchev, S Galcheva, B Balev, Y Bocheva, N Usheva, V Iotova. Type 1 Diabetes mellitus – Risk Factor for Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality. *Current Diabetes Reviews* 2020 May 10. doi: 10.2174/1573399816666200511004205. Online ahead of print. PMID: 32389113
5. Ewers, B., Trolle, E., Jacobsen, S.S., Vististen, D., Almdal, T.P., Vilsbøll, T., Bruun, J.M., 2019. Dietary habits and adherence to dietary recommendations in patients with type 1 and type 2 diabetes compared with the general population in Denmark. Nutrition 61, 49–55. https://doi.org/10.1016/j.nut.2018.10.021
6. Leroux, C., Brazeau, A.-S., Gingras, V., Desjardins, K., Strychar, I., Rabasa-Lhoret, R., 2014. Lifestyle and Cardiometabolic Risk in Adults with Type 1 Diabetes: A Review. Canadian Journal of Diabetes 38, 62–69. https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2013.08.268
7. Patton, S.R., Williams, L.B., Dolan, L.M., Chen, M., Powers, S.W., 2009. Feeding problems reported by parents of young children with type 1 diabetes on insulin pump therapy and their associations with children's glycemic control. Pediatric Diabetes 10, 455–460. https://doi.org/10.1111/j.1399-5448.2009.00506.x
8. Settineri, S., Frisone, F., Merlo, E.M., Geraci, D., Martino, G., 2019. Compliance, adherence, concordance, empowerment, and self-management: five words to manifest a relational maladjustment in diabetes. J Multidiscip Healthc 12, 299–314. https://doi.org/10.2147/JMDH.S193752
9. Smart, C.E., Annan, F., Higgins, L.A., Jelleryd, E., Lopez, M., Acerini, C.L., 2018. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Nutritional management in children and adolescents with diabetes. Pediatr Diabetes 19, 136–154. https://doi.org/10.1111/pedi.12738

МАЙЧИНО ХРАНЕНЕ И ФЕТАЛНО ПРОГРАМИРАНЕ НА МЕТАБОЛИТНИ НАРУШЕНИЯ

Д. Найденова
Катедра „Хигиена и епидемиология“, Факултет „Обществено здравеопазване“, МУ – Варна

Контакт: Доц. д-р Дарина Найденова, д.м.
e-mail: Dary_nay@mail.bg

Въведение

Храната е най-важният външен регулатор на процесите в растящия организъм. Тя е носител не само на енергия, но също така и на информация, влияеща върху гените, хормоните, имунната система, биохимията на мозъка и чревната флора. Множество проучвания в последните десетилетия показаха, че храненето на майката в периода на бременността може да провокира трайни промени в тъканите на плода (ембриона) и има потенциал да "програмира" здравето на бъдещото поколение. Възникна т. нар. теория за интраутеринно програмиране на заболяванията [3]. Според нея под влияние на различни фактори от средата на живот на бъдещите майки настъпват трайни, постоянни промени в метаболизма и физиологията на индивида, които в последствие повишават риска от заболявания. Кохортни проучвания сред няколко поколения показват, че най-голямо значение имат следните епигенетични фактори [16]:

- Непълноценно хранене на майката (вкл. недохранване, хранителни дефицити, прехранване)
- Експозиция на тератогени (алкохол, медикаменти, токсини и др.)
- Хормонален дисбаланс (майчино затлъстяване, гестационен диабет)
- Емоционален и оксидативен стрес на майката

Условията на живот на жените в периконцепционалния период могат да провокират трайни промени в тъканите на ембриона. Засягайки репродуктивните клетки, промените могат да се предадат на следващото поколение. Едни и същи фактори влияят на поне три поколения (майката, плода (детето), репродуктивните клетки на плода (респективно внучето).

Материал и методи

За целите на настоящия обзор са анализирани публикации в специализираната медицинска литература (вкл. електронна база данни - SCOPUS, WAB of SCIENC и др.), касаещи връзката между майчиното хранене и дългосрочните ефекти върху здравето на потомството.

Резултати

Епигенетичните промени, индуцирани от неадекватно майчино хранене включват метилиране на ДНК, модификации на хистони, загуба на теломерни двойки и др. и имат способността да модулират генната експресия с фенотипна изява метаболитни нарушения [13]. В интраутеринния период организмът е особено чувствителен към неблагоприятни фактори на средата. Причините за това са няколко: висока скорост на растеж и развитие на фона на голяма пластичност и адаптивност към неблагоприятни промени в заобикалящия свят. Всяка промяна води до каскада от компенсаторни изменения, които в краткосрочен план осигуряват оцеляването на плода, но често са неблагоприятни за здравето в по-късна възраст. По този начин факторите на средата променят генната експресия в ранния живот (от зачеването до 3 год.) и повлияват честотата на редица неинфекциозни заболявания.

Един от епигеничнте фактори, модулиращи метаболитния риск в потомството е теглото на бъдещата майка [6]. Интересен е фактът, че затлъстяването на майките от преди бременността се асоциира с увеличен риск от повишена мастна маса и тегло на плода при раждане. Установява се увеличен риск от затлъстяване в потомството, като ефектът е полово зависим и засяга синовете (но не и дъщерите) на майките със затлъстяване. Покачването на теглото на бъдещата майка по време на бременността е друг епигенетичен фактор, повлияващ на риска от метаболитни заболявания в потомството. Оптималният за здравето на майката и потомството гестационен прираст е представен в **табл. 1**.

Таб. 1. Препоръчително наддаване на тегло според преконцепционалния BMI

Категория тегло (на база BMI)	Препоръчително наддаване (kg)
поднормено	12,5 -18
нормално	10 -12
свръхтегло	7 -11,5
затлъстяване	до 6-7

Редица проучвания намират връзка между неадекватното наддаване на тегло и повишения риск от захарен диабет, висцерално затлъстяване и артериална хипертония в потомството.

Майките със затлъстяване и BMI над 30 кг/м^2 по-често развиват гестационен диабет, както и страдат от патология на бременността – преждевременно раждане, преeклампсия, дефицити на фолат (B_9), B_{12} и желязо. Тяхното потомство е с повишен риск от развитие на инсулинова резистентност и затлъстяване. Ефективна стратегия за намаляване на метаболитния риск в потомството би била редукция на теглото на младите жени със затлъстяване с поне 10% преди забременяването. Прекомерно наддаване на тегло при жените по време на бременността в I – вия триместър повишава риск от затлъстяване на детето. Бурният гестационен прираст във II и III триместър се асоциира със затлъстяване в по-късна възраст, ЗД тип 2 и хипертония.

Поднорменото тегло на майката (BMI под 18,5 кг/м^2 преди бременността и недостатъчно наддаване през бременността) е свързано с повишен риск от раждане на малки за гестационната си възраст деца (small-for gestational-age) и с ниско тегло при раждане (под 2500 г). Проучвания сред хора и опитни животни показват, че недохранването на майчиния организъм е причина за забавен растеж на плода и метаболитна адаптация, целяща оцеляване на плода в кратки срокове, но увеличаваща риска от някои заболявания за детето в зряла възраст: висцерално затлъстяване, артериална хипертония, ЗД тип 2, метаболитен синдром [11]. Енергийният дефицит в ранните месеци на бременността ограничава растежа на тъканите и органите в ембриона. Особено чувствителен към калорийния недостиг е панкреасът, а намаления му функционален капацитет е предпоставка за развитие на ЗД в по-късна възраст. Недохранването по време на бременността засяга и мозъчното развитие на потомството. По време на бременността и в първите месеци от живота мозъкът е "енергийна ламя" и консумира 50-75% от цялата енергия, получена чрез храната [14]. Неадекватно хранене в този период нарушава структурата и функционирането на мозъка по начин, който трудно може да бъде компенсиран по-късно Установено е, че децата на майки с недохранване по-често имат нарушения във вербалните способности.

Макронутренти и микронутриенти през бременността. Бременната майка има повишена нужда от **белтъчни храни**. Потребностите от белтък се увеличават с около 1 г/д през първия триместър, с 9 г/д през втория и с цели 28г/д в края на бременостт [1]. Оказва се, че нискобелтъчните диети (като суровоядство, веганство, фрутарианство и др.) по време на бременността на могат да задоволят растящите нужди от лесно усвоим белтък и повишават риска от ниско тегло при раждането и от инсулинова резистентност в по-късните етапи от живота на бъдещото поколение.

Нуждата от **мазнини** по време на бременност е непроменена (около 20-35 E%), но се повишават се изискванията към качеството на мазнините. на плода са необходими есенциални мастни киселини от група п-3 (EPA, DHA). Те лимитират нормалното развитие на мозъка и зрението и се свързват с когнитивните способности и имунитета. Проучване сред 734 бъдещи майки (половината от които завършили бременността си с преждевременно раждане) показва силна статистически достоверна връзка между ниската плазмена концентрация на дълговерижни мастни киселини от група п-3 (EPA и DHA) по време на бременност и риска от последващо ранно преждевременно раждане ($p < 0,0001$) [12]. В последните години все по-често младите жени следват алтернативни модели на хранене, вкл. високомазнинни диети (кетогенни режими, с прием на мазнини над 45E%). Проучвания намират връзка между високомазнинното хранене на бъдещите майки и някой метаболитни проблеми в потомството. Въглехидратните рестрикции при кето диета водят до епигенетично програмиране на свръхпродукция на глюкоза в черния дроб, риск от затлъстяване, ЗД тип 2 и неалкохолна стеатоза в потомството [9]. Проучване сред 1740 майки с неблагоприятен изход на бременността (мъртво родено дете или плод със спина бифида или аненцефалия) и 9545 случаи на здрави деца (без вродени дефекти на невралната тръба) сравнява хранителния прием на фолат и въглехидрати при майките.

Установява се, че средният внос на фолат при бъдещите майки с ограничен внос на въглехидрати е с около 50 % по-нисък ($p < 0.01$). Резултатите от това проучване сочат, че кетогенните диети повишават риска от раждане на дете със спина бифида с 30% [4]. Причината е, че този рестриктивен режим на хранене е силно ограничен от към плодове и много от зеленчуците, които са естествен източник на вит. B_9 (фолат). Следването на восокомазнинна диета създава сериозен риск от неадекватен прием на този микронутриент. Дефицита на B9 в периконцепционалния период повишава риск от спина бифида и патология на бременността (отлепване на плацента, спонтанен аборт, пре-еклампсия, преждевременно раждане, нарушения в аутиустичния спектър), както и от инсулинова резистентност в потомството [8]. Дължината на теломерите (свързани с появата на дегенеративни заболявания и стареене на клетакат) е в пряка зависимост в приема на фолата от бъдещата майка [7].

Друг микронутриент, повлияващ метаболитното програмиране на бъдещите поколения е **витамин Д**. Той повлиява на способността за зачеване [2], както и на протичането и изхода на бременността, намесвайки се в имуномодулацията на майчино-феталния интерфейс [15]. Дефицитът на витамин Д е много често срещан и доказано повишава риска от преждевременно раждане, както и от атопия (астма, екзема) и захарен диабет в потомството [5]. Хиповитаминоза Д е най-сериозен проблем през студените месеци (когато няма ендогенна синтеза в кожата), при майките със затлъстяване.

Обсъждане и заключение

Лонгитудинални проучвания показват, че храненето на майката в периконцепционалния период има дългосрочни и потенциално трайни ефекти върху метилирането на ДНК на потомството [10]. Неадекватното хранене в началните етапи на живота може да има сериозни необратими ефекти върху метаболизма и здравето. По тази причина профилактичните мерки трябва да се фокусират върху подобряване на хранителния статус на младите жени, а не върху коригирането на последствията от него в потомството. Оптимизирането на телесното тегло преди и по време на бременността, заедно със здравословния хранителен прием може да подобри микронутриентния статус на майката и да намали рисковете от фетално програмиране на метаболитни заболявания. Най-добрата стратегия за намаляване на честотата на социално-значими заболявания в следващите поколения е подобряване на здравната и хранителна култура на бъдещите родители и особено оптимизиране на хранителния статус на жените, планиращи бременност.

Литература:

1. Наредба No1 от 22 януари 2018 г.за физиологичните норми за хранене на населението, обн. ДВ. бр.11 от 2 февруари 2018г.
2. Dennis NA, Houghton LA, Pankhurst MW, Harper MJ, McLennan IS. Acute Supplementation with High Dose Vitamin D3 Increases Serum Anti-Müllerian Hormone in Young Women. Nutrients. 2017 Jul 8;9(7):719. doi: 10.3390/nu9070719. PMID: 28698476; PMCID: PMC5537834.
3. Desai M, Jellyman JK, Ross MG. Epigenomics, gestational programming and risk of metabolic syndrome. Int J Obes (Lond). 2015 Apr;39(4):633-41. doi: 10.1038/ijo.2015.13. Epub 2015 Feb 2. PMID: 25640766.
4. Desrosiers TA, Siega-Riz AM, Mosley BS, Meyer RE; National Birth Defects Prevention Study. Low carbohydrate diets may increase risk of neural tube defects. Birth Defects Res. 2018 Jul 3;110(11):901-909. doi: 10.1002/bdr2.1198. Epub 2018 Jan 25. PMID: 29368448.
5. Dovnik A, Mujezinović F. The Association of Vitamin D Levels with Common Pregnancy Complications. Nutrients. 2018 Jul 5;10(7):867. doi: 10.3390/nu10070867. PMID: 29976852; PMCID: PMC6073751.
6. Enomoto K, Aoki S, Toma R, Fujiwara K, Sakamaki K, Hirahara F. Pregnancy Outcomes Based on Pre-Pregnancy Body Mass Index in Japanese Women. PLoS One. 2016 Jun 9;11(6):e0157081. doi: 10.1371/journal.pone.0157081. PMID: 27280958; PMCID: PMC4900523.

7. Entringer S., Epel E. S., Jue Lin J., Blackburn E. H., Buss C., Shahbaba B., Gillen D. L., Venkataramanan R., Simhan H.N., Wadhwa P.D. Maternal folate concentration in early pregnancy and newborn telomere length. Ann Nutr Metab. 2015 ; 66(4): 202–208. doi:10.1159/000381925.
8. Ghattu V. Krishnaveni & Sargoor R. Veena & Samuel C. Karat & Chittaranjan S. Yajnik & Caroline H. D. Fall. Association between maternal folate concentrations during pregnancy and insulin resistance in Indian children. Diabetologia (2014) 57:110–121. DOI 10.1007/s00125-013-3086-7
9. Huypens P, Sass S, Wu M, Dyckhoff D, Tschöp M, Theis F, Marschall S, Hrabě de Angelis M, Beckers J. Epigenetic germline inheritance of diet-induced obesity and insulin resistance. Nat Genet. 2016 May;48(5):497-9. doi: 10.1038/ng.3527. Epub 2016 Mar 14. PMID: 26974008.
10. Leroy JL, Frongillo EA, Dewan P, Black MM, Waterland RA. Can Children Catch up from the Consequences of Undernourishment? Evidence from Child Linear Growth, Developmental Epigenetics, and Brain and Neurocognitive Development. Adv Nutr. 2020 Jul 1;11(4):1032-1041. doi: 10.1093/advances/nmaa020. PMID: 32584399; PMCID: PMC7360439.
11. Odhiambo JF, Pankey CL, Ghnenis AB, Ford SP. A Review of Maternal Nutrition during Pregnancy and Impact on the Offspring through Development: Evidence from Animal Models of Over- and Undernutrition. Int J Environ Res Public Health. 2020 Sep 22;17(18):6926. doi: 10.3390/ijerph17186926. PMID: 32971930; PMCID: PMC7559343.
12. Olsen SF, Halldorsson TI, Thorne-Lyman AL, Strøm M, Gørtz S, Granstrøm C, Nielsen PH, Wohlfahrt J, Lykke JA, Langhoff-Roos J, Cohen AS, Furtado JD, Giovannucci EL, Zhou W. Plasma Concentrations of Long Chain N-3 Fatty Acids in Early and Mid-Pregnancy and Risk of Early Preterm Birth. EBioMedicine. 2018 Sep;35:325-333. doi: 10.1016/j.ebiom.2018.07.009. Epub 2018 Aug 3. Erratum in: EBioMedicine. 2020 Jan;51:102619. PMID: 30082226; PMCID: PMC6156714.
13. Sharp GC, Lawlor DA, Richmond RC, Fraser A, Simpkin A, Suderman M, Shihab HA, Lyttleton O, McArdle W, Ring SM, Gaunt TR, Davey Smith G, Relton CL. Maternal pre-pregnancy BMI and gestational weight gain, offspring DNA methylation and later offspring adiposity: findings from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. Int J Epidemiol. 2015 Aug;44(4):1288-304. doi: 10.1093/ije/dyv042. Epub 2015 Apr 8. PMID: 25855720; PMCID: PMC4588865.
14. Steen G. (2007). The Evolving Brain: The Known and The Unknown. Amherst, New York.
15. Tamblyn JA, Hewison M, Wagner CL, Bulmer JN, Kilby MD. Immunological role of vitamin D at the maternal-fetal interface. J Endocrinol. 2015 Mar;224(3):R107-21. doi: 10.1530/JOE-14-0642. PMID: 25663707.
16. Warmink-Perdijk WDB, Peters LL, Tigchelaar EF, Dekens JAM, Jankipersadsing SA, Zhernakova A, Bossers WJR, Sikkema J, de Jonge A, Reijneveld SA, Verkade HJ, Koppelman GH, Wijmenga C, Kuipers F, Scherjon SA. Lifelines NEXT: a prospective birth cohort adding the next generation to the three-generation Lifelines cohort study. Eur J Epidemiol. 2020 Feb;35(2):157-168. doi: 10.1007/s10654-020-00614-7. Epub 2020 Feb 25. PMID: 32100173; PMCID: PMC7125065.

СЕКЦИЯ В. ЕПИДЕМИОЛОГИЯ НА ИНФЕКЦИОЗНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ

СОЦИАЛНИ И ЗДРАВНИ НЕРАВЕНСТВА ПРИ РАЗПРОСТРАНЕНИЕТО НА SARS-COV-2 (COVID-19) В БЪЛГАРИЯ

М. Камбурова, С. Георгиева, Д. Цанова
Катедра „Обществоздравни науки“, Факултет „Обществено здраве“, МУ – Плевен

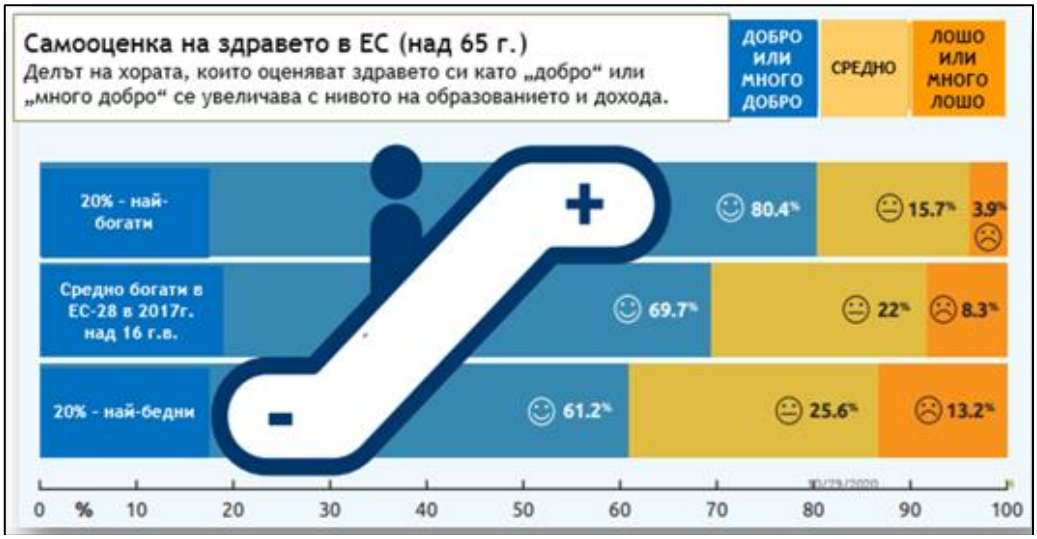
Контакт: Доц. Мариела Камбурова, д.м.
e-mail: mariela_kamburova@yahoo.com

Въведение

Неравенствата в здравето и здравните услуги представляват систематични разлики в здравословното състояние и достъпа до здравеопазване на различните групи от населението. Тези неравенства водят до значителни социални и икономически разходи както за отделните хора, така и за семействата и обществата.

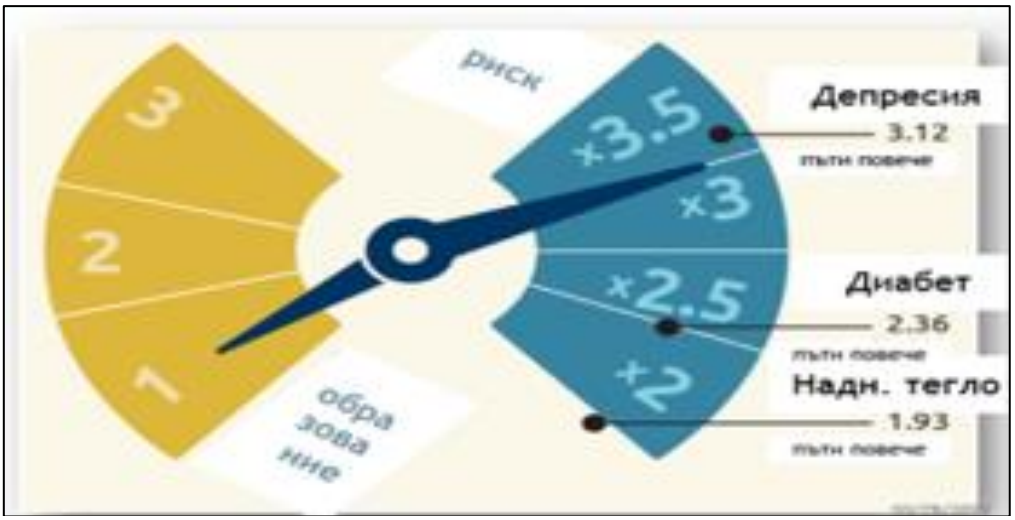
Дефиницията, използвана в доклад на СЗО от 1990 г., гласи, че социалните неравенства в здравето могат да бъдат определени като: „… систематични разлики в здравния статус между различните социално-икономически групи. Тези неравенства са социално продуцирани, подлежащи на изменение и несправедливи.“[8].

Съществуват достатъчно доказателства, че социалните фактори, включително образование, трудова заетост, ниво на доходи, пол и етническа принадлежност оказват значително влияние върху това колко здрав е човек. Във всички страни, независимо дали са с ниски, средни или високи доходи, има големи различия в здравния статус на различните социални групи. **(Фиг.1)**



Фиг. 1 Зависимост между икономическия статус и здравната самооценка на лицата над 65 г. в Европейския съюз

Колкото по-нисък е социално-икономическият статус и образованието на индивида, толкова по-висок е риска от развитие на заболявания като: депресия, диабет, наднормено тегло и др. **(Фиг.2)**



Фиг. 2. Зависимост между образователния статус и риска за развитие на депресия, диабет и наднормено тегло

Здравните резултати и неравенствата в здравето се влияят от: социални, икономически, екологични фактори или условията, при които човек се ражда, израства, живее, работи както и от възрастта му.

Неравенствата в здравеопазването са несправедливи и биха могли да бъдат намалени с подходящи политически мерки.

На 11-та годишна конференция на европейската асоциация по обществено здраве (EUPHA), проведена в Любляна през 2018г., е прието Становище, в което се подчертава факта, че специалистите по обществено здраве осъзнават своята отговорност и подкрепят политиците и експертите, така че те да действат в съответствие с нуждите на обществото. Необходими са действия за намаляване на глобалната тежест на болестите и борба с неравенствата в здравето [6].

В допълнение на виждането на европейската общност по обществено здраве Европейската комисия отправя призив за действия за намаляване на неравенствата в здравето, в който се призовава, че „трябва да предприемем действия, за да гарантираме, че доброто здраве не е просто прерогатив на богатите, а на всички.“[5].

В проучванията на мнението на гражданите на европейския съюз, се установява че те систематично поставят доброто здраве над всички останали аспекти от живота им. Те също така последователно посочват, че са загрижени за нарастващите здравни неравенства.

Цел

Настоящият доклад има за цел да анализира и акцентира върху влиянието на неравенствата в здравето, дължащи се на професионален и етнически статус, както и на напредналата възраст, върху разпространението на SARS-CoV-2 в България.

Материал и методи

Осъществен е критичен преглед на достъпната научна литература във връзка с разпространението на SARS-CoV-2 в света и България към 15 ноември 2020 г.

Анализираните неравенства в здравето на уязвими групи от населението в България са разгледани в аспекта на професионален статус (здравни специалисти и работещи в шивашката промишленост); възраст; етнически статус.

Резултати и обсъждане

Коронавирусната болест 2019 (на английски: COVID-19, съкратено от Corona Virus Disease-2019) е инфекциозна болест, която се причинява от тежкия остър респираторен синдром коронавирус 2 SARS-CoV-2). На 11 март 2020 г. Световната здравна организация обявява пандемия от коронавирус (2019-2020).[11]

Към 15 ноември 2020 г. засегнати от SARS-CoV-2 в света са 54 849 771 души (заболяемост 7 037 на млн.), а починали са 1 324 491 души (смъртност 169,9 на млн.).[9]

От началото на пандемията и към същата дата регистрирани засегнати от заболяването в България са 101 770 души (заболяемост 14 181 на млн.), 69 171 са активните случаи, а 2 282 са починалите (смъртност 307 на млн.) [2].

На **Фиг. 3** и **Фиг. 4** са представени данните за регистрираната и нарастваща тенденция на 14-дневната заболяемост и смъртност от COVID-19 в България. Особено отчетливо и експоненциално е това нарастване от началото на месец октомври.



Фиг. 3 Тенденция в 14-дневната заболяемост от COVID-19 в България (на 100 000 души)



Фиг. 4 Тенденция в 14-дневната смъртност от COVID-19 в България (на 100 000 души)

В хода на пандемията в нашата страна, особено в нейното начало когато разпространението на заболяването беше клъстерно, определени групи от населението са засегнати по-тежко и могат да се дефинират като уязвими.

1. Здравни специалисти

Здравните специалисти са една от най-засегнатите от COVID-19 професионални групи. Към 15.11.2020г. регистрирани като позитивни сред медицинския персонал са

4011 души или 3,9% от всички позитивни в страната [1]. Разпределението им по професионален статус е представено на **Табл. 1** на която е видно, че най-засегнати от заболяването са лекарите.

Засягането на здравните специалисти е пряко свързано с естеството на работата им и е резултат от високата експозиция на вируса. Заразяването им се осъществява както при лечение на позитивни на вируса пациенти в специализираните COVID отделения и клиники, така и при консултация или диагностика на пациенти, които не са суспектни за наличие на заболяването. Увреждането на здравето им се дължи и на няколко основни фактора: недостиг на предпазни средства, претоварване на здравните специалисти от интензивна работа и професионално прегаряне, резултат от недостиг на персонала и др.

Табл. 1. Позитивни на SARS-CoV-2 здравни специалисти в България към 15.11 2020г. (в брой)

Тип	Брой
Лекари	1452
Медицински сестри	1272
Санитари	537
Фелдшери	98
Други	652
ОБЩО	**4011**

2. Работещи в шивашки цехове

Работещите в предприятията от шивашката индустрия също се оказват уязвими по отношение на разпространението на COVID-19. Повишеният риск при тях е резултат от неблагоприятните условия на труд. Влияние върху здравето на работещите в шивашкото производство имат фактори, произтичащи от начина на устройване на работните помещения и оборудване като: обем, квадратура и кубатура на помещенията, вентилация и отопление, осветеност на работните помещения, работните места и др.[3].

През месец април 2020 г. в един от цеховете на завод "Мизия 96" в Плевен е регистрирано огнище на коронавирус, което рязко увеличава броя на заразените с коронавирус в областта. По данни от Регионална здравна инспекция-Плевен при направено проучване, първо на целия цех и на прицелни групи от другите цехове, от общо около 160 души, около 30% са положителни на коронавирус.

3. Домове за възрастни хора

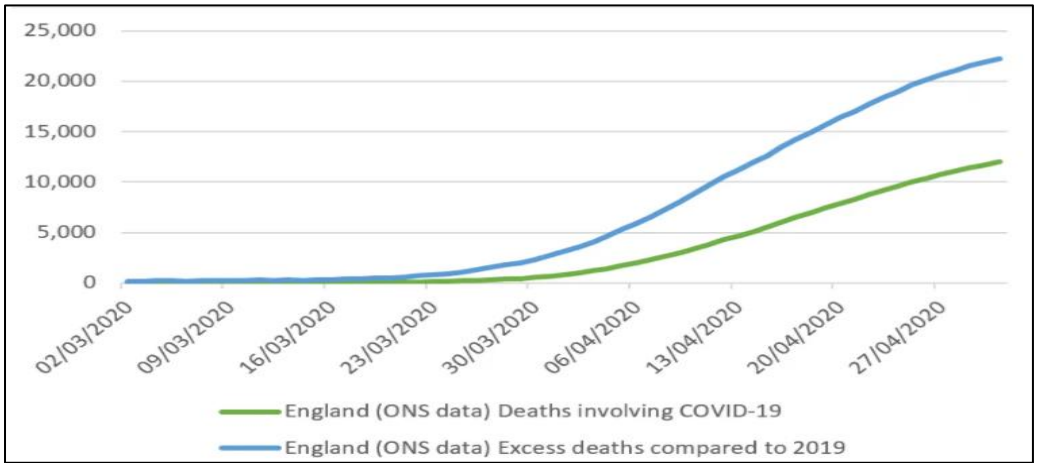
Третото по големина огнище, както и в другите европейски страни, са домовете за възрастни хора. Към края на месец април от 5 100 починали от коронавирус в Германия около 1/3 са в домове за възрастни хора. Още по-голям е делът в други 5 държави от Западна Европа, където почти всяка втора жертва е от старчески дом. **(Фиг. 5**) Изследване на Лондонското училище по икономика, проведено в пет държави – Италия, Испания, Ирландия, Белгия и Франция - сочи, че всяка втора жертва на Ковид-19 е починала в старчески дом [7].

В България редица домове за възрастни хора също се оказват огнища на заболяването. Част от примерите за разпространението на ковид-инфекцията в тези социални и здравни институции са следните:

- гара Орешец: на 23 април 2020 г. е поставен под карантина дома за възрастни хора във Видинското село Гара Орешец заради четири случая на коронавирус.

В дома са настанени общо 26 души, а персоналът, който ги обслужва е от 16 души. Един от настанените в дома е бил пациент в неврологичното отделение на болницата във Видин.

- Варна: през август 2020 г. 25 души от дом за възрастни хора „Гергана“ са с положителни проби за COVID-19: 3-ма души от персонала и 22 потребители.
- село Славянци: 32 души са заразени с коронавирус в дом за възрастни хора. В началото на септември 2020 г. са открити 32 случая, като 8 от тях са настанени в болници в Бургас и др.



Фиг. 5. „Допълнителна смъртност“ сред обитателите на домове за грижи в Англия между 2 март и 1 май (в сравнение със същия период на 2019 г.) и брой на смъртните случаи на жителите на домовете за грижи, свързани с COVID-19.

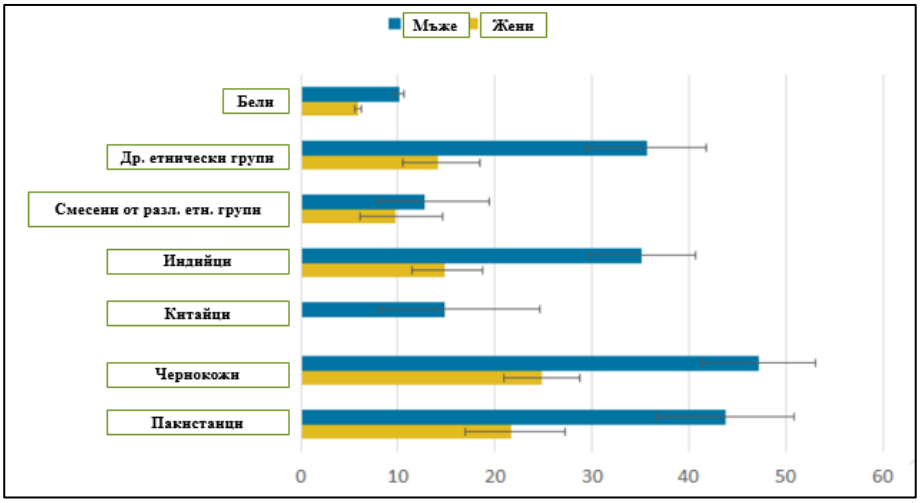
Основен път на внасяне на инфекцията в домовете за възрастни хора се реализира чрез персонала, който работи едновременно в домовете и в други лечебни заведения в доболничната и болнична помощ. Лечението на потребители от домовете в болнични лечебни заведения също повишава вероятността за разпространение на заболяването сред възрастните хора настанени в домовете за грижи.

4. Представители на малцинства и мигранти

Социалните и икономическите неравенства при мигранти, етнически и расови малцинства като бедност, живот на много хора в тясно пространства, работа при неблагоприятни условия, по-ниска достъпност до здравна помощ и защита се отразяват върху модела на проявление на Covid-19 сред тях [4]. На **Фиг. 6** са представени по-високите нива на стандартизирана смъртност от ковид инфекция сред представители на различни етнически групи в сравнение с преобладаващото население в Англия и Уелс.

В България на 25 август 2020 г. в Център за временно настаняване на чужденци в гр. Любимец от 19 изследвани почти една четвърт (5) са с позитивни проби.

Още в първите дни на обявеното в страната извънредно положение (13 март 2020г.), и като резултат от въведените в европейските държави противоепидемични мерки, различни групи български граждани бяха принудени от обстоятелствата да се завърнат в страната: студенти, поради преминаване на дистанционно обучение; работници, поради спиране на производството; търсещи препитание, поради ограничаване на възможностите за работа. На прицел попадат завръщащите се роми – защото са роми; защото са необразовани и не разбират случващото се; защото не са в състояние да спазват ограничения. В публичното пространство се популяризира виждането, че ромските квартали ще бъдат „развъдник на заразата“, което превърна в обществено приемливо (а и желано) затварянето им.



Фиг. 6. Стандартизирана смъртност, поради COVID-19, сред лица на възраст от 9 до 64 години по пол и етническа група: Англия и Уелс (за периода 2-15 май 2020г. на 100 000 души)

През месец май 2020 г. квартал "Надежда" в Сливен е „затворен“ и под засилено полицейско присъствие, като право на излизане от квартала имат само жители, представящи официални документи от работодател. Под карантина са поставени 60 къщи и 160 домакинства. Около 30 % от установените в град Сливен случаи (71) към този момент са от ромския квартал "Надежда".

В момента Институт „Отворено общество – София“ провежда мащабно проучване на тема „Оценка на въздействието на КОВИД 19 върху населението в ромските квартали“, в което като експерт и изследовател е включен водещия автор на този доклад.

Изследването е национално и се провежда в 10 ромски квартала – в 5 от тях са били приложени крайните мерки на „затваряне на квартала“, в другите 5 – не са били приложени мерки, различни от валидните за населеното място/страната [10].

Заключение

Неравенствата в здравето разкриват, че пазарните икономики не осигуряват благополучие по справедлив и ефективен начин. Намаляване на неравенствата в здравето е възможно, представлява добра инвестиция и има силна обществена подкрепа.

Всички участници в изграждане на политиките за обществено здраве трябва да се ангажират „никой да не бъде изоставен“ чрез: разпространяване на знания, превеждане на доказателства на заинтересованите страни, изграждане на капацитет и включване на здраве във всички политики.

В момент на криза, дължаща се на COVID-19, еднакви по качество социални и здравни услуги за защита и лечение трябва да се предоставят на всички в обществото със специален акцент върху най-уязвимите групи от населението.

Библиография:

1. Единен информационен портал. https://coronavirus.bg/bg/statistika last accessed 17 november 2020
2. НЦЗПБ.https://www.ncipd.org/images/UserFiles/File/Epidemiologia/Weekly_Report_C_15112020.pdf last accessed 17 November 2020
3. Стоилова, И. Увреждания на опорно-двигателния апарат и периферната нервна система при работещи в шивашката промишленост. Автореферат на докторска дисертация, Варна, 2017
4. Bhopal R., G. Curry, A. Sheikh, V. Katikireddi. Disproportionate effect of covid-19 on ethnic minorities and migrants in the UK and the government’s response. 16th World Congress on Public Health 2020, 12 – 16 October 2020, Rome, Italy

5. European Commission Joint Research Center (2017). What makes a fair society? Insights and evidence. https://ec.europa.eu/jrc/en/publication/eur-scientific-and-technical-research-reports/what-makes-fair-society-insights-and-evidence last accessed 17 November 2020
6. https://ephconference.eu/repository/advocacy/Ljubljana_statement/Ljubljana_statement-final_incl_logos_20181130.pdf last accessed 17 November 2020
7. https://ltccovid.org/2020/05/12/estimates-of-mortality-of-care-home-residents-linked-to-the-covid-19-pandemic-in-england/ last accessed 18 November 2020
8. https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes last accessed 18 November 2020
9. https://www.worldometers.info/coronavirus/ last accessed 17 November 2020
10. Mack N., C. Nthiawoodsong, K. Macqueen, G. Guest, E. Namey. Qualitative Research Methods: A DATA COLLECTOR'S FIELD GUIDE. Family Health International, 2005, 121
11. WHO. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019 last accessed 18 November 2020

СОЦИАЛНА И ЗДРАВНА ЗНАЧИМОСТ НА САЛМОНЕЛОЗИТЕ ПРИ ХОРАТА ВЪВ ВАРНЕНСКА ОБЛАСТ ЗА 2014-2018 Г.

Д. Монов*, М. Коларова-Димитрова**

** Медицински колеж, Учебен сектор "Инспектор обществено здраве", МУ - Варна*

*** Катедра „Хигиена и епидемиология", Факултет „Обществено здравеопазване", МУ – Варна*

Контакт: Гл. ас. Даниел Монов
e-mail: dmmonov@abv.bg

Въведение

Салмонелозата представлява остро инфекциозно заболяване, което се причинява от бактерии от рода „салмонела". Салмонелите са високо устойчиви, оцеляват продължително време във външна среда. Установено е, че издържат във вода 120 дни, в морска вода до 217 дни, в месото - повече от година. При разпадането си те отделят ендотоксин, който увреждa нервната система и вътрешните органи (бял дроб, черен дроб, слезка, бъбреци и др.). Някои от тези бактерии отделят и ентеротоксин, който причинява диария с отделяне на голямо количество течности и електролити (калции, натрий, хлор и др.) с изпражненията. Салмонелните бактерии се развиват и размножават в домашните и диви животни, птици и риби. Заразяването на човека става при консумиране на недопечено месо, мляко, яйца и продукти, приготвени от тях. По-рядко заразяването се предизвиква от здрави бактерионосители, които замърсяват хранителните продукти [1,7,9,10,11,12]. Най-честите продукти, които могат да се заразят по подобен начин със салмонели са:

- сурово месо в процеса на клане;
- сурови яйца – ако кокошка е заразена със салмонели тя може да ги предаде в яйцата, които снася и те да бъдат заразени първично. Възможно е и вторично замърсяване със салмонели от фекалии на заразени кокошки. Особено рисково е приготвянето на сурови яйчни кремове и домашна майонеза, при които яйцата не претърпяват термична обработка;
- плодове и зеленчуци – някои плодове и зеленчуци, които употребяваме основно в свеж вид могат да послужат като фактор за предаване на салмонелната инфекция. Такива са зелените салати и краставиците основно.
- много други хранителни продукти могат да бъдат контаминирани от хора, които в момента боледуват от салмонелоза или наскоро са преболедували от това заболяване и не спазват високо ниво на хигиена Има открити и други фактори на предаване на зараза като годни за употреба фъстъци и други продукти [1, 2, 3, 4, 5, 8, 13].

Цел

Да проучим социалната и здравна значимост на салмонелозите у хората във Варненска област за 2016-2018 година.

Материал и методи

Регистрирани салмонелози в Регионална здравна инспекция (РЗИ) Варна, отчети, анализи, резултати от микробиологични изследвания на РЗИ-Варна и Национален център по заразни и паразитни болести (НЦЗПБ)-София, анализ на риска от Българска агенция по безопасност на храните (БАБХ)-София. Приложени са документален, статистически, графичен и епидемиологичен метод**.**

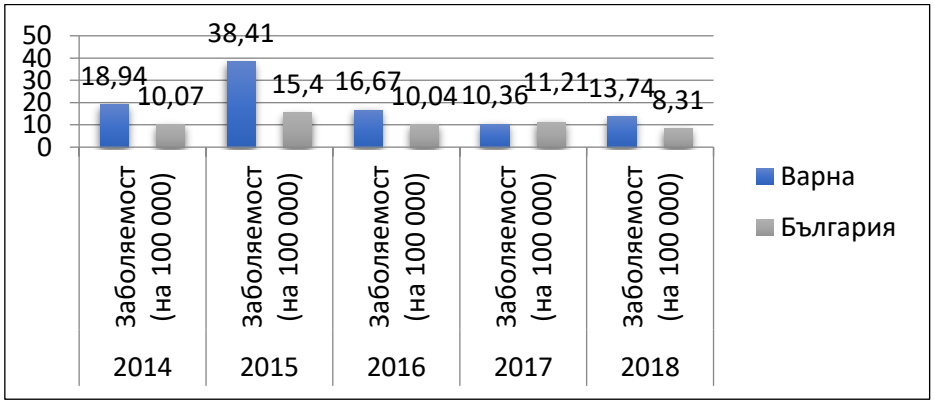
Резултати

Социалната и здравна значимост на чревните инфекции у хората се определя от нивото на познание в регионален аспект. Този анализ ни насочи към проучване на социалната и здравна значимост на салмонелозите във Варненски окръг в условията на динамично променяща се социоекосистема. Сложният многофакторен комплекс от изменящи се екологични и социални условия на начина на живот и поведение определят епидемиологията на салмонелозите. В този аспект проучваме основните епидемиологични показатели, които определят социалната и здравна значимост: заболяемост, сезонност, социална принадлежност, населено място, възрастова структура, епидемични взривове.

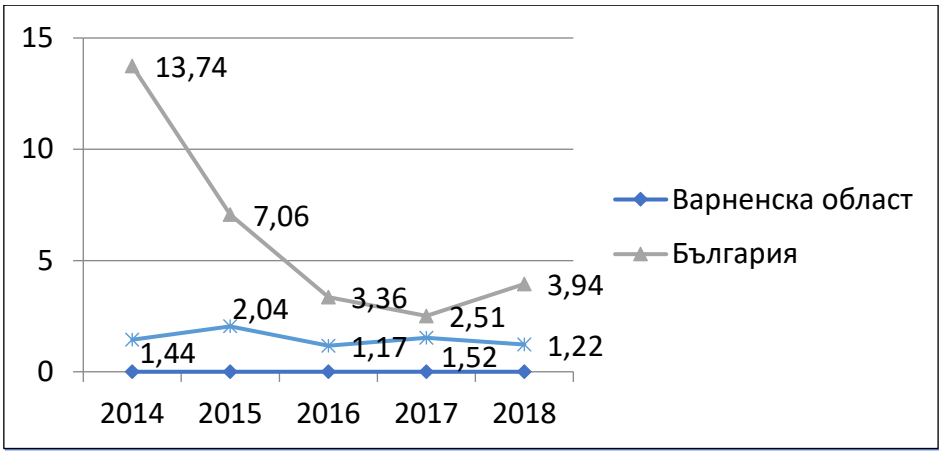
Заболяемост от салмонелози у хората във Варненска област за 2014-2018 г. сравняваме със заболяемостта в България **(Фиг. 1).** За целия разглеждан период заболяемостта в областта е над средните стойности за страната като през 2015 г. е повече от два пъти по-висока (38,41%) и формира голяма част от заболяемостта в страната(15,4%) .Единствено през 2017 година тя е под средните за страната стойности (11,21%000 срещу 10,36%000).Високата заболяемост през 2015 г. е свързана с три взрива от салмонелози в областта, а през 2018 г. един епидемичен взрив.

Относителният дял на салмонелозите в структурата на чревните инфекции във Варненска област за 2014-2018 година (**Фиг. 2**) има низходящ ход (13,74% за 2014 г.) до 2,51% 2017 г.), след което се повишава леко до 3,94%. през 2018 г.

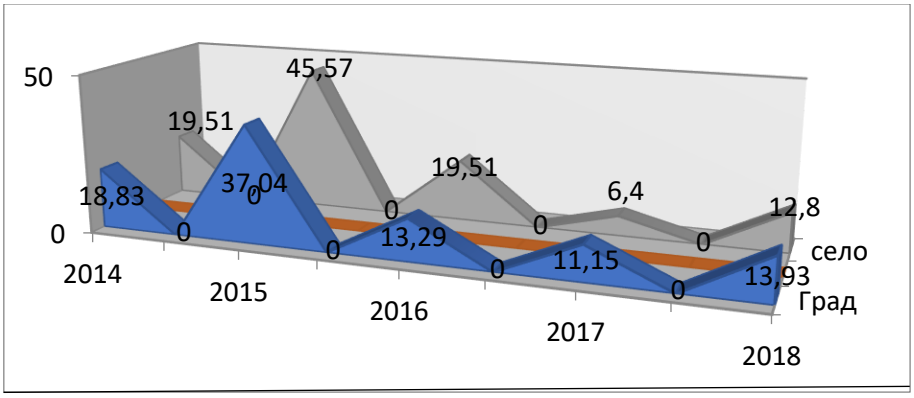
Заболяемостта от салмонелози няма големи различия в градовете и селата, по-малко е свързана с урбанизационните процеси, като през 2015г. в селата тя е 45,57%000 при 37,04%000 за градовете. (**Фиг. 3**)



Фиг. 1. Заболяемост от салмонелози във Варненска област и България за 2014-2018 г.

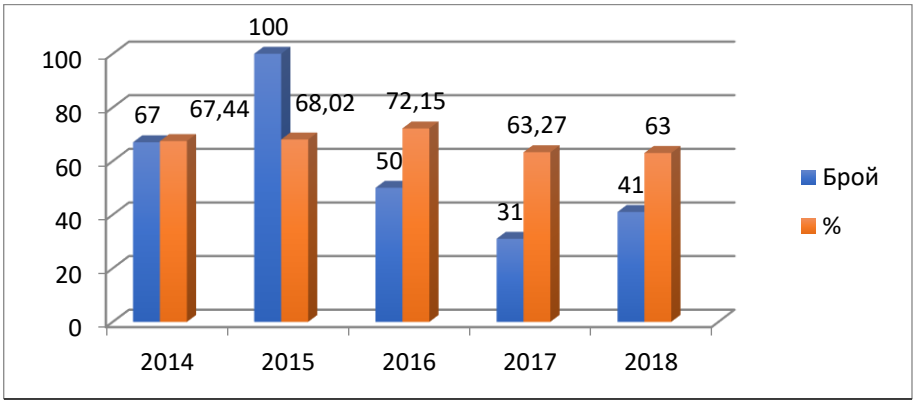


Фиг. 2. Относителен дял на салмонелозите в структурата на чревните инфекции във Варненска област за 2014-2018 година



Фиг. 3. Заболяемост от салмонелози по населени места във Варненска област за 2014-2018 година

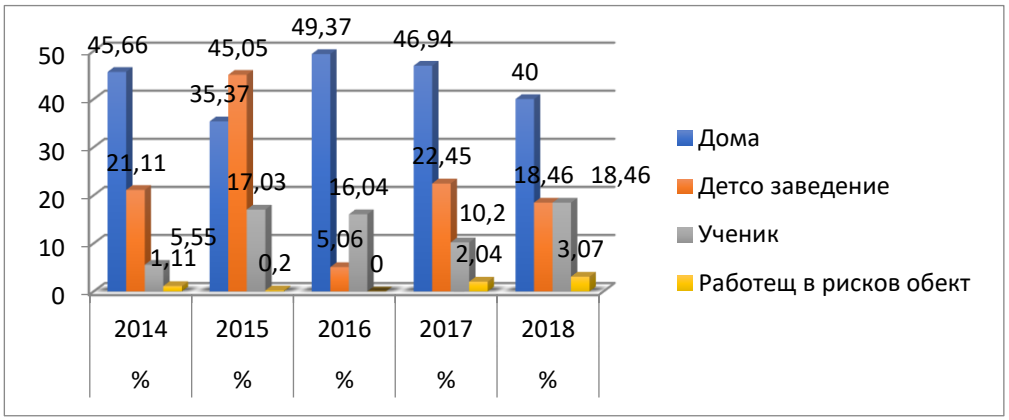
Хоспитализираните заболели са показани на **Фиг. 4**. Относителният дял на хоспитализираните се движи в тесни граници от 63% за (2018), 68,02% (2015) до 72,15% (2016).



Фиг. 4. Хоспитализирани от салмонелоза във Варненска област за 2015-2018 година

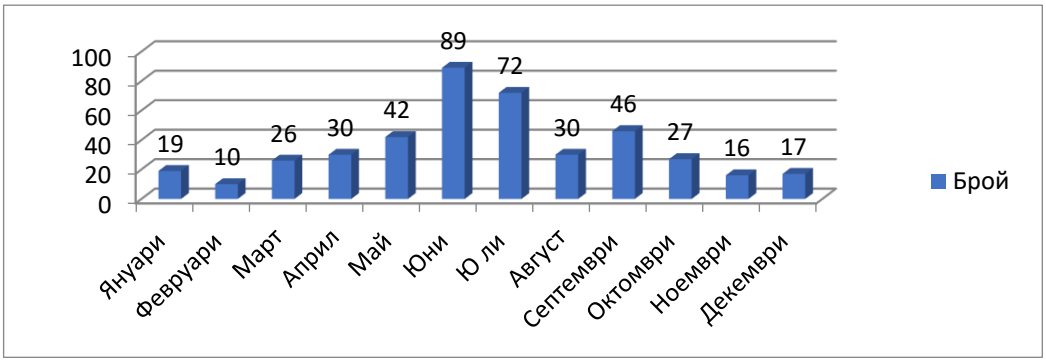
Социалната принадлежност на заболелите от салмонелоза показва ,че най-голям относителен дял заемат децата, отглеждани в дома (49,37%) за 2016г., следвани от тези

в организирани детски и ученически колективи (45,05%) за 2015г.) (**Фиг. 5**). Работещите в хранителни рискови обекти са от 0,2% (2015) до 3,07% (2018).



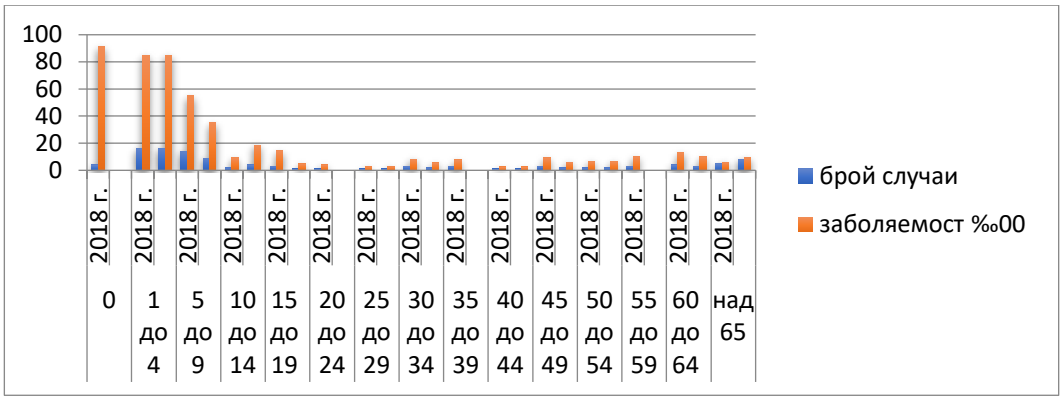
Фиг. 5. Относителен дял на заболелите в дома, детско заведение, училище и работещи в рискови обекти във Варненска област за 2014-2018 година

Сезонната динамика на салмонелозите във Варненска област за 2014-2018 година показва целогодишна циркулация с лятно-есенна сезонност (май, юли, октомври), с най-висока заболяемост през месец юли на 2015 година, през която са регистрирани три взрива (**Фиг. 6**). Повечето съобщения в литературата са с пик на докладваните случаи на салмонела през месеците август-септември и спада през зимните месеци. Този модел е валиден за всички възрастови групи, в подкрепа на влиянието на външната температура за размножаването на бактерии в храните и околната среда [6, 11, 13].



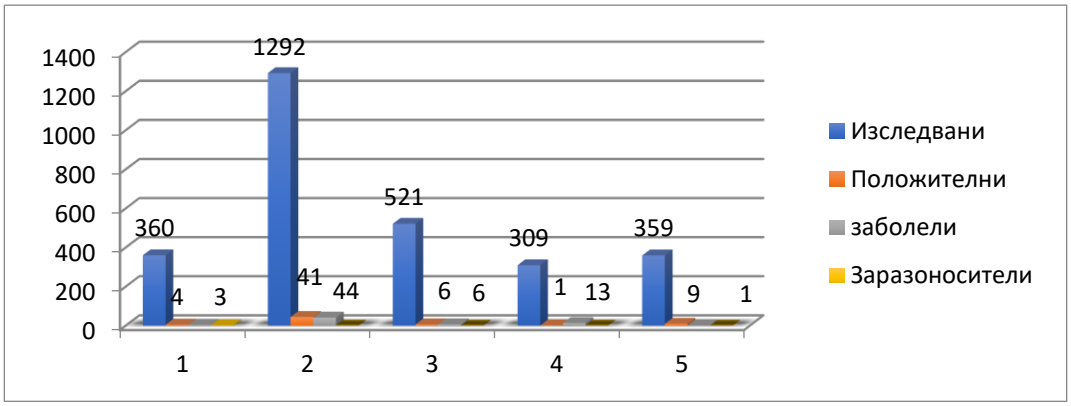
Фиг. 6. Сезонна динамика на салмонелозите във Варненска област за 2014-2018 година

Заболяванията са с различна възрастова характеристика, но най-засегнати са възрастови групи до една година 91,3%000, 1-4години - 84,8%000 и 5-9 години - 54,89%000 за 2018 година (**Фиг. 7**). Други автори потвърждават през 2010 година, че най-много случаи има при малки деца 0-4 годишна възраст (112.7 на 100 000 население) като се запазва същото ниво от 2009г. (112.4 на 100 000). За групата от 5 до 14 годишна възраст са се увеличили с 3 пъти, за групата на 25-44 години - 6 до 9 пъти, в сравнение възрастовата група 15–24 години [13].



Фиг. 7 Регистрирани случаи и заболяемост по възрастови групи от салмонелози за 2017-2018 година във Варненска област

При проучване на епидемичните огрища на салмонелозите са открити и изследвани общо 2842 контактни лица. Открити са от една (2017) до 44 (2015) положителни проби, от едно заболяло лице (2015) до 41 заболели (2018), двама заразоносители през 2014 г. (**Фиг. 8**).



Фиг. 8 Изследвани контактни и изолирани положителни проби, заболяли контактни и заразоносители

Етиологичната характеристика представена в **Табл. 1** показва, че за целия период разшифровката е до група. Само през една година има изолирана S. Enteritidis (2015)..Водещо място заема салмонела гр Д -62,29%) за всички години. Другите групи B,C,E са с по- ниски резултати.

Табл. 1 Етиологични причинители на салмонелозите във Варненска област за 2014-2018 г.

Салмонелен вид	2014	2015	2016	2017	2018
Salmonela gr D	53	142	65	16	33
Salmonela gr B	28	7	22	27	24
Salmonela gr c	10	14	10	6	7
salmonela gr E	3	0	2	0	1
S.Enteritidis	0	19	0	0	0
Всичко	103	182	97	49	65

Епидемични взривове от салмонелози за 2014-2018 година

За проучвания период са регистрирани общо 5 епидемични взрива – един през 2014г., три през 2015г. и един през 2018г. Регистрираните епидемични взривове са в четири детски заведения: Целодневна детска градина (ЦДГ), Обединено детско заведение (ОДЗ). От тях един в село Суворово, два във Варна и един в село Кичево в през 2015 г. Един взрив е регистриран през 2018г. - частно парти на деца в обществено заведение за хранене във Варна. Заболелите са главно деца: Броят заболели е както следва: 7 души в Обединено детско заведение (ОДЗ), по 9 души в двата взрива и 12 заболели в третия взрив в ЦДГ през 2015г. и 13 души през 2018г. в заведение за обществено хранене. Контактните в епидемичните огнища са общо 427 души. Открити са източници на инфекцията в четири от петте взрива: обслужващ персонал. От 427 изследвани фекални проби са доказани 22 салмонелни щамове, което е средно 5,15 %. Не се установява съществена разлика в процентното съотношение между положителните проби при децата и възрастните контактни или 5,14% при децата и 5,17% при възрастните. Предписват се мероприятия, касаещи активно наблюдение на заболели и контактни, дезинфекция на ръце и околната среда, до саниране на огнищата.

През 2018г. в област Варна е регистриран и 1 случай на Salmonella typhi при чуждестранен гражданин, пристигнал в България на дата 29.09.2018г. Каса е се за жена, на 18 г., студентка. Издирени 22 контактни на заболялото лице, всички от тях са лабораторно изследвани и са с отрицателни резултати.

Изводи

Заболяемостта от салмонелози при хората във Варненска област е над средната за страната за целия наблюдаван период. Относителен дял на салмонелозите в структурата на чревните инфекции има низходящ ход до 2017г., след което леко се повишава. Най-често боледуват децата, отглеждани в дома. Най- високо засегнати са възрастови групи до една година. Еттиологичната разшифровка на салмонелозите у хората е до група. В област Варна е регистриран случай на Salmonella typhi при чуждестранен гражданин, пристигнал в България от ендемичен район.

Библиография:

1. Вълканова Н, Станева С, Панайотова Т, Стойчева Д, Паунов Ц, Константинов Р. Ненова М. Географско разпространение на заразните заболявания във Варненска и Добричка област за периода 1990-2002г., http//geocities com/usb-dobrich/013.pdf.
2. Генев Г, Бояджиян Х. Ръководство по инфекциозни болести за общопрактикуващи лекари ,2001,“Литера принт“, Стара Загора,488.
3. Регламент (ЕО) № 2160/2003 на Европейския Парламент и на Съвета от 17 ноември 2003 година относно контрола на салмонела и други специфични агенти, причиняващи зоонози, които присъстват в хранителната верига.
4. Рожнова СШ, Акулова НК, Христюхина ОА и др. Сальмонеллезы в России: затишье перед бурей? Эпидемиология и инф. болезни. Актуальные вопросы. 2011. 2, 9–12.
5. Стойчева М. Салмонелози. 2005, Пловдив, 198с.
6. Lu X, Yang X, Xu B, et al. Investigation of a food poisoning incident caused by Salmonella. *Preventive Medicine*. 2018; 30(3):298–300.
7. Parisi A, Crump JA, Glass K, et al. Health outcomes from multidrug-resistant Salmonella infections in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Foodborne Pathogens and Disease*. 2018;15(7):428–436. doi: 10.1089/fpd.2017.2403. [PubMed] [[GoCrossRef]ogl eScholar
8. Wang Y, Jia Y. Investigation and analysis of food poisoning caused by edible peanut. *Henan Journal of Preventive Medicine.* 2018;29(2):73–78.
9. http://www.doctorbg.com/page.php?id=2146
10. https://www.arsmedica.bg/aktualno
11. http://bfsa.bg/userfiles/files/ZJ/rvl/Salmonella_21022019.pdf
12. http://ebox.nbu.bg/stds/ne4/KURSOV%20PROEKT27Georgi_Nikolov_Salmonela.pdf
13. http://babh.government.bg/uploads/File/COR_Aktualno/2012/Salmonella%20spp.%20Zoonoses.pdf

ЕПИДЕМИОЛОГИЧНА ОЦЕНКА НА ЦИРКУЛАЦИЯТА НА LISTERIA MONOCYTOGENES

Св. Станева, Р. Константинов
Катедра „Хигиена и епидемиология", Факултет „Обществено здравеопазване", МУ – Варна

Контакт: Гл. ас. д-р Светла Станева, д.м.
e-mail: staneva.svst@gmail.com

Въведение

Листериозата е остро заразно заболяване, което се диагностицира рядко, но представлява сериозен медицински и социален проблем. Протича тежко и има висок леталитет особено за новородени и възрастни хора. Причинява се от Listeria monocytogenes, микроорганизъм с много широки адаптивни възможности. Екологичните аспекти на циркулацията на този патоген са изследвани малко.

Целта на настоящия доклад е да направи задълбочено изследване на наличните данни за разпространението на L. Monocytogenes у нас и в европейския регион.

Материал и методи

Проведено е епидемиологично проучване на всички регистрирани болни от листериоза в България през периода 2009-2018 г. - общо 71 души. Проучени са регистрираните в европейската система за бързо съобщаване на храни с доказана контаминация на Listeriamonocytogenes за периода 2002-2017г. – общо 1310 проби.

Резултати и обсъждане

В нашата страна листериозата се регистрира като заразно заболяване официално от 1980 година [2]. Регистрирането на всички заболели от листериоза хора е задължително в България съгласно Наредба 21 за заразните болести. Диагнозата се поставя на базата на клинични, лабораторни и епидемиологични критерии. В проучването са включени всички заболели от листериоза в България през периода 2009-2018 година - 71 лица, регистрирани в националната система за отчет на заразните болести, за които са получени данни от регионалните здравни инспекции от епидемиологичните проучвания чрез достъп до обществена информация.

Проверени са всички записи на европейската система за бързо съобщаване на рискови храни RASFF в периода 2002-2018 година, изследвани са достъпните данни на тези с контаминация с L. monocytogenes. Общият им брой за този период е 1310 рискови за заразяване с листериоза храни от различни държави в Европейския съюз.

Епидемиологичното проучване на болни от листериоза има за цел да изясни всички аспекти на епидемичното огнище. В редица случаи се касае за множество епидемични огнища с общи фактори на предаване на заразата.

В България се регистрират спорадични случаи на листериоза сред хората. Регистрацията се извършва с „Бързо известие" в РЗИ, месечно и годишно отчитане – в НЦОЗА, анализите на епидемиологичните показатели се изготвят от експертите на НЦЗПБ.[4] В достъпните регистрационни данни на НЦЗПБ и НЦОЗА за периода 2009-2018 година са установени 69 случая на листериоза [4].

Заболяемостта от листерийна инфекция е много ниска на фона на другите заразни болести, като в последните години се доближава до средните за Европа стойности.

Ежегодно се регистрират приблизително 4 болни от листериоза на 1 милион души в Канада, 0.3 (Гърция) и 7.5 (Швеция) случая на година [10].

След години на низходяща честота, последните тенденции в Европа, по-специално Франция и Скандинавия, показват нарастваща честота. Промените касаят основно заболяванията от менингит във възрастта над 60 години, като заболяемостта при новородените се запазва в близки граници [7]. Установена е тенденция към увеличаване броя на регистрираните случаи, което корелира с тенденцията на епидемичния процес в света и Европа [9]. Листериозата е сред инфекциозните заболявания, често завършващи със смърт [5]. Високата смъртност от 20% до 30% определя L. monocytogenes като водеща причина за свързаната с хранителната смъртност на хората (Nyarko and Donnelly, 2015).

В настоящото проучване ние обхванахме 71 болни от листериоза, като включихме и двама болни от менингит с причинител Listeria monocytogenes. От събраните данни установихме, че най-много са регистрираните случаи през месеците май, юни и юли или 18- 31 седмица, както и февруари, съответно 5-9 седмица. Тук е добре да направим връзка с епизоотичния процес, който според литературни данни се активира през зимните месеци. Това би могло да обясни донякъде заболяванията през зимата. Клиничната характеристика на проучените случаи се представя основно като листериоза – 46 случая или 65% от проучените и менингит – 25 случая, съответно 35%. Заболяването протича тежко. В 37% изходът е терминален, което кореспондира с отчетения леталитет в достъпната база данни на НЦЗПБ и НЦОЗА. Оздравяване настъпва при 63% от болните. Заразяването на бременни жени според епидемиологичните данни става основно по алиментарен път, с храна, консумирана без термична обработка след съхранение в хладилник.



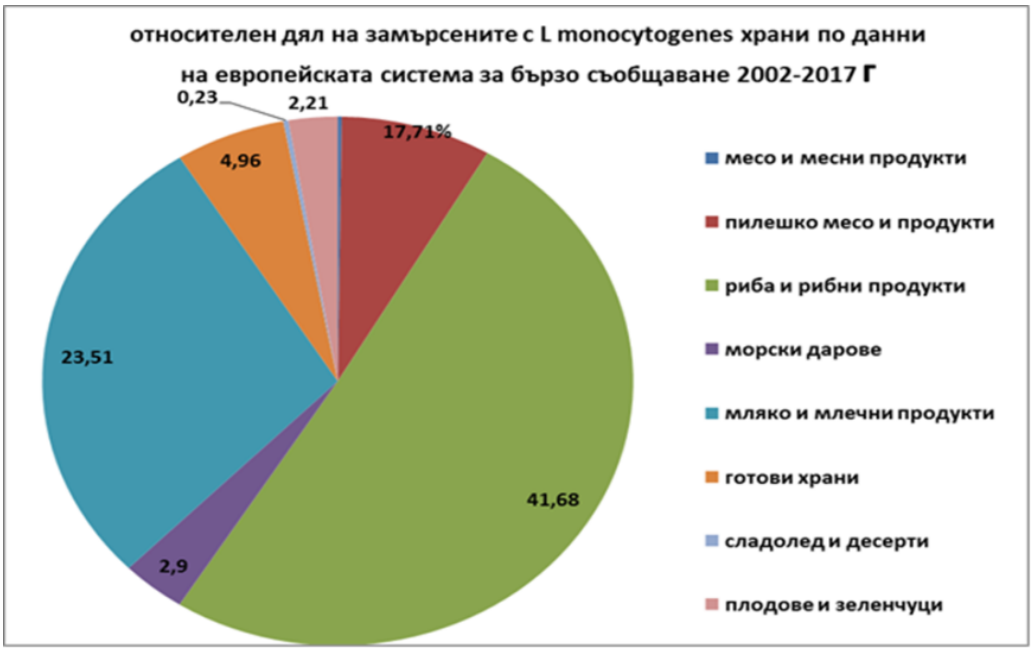
Фиг. 1. Разпределение по пол и възраст на активно проучените заболелите от листериоза в Р България, 2009-2017 година

Боледуват повече жени, което се проявява най-вече във възрастта от 20 до 50 години. (**Фиг. 1**) Болните от листериоза, живеещи в град са общо 66 или 93% от всички регистрирани. Предполагаме, че има значение и обстоятелството, че градското население

се храни много по-често със закупени в търговската мрежа храни, готови за консумация или като полуфабрикати. Това отнасяме и към литературните данни за значението на храните като фактор на заразяване с листериоза [6,8].

Проучването ни разширява възможностите за еколого-епидемиологична оценка на листерийната инфекция в разглеждания 10 годишен период.

Основен фактор за разпространение на Listeria monocytogenes се оказват храните. Използвахме възможностите на системата за бързо съобщаване за да проследим храните с доказана контаминация на L. Monocytogenes. Изследвахме всички записи за контаминирани с Listeria monocytogenes храни през период 2002-2017 година. Намерихме регистрирани 1310 такива резултати, което прави средно годишно по 81-82 изолата от храни. С най-голям относителен дял са изолатите от риба и рибни продукти, следвани от тези от млечни продукти и пилешко месо и неговите производни. (**Фиг. 2**)



Фиг. 2 Храни с доказана контаминация с L. Monocytogenes в системата за бързо съобщаване

Като основен източник на инфекция за листериозата най-често се сочат животните, дори при косвената връзка между епизоотичния и епидемичен процес. Те отделят Listeria monocytogenes като замърсяват почвата и водата. От там причинителят попада по различни обекти на околната среда. Доказано е значението на поливане с непречистени води за контаминация на пъпеши, предполага се такъв начин на замърсяване и за кореноплодни зеленчуци и плодове. При консумация на риба и рибни продукти, на месни и млечни продукти има реален риск от заразяване заради заболяване на животното. Човек се приема като източник на инфекция при вертикално предаване на инфекцията от майка на дете.

Листерийната инфекция е предизвикателство за съвременната епидемиологична наука. Екологичната епидемиология може да даде повече яснота за особеностите на епидемичния процес. Един от актуалните пред науката въпроси касае сапронозния характер на листериозата. Доказано е значението на почвата и водата за запазването на листериите и като фактори за предаване на инфекцията. Изключителните адаптивни механизми на

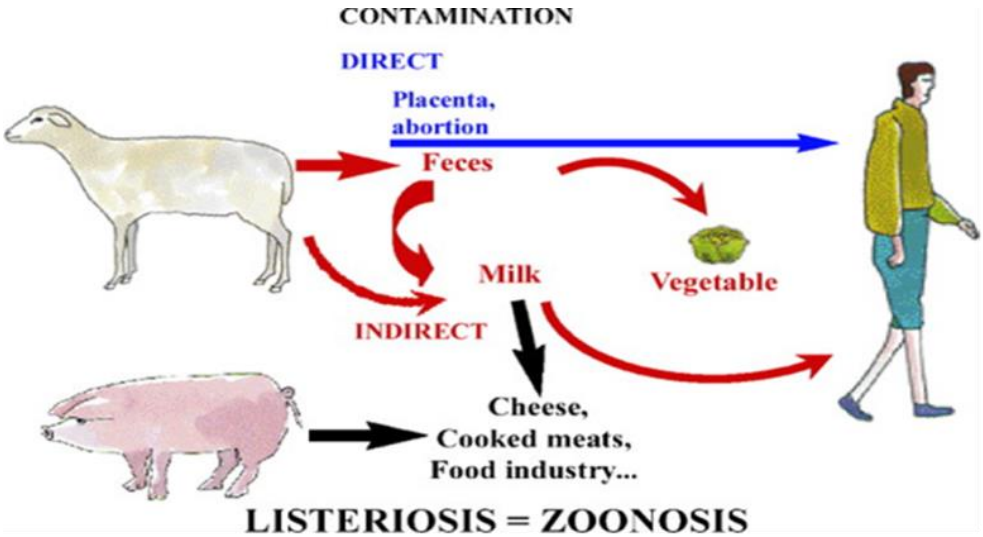
Listeria monocytogenes ѝ осигуряват добри възможности за оцеляване и дори размножаване в широк температурен диапазон, различна киселинност на средата, образуване на биофилм, кръстосана контаминация на съоръжения в хранителни обекти и хранителни продукти [1]. Епидемичният процес придобива известна независимост от епизоотичния като между тях остава сапрофитният цикъл на развитие на Listeria monocytogenes.

Това изисква допълнителни проучвания и в нашата страна за очертаване критичните обекти в природата и обектите за производство и търговия с хранителни продукти за разпространение на листериозата.

Пространственото епидемиологично проучване е в основата на съвременната Пространствена епидемиологична теория за динамиката на паразитарните цикли [3]. Тази теория е отражение на задълбочените изследвания на паразитарните системи в биосферата. Задълбочените историко-логични анализи позволяват изграждането на модели за циркулацията на патогенните микроорганизми и служат като база за разработването на алгоритъм за надзор над инфекциозните заболявания. [3]

В съвременните условия епидемиологичната наука използва различни модели за да онагледи сложните взаимовръзки на трите задължителни елементи на епидемичния процес в пространството и времето. Изработването на епидемиологични модели изисква да се измине дълъг изследователски път, внимателно да се опишат екологичните аспекти на паразитарните системи и влиянието на социалните процеси върху тях.

Намерихме само един опит да се представи разпространението на листерийната инфекция като пространствен модел (**Фиг. 3**).

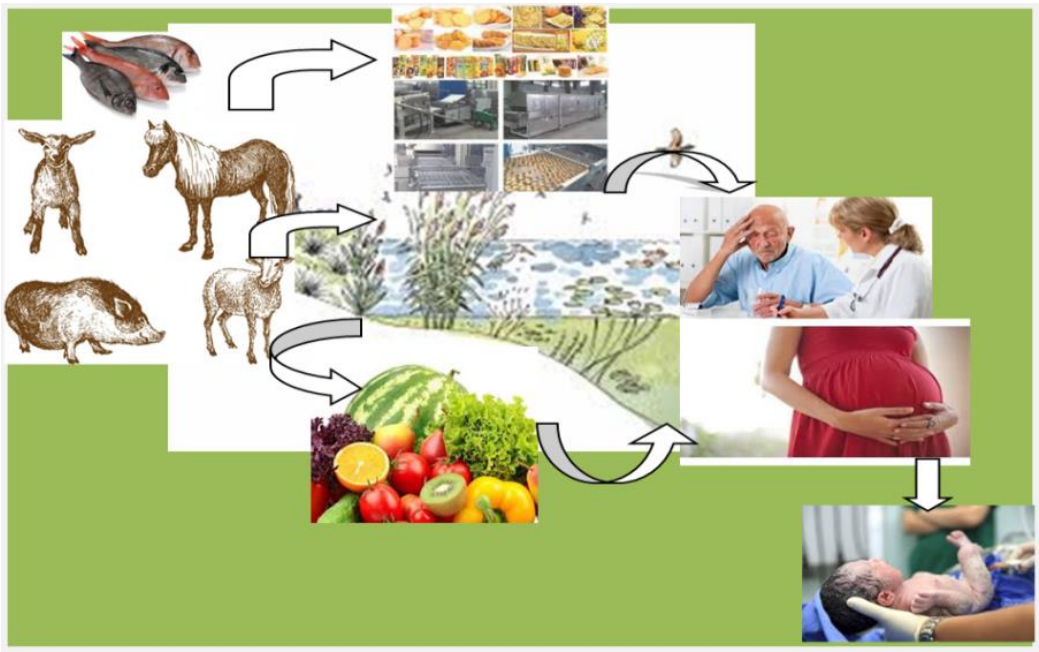


Фиг. 3 Модел на епидемично разпространение на листероза

В този модел не са представени елементите на природната среда, които се явяват екологични фактори за запазване на листериите и осигуряват сапрофитния им цикъл. Пропуска се производствената среда от хранителната индустрия, където са налице предпоставки за преживяване и намножаване на L. Monocytogenes. Човекът е краен елемент в модела, без да е показано трансплацентарното предаване на инфекцията с изключително значение в епидемичния процес.

Поставихме си за цел разработване на нов пространствен модел на листерийната инфекция, който да отразява повече възможности за предаване на инфекцията (**Фиг. 4**).

Разглеждаме значението на животните като източник на инфекция, които отделят в околната среда листериите. Използваме природна картина като основен елемент в модела, отчитайки изключителното ѝ значение за запазването и разпространението на тези микроорганизми. Попаднали във вода и почва микробите започват самостоятелен сапрофитен цикъл, което определя значението на околната среда в него. Чрез водата микроорганизмите могат да попаднат по плодовете и зеленчуците и директно да станат фактор на заразяване за бременни жени и възрастни хора. Животинските продукти преминават през различни технологични процеси за да достигнат готов за консумация продукт.



Фиг. 4 Собствен пространствен модел на листериоза

В модела си представяме това като общ елемент, включващ хранителните продукти и производствените съоръжения. Така показваме значението на суровините, значението на елементите на производствената среда и възможностите за кръстосана контаминация при обработката и търговия с готови за консумация хранителни продукти. Те са и най-честия фактор на заразяване с L. monocytogenes, но не е възможно да представим отделните видове продукти. Не е представено млякото като фактор на предаване на инфекцията, защото данните не показват доминиращо значение за него. В нашия модел представяме двете най-рискови групи от населението заради по-високата им възприемчивост към заболяването. Това са възрастните хора с хронични и онкологични страдания и бременните жени. Показваме и възможността човек да бъде източник на инфекция при вертикалното предаване на заразата.

Заключение

Обобщените резултати са използвани за оценка на екологичните аспекти на разпространението на основния причинител на листерийната инфекция.

Библиография

1. Иванов Я, Ликов Б, Георгиев, Костов Г, ,:/http//D:/29.03.2017/jivotni/conference_2017(1).pdf, стр 21
2. Илиев Б, Митов Г, Радев М. Инфектология, София, Академично издателство „проф. М. Дринов”изд 2001.

3. Константинов Р. Теоретични и приложни аспекти на съвременната епидемиология, Варна, Стено, 2018. 24.
4. Курчатова А, Владимирова Н, Минкова А., Каменов Г, Стоицова С, Пармакова К. ОСТРИ ЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ В БЪЛГАРИЯ ПРЕЗ 2018 г.
5. Kozak SM, Brown SRB, Bobak YD'Amico, Dennis J. Control of Listeria monocytogenes in whole milk using antimicrobials applied individually and in combination, https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022030217311852
6. Kovacevica J, Arguedas-Villab K, Wozniaka A, Tasarab T, Allena K. Examination of Food Chain-Derived Listeria monocytogenes http://aem.asm.org/content/79/6/1915?ijkey=307c9d100da4c6118fc492b3a1c3c839440f2cf7&keytype2=tf_ipsecsha
7. Lecuit M, Understanding how Listeria monocytogenes targets and crosses host barriers https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15882192
8. Malley TJ, Butts J, Wiedmann M. Seek and destroy process: Listeria monocytogenes process controls in the ready-to-eat meat and poultry industry, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25710164
9. Suzuki PM, Legislation on Listeria monocytogenes in RTE foods , Listeria stakeholder meeting 19-20 September 2017 Parma ,file:///D:/29.03.2017/hrani,%20tehnologii/prezentacii%20sept%202017/Suzuki_Legislation%20on%20Lm%20in%20RTE%20foods.pdf
10. Zach T, Chief Editor: Russell W Steele. Listeria Infection, 2018, https://emedicine.medscape.com/article/965841-overview

ЧУЖДЕСТРАННИТЕ СТУДЕНТИ КАТО РИСКОВА ГРУПА ЗА РАЗПРОСТРАНЕНИЕТО НА HIV/СПИН

М. Коларова-Димитрова
Медицински университет "Проф. д-р Параскев Стоянов" – Варна, Факултет „Обществено здравеопазване", Катедра „Хигиена и епидемиология"

Контакт: Гл. ас. Миглена Коларова-Димитров, доктор
e-mail: megank@abv.bg

Въведение

Университетската среда с относителната липса на родителски надзор предлага възможност на младите хора, които преминават от юношеството към зряла възраст, да тестват границите на новата си свобода чрез сексуални експерименти, непоследователна употреба на презервативи и секс под влияние на алкохол или наркотици [9] В световен мащаб студентите са във възрастовата група с най- висок процент на нови HIV инфекции [1, 10]. По литературни данни, почти половината от всички HIV-инфектирани са на възраст 15-24 години [1] Според някои проучвания HIV/СПИН епидемията сред младежта до голяма степен се игнорира и остава невидима както за самите млади хора, така и за обществото като цяло. По-вероятно е те да пренасят вируса с години, без да знаят, че са заразени, така епидемията се разпространява извън групите с висок риск към по-широката популация от млади хора.

Резултатите показват, че чуждестранните студенти са нехомогенна популация от различни страни (Кипър, Германия, Украйна, Испания, Македония, Индия, Йордания, Афганистан, Иран, Турция, Англия), религия, разнородни епидемиологични, здравни и поведенчески характеристики.

Превантивните мероприятия, разработени в Програмите за превенция на HIV не обхващат университетите и не винаги са подходящи за студенти. Трябва да се обърне внимание на различни проблеми за различните категории студенти и на употребата на алкохол и наркотици и последващо рисковото сексуално поведение за HIV/СПИН при проектиране и прилагане на превенцията за HIV при студенти от университетите.

Не открихме в достъпната литература, проведени проучвания сред студенти, касаещи особеностите на HIV/СПИН проблема при пребиваването им в чужда страна. Не са проучвани знанията за противоепидемичната дейност, засягаща HIV/СПИН инфекцията в конкретна страна или град, както и социологическите, културните и психосоциалните последствия от нея [11, 12, 13, 14, 15]

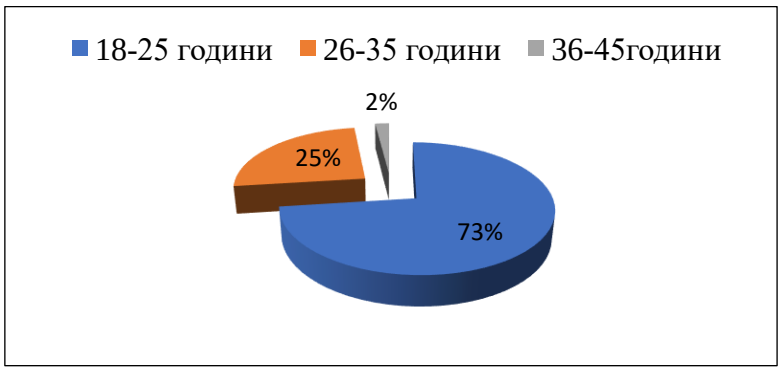
Нашата страна развива интензивни икономически, политически и културни връзки с другите страни. Привличат се талантливи студенти, които могат да допринесат за нашия престиж. В действителност, присъствието на чужденци води до нарастване на контактите им с българското население. Нашата обща цел е да осигурим на чуждестранните граждани здравословна среда и условия и да ограничим потенциалния внос на инфекциозни заболявания.

Резултати

HIV/СПИН се превърна в една от най-пагубните болести, с които се е срещало човечеството. Тя стана основна грижа за общественото здраве с около половината от нови инфекции, възникващи при млади хора.

Младите хора са особено уязвими към HIV инфекция поради физическите, психологическите, социалните и икономическите качества на юношеството. Водещо е високо рисково сексуално поведение [4]

В нашето изследване преобладават студентите в млада възраст до 25 г. (73,00%) **(Фиг. 1).** Известно е че младите хора имат склонност към рисково поведение с по-голяма употреба на алкохол, употреба на наркотици за развлечение и поемане на сексуални рискове [4].



Фиг. 1. Разпределение по възраст на чуждестранните студенти

Значителната част от чуждоезиковите студенти са посочили, че са запознати с характеристиката и разпространението на HIV инфекцията в страната, от която пристигат (81,00%), като 19,20% от тях посочват, че в страната им има ендемично разпространение на HIV/СПИН.

Въпреки, информацията за разпространението на HIV инфекцията под ¼ (21 студента) са отговорили на въпроса дали са се изследвали. При изследване на връзката между тестването за носителство на HIV и студентите, които идват от страни с ендемично разпространение на болестта установихме, че само 2-ма студента са се изследвали, въпреки рисковата среда, в която са били.

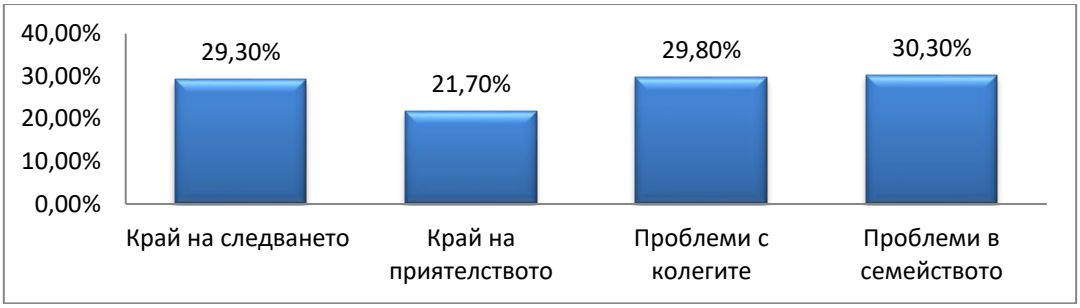
Респондентите в 92,90% от са категорични, че биха кандидатствали в МУ – Варна, дори ако се изисква представянето на резултат за HIV/СПИН.

Сходни са процентите на отговорите за проблемите, които би създал положителния резултат от тест за HIV/СПИН, съответно при 30,30% в семейството(RR=1.04 (0.845-1.284); p<0.05), при 29,80 % с колегите(RR=1.05 (0.839-1.315); p<0.05), при 29,30% това би

означавало край на следването и в 21,70% прекратяване на приятелството при заразяване с HIV/СПИН (RR=1.01 (0.793-1.299); p<0.05 **(Фиг. 2).**

Въпреки това около 2/3 (63,30%) от чуждоезиковите студенти посочват, че си правят тест за HIV когато се приберат в родината си, като основната причина е започването на работа (59,10%), а само 20,80% признават, че се изследват веднага след завръщането си без определена причина.

Основната част от студентите са на мнение, че има нужда от обучение по болнична хигиена (86,0 %), като се установи и умерена зависимост със знанията им относно характеристиките и разпространението на HIV инфекцията в тяхната страна (r=0.403; p=0.018).

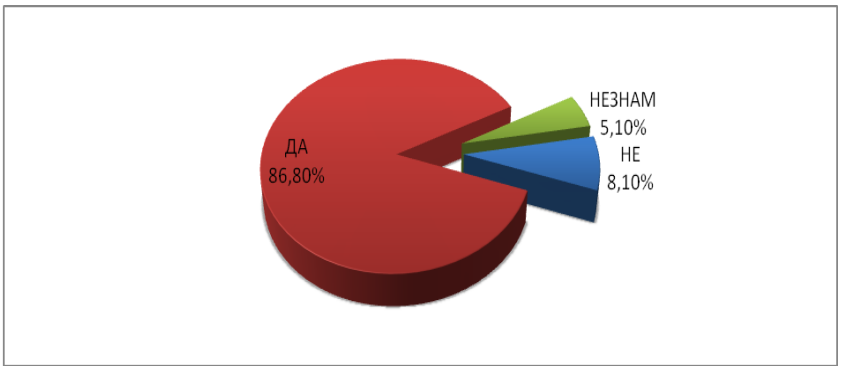


Фиг. 2. Проблеми, които би създал положителен резултат от тест за HIV/СПИН

В тази връзка беше изследвана тяхната информираност относно местата в гр. Варна, където може да се направят тестове за носителство на HIV инфекцията. По-малко от 1/3 (29,0%) от анкетираните посочват, че знаят къде се намират Кабинетите за анонимно и безплатно консултиране и изследване за СПИН (КАБКИС) в гр. Варна, като в повече от 50% не дават верен отговор и посочват съответно УМБАЛ „Св. Марина“ или друго лечебно заведение. От друга страна установихме, че има умерена зависимост между информираността на студентите за местата, където могат да се направят тестове за HIV инфекцията и лицето, към което трябва да се обърнат в случай на злополука, свързана с експозиция на инфекцията (r=0.349; p=0.001). За лицето, към което трябва да се обърнат при опасност от предаване на инфекция като HIV в случай на професионален инцидент знаят 42,0% от анкетираните студенти. Всички анкетирани, които посочват, че са запознати с местата за анонимно тестване за носителство на HIV инфекция, веднага са били посъветвани от специалисти в областта за необходимите мерки, които трябва да се предприемат след нараняване (r=0.553; p=0.011).

Значителната част от изследваните студенти (74,0%) не знаят къде се провежда лечението за HIV/СПИН във гр. Варна и Р България, съответно 45% посочват София или Пловдив, за Варна коментират само 25%. Затруднени са и с отговора на въпроса с конкретното лечебно заведение. Около 13 % знаят за обособени Сектори за проследяване и лечение на хора живеещи с HIV/СПИН, но не знаят къде.

Висок процент - 86,80% от студентите споделят необходимостта от провеждането на обучение, касаещо превенцията и контрола на HIV/СПИН (фиг. 62) основно под формата на дискусии (86,90%), 59,20% са изявили желание за допълнителни лекции, 67,20% желаят други форми на обучения **(Фиг. 3).**



Фиг. 3. Необходимост от обучение по превенция на HIV/СПИН

Повечето литературни източници, както и нашето проучване потвърждават, съществуването на пропуски в знанията за HIV при студентите по медицина [6,7,9]. Това потвърждава нашата теза, че когато образованието за HIV и СПИН е част от учебните програми, някои основни аспекти (психосоциални, културни и житейски умения) или не са покрити или са недостатъчно обхванати.

Обсъждане

Извършени са редица проучвания за информираността относно, рисковете от HIV инфекция – включващо сексуално рисково поведение, нагласите и практиките, които могат да доведат до заразяване с HIV. Данните от редица изследвания в международен план, показват, че нивата на знанията на студентите по въпросите, касаещи HIV и СПИН са непълни. Въпреки съобщенията за добро ниво на познанията в европейски страни като Финландия, Обединеното кралство, Турция и Германия, са установени доста пропуски в знанията на студенти-медици от различни страни в Азия и Африка [8].

Данните в настоящото проучване показват непоследователно ниво на знания за превенцията на HIV сред студентите. В световен мащаб разпространението на HIV сред чуждестранните студенти е по-високо от това сред приемащата популация [2]. Диагностицирането за HIV сред чуждестранните студенти често е закъсняло [5]. Повечето проучвания относно достъпа до тестове за HIV сред чуждестранни студенти са проведени в Европа и Северна Америка. Провеждането на тестове за HIV при чуждестранни студенти и етнически малцинства варира от 21–73% в САЩ и 23–64% в Европа[3,4]. Такива проучвания също така идентифицират няколко бариери за тестване за HIV, които могат да бъдат групирани в индивидуални, социални и структурни нива. Отделните нива се състоят от демографски, миграционни, информационни и поведенчески фактори. Факторите на социално ниво показват влиянието на семейството, приятелите и другите членове в обществото. Факторите на структурно ниво включват организационни и свързани с политиката детерминанти. Нежеланието на студентите за тест за HIV може да се дължи на страх, безпокойство и стигма и дискриминация, свързани съответно с консултирането и тестването и СПИН. Коварен аспект на HIV е дългото време за инкубация, преди да се прояви като пълноценен СПИН. Финансовите затруднения са друг фактор ограничаващ използването на здравни услуги от чуждестранните студенти. Стигмата, свързана с HIV, допълнително ограничава използването на тестове за HIV в чужда държава. Знанията за анонимно тестване за HIV могат да насърчат чуждестранните студенти да използват такива услуги. Те са по-склонни да се тестват за HIV, ако това е безплатно за тях. Студентите, които имат по-добри познания за HIV и са наясно с предаването и профилактиката на HIV, имат по-малко рисково сексуално поведение. Следователно те носят по-малък риск за HIV инфекция и не считат за необходимо да се тестват за HIV. Основните рискови фактори за заразяването и предаването на HIV инфекцията сред чуждестранните

студенти са липсата на знания относно местата за тестване в гр. Варна, както и липсата на спазването на мерките за предпазване от експозиция на инфекцията при контактите с пациенти по време на обучението.

Заключение

Резултатите от проучването, обосновават необходимостта от допълнителни изследвания в тази област и подчертават нуждата от въвеждане на ефективни стратегии за превенция на HIV/ СПИН, насочени към студентите. Липсата на проучвания в достъпната ни литература, за епидемиологичния обхват с превантивни интервенции на тези контингенти в риск, предполага необходимостта от извършване на допълнителни дейности за разширяване на превантивните мероприятия към тях.

За бъдещите проучвания е важно да се използват и други форми за събиране на данни, като интервюта и дискусии във фокус групи. Бъдещите проучвания трябва да оценят рисковото сексуално поведение, отношението към хората, живеещи с HIV и да помогнат за цялостно обхващане на HIV/ СПИН проблема сред студентите.

Библиография

1. Национална програма за превенция и контрол на HIV и сексуално предавани инфекции (СПИ) в Република България
2. Alvarez-del Arco D, Monge S, Azcoaga A, Rio I, Hernando V, Gonzalez C, et al. HIV testing and counselling for migrant populations living in high-income countries: a systematic review. Eur J Public Health. 2013;23(6):1039–45.
3. Aung E, Blondell SJ, Durham J. Interventions for Increasing HIV Testing Uptake in Migrants: A Systematic Review of Evidence. AIDS Behav. 2017;21(10):2844–59,
4. Audrey Pettifor, Linda-Gail Bekker, Sybil Hosek, et all Preventing HIV among Young People: research priorities for the future, J Acquir Immune Defic Syndr. 2013 Jul; 63(0 2): S155–S160.
5. Blondell SJ, Kitter B, Griffin MP, Durham J. Barriers and facilitators to HIV testing in migrants in high-income countries: a systematic review. AIDS Behav. 2015;19(11):2012–24]
6. Diesel H, Ercole P, Taliaferro D., Knowledge and perceptions of HIV/AIDS among Cameroonian nursing students. Int J Nurs Educ Scholarsh. 2013 Sep 18;10. pii: /j/ijnes.2013.10.issue-1/ijnes-2012-0036/ijnes-2012-0036.xml. doi: 10.1515/ijnes-2012-0036.
7. Duflo E, Dupas P, Kremer M. Education, HIV, and Early Fertility: Experimental Evidence from Kenya. Am Econ Rev. 2015 Sep;105(9):2757-97. doi:10.1257/aer.20121607.
8. Khawcharoenporn Thana, Krongtip Chunloy, and Anucha Apisarnthanarak. Uptake of HIV testing and counseling, risk perception and linkage to HIV care among Thai university students BMC Public Health. 2016; 16: 556. Published online 2016 Jul 12. doi: 10.1186/s12889-016-3274-8
9. Nakornkhet N, Crowe JW, Torabi MR, Ding KD. Sexual behaviours and alcohol use among college students [Abstract 60047] International Conference on AIDS Abstracts. 1998;12:1010
10. Shankar PR, Subish P, Paudel R, Alam K; Percepcion and AND knowledge about HIV/AIDS among studens in a medical college in western Nepal SAARC J.TUBER. LUNG DIS.HIV/AIDS 2009 VI (2) 11-16.
11. Sarma H, Oliveras E. Implementing HIV/AIDS education: impact of teachers' training on HIV/AIDS education in Bangladesh. J Health Popul Nutr. 2013 Mar;31(1):20-7.
12. Santos VP, Coelho MTÁD, Macário EL, Oliveira TCDS. Is there a relationship between students' knowledge of HIV/AIDS ways of transmission and their responses regarding their proximity to people living with HIV/AIDS?Cien Saude Colet. 2017 Aug;22(8):2745-2752. doi: 10.1590/1413-81232017228.25892015. Portuguese, English
13. Tarja Suominen, Laura Laakkonen, Dmitry Lioznov, Maya Polukova, Svetlana Nikolaenko, Liudmila Lipiäinen,Maritta Välimäki, and Jari Kylmä, Russian nursing students' knowledge level and attitudes in the context of human immunodeficiency virus (HIV) – a descriptive study. BMC Nurs. 2015; 14: 1.Published online 2015 Jan 8. doi: 10.1186/s12912-014-0053-7
14. Tung WC, Lu M, Cook DM. HIV/AIDS knowledge and attitudes among Chinese college students in the US. J Immigr Minor Health. 2013 Aug;15(4):788-95. doi:10.1007/s10903-012-9716-1.
15. Williams AB, Le ST, Colby D, Thu Le TT, Pollack T, Cosimi L. Effectiveness of train-the-trainer HIV education: a model from Vietnam., J Assoc Nurses AIDS Care. 2014 Jul-Aug;25(4):341-50. doi: 10.1016/j.jana.2013.07.005. Epub 2013 Oct 5

СТРУКТУРЕН МОДЕЛ НА ЕПИДЕМИОЛОГИЧНАТА ЕФЕКТИВНОСТ НА ИМУНОПРОФИЛАКТИКАТА

Е. Иванова, Р. Чамова
Катедра „Хигиена и епидемиология“, Факултет „Обществено здравеопазване“, МУ -Варна,

Контакт: Гл. ас. Елияна Иванова, д.м.
e-mail: elyiva@gmail.com

Въведение

В сегашно време имунизацията на населението се разглежда като най - достъпното и икономически изгодно средство за защита срещу инфекциозните заболявания, гарантиращо опазване и съхранение на общественото здраве. С откриването на противоварриолната ваксина от английският лекар E. Jenner през 1796г. се поставя началото на ваксинопрофилактиката в световен мащаб [11]. През XIX и XX век епохалните научни открития в областта на микробиологията, вирусологията и имунологията дават нов тласък в развитието на ваксинологията, прилагат се рекомбинантни ДНК – технологии, създават се високотехнологични ваксини с намалена реактогенност и висока имуногенност за профилактика на инфекциозните заболявания. Но постигнатите успехи в областта на имунопрофилактиката няма да са епидемиологично ефективни, ако не се създадат условия за тяхното масово, организирано приложение. През 50 – те години на XX век под егидата на СЗО, страните - членки включват в обществените си здравни програми противоварриолната ваксинация. Обединените им усилия в борбата с едрата шарка (вариола) водят до нейната ерадикация в световен мащаб през 1980г.. Обнадеждени от постигнатите резултати през 1974г. държавите – членки на СЗО въвеждат Разширена програма за имунизации (EPI), с която в националните имунизационни програми включат ваксините против туберкулоза, полиомиелит, дифтерия, тетанус, коклюш и морбили [9], в отговор на ниските имунизационни нива в развиващите се страни [12]. На национално ниво към здравните системи се изграждат структури, които да организират, координират и контролират провеждането на плановите профилактични имунизации. През 2012г. се одобрява Глобалния имунизационен план за действие 2011 -2020г. (GVAP), в който основни приоритети са системите за управление, регулярното снабдяване с ваксини, контролът върху имунизационното покритие на населението, мониторингът върху безопасността на ваксините и отчитането на епидемиологичният им ефект [13]. Стратегическата цел на изградените системи за надзор и контрол на рутинните имунизации в държавите е понижаване на заболяемостта от тежките ваксинопредотвратими инфекции до спорадични случаи, както и на показателите смъртност и инвалидност сред населението.

Цел на настоящия обзор е да се проучат основните градивни компоненти, които влияят върху епидемиологичната ефективност на имунопрофилактиката и да се предложи структурен модел.

Материал и методи

С помощта на електронни бази данни е проведено проучване на системите за епидемиологично наблюдение на регионално, европейско и глобално ниво. Проучена е нормативната база в Р България, свързана с имунопрофилактиката. Направено е подробно описание на събраната информация.

Резултати и обсъждане

Романенко определя имунопрофилактиката като структурно - функционална макросистема, която включва в себе си комплекс от организационни, профилактични, противоепидемични и лечебно - диагностични мероприятия [8]. Извършеният теоретико – епидемиологичен анализ върху организацията и управлението на имунопрофилактиката в страната показват, че епидемиологичната ефективност на имунопрофилактиката се влияе и е взаимосвързана с организацията на епидемиологичния надзор и изградената организационно - управленската структура на регионално и национално ниво.

В структурата на **епидемиологичния надзор** се включват две подсистеми: информационна и диагностична.

Информационната подсистема функционира на:

- ✓ ***Регионално ниво,*** включващо:

Общопрактикуващите лекари, неонатолози в родилни отделения и лекари в имунизационните кабинети на РЗИ, извършващи регистрация на заразните заболявания (ОПЛ) и задължителните имунизации и реимунизации на населението в региона. Надзорът върху дейностите, свързани с имунопрофилактиката на регионално ниво - планиране, съхранение и отчитане на биопродуктите, спазване схемите по имунизационния календар, нивото на имунизационния обхват, анализ на заболяемостта от ваксинопредотвратими инфекции се осъществява от *Регионалните здравни инспекции (РЗИ)*. *Регионалната здравно - осигурителна каса (РЗОК)* финансира и контролира регламентираните дейности на ОПЛ по имунопрофилактиката, залегнали в програма "Детско здравеопазване" от Националния рамков договор.

- ✓ ***На Национално ниво*** управлението и надзора над имунопрофилактиката се осъществява от:

Министерството на здравеопазването: Към министъра на здравеопазването е създаден *Експертен консултативен съвет по надзор на имунопрофилактиката*, който обсъжда въпроси, свързани с подобряване и развитие на националната имунизационна политика, прави предложения, относно Имунизационния календар на Р. България, анализира изпълнението на дейностите по имунопрофилактиката в страната, разработва и предлага мерки за повишаване на имунизационния обхват на населението и подобряване надзора на имунопрофилактиката.

Разкритият към *Националния център по заразни и паразитни болести (НЦЗПБ), Национален референтен център по ваксинопредотвратими инфекции (НРЦ-ВПИ)* осъществява епидемиологичен и лабораторен надзор на ваксинопредотвратими инфекции (ВПИ), изготвя анализ, оценки и прогнози за епидемиологичната обстановка. На него е възложено да разработва и представя ежегодно в МЗ анализ за изпълнението на дейностите по имунопрофилактиката в страната, да проследява нежеланите реакции след ваксинация, както и динамиката на колективния имунитет срещу ВПИ. Той организира и провеждането на обучителни курсове на медицински специалисти по въпроси, свързани с ВПИ: имунизации, епидемиологичен и лабораторен надзор, контрол на епидемичните взривове и прилагане на действащата нормативна уредба в страната.

Статистическата обработка на информацията за извършените задължителни, целеви и препоръчителни имунизации и реимунизации, и приложени серуми и имуноглобулини за постекспозиционна профилактика по области и общо за страната се изготвя от *Национален център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА)*.

Надзорът върху качеството, ефикасността и безопасността на лекарствата и ваксините се осъществява от *Изпълнителна агенция по лекарства (ИАЛ)*. Към нея е

организирана система за регистрация, анализ и обобщение на нежеланите реакции след ваксинация.

- ✓ ***Европейско ниво*** - Европейски център за профилактика и контрол върху заболяванията (ECDC) с работещите към него структури [10]:

EUVAC.NET - Европейска мрежа за епидемиологично наблюдение и контрол на ваксинопредотвратимите инфекциозни заболявания. В нея се включват всички 27 държави-членки на ЕС заедно с Хърватия, Исландия, Норвегия, Швейцария и Турция. Мрежата е създадена и функционира от 1999 г. в съответствие с Решение на Европейския парламент и Съвета № 2119/98 / ЕО;
EPIS - VPD - Епидемиологична информационна система, която предоставя данни и информация за всички ВПИ, подлежащи на задължително съобщаване, регистрация и отчет;
EC-IBD – Европейска мрежа за надзор върху инвазивните бактериални заболявания, причинени от *N. meningitidies, H. influenzae* и *Str. pneumoniae*. Дейностите включват наблюдение на всички инвазивни бактериални инфекции с ежегодно събиране на данни, оценка и подобряване капацитета на лабораториите за точно типизиране на изолатите на *N. meningitidies, H. influenzae* и *Str. pneumoniae*, което има за целнамаляване на тежестта на заболяванията, свързани с инвазивни бактериални инфекции;
EDSN - Европейска мрежа за надзор на дифтерийните заболявания, причинени от токсигенни *C. diphtheriae u C. ulcerans*;
Проект "VENICE" - събира и систематизира информация за националните имунизационни програми в страните членки на ЕС;
Проект "EUSAFEVAC" - насочен към подобряване на системата за докладване на нежеланите реакции след ваксинации;
Проект "ESEN" - координира и хармонизира в ЕС серологичното наблюдение на поствакциналния имунитет при отделните ваксинопредотвратими инфекции;
EMEA - Европейската агенция по лекарствата, която следи за качеството и безопасността на ваксините.

- ✓ ***Световно ниво –*** *Световната здравна организация (СЗО)* провежда мониторинг по изпълнението, качеството и безопасността на имунизационните системи на страните – членки:

GAVI - Световен Алианс за ваксини и имунизации, чийто основна цел е разширяване обхвата на прилагане на ваксините и намаляване на детската смъртност чрез ускоряване въвеждането на ваксини в националните здравни системи на страните с ниски доходи;
GVAP - Глобален имунизационен план за действие 2011-2020, с който се цели имунопрофилактиката да бъде включена като неразделна част от здравната политика на всички страни чрез осигуряване на справедлив достъп до ваксини на лицата от всички групи и постигане целите на Десетилетието - намаляване на детската смъртност от ваксинопредотвратими заболявания чрез подобряване на достъпа до устойчиви имунизационни услуги, разширяване използването на безопасни и рентабилни ваксини, ускоряване разработването и въвеждането на нови и подобрени ваксини, стимулиране на научните изследвания и развитие на следващо поколение ваксини и технологии [14];
SAGE - Стратегическа консултативна група от експерти по имунизациите, които съветват СЗО за глобалните политики и стратегии във връзка с имунопрофилактиката. SAGE работи съвместно с Консултативния комитет по безопасност на ваксините (GACVS);
GVSI - Глобална инициатива за безопасност на ваксините, чийто визия е създаване на ефективни системи за надзор върху безопасността на ваксините във всички страни до 2020г.

Диагностична подсистема, подпомагаща епидемиологичната диагноза и епидемиологичния анализ на комплекса от противоепидемични и имунопрофилактични мероприятия, включва: е*пидемиологичен мониторинг* - за оценка на епидемиологичната ефективност на имунопрофилактиката ; м*икробиологичен и вирусологичен мониторинг* - осъществяван от националните референтни лаборатории за проследяване на биологичните свойства на щамовете - тяхното фаготипиране, оценка на биохимичните свойства, патогенност, лекарствена резистентност [1]; *Имунологичен мониторинг* - насочен към проучване състоянието на популационния (колективния) и поствакцинален имунитет чрез провеждане на избираеми имунологични обследвания на населението за отделните инфекциозни заболявания с цел прогнозиране на заболяемостта и оценка ефективността на провежданите имунопрофилактични мероприятия [1] и *мониторинг на поствакцинални реакции и усложнения* - на регионално, национално, европейско и световно ниво.

Градивните елементи, участващи в **организационно-управленската структура** на имунопрофилактиката са:

- ✓ **Нормативно - правна база**, определяща задължителния характер на имунизациите в Р. България, видове имунизации, срокове на провеждане, подлежащи възрастови групи, процесите по организация на получаване, транспортиране, съхранение и разпределение на ваксиналните препарати, организация по отчета и регистрацията на проведените профилактични имунизации с цел максимално и пълно обхващане на подлежащите лица, съобщаването на нежеланите реакции след ваксинация.

За България нормативните бази са: *Закона за здравето*, с който се определя задължителния характер на имунизациите в Р България [2]; *Наредба №15/2005* за имунизациите в Р България, която утвърждава и Имунизационния календар на страната [5] ; *Наредба № 21/ 2005* за реда за регистрация, съобщаване и отчет на заразните болести [6] ; *Закон за семейни помощи за деца* [3] ; *Наредба № 3/2007* за здравните изисквания към детските градини [7].

- ✓ **Научно-техническа и изследователска база**, свързана с производството на иновационни ваксини (срещу ротавируси, папиломавируси, варицела, пневмококови инфекции, хемофилус инфлуенце тип В и др.), които водят до разширяване на националния имунизационен календар. Въвеждане на иновативни технологии за усъвършенстване на съществуващите ваксини с подобряване на тяхната имунокомпетентност и формиране на висок поствакцинален имунитет; планирани научни изследвания, проследяващи имунологичната и епидемиологична ефективност на имунопрофилактиката.

- ✓ **Квалификацията на здравните работници**, ангажирани в системата на имунопрофилактиката. За повишаване нивото на компетентност на медицинските специалисти е необходимо организиране на периодични поддържащи обучения по отношение на състава, начина и техниката на приложение на новите ваксини, въведени в Имунизационния календар на страната и повишаване на тяхната компетентност с актуални, научно доказани данни за ваксините и ВПИ. Подобряване на общуването на здравните работници с родители и лица от уязвимите етнически общности по проблеми, свързани с ваксинопредотвратимите заболявания и тяхната специфична имунопрофилактика. Екип от български експерти в областта на имунопрофилактиката от НЦЗПБ, съвместно със Сдружение "Национална мрежа на здравните медиатори" издават "Практическо ръководство за ваксини и

имунизации" и "Практическо помагало за ваксини и имунизации", предназначени за всички специалисти, участващи в системата на ваксинопрофилактика [4].

- ✓ **Здравната култура на населението** – подобряване информираността на населението относно ваксините, повишаване на доверието на обществото към здравните институции и осъзнаване на значимостта на имунопрофилактиката с разясняване на ползите от прилагането на ваксините, като основно средство за превенция на инфекциозните заболявания.

Въз основа на проведеното проучване върху структурите, влияещи върху епидемиологичната ефективност на имунопрофилактиката, предлагаме следния Структурен модел **(фиг. 1).**



Фиг. 1. Структурен модел на епидемиологичната ефективност на имунопрофилактиката

Заключение

Епидемиологичната ефективност на имунопрофилактиката динамично взаимодейства и се определя от епидемиологичния надзор и организационно – управленската структура на регионално и национално ниво. За управлението и правилното функциониране на макросистемата имунопрофилактика е необходим комплексен системен подход насочен към всички компоненти, включени в двете системи: епидемиологичен надзор, с неговите подсистеми – информационна и диагностична, и организационно – управленска структура, включваща нормативно – правна и научно – изследователска база, здравна култура на населението и квалификация на медицинските специалисти.

Библиография

1. Георгиев, П.. Основи на епидемиологията на инфекциозните заболявания (обща епидемиология), първо издание, София,1998; 131с.
2. Закон за здравето. Обн. ДВ. бр.70 от 10.08.2004г., посл. изм. ДВ. бр.9 от 03.02.2015 г., доп. ДВ. бр.80 от 16.10.2015 г.
3. Закон за семейни помощи за деца. Обн.ДВ. бр. 32 от 29.03.2012 г., посл. изм. ДВ. бр. 96 от 09.12.2015 г.
4. Маринова, Л., К. Пармакова, М. Кожухарова, В помощ на медицинските специалисти и родителите: практическо ръководство за ваксини и имунизации, Педиатрия, 2015, 1, 60 - 62
5. Наредба № 15 от 12.05.2005г. за имунизациите в Р България, МЗ, изм. и доп. ДВ бр. 92/ 07.11.2014г., в сила от 01.01.2015г.
6. Наредба № 21 от 18.07.2005г. за реда за регистрация, съобщаване и отчет на заразните болести, МЗ, обн. ДВ. бр. 62 от 29.07.2005 г., посл. изм. ДВ. бр. 56 от 08.07.2014 г.
7. Наредба №3 от 5.02.2007г. за здравните изисквания към детските градини, Обн. ДВ. бр. 15 от 16.02.2007, изм. ДВ. бр. 36 от 10.05.2011 г.
8. Романенко В., Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний в системе управления здоровьем детского населения субъекта Российской Федерации, диссертация, Екатеринбург, 2012, 313 с.
9. Chan M.. The contribution of immunization: saving millions of lives, and more. Public Health Rep. 2014;129 Suppl 37–8
10. ECDC, Health topics, Immunisation, Networks and partnerships, http://ecdc.europa.eu/en/ healthtopics/immunisation/Pages/external_links.aspx
11. Stern A., H. Markel, The History Of Vaccines And Immunization: Familiar Patterns, New Challenges, content.healthaffairs.org/ content/24/3/611.full.
12. The Immunization Action Coalition. Vaccine Timeline. The Immunization Action Coalition; (2013). Available from: http://www.immunize.org/timeline/
13. WHO. Global vaccine action plan 2011-2020 [Internet].http://www.who.int/immunization/ global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/
14. World Health Organization. Emergencies, preparedness, response. Circulating vaccine-derived poliovirus – Ukraine. September 1, 2015 [Internet]. http://www.who.int/csr/don/01-september-2015-polio/en/

РОДИТЕЛСКИ НАГЛАСИ ЗА ЗАДЪЛЖИТЕЛНИТЕ ИМУНИЗАЦИИ И РЕИМУНИЗАЦИИ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

С. Хаджиева*, Н. Ушева, Р. Панчева***

** Катедра „Хигиена и епидемиология“, Факултет по обществено здравеопазване, МУ - Варна*

*** Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“, Факултет по обществено здравеопазване, МУ - Варна*

Контакт: Ас. Станислава Хаджиева, доктор
e-mail: slava79@abv.bg

Въведение

Имунизацията е един от най-ефективните методи, който доведе до драстично намаляване на заболеваемостта и смъртността от ваксинопредотвратими инфекциозни болести в цял свят. Според оценката на Световната здравна организация (СЗО), благодарение на ваксинациите, всяка година се спасяват 2-3 милиона души по света [10]. Въпреки стремежа към висок имунизационен обхват през последните три десетилетия, относителният дял на децата, завършили препоръчителния ваксинационен план остава под очакваните стойности в страните с нисък и среден стандарт на живот [1,3,8]. Известният процент неваксинирани деца води до огнища дори в развитите и/или индустриализираните страни в цяла Европа. През 2018г. СЗО е докладвала г. за 59 578 случая на морбили в европейския регион, в сравнение с 4438 случая през 2017 г. Голям брой случаите са в Украйна (31312), Сърбия (5034), Франция (2682), Италия (2293) и Гърция (2190) [10,11,12] .

Колебанието на родители да ваксинират децата си се превръща във все по-голям фокус на внимание и безпокойство сред здравната общност предвид потенциалът му да доведе до отлагане и отказ от ваксиниране и повишен риск за общественото здраве. Справянето с недоверието към имунизациите сред населението в страната или определена група от населението изисква да се оцени разпространението на проблема и да се определят причините, които са го предизвикали, както и създаването на правилен профил на родителите с негативно и колебливо отношение към ваксините [4,5,6,7].

Целта е да се проучат нагласите на родителите да ваксинират децата си съгласно имунизационния календар на Република България.

Материал и методи

Проведено е срезово епидемиологично проучване сред 1195 родители на деца до 7 години, в периода 2015 - 2017 година, живеещи във Варна, Шумен, Сливен, Русе. Анкетираните са избрани на случаен принцип, като участието им е доброволно и анонимно. Зададени са въпроси свързани с личният опит при ваксинирането на децата на респондентите, познанията им за ваксините и източниците на знания за тях; отношение и нагласи към задължителния имунизационен календар.

За анализ на резултатите от анкетното проучване на родителските нагласи за ваксиниране са използвани следните статистически методи:

1. Дескриптивни методи: Вариационен анализ на количествени данни – средни стойности, стандартно отклонение; Алтернативен анализ за категорийни променливи, относителен дял и честотни показатели
2. Методи на статистическо оценяване: Параметрични методи за оценка на хипотези – t-критерий на Student; Непараметрични методи за оценка на хипотези –

критерий χ^2 (Хи-квадрат) на Pearson; Корелационен анализ – коефициент на Pearson r и коефициент на Spearman ρ; Дисперсионен анализ по метода на ANOVA.

3. Таблични и графични методи за представяне на данни – прости и многомерни таблици; кръгово-секторни и стълбови диаграми.

Нивото на значимост на нулевата хипотеза е приемана за значима при $p<0.05$. Данните са обработени със статистически софтуер IBM SPSS for WINDOWS ver.19.0.

Резултати

1. Демографски профил на респондентите

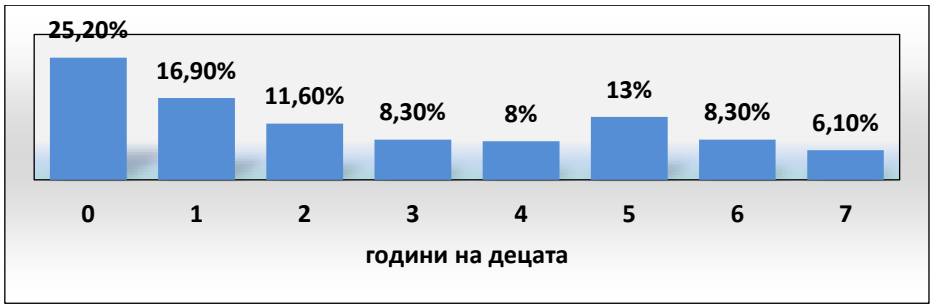
Средната възраст на анкетираните родители е 30.9 (±6.4) години, а на техния партньор 31.8 (±10.2) години. Половината от респондентите са работещи родители 49.6% (n=582), а една трета от тях са в отпуск за гледане на дете 29.9% (n=351). Безработни са 13.6% (n=159) и 4.5% (n=53) са учащи. С официално сключен брак са 59.2% (n=636), а 35.2% (n=386) от респондентите живеят в съжителство без брак, разведени са 1.8% (n=21), със статут на самотен родител са 1.6% (n=19), вдовци са двама от родителите – 0.3% (n=2). Една четвърт (26.3%, n=314) от респондентите имат повече от едно дете деца.

Включени са всички групи от населението по възраст, образование и етническа принадлежност **(Табл. 1).**

Табл. 1. Разпределение на анкетираните по възраст, образование, етнос

Демографски показатели	Респонденти	Брой лица	%
Възраст	Под 20 години	52	4.4
	20-29 години	415	35.3
	30-39 години	605	51.5
	40-49 години	100	8.5
Образование	Висше	759	63.5
	Средно	280	23.4
	Основно	66	5.5
	Начално	45	3.8
	Без образование	40	3.3
Етнос	Български	940	78,7
	Турски	112	9,4
	Ромски	126	10,5
	Друг	12	1

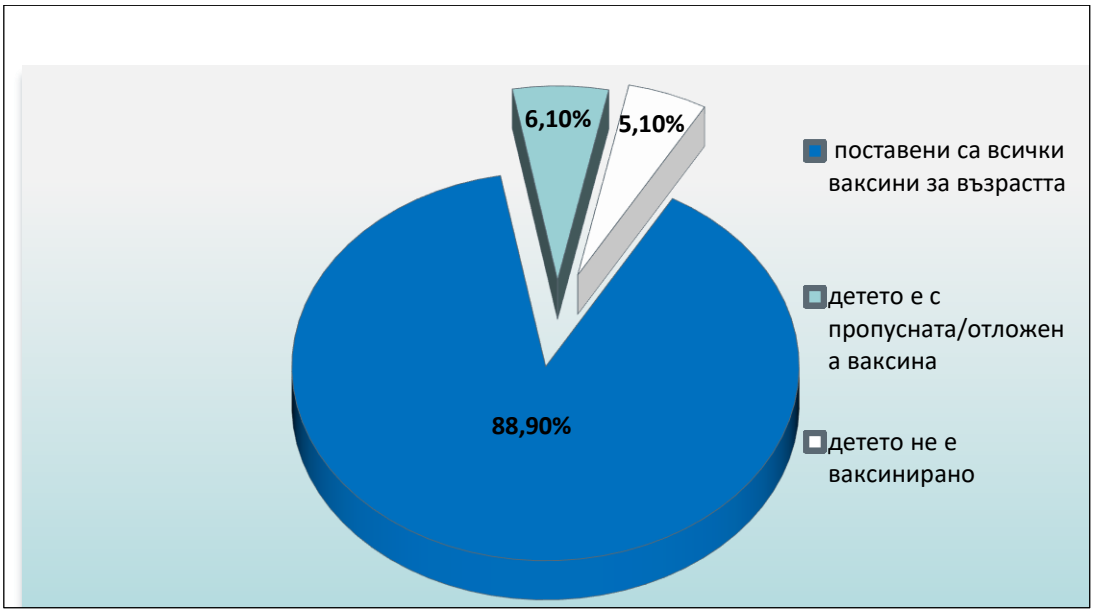
Средната възраст на проучваните деца е 2.64 години. Повече от половината деца са във възрастовия диапазон от 0-3 години. Най-голям е относителният дял на децата в кърмаческа възраст (25.8%, n=286) **(Фиг. 1).** Разпределението на децата по пол е почти еднакво: момчета - 51.8% (n=590), момичета 48.2% (n=548).



Фиг. 1. Разпределение на децата по възраст

2. Имунизационно покритие на децата от проучваната извадка

Според твърденията на анкетираните родители, относителният дял на децата с поставени всички задължителни за възрастта им ваксини е 88.9% (n=1020). С нередовен имунизационен календар и отложени една или няколко ваксини, най-често поради временен здравословен проблем са 6% (n=70) от децата. Относителният дял на неимунизираните деца е 5.1% (n=58 деца) **(Фиг. 2).**



Фиг. 2. Имунизационно покритие на проучваните деца

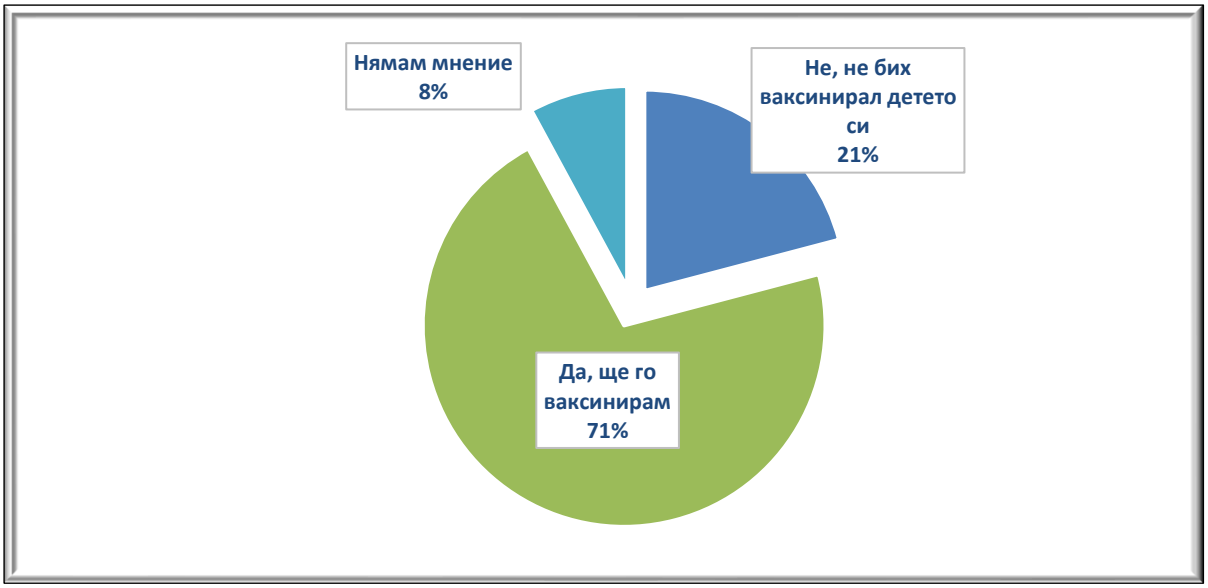
Някои социално-демографски показатели като възраст, образование, етнос на родителите, трудова заетост, семейно положение и местоживеене достоверно влияят върху имунизационния обхват на децата:

- Децата на родители над 30-годишна възраст, както и на родители с висше образование, имат по-високо имунизационно покритие сравнени с децата на родители с по-ниско образование ($\rho=0.12$; $p<0.0001$)
- Децата на родители с български етнос ($r=0.13$; $p<0.0001$) имат по-висок имунизационен обхват в сравнение с децата от други етноси. Имунизационният обхват на децата от ромски произход е 73.5 %. Установи се статистически значима зависимост между етноса на детето и протичането на имунизационния процес ($\chi 2=34.74$; $p<0.0001$). Корелацията е много слаба положителна статистически значима ($r= 0.13$; $p<0.0001$)

- Децата на учащите се и работещи майки имат по-високо имунизационно покритие, сравнени с децата на безработните майки или тези, които са в отпуск за отглеждане на дете ($\chi 2=27.01$; $p<0.001$).
- Децата, които имат по-големи братя и сестри имат по-високо имунизационно покритие, сравнени с тези, които са едно дете в семейството ($\chi 2=110.82$; $p<0.0001$.

3. Родителски нагласи за задължителния имунизационен календар

Положително мнение за задължителност на ваксините имат 2/3 от анкетираните родители (73.5%, n=786). Установи се статистически значима зависимост между мнението на родителите относно необходимостта от задължителни ваксини и нагласата за имунизиране при незадължителен характер на имунизационния календар ($\chi 2=316.08$; $p<0.0001$). Мнението на родителите корелира с техните нагласи и готовност да ваксинират децата си ($r= 0.29$; $p<0.001$). Относителният дял на родителите, които биха отказали да имунизират децата си в случай, че задължителните планови имунизации и реимунизации не са задължителни е 20.9% (n=225) **(Фиг. 3).**



Фиг. 3. Готовност на анкетираните да ваксинират децата си при нездължителен имунизационен календар

Респондентите, които биха отказали да имунизират децата си съгласно имунизационния календар имат някои общи социални демографски характеристики:

- Най-често родителите на възраст между 30–39 години не биха ваксинирали децата си - 42.4% (n=95) ($\rho= 0.13$; $p<0.0001$);

- Повече от половината родители, които биха отказали да ваксинират детето си, са родители с висше образование 57.6% (n=129)($\rho= -0.12$; $p<0.0001$).

- Българският етнос се свързва с по-ниска честотата на мнението за необходимост от задължителни ваксинации -73.7%, n=165 ($r=0.20$; $p<0.0001$). Относителният дял на родителите от ромски произход, които не биха имунизирали детето си е почти 20 %.

- Родителите, които живеят в по-големите градове, по-често смятат, че ваксините трябва да са незадължителни ($r=0.20$; $p<0.0001$). Два пъти повече родители, живеещи във Варна (24%, n=216), са споделили, че не трябва да има задължителни ваксини, за разлика от родителите в останалите три града.

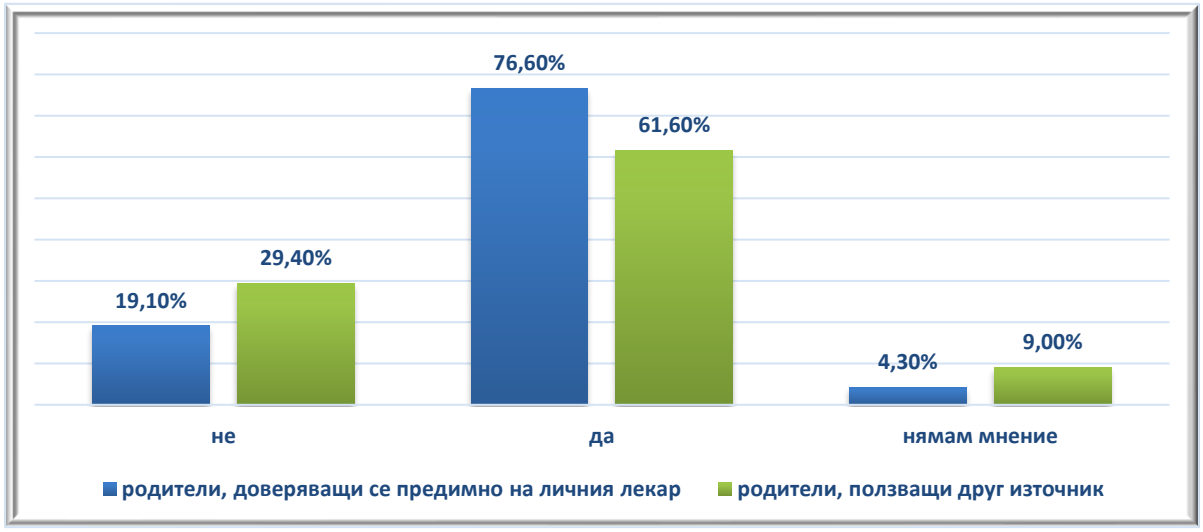
Самооценката за познанията за ваксините влияе върху формиране положително или отрицателно родителското мнение относно задължителността на ваксинирането.

Всеки трети родител (29%, n=196) има висока самооценка за познанията си за ваксините, а относителният дял на респондентите, които считат знанията си за недостатъчни е повече от 50% (53%, n=358). Достоверно по-висок процент родители (73.9%, n=122), чиято самооценка за познанията за ваксините е висока, биха имунизирали децата си ($\chi2=33.19$; $p<0.0001$). За разлика от тях респондентите, които смятат, че имат по-малко или никакви познания (65.2%, n=189; 42.7%, n=47) по-често не биха имунизирали детето си, ако имунизационният календар не беше задължителен **(Фиг. 4).**

Източникът на информация статистически влияе върху формиране мнението за задължителност на ваксините. Родителите, които се доверяват предимно на личния лекар, показват достоверно по-висока склонност за задължителност на Имунизационния календар ($\chi2=21.58$; $p<0.0001$) **(Фиг. 5).**

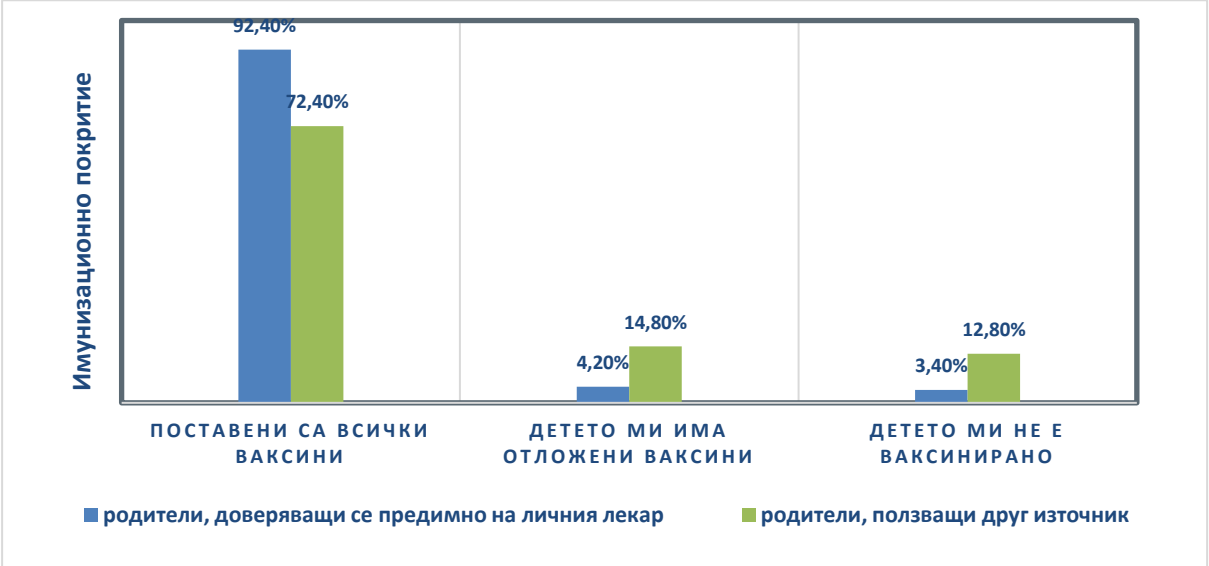


Фиг. 4. Готовност за ваксиниране при незадължителен характер на Имунизационния календар според самооценката за познанията им за ваксините



Фиг. 5. Мнението за задължителност на ваксините според източника на информация

Относителният дял на респондентите, за които общопрактикуващият лекар е първостепенен *източник на информация,* независимо от тяхното образование, възраст, етнос и местоживеене е 82.2% (n=982). Те по-малко се страхуват и колебаят да ваксинират децата си (r=0.09;p=0.002), а имунизационното покритие на деца им е 92.4 %. Една трета от респондентите (37.5%, n=448) ползват Интернет, като основен и/или допълнителен източник на знания за ваксините. Децата им по-често имат пропуснати ваксини или въобще не са ваксинирани (r=0.13;p=0.001). Това са родители, чиито социално-демографска характеристика е сходна с родителите, които не биха ваксинирали децата си, ако имаха избор **(Фиг. 6).**



Фиг. 6. Имунизационно покритие на децата според източника на информация за ваксините, който техните родители използват

Предходният опит със странични реакции след поставяне на ваксина оформя негативни нагласи за ваксиниране. Родителите, чиито деца са имали една или друга нежелана реакция след ваксинация 2 пъти по-често биха отказали да поставят ваксини на детето си, ако имаха избор. Зависимостта между наличието на странични ефекти след проведена имунизация на децата и нагласата за имунизиране е статистически значима ($\chi 2$=45.66; p<0.0001) с много слаба статистически значима отрицателна корелация (r= -0.14; p<0.0001).

Обсъждане

Имунизационното покритие на проучените деца в България е близко до препоръчителните 90% за постигане на добър контрол върху заболеваемостта от ваксинопредотвратими заболявания. В сравнение с това в скорошно паневропейско проучване от 2019 година се установява, че 20% от децата в Европа имат отложени ваксинации, а 12% са отказали въобще ваксиниране [6]. Голям е относителният дял на разпитаните от нас родителите, които биха отказали да имунизират децата си според препоръките на имунизационния календар, ако той не е със задължителен характер–20.9%. Това са най-често родители на възраст 30 – 39 години, с висше образование, с български етнос, живеещи в по-голям град [4]. Тези данни са близки до Европейките, според които 38% от родителите са частично или много колебаещи се за необходимостта от ваксиниране [6]. Много голям е относителният дял на родителите за които ОПЛ е първостепенен източник на информация, независимо от тяхното образование, възраст, етнос и местоживеене, резултати съпоставими с други проучвания по света, в които е установено, че най-голямо доверие

родителите имат към доставчика на здравни услуги [2, 6, 7, 9]. За разлика от родителите, за които ОПЛ е най-значим източник на информация, родителите, търсещи информация в интернет, по-често имат колебание към ваксините. Тези родители имат сходни социално-демографски характеристики с родителите изпитващи колебание за ваксинираране [9]. Високата самооценка за познанията за ваксините е промотор за формиране на положителна нагласа на родителите, но техният относителен дял е едва 30% [1, 8].

Заключение

Необходими са мерки за повишаване на познанията на родителите относно ползите на ваксините за индивидуалното и общественото здраве и увеличаване на обема достоверна информация в предпочитаните от тях средства за масова информация. Социално-демографските различия в родителските нагласи за задължително ваксиниране изискват диференциран подход на здравно-профилактична работа за преодоляване на нарастващите антиваксинални поведения.

Библиография

1. Михайлова, С., В. Бирданова, М. Стойновска, Д. Шаламанов. Проучване отношението на родителите към прилагането на ваксини от Имунизационния календар на Република България. Обща медицина. 2012; 14 (4): 13-17
2. Стаматович Д. К. Старинац, П. Игов, М. Вуджоцевич, З. Вуджоцевич-Живкович. Анализ на родителските отношения, убеждения и източници на информация за ваксините и рискови фактори, свързани с родителския страх от ваксинация. Педиатрия. 2016; LVI (1): 25-28
3. Хаджиева С., Панчева Р., Ушева Н., Йотова В., Паунов Ц., Проучване на нагласите за имунизиране и ваксиниране сред родители на деца до 7 години. Педиатрия. 2016; LVI (1): 29-31
4. Dube, E, M. Vivion, N.E. MacDonald. Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. Expert review of vaccines. 2015 Jan 2; 14(1): 99-117
5. E. David G. McIntosh, MBBS, MPH, LLM, PhD, Jan Janda, MD, Jochen H.Ehrich, MD, DCMT, Massimo Pettoello-Mantovani, MD, PhD, and Eli Somekh, MD Vaccine hesitancy and refusal, EPA-UNEPSA, Aug. 2016: 248-249
6. Hadjipanayis A, van Esso D, Del Torso S, Dornbusch HJ, Michailidou K, Minicuci N, Pancheva R, Mujkic A, Geitmann K, Syridou G, Altorjai P. Vaccine confidence among parents: Large scale study in eighteen European countries. Vaccine. 2020 Feb 5;38(6):1505-12.
7. Ohid Yaqub, S. Castle-Clarke, N. Sevdalis, J. Chataway. Attitudes to vaccination: A critical review. Social Science & Medicine. 2014;112: 1-11
8. Rainey, J. J., Watkins, M., Ryman, T. K., Sandhu, P., Bo, A., & Banerjee, K. (2011). Reasons related to non-vaccination and under-vaccination of children in low and middle income countries: Findings from a systematic review of the published literature, 1999-2009. *Vaccine***,** Aug. 2011; *29*(46): 8215-8221
9. Tabacchi, G., C. Costantino, M. Cracchiolo, A. Ferro, V. Marchese, G. Napoli, et al. and The ESCULAPIO working group, Information sources and knowledge on vaccination in a population from southern Italy: The ESCULAPIO project. Human Vaccine Immunother. 2016 Dec 29; 10: e1264733
10. World Health Organization. Assessment Report of the Global Vaccine Action Plan Strategic Advisory Group of Experts on Immunization. [Internet]. Geneva, Switzerland; 2017. http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/en/
11. WHO. Measles and rubella surveillance data. Jan 09, 2019. http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/measles_monthlydata/en/ (accessed Jan 09, 2019)
12. WHO. Measles cases per country surveillance data. Jan 09, 2019. https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/Country_slides_measles.pdf?ua=1 (accessed Jan 09, 2019).

ЕПИДЕМИОЛОГИЧНО ПРОУЧВАНЕ ОТНОСНО РОЛЯТА НА ЗАХАРНИЯ ДИАБЕТ КАТО РИСКОВ ФАКТОР ЗА ХЕРПЕС ЗОСТЕР

Т. Петкова, Ц. Дойчинова
Медицински университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве“, Катедра “Инфекциозни болести, епидемиология, паразитология и тропическа медицина”

Контакт: Доц. д-р Таня Петкова, д.м.
e-mail: tanja_1973@abv.bg

Въведение

Херпес зостер (Herpes zoster, HZ) е вирусно заболяване, дължащо се на реактивация на латентна Varicella zoster virus (VZV) инфекция. Средно 20-30% от преболедувалите варицела развиват HZ след латентен период от няколко години до десетилетия. Рисков фактор е напредналата възраст над 60 години, като при лица над 85 години рискът достига до 50%. Сред доказаните рискови групи за развитие на HZ са имунокомпрометираните пациенти (лица с HIV инфекция, с неоплазми, пациенти, подложени на терапия с цитостатици и др.) [2, 3]. Esteban-Vasallo et al. счита, че идентифицирането на непризнати рискови фактори, като астма, сърдечно-съдови заболявания и други, е от решаващо значение при тълкуване епидемиологията на HZ [4].

Цел на проучването е да се определи ролята на диабета като рисков фактор за развитие на herpes zoster.

Материал и методи

Извършен е ретроспективен епидемиологичен анализ на данни от болничната документация на 78 пациенти с диагноза HZ, лекувани в Клиниката по инфекциозни болести към УМБАЛ "Д-р Г. Странски"- Плевен през периода януари 2010 - септември 2020 г. Определени са рисковите и провокиращите фактори, както и придружаващите заболявания при хоспитализирани пациенти с диагноза HZ.

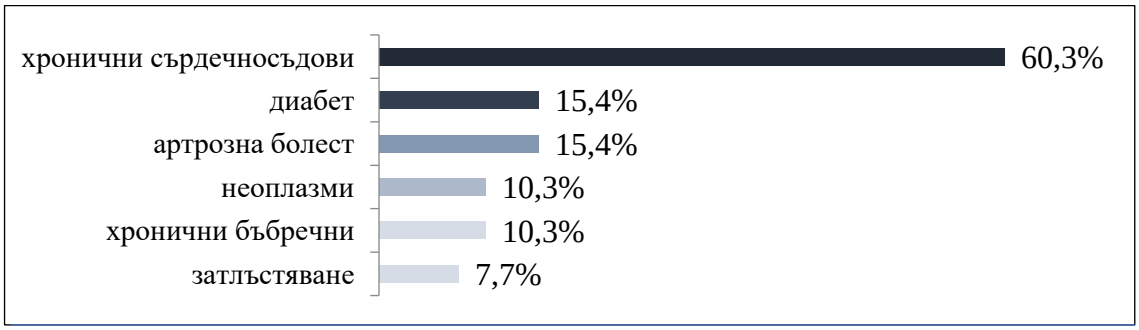
Обработката на първичната информация е извършена със софтуерен програмен продукт MS Office Excel 2010. Резултатите са описани чрез числови величини и диаграми. Количествените променливи са отразени като средни стойности ± sd (стандартно отклонение).

Резултати

През проучвания период са хоспитализирани 43 (55.13%) мъже и 35 (44.87%) жени. Заболелите от градски произход са 47 (60.26%), а от селски – 31 (39.74%). Възрастта на заболелите варира от 10 до 91 години ($\bar{x}$ = 65.17; sd = 16.91). Резултатите показват най-висок относителен дял на хоспитализираните във възрастовата група над 60 години – 61 (78.21%). Средният болничен престой варира от 3 до 16 дни ($\bar{x}$ = 6.55; sd = 2.34), в зависимост от тежестта на клиничното протичане и степента на терапевтично повлияване.

Резултатите от проучването показват висок дял на пациентите с придружаващи заболявания 60 (76.9%): хронични сърдечно-съдови 47 (60.3%), захарен диабет 12 (15.4%), артроза 12 (15.4%), неоплазми 8 (10.3%), хронични бъбречни заболявания 8 (10.3%), затлъстяване 6 (7.7%) **(Фиг. 1).** При 32 (41%) от заболелите е установено едно придружаващо заболяване, при 14 (17.9%) – две, при 10 (12.8%) – три, при 4 (5.1%) – четири придружаващи заболявания. Провокиращи фактори за отключване на HZ са отчетени при 6 (7.7%) от болните – фрактура с последваща оперативна интервенция на

долен крайник, коремна хирургична интервенция, ухапване от инсект, предшестваща травма.



Фиг. 1. Придружаващи заболявания

Обсъждане

В редица проучвания е установена връзка между определени рискови групи и повишена честота на HZ [1, 6, 8, 10]. Сред доказаните рискови популации за развитие на HZ са лицата в напреднала възраст над 60 години, както и имунокомпрометираните лица с нарушен Т-клетъчен имунитет (трансплантирани пациенти, лица, подложени на имуносупресивна терапия, пациенти със злокачествени заболявания, лица с HIV-инфекция и др.). Проучвания на Forbes et al. установяват, че придружаващи заболявания, свързани с по-висок риск от развитие на HZ са ревматоиден артрит, ХОББ, астма, хронични бъбречни заболявания, захарен диабет, депресия [5, 6].

Резултати от проведен мета-анализ на Mareque et al. в Испания, показват по-висок риск от HZ при пациенти със захарен диабет, в сравнение с общата популация [9]. Сходни резултати представят Queenan et al. при проведено ретроспективно лонгитудинално проучване в Канада. Данните показват, че пациентите с диабет са с повишен риск от HZ инфекция (RR = 2,64; 95% CI: 2,3-2,9), като рискови групи са жените над 65 години с диабет и/или други хронични заболявания [12]. По данни на Kawai et al. от проведен мета-анализ, захарният диабет тип 2 е независимо свързан с повишен риск от HZ (OR = 1,30; 95% CI: 1,17-1,45) [8].

Резултатите от нашето проучване сред хоспитализирани пациенти доказват, че основен рисков фактор за развитие на HZ е напредналата възраст (78.2%). Данните относно коморбидитета, показват висок дял на болните с придружаващи заболявания (76.9%), от които 15.4% са със захарен диабет.

Коморбидитетът повлиява протичането на заболяването и симптоматиката му, като променя подхода към провежданото лечение и има съществено значение върху крайната прогноза. Лечението на пациенти с HZ и захарен диабет изисква допълнителна оценка на основното заболяване. Настоящите указания за лечение на HZ не препоръчват рутинно изследване за захарен диабет. Въпреки това, като се има предвид широкото разпространение на диабета, нивата на глюкозата е препоръчително да бъдат изследвани при диагностициране на HZ [7]. В нашето проучване нивата на кръвна захар са проследени при 51 пациенти, като при 23 (45%) от тях установихме повишени нива и те бяха насочени за консултация и допълнително проследяване от ендокринология.

Някои лекарства, които се използват при лечение на захарен диабет и свързаните с него усложнения се смята, че увеличават риска от HZ. Лечението с тиазолидиндиони, алфа-глюкозидазни инхибитори, дипептидил пептидаза-4 инхибитори (DPP-4) най-вероятно увеличават риска от HZ, докато метформин и сулфонилурея не влияят на този риск. Асоциацията между DPP-4 инхибиторите и повишената честота на HZ може да се дължи на потискането на CD26 от тази група лекарства, което води съответно до потискане на

клетъчно-медиирания имунитет [11]. Препоръката за лечение при активна HZ инфекция на лица с диабет е използване на инсулин като лекарство на избор, поради бързото му действие, липса на взаимодействие с другите лекарства, лесно коригираща се доза и минимален риск от хипогликемия при правилна употреба [7].

С цел профилактика, в редица държави е лицензирана и се употребява ваксина срещу HZ. Според Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), жива атенюирана ваксина, съдържаща щама Oka VZV, се препоръчва рутинно за лица на възраст над 60 години, включително и при такива с прекаран HZ. Имунизацията е противопоказана за бременни жени, за пациенти с първичен или придобит имунен дефицит и при лица с анамнеза за анафилактична реакция към някои от компонентите на ваксината. Захарният диабет не е противопоказание за ваксинация. Ваксината е безопасна и ефективна като редица проучвания доказват, че тя води до намаляване на тежестта на заболяването с 61.1%, честотата на HZ с 51.3% и честотата на постхерпетичната невралгия с 66.5%. Данните относно безопасността и ефективността на ваксината при пациенти със захарен диабет са оскъдни [13, 14].

Заключение

Резултатите от проучването показват, че основни рискови фактори за развитие на HZ са напредналата възраст и придружаващите заболявания. Диабетът също може да се определи за важен рисков фактор, като при такива пациенти възможността от усложнения като постхерпетична невралгия е по-висока.

Библиография

1. Brănișteanu DE, Stoleriu G, Oanţă A et al. Clinical-epidemiological trends of herpes zoster: a 5-year study. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi, 2014, 118(3): 817-22.
2. CDC. Prevention of Herpes Zoster. MMWR, 2008, 57 (RR-5): 1-30.
3. Cohen J. Herpes zoster. – N Engl J Med, 2013, 369: 255-63.
4. Esteban-Vasallo MD, Domínguez-Berjón MF, Gil-Prieto R. et al. Sociodemographic characteristics and chronic medical conditions as risk factors for herpes zoster: A population-based study from primary care in Madrid (Spain). Hum Vaccin Immunother, 2014, 10(6): 1650-60.
5. Forbes HJ, Bhaskaran K, Thomas SL et al. Quantification of risk factors for herpes zoster: population based case-control study. BMJ, 2014, 348: g2911.
6. Forbes HJ, Thomas SL, Smeeth L et al. A systematic review and meta-analysis of risk factors for postherpetic neuralgia. Pain, 2016, 157(1): 30-54.
7. Kalra S, Chawla A. Herpes zoster and diabetes. J Pak Med Assoc, 2016, 66(8): 1042-43.
8. Kawai K, Yawn BP. Risk factors for herpes zoster: asystematic review and meta-analysis. Mayo Clin Proc, 2017, 92(12): 1806-21.
9. Mareque M, Oyagüez I, Morano R et al. Systematic review of the evidence on the epidemiology of herpes zoster: incidence in the general population and specific subpopulations in Spain. Public Health, 2019, 167: 136-46.
10. Muñoz-Quiles C, López-Lacort M, Ampudia-Blasco FJ et al. Risk and impact of herpes zoster on patients with diabetes: A population-based study, 2009-2014. Hum Vaccin Immunother, 2017, 13(11): 2606-11.
11. Papagianni M, Metallidis S, Tziomalos K. Herpes zoster and diabetes mellitus: A review. Diabetes Ther, 2018, 9(2): 545-50.
12. Queenan JA, Farahani P, Ehsani-Moghadam B et al. The prevalence and risk for herpes zoster infection in adult patients with diabetes mellitus in the Canadian primary care sentinel surveillance network. Can J Diabetes, 2018, 42(5): 465-69.
13. Villarroel MA, Vahratian A. Vaccination coverage among adults with diagnosed diabetes: United States, 2015. NCHS Data Brief, 2016, 265: 1-8.
14. Wutzler P, Casabona G, Cnops J, et al. Herpes zoster in the context of varicella vaccination - An equation with several variables. Vaccine, 2018, 36(46): 7072-82.

СЕКЦИЯ С. ОКОЛНА СРЕДА И ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

ХРАНИТЕЛЕН ПРИЕМ НА ВЛАКНИНИ ПРИ МЛАДИ ХОРА ЗА ОПАЗВАНЕ НА ТЯХНОТО ЗДРАВЕ

В. Бирданова, Л. Иванов, И. Стоилова, Цв. Виткова
Катедра "Хигиена, медицинска екология, професионални болести и МБС", Факултет "Обществено здраве", Медицински университет-Плевен

Контакт: Доц. д-р Ваня Бирданова, д.м.
e-mail: vania62@gmail.com

Въведение

Независимо, че няма единна дефиниция за фибрите, най-общо те се определят като несмилаеми въглехидрати, изградени от три и повече мономерни единици и лигнин, които се съдържат в растенията и притежават физиологични ефекти, полезни за човешкото здраве [2,10]. Здравните ползи при адекватен хранителен прием на влакнини се свързват с подобряване функциите на дебелото черво, намаляване на общия холестерол в кръвта и липопротеините с ниска плътност (LDL-холестерол), поддържане и редукция на кръвната захар, и на инсулиновите нива след нахранване [13].

Основни източници на хранителни фибри са пълнозърнените храни, варивата, плодове и зеленчуците и картофите [10]. Съдържат се още в ядките и семената. Храните, вносители на влакнини, са неизменна част от здравословното хранене. Те се отличават с висока хранителна плътност, поради разнообразието от витамини, минерали и биологично активни вещества, които внасят в организма. Повечето от тези храни са бедни на мазнини и имат нисък гликемичен индекс. Експериментални проучвания показват, че при комбиниран прием на храни с нисък гликемичен индекс и богати на фибри зърнени храни в най-голяма степен се подобряват поспрандиалната ендотелна функция и поспрандиалния инсулинов отговор при здрави лица [11].

Адекватният хранителен прием на влакнини за лица над 19 години е 25 грама/ден. Препоръчителният интервал за прием на хранителни влакнини на 1000 ккал от стойността на среднодневните енергийни потребности е от 8,4 грама до 12,6 грама при всички възрастови групи над 1-годишна възраст [5].

Целта на настоящата разработка е да се проучат хранителния прием и хранителните източници на фибри при млади хора.

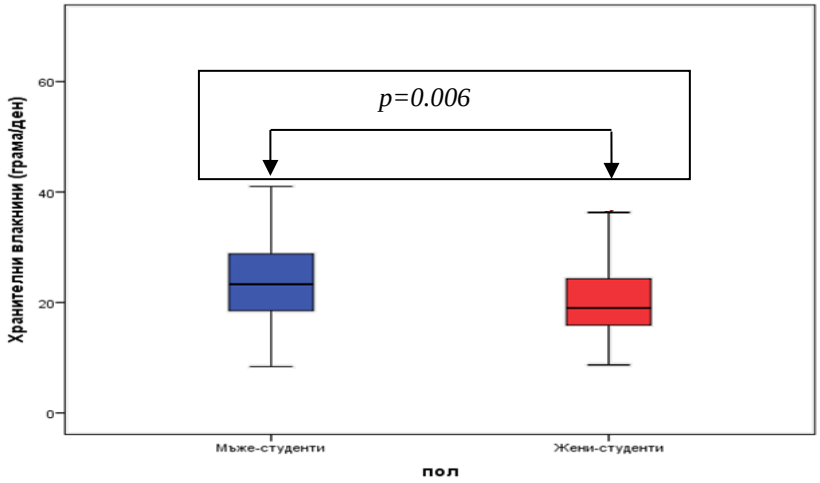
Материал и методи

Проведено е ретроспективно проучване на студенти, които се обучават в магистърските и бакалавърските програми на МУ-Плевен. Обект на изследването са 240 здрави лица от възрастова група 19-29 г. (73% жени), които съобщават за по-честа консумация на храни с доказани ползи за здравето. Проучването е проведено през есенните месеци на 2016 г. Методът на 24-часовата хранителна консумация за два непоследователни и един почивен ден е приложен за оценка храненето на студентите. Антропометричните показатели и индекса на телесната маса (ИТМ) на студентите са измерени и определени с професионален телесен анализатор. Получените данни са

обработени със статистически софтуер IBM SPSS Statistics v.22 for Windows. Резултатите са приемани за статистически значими при ниво на $p<0,05$ за двустранен тест.

Резултати

Среднодневният прием на хранителни влакнини при мъжете-студенти е 25,5 грама/ден (Me - 23,9 грама/ден), а при жените-студенти е 21,7 грама/ден (Me -19,6 грама/ден). Средните нива на прием при мъжете надвишават референтната стойност за хранителен прием на фибри от 25 грама/ден [5]. Среднодневният прием на хранителни влакнини при жените не съответства на препоръките. Мъжете приемат с храната сигнификантно повече фибри, спрямо жените в изследването **(Фиг.1).** Относителният дял на студентите, които приемат фибри над референтната стойност е 39,4% за мъжете и 23,1% за жените.



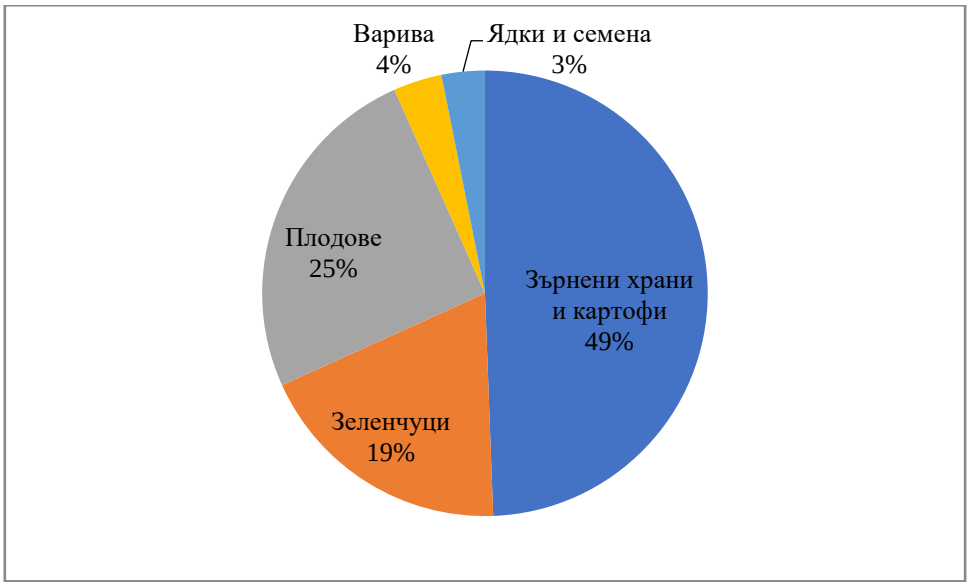
Фиг. 1. Среднодневен прием на хранителни влакнини при изследваните студенти - (грама/ден)

Студентите, които се обучават в магистърски програми, както и студентите с поднормено тегло или затлъстяване имат сигнификантно по-нисък среднодневен прием на хранителни влакнини, в сравнение със студентите в бакалавърските програми и тези с установено нормално и наднормено тегло. Мястото на пребиваване на студентите не повлиява хранителния им прием на фибри (**Табл. 1).**

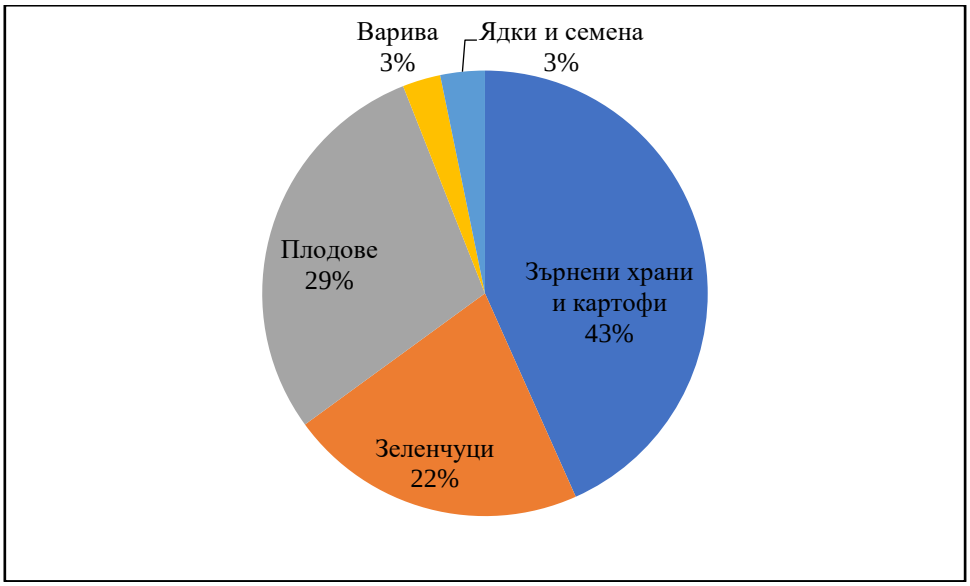
Табл. 1. Разпределение на среднодневния хранителен прием на фибри на студентите по място на пребиваване, образователна степен и индекс на телесна маса

Показатели	**n (%)**	**Средна стойност + SD**	***p-value***
Място на пребиване			
При родители	131 (54,7 %)	23,4± 9,1	
Квартира	55 (22,8 %)	24,1±9,9	
Общежитие	54 (22,5 %)	23,1±8	*p>0,05*
Образователна степен			
За магистри	134 (55,8 %)	21,3± 8,3	
За бакалаври	106 (44,2 %)	24,2± 9,8	*p>0,023**
Индекс на телесна маса (кг/ръст^2)			
Под 18,5 - поднормено тегло	32 (13,3 %)	21,9± 8,9	
18,5-24,9 - норма	152 (63,3 %)	24,3± 8,9	
25-29,9 - наднормено	44 (18,3 %)	23,9± 11	
Над 30 - затлъстяване	12 (5 %)	21,1± 4,8	*p>0.027**

Основни източници на хранителни влакнини при студентите са зърнените храни - 46,6%, плодовете - 26,9% и зеленчуците - 20,1 %. Сумарният прием на фибри от бобови храни, семена и ядки е 6,4%. На **Фиг. 2** и **Фиг. 3** са представени относителните дялове на основните хранителни източници на фибри, разпределени по пола на студентите.



Фиг. 2. Хранителни източници на фибри при мъжете-студенти



Фиг. 3. Хранителни източници на фибри при жените-студенти

Младите хора получават от консумация на зърнени храни (предимно хляб, хлебни изделия и картофи) от 9,4 грама/ден (43% от общият прием) при жените до 12,6 грама/ден (49% от общия прием) фибри при мъжете. Приемът на фибри от зеленчуци е 4,7-4,8 грама/ден, а от плодове - 6,3-6,4 грама/ден. От консумация на ядки студентите получават 0,7-0,8 грама/ден, а от варива по 0,6-0,9 грама/ден в полза на мъжете-студенти.

Най-голям принос за достигане на препоръчителния прием на фибри (25 грама/ден) при мъжете имат зърнените храни и картофите, чийто относителен дял, представен като част от референтната стойност достига 50,4%, докато при жените този дял е значително по-малък - 44%. Освен зърнените храни, значение за адекватния прием на фибри при мъжете оказва също по-високия сумарен принос на варивата и ядките - 6,8 %, срещу - 6 % при жените.

Обсъждане

Европейските проучвания на храненето и хранителния статус на населението след 1 г. възраст през последните две декади показват, че хранителния прием на фибри е по-нисък от препоръките за съответната възраст при почти всички изследвани групи [13]. Националното проучване на храненето, хранителния статус и рисковите фактори, свързани с тях, при населението над 1 годишна възраст, 2013/2014 г. установява среднодневен прием на фибри от възрастова група 19-29 г., съответно при мъжете - 27,2 грама/ден, а при жените - 19,5 грама/ден, тенденция за среднодневен прием на влакнини над референтната стойност при мъжете и под препоръките при жените, установена също в нашето проучване. Основните източници на фибри за българското население са зърнените храни и плодовете и зеленчуците [3]. Особеностите в студентския хранителен прием на фибри могат да бъдат обяснени с дисбаланса между различните хранителни източници на фибри, съответно по-голямата консумация на зърнени храни, варива и ядки при студентите, по-малък относителен принос на зърнените храни и варивата при жените-студенти, за сметка на вноса на фибри от консумация на плодове и зеленчуци.

Приемът на фибри при студентите до голяма степен зависи от факторите, които определят техния хранителен избор. Студентите, които считат, че храната запазва здравето им, придържат се към естетичен външен вид, предпочитат да консумират пресни сезонни плодове и зеленчуци имат по-голям среднодневен прием на фибри [14]. В нашето проучване среднодневната консумация на пресни плодове и зеленчуци при студентите, значително надвишава препоръчаното минималното количество от 400 грама/ден [6], което показва, че техния хранителен прием на фибри се обвързва фактора - здравословен избор на храни. Vilaro MJ и съавтори, 2018 г. установяват също, че цената на хранителните продукти, академичната заетост и академичния стрес сигнификантно намаляват приема на фибри през годините на обучението. Съобщената академичната натовареност при 43% от студентите, които се обучават в магистърските здравни програми е над четири и значително повече часове, докато съобщената академична заетост при 75% от студентите от бакалавърските програми е до 4 часа/ден [1]. В допълнение на това, нивата на академичен стрес при студентите по медицина значително превишават тези при останалите немедицински специалности. Резултатите от нашето проучване потвърждават, че фактора академична заетост сигнификантно намалява приема на фибри при студентите по медицина.

Среднодневният прием на фибри при студентите със затлъстяване в настоящото изследване е значително по-нисък, в сравнение със студентите, които имат нормално телесно тегло. Тъй като храните, които внасят фибри същевременно са богати на витамини, минерали и антиоксиданти е вероятно в тази изследвана група, да се установи неадекватен хранителен прием и риск от хранителни дефицити при други нутриенти. Съвременно проучване сред полски младежи на възраст 13-25 г. показва обаче, че среднодневния им прием на фибри няма сигнификантна връзка със затлъстяването, установено при тази група [12]. Независимо от това, значение за неадекватния прием на хранителни влакнини при младите хора оказват ниската консумация на варива (боб), пълнозърнести хлябове, пълнозърнести закуски и зеленчуци [4,7,8,9,12].

Изводи

1. Адекватният прием на фибри съдейства за поддържане на нормално телесно тегло на студентите.
2. По-голямата академична заетост намалява сигнификантно хранителния прием на влакнини при студентите от изследването.
3. Основни източници на фибри в храненето на студентите са зърнените храни и плодове и зеленчуците, чийто сумарен дял заема до 94%, спрямо общия прием.
4. За достигане на препоръчителния среднодневен хранителен прием от фибри при студентите е необходимо да се подобри консумацията на пълнозърнени храни, пълнозърнести изделия и варива, на фона на балансиран прием на ядки и семена.

Заключение

Нашето проучване потвърждава важното значение на фибрите за опазване на студентското здраве и идентифицира проблеми на хранителния прием и източниците на фибри при млади хора в университетска среда. Адекватният хранителен прием на влакнини участва позитивно в регулацията на телесното тегло на студентите и съдейства за ранната профилактика на хроничните неинфекциозни болести.

Литература

1. Бойчева В. Проучване на храненето и хранителния статус на студенти от медицински специалности. Дисертация. София, 2015, с.145.
2. Гюрова Д. Хранителни влакнини и пълнозърнести храни. Терминология, значение и хранителен прием. Bulgarian Journal Of Public Health, 2020, 12(2), 3-11.
3. Дулева В., Л. Рангелова, С. Петрова и др. Хранене при деца и възрастни в България, 2014. Честота на консумация на храни. В: Национално проучване на фактор хранене в риска за здравето на населението на Р България. Българско списание за обществено здраве, 2017, 9 (2), с. 57-74.
4. Найденова Д. Проучване на антропометричен хранителен статус на младежи и девойки на възраст 18-20 г. В: Проучване на телесен състав и оценка на хранителен статус при младежи и девойки, 2015, Варна, с. 61-101.
5. Наредба №1 за физиологичните норми за хранене на населението (обн. ДВ, бр.11, 2018).
6. Петрова С., К. Ангелова, Д. Байкова. Препоръки за здравословно хранене на населението в България 18-65 години. Анекс сп. Наука и диететика, 2010, с. 3-40.
7. Atanasova V, P Gatseva, A Bivolarska. Body mass index and food frequency intake of foreign medical students. Trakia Journal of Sciences, 2014, 12 (1), 367-370.
8. Atanasova V., Dzhambov A., P. Gatseva. Survey of dietary supplement-related knowledge and attitude amond Bulgarian pharmacy students. In: Healthy lifestyles and healthy eating. Ed. Wilson L., Nova Science Publishers, Inc.2020, p 249.
9. Correa-Rodríguez M, Pocovi G, Schmidt-RioValle J, González-Jiménez E, Rueda-Medina B. Assessment of dietary intake in Spanish university students of health sciences. Endocrinol Diabetes Nutr, 2018, 65(5), 265-273.
10. EFSA (European Food Safety Authority), Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). Scientific Opinion on Dietary Reference Values for Carbohydrates and Dietary Fibre. EFSA Journal, 2010, 8(3), 1462.
11. Gaesser GA, Rodriguez J, Patrie JT. Effects of Glycemic Index and Cereal Fiber on Postprandial Endothelial Function, Glycemia, and Insulinemia in Healthy Adults. Nutrients, 2019, 11 (10), 2387.
12. Krusińska B, Wuenstel JW, Kowalkowska J. Dietary fiber sources consumption and overweight among Polish male students. A cross-sectional study. Rocz Panstw Zakl Hig, 2017, 68 (2), 131-141.
13. Stephen AM, Champ MM, Cloran SJ. Dietary fibre in Europe: current state of knowledge on definitions, sources, recommendations, intakes and relationships to health. Nutr Res Rev, 2017, 30(2), 149-190.
14. Vilaro MJ, Colby SE, Riggsbee K. Food Choice Priorities Change Over Time and Predict Dietary Intake at the End of the First Year of College Among Students in the U.S. Nutrients, 2018, 10 (9), 1296.

ПРОСПЕКТИВНО ПРОУЧВАНЕ НА ПРАКТИКИТЕ НА ХРАНЕНЕ ПРИ ДЕЦА С ПРОЯВИ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЕН РЕФЛУКС И ХРАНИТЕЛНА АЛЕРГИЯ

В. Недкова-Миланова*, М. Стойновска, Цв. Валентинова*, Л. Гаджелова*, Е. Тумбева***

** Катедра „Обща и съдебна медицина и деонтология“, “ Факултет „Обществено здраве”, МУ-Плевен*

*** Катедра „Хигиена, медицинска екология, професионални заболявания и МБС“, Факултет „Обществено здраве“, МУ-Плевен*

Контакт: Ас. д-р Ваня Недкова-Миланова, д.м.
e-mail: vania_milanova@yahoo.com

Въведение

Регургитацията, повръщането и неспокойствието са често срещани клинични проблеми в кърмаческа възраст. Гастроезофагеалният рефлукс (ГЕР) е неволно преминаване на стомашно съдържимо в хранопровода, особено често срещано в кърмаческа възраст. До третият месец се счита за физиологичен и има тенденция за спонтанно подобрение [5, 8, 9, 17]. Признаци на гастроезофагеалният рефлукс са:

- Регургитация или често хълцане
- „Връщане“ на храна или повръщане
- Постоянен или внезапен плач и неспокойствие
- Извиване на врата и гърба по време на или след хранене

Много често гастроезофагеалният рефлукс се наблюдава и при хранителна алергия в кърмаческа възраст [3, 10]. Непоносимостта към краве мляко е най-честата форма на хранителна свръхчувствителност в ранна детска възраст. Алергията към протеините на кравето мляко е сериозен проблем при кърмачета и малки деца с висока честота на разпространение - около 2,5% [12, 15, 19]. Лабораторните тестове, показващи повишени нива на специфични антитела на имуноглобулин Е в кръвта, потвърждават диагнозата и служат като прогностичен признак за продължителна алергия [1, 7]. Клиничните прояви на хранителната алергия в кърмаческа възраст са неспецифични и разнообразни. Варират от леки, свързани с гастроинтестиналния тракт и кожата, до тежки бързопрогресиращи, животозастрашаващи, анафилактични реакции, отключени от минимално количество на хранителни алергени. [13, 14, 18]:

1. Хронична диария – типични са честите изхождания на обемисти изпражнения –лъскави, сиви, мазни (стеаторея)
2. Регургитация, повръщане
3. Невиреене, недостатъчно наддаване на тегло
4. Недоимъчни синдроми поради малабсорбция на някои вещества
5. Изразено неспокойствие, колики, запек
6. Кожни прояви

Не винаги е лесно разграничаването между патологичните състояния гастроезофагеален рефлукс и алергия към краве мляко, т.к. много от симптомите са общи (регургитация, повръщане, невиреене). Понякога гастроезофагеалният рефлукс при кърмачета и деца е свързан и с респираторни прояви, т.к. е възможна аспирация на стомашно съдържимо, което води до възпаление на белия дроб и бронхоспазъм [23, 24].

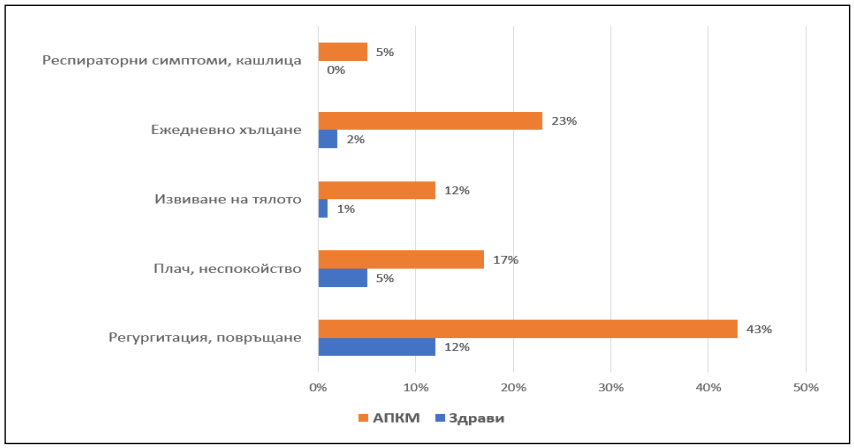
Целта на изследването ни беше да проучим храненето при деца с гастроезофагеален рефлукс и прояви на хранителна алергия до едногодишна възраст и оценим ефекта на елиминационната диета върху тежестта на рефлукса при тези пациенти.

Материал и методи

Проследихме 180 здрави кърмачета и 94 - с прояви на хранителна алергия. Бяха проучени начинът на хранене на бебето, наддаване на тегло, регургитация, повръщане, хронична кашлица, хълцане, запек, диария. Статистическата обработка и онагледяване на резултатите извършихме с продуктите Statgraphics Plus и Microsoft Excel.

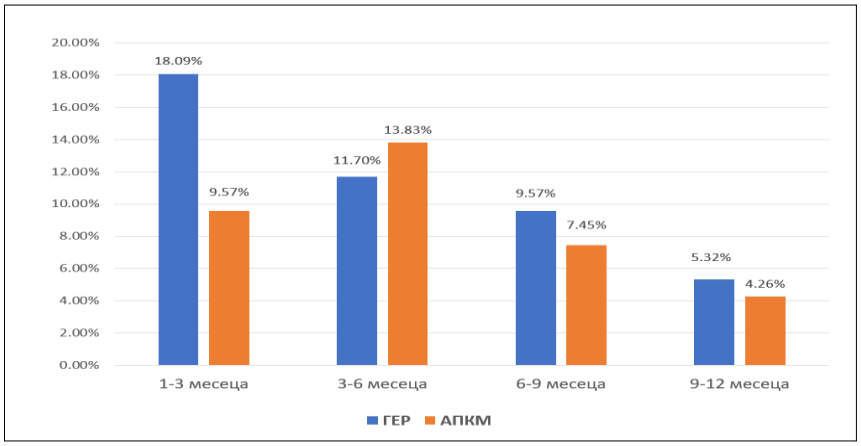
Резултати

Средната възраст на кърмените здрави деца беше 5,47±2,27 месеца, а средната възраст на децата с хранителна алергия – 2,12±2,73 (<0,001). Децата бяха захранени на средна възраст 4,5±0,51 месеца. Около 35% (n=33) от кърмачетата с прояви на алергия имаха гастроезофагеален рефлукс, а здравите кърмачета - 8,32% (<0,001). На **Фиг. 1** са представени най-честите клиничните прояви на проучените кърмачета – здрави и с прояви на алергия. При алергичните деца се наблюдаваше ежедневна регургитация и повръщане 43%, плач и неспокойствие – 17%, извиване на тялото – 12%, ежедневно хълцане – 23%, респираторни симптоми и кашлица – 5%.



Фиг. 1. Клинични прояви сред проучените кърмачета – здрави и с прояви на алергия (%)

На **Фиг. 2** е представено възрастовото разпределение на децата с алергия и гастроезофагеален рефлукс. Рефлуксът се среща по-често при кърмачета до три-, четири- месечна възраст, които са на изкуствено хранене. При децата се наблюдаваше, регургитация, повръщане, ненаддаване на тегло. Честа причина бе алергията към краве мляко.

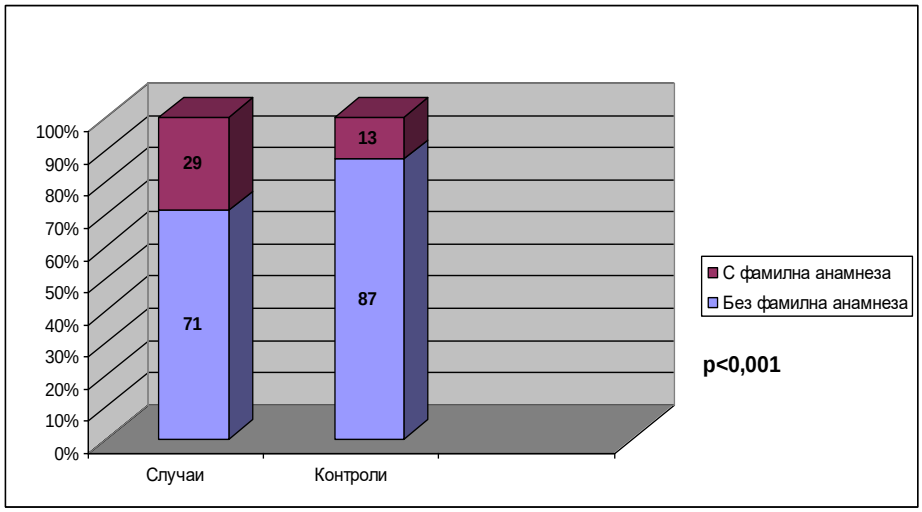


Фиг. 2. Възрастово разпределение на децата с алергия и гастроезофагеален рефлукс

Към предразполагащите фактори за алергия при кърмачетата значение оказаха фамилната обремененост за алергия, ранната експозиция на краве мляко и незрялост на храносмилателната, имунната и ензимната система. Вероятността за развитие на алергия бе по-голяма сред семейства с алергични заболявания и наследствено предразположение за алергия. Наличие на алергия в семейството (бронхиална астма, алергичен ринит, атопичен дерматит) имаха 29% (n=28) от родителите на алергичните деца, докато относителният дял на фамилно обременени здрави деца бе едва 13% (n=24). Налице е статистически значима разлика, с наследствена обремененост на децата с прояви на алергия (p<0,001). Резултатите са представени в **Табл. 1 и Фиг. 3**.

Табл. 1. Фамилна обремененост за хранителна алергия

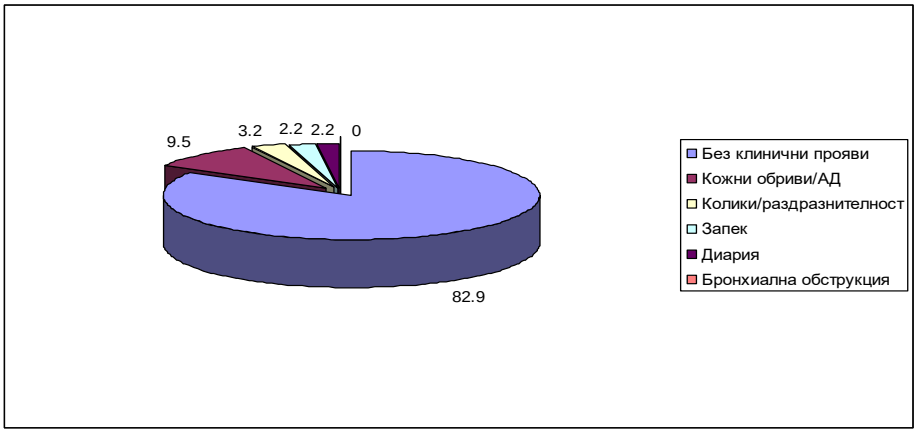
Фамилна обремененост за алергия	Контроли		Случаи	
	Брой	%	Брой	%
Няма фамилна обременост	156	86,67	66	70,21
Баба с алергия	4	2,22	7	7,44
Майка с алергия	1	0,56	6	6,38
Брат/сестра с алергия	6	3,33	6	6,38
Брат/сестра с астма	7	3,89	5	5,33
Баща с алергия	2	1,11	2	2,13
Баща с астма	4	2,22	2	2,13
Общо	180	100	94	100



Фиг. 3. Разпределение на случаи и контроли според наличието на фамилност (%)

При 86,67% (n=156) от изследваните здрави кърмачета и 70,21% (n=66) от децата с алергия не се установи фамилна обремененост. В 6,38% (n=6) от проучените случаи член на семейството – майката или брат/сестра бяха с алергия; брат или сестра с астма - 5,33% (n=5) от кърмачетата с прояви на алергия, а баща с алергия или астма - 2,13% (n=2). При здравите кърмачета астма се установи при 2,22% от бащите (n=4). Баща и майка с алергия имаха малък брой от здравите кърмачета (1,11% (n=2) и съответно 0,56% (n=1).

При децата с регургитация и повръщане бе приложено антирефлуксно лечение, а при подозирана алергия се проведе елиминационна диета и започнато хранене с белтъчен хидролизат. Състоянието на кърмачетата се подобри и клиничните прояви отзвучаха след 2-4 седмично провеждане на лечението **(Фиг. 4).** Към дванадесет месечна възраст се проследи IgE при алергичните деца след приложената елиминационна диета. При 11 деца от 94 случая (11.7%) се измери стойност на IgE 18 IU/ml, което говори за по-тежко и продължително протичане на хранителна алергия (норм. стойности на IgE – до 15 IU/ml). Повишените нива на IgE се свързват с алергични заболявания и паразитози (IgE-медиирана алергия). Често атопично заболяване може да има и при нормални стойности на IgE (не-IgE-медиирана алергия).



Фиг. 4. Клинично повлияване на симптомите при деца с хранителна алергия след хранене с хидролизат (%)

За потвърждаване на диагнозата при пациенти с типична за хранителна алергия симптоматика, но с негативен IgE тест, беше извършена двойно-сляпа, плацебо-контролирана провокационна проба с въвеждане на предполагаемия алерген (белтъка на кравето мляко). Последва засилване на клиничните прояви. Елиминационната диета бе с диагностична стойност и лесно приложима при пациенти от всички възрастови групи.

Обсъждане

Гастроезофагеалният рефлукс се среща често при деца до едногодишна възраст [23, 24]. Някои форми на тежък рефлукс са свързани с алергия към белтъка на краве мляко. Елиминирането на краве мляко при деца с алергия и рефлукс подобрява клиничното състояние [2, 4, 11, 21]. Ако някои от тези прояви се наблюдават в следствие на съмнение за алергия към протеините на краве мляко, кърмачетата трябва да спазват диета без краве мляко. Като заместител може да се използва белтъчен хидролизат (ако децата са на възраст под 6 месеца). За да се постави диагнозата алергия към протеини на кравето мляко от решаващо значение е елиминационната диета. Намаляването на клиничните прояви на алергия след отстраняване на кравето мляко и появата им след провокация е сигурен признак за алергия [6, 20]. За подпомагане на диагностицирането и управлението на алергия към протеините на краве мляко значение има определянето на специфичните IgE антитела и кожните прик тестове (интрадермално убождане с тънка игла) (КПТ) [13, 14]. Колкото по-висок е титърът на IgE антителата и по-голям диаметърът на кожната реакция, толкова по-голяма е вероятността за алергия [7]. Децата с гастроинтестинални прояви много често нямат специфични IgE антитела към протеините на кравето мляко, съпоставени с децата с алергия с предимно кожна симптоматика. Негативният тест не изключва диагнозата алергия към протеините на краве мляко. Високият титър на

специфични IgE антитела е предиктор за по-продължителен период на непоносимост, за разлика от децата с отрицателни резултати при тестуването. Алергично заболяване може да се наблюдава и при нормални стойности на IgE [1, 12].

Заключение

Децата с гастроезофагеален рефлукс и алергия са с по-чести прояви на регургитация, повръщане и плач в сравнение със здравите кърмачета. Правилното хранене на кърмачетата благоприятства здравословния растеж и развитие и намалява риска от заболявания в зряла възраст.

Литература

1. Евтимова. Тестове за доказване на специфични IgE-антитела в детска възраст. Medinfo 2012, бр.2
2. Лазарова Е. Хранене и превенция на хранителната алергия в кърмаческа възраст. Мединфо 2017; бр.6
3. Макарова С.Г., Намазова-Баранова Л.С., Боровик Т.Э., Алексеева А.А., Рославцева Е.А. Гастроинтестинальные проявления аллергии на белок коровьего молока у детей. Медицинский Совет 2014, 28-34
4. Allen K.J., Koplin J.J. Prospects for Prevention of Food Allergy. The Journ of Allergy and Clin Immun 2016; Vol.4, Issue 2, 215-220
5. Alexander KS Leung, Kam Lun Hon. Gastroesophageal reflux in children: an updated review. Drugs Context 2019; 8:212591
6. Andrew Bird J., Gideon Lack, Tamara T.Perry. Clinical Management of Food Allergy. The Journ of Allergy and Clin Immunol: In Practice 2015; Vol. 3, Issue 1, 1-11
7. Anvari S., Miller J., Chin-Yin Yeh, Carla M., Davi S. IgE-Mediated Food Allergy. Clin Rev Allergy Immunology 2018
8. Badriul Hegar, Debora Hindra I Satari, Damayanti R Sjurif, Yvan Vandenplas. Regurgitation and Gastroesophageal Reflux Disease in Six to Nine Months Old Indonesian Infants. Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition 2013; 16(4);240-247
9. Barbara Kamer, Andrzej Chilarski, Agata Lange, Anna Piasezna-Piotrowska. Gastroesophageal reflux in infant with food allergy. Med Sci Monit 2000; 6(2):CR348-352
10. Bhaskarjoti Baruah, Tarun Kumar, Prasenjit Das, Bhaskar Thakur, Vishnubatla Sreenivas, Vineet Ahuja et al. Prevalence of eosinophilic esophagitis in patients with gastroesophageal reflux symptoms: A cross-sectional study from a tertiary care in hospital in North India. Indian Journ of Gastroent 2017; 36, 353-360
11. Christophe Dupont, Jeroen Hol, Edward E.S. Nieuwenhuis. An extensively hydrolysed casein-based formula for infants with cow's milk protein allergy: tolerance/hypoallergenicity and growth catch-up. British Journ of Nutrition 2015; 1102-1112
12. Elizabeth Carpenter, Colin Prosser. Prevalence and cumulative incidence of eczema in infants fed goat or cow milk based formula. ESPGHAN 50th Annual meeting 10-13 May 2017
13. ESPGHAN. Диагностичен подход и терапевтично поведение при кърмачета и деца с алергия към протеините на кравето мляко (АПКМ). МД 2016
14. Marco H.-K. Ho, Wilfred H.-S., Wong Christopher Chang. Clinical Spectrum of Food Allergies: a Comprehensive Review. Clin Reviews in Allergy and Immunol 2014; Vol.46, Issue 3, 225-240
15. Maslin K., Venter C. Nutritional aspects of commercially prepared infant foods in developed countries: a narrative review. Nutr Res Rev 2017; 30(1):138-148
16. Milk Allergy in Primary Care (MAP) Guideline. Accessed August 11, 2016
17. Morita H, Nomura I, Matsuda A, Saito H, Matsumoto K. Gastrointestinal Food Allergy in Infants. Allergology International 2013; 62(3):297-307
18. National Institute of Allergy and Infectious Diseases and Children National Partner to Advance Pediatric Clinical Research. Inaugural Symposium Highlights Collaboration in Allergic, Immunologic and Infectious Disease Research, September 17, 2018
19. Netting MJ, Campbell DE, Koplin J, Beck KM, Grad Dip Nut Diet, McWilliams V et al. An Australian Consensus of Infant Feeding Guidelines to Prevent Food Allergy: Outcomes from the Australian Infant Feeding Summit. J Allergy Clin Immunol Pract 2017, 1617-1624
20. Osbern DA, Sinn JKH, Jones JL. Infant formulas containing hydrolysed protein for prevention of allergic disease and food allergy. Cochrane Library 2017

21. Ping Dong, Jing-jing Feng, Dong-yong Yan, Yu-jing Lyu, Xiu Xu. Hypoallergenic formula-fed cow's milk allergy infants have a trend towards impaired growth and body fat accumulation. ESPGHAN 50th Annual meeting 10-13 May 2017
22. Turnbull JL, Adams HN, Gorard DA. Review article: the diagnosis and management of food allergy and food intolerances. APT 2015; Vol 41, Issue 1, 3-25
23. Vandenplas Y. Algorithms for Common Gastrointestinal Disordes. Journ of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 2016; Vol.63, Issue 1S-pS38-S40
24. Vandenplas Y., Alarcon P., Alliet P., De Greef E., De Ronne N., Hoffman I. et al. Algorithms for managing infant constipation, colic regurgitation and cow's milk allergy in formula-fed infants. Acta Pediatrica 2015, Vol.104, Issue 5, 449-457

НОРМАТИВНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА БИОЛОГИЧНИ ХРАНИ В БЪЛГАРИЯ И ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ – НАЧАЛО, РАЗВИТИЕ И РЕФОРМА

Р. Брайкова
Катедра „Хигиена и епидемиология", Факултет „Обществено здравеопазване", Медицински университет – Варна

Контакт: Ас. д-р Розалина Брайкова
e-mail: rozalinabra@abv.bg

Въведение

Производството на биологични храни е поставено във фокуса на общественото внимание през 70-те години на миналия век, в резултат на нарастващо влияние на редица движения, свързани с опазване на околната среда. Създадената през 1972г. IFOAM (Международна федерация на движенията на биологичното земеделие), разработва редица спецификации и системи за контрол в тази сфера, като през 1980г. публикува и първия стандарт за биологично производство и преработване на биологични продукти, който очертава основните насоки за всички нейни членове и сертифициращи органи.

Европейската схема за биологичното производство и неговия контрол става официално призната със приемането на Регламент (ЕИО) № 2092/91 на Съвета от 24 юни 1991 г. относно биологичното производство на земеделски продукти и неговото означаване върху земеделските продукти и храни, в който е дефиниран методът за това производство с набор от правила, насоки и процедури.

Секторът на биологичното производство в ЕС се развива с бързи темпове през последните години, което се измерва чрез използваната земеделска площ, броя на операторите и пазарния дял. По данни на Швейцарския научен институт по биологично земеделие (FiBL) общата площ на обработваемата земя, използвана за биологично земеделие в ЕС, се е увеличила от 8,3 млн. хектара през 2009г. на 13,790 млн. хектара през 2018г. През 2009г. броят на биологичните оператори в ЕС е 209573, а през 2018г. се увеличава на 327222. През същия период обемът на продажбите на дребно на биологични продукти е нараснал от 16,9 млрд. евро на 37,4 млрд. евро. В световен мащаб Европейският съюз е един от основните производители на биологични храни.[9]

Биологичното земеделие в България не прави изключение от тенденциите в ЕС, като непрекъснато нарастват площите и броя на биологичните производители, преработватели и търговци. През 2009г. броят на биологичните оператори е само 446, докато в края на 2018г. тази цифра нараства на 6660. Ръст през същия период се отбелязва и в обема на продажбите на дребно на биологични продукти от 4,5 млн. евро на 29,9 млн. евро. В България общата площ на обработваемата земя, използвана за биологично земеделие, се е увеличила от 12300 хектара през 2009 г. на 162 332.37 хектара през 2018г.[9]

Динамичното развитие на обществените отношения, необходимостта от осигуряване на лоялна конкуренция сред операторите в сектора на биологичното производство, положителната промяна в доверието към този сегмент от пазара, както и нарастващия стремеж сред потребителите към здравословен начин на живот, опазване на околната среда и хуманното отношение към животните, са двигател в процеса на непрекъснат преглед и усъвършенстване на европейската и националната правна рамка, регулираща производството на биологичните храни.

Цел

Да се проучи европейската и националната нормативна уредба, приложима към биологичните храни, като се установят областите на действия, целите и мотивите за техните изменения, настъпили през годините. Да се анализират настоящите законодателни промени в европейските и националните документи в областта на биологичното производство.

Материал и методи

Проучването се базира на преглед на национални и европейски нормативни документи, регулиращи производството на биологичните храни. В допълнение към това, методът за постигане на поставената цел е документален и сравнителен анализ. Използвани са информационните ресурси на Министерство на земеделието на храните и горите, Българска агенция по безопасност на храните, Евролекс и FiBL.

Резултати

В Регламент (ЕИО) № 2092/91 на Съвета от 24 юни 1991 година относно биологичното производство на земеделски продукти и неговото означаване върху земеделските продукти и храни са изложени основните принципи на биологичното земеделие и правилата за преработване, системата за контрол, изискванията за етикетиране на биологичните продукти и внос от трети страни на биологични храни.[5] Първоначално той се отнася само за непреработените зеленчуци, плодове и зърнени култури, както и за продукти за консумация, които съдържат основно съставки от растителен произход, но по-късно с Регламент (ЕО) № 1804/1999 на Съвета от 19 юли 1999 година за допълнение на Регламент (ЕИО) № 2092/91 относно биологичното производство на земеделски продукти и неговото означаване върху земеделските продукти и храни за включване на животновъдството се допълва обхвата, като се въвеждат разпоредби относно биологичното производство на животински продукти. С други регламенти се уреждат подробни правила за прилагането на разпоредбите за внос от трети страни и лого за обозначаване продуктите, произведени по биологичен начин.

Регламент (ЕИО) № 2092/91 претърпява множество изменения и допълнения, с което става труден за прилагане.

В българското право изискванията и условията за биологично производство се въвеждат с приемането на два акта: Наредба № 22 от 4 юли 2001г. за биологичното производство на растения, растителни продукти и храни от растителен произход и неговото означаване върху тях (Обн. ДВ. бр. 68 от 3 Август 2001г., изм. ДВ. бр.13 от 10 Февруари 2006г.) и Наредба № 35 от 30 август 2001г. за биологичното отглеждане на животни и биологично производство на животински продукти и храни от животински произход и неговото означаване върху тях (Обн. ДВ. бр.80 от 18 Септември 2001г., изм. ДВ. бр.13 от 10 Февруари 2006г.)

Двете Наредби изцяло възпроизвеждат принципите, залегнали в европейските нормативни документи. В тях са заложени критериите за биологично произведени растения /биологично отгледани животни, а също и критериите за храни от растителен

/животински произход, произведени по биологичен начин. Ясно са разписани правилата за извършване на контрол на биологичното производство, които включват органите за контрол, издаването на сертификат, контролните мерки при отглеждането на животни и производството на животински продукти/на растения и растителни продукти, контролни мерки при производството на храни от животински/растителен произход, контролни мерки при внос, изисквания за означаване на биологично производство.[3,4]

От 2004г. Европейската комисия започва преразглеждане на правилата на Общността за биологично земеделие, а също и на изискванията за внос и контрол, което намира отражение в Регламент (ЕО) 834/2007 на Съвета от 28 юни 2007г. относно биологичното производство и етикетирането на биологични продукти и отмяна на Регламент (ЕИО) № 2092/91. В него се отделя специално внимание на биологичното многообразие, благоденствието на животните и въпросите за опазване на околната среда: „Биологичното производство е цялостна система за управление на земеделието и производството на храни, в която се съчетават най-добри практики по отношение на опазване на околната среда, висока степен на биологично разнообразие, опазване на природните ресурси, прилагането на високи стандарти за благосъстоянието на животните и производствен метод съобразен с предпочитанията на някои потребители към продукти произведени чрез използването на естествени вещества и процеси. По този начин методът на биологичното производство изпълнява двойна обществена роля, като от една страна обезпечава един специфичен пазар отговарящ на потребителското търсене на биологични продукти, а от друга страна доставя обществени блага допринасящи за опазване на околната среда и благосъстоянието на животните, както и за развитието на селските райони."[6] Настоящият регламент осигурява основата за устойчивото развитие на биологичното производство, като същевременно осигурява ефективното функциониране на вътрешния пазар, гарантира справедлива конкуренция, осигурява потребителското доверие и защитава интересите на потребителите. Той въвежда общи цели и принципи, които са в основата на разпоредбите относно: а) всички етапи на производство, обработка и разпространение на биологични продукти и контрола над тях; б) използването на обозначения, позоваващи се на биологичното производство, при етикетиране и реклама. Приложното поле се отнася за следните продукти от земеделски произход, когато тези продукти се пускат на пазара или предстои да бъдат пуснати на пазара: а) живи или непреработени земеделски продукти; б) преработени земеделски продукти, предназначени за храна; в) фуражи; г) посадъчен и посевен материал; дрожди, използвани за храна или фураж. Продуктите от лов и риболов на диви животни не се определят като биологично производство. Същевременно, заведенията за обществено хранене не попадат в приложното поле на настоящия регламент. Държавите-членки могат да прилагат национални разпоредби или при липса на такива частни стандарти относно етикетирането и контрола на продуктите, произхождащи от заведенията за обществено хранене, при условие че тези разпоредби съответстват на законодателството на Общността. Определят се аспектите за етикетиране, а именно: живите или непреработени продукти могат да се етикетират като биологични, когато са произведени в съответствие с изискванията на Регламента; преработените храни се етикетират като биологични, когато най-малко 95% от съставките им от земеделски произход са биологични; използването на знака на Общността за биологична продукция не е задължително за продукти, които са внесени от трети страни; знакът на Общността не се използва за продукти и храни, произведени при преход към биологично производство; продуктите, които отговарят на изискванията на Регламента, могат да се етикетират и с национални или частни знаци за биологично производство.

Разпоредбите на Регламента, които се прилагат от 2009 г. и до момента, се допълват и от няколко акта на Комисията относно производството, дистрибуцията и пускането

на пазара на биологични стоки, като аквакултурите и производството на био вино. Подетайлни правила се съдържат в двата регламента за изпълнение:

Регламент на Комисията (ЕО) № 889/2008 от 5 септември 2008г. за определяне на подробни правила за прилагането на Регламент (ЕО) № 834/2007 на Съвета относно биологичното производство и етикетирането на биологични продукти по отношение на биологичното производство, етикетирането и контрола.

Регламент (ЕО) № 1235/2008 на Комисията от 8 декември 2008 година за определяне на подробни правила за прилагането на Регламент (ЕО) № 834/2007 на Съвета по отношение на режима за внос на биологични продукти от трети държави. Правилата се отнасят до вноса на продукти, отговарящи на изискванията; до вноса на продукти с равностойни гаранции (признати трети държави за целите на равностойността, както и признати контролни и надзорни органи за целите на равностойността) и вноса на продукти от трети държави, които не се признати за целите на равностойността.

Освен специфичното законодателство относно биологичното производство, биологичните храни трябва да отговарят и на изискванията на общото законодателство в областта на храните. Биологичното производство попада в обхвата на Регламента относно официалния контрол, който беше изменен неотдавна (Регламент (ЕС) 2017/625 на Европейския парламент и на Съвета от 15 март 2017 година относно официалния контрол и другите официални дейности, извършвани с цел да се гарантира прилагането на законодателството в областта на храните и фуражите, правилата относно здравеопазването на животните и хуманното отношение към тях, здравето на растенията и продуктите за растителна защита).

Член 24 от Регламент (ЕО) № 834/2007 постановява, че знакът на Общността е едно от задължителните обозначения, които трябва да бъдат използвани върху опаковката на продукти. Техническите изисквания за възпроизвеждане на биологичното лого за ЕС са описани в Регламент (ЕС) № 271/2010 на Комисията от 24 март 2010 година за изменение на Регламент (ЕО) № 889/2008 за определяне на подробни правила за прилагането на Регламент (ЕО) № 834/2007 на Съвета във връзка със знака за биологично производство на Европейския съюз, Приложение XI, който е преведен на всички езици на Европейския съюз.[7] Знакът „Европейски лист“ изобразява звездите, символизиращи ЕС, във формата на лист на зелен фон. До новото лого на ЕС за биологични продукти се поставя номера на кода на контролиращото лице, както и пояснение дали земеделските суровини в състава на продукта са отгледани в ЕС или извън ЕС (или и двете).

След присъединяването на България към ЕС, националното законодателство в областта на биологичното производство се урежда със Закон за прилагане на общата организация на пазарите на земеделски продукти на Европейския съюз (ЗПООПЗПЕС) (Обн. ДВ. бр.96 от 28 ноември 2006г., посл. изм. ДВ. бр.52 от 9 юни 2020г.). Според разпоредбите на този закон, министърът на земеделието, храните и горите провежда политика на качество, съгласно Регламент (ЕО) № 834/2007 на Съвета от 28 юни 2007г. относно биологичното производство и етикетирането на биологични продукти и гарантира спазването на правната рамка в областта на биологичното земеделие на равнище ЕС. Министерството на земеделието, храните и горите създава и поддържа на интернет страницата си публичен електронен регистър на лицата, които извършват дейност по производство, преработване, съхранение и търговия на земеделски продукти и храни, произведени по правилата на биологичното производство, включително подизпълнителите, а също и на лицата, които осъществяват контрол за съответствие на биологичното производство. Министърът на земеделието, храните и горите определя с наредба условията и реда за прилагане на правилата за биологично производство на растения, животни и аквакултури, растителни, животински продукти, продукти от аквакултури и храни; тяхното етикетиране и контрола върху производството и етикетирането; прилагането на правилата за

внос от трети държави на биологични растения, животни и аквакултури, растителни, животински продукти, продукти от аквакултури и храни; официалния контрол върху биологично произведени земеделски продукти и храни в търговската мрежа и при внос; търговията от разстояние с биологични продукти; етикетирането и контрола на продуктите и храните, произхождащи от заведения за обществено хранене. Компетентен орган за официалния контрол върху биологично произведени храни и продукти по смисъла на Регламент (ЕО) № 834/2007 е Българската агенция по безопасност на храните.[1]

През 2013г. с приетата Наредба № 1 от 7.02.2013г. за прилагане на правилата на биологично производство на растения, животни и аквакултури, растителни, животински продукти, продукти от аквакултури и храни, тяхното етикетиране и контрола върху производството и етикетирането (обн., ДВ, бр. 16 от 19.02.2013 г., изм. и доп., бр. 49 от 28.06.2016 г.), се обезсилват: Наредба № 22 за биологичното производство на растения, растителни продукти и храни от растителен произход и неговото означаване растителни продукти и храни от растителен произход и неговото означаване върху тях и Наредба № 35 за биологичното отглеждане на животни и биологично производство на животински продукти и храни от животински произход и неговото означаване върху тях.

Наредба №1 от 2013г. се отменя с Наредба № 5 от 03.09.2018г. за прилагане на правилата на биологично производство, етикетиране и контрол, и за издаване на разрешение за контролна дейност за спазване на правилата на биологичното производство, както и за последващ официален надзор върху контролиращите лица (Обн. ДВ, бр. 75 от 11.09.2018 г.; посл. изм. и доп. бр. 33 от 07.04.2020г.), съгласно изискванията на Регламент (ЕО) № 834/2007 на Съвета и Регламент (ЕО) № 889/2008 на Комисията. Мотиви за приемането на новата наредба са подобряване на системата за контрол над биологичното производство, изразяващо се в създаване на условия за гарантиране на качеството на биологичните продукти, налагане на санкции над контролиращите лица при установяване на нарушения от страна на операторите, завишаване на процента на задължителните административни проверки на операторите, въвеждане на минимален брой физически проверки на място на операторите, въвеждане на задължително вземане на проби преди издаване на сертификат за биологично производство, подобряване на информационните системи. Актуализирането на правилата през 2020г. включва утвърждаването със заповед от Министъра на земеделието, храните и горите на правила за определяне на официални лаборатории, акредитирани съгласно ISO/IEC 17025/2017 за извършване на лабораторни анализи на проби, взети по време на официален контрол на биологично производство; предоставянето на националния знак „Калинка", който е изключителна собственост на МЗХГ и е публично достъпен на интернет страницата на МЗХГ във векторен формат, за употреба от контролиращите лица; подобряване на комуникацията между БАБХ и другите участници в системата за надзор при получаване на сигнал за нередности и/или нарушения на биологични продукти и/или на продукти в преход към биологично производство [2].

През 2018 г. Европейският парламент приема промени в регламента за биологичното производство, които включват: Укрепване на системата на контрол чрез по-строги мерки и стриктни проверки по цялата верига на доставки-извършване на проверки на място поне веднъж годишно или веднъж на две години, ако през последните три години не са били установявани нарушения; отнемане на статута „био“ за продукт, ако се установи замърсяване с неразрешени пестициди и торове в резултат на нехайство или измама; улесняване на процедурите по сертифициране на дребните земеделски стопани чрез въвеждане на система за групово сертифициране; разширяване на кръга на продуктите, които ще бъдат обхванати от регламента (напр. сол, корк, пчелен восък, мате, лозови листа, сърцевини от палмово дърво); създаване на база данни във всяка държава за био семена и животни с цел улесняване на достъпа до тях; предоставяне на възможност

производителите да развиват и традиционно, и био земеделие, но при ясно разделение на тези дейности.[8] През октомври 2020г. евродепутатите одобряват отлагане на влизането в сила на Регламент (ЕС) 2018/848 на Европейския парламент и на Съвета от 30 май 2018 г. относно биологичното производство и етикетирането на биологични продукти и за отмяна на Регламент (ЕО) № 834/2007 на Съвета до 01.01.2022г.

Както в ЕС, така и в България, публикуването на нови, изменени и допълнени нормативни документи, свързани с биологичното производство, се извършва след редовни консултации със заинтересованите страни и допитвания до общественото мнение.

Обсъждане

Европейската и националната нормативна уредба, приложима към биологичните храни включва основни документи и такива с подробни правила [1.2,6,7]. Анализирайки нормативната база, регулираща производството на биологични храни, се налага изводът, че в отговор на променящите се обществени и пазарни отношения, в резултат на процеса на консултации и за постигане на устойчивост в политиката на качество на биологичните продукти, тя се актуализира непрекъснато. [1, 2, 5, 6, 7].

Заключение

Нормативните изисквания в България и ЕС за биологичните храни постоянно се допълват и изменят. Българското законодателство в обхвата на биологичното производство е разработено и въведено в съответствие с европейските регламенти.

Чрез регулациите на държавно ниво се създават условия за непрекъснато увеличаване на пазарния дял на биологичните продукти в ЕС и България, повишаване на тяхната конкурентна способност, нарастване на доверието на потребителите към този вид продукти, а също и увеличаване на достъпа на потребителите до висококачествена и безопасна храна.

Литература

1. Закон за прилагане на общите организации на пазарите на земеделски продукти на ЕС (Обн. ДВ. бр.96 от 28 Ноември 2006г., посл. изм. ДВ. бр.52 от 9 юни 2020г.)
2. Наредба № 5 от 03.09.2018г. за прилагане на правилата на биологично производство, етикетиране и контрол, и за издаване на разрешение за контролна дейност за спазване на правилата на биологичното производство, както и за последващ официален надзор върху контролиращите лица (Обн. - ДВ, бр. 75 от 11.09.2018 г.; посл. изм. и доп., бр. 33 от 07.04.2020г.)
3. Наредба № 22 от 4 юли 2001г. за биологичното производство на растения, растителни продукти и храни от растителен произход и неговото означаване върху тях (Обн. ДВ. бр. 68 от 3 Август 2001г., изм. ДВ. бр.13 от 10 Февруари 2006г.)
4. Наредба № 35 от 30 август 2001г. за биологичното отглеждане на животни и биологично производство на животински продукти и храни от животински произход и неговото означаване върху тях (Обн. ДВ. бр. 80 от 18 Септември 2001г., изм. ДВ. бр.13 от 10 Февруари 2006г.)
5. Регламент (ЕИО) № 2092/91 на Съвета от 24 юни 1991 година относно биологичното производство на земеделски продукти и неговото означаване върху земеделските продукти и храни ОВ L 198, 22.7.1991г.
6. Регламент (ЕО) № 834/2007 на Съвета от 28 юни 2007 година относно биологичното производство и етикетирането на биологични продукти и за отмяна на Регламент (ЕИО) № 2092/91. Официален вестник на Европейския съюз L 189/20.7.2007г.
7. Регламент (ЕС) № 271/2010 на Комисията от 24 март 2010 година за изменение на Регламент (ЕО) № 889/2008 за определяне на подробни правила за прилагането на Регламент (ЕО) № 834/2007 на Съвета във връзка със знака за биологично производство на Европейския съюз. Официален вестник на Европейския съюз L 84/31.03.2010г.
8. https://www.europarl.europa.eu/news/bg/headlines/society/20180404STO00909/infoghrafika-biokhranite-v-evropa
9. https://statistics.fibl.org/europe/key-indicators

СИСТЕМА ЗА ВЪТРЕШЕН ХИГИЕНЕН КОНТРОЛ ПРИ ПРОИЗВОДСТВОТО НА КУЛИНАРНИ ДЕСЕРТИ

Ц. Виткова., В. Бирданова, Р. Еникова
Катедра "Хигиена, медицинска екология, професионални болести и МБС", Факултет "Обществено здраве", Медицински университет – Плевен

Контакт: Преп. д-р Цветелина Виткова
e-mail: cvetelinavit@abv.bg

Въведение

В съвременния кетъринг кулинарните десерти заемат неголям относителен дял като обем на предлаганите изделия, но имат доста сериозен епидемичен потенциал като източник на хранителни токсикоинфекции и интоксикации. Възможни са както първично, така и вторично контаминиране с микроорганизми и всяко отклонение в условията и сроковете на съхранение може да доведе до сериозни последствия за здравето на потребителите. Кулинарните десерти са на млечна или тестена основа. Различните асортименти крият многообразни по сериозност и вероятност степени на опасност. Известно е, че по традиция преобладаващият брой взривове от хранителни заболявания са след консумация на кулинарна продукция и по вина на заведения за обществено хранене [6,7].

Цел на настоящето проучване е оценката на Системата за вътрешен контрол на кетърингово предприятие и на HACCP – плана за кулинарни десерти.

Материал и методи

Обект на проучването е предприятие за кетърингова продукция. Необходимият за целта на проучването одит е в съответствие с изградения от нас алгоритъм, основан на методологията на Codex Alimentarius, представена в документа „Food Quality and Safety Systems – A Training Manual on Food Hygiene and the Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP) System [3]. Одитът включва:

- Анализ на устройството на предприятието и на технологиите на производство;
- Анализ на пререквизитните програми и действия преди внедряването на системата HACCP;
- Технологични документации и хигиенно нормиране на продукта;
- Здравно-хигиенна експертиза и медицинска оценка на реалните опасности при производството на кулинарни десерти;
- Анализ на съставянето и функционирането на HACCP-плана за производство на кулинарни десерти.

Резултати

Кулинарните десерти са класифицирани в две коренно различаващи се една от друга нееднородни групи:

- десерти на млечна основа (мляко с ориз, мляко с грис, грис-халва, крем брюле, кремове карамел, карамел с кроасан и карамел с козунак);
- десерти на тестена основа (бисквитена торта, макарони на фурна, млечна баница, палачинки с пълнеж).

Суровините и материалите са описани подробно и изчерпателно. Здравно-хигиенните и качествени показатели са представени подробно в три раздела – органолептични,

физико-химични, микробиологични. За хранителната и биологична стойност на десертите можем да съдим по интегралните физико-химични показатели (**Табл. 1 и Табл. 2)**

Табл. 1. Физико-химични критерии за оценка на кулинарни десерти на млечна основа

ПОКАЗАТЕЛИ	ИЗИСКВАНИЯ
Въглехидрати, % от общата маса	30 - 40
Обща захар, %	18 - 25
Мазнини, %, не повече от	1,0
Наситени мастни киселини, %, не повече от	0,5
Общ белтък, %	0,5
Готварска сол, % от общата маса, не повече от	5,0

Табл. 2. Физико-химични критерии за оценка на кулинарни десерти на тестена основа

ПОКАЗАТЕЛИ	ИЗИСКВАНИЯ
Сухо вещество, % от общата маса	40 - 60
Мазнини, % от общата маса	2,0 - 5,0
Въглехидрати, % от общата маса	40 - 60
Общ белтък, %	2,0 - 5,0

Асортиментите на тестена основа са нискомаслени десерти, с високо въглехидратно съдържание и незначително количество белтък. Обявена е неестествено и неоправдано висока концентрация на готварска сол, което считаме за груба техническа грешка и безусловно трябва да претърпи корекция.

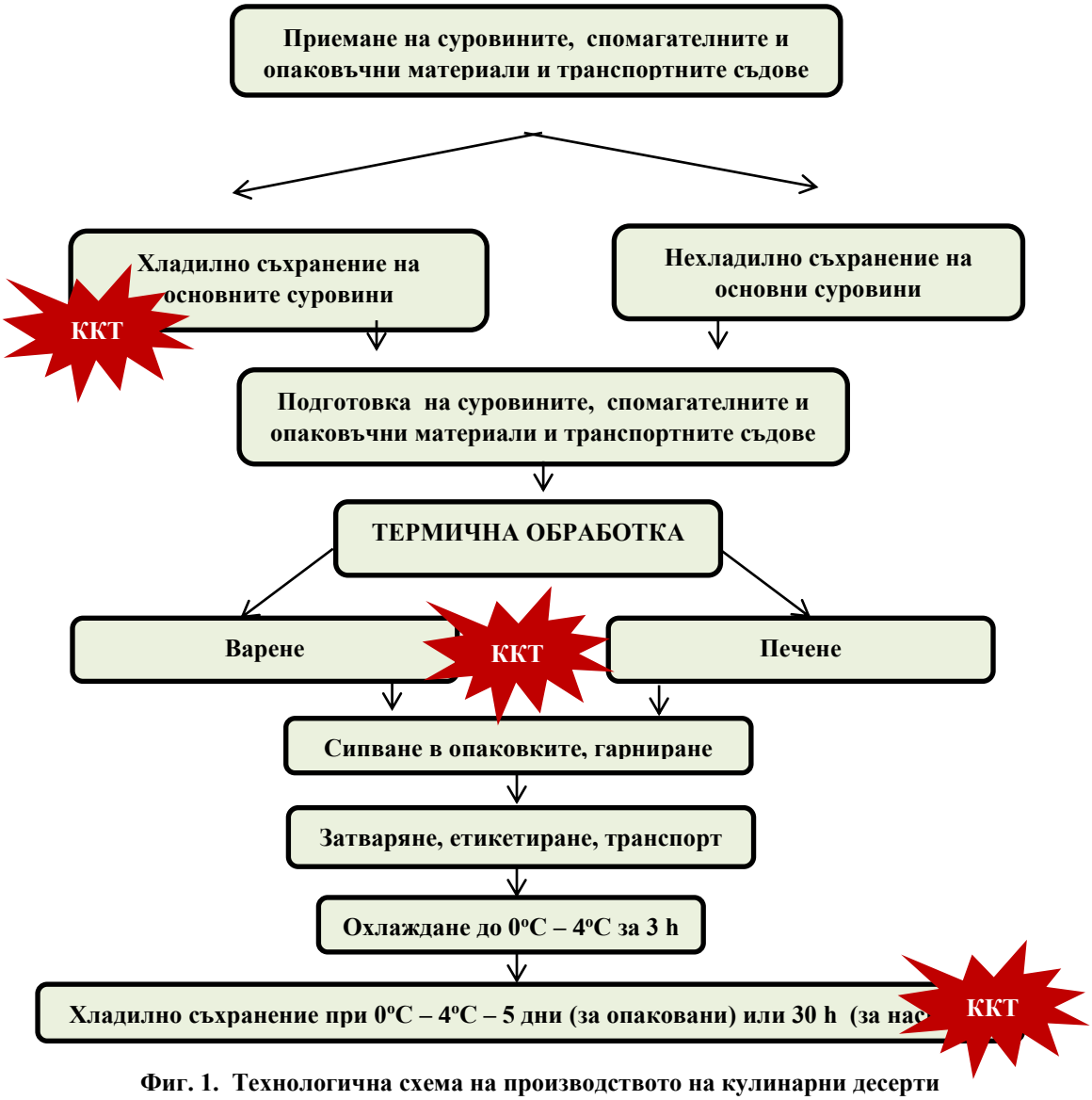
В групата асортименти на тестена основа, отново въглехидратното съдържание представлява основната хранителна компонента, което е естествено за десертите. Не е обявено съдържанието на готварска сол, която, вероятно, се съдържа в рецептурите.

Микробиологичните показатели, макар авторите на ТД да цитират съответното Методично указание, което са следвали при нормирането [1], са сведени до минимум и не съдържат всички необходими критерии за безопасност и за хигиена на процесите **(Табл. 3)**.

Табл. 3. Микробиологични критерии за оценка на кулинарни десерти

ПОКАЗАТЕЛИ	ИЗИСКВАНИЯ			
	n	*c*	*m*	*M*
Коагулазоположителни стафилококи, CFU/g	5	2	< 10	< 100
Плесени, CFU/g	5	2	< 100	< 500
Видими плесени	Не се допускат			

Технологичните процеси при десертите представляват класически кулинарни технологии с приложение на термична обработка в подходящи за целта уреди – обръщателен тиган за варене и конвектомат за печене. В документацията на НАССР те са представени в Работна карта № 4. Тук ги представяме схематично, заедно с определените от екипа по НАССР критични контролни точки (ККТ) - **Фиг. 1.**



Фиг. 1. Технологична схема на производството на кулинарни десерти

По същество в тази схема фигурират две съвсем различни технологични схеми, като разликите са в естеството на термичния режим, опаковането, начина на сервиране и срока на съхранение. Варените „насипни“ изделия са бързо развалящи се, с трайност до 30 часа, докато печените десерти са опаковани и се съхраняват в хладилни условия до 5 дни. Буди известно недоумение определението, че „варенето“ се извършва при температура 100°С – 130°С. При температура над 100°С процесът не е същинско варене, а представлява автоклавиране. Авторите на ТД трябва да пояснят и коригират съответните текстове и технологични параметри с описание на съответната апаратура.

Различията в сроковете на трайност са подчинени на логиката на риска от микробни процеси от вторично контаминиране при оформянето на порции за сервиране от насипните кулинарни десерти в обществено хранене. Това е и най-съществения рисков фактор в технологията на сладкарските изделия. Попадналите вторично микроорганизми могат да бъдат и патогенни, а сапрофитите са причина за по-бързо влошаване на качеството и носят риск от развала. Именно с оглед на това за гарантиране на безопасността на кулинарните десерти е подходящо като критерии за хигиена на процесите да

бъдат включени *Escherichia coli* (n=5; c=2; m <1; M<10), а за млечните десерти с грис и ориз – и *Bacillus cereus* (n=5; c=2; m <1; M<10). Като критерий за безопасност, освен коагулазоположителните стафилококи, е необходимо да бъде нормирано и отсъствието на *Salmonella* spp. (n=5; c=2; m – отсъствие в 25 g). Тези допълнения се дължат на сериозното значение на кулинарните десертни изделия в епидемиологията на бактериалните хранителни заболявания.

Предполагаме, че за опакованите изделия срокът на трайност от 5 дни би следвало да бъде мотивиран с необходимите изследвания в динамика по органолептични и микробиологични критерии [2]. Най-подходящи в случая биха били определянето в динамика на общия брой на мезофилните аеробни микроорганизми, на *Enterobacteriaceae* и на *Bacillus cereus*. Такива изследвания не открихме в предоставената ни документация по HACCP.

Анализът на HACCP-плана при производството на кулинарни десерти даде следните резултати и основания за препоръки:

Подходът на екипа при разработването на HACCP-плана за производството на кулинарни десерти е системен и логичен и следва основните принципи на HACCP, заложени от *Codex Alimentarius* [4,5].

Анализът на опасностите изтъква микробните агенти като водещи биологични опасности при хладилното съхранение на суровините, при термичната обработка на изделията и при съхранението на готовата десертна продукция. Само в първата ККТ водеща е опасността от физични замърсители, отстраняването на които се осъществява чрез инспекция и пресяване на основната суровина – брашното. Във втората ККТ подлежат на мониторинг параметрите на технологична обработка и по-специално – термичните режими – температури, експозиции. Третата ККТ е място на мониторинга на хладилната температура на съхранение. Критичните технологични граници на прилаганите термични режими трябва да бъдат доизяснени, след уточняване на действителните стойности на температурите в процесите на „варене“ на кулинарните десерти.

Втората група десерти, обаче, изисква допълнителни ръчни операции след термичната обработка. Точно в този етап е възможно вторично замърсяване на някои от асортиментите с микроорганизми. Това са например бисквитената торта и палачинките с пълнеж. След това няма процес, който би могъл да деконтаминира изделията. За тези асортименти ККТ 2 не е адекватна.

И в тази група изделия микробиологичното нормиране в ТД е непълно и недостатъчно отразява спецификата на опасностите. За верификация на системата според Принцип 6 е целесъобразно мониторинговата програма да се разработи, както следва (**Табл. 4**):

Табл. 4. Мониторингова програма за верификация на HACCP за кулинарни десерти

Критерии	Норми				Периодичност
	n	*c*	*m*	*M*	
E.coli, CFU/g	5	2	1	10	Ежемесечно
**Bacillus cereus, CFU/g*	5	2	10	100	Всеки 3 месеца
Salmonella spp.	5	0	Отсъствие в 25 g		Всеки 6 месеца
Коагулазоположителни стафилококи, CFU/g	5	2	10	100	Всеки 6 месеца

*****Критерият се отнася само за асортиментите с грис и ориз*

Само след така посочените допълнения и уточнения системата HACCP за кулинарни десерти ще придобие адекватен формат и ще може да изпълнява превантивната си роля за недопускане на хранителни заболявания по вина на този тип производство.

Систематизирането на критичните бележки и предложенията за корекции и оптимизиране на пререквизитните програми и системата HACCP за производство на кулинарни сладкарски десерти и изделия, дава основание за следните обобщени изводи и препоръки:

1. Кетъринговото предприятие разполага с подходящ сграден фонд и инфраструктура. Нивото на поддържания хигиенен режим е удовлетворително;

2. Разработени са пререквизитни програми и подходящите за тях контролни карти, чек-листи, протоколи, методики и други документи за наблюдение и контрол;

3. Анализът на Технологичните документации дава основание за следните констатации и критичен коментар:

– И при двете групи сладкарски изделия първичното контаминиране на суровините с микроорганизми няма съществено значение поради високите температури на обработка в процесите на варене и печене.

– Физико-химичните критерии, определени в ТД, са в широки граници и следва да бъдат преработени и конкретизирани;

– За гарантиране на безопасността на кулинарните десерти е подходящо като критерии за хигиена на процесите да бъдат включени *Escherichia coli* (n=5; c=2; m <1; M<10), а за млечните десерти с грис и ориз – и *Bacillus cereus* (n=5; c=2; m <1; M<10). Като критерий за безопасност, освен коагулазоположителните стафилококи, е необходимо да бъде нормирано и отсъствието на *Salmonella spp*. (n=5; c=2; m – отсъствие в 25g).

– Сроковете на трайност на изделията следва да бъдат мотивирани чрез подходящи аналитични процедури.

4. Анализът на HACCP-плановете в етапа „Определяне на ККТ“ показва, че основните ККТ в производството на сладкарски изделия с висока степен на риск от контаминиране с биологични вредности са поставени в тази част от производствената верига, където се извършва термичната обработка на кулинарните десерти (**Фиг. 1**).

5. Необходима е сериозна преработка на процедурите за верификация с провеждане на външен контрол на желаните критерии за състав, физико-химични и микробиологични характеристики на готовата продукция.

Заключение

Считаме, че Системата за вътрешен контрол, основана на пререквизитните програми, технологичните документации и HACCP-плановете на фирмата може да бъде изградена методологично правилно и да се прилага успешно след корекции и по-професионално верифициране на процесите, което ще осигури по-надеждни условия за производството на безопасна и качествена сладкарска продукция.

Литература

1. Еникова Р. (2009) МЕТОДИЧНО УКАЗАНИЕ за националните микробиологични критерии за хранителни продукти, които не са обект на Регламент ЕС 2073/2005 и Регламент ЕС 1441/2007. С., НЦООЗ
2. http://ncpha.government.bg/files/MetodichnoUkazanieRE%20Bulg.Nac.Microbiol.Normil.pdf
3. Determination of Product Shelf-life (2005), Guidance Note No. 18, Food Safety Authority of Ireland (FSAI).
4. Food Quality and Safety Systems – A Training Manual on Food Hygiene and the Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP) System. FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS, Food Quality and Standards Service Food and Nutrition Division. Rome, 1998. ISBN 92-5-104115-6

5. Implementation of procedures based on the HACCP principles, and facilitation of the implementation of the HACCP principles in certain food businesses. GUIDANCE DOCUMENT (2005), EC, Health & Consumer Protection directorate-General,Brussels, 16 November 29 p.
6. Regulation (EC) № 852/2004 на Европейския парламент и на Съвета от 29 април 2004 година относно хигиената на храните. Официален вестник на Европейския съюз, L 139/1, 30.4.2004
7. Scientific opinion on the risk posed by pathogens in food of non-animal origin. Part I; (outbreak data analysis and risk ranking of food/pathogen combination). 2013; EFSA Panel of Biological Hazard (BIOHAZ);EFSA Journal; 11(1): 3025
8. The European Union Summary Report on Trends and Sources of Zoonoses, Zoonotic Agents and Food-borne Outbreaks. EFSA Journal 2012;10(3):2597; 2011;9(3):2090; 200 8(1):1496; 2009.223 p; 2007.130 p.

ТЕХНОЛОГИЯ 5G. СОЦИАЛНО НАПРЕЖЕНИЕ И ОЧАКВАНИ ЗДРАВНИ НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

В. Зарябова*, Цв. Шаламанова*, М. Израел**
** Отдел „Физически фактори“, Национален център по обществено здраве и анализи - София*
*** Катедра „Хигиена, медицинска екология, професионални заболявания и МБС“, Факултет „Обществено здраве“, МУ – Плевен*

Контакт: Гл. експерт Виктория Зарябова
e-mail: v.zaryabova@abv.bg

Въведение

През последните 2 години рязко се активизираха гражданските движения срещу развитието на безжичните технологии. Особено във времето на пандемията от COVID-19, която изключително нелогично беше свързана с въвеждането на 5G технологията.

Безспорни са предимствата, които 5G мрежата ще предостави на съвременното общество, но от друга страна, страховете и притесненията на хората, които се противопоставят на въвеждането на 5G поради причини, свързани със загрижеността за здравето, трябва да бъдат разгледани сериозно.

В този контекст е необходим широк обществен дебат, създаващ доверие сред гражданите и включващ всички заинтересовани страни. Тук основната роля е на науката и на необходимостта от провеждане на повече изследвания за възможните рискове, свързани с експозиция от 5G.

Цел

Въвеждане на ефективна система за комуникация, която да противостои на лъжливите новини и да дава адекватна научна информация за влиянието на радиочестотните полета върху здравето на човека.

Материал и методи

Водещата роля при изграждането на една ефективна комуникационна стратегия принадлежи на проверени научни резултати, доказателства и факти, а предоставянето на тази информация, следва да бъде максимално честно, искрено и безпристрастно. В този смисъл и в контекста на новата технология 5G, сме приложили следните методи:

Формални оценъчни методи:

Вторичен анализ на официално публикуваната научна информация в областта на развитието и използването на радиочестотните електромагнитни полета (ЕМП); официалните публикации и становища на СЗО, Европейската комисия, Международната комисия за защита от нейонизиращи лъчения (ICNIRP), както и на други международни организации, свързани с предстоящото изграждане на 5G мрежите в Европа и риска за здравето на населението; приетите регламенти в Европа, които позволяват изграждането, развитието на тези мрежи, както и оценката на риска за здравето на населението;

Контент анализ на съобщенията в електронните медии относно тенденциите в общественото възприятие.

Неформални оценъчни методи

Анализ на пощата: Този метод е приложен по отношение на всички изразени искания, оплаквания, проблеми и др., като са анализирани по отношение на достоверност.

Фокус-групи и граждански форуми: Набрана е информация от дискусии и мнения, изразени във форуми и социални мрежи в резултат на наши научно-популярни публикации, интервюта или дадени становища.

Метод на получаване на информация от специалисти и експерти: Потърсена е информация от лидери и експерти, притежаващи определени знания по интересуващите ни въпроси, вкл. техническа и технологична информация, законодателни документи, стандарти за измерване и оценка и т.н.

Методи за оценка на риска от ЕМП - измервателни, сравнителни и аналитични.

Резултати

Формални оценъчни методи

Вторичният анализ на наличната информация и данни ще ни помогне при отговор на определени въпроси, без да е необходимо да организираме генерални изследвания. Този подход е един от най-бързо развиващите се и е особено подходящ при събирането на информация, когато липсва финансиране, необходимо за мащабни научни изследвания. За достъп до тези данни особено полезно беше нашето членство в Международния проект на СЗО по ЕМП.

Съгласно анализа на СЗО, резултат от големия брой проведени изследвания се счита, че не могат да се очакват неблагоприятни ефекти за здравето на човека при експозиция от ЕМП, създавано от безжичните технологии. Заключенията, свързани със здравето, са направени на база проучвания, проведени в целия радиочестотен спектър. Милиметровите вълни се изследват от повече от 40 години [2,3,5,6,7,9], във връзка с прилагането им във физиотерапията. Според публикуваните данни на руски и американски учени, милиметровите вълни имат благоприятно въздействие при прилагането им за терапия на „болков синдром“, за лечение на периферната нервна система, за въздействие върху периферните кръвоносни съдове, както и за имунитета на организма. Проучванията на милиметровите вълни от гледна точка на възможно неблагоприятно въздействие не са потвърдили вредни ефекти и рискове за здравето.

Нагряването на тъканите е основният механизъм на взаимодействие между радиочестотните ЕМП и биологичните тъкани. При милиметровите вълни този ефект е само върху кожата на човека, поради късата дължина на вълната и невъзможност за проникване на лъчението в дълбочина. Критерият за вредно въздействие при експозиция с радиочестотно електромагнитно поле е „повишаването на температурата на тялото с повече от 1ºС“. За да се получи такова повишаване на температурата в човешка тъкан, е необходимо да се приложи ЕМП с плътност на мощност повече от 25 mW/cm^2. Предвид на използваните мощности при безжичните технологии, не може да се очаква такова повишаване на температурата на тялото. С увеличаването на честотата все по-малко електромагнитна енергия прониква в телесните тъкани и поглъщането на енергията става по-

ограничено – само в повърхността на тялото (кожата и роговицата на окото). При условие, че общата експозиция остава под международно възприетите гранични стойности, не се очакват последствия за здравето на хората.

През 2019 г. ICNIRP направи преглед на научната литература и разгледа подробно възможните рискове за човешкото здраве при експозиция с честотите, които ще се използват при изграждането на новата 5G технология. В резултат на този преглед бе прието становище, че при спазване на граничните стойности на ЕМП, няма причина да се счита, че експозицията от 5G може да представлява риск за здравето на хората. Също така, на базата на тези данни, през 2019 г. бе разработен нов стандарт [8] за ограничаване на експозицията от електромагнитни полета, с честоти от 100 kHz до 300 GHz.

Регулаторът на комуникационни услуги във Великобритания, *Ofcom* [10,11], проведе собствено изследване на вече въведената 5G мрежа, като при измерванията не е установено превишаване на пределно–допустимите стойности.

Контент анализ: В началото се появяваха съобщения основно в непопулярни медии, базирани на фалшиви новини и дезинформация: от твърдения за монтирани 5G станции в центъра на столицата и умрели птици около тях, до апокалиптични прогнози, свързани със смърт на всички растителни и животински видове в района на станциите. Впоследствие, предвид на многобройните запитвания на граждани и на база нарастващия брой научни публикации, публикувани официални регламенти и становища на отговорните международни организации, вкл. на Европейската комисия, бяха отправени от много медии съобщения с близко до научнодоказаната фактология съдържание, вкл. от официалните и специализирани такива. Предвид на това, че съобщенията в медиите изразяват основно мнението на автора или редактора, както и това, че този метод не може да осигури достатъчно данни до каква степен аудиторията разбира и вярва на съобщенията, е направено сравнение и с информацията, събрана от анализа на пощата.

Неформални оценъчни методи

Анализ на пощата: Използвахме този икономичен способ за събиране на информация от определени групи от населението или отделни граждани относно сферата на вълнуващите ги въпроси. Независимо, че голяма част от тези въпроси нямат отношение към съвкупното обществено мнение, а част от тях са дори утопични или алогични, те послужиха като база за подготовката на материал, съдържащ въпроси и техните отговори.

Фокус-групи и граждански форуми: За извличане на допълнителна информация, обмяна на идеи, а и като форма за обратна връзка послужи работна среща, проведена в Парламентарната комисия по взаимодействието с неправителствените организации и жалбите на гражданите към НС. В нея взеха участие народни представители, представители на Министерски съвет, експерти от МЗ, НЦОЗА и представители на инициативна група „Стоп 5G България, защото здравето е по-важно“.

Метод на получаване на информация от специалисти и експерти: Като база за събирането на тези данни сме използвали наше участие в годишната работна среща на Международния съветническия комитет към проекта на СЗО по ЕМП, годишната работна среща на създадения у нас Експертен консултативен съвет към проекта на СЗО, както и съвещание, организирано от СЗО през 2019 г. в Словения на тема „5G и здраве“. В съвещанието участваха учени от СЗО; Международната електротехническа комисия, ICNIRP; Института по нейонизиращи лъчения, Словения; Института по електроника и инженерство на информационните технологии и телекомуникации, Италия; Политехническия институт, Италия; Телеком Австрия Груп, Информационния център на Япония по защита от ЕМП.

На тези съвещания бяха представени официалните мнения на специалисти и експерти във връзка с новите предизвикателства пред международната научна

общественост, свързана с въвеждането на новото поколение мобилна комуникация 5G, а именно: изследвания на биологичните и здравните ефекти на електромагнитните полета от милиметровия диапазон; наличността и състоянието на апаратурата за измерване и оценка на експозицията; резултатите от измерванията на стойностите на ЕМП при изградени мрежи 5G в Европа и сравнени с резултати от измервания на мрежи 2G, 3G ,4G; новите международни документи за оценка на ЕМП при наличие на 5G мрежи; ключовите процедури във връзка с разпространението на мрежата.

Методи за оценка на риска от ЕМП

В България, подобно на други европейски държави, все още няма изградена 5G мрежа, поради което у нас са правени само единични тестови измервания на ЕМП (симулации в открито пространство и в закрито пространство). Резултатите от тези измервания потвърждават тези, направени в други страни по света.

Първото измерване на ЕМП е на мобилна базова станция, която е инсталирана временно с цел извършване на тестове. Съоръжението е разположено в открито пространство и представлява мобилна базова станция, монтирана на МПС (микробус) с интегрирано телекомуникационно оборудване с добавена 5G технология, състояща се от две антени и една радиорелейна антена (РРА). 5G рутерът е монтиран в шатра–сцена и се използва като интерфейс между лаптоп и 5G клетката за симулиране на натоварване на системата. Служебната информация за 5G клетката се предава през 4G, а потребителските пакети данни - по 5G. Клетката 4G излъчва само служебна информация. Всички резултати от измерванията в района на станцията, вкл. в шатрата, бяха в границите на българското законодателство.

Второто тестово измерване се отнася до оценка на 5G massive MIMO антена разположена в затворено помещение (търговски обект), с цел демонстриране възможностите на новата технология. Бяха направени тестови измервания при различна позиция на 5G-потребител, за да се оцени евентуалната експозиция за посетителите на магазина. При промяна на местоположението и височината на монтаж на приемащия рутер се установиха границите на безопасен престой на посетителите в магазина, съгласно българското законодателство.

Като заключение от двете проведени измервания може да се каже, че при съответните конфигурации, технически характеристики и натоварване на 5G базовите станции в условия на тестови режим, не се надвишават граничните стойности съгласно националното [1] и европейското законодателство [8].

Обсъждане

Предстоящото въвеждане на 5G технологията на територията на цяла Европа ще промени изискванията за контрол на ЕМП. Предвид на това, че се предвижда да се използват честотни диапазони, които не се нормират от действащото законодателство в нашата страна, се налага подготвяне и приемане на ново такова, отразяващо световните практики и запазващо нашите по-защитаващи норми. Това ще наложи и промяна на методите за измерване и контрол, които ще са коренно различни от действащите в момента.

Подобно на опита на други европейски страни, у нас трябва да се проведат мащабни измервателни кампании преди официалното въвеждане на 5G мрежата в България. По този начин ще се оцени възможния здравния риск за населението в страната. Още повече, че регулирането на експозицията на ЕМП в повечето европейски страни е съгласно препоръките на ICNIRP[8], а България има по-строги норми в сравнение с тях.

Изясни се, че населението би приело новата безжична технология с по-малко страх, ако то получава адекватна информация и интерпретация на научните данни и ако бъде включено в процеса на обсъждане при въвеждането ѝ.

Каналите за изпращане на *научно-базираната информация* са многобройни. На основата на научните резултати, актуални данни за оценка на ЕМП, както и на анализа на събраната от нас информация относно интереса на обществото, създадохме банер, изграден на страницата на НЦОЗА на тема „5G. Факти и митове“. Като резултат от публикуването на научно-обоснованата информация, подбора на интересуващите обществото въпроси и съответните отговори, официалните становища на отговорните международни и европейски институции, вкл. и нашето научно и експертно мнение, представено в интервюта и статии, намаляха многобройните запитвания по отношение на влиянието на радиочестотните полета върху човека. Утвърди се в информационното пространство тезата за термичния ефект на радиочестотите, както и становището, че милиметровите вълни не навлизат дълбоко в организма.

Факт е обаче, че липсват достатъчно изследвания, свързани конкретно с 5G технологията. Проучванията продължават, правят се измервания на действително изградени мрежи, а също и тестови измервания на новата технология в света, вкл. и в Европа.

Заключение

Обединяването на усилията на учените в Европа и в света за установяване на ефектите от въздействие на милиметровите вълни върху човека, ще доведе до научни резултати с висока достоверност.

Повишаването на качеството на научните изследвания, както и на начина на приемане, реферирane и публикуване на научната информация ще намали страховете и ще повиши доверието на обществото. Това реално ще противостои на огромния брой публикации с лъжливи новини или на статии с откровена дезинформация.

С положителен резултат би било създаването на обща финансирана концепция на базата на действащия от 2016 г. Екшън план на ЕК „5G за Европа“ [4], която да изгради политиката за предстоящите действия по въвеждането на новата технология, необходимите научни изследвания и доказателства, резултати от измервания, както и рамка за диалог и информиране на населението.

От наличната научната информация в настоящия момент няма данни, които да говорят за бъдещи възможни здравни неблагополучия от въвеждането на милиметровите вълни чрез новата 5G технология.

Литература

1. Наредба № 9/1991 г. за пределно допустими нива на електромагнитни полета в населени територии и определяне на хигиенно-защитни зони около излъчващи обекти, ДВ, бр.35/1991 г., изм. ДВ, бр.8/2002 г.
2. Alekseev S.I., Gordiienko O.V., Radzievsky A.A., Ziskin M.C. Millimeter wave effects on electrical responses of the sural nerve in vivo. Bioelectromagnetics. 2010;31:180–190. doi: 10.1002/bem.20547.
3. Alekseev S.I., Radzievsky A.A., Szabo I., Ziskin M.C. Local heating of human skin by millimeter waves: Effect of blood flow. Bioelectromagnetics. 2005;26:489–501. doi: 10.1002/bem.20118.
4. Brussels, 14.9.2016 COM(2016) 588 final, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European economic and social Committee and the Committee of the Regions 5G for Europe: An Action Plan {SWD(2016) 306 final}.
5. Bush L.G., Hill D.W., Riazi A., Stensaas L.J., Partlow L.M., Gandhi O.P. Effects of millimeter-wave radiation on monolayer cell cultures. III. A search for frequency-specific athermal biological effects on protein synthesis. Bioelectromagnetics. 1981;2:151–159. doi: 10.1002/bem.2250020206.
6. Egot-Lemaire S.J.-P., Ziskin M.C. Dielectric properties of human skin at an acupuncture point in the 50–75 GHz frequency range: A pilot study. Bioelectromagnetics. 2011;32:360–366. doi: 10.1002/bem.20650.
7. Gapeyev A.B., Gapeyev A.B., Mikhailik E.N., Mikhailik E.N., Chemeris N.K. Anti-inflammatory effects of low-intensity extremely high-frequency electromagnetic radiation: Frequency and power dependence. Bioelectromagnetics. 2008; 29:197–206. doi: 10.1002/bem.20381.
8. ICNIRP. Guidelines for limiting exposure to electromagnetic fields (100 kHz to 300 GHz). Health Phys 118(5):483-524; 2020.

9. Mattsson M.O., Zeni O., Simkó M. Is there a Biological Basis for Therapeutic Applications of Millimetre Waves and THz Waves? J. Infrared Millim. Terahertz Waves. 2018;39:863–878. doi: 10.1007/s10762-018-0483-5.
10. Ofcom, Electromagnetic Field (EMF) measurements near fixed wireless equipment operating in the 60 GHz band in Liverpool, Technical report, 2020.
11. Ofcom, Electromagnetic Field (EMF) measurements near 5G mobile phone base stations, Technical report, 2020.

ПНЕВМОТОКСИЧЕН ЕФЕКТ НА ПАРАКВАТ ДИХЛОРИД В ЕКСПЕРИМЕНТАЛЕН МОДЕЛ У ПЛЪХОВЕ

В. Данчева*, Г. Ставрева, Л. Терзиев***, Р. Василева***

** Катедра „Хигиена, медицинска екология, професионални заболявания и МБС“, сектор „Медицина на бедствените ситуации“, Факултет „Обществено здраве“, МУ – Плевен*

*** Катедра „Фармакология и токсикология“, сектор „Фармакология“, Факултет „Фармация“, МУ – Плевен*

**** Катедра „Клинична лаборатория, клинична имунология и алергология“, сектор „Клинична имунология и алергология“, Факултет „Здравни грижи“, МУ – Плевен*

Контакт: Доц. д-р Виолета Данчева, д.м.
e-mail: vilidana@abv.bg

Въведение

Парakват дихлорид е кватернерен бипиридилов хербицид, с широко приложение в селското стопанство. Белодробната му токсичност е свързана с неговата акумулация в пневмоцити тип I и тип II и се дължи на участието на полиамин транспортната система, широко застъпена в мембраните на пневмоцитите и Клара клетките [4]. Тя способства за бързо натрупване на параквата в тип II епителни клетки на алвеолите, с последващо индуциране на промени в транскрипцията на множество гени в белодробната тъкан, водещи до развитие на белодробна фиброза [10]. Хербицидът показва селективна локализация и основно причинява увреждания на белодробните епителни клетки [9].

Въпреки многобройните проучвания в редица in vivo и in vitro експериментални модели, токсичният механизъм на парakват дихлорид не е напълно изяснен. Съществуват две хипотези за този механизъм. Клетъчната токсичност на парakват се медиира от свободни кислородни радикали или чрез индуциране на митохондриална токсичност. Митохондриите са таргетни органели за парakват дихлорид. Предполага се, че PQ^{2+} образува свободни радикали в митохондриите, след което те се превръщат в H_2O_2 чрез митохондриални системи като MnCOД или чрез спонтанна дисмутация. Описани са две фази на остра белодробна токсичност при животни, третирани с парakват [11]. При началната, «деструктивна» фаза (1-4 дни след остро третиране с парakват), алвеоларните епителни клетки са силно увредени и се развива тежък белодробен оток. През втората, «пролиферативна» фаза, се наблюдава фибробластна инфилтрация на алвеолите и развитие на интраалвеоларна фиброза.

Парakват дихлорид (35мг/кг, i.p.) повишава общия брой клетки до 14-я ден и количеството общ белтък (маркери за повишена клетъчна пропускливост на мембраните) до 7-я ден в бронхоалвеоларна лаважна течност (БАЛТ) на плъхове [2]. В сходен модел Liu и съавт. получават подобни резултати [8]. Общият брой клетки, количеството общ белтък, активността на ензима лактат дехидрогеназа (ЛДХ) в БАЛТ се повишават

значително на 72-я час след третирането с паракват [8]. Независимо от входната врата, хербицидът се разпределя бързо чрез кръвта и достига до всички органи и тъкани, но най-тежко засяга белите дробове, където са локализирани най-тежките и трудно лечими увреждания.

Материал и методи

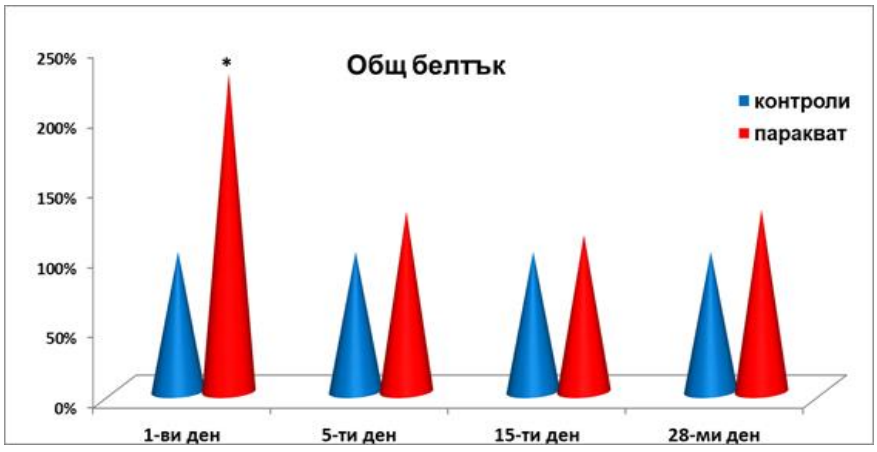
Експериментът беше проведен върху 64 мъжки бели плъха, порода Вистар, с тегло 200-250 грама. Животните бяха разпределени в 2 групи, както следва: I-ва група, контроли; II-ра група – третирани с паракват дихлорид, изолирано, въведен *per os* в доза 40 мг/кг тегло. В БАЛТ бяха изследвани активността на ензимите лактат дехидрогеназа (ЛДХ), алкална фосфатаза (АФ), кисела фосфатаза (КФ), както и съдържание на общ белтък на 1, 5, 15 и 28 ден след третирането с пестицида. Паракват дихлорид (Methyl viologen dichloride hydrate) е закупен от фирма Sigma-Aldrich (St Louis, MO, USA), каталожен № 856177. В 120 мл дестилирана вода са разтворени 1200 мг паракват дихлорид, така че 1 мл работен разтвор да съдържа 10 мг паракват дихлорид. Воднят разтвор на паракват дихлорид е въведен еднократно *per os* чрез метална сонда в опитните животни от групи 2 в доза 40 мг/кг телесна маса.

Бронхоалвеоларният лаваж е получен като в трахеята на отрязания ляв бял дроб е поставена пластмасова канюла. Със спринцовка в дроба са вкарани последователно 5 мл физиологичен разтвор, разделен на 3 порции (2, 2, 1 мл). Всяка порция разтвор е задържана около 1 минута в органа преди да бъде аспирирана обратно. Изваденото количество течност е поставено в пластмасови епруветки, съхранявани в съд с ледени блокчета. Бронхоалвеоларната лаважна течност е центрофугирана при 300 x g в продължение на 10 минути. Супернатантата е отливана и използвана за биохимични изследвания. Ензимната активност е представена в ME/мл (една единица е дефинирана като 1 нмол субстрат превърнат за 1 минута).

Данните са представени като средни стойности и стандартна грешка (m±SEM); статистическа значима разлика между групите се приема при $p<0.05$. Статистическата обработка на данните е извършена с компютърна програма STATGRAPHICS Plus 4.1 for Windows, SPSS 14 (Statistical Package for the Social Sciences).

Резултати

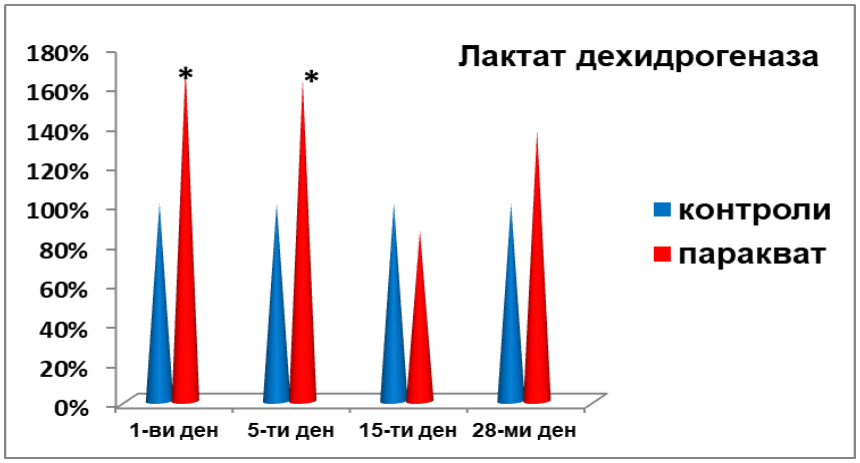
Количеството общ белтък в БАЛТ се покачва рязко още на 1-я ден в групата, третирана с паракват дихлорид, като достига 227.4% ($t=3.85;p=0.004$) спрямо контролната група. Стойностите се запазват повишени до 28-я ден (**Фиг. 1**).



Фиг. 1. Количество общ белтък в БАЛТ

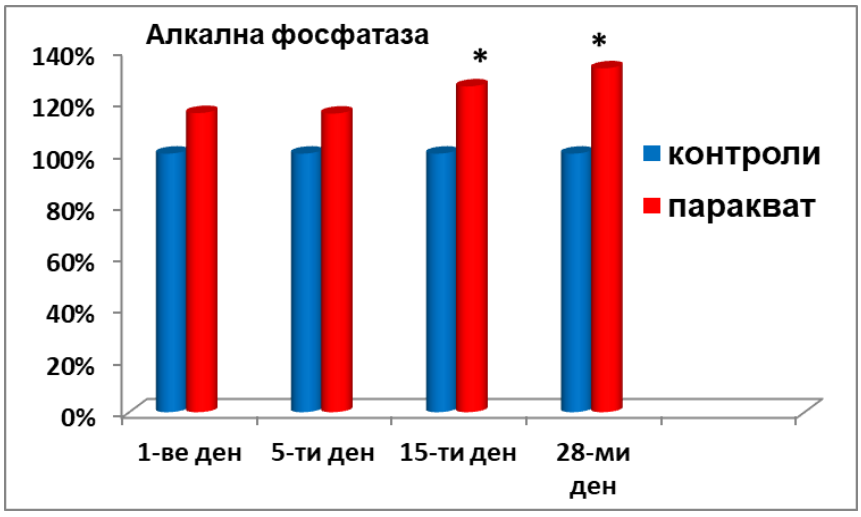
Означения: Символите показват статистически значима разлика $p<0.05$ – (*) към контролна група.

Изолираното приложение на паракват дихлорид повишава достоверно активността на ензима лактат дехидрогеназа в лаважна течност на 1-я и 5-я ден, съответно до 169% и 162.7% спрямо контролната група (t=4.16;p=0.022; t=3.01;p=0.014), както и на 28-я ден след третирането (**Фиг. 2**).



Фиг. 2. Активност на ензима лактат дехидрогеназа в БАЛТ
Означения: Символите показват статистически значима разлика p<0.05 – (*) към контролна група.

Паракват дихлорид повишава достоверно активността на ензима алкална фосфатаза на 15-я ден (t=2.41;p=0.04) и 28-я ден (t=2.34;p=0.04) в сравнение с контролната група. На 1-я и 5-я ден активността на ензима също е повишена в изследваната група, но без статистическа достоверност на резултата (**Фиг. 3**).

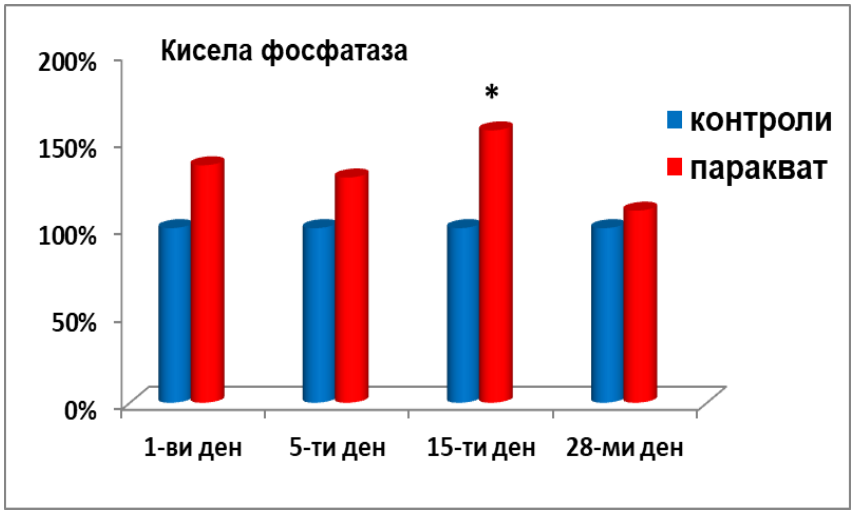


Фиг. 3. Активност на ензима алкална фосфатаза в БАЛТ
Означения: Символите показват статистически значима разлика p<0.05 – (*) към контролна група.

Активността на ензима кисела фосфатаза се повишава още на 1-я ден в групата третирана с паракват. Достоверно повишение на ензимната активност в същата група се отчита на 15-я ден (t=4.19;p=0.002), в сравнение с тази в контролната група (**Фиг. 4**).

Изследването на бронхоалвеоларна лаважна течност на плъхове, третирани с паракват показва съществени промени в биохимичните маркери. В ранните фази се повишават активността на ензимите лактат дехидрогеназа (маркер за повишен клетъчен пермеабилитет и клетъчен лизис), алкална фосфатаза (маркер за токсично увреждане и

пролиферация на пневмоцити тип II), кисела фосфатаза (маркер за повишена фагоцитарна активност или клетъчна смърт) [6]. Количеството на общия белтък в БАЛТ (маркер за увреждане на алвеоларно-капилярната мембрана) се повишава рязко на първия ден (до 227.4%) в групата, третирана с паракват дихлорид, резултат, който корелира и с повишения общ брой клетки в същата група. Сходни резултати са получени и от други автори [3]. Увеличеното количество общ белтък е признак за нарушен пермеабилитет на алвеолокапилярните мембрани, вследствие на оксидативния стрес, провокиран от паракват дихлорид, а инфлуксът на полиморфонуклеарните клетки се дължи на острите инфламаторни промени в белите дробове, доказани и хистологично от нас.



Фиг. 4. Активност на ензима кисела фосфатаза в БАЛТ
Означения: Символите показват статистически значима разлика p<0.05 – (*) към контролна група.

Изследваните биохимични показатели в БАЛТ (маркери за токсични белодробни лезии) потвърждават пневмотоксичния ефект на хербицида в ранните фази след въвеждането му. Паракват дихлорид повишава достоверно активността на ензимите ЛДХ до петия ден (съответно 169% и 162.7%), алкална фосфатаза – до края на изследвания период и кисела фосфатаза – до 15-я ден след третирането. Специфичната локализация и акумулация на хербицида в пневмоцити тип I и тип II е свързана с деструктивни промени в тези клетки, доказани и хистологично. В алвеолите и терминалните бронхиоли се установява десквамация на алвеолоцити и оголване на базалните мембрани, деструкция на междуалвеоларни септи, изразена пролиферация на пневмоцити тип II с тежки дегенеративни изменения – различни по форма и големина, двуядрени, проминентни нуклеоли, огнищно вакуолизирана цитоплазма и некробиотични ядрени промени. Повишените активности на изследваните ензими в БАЛТ (особено на ензима ЛДХ в съответствие с повишеното количество общ белтък), потвърждават токсичните белодробни лезии, предизвикани от паракват дихлорид – повишена клетъчна пропускливост, деструктивни промени на пневмоцитите, пролиферация на пневмоцити тип II. По-късното повишение на активността на ензима алкална фосфатаза в сравнение с повишената ензимна активност на ЛДХ, се свързва с евентуална пролиферация на пневмоцити тип II, доказана от нас и хистологично. Пролиферацията на пневмоцити тип II е неспецифична реакция на алвеоларната епителна деструкция [5]. Причината може да бъде потърсена и в по-късното увреждане на пневмоцитите, тъй като антиоксидантната ензимна активност в тези клетки е по-висока в сравнение с останалата белодробна тъкан, поради локализацията на антиоксидантни ензими като CuZnСОД, MnСОД [12], каталаза [7].

Повишените активности на изследваните биохимични маркери в БАЛТ след третиране с паракват, намират подкрепа в различни научни съобщения [6, 8, 1]. Тези

съобщения корелират с нашите изследвания в разгледания експериментален модел и доказват ранната пневмотоксичност на хербицида, дължаща се на неговата специфична локализация и провокиран оксидативен стрес в белодробната тъкан.

Литература

1. Amirshahrokhi K, Bohlooli S. Effect of methylsulfonylmethane on paraquat-induced acutr lung and liver injury in mice. Inflammation. 2013. DOI: 10.1007/s10753-013-9645-8.
2. Chen CM. Lung toxicity of paraquat in the rat. J Toxicol Environ Health, Part A. 2000;59:477-487.
3. Day BJ and Crapo JD. A metalloporphyrin superoxide dismutase mimetic protects against paraquat-induced lung injury in vivo. Toxicol Appl Pharmacol. 1996;140:94-100.
4. Dinis-Oliveira RJ, Duarte JA, Sanchez-Navaro A, Remiao F, Bastos ML, Carvalho F. Paraquat poisonings: mechanisms of lung toxicity, clinical features, and treatment. Crit Rev Toxicol. 2008;38:13-71.
5. Fukuda Y, Ferrans VJ, Schoenberger CI, Rennard SI, Crystal R. Patterns of pulmonary structural remodeling after experimental paraquat toxicity. The morphogenesis of intraalveolar fibrosis. Am J Pathol. 1985;118(3):452-475.
6. Ghazi-Khansari M, Nasiri G, Honarjoo M. Decreasing the oxidant stress from paraquat in isolated perfused rat lung using captopril and niacin. Arch Toxicol. 2005;79(6):341-345
7. Kinnula VL, Crapo JD, Raivio KO. Biology of disease: generation and disposal of reactive oxygen metabolites in the lung. Lab Invest. 1995;73;3-19.
8. Liu S, Liu K, Sun Q, Liu W, Xu W, Denoble P et al. Consumption of hydrogen water reduces paraquat-induced acute lung injury in rats. J Biomed Biotechnol. 2011: 305086. doi: 10.1155/2011/305086. Epub 2011 Jan 24.
9. Mitsopoulos P, Suntres ZE. Cytotoxicity and gene array analysis of alveolar epithelial A549 cells exposed to paraquat. Chem Biol Interact. 2010;188:427-436.
10. Ray S, Sengupta A, Ray A. Effects of paraquat on anti-oxidant system in rats. Ind J Exp Biol. 2007;45:432-438.
11. Smith P, Heath D.The ultrastructure and time sequence of the early stages of paraquat lung in rats. J Pathol. 1974;114:177-184.
12. Tsan MF. Superoxide dismutase and pulmonary oxygen toxicity:lessons from transgenic and knockout mice. Int J Mol Med. 2001;7;13-19.

СЪВРЕМЕННИ МЕТОДИ И ТЕХНОЛОГИИ ЗА ДЕНИТРИФИКАЦИЯ НА ПИТЕЙНИ ВОДИ

Е. Банкова

Катедра „Хигиена, медицинска екология, професионални заболявания и МБС“, Факултет „Обществено здраве“, Медицински университет – Плевен

Контакт: Преп. Емилия Банкова
e-mail: emilia_zlat@yahoo.com

Въведение

Замърсяването на подземните води с нитрати е актуален съвременен проблем за много страни по целия свят. В България повишеното съдържание на нитрати е едно от най-честите отклонения в качеството на питейната вода подавана за населението. Проблемът касае в най-голяма степен малките водоснабдителни зони, респективно малките населени места (села) с население до няколко стотин жители и по-рядко такива с население до няколко хиляди жители. Традиционно за водоснабдяването на тези населени места в миналото са изграждани самостоятелни водоснабдителни системи със собствени подземни водоизточници, каптиращи плитко разположени подземни води от първия незащитен водоносен хоризонт. Като една от основните причини за повишените стойности на нитрати в подземните води, особено в земеделските райони на страната, се счита

широкото приложение на азотни торове в условията на съвременно интензивно земеделие. В България подобно на всички страни членки на ЕС максималната стойност за съдържание на нитрати в питейните води е 50 мг/л [3,4], която стойност се препоръчва и от СЗО [14]. Поради извънредно високата разтворимост на нитратния йон във вода, прилаганите класически технологии за пречистване не отстраняват нитратите от питейната вода. В резултат на интензивни проучвания и технологични експерименти към момента 3 технологии за отстраняване на нитрати се разглеждат като най-перспективни за самостоятелно приложение или включване в съществуващи технологични схеми за пречистване, а именно: биологична денитрификация, йонообменни смоли и обратна осмоза. [6,7,10]

Цел

Проучване предимствата и недостатъците на методите за денитрификация на вода от замърсени с нитрати питейни водоизточници.

Материал и методи

Извършено е проучване на българска и чуждестранна литература за ефективни физикохимични, химични и биотехнологични методи за денитрификация на питейни води. Проучени са и цялостните технологии за денитрификация на питейни води, въведени реално във водоснабдяването на различни страни.

Резултати и обсъждане

Методите развити до степен на самостоятелни технологии за пречистване на питейна вода, замърсена с нитрати са: биологична денитрификация, йонообменни смоли и обратна осмоза.

1.Биологична денитрификация

С този термин се означава процесът на редукция на наличните във водата нитрати до молекулярен азот (N_2). Процесът се осъществява от специфични микроорганизми денитрификатори, принадлежащи към различни родове: Aeromonas, Pseudomonas, Bacillus, Clostridium, Paracoccus, Thiobacillus и др. [9]. При специфични анаеробни условия микроорганизмите денитрификатори преминават на така нареченото нитратно дишане, използвайки нитратите като краен акцептор на електрони. Редукцията на нитрати протича стъпаловидно на 4 етапа по следната последователност:

$$NO_3^- \rightarrow NO_2^- \rightarrow NO \rightarrow N_2O \rightarrow N_2$$

В зависимост от вида на микроорганизмите биологичната денитрификация бива два вида – хетеротрофна и автотрофна.

1.1 Хетеротрофна денитрификация

Хетеротрофната денитрификация се осъществява от хетеротрофни денитрифициращи микроорганизми, т.е. такива които се нуждаят за развитието си от достъп до органичен субстрат като източник на въглерод. В практиката най-често се прилагат органични субстрати като метан, етанол, метанол, оцетна киселина и по-рядко по-сложни органични вещества като глицерол [11], нишесте [15] и др. Осъществявайки своята жизнена дейност микробите денитрификатори метаболизират в анаеробни условия добавения органичен субстрат като по този начин си набавят необходимата енергия за метаболитните процеси, както и органичен въглерод необходим за изграждане на достатъчно количество клетъчна биомаса за поддържане на денитрификацията. В случай на прилагане на метанол като органичен субстрат процесът на метаболизирането му от микроорганизмите денитрификатори може да се изрази сумарно по следния начин [10]:

$$6NO_3^- + 5CH_3OH \rightarrow 3N_2 + 5CO_2 + 7H_2O + 6OH^-$$

Процесите на хетеротрофна денитрификация се реализират технологично в биореактори в анаеробна среда след предварително дегазиране на водата, при което се създават условия за селективно развитие на значителна по количество биомаса от съответните микроорганизми. В реакторите при хетеротрофната денитрификация бактериалната биомаса и влаганият органичен субстрат се фиксират върху гранулиран носител с голяма относителна повърхност. Като носители се използват различни натурални или модифицирани минерални глинести материали, активен въглен, синтетични полимерни материали и др. Различните конструкции реактори могат да функционират в условия на възходящ или низходящ поток на третираната вода. Освен реактори с фиксиран слой са конструирани и реактори с така наречения кипящ (флуидизиран) слой, които са по ефективни от тези с фиксиран слой. Хетеротрофните микроорганизми денитрификатори се развиват оптимално при стойности на pH около неутрално. Редукцията на нитратите е много добра (95-99%). Денитрифицираната вода се нуждае от допълнително третиране преди подаване за консумация. Водата не съдържа разтворен кислород, но съдържа органични вещества продукти на бактериалния метаболизъм, включително остатъци от нереагирал субстрат и бактерии, които трябва да се отстранят. За целта водата след напускане на биореактора последователно се аерира, филтрува през пясъчни филтри или активен въглен за отстраняване на органични вещества, суспендирани вещества и бактерии. В денитрифицираната вода могат да се съдържат и малки количества нитрити, при недостатъчно количество от добавения органичен субстрат, които обаче се окисляват до нитрати при последващата филтрация и дезинфекция на пречистената вода.

1.2 Автотрофна денитрификация

Този вид денитрификация се извършва от автотрофни микроорганизми, т.е. такива които могат да използват като източник на въглерод неорганични вещества – CO_2 или бикарбонат (HCO_3^-). В анаеробни условия микроорганизми от родовете Paracoccus (водородни бактерии) и род Thiobacillus (серни бактерии) също преминават на нитратно дишане и набавят енергия за сметка на окисляваните от тях редуктори като водород и някои редуцирани серни съединения – сяра, тиосулфат и др. Стехиометрично процесът на денитрификация с участие на водородни и серни бактерии може да се представи по следния начин [12,10]:

$$2NO_3^- + 5H_2 \rightarrow N_2 + 4H_2O + 2OH^-$$
$$5S + 6NO_3^- + 2H_2O \rightarrow 3N_2 + 5SO_4^{2-} + 4H^+$$

При технологиите с автотрофна денитрификация най-често се използват водородни бактерии денитрификатори, които се развиват оптимално при неутрално pH и температура 28-35ºC. За разлика от хетеротрофните, автотрофните микроорганизми показват значително по-ниска степен на растеж и формират значително по-малък обем на биомаса в биореакторите. Това налага конструиране на по-обемни биореактори, което води до повишаване на инвестиционните и експлоатационни разходи и понижава конкурентноспособността на метода. Технологията изисква подаване на CO_2 като източник на въглерод, насищане на водата в биореакторите с водород, но поради ниската му разтворимост във вода се налага това да става под високо налягане, което също оскъпява и усложнява техническото оборудване на реакторите. Количеството на образувани нитрити (NO_2^-) в биореакторите при автотрофна денитрификация не са големи и по-значително натрупване в третираната вода се установява само при недостиг на подавания водород към биореакторите. Денитрифицираната вода при автотрофната денитрификация с водородни бактерии е с добри качества.

Пречиствателният ефект (% на отстраняване на нитратите) е подобен на този при хетеротрофната денитрификация. Не се налага провеждане на стриктно допречистване от органични вещества, тъй като не се влага органичен субстрат като източник на енергия за поддържане на процесите. Допречистването на водата след биореакторите включва аерация, филтрация и дезинфекция преди подаване на водата за консумация.

При провеждане на автотрофна денитрификация с използване на тионови бактерии процесът има някои съществени разлики. Крайният продукт на окислението на влаганите редуцирани серни съединения са сулфати (SO_4^{2-}), които остават в денитрифицираната вода, което ограничава приложимостта на технологията само за подземни води с ниско съдържание на сулфати. Наблюдава се също така и относително по-високо съдържание на нитрити (NO_2^-) в третираната вода [2].

Успоредно с изработване на ефективни технологии за отстраняване на нитрати в пречиствателни съоръжения, се провеждат и експерименти за възстановяване на качеството на водата по отношение на нитрати чрез стимулиране на процесите на биологична денитрификация в реални условия т.е. в самите водоносни хоризонти (in situ). Целта е при функциониращо водоснабдяване да се стимулира развитието на естествено присъстващите в земните недра и водоносни хоризонти микроорганизми денитрификатори. В конкретния случай [5] при водочерпене от първия водоносен хоризонт при средна дълбочина от 30 м се въвежда през черпателните кладенци в хоризонта източник на органичен въглерод – в случая е избран ацетат (CH_3COO^-), като нетоксичен продукт с най-малка вероятност за влияние върху качеството на подземната вода. Експериментирани са различни режими на въвеждане – ежедневно и през ден.

При средна концентрация на нитратите във водоносния хоризонт от 57,6 мг/л минималното количество ацетат е изчислено на 34,3 мг/л. Въвеждането на ацетат във водоносния хоризонт води до много бързо понижение на концентрацията на нитрати в третираната зона на водоносния хоризонт. Констатирано е, че ефектът е добре изразен при относително ниска скорост на воден поток – по-ниска от 0,5 м/ден, а при относително висока скорост (20м/ден) ефектът е незначителен. Недвусмислено е доказано, с изотопно маркирани N и O че понижението на концентрацията на нитрати във водата се дължи на стимулирания процес на хетеротрофна денитрификация, което се потвърждава и от установеното понижение на количеството разтворен във водата кислород консумиран от стимулираната биомаса. Като краен резултат от експеримента се намира, че 11% от масата на азота във водата преминала през третираната зона на водоносния хоризонт е била отстранена. В добитата вода не са доказани други продукти (нитрити, амоняк както и остатъчни количества от въведения ацетат). В заключение авторите правят извода, че отстраняването на нитрати чрез стимулиране на биологичната денитрификация In situ е достижимо и възможно и не се установява неблагоприятно повлияване на качеството на добивана вода, включително и по органолептични качества.

До същия извод достигат и други автори [13] на основа на лабораторен колонен експеримент на стимулиране на натуралната микрофлора в геоложки ядки добивани чрез сондажи от алувиален водоносен хоризонт. Авторите доказват, че редукцията на нитрати е ефективна и също не установяват странични продукти или остатъчни количества от влагания източник на органичен въглерод. В случая влаганият субстрат е етанол, а денитрификационния процес протича по следната схема:

$$5C_2H_6O + 12NO_3 \rightarrow 6N_2 + 10HCO_3 + 2OH^- + 9H_2O$$

От Български колектив [1] в колонен лабораторен експеримент е проучен ефектът върху денитрификацията при съвместно приложение на процеса на бавна филтрация и хетеротрофна денитрификация. Експериментирани са 3 вида пълнежи – кварцов пясък, раздробено отпадъчно стъкло и керамика с ефективен диаметър на гранулите 0,5 мм и

субстрат етанол като източник на органичен въглерод. След периода на образуване на биологичната ципа върху повърхността на филтърния пълнеж е постигнат много добър стабилен ефект на отстраняване на нитрати – 95% редукция (начална концентрация на нитрати във водата от 75 мг/л) при скорост на филтрацията в колоните 0,09-0,06 м/ч при съотношение на общия органичен въглерод:нитрати 0,4. Получените резултати дават основание на авторите да приемат, че комбинацията на метода на бавна филтрация и хетеротрофна денитрификация е перспективен подход, които може успешно да се развие до реално приложима технология за отстраняване на нитрати от природни води предназначени за питейни цели.

2. Химически и физикохимически методи за денитрификация.

От химическите методи за денитрификация на водите развити до самостоятелни технологии са само тези базирани на отстраняване на нитрати чрез *обратна осмоза* и *йонообмен*.

На настоящия етап са построени само неголям брой експериментални и пилотни станции за денитрификация на основа на *обратна осмоза*. Основен проблем на предлаганите варианти на технологиите с обратна осмоза е бързото износване на прилаганите мембрани изготвени на целулозно-ацетатна основа, полиамидни влакна и мембрани изработени от различни материали. Деструктивно влияние върху мембраните оказва натрупването върху тях на присъстващите в природните води колоидни частици, суспендирани вещества, органична материя и др., което в крайна сметка води до трайно увреждане на мембраните. За преодоляване на този проблем е необходимо предварително третиране на водата чрез фино филтруване, което усложнява технологиите и оскъпява значително целия процес.

Технологиите на *йонообменната денитрификация* се основават на използване на йонообменни смоли (анионити). В специално конструираните реактори нитратните аниони във водата се обменят с хлоридни и/или бикарбонатни аниони на съответните йонообменни смоли. С напредването на процеса йонообменът постепенно отслабва до пълното изчерпване на капацитета на смолите. Употребените йонообменни смоли обаче подлежат на регенерация (отстраняване на нитратните йони от смолите) чрез обработка с концентрирани разтвори от натриев хлорид или натриев бикарбонат. Литературните данни сочат, че най-широко разпространение на станциите за денитрификация базирани на йонообменни технологии са построени в САЩ [7,8]. Техническото изпълнение на технологията не е трудно и качеството на третираната вода е добро и удовлетворява нормативните изисквания за питейната вода. Ефективността на отстраняване на нитратите от водата при изходни концентрации на нитрати между 50 и 100 мг/л е малко по-ниска от тази при биологичната денитрификация, но е стабилна. Присъствие на високи стойности на сулфати в третираните води понижава капацитета на йонообменните смоли за отстраняването на нитрати [12]. Основен трудно решим проблем на технологията е третирането на големи количества отпадъчни води от регенерацията на йонообменните смоли, които са силно солени и с висока концентрация на нитрати. В литературата се съобщава за възможно приемлив модус на утилизация след престой на отпадъчните води в лагуни и последващо насочване на отстоели води за напояване на технически култури – памук [8]. Йонобменните технологии в сравнение с технологиите основани на обратна осмоза са технически по-опростени и значително по-икономични.

Изводи

Анализът на литературните данни показва, че всяка от трите технологии притежава определени предимства и недостатъци, което следва да се вземе предвид при евентуален избор на определена технология за денитрификация на природни води съобразно тяхното качество.

1. Технологии базирани на хетеротрофна денитрификация имат най-висока икономическа ефективност, изразена като общи разходи за единица обем пречистена вода ($м^3$), в сравнение с всички варианти на останалите технологии. Това се дължи на голямата производителност на биореакторите гарантирана от високия добив на биомасата в тях.

2. Като относителен недостатък при хетеротрофната денитрификация може да се приеме голямото количество излишна биомаса, която обаче може да се утилизира чрез съвместно третиране с утайките в пречиствателните станции за отпадъчни води.

3. При автотрофната денитрификация се прилага в по-ограничена степен допречистване на денитрифицираната вода поради това, че не се добавя органичен субстрат като източник на въглерод и поради по-слабо развитие на биомасата в сравнение с хетеротрофната денитрификация. Въпреки това относително предимство не може да се компенсира голямата производителност на хетеротрофните биореактори и да се достигне икономическата ефективност на хетеротрофната денитрификация.

4. Недостатък на варианта на автотрофна денитрификация със серни бактерии е генерирането на сулфати (SO_4^{2-}) в процеса на денитрификация, което прави метода неподходящ за денитрификация на природни води съдържащи сулфати.

5. Много сериозен и нерешен проблем с неблагоприятни екологични последици е третирането на големите количества отпадъчни води с висока концентрация на сол и нитрати генерирани при регенерацията на йонообменните смоли. Това обстоятелство вероятно е допълнителен мотив за наблюдаваното въздържане от изграждане на пречиствателни станции за денитрификация базирани на йонообмен в Европа.

6. Недостатък на технологиите с обратна осмоза е необходимостта от предварително пречистване чрез финно филтруване на природните води за отстраняване на колоидни частици, органична материя, суспендирани частици с цел предотвратяване на увреждането на високо чувствителните и скъпи осмотични мембрани. Сериозен нерешен проблем съществува с отпадъчните води с висока концентрация на нитрати и соли.

7. В България не са въведени в практиката на водоснабдяването методи и технологии за отстраняване на нитрати от природни води, предназначени за питейни цели.

Заключение

Литературните данни показват, че в Европейските страни преобладаващо приложение имат биологичните технологии и по-специално хетеротрофната денитрификация, която е технологията с най-висок икономически ефект за отстраняване на нитрати в питейни води.

Необходимо е въвеждане на нови по-ефективни модификации и подобрения на методите за денитрификация, с цел по-нататъшно оптимизиране на технологиите и повишаване ефективността на процесите, включително и икономическата ефективност на денитрификацията, което би позволило и по-масово въвеждане на тези технологии в практиката.

Литература

1. Димова Г.,С.Димитрова,Р. Тонев, С. Лазарова,И. Ангелова, „Отстраняване на нитрати от природни води чрез бавна филтрация и денитрификация",Годишник на Университета по архитектура,строителство и геодезия – София, том 51, бр. 11(2018), стр. 77-91
2. Лазарова В.,Николов Л., „Проблеми на денитрификацията на питейни води", Biotechnology & Biotechnological Equipment,4,(1990) стр. 3-10, ISSN: 1310-2818
3. Наредба №9 от 16.03.2001 г. за качеството на водата,предназначена за питейно-битови цели
4. Council Directive 98/83/EC of 3 November 1998 on the quality of water intended for human consumption;

5. Critchley K.,Rudolph D.L.,Devlin J.F.,Schillig P.C., "Stimulating in situ denitrification in anaerobic,highly permeable municipal drinking water aquifer";Journal of Contaminant Hydrology 171 (2014),p.66-80
6. Dahab M.,Lee Y.W, "Nitrate removal from water supplies using biological denitrification",Journal Water pollution control federation,vol.60, № 9,(1988), p. 1670-1674;
7. Guter G.A.,"Nitrate Removal from Contaminated Water Supplies" Volume II, U.S. E P A, Water Engineering Research Laboratory, 1987, EPA/600/S2-87/034
8. Lauch R.,Guter G.,"Ion Exchange for the removal of nitrate from well water",Journal- American Water Works Association,vol.78, issue 5 (1986), p. 83-88
9. Mateju V.,Cizinska S.,Krejci J.,Janoch T.,"Biological water denitrification-A review", Enzyme and Microbial technology", vol.14, issue 3 (1992), p.170-183
10. Mohseni-Bandpi A.,Elliott D.J.,Zazouli M.A.,"Biological nitrate removal processes from drinking water supply-a review",Journal of Environmental Health Sciences&Engineering(2013)
11. Schroeder A.,Souza D.H.,Fernandes M.,Rodrigues E.,Trevisan V.,Skoronski E.,"Aplication of glycerol as carbon source for continuous drinking water denitrification using microorganisms from natural biomass", Journal of environmental management 256 (2020) 109964
12. Surinder A., Sharma K., Sobti R.C., "Nitrate removal from Ground water – A review",E-Journal of Chemistry (2012), 9(4),p. 1667-1675, ISSN:0973-4945
13. Vidal-Gavilan G.,Carrey R.,Solanas A.,Soler A., „Feeding strategies for groundwater enhanced biodenitrification in an alluvial aquifer:Chemical, microbial and isotope assessment of a 1D flow-through experiment", Science of the Total Environment 494–495 (2014), p. 241–251
14. WHO Guidelines for drinking water quality, WHO Geneva 1996
15. Zhou H.,Fang He ,"Nitrate removal of fluidized-bed biofilm reactors using starch/polyvinyl alcohol blends as carbon source and carrier simultaneously at low temperature",Applied Mechanics and Materials vols. 501-504 (2014),p. 2089-2092

УЧИЛИЩНА РАБОТОСПОСОБНОСТ ПРИ СМЕНЕН РЕЖИМ НА ОБУЧЕНИЕ НА УЧЕНИЦИ ОТ НАЧАЛЕН КУРС

Т. Димитрова, Ст. Порожанова
Катедра „Хигиена и епидемиология", Факултет „Обществено здравеопазване", Медицински университет – Варна

Контакт: Проф. д-р Теодора Димитрова, д.м.
e-mail: t.dimitrova@mu-varna.bg

Въведение

Училищата, организиращи учебните занятия в две смени са притиснати от необходимостта да се включат достатъчен брой и продължителност учебни часове със съответните междучасия и същевременно да се осигури време за почистване и проветряване между първата и втората смяна. Това налага много ранен старт на първата и късен финал на втората смяна. Това обяснява и конфликтът с изключително високите очаквания за академични резултати, които е трудно да се постигат във фазата на вработване в 7,30 ч. или във фазата на умора след краен подем в 19 ч. [1] Фокусът на проучването върху ученици от начална училищна възраст е провокиран от противоречивите на реалната ситуация изисквания за адекватен дневен режим. В тази възраст учениците се нуждаят от най-малко 10 часа сън, което следва да се свързва с време за лягане най-късно в 21 ч. при първа смяна и време за ставане в 9 ч. при втора смяна, което се оказва проблематично. Училищата съобщават, че не би било възможно да се забави началото на учебния ден за тези ученици.

Цел

Да се проучат годишните динамики на умствена и физическа работоспособност в две сравнителни групи ученици в начален курс на обучение от 1 до 4 клас разпределени според организацията на обучение в едно- или двусменен режим.

Материал и методи

Изследването се извърши в четири училища в град Варна – едно централно разположено и три в различни части на града. Измерванията се извършват през първата седмица на октомври и през първата седмица на април (начало и край на учебната година). В три дни от седмицата (понеделник, сряда и петък) са проследени нивата на работоспособност в начало, среда и край на учебния ден (7.30ч. , 11.30ч. и 16.00ч**).**

За проучване на работоспособността на учениците в четирите училища са използвани два теста – коректурен тест даващ представа за умствената работоспособност и тест за графична тремометрия представляващ физическата работоспособност чрез динамиките във функциите на финната моторика.

От коректурния тест изчисляваме два коефициента:

- Коефициент на точност (КТ) – изчислява се от правилните (Пр), грешните (Гр) и пропуснатите (Пп) символи по следната формула: КТ= ((Пр-Гр)/(Пр+Пп)*100 в %

- Коефициент на продуктивност (КП) – изчислява се от броя прегледани символи за минута (Бр) и коефициента на точност (КТ) по следната формула: КП=Бр*КТ

Резултати и обсъждане

Табл. 1. Разпределение на учениците в изследваната и контролна група

Показатели	Брой	Процент	Класове	Средна възраст
Ученици обучавани редовна смяна	228	70,37%	1, 2, 3, 4	8,02
Ученици обучавани на две смени	96	29,63%	2, 3, 4	9,29

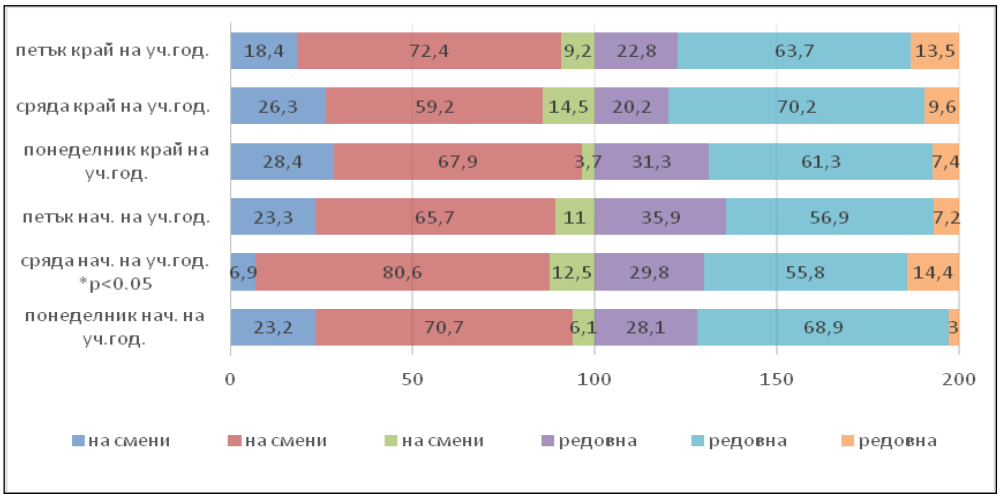
Разпределението на учениците по възраст се различава (**Табл. 1**). Учениците от 1 клас се обучават само в една смяна: започват от 8,00 часа и имат задължителна занималня до 16,00 ч., което намалява средната възраст на контролната група. Учениците от 4 клас не посещават занималня, две от проучваните паралелки се обучават на смени и две са редовна смяна. От проучените паралелки от 2 и 3 клас по една паралелка е на смени (като занималнята е в обратната смяна и не е задължителна) и останалите шест паралелки се обучават само сутрин със занималня следобед (по желание). Това се отразява на средната възраст в двете групи – 8,02 год. за редовно обучение и 9,29 год. за учениците обучавани на смени.

Достоверни разлики между двете групи се установяват и в началото и в края на учебната година (**Табл. 2**) При учениците обучавани на смени в края на учебната седмица в началото на учебната година и в понеделник и петък в края на годината процентът на деца с умствена умора (работят по-бавно и с по-ниска точност в края на занятията спрямо началото на часовете, когато са били в процес на вработване) е поне два пъти по-висок спрямо контролната група. При започване на учебната година в края на седмичната динамика на работоспособността умора демонстрират 21 или 30% от сменно учещите и едва 32 или 17,4% от тези в редовна смяна. (Pearson Chi-Square 4,882 $p<0,05$). Двусменният режим се свързва с относителен риск от умора в края на седмицата с OR 1,725 (95%CI 1,071-2,778) при започване на учебната година. Умората кумулира и при приключване на учебната година в началото на седмицата 35 или 43,2% от сменно

обучаваните спрямо 51 или 28,3% от редовно обучаваните демонстрират умора в деня за вработване. (Pearson Chi-Square 5,596 p<0,05; OR 3,199 (95%CI 2,297-4,453). Относителният риск е OR 1,525 (95%CI 1,084-2,145). В края на седмицата разликата е още по-драстична, когато с умора са 37 или 48,1% от учениците на смени и едва 13 или 6,8% от учениците без промяна на смяната. (Pearson Chi-Square 61,516 p<0,001). Целогодишното обучение с периодични промени на смяната седемкратно с OR 7,060 (95% CI 3,977-12,532) по-често води до умствена умора в края на седмицата при приключване на годината в сравнение с редовното предиобедно обучение.

Табл. 2. Ученици с умора според интегрални показатели за работоспособност - тремометрия и коректурен тест в групите на редовна смяна и двусменен режим на обучение (брой и относителен дял в %)

Учебна година	Ден	Режим на обучение	Тремометрия Физическа умора	P	Коректурен тест Умствена умора	P
Начало на учебната година	Понеделник	На смени	5 (6,1%)	>0.05	9 (10,8%)	>0.05
		Редовна	6 (3%)		28 (14,7%)	
	Сряда	На смени	9 (12,5%)	>0.05	10 (13,5%)	>0.05
		Редовна	30 (14,4%)		23 (11,6%)	
	Петък	На смени	8 (11%)	>0.05	21 (30%)	0,027
		Редовна	14 (7,2%)		32 (17,4%)	
Край на учебната година	Понеделник	На смени	3 (3,7%)	>0.05	35 (43,2%)	0,018
		Редовна	13 (7,4%)		51 (28,3%)	
	Сряда	На смени	11 (14,5%)	>0.05	11 (14,5%)	>0.05
		Редовна	19 (9,6%)		33 (16,8%)	
	Петък	На смени	7 (9,2%)	>0.05	37 (48,1%)	0.000
		Редовна	26 (13,5%)		13 (6,8%)	



Фиг. 1. Разпределение в относителен дял по нивото на работоспособност според коефициент от тремометрия при ученици редовна смяна и двусменен режим на обучение - (%)

Корелационните коефициенти на висока работоспособност с учебните занятия в редовна смяна преди обяд са достоверни положителни и слаби по сила в петъка от началото на учебната година (0,151 при p<0,05) и в понеделника в края на учебната година (0,173 при p< 0,01). В края на учебната годината в петък установяваме най-високият умерен по сила значим положителен корелационен коефициент 0,436 при p<0,001.

Табл. 3. Редовни сутрешни учебни занимания и корелационни зависимости с интегрални показатели за повишена работоспособност

Учебна	Ден	Повишена работоспособност	Учебни занятия	
Начало на учебната година	петък	Коефициент за графична тремометрия	Correlation Coefficient	0,113
			p	0,065
			N	268
		Коефициент коректурен тест	Correlation Coefficient	**0,151***
			p	**0,016**
			N	**254**
Край на учебната година	понеделник	Коефициент за графична тремометрия	Correlation Coefficient	-0,070
			p	0,266
			N	257
		Коефициент коректурен тест	Correlation Coefficient	**0,173***
			p	**0,005**
			N	**261**
	сряда	Коефициент за графична тремометрия	Correlation Coefficient	-0,008
			p	0,893
			N	274
		Коефициент коректурен тест	Correlation Coefficient	-0,021
			p	0,734
			N	273
	петък	Коефициент за графична тремометрия	Correlation Coefficient	-0,011
			p	0,853
			N	269
		Коефициент коректурен тест	Correlation Coefficient	**0,436***
			p	**0,000**
			N	**268**

Обсъждане

Умората кумулира и въпреки възрастовото предимство на сменно обучаваните ученици в начална училищна възраст двусменният режим е в противоречие с изисквания за адекватен дневен режим. Твърде ранният начален час на заниманията в ранна училищна възраст се свързват и от други проучвания с намалени нива на внимание опосредствано основно от недостатъчна продължителност на съня. [2,3]. Най-новите проучвания в областта, оценяват ефектите от промененото начално време на училище върху моделите на съня и свързаните с тях резултати.[4–6] Доказва се уникална биологична промяна в циклите на съня, причинена от по-късното време на лягане и събуждане. [7, 8] Обобщението на настоящите доказателства, обосновава необходимостта от промяна на

политиката на организация на училищните режими за да се постави здравето на подрастващите като основен приоритет и да се прилагат начални часове в училище, съобразени с анатомо-физиологичните нужди на развиващите се ученици в предучилищна възраст. [9, 10]

Заключение

Един от основните фактори определящи учебната среда в начална училищна възраст на проучените училища в град Варна се явява нефизиологичната организация на учебния процес с включване на двусменен режим на обучение от 2 клас. Ранният начален и късният финален час създават риск за нарушения във функционалното състояние на учащите, проявяващи се с нарушените динамики на умствена и физическа работоспособност на децата на възраст от 7 до 10 години. Въпреки иновативните педагогически подходи и усъвършенстваните форми на преподаване на учебния материал, несъобразяването на организацията на учебния процес и материално-техническата база с анатомо-физиологичните особености на учениците, академичната успеваемост и здравето са изложени на риск.

Литература

1. Au R, Carskadon M, Millman R, Wolfson A, Braverman PK, Adelman WP, et al. School start times for adolescents. Pediatrics. 2014;134(3):642–9.
2. Perkinson-Gloor N, Lemola S, Grob A. Sleep duration, positive attitude toward life, and academic achievement: The role of daytime tiredness, behavioral persistence, and school start times. J Adolesc. 2013 Apr;36(2):311–8.
3. Thacher P V., Onyper S V. Longitudinal Outcomes of Start Time Delay on Sleep, Behavior, and Achievement in High School. Sleep. 2016;39(2):271–81.
4. Alfonsi V, Scarpelli S, D'atri A, Stella G, De Gennaro L. Later School Start Time: The Impact of Sleep on Academic Performance and Health in the Adolescent Population.
5. Das-Friebel A, Gkiouleka A, Grob A, Lemola S. Effects of a 20 minutes delay in school start time on bed and wake up times, daytime tiredness, behavioral persistence, and positive attitude towards life in adolescents. Sleep Med. 2020 Feb 1;66:103–9.
6. Cerasuolo M, Conte F, Giganti F, Ficca G. Sleep changes following intensive cognitive activity. Vol. 66, Sleep Medicine. Elsevier B.V.; 2020. p. 148–58.
7. Barnes M, Davis K, Mancini M, Ruffin J, Simpson T, Casazza K. Setting Adolescents Up for Success: Promoting a Policy to Delay High School Start Times. J Sch Health [Internet). 2016 Jul 1 [cited 2020 Nov 14);86(7):552–7.
8. Lin L, Somerville G, Boursier J, Santisteban JA, Gruber R. Sleep Duration Is Associated with Academic Achievement of Adolescent Girls in Mathematics. 2020; 237-267
9. Clara MI, Allen Gomes A. An epidemiological study of sleep−wake timings in school children from 4 to 11 years old: insights on the sleep phase shift and implications for the school starting times' debate. Sleep Med. 2020 Feb 1 ;66:51–60.
10. Lew D, Xian H, Loux T, Qian Z, Vaughn M. Short sleep duration and latent classes of risk profiles among adolescents. Heal Behav Policy Rev. 2020;7(1):27–37.

РАЗПРОСТРАНЕНИЕ И ВРЕМЕВА ДИНАМИКА НА ПЛАСТМАСОВОТО ЗАМЪРСЯВАНЕ В СЕКТОР ОТ КРАЙБРЕЖНАТА ИВИЦА НА ГРАД ВАРНА

Я. Ченков*, А. Андреев**

** Катедра „Хигиена и епидемиология“, Факултет „Обществено здравеопазване“, Медицински университет – Варна*

*** Регионална здравна инспекция – Варна*

Контакт: Ас. Явор Ченков
e-mail: Funky911@abv.bg

Въведение

Пластмасовите продукти по същество представляват синтетични полимери изградени от дълги вериги от най-често въглеродни атоми, подредени в повтарящи се единици. Изходните продукти за тяхното производството са петрол и други изкопаеми горива. Материали наподобяващи пластмаса са изработвани още от древността от различни смоли, но масовото производство в Съединените американски щати нараства с 300% още по време на Втората световна война [1]. Физичните и химични свойства на пластмасата, водещи до сравнително лесната й обработка, я превръщат в продукт от първостепенно значение и след първата половина на 20 век потреблението й в световен мащаб нараства многократно поради широкото приложение в бита. Но наред с удобствата се появяват и проблеми от екологично и здравно естество.

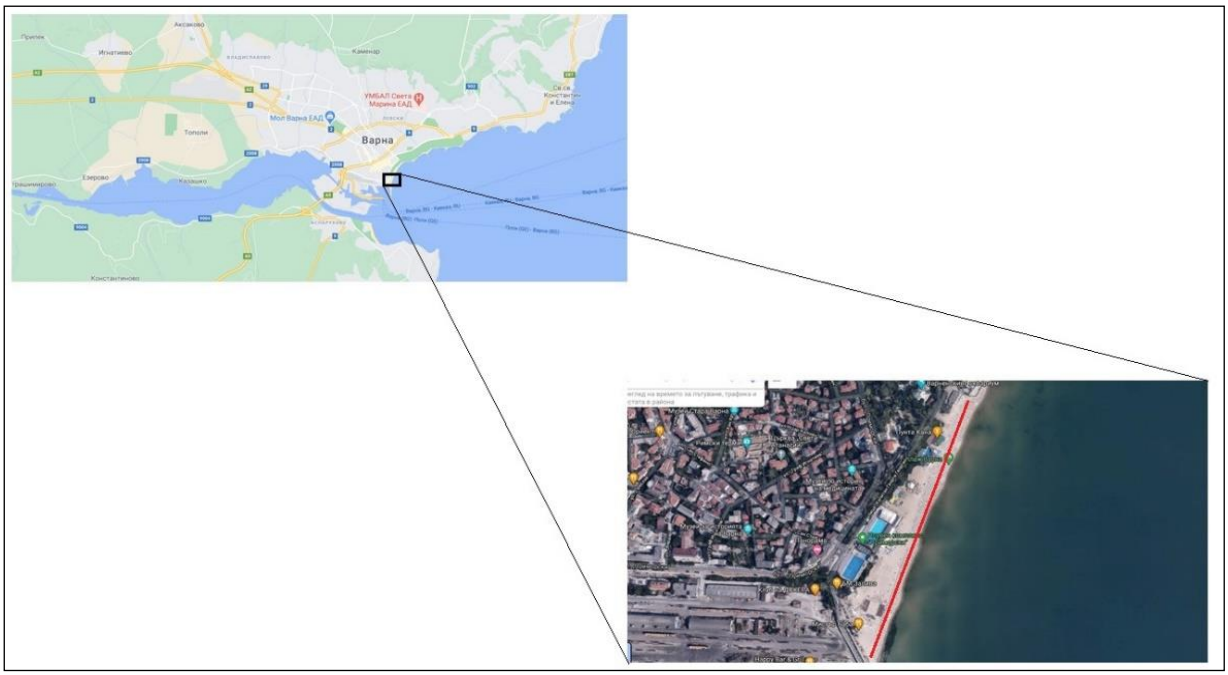
Повсеместното замърсяване на водната среда с пластмасови отпадъци е забелязано още в началото на 70-те години [2,3,4,5]. Тогава изследователите проучват предимно откритите океани и по-големите морета. Липсват данни за проучвания на замърсяванията в моретата от затворен тип (Средиземно, Черно, Каспийско море) от този период. Понастоящем пластмасовото замърсяване е видимо и в акваториите на Черно море, но все още се знае твърде малко за разпространението на отпадъците, количеството им и възможните здравни последици върху населението, произтичащи от този глобален проблем. Счита се, че самите синтетични полимери са с ниска биотоксичност, но различните адитиви към тях, добавяни по време на производството носят значително по-голям риск за здравето на хората. Поради факта, че микропластмасовите фрагменти и сорбентите в тях имат способността да станат част от хранителната верига в морето, на дневен ред се повдига въпроса за възможните последици върху здравето на човека, стоящ на върха на тази верига.

Материал и методи

Локации и взимане на проби

На 20.07.2019г между 7.00 и 10.00 ч е обходено разстояние от 600м по протежение на плажната ивица на централен плаж, гр. Варна с. начална и крайна точка с координати съответно 43°11'46.0"N 27°55'16.6"E и 43°12'04.2"N 27°55'25.2"E **(Фиг.1)**. В екипа, който събираше пробите участваха общо 5 студенти и доброволци от НПО. Обхождането на плажната ивица се осъществява по следният метод: Тръгва се от приливната зона на бреговата линия и се върви в перпендикулярна посока до достигане на зоната от плажа, граничеща с началото на растителността или сграда. След това се прави една крачка встрани и се връща в обратната посока до достигане на приливната зона на бреговата линия. Моделът на обхождане представлява вектор със зигзагообразна траектория. Събират се само видимите на повърхността на пясъка пластмасови отпадъци. Избягват се зоните в непосредствена близост до чадъри и плажуващи хора.

На 15.05.2020г между 13.00 и 16.00 ч е обходено същото разстояние по протежение на плажната ивица с начална и крайна точка, съответстващи на същите координати както и при обхождането от 20.07.2019. Този път в пробонабирането участваха 4 доброволци. Моделът на обхождане е същият както при първото пробонабиране, като отново се събират само повърхностни отломки и се избягват зоните в непосредствена близост до чадъри и плажуващи хора. И при двете пробонабирания като помощни материали се използват латексови ръкавици и найлонови торби за смет.



Фиг.1. Географска карта на гр. Варна и участъкът от плажната ивица, от който са събирани пробите. Червената линия отразява обходеното разстояние (600м) от плажната ивица

Документиране на отломки и статистически анализ

След двете обхождания на посоченият участък от плажната ивица, всички събрани пластмасови отломки се претеглят и документират снимково, след което се преброяват и категоризират. Фрагментите се подреждат на бял фон и се заснемат на естествена дневна светлина с професионален фотоапарат модел Sony A7 III с макро-обектив 35мм. Накрая е извършен дескриптивен и сравнителен статистически анализ на пробите от двете обхождания.

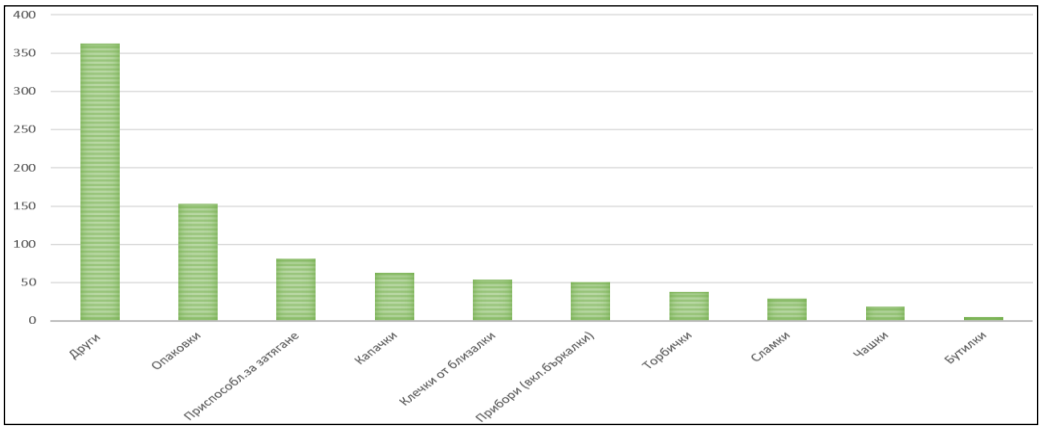
Социологически метод

Проведено е кратко анкетно проучване за установяване на информираността и нагласите на хората относно замърсяването с пластмаса. Съставената под формата на Google-формуляр виртуална анкета е разпратена на 262 човека, живеещи в гр. Варна. Анкетата включва 14 въпроса (от които 1 отворен въпрос), касаещи различните аспекти на замърсяването с пластмаса и отношението на гражданите към този проблем. Периода на анкетирането е от 15-ти до 22-ри май 2020 година. Цялата анкета с всички въпроси ще бъде публикувана в друго проучване.

Резултати

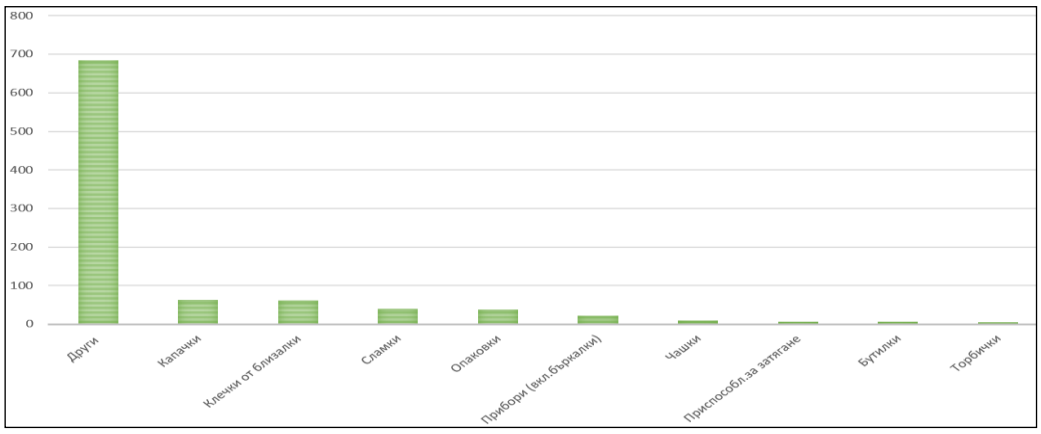
При обхождането на плажната ивица на 20.07.2019г. бяха събрани близо 1000 отпадъка, от които само 856 бяха отнесени в категория „пластмаси“ и те останаха за анализ. Останалите бяха предимно метални (алуминиеви кутии тип кен) или хартиени и органични отломки (остатъци от храна и растителни тъкани), които след обхождането бяха изхвърлени разделно в контейнери за битови отпадъци.

Общото тегло на събраните пластмасови отпадъци възлиза на прибл. 1040 гр. Най-често разпространените отломки спадат към категорията „Други“ (n=363). На второ място по разпространение се нареждат опаковките (n=153), следвани от приспособленията за затягане (n=81). Най-рядко срещаните отпадъци се оказаха пластмасовите чашки (n=19) и бутилки (n=5); **(Фиг. 2)**. Най-малкият размер сред фрагментите възлиза на <4мм, а най-мащабни и обемни се оказаха найлонови торби и бутилки (>10 см).



Фиг. 2. Категории пластмасови отпадъци при първото обхождане на плажната ивица

При второто обхождане на 15.05.2020г бяха събрани 938 отломки, които съотнесохме в категория „пластмаси“. Всички останали отломки, принадлежащи към категориите „метали“, „хартия“ и „органични отпадъци“ бяха изхвърлени разделно в съответните контейнери. Общото тегло на събраните пластмасови отпадъци възлиза на ≈ 960 грама. И при второто обхождане най-често разпространените пластмасови отломки се оказаха от категорията „Други“ (n=685), следвани от капачките (n=63) и пластмасови клечки (n=62). Най-рядко срещаните отпадъци са бутилките (n=7) и торбичките (n=5) **(Фиг. 3)**. Цветовата гама на събраните отломки е разнообразна – парчетата са с бял, сив, кафяв, син, розов, червен, жълт и зелен цвят.



Фиг. 3. Категории пластмасови отпадъци при второто обхождане

В настоящият доклад не може да се събере целият снимков материал от документираните отломки, поради големият обем на информацията. Той може да бъде предоставен при поискване от авторите след свързване с тях.

Обсъждане

Описаната методология в това проучване представлява първи опит за своеобразен екологичен мониторинг на плажната ивица в оживен градски плаж. Получените резултати показват най-често срещаните категории пластмасови отпадъци и времевата динамика на тяхното разпространение. Забелязват се сходства в това проучване и проучването на А. Симеонова и Р. Чутуркова [6], по отношение на видовото разнообразие на намерените фрагменти. Подобно на описаното в техният доклад, тук също се наблюдават сезонни различия в честотата и разпределението на отломките след сравнителният анализ от двете обхождания, което не е необичайно с оглед на динамичният контраст между туристическият и зимният сезон в региона. По-голямата част от отпадъците спадат към категорията „Други“, като болшинството от тях е от неидентифициран тип (микропластмасови фрагменти <5 мм, отчупени от по-голям предмет) и много малка част микропластмаси с установен произход, които не спадат към нито една от описаните категории (фрагменти от играчки, тютюневи консумативи и др. фрагменти).

Поради оскъдното количество литература относно пластмасовото замърсяване по българското Черноморие е все още рано да се правят по-мащабни съпоставки и анализи на разпространението и вида на замърсителите. Въпреки това вече са направени опити за установяване на моделите на разпространение на пластмасовите отпадъци в акваторията на Черно море [7,8], което е особено полезно за идентифицирането на региони за натрупване и насочването на вниманието на научната общност към тях. Резултатите от това проучване са сходни с резултатите от проучвания на други български и румънски изследователски екипи [9,10], които обаче са провели експедиции в открито море, т.е. оказва се, че най-често срещаните категории замърсители от пластмасов произход описани в настоящото проучване са сходни с установените в другите две проучвания.

Нараства броят доклади, подкрепящи връзката между повсеместното пластмасово замърсяване и потенциалните опасности за здравето на човека [11, 12, 13, 14]. С оглед на факта, че най-разпространените пластмасови замърсители, открити в настоящото проучване са неидентифицирани фрагменти, на преден план възниква необходимостта от по-задълбочен и обстоен физико-химичен анализ на замърсяването по плажните ивици на градовете с цел установяване на точния полимерен състав на отпадъците, както и съдържанието на добавъчни вещества към тях, с потенциално токсично въздействие върху организмите, в това число и човека.

Ограничения

Настоящото проучване е белязано от някои несъвършенства и ограничения в дизайна и методологията. Добре е да се отбележи, че при обхожданията са взимани проби само от повърхностният слой на пясъка, като по този начин не става ясно какво е разпространението на микро- и макропластмасата в по-дълбоките слоеве. Освен това, зоните в непосредствена близост до фиксирани чадъри и/или мебели на заведения и плажуващи туристи също не попадат в полезрението на изследване, което води до предположението, че количеството на всички налични пластмасови и други отпадъци в този сегмент от плажната ивица е по-голям от установеният.

Преценката дали дадена отломка е от пластмаса се прави на базата на субективните визуални усещания на доброволците за вида фрагмент и не е провеждан микроскопски и спектрален анализ за акуратно установяване на вида полимер. За тази цел е необходима специализирана апаратура и софтуери, включващи автоматизиран подход за анализ на микропластмаса с помощта на FTIR микроскопия и анализ на изображения с фокална равнина (FPA)[15], и още няколко други метода, които предоставят ценна информация за полимерният състав на намерените отломки [16].

Заключение

С оглед на уникалните физико-химични особености на Черно море, различаващи го от всеки друг воден басейн на Земята, може да се предположи, че и механизмите на разпределение, деградация и влияние на пластмасовото замърсяване върху морските екосистеми се различават от тези в океаните и останалите морета от затворен и полузатворен тип, въпреки някои сходства в наблюдаваните резултати. Благодарение на увеличаващият се брой доклади от научни екипи от всички държави с излаз на Черно море, белите петна в тази област на познанието започват да се запълват, придавайки яснотата, която е така необходима за изграждане и установяване на една преморбидна профилактика на населението във връзка с потенциалните опасности от пластмасовото замърсяване.

Литература

1. Joseph L. Nicholson and George R. Leighton, "Plastics Come of Age," *Harper's Magazine,* August 1942, p. 300-307.
2. Carpenter EJ, Smith KL (1972) Plastics on the Sargasso Sea surface. Science 175: 1240
3. Venrick EL, Backman TW, Bartram WC, Platt CJ, Thornhill MS, et al. (1973) Man-made objects on the surface of the central North Pacific ocean. Nature 241: 271–271
4. Colton JB, Knapp FD, Burns BR (1974) Plastic particles in surface waters of the northwestern Atlantic. Science 185: 491–497
5. S.I. Rothstein (1973); Plastic particle pollution of the surface of the Atlantic Ocean: evidence from a seabird;Condor, 75 (1973), pp. 344-345
6. Anna Simeonova, Rozalina Chuturkova, Marine litter accumulation along the Bulgarian Black Sea coast: Categories and predominance,Waste Management,Volume 84, 2019, Pages 182-193, https://doi.org/10.1016/j.wasman.2018.11.001.
7. S. Miladinova, D. Macias, A. Stips, E. Garcia-Gorriz, Identifying distribution and accumulation patterns of floating marine debris in the Black Sea, Marine Pollution Bulletin, Volume 153, 2020, 110964, https://doi.org/10.1016/j.marpolbul.2020.110964.
8. Stanev, Emil & Ricker, Marcel. (2019). The Fate of Marine Litter in Semi-Enclosed Seas: A Case Study of the Black Sea. Frontiers in Marine Science. 6. 660. 10.3389/fmars.2019.00660.
9. Suaria, Giuseppe & Melinte-Dobrinescu, Mihaela & Ion, Gabriel & Aliani, Stefano. (2015). First observations on the abundance and composition of floating debris in the North-Western Black Sea. Marine Environmental Research. 107. 45-49. 10.1016/j.marenvres.2015.03.011.
10. Berov, Dimitar & Klayn, Stefania. (2020). Microplastics and floating litter pollution in Bulgarian Black Sea coastal waters. Marine Pollution Bulletin. 156. 111225. 10.1016/j.marpolbul.2020.111225.
11. Yelena B. Wetherill, Benson T. Akingbemi, Jun Kanno, John A. McLachlan, Angel Nadal, Carlos Sonnenschein, Cheryl S. Watson, R. Thomas Zoeller, Scott M. Belcher, In vitro molecular mechanisms of bisphenol A action, Reproductive Toxicology, Volume 24, Issue 2, 2007, Pages 178-198, https://doi.org/10.1016/j.reprotox.2007.05.010.
12. Fisher, Jane. (2004). Environmental anti-androgens and male reproductive health: Focus on phthalates and testicular dysgenesis syndrome. Reproduction (Cambridge, England). 127. 305-15. 10.1530/rep.1.00025.
13. Wormuth, Matthias & Scheringer, M. & Vollenweider, M. & Hungerbühler, K.. (2008). What are the sources of exposure to eight frequently used phthalic acid esters in Europeans. Risk Anal.. 6. 803-824.
14. Meeker, John & Sathyanarayana, Sheela & Swan, Shanna. (2009). Phthalates and other additives in plastics: Human exposure and associated health outcomes. Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences. 364. 2097-113. 10.1098/rstb.2008.0268.
15. Primpke, Sebastian & Lorenz, Claudia & rascher-friesenhausen, Richard & Gerdts, Gunnar. (2017). An automated approach for microplastics analysis using focal plane array (FPA) FTIR microscopy and image analysis. Anal. Methods. 9. 10.1039/C6AY02476A.
16. Wenfeng, Wang & Wang, Jun. (2018). Investigation of microplastics in aquatic environments: An overview of the methods used, from field sampling to laboratory analysis. TrAC Trends in Analytical Chemistry. 108. 10.1016/j.trac.2018.08.026.

ПРИРОДО-ГЕОГРАФСКИ ОСОБЕНОСТИ НА ЧЕРНОМОРСКОТО КРАЙБРЕЖИЕ НА БЪЛГАРИЯ, ОПРЕДЕЛЯЩИ НАПРАВЛЕНИЯТА НА ДЪРЖАВНИЯ ЗДРАВЕН КОНТРОЛ НА РЕГИОНАЛНО НИВО

Д. Монов
Медицински колеж, Учебен сектор "Инспектор обществено здраве", МУ– Варна

Контакт: Гл. ас. Данаил Монов
e-mail: dmmonov@abv.bg.

Въведение

На 1 януари 2008 г. влезе в сила Законът с цел защита на обществения интерес са устройство на Черноморското крайбрежие. /Закон за Черноморското крайбрежие Обн. ДВ. бр.48 от 15 Юни 2007г. С предвидени известни ограничения по него за пръв път се въвежда самостоятелна отношения на правния статут на законова уредба за чувствителната зона на крайбрежната ивица. Крайбрежната плажна границата между морето и брега ивица е изключителна държавна собственост, Черноморското крайбрежие, по смисъла на положение залегнало още в конституцията и закона, обхваща акваторията на Черно море със страната**.**

Морските плажове са изключителна държавна собственост. Публична държавна собственост, която не може да бъде обявена за частна, са морските плажове, брегоукрепителните и брегозащитните системи и съоръжения за предпазване от вредното въздействие на водите, изградени в имоти - държавна собственост, извън границите на населените места, прилежащите на морето крайбрежни езера, лагуни, лимани и влажни зони, пясъчните дюни, островите, включително и създадените в резултат на човешка дейност. Морските плажове с прилежащата им акватория в границите на защитените територии. Обекти на публична държавна широчина 200 м, островите във вътрешните собственост без право на промяна са: морски води и териториалното море, както и морските плажове, сухоземна част. [4]

Цел

Да проучим изискванията на закона за устройство на Черноморското крайбрежие, които определят задачите на държавния здравен контрол в областите в Черноморското крайбрежие на България.

Материал и методи

Нормативни документи за особеностите на Черноморското крайбрежие, изискванията за приложение на държавния здравен контрол, нагледни материали, указания, отчети, изследвания на факторите на околната среда – води-питейни, морски, минерални и др. Приложени са документален, статистически и графичен метод.

Резултати

Основната част на проучването е свързана с областите на компетентност и знания, които формират умения и отношение към проучваните обекти. Проявлението на една от основните географски закономерности – зоналността има основно значение за разкриването на влиянието на географското положение на Черноморското крайбрежие за формиране природните особености на България. Те определят задачите на държавния здравен контрол на факторите на жизнената среда и опазване на общественото здраве. Разглеждаме особености на Българското Черноморско крайбрежие, свързани със специфичните особености на:

Релеф: произход, надморска височина, ендогенни релефообразуващи процеси; екзогенни релефообразуващи и типични форми на релефа, образувани от тях (свлачища, речни тераси, плажове, пясъчни коси); особености в териториалното разпределение на формите на релефа. Оценка на релефа в Черноморското крайбрежие на България като фактор за стопанско развитие и защитени територии в областта.

Характеризира специфичните особености на климата: фактори, елементи, на климатичните области.

Характеризира специфичните особености на водите: главен вододел, отточни области, подземни и повърхностни води. Оценява водите в Черноморското крайбрежие на България като фактор за стопанско развитие

Характеризира специфичните особености на почвите**:** фактори на почвообразуването, типове почви – черноземни (chernozems), сиви горски (лесивирани, luvisols), канелени горски (метаморфни, cambisols), смолници (vertisols), кафяви горски (метаморфни, cambisols), планинско-ливадни (umbrosols), алувиално-ливадни (наносни, fluvisols), хумуснокарбонатни (laptosols, rendzic), жълтоземни (alisols); закономерности в териториалното им разпространение. Характеризира специфичните особености на растителността и животинския свят. [1,2,3]

Оценката на природноресурсния потенциал на Черноморското крайбрежие определя задачите на държавния здравен контрол, над продукти, стоки и дейности със значение за здравето на населението, и на фактори на жизнената среда в съответствие със Закона за здравето, Закона за водите, други подзаконови нормативни документи, регламентиращи дейността на държавния здравен контрол. [5, 6, 7, 8, 9,10,11]

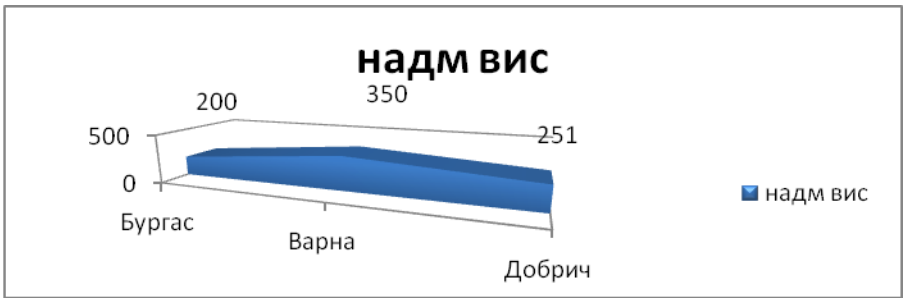
Особености, основни понятия, даващи характеристиката на устройството Черноморското крайбрежие.

Черноморското крайбрежие е източна граница на България. Обхваща крайбрежието на Черно море от нос Картал до устието на река Резовска. Нейната дължина е 378 km. Териториалните води достигат на 12 морски мили от брега, прилежащата зона – на 24 морски мили от брега и изключителната икономическа зона – на 200 морски мили от брега (на практика значително по-малко заради ограничените размери на Черно море). [4]

Характеристика на съвременния релеф

В Българското черноморско крайбрежие надморската височина е малка – от 0 до 600 м.

- Преобладават ниските части до 100 м. В тях се включват източните части на Приморска Добруджа, лиманите на реките Провадийска (Варненско-Белославски), Батова, Камчия, Бургаската низина, отделни части от Странджанската част на крайбрежието.
- Между 100 и 300 м надморска височина попадат платата Добруджанско, Франгенско, Момино (Авренско) и възвишенията, ограждащи Бургаската низина.
- С над 300 до 600 м., т.е. в ридово-хълмистият височинен пояс, са само малки части от планините Камчийска, Еминска и Айтоска, ридът Босна. **(фиг. 1)**
- От съвременните релефообразуващи процеси по черноморското най-голямо разпространение имат свлачищата. Те са разпространени в местата с висок клифов бряг и долината на Батова река.
- Общата им дължина е около 52 км и имат обща площ от 5 400 ха. Активизирането им е свързано с продължителни валежи и промяна на равнището на подземните води.
- Те са най-силно проявени в района северно от Варна, в районите на курортните комплекси "Свети Константин и Елена", "Златни пясъци" и "Албена".



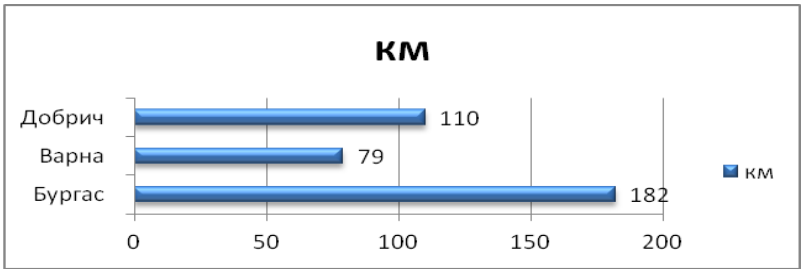
Фиг.1. Надморска височина на областите Бургас, Варна, Добрич по Черноморското крайбрежие - (в метри)

- Срутища има в района на Русалка и село Българево, Каварненско. Образуват се при изветряне на скалите, ерозия, абразия, земетресения и други процеси. Стават активни след продължителни валежи и при земетресения. Разпространени са в района на скалните откоси на платата, в места със стръмен, дори отвесен морски бряг в северната част на черноморското крайбрежие
- Българското Черноморско крайбрежие представлява една ивица от сушата, разположена на запад от Черноморския бряг. Тя се простира от север от нос Сиврибурун на юг до река Резовска) и има дължина около 378 км и ширина от 30 до 50 км, т.е. обхваща местата, в които се чувства черноморското климатично влияние. По права линия дължината е само 199 км.
- Територия: От север на юг в Българското Черноморско крайбрежие се включват най-източните части на Дунавската равнина, Предбалкана, Главната Старопланинска верига, цялата Бургаска низина и източните разклонения на Странджа планина. На север граница е държавната ни граница с Румъния, а на юг – държавната граница с Турция, минаваща по река Резовска. Към българска територия се включва и 12 – милната част от морето, намираща се непосредствено край бреговата линия**.**
- Острови: На България принадлежат и няколко острова, с малки размери и намиращи се близко до брега – Свети Иван, Свети Петър, Света Анастасия, Змийски остров и други.
- Полуострови: Най-големи са Калиакра, Емине, Атия, Масленноски (най-големият - 5 км^2) и други.
- Морски носове: Особено импозантен е нос Калиакра, който се извисява 70 метра над морската повърхност и навлиза около 2 км навътре в морето.
- Заливи: Най-големите са Бургаски, Варненски, Несебърски и др. В Странджанското крайбрежие бреговата линия е по-нарязана, с множество малки полуострови, носове и заливи. По-добре са оформени двата по-големи залива – Бургаски и Варненски.
- Плажове: Характерна особеност е наличието на множество плажове. Те заемат 1/3 (34%) от дължината на българския бряг **.** Бургаска област има 11 плажа по крайбрежната ивица в:

- Бургас, Слънчев бряг, Поморие, Несебър, Обзор, Китен, Созопол, Ахтопол, Свети Влас, Айтос, Поморие, Ахелой.
- Варненска област: Златни пясъци, Варна Аспарухово, Камчия, Шкорпиловци.
- Област Добрич: Албена, Балчик, Каварна, Шабла, Кранево

Морският плаж е територия, представляваща обособена част от крайбрежната плажна ивица, покрита с пясък, чакъл и други седиментни или скални образувания в

резултат на естествени или изкуствено предизвикани в резултат на човешка дейност процеси на взаимодействие на морето със сушата. Към територията на морския плаж се включват и пясъчните дюни, разположени непосредствено зад плажната ивица или попадащи върху морския плаж (Изм. - ДВ, бр. 27 от 2013 г.). Общата дължина на българския черноморски бряг е 371 км, падат се 32,24% от дължината на всички плажове или 31,52% от тяхната площ**.** [2]

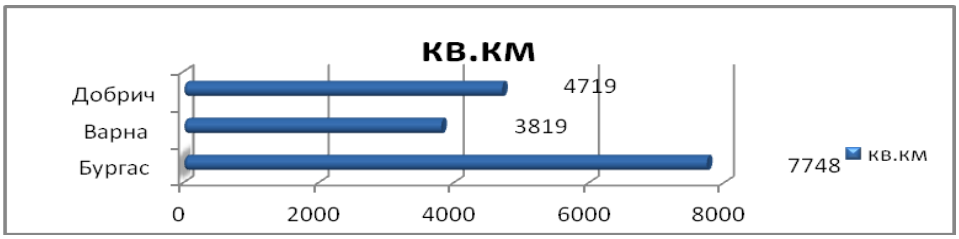


Фиг. № 2. Дължина на бреговата линия на Черноморското крайбрежие (км)

Дължина на бреговата линия на Черноморското крайбрежие е най-дълга на Бургаска област-182 км (49,05% от територията на крайбрежието), следвана от Добричка област-110 км (29,64%) и за Варненска област 79км.(21,20%) - **Фиг. 2.**

- Най-дълъг е Камчийско-Шкорпиловският плаж - 12 км. По-големи са плажовите ивици между Варна и Балчик и между Бургас и Емине.
- По-известни са плажовете Русалка, Албена, Златни пясъци, Варненски, Обзорски, Слънчев бряг, Несебърски, Поморийски, Бургаски, Созополски, Кваците, Китенски и др.
- По някои от пясъчните плажове са образувани пясъчни дюни високи до 6-8 метра
- Крайбрежната плажна ивица е обособена територия, съставена от отделни морски плажове, представляваща част от морския бряг към прилежащата му акватория
- Дюни: резултат на акумулативната дейност на вятъра югозападно от Несебър са образувани дюни, достигащи 8-10м. височина.
- Лимани: представляват широки алувиални низини. Натрупаните от крайбрежните течения пясъчни коси са преградили речните устия и са ги превърнали в лиманни езера. Такива са Дуранкулашкото, Бургаските езера и др. В резултат на потъването на крайбрежието в края на кватернера са се образували лиманите на реките Батова и Камчия.

Черноморската област се простира в меридионално направление, успоредно на черноморския бряг и заема ивица с площ 40 - 60 км. По територия най-голям дял заема Бургаска област, която е 6,9% от територията на страната, следвана от Добричка област, с 4,24% и най-малък относителен дял Варненска област 3,4%.**(Фиг. № 3).**



Фиг. №3 Територия по области на Черноморското крайбрежие в кв. км

Черноморската област се дели на три подобласти: северна, средна и южна.

Северната подобласт на юг достига до северните склонове на Камчийска Стара планина**.** В нея се включват най-източните периферни части на Дунавската равнина, Франгенското и Авренското плато, както и долината на р. Камчия. Тази подобласт се отводнява от реките Батова, Провадийска, Камчия. Черноморският бряг до нос Шабла е нисък и праволинеен, а на юг става по-висок и скалист.

Северно крайбрежие. Дължината му е 37.9% от българската черноморска брегова линия. Обхваща частта от границата с Румъния (нос Сиврибурун до устието на река Фъндъклийска). Това е ниска равнина, на места, особено около Дуранкулашкото и Шабленското езера и заблатена. На юг е Добруджанското плато, което на изток към морето образува стръмен бряг, а на юг достига до долината на река Батова. Има множество свлачища, особено в района на града Балчик.

На юг от Балчик е разположена Балтата, образуваната от река Батова лиманна низина. Между нея и Черно море е обширен пясъчен плаж. Франгенското плато от твърди варовити скали, които към морето са образувани скални корнизи е между Батова река и Варненското езеро. Към брега на морето има редица свлачища. Южно от Франгенското плато е разположено Белославско-Варненското грабеново понижение. В него са разположени двете езера – Белославско и Варненско, които са част от дългия 30 км лиман.

Момино (Авренско) плато в долината на река Камчия е. То има сравнително по-заоблена форма, дължаща се на липсата на варовици в неговото горнище. На юг е разположен Камчийският участък на Черноморското крайбрежие. Той започва от Авренското плато и достига до устието на река Фъндъклийска. Тук е развита най-голямата у нас лиманна низина – Камчийската (Лонгоза). Тук се намира най-дългият български пясъчен плаж – Шкорпиловския (11 км).

Средната подобласт /разположена между р. Камчия и р.Хаджийска/ обхваща най-източните нископланински разклонения на Камчийска, Еминска и Айтоска Стара планина. Отводнява се от реките Фъндъклийска, Двойница и др.

Средно (Старопланинско) крайбрежие заема 12.1% от дължината на бреговата линия.Включва ниската Камчийска планина, част от Еминска планина и Айтоска планина. Релефът е гънков, морски бряг, стръмен, почти отвесен.

- Образувани са три ниски планини – Камчийска, Еминска и Айтоска, които са част от Предбалкана и Източна Стара планина.
- Понижени равнинни и хълмисти части на земната повърхност, през които протичат реките, вливащи се в Черно море.).
- В района на понижения в море, което се вдава в брега и образува плажове, най-значим от които е Обзорския плаж.

Южната подобласт е най-голяма по територия. Обхваща Бургаската низина, тясната крайбрежна ивица на Странджа планина. /разположена между р. Хаджийска и р. Резовска /Отводнява се от реките Айтоска, Русокастренска, Средеца и Факийска/. Между Бургаското и Мандренското езеро се издигат хълмовете на Върли бряг /209 м/. Странджанското крайбрежие се разчленява от реките Ропотамо, Дяволска, Велека и Резовска.

Южно крайбрежие. Обхваща 50.0% от бреговата линия на България с Черно море. В тази част на страната бреговата линия е по-силно нарязана. Южното черноморско крайбрежие се състои от две съществено отличаващи се части – Бургаско крайбрежие (Бургаска низина) и Странджанско крайбрежие.

Бургаската низина е обширна ниска алувиална низина. Дължината и е около 30 км, а ширината до 50 км. Надморска и височина е 80-100 м. Наклонена е към *Бургаския залив.* Разположена между Айтоска и Еминска планина на север, Черно море на

Изток, Странджа на юг и на запад разклоненията и склоновете на Бакаджиците. Реките Айтоска, Русокастренска, Средецка и Факийска формират радиална долинна мрежа (подковообразна форма).

В нея са разположени големите крайморски езера - Бургаско, Мандренско и Атанасовско.

- Край морето се откроява само една по-висока част – възвишението Върли бряг (209 м).
- В северната част е развит големия плаж „Слънчев бряг" и в плажовете има пясъчни дюни с височина до 11 м.

Странджанската подобласт на Южното крайбрежие обхваща ниските ридове и техните разклонения. Бреговата линия е по-силно разчленена. Образувани са множество малки заливи, скалисти носове, плажове, пясъчни дюни, удавени речни устия. Характерни са малки полуострови (до 2 км дължина), завършващи със стръмни носове в морето. Сред тях са Атия, Св. Агалина, Маслен нос, Синеморец и др. Има и редица малки заливи като Атия, Созополски, Алепу, Стомопло и др. Най-северно местоположение в Странджанската подобласт има Росен баир. На юг са разположени Медни рид (376 м), Босна (502 м), Граничен (Белевренски) рид на Странджа. Между ридовете са разположени долините на реките, вливащи се пряко в Черно море като Ропотамо, Дяволска, Китенска, Велека и Резовска. Има и малки езера (Стомопло, Алепу, Аркутино) и лиманни устия на реките Ропотамо, Дяволска, Китенска, Велека и Резовска. Това създава по голяма разчлененост на релефа.

На територията на Черноморското крайбрежие се намират три области на България – Бургас, Варна и Добрич.

С цел защита на здравето на гражданите се извършва държавен здравен контрол (ДЗК) върху:

- установените с нормативен акт здравни изисквания за обектите с обществено предназначение
- продуктите, стоките и дейностите със значение за здравето на населението
- факторите на жизнената среда: Води (морски ,питейни ,минерални) въздух, електромагнитни лъчения и др.

Държавният здравен контрол на обектите с обществено предназначение се извършва както в процеса на тяхното проектиране и изграждане, така и в процеса на експлоатацията им. Извършва се:

- систематично - без предварително уведомяване;
- насочено – (текуща инспекция, тематична проверка) при постъпили сигнали от граждани, юридически лица, държавни и общински органи и организации или при наличие на данни за възникнали инциденти с риск за здравето на гражданите.
- Издава предписания за:

а) провеждане на задължителни хигиенни мерки в обектите с обществено предназначение при установяване на нарушения на здравните норми и изисквания;

б) спиране реализацията на продукти и стоки със значение за здравето на човека при съмнение за безопасността им;

в) отстраняване от работа на лица, които са болни и представляват опасност за здравето на околните;

г) отстраняване на констатирани нарушения на нормативно установените изисквания към химичните вещества и препарати.

д) незабавно спиране експлоатацията на обекти с обществено предназначение, на части от тях или на дейности, които се извършват в тях, когато е налице непосредствена

опасност за живота и здравето на хората, за разпространение на заразни заболявания или за възникване на отравяния.

Нормативната база за устройство на Черноморското крайбрежие е многократно актуализирана и утвърдена с допълнителни разпоредби. Въведени са основни понятия: морски бряг, пясъчни дюни, брегова линия, активна плажна площ, плажни принадлежности, допълнителна търговска площ, водно атракционни услуги, морски плаж за природосъобразен туризъм.[4]

Изводи

1. Проучени са особеностите на Черноморското крайбрежие на България и установените с нормативен акт здравните изисквания, на които трябва да отговарят обектите с обществено предназначение.

2. Изведени са основните характеристики на особеностите на Черноморското крайбрежие и нормативно въведената терминология (понятия), които да послужат за определяне на направленията на държавния здравен контрол по Черноморското крайбрежие, на факторите на жизнената среда: води – морски, минерални, питейни, въздух и др., както и да определи задачите на държавния здравен контрол, над продукти, стоки и дейности със значение за здравето на населението.

Литература

1. География на България. Физическа география. Социално-икономическа география. С., Изд. „Форком”, 2002 г. стр. 404-410.
2. Голяма енциклопедия България. Т. 1-12. С., Изд. „Труд”, 2012 г
3. Дончев, Дончо и др. География на България. Сборник материали за средношколци и кандидат-студенти. София, Сиела, 2007. ISBN 978-954-28-0173-3. с. 606
4. Закон за изменение и допълнение на Закона за устройството на Черноморското крайбрежие (обн., ДВ, бр. 19, 82 и 92 от 2009 г., бр. 45 и 82 от 2012 г., бр. 27, 28 и 66 от 2013 г посл. измДв. бр 56, 16 юли 2019 г)
5. ЗАКОН за водите Обн., ДВ, бр. 67 от 27.07.1999 г., в сила от 28.01.2000 г., изм., бр. 61 от 11.08.2015 г.
6. Закон за здравето, *ДВ* № 70 of 10.08.2004 в сила от 1.01.2005.. (Изм. - ДВ, бр. 98 от 2010 г., в сила от 1.01.2011 г.) (1) (Изм. - ДВ, бр. 98 от 2 в сила от 1.03.2016 г., изм. и доп., бр. 27 от 5.04.2016 г.
7. Закон за държавния служител Обн., ДВ, бр. 67 от 27.07.1999
8. Наредба № 9 от 21 март 2005 г. за условията и реда за създаване и поддържане на публичен регистър на обектите с обществено предназначение, контролирани от регионалните здравни инспекции (обн., ДВ, бр.28 от 2005г., посл. изм. ДВ бр.38 от 2011г
9. Наредба № 25 от 6 юни 2007 г. за условията и реда за вземане на проби и провеждане на лабораторни изследвания, анализи и експертизи, необходими за целите на държавния здравен контрол (обн. ДВ. бр.48 от 2007г.)
10. Наредба № 36 от 21 юли 2009 г. за условията и реда за упражняване на държавен здравен контрол обн. ДВ бр.63 от 7 август 2009г., изм. дв. бр.38 от 17 май 2011г., изм. и доп. ДВ бр.82 от 3 октомври 2014г.

СЕКЦИЯ D. ИКОНОМИКА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

УНИВЕРСАЛНОТО ЗДРАВНО ПОКРИТИЕ И ВРЪЗКАТА МУ С ОЦЕНКАТА НА ФУНКЦИОНИРАНЕТО НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

Минчо Минев
Катедра по икономика и управление на здравеопазването,
Факултет „Обществено здравеопазване“, МУ - Варна

Контакт: Гл. ас. Минчо Минев
e-mail: mincho.minev@mu-varna.bg

Въведение

Постигането на универсално здравно покритие е сред целите за устойчиво развитие, които страните от Организацията на обединените нации си поставят през 2015 г. [19]. Конкретно, това е подцел 3.8 - постигане на универсално здравно покритие, включително защита от финансов риск, достъп до качествени основни здравни услуги и достъп до безопасни, ефективни, качествени лекарствени продукти и ваксини за всички [22].

Универсалното здравно покритие се определя като възможността гражданите да получават здравните услуги, от които се нуждаят, с качество, гарантиращо ефикасността на тези услуги, без това да води до финансови затруднения за тях [22]. То е свързано с осигуряване на достъп до услугите, насочени към най-честите причини за болести и смърт, при качество на тези услуги достатъчно добро, за да се подобри здравето на хората, които ги получават. Други автори определят универсалното здравно покритие като фактическото получаване на ефикасни здравни услуги без страх от финансови затруднения [4]. В тази връзка адекватната финансова защита е един от ключовите фактори по пътя към универсално здравно покритие. В посочените определения се срещат категориите достъп до здравни услуги (включително финансова защита) и качество на здравните услуги. Измерването и оценката на тези категории е застъпено и в редица национални рамки, прилагани за оценка на функционирането на здравната система [29]. Това съвпадение предполага наличието на връзка между измерването на напредъка към универсално здравно покритие и оценката за функционирането на здравната система.

Целта на статията е да се изследва връзката между универсалното здравно покритие и оценката на функционирането на здравната система.

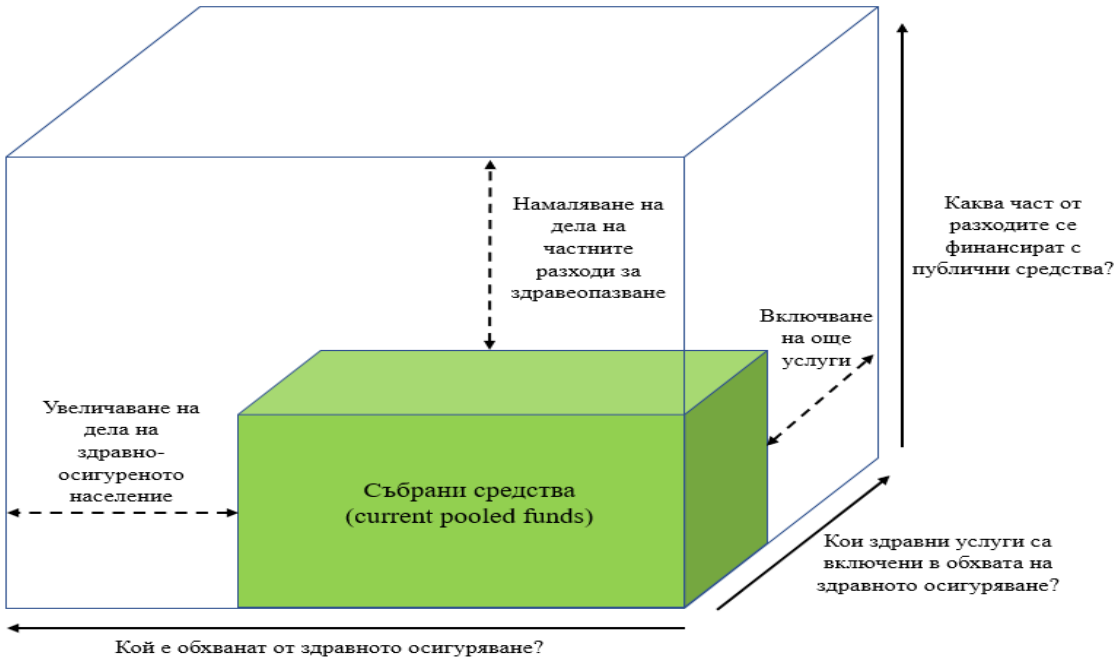
Материал и методи

За постигането ѝ е приложен дескриптивен анализ на релевантни научни публикации и доклади на международни и национални организации. Идентифицирани са основните измерения на универсалното здравно покритие и показателите използвани за оценка на напредъка към него като същите са съпоставени с измерения (димeнсии), използвани при извършването на оценка на функционирането на здравната система в България.

Измерения на универсалното здравно покритие и показатели за оценка

Универсалното здравно покритие включва три измерения: *дял на здравноосигуреното население* (Кой е обхванат от здравното осигуряване?), *услуги* (Кои здравни услуги са включени в здравното осигуряване?) и *разходи* (Каква част от разходите се финансират с публични средства?) [25]. Взаимовръзката между тези три измерения на

универсалното здравно покритие е възприето да се илюстрира чрез т. нар, куб на здравното покритие.



Източник: Адаптирано по доклад на Световната здравна организация [24]
Фиг. 1. Измерения на универсалното здравно покритие

Националните правителства са призвани да намират най-добрите решения при разходването на събираните средства за здравеопазване, спомагайки за балансираното придвижване и по трите оси.

Оценката на напредъка на страните към универсалното здравно покритие сама по-себе си се оказва съществено изпитание, както за водещите международни институции, така и за националните правителства. Както бе посочено, по-горе са налице три основни измерения на универсалното здравно покритие: покритие на целия спектър на здравни услуги, финансова защита и обхващане на цялото население. Налице са индикатори, които са широко използвани за оценка на всяко едно от тези измерения, но в същото време не са налице международно утвърдени единни методики за тяхната оценка [8]. В тази връзка Редок, проследява хронологията на процеса по избор на индикатори за оценка на прогреса към универсално здравно покритие като го определя като изключително трудоемък [14].

Световната здравна организация (СЗО) и Световната банка подкрепят два индикатора за измерване на прогреса към универсално здравно покритие: един измерващ обхвата на услугите и втори, измерващ финансовата защита [20]. Комбинацията от тези индикатори се очаква да успее да обхване трите измерителя на т. нар. куб на универсалното здравно покритие (вж. фиг. 1) [14]. Тези два индикатора са:

- ***Индекс на покритие на здравните услуги*** – дефиниран като средно ниво на покритие на основните здравни услуги, включващи репродуктивни грижи; грижи за бременни; грижи за новородените и децата; интервенции свързани с инфекциозни заболявания; интервенции свързани с неинфекциозни заболявания; капацитет за предоставяне на услуги и достъпа до тях. Показателят се измерва от гледна точка на цялото население и от гледна точка на най-уязвимите групи.
- ***Дял на домакинствата с катастрофални разходи за здравеопазване*** [22]

Здравната система следва да разполага с капацитет да предложи на населението здравни услуги, съобразно стандартите за качество, като тези услуги трябва да покриват възможно най-широк спектър. В тази връзка, един от индикаторите, използвани за проследяване на прогреса към универсално здравно покритие е насочен към оценка на широчината на предлагането на здравни услуги.

Индексът на покритие на здравните услуги е разработен като резултат от няколкогодишен процес, включващ анализ на данни от различни страни, международни сравнения, консултации с министри на здравеопазването и местни власти, както и официални консултации между страните членки на СЗО [22]. В световния доклад за проследяване на напредъка към универсално здравно покритие от 2017, индексът е конструиран от шестнадесет проследяващи показателя (tracer indicators). Те са разделени в четири групи: 1) репродуктивно здраве, майчино здраве, здраве на новородените и детско здраве; 2) инфекциозни заболявания; 3) неинфекциозни заболявания; 4) капацитет и достъп до услугите. В последния доклад за проследяване на напредъка проследяващите индикатори са редуцирани с два. В табл. 1 са посочени настоящите четиринадесет.

Табл. 1. Проследяващи показатели за наблюдение на напредъка към универсалното здравно покритие, по отношение на обхвата на здравните услуги

Сфера на проследяване	**Показател за проследяване**
Репродуктивно здраве, майчино здраве, здраве на новородените и детско здраве	
Семейно планиране	Дял на жените на възраст 15-49 години (семейни или в съжителство), чието търсене на такива услуги е удовлетворено чрез съвременни методи
Грижи по време на бременност и раждане	Процент от жените, на възраст 15-49 години, имали четири или повече прегледа от специалист в периода на бременността
Детски имунизации	Процент на децата до една година, получили три дози от ваксината против тетанус-дифтерия-коклюш (DTP3)
Лечение на деца (търсене на грижа при симптоми на пневмония)	Процент на децата до 5 годишна възраст, със симптоми на пневмония, за които е потърсена грижа
Инфекциозни болести	
Лечение на туберкулоза	Процент на ефективно излекуваните от всички диагностицирани с туберкулоза за дадена година
Лечение на ХИВ/СПИН	Процент на хората, диагностицирани с ХИВ, получили антиретровирусна терапия (ART)
Превенция на малария	Дял на населението, живеещо в райони с висок риск от малария, спящо под балдахин, третиран с инсектицид
Вода и санитарни условия	Дял на домакинствата с достъп до базови хигиенни условия
Неинфекциозни заболявания	
Превенция на сърдечно-съдовите заболявания	Дял от населението с нормални спрямо възрастта нива на кръвното налягане
Управление на диабет	Средни нива на кръвната захар, измерена преди хранене за населението над 18 годишна възраст
Контрол над тютюнопушенето	Процент на възрастното население (над 15 години), които не са употребявали тютюневи изделия през последните 30 дни
Капацитет и достъп до услугите	
Наличност на болнични легла	Брой болнични легла на глава от населението
Медицински персонал	Брой лекари на глава от населението
Здравна сигурност	Международен индекс за капацитета на здравните регулации

Източник: Адаптирано по „Проследяване на универсалното здравно покритие: 2019 Световен доклад за наблюдение [23]

За изчисляването на индекса се използват средните стойности на проследяващите показатели. Осредняването на стойностите се извършва на две нива: първо се определя средната стойност на показателите във всяка една от четирите групи и след това се изчислява средната величина от получените четири средни стойности. Следва да се отбележи, че изходните данни, използвани за изчисление на индекса не са налични за всички страни. В случаите, когато липсва информация по някой от показателите, се използват приблизителни оценки на база на данните за даден регион, или данни за страни със сходни социоикономически характеристики). В случай, че даден проследяващ индикатор не е релевантен за дадена държава, то той не се включва в оценката [22].

Както бе посочено, универсалното здравно покритие предполага използването на здравни услуги да не води до финансови затруднения. В тази връзка, здравните системи следва да предоставят адекватна финансова защита на населението, която да предотвратява отказ или отлагане ползването на здравни услуги, поради финансови причини [28]. Вторият показател, използван за проследяване напредъка към универсално здравно покритие е фокусиран именно върху финансовата защита, която получава населението при използването на здравни услуги. Сред разнообразието от показатели, използвани за оценка на степента на финансова защита, СЗО и Световната банка са избрали проследяването на **дела на домакинствата с катастрофални разходи за здравеопазване**.

В научната литература се срещат различни методики за изчисляване на показателя като дискусиите се водят в няколко направления:

- Кой доход да се вземе за база, от която да се изчисляват разходите за здравеопазване? Някои автори предлагат това да е общия доход на домакинствата, докато други са на мнение, че следва да се има предвид дохода на домакинството след като от него са извадени базовите разходи за храна и настаняване [21].
- Дискусии се водят и по въпроса след какъв размер разходите за здравеопазване се считат за катастрофални. В тази връзка се говори за катастрофални разходи за здравеопазване и за разходи за здравеопазване, водещи до обедняване. Ако се фокусираме върху катастрофалните разходи за здравеопазване, то следва да се отбележи наличието на различни прагове, над които разходите се считат за катастрофални. Например: 25% от общите доходи на домакинството [27] или 40% от доходите на домакинството след покриване на базовите разходи [11]. Налице са и други предложения за този праг като някои автори предлагат границите да варират в зависимост от социоикономическите особености в отделните страни [12].
- Налице са и дебати относно това кой е най-надеждният източник на изходни данни за измерване на показателя. Като потенциални източници на данни се посочват и използват системите за националните сметки в различните държави, резултатите от провеждани интервюта сред домакинствата, национално представителни проучвания, въпросниците от преброяванията на населението и др.
- Дискусионен е и въпросът кои точно разходи да се отчитат като разходи за здравеопазване. Консенсусът, който е постигнат за целите на проследяването на универсалното здравно покритие е като такива да се отчитат директните плащания на пациентите за лекарства и медикаменти; болнични и извънболнични здравни услуги; дентални услуги; лабораторни изследвания и други разходи за здравеопазване, които не подлежат на възстановяване от държавата и публични или частни здравноосигурителни фондове [23].

При проследяване на динамиката в нивата на финансовата защита по пътя към универсално здравно покритие, водещите международни организации са възприели

оценката да се прави на базата на два различни прага: дял на населението с разходи за здравеопазване над 10% от дохода на домакинството и дял на населението с разходи за здравеопазване над 25% от дохода на домакинството [23].

Идентифицираните до тук показатели за измерване на напредъка към универсално здравно покритие са насочени по-скоро към оценка на наличността на здравните услуги, тяхната достъпност, финансовата защита на населението и реалната използваемост на здравните услуги (utilization). В посоченото по-горе определение на универсалното здравно покритие се откроява и изискването за високо качество на получаваните здравни услуги, за да бъдат същите ефикасни. В отговор на това редица изследвания на напредъка към универсално здравно покритие са фокусирани върху ефикасното здравно покритие (effective coverage) [9, 10]. То се определя като реално получената част от максимално възможната здравна полза, която индивид със здравна нужда би могъл да получи през системата на здравеопазване [17]. Други автори го определят като здравната полза, която действително се доставя на населението чрез здравната система, според нейния капацитет [10]. Чрез оценката на ефикасното здравно покритие (effective coverage) се извършва своеобразна корекция на измерения реализиран достъп до здравни услуги (crude coverage) с коефициент, отразяващ качеството, с което те са били оказани. Акцентира се върху степента, в която оказването на здравните услуги е довело до реално получаване на очакваните здравни ползи. Оценката на ефикасното здравно покритие включва определяне на нуждите от дадена здравна услуга, нейната реална използваемост, качеството на нейното оказване и измерване на получената здравна полза [21]. Извършва се най-често посредством прилагане на формулата EHC = U/N * Q, където EHC е ефикасното здравно покритие, U е реалната използваемост (utilization) на съответната здравна услуга, N е пропорцията от населението, която има нужда от здравната услуга, а Q е качеството, с което здравната услуга е предоставена [10]. Налице са изследвания, посветени на измерване на ефикасното здравно покритие на различни здравни интервенции в отделни страни [1, 2, 10, 12 и др.]. Идентифицирано е и изследване на ефикасното здравно покритие, обхващащо 204 държави [9]. От тези изследвания може да се обобщи, че доколкото използваемостта на здравните услуги е сравнително лесно измерима, то основните предизвикателства свързани с оценката на ефикасното здравно покритие са дефинирането и впоследствие измерването на тяхното качество.

Връзка между оценката на напредъка към универсално здравно покритие и оценката на функционирането на здравната система в България

М. Рохова и колектив [35] посочват, че оценката на функционирането на здравната система е един от инструментите за изследване на системата в нейната цялост [30]. В сравнителен анализ на избрани концептуални рамки за извършване на такава оценка, Атанасова и колектив идентифицират хетерогенност по отношение на използваните измерения на функциониране на системата [29]. Настоящия доклад се фокусира върху тези от тях, определени като най-подходящи за оценка на функционирането на българската здравна система и изследване на тяхната обвързаност с измерването на напредъка към универсално здравно покритие. В своята концептуална рамка, Рохова и колектив, посочват следните дименсии за оценка на функционирането на здравната система в България – здравно състояние, чувствителност към очакванията на пациентите, качество, достъп, равнопоставеност, издръжливост, ефективност [32]. В посочените по-горе определения за универсално здравно покритие, както и при идентифицирането на показателите за измерването на напредъка на страните към него, също се срещат категориите достъп до здравни услуги (включително финансова защита) и качество.

Универсално здравно покритие и достъп до здравни услуги. Редица автори изследват взаимовръзката между универсалното здравно покритие и достъпа до здравни услуги. Евънс, Хсю и Боерма изказват мнението, че универсалното здравно покритие и

универсалният достъп до здравни услуги са допълващи се идеи. Според тях, без универсален достъп универсалното здравно покритие се превръща в недостъпна цел [4]. Други автори също споделят виждането, че достъпът до здравни услуги е много важен компонент от универсалното здравно покритие [5]. Едно от условията за постигане на универсално здравно покритие се явява и осигуряването на универсален достъп до здравни услуги. Това е и причината в разработените показатели, използвани за изследване на напредъка към постигане на универсално здравно покритие, да влизат и такива, които се използват за оценка на достъпа до здравни услуги. В индекса на покритие на здравните услуги са включени два показателя, използвани за оценка на физическата наличност и шест показателя, свързани с използваемостта на здравните услуги. Делът на домакинствата с катастрофални разходи за здравеопазване пък е показател, свързан с финансовата достъпност на здравните услуги. В същото време следва да се отбележи, че комплексната оценка и на трите посочени елемента на достъпа (физическа достъпност, използваемост и финансова достъпност) следва да се базира на значително по-голям брой показатели.

Универсално здравно покритие и качество. В докладите за проследяване на напредъка и в научни публикации се акцентира върху ключовата роля на качеството по пътя към универсално здравно покритие [18, 21, 22, 26]. Както бе споменато по-горе, посредством формулата използвана за измерване на ефикасното здравно покритие се извършва своеобразна корекция на реализирания достъп до здравни услуги в зависимост от качеството на тези услуги. Същевременно се посочва, че определянето на качествения компонент във формулата за ефикасното здравно покритие често е и най-сериозното предизвикателство при прилагането ѝ [7, 10]. За трудностите, свързани оценка на качеството при проследяване на напредъка към универсално здравно покритие говори и факта, че само два от шестнадесетте проследяващи индикатора в доклада за проследяване на напредъка от 2017 отразяват фактора качество [22]. Качеството само по себе си е сложна и многоаспектна категория и неговата оценка е сериозно предизвикателство независимо дали става дума за оценката му на ниво отделна здравна услуга, оценка за целите на определяне на ефикасното здравно покритие или в контекста на оценката на функционирането на здравната система.

Универсално здравно покритие и равнопоставеност. Друг измерител, използван при оценката на функционирането на здравната система, е равнопоставеността [31]. Боерма и колектив твърдят, че равнопоставеността е и в сърцевината на концепцията за универсално здравно покритие [1]. Тяхната теза се приема и от редица други автори, които в свои изследвания акцентират върху необходимостта политиките, насочени към постигане на универсално здравно покритие, да отчитат необходимостта от осигуряване на равнопоставеност [6, 16]. Това обуславя и стремежа на международните организации, проследяващи прогреса към универсално здравно покритие, да изследват и степента на равнопоставеност. В световният доклад за проследяване на напредъка към универсално здравно покритие от 2017, за оценката на четиринадесет от шестнадесетте проследяващи индикатора са използвани данни в различни разрези на равнопоставеността [22].

Заключение

Универсалното здравно покритие е актуална тема, която е част от приоритетите на водещи международни организации и национални правителства. Показателите за измерване на прогреса към универсално здравно покритие са обект на дебати и търпят своето развитие във времето.

Идентифицирана беше връзката между показателите, използвани за оценка на напредъка към универсално здравно покритие и някои от дименсиите, предложени за оценка на функционирането на здравната система в България – достъп, качество и равнопоставеност. Оценката по всяко едно от тези измерения изисква комплексност,

надхвърляща тази използвана при оценката на напредъка към универсално здравно покритие. В същото време, наличието на единна методика за измерване на напредъка на страните към универсално здравно покритие, и нейното регулярно прилагане сред широк кръг държави, са предпоставки за използването му при международни сравнения. С оглед на това, оценката за напредъка към универсално здравно покритие би могла да се използва и като индикатор, допълващ оценката за функционирането на здравната система.

Използвана литература:

1. Boerma T. [и др.]. Monitoring Progress towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels // PLoS Medicine. 2014. С. 1–8.
2. Colson K. E. [и др.]. Comparative estimates of crude and effective coverage of measles immunization in low-resource settings: Findings from Salud Mesoamérica 2015 // PLoS ONE. 2015. № (7) (10). С. 1–21.
3. Engle-Stone R. [и др.]. Estimating the Effective Coverage of Programs to Control Vitamin A Deficiency and Its Consequences Among Women and Young Children in Cameroon // Food and nutrition bulletin. 2015. № (3 Suppl) (36). С. 149–171.
4. Evans D. B., Hsu J., Boerma T. Universal health coverage and universal access // Bulletin of the World Health Organization. 2013. Т. 91. № 8.
5. Ghebreyesus T. A. All roads lead to universal health coverage // The Lancet Global Health. 2017. № 9 (5). С. e839–e840.
6. Hosseinpoor A. R. [и др.]. Equity-Oriented Monitoring in the Context of Universal Health Coverage // PLoS Medicine. 2014. № 9 (11). С. 1–9.
7. Jannati A. [и др.]. Effective coverage as a new approach to health system performance assessment: a scoping review // BMC Health Services Research. 2018. № 18 (886). С. 1–13.
8. Leegwater A., Wong W., Avila C. A concise, health service coverage index for monitoring progress towards universal health coverage // BMC Health Services Research. 2015. № 1 (15). С. 230.
9. Lozano R. [и др.]. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 // The Lancet. 2020. (396). С. 1250–1284.
10. Ng M. [и др.]. Effective Coverage: A Metric for Monitoring Universal Health Coverage // PLoS Medicine. 2014. № 9 (11).
11. O'Donnell O. [и др.]. Analyzing Health Equity Using Household Survey Data / O. O'Donnell, E. van Doorslaer, A. Wagstaff, M. Lindelow, Washington, DC: The World Bank, 2007.
12. Onoka C. A. [и др.]. Examining catastrophic health expenditures at variable thresholds using household consumption expenditure diaries // Tropical Medicine and International Health. 2011. № 10 (16). С. 1334–1341.
13. Ramke J. [и др.]. Effective cataract surgical coverage: An indicator for measuring quality-of-care in the context of Universal Health Coverage // PLoS ONE. 2017. № 3 (12).
14. Reddock J. R. Seeking consensus on universal health coverage indicators in the sustainable development goals // Journal of Health Services Research and Policy. 2017. № 3 (22). С. 178–182.
15. Ríos-Blancas M. J. [и др.]. Effective coverage of treatment of hypertension in Mexican adults by states // Salud Publica de Mexico. 2017. № 2 (59). С. 154–164.
16. Rodney A. M., Hill P. S. Achieving equity within universal health coverage: A narrative review of progress and resources for measuring success // International Journal for Equity in Health. 2014. № 13 (72).
17. Shengelia B. [и др.]. Access, utilization, quality, and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurement strategy // Social Science and Medicine. 2005. № 1 (61). С. 97–109.
18. Sobel H. L., Huntington D., Temmerman M. Quality at the centre of universal health coverage // Health Policy and Planning. 2016. № 4 (31). С. 547–549.
19. United Nations United Nations Transforming Our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development. A/RES/70/1. 2015.
20. World Bank, World Health Organisation Monitoring Intervention Coverage and Financial Protection: Essential to Monitoring Progress Towards Target 3.8 Universal Health Coverage. 2015.
21. World Health Organisation Tracking Universal Health Coverage. Global monitoring report. 2015.
22. World Health Organisation Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. 2017.
23. World Health Organisation Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 GLOBAL MONITORING REPORT CONFERENCE EDITION. 2019.

24. World Health Organization The World Health Report HEALTH SYSTEMS FINANCING The path to iniversal coverage // The World Health Report. 2010.
25. World Health Organization Universal Health Coverage : Supporting Country Needs // International journal for equity in health. 2012.
26. World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, World B. T. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage / World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, B. T. World, 2018.
27. Xu K. [и др.]. Summary measures of the distribution of household financial contributions to health Geneva: World Health Organization, 2003.С. 543–555.
28. Атанасова Е. Потребителски плащания в здравния сектор / Е. Атанасова, ИК Стено, 2018.
29. Атанасова Е. [и др.]. ОЦЕНКА НА ФУНКЦИОНИРАНЕТО НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА – СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА КОНЦЕПТУАЛНИТЕ РАМКИ // Здравна политика и мениджмънт. 2019. № 2 (19). С. 236–243.
30. Рохова М. [и др.]. ОЦЕНКА НА ФУНКЦИОНИРАНЕТО НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА: ОБОСНОВКА И ОБХВАТ // Здравна политика и мениджмънт. 2019. № 2 (19). С. 265–269.
31. Рохова М. Показатели за равнопоставеност при оценка на функционирането на здравната система // Здравна икономика и мениджмънт. 2019. № 2 ((72)). С. 32–40.
32. Рохова М. и др. Концептуална рамка за оценка на функционирането на здравната система в България // Здравна политика и мениджмънт. 2020. № Извънреден брой (20). С. 36–44.

ВЛИЯНИЕ НА БЕДНОСТТА И СОЦИАЛНОТО ИЗКЛЮЧВАНЕ ВЪРХУ ЗДРАВНИЯ СТАТУС НА НАСЕЛЕНИЕТО В БЪЛГАРИЯ

П. Костадинова*, И. Стоилова**

**Катедра „Обществоздравни науки“, Факултет „Обществено здраве“, МУ – Плевен*

*** Катедра „Хигиена, медицинска екология и професионални заболявания”, Факултет „Обществено здраве“, МУ – Плевен*

Контакт: Доц. д-р Пенка Костадинова, д.м.
e-mail: pstefanova_pl@abv.bg

Въведение

Здравето и благосъстоянието на индивидите и популациите зависи от различни фактори, които могат да се обединят в две големи групи: индивидуални характеристики и социални и обществени фактори на здравето [2]. Съществуват множество модели, които по различен начин обхващат и класифицират здравните детерминанти. Подобно на детерминантите на здравето, детерминантите на здравните неравенства са много разнообразни. Моделът на Dahlgren и Whitehead (1991), използван от Световната здравна организация, дава подробна рамка на причините за неравенствата **(фиг.1)**.

Според М. Рохова и А. Димова [7], здравното състояние на населението не варира случайно, а се дължи на систематичните разлики при разпределението на факторите, оказващи влияние върху него. В модела са изведени трите основни типа детерминанти на неравенствата:

• социално-икономически условия (условия на живот и работа, образование, инфраструктура);
• начин на живот и здравно поведение;
• достъп до здравна и социална помощ.

Редица изследвания през последните десетилетия се опитват да обяснят кои са причините за здравните неравенства и да докажат, че даден фактор може да се разглежда като детерминанта на тези различия в здравословното състояние.



Фиг. 1 Адаптирано от: Долгрен Г., Уайтхед М. Как да се справим с неравнопоставеността в здравеопазването: какво можем да научим от опита? Лондон, Кралски фонд, 1993.
(Източник: Здраве 2020 Европейска рамка за политики и стратегия за 21-ви век СЗО, регионално бюро Европаhttp://ncpha.government.bg/files/nczi/Health2020_BG(1).pdf)

Голяма част от тях и изградените на тази основа теории се концентрират върху социално-икономическия статус, интерпретиран чрез равнището на образование, професията и заетостта и дохода. Други автори търсят връзката между здравните неравенства и социалната дискриминация на полова или расова/етническа основа. Сред факторите, които оказват влияние, са и средата, в която хората живеят, условията на живот и разпределението на доходите в даден регион или страна.

Проучвания на Д. Цанова и кол. установяват, че делът на преждевременните умирания, дължащи се на високо ниво на кръвна захар, е по-висок в страните с нисък и среден доход, отколкото в страните с висок доход и е по-висок при мъжете, отколкото при жените [9]. В други проучвания се установява връзка между социално-икономическия статус, извънбрачните раждания и мъртвородените деца [10,13].

Изследванията на Атанасова и кол.[1] за България установяват значими различия в смъртността между 28-те области на страната и големи вариации в смъртността от сърдечно-съдови заболявания, исхемична болест на сърцето, рак на белите дробове и на гърдата. Установена е корелация между равнищата на смъртността и дела на населението, живеещо под границата на бедността в отделните региони [1,7]. В собствени проучвания С. Деянов [4, 5] установява регионални различия в смъртността от хипотермия, корелиращи с основни социално-икономически характеристики на проучваните от него области (Плевен, Ловеч, Габрово и В. Търново). Също така авторът установява, че от случаите на смърт от хипотермия, с най-голяма честота са тези, починали в дома (самотно живеещи, с ниски доходи и материални лишения).

В свое проучване, Рохова и кол.[7] посочват две основни теории с които се прави опит да бъде дадено обяснение как социално-икономическите фактори на индивидуално

и на регионално ниво си взаимодействат и влияят върху здравето. Моделът на колективните ресурси приема, че доходите на населението (и по-точно ниските такива) са свързани с развитието на областта, в която то живее или с недостатъчните инвестиции, които водят до изоставане на региона [12]. Хората, които живеят в по-богати области имат достъп до повече колективни ресурси, включително и материални, както и до различни публични услуги и възможности за работа. Дори и индивиди с по-ниски доходи могат да се облагодетелстват от тези възможности в по-развитите региони, което се отразява положително и върху тяхното здравословно състояние. От друга страна психо-социалният модел твърди, че т.нар. социално сравнение води до влошаване на здравето в онези области, които са по-изостанали в сравнение със заобикалящите ги в съседство. Дори и всички останали фактори да са еднакви, само този факт води до различни здравни резултати. Обяснението на тези последствия се търси в засилване на усещанията на индивида, че живее в по-големи лишения и бедност спрямо останалите, което от своя страна е свързано с фрустрация и стрес, имащи негативни последствия върху здравето [14]. Поддръжниците на тази теория считат, че това е една от причините да съществуват здравни неравенства в развитите държави дори и при намаляване на равнището на бедността.

Високите равнища на бедност и незадоволителните нива на основни показатели за здравния статус на населението в България спрямо страните от ЕС, продължават да са сериозно предизвикателство [3].

Цел

Целта на настоящето проучване е да се направи анализ на основни икономически показатели и влиянието им върху здравния статус на населението в България.

Материал и методи

Направен е преглед на официални данни от НСИ, Европейската комисия, Световната банка. Данните са обработени за нуждите на проучването със статистически методи.

Резултати и обсъждане

През 2017 г. 39 % от населението в България е било изложено на риск от бедност или социално изключване, а 30 % са изпитващите тежки материални лишения **(фиг.2)**.

По данни от доклад за България на Европейската комисия [3], бедността е особено голяма сред най-уязвимите групи — възрастните хора (49% от лицата над 65 г.), хората с увреждания (18.4% повече от тези без увреждания), ромите (89% живеят в риск от бедност), живеещите в селските райони. Разликата в риска от изпадане в бедност или социално изключване за децата на нискоквалифицираните и висококвалифицираните родители е сред най-високите в ЕС — 83,4 % през 2017 г. Делът на населението, живеещо при изключително лоши жилищни условия, е много голям и възлиза на 10,6 % през 2017 г. (средното за ЕС равнище е 4,0 %). Това положение е по-лошо за населението, изложено на риск от бедност (27,2 % от домакинствата в тази категория). Бедността на работещите се увеличава и е особено голяма сред нискоквалифицираните работници и временно наетите лица. Около 15% от работещите получават минимална работна заплата. През 2017 г. броят на хората без здравно осигуряване е 719 000 (над 10 %).



Фиг. 2. Относителен дял на лицата, изложени на риск от бедност или социално изключване. (Източник: ЕК[3])

Неравенството по отношение на доходите се увеличава, като тази разлика е значително по-висока от средната за ЕС.

Продължават да съществуват големи регионални различия **(фиг.3)**. Рискът от бедност или социално изключване е над средния за ЕС във всички райони, но е с 63 % по-голям в по-слабо развития Северозападен район, отколкото в Югозападния район, който включва столицата София.

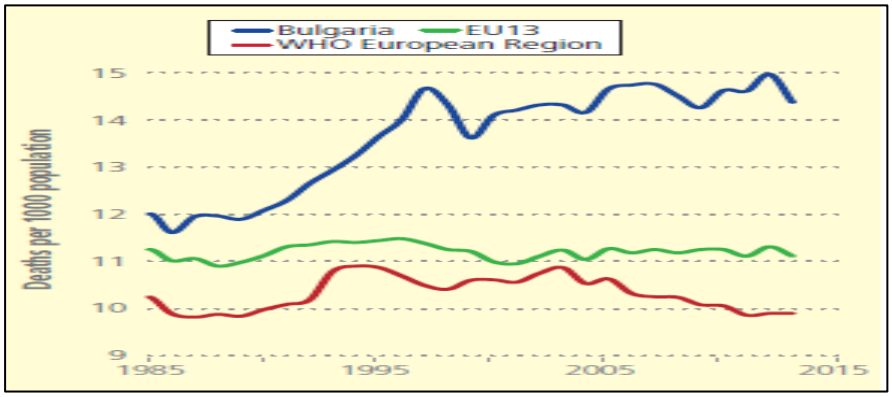


Фиг. 3. Относителен дял на лицата, живеещи в риск от бедност или социално изключване по региони, през 2017 г. (Източник: ЕК[3])

Равнищата на доходите се различават значително най-вече между градските и селските райони; разликата в средния доход на домакинствата между жителите от селските и градските райони е една от най-силно изразените в ЕС.

Регионалните различия по отношение на основните социално-икономически показатели сред населението, корелират с показателите за здравно състояние. Въпреки, че в последните години в България се наблюдава ръст на БВП на глава от населението,

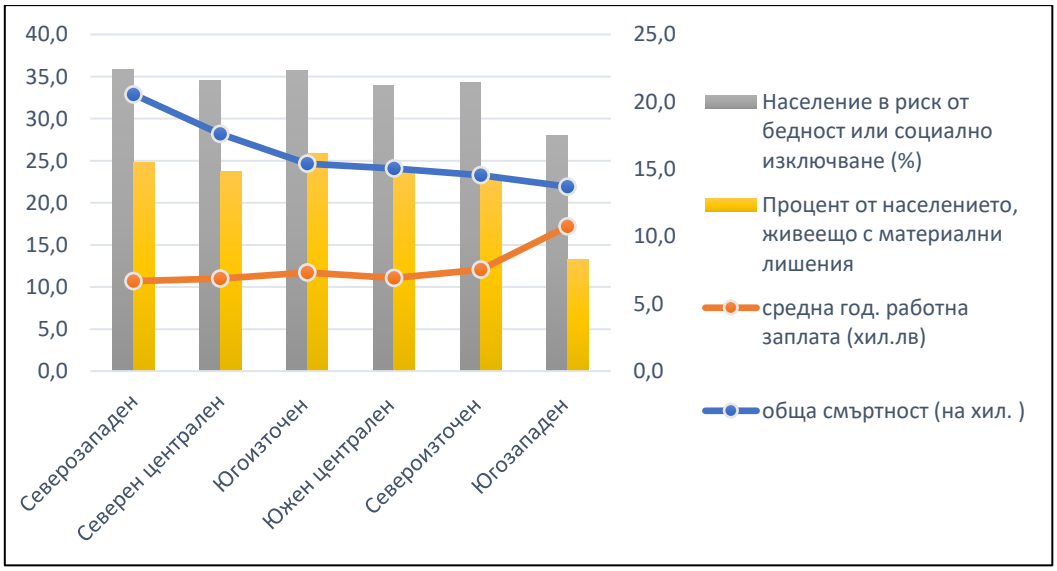
увеличаване на доходите, намаляване на безработицата, все още България остава най-бедната страна, членка на ЕС. В същото време общата смъртност на населението в България е най-високо сред държавите членки. **(фиг.4)**



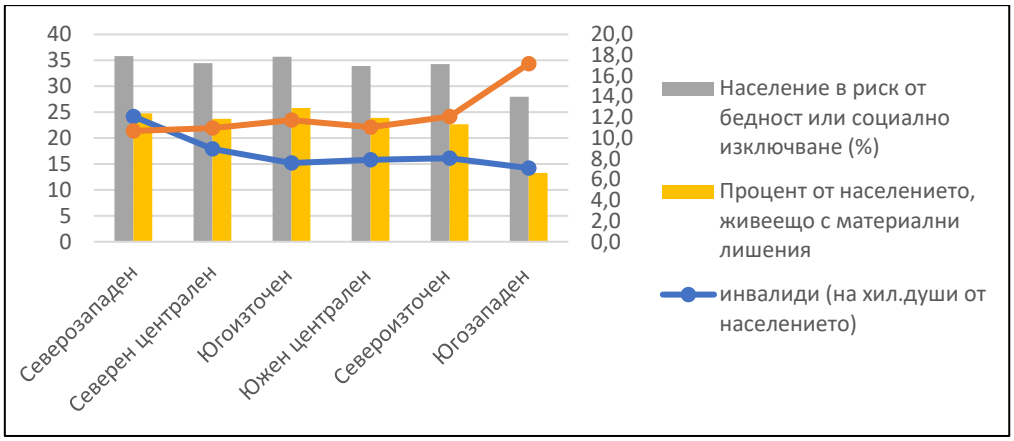
Фиг. 4. Обща смъртност на 1000 души от населението.

Предотвратимата смъртност през периода 2011—2015 г. в ЕС е намаляла с 1.1 %, докато в България тя се увеличила с 4.3%.

След анализ на официални данни от НСИ [6] се установи, че различията в доходите на населението в различните статистически райони в страната и свързаните с това показатели като дял на население в риск от бедност или социално изключване и население живеещо в материални лишения, влияят върху основни показатели за оценка на здравния статус на населението. Северозападният район се характеризира с най-ниска средна работна заплата, най-висок относителен дял на население в риск от бедност или социално изключване и висок дял на лицата живеещи в материални лишения и съответно най-висока обща смъртност (20.6‰) и инвалидизация (12.1‰). Най-високи доходи и най-ниска смъртност (13.7‰) и инвалидност (7.1‰) се отчитат в Югозападния регион (включващ София) - **фиг. 5 и 6.**



Фиг. 5. Социално-икономически показатели и обща смъртност на населението по статистически райони през 2019 год. (по данни от НСИ).



Фиг. 6. Социално-икономически показатели и инвалидизация на населението по статистически райони през 2019 год. (по данни от НСИ).

Заключение

Ниските доходи, водещи до материални лишения свързани с хранене, лоши битови условия и невъзможност за осигуряване на основни медицински услуги, лекарства и изделия, съчетано с висок дял на преките плащания за здравеопазване, се явяват значим рисков фактор за инвалидизация и смърт в нашата страна.

Библиография

1. Атанасова В, Докова К, Ушева Н, Керековска А. България - регионални неравенства в смъртността. Социална медицина, 2013, 2, с. 21-23.
2. Грънчарова Г., С. Александрова – Янкуловска. Социална медицина. Издателски център МУ – Плевен, 2018, s. 324.
3. Европейска комисия. Работен документ на службите на комисията. Доклад за България за 2019 г., включващ задълбочен преглед относно предотвратяването и коригирането на макроикономическите дисбаланси Брюксел. https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-bulgaria_bg.pdf
4. Костадинов С. Съдебномедицински аспекти на студовата травма. Издателски център, МУ – Плевен. 2020. 185 стр.
5. Костадинов С. Смърт от преохлаждане – епидемиология, съдебномедицинска диагностика. Състояние на експертизата, възможности за оптимизация. Дисертация, МУ – Варна, 2018 г.
6. НСИ. Статистически годишник 2019. https://www.nsi.bg/
7. Рохова М., А. Димова. Регионът като детерминант на здравните неравенства. Регионална икономика и устойчиво развитие, Сборник с доклади от научна конференция, Научно-изследователски институт, Икономически университет – Варна, Том 1, 264-279.
8. СЗО, регионално бюро.Здраве 2020 Европейска рамка за политики и стратегия за 21-ви век. http://ncpha.government.bg/files/nczi/Health2020_BG(1).pdf)
9. Цанова Д., Г. Грънчарова, Т. Веков, С. Александрова-Янкуловска. Захарен диабет – заболеваемост и икономическа тежест. Социална медицина, 1, 2017,23-26.
10. Цанова Д., М. Камбурова, С. Георгиева, Е. Минева. Мъртвораждаемост и майчино здравеопазване в България. Обща медицина, 21(5), 2019, 28-32.
11. Dokova K, Usheva N, Atanasova V, Kerekovska A, Mircheva I,Popova S, Georgieva L, Laleva K, Feschieva N. (2013). Regional mortality inequities in Bulgaria in relation to socio-economic deprivation. European Journal of Public Health, 23, Suppl. 1, pp. 190-191.
12. Stafford M, Marmot M. (2003). Neighbourhood deprivation and health: does it affect us all equally? International Journal of Epidemiology, 32, pp. 357-366.
13. Tsanova D., T. Vekov. Regional variations in stillbirth and relation between extramarital birth and stillbirth in Bulgaria. J Biomed Clin Res. 11 (1), 2018, 30-35.
14. Wilkinson RG, Pickett KE. (2006). Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. Social Science and Medicine, 62, pp. 1768-1784.

СЕКЦИЯ Е. ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО

ПРОФИЛАКТИКАТА НА ДЕНТАЛНОТО ЗДРАВЕ НА БРЕМЕННИТЕ – СИСТЕМНА ГРИЖА ИЛИ СИСТЕМНО ПОДЦЕНЯВАН ПРОБЛЕМ НА СЪВРЕМЕННИТЕ ПРЕНАТАЛНИ ГРИЖИ

В. Димитрова, Сл. Илиева
Катедра „Здравни грижи“, Факултет „Обществено здравеопазване“, МУ – Варна

Контакт: Доц. Валя Димитрова, д.узг.
e-mail: valadim@abv.bg

Въведение

Бременността, дори да протича нормално, поставя на изпитание женския организъм, ако не бъдат прилагани системно наблюдение и профилактика на рисковите фактори. Бурните хормонални промени, имуносупресията, растящият организъм на детето, съпътстващите бременността проблеми като повръщане и др. са предпоставка за неблагополучия, свързани с оралното здраве на майката, които могат да доведат до сериозни последици в бъдеще и да се отразят също на денталното здраве на неродено дете [1, 8]

Храненето, оралното и общото здраве са свързани и взаимозависими. Специалистите препоръчват профилактиката на оралните заболявания да започне още по време на вътреутробното развитие. Развитието на оралните структури започва в ранните етапи на бременността. Счита се, че между седма и десета г.с. се формират зародишите на временните зъби, а между четвърти лунарен месец и девети месец след раждането се образуват зародишите на постоянните зъби. Оптималният прием на протеини и тяхната обмяна имат изключително значение за нормалното протичане на тези процеси. Най-голямо значение имат животинските протеини, тъй като са източник на незаменими аминокиселини, необходими за синтеза на клетките. Приеманите с храната мазнини и въглехидрати осигуряват енергийните нужди на бързото клетъчно делене и диференциация. Важно значение в този период имат и витамин А, С, В и Е. Към средата на бременността започва следващ етап от зъбното развитие - за първия временен резец между четвърти лунарен месец до единадесети месец след раждането, а за постоянните зъби - от девети лунарен месец до осмата година. Следователно рационалното и балансираното хранене по време на бременността осигурява правилно структуриране на ортопедичната основа на зъбите, върху която ще се реализира качествената минерализация. Началото на зъбната минерализация също започва около четвърти лунарен месец, което предопределя необходимостта от оптимален прием на минерали и микроелементи като калций, фосфор, флуор и витамин D и С. Храни, богати на витамин С са цитрусови плодове, зеле, картофи, зелени зеленчуци, чушки, домати, киви и др.). При вече започнала минерализация хранителният дефицит при бременните води до хипоминерализация на временните зъби и отделни групи от постоянното съзъбие и към предразположение към развитие на кариеси [1, 10].

Денталните специалисти препоръчват извършване на предконцепционна консултация, която да изясни денталния статус на жената, да реши проблеми, за които е известно, че не са подходящи за решаване при бременност и да информира и обучи бъдещата майка относно основни правила за опазване на оралното здраве [3, 6].

Според денталните специалисти, риск от появата на кариес по време на бременност е налице дори при предварително лекувани жени, тъй като в този период той се развива много по-бързо, на базата на хормоналните промени и силно изразената нужда

от калций. В миналото се е считало, че майката „заплаща“ всяка бременност с един зъб. Несвоевременното лечение на кариесите може да доведе до развитие на пулпит и пародонтит. Гингивитите са друг често срещан проблем по време на бременност. Профилактиката им изисква стриктно проследяване и своевременна намеса при появата на плака и кариеси. Наличието на брекети, скоби или шини затруднява поддържането на добра устната хигиена и са предпоставка за кариеси и пародонтити, а редица диагностични или лечебни процедури и някои медикаменти са противопоказани при бременност - рентгеново изследване, масово прилаганата анестезия, поставяне на импланти, ултразвуково почистване на зъбен камък, избелване на зъбите, използване на Арсен, Адреналин и неговите производни, Тетрациклин и Стрептомицин и други [4, 8, 9].

Според сега действащата нормативна уредба за осъществяване на пренатални грижи у нас, регистрирането на бременността в ЖК, само по себе си, не е правопораждащо събитие за провеждане на профилактичен дентален преглед. Пред бременните има две алтернативи – ако в същата календарна година не са провели полагащия им се профилактичен преглед при дентален специалист, да го осъществят или, ако вече са използвали правото си на безплатен преглед, да го извършат срещу заплащане [2, 5, 7].

На базата на проучената литература могат да бъдат направени следните обобщения:

1. Бременността е рисков период за развитие на здравни проблеми, свързани с оралното здраве на майката и неродено дете.
2. Ефективната профилактика на денталното здраве на бременните налага прилагането на мултидисциплинарен подход с участието на АГ специалисти (лекар и акушерка) и дентален специалист.
3. Налице е необходимост от осигуряване на гарантиран достъп и системни здравни грижи във връзка с денталното здраве по време на бременност.

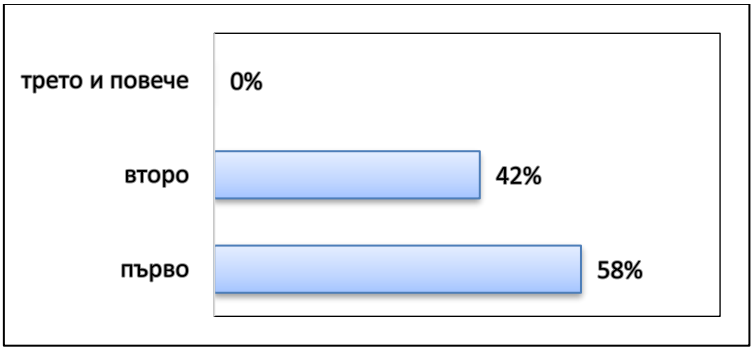
Резултати и обсъждане

При всички бременни жени, попаднали в извадката бременността е била наблюдавана от АГ специалист, но консултиране от лекар и акушерка, което ние възприемаме като традиционната Женска консултация (ЖК) е провеждано при по-малко от половината бременни (42%). Следователно наблюдението на бременността при по-голяма част от жените е осъществено без участието на акушерка (58%), което свидетелства, че акушерските грижи са недостатъчно използван ресурс при извършване на ЖК (**Фиг. 1**).



Фиг. 1. Наблюдение на бременността

Паритетът на жените е важен фактор по отношение на натрупан опит и умения. Болшинството от жените, попаднали в извадката са първескини (58%), а останалите постъпват за раждане за втори път (42%). Липсата на предишен опит и знания налагат по-интензивна работа от страна на акушерката и поставя на изпитание нейните умения за комуникация с пациентите, идентифициране на техните потребности и индивидуализиране на здравните грижи (**Фиг. 2**).

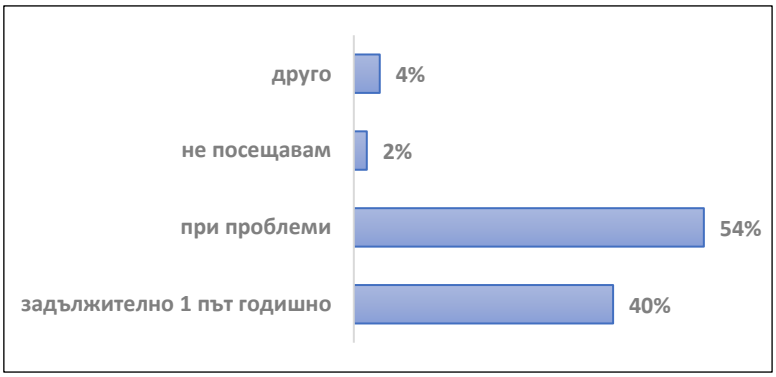


Фиг. 2. Поредност на раждането

Профилактичен преглед от дентален специалист при регистрирането на бременността е проведен при малко повече от 1/3 от анкетираните (40%). Отговорът на респондентите е доказателство, че профилактиката на денталното здраве на бременните е подценен проблем при наблюдението на бременността.

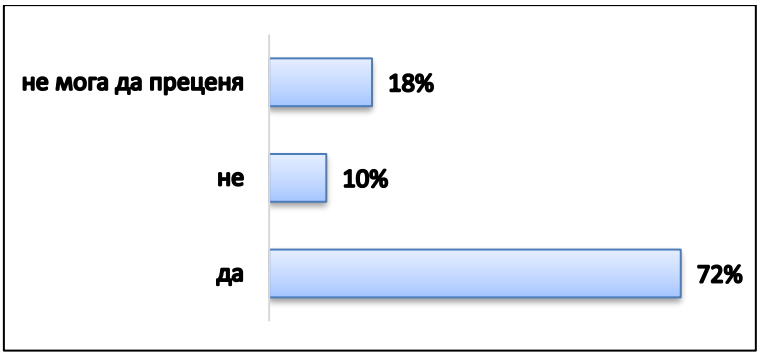
Почти половината от жените споделят, че е било налице влошаване на състоянието на зъбния статус по време на бременността **(**46%), което е още едно доказателство за необходимостта от системни грижи не само при регистрирането, но и през цялата бременност.

Делът на жените, провели профилактичен преглед при дентален специалист към момента на регистрирането на бременността съвпада напълно с дела на тези, които по принцип посещават стоматолог един път годишно, независимо от наличието на проблеми (40%). Болшинството от анкетираните посещават зъболекар единствено при наличието на проблеми (54%). Този отговор на анкетираните е доказателство, че грижата за денталното здраве на бременните, към настоящия момент у нас, не е организиран и системен процес, а се разчита на личната отговорност на пациентите и тяхната инициативност да посетят дентален специалист **(Фиг. 3**).



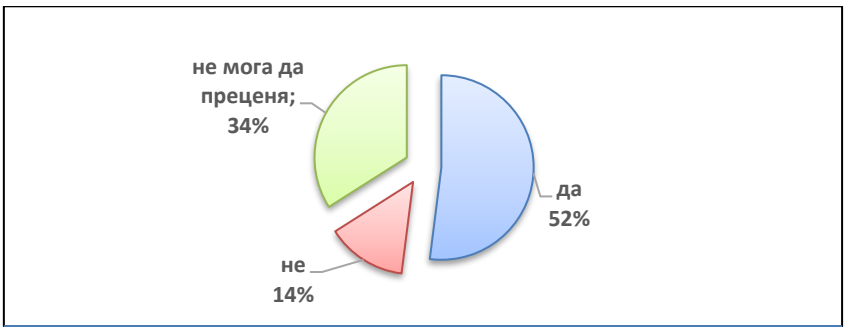
Фиг. 3. Посещения на стоматолог извън бременността

Профилактичните грижи за денталното здраве по време на бременност са осъзната потребност за повечето от анкетираните, попаднали в извадката. Значителен дял от тях посочват, че за жените ще бъде полезно да се въведе задължително консултиране на бременната със стоматолог при регистрирането на бременността (72%) (**Фиг. 4**).



Фиг. 4. Позитивни ефекти от въвеждане на задължителен профилактичен дентален преглед

Повече от половината от бременните оценяват високо знанията и уменията на акушерките за консултиране и насочване относно денталното здраве във връзка с бременността и раждането, като посочват, че биха се доверили да го извършва акушерка **(**52%). Имайки предвид ниския дял на жените, при които акушерка фактически е участвала в наблюдението на бременността, мнението на анкетираните може да се разглежда като високо доверие към знанията и уменията на акушерката и необходимост да се гарантира участието ѝ при наблюдението на бременността (**Фиг. 5**).



Фиг. 5. Доверие към акушерка за съвети по отношение на денталното здраве при бременност

Получените резултати ни дават основание да направим следните ***изводи:***

1. Бременността е рисков период за развитие на здравни проблеми, свързани с оралното здраве на майката и неродено дете, а ефективната профилактика на денталното здраве на бременните налага прилагането на мултидисциплинарен подход с участието на АГ специалисти (лекар и акушерка) и дентален специалист и активно поведение на екипа, наблюдаващ бременността.
2. Налице е необходимост от осигуряване на гарантиран достъп и системни здравни грижи във връзка с денталното здраве по време на бременност.
3. Профилактиката на денталното здраве на бременните към настоящия момент у нас е подценен проблем, а акушерските грижи са недостатъчно използван ресурс при наблюдението на бременността в ЖК.
4. Грижата за денталното здраве на бременните, към настоящия момент у нас, не е организиран и системен процес, а се разчита на личната отговорност на пациентите, при наличие на осъзната потребност у бременните.

Заключение

Въвеждането на задължителни дентални профилактични прегледи при бременност, организирани и контролирани от ЖК, би довело до своевременно решаване на здравни проблеми и подобряване на денталното здраве. Оптимизирането на ролята на акушерката може да бъде свързано както с организация и документиране на профилактичните прегледи по време на бременност, така и с установяване на рационален режим на хранене, адекватна устна хигиена и утвърждаване на здравословен начин на живот и лична отговорност за здравето.

Библиография:

1. Димитрова, В. Акушерските практики за консултиране на жени – перспектива за развитието на професията „Акушерка“, автореферат на дисертационен труд, Варна, 2016.
2. Димитрова, В. Акушерски грижи при нормална бременност, МУ-Варна, 2018
3. De Stefano R. Psychological Factors in Dental Patient Care: Odontophobia, Medicina (Kaunas), 2019.
4. Geisinger ML, Alexander DC, Dragan IF, Mitchell SC., Dental Team's Role in Maternal and Child Oral Health During and After Pregnancy, Comp end Contin Educ Dent, 2019.
5. Greig V, Sweeney P., Special care dentistry for general dental practice, Dent Update, 2013.
6. Manski RJ, Meyerhoefer CD., Projecting the Demand for Dental Care in 2040, Dent Educ. 2017.
7. Pegon-Machat E, Jourdan D, Tubert-Jeannin S., Oral health inequalities: Determinants of access to prevention and care in France, Sante Publique. 2018.
8. Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L., Oral health during pregnancy, Am Fam Physician. 2008.
9. Tang H, Huang Q.Shanghai Kou Qiang Yi Xue, Comparative study of minimally invasive technique and traditional decaying method for dental caries and the impact of dental treatment on pain and anxiety during pregnancy, Clinical Trial. Chinese, 2019.
10. https://www.dentalmed.bg

НЕОБХОДИМОСТ ОТ ПРОФИЛАКТИЧНИ ПРОГРАМИ ЗА HPV-АСОЦИИРАНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Е. Стоянова*, М. Камбурова**

** Катедра „Акушерски грижи”, Факултет „Здравни грижи“, МУ – Плевен*
*** Катедра „Обществоздравни науки“, Факултет „Обществено здраве, МУ – Плевен*

Контакт: Ас. Елица Стоянова
e-mail: evil_eli@abv.bg

Въведение

Профилактиката представлява съвкупност от медицински и немедицински мерки, които обществото провежда за постигане на по-добро здраве и качество на живот чрез предотвратяване на заболяванията, намаляване на техните последици и преждевременните умирания. [2]

Популационният скрининг за ранна диагностика е доказано най-добрият метод за намаляване на болестността и смъртността от предотвратими заболявания. Свързаните с човешкия папилома вирус (HPV) заболявания могат да се проявят като такива с доброкачествена патология (кондиломите по половите органи и аногениталната област), с гранична малигненост (дисплазия на маточната шийка в различни степени, левкоплакия на вулвата, дисплазия на пениса), но HPV е отговорен и за рака на маточната шийка (РМШ), пениса дори и ларингса.

В световен мащаб се разработват и използват различни стратегии и програми за първична и вторична профилактика на HPV- асоциираните заболявания. Те дават положителен ефект, който е доказан с не малко проучвания, изследвания и публикации. Тези

резултати подтикват използването на подобни подходи за намаляване на разпространението на HPV и асоциираните с него заболявания. Срещат се и пречките за тяхното прилагане, което от своя страна ни дава право да разгледаме нуждата от организационен модел за акушерски дейности свързани с HPV асоциираните заболявания [10].

Целта на настоящия доклад е дискутиране и потвърждаване на необходимостта от цялостна профилактична програма и прилагането на акушерски модел за профилактика на HPV-асоциирани заболявания в България.

Материал и методи

Осъществен е критичен преглед на достъпната научна литература във връзка с проявата, разпространението и профилактиката на HPV-асоциирани заболявания.

Резултати

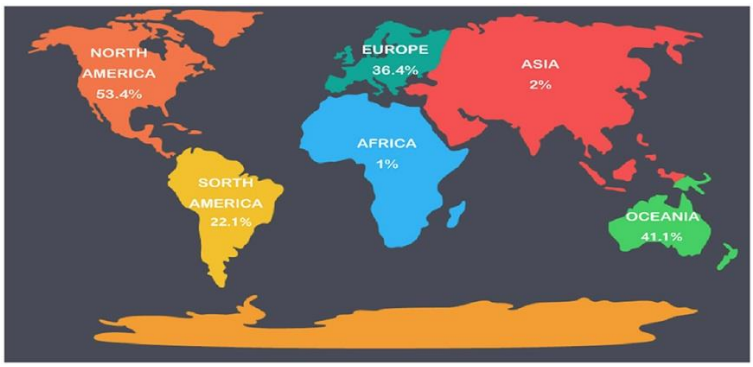
Профилактичната дейност се разглежда като четири основни вида: преморбидна, първична, вторична и третична.

Всеки вид профилактична дейност има своите цели и методи, чрез които да бъдат постигнати желаните ефекти. На **табл. 1** са представени целите, методите и целевите групи при три от етапите на профилактиката използвани при HPV-асоциираните заболявания.

Табл. 1. Цели и методи на профилактиката при HPV-асоциирани заболявания

Първична профилактика	Вторична профилактика	Третична профилактика
Цел: да се намали риска от инфектиране	**Цел:** ранно диагностициране и лечение на безсимптомно протичаща инфекция	**Цел:** намаляване броя на рецидивиращите инфекции
Методи за постигане: - Профилактична ваксинация срещу HPV - Потенциален ефект върху инфекцията	**Методи за постигане:** - Ранен скрининг - Серологичен анализ - Визуализация на ранните лезии	**Основен метод е проследяване след лечение, което включва:** - Периодичен скрининг - Серологичен анализ
Целеви групи: момичета преди започване на полови контакти	**Целеви групи:** индивиди с висок риск от заразяване	**Целеви групи:** индивиди лекувани от инфекция причинена от HPV

1. Първична профилактика



Фиг. 1. Ваксинирани лица в света

Източник: Zhou X, Sun L, Yao X, Li G, Wang Y and Lin Y (2020) Progress in Vaccination of Prophylactic Human Papillomavirus Vaccine. Front. Immunol. 11:1434. doi: 10.3389/fimmu.2020.01434

Ваксинация срещу HPV се прилага във всички 28 страни-членки на Европейския съюз, но нивата на обхват и покритие варират от 10 до 86% за различните държави [14]. Ниският относителен дял е резултат от негативните нагласи и колебливото поведение на родителите. Причините за това са различни, но като основна е посочван несигурността в препарата. Незнанието дали приложението на ваксината няма да навреди на детето им води до отказ, дори да се осъзнава факта, че тя ще намали риска от РМШ [9, 15]. Други взаимоотношения в кръга на родителите - включително техния партньор, семейството, приятели и онлайн социална мрежа - могат да повлияят на нагласите им както положително, така и отрицателно. В допълнение, по-широките политически и културни нагласи - като общото отношение към ваксинацията, към сексуалната ориентация и променящите се политики относно ваксина срещу HPV - могат да подпомогнат формирането на положителни нагласи в родителите [9]. Karafillakis et al. и Scott K. et all. също потвърждават, че мнението на родителите и като цяло на обществото може да бъде променено с помощта на участието на специалистите по здравни грижи [7,14] Правилно предоставената информация, може да допринесе за повишаване на относителния дял на ваксинираните деца. Специалистите по здравни грижи са хората, които могат да променят решението и мнението на родителите, относно ваксинацията.

През 2013 година Световната здравна организация (СЗО) констатира и апелира, че участието на акушерките в промоцията на здравето и профилактиката би способствало за превенция, ранното откриване и лечението на социално значими заболявания [8]. Акушерките са специалистите, които могат да организират информационни кампании, семинари и обучения за родители и ученици относно HPV-асоциираните заболявания. [12]. Доказателство за това е и публикацията на Tami L. Thomas, публикувана през 2016 година, в която се обобщава значимостта на участието на специалистите по здравни грижи (акушерки и медицински сестри) в борбата с HPV-асоциираните заболявания, в частност РМШ [13].

2. Вторична профилактика

Чрез нея се цели ранното откриване на заболяванията в ранен безсимптомен период. Обект на вторичната профилактика са здрави лица, без настъпила симптоматика **(табл.1)**. 100% от диагностицираните безсимптомни HPV-асоциирани заболявания могат да бъдат излекувани, преди настъпването на пред раково или онкологично заболяване. Основният метод използван при вторичната профилактика е скринингът. Масов скрининг за ранна диагностика на РМШ е въведен в България след 1974 година, а през 2000 година с постановление на Министерски съвет № 880/22.12.2000 г., е приета Национална стратегия за профилактичен онкологичен скрининг в Република България за периода 2001-2006 г., ръководена от проф. Черноземски [3].

През 2012 година е приета Национална програма за първична профилактика на РМШ, за срок от 4 години, като след изтичането му е продължена до 2020 година. Програмата е насочена към намаляване на разпространението на инфекцията от HPV чрез ваксинопрофилактика. През 2013 – 2014 година е осъществена Национална кампания за ранна диагностика на онкологични заболявания. Изпратени са 68475 покани на жени във възрастова група 25-60 години. На безплатният скрининг са се подложили само 33 237 от „поканените“[6]. Всички програми за вторична профилактика в България са насочени за изпълнение към лекарите. Заложени са и в профилактичните програми на общопрактикуващият лекар за наблюдение на Здравноосигурените лица над 18-годишна възраст.

Разработените и осъществени национални програми са с незадължителен характер. Това е една от основните причини заболеваемостта и смъртността от РМШ да остава висока. В България смъртността е нараснала 3 пъти – от 1.8/100 000 през 1980 г. до 5.7/100 000 през 2015 г. По данни на International Agency for Research on Cancer за 2020 година се предвижда броят на смъртните случаи в нашата държава да бъдат 472 [11]. Към

момента в България няма разработена и прилагана цялостна програма и организиран популационен скрининг за профилактика на HPV-асоциирани заболявания.

На 17 ноември 2020 г. СЗО инициира и стартира Глобална стратегия за ускоряване на елиминирането на рака на маточната шийка за периода 2020-2030 г. Внимание се обръща на цялостния популационен скрининг и ролята му като основната причина за намаляване на високата смъртност от РМШ. СЗО насърчава държавите да повишат използването на ДНК тестовете за HPV типизиране. Също така се твърди, че жените могат сами да се изследват, сами да вземат пробите си и това може да увеличи обхвата на скрининга за РМШ със 70% [16].

3. Третична профилактика

Целта на мерките за третична профилактика е овладяване на вече съществуващо заболяване, както и намаляването на неговата прогресия и намаляване на риска от последващи усложнения. Третичната профилактика е и в основата на намаляването на вероятността за възникване на инвалидност сред пациентите [2]. В България няма организирана третична профилактика за HPV-асоциирани заболявания. Третична профилактика, която е обоснована в наредби и закони е насочена само към онкологичните заболявания. Доброкачествената патология, както и тази с гранична малигмемост е обект на наблюдение от лекарите. Те определят посещенията на пациентките и в каква последователност и интервал да бъдат реализирани.

4. Роля и участие на акушерката в профилактичната дейност на HPV-асоциираните заболявания

Всички дейности, които акушерката в България може да извършва самостоятелно или под лекарско назначение са уредени с Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. на Министерството на здравеопазването. Обнародвана е в ДВ. бр.15 от 18 Февруари 2011г., изм. ДВ. бр.50 от 1 Юли 2011г. В раздел III чл. 5. Самостоятелните дейности, които са свързани с първичната профилактика са: промоция, профилактика и консултиране за социално значимите заболявания; извършване на профилактика в областта на хигиената, на индивидуалното и общественото здраве като превенция и профилактика на сексуално предавани инфекции, ХИВ и СПИН, токсикоманиите, алкохолизма, тютюнопушенето, насилието, трудовите и битовите злополуки. Тази наредба дава правото на акушерката да извършва дейности по промоция на здравето сред рисковите групи и сред популацията като цяло. Имайки право да изнася лекции в училища за бременни, тя се включва в ранен етап от живота на детето и може да убеди родителите за ползата от първичната профилактика на HPV-асоциираните заболявания. Тя е лице, което може да достигне както до децата, така и до техните родители и би могла да им разясни ползите и необходимостта от всеки етап на профилактиката. Акушерката е здравният специалист, който е винаги близо до жената, във всеки един етап от нейния живот [5].

Ролята на акушерката във вторичната профилактика е не само да асистира на лекаря по време на манипулациите, тя участва активно в тях. Тя е непосредствено до жената, общува с нея и може да й вдъхва доверие и спокойствие [5].

Ролята на акушерката в третичната профилактика се свежда до – психо-социална рехабилитация на социално-значими заболявания. Всяко едно HPV-асоциирано заболяване трябва да се наблюдава като социално-значимо. Освен психо-социалната рехабилитация, акушерката може да организира укрепваща гимнастика и рехабилитация на хоспитализирани пациенти [5]. Във всеки етап на профилактиката е необходимо участието на акушерка. Тя може да се включи както в медицинската практика, така и в немедицинските дейности. За това профилактиката се счита за интердисциплинарен подход в медицината [1].

5. Роля на информираността за положителните резултати от профилактични дейности

Информираността сред общността относно профилактичните дейности трябва да е застъпена във всеки етап на профилактиката. Информираността на хората може да доведе до повишаване на ефективността на профилактичните мероприятия, което от друга страна би довело до ранното откриване, навременното лечение и последващо наблюдение на HPV-асоциираните заболявания [1].

Информираността сред общността относно заболеваемостта от HPV-асоциирани заболявания може да доведе до повишаване на тяхната заинтересованост относно профилактичните мероприятия.

Заключение

Налице е необходимост от разработване на цялостна профилактична програма и прилагането на акушерски модел за профилактика на HPV-асоциирани заболявания в България. Чрез тях може да се намали риска от развитието на тези заболявания както при жените така и при мъжете.

Библиография:

1. Генчева, Хр. Акушерска здравна грижа при профилактика на рак на маточната шийка, Автореферат на дисертационен труд, 2019, Варна
2. Грънчарова Г. С. Янкуловска, Социална медицина, Изд. Център на МУ-Плевен, с. 83-96
3. Златков В., П. Златкова, Профилактика, скрининг и ваксини при предрака и рака на маточната шийка, 2006,

София,с. 33-38.

4. Малинова М. HPV асоциирани заболявания и възможности за тяхната профилактика, Акушерство гинекология, 2015, част 1, с. 25-31
5. Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. За професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно. https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135718392
6. Национална кампания за ранна диагностика на онкологични заболявания https://www.mh.government.bg/bg/evropeyski-programi/realizirani-proekti/programa-razvitie-na-choveshkite-resursi-2007-2013/nacionalna-kampaniya-za-ranna-diagnostika-na-onkologichni-zabolyavaniya/
7. Emilie Karafillakis, Clarissa Simas, Caitlin Jarrett, Pierre Verger, Patrick Peretti-Watel, Fadia Dib, Stefania De Angelis, Judit Takacs, Karam Adel Ali, Lucia Pastore Celentano & Heidi Larson (2019) HPV vaccination in a context of public mistrust and uncertainty: a systematic literature review of determinants of HPV vaccine hesitancy in Europe, Human Vaccines & Immunotherapeutics, 15:7-8, 1615-1627, DOI: 10.1080/21645515.2018.1564436
8. Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to the prevention, treatment and management of noncommunicable diseases. Human Resources for Health Observer – Issue No. 12, https://www.who.int/hrh/resources/observer12/en/
9. G K Shapiro, K J Head, Z Rosberger, G D Zimet - Why are some parents so hesitant about HPV vaccination? And what can we do about it?, 2018 https://www.hpvworld.com/media/29/media_section/3/0/1030/hpvworld-072.pdf
10. Haïtham Mirghania;, Alain C.Jungb; Carole Fakhrycd - Primary, secondary and tertiary prevention of human papillomavirus-driven head and neck cancers, European Journal of Cancer Volume 78, June 2017, P. 105-115
11. International Agency for Research on Cancer https://gco.iarc.fr/tomorrow/graphicisotype?type=1&population=900&mode=population&sex=2&cancer=39&age_group=value&apc_male=0&apc_female=0#collapse-by_country
12. Johnson-Mallard, Versie et al. “The nurse's role in preventing cervical cancer: A cultural framework.” American nurse today vol. 7,7 (2012)
13. Thomas TL. Cancer Prevention: HPV Vaccination. Semin Oncol Nurs. 2016;32(3):273–280.
14. Scott K, Batty ML. HPV Vaccine Uptake Among Canadian Youth and The Role of the Nurse Practitioner. J Community Health. 2016;41(1):197–205.
15. Zhou X, Sun L, Yao X, Li G, Wang Y and Lin Y (2020) Progress in Vaccination of Prophylactic Human Papillomavirus Vaccine. Front. Immunol. 11:1434. doi: 10.3389/fimmu.2020.01434
16. https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/11/17/default-calendar/launch-of-the-global-strategy-to-accelerate-the-elimination-of-cervical-cancer

КРИТИЧНИ ТОЧКИ ПРИ ДОСТИГАНЕ НА ЦЕЛИТЕ ЗА УСТОЙЧИВО РАЗВИТИЕ В БЪЛГАРИЯ

С. Георгиева, М. Камбурова, Д. Цанова
Катедра „Обществоздравни науки“, Факултет „Обществено здраве, МУ – Плевен

Контакт: Доц. д-р Стела Георгиева, д.м.
e-mail: georgieva_sl@yahoo.com

Въведение

Целите за устойчиво развитие (ЦУР; англ.: Sustainable Development Goals; Global Goals) са набор от цели, свързани с бъдещото международно развитие за периода 2016 – 2030 [4, 14, 15]. Приети са от Общото събрание на Организацията на обединените нации (ООН) и се популяризират като Глобални цели за устойчиво развитие. Те заменят Целите за развитие на хилядолетието, чийто срок изтече в края на 2015 г. Набелязани са 17 цели **(Фиг. 1)** със 169 специфични подцели [9, 10]. Генералният секретар на ООН, Бан Ки Мун, ги определя като „универсална, интегрирана и трансформираща визия за по-добър свят, свободен от бедност, глад и болести“; като „план за действие на международната общност и националните правителства през следващите 15 години“; като „глобално и всеобхватно усилие светът да се извади от бедността и да се постигне устойчиво развитие с грижа за всички живи същества на планетата, отчитайки екологичната страна на въпроса“ [5, 12, 13]. България се присъединява към новите цели за устойчиво развитие на ООН на Срещата на върха на 25 септември 2015 г., а през март 2016 вече има изготвен Стратегически план 2015+ за работа и постигане на Целите за устойчиво развитие [2].



Фиг. 1. Цели за устойчиво развитие 2016 – 2030 година

Здравето има централно място в цел 3 „Осигуряване на здравословен живот и благополучие за всички на всяка възраст“, където са използвани разнообразни индикатори за неговата оценка. Повечето от другите цели (6. Чиста вода и санитарно-хигиенни

условия; 11. Устойчиви градове и общности; 12. Отговорно поведение и др.) също са свързани със здравето и допринасят за него индиректно.

Целта на настоящата статия е да представи какво е постигнала България по отношение на свързаните със здравето ЦУР и да акцентира върху здравните индикатори с най-неблагоприятни стойности или тенденции в нашата страна за изучавания период.

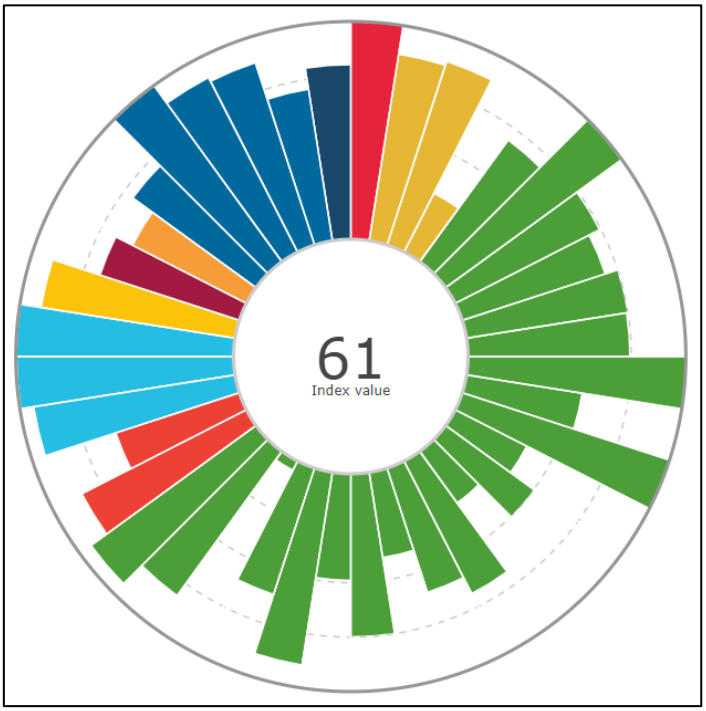
Материал и методи

Проведено е описателно проучване на свързаните със здравето индикатори за периода 2016 – 2030 година в статистическа база данни на Института по здравни измервания и оценка, САЩ.

Резултати

Степента на постигане на целите за устойчиво развитие се движи в широки граници – от 12 до 85% в различните страни. С цялостен индекс от 61% за 2017 година **(Фиг. 2)**, България се нарежда на едно от последните места сред страните от Европейския съюз (Германия – 75%, Франция – 70%), както и сред Балканските страни (Гърция – 64%, Македония – 64%, Албания – 65%) [6, 8, 11].

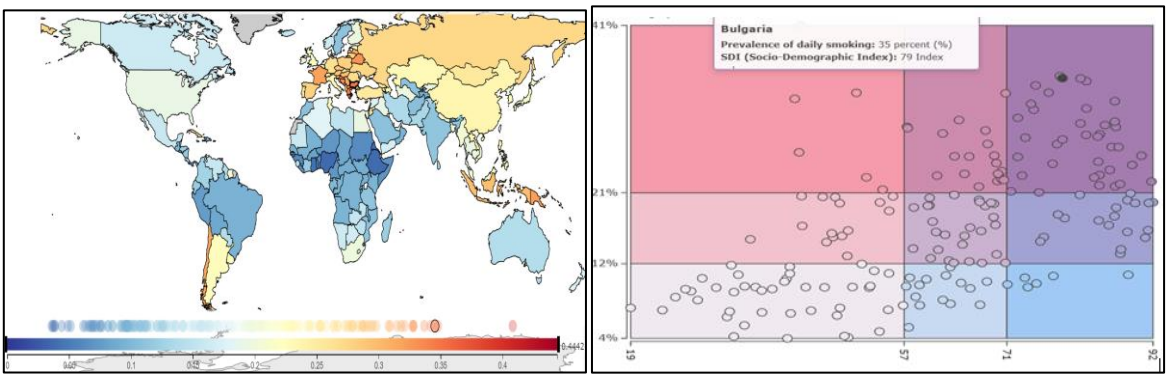
Критични индикатори, които намаляват индекса на страната ни в постигане на целите за устойчиво развитие са широко разпространение на тютюнопушенето (34.5%), възходяща динамика на употребата на алкохол, висок и нарастващ относителен дял на децата до 4 години с наднормено тегло (30.1%), висока смъртност от болести на органите на кръвообращението, рак, диабет и хронични белодробни болести при лицата на възраст 30-70 години (517.4/100 000) и висока плодовитост във възрастта под 20 години (*19.7‰*). Последващата информация е свързана с настоящото ниво и тенденциите на тези индикатори до 2030 година, мястото на България сред другите страни и степента на постигане на съответните цели [6].



Фиг. 2: Цялостен индекс на постигане на целите за устойчиво развитие в България, 2017

Таргет 3.a: Прилагане на конвенцията на СЗО за контрол на тютюнопушенето във всички страни

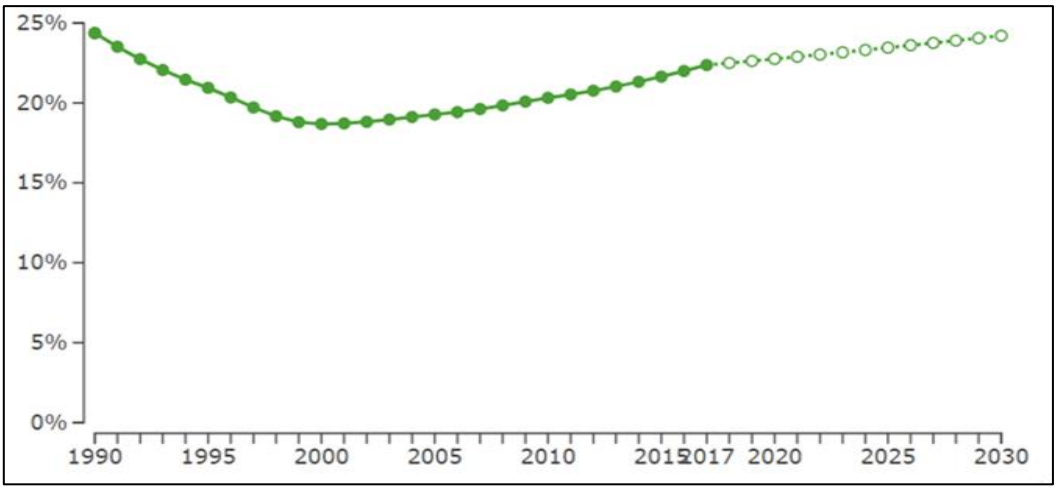
Индикатор 3.a.1: Дял на регулярни пушачи сред населението на възраст над 10 години **(Фиг. 3)**. Разпространението на тютюнопушенето сред българското население е най-високо в ЕС и е с почти седем процентни пункта над средното за ЕС [1, 3]. Оценъчно ниво: 34.5%. Стойност на индекса 0-100, постигнато ниво 4.4 [6, 7].



Фиг. 3. Дял на регулярни пушачи на възраст над 10 години в България и позиция на страната по ниво на тютюнопушене сред страните според техния социално-демографски индекс

Таргет 3.5: Подобряване на превенцията и лечението на наркотична зависимост и употреба на алкохол.

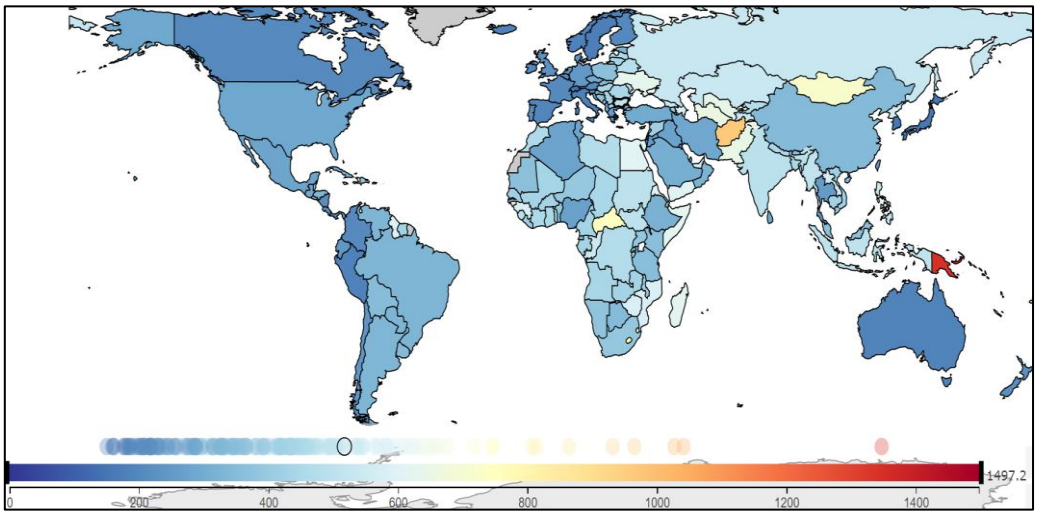
Индикатор 3.5.2: Разпространение на алкохолна консумация, измерено чрез обобщената стойност на експозицията **(Фиг. 4)**. Оценъчно ниво: 22.4%. Стойност на индекса 0-100, постигнато ниво 28.9 [6]. Макар че равнищата на епизодична злоупотреба с алкохол са по-ниски в сравнение с другите държави от ЕС, България е на пето място в ЕС по консумацията на алкохол на глава от населението. През 2014 г. българите са консумирали повече от 12 литра алкохол на глава от населението., което надвишава средната стойност за ЕС с повече от 2 литра [1, 3].



Фиг. 4. Консумация на алкохол България, измерена чрез обобщената стойност на експозицията

Таргет 3.4: До 2030 г. снижаване с 1/3 преждевременната смърт от неинфекциозни заболявания и промоция на психичното здраве.

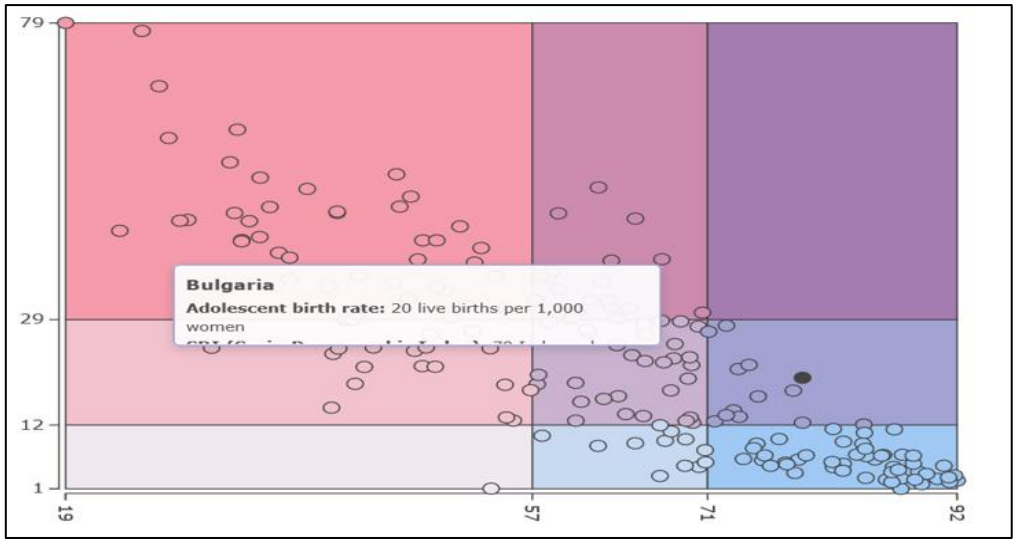
Индикатор 3.4.1: Възрастово-стандартизирана смъртност от ССЗ, рак, диабет и ХОББ във възрастта 30 – 70 г. (на 100 000). Оценъчно ниво: 517.4/100 000 **(Фиг. 5)**. Стойност на индекса 0-100, постигнато ниво 36.4 [6].



Фиг. 5. Позиция на България сред страните в света по възрастово-стандартизирана смъртност от ССЗ, рак, диабет и ХОББ във възрастта 30-70 г. (на 100 000)

Таргет 3.7: До 2030 г. да се осигури достъп до услуги, свързани със сексуалното и репродуктивно здраве, включително семейно планиране.

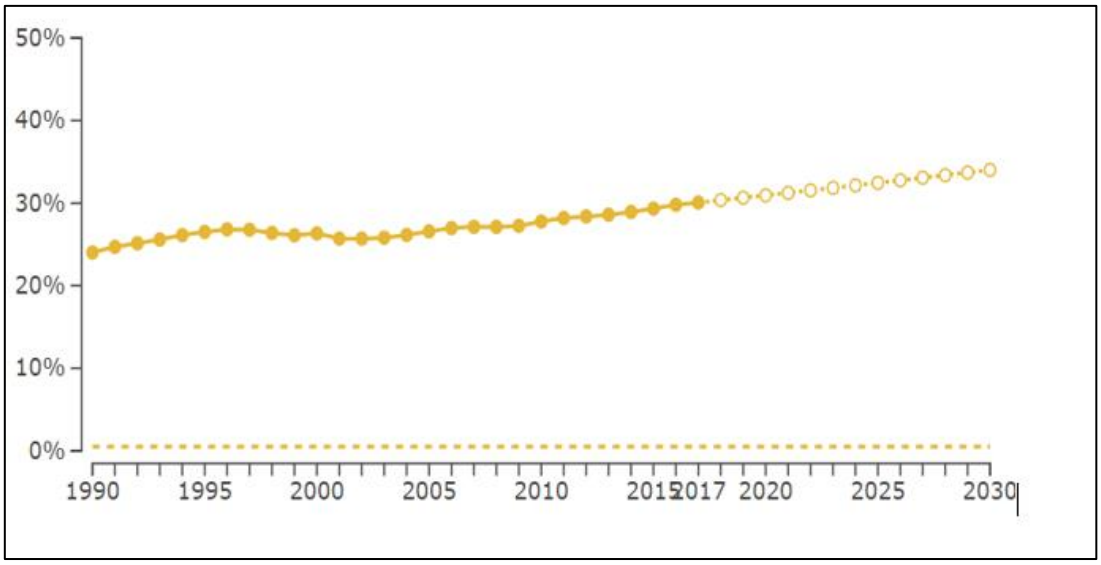
Индикатор 3.7.2: Брой живородени на 1 000 жени на възраст 10 – 19 години **(Фиг. 6)**. Оценъчно ниво: 19.7‰. Стойност на индекса 0-100. Постигнато ниво 39.3 [6].



Фиг. 6: Позиция на страната по ниво на плодовитост под 20-годишна възраст сред страните според техния социално-демографски индекс

Таргет 2.2: До 2030 г. да се ликвидират случаите на недохранване и да се осигури адекватен хранителен статус на подрастващите момичета, бременни, кърмачки и възрастни хора.

Индикатор 2.2.2б: Честота на наднормено тегло сред деца на възраст 2 – 4 години **(фиг. 7)**. Оценъчно ниво: 30.1%. Стойност на индекса 0-100. Постигнато ниво 30.0 [6].



Фиг. 7: Относителен дял на децата от 2 до 4 г. с наднормено тегло в България

Заключение

Основна причина за забавяне на България в достигане на целите за устойчиво развитие е широкото разпространение на поведенчески рискови фактори и свързаната с тях висока болестност и смъртност от хронични неинфекциозни заболявания.

Библиография

1. Атанасова Е., И. Мирчева и К. Докова (2016 г.), „Регионални различия при смъртността от всички причини в България през периода 2000—2012 г.“), Scripta Scientifica Salutis Publicae, том 2(1).
2. Проект за национална програма за развитие на България до 2030 г, 2016.
3. European Observatory on Health Systems and Policies. State of Health in the EU: България – здравен профил за страната, 2017.
4. Glaser, G. Base sustainable development goals on science. *Nature* 491**,** 35 (2012). DOI: *https://doi.org/10.1038/491035a*
5. Griggs, D., Stafford-Smith, M., Gaffney, O. *et al.* Sustainable development goals for people and planet. *Nature* 495**,** 305–307 (2013). *DOI: https://doi.org/10.1038/495305a*
6. Health-related Sustainable Development Goals 2016 - 2030, Country profiles. *https://vizhub.healthdata.org/sdg/*
7. Institute for Health Metrics and Evaluation, 2017. Global Burden of Disease Study (GBD 2015). Socio-Demographic Index (SDI) 1980 – 2015
8. Myers, J. There's a new ranking of the healthiest countries. How is yours doing?. World Economic Forum, 2017.
9. Robert K.W., Thomas M. Parris &Anthony A. Leiserowitz. What is Sustainable Development? Goals, Indicators, Values, and Practice. Environment: Science and Policy for Sustainable Development, 47: 3, 8-22 (2005). *DOI: https://doi.org/10.1080/00139157.2005.10524444*
10. Sachs J.D. From Millennium Development Goals to Sustainable Development Goals. The Lancet, 379:9832, 2206-2211 (2012). *DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60685-0*
11. United Nations Economic and Social Council (2020). Progress towards the Sustainable Development Goals Report of the Secretary-General, High-level political forum on sustainable development, convened under the auspices of the Economic and Social Council (E/2020/57), 28 April 2020
12. United Nations (2017), Resolution adopted by the General Assembly on 6 July 2017. Work of the Statistical Commission pertaining to the 2030 Agenda for Sustainable Development (A/RES/71/313)
13. United Nations Statistical Commission (UNSC), 2015. Technical report on the process of the development of an indicator framework for the goals and targets of the post-2015 development agenda.
14. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2012 (UN, 2012).
15. WHO, 2015. The United Nations Sustainable Development Goals (UN SDGs).

ИЗТОЧНИЦИ ЗА ИНФОРМАЦИЯ ЗА ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ СРЕД НАСЕЛЕНИЕ НАД 20 ГОДИНИ

Т. Каранешева
Национален център по обществено здраве и анализи – София

Контакт: Гл. ас. д-р Татяна Каранешева, д.м.
e-mail: t.karanesheva@ncpha.government.bg

Въведение

През последните няколко десетилетия се наблюдава рязко увеличаване на източниците и количеството здравна информация, достъпна за обществеността по различни канали, както и на каналите за разпространение на информация. Най-забележимата промяна в комуникационния пейзаж е бързото разпространение на интернет технологиите, което предостави безпрецедентно количество здравна информация в обсега на широкия потребител.

При избор на канал за здравна информация значение имат както социално-демографските фактори като възраст, пол и образование, така и целите, за които се използва информацията. Изследвания показват използване на различни източници според темите, които вълнуват аудиторията.

Хроничните заболявания са сериозен и задълбочаващ се проблем за населението. Те несъмнено са водещата причина за смъртност, като на тях се падат около 86% от всички смъртни случаи в ЕС. Образованието на пациентите относно техните здравни проблеми и състояния е важна част от управлението на тяхното здраве. Междуличностната комуникация между пациента и лекаря има най-голямо въздействие за намаляване на заболеваемостта и смъртността при хронични заболявания, чрез персонализирана информация и обмен на информация [9]. Масовите комуникационни канали, както и междуличностните - семейство и приятели, се използват, за да допълнят информацията, предоставена от здравните специалисти.

Интернет дава възможност на индивидите да бъдат активни в търсенето на здравна информация, която засилва тяхната автономност и променя позицията им спрямо здравните специалисти. Пациентите вече оспорват авторитета и независимостта на здравните специалисти, чрез отправяне на предложения или запитвания за диагностика или лечение, промяна на употребата на лекарства, без консултация с медицинско лице и отмяна или насрочване на среща с медицински специалист. Интернет информацията често е от решаващо значение при взимане на решения в критични ситуации, например при пациенти с онкологични заболявания [2]. Проучвания сочат, че наличието на хронично заболяване е предиктор за търсенето на здравна информация онлайн [11].

Доклад на ЕК [6], публикуван през април 2015 г., относно проучване на здравните комуникационни кампании в Европа за превенция на хроничните незаразни заболявания, сочи необходимостта от селектиране на комуникационните канали в зависимост от целите на здравните кампании. Подчертава се, че интернет и социалните мрежи представляват потенциално мощен ресурс за усъвършенстването и разпространението на здравни интервенции. Докладът на ЕК посочва, че най-често използвани канали при кампании, насочени към превенция на хронични заболявания при население над 25 г., са: интернет, социалните мрежи, мобилни приложения, телевизия и събития.

Проучване в САЩ установява високо използване на интернет за търсене на информация за хронични заболявания и констатира, че колкото по-често човек използва

Интернет като източник на здравна информация, толкова по-голяма е вероятността да промени поведението си по отношение на здравето [1].

Нарастващият брой възрастни, живеещи с хронични заболявания, в съчетание с увеличената наличност на специфични за болестта групи за онлайн подкрепа, променя начина, по който хората търсят информация за своите хронични заболявания. Въпреки нарастването на използването на Интернет за търсене на здравна информация, проучвания показват, че лекарите остават най-предпочитан и достоверен източник на информация [3].

Има множество изследвания за използването на интернет за търсене на информация за заболявания, но сравнително малко проучвания за съотношението между търсенето на информация от други източници – печатни материали, близки хора, телевизия.

Пациентите с хронични заболявания, които са добре информирани, за да могат да се грижат и да участват в управлението на заболяването си, увеличават максимално терапевтичния си резултат [10]. За целта е необходимо да се знае откъде те търсят информация за здравето.

Цел

Да се проучат източниците, които населението над 20 години използва за здравна информация за хронични заболявания, с оглед повишаване на ефективността на здравно-комуникационните интервенции в областта на промоцията на здраве и превенцията на болестите.

Материал и методи

В изследването са участвали 804 лица от 28 областни града във възрастовата група 20-65+ години. Данните са набрани чрез пряка индивидуална анонимна анкета, с анкетна карта на хартиен носител. Данните от анкетните карти са въведени и обработени със статистическия пакет SPSS 20.0.0. Основните използвани статистически методи са: дескриптивен анализ; графичен анализ; метод на групиране, Z-тест за установяване на съществено различие и статистическа проверка на хипотезите. Времеви обхват на проучването: септември 2016 – септември 2017 г.

Резултати

Социално-демографска характеристика на респондентите

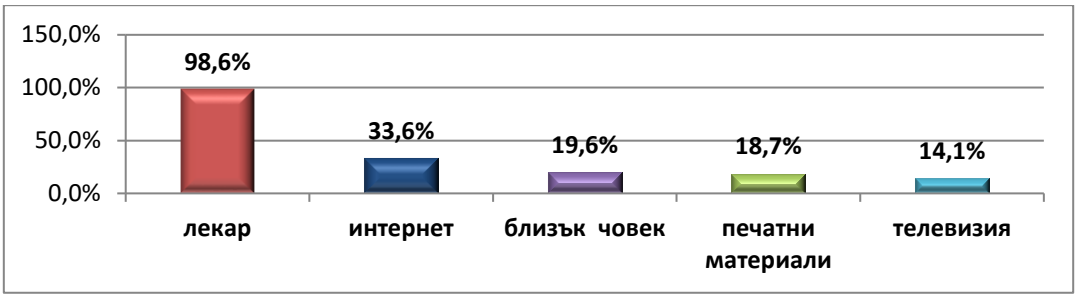
Респондентите са групирани в 5 възрастови групи (20-29 г.; 30-39 г.; 40-49 г.; 50-59 г. и над 60 години). Разпределението по пол показва, че преобладават жените - 60,40%, а мъжете са 39,60%. Разпределението по възрастови групи е почти еднакво, като най-нисък е делът на групата над 60 години (19,27%), а най-висок на групата 50-59 г. (21,0%).

Ограничения на изследването: Включени са респонденти, живеещи само в градовете. Ограничението може да се преодолее при бъдещи изследвания в национален мащаб.

На респондентите е зададен въпрос относно източниците, които използват за информация за хронично заболяване. Възможните отговори са: Лекар; Телевизия; Интернет; Печатни материали (книги, списания, вестници, дипляни, брошури); Близък човек (семейство, приятели). Отговорите на въпросите са от затворен тип, като респондентите могат да изберат повече от един отговор, поради което процентът на отговорилите на въпросите надвишава 100%.

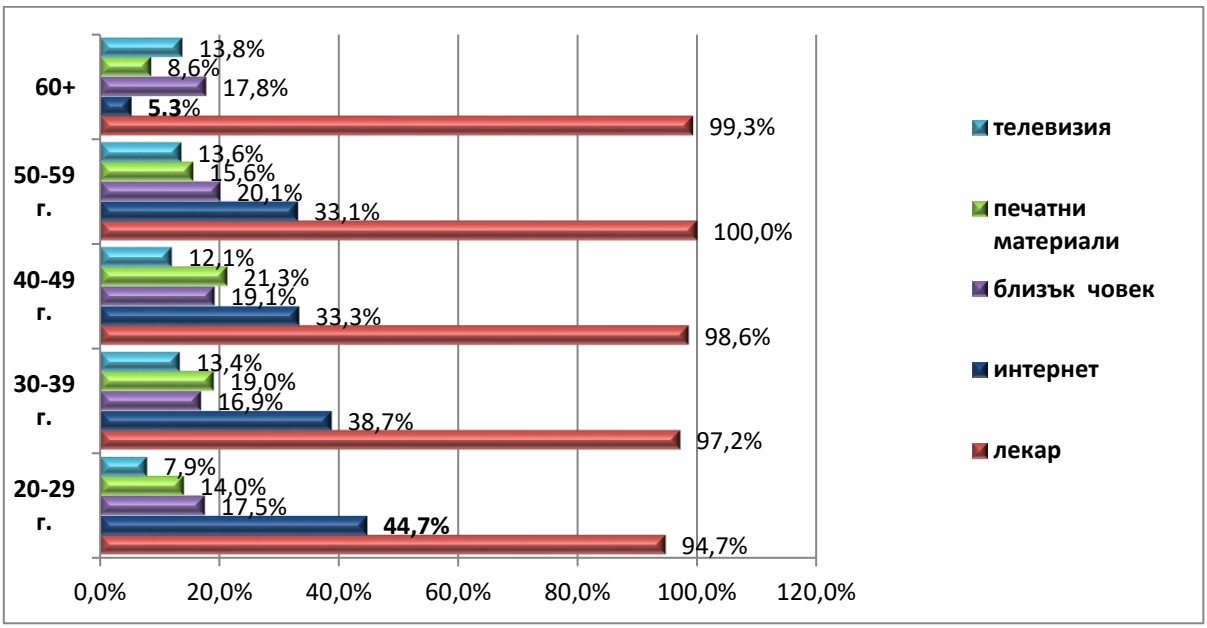
Резултатите от проучването показват, че основен източник за информация относно хронични заболявания са лекарите (98,6%). Втори по значение източник за информация е интернет (33,6%), който е най-често използван от масовите комуникационни

канали. Близките хора – семейство и приятели (19,6%) и печатните материали (18,7%) са използвани значително по-рядко от интернет (p<0,001), съответно на трето и на четвърто място по честота на употреба. Телевизията е поставена на последно място като източник за информация за хронично заболяване (14,1%) **(Фиг.1).**



Фиг. 1. Източници за информация относно хронично заболяване (%)

Разпределението по възрастови групи показа съществени различия в използването на източниците за информация **(Фиг.2).**

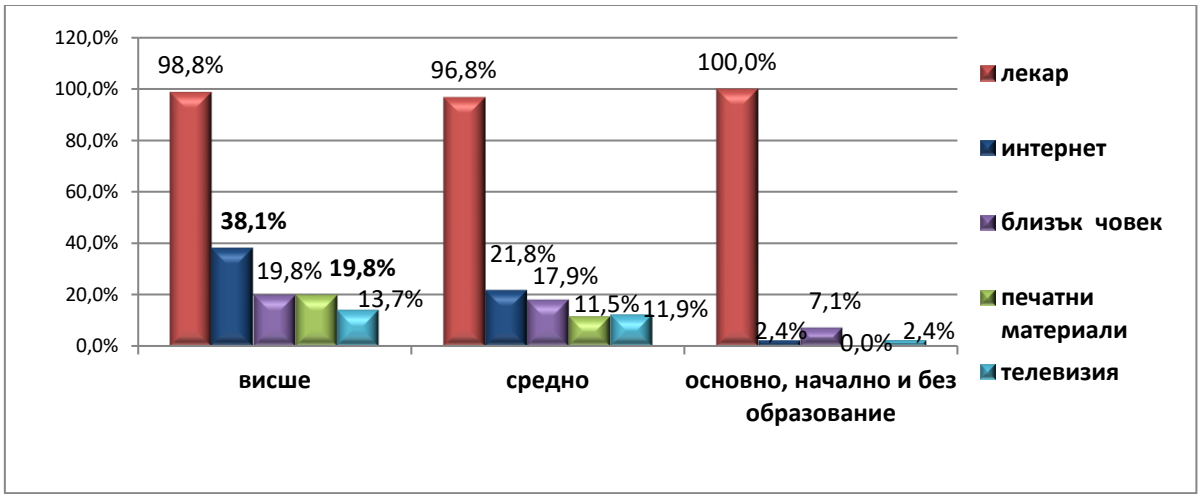


Фиг. 2: Източници за информация относно хронично заболяване, по възрастови групи

Макар че лекарите са основен източник за информация за хронични заболявания за всички възрастови групи, има съществена разлика в честотата на използването. Най-младата възрастова група 20-29 г. значително по-рядко използва лекарите, като източник за информация за хронични заболявания (94,7%) спрямо респондентите над 50 години (100%) (p<0,05). **Интернет е най-често използван източник сред респондентите на възраст 20-29 г. (44,7%) и 30-39 г. (38,7%),** със значителна разлика спрямо тези на възраст от 40 до 59 години (p<0,05). Респондентите над 60 години много рядко търсят информация за хронични заболявания в интернет (5,3%), (p<0,001) и имат най-нисък интерес към печатните материали (8,6%) спрямо останалите възрастови групи (p<0,001). Като цяло близките хора (семейство и приятели) са трети по честота източник за информация за хронични заболявания, с изключение на групата над 60 г., за която те са поставени на второ място след лекарите, а при респондентите от 30 до 49 г. са на четвърто

място, изместени от печатните материали. Телевизията е най-рядко използвана за информация за хронични заболявания от най-младата група 20-29 г. (7,9%) и най-често от групата над 60 г. (13,8%) (p<0,001).

Нивото на образование също е фактор при избор на канал за здравна информация. Изследването показа съществена разлика в използваните канали за информация за хронично заболяване между нискообразованите респонденти и тези със средно и висше образование **(Фиг. 3).** Лекарите са основен източник за информация за всички групи по образование с най-висок процент при нискообразованите (100%), следвани от тези със висше (98,8%) и средно образование (96,8%). Втори по ранг източник за информация за хронични заболявания е **интернет**, **най-често използван от висшистите (38,1%),** следвани от респондентите със средно образование (21,8%) (p<0,001) и изключително рядко използван от нискообразованите (2,4%). Близките хора (семейство и приятели) са третият най-често използван източник за информация за хронично заболяване, с най-висок процент при висшистите (19,8%), следвани от респондентите със средно образование (17,9%) и нискообразованите (7,1%)(p<0,001). **Печатните материали,** като цяло са поставени на четвърто място като източник за информация за хронично заболяване, **най-често използвани от висшистите (19,8%),** за които са на трето място, следвани от респондентите със средно образование (11,5%), при съществена разлика (p<0,05) и без интерес от нискообразовани респонденти (0,0%). Телевизията е най-рядко използван източник за информация за хронично заболяване, съответно висшисти – 13,7%; средно образование – 11,9%; нискообразовани – 2,4% (**Фиг. 3**).



Фиг. 3. Източници за информация за хронично заболяване, в зависимост от образованието (%)

Обсъждане

Лекарите (98,6%) са основен източник за информация за хронични заболявания за население над 20 години, което е обяснимо. Подобни резултати показват редица изследвания в Европа и САЩ [2, 3, 4, 7].

Наблюдават се съществени различия в използваните източници за информация за хронични заболявания по възрастови групи и образование. Интернет (33,6%) е втори по значение източник за информация за хронични заболявания, след лекарите, най-често предпочитан от хората на възраст 20-59 г. и висшистите, и най-рядко използван от групата над 60 г. (5,3%) и нискообразованите (2,4%). Профилът на потребителите на интернет, които търсят информация за хронични заболявания, е: възраст 20-59 години, предимно с висше образование, следвани от тези със средно образование. Подобни резултати, по отношение на социално-демографски характеристики, показва изследване на

Европейската комисия през 2014 г. сред 28-те страни-членки на Европейския съюз [5], но относителният дял, общо, за гражданите на възраст 15-55+ години, които търсят информация за хронични заболявания в интернет, е по-висок - 59%.

За разлика от хората с висше и средно образование, които използват всички посочени канали за търсене на информация за хронични заболявания, нискообразованите групи използват основно един източник за информация за хронични заболявания – лекарите.

Близките хора (семейство и приятели) са трети по-честота източник за информация за хронични заболявания, значително по-рядко използван от интернет, следван от печатните материали, най-често предпочитани от висшистите и хората на възраст 30-59 години. Телевизията е най-рядко използвана като източник за информация за хронични заболявания.

Резултатите от нашето изследване корелират с тези от американско проучване, което посочва, че лекарите и интернет остават доминиращи източници на информация за заболявания, следвани от семейството и приятелите [8].

Заключение

Нарастващият брой на хората с хронични заболявания и големият избор от източници за информация налага изследването им, за да може необходимата и достоверна информация за тези групи от населението да се насочи към най-често използваните от тях канали за здравна информация. В последните години се наблюдава бързо повишаване на използването на интернет за търсене на информация за заболявания и на социалните медии за създаване на групи за онлайн взаимопомощ и споделяне на проблеми на хора, страдащи от хронични заболявания. Това налага текущо изследване на тенденциите в използването на интернет за здравна информация.

Библиография:

1. Ayers, S., Kronenfeld J. Chronic illness and health-seeking information on the Internet, Health (London), 2007;11(3):327-47.
2. Basch EM, Thaler HT, Shi W, et al. Use of information resources by patients with cancer and their companions. Cancer, 2004;100:2476 – 83.
3. Cutilli, Carolyn Crane, Seeking health information: What sources do your patients use? Orthopaedic nursing. 2010, 29(3):214-9.
4. Diaz, J. A., Griffith, R. A., Ng, J. J., Reinert, S. E., Friedmann, P. D., & Moulton, A. W. Patients' use of the Internet for medical information. Journal of General Internal Medicine, 2002,17(3), 180–185.
5. European commission ,European citizens' digital health literacy, 2014. http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_404_en.pdf
6. European commission. Scoping study on communication to address and prevent chronic diseases: Final Report, DG Health and Food Safety, 2015. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major_chronic_diseases/docs/2015_chronic_scopingstudy_en.pdf
7. Stevenson , F., Kerr, C., Murray, E., Nazareth, I. Information from the Internet and the doctor-patient relationship: the patient perspective--a qualitative study Affiliations expand, PMID: 17705836.
8. Ghazanfari, A., Chin, J. What triggers health information search: an explorative analysis on the information needs, situations, technologies, and habits in health information search across the lifespan. International Symposium on Human Factors and Ergonomics in Health Care Chicago, IL, 2019, 8(1).
9. Lipkin M., Sisyphus or Pegasus? The Physician Interviewer in the Era of Corporatization of Care, Ann Inrern Med, 1996, 124(5).
10. Mazzuca SA. Does patient education in chronic disease have therapeutic value? *J Chronic Dis*. 1982;35(7):521–529.
11. Wong DK, Cheung M. Online Health Information Seeking and eHealth Literacy Among Patients Attending a Primary Care Clinic in Hong Kong: A Cross-Sectional Survey. J Med Internet Res 2019 Mar;21(3):e10831.

САМООЦЕНКА НА ЗДРАВОСЛОВНОТО СЪСТОЯНИЕ И НУЖДАТА ОТ ДВИГАТЕЛНА АКТИВНОСТ ПО ВРЕМЕ НА ОБУЧЕНИЕТО

Х. Христов*, Д. Цанова**
** Студент 3-ти курс, специалност „Медицина“, МУ - Плевен*
*** Факултет „Обществено здраве“, МУ – Плевен*

Контакт: Христо Христов
e-mail: h.hristov29@abv.bg

Въведение

Въпросът за здравословното състояние на младото поколение години наред е представлявал интерес, тъй като определя характера на физическото и психическото развитие на отделния млад индивид и на цялата възрастова група от населението [2, 4, 5, 8, 10]. Това с особена важност се отнася за студентите, чиято бъдеща професия е свързана със защита здравето на хората, при което изпълнение се поставят на изпитание собствените физически, морални и психически качества на младите лекари [1, 3, 7, 6, 9].

Студентите по медицина са известни със своите добри академични възможности още преди постъпването си в университет, което им позволява да задоволят изискванията и да преминат през трудния процес на кандидатстудентската кампания. По време на тяхното обучение в университета, те са обект на високи изисквания за ефективност и когато започват своето клинично обучение, при контакт с пациенти, те са изложени на значително емоционално натоварване. Всички тези фактори представляват значителни източници на стрес, които засягат психичното им здраве, в допълнение към собствената им психобиологична уязвимост и към други общи проблеми, характерни за тяхната възраст.

Целта на проучването е разкриване на отношението, нагласата, интересите и мотивацията на студентите медици към собственото здраве, здравословен начин на живот и двигателна активност по време на обучението им в Медицински Университет-Плевен.

Работната хипотеза е установяване връзката между здравословното състояние и начина на живот /хранене, двигателна активност/ за развитие на необходимите за специалността медицина качества, свързвани с бъдещите професионални задължения.

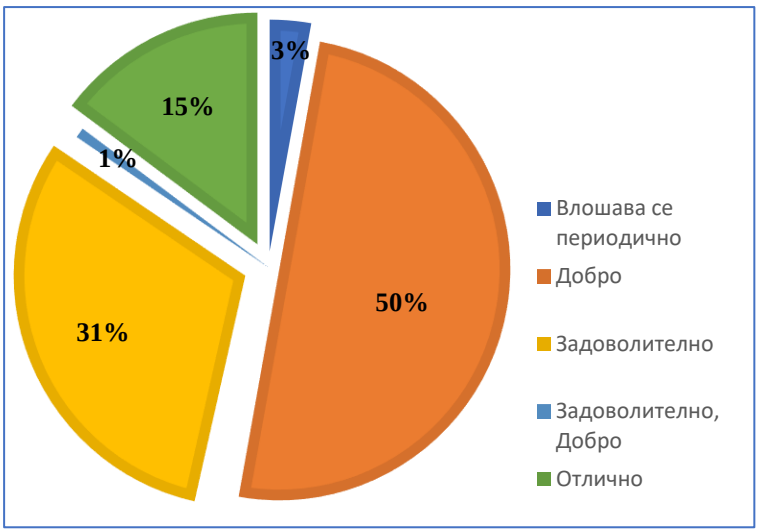
Материал и методи

Проведено е социологическо проучване по дизайна на пряката индивидуална анкета. Анкетирани са студенти от специалност „Медицина“ II^{ри} курс при МУ-Плевен. Проучването е проведено в периода 27.02.–11.03.2020 г. Включени са 142 лица, от които 84 жени и 58 мъже. Средната възраст е 22,5 години. Анкетната карта, съдържа 16 въпроса, от които два са демографски показатели - години и пол, свързани със здравния статус и здравната култура са десет въпроса, а с физическата дееспособност - четири въпроса.

Резултати

Данните от раздела **„ Здравен статус“** показаха следната самооценка на студентите за здравословното им състояние:

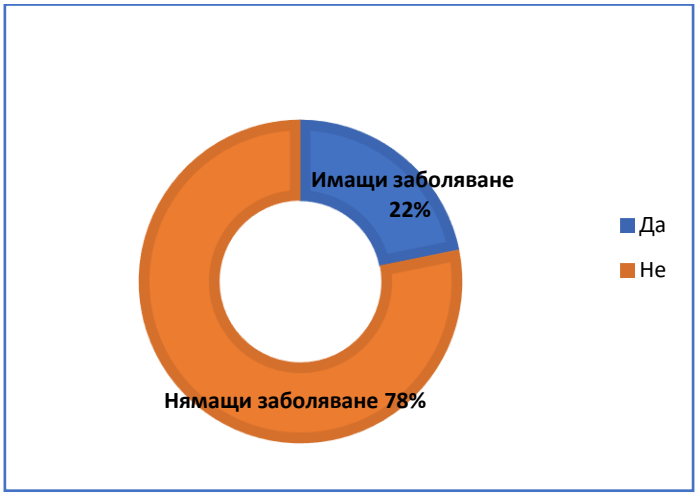
Проучените 142 лица оценяват здравето си като: лошо - 3 %, задоволително - 31 %, добро – 50 % и отлично - 15% (**Фиг. 1**)



Фиг. 1. Самооценка на здравословното състояние

Показателите поставят необходимостта от допълнително проучване на лошите и незадоволителни резултати и изготвяне на стратегия от преподавателите и спортните специалисти за преодоляване на негативните оценки, тъй като професията „медик“ изисква добро физическо и психическо състояние при работа с пациенти. Последните показателя показват, че повече анкетираните плевенските студенти се чувстват в добро и отлично здравословно състояние, и водят здравословен начин на живот. Това са 96% от анкетираните.

Това се потвърждава и от отговора на въпроса: „Имате ли някакво сериозно заболяване“. Едва 22% сочат че имат проблеми със здравния си статус, което обаче няма да попречи в прилагане на бъдещата професия **(Фиг. 2)**.

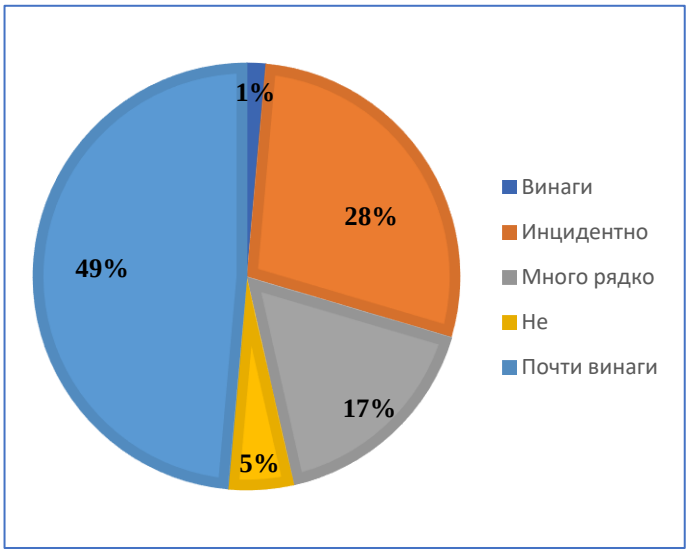


Фиг. 2. Здравен статус на анкетираните студенти

Здравната култура на студентите проучихме в няколко насоки - на въпроса „Храните ли се здравословно“, половината анкетирани отговарят, че се хранят винаги или почти винаги здравословно **(Фиг. 3)**. Този процент положителни отговори показват, че студентите - бъдещи лекари, обръщат сериозно внимание на хранителния си режим.

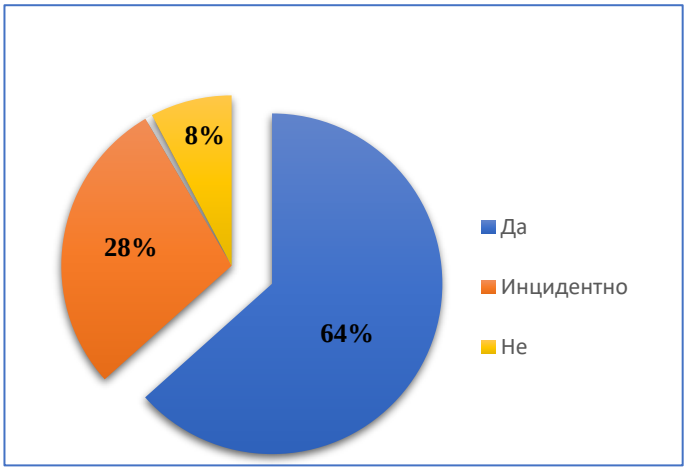
Смятаме обаче, че е необходимо да се популяризират материалите, свързани с ползата на балансираното, правилно хранене и ежедневния необходим прием от

достатъчно витамини, минерали и микроелементи, полезни за младия организъм хранителни вещества.



Фиг. 3. Здравословно хранене на анкетираните студенти

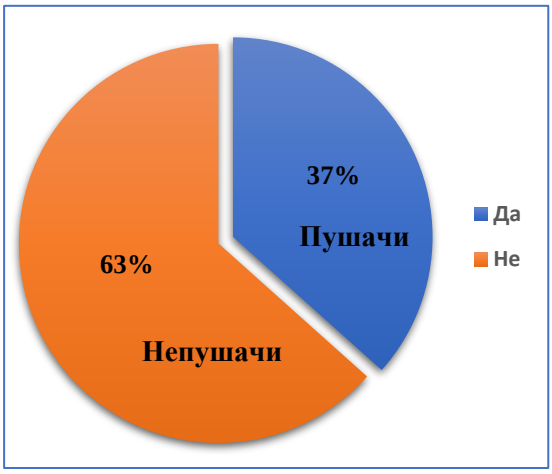
В нашата анкета е висок процента на студентите, които ежедневно консумират плодове и зеленчуци - 64% (**Фиг. 4**).



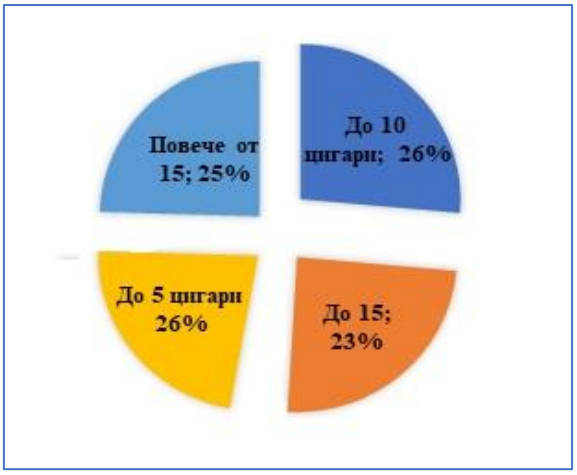
Фиг. 4. Природосъобразно хранене на студентите

Изследването ни показват, че 36,6 % са пушачи и 25% от тях пушат повече от 15 цигари дневно, което е гранична стойност за развитието на някои сериозни заболявания при продължителна употреба. Сравнително висок е процентът на непушачите, което показва, че значителна част от студентите осъзнават вредата от тютюнопушенето за личността, така и за общественото здраве-63% (**Фиг. 5 и Фиг. 6).**

Другият рисков фактор за разрушаване на здравето, на младите хора, както е известно е употребата на алкохол, която също бе проучена от нас. Употребяват алкохол инцидентно в малки количества голям брой студентите- 68,3%. По-малко са тези които консумират също инцидентно, но в големи количества - 16%. Категорично отговарят, че никога не консумират алкохол - 15,4% от анкетираните.



Фиг. 5. Пушачи спрямо непушачи



Фиг. 6. Пушещи повече от 1 цигара дневно

Физическата активност изследваме в анкетата по отношението участието в спортни занимания преди следването и спортуване по време на същото. В двата показателя се забелязва значителна разлика -75% от студентите са спортували и имат добра самооценка за физическата си активност преди следването. Тези, които продължават да спортуват в университета са 45,8%. Това е почти половината анкетирани. Като се вземе под внимание по данни на анкетата, че студентите прекарват средно от 6 до 8 часа дневно в седнало положение, става показателно, че те осъзнават благоприятното влияние на активните движения върху тяхното физическо и психическо здраве. Това се потвърждава и от високия процент отговорили на въпроса „Дали спортът повлиява на учебният процес положително“ -57,7%. Останалите 30,1% отговарят с „може би“.

Заключение

Резултатите от анкетното проучване могат да се обобщят в следните основни изводи:

- ✓ Студентите имат правилна оценъчна скала за здравословното си състояние.
- ✓ Студентите притежават добра здравна култура по отношение на здравословното хранене, рисковите за здравето фактори и за физическата активност.
- ✓ Анализът показва, че студентите по медицина в МУ“ Плевен“ водят сравнително здравословен живот, при по-ниска физическа активност.
- ✓ Активното участие в анкетното проучване и самооценката на студентите дава възможност да се организират в по-голям обем спортни занимания, в свободното им време.

С това би се подобрило както физическото им развитие и укрепване, така и вероятно успеваемостта им в учебния процес, което потвърждава работната ни хипотеза. Анкетното проучване може да се продължи и разшири, и да стане база за научно-изследователска дейност.

Библиография

1. Баракова, П., И. Илиева и колектив, Здравна култура и физическа активност на студентите, Юбилейна научна конференция с международно участие, Русенски университет „Ан. Кънчев“, Русе-2010.
2. Великова, Анж., Стратегии за промоция на здравето, ИЦ-МУ Плевен, 2014г.
3. Воденичаров Ц., С. Попова и колектив, Социална медицина, Горекс прес, София- 2013г.
4. Душков, В., „Спортна Медицина“, ИЦ. „ Ивис“ В.Т.-2010.
5. Душков, В., Функционално изследване в спорта и масовата физкултура, София, МФ 1986.

6 . Илиева, И., П. Баракова, Д. Обрешков, Учебният процес по физическо възпитание и спорт в стратегията за проучване на здравето на студентите, Международна конференция „Актуални проблеми на физкултурата“ София, НСА-ТМТВ, 2010.
7 . Обрешков, Д., С. Базелков, К. Симеонов, Спортно- състезателната дейност във ВУ през погледа на студентите спортисти, РУ „Ан. Кънчев“, Р., Научна конференция с международно участие 2010.
8. Попова С., Д. Обрешков и колектив, Сравнителен анализ на физическата сила при студенти от НСА и РУ, Юбилейна научна конференция с международно участие Русе, 2010.
9. Сербезова, И., Професионално значими ценности у медицинските специалисти и тяхното формиране, Юбилейна научна конференция с международно участие, РУ „ Ангел Кънчев“ Р., 2010.
10. Топузов, Ив., „Спортна медицина и хигиена, ИЦ-ЮУ„Неофит Рилски“, Благоевград 2007.

ПРОУЧВАНЕ НА ЗДРАВОСЛОВНИТЕ НАВИЦИ НА ЖИВОТ ПРИ СТУДЕНТИ РЕХАБИЛИТАТОРИ

Хр. Милчева, П. Ангелова
Катедра „Здравни грижи“, Медицински факултет, ТУ - Стара Загора

Контакт: Проф. Христина Милчева, д.п.
e-mail: hr_mil4eva@abv.bg

Въведение:

Един от основните и ефективни начини за промоция и превенция е предоставяне на здравна информация и знания на населението, които да подпомогнат избора на здравословен начин на живот. Здравната култура е съвкупност от знания, нагласи, отношения, убеждения и поведение за възстановяване, опазване и укрепване на личното и общественото здраве. Възможно е човек да има много здравни знания, но те да не са превърнати в убеждения, а впоследствие и в навици.

Дейностите по информиране на населението са заложени и в Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г., приета с Решение № 538 на Министерски съвет от 2013 г. Двигателната активност е един от основните фактори за първичната здравна профилактика. Установено е, че хората, които се хранят по-здравословно са и по-здрави [4,5]. При тях по-рядко се регистрират сърдечно-съдови заболявания и патологично повишено кръвно налягане. Данните сочат, че мускуло-скелетните заболявания, диабета и някои видове рак също се срещат по-рядко сред хората, които се хранят здравословно [4].

С. Младенова провежда изследване сред учители в средното училище за нагласите и възможностите им за формиране на здравословен стил на живот и установява положителна тенденция с позитивно отношение към идеята за здравна промоция [3]. При студентите от медицинските специалности е още по-наложително те да бъдат по-добре информирани, относно рисковите фактори по отношение на здравето. Резултатите от проучвания сочат, че насърчаването на здравословно поведение сред студентите от медицинските специалности би могло да улесни формирането на професионалисти, при които е по-голяма вероятността да консултират пациентите си за здравословен стил на живот и превенция.

Целта на настоящото изследване е да се проучат здравословните навици и здравната култура на студенти – рехабилитатори за преодоляване на някои поведенчески рискови фактори и укрепване на здравето им.

Материали и методи

В проучването са включени 43 жени и 37 мъже от Медицински колеж на Тракийски университет. Приложени са следните методи:

• Алтернативен анализ. Изчислен е относителният дял на дадения отговор спрямо общия брой на анкетираните.

• Анкетен метод. За да се установят данните, свързани с двигателната култура и хранителните навици на студентите е приложена анкета. Анкетното проучване е проведено преди редовно лекционно занимание по дисциплината „Промоция на здраве“ при интерес и съдействие от страна на участниците. При изработването на анкетата са спазени основните изисквания за ясни и достъпни формулировки на въпросите.

• Графичен анализ

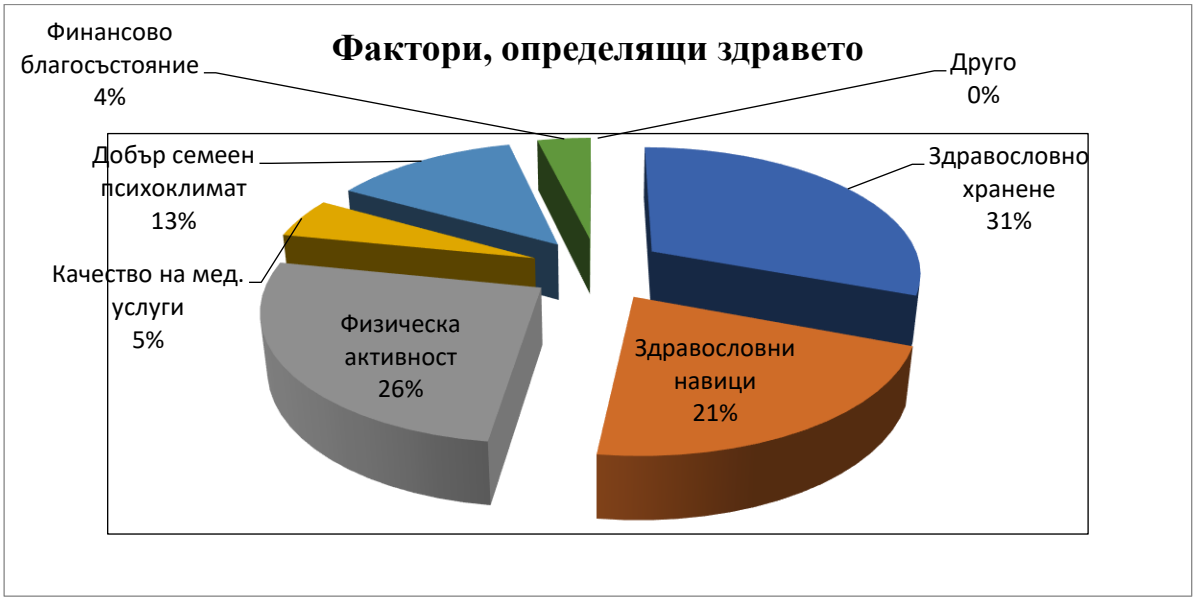
• Сравнителен анализ на относителни дялове

Резултати и обсъждане

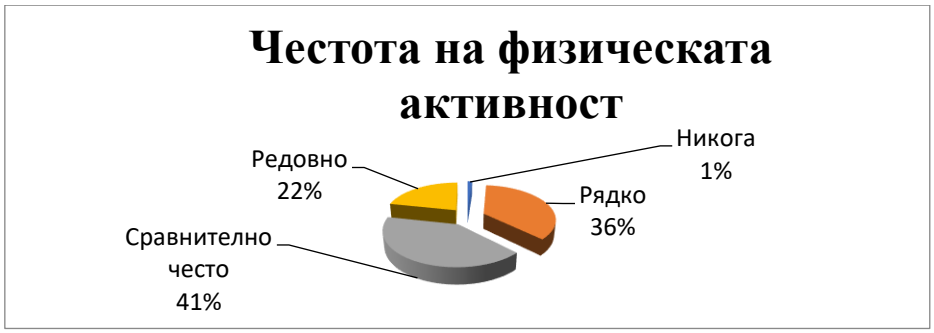
По отношение на ръста и теглото на изследваните като важни показатели за физическото развитие, се установява, че средната стойност за ръст на изследваните е 178 см. за мъжете и 163 см. за жените. Средна стойност на теглото в кг е съответно за мъжете - 81.86, а за жените - 57.67.

Интересно е да се наблюдава разпределението на факторите, които определят здравето според студентите рехабилитатори **(Фиг.1).** Здравословното хранене заема най-голям относителен дял (31%), следвано от физическата активност – (26%) и здравословните навици – (21%). Оказва се, че добрият семеен психоклимат заема относителен дял (13%), финансовото състояние е важно за (4%) от изследваните, почти колкото са определили за качеството на медицинските услуги, техният дял е (5%).

Под физическа активност се разбират дейности като бягане, колоездене, танцуване и др. Честотата на физическата активност при студентите е конкретизирана на **фиг. 2.** Вижда се, че относителният дял на сравнително често спортуващите е (41%), на редовно тренiращите е (22%). Не е малък делът на анкетираните, които посочват рядко упражняване на физическа дейност (36%), а има отчетен и (1%) на нулева такава.

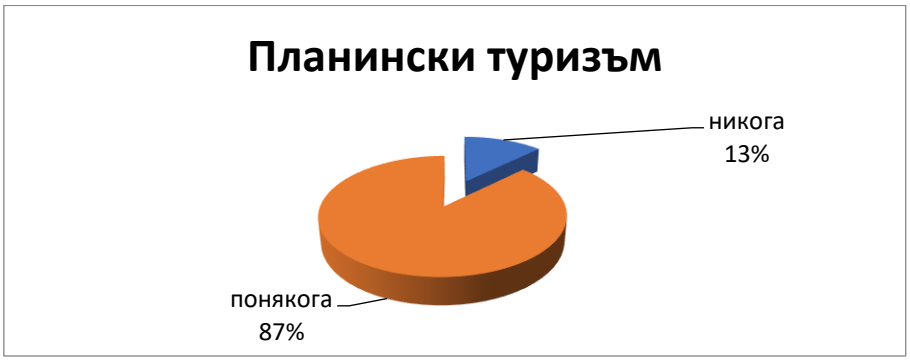


Фиг. 1. Отговор на въпроса за най-важните три фактора, които укрепват здравето



Фиг. 2. Отговор на въпроса „ Колко често извършвате физическа активност?“

Планинският туризъм е вид физическа дейност, която играе положителна роля във времето, което студентите прекарват голяма част от времето си на закрито и са обездвижени, поради академичната натовареност. От **фиг. 3** се вижда, че е голям относителният дял на студентите, които понякога прекарват част от свободното си време в планината – 87% и само 13% . никога не са упражнявали планински туризъм.



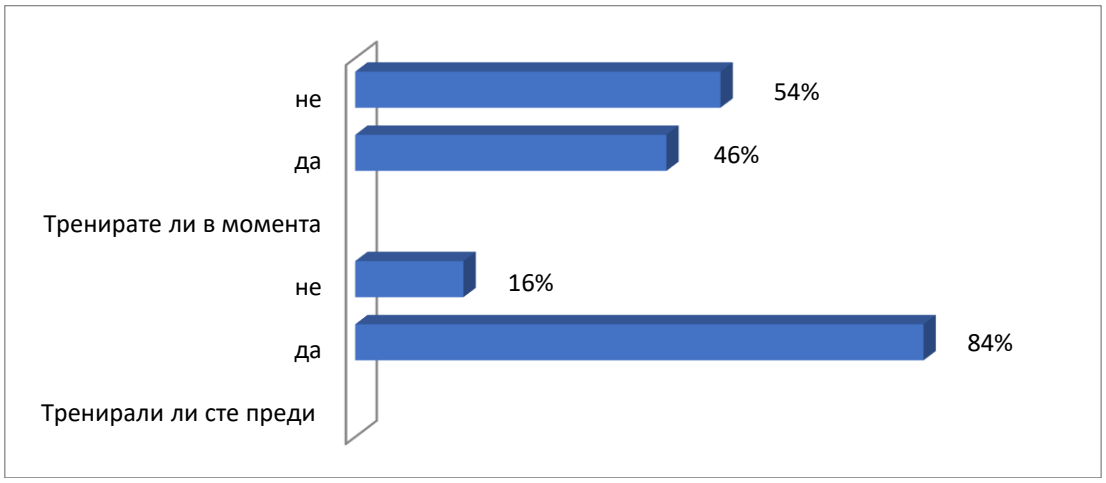
Фиг. 3. Отговор на въпроса „Ходили ли сте на екскурзия в планината през последната година?“

Отразената на **фиг. 4** промяна на физическата активност по време на академичното обучение дава основание да се твърди, че университетът е място, където младите хора имат предоставена възможност за спорт. Относителният дял на тези, които твърдят, че са увеличили двигателната си активност е (51%), а на тези, които не са активни е само (5%). Относителният дял на анкетираните лица, които не са променили двигателните си навици е (24%), а на тези, които отчитат понижение е (20%).



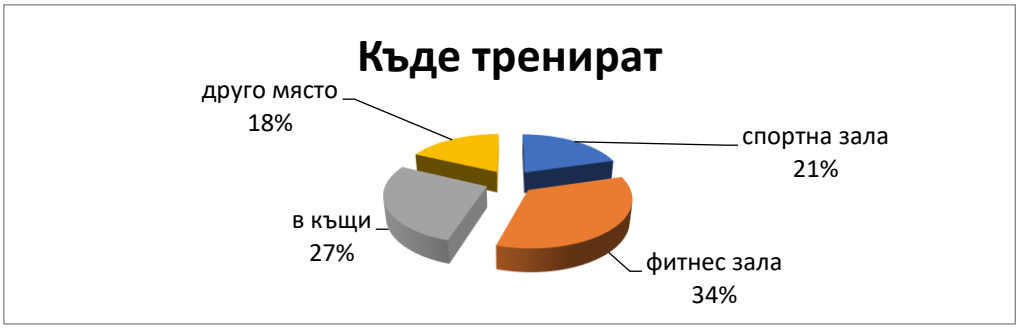
Фиг. 4. Отговор на въпроса „Намирате ли промяна във физическата си активност в сравнение с изминалата година?“

Прави впечатление големият относителен дял (84%) на студентите, които са тренирали преди постъпването си в университета, а тези, които отговарят отрицателно са едва 16% (**фиг. 5)**. Сегашното състояние при студентите относно двигателната им активност показва, че е голям относителния дял на тези, които не тренират – (54%), а на тези, които са физически активни е (46%). Тези въпроси имат ключово важно значение, защото студентите рехабилитатори трябва да имат положително отношение към двигателната активност предвид тяхната бъдеща професионална реализация.



Фиг. 5. Отговор на въпросите „Тренирате ли в момента?“ и „Тренирали ли сте преди?“

На **фиг. 6** са посочени местата, на които студентите осъществяват физическа активност. Относителният дял на студентите, които използват фитнес зала е (34%), а на тези, които тренират вкъщи е 27%. Спортната зала е мястото за двигателна активност при малък относителен дял от анкетираните лица – 21%, а още по-малък е относителния дял на тези студенти, които тренират на различно от гореизброените места – 18%.



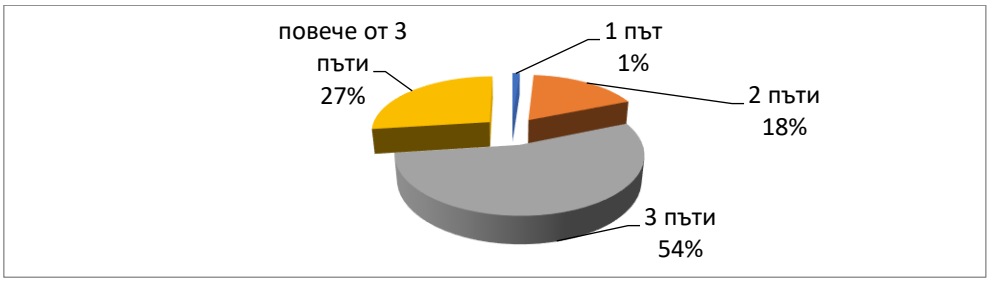
Фиг. 6. Отговор на въпроса „Къде тренирате?“

Установи се, че относителният дял на студентите, които пушат до 10 цигари дневно е 51%, и това е почти равно (49%) на делът на тези, които пушат повече от 10 дневно. Във връзка с тютюнопушенето са провеждани и други подобни изследвания - Баракова, П., И. Илиева, И. Илчев, К. Симеонов през 2010 в РУ „Ангел Кънчев” – гр. Русе, анкетират 112 студенти. Те наблюдават по-нисък процент на студентите, които пушат по 11-12 цигари на ден – (35,71 %), а отрицателен отговор дали пушат дават 64,28%) [1].

На **фиг. 7** е посочено колко пъти дневно се хранят изследваните студенти. Става ясно, че преобладава относителният дял на студентите, които се хранят трикратно – 54%.

Следват ги студентите, които консумират храна повече от три пъти дневно – 27%, а относителният дял на студенти с двукратно хранене е 18% и тези, с еднократно са само 1%.

Доказано е, че консумацията на три редовни основни ястия по едно и също време всеки ден, също е част от дефиницията на балансираното хранене (Martinez-Gonzalez et al., 2000) [5]. При отговорите на този въпрос, някои от анкетираните студенти обръщат внимание на храната в студентския стол и препоръчват промени, които да отговарят на техните изисквания за здравословно хранене. Резултатите от проучване на Петрова Г. и сътрудници (2015), свързани с честотата на хранене при студенти, показват преобладаващо трикратно хранене през целия ден (44% (n = 33) [8].



Фиг. 7. Отговор на въпроса „Колко пъти дневно се храните?“

Нездравословната диета води до изразени хранителни дефицити и увеличаване на броя на индивидите с наднормено тегло и затлъстяване, при над половината от българите, особено в млада възраст [7].

Водеща рискова причина за глобалната смъртност (6% от смъртните случаи в световен мащаб) е липсата на физическа активност. Освен това, обездвижването е решаващ фактор за развитие при около 21-25% от случаите на рак на гърдата и рак на дебелото черво, 27% на диабет и приблизително 30% на исхемична болест на сърцето. За младите хора, физическата активност включва индивидуални и колективни игри, спорт, домакинска работа, развлечения, физкултурно образование или планирани упражнения, като семейни или училищни дейности [5]. Чрез двигателната активност младите хора могат полезно да усвоят някои здравословни навици (например избягване на цигари, алкохол и употреба на наркотици) и да покажат по-добри резултати в университета [5].

Физическата активност също се свързва с психологическите ползи, които младите хора могат да получат за подобряване на самоконтрола спрямо симптомите на тревожност и депресия. По същия начин, участието във физическа дейност може да помогне за социалното развитие на младите хора, чрез осигуряване на възможности за себеизразяване, изграждане на самочувствие, социално взаимодействие и интеграция. Цветелина Хаджиева 2017 [6], Petkov P 2017 [11], Дякова Г., 2012 [2].

Заключение

Установените от нас закономерности от проведеното изследване имат реален функционален потенциал за установяване на характеристиките на здравословен стил на живот при студенти, което обогатява възможностите на практикуващите консултанти в тази област. Здравните професионалисти са ключовият ресурс за извършване на дейностите по Промоция на здравето, в съответствие с нормативната уредба у нас [10]. Формирането на здравна култура и мотивирането за здравословен начин на живот при всички възрастови групи са важен приоритет в професионалната дейност на здравните професионалисти. В частност при студентите рехабилитатори е решаващо за бъдещата им реализация да имат правилно формирано отношение към двигателната дейност като начин на превенция и терапия. Студентите рехабилитатори имат необходимата готовност за

ефективно участие в учебния процес, свързан с предварително формирано отношение към предстояща дейност по Промоция на здравето. Установи се и правилна нагласа към ролята и значението на здравословните хранителни навици.

Библиография

1. Баракова, П., И. Илиева, И. Илчев, К. Симеонов. Здравна култура и физическа активност на студентите. Научни трудове на Русенския университет - 2010, том 49, серия 8.1, с 7-15, ISSN 1311-3321
2. Дякова Г. Проучване на двигателните интереси и храненето при студенти. Научни трудове на Русенския университет - 2012, том 51, серия 8.2, ISSN 1311-3321, с 60-66
3. Младенова С., Здравно образование, София, 2009, с.14, изд. Артик, ISSN 978-954-9365-28-3
4. Национален Център по Опазване на Общественото здраве. (2006). Препоръки за здравословно хранене на населението в България 18-65 години. София
5. World Health Organization. (2016a). Global strategy on diet, physical activity and health. Physical activity. Retrieved in February 2017, from. https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/
6. Хаджиева Ц. Сборник научни доклади от международна научна конференция 2–3 юни 2017 г., СУ„Св. Климент Охридски“. Университетско издателство „Св. Климент Охридски“ София • 2017. Новите тенденции на живот като главна предпоставка за разпространение на затлъстяването и редуцирането на движението на съвременния човек, New trends of life as a main premise of the spread of obesity and reduction of movement of modern human BEINGcveti_hadjieva@swu.bg
7. Vassilevsky, N. 2009. National behavioral risk factor survey among population aged 25-64, 2007. *Bulgarian Journal of Public Health*, Suppl., 1, 3 (1).
8. Petrova Gergana, Victoria Atanasova, Penka Gatseva, управление и образование managem nursing students' dietary habits ent and education tom xi (5) 2015 vol. Xi (5) 2015
9. https://www.rzi-starazagora.org
10. http://www.mh.government.bg Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности на здравните професии от 18 Февруари 2011г.
11. Petkov P., Trakia Journal of Sciences, Trakia University, „Motivation of the students from Trakia university for participation in physical education classes" , Volume 15, Supliment 1, 2017, ISSN 1313 – 7069, стр. 433-442

БЪЛГАРСКИТЕ НАРОДНИ ТАНЦИ – АКАДЕМИЧНА ДИСЦИПЛИНА И ИНТЕГРАТИВНА ЗДРАВНА ДЕТЕРМИНАНТА

Д. Ванкова*, Ж. Виденова**

** Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“, Факултет „Обществено здравеопазване“, МУ - Варна*

*** Департамент по чуждоезиково обучение и спорт“, Учебен сектор по физическо възпитание и спорт, МУ – Варна*

Контакт: Доц. д-р Десислава Ванкова, д.м.
e-mail: vanko07@gmail.com

Въведение

Новите подходи в общественото здраве интегрират всички области на медицината, хуманитаристиката, природните науки и технологиите в полза на здравето. През XXI[ви] век интегративните превантивни и терапевтични подходи към здравето са тясно свързани с развитието и взаимното потенциране на концепциите „промоция на здраве“ и „интегративна медицина“ [5]. Биопсихосоциалният или интегративен подход към здравето вече е обща ценност за общественото здравеопазване и за клиничната медицина. Все повече се споделя идеята за прилагане на изпреварващи превантивни подходи, които

поддържат оптимално здраве и са както персонален избор, подкрепян от културни убеждения, така и предлагана възможност или социална придобивка за общността. Устойчивото поддържане на добро здраве и качество на живот е възможно само ако се координират и контролират интегративните здравни детерминанти, които влияят цялостно на здравето. Такава детерминанта са българските народни танци, защото могат комплексно да подобряват човешкото здраве **(Фиг. 1)**.

Целта на настоящото представяне е двукомпонентна: 1) да бъдат иновативно представени българските народни танци като интегративна здравна детерминанта; и 2) да се дисеминират резултатите от научно изследване сред студентите от Медицински университет - Варна, свързано с влиянието на изучаваните фолклорни танци върху здравето на младите хора.

Метафорично, фолклорните хора и ръченици са включени в „генетичния код“ на българите. Те са неотменна част от националната ни **култура**, което би подпомогнало по-естественото им въвеждане като физическа активност сред младите хора у нас. Развитието им като танцово **изкуство** в годините [1] ги приобщава към комплементарните и алтернативни **арт терапии** и ги превръща в доказано ефективен метод за профилактика на всички нива.

Освен изкуство, българските народни танци са **поведенческа детерминанта на здравето**, която в максимална степен подпомага физиологичните функции на тялото, поддържа духа, осигурява културно общуване и разтоварване на психиката. Според Световната здравна организация (СЗО) чрез практикуване на умерена до интензивна физическа активност, каквато са народните танци, може да се намали глобалната тежест от социалнозначимите заболявания като диабет, рак на дебелото черво и на млечната жлеза, депресия. Освен това, оптималните нива на физическа активност намаляват риска от тазобедрени и вертебрални фрактури, и са начин за справяне със затлъстяването в млада и в по-късна възраст [12].

В представеното изследване българските народни танци са академична дисциплина, задължителен избираем предмет, което ги прави и **социална детерминанта на здравето*** [2].

В настоящия доклад българските народни танци са представени и изследвани като **интегративна здравна детерминанта (Фиг. 1)**, която влияе холистично на здравето като: 1) културна идентичност и изкуство; 2) арт терапия; 3) поведенческа детерминанта-физическа активност и индивидуален избор за това; 4) социална детерминанта- задължителна избираема учебна дисциплина.

Материал и методи

Проучването включи 184 студента от българоезично обучение от различни курсове и специалности, рандомизирани по определена процедура в две еднородни (пол, възраст, специалност) групи, изучаващи български народни танци или спорт. Желаещите да участват в проучването бяха помолени да подпишат информирано съгласие преди началото на провеждане на часове по спорт в началото на учебната 2018/2019 г., като средно попълването на всяка от анкетите бе определено за около 10 минути.

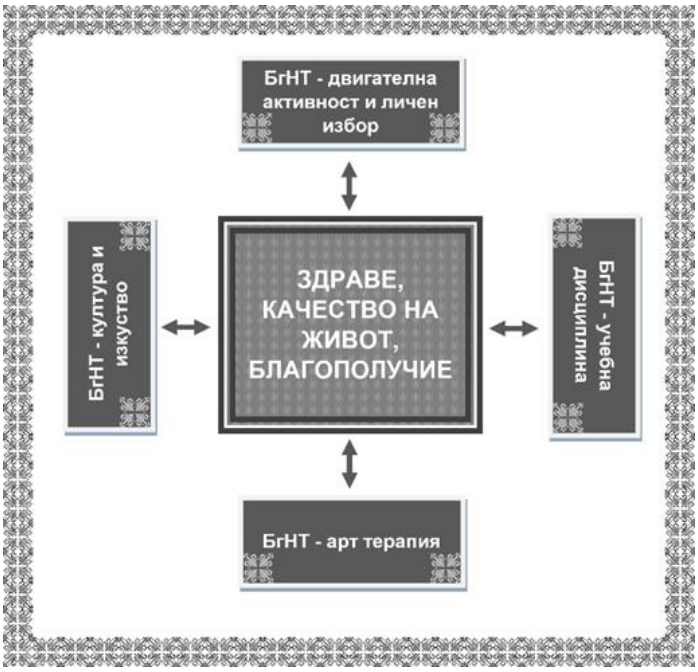
Инструментариум: Количествените методи включват 3 основни групи: социологически анкетен метод, антропометрични изследвания и статистически методи за анализ. Приложени са три анкетни карти – една стандартизирана за оценка на стреса и две, създадени за целта и задачите на проекта. В анкетите, включени в изследването, се използва

* Определение на СЗО за **социална здравна детерминанта**: „условията, в които хората се раждат, растат, **учат**, работят и остаряват“ [2].

модифицирана Ликертова скала за нагласи и мотивация за танци, в която всеки елемент от скалата се оценя като 1 (абсолютно несъгласен/а) до 5 (абсолютно съгласен/а). Субективната оценка на здравето се осъществява също в 5 степенна скала от 1 (много лошо) до 5 (отлично), както и чрез скала тип „термометър“ или „визуална аналогова скала“ (от 1 – „най-лошият здравен статус, който бихте могли да имате“ до 100 – „най-добрият здравен статус, който бихте могли да имате“).

Статистическата обработка на данните включва дескриптивен анализ, а за проверка на хипотезите е приложен Students's t-test (параметричен метод), средноаритметично (M) и стандартно отклонение (SD) за сравняване на непрекъснати и интервални показатели. Информацията, събрана от проучването, е обобщена в табличен вид чрез продукт MS Excel, а статистическият анализ е осъществен чрез IBM SPSS Statistics v.23. Получените резултати са оценени като статистически значими когато p-стойността (p-value) < 0.05, при което се отхвърля нулевата хипотеза.

Изследователският проект е получил разрешение от Комисията по етика на научните изследвания (КЕНИ) към Медицински университет – Варна (Протокол № 78, 25.10.2018).



Фиг. 1. Българските народни танци (БгНТ) като интегративна детерминанта на здравето

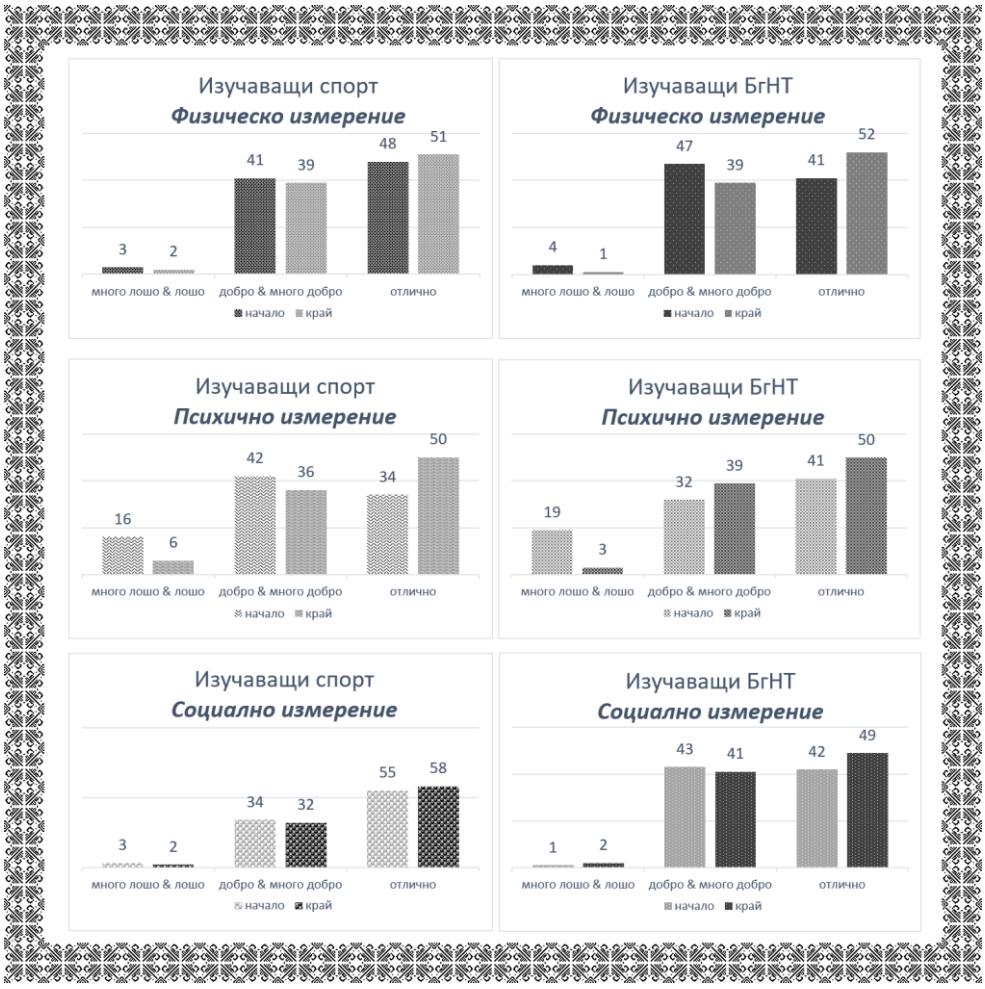
Резултати

Българските народни танци са част от националната идентичност. Те обединяват в едно термините „двигателна култура“ и „физическа активност“, което ги прави все пожелан избираем учебен предмет за българските студенти в Медицински университет-Варна. Доказателство за това са положителните нагласи на студентите спрямо народните танци, дори и на студентите, които са избрали друг вид двигателна активност (волейбол, аеробика) вместо танците. От групата на изучаващите спорт 65% от отговорилите са “абсолютно съгласни” или “съгласни”, че българските танци са вълнуващи, а 72% от същата група ги намират за интересни. „Практикуването на български народни танци помага за по-добро физическо и емоционално здраве“ – 78.8% от изучаващите ги в часовете по спорт са „абсолютно съгласни“ и „съгласни“ с това твърдение.

В проучването определението за субективно здраве или качество на живот се извлича директно от холистичната дефиниция на СЗО: „Здравето е състояние на пълно физическо, психично и социално благополучие, а не просто отсъствие на болест или недъг” [9] т.е. измерваме субективното здраве в три нива/измерения: физическо,

психическо и социално.

Сравнителното разглеждане на субективната оценка на здравето на изучаващите спорт или танци показва идентични нива на здраве в двете групи (**Фиг. 2**). Субективната оценка на здравето на изучаващите народни танци в началото и в края на семестъра показва покачване в нивата на психично здраве (t=2.868, p<0.006). Има разлика в посока подобряване на субективната оценка на физическо (t=1.246, p<0.216) и в социално то(t=0.532, p<0.596) измерение, но тя не е статистическа значима.



Фиг. 2. Сравнително представяне на самооценка на здравето в трите измерения (физическо, психично и социално) между групата на изучаващите спорт и български народни танци (БгНТ) в началото и в края на семестъра

Субективната оценка на здравето на изучаващите спорт в началото и в края на семестъра показва покачване в нивата на физическо (t=2.340, p<0.021) и психично (t=2.868, p<0.006) здраве. Има разлика в посока подобряване на субективната оценка на социално ниво, но тя не е статистическа значима (t=1.543, p<0.126).

Средната стойност на здравословното състояние, посочена чрез визуалната аналогова скала в проучването в началото на изследването при практикуващите спорт (аеробика или волейбол), е 70 от 100 (SD±23), а в края на семестъра е 85 от 100 (SD±21). При изучаващите народни танци стойностите са сходни: в началото на семестъра е 68 от 100 (SD±23), а в края на семестъра е 85 от 100 (SD±21).

За голяма част от участниците (56.4%) изучаването на народни танци е единствената спортна активност през седмицата, което издига ролята на часовете по

танци на нивото на ранна здравно-промоционална интервенция за превенция на затлъстяването и на стреса.

Чрез стандартизиран въпросник, еднократно, в средата на учебния семестър бяха изследвани емоционалното състояние и нивата на стрес на студентите, участници в проучването. Данните според сумарните точкови резултати показват, че над 50% от участниците в проучването са с високи нива на стрес, като разликите между двете групи са минимални, но в полза на изучаващите народни танци.

На твърдението „Българските народни танци ми помагат да се справям със стреса от учебната натовареност“ повече от половината анкетирани студенти дават положителен отговор – около 70% от студентите са „напълно съгласни“ или „съгласни“ с това твърдение. Фактът, че само под 20% от участниците в проучването съобщават за липса на стрес, дава допълнителна мотивация за здравно-промоционални анализи и интервенции, свързани с емоционално зареждащите, физиологични и красиви народни танци.

Часовете по задължителната избираема дисциплина „народни танци“ в Медицински университет - Варна са всъщност „лабораторията“, в която се „култивира културата“ на отношение към народните танци като неделима част от живота на студентската общност. Именно в часовете по народни танци се заражда идеята за създаване на представителния ансамбъл „Диана“, който през 2019г. отбеляза своя петгодишен юбилей.

Дискусия и заключение

Българските народни танци правят възможна връзката между традиционно и модерно, между митично и научно. Танцът, с неравноделни ритми в акомпанимент с народната музика, създава свързаност между хората, която изгражда човешка съпричастност и солидарност, развива социален капитал (доверие, общи ценности и откритост). Българските народни танци отключват творческата енергия и положителни емоции, които носят със себе си повече здраве и благополучие.

В Медицински университет-Варна единствено часовете по физическо възпитание се провеждат със смесени групи, като студентите са от различните специалности на българоезичното и англоезичното обучение. Изучаването на народни танци е равностойна алтернатива на спортните занимания, както и ефективен начин за преодоляване на различията в многонационалната студентска общност. Българските народни танци са обединяващ социален феномен, който заслужава своето „запазено“ място в академичното обучение. Това е и становището около, което се обединиха експертите поканени да участват в Делфи-проучването, проведено сред специалисти от областите на висшето образование, фолклористиката и спорта. Практикуването на български народни танци е както превантивна здравна грижа, така и комплементарна арт терапия.

СЗО създаде глобални препоръки за здравословна физическа активност [11]. Националните стандарти се разработват в съответствие с насоките на СЗО, което е част от новите интегрирани подходи в здравната ни политика [9]. Резултатите от проучването и публикациите, свързани с това са здравнопромоционален фокус върху проактивните поведенчески и социални детерминанти на здравето.

Още бащата на медицина Хипократ (400 ВС) препоръчва физическата активност за подобряване на здравето [4]. Танцуването, като движение, се използва от древни времена като начин за лечение и представлява неразделна част от много терапевтични традиционни ритуали [8]. Танцът, във всичките му разновидности, е доказал своя здравеносен ефект, затова българските народни танци могат да бъдат прилагани и като комплементарна или алтернативна арт терапия. Днес разполагаме със солидни научни данни за това, че физическата активност, включително и танците, подкрепят здравето и качеството на живот и предотвратяват преждевременната смърт [3; 6].

Българските народни хора съпътстват живота на академичната общност на Медицински университет - Варна. Помагат на студентите ни да се справят с тежките сесии и натовареното ежедневие. Съпровождат всеки празник и представяне на университета. Даването на възможност за изучаване на народни танци е отговор на повишения интерес сред младите за „съживяване“ на традициите, но и модерен интегративен подход [7] за здравословен начин на живот.

Библиография:

1. Григоров, Б. Кратка история на българската фолклорна хореография. Росна китка: София, 2008.
2. CSDH, Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2008.
3. Inoue et al., Daily total physical activity level and premature death in men and women: results from a large-scale-population-based cohort study in Japan (JPHC Study), Annals of Epidemiology, 18(7), 522-30, 2008.
4. Lee et al., Effects of Physical Inactivity in Major Non-communicable Diseases Worldwide: An analysis of Burden of Disease and Life Expectancy, The Lancet, 380 (9838), 219-229. 2012.
5. Rakel, D., Integrative Medicine, in Chapter 1 by Rakel, D., A. Weil, “Philosophy of integrative Medicine”, (Fourth Edition), Pages 2-11.e1, ISBN 978-0-323-35868-2, Elsevier, 2018.
6. Samitz et al., Domains of Physical Activity and All-cause Mortality: Systematic Review and Dose-response Meta-analysis of Cohort Studies, International Journal of Epidemiology, 40 (5), 1382-1400. 2011.
7. Satcher, D., Integrative Medicine and the Social Determinants of Health in Integrative Preventive Medicine, Edited by Carmona, R.H., and Liponis, M., 2017. Oxford University Press, Print ISBN-13: 9780190241254, Published online: Dec 2017.
8. Schechner, R., Performance Theory. Second Edition. Routledge Classics: London and New York, 1988.
9. WHO, Bulgaria Physical Activity Factsheet 2018, European region, http://www.euro.who.int/en/countries/bulgaria/data-and-statistics/bulgaria, accessed 09. 2020.
10. WHO, Constitution of the WHO, WHO: Geneva, 1948.
11. WHO, Global Recommendation on Physical Activity, Geneva: WHO, 2010.
12. WHO, Physical activity [Online], http://www.who.int/topics/physical_activites/en/, 2013, accessed Sept. 2020.

УНИВЕРСИТЕТИ ЗА ПРОМОЦИЯ НА ЗДРАВЕТО – ПРАКТИЧЕСКО ПРИЛОЖЕНИЕ НА ПОДХОДА

П. Бончева, К. Докова

Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“, Факултет „Обществено здравеопазване“, МУ – Варна

Контакт: Ас. Петя Бончева
e-mail: boncheva.petia@gmail.com

Въведение

Университетите са утвърдени като ключови места за опазване и подобряване на здравето и благополучието на университетската общност и на обществото [17]. Глобалният интерес към инициативата на Световната здравна организация (СЗО) за изграждане на места за промоция на здраве е довел до прилагане на подхода и във висшите учебни заведения и създаване на мрежи от „Университети за промоция на здравето” в редица държави както в Европа, така и в Азия, Америка [11, 17], Канада, Австралия, Африка и

Нова Зеландия [6, 11]. Изградени са и международни мрежи с цел координация и взаимодействие между действащите в отделните държави. В научната литература термините „Университети за промоция на здраве", „Здравословни университети", и „Укрепващи здравето университети", често се използват като взаимозаменяеми. Ние възприемаме термина „Университети за промоция на здраве" (УПЗ), въведен от СЗО при създаването на инициативата.

Концепцията за УПЗ се корени в Отавската харта, според която „здравето се създава в местата на ежедневния живот на хората – където те учат, работят, играят и обичат" [16]. Доразвита е от няколко международни форуми и влиятелни документи: през 1998 г. Европейският офис на СЗО публикува документ „Health promoting universities, Concepts, experience and framework for action" (Университети за промоция на здраве-концепции, практически опит и рамка за действие), съдържащ насоки за изграждане на УПЗ [13]; Хартата от Едмънтън, 2005 [12]; Хартата Оканаган, 2015 [15] която излага радикална и мащабна визия и отправя призив към висшите училища да я реализират чрез разгръщане на глобално движение. Отправени са призиви към висшите учебни заведения: да поставят фокус върху здравето във всички аспекти от живота на висшето училище; и да работят за подобряване и промоция на здравето на местно и глобално ниво. За да подпомогне висшите училища, СЗО предоставя рамка за действие за промоция на здравето във висшите учебни заведения. Ръководните й принципи включват: холистичен подход към здравето (насоченост към всички детерминанти); създаване на укрепваща здравето среда; цялостен университетски подход; участие на студенти, преподаватели и служители; разработване на трансдисциплинарни сътрудничества и междусекторни партньорства, както в рамките на висшето училище, така и с местни и глобални структури за подпомагане на дейности по промоция на здравето в по-широката общност [15].

Синтезирайки практическия си опит като координатор на инициативата за УПЗ в университета в Ланкашир - един от първите, приложили концепцията, Dooris M., 2002, добавя основни елементи, необходими за успешното практическо прилагане на идеята. Централната концепция е участие на „целия университет" - студенти, служители с въвличане и на широката общност; наличие на институционална подкрепа, която се демонстрира с официалното признаване на инициативата от ръководството на университета и нейното финансиране [5]. Участието в мрежа или мрежи е особено важно, тъй като подпомага реализацията на инициативата чрез обмен на информация, знания и опит между членовете [2].

Мрежите на УПЗ предлагат полезни ресурси и набор от инструментариум - рамки за действие [8], методики за самооценка и оценка [3], както и стандарти за добри практики [1, 7]. Оценката на инициативата е необходима не само за нуждите на проекта, но и за натрупване на полезен опит в областта на общественото здраве [2, 6].

УПЗ имат силна теоретична основа. Особен интерес за нас представляват начините на прилагане на концепцията за УПЗ на практика.

Цел

Да се проследи практическото прилагане на концецията за УПЗ в международен мащаб и да се представи инициатива, определена като пример за „добра практика" за УПЗ.

Материал и методи

За постигане на целта проведохме търсене на литературни източници с ключови думи „университети за промоция на здраве", „здравословни университети", „приложение", „систематичен преглед" в следните бази данни: PubMed, Embase, SciELO, Science

direct, Scopus. Определихме следните критерии за подбор на публикациите: да разглеждат прилагането на подхода УПЗ; да характеризират инициативи за промоция на здравето в университетите; да анализират резултатите от приложените програми и наличие на пълнотекстов достъп. Търсенето на литература е проведено през 2018 г. и е повторено през 2020 г.

Резултати

Включени за анализ са 4 източника, които отговарят на основната цел и подбраните критерии – 2 систематични обзора, 1 интегративен обзор и 1 сравнително проучване с клъстерен анализ **(Табл. 1)**.

Табл. 1. Литературни източници с брой проучени УПЗ

Автори и година на публикация	Брой проучени УПЗ	Дизайн	Географско местоположение на проучените УПЗ
Suárez-Reyes M, Serrano M, Van den Broucke S. (2018)	54	Сравнително проучване с клъстерен анализ	Австралия и Африка – 3; Америка – 24; Европа – 27
Ferreira F, Brito I, Santos M. (2018)	13	Интегративен обзор	Бразилия – 1; Великобритания – 1; Ирландия – 1; Испания – 1; Канада – 1; Китай – 1; Колумбия – 1; Куба – 1; Мексико – 1; Нова Зеландия – 1; Португалия – 1; САЩ – 1; Чили - 1
Reis M, Ramiro L, Gomez-Baya D, Matos M. (2018)	10	Систематичен обзор	Бразилия – 2; Великобритания – 3; Китай – 1; Колумбия – 2; Куба – 1; Перу – 1;
Suárez-Reyes M, Van den Broucke S. (2016)	9	Систематичен обзор	Великобритания - 3; Китай – 1; Колумбия – 2; Куба – 1; Перу – 1; Тайланд - 1

Допълнително са прегледани литературните източници на подбраните статии в електронните бази данни.

Приоритетни дейности и области на действие на УПЗ

Сред основните цели, формулирани от УПЗ преобладават: развитие на лични умения за подобряване на здравето [9,10,11]; подпомагане на изследванията в областта на промоция на здравето [10]; създаване на здравословни политики [9,10,11]; създаване на укрепваща здравето среда; дейности по промоция на здравето, насочени към обществото [9,11] и промоция на здравето на работното място [9]. Включване на учебни дисциплини за промоция на здравето в учебните програми и изграждане на партньорства са по-малко застъпени [10].

Приоритетните области на действие на УПЗ в по-голямата си част са фокусирани върху рисковите поведенчески фактори: употреба на алкохол и наркотични вещества, тютюнопушене, хранене, физическа активност, сексуално и психично здраве [9,10,11]. Координацията на програмите се осъществява предимно от здравните факултети и по-рядко от департаментите по спорт, студентските съвети, отделите за човешки ресурси и университетските ръководства. Установени са работни групи с представители от цялата университетска общност [9,10,11].

Прилагане на концепцията УПЗ

Проучване [10] изследва как се прилагат ключовите компоненти за успешно прилагане на подхода за УПЗ: цялостен университетски подход; мултисекторно сътрудничество; признание на инициативата от университетското ръководство, което се определя и от наличие на нейното финансиране; членство в мрежа и оценка на резултатите.

Проучени са 54 университета от 25 страни (27 в Европа, 24 в Америка и 2 в Австралия и Африка). Основната част УПЗ, 48% представляват големи университети с над 20 000 студенти, 30% са със среден брой студенти (между 10 000 и 20 000) и 22% с под 10 000.

Цялостният университетски модел за промоция на здраве се прилага от по-голямата част (70%) от университетите включени в проучването; в 85% от УПЗ инициативата е утвърдена на институционално ниво и 78% получават финансиране; мултисекторно сътрудничество е установено при 63%; за членство в мрежа/мрежи са съобщили 76%, а оценки на инициативата са прилагани в 67% от университетите. При анализа на резултатите, авторите са отдиференцирали четири групи УПЗ, според начина на прилагане на подхода: „нововъзникващи“, „утвърдени без финансиране“, „утвърдени без членство в мрежа“ и „утвърдени“ (табл.2).

Въпреки, че всички „нововъзникващи“ УПЗ (n=8) получават финансиране от университетите, идеята не е призната от университетските власти. Половината от възникващите УПЗ прилагат цялостния подход и членуват в мрежа, но оценка на дейността се извършва рядко. Това се обяснява с факта, че инициативата в тази група УПЗ е все още в началото на развитието си и вероятно ръководството се нуждае от доказателства за ефективност, преди да делегира подкрепата си. „Утвърдените“ УПЗ (n=46), от друга страна, са изцяло признати от университетските власти, по-голямата част от тях (73%) прилагат цялостния университетски подход и извършват оценка на дейността си. Една част (26%) от тях не са финансирани от университетите, но всички участват в мрежи. Авторите предполагат, че университетските власти не се чувстват отговорни за инициативата, а участието в мрежа подпомага прилагането на цялостния подход и дейността по оценяване. Някои от „утвърдените” УПЗ (20%) работят в изолация, без участие в мрежи. Липсата на информация, полезен опит и инструментариум за оценяване, според авторите, обяснява защо тази група по-малко (13%) прилага цялостния подход и оценка на дейността [10]. На табл. 2. са представени разликите в отделните групи УПЗ.

Най-голямата група УПЗ се състои от 25 университета, които отговарят на всички критерии за УПЗ: прилагане на цялостен университетски подход, мултисекторно сътрудничество, признание на инициативата от университетското ръководство и наличие на финансиране, членство в мрежа и оценка на резултатите. Тези университети прилагат подхода от най-дълго време. Всички са получили признание на инициативите, най-често от ректори (президенти) или висши управителни съвети - декларирано с писмен документ и получават финансиране от университетите; членуват в мрежа и/или мрежи на УПЗ; основната част (76%) от тях прилагат цялостния подход, осъществяват координация и мултисекторно сътрудничество и се извършва оценяване на дейностите [10] **(Табл. 2)**.

Добри практики за УПЗ

Мрежите на УПЗ предлагат ресурси за оценка и самооценка на дейностите по промоция на здравето в университетите и утвърдени стандарти за добри практики. Американската здравна асоциация на колежите (АСНА) е разработила стандарт, който ръководи оценяването и гарантира качеството на дейностите по промоция на здравето във висшето образование. Стандартът [1] включва седем критерия: интеграция с мисията на висшето учебно заведение; социално-екологичен подход за здравето; широко сътрудничество с общността и широката общественост; професионална компетентност; практика базирана на научни доказателства и теории; професионално усъвършенстване и етичност. Проучване [6], възприело посочените критерии идентифицира най-добрите практики на УПЗ в международен план.

Табл. 2. Сравнение между различните групи УПЗ

Компоненти	**Общо** N=54	Група 1 **Ново Възник-ващи** N=8	Група 2 **Утвърдени, без финанси-ране** N=12	Група 3 **Утвърдени, без членс-тво в мрежа** N=9	Група 4 **Утвър-дени** N=25
Цялостен университетски подход	70%	50%	75%	67%	76%
Мултисекторно сътрудничество	63%	75%	42%	56%	56%
Признати от университетските ръководства	85%	0%	100%	100%	100%
Финансиране	78%	100%	0%	100%	100%
Участие в мрежа на УПЗ	76%	50%	100%	0%	100%
Оценка на инициативата	67%	13%	83%	67%	76%

Източник: Адаптирано от Suárez-Reyes M, Serrano M, Van den Broucke S, 2018

Примерът на Ланкаширския университет

Университетът в Централен Ланкашир (UCLAN), Великобритания е един от първите в Европа, приложил инициативата УПЗ [4,17] и пример за добра практика [6,9,17]. През 1995 г. е разработена рамка за действие, основаваща се на холистичния подход за здраве и принципите на Отавската Харта. Формулирани са две стратегически цели на двугодишния проект: да се интегрира в структурите, процесите и културата на университета ангажимент за здравето и да се развива потенциала му за промоция на здравето; да се укрепва здравето на студентите, служителите и широката общественост.

В съответствие със стратегията, са поставени шест основни цели, свързани с приоритетни области: имплементиране на визията за здравето в политиката на университета; висшето училище да се развие като подкрепящо и здравословно работно място; да се създаде здравословна физическа среда; подпомагане на здравословното социално и личностно развитие на студентите; да се увеличи разбирането, знанието и ангажираността за мултидисциплинарна промоция на здравето във всички факултети и да се подпомага устойчивото здраве в общността. Ангажиментът за здравето е поет в стратегията на университета с формулиране на визията на УПЗ и поемане на отговорност на организацията за внедряване на здравето в своята култура, управление, структури и процеси. Привлечени към активно участие са членовете на университетската и широката общност. Изградена е гъвкава и динамична организационна структура с координатор на програмата, работни и фокус групи, имащи за задача идентифициране на приоритетните нужди на студентите и на академичния и неакадемичен състав. В резултат на проведените проучвания, акцентът е поставен върху няколко области на действие: подобряване на физическата среда, изграждане и поддържане на ефективна комуникация и партньорство вътре в университета и между университета и общността, фокус върху психичното и сексуалното здраве, употребата на наркотични субстанции и др. Отделните етапи от реализацията на проекта са подлагани на периодична оценка [4].

Изготвеният окончателен доклад през 1997 г. за постигнатите поставени цели и доказателствата за ефективността на изградените структури, процеси и механизми, дават основание за продължаване на проекта. За да се визуализират напълно резултатите е

необходима дългосрочна институционална и организационна промяна [4]. Университетът и днес прилага подхода на УПЗ и е един от основните двигатели на инициативата в международен мащаб [14,17].

Заключение

Извършеният преглед на научната литература показва, че голяма част от университетите не прилагат на практика всички компоненти на подхода. Независимо, че висшите учебни заведения го внедряват по различен начин, те са обединени от сходни цели – стремят се да създават среда и организационна култура, която подобрява здравето на своята общност и дава възможност на хората да постигнат пълния си потенциал.

Библиография:

1. American College Health Association. Standards of practice for health promotion in higher education. 3 ed. Hanover, 2012
2. Dooris M, Doherty S. National research and development project on healthy universities. Final report. Healthy universities (2009) Available at: https://healthyuniversities.ac.uk/wp-content/uploads/2016/10/DoorisDoherty-FinalReport.pdf
3. Dooris M., Farrier A., Doherty S., Holt M., Monk R, Powell S. Healthy universities self-review tool: Whole system impact. Health Promotion International (2018); 32(3): 448-457. https://doi.org/10.1093/heapro/daw099
4. Dooris M, Martin E. Development a health promoting university initiative within the context of intersectoral action for sustainable public health: reflections from the University of Central Lancashire Promotion & Education (2002); 9(1):16-19 doi/pdf/10.1177/10253823020090010111
5. Dooris M. The health promoting universities: opportunities, challenges and future developments. Promotion & Education (2002); 9(1): 20-24 DOI: 10.1177/10253823020090010112
6. Ferreira F, Brito I, Santos M. Health promotion programs in higher education: integrative review of the literature. Rev Bras Enferm (2018); 71(4) DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0693
7. German network health promoting universities. 2010. Quality criteria of health promoting universities. Available in internet at: http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/E_Gefoe_HS_internat/AGH_INFO_QUALITY_CRITERIA_HPU_LOGO_ENG.pdf
8. Healthy universities. Model & framework for action. 2010. Available in internet at: https://healthyuniversities.ac.uk/healthy-universities/model-and-framework-for-action/
9. Reis M, Ramiro L, Gomez-Baya D, Matos M. The promotion of healthy universities: a systematic review. CPQ Women and child health (2018);1(3):1-15.
10. Suárez-Reyes M, Serrano M, Van den Broucke S. How do universities implement the health promoting university concept? Health Promotion International (2018); 34 (5) DOI: 10.1093/heapro/day055
11. Suárez-Reyes M, Van den Broucke S. Implementing the health promoting university approach in culturally different context: a systematic review. Global health promotion (2016); 23: 46-56 https://doi.org/10.1177%2F1757975915623933
12. The Edmonton charter for health promotion universities and institutions of higher education. 2006 Available in internet at http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/E_Gefoe_HS_internat/2005_Edmonton_Charter_HPU.pdf
13. Tsouros A, Dowding G, Tompson J, Dooris M. (eds) Health promoting universities. Concept, experience and framework for action. WHO/Euro. Copenhagen: (1998) p. 174.
14. UCLAN. Healthy university: https://www.uclan.ac.uk/corporate_information/healthy-university.php
15. University of British Columbia. Library. Open collections. Okanagan charter: An international charter for health promoting universities & colleges (2015) Available in internet at: https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/53926/items/1.0132754
16. WHO. 1986.The Ottawa charter for health promotion. Available in internet at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1
17. WHO. Types of healthy settings. Health promoting universities. Available in internet at: https://www.who.int/healthy_settings/types/universities/en/

СЕКЦИЯ F. ФУНДАМЕНТАЛНИ ЕТИЧНИ ПРОБЛЕМИ И КЛИНИЧНА ЕТИКА

ЗНАЕМ ЛИ КОЕ Е НАЙ-ДОБРО ЗА ВСИЧКИ НИ? ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В ПРЕСЕЧНАТА ТОЧКА МЕЖДУ ЕТИКАТА И СОЦИАЛНАТА ЕПИСТЕМОЛОГИЯ

А. Трайкова
Секция „Етически изследвания“, Институт по Философия и Социология към БАН, София

Контакт: Гл. ас. Александра Трайкова, доктор
e-mail: al.tra@abv.bg

Общественото здравеопазване черпи от постиженията на съвременната наука, но интелектуалните му основи дължат много и на философските идеи. Поради връзките си със социални въпроси като справедливостта и разпределянето на ресурси, то представлява социално и етическо предизвикателство, доколкото изисква увеличаването на всеобщото благосъстояние. От друга страна, тъй като в системата на общественото здравеопазване вземат участие епистемични авторитети (например учени, медицински професионалисти, политици и други), то случаите, в които дадена програма не постига своята цел, биват рационализирани като резултат от неефективни политики, неадекватно планиране или неуспешна информационна кампания. Макар и не напълно погрешно, това схващане омаловажава влиянието, което фактори като ценностите или личните възгледи относно здравето могат да упражнят върху здравето на цели населения. В този доклад ще демонстрирам как тези фактори притежават потенциала да произвеждат, подхранват или разпространяват т. нар. здравни трендове (англ. „health trends“) - алтернативни форми на групови познания или вярвания, касаещи здравето. Поддръжниците на движението за естествен живот, противниците на ваксините и терапевтичните нихилисти са примери за алтернативни възгледи по отношение на медицината, които биха могли да имат изключително силно влияние върху ефективността на публичните мерки за здравеопазване, или дори да променят ендемичните профили на цели страни. Два въпроса, на които следва да отговорим, са: 1) какво обикновено се има предвид под „здраве“, и 2) как се стига до ситуации, в които сблъсъците между различни концепции за здраве и между различни ценности повлияват на всички ни? И на двата въпроса може да бъде отговорено при по-задълбочен анализ на социалните динамики, които участват в произвеждането на медицинско познание.

Медицината и социалната среда не се развиват в изолация една от друга – всъщност сред историците на медицината съществува консенсус, че винаги е била налична взаимозависимост между медицина, икономически условия, социокултурни сили и идеологически влияния. Историята сочи, че най-значимите епистемични поврати в медицината винаги са били придружени от социално преструктуриране и политически промени. Например през ранния XIX в. хуморалната и миазматичната теории – двата обяснителни модела на човешкото здраве, които били употребявани още от древността – биват изместени от т. нар. „микробна теория“ (англ. ез. „germ theory”), довеждайки до безпрецедентен фокус върху хигиената и давайки начало на идеята, че държавите имат задължение да предпазват своите поданици от разпространението на инфекциозни заболявания. Схващането, че болестите се предават чрез материален носител, също така означавало

увеличено желание от страна на обществото да получава информация за патогените, както и за оптималния начин да им противодейства със собствени сили; в Англия и Америка процъфтяват както продажбите на здравни памфлети (англ. ез. “sanitation science manuals”), така и рекламите на всевъзможни средства за домашна и лична хигиена. Тази тенденция отразява преоткритото усещане за отговорност към собственото благосъстояние – усещане, което така или иначе има силно присъствие в западноевропейските страни по онова време, но което продължава да еволюира въпреки паралелното развитие на все по-надеждни здравни услуги. Стремежът към поддържане на собственото здраве бива културно и политически обвързан с темата за гражданската отговорност и индивидуалния дълг на всеки отделен човек да даде своя принос към предпазването на общността от предотвратими зарази. През втората половина на XIX в. обаче се заражда и значителна социална и епистемична (когнитивна) пропаст между тези, които употребяват наличните по това време здравни услуги, и онези, които ги предлагат. Професионализацията на медицината и на общественото здравеопазване е сред основните фактори, допринасящи към това развитие, тъй като приписва на медицинските лица институционално овластена позиция на авторитет, докато от пациентите им се очаква да поемат социална роля, изчерпваща се с пасивно подчинение, която рязко се отличава от проактивните позиции на тогавашните западни граждани. В една от най-известните си разработки социологът N. D. Jewson описва тези събития като „заличаването на болния от медицинската космология“ [6] и изказва хипотезата, че те са упражнили трайно въздействие върху отношенията между медицинските лица и онези, чиито интереси са обслужвани от тях. Изключването на пациентите от произвеждането на медицинския дискурс съвпада с превключването от пациент-ориентирана към обект-ориентирана медицинска космология в научен план, при която пациентът като личност, нуждаеща се от помощ, постепенно бива изместен от опредметената представа за локализирания здравословен проблем като съвкупност от отклонения, нуждаещи се от обективен квазинаучен анализ [6].

Въпреки съвременния философски фокус върху етически проблематики като пациентската автономия и информираното съгласие, продължава да има недостатъчен теоретичен интерес към ролята на пациента като епистемичен агент в контекста на клиничната медицина и общественото здравеопазване. Това води до осезаемо напрежение между здравните власти и определени групи от обществото, които противостоят на техните организирани усилия или поддържат различаващи се позиции по въпроси, свързани със здравето. След като представим кратък очерк на историческите причини зад тези социални феномени, ще подложим на анализ техните продължаващи ефекти върху съвременното здравеопазване и ще предложим успешна стратегия за оптимизирано комуникиране на здравна информация. Целта на тази статия е, на първо място, да положи основите на продуктивен дебат за социалната и познавателна роля на потребителите на здравни услуги, и особено на онези сред тях, отличаващи се с алтернативни възгледи относно медицината и здравето. Втората и не по-малко важна цел е да бъде демонстриран недостатъчно изследваният потенциал на тази група да произвежда и разпространява алтернативни форми на медицинско познание по убедителен и привлекателен за публиката начин, например във вида на здравни трендове (англ. ез. „health trends”). По необходимост всеки такъв анализ трябва да започне с уговорката, че поради определени закономерности в уникалния за западните общества исторически и културен контекст, тези общества са развили склонност системно да подценяват влиянието на въпросните алтернативни форми на познание, като по този начин остават неподготвени да използват техния потенциал с цел увеличаване на ефективността на информационните кампании и цялостната успеваемост на мерките в сферата на общественото здравеопазване.

За да демонстрирам достоверността на това твърдение, ще изложа накратко историческите корени на общественото здравеопазване в Англия, позната като пионер в

областта. Държавно регулираното здравеопазване е относително нов феномен от първата половина на XIX в., чието възникване се асоциира с прокарването на редица законодателни мерки като Public Health Act (1848) и British Vaccination Act (1846). Преди установяването на тази първоначална правна рамка то съществува в неформален вид като отделни граждански проекти на доброволчески и благотворителен принцип. Впоследствие се създават и специализирани органи като Градската здравна асоциация (1844), която официално поставя пред английското правителство изискването да предприеме мерки срещу епидемията от холера, започнала в предходното десетилетие. Дотогава грижата за болните бива възприемана основно като семейно задължение, а превенцията – като отговорност на селищната общност. Тази идея се задържа в общественото съзнание дори след възникването на безплатно здравеопазване за социално слабите и доста след появата на болничната институция във вида, който познаваме днес. Някои автори, специализиращи в социалната история на медицината, идентифицират и определени нагласи за разпределение на тези задължения по полов признак, позовавайки се на рекламни материали: например домашните филтри за вода през този исторически период са маркетирани почти изцяло към дамите в домакинството, и обикновено биват придружени от плашещи изображения на болестни състояния и смърт, както и от послания, създаващи усещане за вина, ако примерната домакиня не съумее да опази здравето на семейството си, закупувайки предлагания хигиенен продукт [13]. Допълнителна рекламна стратегия представлява употребата на „рационален“ език, възхваляващ качествата на продуктите за домашна хигиена като един „разумен“, „интелигентен“, „съвестен“ избор. По време на историческите изследвания, предшестващи написването на кригата й *The Gospel of Germs,* Nancy Tomes установява културна зависимост между социалните роли във викторианска Англия и медицинските теории, възприети по същото време. Това може да бъде възприето като индикация, че във всяко едно население интернализираните социални ценности взаимодействат с доминиращите научни теории за болестите, за да произведат специфичните за всяка култура здравни практики, норми и възгледи. Как, обаче, стоят нещата в нашето съвремие, белязано от тенденцията за глобализация и мултикултурен социален климат? Трябва ли методите за произвеждане на научно-медицинско познание да отразяват тази идеологическа и политическа тенденция? Има ли универсално решение на всеки здравословен проблем, или е нужно да калибрираме всяко едно решение спрямо различни социокултурни рамки? Кой ще прецени кое е най-доброто решение за всички ни?

Понастоящем не всички сегменти от обществото участват активно в създаването на медицинско знание. Ангажираността на неспециалистите е подложена на рязко обезценяване и съответно се превръща в обект на социални и юридически ограничения (образователен ценз, административни и правни изисквания) през последните два века. Макар и в определени етапи от развитието на човечеството медицината продължително време да е напомняла колективна дейност, това по необходимост спира да бъде случаят с нарастването на населението и концентрирането му в градовете по време на индустриализацията, което увеличава потребността от лекарска грижа, както и от нейното гарантирано качество и сигурност (два от основните фактори в професионализацията на медицината)[10]. Описаните развития довеждат до серия от законодателни мерки като Medical Act of 1858, проектирани с цел да възпрепятстват дейността на т. нар. „шарлатани“ (англ. ез. „quacks“) [15]. Тази цел контрастира с дотогавашния модел на предоставяне на здравни услуги, наподобяващ „пазар“ (англ. ез. “medical marketplace”) с широк набор от практикуващи с различни убеждения и практики [4]. Също така дълго време след като медицината се превръща и в процъфтяваща академична дисциплина, много от важните открития продължават да се случват извън контекста на университетите и научните среди – например на бойното поле, в ръцете на хирурзи като Ambroise Paré [9].

Ортодоксалната биомедицина, която именно предоставя основите за развитие на общественото здравеопазване от самото начало на последното през късния XVII в., често бива критикувана от някои социално осъзнати лекари за своя предполагаем елитизъм и за своята ексклузивност, и дори обвинявана в прикрит расизъм. През деветдесетте години на миналия век английският психиатър Суман Фернандо публикува *Mental Health, Race and Culture* – една влиятелна разработка, анализираща „културната слепота“ на ортодоксалната медицина и акцентираща върху интегрирания в нея евроцентристки понятиен апарат, който по дефиниция изключва разбиранията на други култури [3]. Определени групи хора, поддържащи неконвенционални позиции по отношение на медицината и здравето, систематично биват третирани като епистемично неблагонадеждни: техните познания често пъти автоматично биват отхвърляни като нерелевантни, неточни, безполезни, или иначе казано „по-нисши“ спрямо познанията, произвеждани в дискурса на ортодоксалната медицина. Въпреки това в социологически план техните мнения съвсем не са незначителни. Съществуват обективни данни, насочващи към извода, че дори относително малки групи лица със сходни алтернативни убеждения притежават потенциала да преоформят здравния профил на цели страни. Обикновени решения от типа дали да ваксинираме децата си оставят траен отпечатък върху населението, както стана ясно от епидемията от шарка в САЩ през 2015, а също и от тази в Украйна през 2001 и 2006 г., покосила общо почти 81 000 живота. В ОК шарката наново бива обявена за ендемично заболяване през 2008, десетилетие след създадената от Andrew Wakefield контроверсия около МПР ваксината през 1998, която води до рязък спад в имунизациите. Относително скорошните епидемии в други европейски страни обаче изглеждат свързани с определени алтернативни схващания за здравето и медицината, а не със страха от евентуални странични ефекти на ваксините. Например епидемиите в Нидерландия (2008 г.) и Германия (2015 г.) засягат почти изцяло деца (около 80%) от семейства, поддържащи антропософистки, хомеопатични, натуропатични или други алтернативни възгледи спрямо медицината.

Макар философиите на повечето алтернативни течения в медицината да се различават значително помежду си, техните представители обикновено споделят редица общи понятия за здравословния живот и лечението, както и общ скептицизъм спрямо методите и постиженията на медицината, базирана на научни доказателства. Автодиагностицирането и самолечението са широко разпространени, както и противопоставянето на синтетични лекарства и хирургични операции. На тяхно място се препоръчват промени в начина на живот и особено в начина на хранене (у натуропатите), или арт терапия, ритмични масажи и консултации (у антропософистите). На здравето се гледа като на вроден баланс, съхраняван чрез придържане към „естественото“, докато заболяванията биват възприемани като странични ефекти от стреса в съвременния неестествен начин на живот [8]. Тези убеждения пораждат привидно парадоксални ситуации, в които естествено протичащи заразни заболявания биват предпочитани пред неестествените предпазни мерки или синтетични медикаменти поради предполагаемата им роля в „изграждането на имунитет“. Отсъствието на болест не бива разглеждано като действително „здравословно“, ако не е било постигнато по „естествен“ начин, поради което някои видове инфекции, например т. нар. „детски болести“, биват представяни като средство за реализиране на тази цел. В контраст с това, ортодоксалната медицина визуализира здравето и болестта като процеси и аналитични категории в науката [12]. Тя гледа на лечението по инструментален начин, докато в алтернативната медицина съзира същностна ценност и в самата терапия [14], или поне я тълкува като отражение на ценностната система на пациента и лечителя: като заявление за социалните ангажименти, политическата принадлежност и прочее позиции, от които пациентът и лечителят конфронтират реалността на болестта, здравето и грижата.

Обединяващата характеристика на всички форми на медицина и здравна грижа в наши дни е, че въпреки съвременния акцент върху сертифицираното познание и регулациите в практиката, услугите в тази сфера продължават да следват вече описания принцип на „медицински пазар“ (“medical marketplace”). Това означава, че пациентът, в качеството си на потребител, колебаещ се между различни опции, би желал да направи достъпен избор, повлиян от собствените му ценности и интереси, на базата на най-надеждните доказателства, с които разполага в съответния момент. Противно на общоприетото схващане, че етическата и социална категория „потребителска отговорност“ възниква едва в наши дни, историческите източници свидетелстват, че потребителите на здравни услуги никога не са се отнасяли лековато нито към изборите си, нито към потенциалните последици от тях. Процесът на търсене и предоставяне на медицинска услуга винаги е бил съпроводен от сериозни усилия от страна на пациента да се образова (според наличните си възможности) за естеството на медицинския си проблем, за да артикулира успешно симптомите и притесненията си пред лекаря. По този начин през ранния XVI в. известният немски художник Albrecht Dürer развива прототип на изключително популярните в съвременните западни болници “pain-maps” (симптомни карти, карти за локализиране на физическа болка), който използва в кореспонденцията със своя лекар [11]. В наши дни, в допълнение към широкия диапазон от медицински услуги, съществува и необятна съвкупност от онлайн ресурси за всеки любопитен ум, които увеличават достъпа до – а с това и влиянието на – алтернативната медицина. Този продължителен процес протича паралелно с три други значими промени в социален и исторически план – въвеждането на задължително образование, измененията в целите и предназначението на публичното здравеопазване (което вече се занимава не само с лечение и превенция, но и с промоция на здравето), и всеобща културна тенденция към глобализация.

Изложените дотук наблюдения са важни, тъй като ако бъдат взети предвид, те биха ни дали възможност значително по-ефикасно да калибрираме всяка една кампания спрямо възгледите и потребностите на съответната таргетирана общност, за да постигнем максимална успеваемост. Едно добро начало би било да приемем, че промените в здравния профил на дадени населения или групи почти винаги са подплатени от промени в социалното поведение и епистемичните характеристики на „потребителите“ на здравни услуги. Задължителното образование, например, е произвело населения, които са значително по-подготвени да издирват и възприемат информация относно разнообразни опции за лечение, а освен това е спомогнало за култивирането на повече социално ангажирани, проактивни и независими типове поведение, които са основополагащи за развиването на критично мислене. Специалисти отбелязват, че съвременните западни граждани са още по-склонни да демонстрират самодостатъчност по отношение на решения, касаещи личното им здраве, да подлагат на съмнение изказванията на своите лекари, или дори да ги оспорват юридически [1]. Макар и медиите редовно да окачествяват „антиваксърите“ и терапевтичните нихилисти като лица с назадничави разбирания и нисък образователен статус, относително скорошни изследвания в социологията на медицината показват, че основният проблем в осъществяването на успешен диалог с тях всъщност не се корени в предполагаемото им невежество [7]. Сред лицата с алтернативни възгледи относно здравето притеснително често можем да открием медицински професионалисти като Gerhard Buchwald, който окачествява шарката като „безобидно събитие за организма“, или американския кардиолог Jack Wolfson, който я описва като „обикновена треска с кашлица и обрив“ по време на интервю с медията NBC Channel 12 News. Мнозинството от опоненти на задължителната ваксинация навярно биха продължили да резистират идеята за имунизация не защото нямат достъп до релевантна информация, а поради скептицизъм. Това означава, че предоставянето на научни публикации и резултати от изследвания само по себе си не би притежавало необходимата аргументативна сила да ги накара да

преосмислят убежденията си, тъй като последните се коренят и в причини от морален или идеологически характер. Бърз поглед към историята демонстрира, че дори в началните си дни движението на антиваксърите (по онова време наричани антиваксинатори) вече е изразявало опасения относно социалните и морални импликации на задължителните интервенции. Докато защитава позицията на съмишлениците си в реч от 19 април 1898 г., противникът на ваксините Thomas Bailey (по онова време общински съветник в Честърфийлд и официален отговорник по програмите за ваксинация в английския парламент) заявява, че "не са малко хората, които вярват, че имат контрол над собствените си тела и деца, и че не бива да позволяват на държавата или когото и да било другиго да им налага какво да правят със своите тела или деца" [2]. Както показват и изследванията на социолози като Anna Kata, упоритото противопоставяне на определени здравни мерки, както и скептицизмът спрямо самата идея за необходимост от подобни мерки, са феномен, който може да се наблюдава в разнообразни обществени сегменти и професионални среди, на всички образователни нива. Тази констатация налага извода, че алтернативните възгледи спрямо медицината и здравето невинаги са породени от липса на осведоменост, а често пъти възникват и в резултат от различни идеологии и стилове на живот, включително различни интерпретации на морални категории като „родителски дълг" [7]. В една от своите статии философът на науката Maya Goldenberg също оспорва понятието, че обществениият скептицизъм винаги е продукт на неразбиране и невежество. Тя посочва, че в конкретния случай на ваксините, упорството се дължи по-скоро на недоверие в добросъвестността на научните експерти и в отговорността на институциите [5].

Въз основа на представеното дотук можем да стигнем до заключението, че преобладаващо негативните и снизходителни нагласи спрямо лицата с алтернативни убеждения са представителни за изначалното отношение на здравните експерти и институции към обществените полемики на здравни теми. Напрежението може да бъде неутрализирано, ако въпросните авторитети насочат усилията си към продуктивен диалог с отсрещната страна и избягват да оспорват правото на обществото да подлага на съмнение или изисква информация относно определени медицински практики и здравни политики. Вместо приемане на налаганите мерки и съобразяване с тях, откритото подценяване на здравната култура на дадена общност (или на населението като цяло) оказва обратния психологически и социален ефект. То създава усещане за социален и политически натиск, който от своя страна генерира защитни реакции като отхвърляне на авторитета на учените, лекарите и властимащите, недоверие в институциите и търсене на алтернативи. От друга страна, един позитивен замисъл в основата на кампаниите, който пряко черпи от любознателността, доброжелателността и инициативността на таргетираната група, би могъл да доведе до блестящи резултати, като едновременно повиши рецептивността им към послания, които иначе биха срещнали директно отхвърляне, и изгради мост между двете страни на „конфликта". Интервенциите в областта на общественото здравеопазване не опират единствено до научни познания – те касаят и въпроса кое е „добро" и как можем да осигурим това „добро" за всички ни по справедлив и почтен начин.

Този текст представлява преведен и редактиран откъс от докторска дисертация на А. Трайкова на тема „Optimizing hybridism: a critique of naturalist, normativist and phenomenological accounts of disease in the philosophy of medicine", защитена в Durham University и публикувана онлайн на адрес [http://etheses.dur.ac.uk/12312 /](http://etheses.dur.ac.uk/12312/) .

Библиография:

1. Coggon, J., and Miola, J., 'Autonomy, Liberty, and Medical Decision-Making', *The Cambridge Law Journal*, November 2011, Vol. 70, No. 3, pp. 523-547
2. Durbach, N., '"They Might As Well Brand Us": Working-Class Resistance to Compulsory Vaccination in Victorian England', *Social History of Medicine*, 2000, Vol. 13, No. 1, pp. 45-63

3. Fernando, S., *Mental Health, Race and Culture*, The MacMillan Press, London, 1991
4. Fissell, M. E., 'The Marketplace of Print' in Mark Jenner and Pat Wallis (Eds.) *Rethinking the Medical Marketplace*, London: Palgrave, 2007, pp. 108-132
5. Goldenberg, M. J., 'Public Misunderstanding of Science? Reframing the Problem of Vaccine Hesitancy', *Perspectives on Science*, 2016, Vol. 24, No. 5, pp. 552-581
6. Jewson, N. D., 'The disappearance of the sick-man from medical cosmology', *International Journal of Epistemology*, 11 May 2009, Vol. 38, pp. 622-633
7. Kata, A., 'A postmodern Pandora's box: Anti-vaccination misinformation on the Internet', *Vaccine*, 28, 2010, pp. 1709-1716
8. McKeown, T., *The Origins of Human Disease*, Wiley-Blackwell, Oxford, 1991
9. Paget, S., *Ambroise Paré and his times, 1510-1590*, G. P. Putnam's Sons, New York, 1897
10. Porter, R., *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*, Fontana Press, London, 1997
11. Schott, G. D., 'The Sick Dürer – a Renaissance prototype pain map', *The British Medical Journal*, 18 December 2004, Vol. 329, No. 7480, p. 1492
12. Simon, J. R., 'Medical Ontology' in Fred Gifford (Ed.) *Philosophy of Medicine*, New Holland, Oxford, 2011, pp. 65-114
13. Tomes, N., *The Gospel of Germs: Men, women, and the Microbe in American Life*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.), 1998
14. Tyreman, S., 'Values in complementary and alternative medicine', *Medicine, Health Care and Philosophy*, May 2011, Vol. 12, No. 2, pp. 209-217
15. Waddington, I., *The Medical Profession in the Industrial Revolution*, Gill & Macmillan, Dublin, 1984

KNOWING WHAT IS BEST: PUBLIC HEALTH AT THE INTERSECTION BETWEEN ETHICS AND SOCIAL EPISTEMOLOGY

A. Traykova
Department of Ethical Studies, Institute of Philosophy and Sociology at BAS, Sofia, Bulgaria

Contact: A. Traykova
e-mail: al.tra@abv.bg

The initiatives now referred to as 'public health programmes' are designed in accordance with relevant science-based, peer-reviewed evidence, but their intellectual foundations ultimately draw on philosophical ideas. Because of their intricate connections to issues such as justice, fair resource distribution, (dis)advantage and poverty, public health programmes present a social and ethical challenge in the sense that they require active commitment to maximizing general welfare. However, because of the involvement of epistemically authoritative figures (scientists, medical professionals, public health officers, and politicians, among others), any occasions in which the interventions fail to achieve their proclaimed end are often critically regarded as the result of inefficient policy-making, careless planning, or unsuccessful campaigns. While not entirely divorced from the practical realities of public health, his narrow view downplays the impact that values, self-interest, lifestyle and personal views on health could have on the general health of the population. These factors have the potential to produce, fuel and disseminate health trends – alternative, user-driven forms of health-related group knowledge. Natural living movement supporters, vaccination opponents, and therapeutic nihilists are all examples of alternative perspectives on healthy living, which can have a profound influence on the effectiveness of government-imposed public health interventions and campaigns, or even shape the disease profiles of entire populations. Two questions that need to be addressed immediately are: 1) what is usually meant by 'health', and 2) how do people's differing concepts of health, together with their differing values, influence public health practices? Both questions can be answered upon closer inspection of the social dynamic involved in producing medical knowledge.

Medicine and its social environment do not develop in isolation from each other – in fact, historians of medicine generally agree that there has always been an intimate two-way connection of dependence between medicine and sociocultural forces, economic circumstances, or ideological influences. History shows that the major epistemic shifts in medicine have always been accompanied by social re-structuring and political changes. For example, during the early nineteenth century humoural and miasmatic theories – the explanatory models of disease that had been used since Antiquity – gave way to Germ theory, leading to an increased focus on hygiene, and producing the idea that the state had an obligation to protect its citizens from the spread of infectious diseases. The notion that diseases were communicable also meant a growing public desire to learn more about pathogens and the ways to keep them at bay. This ambition reflects a re-discovered sense of responsibility for one‘s own health – a sense which was already present in Western European societies, but which continued to flourish in spite of the rapid development of reliable health services. Sales of personal and domestic hygiene products spiked, while the so-called ‘sanitation science’ manuals became a must-have for all responsible citizens, especially those among them who also happened to be housekeepers or parents. However, it was also during this historical period that a significant social and epistemic gap began to form between those who consumed health services or health information, and those who provided them. The professionalization of medicine and public health was a major contributing factor, assigning physicians and public health officers to an inherently superior position, whilst their clients were expected to play an obedient, silent and passive role that had very little in common with their pro-active attitudes or their vivid interest in health-related matters (hence the use of the term ‘patients’). N. D. Jewson has famously referred to these social developments as an ‘eradication of the sick-man from medical cosmology’ [6] and suggested that they have had an ongoing effect on the relationship between medical investigators and those whose interests they are meant to serve. The exclusion of patients from the production of medical knowledge coincided with a shift from a person-oriented to an object-oriented medical cosmology, where the patient presenting herself in front of the medical gaze gradually came to be viewed as a ‘collection of synchronized organs’ with no voice of her own, a ‘material thing to be analyzed’ [6].

Despite the recent focus on ethical issues such as patient autonomy and informed consent, there continues to be insufficient regard for the patient’s role as an epistemic agent in the context of clinical practice or public health. This has led to palpable tension between public health authorities and certain groups which resist their efforts or hold different opinions on health-related matters. After briefly outlining the historical reasons behind these social developments, I will attempt to analyze their ongoing effects on modern public health, and suggest strategies for facilitating the communication between the two estranged sides of the conflict. My goal here is not to expose all forms of epistemic oppression faced by those with alternative views on health and medicine, but to discuss these views’ underexplored potential to shape the disease profiles of entire populations, as well as their proponents’ capacity to produce or disseminate group knowledge in ways that make it attractive to the public (for instance in the form of ‘health trends’). I would like to suggest that, due to certain historical and cultural influences particular to Western Europe, these alternative forms of knowledge production are systematically underestimated, when in fact they may hold the key to effective campaigning and successful public health interventions.

To prove this point, I will begin my analysis with a very short introduction to the historical beginnings of public health in England. Public health as we know it today – state-governed and underpinned by strict legal regulations – is a relatively new phenomenon. This model of health care did not come into use in England until the first half of the 19th century, when legislative measures such as the Public Health Act (1848) and the British Vaccination Act (1846) were passed. Before that, public health care was organized locally through the joint efforts of citizens,

largely on the principle of volunteering and charity. The notion that the state owed its citizens treatment services or protection against dangerous infections was largely unknown until the formation of the so-called Health of Towns Association (1844), which demanded that the government introduce sanitary reforms in order to protect the British population from severe outbreaks like the cholera epidemic from the 1830's. The predominant view until then had been that families had a responsibility to care for their sick loved ones, and municipalities or neighbourhoods had a responsibility to contain or avoid the spread of infectious illnesses among their members. This idea persisted well into the nineteenth century, even after free health care was made available to the poorer segments of society, and long after hospitals had begun to flourish. Some authors specializing in the social history of medicine have identified strong sexist elements in it, pointing out that popular advertisements of disease prevention products – like home water filters – seemed to be targeted almost exclusively at women, most often along with frightening images and guilt-inducing messages about the perceived dangers of failing to take these suggested precautions [13]. An additional strategy used in a high number of these ads was to portray the sanitation product they were selling as the most 'reasonable', 'smart' or 'conscientious' one, which is symptomatic of this historical period's moral and epistemic ideals about women as compassionate yet sensible domestic goddesses, protective of their homes. During her research for the book *The Gospel of Germs*, Nancy Tomes has been able to establish links between household codes (i.e. codes of domestic sanitation and cleanliness), women's social roles in Victorian England, and the disease theories accepted at the time. This may be taken as an indication that for every population, internalized societal values work in combination with the predominant approaches to explaining disease, ultimately producing culture-specific health norms and practices. However, such a view invites some questions about the nature of health-related knowledge in a globalized, multicultural world. Should the modes of production of medical knowledge reflect multiculturalist ideologies? Is there really such a thing as a one-size-fits-all solution to a particular health problem, or do all solutions need to be customized to fit different sociocultural frameworks? Who is to say what works best for all of us?

Currently, not all of the segments of society that are engaged in active contribution to the production of medical knowledge receive recognition for their efforts. As the involvement of laypersons has undergone a gradual devaluation over the course of the past two centuries, public participation in the development of all science and technology has been severely limited, and medicine makes no exception. While there may have been a time when medicine vaguely resembled a jointly created and maintained enterprise, this ceased to be the case after the institutionalization and professionalization of medicine – a process which began during the early 19th century [10]. A series of legislative measures were taken, such as the Medical Act of 1858, which were designed to create serious disincentives for laypersons who wanted to practice the profession in England [15]. However, historians tend to agree that during the centuries leading up to that moment, medicine resembled a 'marketplace' full of diverse services, trades and professional opinions [4]. It has also been noted that even after medicine began to flourish as an academic discipline, the majority of important discoveries continued taking place outside the context of universities and academia for quite a while – usually on the battlefield or in the hands of barber-surgeons like Ambroise Paré [9]. Of course, medicine as we know it today in the Western world and the majority of industrialized countries – I will refer to it as 'orthodox biomedicine' – seems to make a point to distinguish and distance itself from other forms of medical knowledge and practice. The very fact that we even refer to such forms of knowledge or practice as 'alternative' testifies to its success in that regard. However, one of the unfortunate results is that we may have developed somewhat culturally impoverished notions of health, disease, healthy living and the optimal strategies for educating the public on these crucial matters.

Orthodox biomedicine, which has been a stepping stone for public health since the latter's beginnings in the late 17th century, has been criticized by some socially conscious physicians for its elitism and exclusivity, as well as its implicit racism. In the early 1990's, British psychiatrist Suman Fernando published *Mental Health, Race and Culture* – an influential work analyzing the 'cultural blindness' of orthodox medicine, and noting how its belief systems have been informed entirely by 'concepts based on Western culture', which means that certain people have always been, and will likely continue to be, disadvantaged by its biases [3]. Certain groups of people, who subscribe to certain unconventional beliefs about medicine and health, are routinely regarded as less epistemically reliable: their knowledge is dismissed as irrelevant, inaccurate, useless, or somehow inferior to that produced by orthodox biomedicine. Nevertheless, their opinions are anything but insignificant. Evidence clearly suggests that even very small groups of like-minded individuals still have the potential to re-shape an entire country's disease profile. Simple medical decisions which are often regarded as a personal choice – such as whether or not to vaccinate one's children – can have massive repercussions for an entire community, as shown by the measles outbreak faced by the US in 2015, or the deadly Ukrainian outbreaks from 2001 and 2006, which affected a total of nearly 81000 people. In the UK, measles was declared endemic to the population in the year 2008, having reached this status again within the decade following the MMR vaccine controversy created by Andrew Wakefield in 1998, which led to a sharp drop in vaccination rates and a decrease in herd immunity. However, the recent outbreaks in some other Western European countries appear to be linked to particular philosophies about health and medicine, rather than produced by vaccine scares. The 2008 outbreak in the Netherlands and the 2015 outbreak in Germany, for example, have some things in common: the affected were mostly children (nearly 80%), and mostly from families that held anthroposophist, homeopathic, naturopathic or other alternative views on medicine.

While the philosophies of alternative medicine movements may differ significantly, their supporters typically share a cluster of common notions about healthy living and healing, as well as a common skepticism regarding evidence-based medicine's methods and achievements. Self-diagnosis and self-healing can be common, as can be the opposition to many artificially produced means of treatment, such as synthetic medication or surgical treatment. These could be replaced by lifestyle and dietary changes (for naturopaths), and sometimes by art therapy, rhythmic massages or counselling (for anthroposophists). Health is usually understood as an innate order or balance best preserved when adhering to what is 'natural', while diseases are perceived as products of the stress or demands associated with unnatural lifestyles [8]. These convictions have the potential to generate apparently paradoxical situations where naturally occurring diseases are preferred over unnatural preventative measures or drugs, because of their supposed role in building immunity. A disease-free state is not considered to be truly 'healthy' unless it has been achieved and maintained 'naturally', and certain types of infection – for instance childhood illnesses – are sometimes regarded as beneficial to that end. To conclude, in most forms of alternative medicine health is portrayed as a natural capacity which needs to be exercised, and to which orthodox medical interventions pose greater dangers than those associated with the pathogens the interventions are meant to keep at bay. In contrast, orthodox medicine, which draws on the scientific methods of biomedicine, tends to construe the healthy and the diseased state as processes [12], and is more preoccupied with pragmatic assessments such as the effectiveness of interventions than it is with the largely ethical question whether or not to intervene, i.e. to interrupt a process. The treatment itself is seen as little more than a means to an end, an instrument of extrinsic value, whereas in alternative medicine the treatment itself appears to be assigned significant value [14] or reflect the value system of patient and healer. Moreover, it often plays the additional role of signifying the patient or

healer's social engagements, her political views, and the epistemic position from which she confronts the phenomena of health, disease, and health care.

One thing that all forms of medicine and health care available today have in common is that they follow a 'marketplace' model – this means that the patient, as a consumer confronted with different options, is required to make an affordable choice guided by her values and rational self-interest, and based on the most reliable evidence currently available to her. But contrary to popular belief, people have not suddenly become more aware of the responsibility involved in making such choices, or more conscious of their possible consequences. Historical sources suggest that medical decisions have never been taken lightly, and that our ancestors have always attempted – to the best of their abilities – to educate themselves on health matters before seeking the appropriate kind of help, or at least to articulate their concerns in a manner that would make sense to the physician. For instance, in the early 16th century the famous German painter Albrecht Dürer developed a prototype of the pain-maps seen in modern hospitals, which he used in correspondence with his doctor [11]. Today, in addition to the extensive range of treatment options for the ill body, there is also a multitude of online resources available to the inquisitive mind, which increase the exposure – and thereby the popularity and scope of influence – of alternative medicine. This ongoing process has occurred along the same timeline as three other important changes – an introduction of compulsory education, a change in the goals and purposes of public health care, and a move towards globalization.

These are important observations, because taking them into account could allow us to customize campaigns to different communities or populations more effectively, in order to produce a bigger impact. A good start would be to acknowledge that the changes in disease profiles of countries and populations are nearly always underpinned by changes in the social behaviours and epistemic characteristics of public health 'consumers'. For instance, compulsory education has produced populations that are better equipped to seek out and understand information about the treatment options available to them. It has also helped cultivate more socially engaged, pro-active, independent, and outspoken attitudes, some of which are essential aspects of critical thinking. It has been noted that people today are more likely to exhibit independence in terms of their health choices, to question physician decisions or even challenge them legally [1]. Despite vicious smear campaigns in the media which portray anti-vaccinators as backwards or scientifically illiterate, sociologists of medicine have pointed out that the main issues which prevent successful dialogue with them go deeper than their supposed 'ignorance' [7]. When discussing these issues, it is worth keeping in mind that a significant number of vaccine opponents demonstrate decent levels of health literacy; perhaps even more interestingly, there are more than a few medical professionals among them. Some of the more salient examples that come to mind are Dr Gerhard Buchwald, who referred to measles as a 'harmless event', and the US cardiologist Dr Jack Wolfson, who famously summed up measles as simply 'a fever, a cough and a rash' during an interview with the NBC Channel 12 News. The majority of vaccination opponents may continue to resist the idea of compulsory immunization not because they lack the access to relevant information, but because they harbour doubts about it. Their profound skepticism means that no amount of education or exposure to research is likely to make them revise their positions. A quick look at history suffices to confirm that, even during its very first days, the movement was already expressing concerns about the social and moral implications of mandatory interventions. Whilst arguing in favour of the anti-vaccinationists in a speech from 19 April 1898, Thomas Bailey (MP for Chesterfield and 'Vaccination Inquirer' in Parliament at the time) famously exclaimed: **'**There are people who believe that they have control of their own bodies and of their children, and that they should not allow the State or anybody else to tell them what they should do with their bodies or with their children.'[2] As shown by the research of authors such as Anna Kata, stubborn resistance to certain public health measures, or skepticism regarding the very need for

such measures, are phenomena which can be observed across all levels of education, in all occupations or segments of society, which should be sufficient proof that these behaviours do not always result from ignorance, but rather from alternative understandings of health or – in the case of child vaccination, for example – from differing interpretations of parental responsibilities [7]. In a more recent paper, Goldenberg also contests the notion that public resistance is produced by a misunderstanding of science, and points out that vaccine hesitancy is more likely to stem from a 'mistrust of scientific experts and institutions' [5].

One might argue very successfully that the overall negative and condescending attitude towards vaccination opponents is representative of how the experts and institutions in question are accustomed to dealing with public controversies. Instead of increasing their efforts to maintain a productive dialogue with their dissenters, scientists and public health authorities attempt to invalidate their rights to question the benefits of certain policies or practices. Gross accusations of ill-intentioned conspiracy are not rare, and neither are ridicule, bullying and epistemic oppression. Underestimating a population's health literacy can exacerbate feelings of epistemic and social oppression, and contribute to mistrust in medical and public health authorities among those already prone to such behaviours. On the other hand, a positive campaigning strategy which focuses on the open-mindedness, curiosity, benevolence and acute perceptiveness demonstrated by those who hold alternative views on health and medicine could lead to better results: it may simultaneously improve their receptiveness to messages they may otherwise reject and help bridge the gap between the two sides of the conflict. Public health interventions are not just about technical knowledge – they are also about knowing what is 'good' and how to secure public 'goods' for a specific society in a fair and just manner.

This text represents part of doctoral A. Traykova dissertation titled „Optimizing hybridism: a critique of naturalist, normativist and phenomenological accounts of disease in the philosophy of medicine", which was defended at Durham University and published online at http://etheses.dur.ac.uk/12312/.

Bibliography:

1. Coggon, J., and Miola, J., 'Autonomy, Liberty, and Medical Decision-Making', *The Cambridge Law Journal*, November 2011, Vol. 70, No. 3, pp. 523-547
2. Durbach, N., '"They Might As Well Brand Us": Working-Class Resistance to Compulsory Vaccination in Victorian England', *Social History of Medicine*, 2000, Vol. 13, No. 1, pp. 45-63
3. Fernando, S., *Mental Health, Race and Culture*, The MacMillan Press, London, 1991
4. Fissell, M. E., 'The Marketplace of Print' in Mark Jenner and Pat Wallis (Eds.) *Rethinking the Medical Marketplace*, London: Palgrave, 2007, pp. 108-132
5. Goldenberg, M. J., 'Public Misunderstanding of Science? Reframing the Problem of Vaccine Hesitancy', *Perspectives on Science*, 2016, Vol. 24, No. 5, pp. 552-581
6. Jewson, N. D., 'The disappearance of the sick-man from medical cosmology', *International Journal of Epistemology*, 11 May 2009, Vol. 38, pp. 622-633
7. Kata, A., 'A postmodern Pandora's box: Anti-vaccination misinformation on the Internet', *Vaccine*, 28, 2010, pp. 1709-1716
8. McKeown, T., *The Origins of Human Disease*, Wiley-Blackwell, Oxford, 1991
9. Paget, S., *Ambroise Paré and his times, 1510-1590*, G. P. Putnam's Sons, New York, 1897
10. Porter, R., *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*, Fontana Press, London, 1997
11. Schott, G. D., 'The Sick Dürer – a Renaissance prototype pain map', *The British Medical Journal*, 18 December 2004, Vol. 329, No. 7480, p. 1492
12. Simon, J. R., 'Medical Ontology' in Fred Gifford (Ed.) *Philosophy of Medicine*, New Holland, Oxford, 2011, pp. 65-114
13. Tomes, N., *The Gospel of Germs: Men, women, and the Microbe in American Life*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.), 1998
14. Tyreman, S., 'Values in complementary and alternative medicine', *Medicine, Health Care and Philosophy*, May 2011, Vol. 12, No. 2, pp. 209-217
15. Waddington, I., *The Medical Profession in the Industrial Revolution*, Gill & Macmillan, Dublin, 1984

ИДЕИ ЗА ЕТИЧЕСКИ НАСОКИ ЗА РЕАГИРАНЕ НА КРИЗИ

А. Анов, С. Александрова-Янкуловска
Катедра „Обществоздравни науки“, Факултет „Обществено здраве“, МУ-Плевен

Контакт: Гл. ас. Атанас Анов, д.ф.
e-mail: atanas.anov@gmail.com

Въведение

Изучаването на етичните кодекси за професионално поведение е част от подготовката на медицинските специалисти. Те представят кои са приетите ценности на дадена професия, кое е приетото професионално поведение спрямо колегите, пациента и обществото. Здравният аспект на кризата, предизвикана от COVID-19, повдига въпроса дават ли съвременните етични кодекси насоки как медицинският специалист да действа в ситуация на здравна криза?

Целта е да се представят съвременни етични документи, даващи насоки за реакция в кризисни ситуации.

Методология

Литературен преглед и философска рефлексия на литературни източници.

Обсъждане

Етичните кодекси за професионално поведение съдържат основните ценности и приетите стандарти за професионално поведение на дадена професия. За медицинската практика първият кодекс за професионално поведение е Хипократовата клетва. Чак през 19 век Томас Пърсивал ще издаде първият официален „Кодекс по медицинска етика“ [6]. През 20 век причина за създаването на етичните кодекси в медицината стават скандалите, свързани с медицинската практика: експериментите на нацистките лекари и Нюрнбергския процес; медицински експерименти като този в Таскаги или този в затвора на Станфорд, експериментите с медикаментите сулфаниламид и талидомид [4]. Това показва нуждата от регулация (етична и юридическа) на медицинските действия относно отделния пациент, обществото и колегията.

В България първите етични норми за медицинската професия са приети през 1904 г. Поради различни социални и политически промени, през 1973 г. се приема Моралният кодекс на българските лекари. През 2000 г. влиза в сила Кодексът на професионалната етика в България, а от 2004 г. здравните професионалисти получават своите ръководни правила чрез Етичния кодекс на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти по здравни грижи [1]. В своята структура Националните етични кодекси за професионално поведение обхващат: основните ценности на професията; отношението към колегите, пациента, обществото. Тези ценности дават обща картина как професионалиста да се отнася към обществото, кои ценности да спазва и как обществото да се отнася към него. В по-старите варианти на Кодекса на Българската Асоциация на Професионалистите по Здравни Грижи се посочва какво да е отношението към конкретни групи пациенти [4]. Във варианта от 2015 г. тези насоки липсват [3]. Независимо от това, националните етични кодекси не включват в себе си етически насоки за справяне с кризи като COVID-19.

На международно ниво етическите насоки за справяне с криза не са част от Кодекса за професионално поведение, а присъстват като отделни документи. UNESCO признава неотложността на ситуацията, която създаде COVID-19, и това, че тя изисква

ние да надхвърлим политическите граници, географските граници и културните различия, за да можем да фокусираме усилията си за преодоляване на тази здравна криза [8].

Кои са централните моменти в становището на UNESCO за COVID-19? На първо място е международен, интердисциплинарен и конструктивен диалог, който е изцяло базиран на научните доказателства. В този диалог трябва да се отчитат *несигурностите,* които произтичат от пандемията. Тези несигурности се дължат на непознаването на новия вирус. Становището конкретизира кои трябва да са основните участници в този диалог: политици, етици и учени. Интересно е положението, че „политическите решения трябва да се основават на солидни научни знания, но никога да не се легитимират само от науката“ [8].

Изискването за „решения базирани на научни познания“ е с разширен обхват. Становището успява да предвиди възможни вреди, породени от ретроспективен анализ на епидемиологична информация за предишни епидемии. UNESCO привеждат изключително полезния пример за „колективен имунитет“. Темата за „колективен имунитет“ бе изключително популярна в началото на пандемията. Можем да посочим, че тя бе повод за първите разделения както в медицинските среди, така и в обществото. Защо трябва да се внимава с тази идея? Отговорът на този въпрос отново е заложен в *несигурностите,* които крие пандемията. Трябва да внимаваме с идеята за „колективен имунитет“, тъй като 1) броят на случаите с опасност за живота не е ясен и 2) възможностите на здравните система за подсигуряване на интензивна грижа се оказват недостатъчни.

Това ни отвежда към следващия важен момент в Становището на UNESCO – как се адресира проблемът за разпределението на ресурсите. Становището акцентира върху това, че разпределението на здравните ресурси и изграждането на силна система за обществено здраве трябва да бъдат от първостепенно значение в дневния ред на правителствата [8]. Решенията за разпределението на ресурсите има своето влияние на макро- и микро- ниво. В макро- нивото се включва и необходимостта от международна координация. Етическите принципи, които трябва да се спазват, за да е етически оправдано разпределението на ресурсите са: справедливост, благодеяние и законност, прозрачност на процедурите и уважение към личното достойнство. Случаите, в които са налице недостиг на ресурси, медицинската нужда и ефективно лечение трябва предварително да бъдат обмисляни [8]. Тук виждаме, че Становището предвижда и подсигуряване на основните права на човека – право на най-висок стандарт на физическо и психическо здраве [9].

Правото на здраве е изключително интересен момент в Становището. Това право може да бъде гарантирано чрез нашия дълг към здравето. За UNESCO дългът към здравето е още и отговорност към здравето. Тази отговорност включва индивида да търси лечение и грижа за самия себе си. Включва също и превенция на заболяванията. Оттук и идеята, че здравето е колективна отговорност (социална отговорност), която включва изискването за поддържане на устойчива и ефективна здравна услуга, насочена към възможно най-голям брой граждани. Социалната отговорност трябва да е насочена към себе си и към другите, за да може да подсигури социалното съществуване на популацията. Във време на пандемия отговорността към личното здраве има преки последствия върху останалите. Поради това едно от изискванията към всеки отделен индивид по отношение на социалната отговорност и общественото здраве е отговорността да направиш всичко възможно да не предаваш заразните заболявания, като спазваш подходящи мерки за защита на общественото здраве [7].

Уязвими групи. Прави впечатление, че Становището на UNESCO за COVID-19 не дава конкретни примери за това, какво разбира под понятието „уязвими групи“. Въпреки това документът дава насоки по отношение на какво е тази „уязвимост“ (форми на уязвимост): бедност, дискриминация, пол, болест, загуба на автономност или функционалност, възраст, увреждане, етническа принадлежност, лишаване от свобода

(затворници), нерегистрирана миграция, статут на бежанци и лица без гражданство, семейно насилие [8]. Всички ние имаме една колективна отговорност да предпазваме лицата, които могат да бъдат засегнати от тези форми на уязвимост, и трябва да полагаме усилия да ги предпазваме от [физическа и вербална] стигматизация и дискриминация.

Пандемията в комбинация с масовите медии и социалните мрежи превърна информационния поток в оръжие „за масово поражение“. Информацията, независимо дали е проверена, или не, достига максимално бързо до общността. Поради това етическите изисквания към нея се увеличават. До обществото трябва да достига информация, която е навременна, точна, ясна, пълна, прозрачна и премерена, доколкото е възможно, спрямо възрастта, социалните и образователните особености на хората. Това ще подсигури правилното ѝ разбиране, избягване на паника сред населението [8].

Пандемията постави научната общност в неудобна ситуация. Медици и фармацевти, които се занимават с научна дейност, за кратко време да създадат ваксина срещу новия вирус. Този процес е съпроводен от изключително много предизвикателства, но етическите изисквания и отговорности към него не са променени, въпреки пандемията.

Становището на UNESCO за COVID-19 успява логически да надгради и развие етичните кодекси за професионално поведение. Освен да даде етически насоки на специалистите по време на криза, то интегрира нов раздел на взаимоотношения – отношение на международно ниво.

Като контраст, но и като допълнение към становището на UNESCO за COVID-19, докладът на Nuffiled council on bioethics по отношение на пандемията и изграждането на етическа рамка за справяне с етическите предизвикателства от нея, Nuffiled council on bioethics представя своите насоки от позицията на Етика на общественото здраве. Общественоздравните интервенции по време на епидемия трябва да следват следните етически принципи: пропорционалност, ефективност, необходимост от интервенции, прозрачност, уважение към човека, солидарност [5]:

Поради особения си характер общественоздравните интервенции често се намесват в личната свобода на отделния индивид. Заради това те трябва да бъдат публично аргументирани чрез позоваване на доброто, което целят да постигнат, и чрез позоваване на доказателства в подкрепа на тяхната ефективност. При осъществяването на съответните общественоздравни интервенции правителствата трябва да се стремят към минимизиране на принудата и намесата в личното пространство. Докладът на Nuffiled council on bioethics посочва, че всяка общественоздравна намеса в личното пространство трябва да е пропорционална на ефекта, към който се стреми [5]. Тук е важната роля на силните доказателства за ефективността на общественоздравните интервенции. Ако такива липсват, трябва да се осигури програма за набирането на такива доказателства. Колкото е по-силна намесата в личното пространство на отделния индивид, толкова по-силни трябва да са аргументацията на интервенцията и доказателствата [5].

Прозрачността при публичното аргументиране помага за изграждането на доверие между общността и правителствата. Докладът на Nuffiled council on bioethics посочва, че без доверие на обществото към предприетите интервенции, обществото ще съдейства по-малко на общественоздравните власти. За създаване и поддържане на това доверие е необходимо правителството да комуникира с обществото ясно и надеждно.

Насоките на принципа на солидарност са по отношение на: 1) равенство между хората 2) справедливо разпределение на тежестите от общественоздравните интервенции и 3) международната общност.

Държавата има дълг към тези, които доброволно носят тежестите на общественоздравните интервенции с цел защита на другите. Държавата трябва да осигури подкрепа на тези лица, за да не изпитват материални вреди (напр. загуба на работа, невъзможност за плащане на сметки) [5]. Тази концепция за солидарност се прилага и по отношение на

здравните работници на първа линия. Според The World Health Professions Alliance медиците на първа линия трябва да имат достъп до предпазни облека, подсигуряване на почивка по време и между работните смени, както и услуги в подкрепа на тяхното психологично състояние [10].

Солидарност към международната общност показва, че във време на пандемия страните по света са още по-взаимосвързани. Финансовата и логистичната подкрепа между държавите са от значение за овладяване на пандемията, но също така и научните проучвания и адекватното разпределение на ваксини [5].

Макар присъствието на етични насоки за справяне с криза в [общия] Кодекс за професионално поведение да не е задължително, то е необходимо създаването на такива документи. Тяхното наличие и познаване би спомогнало за по-ефективното справяне с етическите предизвикателства на пандемиите.

Библиография:

1. Александрова-Янкуловска, С. Биоетика. Плевен, Издателски Център МУ-Плевен, 2016, стр. 38
2. Александрова-Янкуловска, С. Ръководство за практически упражнение по биоетика. Плевен, Издателски Център МУ – Плевен, 2016, стр. 125
3. Кодекса за професионална етика на Българската Асоциация по Здравни Грижи. ЗАПОВЕД № РД-01-102 от 11 май 2015 г., Достъпен на адрес: https://nursing-bg.com
4. Metcalf, J.. Ethics codes: History, context, and challenges. Council for Big Data, Ethics, and Society, 2014, Достъпно на адрес: https://bdes.datasociety.net/wp-content/uploads/2016/10/EthicsCodes.pdf
5. Nuffiled council on bioethics Ethical considerations in responding to the COVID-19 pandemic. 2020. Available at: https://www.nuffieldbioethics.org/assets/pdfs/Ethical-considerations-in-responding-to-the-COVID-19-pandemic.pdf
6. Percival, T. Medical Ethics: Or, a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons. Published by S. Russell, London, 1803. Достъпно на адрес: https://books.google.bg/books?id=tVsUAAAAQAAJ&dq=thomas%20percival&hl=bg&pg=PR3#v=onepage&q&f=false
7. UNESCO International Bioethics Committee's Report on the Principle of Individual Responsibility as related to Healt. 2019. Available at: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000367824?posInSet=8&queryId=9dcfa7d4-b78f-4953-b9da-699fdb3f23d5
8. UNESCO STATEMENT ON COVID-19: ETHICAL CONSIDERATIONS FROM A GLOBAL PERSPECTIVE. Statement of the UNESCO International Bioethics Committee (IBC) and the UNESCO World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST). Paris. 26 March 2020. Original: English. Available at: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/
9. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. 2005. Available at: http://portal.unesco.org/en/-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
10. World Medical Association press release World health professionals calling governments to prioritise support for healthcare workers in the front line against coronavirus. 4 March 2020. Available at: https://www.wma.net/news-post/world-health-professionals-calling-governments-to-prioritise-support-for-healthcare-workers-in-the-front-line-against-coronavirus/

НОВИ ИДЕИ ЗА РАЗПРЕДЕЛЕНИЕТО НА НОВ РЕСУРС

А. Анов, С. Александрова-Янкуловска
Катедра „Обществоздравни науки“, Факултет „Обществено здраве“, МУ-Плевен

Контакт: Гл. ас. Атанас Анов, д.ф.
e-mail: atanas.anov@gmail.com

Въведение

Надпреварата за ваксина срещу COVID-19 стигна до етапа „как ще разпределим ваксината?“. С оглед на това, че тя е изцяло нов ресурс, който никъде не е в наличност, проблемът за разпределението придобива по-голяма етическа чувствителност.

Цел на доклада е да представи съвременни проблеми и модели за разпределение на недостигащи ваксини; да обсъди приложимостта на традиционните и новите подходи за разпределение на недостигащи ресурси към проблема за разпределение на ваксините.

Методология

Литературен преглед и философска рефлексия на литературни източници.

Обсъждане

Проблемът за разпределение на ваксините срещу COVID-19 е проблем на справедливостта, разбирана като разпределителна справедливост. Основни ценности при разпределението на този нов ресурс са: *полза за хората и ограничаване на вредата*; *приоритизиране на хората в неравностойно положение*; *еднаква морална загриженост* [2].

Ползите за хората и ограничаването на вредата са традиционни ценности в медицината и медицинската етика. Пандемията от COVID-19 изисква да се отиде една стъпка по-напред в разбирането и прилагането им. Във време на пандемия ние трябва да можем да определим ползите, към които се стремим, да ги измерим и да оценим спешността им [2]. Анти-вакс движението успя да намери своето място в публичното пространство и създава проблеми на специалистите за популяризирането на ваксините сред обществото. С оглед на това, че все още няма ваксина срещу COVID-19, това движение още не е надало глас. Въпреки това, ваксините успяват да демонстрират своите директни *ползи за обществото* (намаляване на заболеваемостта, ликвидиране и елиминиране на някои болести) и индиректни *ползи за здравните системи* (облекчаване на здравната система поради по-малкото болни от ваксинопредотвратими заболявания).

Приоритизиране на хората в неравностойно положение, като основна етическа ценност, изисква внимателна преценка и оценка на различни по вид неравенства. Например: бедност, продължителност на живота (фокусът е върху тези с най-малка очаквана продължителност на живота) [4], т.е. критерият, към който ще се стремим по отношение на различните видове неравенства, няма да засяга само и единствено здравето [5]. Важно е да се разбере, че разпределянето на различно количество от ваксините между страните не е дискриминация ако има полза за хората, докато в същото време приоритизираме тези в неравностойно положение [2].

Традиционните подходи за разпределение на ресурсите на макр-ниво, приоритет на профилактичната дейност и засилване на позициите на първичната здравна помощ, за момента не могат да помогнат. Това е така поради все още липсващата ваксина. Засилването на позициите на първичната здравна помощ ще може да помогне дотолкова, доколкото ще може насочва пациентите – кой има нужда от лечение и кой не.

Как справедливо да разпределим ваксините?

Има два модела за разпределението на ваксините на международно ниво. Първият предложен от Световната Здравна Организация следва следните осем принципа [6]:

1. Солидарност – разпределянето на недостигащи ресурси трябва да бъде извършено в духа на глобалната солидарност.
2. Отговорност – ясно дефинираните цели, дейности, роли, отговорности и решения ще бъдат от решаващо значение за отчитането на всички инициативи, свързани със справедлив достъп до здравни ресурси.
3. Прозрачност – прозрачността и достъпът до навременна, надеждна информация, свързана с откриването, разработването и доставянето на здравни продукти са от съществено значение за установяване на отговорност, подобряване на ефективността, поддържане на доверието, позволяващо участие на

заинтересованите страни и намаляване на рисковете, свързани с неправомерно влияние и неподходяща употреба.

4. Отзивчивост към нуждите на общественото здраве – здравните продукти трябва да бъдат финансово достъпни, налични и подходящи за отделния индивид и обстановката, в която се използват. Осигуряването на достъп до здравни продукти за COVID-19 не трябва да компрометира равния достъп до здравни продукти, които са от съществено значение за други нужди на общественото здраве.
5. Справедливост – принципът изисква справедливи и последователни процедури за разпределение на ресурсите, за да се максимизират ползите за общественото здраве и да се гарантира, че недостигащите здравни ресурси са налични и достъпни за нуждаещите се. С оглед на целите за обществено здраве за контрол на пандемията от COVID-19 трябва да се вземат предвид епидемиологичните фактори и различните видове уязвимост.
6. Финансова достъпност – от значение е разходите за недостигащите здравни ресурси да не създават бариера за достъп до тях. Трябва да се осигурят гаранции за устойчивостта на здравните системи и на производителите на здравни ресурси.
7. Сътрудничество – принципът изисква координиран глобален подход за откриването, разработването и справедливото разпределение на безопасни, достъпни и ефективни здравни продукти и навременен достъп до тях.
8. Регулираност и ефективност на доставките – гъвкави регулаторни процеси в подкрепа на навременното разработване или пренасочване на здравни ресурси, като същевременно безопасността, ефикасността и качеството на продуктите остават гарантирани. Ефективният процес на доставяне ще осигури навременен достъп до наличните продукти [6].

СЗО акцентира, че тези универсални принципи позволяват приспособяване към различния социален контекст, различните ресурси, които трябва да се използват, и различните видове уязвимост, които трябва да се отчетат при разпределението им[6]. Интересното в насоките на СЗО е, че те следват утилитарен и егалитарен начин на мислене. Тъй като разпределението на ресурсите ще следва целите на общественото здраве, то това разпределение трябва да се стреми към постигането на най-добрия възможен резултат (да се направи най-доброто) или да се минимизират вредите с наличните ресурси, а именно намаляване на смъртността сред населението. По отношение на приоритизирането на групи от населението, някои групи ще получат по висок приоритет с оглед на вида уязвимост, който притежават, а към тези популации, които са равни по своите характеристики, ще се отнасяме по един и същи начин.

От Организацията предлагат ваксините да се разпределят пропорционално на населението на страните [6]. Начален етап 3% от населението получават ваксина; краен етап 20% от населението са ваксинирани [2, 6]. Поради голямата несигурност от епидемията и поради липса на терапевтични средства, този пропорционален вариант за разпределение на ваксините, предложен от Световната Здравна Организация, трябва да гарантира сигурност за всички държави, че ще получат достатъчно дози ваксини [6].

Вторият вариант, отново предложен от СЗО, е разпределение на ваксините според броя на медицинските специалисти и социални работници на първа линия, дела от населението над 65 г. и хората със съпътстващи заболявания [6]. Този вариант е алтернатива и продължение на първият вариант за разпределение на ваксините, предложен от СЗО. Целта, която ще се гони, отново ще е намаляване на смъртността от вируса, но целевата група ще бъде друга. Изборът за медицински специалисти и социални работници е аргументиран с това, че те са в пряк контакт с хора, които лесно могат да бъдат инфектирани

или лесно могат да станат носител на вируса. Това превръща посочените групи специалисти в групи с висок риск от смърт, поради близкия им контакт със заразени пациенти.

Моделът на справедливия приоритет е нов начин за разпределение на новите ваксини, който цели да смекчи различните бъдещи неблагоприятни ефекти от COVID-19. Поради това той се фокусира върху три типа вреда (смърт или перманентни щети на органите; пандемията нанася вреда чрез натоварване на здравните системи, повишаване на смъртността, психологични вреди, разпространяване на заболяването; вреди за глобалната икономика) [2].

За справедливото разпределение на ваксините е от значение къде те са най-необходими. Поради това Еманюел и колектив вземат под внимание три измерения на вредата: вредите необратими ли са; колко опустошителни са те; могат ли да бъдат компенсирани [2].

Моделът има три фази, чрез които можем да се справим със спешните случаи порано. Във фаза 1 действията са насочени към намаляване на преждевременната смърт и други необратими преки и непреки въздействия върху здравето. Фаза 2 продължава със защита на здравето, но същевременно се насочва и към намаляването икономическите и социалните вреди, породени от принудителното затваряне на бизнес обекти и училища. Фаза 3 цели да намали предаването на вируса сред общността, а оттук и намаляване на разпространението на вируса между държавите. Тази фаза може да осигури възстановяване на свободата, икономиката и социалната активност [2].

Еманюел и колектив предлагат показателя за преждевременна смърт във фаза 1 да бъде колко *очаквани години загубен живот* можем да спасим чрез една ваксина. Загубените години живот в сравнение с очакваната продължителност на живота на човек във всяка една възраст, изчислена въз основа на най-ниските наблюдавани специфични за възрастта нива на смъртност навсякъде по света [2]. Очакваните години загубен живот е подходящ показател за модела на справедливия приоритет, тъй като успява да се фокусира върху преждевременната смъртност и това, че последната е типична за общества с нисък доход, което е показател за неравностойно положение [5].

Какви матрици ще се ползват във фаза 2? Тъй като тази фаза тръгва от здравето и се насочва към защита от икономически и социални вреди, матрицата трябва да отчита ползите за обществото и едновременно с това приоритизиране на хората в неравностойно положение. За Еманюел и колектив такава матрица не съществува. Затова те предлагат матрици, които улавят цялостното икономическо подобрение и степента, до която хората биха избегнали бедността [2]. Моделът измерва бедността чрез прогнозираното намаляване на крайният размер на разликата в бедността за всяка доза ваксина, като линията на бедност се поставя на еднакво крайно ниво. Разликата в бедността бива разбирана от изследователския колектив като съотношението, при което средният доход на бедните пада под прага на бедността. Тази разлика взима под внимание както разпространението, така и степента на бедност. Еманюел и колектив предлагат цялостното икономическо въздействие да се измерва чрез прогнозираното крайно подобрение на брутния национален доход (БНД) на/за всяка доза ваксина. Разглеждането на крайното подобрение в БНД на доза, бива предпочетено от изследователския колектив пред други стратегии като обмислянето на подобрение в БНД на глава от населението или процентно подобрение в БНД. Мотивите им са, че от последните две стратегии биха се облагодетелствали страни с по-малко население или по-слаби икономики и би довело до ненужни вреди, без да се даде приоритет на хората в неравностойно положение [2].

Във фаза 3 приоритет ще са държавите, в които нивата на заразеност и предаване на вируса са високи.

На теория моделът на справедливия приоритет изглежда флексибилен, но при емпиричното му приложение има достатъчно променливи, които трябва да се вземат

предвид (напр. демография на страните, преобладаващи съпътстващи заболявания сред населението, капацитет на здравните системи, готовност на правителствата да използват такъв модел). Ефикасността на ваксините е научно предизвикателство, което за момента пречи на емпиричното приложение на този модел. Поради непрекъснато променящата се обстановка във всяко едно отношение и във всяка една страна, моделът на справедливия приоритет ще срещне трудности в приложението си на международно ниво. Авторите посочват, че преминаването от една фаза във друга при разпределението на ваксините между държавите трябва да се случва едновременно. Една такава координация колкото и желана да е, изглежда толкова невъзможна за изпълнение. Дори да приемем икономическите, етическите и здравните основи на този модел, в крайна сметка държавите осъществяват различни политики спрямо пандемията и контролът на популацията е различен в тях. Това ще затрудни приложението на модела.

Друг проблем, с който моделът на справедливия приоритет трябва да се справи, е така наречения „ваксинен национализъм“. Под „ваксинен национализъм“ трябва да разбираме политическата нагласа „моята държава първо“ [1]. Пандемията на COVID-19 поставя правителствата в ситуация да приоритезират, водени от основния им дълг към народа. Да поставиш приоритет върху благото на народа на първо място и след това да мислиш за другите, е етично оправдано. Размерите на пандемията обаче, изправят правителствата пред по-големи предизвикателства. Днес те имат дълг и към другите държави. Този дълг има своята политическа и икономическа основа, но пандемията успява да разклати и двете едновременно.

Държавите днес са по-скоро икономически (пазарно) свързани, отколкото политически. Правителствата ще се изправят пред трудния избор кой производител на ваксини да изберат. Един прибързан избор може да доведе до големи икономически, социални и здравни вреди. Това поставя държавите в позиция на взаимна грижа една за друга. Здравното измерение на пандемията от COVID-19 поставя въпроса доколко животоспасяващите ресурси трябва да са зависими от някаква национална принадлежност. Моделът на справедливия приоритет има претенцията да успее да надскочи гео-политическите граници на държавите, но теоретичната му постановка още не дава яснота как ще се пребори с икономическите интереси на различните производители на ваксини.

Новият модел е флексибилен дотолкова, доколкото има претенцията да се нагажда спрямо епидемиологичната и икономическата ситуация в дадена държава и би спомогнал за справедливото разпределение на ваксините. Въпреки това той ще трябва да се справя с трудности от интердисциплинарен характер (ваксинен национализъм).

Библиография:

1. Bollyky, T. J., Bown, C. P. The Tragedy of Vaccine Nationalism. Foreign Affairs. 27 July 2020), https://fam.ag/32sqwZ7
2. Emanuel, E. J., et al. An ethical framework for global vaccine allocation. Science. 2020; 369(6509): 1309-1312. 1
3. Marshall, Roger J. Standard expected years of life lost as a measure of mortality: norms and reference to New Zealand data. Australian and New Zealand journal of public health. 2004; 28.5: 452-457. 5.
4. Ottersen, T., Mbilinyi, D., Mæstad, O., & Norheim, O. F. Distribution matters: equity considerations among health planners in Tanzania. Health Policy. 2008; 85(2), 218-227. 3.
5. Sharp, D. Millum, J. Prioritarianism for global health investments: identifying the worst off. Journal of Applied Philosophy. 2018; 35.1: 112-132. 2
6. World Health Organization. WHO Concept for fair access and equitable allocation of COVID-19 health products, 09 September 2020; Available at https://www.google.com/url?sa=t&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjf9d26j4ftAhXJzaQKHfOHARoQFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fdocs%2Fdefault-source%2Fcoronaviruse%2Fwho-covid19-vaccine-allocation-final-working-version-9sept.pdf%3Fsfvrsn%3De1d0376_6%26download%3Dtrue&usg=AOvVaw2FV3r43_vJdQ5h7B4rzFM

СОБСТВЕНОСТ ВЪРХУ ПАЦИЕНТСКАТА ИНФОРМАЦИЯ В РЕАЛНОСТТА НА ГОЛЕМИТЕ ДАННИ

М. Мирчев
Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“, Факултет „Обществено здравеопазване“, МУ - Варна

Контакт: Гл. ас. Мартин Мирчев, доктор
e-mail: mart_mirchev@abv.bg

Въведение

Едни от най-характерните тенденции на нашето време са свързани с разгръщането на огромния потенциал на технологичната и информационната среда. В сферата на медицинската практика и здравеопазването, феноменът „Големи данни“, както и динамично развиващите се възможности за оползотворяване на огромните масиви от медицинска и особено пациентска информация, които генерираме, ни изправят пред почти необятни перспективи. Тези перспективи обаче се нуждаят от подходяща етическа рефлексия, тъй като не всички възможни употреби се разпознават непременно като полезни, прозрачни, отговарящи на претенциите на индивидите, или на обществените такива. В случая с пациентската информация, макар и важен, въпросът за собствеността върху нея остава сякаш периферен, а оттам и без ясен отговор, което е озадачаващо предвид стойността и потенциала на този вид данни за медицинската наука и практика.

Целта е да се адресира важният, но до голяма степен пренебрегнат въпрос, дали пациентите трябва да бъдат признати за собственици на своите данни, и какви са предимствата и недостатъците на подобно решение в контекста на днешната информационна революция.

Материали и методи

Спецификата на разглеждания проблем предполага предимно теоретична обосновка. За целта се използват материали и методи, като историческия поглед спрямо някои социални тенденции и тяхното проявление в настоящите събития; документален метод за анализ на нормативни документи - европейският Регламент за защита на личните данни (GDPR), и подобният американски Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), както и етически анализ на претенцията за собственост върху данните, с акцент върху концепцията за автономност.

Резултати

Хората са особено чувствителни по отношение на правата си и неприкосновеността на личния живот. Особено развита е и чувствителността към претенцията за „притежаване“ на неща. Въпреки тези характерни настроения, идеята за конкретна собственост върху пациентската информация остава по-скоро нормативно непопулярна концепция, доколкото сериозни етически, политически или юридически дебати по този въпрос почти отсъстват, което продължава да е донякъде странен факт [8]. Основното опасение свързано с признаването на право на собственост на пациентите е, че то може сериозно да се конфронтира с обществения интерес насочен към възможните медицински и изобщо научни ползи от оползотворяването на информацията. Това е продиктувано от размитата граница между „идеалната“ употреба на пациентска информация за нуждите на медицинската наука и изследванията, и търговската стойност на данните, предвид силно изразените комерсиален елемент и практики. Изправени сме пред по-големи

перспективи използвайки данните, с които разполагаме, но трябва да постигнем разумен компромис между индивидуалните и публични интереси, обединявайки се около обществената потребност от по-достъпно, по-добро и по-справедливо здравеопазване.

Обсъждане

В условията на днешната информационна среда, данните бързо се превръщат в един от най-ценните аспекти от живота ни. Днес сме склонни да ги пазим много по-сигурно, отколкото дори парите [9]. Данните, особено личните, които някои наричат „новият петрол на 21-ви век“ [10] или „новата валута“ [4], се генерират изключително бързо поради внедряването на все повече интелигентни („умни“) устройства и приложения [3] . Те позволяват до известна степен да проследяваме някои функции и показатели, да „виждаме“ по-ясно здравето във връзка с поведението си, като правейки това ние създаваме и предаваме информация. По този начин еволюцията на съвременните технологии е преплетена с еволюцията на Големите данни и се превръща в ключова характеристика на съвременната информационна революция. В тази връзка Големите данни вече оказват сериозно влияние върху социалното здраве, което става възможно именно благодарение на всичко, което хората споделят чрез умните си устройства и социалните медии, и това, което позволяват възможностите на телемедицината и телездравето. Наблюдаваме създаването на ново социално взаимодействие между индивидите, но и на връзка между пациенти и лекари извън клиничната среда. Тази нова характеристика открива възможности за комуникация между пациент и друг пациент относно здравето, което пък е извън традиционната парадигма „лекар-пациент“. Голяма част от пациентите с хронични заболявания, като диабет, рак и сърдечни заболявания използват социалните мрежи, за да обменят опит с други пациенти със сходни състояния, като по този начин осигуряват друг потенциален източник на съдържание за феноменът наречен „Големи данни“ [1]. Този феномен позволява събиране и анализ на данни в безпрецедентен мащаб, и представлява промяна в матрицата на здравеопазването, предлагайки способността да се генерират нови знания много по-бързо от традиционните научни подходи [2] , както и безпристрастно събиране и анализ на данни [6]. В този смисъл, Големите данни очевидно предоставят много възможности за позитивни промени, а в сферата на здравеопазването анализът на данни открехва вратата за подобрения по отношение на превенцията на заболяванията и промоцията на здравето, които твърде продължително, дори вече традиционно, биват пренебрегвани в полза на клиничните грижи. Разбира се, това не се развива еднопосочно, а създава разнообразни рискове и опасения. Без да е изненадващо, паралелно с това се появяват сериозни етични и нормативни предизвикателства, вариращи от рискове за индивидуалните права, неприкосновеността на личния живот и автономността, до прозрачността на инициативите и доверието [11], [12]. Докато сериозната потенциална сила на анализа на Големи данни разкрива търсени модели в здравеопазването и биомедицината, тя също така поставя под въпрос традиционните подходи, преобладаващите социални норми и съществуващите регулаторни схеми по отношение на автономност, неприкосновеност, идентичност, собственост и други ценности и права.

Всичко това обаче зависи в огромна степен от начините, по които се използва наличната медицинска информация. Независимо дали говорим за отделни хора или компании и корпорации, които използват тези данни поради различни причини и с различни цели, или за приложения и мобилни апликации, които ги снемат, генерират, съхраняват и изпращат в различни посоки, общото е, че това са данни, *за* някой, в известен смисъл *лични*, но както се оказва - не и *собствени*. Това повдига един основен въпрос: може ли – и в последна сметка трябва ли - концепцията за особственоствяване на пациентската информация да бъде релевантна в контекста на „голямата“ информационна реалност на нашето време? Могат ли възможните полезни употреби и утилизирането на пациентски

данни да вървят ръка за ръка с концепцията за собственост? И не на последно място - трябва ли действително да се ангажираме с идеята за особственоствяване на данните, или по-важно е да обърнем внимание, за какви инициативи и с какви цели те се използват, и от кого?

От етична гледна точка, основният проблем при употребата на пациентска информация извън основната ѝ функция, е свързан с един от фундаменталните принципи в биомедицинската етика – този за Автономията. В този контекст зачитането на автономията се засяга по особен начин предвид традиционната концепция за собственост, и особено съвременните тенденции при последваща употреба на пациентските данни. Ясно е, че има множество заинтересовани страни, освен самият пациент – медицински специалисти, изследователи, фармацевтична и медицинско-технологична индустрия, посредници. Голямо предизвикателство, е как да не се ограничава използването на пациентски данни, като едновременно с това се отчитат различните претенции на заинтересуваните страни – самите пациенти, доколкото биха изисквали автономно и информирано вземане на решения относно употребата на техните данни, обществото, и тези които реално използват информацията. От практическа гледна точка, ключов момент е да се направи принципно разграничение между използването на пациентска информация за комерсиални цели, и използването ѝ за научни изследвания. Ако има възможност това разграничение да се направи отчетливо, то и регулирането би изглеждало по-очевидно: използването на пациентска информация за научни цели защитава обществения интерес, който трябва в такива случаи да бъде приоритет пред индивидуалните претенции, докато използването на пациентска информация за комерсиални цели предполага да се отчете първо интересът на субекта на информацията. Оказва се, че единственото разумно и реално приложимо решение, минава през осъзнаването на необходимостта от компромиси и/или компенсаторния механизми. Друга възможност се крие в съществуващите оправдани изключения от правилото за медицинска конфиденциалност, които допускат употреба на важна информация, стига тя да е анонимизирана и защитена.

В идеалния случай, генерираните от множество източници данни трябва да бъдат предоставяни за научни изследвания, независимо от това, откъде идват, и от кого са събрани, или потенциалът им никога няма да бъде реализиран нито за отделния потребител, нито за обществото като цяло. Същевременно обаче трябва да се зачитат правата върху ценната лична информация. Значително предизвикателство пред прогреса се крие в бариерите и ограниченията, които произтичат от третирането на данните за медицинските грижи, като частна стока от участващите страни, въпреки че няма нормативна уредба регламентираща това. Действително, както Европейският регламент за защита на личните данни (GDPR) [5], така и американският нормативен акт Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) [7]. се фокусират върху различните употреби на лична и медицинска информация, и съответните механизми за защита и санкции при неправомерно използване, но и двата нормативни документа не засягат въпроса за собствеността върху информацията.

Заключение

Въпросът за собствеността върху пациентската информация в условията на информационната реалност на Големите данни остава отворен за аргументация. Трябва да се отчете обаче, че тежестта, с която е натоварен самият термин „собственост“, в комбинация с развитата чувствителност към „притежаването“ и произтичащите претенциите за ползи и (предимно) материално облагодетелстване, биха се оказали препятствие по пътя към облекчаването и улесняването на процеса на споделяне на медицинска информация предвид нейната употреба за научни и изследователски цели. Медицинските

данни са ценен ресурс, а признаването на индивидуално право на собственост крие осезаем риск от ограничаване на полезните употреби.

Неясно е дали предоставянето на права на собственост на пациента ще бъде разпознато, като разумно решение в дългосрочен план, въпреки че от етична гледна точка и по отношение на автономността на пациента - звучи оправдано. Може би в последна сметка не е толкова важно кой ще бъде собственик, а за какво и как се използва информацията.

Библиография:

1. Andreu-Perez, J., Leff, D.R. & Yang, G.Z. (2015). From wearable sensors to smart implants—Towards pervasive and personalised healthcare. *IEEE Trans. Biomed. Eng*., pp. 1–13, https://spiral.imperial.ac.uk/bitstream/10044/1/25678/4/Manuscript_preprint.pdf.
2. Berger, M.L. & Doban, V. (2014). Big data, advanced analytics and the future of comparative effectiveness research. *J Comp Eff Res*. 3(2):167–76. doi:10.2217/cer.14.2 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24645690 ;
3. Comstock, J. (2016). CES 2016: Running List of Health and Wellness Devices, mobihealth news (Jan. 6, 2016), http://mobihealthnews.com/content/ces-2016-running-listhealth-and-wellness-devices [https://perma.cc/U4B3 WSJ2]., достъпен на 09.11.2020г.
4. Eggers, WD, Hammil, R, Ali, A. Data as the new currency. https://www2.deloitte.com/insights/us/en/deloitte-review/issue-13/data-as-the-new-currency.html, достъпен 15.11.2020;
5. GDPR. (2018). General Data Protection Regulation; https://gdpr-info.eu/ ; достъпен на 11.11.2020;
6. Gligorijević, V., Malod-Dognin, N. & Pržulj, N. (2016). Integrative methods for analyzing big data in precision medicine. *Proteomics.* 16(5):741–58. doi:10.1002/pmic.201500396 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26677817 ; достъпен на 11.11.2020;
7. Goldstein, M.M. & Pewen, W.F. (2013). The HIPAA Omnibus Rule: Implications for Public Health Policy and Practice. Public Health Rep. 2013 Nov-Dec; 128(6): 554–558. doi: 10.1177/003335491312800615;
8. Koskinen. J., Kimppa K. (2016) "An unclear question: who owns patient information?", article in "Technology and Intimacy: Choice or Coercion", Turku School of Economics, University of Turku, Finland;
9. Pendyala V. (2018) The Big Data Phenomenon. In: Veracity of Big Data. Apress, Berkeley, CA. https://doi.org/10.1007/978-1-4842-3633-8_1 ; достъпен на 28.10.2020;
10. Wainwright R, Donck F, Fertik M, Rake, M, Savage SC, Cloppinger, JH. "Personal Data: The 'new oil' of the 21st century," presented at the World Economic Forum Europe Central Asia, Vienna, Austria, 2011;
11. Vayena, Effy; Salathé, Marcel; Madoff, Lawrence C.; Brownstein, John S. (2015-02-09). "Ethical Challenges of Big Data in Public Health". PLOS Computational Biology. 11 (2): e1003904. doi:10.1371/journal.pcbi.1003904. ISSN 1553-7358. PMC 4321985. PMID 25664461. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4321985/ ;
12. Yuen-Reed, G., & Mojsilović, A. (2016). The role of big data and analytics in health payer transformation to consumer-centricity. In C. Weaver, M. Ball, G. Kim & J. Kiel (Eds.), Healthcare information management systems (pp. 399–420). Switzerland: Springer.;

МНЕНИЕ НА ИЗСЛЕДОВАТЕЛИТЕ ОТНОСНО ОГРАНИЧЕНИЯТА ЗА ПРОВЕЖДАНЕТО НА НЕИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОУЧВАНИЯ В БЪЛГАРИЯ

Е. Костов*, Х. Лебанова, Е. Григоров*****

** Медицински колеж, МУ - Плевен*

*** Факултет „Фармация“, МУ - Плевен*

**** Факултет „Фармация“, МУ - Варна*

Контакт: Маг. фарм. Емил Костов
e-mail: Emil.svetlinov@gmail.com

Въведение

Клиничните изпитвания имат своята дълга история на развитие, която създава съвременния им облик. В резултат от регулацията и непрекъснатото въвеждане на нови и изисквания за доказване на качеството, ефикасността и безопасността на лекарствата възникват и неинтервенционалните изпитвания [3]. Изпитването се определя, като неинтервенционално, когато лекарственият продукт се предписва по обичайния начин, при условията на разрешение за употреба [1]; прилагането на определена терапевтична стратегия попада в текущата практика и решението за предписване на лекарството е ясно разграничено от решението да се включи пациента в изпитването, а не се определя предварително чрез протокол за изпитване [2]. В днешни дни броят им в света е изключително висок и съставлява около ¼ от всички проекти, които се провеждат, но въпреки това, в България секторът на неинтервенционалните изпитвания значително изостава от темповете на развитие в световен мащаб. Причините за това могат да се търсят както и в специфичните особености на законодателството ни, спрямо европейските практики, така и в запознатостта и интереса на изследователите към провеждането на такъв тип проучвания.

Целта на настоящото проучване е да бъдат идентифицирани основните фактори и предпоставки възпрепятстващи провеждането на НИП на национално ниво

Материал и методи

Използван е методът на пряка индивидуална анонимна анкета, тъй като позволява събирането на достатъчно данни от респондентите. Въпросникът е структуриран на фуниен принцип, като се започва от общи въпроси и се преминава към въпроси, свързани с целите на конкретното проучване. Анкетната карта условно може да бъде структурирана в няколко обособени части, които групират сходни въпроси относно демографската структура и данни за практиката на респондентите, опитът им в клинични и неинтервенционални изпитвания както и мнението им относно ползите и ограниченията при провеждане на НИП.

Въпросите са общо 16 на брой, като 8 от тях са затворени, 3 са отворени и 4 са полуотворени. Анкетата съдържа и 1 скала на Ликерт. Данните събрани в анкетната карта са анализирани със SAS Версия 9 [3]. По същество, данните са анализирани посредством описателни статистики [4]. За обобщение на количествени параметри, брой отговори, средна аритметична, медиана, стандартно отклонение, минимална и максимална стойност са представени [5[]. За обобщение на качествени параметри, брой и процент на респондентите във всяка категория са предоставени използвайки всички нелипсващи данни. Тест на Пирсън [6] е използван, за да се проверят статистически значими ли са разликите между подгрупите. За всеки сравнителен анализ е използвано 5% ниво на значимост.

Резултати

От анализа на анкетните карти можем да обобщим, че общо 411 анкетирани са попълнили въпросника. От тях, 156 (38%) са мъже, докато 254 (61.8%) са жени. Липсват данни за пол за 1 анкетиран. Общо 236 респонденти са попълнили възрастта си.
Средната възраст на анкетираните е 47.18 години (медиана 49 години) като възрастта на анкетираните варира от 26 до 70 годишна възраст.

От общо 411 анкетирани, 169 (41.1%) имат опит с клинични изпитвания, докато 242 (58.9%) нямат опит с клинични изпитвания. На база този параметър, популацията е разделена на две групи, и данните са анализирани по подгрупи. В **Табл. 1** са представени обобщени резултати за въпроси 7 и 8 от анкетата, свързани с ползите от провеждане на неинтервенционални клинични изпитвания.

Табл. 1. Обобщение на ползите от провеждане на неинтервенционални клинични изпитвания според отговорите на респондентите (в брой и %)

Въпроси	Брой	%
1. Според Вас, има ли полза за практиката от такъв тип проучвания?		
Да	280	56.0
Не	30	7.3
Неотговорили	151	36.7
Общо	**411**	**100,0**
2. Какви са ползите от провеждане на неинтервенционални проучвания?*		
Изследователите могат да допринесат за развитието на медицината	142	34.5
Пациентите са по-добре проследени от лекарите	133	32.4
Източник на допълнителни средства за изследователите	115	28.0
Лекарите придобиват по-пълно и задълбочено познание за дадено лечение и могат да спомогнат за по-доброто познаване на лекарствената терапия	137	33.3
Няма допълнителни ползи	10	2.4
Друго	1	0.2

* Сумата от отговорите надвишава 100%, тъй като респондентите са посочвали повече от 1 отговор

Според 230 (56.0%) от анкетираните има ползи от неинтервенционалните проучвания, докато 151 (36.7%) са заявяват, че няма ползи от този тип изследвания. 142 (34.5%) от анкетираните са отбелязали че една от ползите на неинтервенционалните проучвания е приносът на изследователите към развитието на медицината, 137 (33.3%) от анкетираните смятат, че лекарите придобиват по-пълно и задълбочено познание за даденото лечение и могат да спомогнат за по-доброто познаване на лекарствената терапия, 133 (32.4%) от респондентите смятат, че пациентите са по-добре проследявани от лекарите благодарение на неинтервенционалните изпитвания, а 115 (28.0%) от анкетираните смятат, че неинтервенционалните изпитвания са източник на допълнителни средства за изследователите. Едва 10 (2.4%) от анкетираните смятат че няма ползи в провеждането на неинтервенционални проучвания, а 1 (0.2%) респондент смята че има други ползи в провеждането на неинтервенционални изследвания.

Анкетираните, които имат опит в клиничните изследвания смятат, че има по-голяма полза за практиката от провеждане на неинтервенционални изследвания (71.6% в групата на анкетираните с опит в клиничните изследвания, срещу 45.0% в групата на анкетираните без опит в клиничните изследвания). В допълнение, от **Табл. 2** може да се заключи, че има статистически значима разлика между двете група, що се отнася до ползите от провеждане на неинтервенционални изследвания (p-стойност < 5%).

Табл. 2. Мнение на респондентите за ползите от неинтервенционални изпитвания според опита им в провеждане на клинични изпитвания (в брой и %)

Категория	Опит в клинични изпитвания		p
	Имат	Нямат	
Според Вас, има ли полза за практиката от такъв тип проучвания?			
Да	121 (71.6%)	109 (45.0%)	<0.001
Не	5 (3.0%)	25 (10.3%)	
Неотговорили	43 (25.4%)	108 (44.6%)	
Общо	**169 (100,0)**	**242 (100,0)**	
Ползи от провеждане на неинтервенционални проучвания*			
Изследователите могат да допринесат за развитието на медицината	73 (43.2%)	69 (28.5%)	<0.001
Пациентите са по-добре проследени от лекарите	82 (48.5%)	51 (21.1%)	
Лекарите придобиват по-пълно и задълбочено познание за дадено лечение и могат да спомогнат за по-доброто познаване на лекарствената терапия	76 (45.0%)	61 (25.2%)	
Източник на допълнителни средства за изследователите	62 (36.7%)	53 (21.9%)	
Няма допълнителни ползи	6 (3.6%)	4 (1.7%)	
Друго	0 (0%)	1 (0.4%)	

* Сумата от отговорите надвишава 100%, тъй като респондентите са посочвали повече от 1 отговор

Разлика в подгрупите на анкетираните се наблюдава и по отношение на следните показатели: изследователите могат да допринесат за развитието на медицината (43.2% за анкетирани с опит в клинични изпитвания срещу 28.5% в групата на респондентите без опит в клинични изпитвания) , пациентите са по-добре проследени от лекарите (48.5% за анкетирани с опит в клинични изпитвания срещу 21.1% в групата на респондентите без опит в клинични изпитвания), източник на допълнителни средства за изследователите (36.7% за анкетирани с опит в клинични изпитвания срещу 21.9% в групата на респондентите без опит в клинични изпитвания), лекарите придобиват по-пълно и задълбочено познание за дадено лечение и могат да спомогнат за по-доброто познаване на лекарствената терапия (45.0% за анкетирани с опит в клинични изпитвания срещу 25.2% в групата на респондентите без опит в клинични изпитвания). Във всяка една от тези категории, относителния дял на анкетираните, които са отбелязали дадената полза е по-висок в групата на анкетираните с опит в клинични изпитвания, спрямо групата на анкетираните без опит в клинични изпитвания. Единствено в категориите „Няма допълнителни ползи“ и „Друго“ не се наблюдава съществена разлика между двете изследвани под-групи.

Статистически значима разлика (p-стойност < 5%) се отчита в мнението на анкетираните в двете под-групи относно ползата от неинтервенционалните проучвания. Относителните дялова в двете под-групи са както следва – 97.5% от анкетираните с опит в неинтервенционалните проучвания смятат, че има полза от провеждането им, докато 82.5% от анкетираните без опит в неинтервенционалните проучвания смятат, че има полза от провеждането им.

Табл. 3 показва разлика в две от категориите, между подгрупите – респондентите с опит в неинтервенционалните изследвания отчитат, че пациентите са по-добре проследявани (относителен дял от 76.5% в групата на анкетираните с опит в неинтервенционалните проучвания, срещу 38.8% в групата на анкетираните без опит в неинтервенционалните проучвания), или че лекарите придобиват по-пълно и задълбочено познание за дадено лечение и могат да спомогнат за по-доброто познаване на лекарствената терапия (относителен дял от 64.2% в групата на анкетираните с опит в неинтервенционалните

проучвания, срещу 46.8% в групата на анкетираните без опит в неинтервенционалните проучвания).

Табл. 3. Мнение на респондентите за ползите от неинтервенционални изпитвания според опита им в провеждане на неинтервенционални изпитвания (в брой и %)

Категория	Опит в клинични изпитвания		p
	Имат	Нямат	
Според Вас, има ли полза за практиката от такъв тип проучвания?			
Да	79 (97,5)	151 (82.5%)	0.002
Не	1 (1.2%)	29 (15.8%)	
Неотговорили	1 (1.2%)	3 (1.6%)	
Общо	**81 (100,0)**	**183 (100,0)**	
Ползи от провеждане на неинтервенционални проучвания*			
Изследователите могат да допринесат за развитието на медицината	47 (58.0%)	95 (51.9%)	<0.001
Пациентите са по-добре проследени от лекарите	62 (76.5%)	71 (38.8%)	
Лекарите придобиват по-пълно и задълбочено познание за дадено лечение и могат да спомогнат за по-доброто познаване на лекарствената терапия	52 (64.2%)	85 (46.4%)	
Източник на допълнителни средства за изследователите	41 (50.6%)	74 (40.4%)	
Няма допълнителни ползи	4 (4.9%)	6 (3.3%)	
Друго	0 (0%)	1 (0.5%)	

* Сумата от отговорите надвишава 100%, тъй като респондентите са посочвали повече от 1 отговор

Анализирайки ползите свързани с принос към развитието на медицината, източник на допълнителни доходи, няма допълнителни ползи и друг принос, не се наблюдава съществена разлика между двете групи анкетирани. Относителните дялова са приблизително еднакви при тези 4 категории – принос към медицината: 58.0% срещу 51.9%, съответно за анкетираните с опит в неинтервенционалните изследвания, срещу анкетираните без опит в този вид изследвания; източник на допълнителни доходи: 50.6% срещу 40.4% %, съответно за анкетираните с опит в неинтервенционалните изследвания, срещу анкетираните без опит в този вид изследвания; няма допълнителни ползи: 4.9% срещу 3.3%, съответно за анкетираните с опит в неинтервенционалните изследвания, срещу анкетираните без опит в този вид изследвания; няма допълнителни ползи; други ползи: 0% срещу 0.5% , съответно за анкетираните с опит в неинтервенционалните изследвания, срещу анкетираните без опит в този вид изследвания.

Основната цел на проекта е да се установят проблемите, възпрепятстващи провеждането на неинтервенционални проучвания в България. За тази цел, анкетираните специалисти попълват тяхната оценка на 3 основни групи фактори:

- Фактори свързани с организацията и провеждането на неинтервенционални изпитвания (**табл. 4**);
- Фактори свързани с дейността на неинтервенционалните изпитвания (**табл. 5**);
- Фактори, които възпрепятстват работата на изследователите (**табл. 6**);

На база на резултатите се отчита, че до голяма степен факторите свързани с организацията и провеждане на проучването не са проблем. Относителните дялове на отговорите в категориите са почти еднакви в по-голямата част от отговорите различията са статистически незначими (p>0.05) – **табл. 4.**

Табл. 4. Фактори свързани с организацията и провеждането, които възпрепятстват провеждането на неинтервенционални изпитвания според респондентите

Фактор	Скала на Ликерт*						Подгрупи**			p***
	1	2	3	4	5	Липсва	Не е проблем	Неутрално	Проблем	
Липса на време от страна на изследователите	46 (11.2%)	69 (16.8%)	79 (19.2%)	45 (10.9%)	17 (4.1%)	155 (37.7%)	115 (28.0%)	79 (19.2%)	62 (15.1%)	<0.001
Липса на ресурси от страна на здравните заведения	41 (10.0%)	36 (8.8%)	94 (22.9%)	58 (14.1%)	27 (6.6%)	155 (37.7%)	77 (18.7%)	94 (22.9%)	85 (20.7%)	0.429
Липса на подходящо оборудване	36 (8.8%)	56 (13.6%)	87 (21.2%)	56 (13.6%)	20 (4.9%)	156 (38.0%)	92 (22.4%)	87 (21.2%)	76 (18.5%)	0.455
Липса на подходящи пациенти	39 (9.5%)	79 (19.2%)	90 (21.9%)	37 (9.0%)	12 (2.9%)	154 (37.5%)	118 (28.7%)	90 (21.9%)	49 (11.9%)	<0.001
Липса на подходящи обучени екипи за провеждане на проучванията	21 (5.1%)	55 (13.4%)	92 (22.4%)	65 (15.8%)	24 (5.8%)	154 (37.5%)	76 (18.5%)	92 (22.4%)	89 (21.7%)	0.430

* Отговорите на анкетираните са събрани чрез скала на Ликерт, където 1 отговаря за „Не е проблем“, а 5 отговаря за „Основен проблем“;

** Подгрупите са дефинирани както следва – (1) Индекс 1 и индекс 2 от скалата на Ликерт отговарят на „Не е проблем“; (2) Индекс 3 от скалата на Ликерт отговаря на „Неутрално“; (3) Индекс 4 и индекс 5 от скалата на Ликерт отговарят на „Проблем“;

При факторите свързани с дизайна на неинтервенционалните проучвания се отличават нарастващите изисквания относно документацията при провеждането на проучванията като значим фактор, които са проблем. 27.7% от анкетираните смятат, че този фактор е по-скоро проблем или основен проблем ($p < .00001$). Анализирайки факторът “Клинична и научна обосновка за провеждането на проучванията“, 28.5% от анкетираните смятат, че този фактор по-скоро не е проблем или не е проблем (**табл. 5**).

При факторите, свързани с изследователите, недостатъчната квалификация на медицинските лица за провеждане на неинтервенционални проучвания се отличава като значим фактор (**табл. 6**). Почти една четвърт от анкетиранита (24.8%) смятат, че е по-скоро проблем или основен проблем, $p=0.01503$), докато 29.4% от анкетираните смятат, че неинтервенционалните проучвания не нарушават нормалната практика на лекарите.

Обсъждане

Резултатите доказват слабата осведоменост на медицинските лица, непряко замесени в провеждането на клинични изпитвания, относно НИП, и обуславят нужда от провеждане на допълнителни информационни кампании сред тях.

В допълнение се установяват и статистически значими разлики в мнението на респондентите, които вече имат опит в провеждането на НИП спрямо останалите анкетирани, което доказва, че с придобиването на опит в материята, лекарите значително

променят своите нагласи и мнение относно провеждането на НИП. Установените лимитиращи фактори се различават от тези, изтъкнати в „Стратегия за развитие на НИП“, публикувана от МЗ, както и от регулаторните ограничения.

Табл. 5. Фактори свързани с дейността, които възпрепятстват провеждането на неинтервенционални изпитвания според респондентите

Фактор	Скала на Ликерт*						Подгрупи**			p***
	1	2	3	4	5	Липсва	Не е проблем	Неутрално	Проблем	
Липса на клинична и научна обосновка за проучванията	38 (9.2%)	79 (19.2%)	81 (19.7%)	47 (11.4%)	10 (2.4%)	156 (38.0%)	117 (28.5%)	81 (19.7%)	57 (13.9%)	<0.001
Нарастваща сложност в дизайна на проучванията	15 (3.6%)	56 (13.6%)	107 (26.0%)	69 (16.8%)	8 (1.9%)	156 (38.0%)	71 (17.3%)	107 (26.0%)	77 (18.7%)	0.013
Липса на полза за пациента от такъв тип проучвания	35 (8.5%)	62 (15.1%)	102 (24.8%)	44 (10.7%)	11 (2.7%)	157 (38.2%)	97 (23.6%)	102 (24.8%)	55 (13.4%)	<0.001
Нарастваща цена на процедурите по проучванията, която не се покрива от възложителя	10 (2.4%)	45 (10.9%)	104 (25.3%)	74 (18.0%)	20 (4.9%)	158 (38.4%)	55 (13.4%)	104 (25.3%)	94 (22.9%)	<0.001
Нарастващи изисквания относно документацията при провеждането на проучванията	6 (1.5%)	32 (7.8%)	103 (25.1%)	78 (19.0%)	36 (8.8%)	156 (38.0%)	38 (9.2%)	103 (25.1%)	114 (27.7%)	<0.001

* Отговорите на анкетираните са събрани чрез скала на Ликерт, където 1 отговаря за „Не е проблем“, а 5 отговаря за „Основен проблем“;

** Подгрупите са дефинирани както следва – (1) Индекс 1 и индекс 2 от скалата на Ликерт отговарят на „Не е проблем“; (2) Индекс 3 от скалата на Ликерт отговаря на „Неутрално“; (3) Индекс 4 и индекс 5 от скалата на Ликерт отговарят на „Проблем“;

Табл. 6. Фактори, свързани с изследователите, които възпрепятстват провеждането на неинтервенционални изпитвания според респондентите

Фактор	Скала на Ликерт*						Подгрупи**			p-стойност***
	1	2	3	4	5	Липсва	Не е проблем	Неутрално	Проблем	
Нарушаване на нормалната практика на лекарите	38 (9.2%)	83 (20.2%)	78 (19.0%)	47 (11.4%)	9 (2.2%)	156 (38.0%)	121 (29.4%)	78 (19.0%)	56 (13.6%)	<0.001
Ниски бюджети за изследователите от страна на възложителите	10 (2.4%)	43 (10.5%)	111 (27.0%)	69 (16.8%)	20 (4.9%)	158 (38.4%)	53 (12.9%)	111 (27.0%)	89 (21.7%)	<0.001

Фактор	Скала на Ликерт*						Подгрупи**			р-стойност***
	1	2	3	4	5	Липсва	Не е проблем	Неутрално	Проблем	
Негативен ефект върху отношенията лекар-пациент	52 (12.7%)	67 (16.3%)	80 (19.5%)	41 (10.0%)	14 (3.4%)	157 (38.2%)	119 (29.0%)	80 (19.5%)	55 (13.4%)	<0.001
Притеснение от потенциални странични ефекти на медикаментите	20 (4.9%)	50 (12.2%)	89 (21.7%)	74 (18.0%)	23 (5.6%)	155 (37.7%)	70 (17.0%)	89 (21.7%)	97 (23.6%)	0.105
Недостатъчна квалификация на медицинските лица за провеждане на проучванията	26 (6.3%)	39 (9.5%)	91 (22.1%)	71 (17.3%)	31 (7.5%)	153 (37.2%)	65 (15.8%)	91 (22.1%)	102 (24.8%)	0.015

* Отговорите на анкетираните са събрани чрез скала на Ликерт, където 1 отговаря за „Не е проблем“, а 5 отговаря за „Основен проблем“;

** Подгрупите са дефинирани както следва – (1) Индекс 1 и индекс 2 от скалата на Ликерт отговарят на „Не е проблем“; (2) Индекс 3 от скалата на Ликерт отговаря на „Неутрално“; (3) Индекс 4 и индекс 5 от скалата на Ликерт отговарят на „Проблем“;

Заключение

Медицинските специалисти в България демонстрират голям интерес на фона на ниска осведоменост към спецификите на НИП и нормативните изисквания за тяхното провеждане. Резултатите от проучването доказват, че големият потенциал за провеждането на научно-изследователска дейност в страната не се реализира поради регулаторни ограничения и липсва на осведоменост.

Библиография

1. ЗЛПХМ. Закон За Лекарствените Продукти В Хуманната Медицина. ЗЛПХМ. 2007.
2. ЕП. Регламент (ЕС) № 536/2014 на Европейския Парламент и на Съвета, от 16 април 2014, относно клиничните изпитвания на лекарствени продукти за хуманна употреба.
3. Paré A. Jean-Pierre Poirier. 2006. SAS/STAT User’s Guide (2011), SAS Institute Inc., Cary, NC, USA.
4. Jackie Nicholas, Introduction to Descriptive Statistics, Mathematics Learning Centre University of Sydney NSW 2006
5. Deborah J. Rumsey, Statistics For Dummies, 2nd Edition, June 2016
6. Plackett, R. L. (1983). Karl Pearson and the Chi-Squared Test. International Statistical Review. International Statistical Institute (ISI). 51 (1): 59–72.

СЕКЦИЯ G. ДИГИТАЛНО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

ДИГИТАЛНОТО ЗДРАВЕ И ИЗКУСТВЕНИЯ ИНТЕЛЕКТ - ПЕРСПЕКТИВИ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕТО ИМ В МЕДИЦИНАТА

В. Гончев
Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“,
Университет „Проф. д-р Асен Златаров“, Бургас

Контакт: Доц. д-р Владимир Гончев, д.м.
e-mail: gonchev@gmail.com

Въведение

Изкуственият интелект, дигиталното здраве, телемедицината, преносимите сензори, виртуална реалност – тези нови технологии ще променят изцяло начина, по който пациентите и лекарите възприемат здравеопазването. Очаква се тези нови технологии, изкуственият интелект (ИИ) да повлияят значително медицинската практиката и предоставянето на здравни грижи в близко бъдеще. Допълнително пандемията от коронавирус предизвика експлозивно увеличение на нуждата от цифрови услуги, включително тези, свързани със здравето и медицината.

Цел на настоящия статия е да се направи кратък преглед на влиянието, което ще окаже изкуственият интелект, дигиталното здраве, телемедицината върху насоките за развитие на медицината. Взаимодействието между изкуствения интелект, телемедицината, дигиталното здраве и възможността за въвеждане на нови технологии ***за повлияване и справяне със съвременните предизвикателства пред медицинската наука и практика***

Материали и методи, Източник на информация: Осъществено е търсене в базите данни на Google, Google Scholar, *Medscape*, Medline, Linkedin, Twitter по ключови думи: телемедицина, дигитално здраве, изкуствен интелект

Резултати и обсъждане

Изкуственият интелект отдавна е обект на творчеството на писатели и кинорежисьори в областта на научна фантастика. В техните произведения устройствата с изкуствения интелект (ИИ)рационализират административните задачи, забавляват хората и стават властелини, заплашващи човешкото съществуване.

В последните години благодарение на технологичния прогрес, изкуственият интелект излиза от пределите на филмите и книгите и влиза в здравеопазването. Той не само не застрашава съществуването ни, но и помага за подобряване на медицинската област. Има участие от прогнозиране на огнищата на болестите до помощта при откриването на нови лекарства. Потенциалът на ИИ в здравеопазването привлича огромни инвестиции и увеличава научните изследвания в тази област. [9].

В здравеопазването ИИ е в относително в начален етап и потенциалът на технологията може да не е толкова ясен. Представата за това, накъде вървим с ИИ в здравеопазването, може да се окаже важна както за медицински специалисти, така и за пациенти.

Направления в медицината, които се очаква да бъдат повлияни от използването на ИИ.

Интелигентните алгоритми могат да пресяват големи обеми данни по-бързо от хората и да извличат тенденции от тези анализи. Много от изброените по-долу възможности са все още експериментални или внедрени в малък мащаб. Но е въпрос на време да бъдат усъвършенствани и внедрени за по-широко приложение. [8].

1. **По-добре организирана здравна логистика**

Годишно около 3,6 милиона американски пациенти пропускат назначението на лекаря си в резултат на лоши транспортни услуги. Въпреки това, дори тези, които се справят и преодоляват транспортните проблеми се натъкват с неизбежното изчакване пред лекарските кабинети. 97% от пациентите, участвали в проучване на софтуерни съвети, съобщават, че се чувстват разочаровани от времето за чакане в лекарския кабинет. Това са логистични проблеми, които могат да бъдат подобрени с по-добра организация[10].

Чрез интегрирането на ИИ асистент в здравната система, той би могъл да насочва пациентите и да оптимизира времето използвано за тяхното пътуване за медицински преглед. Може да се определи къде опашката от пациенти е по-къса и кой тест ще отнеме по-малко време за всеки пациент. Чрез използване на платформи като Uber и Lyft , алгоритъмът може да предложи към кое здравно заведение да бъдат насочни пациентите. По този начин се оптимизира времето за получаване на медицинска помощ и всеки пациент получава по-добро здравно обслужване[11].

2. Дизайн на нови лекарства

Изследванията показват, че са необходими около 12 години и 2,9 милиарда долара за това експериментално лекарство, да премине от концепция към пазар. Тук се включва времето и ресурсите, инвестирани в намирането на подходящи кандидати, справяне с неочаквани странични ефекти при клинични изпитвания и множество последствия от опити и грешки. Но с ИИ тези параметри могат да бъдат значително намалени.
Като доказателство за ролята на ИИ е фармацевтично проучване на Insilico Medicine за идентифициране на потенциално ново лекарство само за 46 дни. Неговият софтуер постига това чрез анализ на голям обем от данни, които отнемат на хората години. По време на епидемията от Ебола през 2015 г., Atomwise използва свой ИИ алгоритъм за идентифициране на две лекарства със значителен потенциал за намаляване на заразността от Ебола. Това се е постигнало за по-малко от ден.

ИИ разполага с възможности за откриването на наркотици. Неслучайно над 230 стартиращи компании използват технологията за тази цел[12].

3. **Подобряване условията на работа на медицинските специалисти, които са отговорни за спасяване животи**

„Алармената умора“ е ендемичен проблем сред здравните работници. Това явление е свързано със състоянието, при което те стават нечувствителни към алармени знаци поради излагане на непрекъснати звукови сигнали през целия ден. Някои медицински специалисти са подложени на до 187 аларми на ден, от които 72% до 99% са фалшиви. Тъй като медицинският персонал е твърде натоварен, умората от алармата ги предразполага да пропуснат онази малка част от сигналите, които изискват медицинска помощ. Изследване показва, че така наречените „смъртни случаи, свързани с аларма“, са около 200 на година[13].

Какво ще кажете да чуете 99% по-малко аларми, но само тези 1%, които са клинично приложими? Изследователи са разработили ИИ, който след обработка на информацията спомогна за намаляване на уведомленията, получени от различни алармени системи с до 99,3%. Подобна функция значително ще подобри условията на труд в болниците, така че персоналът да може да се съсредоточи върху случаите, които изискват внимание.

4. **Намиране на нови връзки между заболяванията и рисковите фактори**

Със способността си да анализират информация, да разпознават модели и да извличат тенденции по начини, по които хората не могат, алгоритмите, базирани на ИИ, могат да разкрият нови взаимовръзки в медицината. Например изследователите на Google пададоха изображения на ретината на ИИ за идентифициране на дългосрочни опасности за здравето. След като е направен преглед на достатъчно данни, алгоритъмът „се научава“ какво да търси в изображенията на ретината, за да открие тези с признаци на сърдечно-съдови рискове[14].

Изследователи от Калифорнийския университет в Сан Франциско изработват алгоритъм за разпознаване на метаболитните модели, свързани с болестта на Алцхаймер чрез сканиране на мозъка. В по-късни тестове ИИ открива състоянието около шест години преди окончателната диагноза със 100% чувствителност[15].

5. Използването на ИИ в медицината се определя като „Нова ера“ в медицинското изкуство

Мнозина автори считат, че ИИ ще извади медицината от медицинската практика, като поеме задачите, с които традиционно се занимават медицинските специалисти. Напротив, това ще допринесе за „нова ера“ в медицината. Повтарящите се бюрократичните задачи, управлението на здравни информационни системи са сред основните причини за професионалното изгаряне на лекарите. Но това не е свързано с медицинската практика. Такива административни задачи могат да бъдат автоматизирани с алгоритми, които ще освободят ценно време, което лекарите могат впоследствие да отделят на своите пациенти и да изяснят медицински състояния.[16,17].

Алгоритмите на ИИ могат допълнително да помогнат при вземането на решения за подобряване на точността на диагнозите. Няколко проучвания показват, че с помощта на ИИ рентгенолозите подобряват точността на откриване на рак от радиологичните сканирания. В бъдещи изследвания медицинският ИИ би могъл да открие лечение на състояния, за които медицинските специалисти не са успели до сега[18].

6. **ИИ и прогнозирането на бъдещи огнища и пандемии**

Вече познаваме тази ситуация. Още преди СЗО или CDC да издадат предупреждения за разпространението на COVID-19, ИИ на компанията Bluedot го направи. Техният алгоритъм прави преглед на новинарски доклади, данни на авиокомпаниите и доклади за огнища на болести по животните, за да открие тенденции. След това те са анализирани от епидемиолози, които след това алармират клиентите на компанията[19].

С разпространението на вируса други организации използват подобни решения. Скоро след като се появи, изследователите пададоха алгоритъм с анонимни данни за въздушно пътуване и движение на смартфони, за да изследват как болестта може да се разпространи от Ухан в други градове. Друг екип използва ИИ да моделира разпространението на COVID-19 от доклади за случаи, движение на хора и интервенции в областта на общественото здраве. Това помогна да се покаже как ограниченията за пътуване ограничават разпространението на заразата.

Като се има предвид, че приносът на ИИ стана очевиден по време на настоящата пандемия, властите вероятно ще инвестират повече в такива методи за прогнозиране. Това ще им даде по-добра представа за предстоящите огнища на заболяването и ще се подготвят по-добре за всякакви събития[20].

Заключение

Няма съмнение, че ИИ, телемедицината, дигиталното здраве ще имат благотворна роля в здравеопазването и може да навлезе в медицинската практика само ако медицинските специалисти служат като знаещи и подкрепящи водачи и лидери в процеса.
За това е изключително важно лекарите да разберат основите на технологията, за да могат да оценяват проучвания, базирани на изкуствен интелект и клинично валидиране;

Развитието на ИИ в медицината е от полза за пациентите, лекарите и здравната общност. Като общо правило обаче, бихме могли да предположим, че онези медицински специалисти, които използват ИИ ще замени тези, които не го правят.

Литература

1. BSTI COVID-19 DATBASE; https://www.bsti.org.uk/training-and-education/covid-19-bsti-imaging-database
2. Dvorin EL, Rothberg MB, Rood MN, Martinez KA. Corticosteroid use for acute respiratory tract infections in direct to consumer telemedicine. Am J Med. 2020 Mar 5. pii: S0002-9343(20)30161-3. doi: 10.1016/j.amjmed.2020.02.014.
3. Gonchev,V., Digital health and some medical specialties with the greatest potential for development in the future, Management and education, Prof. Dr Assen Zlatarov University, 2020
4. Gonchev, V., Digital Health, Telemedicine and COVID-19, Social medicine 2020 in proceeding
5. Foster CB, Martinez KA, Sabella C, Weaver GP, Rothberg MB. Patient Satisfaction and Antibiotic Prescribing for Respiratory Infections by Telemedicine. Pediatrics. 2019 Sep;144(3). pii: e20190844. doi: 10.1542/peds.2019
6. Mesko, B., Dhun, Pr., Digital Health and the fight against COVID-19 pandemic 2020
7. Mesko, B., Dhunnoo, Pr., Digital Health and the fight against COVID-19 pandemic 2020, The medical futurist handbook, 2020
8. https://www.linkedin.com/pulse/7-things-you-cant-expect-from-ai-healthcare-bertalan-mesk%C3%B3-md-phd/
9. https://medicalfuturist.com/new-study-the-state-of-artificial-intelligence-based-fda-approved-medical-devices-and-algorithms-an-online-database/
10. https://www.softwareadvice.com/resources/how-to-treat-patient-wait-time-woes/
11. https://medicalfuturist.com/ride-hailing-platforms-solve-problems-transportation-healthcare/
12. https://www.atomwise.com/2015/03/24/new-ebola-treatment-using-artificial-intelligence/
13. https://medicalfuturist.com/artificial-intelligence-could-solve-alarm-fatigue-in-hospitals/
14. https://medicalfuturist.com/the-curious-case-of-a-i-discovering-unusual-associations-in-medicine/
15. https://medicalfuturist.com/the-curious-case-of-a-i-discovering-unusual-associations-in-medicine/
16. https://medicalfuturist.com/artificial-intelligence-and-the-art-of-medicine/
17. https://medicalfuturist.com/physician-burnout/
18. https://medicalfuturist.com/artificial-intelligence-and-the-art-of-medicine/
19. https://medicalfuturist.com/how-digital-health-technology-can-help-manage-the-coronavirus-outbreak/
20. https://medicalfuturist.com/the-sober-state-of-artificial-intelligence-in-the-fight-against-covid-19

ДИНАМИКА НА УЧЕБНИЯ ПРОЦЕС ПРИ ЕЛЕКТРОННО ОБУЧЕНИЕ ПО ВРЕМЕ НА ИЗВЪНРЕДНА ОБСТАНОВКА

А. Докова, Ж. Жеков

Катедра „Логопедия и медицинска педагогика“, Факултет “Обществено здравеопазване“, МУ - Варна

Контакт: Доц. Анета Докова, д.п.
e-mail: dokova@mu-varna.bg

Въведение

Електронното обучение (e-learning) е обучителна система, която се базира на възприетото класическо обучение, но с помощта на електронни ресурси. Въпреки че преподаването може да се извършва в или извън класните стаи, използването на компютри и интернет съставлява основният му компонент. E-learning може да бъде дефинирано също и като трансфер на умения и знания, опосредствано чрез мрежа, като образованието се доставя до голям брой реципиенти по едно и също или по различно време. В по-ранните години от навлизането си то не се възприема единодушно, тъй

като се счита, че на тази система й липсва човешкият елемент, който се изисква при обучението.

С бързия напредък на технологиите и обучителните системи обаче, в наши дни обучението в електронна среда се възприема масово. Въвеждането на компютрите е в основата на тази революция и с течение на времето и все по-голямата ни пристрастеност към смартфони, таблети и др., тези устройства заемат все по-важно място и за обучение в класните стаи. Електронните образователни материали постепенно заместват учебниците и знанията могат да се споделят посредством интернет, който е 24/7 от всяко място по всяко време.

Като разглеждат няколко определения за дистанционно обучение (Moore 1990, Schlageter 1996, Garrison 1987 и др.), Тотков и кол. [2] го дефинират като „съвкупност от форми на организация, методи на управление и средства за провеждане на обучение, в които участват разнородни (по тип и функционално предназначение) и различни (по място на разполагане, начин на участие и време на използване) човешки, материални и информационни ресурси." Електронното обучение от своя страна е съвременна форма на обучение, която представлява „съвкупност от форми на организация, методи на планиране, система за (само)контрол на качеството и компетенциите, средства за комуникация и дейности (учебни административни, научни и др.), базирани на разделени (по място, време и статут на ползване), разнородни (човешки, информационни, комуникационни и материални) и разнотипни (по функционалност и начин на употреба) ресурси и технологии за преподаване и учене, и провеждано от субекти с динамично променящи се роли" [2].

Напоследък в педагогиката и методиката на преподаването все по-широко се възприема т.нар. „смесено" обучение (blended learning). То може да се възприема като форма на електронно обучение с или без информационни технологии, при което могат да се съчетават елементи от следните форми:

- Онлайн-обучение по интернет или интранет;
- Дистанционно обучение, при което обучението се осъществява от разстояние с помощта на различни медии;
- Присъствено обучение, включващо всички форми на традиционното обучение.

Мерджанов И. [1] определя blended learning като „интегрирана концепция за оптимално изграждане на учебния процес, която обединява възможностите на новите технологии и интернет, от една страна, и „класическите" методи на обучение, от друга".

Идеята за blended learning е да се съчетаят положителните страни и на трите форми на обучение – интерактивността на онлайн обучението и присъственото обучение се съчетава с независимостта от времето и мястото, характерна както за електронната, така и за дистанционната форми за обучение.

Цел

Целта на настоящото проучване е въз основа на конкретна група обучавани студенти да се изследват динамично променящите се роли и да се установят нивата и интензитета на взаимодействие по време учебния процес в условия на виртуално обучение, което се наложи вследствие на пандемията с COVID-19.

Материал и методи

Изследването се базира на писмени следи от кореспонденция по електронна поща, групова комуникация по мобилните телефони и във Viber, съобщения, текущи задачи и задания в обучителната платформа „Blackboard“.

Наблюдаваната група студенти се състои от 18 студенти от втори курс в специалността „Логопедия“, които се обучават по дисциплината „Управление на здравни проекти и програми“ към Катедрата по логопедия и медицинска педагогика, Факултет по обществено здравеопазване в Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“- Варна. Всички студенти са от женски пол, на средна възраст 21 години, разпределени в 5 групи. Профилът на групата показва, че в болшинството си това са момичета, завършили преди година гимназиалния курс на обучение, повечето владеещи поне един чужд език и с добри умения за работа с комуникационни и информационни технологии. Периодът на изследване на динамиката съвпада с периода на социалната изолация и извънредната ситуация, обявена във връзка с COVID-19, т.е. март - юни 2020 г.

При първите срещи с групите студентите създават впечатление на интелигентни, старателни, мотивирани и амбициозни млади хора, с любопитство и интерес към курса по управление на здравни проекти и програми, но без опит в тях. Те признават важността на проектите в съвременния свят и ежедневието ни и споделят, че биха желали да участват в проекти в областта на общественото здравеопазване и тясно професионалната им логопедична област.

Освен личното впечатление и изграждането на добри взаимоотношения по време на присъствените занятия, най-важните условия за успеха на по-нататъшния учебен процес бяха в няколко основни посоки. Първо, по време на началните лекции и упражнения, които бяха проведени в присъствена форма, бяха въведени основните понятия в терминологията на проектния мениджмънт. Второ, ясно беше поставена целта, която трябва да се постигне в края на курса – да се разработи и представи проектна идея, като беше обяснено, че поетапно ще се изпълняват малки задачи, които ще представляват съставните части от крайната цел. Всяка задача за самостоятелна или групова работа трябва да се разглежда като „строително блокче“, водещо до изпълнението на финалната задача. Трето, още в самото начало беше изяснено, че окончателното изпълнение ще изисква работа в група, която студентите сами ще формират, ще разпределят ролите в зависимост от сферата, в която се чувстват най-подготвени и която им е най-приятна за работа.

За да подпомогне учебния процес преподавателят трябваше да разработи подробните стъпки, през които да преминат студентите, за да подготвят и представят своето проектно предложение за промяна в сферата на логопедичните услуги и общественото здравеопазване в по-широк план. За целта те трябваше да направят оценка и да селектират подходяща програма за финансиране, ясно да формулират актуален и значим проблем, въз основа на събрани данни и доказателства да направят обосновка на своя проект, да определят целите и задачите му, да разработят времеви график на дейностите и бюджет, да оформят дизайна и да представят проектната идея под формата на презентация.

Резултати

Бяха установени променени нива на взаимодействие 1) на студентите и преподавателите с учебния материал; 2) между преподавателя и студентите; 3) между самите студенти.

Динамика на взаимодействието с учебния материал

В класическата класна стая очакванията на студентите са преподавателят да изнася лекции, а студентите да си водят бележки и пасивно да възприемат новата информация. После усвояването на новото съдържание да се проверява под формата на устно или писмено изпитване или тестуване. В последните години педагогическата тенденция

е към нарастване на интерактивността в класната стая, а въвеждането на електронното обучение представлява предизвикателство към прилагането на този принцип на взаимодействие.

За да се облекчи работата на студентите в условията на социално дистанциране се налага също разработване на допълнителни учебни материали. Така например по дисциплината „Управление на здравни проекти и програми“ в помощ студентите-логопеди се предложи примерна структура за презентация на проектните идеи, което беше оценено от обучаваните като много полезно. С цел подпомагане на студентите в учебния процес при упражненията бяха разработени и подробни стъпки, които да се следват последователно и логично, за да може в края на курса на обучение да се получи желаният краен резултат, а именно разработването на собствен проект по избрана оперативна програма.

В неприсъствена среда на обучение е ефикасно и предлагането на повече допълнителни материали. Затова в обучителната платформа бяха приложени документи, указания и насоки в помощ на студентите. За да се научат студентите да извличат най-важната информация от документи, бяха разработени допълнителни задачи върху приложени условия за кандидатстване по оперативни програми. Критичното им мислене се развиваше чрез задачи за преценка дали проектните им идеи отговарят на изискванията за кандидатстване по определена програма. В папката за допълнителни учебни материали в обучителната платформа „Blackboard“ бяха публикувани и „Указания за разработване, изпълнение и отчитане на проекти“, които бяха част от предварителната им подготовка на проектната им идея.

Тъй като интерактивността във виртуална среда се постига по-трудно, се изисква индивидуална работа с всеки за обратна връзка, както и помощ и консултации на групите при разработката и представянето на проектната идея. Интерактивността се постига чрез виртуална връзка, но човешката страна не може да се компенсира от технологиите.

Обучението в електронна среда дава възможност на студентите да работят индивидуално с учебния материал и да управляват автономно учебния процес. Учебната среда, от своя страна, позволява на студентите да се намесват в хода на учебния процес и да го управляват в зависимост от индивидуалните си особености и предпочитания, като сами определят скоростта на работата си и изпълнението на поставените задачи.

Динамика на взаимодействието между преподавателя и студентите

Засилен беше интензитетът на взаимодействие между преподаватели студенти, тъй като липсата на контакт „лице в лице“ затрудняваше обсъждането на избор на тема. В присъствена среда обикновено се получават разпалени дискусии относно актуалността, приложимостта, обществената значимост на всяка предложена проектна идея. В условията на неприсъствено обучение се изискваха допълнителни усилия от страна на преподавателя, изразяващи се в индивидуални насоки и многократна обратна връзка до финализирането на идеята.

В началните фази на виртуалното обучение студентите бяха много по-неуверени, по-често правеха запитвания по електронната поща, буквално искаха потвърждение дали са на прав път и често искаха помощ, когато изпитваха затруднения с материала (например изготвянето на бюджет на проекта). Това ясно проличава в някои извадки от кореспонденцията по електронната поща, например „Молим да проверите презентацията, ако имате време. Бихме се радвали, ако ни кажете какво още да добавим или махнем, дали имаме грешки и дали изобщо сме тръгнали в правилната посока“ или „Този път Ви изпращам целите и обосновката на проекта ни, които не успях да събера на един слайд, но се надявам да не е проблем за презентацията“. „Ако сме пропуснали нещо, моля да ни уведомите, за да го поправим“ и „Добавихме снимков материал и съкратихме доста текста за обосновката. Ще може ли отново обратна връзка? Благодарим предварително!“

Преподавателят често трябваше да оказва чисто техническа компютърна помощ, както например при изпита се наложи да конвертира мултимедийните презентации в определен формат, така че да могат да бъдат публикувани в платформата „Blackboard“.

С напредването на идеята, избистрянето и последователната разработка на отделните стъпки към окончателната проектна идея и свикването с технологията на учебния процес и техническите условия, напрежението спадаше и се установява спокойна атмосфера на учебния процес.

Динамика на взаимодействието между самите студенти

По-интензивно беше взаимодействието и между самите студенти. Те трябваше сами да определят членовете на проектния си екип, да обсъдят и да направят информиран избор за темата на проектното предложение. В края на краищата студентите се спряха на следните теми:

Проектен екип 1. *„Частна детска градина за ранна интервенция за предотвратяване на изоставането на деца с увреждания от 0 до 7 г. възраст СПДГ „Патенце“;*

Проектен екип 2. *„Дигитална библиотека за алтернативни форми на комуникация“;*

Проектен екип 3. *„Разкриване на логопедичен кабинет на територията на УМБАЛ „Св. Марина“ – гр. Варна“;*

Проектен екип 4. *„Предоставяне на консултации на майки за подкрепа и насърчаване на кърменето в родилните домове в гр. Варна“;*

Проектен екип 5. *„Искам да говоря отново“.*

От петте проектни идеи само една (за кърменето) не е пряко свързана с областта, в която се професионализират студентите – бакалаври. За сметка на това обаче, тя е непряко свързана с логопедията и има голяма обществена значимост.

Вътре в проектните групи течеше интензивна комуникация за избор на екип и преговори за разпределяне на ролите. Така например, вътре в екипите бяха определени ръководител, графичен дизайнер, PR експерт, счетоводител на проекта и др.

По-голямата автономност на учебния процес и независимост на взаимодействието между студентите се изразяваше в избор на време и канали на комуникация, както и в избор на представител, който да презентира окончателната проектна идея. Студентите също имаха редовна обратна връзка помежду си и динамиката на комуникацията им можеше да се наблюдава по всяко време, често извън редовните регламентирани часове, онлайн, по електронна поща и по телефон.

Обсъждане

Един от най-важните фактори, улесняващи преминаването от класическата класна стая във виртуална, е преподавателят и студентите да имат предварителна присъствена среща лице в лице преди преминаването към електронно обучение. Първите лекции и упражнения, проведени присъствено, помогнаха и на преподавателя, и на студентите да си изградят първо впечатление един от друг. По време на началните лекции и упражнения преподавателят си създава психологически и визуален профил на групата, наясно е с нагласите и очакванията на студентите. От своя страна, студентите също изграждат очакванията си от преподавателя, стила на работа и педагогическия му подход. Установяват се и каналите на комуникация. Така се установява дух на доверие и партньорство, които са критично важни за успеха на учебния процес във виртуална среда.

Динамиката на учебния процес по време на извънредната ситуация с коронавируса поставя значителни предизвикателства пред преподавателите. На първо място, тя изисква по-интензивна комуникация, която трябва да компенсира общуването лице в лице. Обичайно подготвените лекции само маркират основните моменти в преподавания материал, което се оказва недостатъчно при обучението в електронна среда. Затова се

налага преразглеждане на лекционния материал и разработка на подробни лекции, за да се подпомогнат студентите при неприсъственото усвояване на теоретичния материал.

Освен на преподавателите, и на студентите се налага да променят динамиката на ученето си. По време на електронното обучение те имат повече време за четене, обмисляне и обсъждане на проектите идеи. Могат сами да планират учебния процес, имат избора сами да формират групите си, да определят ролите в изготвянето на проектните си предложения в зависимост от предпочитанията и най-силните си страни, да определят времето и начина на обсъжданията и разпределението на задачите си.

Всичките положителни страни на подобен род взаимодействие доказват, че обучението може да бъде и забавно във време на пандемия, когато останалите интелектуални игри и развлечения са по-малко. Обучението във виртуална среда по време на кризисната ситуация оставя повече време на студентите да се насочат към детайли и дизайн, за които не остава време в присъствена форма на обучение. В личностен план то спомага за развиване на тяхното критично мислене, самостоятелна работа, самодисциплина и свобода на определяне темпа на учебния процес.

Във всички изследвания [3] върху използването на дигиталните медии в учебния процес се изтъква независимостта на електронното обучение от времето и мястото за разлика от традиционното обучение, което се провежда на определено място в определено време. Истинското предимство обаче на виртуалната учебна среда е във възможностите, която то дава за синхронна (в реално време) и асинхронна (не в реално време) комуникация, използваща форуми, скайп или електронна поща, като тази комуникация тече както между преподавателя и студентите, така и между самите обучавани. Това от своя страна разширява темпоралните рамки и динамика на учебния процес и го прави значително по-интензивен. Докато изнасянето на една лекция или използването на учебника са ограничени във времето и пространството, учебната среда дава възможност за редуване на присъствени часове и e-learning модули, изготвени по предварителен план и обединяващи предимствата на двете форми на обучение.

През целия курс на обучението във виртуална среда се наблюдаваше засилена динамика на комуникацията между студентите, която се изразяваше във формиране на групи, виртуални форуми, самоорганизиране и работа в групи. Такъв вид взаимопомощ не се наблюдава толкова често в традиционната класна стая, която често се характеризира с конкуренция и индивидуална изява. Това взаимодействие, солидарност и взаимопомощ помогнаха за успеха на учебния процес и в края на краищата за успешните презентации, които студентите по логопедия представиха.

Заключение

Взаимодействието във виртуална среда дава на студентите и преподавателите поголяма свобода на избор и независимост от фактора „време“, както и ги кара да си взаимодействат и сътрудничат.

В условия на извънредни обстоятелства смесеното обучение се налага като оптимална форма, тъй като дава възможности за синхронна и асинхронна форма на обучение, предлага по-гъвкаво и по-динамично партньорство между студенти и преподаватели и съчетава предимствата на класическите и виртуалните форми на обучение.

Литература:

1. Мерджанов И. (2013) E-Campus: Съвременни форми на електронно обучение в академична среда“, Издателска къща СТЕНО, Варна
2. Тотков, Г. и кол. (2010) Е-обучението в информационното общество: модели, системи. Достъпност и качество. Университетско издателство „Паисий Хилендарски“, стр. 24
3. Sharp, R., Oliver, M. (2009). Designing courses for e-learning. Rethinking Pedagogy for a Digital Age). London & New York, Routledge, стр.226

КАЧЕСТВО НА ДИСТАНЦИОННОТО ОБУЧЕНИЕ ПРИ СТУДЕНТИ ОТ МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛНОСТИ В УСЛОВИЯТА НА ПАНДЕМИЯ

А. Сеизов, Е. Минева
Катедра „Обществоздравни науки“, Факултет „Обществено здраве“
МУ - Плевен

Контакт: Ас. Асен Сеизов
e-mail: a_seizov@abv.bg

Въведение

Живота на хората, работата, начина на получаване на информация и знание бяха променени за дни от пандемията от коронавирус. Обществото бе принудено да намери нови начини за работа, взаимодействие и живот. Тя повдигна въпроси за това как са подредени нашите общества, както и в какво да инвестираме за нашето бъдеще. Показа ни силните ни страни и подчерта нашите слабости. Постави нови предизвикателства, не най-малкото от които е да се опитаме да намерим лекарство. Информационните технологии са ключов компонент от нашите колективни усилия за справяне с вируса, подкрепа на нашия нов начин на живот и работа в реално време през това изключително време. Те заемат важно място в процеса на съвременното обучение.

Българското образование премина в онлайн режим заради обявеното извънредно положение от средата на март месец 2020г. За краткото време трябваше да се въведе някаква електронна форма на обучение, като поне създаването на технологичен капацитет се оказа успех за 90% от системата още първия ден. Предизвикателството за системата на висшето образование е преподавателите да усвоят и нови модели на преподаване, с които да извлекат максимални ползи от дигиталните платформи и да намалят компромисите от дистанционното обучение.

Дистанционното обучение не би било възможно на сегашния технологичен етап на развитие без модерни компютърни технологии обхващащи все повече области на обществения живот[4]. Дистанционната форма на обучение е организация на учебния процес, при която студентът и преподавателят са разделени по местоположение, но не и непременно и по време, като създадената дистанция се компенсира с технологични средства. Тя е регламентирана с Постановление № 292 на Министерски съвет [2], което е основание за законосъобразно обучение и издаване на легитимни дипломи за висше магистърско образование, при условие, че са спазени всички други изисквания. За да бъде акредитирана дистанционна форма на обучение в което и да е професионално направление, на първо място е необходимо в съответното висше учебно заведение да е създадена организация и среда за провеждане и поддържане на подобна високотехнологична форма на обучение. Такава среда е създадена в редица университети като поддържаща форма на обучение, а на други места където спецификата на обучение го позволява платформите за дистанционно обучение заемат основно място. В улеснение на преподаването електронното оценяване позволява едновременното и бързо оценяване на големи групи от обучаеми [3]. Също така при използването на електронно оценяване се премахва субективния фактор и така оценката би била напълно безпристрастна.

Много е изписано по темата за дистанционната форма на обучение, но когато за броени дни целия академичен персонал и обучаемите трябваше да превключат основно на този тип обучение се проявиха ограниченията и се откроиха предимствата. Независимо дали обучението се провежда синхронно или асинхронно всички платформи трябва да отговарят на определени стандарти и да покриват изискванията свързани със спецификата на обучение. Стандартите за електронно обучение допринасят за повишаване ефективността на електронното обучение[6].

Трябва да се има в предвид, че има няколко задължителни функции, които са важни за всяка обучаваща организация, за да поддържа гъвкава и ефективна платформа.

- Интеграция на системата за дистанционно обучение. Тясната интеграция между вашия LMS и текущата ви ИТ инфраструктура е от съществено значение за обединяването на настоящите системи безпроблемно. Като център за предоставяне и проследяване на обучението, вие ще искате вашият LMS да обменя информация с вашите вторични системи.
- Отчети на обучението в платформата за електронно обучение. Отчитането е една от най-важните функции на системата за дистанционно обучение. Ако имате официални изисквания за съответствие, докладите са от съществено значение за отчитането, че учащите са преминали задължителни модули за обучение и оценка.
- Мобилни възможности на LMS. Днешните системи за дистанционно обучение трябва да имат адаптивен дизайн и мобилно приложение, за да могат обучаемите да имат достъп до образователни ресурси навсякъде и по всяко време.
- Съвместимост със стандартите за електронно обучение.
- Достъпен дизайн.
- Като цяло, задължителните LMS функции ще зависят от специфичните цели и изисквания за обучение.
- Безспорен е факта, че системите за дистанционно обучение притежават всички нужни ни функции за реализация и поддръжка на учебен процес, като част от тях включват:
- Еднократно създаване на учебни дисциплини които могат да бъдат използвани и редактирани по всяко време– модули, курсове, упражнения, тестове, онлайн изпити и др.
- Лесно включване на нови обучаеми.
- Осигурява се по-висока степен на интерактивност между преподавател и обучаем [5].
- Възможност за обучение в удобна обстановка и време.
- Спестяване на време и финансов ресурс от пътувания и наем на зали.
- 24-часов достъп до обучителните материали.
- Възможности за хора в неравностойно положение, по-напреднала възраст и такива, които по различни причини не могат за продължително време да напускат семейството и работното си място, да получат образование.
- Тестове и оценка на уменията на преминалите обучение.
- Водене на статистика за преминатите обучения и постигнатите резултати.
- Улесняване на социалното взаимодействие между обучаеми и обучители, както и между самите обучаеми, чрез виртуални класни стаи, форуми, чат и др..
- Сигурност – достъпът до системите за дистанционно обучение е контролиран като са налични възможности за задаване на права и роли за всеки отделен потребител.

Един от най-съществените въпроси, свързани с качеството на електронното обучение е дали неговото осигуряване се отличава от това на традиционното присъствено обучение, макар и подпомогнато от технологиите [1]. Качеството изключително много зависи от живия контакт между преподавател и обучаем, невербалната комуникация представлява две трети от всички комуникации. Колкото и да ни се иска модерните информационни технологии да застанат наравно с живия преподавател това няма как да се случи на нивото което ни се иска.

Може да добавим и затрудненията от:

- Времевия ресурс за създаване на учебните дисциплини.
- Ограниченията на скоростта на връзката и ограниченията на тарифните планове за мобилен интернет.
- Все още скъпото закупуване, изграждане и интегриране на LMS.
- Невъзможността при синхронно обучение да се проведат занятия с големи групи обучаеми поради форсмажорни обстоятелства при отделни обучаеми (проблеми с интернет, спиране на електрозахранване, технически проблеми).
- Невъзможност да се следи обучаемите дали са през цялото време пред компютърното устройство и дали не се занимават със странични дейности.
- Липсата на подходящи крайни компютърни устройства при някои обучаеми.
- Невъзможността някой специалности да се изучават дистанционно поради спецификата им.

Цел на настоящото изследване е да се разкрият предимствата и несъвършенствата в системите за дистанционно обучение (известни още като learning management systems - LMS). Те са инструментът, с чиято помощ се провеждат дистанционните обучения. А именно преди коронавируса с редовна форма на обучение и по време на пандемията в дистанционна форма на обучение. Разглеждат се актуални въпроси свързани с дистанционното обучение и тенденциите то да се превърне в технология за основно обучение и поддържащо равнището на знанието през целия живот на човека.

Материал и методи

Обхванати са 357 студенти от три специалности в МУ-Плевен. Изборът на специалностите е съобразен с критериите за сходство в учебните програми по дисциплината „Информатика“. Анализирана е успеваемостта от семестриални изпити през летен семестър на академичните 2017-2018, 2018-2019 и 2019-2020 г. Обучението през първите две години е провеждано традиционно присъствено, а през летния семестър на 2019-2020 г. – изцяло онлайн). Данните са обработени със статистическия пакет IBM SPSS Statistics v.25. Използвани са дескриптивна и дедуктивна (t-тест, дисперсионен анализ и U-тест на Mann-Whitney) статистики. Значими са различията при вероятност 95% ($p<0.05$).

Резултати

Ползата от дистанционното обучение се потвърждава от сравняване успеха на студентите от МУ-Плевен. Не се установи статистически значимо различие в успеваемостта на студентите от трите специалности за 2017-2019 г. ($F=0.163$, $df=2$, $Sig.=0.849$). Съществено по-висока успеваемост се наблюдава през 2019-2020 г. при онлайн обучението в сравнение с предходните две учебни години ($t=-8.149$, $df=272$, $Sig.=0.000$) (таблици №1 t-test за MPE, таблица №2 t-test за MC и таблица №3 тест на Ман-Уитни за АК).

Табл. 1. t-test за специалност “Медицинска рехабилитация и ерготерапия”

T test		2017/2018	2018/2019
MPE	2018/2019	0.957	-
	2019/2020	-3.958*** (df = 78, Sig = 0.000)	-5.129*** (df = 74, Sig = 0.000)

* p<0.05
** p<0.01
*** p<0.001

Табл. 2. t-test за специалност "Медицинска сестра"

T test		2017/2018	2018/2019
МС	2018/2019	-0.439	-
	2019/2020	-3.609*** (df = 105, Sig = 0.000)	-3.334** (df = 119, Sig = 0.001)

* p<0.05
** p<0.01
*** p<0.001

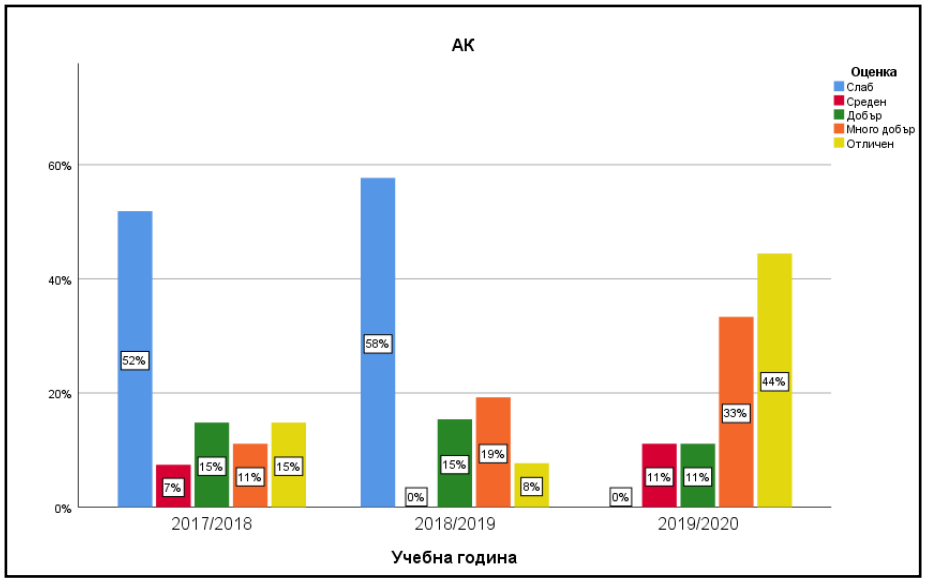
Табл. 3. Тест на Ман-Уитни за специалност "Акушерка"

Mann-Whitney U		(n_2)	
		2017/2018	2018/2019
АК (n_1)	2018/2019	334.500	-
	2019/2020	469.000*** (z = -3.632, Asymp. Sig. = 0.000, Mean Rank n_1 = 17.37, Mean Rank n_2 = 31.44)	75.000*** (z = -3.934, Asymp. Sig. = 0.000, Mean Rank n_1 = 31.33, Mean Rank n_2 = 16.38)

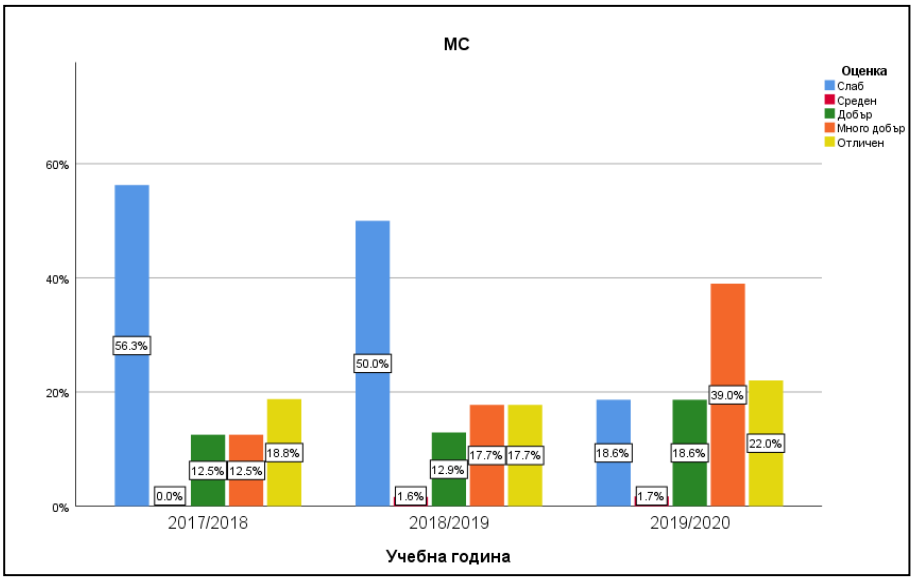
* p<0.05
** p<0.01
*** p<0.001

Аналогична е ситуацията във всяка от трите специалности:

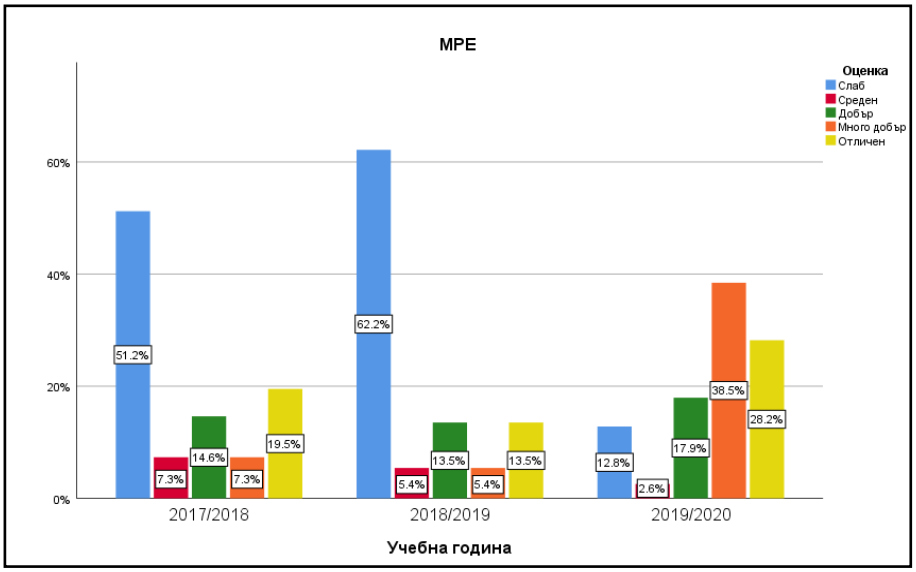
- Специалност „Медицинска рехабилитация и ерготерапия" (U=2262.000, N=117, Sig.=0.000) - **фиг. 1;**
- Специалност „Акушерка" (U=788.000, N=71, Sig.=0.000) - **фиг. 2**;
- Специалност „Медицинска сестра" (U=4278.000, N=169, Sig.=0.000) - **фиг. 3.**



Фиг. 1. Успеваемост на студентите от специалност "Акушерка"



Фиг. 2. Успеваемост на студентите от специалност "Медицинска сестра"



Фиг. 3. Успеваемост на студентите от специалност "Медицинска рехабилитация и ерготерапия"

На следващата таблица (№4) е показан успехът на трите специалности през годините. Вижда се, че успеваемостта се е повишила значително и при трите специалности след изцяло дистанционно обучение през семестъра и показани резултати от семестриалния изпит.

Оценявайки само и единствено резултата от статистическите анализи, то той е изцяло в полза на тази формата на обучение и контрол на знанията и нейната ефективност.

Табл. 4. Успех на трите специалности през годините

Специалност	Учебна година	2	3	4	5	6	Total
МРЕ	2017/2018	21 (51.2%)	3 (7.3%)	6 (14.6%)	3 (7.3%)	8 (19.5%)	41 (100.0%)
	2018/2019	23 (62.2%)	2 (5.4%)	5 (13.5%)	2 (5.4%)	5 (13.5%)	37 (100.0%)
	2019/2020	5 (12.8%)	1 (2.6%)	7 (17.9%)	15 (38.5%)	11 (28.2%)	39 (100.0%)
АК	2017/2018	14 (51.9%)	2 (7.4%)	4 (14.8%)	3 (11.1%)	4 (14.8%)	27 (100.0%)
	2018/2019	15 (57.7%)	0 (0.0%)	4 (15.4%)	5 (19.2%)	2 (7.7%)	26 (100.0%)
	2019/2020	0 (0.0%)	2 (11.1%)	2 (11.1%)	6 (33.3%)	8 (44.4%)	18 (100.0%)
МС	2017/2018	27 (56.3%)	0 (0.0%)	6 (12.5%)	6 (12.5%)	9 (18.8%)	48 (100.0%)
	2018/2019	31 (50.0%)	1 (1.6%)	8 (12.9%)	11 (17.7%)	11 (17.7%)	62 (100.0%)
	2019/2020	11 (18.6%)	1 (1.7%)	11 (18.6%)	23 (39.0%)	13 (22.0%)	59 (100.0%)

Разбира се, винаги остават и съмнения относно липсата на контрола за измами, както и остава въпросът обаче и за качеството на обучението, а то не би могло да е такова, каквото е при нормалното обучение.

Въпроси изникнаха по отношение на това как ще се провеждат предстоящите изпити и тяхната легитимност. Дистанционното обучение отдавна има проблеми с оценяването. Доставката на учебни материали е доста ясна процедура, която гарантира че информацията е на разположение на студентите да я прочетат в свободното си време. Проблемът възниква, когато студентът е длъжен да изпълни задачи и тестове. Онлайн курсовете имат трудности при контрола за измами върху тестове и изпити именно поради липсата на контрол от страна на преподавателя. В учебна зала преподавател може да наблюдава студентите и визуално да поддържа ниво на почтеност в съответствие с репутацията на институцията.

Въпреки това, с дистанционното обучение студентите могат да бъдат напълно освободени от контрол. Някои университети изискват от студентите да вземат изпити в контролирана среда, тогава такъв тип дистанционно обучение се нарича хибридно. Не отричам в абсолютна степен решението да се провежда такъв тип обучение, имайки предвид обстоятелствата в страната, просто искам да отбележа, че ефектът от изцяло дистанционно обучение, в преобладаващата си част, ще бъде недотам ефективен относно качеството.

Възникват и предизвикателства пред преподавателите на които им се налага тепърва да работят със системите за дистанционно образование. Удачно е те да са преминали през някаква подготовка, която в ситуация на извънредно положение е доста повърхностна. А като добавим и факта, че една немалка част от тях особено по-възрастното съсловие имат елементарни познания за IT технологиите картинката не изглежда добре.

Заключение

Качеството на дистанционното обучение е свързано с провеждането му по различен начин от традиционното обучение „лице в лице“, независимо от технологичната му обезпеченост. Съществуват трудности по отношение на контрола на измамите при тестове и изпити поради липса на пряк преподавателки контрол. Дистанционното обучение представлява предизвикателство за самите преподавателите и техните дигитални компетенции.

Извънредното положение се оказва перфектният момент за трансформация в педагогиката и работен тест на дистанционните форми на обучение. Ако по-модерните и по-ефективни методи на преподаване, които превръщат обучаемия в активен участник в

образованието, станат навик в българската система заради дистанционното обучение, те ще си останат и сериозен образователен актив и след възстановяването на присъствените занятия. За целта обаче разговорът за дистанционното образование трябва да премине от техническите проблеми и видеоконференциите към какви методически промени в работата си и учебното съдържание трябва да направи всеки обучаващ.

Най-голямата промяна за преподавателите в сегашната ситуация не е технологичната, а именно как да променят методите на преподаване така, че ефективно да ангажират обучаемите с учебния материал и да постигнат зададените учебни цели. И само бъдещето ще покаже дали технологията ще се превърне в пълноценен заместител на прекия контакт „обучаем – обучаващ“ и ще станем свидетели на едно по-качествено обучение в близко бъдеще.

Литература

1. Пейчева-Форсайт Р. За качествата на електронното обучение. Факултет по педагогика Софийски университет „Св. Климент Охридски”
2. Постановление № 292 от 2 ноември 2004 г. за приемане на Наредба за държавните изисквания за организиране на дистанционна форма на обучение във висшите училища.
3. Статев К., Г. Цанев, Д. Статева. Анализ на резултати от приложението на Test Manager 2.0 при оценяване на студенти в МУ-Плевен. Юбилейна научна конференция "Здравеопазването през 21 век – реалности и перспективи". Плевен 2010: 451-454.
4. Цанев Г., К. Статев. Информационни системи в здравеопазването и особености при тяхната експлоатация от персонала. – В Сборник научни трудове от Военно-научен форум 2004 с международно участие, под ред. На Г. Камарашев, В. Търново том 2, 133-140.
5. Цветкова С. Андрагогика, Издателски център МУ - Плевен 2013, 125-140.
6. Totkov G., Todor Uzunov, Rositsa Doneva, Nikolay Kasakliev. E-learning Standartization – Bulgaria: Current Status, Issues and a Possible Solution. CompSysTech’09, Ruse, Bulgaria, 18-19 June, IV.2-1.

СЕКЦИЯ Н. УПРАВЛЕНИЕ И КАЧЕСТВО НА ЗДРАВНАТА ПОМОЩ

УКРЕПВАНЕ НА КАПАЦИТЕТА НА РАБОТЕЩИТЕ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

М. Владимирова, Н. Данова, Г. Цолова, Пл. Димитров
Национален център по обществено здраве и анализи – София

Контакт: Гл. ас. Милена Владимирова, д.м.
e-mail: m.vladimirova@ncpha.government.bg

Въведение

Един от основните приоритети в целите за устойчиво развитие е подготовката и развитието на работещите в здравеопазването. Във време на навлизане на високите технологии в медицинската практика и увеличаване на разходите за здравеопазване, закономерно нараства вниманието към човешкия фактор в тази сфера. Той има потенциала да обезпечи рационално използване на технологиите в полза на пациента, както и да работи дългосрочно за разходоефективни стратегии. В международен мащаб се препоръчва промяна на политиките по отношение на човешките ресурси в здравеопазването, които засягат и оценката – ситуационен анализ. Страните от Европейския регион са изправени пред общи предизвикателства. Незаразните заболявания доминират сред тежестта на заболяванията; депресията и сърдечните заболявания все още са водещи причини за загубени години здравословен начин на живот. Инфекциозните заболявания като ХИВ, туберколоза и сега COVID-19, както и увеличаващата се антибиотична резистентност – всичко това изисква строг контрол и строги мерки за защита, профилактика и своевременна информираност. Здравните системи продължават да бъдат изправени пред нарастващи разходи, наблюдава се леко изоставане в системите за първична здравна помощ, особено по отношение на превантивни услуги и капацитет [6. 8].

Общата цел на Стратегията 2030, която се явява последовател на предходните стратегии по отношение на човешките ресурси гласи: Да се осигури наличност, достъпност, приемливост и качество на работната сила чрез адекватни инвестиции и прилагане на ефективни политики на регионално и глобално равнище за осигуряване на здравословен начин на живот във всички възрасти и насърчаване на справедливо социално-икономическо развитие чрез достъп и възможности за работа [7].

Човешките ресурси в здравеопазването у нас са изправени пред предизвикателства, които са характерни и за останалите европейски страни:

- демографско измерение – застаряващо население в страната и застаряваща работна сила с недостиг на попълнения от млади специалисти в системата;
- все още недостатъчна привлекателност на повечето медицински специалности в областта на общественото здраве; (финансов ресурс, капацитет, натовареност, висока отговорност и компетенции);
- миграция на здравни работници в ЕС и извън него, както и в отделните региони в страните, струпване в големите бизнес и административни добре развити големи градове и центрове.

Основната **цел** на настоящия доклад е да се направи ситуационен анализ на ситуацията у нас въз основа на разработки и публикации за последните две години (2018 - 2019 г.), като се изведат и някои изводи от документи на ЕС и СЗО въз основа на социологически методи, както и описателна статистика.

Резултати и обсъждане

Все още глобализацията на пазара на труда се отразява негативно на здравните системи. Споделя се нарастване на дефицита на работната сила, както и задълбочаване на несъответствието между потребностите на населението, между търсене и предлагане на медицински специалисти не само по настоящем, но и в бъдеще [3]. Особено се задълбочават у нас регионалната миграция, струпване в отделните териториални центрове в страната (лекарите в югозападен регион за 2018 г. са 9339, докато в северозападен са 3307, което важи като тенденция и за останалите медицински специалисти), както и изтичане на млади специалисти към богатите страни. Този факт кореспондира със световната практика и е сериозно предизвикателство пред здравните системи. Приоритетна роля на правителствата, включително и България е прилагане на инвестиции в обучението и набирането на здравен персонал, което подчертава ролята му при осигуряване на достъп до здравни услуги. Все още над 10% от българите са без здравна осигуровка и обикновено прибягват към услугите на спешна помощ като вход към здравната система като по този начин се намалява ефикасността на използване на лечебните заведения. Според изследвания по-малко от 50% сред ромския етнос са без медицинска осигуровка. Все още се забелязват и неудовлетворени медицински потребности, особено между лицата с най-високи и най-ниски доходи (за България 5,6 за ЕС - 3.2%). Последните данни на повече от 80 страни–членки на СЗО показват, че повече от 1/4 от техните лекари и повече от 1/3 от зъболекари и фармацевти са преминали обучение, но са родени в други страни. През 2020 г., която е годината на медицинските сестри и акушерките, в Глобалните доклади за състоянието на сестрите и акушерките се отчита, че около 1/8 от всички сестри в света работят в държава, в която не са родени. Прогнозите от предходните доклади от 2015 г. и 2016 г. потвърждават засилената международна миграция от 60% през периода 2010 – 2020 г. В периода до 2030 г. се предвижда тенденцията на здравна миграция да се ускори, както и острият дефицит на определени медицински специалисти, предимно медицински сестри и персонал, насочен към дългосрочни грижи на възрастни хора дори и в страни с развити икономики като Германия, Япония (приела нова визова програма), Англия, САЩ [7].

Сложните извънредни ситуации и хуманитарни кризи в няколко региона на света допринасят за влошаване на дисбаланса и търсенето и предлагането на здравен персонал, което оказва влияние по отношение на признаването на уменията на здравните специалисти, културални различия, езикови компетенции и др. Увеличаването на обема и сложността на международната мобилност на здравните работници обуславят необходимостта от актуални данни, политики и международно сътрудничество. Укрепване на капацитета в изпълнение на поставените цели за устойчиво развитие относно подготовката и развитието на работната сила в здравеопазването, особено в по-слабо развитите страни. В България нараства дефицитът на работната сила в здравеопазването и се задълбочава несъответствието между потребности на населението от търсене и предлагане на специалисти [4]. Поддържа се и се работи за изграждане на институционален капацитет за ефективно управление на човешки ресурси в здравеопазването. Актуализират се образователни програми, както и програми за продължаващо обучение в съответствие с потребности от здравни услуги и акредитационни изисквания. Придържат се обучителните институции в здравеопазването от придобиване на адекватни по качество и количество професионални умения и знания. Професионалните организации трябва да синхронизират със съвременни изисквания професионални регулации. Би могло да се помисли за сътрудничество от финансов и банков сектор за програми за инвестиране, планиране, обучение, подбор, наемане и др. За последните години актуализираната база данни по отношение на човешките ресурси като обект на наблюдение разглежда съвкупността на практикуващите медицински специалисти, работещи на трудов договор в лечебните и

здравните заведения – лекари, лекари по дентална медицина, медицински специалисти по здравни грижи и др.

Методологията на изследване е в съответствие с методичните указания на Евростат за практикуващите медицински специалисти. Запазва се неблагоприятната тенденция за осигуреността на населението с медицински персонал по области и региони, което се отразява в неравенство в достъпа до здравни услуги.

По данни на НЦОЗА и потвърдени от НСИ за периода 2018-2019 г. са отчетени следният брой медицински специалисти. Към 31.12.2018 г. броят лекарите е 29667, докато за 2019 г. е 29612. Най-висока е осигуреността на населението с общопрактикуващи лекари - 6.0 на десет хиляди души от населението. Следват кардиолози -2,5, акушер–гинеколози - 2.5, педиатри - 2.5, анестезиолози - 2.4, хирурзи - 2.3, лекари по нервни болести - 2.1, лекари по спешна медицина - 1.9 на десет хиляди души от населението. Общата осигуреност с лекари е 42,4 на десет хиляди души от населението (**Табл. 1**).

Табл. 1. Медицински персонал в България през 2015-2019 г.*

Медицински персонал	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**На 10000 души 2018/2019**
Лекари	29073	29539	30078	29667	29612	42.4/42.6
Лекари по дентална медицина	7511	8011	8355	7240	7376	10.3/10.6
Медицински специалисти по здравни грижи	2315	2255	2186	2145	2011	3.1/2.9
Фелдшери	3274	3254	3207	3155	3269	4.5/4.7
Акушерки	31397	30976	30955	30589	30546	43.7/43.9
Медицински сестри	5923	5962	5979	5978	6009	8.5/8.6
Лаборанти (Рентгенови и медицински)	1663	1592	1584	1624	1702	2.3/2.4
Зъботехници	2856	2891	2791	2841	2954	4,1/4.2
Други медицински специалисти						
Население	246	240	234	236	235	*
На един лекар	952	887	844	967	942	*
На един лекар по дентална медицина	2315	2255	2186	2145	2011	3.1/2.9

Адаптирана по данни на НСИ и НЦОЗА

По области най-висока осигуреност с лекари има в Плевен, Пловдив, София (столица) и Варна, в чиито центрове са разположени университетски болници. Броят на населението на един лекар през разглеждания период е 236 души. Броят на медицинските специалисти по здравни грижи е 46332, като осигуреността с този вид кадри е 66.2 на десет хиляди души от населението. Съотношението 440 медицински сестри на 100000 души от населението е сред най-ниските в ЕС и е значително под средното за ЕС равнище от 840 сестри, отчасти поради непривлекателните условия на труд [2]. Съгласно Националната Здравна карта за постигането на равнището на ЕС са необходими още около 3000 медицински сестри. Положителен е фактът, че през 2019 г. броят на прием за студенти за медицински сестри в университетите се увеличи и за разлика от 2017 г. всички те бяха попълнени. Налице е план за обучение на по-голям брой медицински асистенти и парамедици, което ще освободи лекарите и сестрите от някои от текущите им задачи. Това следва гарантира, че работната сила в здравеопазването се използва по-ефективно.

През периода 2018 - 2019 г. преобладаващата част от лекарите и останалите медицински специалисти са на основни трудови договори в лечебните и здравни заведения за извънболнична помощ, които работят в индивидуални и групови практики и с договор с НЗОК. Отчита се, че все още сред лекарите по пол жените имат превес (55,9%) спрямо мъжете (44,1%). Най-голям е делът на лекарите във възрастовата група между 55-64 г. Най–младите практикуващи (до 35 години) заемат едва 14%.

Табл. 2. Териториална осигуреност с медицински персонал през 2018 г.

Национално и регионално ниво	Лекари	Лекари по дентална медицина	Акушерки	Медицински сестри
България	4.24	1.03	0.45	4.37
Северозападен	4.46	0.77	0.51	4.57
Северен Централен	3.35	0.77	0.39	3.81
Североизточен	3.95	0.92	0.50	3.71
Югозападен	4.44	1.23	0.48	4.42
Южен Централен	4.05	1.20	0.42	4.22

Източник: https://infostat.nsi.bg/infostat/pages/reports/result.jsf?x_2=414

Запазва се неблагоприятната тенденция за осигуреността на населението с медицински персонал по области и региони (**Табл. 2**), което се отразява в неравенство в достъпа до здравни услуги.

В Националната Здравна Стратегия на Р България са залегнали основни задачи свързани с човешките ресурси и залегнали в документи на СЗО, Европа 2020, Стратегия за интелигентен, устойчив и приобщаващ растеж., Национална програма за развитие. Предвижда се усъвършенстване на нормативната база за по–пълно синхронизиране на нормативните документи с европейското законодателство и ефикасен контрол върху прилагането им. Крачка напред е приемането и влизането в сила на Закона за съсловните организации, благодарение на който се новорегистрираха и организации на други медицински специалисти: помощник - фармацевти, зъботехници, рехабилитатори, които почти двадесет години имаха изградени организации на доброволен принцип.

Направени са промени в наредбата за придобиване на специалност – има някои облекчения без конкурсен изпит и целогодишно може да започне обучението, стига да са налице другите условия [3]. Децентрализирано се определят местата и се съкращават срокове. Но в случая лечебното заведение трябва да разполага с бюджет. Често за да започнат специализация, може да се започне в по–малка болница, но тъй като тя не може да изпълни 100% учебната програма може да се наложи да се продължи в по-голяма като разходите са за самия специализант.

Изводи:

Инвестициите в човешки ресурси за здравеопазване, особено в страните с най-голяма нужда, са необходими за постигане на приоритетни здравни цели и по-широки цели за развитие, свързани с образованието, заетостта, икономическия растеж. Пандемията COVID-19 демонстрира важността на такива инвестиции. За да подкрепи тези усилия, Секретариатът на СЗО работи активно с международни финансови институции, включително Европейската инвестиционна банка и Световната банка, за да стимулира допълнителни инвестиции в образование, обучение и работни места, свързани с човешките ресурси за здравеопазване в страните с ниски доходи и страни с по-нисък среден доход.

Все още множество изследователи у нас и в чужбина не могат да намерят еднозначно решение за баланса между правата и нуждите, както на медицинските специалисти, така и на пациентите. Необходимо е да се укрепва капацитетът и да се надграждат професионалните знания и умения на бъдещите здравни специалисти, за да се отговарят на новите предизвикателства.

Използвана литература:

1. Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите в Република България и изпълнение на Националната здравна стратегия 2018, www.ncpha.government.bg, Of Citizen Annual Report 2019pdf.
2. Доклад за България за 2019 г., включващ задълбочен преглед относно предотвратяването и коригирането на макроикономическите дисбаланс, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-bulgaria_bg.pdf,54-55
3. Владимирова, М., Н.Данова, П. Димитров, Развитие на човешките ресурси в здравеопазването – измерения и предизвикателства, сп.“Социална медицина“,кн.3/4,с.73-76.
4. Владимирова К., М. Атанасова, Гъвкавост и управление на човешките ресурси при кризи, УНСС, 2011, с.35-36.
5. OECD/ European Observatory on Health Systems and policies(2019), България Здравен профил на страната 2019 г., State of Health Systems and Policies, Brussels.
6. Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU contract N 20136202, final report,EAHC/2013/Health/07
7. www.WHO.int., поредица документи по въпроса за човешки ресурси;
8. https/ infostat.nsi.bg;
9. www.ncpha.government.bg

ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ОСИГУРЯВАНЕ НА КАЧЕСТВЕНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ В УСЛОВИЯ НА НЕДОСТИГ НА ЧОВЕШКИ РЕСУРС

М. Драганова, М. Сълева
Катедра “Обществоздравни науки“, Факултет „Обществено здраве“, МУ – Плевен

Контакт: Доц. Макрета Драганова, д.м.
e-mail: makreta_99@yahoo.com

Въведение

Основна цел на всяка здравеопазна система е осигуряването на качествени здравни грижи на населението. Едно от условията за високо качество е осигуреността на населението с достатъчно на брой и квалифициран медицински персонал в областта на здравните грижи. Тревожна тенденция през последните години в България е стремглавото снижаване на броя на професионалистите по здравни грижи и все по-трудното обезпечаване на здравното обслужване на населението.

Здравните грижи са ключов елемент в здравеопазна система на всяка страна. Професионалистите по здравни грижи играят жизненоважна роля за предоставянето на медицински и здравни услуги. Това са хората, които посвещават живота си на грижите за хората; правят имунизации и дават съвети за здравето; грижат се за възрастни хора и като цяло отговарят на ежедневните основни здравни нужди. Те често са първата и единствена грижа за нуждаещите се в общността.

Световната Здравна Организация обяви 2020 година за Международна година на медицинската сестра и акушерката, по повод 200-годишнината от рождението на Флоранс Найтингел, медицинската сестра, станала една от 100-те най-влиятелни жени в света [8]! Едва ли има друга професия, на която да е посветена цяла една година?! Това е

изключително признание за значимостта на професията „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА“! Случайно или не, точно през тази година светът се изправи пред огромно предизвикателство, а именно Пандемията от COVID -19. Дори и да е имало някой, който да се съмнява, ситуацията към настоящия момент доказва, че медицинските сестри, наистина са „ДИАМАНТИТЕ“ на всяка здравеопазна система!

Стратегията за развитие на здравните грижи в Р България 2013-2020 г. определя Двадесет и първи век за век на здравните грижи [5].

Обхватът на здравните грижи се променя динамично в отговор на здравните потребности и изисква развитие на нови познания и технологии, които да гарантират качество на предоставяните услуги. Основна отговорност за това е на човешките ресурси, които са най-важният ресурс за лечебните заведения към настоящия момент.

Според здравната стратегия на ЕС „Заедно за здраве – стратегически подход на ЕС”, специалистите по здравни грижи, в т.ч. медицинските сестри имат изключителна роля за правилното функциониране на цялата здравеопазна система [4].

Ефективното управлението на човешките ресурси се определя като процес на постигане на целите на организацията чрез привличане, подбор, задържане, развитие и целесъобразното им използване. Управлението им, обаче в условия на недостиг е ключово предизвикателство пред всеки ръководител на лечебно заведение.

Цел на настоящото проучване е анализ на мнението на студенти от специалност „Управление на здравните грижи“, ОКС „Магистър“ след ОКС „Бакалавър“ по същата специалност при ФОЗ на МУ – Плевен относно възможностите за осигуряване на качествени здравни грижи в условия на недостиг на човешки ресурси.

Материал и методи

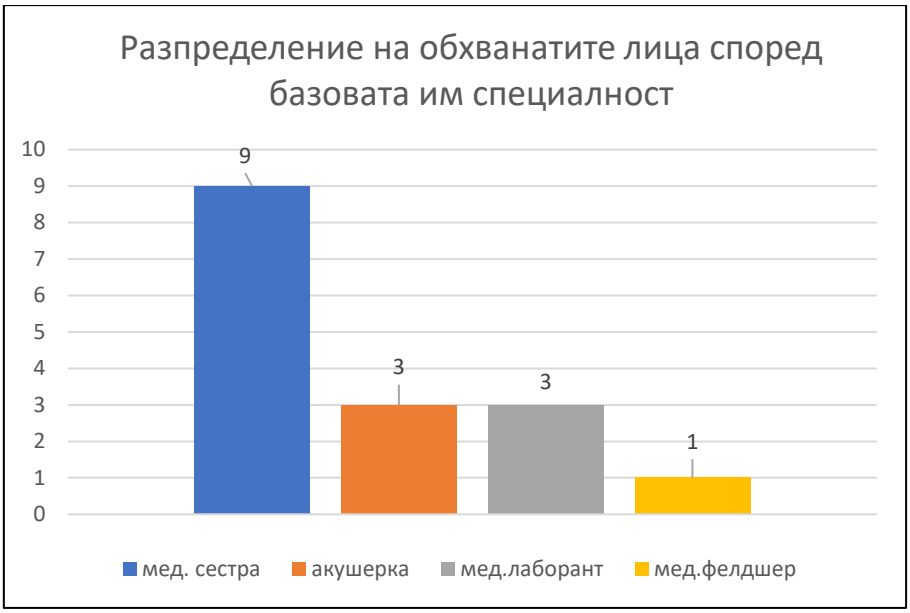
Проведен е контент-анализ на курсови работи на 16 магистри от специалност „Управление на здравните грижи“, разработени по време на преддипломен стаж през м. юни 2019 година. За статистическа обработка и графично оформление на данните е използвана програмата Excel 2010.

Резултати и заключение

В специалност „Управление на здравните грижи“, ОКС „Магистър“, след ОКС „Бакалавър“ по същата специалност във Факултет „Обществено здраве“ на МУ-Плевен, се обучават действащи професионалисти по здравни грижи, с различни базови специалности, от различни населени места и лечебни заведения. Съгласно чл. 10 от Наредбата за единните държавни изисквания, Висшите училища организират практическо обучение по педагогика и управление на здравни грижи, което е с минимална продължителност 120 часа. Това практическо обучение, студентите от специалност „Управление на здравните грижи“, ОКС „Магистър“, след ОКС „Бакалавър“ на същата специалност във ФОЗ на МУ – Плевен реализират по работни места. Една от задачите по време на практическото им обучение е курсова работа, свързана с актуален проблем от управлението на здравните грижи.

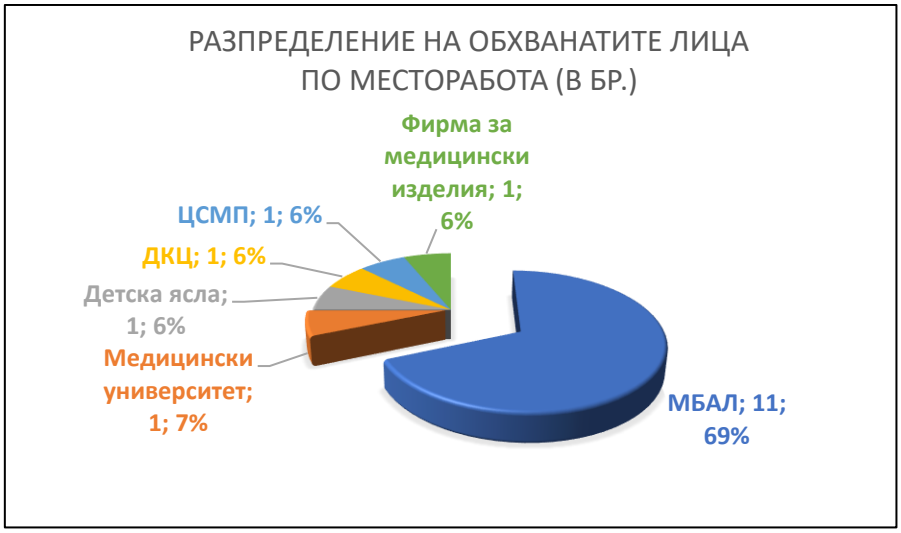
За учебната 2018 – 2019 г., предвид все по-осезаемия недостиг на човешки ресурс в лечебните заведения, темата за курсова работа за стажантите бе „Възможности за осигуряване на качествени здравни грижи в условията на недостиг на човешки ресурс“.

Обхванати са всички 16 стажанти, чиито курсови работи бяха анализирани. Таргетната група включва професионалисти по здравни грижи с различни базови специалности (**Фиг. 1**).



Фиг. 1. Разпределение на обхванатите лица по базова специалност (в бр.)

Здравните заведения, в които работят обхванатите стажанти са разнообразни (частни, държавни, общински) (**Фиг. 2**).



Фиг. 2 Разпределение на стажантите по УЗГ от ОКС „магистър“ по месторабота

По-голямата част от обхванатите студенти работят в Плевен 12 (75 %). По един студент има от градовете Варна, Благоевград и Сливен, а една студентка, работи във фирма със седалище в София, но с представителство в Плевен.

Предложените мерки за осигуряване на качествени здравни грижи при недостиг на кадри са доста разнообразни. В своите разработки стажантите предлагат много и разнообразни възможности/мерки за осигуряване на качествени здравни грижи за пациентите в условията на недостиг на кадри (**Табл. 3**), които обхващат три направления:

А. Възможности/мерки насочени към професионалистите по здравни грижи.

Б. Възможности/мерки насочени към условия на труд и организация на работния процес.

В. Възможности/мерки, свързани с потребителите на здравни грижи.

Табл. 3 Разпределение на възможностите за осигуряване на качествени здравни грижи в условия на недостиг на ресурс, по направления (в бр. и %).

А. Възможности/мерки с насоченост към професионалистите по здравни грижи			
№	**ВЪЗМОЖНОСТИ/МЕРКИ**	**Брой**	**в %**
1	Обучение и развитие на персонала. Повишаване на квалификацията	13	81 %
2	Предприемане на мерки за привличане на персонал	10	63 %
3	Привличане на студенти за постъпване на работа сред стажантите, които обучават	7	44 %
4	Осигуряване и поддържане на добър психоклимат на работното място	6	38 %
5	Разработване, оптимизиране и периодично актуализиране на оперативната документация на ПЗГ – протоколи за здравни грижи, технически фишове, алгоритми	5	31 %
6	Материални и нематериални стимули за задържане и повишаване на мотивацията за работа на ПЗГ	5	31 %
8	Периодичен контрол и оценка на персонала	4	25 %
9	Проследяване на удовлетвореността на персонала	4	25 %
10	Насърчаване и подкрепа за участие в научно-практически конференции	3	19 %
11	Годишна атестация на ПЗГ	2	13 %
Б. Възможности/мерки, с насоченост към условия на труд и организация на работния процес			
№	**ВЪЗМОЖНОСТИ/МЕРКИ**	**Брой**	**в %**
12	Оптимизиране на организацията на работа – работни графици….	5	31 %
13	Оптимизиране на управлението на времето, уплътняване на работното време	4	25 %
14	Осигуряване на добра обезпеченост със съвременна апаратура, достатъчно материални ресурси (консумативи, медикаменти).	4	25 %
15	Наемане и включване в работата на „здравни асистенти“	2	13 %
16	Наемане на лице за длъжността „технически сътрудник“	1	6 %
17	Разкриване на нова длъжност „координатор“	1	6 %
В. Проследяване на мнението на клиентите/пациентите			
№	**ВЪЗМОЖНОСТИ/МЕРКИ**	**Брой**	**в %**
18	Периодично проследяване на мнението на пациентите, техните близки, настойници, попечители относно качеството на оказваните здравни грижи	3	19 %

Над 80% от обхванатите лица считат, че развитието на персонала (продължаващо обучение с цел повишаване на квалификацията на професионалистите по здравни грижи) са едни от основните мерки за подобряване на качеството на предлаганите услуги, дори и в условия на недостиг на персонал. Повече от половината стажанти (63 %) са посочили предприемане на различни мерки за привличане на персонал, а 44 % считат, че привличането на нов персонал е уместно да се прави по време на обучението на студентите от различните специалности, които реализират в съответните звена учебна практика и преддипломен стаж. Предложени са и мерки като оптимизиране и поддържане на оперативната документация, използване на различни материални и нематериални стимули. Едва в 3 (19%) от курсовите разработки е обърнато внимание на проследяване на мнението на пациентите по отношение на качеството на оказваните грижи.

Изводи

1. Действащите професионалисти по здравни грижи могат да бъдат потенциален генератор на прагматични и адекватни идеи за преодоляване на проблема с недостига на персонал по работни места.

2. Анализът потвърждава универсалността на развитието на персонала, като основна предпоставка за предоставяне на качествени здравни грижи, дори и в условията на недостиг на човешки ресурс.
3. Удовлетвореността и препоръките на потребителите на здравни грижи все още не е сигнификантен фактор за професионалистите по здравни грижи относно подобряване на качеството.
4. Към настоящия момент, в условията на пандемична обстановка и предоставяне на здравни грижи при чувствителен недостиг на персонал, мнението на действащите професионалисти по здравни грижи е особено ценно и значимо както за справяне с проблемите, така и за повишаване на мотивацията на персонала.

Заключение

Управлението на човешките ресурси, в условия на недостиг на персонал е едно от най-сериозните предизвикателства, пред които са изправени съвременните ръководители на здравни грижи. Използването на всички разумни и адекватни възможности/мерки за поддържане и повишаване на качеството на здравни грижи, е изключително наложително.

Според G. Cole (1988) един от аспектите на управлението на персонала е съветване и насочване на мениджърите в организацията при прилагане на подходяща политика и стратегия за персонала [7]. Редица изследователи в областта доказват, че за ефективните ръководители стратегията за развитието на персонала е ключова, а самите хора, работещи в съответната организация, те определят като ресурс много по-важен, отколкото материалните или финансовите ресурси [1,2,3].

Използвана литература

1. Бояджиев, Д. Мениджмънт на човешките ресурси. DIAGNOSIS PRESS, София, 1994, стр. 177
2. Грънчарова, Г. М. Драганова. Управление на здравните грижи. Издателски център на МУ-Плевен, 2016, стр. 287.
3. Дракър, П. Ефективният ръководител. Класика Стил, София, 2002, стр. 188.
4. Здравна програма на ЕС. Достъпно в интернет на адрес: https://ec.europa.eu/health/funding/programme_bg
5. Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалността "Управление на здравните грижи" за образователно- квалификационните степени "магистър" и "бакалавър" от професионално направление "Обществено здраве" Обн. - ДВ, бр. 70 от 29.08.2006 г.; в сила от учебната 2006 - 2007 г.; изм. и доп., бр. 87 от 07.10.2008 г, Достъпно в интернет на адрес: file:///C:/Users/USER/Downloads/nrdb_edi_upr_zdravni_grizhi%20(1).pdf
6. Стратегия за развитие на здравните грижи в България 2013 – 2020 г. Достъпно в интернет на адрес: https://nursing-bg.com.
7. Cole, G. Personnel Management. Theory and Practice, D. P. Publications Ltd., London, 1988, pp. 388
8. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership, Accessible in Internet at https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279

СТАНДАРТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ – НЕОБХОДИМОСТ В ПРОФЕСИОНАЛНАТА ПРАКТИКА

С. Борисова

Катедра „Здравни грижи“, Факултет „Обществено здравеопазване“, МУ – Варна

Контакт: Проф. Силвия Борисова, доктор на науките
e-mail: silvia.borisova@mu-varna.bg

Въведение

Здравните реформи, които се провеждат в нашата страна, значително увеличават потребностите на обществото от високо качество на медицинските грижи, увеличават необходимостта от медицински сестри, които да притежават знания и умения за прилагане на различни методи за грижа, съответстващи на международните стандарти. Интегрирането на грижи в ежедневната практика на медицинската сестра, чрез прилагане на строг и последователен процес е проучване широко застъпено в сестринството у нас и в други страни.

Като „регулирана професия” Европейският съюз изисква от професията на медицинската сестра определени единни стандарти. От 01.01.2000 г. е утвърден Единен акредитационен съвет и Комитет за хармонизация за стандартите от всички страни от региона [8].

Според В. Борисов, като основен елемент на мениджмънта на сестринските грижи е определена система за оценяване на общите усилия, включително оценка на мениджърския процес, а така също и оценка на сестринската практика и всички сестрински грижи и услуги [1].

Европейският и световен опит доказва постигане на качество в сестринските грижи чрез прилагане на стандарти за добра сестринска практика. Дейността на медицинската сестра се основава на правила и норми за добра практика, базирани на цялостна концепция в стандартизирането на здравните грижи.

Според Г. Грънчаров, оценяването на качеството се определя, като измерване на разликата между реалната действителност с предварително установените норми (стандарти) за тази дейност [3, 4].

Предоставянето на качествена медицинска помощ на населението е една от основните цели в управлението на здравеопазната система. В Стратегията за развитие на здравните грижи в Р. България 2013-2020 г. ясно се декларира, че „за гарантиране на качеството са въведени редица инструменти – медицински стандарти, клинични пътеки, акредитация и други. За съжаление в малко от тях се споменава за здравни грижи - няма приети национални стандарти за здравни грижи, няма минимални стандарти за съотношение на специалисти по здравни грижи към обгрижвани пациенти. Извършените акредитации на лечебните заведения отчитат намален брой на специалисти по здравни грижи“ [9].

Ст. Маркова, И. Стамболова и Г. Чанева определят стандартите като критерии за дейности, планиране на цели, физически или количествени измервания на продуктите, звената за услуги, работните часове, скоростта, цената, капиталовите разходи, приходи, програми и нематериални стандарти [5].

Стандартът е концепция, която дава най-общата представа за дадено явление (феномен). ***Критерият*** е концепция, която предоставя както обща, така и детайлна информация за явлението (феномена). Стандартите и критериите се създават индивидуално за всяка професия, например медицински стандарти и критерии, сестрински стандарти и критерии, или могат да бъдат формулирани като стандарти и критерии за оказване на грижи за пациента. Тези стандарти се създават от интердисциплинарни групи [6].

Обхватът и стандартите на практическите ресурси описват изкуството и науката на сестринството и детайлите, свързани със специалната сестринска практика. Използват се като отправна точка за:

- инициативи за подобряване на качеството;
- сертифициране;
- описание на позициите и оценки на изпълнението;
- обучение и програми за повишаване на квалификацията;
- сестрински програми ориентирани към регулирани дейности.

В много страни стандартът по здравни грижи очертава ключови аспекти на професионалната роля и практиката на медицинската сестра за всяко ниво, обстановка, фокус върху населението или специалност и др. [11].

В съвременните европейски практики съществуват стандарти, които ръководят ежедневната работа на всички медицински специалисти. Редица автори определят основно два типа медицински стандарти - професионални и етични [12,13].

Професионалните стандарти се разработват, въз основа на дейностите на здравното заведение и неговите възможности. Разработването на стандарти отчита препоръките на надзорните органи - местни, териториални, национални. Стандартите за професионалната сестринска дейност се одобряват след клинични изпитвания и се актуализират периодично.

Автори като Delaune W., Edelman C. определят задължителни условия за прилагането на стандартите:

- клиничната ситуация;
- нивото на предоставената медицинска помощ;
- информираност на медицинската сестра за същността на стандарта;
- оказване на грижи в минимален размер и в най-кратки срокове [14].

Международният опит показва, че стандартите за професионална дейност на медицинска сестра се разделят на следните групи:

- стандарти за манипулация или процедури, които съдържат целите на процедурите, индикации и противопоказания за тях, оборудване и условия за извършване на манипулации, описание на процедурата: подготовка, изпълнение, завършване;
- стандарти за планиране на грижи - отразяват основното ниво на висококачествена сестринска грижа в конкретна клинична ситуация;
- стандартите за спешна помощ в доболничната помощ - списък на алгоритмите, използвани в типичните клинични ситуации;
- етичните стандарти на медицинската сестра - стандарт на поведение на медицинските специалисти с база разработен и приложен "Етичният кодекс на медицинската сестра"; очертава принципите на медицинската етика и деонтология, както и философията на съвременните медицински сестри [10].

Международната практика показва, че медицинските сестри са посветени на стандартите, насоките и принципите в своята дейност. Определени са ценностите и приоритетите на сестринството. Стандартите предоставят насока на медицинските сестри и повлияват на законодателните инициативи в Канада, Германия, САЩ.

Цел

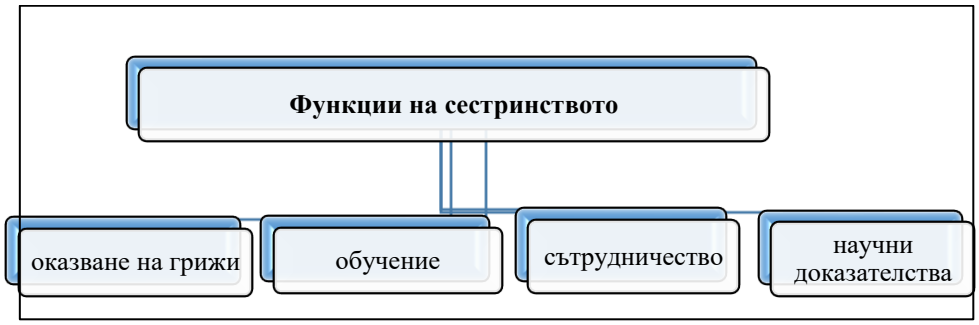
Целта на настоящото проучване е да се идентифицират и анализират възможностите за прилагане на стандарти по здравни грижи в професионалните дейности, които медицинските сестри могат да извършват самостоятелно.

Материал и методи

Материалите и методите, приложени за изпълнение на поставената цел са насочени към анализ и оценка на практическата значимост на основните теориите в сестринството. Разработени са критерии за съпоставимост на концепции и резултати от приложението. Прегледът на законови и подзаконови актове, регулиращи професионалните дейности на медицинската сестра е направен чрез сравнително правен анализ. Проведено е анкетно проучване и структурирано интервю за изясняване на връзките между отделните фактори, оказващи влияние върху готовността за прилагане на стандарти по здравни грижи сред 284 медицински сестри от Северна България - областите Варна, Девня, Добрич, Търговище и Шумен в периода от м. септември 2018 г. до м. декември 2019 г.

Резултати и обсъждане

Концептуалните модели за сестрински грижи позволяват на медицинските сестри да прилагат различни професионални подходи в своята практика и да осигуряват качествени грижи за пациентите. Анализът на съдържанието на теориите в сестринството ни дава основание да определим областите на дейност на медицинската сестра (**Фиг. 1**).

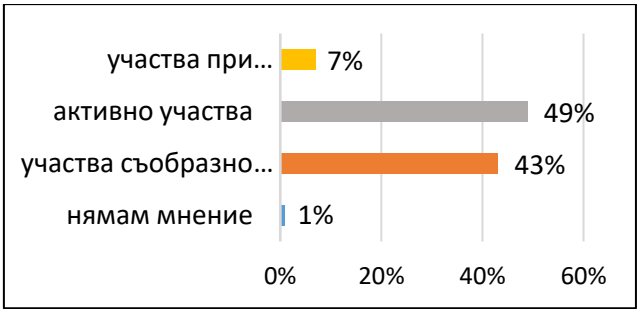


Фиг. 1. Области на дейност на медицинската сестра

Според Националната здравна стратегия 2014-2020 реализирането на Политика 4.1: Създаване на ефективни системи за осигуряване и контрол на качеството на здравните дейности изисква извършването на различни по вид и характер дейности насочени към промяна на основните детерминанти, които влияят върху нивото на качеството.

Стандартът е професионално разработена рамка, очертаваща обхвата на допустимите дейности и интервенции, съответстващи на професионалните компетенции на медицинската сестра.

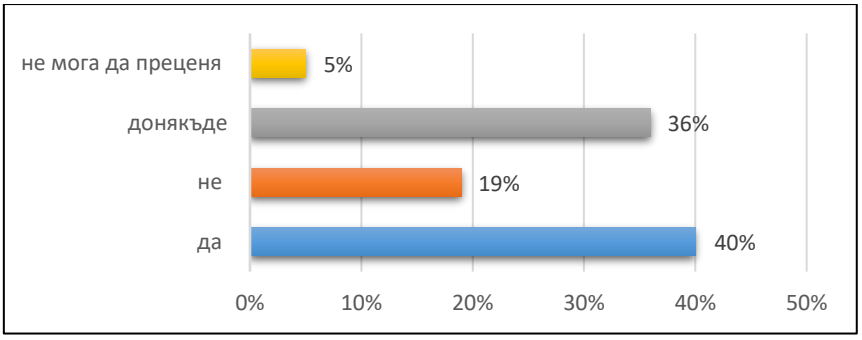
Мнението на респондентите за участието им в процеса на повишаване на качеството на здравните грижи в извънболничната медицинска помощ е представено на **Фиг.2**.



Фиг. 2. Участие на медицинските сестри в процеса на предоставяне на здравни грижи

Медицинските сестри отдават голямо значение на активното участие в процеса на предоставяне на грижи (49%). Налице е силна зависимост между активното участие и трудовия стаж на медицинските сестри (χ^2=13,7; p=0,04). Натрупаният в годините на професията опит и сигурност при извършване на дейностите, оказва влияние на мнението, изказано от респондентите.

Потърсихме мнение, относно възможностите, които предоставя сестринската практика в извънболничната помощ за поемане на високи професионални отговорности от медицинската сестра. Голяма част от анкетираните, отчитат положително влиянието на обхвата на дейност на първичната медицинска помощ за изграждане на професионалисти по здравни грижи (**Фиг. 3**).



Фиг. 3. Възможности на съвременната практика за поемане на високи професионални отговорности

Убеденост във възможностите, които създава практиката на първичните здравни грижи за поемане на високи професионални отговорности изказват значителна част от анкетираните медицински сестри (66%, n=190). Съвременната практика е основана на доказателства и създава условия за извършване на дейности, които могат да бъдат по назначение или самостоятелно.

Приоритет в сестринската практика са стандартите по здравни грижи (78%, n=223). Анкетираните медицински сестри ясно осъзнават отговорността на действията, които се гарантират от въведените в световната практика, с доказан положителният ефект, професионални стандарти за здравни грижи. Голяма част от анкетираните лица, отчитат положително влиянието на правила и норми за добра сестринска практика (85%, n = 241).

Професионалната сестринска практика включва базови и специализирани умения за изпълнението на уникалната и професионална роля в оказването на здравни грижи - две основни концепции, които са водещи в професионалното сестринство - *отговорност и самостоятелност*. Всички стандарти за практикуване, насочват към придобиване на знания, умения, преценка и нагласи, които са необходими за безопасното практикуване на професията.

Литературният обзор и проученият международен опит ни дават основание да определим следните направления в приложението на стандарти за здравни грижи:

- обхват и стандарти за добра практика;
- компетентно ниво на оказване на сестрински грижи.

Нивата на грижи са доказани, чрез прилагането на сестринския процес, който е в основата на практическата дейност и включва всички значителни действия, предприети от медицинските сестри в предоставянето на грижи на пациента и неговото семейство - отговорност, безопасност, обучение, възстановяване на здравето, участие в лечебно-оздравителния процес, самостоятелни грижи и планиране на тяхната приемственост.

Заключение

Разработването и прилагането на стандарти е дейност, насочена към постигането на максимална степен на подреденост, както и управление на риска в определена област, посредством установяване на правила за многократно използване. Съвременните условия на практикуване на сестринската професия формират умения, способности и мотивация за адекватен стил на професионално поведение и извежда на преден план отговорността за здравето на отделния човек. Сестринството е изправено пред редица здравно политически и мениджърски предизвикателства, от решаването на които зависи обществения и професионалния престиж на сестринската професия. Необходимо е значително да се разшири спектъра от взаимосвързани и независимите сестрински намеси.

Въвеждането на стандарти по здравни грижи ще очертае ясни параметри и обхват на дейността на медицинската сестра.

Литература:

1. Борисов В., Здравен мениджмънт с основи на здравната политика. Филинвест, С., 2003.
2. Борисова, С., Прилагане на сестринския процес в практиката на медицинската сестра, СТЕНО, 2013.
3. Грънчарова Г., М. Драганова. Управление на здравните грижи. Трето препаботено и допълнено издание. ИЦ на МУ-Плевен, 2016.
4. Грънчарова Г. Социална медицина. Шесто издание. ИЦ, МУ - Плевен, 2018.
5. Маркова Ст., И. Стамболова, Г. Чанева, Протокол за здравни грижи- средство за качествени здравни грижи, Социална медицина, С., 2001, 1, 35.
6. Маанен В. Х., Сестринска диагноза, тезиси на лекции, изнесени пред преподаватели по общи и специални сестрински грижи от медицинските колежи, семинар „сестринска диагноза“, Плевен, 2004.
7. Попова, Ст., Мирчева, И., Керековска, А., Георгиева, Л., Социална медицина, СТЕНО, 2011.
8. Чанева, Г., Качеството на сестринските грижи като приоритет, „Артик 2001” ООД, С., 2008;
9. Национална здравна стратегия (2014-2020), Министерство на здравеопазването на Р. България, София, 2013.
10. Carroll J., Have proposed seven stages of decision-making. Health
11. and Social Care in the Community, 7, 1999,1, 39–50.
12. Carroll J., Nursing Informatics: Scope and Standards of Practice, American Nurses Association, 2014.
13. Davis, Ch., The importance of professional standards, Nursing made
14. Incredibly Easy, 2014,12,5,4.
15. Delaune, C.,S., Ladner, K., P. Fundamentals of nursing: Standards and practice. Second Edition. Delmar, Thomson Learning,1998, 23-39.
16. Edelman, C.L., Mandle, C.L. Health promotion throughout the lifespan. St. Louis, MO, 4th ed., Mosby, 1997.
17. Dutton, J., Lilius, J., & Kanov, J., The transformative potential of compassion at work. In S. K. Piderit, R. E. Fry, & D. L. Stanford University Press., 2007.
18. Nursing Standard. The Oxford Textbook of Palliative Medicine, 13, 47, 27-27. 335; 765-768.
19. Spiritual care in nursing: a systematic approach, Nursing Standard. 14, 17, 32,36. International Council of Nurses., 2006.

ОБУЧЕНИЕ НА ЖЕНИ - ЛИДЕРИ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ

А. Докова, Ст. Павлова

Катедра „Логопедия и медицинска педагогика“, Факултет „Обществено здравеопазване“, МУ - Варна

Контакт: Доц. Анета Докова, д.п.
e-mail: dokova@mu-varna.bg

Въведение

Глобалното здраве може да се определи като мултидисциплинарна област на услуги, изследвания и обучение, целяща да подобри здравето както на индивидите в общностите, така и на населението като цяло, да постигне здравно равенство особено в бедните на ресурси страни. Макар пропастта между половете да съществува в много сфери, вкл. в управлението, бизнеса, правото и образованието, пропастта в глобалното здравеопазване е особено тревожна, тъй като здравето на жената и намаляването на несправедливите здравни неравенства са в центъра на тази област. Затварянето на пропастта между половете в лидерството в световен план няма да реши всички проблеми, свързани със здравето на жената, но ще подобри съществено качеството на здравните грижи в общностите.

Стремежът към паритет между половете в здравното лидерство се отразява и ще се отразява върху глобалната здравна политика и практика. Необходимо е да се проучат причините за недостига на женско лидерство в глобалното здравеопазване и да се предложат решения. Лидерството представлява едно от академичните измерения на глобалното здравеопазване и е област, която обхваща редица дисциплини като напр. човешки права, развитие и политика. Кариерното развитие в глобалното здравеопазване за хората от страни, богати на ресурси, обикновено изисква посвещаване на значително време на международна работа на поле, докато хората от ресурсно бедните страни трябва често дългосрочно да пътуват в чужбина, за да получат университетско образование и следдипломна специализация. Освен това сферата на глобалното здравеопазване изисква широк спектър от умения, вкл. научни способности, свободно боравене с чужд език, културна чувствителност, гъвкавост, дипломатичност, лидерство, умения за създаване на екип и физическа издържливост, за да се работи в ресурсно бедни, отдалечени региони и сред местните общности.

Лидерството е ключово за подобряване на резултатите в здравните системи. Лидерските стилове са важни организационни предпоставки, оказващи особено влияние върху мотивацията на професионалистите по здравни грижи, удовлетвореността от работата и работата в екип. Основополагащ стълб в подходите за укрепване на здравните системи е подобряването на лидерството за създаване на здравни професионалисти, които да са състрадателни, справедливи и ефикасни при наличните ресурси и обстоятелства. Лошите лидерски стилове водят до по-нататъшна неудовлетвореност у здравните специалисти, демотивация и в края на краищата - до незаинтересованост на екипите.

Цел

Целта на настоящото изследване е да се проучат важните лидерски умения, които жените-лидери трябва да изградят за управлението на здравните грижи, да се идентифицират препятствията пред кариерното им развитие и да се предложат потенциални решения за преодоляването им.

Материал и методи

Въз основа на ретроспективен анализ на база данни, публично достъпни в *PubMed* и *Web of Science*, са изследвани добри практики за обучение, изграждане на лидерски умения и кариерно развитие на жените в управлението на здравните грижи.

Две програми в Уганда - Програмата на СЗО „Лидерство за здраве“ и Лидерската програма „Caring Together“ на Baylor College по медицина към Детската фондация в Уганда, са насочени към трансформиране на лидерските стилове сред здравните професионалисти, които след това да станат ментори на водещи здравни работници за подобряване на организационната динамика, създаване на екипи и поддържане на ефективна комуникация. Лидери, които показват характеристики на несъпротивление, оказват

отрицателен ефект върху подобряването на работата в екип сред специалистите по здравни грижи. Укрепването на трансформационните умения не само повишава удовлетвореността от работата у здравните професионалисти и задържането им на работа, но и осигурява ефективно предоставяне на здравни грижи [12].

В Уганда, в която има ограничена работна ръка в здравната система, много доставчици на здравни грижи поемат съществени роли на здравно лидерство въпреки минималното формално обучение по лидерски умения [13] и не са в състояние да гарантират удовлетвореност от работата поради ограничени умения за даване на оценка, базирана на резултатите, и обратна връзка със своите подчинени. В Холандия повечето от екипите процъфтяват под ръководството на лидер, който е харизматичен и достъпен, в сравнение с лидера, който показва предимно трансактивни лидерски черти, а смесеното лидерство се счита за най-ефективно [9].

С помощта на полуструктурирани интервюта в рамките на качествено проучване, проведено при 19 лекари, играещи важни лидерски роли в своите общности в шест региона в Япония, M. Kainuma и съавт. [10] идентифицират компетенциите, необходими за превръщането в лидер в областта на общностната медицина. Очертават се шест основни теми: 1) „Медицински способности“, които включват психологически аспекти и трудни случаи, освен базисни медицински проблеми; 2) „Дългосрочна перспектива“, т.е. способността да се развива дългосрочна, всеобхватна визия и непрекъсната работа за постигане на визията; 3) „Изграждането на екип“ се състои в способност да се инициират и реализират програми, включващи специализанти и работници от местното правителство, да се обясни визията, да се комуникира и да се приемат други медицински професионалисти; 4) „Способност да се преговаря“, т.е. да се водят преговори с другите, за да могат програмите и визиите да напредват безпроблемно; 5) „Способност да управлява“ - да се ръководи клиника, медицинско отделение или медицинска организация и 6) „Да се наслаждава“ – здравните професионалисти имат нужда да усещат привличане към общностната медицина, тя да е удоволствие и предизвикателство за тях.

Като цяло, системите на здравеопазване по целия свят се сблъскват с липса на компетентен мениджмънт на всички нива. Идентифицират се шест компетенции на клиничните мениджъри в контекста на селския сектор на първичното здравеопазване: визионерско лидерство; преценка, планиране и оценка; промоция на здравето и профилактика на заболяванията; информационен мениджмънт; партньорство и сътрудничество, както и комуникация. В кръстосано проучване на 96 мениджъри на висше и средно ниво от 16 болници в Иранския университет по медицински науки, A. Saleh Ardestani и съавт. [15] изследват връзката между лидерската ефективност и осигуряването на обучителни курсове по мениджмънт. Резултатите показват подходяща ефективност на лидерите в сравнение с набора от критерии. Няма обаче никаква връзка между получаването на обучение по управление и лидерската ефективност.

В Университета в Корнел, Ню Йорк, САЩ, 85% от студентите и 70% от завършилите образованието си, които имат интерес към глобалното здравеопазване, са жени. Процентът на жените прогресивно намалява с всяка стъпка по стълбицата на кариерното им развитие в глобалното здравеопазване до такава степен, че по-малко от 25% от лидерските роли в тази област се изпълняват от жени [7]. Жените напускат кариерата си в глобалното здравеопазване отчасти поради това, че с напредването в професионалния им път те се сблъскват с препятствия от полово естество. Стратегии за разширяване на ролята на женското лидерство са прилагани с успех в бизнеса и политиката.

В България обстойно са анализирани теориите за лидерството и ролята на съвременното лидерство на сътрудничество в системата на здравеопазването, като се потвърждава хипотезата, че организационните способности се променят и съвременните лидери трябва да се адаптират при новите условия [3]. Управлението на хората чрез

мотивиране и личен пример, т. е. лидерството, независимо от позицията в дадена организация, днес е едно от съществените предизвикателства пред всеки здравен мениджър [1].

Д. Димитров [2] провежда анонимна анкета сред 352 души с управленски функции в български болнични заведения и заключава, че стилът на лидерство и управление е съществен фактор за реализиране на управленския процес. Подчертава се ролята на функционално ориентирания стил на лидерство. Лидерите в съвременната здравна система имат ясна стратегия, бизнес-ориентирано мислене, те умеят да мотивират, постоянно повишават своите компетенции и са дипломатични. Основните им грешки са свързани с подмяната на лидерството с микро мениджмънт, субективизма, неправилната мотивация и разчитането на стара слава. Разглеждат се някои актуални аспекти на лидерството и управлението в системата на болничната помощ в България [4].

Изпълняването на ръководна функция в системата на здравеопазването е сложно и обогатяващо. Ръководителят трябва да е наясно както с разликите в същността, фокуса и границите при осъществяването на здравните грижи за пациента и управлението им, така и със собствената си власт и уменията за използването ѝ по подходящи, добронамерени и не репресивни начини, чувствителни към професионалистите по здравни грижи [5]. Освен това той трябва да може да преценява необходимите качества и умения за извършването на качествени грижи и за тяхното управление.

Резултати

Жените-лидери са по-склонни да подкрепят здравните заведения, следродилните грижи и имунизациите [6]. Има тенденция, жените да инвестират в обществена работа, която е по-тясно свързана с женската загриженост като напр. чистотата на питейната вода, докато мъжете инвестират в дейности, по-скоро свързани с мъжките ангажименти като напр. напоителни системи за селското стопанство.

J. A Downs и съавт. [7] описват три категории бариери от полово естество и предлагат решения, които могат да се приложат както в богатите на ресурси, така и в бедните държави, за да се преодолеят тези препятствия. Тези категории са следните: 1) предизвикателства за изкачването по институционалната стълбица на кариерното развитие; 2) напрежение между професионалните и семейните отговорности и 3) проблеми, свързани със здравето и сигурността. Тези въпроси са по-изразени при жените в глобалното здравеопазване поради международни пътувания, продължителни пребивавания в чужбина, загриженост за здравето и сигурността в развиващите се страни, както и липсата на заплащане за извършените услуги за бедни пациенти, които не могат да си платят за предоставените клинични грижи.

Едно потенциално решение на първия проблем е да се отпускат лидерски стипендии на жените от ресурсно бедните страни, като им се осигури време, което да отделят за обучение, включително за: 1) дидактически курсове за придобиване на технически умения; 2) менторство, изследвания или проекти за обучение и 3) обучение по лидерство и мениджмънт. Световните здравни организации и центрове създават екипи за менторство и кариерно ръководство конкретно за жените като едно друго потенциално решение на първото препятствие. Жените-ментори в световното здравеопазване са в ограничен брой и затова се препоръчва включването на жени-ментори от други глобални или интернационални професии. Световните здравни организации и в ресурсно богатите, и в ресурсно бедните страни трябва да формализират и да подкрепят финансово менторството за обучаваните жени и младите професионалисти. Академичните институции трябва да осигуряват финансиране за участието в международни срещи на жените в глобалното здравеопазване.

Центровете за обществено здравеопазване са изправени пред недостиг на лекари в първичното здравеопазване във време, когато правителствените планове са за разширяване на програмите за обществено здраве. Центровете за обществено здраве имат нужда от добри здравни професионалисти, допълнително обучени по лидерство, за да успеят да постигнат това разширяване.

Ключовите елементи на клиничното лидерство в академичните медицински центрове могат да се разпределят в четири важни теми: 1) управление на екипа, 2) установяване на визия, 3) комуникация и 4) лични качества. Според концепцията на СЗО, един „пет звезден“ лекар е доставчик на грижи, човек, вземащ решения, комуникатор, общностен лидер и мениджър [10]. В целия свят се разработват учебни планове за преподаване на лидерство в клинична среда. Годините, които са критични за изграждането на кариера, между получаването на образователна степен и получаването на лидерска роля съвпадат също с репродуктивните години при жените, „когато бързата пътека и пътеката на репродукцията са в колизия“. За жените, които имат интерес към глобалното здравеопазване, напреженията между изграждането на кариера и семейството се изострят още повече от необходимостта да се прекарва значително време в чужбина. Неомъжените жени, които желаят да имат деца, често имат трудности да се срещат с партньорите си в чужбина и се безпокоят за изминаващите години за раждане на деца, като търсят назначения в родните си страни. С подобни проблеми се сблъскват често и жените, които, дори когато имат образователни степени на нивото на своите партньори, обикновено понасят по-голямата тежест на домакинската работа. Потенциални решения на втория проблем могат да бъдат засилването на здравното образование в ресурсно по-бедните страни, осигуряването на грантове за насърчаване на научно-изследователската работа в глобалното здравеопазване, както и удължаването на срока на платеното майчинство и годините за отглеждане на дете, като се осигуряват по-гъвкави периоди на обучение, кариерни срокове и грантови периоди за тези жени. Здравословните проблеми, обвързани с пола, в ресурсно бедните страни представляват здравен риск за жените. Бременните жени, които работят в условия на ресурсна бедност, са също изложени на повишен риск от усложнения при майката и плода поради тропически и други инфекции, както и лоши пренатални и акушерски грижи. Потенциално решение на третото препятствие може да се състои в институционализираното обезпечаване на допълнително здравно осигуряване, което включва покриването на спешна евакуация в случай на здравна или гражданска спешна ситуация и превантивни лекарствени средства и ваксинации по време на пътуване. По-нататъшните институционални промени в академичното издигане, отпускът за майчинство и осигуряването на менторство също могат имат съществено въздействие в тези случаи.

Обучението по лидерство се признава все повече като съществен компонент на медицинското образование, тъй като подготвя професионалистите по здравни грижи да отговарят на тези потребности. За съжаление, повечето медицински училища не включват обучение по лидерство в своите програми. S. B. Ginzburg и съавт. [8] предлагат хипотезата, че интегрирането на обучението по лидерство в изследвания, ориентирани към пациента, в активно разсъждение, обучение и синтез - една хибридна обучителна програма, проблемно базирана или базирана върху случаи, би представлявала ефективен начин за това, студентите по медицина да развиват лидерски умения без допълнително натоварване на учебната програма. Общо 98 студенти участват в тази уникална програма за лидерство, проведена през всеки от шестте курса през първите две години. Програмният директор и обучените академични преподаватели обучават студентите по развиване на лидерство през това време. Студентите последователно подобряват своите резултати по всички четири оценявани показателя, особено що се касае до нестандартното мислене и усъвършенстването на процеса на лидерство.

P. Roig Jornet и E. Kalenderian [14] установяват ефективността на продължаващия тридневен образователен курс по лидерство, включващ теми като самосъзнание, лидерски качества, емоционална интелигентност, комуникативни умения, социални умения, управление на конфликти, персонално брандиране, подобряване на качеството и мотивация на екипа. Удовлетвореността на участниците както от ефективността на инструкторите, така и от цялостния дизайн на курса е много висока. Шест месеца след приключването на курса участниците са много положително настроени към практическото приложение на придобитите от тях лидерски умения. Средните оценки на всички участници на теста за обективно оценяване на придобитите знания по лидерство показват статистически значима ($p<0.001$) разлика между резултатите преди и след курса.

Няколко подхода подобряват обучението по лидерство както в университетското, така и в следдипломното образование. Обучителни курсове за завършилите медицина включват работни семинари, повтарящи се на определено време, и дългосрочни програми, включващи обучение по лидерство. Развитието на лидерството по време на университетското медицинско образование се въвежда по различни начини, вкл. и с дейности в клас, симулационни упражнения и интеграция в клиничната практика. Тези инициативи варират в зависимост от индивидуалния опит до провеждането на лонгитудинални програми. В лидерските програми в медицинските университети трябва да търси лонгитудинален и интегриран подход към обучението по лидерство, който да се препоръчва и възобновява.

Съизследователите поемат някои лидерски роли и показват ангажираност и интерес към научното изследване, достигайки пълния си потенциал. Лидерските умения на съизследователите влизат в действие във фазата на иницииране и разработка на изследването чрез осигуряване на пространство за съизследователите да оформят изследователските приоритети, проектния дизайн и методите на проучването.

Изводи

Лидерството е критичен фактор в организациите, тъй като има огромно въздействие върху целите, визиите, социалната среда и мотивацията за работа на здравните професионалисти. При осигуряването на висококачествени грижи все повече се разчита на екипите, сътрудничеството и интердисциплинарната работа, поради което лидерството на жените е от съществено значение за оптимизирането на резултатите в здравната система.

Засилването на женското лидерство в глобалното здравеопазване е критична стъпка към справяне с проблема за женското здраве в световен мащаб. Кариерното напредване на жените в световното здравеопазване би могло да бъде стимулирано чрез стратегически инвестиции за осигуряване на стипендии за обучение по лидерство, менторство от лидери-жени в световните професии, утвърждаване на здравното образование в ресурсно бедните страни и включване в научни изследвания.

Литература

1. Великова Ц., Необходимостта от нов тип лидерство в мениджмънта на здравеопазването, Медицински мениджмънт и здравна политика, 48, 2017, № 4, 39-47.
2. Димитров Д., Стил на лидерство и мениджмънт в болницата. Здравна политика и мениджмънт, 9, 2009, № 2, 25-30.
3. Левенти А., А. Янакиева, А. Воденичарова, С. Георгиев. Еволюцията на теориите за лидерство и ролята на съвременното лидерство на сътрудничество в медицината. Здравна политика и мениджмънт, 17, 2017, № 3, 42-45.
4. Спиридонов С., Б. Борисов, К. Попова. Лидерство и мениджмънт в болничния сектор. Здравна политика и мениджмънт, 10, 2010, № 5, 22-26.
5. Чанева Г., Успешното лидерство в здравните грижи: необходими качества и умения, Медицински меридиани, 6, 2015, № 1, 32-35.

6. Bhalotra S., Clots-Figueras I., Health and the political agency of women, 2011, http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1977802.
7. Downs JA, Reif LK, Hokororo A, Fitzgerald DW. Increasing women in leadership in global health, Acad Med., 2014; 89(8):1103-1107.
8. Ginzburg SB, Deutsch S, Bellissimo J, Elkowitz DE, Stern JN, Lucito R. Integration of leadership training into a problem/case-based learning program for first- and second-year medical students. Adv Med Educ Pract. 2018;9:221-226.
9. Jansen R. Transactional & transformational leadership style, motivation and the effect on team performance & team creativity. Master's thesis. Amsterdam, University of Amsterdam, 2013.
10. Kainuma M., Kikukawa M, Nagata M, Yoshida M. Competencies necessary for becoming a leader in the field of community medicine: a Japanese qualitative interview study. BMJ Open. 2018;8(4):e020082.
11. Markuns JF, Fraser B, Orlander JD. The path to physician leadership in community health centers: implications for training. Fam Med. 2010;42(6):403-407.
12. Musinguzi C, Namale L, Rutebemberwa E, Dahal A, Nahirya-Ntege P, Kekitiinwa A. The relationship between leadership style and health worker motivation, job satisfaction and teamwork in Uganda. J Healthc Leadersh. 2018;10:21-32.
13. Nakanjako D, Namagala E, Semeere A, Kigozi J, Sempa J, Ddamulira JB, et al.; Afya Bora Consortium members. Global health leadership training in resource-limited settings: a collaborative approach by academic institutions and local health care programs in Uganda. Hum Resour Health. 2015;13:87.
14. Roig Jornet P, Kalenderian E. The effectiveness of an initial continuing education course in leadership for dentists. Eur J Dent Educ. 2018;22(2):128-141.
15. Saleh Ardestani A, Sarabi Asiabar A, Ebadifard Azar F, Abtahi SA. The relationship between hospital managers' leadership style and effectiveness with passing managerial training courses. Med J Islam Repub Iran. 2016;30:465.

АНАЛИЗ НА НАУЧНО-ИЗСЛЕДОВАТЕЛСКА ДЕЙНОСТ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ И АКУШЕРКИТЕ В БЪЛГАРИЯ ПО ДАННИ ОТ НАЦИД

М. Сълева, С. Александрова-Янкуловска, М. Драганова, А. Сеизов
Катедра "Обществоздравни науки", Факултет „Обществено здраве", МУ – Плевен

Контакт: Ас. Милена Сълева
e-mail: msaleva@abv.bg

Въведение

В световен мащаб научноизследователската дейност (НИД) в областта на здравните грижи непрекъснато се развива. Първите докторски програми в областта на сестринските грижи са разкрити през 1930-те в САЩ [8]. В Европа съществено развитие на изследователската дейност в областта на здравните грижи се наблюдава след Втората световна война. Първите европейски докторски програми датират от 1950-1970 година в Обединеното кралство и Скандинавските страни. За развитието на научноизследователската дейност съществен е приносът на Европейската федерация по сестринство (EFN) и създадената към нея Европейска фондация за изследвания в здравните грижи (ENRF) през 2013 г., както и различни неправителствени организации в различни държави на Европа [7, 9].

Провеждането на научни изследвания в областта на здравните грижи е сравнително нова област за медицинските сестри и акушерки в България. Развитието на НИД в областта на здравните грижи у нас е провокирано от редица фактори: демократичните процеси в страната ни след 1989 г., последващите промени в обучението на медицински

сестри и акушерките и др. Промените в областта на здравните грижи у нас води началото си от Проект на Програма „Фар“ за подпомагане на страната ни в присъединяването към Европейския съюз, където са включени дейности за организиране на обучение на ръководни парамедицински кадри, реформа на базовото образование и развитие на непрекъснато обучение както и тяхното кариерно развитие [6]. Един от ключовите резултати от проекта е, че през 1995 г. в София стартира обучение по специалност „Управление на здравните грижи“ с образователно-квалификационна степен „бакалавър“ за ръководни кадри и преподаватели в медицински колеж. По-късно това обучение е факт в Плевен и Варна. Скоро след това се разкрива и магистърска програма, в която бъдещите магистри провеждат под ръководство научно изследване и разработват дипломна работа.

За съвременните медицински сестри и акушерки съществува възможност за академично развитие. Всички изследователи в областта на здравните грижи са изправени пред поредното предизвикателство - професионално утвърждаване на съсловието и установяване на научни идеи в здравните грижи. През последните години се наблюдава увеличаване на публикационната активност и нарастване на броя на издадените ръководства и учебни помагала в областта на здравните грижи [6]. Нараства и интереса към разработване на дисертационен труд в тази област.

Целта на настоящото изследване е да се анализира публична информация в базата данни на Националния център за информация и документация (НАЦИД), относно научноизследователската дейност на медицински сестри и акушерки в България за периода 2000 – 2019 г.

Материал и методи

Използван е документален метод. Проучени са данните в публичния Регистър на академичния състав и защитените дисертационни трудове на НАЦИД на лица с базова специалност „медицинска сестра“ и „акушерка“ и придобили образователна и научна степен (ОНС) „доктор“.

Разработен е подробен въпросник за извличане на информация от документите в Регистъра. Данните са обработени статистически с помощта на програмния продукт SPSS v.25, а за графичното оформление на резултатите е използвана програмата Microsoft Excel 2010.

Резултати и обсъждане

Националният център за информация и документация е юридическо лице на бюджетна издръжка. В съответствие със Закона за развитие на академичния състав в Република България (ЗРАСРБ) от 2018 г., Министърът на образованието и науката чрез НАЦИД създава и поддържа публичен регистър като електронна база, в която се вписват: лицата придобили образователна и научна степен „доктор“ и/или „доктор на науките“, защитените дисертационни трудове и хабилитираните лица в Република България [1].

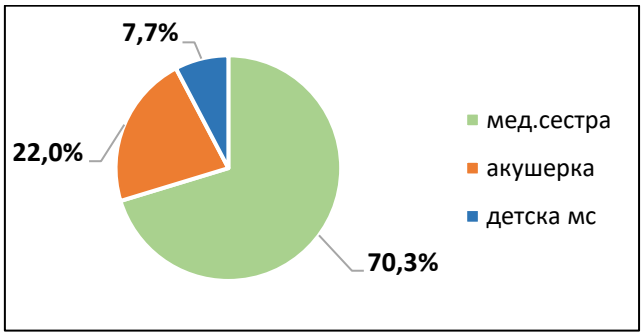
За целта на проучването се извърши анализ на публичните данни в професионалните направления (ПН) **7.4. Обществено здраве (ОЗ) и 7.5. Здравни грижи (ЗГ)**. Като допълнителен филтър бе използван - „Всички лица на академични длъжности и придобити научни степени“. Получени са следните резултати – общо 548 лица (ПН 7.4 ОЗ – 487 лица и от ПН 7.3 ЗГ – 61 лица). Данните са актуални към 02.06.2020 год.

В регистъра липсва информация за базовата специалност на лицата. Това наложи допълнителен преглед на публично достъпна биографична информация за всяко лице от други източници като: официалните интернет страници на университети, факултети, филиали и колежи в страната, в които се осъществява обучение на професионалисти по

здравни грижи, на Български лекарски съюз, Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи и др..

От двете ПН с базова специалност „медицинска сестра“ и „акушерка“. са идентифицирани общо **91 лица**, придобили ОНС „доктор“, разпределени както следва: от ПН 7.4 – 77 лица и от ПН 7.5 – 14 лица за периода 2000-2019 г.. Премахнати са 4 дублиращи се записа и са добавени 4 лица с базова специалност „медицинска сестра“ или „акушерка“ и научно развитие в областта на здравните грижи. Към момента на проучването липсват данни за лица, които са придобили ОНС „доктор“ през 2020 г.

Най-голям е относителният дял на ПЗГ, с базова специалност „медицинска сестра - общ профил“ (70,3%, n=74), следвани от лицата с базова специалност „Медицинска сестра – детски профил“ (22,0%, n=7). По-малко от 1/3 от общия брой лица (22%, n=20) са с базова специалност „акушерка“(**Фиг. 1**).



Фиг. 1. Разпределение на изследваните лица (в %) според базовата им специалност

До 2010 г. присъждането на научни степени и звания в България се извършва от Висша атестационна комисия (ВАК) – държавна институция, създадена през 1949 г. В периода от 2000 до 2010 година пред ВАК, 11 медицински сестри и 1 акушерка придобиват ОКС „Доктор“.

С приемането на Закон за развитие на академичния състав в Р България (2010), се регламентира автономност на висшите училища и процедурите за придобиване на научна степен се децентрализират [1]. Висшите медицински училища следва да са акредитирани от Националната агенция за оценка и акредитация (НАОА) и да спазват условията и реда на Закона за висшето образование. При новите условия, за периода от 2010 до 2019 г. общо **79** медицински сестри и акушерки придобиват ОНС „доктор“ в различните ВМУ от цялата страна. Обобщените данни за периода 2000 – 2019 г. показват най-голям брой защитили дисертации са в МУ – София, следвани от МУ-Варна (**Фиг. 2**).



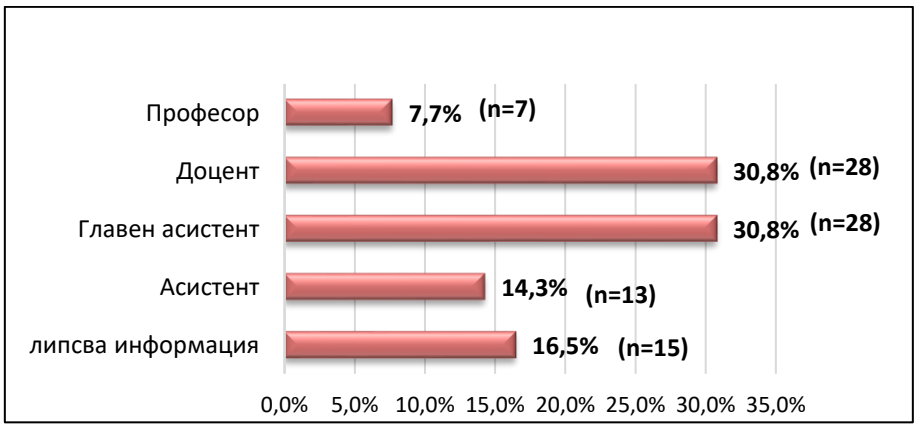
Фиг. 2. Разпределение на защитените дисертации в различните организации за периода 2000-2019 г. (в брой)

Броят на защитилите дисертация медицински сестри и акушерки до 2010 година е нисък и равномерен, след което се наблюдава забележително увеличение за 2014 г., снижаване през 2015 г. и от 2016 се запазва тенденцията на нарастване (**Фиг. 3**).



Фиг. 3. Разпределение на медицинските сестри и акушерките, придобили ОНС „Доктор“ за периода 2000-2019 г. по години (в брой)

Разпределението на лицата според настоящата академична длъжност, която заемат в момента на проучването изглежда по следния начин (**Фиг. 4**).



Фиг. 4. Разпределение на лицата според академичната длъжност, която заемат

Лицата на длъжност „доцент“ и „главен асистент“ са по-равен брой (n=28) и са най-много (n=56). Професионалистите по здравни грижи, заемащи академичната длъжност „професор“ са 7 като 4 от тях са в МУ-София, 2-ма във МУ-Варна и 1 в ТУ-Стара Загора. От лицата защитили дисертация 14,3% са на длъжност „асистент“. Липсва информация за 15 лица (16,5%) за академична длъжност. Това е свързано с факта, че не всички лица, защитили дисертация са преподаватели, но е необходима допълнителна информация за тяхната професионална реализация.

Първоначално медицинските сестри и акушерките в България защитават докторски дисертации в ПН 7.4. ОЗ по научната специалност (НС) „Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията“ (СМОЗФ). Най-голям брой лица са защитили дисертация в ПН 7.4 ОЗ (n=71), в направление 7.5 ЗГ има информация за 3 лица и само за 8 лица липсва информация (**Табл. 1**).

Табл. 1. Придобити научни степени по професионално направление и по научна специалност

Професионално направление (ПН)	**Бр.**	**%**	**Научна специалност (НС)**	**Бр.**	**%**
Обществено здраве	71	78,0	Социална медицина и органи-зация на здравеопазването и фармацията	11	12,1
Медицина	4	4,4	Теория на възпитанието и дидактика	1	1,1
Педагогика	4	4,4	Организация и управление извън сфе-рата на материалното производство	1	1,1
Здравни грижи	3	3,3	-		
Национална сигурност	1	1,1	-		
Липсва информация	8	8,8	Липсва информация	78	85,7
Общо	***91***	***100***	***Общо***	***91***	***100***

Прави впечатление, че изследваните лица са търсили възможност за придобиване на докторска степен и в други професионални направления, но темите на дисертациите са в областта на здравните грижи.

Данни за защитили дисертация по НС „СМОЗФ“ има само за 11 лица (12,4%). Липсва информация за лицата, които са защитили по НС „Управление на здравните грижи“, за която има акредитирана докторска програма преди няколко години.

За 78 лица (85,7%) няма данни за НС, което вероятно се дължи на факта, че регистърът все още е в процес на допълване и актуализиране на данните.

Към настоящия момент, в България са проведени няколко проучвания предимно за нагласи и готовност на професионалисти по здравни грижи за НИД. Наблюдава се желание за извършване на научни изследвания, но се отбелязва и необходимост от специализирано обучение относно методологията и публикационните прояви [2,3]. Г. Петрова (2013) установява, че най-висок е делът на публикациите, свързани с различни аспекти на обучението и преподаването по здравни грижи, следвани от публикации, които са от клинични области без пряка връзка със здравните грижи. Много малко са публикациите към този момент насочени към качеството на здравните грижи и теоретичните основи на сестринските и акушерски грижи [5].

При прегледа на темите на дисертациите и анотациите се оформиха следните професионални области, в които са защитени дисертациите (**Табл. 2**).

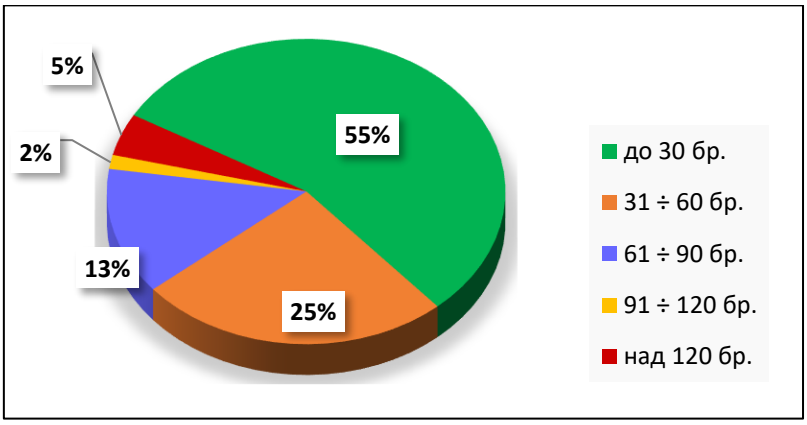
Табл. 2. Разпределение на темите на дисертационните трудове на медицинските сестри и акушерките по различни области

№	**Области на защитените дисертации**	**в брой**	**в %**
1.	Здравни грижи при възрастни със заболявания	15	16.5
2.	Базово обучение	14	15.4
3.	Управление на здравните грижи в болничната помощ	13	14.3
4.	Профилактика и превенция	12	13.2
5.	Управление в здравните грижи в извънболничната помощ	10	11.0
6.	Проучвания сред практикуващи	8	8.8
7.	Здравни грижи при деца със заболявания	8	8.8
8.	Други	6	6.6
9.	Продължаващо обучение	4	4.4
10.	Проучвания сред преподаватели	1	1.1
	Общо	**91**	**100.0**

Анализът показва интерес за разработване на дисертационен труд в различни области и направления на здравните грижи. Няма съществена разлика в броя на трудовете, които заемат първите 4 места. Дисертациите, които са насочени към здравни грижи при възрастни лица със заболявания са насочени към подобряване на здравните грижи при сериозни заболявания като захарен диабет, артериална хипертония, множествена склероза, рак на маточната шийка и др., като свое място заемат и духовните грижи да пациентите. Голям интерес има и към проблеми в различни аспекти на управлението на здравните грижи, към профилактиката и превенцията от заболявания. В област „други“ сме отнесли теми, които се различават съществено от определените области, но и не сформират други групи.

Според ЗРАСРБ НАЦИД поддържа архив на защитени дисертационни трудове в електронен и печатен формат. В електронен вариант автореферати и дисертационни трудове са качени на 27,5% от лицата (n=25).

Прегледът на публикациите показва, че има данни за броят и вида при 75% от лицата (n=68). Към момента на проучването те са общо 2 495, като 40% от тях са на лица, защитили до 2010 г. Броят на публикациите при отделните лица варира в границите от **2** до **159** бр. При разпределянето им в 5 групи се вижда, че най-много са лицата с публикации до 30 на брой (**Фиг. 5**).



Фиг. 5. Брой публикации на медицински сестри и акушерки, защитили докторска дисертация в базата данни на регистъра разпределени в пет групи

Публикациите са реализирани в разнообразни специализирани научни издания и форуми. Освен статии в списания и поредици, доклади от конференции, има издадени и над 100 учебни помагала, учебници и монографии. В базата на НАЦИД се наблюдават някои случаи на различия свързани с определянето на вида на публикации с повече от един автор. Например при едни автори публикацията е вписана като учебно помагало, а при съавтор на същото, то е вписано като учебник. Като значим резултат в развитието на НИД на медицинските сестри и акушерки в България можем да отбележим създаването на теоретична основа за здравните грижи в страната ни.

Изводи

1. Повече от 90 медицински сестри и акушерки в България са защитили докторска дисертация в периода 2000 – 2019 г.

2. Голяма част от лицата, защитили докторска дисертация заемат академична длъжност (83,5 %). Длъжност „доцент“ и „главен асистент“ се заемат от еднакъв брой лица. Сред изследваните лица има 7, които са на длъжност „професор“.

3. Установи се разнообразие в избора на професионална област за разработване на дисертация от медицински сестри и акушерки. Най-често те са свързани със здравни грижи при възрастни със заболявания и базовото обучение, следвани от управление на здравните грижи в болничната помощ и профилактика на заболяванията.

4. Общият брой на публикациите, достъпни в НАЦИД показва добро ниво на публикационна активност сред медицински сестри и акушерки в България, защитили докторска дисертация.

Заключение

Развитието на НИД в здравните грижи е важно направление и неизменна част от професионалното развитие. Създаването и поддържането на база от научни знания, като основа за добра практика, е условие за постигане на високо ниво на професионализъм. Провеждането на научни изследвания е необходимо условие за повишаване на качеството на грижите за пациентите и за прилагане в практиката на здравни грижи основани на доказателства.

Използвана литература

1. Закон за развитието на академичния състав в Република България обн. ДВ. бр.38 от 21 Май 2010 г., изм. ДВ. бр.17 от 25 Февруари 2020 г.
2. Дойновска, Р., И. Стамболова. Научноизследователската дейност на професионалистите по здравни грижи от МБАЛ – ВМА София, сп. Сестринско дело, 2001, 43, №1-2.
3. Колева, Г., Д. Георгиева, И. Христова. Нагласи и отношение на професионалистите по здравни грижи за продължаващо обучение и научна дейност, сп. Здравни грижи, бр.1, 2018.
4. Национален център за информация и документация, https://nacid.bg/bg/.
5. Петрова, Г. Научни изследвания в сферата на здравните грижи в България, Science and Technologies, Volume III, Number 1, 2013 Medicine.
6. Стамболова, И., Сестринството в България: възникване, развитие, състояние и перспективи, Централна медицинска библиотека, МУ – София, 2015.
7. History, About ENRF, European Nursing Research Foundation, available at http://www.enrf.eu/about-enrf/history/.
8. Nursing research in Europe: Scoping review, European Commission ERA-CARE Network project, Madrid, Spain, 2005.
9. Smith, L., Nursing research in Europe: a progress report, Journal of Research in Nursing, 2007, vol.

ОПТИМИЗИРАНЕ РАБОТАТА НА СТАРШАТА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА ЧРЕЗ ИЗПОЛЗВАНЕ НА ЕЛЕКТРОНЕН ГРАФИК НА СМЕНИТЕ

А. Статева*, К. Статев**
**Отделение по анестезиология и интензивно лечение, МБАЛ „Сърце и мозък“ - Плевен*
***Катедра „Обществоздравни науки“, Факултет „Обществено здраве“*
МУ – Плевен

Контакт: Ст. м. с. Антония Статева, магистър УЗГ
e-mail: tonianpetkova@gmail.com

Въведение: Документирането на сестринската дейност е практика в европейските и другите развити страни [4]. Основна и времеотнемаща част от задълженията на старшата медицинска сестра е изготвянето на график на смените на сестрите и санитарите, работещи в отделението. Задачата допълнително се усложнява от необходимостта за нанасянето на динамични промени в него при заболявания на служителите и възникване на други извънредни ситуации. След изработването на смените, старшата сестра трябва да направи необходимите изчисления и да подготви официалните документи: Форма 76 за изработените часове и отчет за положен извънреден и нощен труд. В процеса на изготвяне на графика винаги съществува опасност от допускането на грешки, които да доведат до неравномерно натоварване в работата на сестрите и санитарите. От друга страна грешките в изчисленията при изработването на отчетните документи могат да доведат до финансово ощетяване или на служителите, или на работодателя. Поради това всяка една автоматизация на този процес би улеснила работата на старшата медицинска сестра и би намалила вероятността за допускане на грешки.

Целта на настоящата разработка е създаване на електронен график на смените, оптимизиращ максимално работата на старшата медицинска сестра и апробирането му в ежедневната работа на отделението.

Материал и методи

За създаване на електронния график на смените беше използван Microsoft Excel 2016. Това е редактор на електронни таблици, включен в предпоследната версия на стандартната дистрибуция на офис пакета на Microsoft. Изборът на приложението беше продиктуван от това, че то предоставя готов потребителски интерфейс за въвеждане на данни в таблична форма и широк набор от вградени функции за изчисляването на зависимости, базирани на въведените данни. Важна особеност на приложението, която беше използвана, е възможността за дефиниране на собствени потребителски функции, написани на програмния език Visual Basic for Applications, в редактора за макроси на Microsoft Excel 2016. Не на последно място по важност е и предоставяната от приложението опция за формален контрол на въвежданите данни, което спомага за елиминирането на грешки, които биха възникнали, вследствие от неправилно въведени стойности от потребителя в табличната среда на Microsoft Excel 2016.

Резултати

В отделна страница в Excel с име „График“ се създаде модифицирана Форма 76, включваща допълнителни колони („Над норматив“, „Празнични часове“, „Часове от предишен месец“, „Часове за следващ месец“ и брой дневни, нощни и редовни смени) и редове (брой дневни и нощни смени за деня). Достъпните за потребителя клетки за попълване в нея са имена на служителя и вид смяна за съответните по дни на месеца (**Фиг. 1)**. Таблицата е с включен формален контрол на въвежданите данни за смените, за

избягване на потребителски грешки при въвеждането на графика (**Фиг. 2**). Легендата в долния край на таблицата показва какви са възможните смени (**Фиг. 1**).

За правилно изписване на заглавието на графика, определяне на работните и неработни дни в него и оцветяването на колоните на неработните дни се създаде таблица „Месец“. В нея се въвежда във формат ДД.ММ.ГГГГ първият ден на месеца, за който се прави графика, а като цели числа – неработните дни в месеца, празничните дни в месеца и работните съботи и недели. Отново е налице формален контрол на данните с цел избягване на потребителски грешки. Попълнена таблица „Месец“ и съобщение за грешка при въвеждане на грешни данни е показана на **Фиг. 3**.

За правилно изчисляване на месечния норматив за всеки служител се създаде таблица „Екипи“. В нея автоматично излизат въведените имена на служителите в таблица „График“ и срещу тях потребителят въвежда като десетична дроб вида на сключения договор (1 – за пълно работно време, 0,5 – за непълно работно време – 4 часов работен ден и т.н.). Таблица „Екипи“ е показана на **Фиг. 4**.

Утвърдил: .....
(зав. ОАИЛ-КХ д-р С. Иванов)

Работен график - ОАИЛ и ОАИЛ-КХ - медицински сестри

за месец септември 2020

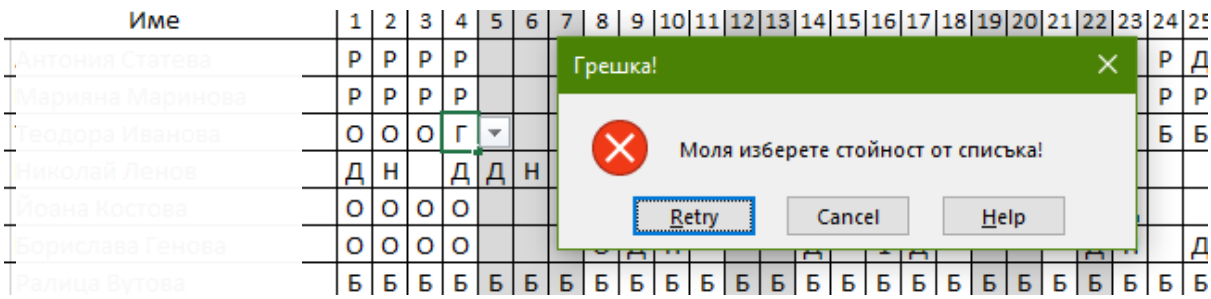
	Име	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Общо ч.	Отп.	Болн.	Над. н.	Празн.	Пр.м	Сл.м	Д	Н	Р
1.	[redacted]	Р	Р	Р	Р				Р	Р	Р	Р			Р	Р	Р	Р	Р			Р		Р	Р	Д			Р	Р	Р	164	0	0	4	0	38	42	1	0	19
2.	[redacted]	Р	Р	Р	Р				Р	Р	О	О			Р	Р		Д	Д			Р		Р	Р	Р			Р	Р	Р	160	16	0	0	0	0	0	2	0	15
3.	[redacted]	О	О	О	О				О	О	О	О			О	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	160	72	88	0	0	0	0	0	0	0
4.	[redacted]	Д	Н		Д	Д	Н		Д	Н	Н				О	О	О	О	О		Д	Д	Н					Д	Н		Д	Д	240	60	0	0	12	0	0	9	6	0
5.	[redacted]	О	О	О	О				О	Д			Д	Н		Д	Д						Д	Д				Н		Д			160	40	0	0	12	0	0	8	2	0
6.	[redacted]	О	О	О	О				О	Д	Н				Д		1	Д					Д	Н		Д	Н		Д		Д	166	40	0	6	12	-8	-2	7	3	0
7.	[redacted]	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	160	0	160	0	0		0	0	0	0
8.	[redacted]	О	О	О	О				О	О	О	О			О	О		Н		Н			Д									76	40	0	0	12	-4	-8	1	2	0
9.	[redacted]	Д		Д	Д		Д	Д					Д	Д			О	О	О			Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	164	24	56	0	12	-4	0	7	0	0
10.	[redacted]	О	О	О	О				О	О	О	О			Д		Д	Д		Д	Д	Н		Д	Д	Д		Д		Д	Д		240	96	0	0	6	0	0	11	1	0
11.	[redacted]		Д	Н					1	Д	Н			Д	Н		Н		Н		Д	Н				Д				Д	Н	162	0	0	2	6	-4	-2	6	7	0
12.	[redacted]	Н	Н	Н				Н	Н		Д	Д	Н	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б		Д	Н	Н	Н			Н	Н	Н		240	0	60	0	12	-4	-4	3	12	0
13.	[redacted]	Д			О				О	О	О	О			О	О	О	О	О		Д		Д	Д			Д	Н		Д		164	80	0	4	0	-4	0	6	1	0
14.	[redacted]	Н		Д		Н	Н		Д	Д	Д	Н		Д	Н	Н		Д	Н	Н	Н			Д	Н	Н		Н		Н	Р	248	0	0	8	12	4	12	7	13	1
15.	[redacted]		Д		Н				8	Н		Д	Д	Н						Д	Н			Д	Н		Д		Д	Н		164	0	0	4	0	0	4	7	6	1
16.	[redacted]	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	Б	160	0	160	0	0		0	0	0	0
17.	[redacted]	Р	Р	Д	Р				Р	Р	Р	Р			Р	Р	Р	Р	Р			Р	Р	Р				Р	Р	Р		156	0	0	0	0		-4	1	0	18
18.	[redacted]	Р	Р	Р	Р				Р	Р	Р				Р	Р	Р	Р	Р			Р	Р	Р				Д	Р	Р		156	0	0	0	0		-4	1	0	18
19.	[redacted]	О	О	О	О		Д	Д	Н		Д	Д	Д	Н			Д	Д	Д	Н		Н		Д	Д	Д			Д			240	48	0	0	18		0	12	4	0
20.	[redacted]	Д	Д	Д	Н		Д	Д	Д	Д		Д			Д	Д	Д		Д			Д	Д	Д		1			Д	Д	Д	234	0	0	0	24		-6	18	1	0
21.	[redacted]		Н	Н			Н			Д	Н					Д	Н			Д	Н			Д	Н				Н			144	0	0	0	6		-16	4	8	0
22.	[redacted]				Д	Д	Н		Д				Д	Д	Н			Н	Н		1		Н					Д	Д	Н			162	0	0	2	6		2	7	6	0
23.	[redacted]		О	О	О				Н	Н		Н	Н		Д	Н		Д		Д	Н	Н		Д	Д	Д	Д	Н		Д	Н		240	36	0	0	12		0	8	9	0
24.	[redacted]	О	О	О	О					Н						Н					Д		Н					Д					76	16	0	0	6		-4	2	3	0
25.	[redacted]	Д				Д		Н			Д						Д											8			Д		80	0	0	0	0		0	5	1	1
26.	[redacted]	Н		Д	Н	Н							Д	Н		Д	Н		Д	Н					Д	Н	Н				Н		168	0	0	8	6		8	5	9	0
27.	[redacted]	Д	Н		Д	Н			О	О	О	О			О	О	О	О	О			О		Н		Н		Д					164	80	0	4	6		4	3	4	0
	дневна	6	3	5	4	3	3	3	4	6	4	4	4	5	5	3	6	6	3	5	4	4	5	8	4	7	4	4	6	7	6										
	нощна	3	4	3	3	3	4	2	3	4	4	2	2	3	3	4	2	2	3	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4										

Легенда: Д-дневна Н-нощна Р-редовна(7:30) 8-редовна(11:00) 1-първа 2-втора Б-болничен О-отпуска М-майчинство Х-свободен

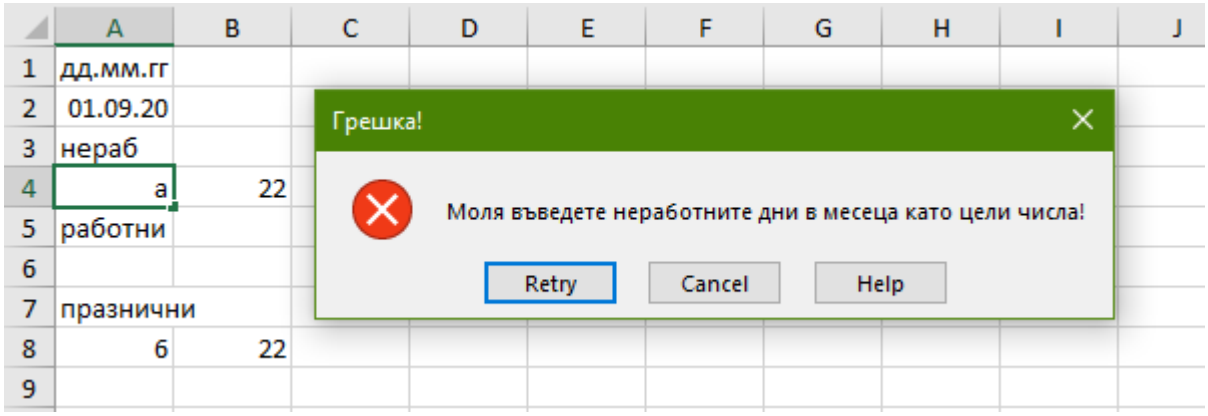
изготвил: ст. мс. Антония Статева

График | Труд | Месец | Екипи

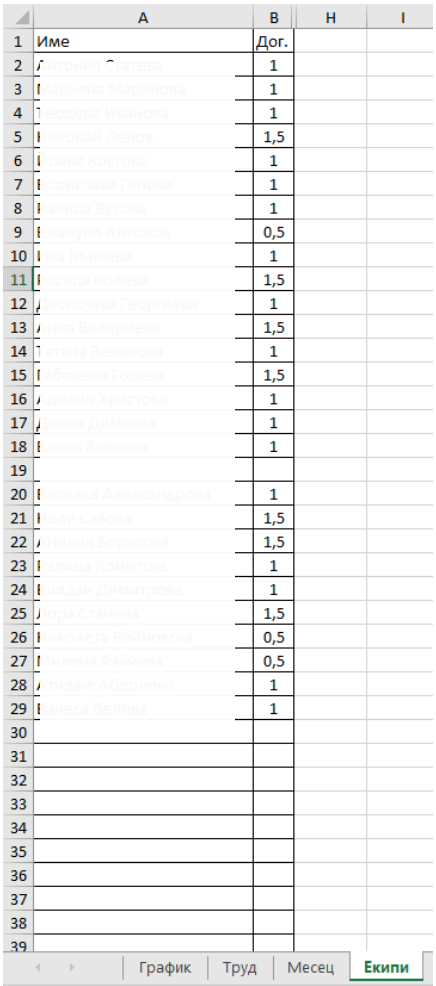
Фиг. 1. Електронен график на смените с попълнени данни на служители



Фиг. 2. Формален контрол на данните за смените в графика

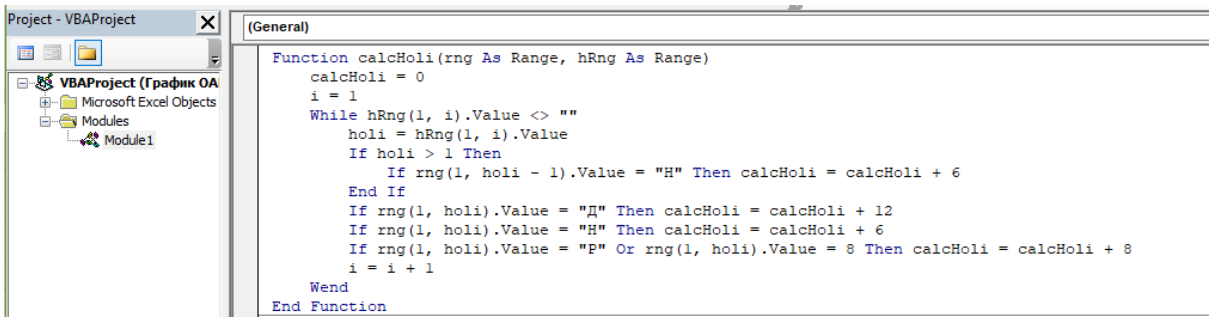


Фиг. 3. Попълнена таблица „Месец“ и съобщение за грешка при въвеждане на грешни данни



Фиг. 4. Попълнена с данни таблица „Екипи“

Въведените данни в описаните таблици позволяват с използване на вградените функции на Excel (основно чрез преброяване на брой повтаряния за определена стойност), да бъдат изчислени за всеки служител брой отработени часове, часове над норматив и брой изработени смени по вид, както и общ брой дневни/нощни смени за всеки ден от месеца. За изчисляване на часове болнични и отработени празнични часове се използват дефинирани потребителски функции (с използване на Visual Basic for Aplications), което позволява избягването на сложните пресмятания при използването единствено на вградените функции на Excel (**фиг. 5**).



Фиг. 5. Потребителска функция за изчисляване на отработени празнични часове

Създаде се таблица „Труд“, в която автоматично се пренасят имената на служителите и изчислените по описания по-горе начин часове нощен труд, извънреден труд и празничен труд (фиг. 6).

Списък на служителите, положили извънреден, нощен труд и празнични брой часове за месец септември 2020 в ОАИЛ-КХ, УМБАЛ "Сърце и мозък" ЕАД - гр. Плевен

№	Име	Длъжност	Нощен труд (бр. часове)	Извънреден труд (бр. часове)	Празнични (бр. часове)
1.		медицинска сестра	0	4	0
2.		медицинска сестра	0	0	0
3.		медицинска сестра	0	0	0
4.		медицинска сестра	48	0	12
5.		медицинска сестра	16	0	12
6.		медицинска сестра	24	6	12
7.		медицинска сестра	0	0	0
8.		медицинска сестра	16	0	12
9.		медицинска сестра	0	0	12
10.		медицинска сестра	8	0	6
11.		медицинска сестра	56	2	6
12.		медицинска сестра	96	0	12
13.		медицинска сестра	8	4	0
14.		медицинска сестра	104	8	12
15.		медицинска сестра	48	4	0
16.		медицинска сестра	0	0	0
18.		медицинска сестра	0	0	0
19.		медицинска сестра	32	0	18
20.		медицинска сестра	8	0	24
21.		медицинска сестра	64	0	6
22.		медицинска сестра	48	2	6
23.		медицинска сестра	72	0	12
24.		медицинска сестра	24	0	6
25.		медицинска сестра	8	0	0
26.		медицинска сестра	72	8	6
27.		медицинска сестра	32	4	6

Фиг. 6. Отчет за положен извънреден, нощен и празничен труд

Таблиците „График“ и „Труд“ са с предварително дефинирано оформление за печат, позволяващо отпечатването им на по една единствена страница с цел икономия на хартия.

Обсъждане

Редица изследвания показват, че в болничната и извънболничната помощ коефициентът на реално полезното време е нисък и нуждата от действително управление на времето е особено остра [3]. Разработеният електронен график на смените помага в това отношение, като улеснява работата на старшата медицинска сестра в няколко аспекта:

На първо място, ускорява една от допълнителните служебни дейности [2] – създаването на графика на смените за месеца. Това е процес, който в традиционната си форма („лист + химикал + калкулатор“) е изключително трудоемък и свързан с

многократно написване, изтриване и редактиране на различни комбинации от смени за служителите и изчисляване на ум или с калкулатор на текущия брой часове и смени по вид, както за служителя, така и за конкретния ден от месеца. Дигитализирането на този процес по описания в резултатите начин, позволява редактирането да става бързо, защитено от грешки, а изчисляването на часовете и смените да се извършва автоматично и мигновено. По този начин електронният график на смените става важно професионално средство в управлението на времето, осъществявано от старшата медицинска сестра [1].

На второ място, предварително дефинираният тип договор за всеки служител предотвратява допускането на грешка и използването „по инерция“ от старшата медицинска сестра на грешен норматив за месеца при изчисленията (напр. „цял“ вместо „половинка“) за някой от служителите в отделението.

На трето място, динамичното автоматизирано изчисляване на броя дневни или нощни смени за ден и за служител позволява лесното създаване на график с равномерно разпределено натоварване на служителите и избягване на недоволство сред персонала, напр. „Аз защо имам два пъти повече нощни смени от служител Х?“ или „Изгърбихме се от работа на нощна смяна, бяхме само две, а отделението беше пълно, докато на дневна смяна бяха шест!“.

На четвърто място, използването на колони „Часове от преден месец“ и „Часове за следващ месец“ позволява пренасяне на „заем“ (недостатъчно отработени часове от предния месец) или „компенсация“ (отработени повече часове от необходимото предния месец), които да завишат или редуцират норматива на съответния служител в текущия месец. Това отново позволява гъвкавост в работата на персонала в два последователни месеца, при извънредно възникнали ситуации, кратки болнични и други случаи, водещи до отклонение на реалния график от прогнозния в началото на месеца.

На пето място, предварително дефинираните неработни и празнични дни в месеца, и работни събота и недели предотвратява извършването на неправилни изчисления за извънредния и празничния труд от старшата сестра и позволява лесно редуциране на натоварването на персонала в празнични дни.

На последно място, но не и последно по важност е автоматичното генериране на отчета за извънреден, нощен и празничен труд. Това напълно елиминира фактора „човешка грешка“ при изчисляването на часовете нощен, извънреден и празничен труд и евентуалното санкциониране на старшата сестра при допускането на подобни грешки или възникване на недоволство сред персонала, поради финансово ощетяване.

Емпирично изчисленото спестено време в работата на старшата сестра е около 40 часа месечно. То включва времето за първоначалното създаване на графика, времето за динамичното му редактиране в хода на месеца и времето за генериране на отчета за нощен, извънреден и празничен труд.

Заключение

Електронният график на смените е незаменим инструмент в работата на старшата медицинска сестра. Той редуцира максимално възможността за допускане на грешки и спестява изключително много време, което може да бъде използвано от старшата сестра за други елементи от работния процес в отделението.

Библиография:

1. Грънчарова Г., М. Драганова. Управление на здравните грижи. Издателски център на МУ-Плевен, 2016, 280 стр.
2. Драганова М, Управление на времето. Издателски център МУ-Плевен, 2016, 160 стр.
3. Драганова М, Веков Т. Бюджетът на времето като елемент на болничния мениджмънт. Сестринско дело, 2012, 3, с. 3 – 7.
4. Драганова М, Велева Н, Колева-Коларова Р, Грънчарова Г. Нарастващата необходимост от документиране на сестринската дейност, Социална медицина, 2010, 4, с. 21 – 23.

РОЛЯ НА ПАТРОНАЖНАТА ГРИЖА В ПОЛИТИКИТЕ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКОТО ЗДРАВЕ

Кр. Костадинова*, И. Стойкова, И. Пулева****
** Национален център по обществено здраве и анализи, София*
*** Тръст за социална алтернатива, София*

Контакт: Доц. д-р Красимира Костадинова, д.м.
e-mail: kr.kostadinova@ncpha.government.bg

Въведение

Усъвършенстването на грижите за бременните жени и децата в ранна възраст чрез създаване и внедряване на услуги с високо качество е съществена част от политиките за подобряване на майчиното и детското здраве в здравеопазването.

Патронажната грижа за бременни жени и деца от медицинска сестра и акушерка е с традиции в здравеопазването в България преди реформиране на системата. Промяната в организацията на извънболничната помощ в началото на века у нас доведе до значително редуциране на функциите, а постепенно и на броя на медицинските сестри, което се отрази предимно в отпадане на редица аспекти от важната роля на сестрата и акушерката в грижите за тези групи, сред които и патронажната. Тази форма на услуга, като свързващо звено между висококвалифицираната лекарска помощ в стационарна форма и потребителите в естествената им среда, отговаря на съвременните критерии за качество и ефективност със своите характеристики-комплексен характер, интегриран подход, екипно обслужване, индивидуализиране на грижата, акцент върху профилактиката и превенцията, системност и продължителност на грижата [2,3].

Цел

Да се оцени ефективността на патронажната грижа за бременни жени и деца под 3-годишна възраст при целева група от уязвими общности.

Обзорно проучване за оценка на действащи в редица страни програми, условно наречени „за патронажни грижи", определя като основна разграничителна характеристика интензивността на интервенциите, която се обуславя от обхвата на целевите групи и целите на програмата (напр. по-малък брой семейства, но по-интензивни грижи за семействата с висок социален риск и обратно - при програми с универсално покритие) и формата на предоставяне (домашни посещения или координиране на услуги) [4].

Домашните посещения се утвърждават като ефективна форма на грижи за бременните жени и малки деца по отношение на постигане на резултати в основни насоки на въздействие, като изход от бременността, родителски умения, здраве и развитие на децата в ранно детство. Сравнителен анализ на различни програми от типа "home visiting" посочва предимства на програмата Nurse Family Partnership (NFP): разработена като цялостен модел, предоставя се от квалифицирани медицински сестри, има регламентирана структура, клинични протоколи, събира и поддържа база данни за интервенциите и резултатите [4,5]. Моделът на програмата е създаден преди повече от 40 години в САЩ от проф. д-р Дейвид Олдс от Университета в Денвър, Колорадо. Проучвания на въздействието при над 1200 американски семейства, включително рандомизирани и лонгитюдни, доказват ефективността в сравнение с други програми, по отношение на ранното детско развитие, майчино и детско здраве [6]. Програмата функционира, освен в САЩ, в Австралия, Англия, Канада, Северна Ирландия и Шотландия и се тества в още две страни (Норвегия и България).

В България, под името „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ (Nurse Family Partnership – Bulgaria), програмата стартира пилотно през 2015 г., лицензa за предоставянето е на фондация „Тръст за социална алтернатива“ (ТСА) и се изпълнява в партньорство с Втора САГБАЛ "Шейново"-гр. София, УМБАЛ "Свети Георги"- гр .Пловдив и други организации.

Моделът на „ЗЗБЗБ” следва регламентирана структура (установени основни елементи, направления за темите в 6 основни области и целта на всяко едно домашно посещение в трите етапа -бременност, бебе до 12 м. и дете от 1 до 2 г., със съответни помощни материали за потребителите). Екипите от медицински сестри и акушерки преминават специално обучение по програмата, вкл. три основни (за всеки от етапите). Стандартният екип по програмата се състои от 5 сестри/акушерки и един ръководител или супервайзор, всяка от които работи с до 20 семейства. Освен задълбочената работа в семейна среда с потребителите, екипите са ангажирани и с други дейности по програмата - събиране на данни и изготвяне на отчети по формуляри, събиране на информация за документиране на напредъка с всеки потребител и въвеждане на информацията в създадена специално за програмата информационна система.

Всяка страна адаптира програмата и материалите според контекста и потребителите. Включването на здравен медиатор в екипите по програмата е оригинален елемент за нашата страна, поради решаващата роля за изграждане на доверие и за практическото прилагане на програмата.

Допълнителна подкрепа осигуряват формираните към програмата консултативни съвети: Национален - към Министерство на здравеопазването и местен - към общините в гр. София и гр. Пловдив. Съветите включват експерти и звена на национално и местно ниво, които съдействат чрез мониторинг, оценка и консултативна помощ за гарантиране на качество, устойчивост и интегриране на услугата в здравната и социална системи; оценка на въздействието и разпространение на услугата.

Материал и методи

Проследен е напредъка в дейностите по програма „Заедно-здраво бебе, здраво бъдеще” за периода 2016-2020 г. Целевите групи са от уязвими общности, с акцент ромската общност, при следните критерии за включване:

- ✓ Бременни жени до 22 г.;
- ✓ Първа бременност, до 28-ма гестационна седмица;
- ✓ Икономически уязвими (доходи под минималната работна заплата за страната);
- ✓ Деца до 2-годишна възраст.

Пилотно услугата се предлага в помощ на семействата от квартали с ромско население в гр. София (Факултета, Филиповци и Христо Ботев) и в гр. Пловдив (кв. Столипиново), като обхваща 200 потребители.

Резултати

За периода от 2016 г. до октомври 2020 г. екипите по програмата са осъществили общо 7085 домашни посещения със средна продължителност от 68 минути в домовете на 217 млади майки от уязвими групи. От тях 2290 са по време на бременността, 3383 в периода от 0 до 12 месеца на детето и 1412 в периода от 13 до 24 месеца на детето. В етапа на бременността потребителките са получили средно 93% от предвидения максимален брой посещения, а към етап „бебе“ и „малко дете“ те са съответно 83% и 82%.

От включените в услугата за патронажни грижи 217 жени, 108 са активни към момента, 64 (29%) успешно са завършили програмата (участвали са средно 28 месеца) и 45 (21%) са отпаднали. Причините за отпадане от програмата са предимно миграция в

страната и чужбина (36% от отпадналите) и загуба на плода или детето (20% от отпадналите).

Средната гестационна седмица при включване на бременна жена в програмата е 18-та, а 37% от жените са включени в програмата до или в 16-та седмица от бременността. Средната възраст на зачеване на жените е 16 години (от 12 до 21 години). Само 20 жени са забременели повторно докато са в програмата, средно към 11-месечна възраст на първото дете.

45% от жените нямат завършено основно образование, 13% са със средно или по-високо образование. В резултат от работата на сестрите в насоката за мотивация на майката за продължаване на образованието си и планове за икономическа реализация, 16% от завършилите програмата са придобили по-високо образование отколкото при включване в услугата.

20% от потребителките, които са пушачи при записване в програмата, към 36-та гестационна седмица от бременността са отказали цигарите, а тези които продължават да пушат, намаляват цигарите от средно 9 на ден преди бременността на 3 цигари дневно при записване и 2 цигари към 36-та г.с.

Общо 175 деца са родени в програмата. От тях 24% са родени преди 38-ма гестационна седмица. 17% от децата имат ниско тегло при раждане, като 18 от тях са преждевременно родени. 66% от децата към 24-месечна възраст имат поставени всички ваксини от имунизационния календар. 90% от майките кърмят при раждане, като 62% са на изключително кърмене. 51% продължават да кърмят към 6 месечна възраст на детето, 39% към 12 месеца.

Обсъждане

Наред с подобрените здравни показатели са отчетени и други позитивни промени в отношението към собственото здраве, раждането и отглеждането на дете, приемането и оценката на здравната грижа, изграждането на доверие към здравната помощ.

Примери от прилагането на програмата в световен мащаб показват, че особено когато се изпълнява и финансира с подкрепата на държавната здравна система, тя е ефективна и рентабилна, способна да трансформира живота на младите майки и техните деца чрез постигнати резултати във всички страни, в които се реализира [5]:

- По-добро пренатално здраве;
- Успешен изход от бременността;
- По-малък брой травми на децата от инциденти;
- По-малко случаи на насилие и липса на грижи;
- По-дълъг период до следващата бременност;
- Повишена трудова заетост сред майките;
- По-добра готовност за училище;
- По-малка вероятност за въвличане в престъпления;
- Намалено използване на социални помощи

Работата на екипите по Програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ в условията на COVID-19 даде възможност да се натрупа опит за това, как действа и се адаптира професионалната помощ от медицински сестри, под формата на домашни посещения, за бременни жени, деца под 3-годишна възраст и техните семейства от уязвими групи в епидемична обстановка, която поставя в допълнителен риск здравето на уязвимите общности [1]. Възможността за неограничен достъп до професионална помощ, съвет и информация от квалифицирани специалисти, каквато осигурява патронажната грижа от медицинските сестри и акушерки по програмата, се оказа от изключителна важност в условия на криза (ограничен достъп до здравни и социални услуги, загуба на работа и доходи и др.), не само за физическото, но и за психичното здраве на тези групи.

Установените доверителни отношения и доброто познаване на потребителите са предимства на програмата, които съдействат за ефективността на извършените дейности, както на рутинните, така и на допълнителните, продиктувани от извънредната ситуация, свързана с COVID-19 – информационни и разяснителни кампании, целева помощ и подкрепа на семействата на базата на установяване на потребностите и др. Наред с основните, патронажните сестри извършват и допълнителни дейности в помощ на семействата от ромската общност, в сътрудничество със здравните медиатори, продиктувани от мерките за превенция на разпространението на COVID-19 - с финансиране по програмата са осигурени хигиенни материали и лични предпазни средства, а на семейства останали без доходи са раздавани и пакети храна. Направени са организационни промени в режима и формите на работа. Съобразно препоръките за Телездраве на международния екип по програмата се осъществяват „алтернативни контакти“ с потребителите (телефонни обаждания и виртуални срещи чрез различни мобилни приложения), а при липса на техническа възможност семействата са посетени и подпомогнати на терен от здравни медиатори.

Осигуряването на устойчивост на програмите за патронажни грижи, включително чрез интегриране в национална здравна стратегия и политики, управление и координиране на държавно ниво, според автори, гарантира не само тяхната ефективност, но и подобрява резултатите на свързани политики за майчино и детско здраве [4,5]. Важен фактор за адаптиране и внедряване на програмата е установяването на функционални взаимодействия със специалистите от здравната система, които обслужват таргетната група на услугата – ОПЛ, педиатри, АГ, медицински сестри и акушерки.

Заключение

Патронажната грижа чрез домашни посещения от медицински сестри и акушерки е ефективна форма за подобряване на здравното обслужване на бременни жени и малки деца от уязвими групи. Резултатите от пилотното предоставяне на услугата доказват необходимостта от такава при целевите групи на програмата, включително и за решаване на проблеми с достъпа до здравна помощ, дейности и услуги поради неравномерно териториално разпределение и кадрово обезпечаване, поради бедност, ниска информираност и здравна култура, затруднения от различен характер при тези групи. Прилагането на патронажната грижа е ефективен инструмент за подобряване на майчиното и детското здраве и благополучие и поради факта, че инвестициите в добро здраве и развитие от възможно най-ранна детска възраст и пренаталния период са с доказано най-висока ефективност и възвръщаемост.

Литература

1. Костадинова Кр., Добра практика в подкрепа на майчиното и детското здраве: Програмата за патронажни грижи, “Nurse Family Partnership – Bulgaria” („Заедно-здраво бебе, здраво бъдеще“) в помощ на своите целеви групи - бременни жени, деца до 2-годишна възраст и техните семейства от ромска общност, в ситуацията на COVID-19, https://ncpha.government.bg/bg/latest-news/latest-news-2/latest-news-3.
2. Стоименов Г.1979. Съвременната женска консултация. С., Мед. и физкултура.
3. Кръстев Б. 1977. Детска консултация задачи и методи на работа. Пловдив, Хр.Г.Данов.
4. Johnson K. 2009. State -Based Home Visiting. Strengthening Programs through State Leadership. Report. NCCP. MSPH. Columbia University
5. Olds D. 2006. The nurse-family partnership: An evidence-based preventive intervention. Infant Mental Health Journal, 27, 5-25.
6. Olds D.2007. Effects of Nurse Home Visiting on Maternal and Child Functioning. Age-9 Follow up Randomized trial Pediatrics 120 (4); 832-845.

МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА И ПРОМОТИВНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ ЗА ДЕЦАТА В БЪЛГАРИЯ

Г. Петрова[*], Н. Михайлова[**]
[*] *Катедра „Здравни грижи“, Факултет „Обществено здравеопазване“, МУ - Варна*
[**] *Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“, МУ - Варна*

Контакт: Гл. ас. Галина Петрова, д.м.
e-mail: galina.il.petrova@gmail.com

Въведение

След реформата на първичната здравна помощ от 2000 г. промотивните грижи за децата във възрастта от 0-7 години, традиционно оказвани от Детската консултация (ДК), днес влизат в задълженията на общопрактикуващия лекар в програмата „Детско здравеопазване”, където ролята на медицинската сестра не е ясно регламентирана. В съвременното образование на медицинската сестра са заложени високи критерии, които формират нов модел за здравен специалист с висше образование с нараснали компетенции в областта на промоцията, профилактиката и комуникациите. С основание може да се постави въпросът: Защо намалява ролята на сестрата в осъществяването на здравно-промотивните дейности, независимо, че е налице законовото основание за самостоятелното им извършване? Проследяването на историческото развитие на грижите за деца, както и на разпространението на здравни знания в по дълъг исторически период може да бъде източник на идеи за практики в различни променени социално-икономически условия.

Целта на настоящият доклад е да проследи в динамика и оцени организацията на сестринските здравно промотивни грижи за деца (0-7 г.) в България от създаването им до днес.

Методи

Приложени са исторически и документален метод за проучване на регламентиращи детското здравеопазване документи, както и SWOT-анализ на съвременната организация на промотивни грижи за деца.

Резултати и обсъждане

Историческо развитие на здравни грижи за деца с акцент върху профилактиката в България.

В следосвобожденска България липсва организирано публично детско здравеопазване. Профилактичните здравни грижи за деца в ранна детска възраст започват да се развиват през 20-те и 30-те години на 20 век. Основен двигател на дейностите в тази област през периода 1920 – 1944 година е уникалната неправителствена организация Съюз за закрила на децата в България (СЗДБ). Макар и неправителствена организация, той си поставя за цел да обединява дейността на всички министерства, дирекции, дружества, учреждения и лица, призвани или желаещи да се грижат за децата [3]. Под ръководството на проф. д-р Стефан Ватев СЗДБ извършва огромна дейност в областта на профилактиката, чрез създадените здравно съвещателни станции (ЗСС). В тях се проектират голяма част от задачите на Съюза: медицинска и здравна обезпеченост на децата, обществено подпомагане на деца от нуждаещите се семейства, създаване на действащо законодателство за закрила на майките и децата, подготовка на квалифициран медико-педагогически персонал [11].

СЗДБ създава здравно-съвещателни станции за майки и деца, като организирани звена за борба с високата заболеваемост и детска смъртност [2]. Те осъществяват непрекъснато наблюдение върху развитието, физическо и психическо, на децата от 0 до 7 години, с най-голямо внимание във възрастта до 3 години. Проследяват се и документират антропометричните измервания на децата, откриват се отклонения в развитието, майките получават съвети за правилно отглеждане и възпитание на децата. Постепенно ЗСС се превръщат в центрове на здравна просвета за майките. Работата в ЗСС се разделя на две главни направления – в самата станция и посещения по домовете. Основната фигура в здравно- съвещателната станция е лекар с допълнителна квалификация по детски болести, за предпочитане със специализация в чужбина, а в домовете - сестра-посетителка, подпомагана при нужда от акушерка или самарянка. Задълженията на сестрата-посетителка са в следните насоки: проследяване на бременността, съвети за отглеждане на новороденото и малкото дете, съобразени с домашните условия и нивото на здравна грамотност майката, оказване на необходимата медицинска и социална помощ. Сестрите-посетителки през 1920-30-те години са популярни в редица европейски страни медицински професионалисти с профилактична и социална насоченост [1]. В лицето на сестрата-посетителка в ЗСС можем да открием първообраза на бъдещата патронажна сестра. В здравно-просветната си работа ЗСС използват различни форми и средства. Пътуващите изложби, които нагледно се показват правилните хигиенни грижи за бременната жена, новородените, децата и дома се ползват с голям успех и според тогавашни оценки - с голяма резултатност [6]. Такава една изложба от юли 1926 г. до- януари 1931 г. преминава през 60 града и 70 села, като общият брой на посетителите е 500 000 души. Изложбата се съпровожда от лекар и сестра-посетителка, които демонстрирали и разяснявали изложените предмети, отговаряли на запитванията на посетителите и държали беседи по различни въпроси. Целта била да бъдат обхванати бъдещите родители и по този начин да се издигне тяхната здравна култура [5].

Броят на ЗСС бързо нараства до 540 за периода и през 1936 г. в тях са обхванати 50% от кърмачетата в страната, което представлява значително постижение. България вече се посочва като единствената културна страна, която има изградена толкова гъста мрежа от здравно- съвещателни станции [14].

Развитие на политики в детското здравеопазване

Прелом в организацията на грижи за майките и децата настъпва след установяването през 1944 г. на първото у нас Министерство на народното здраве (МНЗ). През 1946 г., чрез Закона за здравна защита на майчинството и детството се въвежда безплатна медицинска помощ за децата и майките [13].

Като най-важни профилактични звена за наблюдение на бременни и деца и огнища на здравно-просветна дейност са ЗСС. Това наименование те носят до 1951 г., след което се оформят женски и детски консултации, а в селата детско-женски консултации (ДЖК) и подвижни ДЖК като част от създадената здравна система от централизиран тип.

Министерството издава нов правилник за тяхната дейност, според който ЗСС са предназначени да предпазват от заболявания бременните, кърмачета и деца до 7 г. За целта консултациите организират и провеждат мероприятия в следните насоки: активно издирват всички бременни и деца до 7г., работят за повишаване на медицинската култура на майките за отглеждане на детето, проучват се социално-битовите условия на семействата като при необходимост осигуряват материална помощ и съдействат за тяхното подобряване, осъществяват системен патронаж за наблюдение на детето и проследяване изпълнението на предписаните назначения [13].

В принципите на българското здравеопазване, важно място заемат утвърждаването на педиатричния участък, диспансерният метод и стремеж за изравняване на медицинското обслужване на децата от града и селото.

През 1980 г. МНЗ с Инструкция №0-13/30.05.1980 се внасят допълнения в работата на Детските Консултации (ДК) - поставяне на майчиното и детското здраве като изключителен приоритет с доближаване до всички слоеве на населението независимо къде живеят те и какъв е социалния им статус. Новите мероприятия са в следните насоки: провеждат се имунизации включително и на временно пребиваващите, усилено диспансерно наблюдение и съдействие за организиране на обществен патронаж над децата с повишен медико-социален риск [8]. Въвежда се дородовия патронаж, първите патронажни посещения от страна на сестрата или акушерката започват още през последните два месеца на бременността. След раждането на детето се извършва патронаж от участъковият лекар и патронажната сестра в първите 24 часа след изписването от родилно отделение. До края на първия месец сестрата осъществява не по-малко от 3 посещения, проверява изпълнението на дадените инструкции и насочва майката за посещение в ДК. През втория месец сестрата посещава най-малко два пъти кърмачето и ежемесечно до навършване до 1 година при деца без отклонения в развитието, като съветва майката за храненето, дневния режим, проверява здравното състояние и нервно-психическото развитие, зрително и слухово съсредоточаване и др. Патронажните посещения се организират от лекаря в зависимост от индивидуалните особености и развитие на новороденото, от битовите условия и здравно–културно ниво на майката. По този начин патронажната сестра (акушерка) не само е разпространител на знания за отглеждане на новородените и малките деца, но тя се явява и първостепенен обучител, който работи в дома, естествената среда на семейството, възпитава и проверява уменията на майките [7].

Детското здравеопазване в периода на социално-икономически промени

С реформата в здравеопазването през 2000 г., системата на педиатричните здравни участъци се разрушава и дейностите по детско здраве влизат в задълженията на новосъздадената институция на ОПЛ. Това води до редица проблеми в организацията на детското здравеопазване и несъмнено се отразява върху качеството на здравната грижа като профилактиката остава на втори план. Детската консултация не съществува като самостоятелна структура, вместо това родителите избират ОПЛ за своето дете. Той наблюдава развитие на детето по програма „Детско здравеопазване”, където реално патронажната дейност се ограничава с две посещения, които в много случаи са недостатъчни да постигнат задачите на по-горе описаната ДК. На практика патронажното сестринство е безвъзвратно изгубено [9]. Очакванията ОПЛ да изпълняват широкия кръг от задачи, които им се предписват законово се сблъскват с реални проблеми като вероятно намаление броя на практиките, поради оттегляне на ОПЛ, поради пенсиониране и увеличаване броя на пациентите, работа без медицинска сестра в кабинета и др. [10,12].

Към настоящият момент ДК е уредена с нормативните актове на МЗ - Наредба № 8 от 3.11.2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (обн., ДВ, бр. 92 от 2016 г.) и Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Националната здравноосигурителна каса (обн., ДВ, бр. 24 от 2016 г.), които отменят съответно Наредба №39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията и Наредба №40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности. Прилагането на програмата „Детско здравеопазване“ на НЗОК е обвързано с тези две наредби. Според нормативната база, на личните лекари и специалистите-педиатри от извън болничната помощ са вменени задължения и за извършване на промотивно-профилактични дейности без участие на медицинската сестра. Същевременно в Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно (обн., ДВ, бр. 15 от 18.02.2011 г.) която утвърждава професионалните компетенции на медицинските професионалисти, повечето здравно-промотивни дейности (консултиране за хранителен и двигателен

режим и др.) могат да бъдат извършвани самостоятелно от медицинските сестри. Ясно проличава несъответствие между двата документа: от една страна има утвърдени професионални компетенции на медицинската сестра, а от друга. страна тези самостоятелни дейности на медицинските професионалисти се ограничават от действащите нормативи.

Здравно-промотивните дейности в ранната детска възраст в голяма степен включват съвети към майките, предаване на знания на база оценка на социално-битовите условия на семействата. Тези дейности, обучителни по своя характер, са неотменна част от работата на ДК и са в основата на промоцията на здравето на детето. Това обуславя голямото им значение. Дали обучителните функции в тази насока са под диктовката на лекаря или самостоятелни на медицинската сестра е недостатъчно ясен проблем. Във всички случаи значението им е безспорно. Най-добрият начин за съветване на майката е екипният подход, при който лекарят предоставя ключова информация, а медицинската сестра я допълва и разширява съобразно своята професионална автономност. Възобновяването на патронажната дейност в ДК и възможността за самостоятелно извършвана профилактична работа на медицинската сестра може да бъде една от тези организационни форми.

Анализът, който направихме на настоящата организация на профилактичните и промотивни грижи за деца в ранна възраст показа:

Силни страни:

1. Лечебната и промотивната функции се осъществяват от едно лице- т.е. те са неделими, здраво свързани;
2. ОПЛ има грижа за детето, непрекъсната във времето, т.е. в болест и в здраве;
3. По дефиниция ОПЛ познава семейство и това би трябвало да улесни контактите и увеличи резултатността им с родителите или в по-честия случай с майката
4. Предполага се, че посочените условия допринасят или ще допринесат за по-високо качество на грижите.

Слаби страни:

1. Голямата натовареност на ОПЛ работещ в условия на липса на времеви ресурс води до съкращаване на времето за контактите, които не са свързани с пряка лечебна работа. Създава се напрежение, в което проблемите от промотивен характер изглеждат „второстепенни“.
2. Липсата медицински сестри в кабинетите на ОПЛ затруднява организацията на работа, често има необходимост да се отговаря на неотложно възникнали потребности на пациенти, което смущава родителите спокойно да задават своите „второстепенни“ въпроси.
3. Негативна нагласа на родителите за комуникация по повод профилактика и промоция, има за резултат недостатъчната им информираност и получаване на знания и умения на родителите.
4. Липсва ясна регламентация за ролята на медицинската сестра в профилактичните грижи за децата.

Заплахи:

1. Неблагоприятен възрастов състав на ОПЛ, който ще засилва процесите на оттегляне от професията и увеличаване броя на пациентите в една практика
2. Осезаем недостиг и липса на интерес от ОПЛ за заемане на практиките в малки и отдалечени населени места, както и в квартали с малцинствено население.
3. Засилване на неравния достъп до медицинска помощ, с последващ дефицит на профилактични мерки при някои уязвими групи деца.- Проблемите с .ранно напускане на училище ще доведе до увеличаване на групата на млади, с много ниско образование родители, които имат по-голяма потребност от насочено здравно възпитание

Възможности:

1. Да се използва по-високото образование на медицинските сестри и професионалните им компетенции за възлагане на функции по профилактика и промоция на здравните грижи.

2. Възобновяване на патронажната дейност основаваща се на дейността на патронажната медицинска сестра.
3. Създаване на центрове за детско здраве.
4. Регламентиране на професионална автономност на медицинската сестра в здравно-промотивните грижи.
5. Стимулиране на медицински сестри за работа в отдалечени населени места.

Заключение

Наскоро приетия регламент в Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ) предоставя възможност на медицинските сестри да разкриват самостоятелни или групови практики под формата на организационно обособени структури, в които лекарски асистенти, медицински сестри, акушерки или рехабилитатори осъществяват самостоятелно всички или някои от следните дейности: предоставяне на медицински и здравни грижи; осъществяване на манипулации; промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите. Към това може да се премине само ако има достатъчно ясна регламентация на ролята медицинската сестра и пълноценното използване на възможностите ѝ в грижата за децата. Предстои ефектът от предоставената възможност да бъде оценяван в бъдещ период.

Литература

1. Бекярова С., К. Докова, Н. Фесчиева, Обучението по превантивна медицина в Европа, през 20те години на 20ти век, сп. Социална медицина, 2015, 3
2. Ватев Ст., Дейността на здравните съвещателни станции в София през 1928г. В: Нашето дете, год. II, бр. 5, 1929
3. Ватев Ст., Сборник доклади в чест на годишнина на БДЧК. София, 1935
4. Давидова В., М. Попов, Развитие и характер на здравеопазването в България В: Основи на социалната хигиена 1965; 376-398
5. Детска здравна изложба. В: Нашето дете, год. IV, бр. 2, 1931
6. Иванова Т., на Дейността на проф. Стефан Ватев за защита на децата, Годишник на Университет Асен Златаров , България , Бургас, 2006, с. XXXVII (2) :154 - 159 .
7. Михов Хр., Детска консултация, В: Детски болести, Изд. Медицина и физкултура, София, 1991г.
8. МНЗ Инструкция № 0-13/ 30. 05.1980г. За работата на детската консултация, МНЗ-Сборник от нормативни актове по майчино и детско здравеопазване, Том 1, Изд. Медицина и физкултура, София, 1981г., с.11-25.
9. НЗОК, Програма "Детско здравеопазване" 2010, налично на http://www.nhif.bg/c/ext/publications_display/get_file?p_l_id=11163&folderId=11829&name=PBFE-108.pdf
10. Парашкевова Б., Професионална кариера на лекарите в общата медицинска практика Дисертация за получаване на ОНС "доктор", Ст. Загора, 2013
11. Петров Хр. Г. Петрова. Съюз за закрила на децата в България и Здравно-съвещателните станции (1924-1944) В: Социална медицина год. XX, бр. 1, 2012
12. Ушева Н., Успешно кърмене и захранване на децата – съвременни тенденции, проблеми и възможности за решаването им, Дисертация за получаване на ОНС "доктор", Варна, 2013г
13. Цонев М., Развитие детското здравеопазване в България, Медицина и физкултура, София 1979
14. Шуманов В., Борба с детската смъртност. В: Медико-педагогическо списание, год. VI, бр. 2, 1939

ДЕТСКАТА СМЪРТНОСТ В БЪЛГАРИЯ В ПЕРИОД НА СОЦИАЛНО-ИКОНОМИЧЕСКИ ПРЕХОД

Н. Михайлова*, Г. Петрова**
** Докторант, Катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването“, Факултет „Обществено здравеопазване“, МУ - Варна*
** Катедра „Здравни грижи“, Факултет „Обществено здравеопазване“, МУ - Варна*

Контакт: Надежда Михайлова
e-mail: nadezhda.mihaylova@mu-varna.bg

Въведение

Показателят детска смъртност (ДС), още в началото на миналия век се утвърждава като индикатор за състоянието на общественото здраве. J. Newman в забележителната си книга „Детската смъртност - един социален проблем“ (1906 г.) пише: „Един нисък индекс за детска смъртност при равни други условия е показател за здрава общност, а един висок - за обратното“. Множество изследвания показаха, че детската смъртност и свързаните с нея перинатални показатели силно се повлияват от войни и резки социално-икономически трансформации [5, 6, 8, 9,10]. Уникалният преход, който страните от бившия социалистически блок преживяха след 1989 г. е подходящ период за изследване на тези показатели и проверка валидността на хипотезата в нови условия.

Цел

Да се проучат показателите на обща и по възрастови периоди ДС в България (1990-2018) в контекста на промени в националните политики и местните практики и се сравнят тенденциите им с тези в други 10 страни в преход. Избраните страни отговарят на условията: да са принадлежали към страните от СИВ (Съвет за икономическа взаимопомощ) с централизирана и планова икономика и в момента да са членове на ЕС. Освен България те са: Чехия, Естония, Хърватия, Латвия, Литва, Унгария, Полша, Румъния, Словения, Словакия

Методи

Исторически, документален, статистически. При обсъждането са използвани резултати от собствени дълбочинни интервюта на тема „Детската смъртност и национални и местни политики (1960-2018), проведени с 14 личности, имащи отношение към управлението и/или практиката на детското здравеопазване през посочения период. Източници на информация за показателите са базите данни на СЗО, Eurostat, Healthy newborn network. Поради различните мнения за продължителността на преходния период данните са показани за всички показатели от 1990 г. до 2015г. и по изключение разширени от 1985 г. до 2018 г.

Резултати и обсъждане:

Обща детска смъртност (ДС)

По отношение на ДС България от едно средно добро място през 1985 г. 15,4‰, в крайната фаза е на предпоследно място преди Румъния с 5,8‰ (**Табл. 1**).

Onambele et al. в анализа на ДС в ЕС за периода 1994 - 2015 установяват, че най-голямо е снижението на показателя в страните от Източна Европа и бившите съветски републики от Балтийския регион [12]. Точно в този период, обаче, България задържа и бавно намалява показателя. Различава се от други страни, например – Унгария, която на

изходния пункт е с по-висок показател (20,4‰), но след това за две десетилетия 1988-2008 поддържа висок темп на снижение - 4,830% до - 6,960% [11], който се оказва решаващ за постижението в края на етапа – 3,3‰.

Табл. 1. Обща детска смъртност в страните в преход за периода 1985 г.-2018 г. [14, 16, 17, 18, 19, 24]

	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2018
България	15,4	14,8	14,8	13,3	10,4	9,4	6,6	5,8
Чехия	12,5	10,8	7,7	4,1	3,4	2,7	2,5	2,6
Естония	14,1	12,3	14,9	8,4	5,4	3,3	2,5	1,6
Хърватия	16,6	10,7	8,9	7,4	5,7	4,4	4,1	4,2
Латвия	13,0	13,7	18,8	10,3	7,7	5,6	4,1	3,2
Литва	14,2	10,2	12,5	8,6	7,1	5,0	4,2	3,4
Унгария	20,4	14,8	10,7	9,2	6,2	5,3	4,2	3,3
Полша	22,1	19,4	13,6	8,1	6,4	5,0	4,0	3,8
Румъния	25,6	26,9	21,2	18,6	15,0	9,8	7,5	6
Словения	13,0	8,4	5,5	4,9	4,1	2,5	1,6	1,7
Словакия	16,3	12,0	11,0	8,6	7,2	5,7	5,1	5

При неонаталната смъртност (НС), която засяга най-уязвимите деца – от раждането до 28-ия ден, в първите години на прехода България показва значително задържане на показателя си и отново в 2018 г. дели последните места с Румъния (**Табл. 2**).

Табл. 2. Неонатална смъртност за страните в преход 1990-2018 г. [13,21, 22, 23]

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2018
България	7,7	7,8	7,5	6,2	5,2	4	3,6
Чехия	7,7	4,9	2,5	2,0	1,7	1,5	1,8
Естония	8,0	10,3	5,8	3,3	1,9	1,5	1,2
Хърватия	7,5	6,0	5,6	4,0	3,3	3,2	2,6
Латвия	8,5	12,7	6,5	5,5	3,4	2,5	2
Литва	6,5	8,0	4,8	4,2	2,7	2,4	2,1
Унгария	10,8	7,3	6,2	4,1	3,5	2,7	2,3
Полша	:	10,1	5,6	4,5	3,5	2,9	2,7
Румъния	:	9,5	9,2	8,5	5,5	4,3	3,4
Словения	5,1	3,1	3,6	3,0	1,8	0,7	1,2
Словакия	8,4	7,9	5,1	4,1	3,6	2	2,8

Всички останали страни, включително и тези, които са имали начално покачване на показателя след 1990г. - Литва, Латвия Естония успяват да постигнат трайно снижаване и добър показател – от 1,2‰ до 2,8‰.

Ранна неонатална смъртност (РНС)

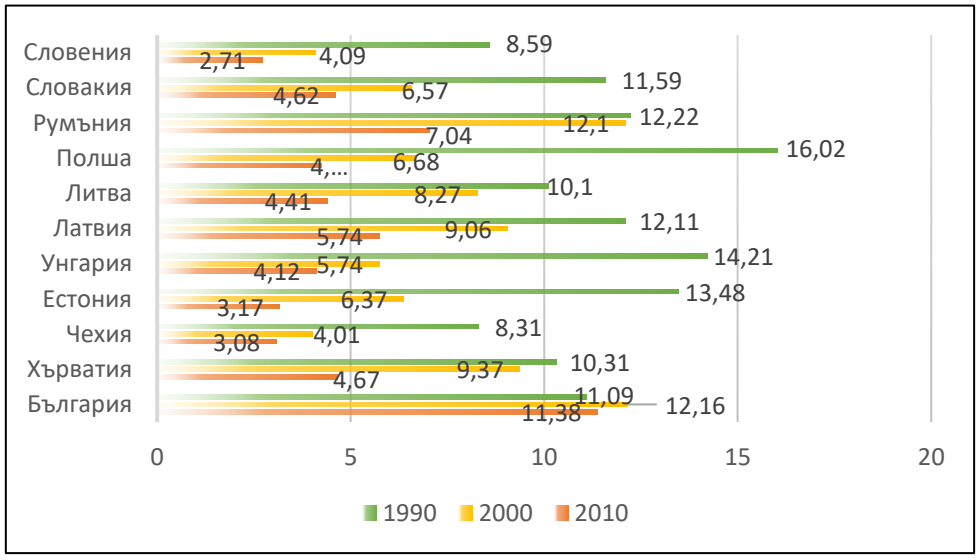
Същата тенденция на леко повишаване, задържане и последващо бавно намаление се отнася и за РНС за България. В отличие от Чехия, Унгария и Словения, България има влошаване още в началото на прехода. (**Табл. 3**).“Балтийската тройка“, много бързо след 1995г. намалява показателите. В 2015г. повечето страни с изключение на Румъния, България, Полша и Хърватия имат показатели от 0,6‰ до 2‰.

Табл. 3. Ранна неонатална смъртност за европейски страни 1990-2015г. [20]

	1990	1995	2000	2005	2010	2015
България	5,1	5,5	4,7	4,2	3,6	2,8
Чехия	5,8	3,2	1,6	1,1	1,0	1
Естония	6,1	7,9	3,8	2,0	1,6	1,1
Хърватия	5,9	4,9	4,2	3,4	2,6	2,2
Латвия	6,2	8,4	4,5	3,7	2,4	2
Литва	4,8	5,6	3,4	2,7	1,7	1,7
Унгария	8,7	5,5	4,6	2,7	2,6	2
Полша	:	8,0	4,1	3,4	2,6	2,1
Румъния	:	6,3	6,2	6,0	3,7	3
Словения	4,1	2,6	3,2	2,5	1,4	0,6
Словакия	6,7	5,5	3,6	2,8	2,3	-

Перинатална смъртност

На **Фиг. 1** са представени показателите на разглежданите страни. Ясно личат високите стойности на показателя в началото на прехода. С най-лош показател е Полша, следвана от Унгария, Естония, Румъния. Почти всички страни за едно десетилетие имат значителен спад на перинаталната смъртност. България, която в 1990 г. е с едно средно ниво, не само, че не намалява, но в 2000 г. е увеличила стойността на показателя. Както тя, така и Румъния, запазват устойчивост на неблагоприятния показател и не показват движение към намаляване. И тук страните с по-лош показател по-бързо са се справили и са достигнали до добри резултати [3, 4, 25].



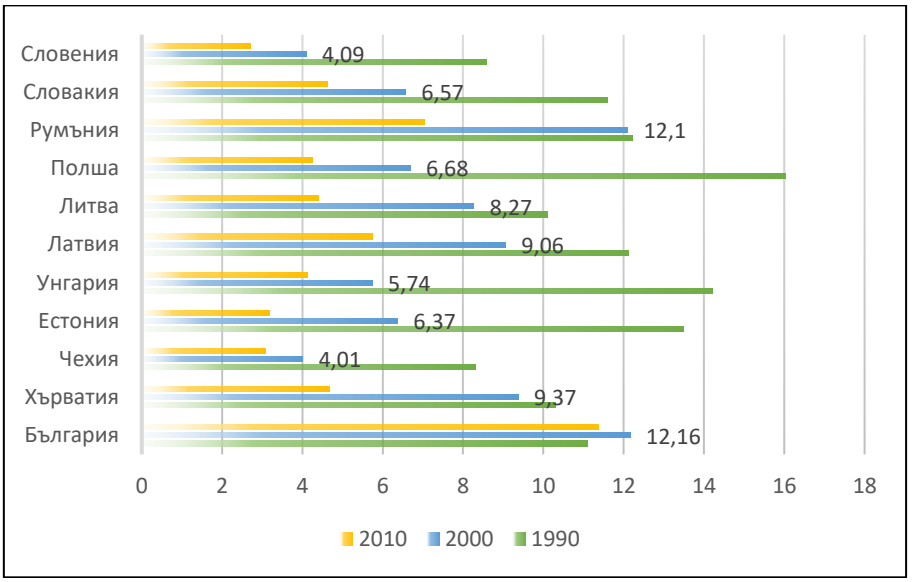
Фиг. 1. Перинатална смъртност в страните в преход за периода 1990-2010 [3, 4, 25]

Перинаталната смъртност очаквано е повлияна в първите години от социално-икономическата трансформация. В тази посока са изследвания, провеждани в 90-те години на 20 век [6,7]. Промените са фиксирани в 1991 и 1994 година. Сравнително изследване във Варненски окръг показва увеличение на недоносените деца от 5,18% през

1986 г. на 6,09% през 1991 г. като най-засегната е възрастта на майките до 19 години, в която увеличението е с 43,70%. Данните за цялата страна от 1986 до 1994 година показват, че точката на влошаване е през 1991 г., като е налице кумулиране на фактори като увеличаване на извънбрачната раждаемост, увеличаване делът на майките с ниско образование – от 6,9% на 100 раждания през 1986 на 11,09% на 100 раждания през 1994 г. От друга страна, майките с ниска степен на образование имат по-голяма честота на раждане на нискотегловни деца в сравнение с другите групи [6, 7]. Рязко са увеличени ранните раждания – под 19 години и под 15 години. България заедно с Румъния доста дълго време води класацията по този проблем в Европа.

Постнеонаталната смъртност (ПоНС). Поради възможността за по-лесно повлияване от организацията на здравеопазването за деца, тя обичайно се определя като резерв за намаляване на ОДС. Динамиката на ПоНС в България и преди прехода се отчита като неблагоприятна и недостатъчно използвана като такъв резерв. На **Фиг. 2**. ясно личи, че България със своя показател от 11,09‰ през 1990 г. не е на първите места в негативната листа - пред нея са Полша, Унгария, Естония, Румъния [26].

Но влошаването и задържането на показателя я поставя в положение на страна, в която организацията на здравните грижи за деца, не може да се справи с предотвратимата ДС. Едно плавно снижение на ПоНС би могло благоприятно да повлияе нивото на показателя на общата ДС в България за целия разглеждан период.



Фиг. 2. Постнеонатална смъртност в страните в преход за периода 1990-2010 [3, 4, 26]

Социално-икономическите фактори са с доказано влияние върху нивата на ДС, но в настоящата разработка не бяха изследвани специално. Данните за Брутния вътрешен продукт (БВП) на глава от населението за страните в преход, показват, че през 1995 г. "най-добрата" страна - Словения има БВП 4 пъти по-висок от този на България. В 2005 г. България, независимо, че е повишила показателя си е на последно място от страните в преход, като Литва и Румъния, които са имали най-ниски показатели през 1995 г. са я изпреварили и имат съответно 2,13 и 1,25 пъти повече от България [15].

Краткият коментар на *дълбочинните интервюта* показва увереността на респондентите, че издигането на ДС като национален приоритет в миналото и синхронът между национално ниво и местни действия, обединените усилия на здравни власти и местна общественост са били решаващи за голямото снижение на показателя до 1980 г. Изоставянето на някои добри практики (профилактика, патронаж в детската консултация),

както и влошаването на образователното ниво на някои етно-културни общности влияят неблагоприятно върху показателя ДС.

Обсъждането на ДС в страните в преход оставя отворен въпросът за лимитиране във времето на преходния период. Определянето на границите на прехода може да стане само при дискусии в мултидисциплинарен екип, базирани на конкретни изследвания.

Заключение

Страните в преход за период от 30 години постигат много добри за показатели за ДС. Динамиката на този процес е различна в зависимост от състоянието на нещата преди прехода и от начина на управлението му след това. Една група от страните, непосредствено след 1990 г. показва известно влошаване, последвано от низходящ ход на показателите. България заема особено място в групата, защото се отличава със значително по размер и продължителност влошаване и/или задържане на показателите, в сравнение с периода преди прехода. Това се отнася главно до перинаталните показатели, което потвърждава тяхната чувствителност към социално-икономическите промени.

В България, влиянието на преходния период е по-продължително в сравнение с другите страни.

Обосновани анализи на национални политики и местни практики могат да бъдат интересни от теоретична гледна точка и полезни за планиране на практически действия в общественото здравеопазване.

Библиография

1. Вичев М, Панайотов К. Динамика на детската смъртност в Република България за периода 1960-2012 година научни трудове на Русенския университет - 2014, том 53, серия 8.3,133-136
2. Грива Хр., С. Христова, Т. Чолакова Здравни индикатори НЦЗИ.С 2000г 2. Здравеопазване НСИ
3. Костадинова Кр. Детското здравеопазване като проблем на общественото здраве. Доклад. 14-ти национален конгрес по педиатрия с международно участие, 27-30 септември 2018, хотел Рила, Боровец.
4. Костадинова Кр. Функциониране на национална система по детско здравеопазване-обществено-здравен подход. «Наука и общество 2019» Научни трудове т. VII Национална научна конференция с международно участие. СУБ Кърджали,2019
5. Петков Г., П. Чакърова, Ю. Маринова, Св. Димитрова и колектив, Детската смъртност в Република България – структура и еволюция през последните 30 години, Педиатрия, том XLIII, 2/2003г.
6. Фесчиева Н., С. Попова, С. Цветарски. Социално-икономически преход в България и промените в раждаемостта и теглото на новородените (1986-1994). Социална медицина, 1996. N 1, 9-12
7. Фесчиева Н., С. Попова. Проблеми на перинатологията в период на социални промени. Социална медицина,1993, 1, 22-24
8. Asandului M., C. Pintilescu, D. Jemna, D. Viorica Infant mortality and the socioeconomic conditions in the CEE countries after 1990 ; Transform Bus Econ, 13 (2014), pp. 555-565
9. E. Carlsona and S. Tsvetarsky; Birthweight and infant mortality in Bulgaria's transition crisis. Paediatr Perinat Epidemiol, 2000 Apr 14(2), 159-162
10. Garrett E., C. Galley, N. Shelton, R. Woods (eds), Infant mortality: a continuing social problem. A volume to mark the centenary of the 1906 publication of Infant mortality: a social problem by George Newman, Aldershot, Ashgate , 2006, pp. 27
11. Nyári C., T.A. Nyári, R.J. McNallyTrends in infant mortality rates in Hungary between 1963 and 2012 ;Acta Paediatr, 104 (2015), pp. 473-478
12. Onambele L; L.S.M.-Rodríguez; H. Niu; I.-Alvarez; A. Arnedo-Pena; F. Guillen-Grima; I. Aguinaga-Ontoso Infant mortality in the European Union: A time trend analysis of the 1994–2015 period. Anales de pediatria.vol.91, issue 4, 219-227
13. Списание Население и демографски процеси 2019 https://www.nsi.bg/ 01.11.2020
14. Bulgaria Infant Mortality Rate 1950-2020, https://www.macrotrends.net/countries/BGR/bulgaria/infant-mortality-rate последно посетен на 20.11.2020

15. Gross domestic product, https://dw.euro.who.int/api/v3/export?code=HFA_33 последно посетен на 17.11.2020
16. Hungary Infant Mortality Rate 1950-2020, https://www.macrotrends.net/countries/HUN/hungary/infant-mortality-rate, последно посетен на 20.11.2020
17. Infant deaths per 1000 https://dw.euro.who.int/api/v3/export?code=HFA_74 последно посетен на 17.11.2020
18. Infant deaths per 1000 https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_74-1110-infant-deaths-per-1000-live-births/ последно посетен на 20.05.2018
19. Infant mortality rate https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00027/default/table?lang=en последно посетен на 01.11.2020
20. Maternal, newborn and child health data by country (most recent year to 2018 with some trend data included) https://www.healthynewbornnetwork.org/resource/database-global-and-national-newborn-health-data-and-indicators/ последно посетен на 20.11.2020
21. Neonatal deaths per 100 https://dw.euro.who.int/api/v3/export?code=HFA_77 последно посетен на 17.11.2020
22. Neonatal mortality rate, https://data.unicef.org/topic/child-survival/neonatal-mortality/ последно посетен на 20.05.2018
23. Neonatal mortality rate in Europe in 2015, by country, https://www.statista.com/statistics/953891/neonatal-mortality-rate-in-europe/ последно посетен на 20.05.2018
24. Number of deaths (thousands) Data by country http://apps.who.int/gho/data/node.main.ChildMort-1?lang=en последно посетен на 20.05.2018
25. Perinatal deaths per 1000 https://dw.euro.who.int/api/v3/export?code=HFA_84 последно посетен на 17.11.2020
26. Postneonatal deaths https://dw.euro.who.int/api/v3/export?code=HFA_81 последно посетен на 17.11.2020

ДОМАШНИТЕ ПОСЕЩЕНИЯ ОТ АКУШЕРКА – ОЧАКВАНИЯ НА БРЕМЕННИТЕ И РОДИЛКИТЕ

П. Дилова*, С. Александрова-Янкуловска**

** Катедра "Акушерски грижи", Факултет „Здравни грижи", МУ – Плевен*
*** Катедра "Обществоздравни науки", Факултет „Обществено здраве", МУ – Плевен*

Контакт: Гл. ас. Петя Дилова, д.узг.
e-mail: petiadiolva@gmail.com

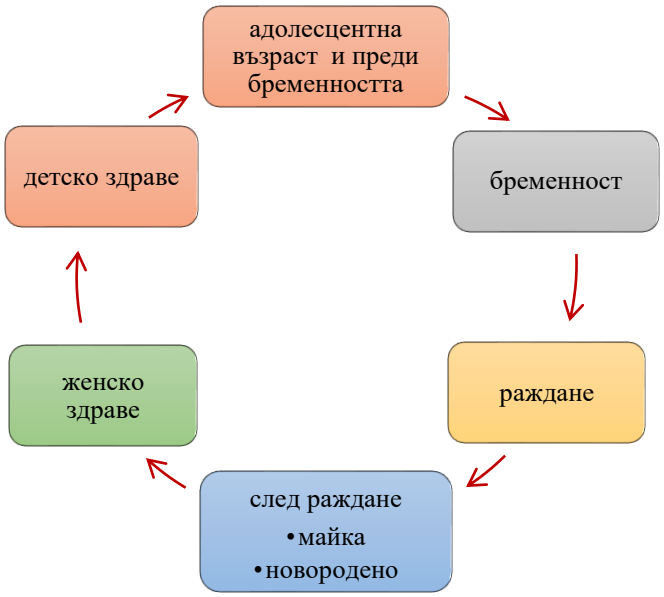
Въведение

Основният принцип, залегнал в основата на програмите за здраве на майките, новородените и децата, трябва да бъде континиумът на грижите. Този термин има две значения - континиум в жизнения цикъл от юношеството и преди бременността, бременността, раждането и през периода на новороденото, и континуум от грижи от дома и общността, до здравния център и болницата и обратно. Квалифицираните акушерски грижи по време на бременност, раждане и в постнаталния период предотвратяват усложненията за майката и за новороденото и позволяват тяхното ранно откриване и подходящо управление.

Антенаталните грижи може да се определят като грижи, предоставяни от квалифицирани здравни специалисти на бременни жени и юноши, за да се осигурят най-добрите здравни условия както за майката, така и за бебето по време на бременност [9].

Антенаталните акушерски грижи (ААГ) включват здравна оценка, промоция на здравето и благополучието, откриване на усложнения. Те включват следните компоненти: идентифициране на риска; превенция и управление на заболявания, свързани с бременност или съпътстващи заболявания; и здравно образование и промоция на

здравето (**Фиг. 1**). Целите на ААГ са намаляване на майчината и перинаталната заболеваемост и смъртност както директно, чрез откриване и лечение на усложнения, свързани с бременността, така и индиректно, чрез идентифициране на жени и момичета с повишен риск от развитие на усложнения по време на бременността и раждането, като по този начин се гарантира насочване към подходящо ниво на грижи [3].



Фиг. 1. Континиум на грижите през жизнения цикъл
Адаптирано от: Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival

Световната Здравна Организация (СЗО) препоръчва антенатални грижи, които осигуряват положителни преживявания по време на бременността чрез: поддържане на нормална физическа и социокултурна активност; поддържане на здравословна бременност за майката и бебето (включително предотвратяване и лечение на рискове, заболявания и смърт); ефективен преход към позитивно раждане, и позитивно майчинство (включително майчината самооценка, компетентност и автономност) [5, 10].

Домашните посещения от квалифициран специалист (най-често акушерка), които започва по време на бременност и продължават след раждането, може да бъдат фактор с положително влияние върху здравето на бременната, развитието на плода, новороденото и малкото дете. Тези практики включват подобряване на достъпа и насърчаване на подходящото използване на здравни грижи, насърчаване на доброто хранене и разглеждане на значението на въздържането от вредни вещества. Осъществяват се чрез предоставяне на информация, образование и подкрепа на семействата, както и събиране на информация (състояща се от оценка и проверка на семейните рискове и нужди) и насочване и координация към други необходими услуги.

Следродилните дейности са предназначени за здравна оценка на майката и бебето, здравно образование, подкрепа за кърмене, откриване на усложнения и предоставяне на услуги за семейно планиране [7]. Warten и колектив (2009) установяват, че въпреки чувствителността на този период, в много страни, в които съществуват програми за грижи по време на бременността, все още продължават да съществуват ограничения при представянето на следродилни грижи и прилагането на програми за домашно посещение [8]. Подкрепата за изключително кърмене, грижи за гърдите, насърчаване на храненето, попълване на програмата за ваксинация, насочване в случай на кървене и инфекция и посещения вкъщи са сред най-важните програми, които трябва да се прилагат за майките

след раждането [6]. Домашното посещение се препоръчва като ефективна и ефикасна стратегия за насърчаване на здравето и предотвратяване на заболяванията сред бременните, майките и новородените [4].

Домашното посещение от акушерка с цел активно наблюдение и адекватни грижи след раждането е традиционна акушерска дейност. СЗО в *Recommendations on postnatal care of the mother and newborn* препоръчва домашни визити през първата седмица след раждането за осигуряване на грижа за майката и новороденото [11].

Преди реформата в здравеопазването в България, акушерката има съществени функции в акушеро-гинекологичния участък свързани с наблюдението на бременните и жените след раждането. Патронажните посещения по домовете (не по-малко от 2-3 през бременността на всяка бременна), заемат голяма част от работното време [1].

След промените в системата на здравеопазване, дейностите и грижите за бременните и родилките се извършват съгласно програма „Майчино здравеопазване" на НЗОК, само от общопрактикуващи лекари или специалисти акушер-гинеколози и не включват домашни посещения [2].

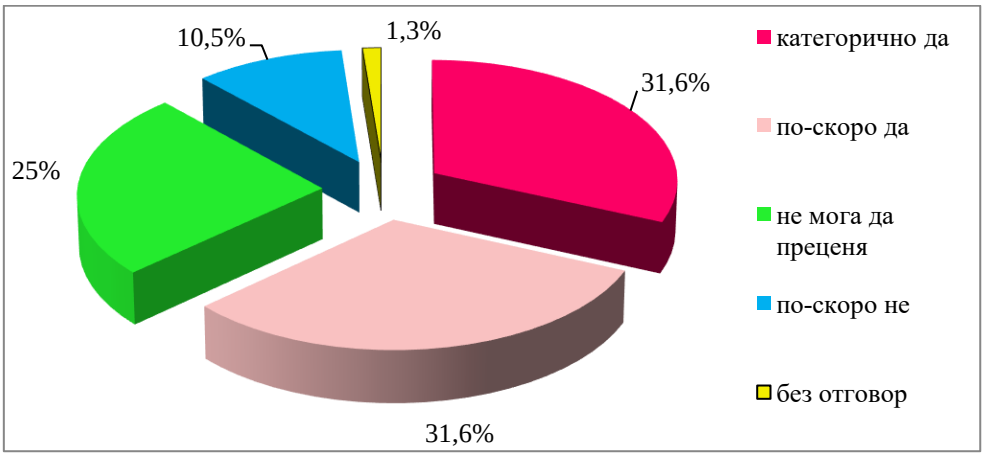
Целта на настоящото изследване е да се установят очакванията на бременните жени и родилките от домашни посещения от акушерка.

Методология

Проучването е част от дисертационен научен проект. Приложен е анкетен метод тип пряка индивидуална и пощенска анкета с оригинално разработени въпросници. Обхванати в проучването са 76 бременни жени и 48 родилки. За измерване на становищата е използвана 5-степенна Likert-скала. Обработката на първичните данни статистически е осъществена със софтуерните пакети Microsoft Office Excel 2010 и SPSS v. 19.

Резултати

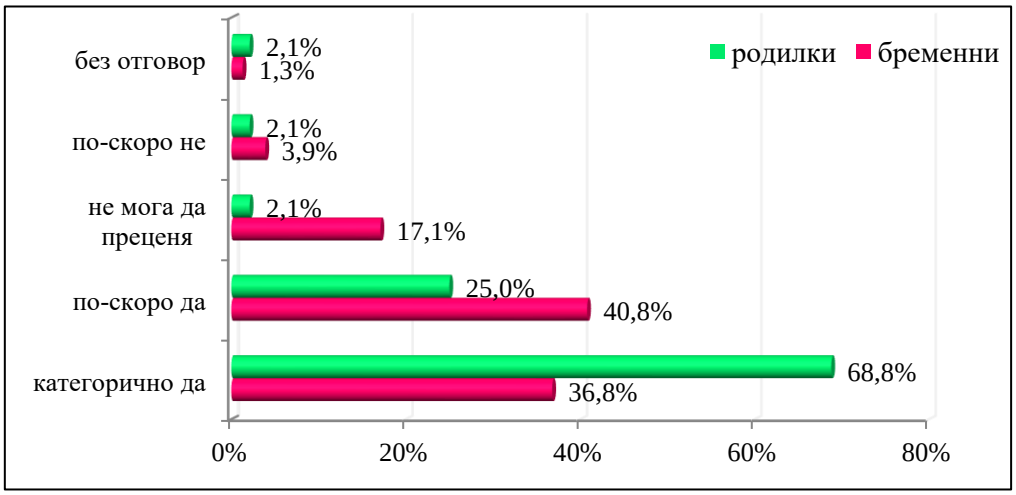
От анкетираните бременни жени 63,2% са изказали положителни мнения (да и по-скоро да) за това, дали ще бъде полезно да се провеждат домашни посещения от акушерка преди раждането. Неуверени в отговора си са 25% от респондентите, което може да се обясни с липсата на такива дейности в момента. Само 10,5% от анкетираните считат, че по-скоро не биха били полезни такива посещения, а ктегорично негативни мнения няма посочени (**Фиг.2**).



Фиг. 2. Разпределение на мненията на бременните жени, относно домашните посещения от акушерка преди раждането

Изразените очаквания на бременните жени от домашните посещения на акушерката преди раждането са: увереност и подкрепа в подготовката за родителство (51,3%); възможност за въпроси в спокойна атмосфера (38%); придобиване на допълнителни знания за поведението по време на бременността (25%); подобряване на емоционалната стабилност през бременността (17,1%); възможност за съвети към цялото семейство (10,5%).

Относно необходимостта от домашни посещения след раждането, относителния дял на положителните мнения и в двете групи респонденти е висок – 77,6% от бременните жени и 98,3% от родилките. Категорично положителните отговори се увеличават след раждането. Две от родилките са посочили допълнително, че посещенията трябва да бъдат неколкократни. Делът на тези от бременните, които не могат да преценят, е нисък (17,1%), а сред родилките е едва 2,1% (**Фиг. 3**). Тези резултати показват, че жените имат осъзната необходимост от такъв вид подкрепа след раждането.



Фиг. 3. Мнения относно необходимостта от домашни посещения на акушерка след раждането

У нас домашни визити след раждането за наблюдение на родилката регламентирано не се провеждат. Жената трябва активно да посети специалистите в женската консултация или отделението. Това не винаги е възможно поради отдаленост на населеното място от родилното заведение или женската консултация. Сред анкетираните родилки 14,6% са посочили, че в населеното място, в което живеят, няма родилно заведение, а за 2,1% там, където живеят, няма никакви медицински специалисти, към които да се обърнат при нужда след изписването.

Мнение относно необходимост от допълнителни дейности в грижите за жените след раждане са изразили 6 от анкетираните родилки. Две от тях предлагат посещение на акушерка в къщи поне няколко пъти, две – наблюдението да е от лекаря, водил раждането, едно мнение изразява необходимост от по-подробни изследвания, съвети и препоръки и едно мнение за принципна необходимост от наблюдение без уточнение кой трябва да го осъществява.

Професионална подкрепа е сред водещите очаквания от посещенията след раждане и в двете групи респонденти с равен дял от 54%. Успешното кърмене увеличава значимостта си от 36% сред бременните на 63% сред родилките. Необходимостта от съветник в грижите за бебето от 36% до 81% сред родилите вече жени. Подпомагането за правилен режим на живот и хранене е отчетен като полза от домашните посещения от акушерка от 34% от бременните и 25% от родилките. По-малък дял заемат мненията относно осигуряване на емоционалната стабилност – 21% от бременните жени я считат за

важна, а след раждането делът е по-малък (6%) – **Фиг. 4**. Ранжирането на очакванията в различните периоди, свързани с раждането на дете е обясним – по време на бременността за жените са водещи факторите свързани със собственото им здраве, а след раждането тези, свързани със здравето и развитието на бебето.



Фиг. 4. Отчетени ползи от домашни посещения на акушерка след изписването

Заключение

Въпреки че домашни посещения на акушерка не се осъществяват в България, нашите резултати потвърждават необходимостта от тях както по време на бременност така и след изписване от родилното отделение. Изразени са сериозни очаквания на респондентите за подкрепа както за тяхното здраве, така и за отглеждане на новороденото. Макар че нито една единична намеса не може да смекчи всички рискове, посещенията в домашни условия са определени като една от най-добрите стратегии за подобряване на здравето на майката и новороденото

Литература

1. Стоименов, Г. Акушерство и гинекология. МФ, София, 1990, с. 582-583.
2. Програма „Майчино здравеопазване“. Достъпна на адрес: http://www.nhif.bg
3. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. Paediatr Perinat Epidemiol. 2001;15(Suppl 1):1–42.
4. Darmstadt G., Z. Bhutta. Cousens S Lancet Neonatal Survival Steering Team Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? Lancet. 2005; 365: 977-988
5. Downe S. Et al. What matters to women: a scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience are important to healthy pregnant women. BJOG. 2016;123(4):529–39. Doi:10.1111/1471-0528.13819
6. Lawn J., K. Kerber. Opportunities for Africa‘s Newborns. Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Cape Town, South Africa2006: 79-90. Достъпно в интернет на адрес: http://www.who.int/pmnch/media/publications/africanewborns/en/index.html
7. Lee H. Et al. The Effects of Home Visiting on Prenatal Health, Birth Outcomes, and Health Care Use in the First Year of Life. Достъпно в интернет на адрес: https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/opre/mihope_strong_start_final_report_final508_3.pdf
8. Warten C et al. Safe guarding maternal and newborn health: improving the quality of postnatal care in Kenya. J Qual health care. 2009; 22(1):24-30.
9. WHO, Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival. Достъпно в интернет на адрес: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_cah_09_02/en/
10. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Достъпно в интернет на адрес: https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912
11. WHO, Recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Достъпно в интернет на адрес: http://www.who.int.

АЛГОРИТЪМ ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА ПРОФЕСИОНАЛНИ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПО ОНКОЛОГИЧНИ ГРИЖИ

П. Гергова*, С. Георгиева**

** Катедра „Сестрински хирургични грижи", Факултет „Здравни грижи", МУ – Плевен*
*** Катедра „Обществено-здравни науки", Факултет „Обществено здраве", МУ – Плевен*

Контакт: Ас. Поля Гергова
e-mail: poliakomitska@abv.bg

Въведение

Онкологичните грижи са комплексни и много специфични. Като част от интердисциплинарен екип, медицинската сестра трябва да има специфични компетентности, като предпоставка за високо качество на онкологичните грижи. Предвид нарастване честотата на онкологичните заболявания, търсенето на онкологични сестри се увеличава, а въпросите, свързани с базовото и продължаващо обучение и сертифициране стават особено актуални.

Грижите за пациентите с онкологични заболявания са интегрална част от лечебния процес, в който лекарските дейности и сестринските грижи са в тясно взаимодействие. При редица прояви на онкологичното заболяване и тяхното третиране се изискват специални познания и умения от медицинска сестра, като част от интердисциплинарния екип. Социалната значимост на онкологичните заболявания поражда необходимостта от профилност на сестринските грижи, регламентирано в Наредба на МЗ от 2011 г. „Уникалната роля на онкологичната сестра, базирана на концептуалния модел на професионалното сестринство и здравните грижи, е в нейната централна позиция, която заема по отношение на пациент, семейство и други здравни звена. Функциите на сестрата (непрекъснати, многостранни и комплексни) са свързани с: планиране, управление и осъществяване на качествени общи и специфични грижи; обучение на пациента и близките за справяне със заболяването; оказване на психологическа, емоционална и социална подкрепа [4, 10].

Сестрите практикуват в различни заведения за лечение и грижи за онкологично болни лица (стационари по онкологична хирургия, химиотерапия и лъчетерапия, амбулаторни клиники, онкологични кабинети, хосписи). Компетенциите са необходими, за да обхванат сложността на лечението и грижите при онкологично болни пациенти, многобройни режими на лечение, изисквания за работа в интердисциплинарен екип и за ефективно справяне с психосоциалните нужди на пациентите и техните семейства [5].

Целта на настоящата разработка е да се проучат основните стъпки и нормативната рамка на изграждане на специфични професионални компетентности на онкологичната сестра в международен план и в България.

Материал и методи

Направен е сравнителен и контент – анализ на международни и национални документи, регламентиращи изграждането на професионални компетентности на онкологичните сестри. Анализирани са: Препоръки на Американското дружество по онкологично сестринство, Европейска референтна рамка за ключови компетентности, Наредба № 30 за утвърждаване на медицинския стандарт "Медицинска онкология" и др.

Резултати и обсъждане

1. Международен опит и практика в придобиването на професионални компетентности:

В световният опит се очертават четири основни етапа в изграждането на специфични компетентности на онкологичната сестра: базово четиригодишно обучение за придобиване на бакалавърска степен по сестринство, с включени теми с онкологична насоченост; продължаващо обучение под формата на следдипломни квалификационни курсове и специализация по онкология, завършваща със сертифициране. В някои страни (САЩ) съществува и възможност за придобиване на магистърска степен по онкологично сестринство. Всяка една от посочените степени изисква не само теоретична подготовка, но и определен брой часове клинична практика в онкологични звена.

Сестринските организации разработват стандарти и насоки за професионална сестринска практика. При прилагането на стандартите трябва да се обърне внимание на характеристиките на практиката, както и на настоящите тенденции в здравеопазването и сестринските грижи [1].

Стандартите за професионална сестринска практика се дефинират като авторитетни изявления за задълженията, които всички регистрирани медицински сестри, независимо от специалността, се очаква да изпълняват компетентно “. Стандартите за професионална сестринска практика се прилагат за всяка профилирана специалност и клинична среда, където медицинската сестра се грижи за пациенти. Те служат като препоръки за осигуряване на качествени сестрински грижи, основани на доказателства и дават насоки на медицинските сестри и техните работодатели, свързани с очакванията и развитието на компетенции. Тяхната роля се изразява и в предоставяне на обществеността на информация за това какво може да се очаква по отношение на професионалната компетентност от медицинската сестра.

Стандартите за онкологични медицински сестри се фокусират върху подпомагането на хората в риск за или с диагноза онкологично заболяване да постигнат най-доброто качество на живот и резултати. Те описват очакванията за онкологична сестринска практика в различните здравни заведения. Включват стандарти за практика (**Табл. 1**) и стандарти за професионална компетентност (**Табл. 2**). За всеки стандарт са предвидени критерии за демонстриране на компетентност на ниво регистрирана сестра, които се прилагат за всички медицински сестри, които предоставят грижи за пациентите с онкологични заболявания или в онкологична среда.

Табл. 1. Стандарти за онкологична сестринска практика

Професионални стандарти	Описание
Оценка	Онкологичната сестра систематично и непрекъснато събира данни относно физическия, психологически социален, духовен и културален здравен статус на пациента.
Диагноза	Онкологичната сестра анализира данните от оценката и определя сестрински диагнози, проблеми на пациента.
Идентифициране на резултатите	Онкологичната сестра идентифицира очакваните резултати, индивидуализирани за пациента с фокус върху управлението на симптомите, преживяемостта или комфортна смърт.
Планиране	Онкологичната сестра разработва индивидуален и холистичен план за грижи, и предписва интервенции за постигане на очаквани резултати.
Изпълнение	Онкологичната сестра прилага плана за грижа за постигане на идентифицираните очаквани резултати за пациента.
Координация на грижите	Онкологичната сестра гарантира, че грижите са координирани в целия континуум за лечение на онкологично заболяване.

Здравно възпитание и промоция на здравето	Медицинската сестра по онкология използва стратегии, основани на доказателства, за да ангажира пациентите в обучение за насърчаване на здравно поведение и безопасност.
Оценка	Онкологичната сестра систематично и редовно оценява реакцията на пациента на интервенции, за да определи напредъка към постигане на очакваните резултати.

Табл. 2. Стандарти за професионално поведение

Професионални стандарти	**Описание**
Етика	Онкологичната сестра използва етичните принципи като основа за вземане на решения и застъпничество за пациентите. Онкологичната сестра взема предвид културното разнообразие и принципите на включване при планиране и осигуряване на грижи.
Културално съгласувана грижа	Онкологичната сестра използва базирани на доказателства стратегии за насърчаване на взаимното уважение и споделеното вземане на решения, които подобряват клиничните резултати и удовлетворението на пациентите.
Комуникация	Онкологичната сестра използва стратегии, базирани на доказателства за насърчаване на взаимно уважение и споделя вземането на решения, които подобряват клиничните резултати и очакванията на пациента.
Сътрудничество	Онкологичната сестра си партнира с пациента и семейството му, междупрофесионалния екип и ресурсите на общността за оптимизиране на онкологичните грижи.
Лидерство	Онкологичната сестра демонстрира лидерство в практиката и в сестринската професия, като признава динамичния характер на грижите за пациентите с онкологично заболяване и необходимостта от подготовка за новите технологии, начините на лечение и поддържащите грижи.
Образование	Онкологичната медицинска сестра търси и разширява личните знания и компетентност, съгласно изискванията на онкологичното сестринство и допринася за професионалното развитие на своите колеги.
Основана на доказателства практика и изследвания	Онкологичната сестра интегрира съответните изследвания в клиничната практика и идентифицира клинични дилеми и проблеми, подходящи за изследване, като същевременно подкрепя изследователските усилия.
Качество на практиката	Онкологичната сестра систематично оценява качеството, безопасността и ефективността на онкологичната сестринска практика в рамките на професионалната среда и в целия континуум на онкологичните грижи.
Оценка на професионалната практика	Онкологичната сестра последователно оценява собствената си сестринска практика и тази на своите връстници и други доставчици на здравни услуги.
Използване на ресурсите	Разглежда фактори, свързани с безопасността, ефективността и разходите при планирането и предоставянето на грижи за пациентите.
Здрава околна среда	Онкологичната сестра практикува по начин здравословен и безопасен за околната среда.

Насоките за клинична практика се различават от стандартите и се определят като „изявления, които включват препоръки, целящи да оптимизират грижите за пациентите, които се информират чрез систематичен преглед на доказателствата и оценка на ползите и вредите от алтернативните възможности за грижи“. Отговорност на професионалните организации в САЩ е да определят стандартите, които трябва да се прилагат за медицинските сестри. Американска асоциация на медицинските сестри (ANA) представлява регистрираните сестри в САЩ. Те развиват основни компетенции, които се прилагат за всички регистрирани сестри, независимо от ролята, образователната подготовка, практиката или специалността. Ключовите професионални компетенции включват:

Сестринство: обхват и стандарти за практика [1] и Етичен кодекс за медицински сестри с тълкувателни изявления [2].

Онкологичното сестринско общество (ONS) дефинира стандарти за онкологична сестринска практика в различни среди, популации пациенти и субспециалности. За първи път са въведени през 1979 г. и периодично се актуализират.

За практикуването на професията медицинска сестра в много страни се изисква **лиценз.** В допълнение към завършването на необходимото образование, медицинските сестри трябва да се явят на изпит за лицензиране на Националния съвет или NCLEX-RN, за да получат лиценз. Лицензите се предоставят от държава или друга държавна агенция.

Табл. 3. Етапи на професионално развитие на онкологичната сестра

Образование/степен	Обучение	Документ/степен
Сертифициран асистент за медицински сестри (PCT)	Обучение за работа или обучение в колеж	сертификат
Лицензирани практически сестри (LPNs)	изискват 2 години обучение.	сертификат NCLEX-PN
Регистрирани медицински сестри (RNs)	2-годишно обучение	Асоциирана степен
Бакалавър медицинска сестра (BSN)	4-годишно обучение	Бакалавърска степен
Магистър медицинска сестра (MSN)	двугодишна програма за следдипломно обучение.	Магистърска степен
Специалист онкологична медицинска сестра	курсова работа, клинична практика или продължаващо обучение.	Придобиване на специфични умения за за грижа за онкологично болни;
Специалист медицинска сестра (AOCNP)	най-малко 500 часа контролирана клинична практика в онкологията	Явяване на сертификационен изпит след специалист
Онкологично сертифицирана медицинска сестра (OCN)	Явяване на изпит	Oncology Nursing Certification Corporation

Сертифицирането се получава чрез официален процес, който потвърждава образование и опит. За сертифицирането се изпълняват определени изисквания и се държи изпит. Сертификатите често се издават от професионални дружества [16]. Изискванията за сертифициране на Онкологична медицинска сестра (OCN) са: Активен лиценз за регистрирана медицинска сестра (RN); Най-малко две години опит през последните четири години; Най-малко 2000 клинични часа в онкологични сестрински грижи през последните четири години; Най-малко 10 часа за продължаващо обучение, фокусирани върху онкологията през последните три години. Етапите на професионалното развитие на онкологичната медицинска сестра са представени в **Табл. 3**.

2. Формиране на професионални компетентности на онкологичната медицинска сестра в България.

В Националния класификатор на областите на висше образование и професионалните направления обучението по специалност Медицинска сестра е в област на висше образование 7. Здравеопазване и спорт, професионално направление 7.5. Здравни грижи. Единните държавни изисквания за специалност „Медицинска сестра“ са приети през 2005 г и актуализирани през 2010 година [7, 12].

Конкретната дидактическа рамка, по която се провежда образователния процес в висшите училища е съобразена с цитираните по-горе нормативни документи. Обучението по специалност „Медицинска сестра“ се осъществява след получена положителна акредитационна оценка от Националната агенция по обучаване и акредитация. Учебният план е основан на Единните държавни изисквания и на Наредбата, регламентираща

професионалните дейности, които сестрите могат да изпълняват самостоятелно или по назначение на лекар [10]. Учебните планове са съобразени с Европейските и националните изисквания. Заложената логическа последователност от учебни дисциплини е предпоставка за формиране на ключови компетентности и формиране на професионално значимите качества за медицинската сестра [15]. Някои дисциплини, "Сестрински грижи при болни с онкологични заболявания" и "Палиативни сестрински грижи", са по-силно ангажирани към формирането на ключови компетентности. Обучението се фокусира върху формиране на умения за оказване на специални сестрински грижи, както и цялостни стратегии за управление на симптомите при тежко болни пациенти. Формират се професионални умения и поведение за справяне със социалните и психологически аспекти на болестта. Медицинската сестра е не само изпълнител на предписанията на лекаря. Тя е негов сътрудник и член на мултидисциплинарния екип обслужващ онкологично болните пациент и [3, 6]. По време на обучението студентите придобиват и практически умения и компетенции, които медицинските сестри осъществяват самостоятелно или по назначение от лекар [9]. В Медицински университет – Плевен, Факултет „Здравни грижи“, в рамките на 20 ак.ч. учебно-практически занятия по дисциплината „Сестрински грижи при болни с онкологични заболявания“. По дисциплината „Палиативни сестрински грижи“ в рамките на 20 ак.ч. студентите усвояват базови знания и придобиват практически умения относно общата концепция за палиативните грижи, организационни форми за предоставяне на грижи, етични правила и принципи при осъществяване на палиативни грижи, психологическа подкрепа на терминално болния и неговите близки и симптоматичен контрол.

Следдипломното продължаващо обучение на медицинските сестри е свързано с променените социално-икономически условия, нормативната база, повишените изискванията на пазара на труда. В Наредба за онкологичния стандарт е разгледана професионалната компетентност на медицинската онкологична сестра: „Медицинските сестри са длъжни да поддържат, повишават и разширяват теоретичните си знания и практическите си умения, необходими за осигуряване на качествени здравни грижи, чрез продължаващо медицинско обучение. Препоръчително е „най-малко две от медицинските сестри, работещи в отделения/клиники по медицинска онкология от III ниво на компетентност, да имат придобита специалност „Специфични грижи за пациенти с онкологични заболявания“ [11,14]. „Учене през целия живот“ води до повишаване на знанията, уменията и компетентностите - дейност, нормативно регламентирана от Закона за професионалното образование и обучение. В Закон за висшето образование и Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти се уреждат въпроси, свързани със специализациите и продължаващото обучение [8]. През 2016 г. с измененията в този закон, се регламентира задължителния характер на продължаващото обучение – чл. 1 (ал. 2), както и задължително членство в БАПЗГ– чл. 4 при практикуване на професията и въвеждане на квалификационни нива съгласно приетата Квалификационна рамка за професионално развитие – чл. 8.

Заключение

Придобиването на специфични компетентности за осъществяване на здравни грижи за пациенти с онкологични заболявания е продължителен и многоетапен процес, следването на който ще доведе до изграждане на необходимите знания, умения и отношение, нужни за поддържането на високи стандарти в онкологичната практика.

Литература

1. American Nurses Association (ANA). (2015a). Nursing: scope and standards of practice (3rd ed.) Silver Spring. MD: American Nurses Association.
2. American Nurses Association (ANA). (2015b). Code of ethics for nurses with interpretive statements. Silver Spring, MD: Nurses- book.org.

3. Грънчарова, Г., Александрова – Янкуловска, С. Социална медицина. ИЦ МУ – Плевен, 2015.
4. Грънчарова, Г., Александрова, С., Велкова, А. Медицинска етика. ИЦ „ВМИ – Плевен“, 2001.
5. Делийски, Т. Оперативна, обща и специална хирургия. Хирургични грижи. ИЦ МУ – Плевен, 2017, с. 229 – 259.
6. Европейска квалификационна рамка за учене през целия живот ec.europa.eu/education/pub/pdf/general/eqf/broch_bg.pdf
7. Закон за здравето (Обн. ДВ. бр.70 от 10.08.2004г., в сила от 01.01.2005 г., последна редакция ДВ. бр. 82 от 26.10.2012г.)
8. Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, ДВ, бр. 46, 2005г. Достъпно в Internet на адрес: www.nursing-bg.com/zakon.html.
9. Квалификационна характеристика на специалност „Медицинска сестра, образователно-квалификационна степен „Бакалавър“, МУ – Плевен, 2015 г.
10. Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно (обн., ДВ, бр. 15 от 18.02.2011г.)
11. Наредба № 6 от 7.06. 2018 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Медицинска онкология“(обн., ДВ, бр. 52 от 22.06.2018г. изм. *ДВ. бр*. 90 от 20 Октомври 2020 г.)
12. Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите “Медицинска сестра” и “Акушерка” за образователно-квалификационна степен “Бакалавър” (Обн., ДВ, бр. 95 от 29.11.2005 г. последна редакция ДВ. бр. 88 от 09.11.2010г.)
13. Наредба № 31 от 28.07.2001 г. за следдипломно обучение в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 64 от 20.07.2001 г., изм. и доп., бр. 93 от 21.10.2003 г.
14. Достъпно в Internet на адрес: http://econ.bg/Нормативни-актове/Наредба-31-от-28-юни-2001-г-за-следдипломно-обучение-в-системата-на-здравеопазването-Отм-ДВ-_l.l_i.127704_at.5.htm.
15. Наредба № 34 от 29.12.2006 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, Достъпно в Internet на адрес: www.mh.government.bg/.../naredba34-ot-2006g-pridobivane-na-spetsialnost.pdf
16. Решение № 619 на МС от 20.07.2009 г. за приемане Списък на регулираните професии в Република България (на основание чл. 3 и 6 от Закона за признаване на професионални квалификации - Обн., ДВ, бр. 61 от 31.07.2009 г.)
17. Oncology Nursing Society (ONS). Professional Development of an oncology nurse, Retrieved from https://www.ons.org/develop-your-career/professional-development?ref=RO

МНЕНИЕТО НА ВАРНЕНСКИТЕ МАЙКИ ОТНОСНО НУЖДАТА ИМ ОТ АКУШЕРСКИ ГРИЖИ В ДОМА

Р. Лалева

Катедра „Здравни грижи“, Факултет „Обществено здравеопазване“, МУ - Варна

Контакт: Ас. Румяна Лалева
e-mail: rumi_laleva@abv.bg

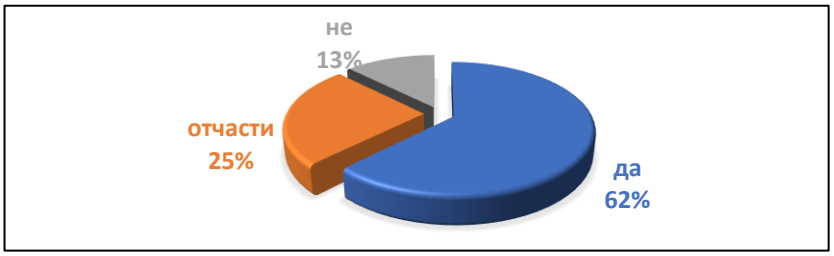
Въведение

Появата на нов член в семейството е вълнуващ и емоционален момент за всички в дома. Подготовката и организацията за справяне е стегната и ясна много преди да се случи щастливото събитие. В момента в България няма регламентирана специализирана акушерска помощ за родилките в дома. Възстановителния период след раждане протича без активно медицинско наблюдение, което в някои случаи води до тежки усложнения. „Емоционалното състояние на майката пряко рефлектира върху благосъстоянието на бебето. Притеснението, умората и страхът за детето могат да доведат до намаляване на кърмата, да влошат отношенията между родителите, да отключат следродилна депресия“ [2]. Регламентираната акушерска помощ за родилките в дома е налична в много развити държави и спомага за по-добрите показатели на общественото здраве и качеството на

живот. Японски учени установяват, че „ако майките са получили повече постнатални домашни посещения, те са по-малко склонни да се обръщат за спешна медицинска помощ относно здравето на бебето“ [10,11]. В страните от западна Европа до 1 седмица след раждането вниманието на акушерката е насочено към емоционалността на майката и начина на хранене на новороденото – кърма или адаптирано мляко. След 2 – 4 седмица вниманието на младата майка е насочено към грижите за обличане, хигиена, хранене. От този момент майката трябва да намира време за кратка разходка навън за подобряване на настроението си [12].

Резултати

Зададохме въпроси на варненски майки чрез електронна анкета за справянето им в дома след изписване от лечебното заведение и за необходимостта им от регламентирани акушерски грижи. От анкетираните майки 62% са отговорили, че са имали нужда от помощ след изписване в дома след раждане. Една четвърт от респондентите смятат, че са имали отчасти нужда от подкрепа и само 13% отговарят отрицателно (**Фиг. 1**).



Фиг. 1. Чувстват нужда от помощ у дома след раждане

Със следващ въпрос искахме да разберем на кого са разчитали жените, прибирайки се в дома след раждане? Как са се справили с грижите в дома - 75 % от анкетираните са отговорили, че са разчитали на семейството и приятелите. От отговорите на респондентите установяваме, че много малък процент се справили сами и едва 6 % са разчитали на професионална помощ от лекар или акушерка.

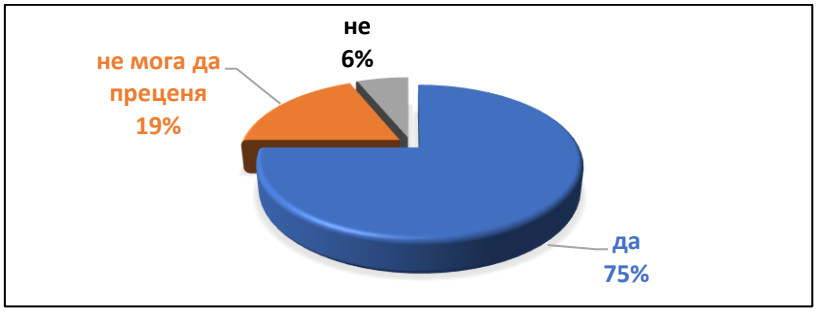
Професионална помощ след раждане са получили много малко семейства, които имат роднини с медицински професии. Нужда от професионална помощ след изписването в дома са установили 62% от анкетираните жени. Категорично отрицателен отговор дават 13 %, а една четвърт нямат категоричен отговор на въпроса.

Възстановителният период за жена след раждане, според стандартите по акушерство и гинекология, както и рутинното послеродово наблюдение, по програма „Майчино здравеопазване“ към НЗОК е 42 дни. Попитахме родилите жени, колко време им е било необходимо за да минат през него. Най-много отговори получихме (69%) на периода, обхващаш 2-3 седмици след раждане. Необходимост от повече време са имали 25% от анкетираните. Само 6% са се възстановили в рамките на 1 седмица. Потребността от подълъг възстановителен период зависи от паритета на жената и начина на родоразрешение. Като имаме данните от НСИ, където най-голям е процента на първораждащите и родилите оперативно, резултатите от въпроса са очаквани (**Фиг. 2**).

Мнението на варненските майки, относно регламентирането на акушерски грижи в дома след изписване от лечебното заведение е повече от очакваното (75%). Като имаме предвид възрастта на жените, които раждат, много от тях нямат информация за съществуващите в миналото патронажни акушерски грижи. Почти 1/5 (19%) от респондентите се колебаят в отговора си, а 6% са дали категорично отрицателен отговор (**Фиг. 3**).



Фиг. 2. Необходимо време за възстановяване след раждане



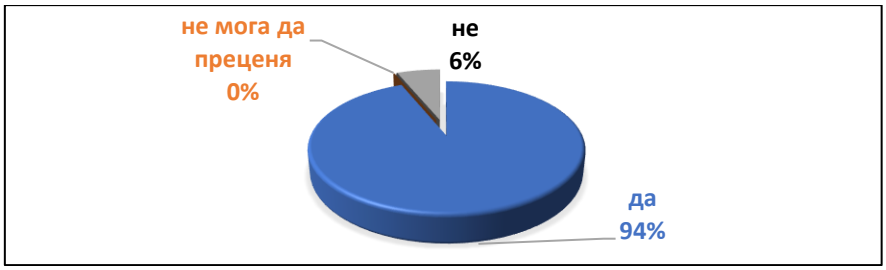
Фиг. 3. Желаещи за регламентирана акушерска грижа у дома след раждане

За съжаление голяма част от респондентите са включени в различни групи в социалните форуми, където обменят информация. Това се установява от отговорите на следващия въпрос. Отново голям процент (75%) са получили информация за възстановяването си след раждане от интернет и форуми. Тревожна е информацията, че само 6% от анкетираните са обучени от женска консултация за справянето в къщи след раждане. Обяснението на този факт е, че в много женски консултации липсва акушерка или акушерската намеса е ограничена (**Фиг. 4**).



Фиг. 4. Източници на информация за възстановяване след раждане

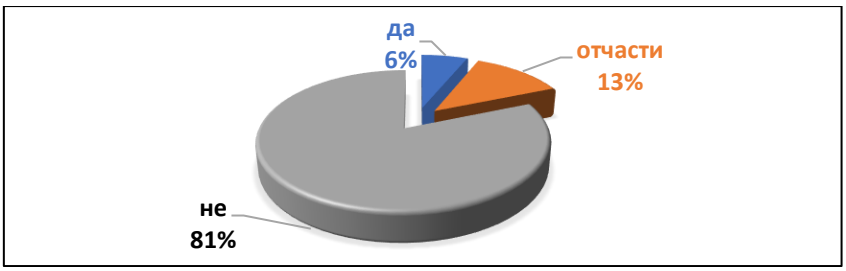
Намерението ни за регламентиране на самостоятелни акушерски практики и свързаните с тях продължаващи акушерски грижи получи категорична подкрепа от отговорите на анкетираните варненски майки. Положително мнение имат 94% от дадените отговори, а само 6% са негативно настроени. Процента на тези, които се двоумят в отговорите си е 0%. Тези отговори показват, че ако съществуват такива практики ще има голям интерес към тях. Анкетираните биха се възползвали от грижите на акушерките в домашни условия и считат, че това е категорична необходимост (**Фиг. 5**).



Фиг. 5. Необходимост от продължаващи акушерски грижи за родилите жени

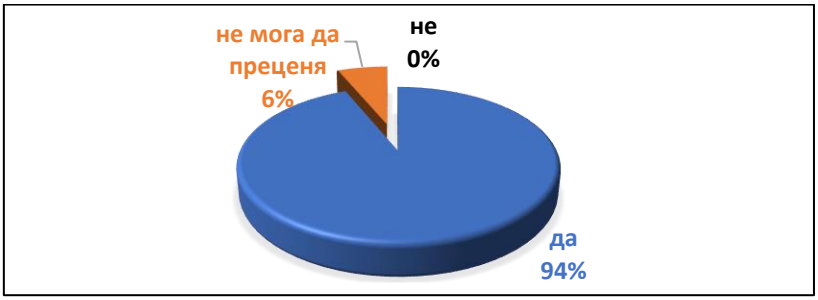
Показателни са и отговорите на следващия въпрос, свързан с доверието към акушерките със самостоятелни практики. Въпреки, че тази грижа на този етап е хипотетична у нас, 75% от респондентите отговарят, че биха се доверили на акушерка от самостоятелна акушерска практика за наблюдение след раждане. Процента на колебаещите се жени не е голям (25%), което ни показва, че подкрепата за създаването на самостоятелни акушерски практики би се увеличила.

Воденето на женска консултация в момента в много различно и зависи от това дали се намира в МЦ, самостоятелна практика на лекаря по АГ и т. н. Някои бременни се срещат с акушерка за първи път в лечебното заведение, когато са приети за раждане. Любопитно ни беше да установим колко от родилите жени поддържат някаква връзка с акушерка след раждането си. Много голям процент (81%) отговарят отрицателно и едва 6% отговарят положително (фиг. 6).



Фиг. 6. Наличие на връзка с акушерка след раждане

Проучвайки мнението на варненските майки за нуждата от акушерски грижи в дома ги попитахме, смятат ли, че самостоятелните акушерски практики имат място в съвременното здравеопазване. Почти единодушни (94%) от анкетираните дадоха положителен отговор, само 6% не могат да преценят, а негативни отговори няма (фиг. 7). Към момента няма такава регламентирана акушерска грижа и високия процент одобрение за необходимостта ѝ ни показва създалата се нисша, в която намират място форумите.



Фиг.7. Мястото на самостоятелните акушерски практики в съвременното здравеопазване

Изводи

1. Резултатите от проведената анкета показват, че жените чувстват липсата на акушерски грижи в дома след изписването им от родилно отделение.
2. Оказва се, че първите 2-3 седмици в дома нуждата от акушерски грижи е най-голяма.
3. Създаването на самостоятелни акушерски практики е необходимост за съвременното здравеопазване.
4. Интернет е основен източник на информация на много млади майки.

Литература

1. Димитрова, В., Новите задачи и функции на акушерката в извънболничната помощ, сп. „Здравни грижи“, 2012, бр.2
2. Димитрова, Д., Пренатална и перинатална психология, „Колор принт“, 2011,191-194
3. Евтимова,Т., Актуални подходи при продължителната акушерска грижа, 2018
4. Наредба № 1 за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, обн. ДВ. бр.15/8.02. 2011 г., изм. ДВ. бр.50/1.07.2011
5. Наредба за ЕДИ за придобиване на висше образование по специалностите „медицинска сестра“, „акушерка“ и „лекарски асистент“ за образователно-квалификационна степен „бакалавър“ обн. ДВ. бр.95 от 29.11. 2005 г. загл. изм. и доп. – ДВ, бр. 32/22.04. 2016
6. Национален рамков договор за медицинските дейности
7. Петрова, Д., Нагласи към провеждане на домашно посещение след раждане сред работещи акушерки в България. Варненски медицински форум, т. 7, прил. 3, 2018
8. Стратегия за развитие на здравните грижи в Р България 2013 - 2020
9. Aaserud T.G., Sidsel Tveiten, Anne Karine Gjerlaug. Home visits by midwives in the early postnatal period. Sykepleien. 09.03.2017
10. Murphy CA, et All. Home Visits Improve Maternal-Infant Interaction and Decrease Severity of Postpartum Depression. Journal of Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2013
11. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Home visits in the early period after the birth of a baby. Cochrane. August 2017.
12. https://www.hey.nhs.u
13. https://www.nsi.bg/
14. http://www.nhif.bg/
15. https://www.zdrave.net/

РОЛЯТА НА ЗДРАВНИТЕ ПРОФЕСИОНАЛИСТИ В БОРБАТА С COVID-19 ПАНДЕМИЯТА

Р. Йорданова*, Хр. Милчева**
** Медицински колеж, ТУ - Стара Загора*
*** Катедра „Здравни грижи“, Медицински факултет, ТУ- Стара Загора*

Контакт: Преп. д-р Розалина Йорданова
e-mail: rozalina_@abv.bg

Въведение

В началото на 2020 година, човечеството се сблъска с нов щам коронавирус, който бързо прогресира до COVID-19 глобална пандемия, причинявайки безпрецедентно и мащабно въздействие и сериозни последици върху здравето, социалното и икономическото благосъстояние на общностите по света.

На 30 Декември 2019 г., в провинция Ухан, Китай докладват множество случаи на атипична, вирусна пневмония с неидентифицирана етиология [6]. На 7 януари 2020 г. е изолиран SARS-CoV2 - вирусът, отговорен за COVID-19. Той принадлежи към семейство *Coronaviridae, Betacoronavirus* от група 2B и е с приблизително 70% генетично

сходство с SARS-CoV. Коронавирусите причиняват заболявания при бозайници и птици, а при хората - инфекции на дихателните пътища, които могат да варират от леки (обикновена настинка) до по-тежки и летални заболявания, като респираторен синдром в Близкия Изток (MERS). Базираните на коронавирус респираторни синдроми засягат десетки хиляди случая през последните две десетилетия, като общата смъртност достига съответно 11% при SARS-CoV и 35% при MERS-CoV [4, 8, 11]. В сравнение с тежкия остър респираторен синдром (ТОРС) и респираторния синдром в Близкия изток (MERS), COVID-19 има по-голяма скорост на предаване, но по-ниска, макар и все още значителна смъртност [5, 8]. Бързото разпространение на заболяването COVID-19 извън Китай, води до обявяването на 30 януари 2020 г. от Световната Здравна Организация (WHO) на извънредна ситуация за обществено здраве в международен обхват и на пандемия на 11 март 2020 г.

Според световни данни [12, 13] на 19/11/2020 г. общо инфектираните със SARS-CoV-2 са 56,564,339. Активните случаи са 15,856,668, като от тях 15,642,864 (99%) са в леко състояние, а 101,435 (1%) - в сериозно/критично състояние. Затворените случаи са 40,707,671, съответно 39,352,858 (97%) възстановени/изписани и 1,354,813 (3%) смъртни случаи. В България общо потвърдените случаи са 110536. Активните случаи са 72,649, 32,480 са излекуваните, 2,530 са починалите, 4330 са инфектираните от медицински персонал.

Към днешна дата, с почти от 55 милиона заразени по света (17/11/2020 – 54 771 888) [12] и разпространение, което далеч не се ограничава, това предизвикателство значително повлиява върху физическото и психо-емоционалното състояние на медиците, здравните професионалисти и хилядите доброволци, изправени на преден план в борбата с причинителя. В условията на сериозен дефицит на медицински специалисти, тяхното благосъстояние и емоционална устойчивост са ключови компоненти за поддържане на основни здравни услуги по време на пандемията.

Цел

Представяне и анализиране на най-актуална информация за SARS-CoV-2, COVID-19 и ролята на здравните професионалисти в борбата с глобалната пандемия.

Материали и методи

Преглед и анализ на световни данни и научна литература по отношение на поставената цел.

Резултати и обсъждане

COVID-19 пандемията повлиява живота и здравето на милиони души. Здравните и социалните системи по целия свят се борят да се справят. Ситуацията е особено предизвикателна при държавите с ниски доходи, където здравните и социалните системи са слаби. Болниците бързо преконфигурират клиничните пространства и преструктурират клиничните екипи, за да се справят с нарастващия брой на пациентите с COVID-19. Много здравни работници са преразпределени в области извън обичайната им клинична специалност и/или опит, като често работят на допълнителни смени и по-дълги часове, за да отговорят на търсенето, поради големия брой от пациенти, често с непредсказуем ход на заболяването, високата смъртност и липсата на ефективно лечение или насоки за лечение [8, 10].

Доставчиците на здравни услуги са една от най-уязвимите групи, които са изключително засегнати, при непрекъснатата си работа в критична ситуация. Те остават на първа линия, за да се борят за живота на тежко болните, като рискуват собственото си здраве и живот. Здравните специалисти са най-ценният ресурс в здравните системи на

всяка държава за борба с COVID-19 и затова те трябва да бъдат по-добре защитени, поради по-голямата им уязвимост от инфекцията при ежедневните си контакти със заразените лица.

В условията на тази пандемия, здравните професионалисти работят под огромен стрес и е необходимо да се преодолява страха с факти, да се работи в безопасна работна среда, така че те да могат да изпълняват по-спокойно професионалните си задължения. Здравните професионалисти са на първа линия и са отговорни за осигуряване на цялостните грижи за всички пациенти. Като се има предвид факта, че те съставляват по-голямата част от доставчиците на здравни услуги, се оказва че имат изключителна функция в системата на здравеопазването [1, 9]. Тяхната роля в COVID-19 пандемията включва участие в прегледа на пациенти, изследване на пациенти и откриване на предполагаеми случаи с инфекция; осигуряване на основно лечение при спешни случаи; помощ при обеззаразяване и координация с други доставчици на здравни услуги; предоставяне на холистични практики при едновременно управление на множество инфекции; комуникация, психологическа подкрепа и палиативни грижи, при необходимост [2, 3].

Предизвикателствата, пред които са изправени здравните специалисти при сегашните условия се отнасят до критичния недостиг на персонал, на легла, на медицински консумативи, включително лични предпазни средства, по-висока склонност към излагане на патогени, продължително работно време, психологически стрес, умора, професионално изгаряне, постоянни актуализации на болничните процедури след напредъка в знанията за болестта, което създава още една тежест за здравните професионалисти, за да могат да предоставят адекватни здравни грижи за пациентите. Прекомерните нива на стрес представляват критичен фактор, който може да повлияе на работната среда и да наруши процеса на работа, особено по време на извънредна ситуация [7]. Този натиск може да доведе до проблеми с психичното здраве като стрес, тревожност, депресия, безсъние, отричане, гняв и страх, които не само засягат вниманието, разбирането и способността за вземане на решения на здравните професионалисти, но могат да имат и траен ефект върху тяхното физическо и психологическо благополучие след приключването на кризата с COVID-19.

Здравните системи не могат да функционират без квалифицирани и мотивирани здравни професионалисти. Необходимо е да се осигури въвеждане на постоянни механизми за мотивиране на здравните професионалисти за работа в условията на COVID-19 пандемията, гарантиране и осигуряване на здравословни и безопасни условия на труд - предоставяне на лични предпазни средства, осигуряване на правилен режим на труд и почивка, намаляване и изключване въздействието на рисковите фактори на епидемията чрез мерки за ограничаване на разпространението на инфекцията – спазване на личната и общата хигиена, социална дистанция, въвеждане на дистанционни комуникационни методи, избягване на хора със симптоми, спазване на лична и обществена хигиена, въвеждане на електронизация на здравните услуги и др.

За да се изпреварят и минимизират последствията от COVID-19, се изисква подпомагане на научните изследвания за усъвършенстване познанията за причинителя, адекватно финансиране на сектор здравеопазване, защита на здравните професионалисти, интегрирани действия за смекчаване на здравните, икономическите и социалните въздействия на пандемията и усилия за ограничаването й. Всяка засегната страна налага специфични мерки и предприема адекватни действия за справяне с конкретната ситуация. Наблюдава се синхронизиране на политиките, заимстване на опит, съобразяване с националните особености и с реалната заплаха за населението.

Заключение

Светът, свободен от COVID-19, изисква големи колективни усилия от страна на академичните и научни среди, бизнеса, политиката. Споделянето на знания и опит,

съвместните усилия на правителствата, учените, здравните специалисти и обществото, са по-необходими от всякога. За да могат да преодолеят успешно предизвикателствата в създалата се ситуация и да продължат да бъдат полезни на своите пациенти и обществото по време на извънредна ситуация за общественото здраве, здравните специалисти се нуждаят от защита и организационна подкрепа.

Литература

1. Althobaity A, Alamri S, Plummer V, Williams B. Exploring the necessary disaster plan components in Saudi Arabian hospitals. Int J Disaster Risk Reduct. 2019;41:101316.
2. Borasio GD, Gamondi C, Obrist M, Jox R; for the Covid-Task Force of palliative ch. COVID-19: decision making and palliative care. Swiss Med Wkly. 2020 Mar;150(1314):w20233.
3. Corless IB, Nardi D, Milstead JA, Larson E, Nokes KM, Orsega S, et al. Expanding nursing's role in responding to global pandemics 5/14/2018. Nurs Outlook. 2018 Jul–Aug; 66(4):412–5.
4. de Wit, E., van Doremalen, N., Falzarano, D., Munster, V.J. SARS and MERS: recent insights into emerging coronaviruses. Nat. Rev. Microbiol., 2016, 14, 523–534.]
5. Huang C., Wang Y., Li X., Ren L., Zhao J., Hu Y., et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020; 395 (10.223): 497-506.
6. Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus–infected pneumonia. N Engl J Med. 2020;382:1199–1207.
7. Müller, M.P., Hänsel, M., Fichtner, A., Hardt, F., Weber, S., Kirschbaum, C., Eich, C., Rudera, S., Walchers, F., Kocha, T., Eiche, C., Excellence in performance and stress reduction during two different full scale simulator training courses: a pilot study. Resuscitation, 2009, 80 (8), 919–924. https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2009. 04.027.
8. Peeri, N.C., Shrestha, N., Rahman, M.S., Zaki, R., Tan, Z., Bibi, S., Baghbanzadeh, M., Aghamohammadi, N., Zhang, W., Haque, U. The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned. Int. J. Epidemiology, 2020. https://doi.org/10.1093/ije/ dyaa033. Int J Epidemiol. dyaa033.
9. Powers R, Daily E. International disaster nursing. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
10. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. Lancet. 2020;395(10223):470–473. pmid:31986257.
11. WHO. Available: https://www.who.int/
12. WHO Coronavirus disease 2019. Available: https://covid19.who.int/https://www.worldometers.info/coronavirus/?utm_campaign=homeAdvegas1

ЗНАЧИМОСТ НА ПРОДЪЛЖАВАЩОТО ОБУЧЕНИЕ В СЕСТРИНСТВОТО (ПРОУЧВАНЕ В ПЛЕВЕНСКА ОБЛАСТ)

С. Дюлгерова
Катедра „Сестрински хирургични грижи“, Факултет „Здравни грижи“, МУ – Плевен

Контакт: Гл. ас. Стела Дюлгерова, д.узг.
e-mail: steladyulgerova@abv.bg

Въведение

Значимостта на продължаващото обучение в сестринството е безспорна. То включва както усвояване на съдържанието (знания), така и процес на заучаване (придобиване на познания) с течение на времето, което е особено важно и представлява основна дейност за човешкото развитие.

Цел

Да се проучат и анализират формите, методите и факторите повлияващи значимостта на продължаващото обучение в сестринството.

Материал и методи

Проведено е медико-социологическо изследване сред 723 медицински сестри работещи в лечебните заведения за болнична помощ и обществено здравеопазване в Плевенска област.

Резултати и обсъждане

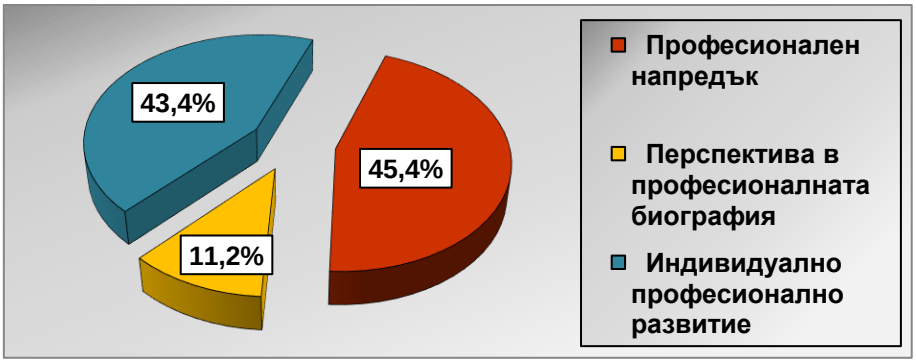
За мнозинството медицински сестри компетенциите придобити по време на базовото им обучение се преразглеждат и развиват, защото осъзнават необходимостта постоянно да осъвременяват професионалните си знания и умения. Този процес се гарантира чрез продължаващо обучение [17,19,20,21].

Съвременната динамика в професията на медицинската сестра, особено по отношение на новите кариерни възможности и поемане на мениджърски функции доказват необходимостта от задълбочено и прецизно изследване на проблемите за осъществяване на продължаващо обучение.

Ученето през целия живот според L. Davis, H. Taylor, H. Reyes (2014) включва стремеж и оценяване на нови светове и идеи с цел придобиване на нови перспективи, както и оценяване на собствената среда, познания, умения и взаимодействия. То следва да се разглежда като динамичен процес, който обхваща личния и професионалния живот. Най-важните му характеристики в сестринството са разсъждението, задаването на въпроси, изпитването на удоволствие от обучението, вникването в динамичния характер на познанията и ангажирането в учене чрез активно търсене на обучителни възможности. Активното мислене има основна роля за превръщането на познанията във възможност за предоставяне на висококачествени сестрински грижи [11].

Разпределението на отговорите на анкетираните 723 медицински сестри на въпроса „Коя според е най-важната характеристика на продължаващото обучение?“ сочи, че най-голям е делът на респондентите, за които продължаващото обучение означава „професионален напредък“. Такъв отговор са дали 328 лица (45,4%), т.е. за тях развитието и утвърждаването на престижа и имиджа на съсловието като цяло е най-важно. На второ място се нареждат тези, които признават, че най-важното е днешните изпълнители на здравни грижи да бъдат в крак със съвременните постижения на медицинската наука и практика, т.е. за 314 анкетирани (43,4%) придобиването на нови знания и умения е осъзната потребност за успешна професионална реализация. Към тези лица могат да бъдат прибавени и останалите 81(11,2%), които виждат в продължаващото обучение предпоставка за осъществяване на индивидуалното професионално развитие. Всичко това е обвързано с добрата организация на работния процес.

Резултатите от проучването са представени общо независимо от вида на здравното заведение (**Фиг. 1**).



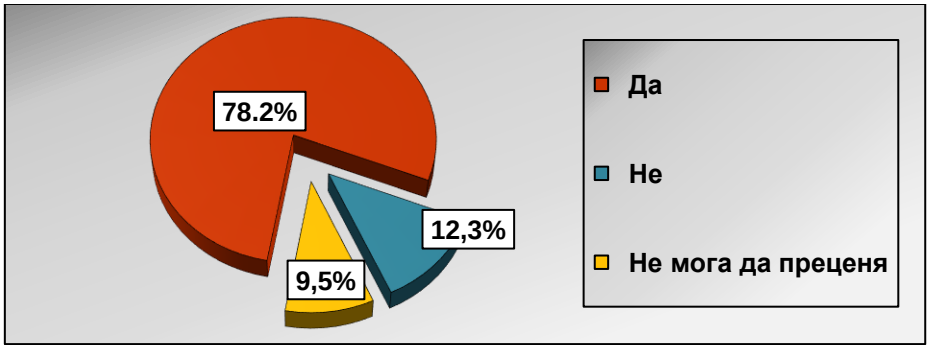
Фиг. 1. Разпределение на респондентите според посочените от тях най-важни характеристики на продължаващото обучение (в %)

Значимостта на продължаващото обучение се свързва с факта, че анкетираните имат готовност да реализират личния си потенциал при предоставена бъдеща възможност. Чрез продължаващото обучение се цели да се разшири компетентността на всички практикуващи медицински сестри, с което се повишава и контролира качеството и ефективността на здравните грижи.

Почти всички медицински сестри осъзнават значението на продължаващото обучение за тяхното професионално развитие и реализация. Нашите данни съвпадат с данните на различни автори по този проблем. Анализът на резултатите от проучването показва преди всичко положително отношение на респондентите към продължаващото обучение и ефекта, който има върху тях.

Съпоставянето на отговорите на по-горния въпрос, дадени от сестрите в четирите вида здравни заведения не показва достоверни различия (χ^2 = 13,932; df =8; p = 0,084; phi = 0,139; коефициент на Крамер V = 0,098 и коефициент на контингенция = 0,137). До същия извод се достига при сравняване на мнението на работещите медицински сестри в частния и в публичния сектор.

Отговорите на респондентите на въпроса „Заслужава ли си според Вас продължаващото обучение да бъде изследвано, поощрявано и доразвивано?“ доказват, че медицинските сестри оценяват високо ролята на продължаващото обучение и 565 (78,2%) от тях категорично заявяват, че то трябва да бъде изследвано, поощрявано и доразвивано. (**Фиг. 2**).



Фиг. 2. Разпределение на респондентите според преценката им за необходимостта от изследване на продължаващото обучение (в %)

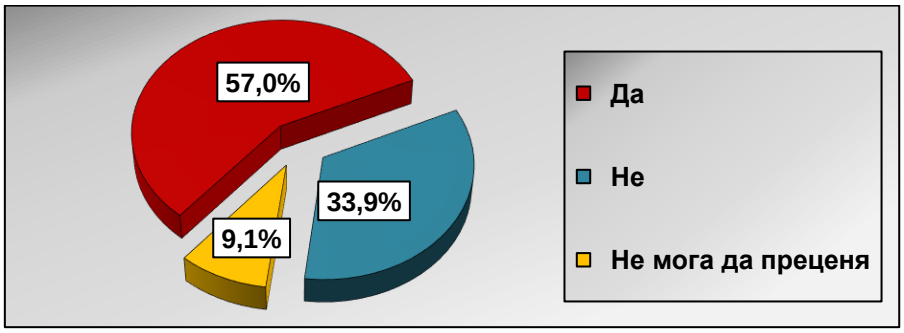
Днес професията на медицинската сестра се развива много по-динамично, отколкото в миналото. Възниква все по-голяма потребност от продължаващо обучение за адаптация към промените, които са специфични за здравните грижи.

Продължаващото обучение е едно от основните направления към които съвременното сестринство насочва усилията си. Негова основна задача е да надгражда, разширява, усъвършенства и адаптира базисната образователна и професионална подготовка. Непрекъснатото интензивно развитие на сестринската наука провокира медицинските сестри да обновяват и поддържат своите професионални качества на базата на продължаващото обучение [20,21].

Продължаващото обучение е значимо, защото осигурява на медицинските сестри придобиване на нови компетенции, необходими за оптимизиране на дейността, повишаване качеството на здравните грижи, отговорностите в лечебния процес и ефективността от работата.

Както се вижда от представените на **Фиг. 3** отговори на въпроса „Интересът към продължаващото обучение на медицинските сестри показател ли е за тяхната

професионална реализация?“, повече от половината анкетирани (57,0%) оценяват силно важността на продължителното обучение за професионалната реализация на сестрите.



Фиг. 3. Мнение на анкетираните за влиянието на продължаващото обучение върху професионалната реализация на сестрите (в %)

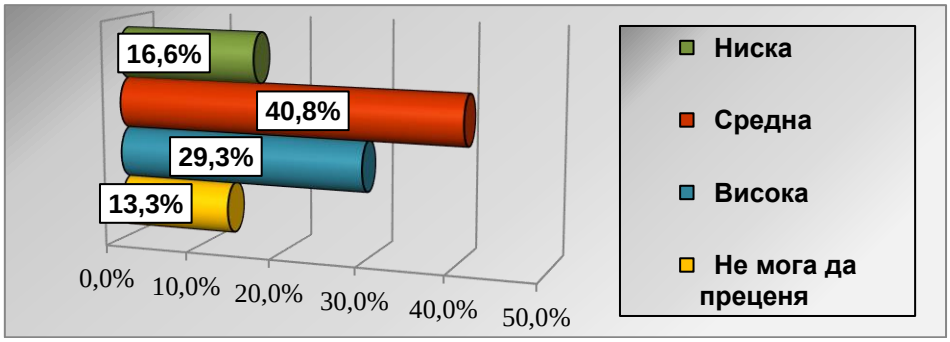
В непосредствена логическа връзка след тези отговори идва проблемът за готовността на анкетираните лица за включване в различни форми на продължаващо обучение. Анализът на отговорите на този въпрос показва, че голяма част от анкетираните 625 (86,4%) заявяват желание за участие в различни форми на продължаващо обучение и само 13,6% не изразяват такава готовност.

Продължаващото обучение осигурява конкурентно предимство на работното място, тъй като увеличава професионалния капацитет, респективно квалификацията на отделната медицинска сестра. Притежаването на знания и умения е основна предпоставка за сигурност на работното място и очаквания за по-добро заплащане на труда, защото един от най-важните критерии за набиране на персонал е квалификацията. Недостатъчната такава води до невъзможност за посрещане на промените в осъществяването на здравни грижи и избор на по-добро работно място. Обучението на работното място е важно за качеството и ефективността на всяка професия и се предлага от всички работодатели. Има много ползи от обучението на работното място. Една от тях е увеличаването на шанса участващите да асимилират по-лесно новата информация, защото я въвеждат в практиката.

Сравнителният анализ между възможностите за обучение извън работното място на медицинските сестри в частните и университетските болници установи, че последните имат по-добри възможности в сравнение с медицинските сестри в малките болници и детските ясли и градини (phi = 0, 332, p = 0,000).

Непрекъснато променящото се общество доведе до значително развитие на продължаващото обучение в сестринската професия. Важен елемент е оценката на нивото на професионална подготовка след проведено продължаващо обучение. Успешността на продължаващото обучение зависи от желанието на медицинските сестри да участват в него и убедеността им, че то ще бъде полезно[16,17,18,23,24].

Ето защо важни и показателни са отговорите на въпроса „Как оценявате нивото на професионалната си подготовка след проведено продължаващо обучение?“ Близо 30% от анкетираните (212 лица - 29,3%) дават висока оценка на професионалното си ниво, за над една трета (295 - 40,8%) то е на средно ниво и за 16,6% (120 лица) то е ниско и 13,3% дават отговор „не мога да преценя“ (**Фиг. 4**).



Фиг. 4. Мнение на респондентите относно нивото на професионална подготовка след проведено продължаващо обучение (в %)

Всичко това определя значимостта и водещо място на продължаващото обучение в системата за управление на човешките ресурси. [2, 3, 4, 5,7].

Значимостта на продължаващото обучение се потвърждава от факта, че непрекъснатото повишаване на професионалната квалификация осигурява по-голяма гъвкавост и професионална мобилност. Много автори подчертават значимостта на продължаващото обучение изхождайки от потребността от постоянно саморазвитие и самоактуализация на съвременната медицинска сестра чрез следене на новостите в областта на здравните грижи [1, 2, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16].

Разпределението на отговорите за мотивиращите фактори в зависимост от възрастта на анкетираните медицински сестри убедително показва, че мотивиращият фактор „остойностяване на труда и по-добро заплащане“ е най-силно изразен за медицинските сестри след 40-годишна възраст: (**Табл. 1**).

Табл. 1. Мотивация за продължаващо обучение в зависимост от възрастта на анкетираните медицински сестри (брой и %)

Възраст (години)	По-добро заплащане		Кариерно развитие		Сигурност и увереност в работата		Повече от 1 отговор		Общо	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
До 30 г.	32	31,1	24	23,3	3	2,9	44	42,7	**103**	**100,0**
30-39 г.	47	37,0	40	31,5	5	4,0	35	27,5	**127**	**100,0**
40-49 г.	103	46,8	50	22,7	11	5,0	56	25,5	**220**	**100,0**
50-59 г.	93	46,5	53	26,5	16	8,0	38	19,0	**200**	**100,0**
60 г. и +	43	58.9	16	21,9	3	4,1	11	15,1	**73**	**100,0**
Общо	**318**	**44,0**	**183**	**25,3**	**38**	**5,3**	**184**	**25.4**	**723**	**100,0**

Различията в изразеността на посочените мотивационни фактори за продължаващо обучение по възрастови групи са подкрепени с високо ниво на вероятност ($\chi 2$ = 36,027, df = 12, p=0.000; Phi = 0.223. коефициент на корелация на Крамер = 0,129).

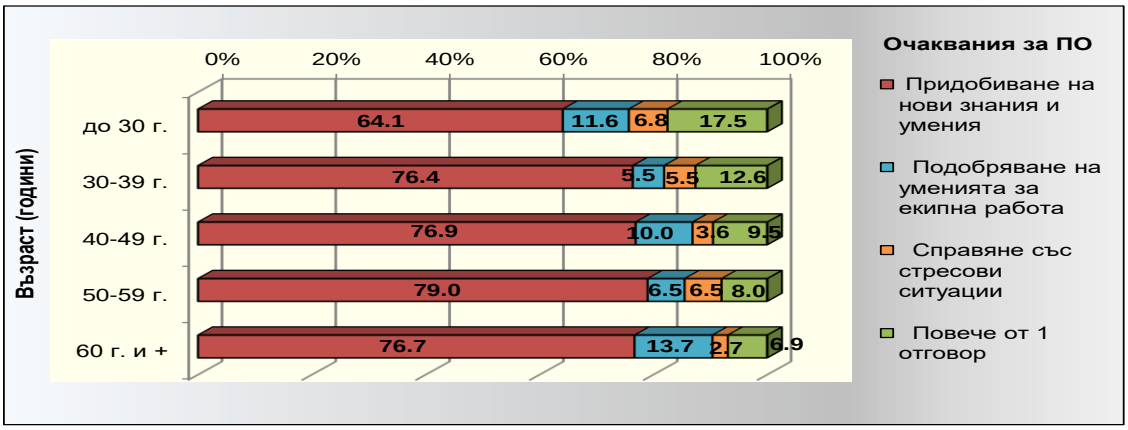
Анкетираните медицински сестри поставят на първо място в очакванията си „придобиването на нови знания и умения“ (75,5%), което е в синхрон с основната цел на продължаващото обучение. На следващите места са ранжирани „подобряване на уменията за екипна работа“ (8,9%) и „умения за справяне със стресови ситуации“ (5,1%).

При съпоставянето на очакванията с възрастта на анкетираните (**Фиг. 5**) прави впечатление, че относителният дял на „придобиване на нови знания и умения“ е най-висок във възрастовата група 50-59 г. – 79,0%, а очакванията от подобрения в екипната работа са представени с най-висок относителен дял при медицинските сестри във възрастовата група 60 г. и +. Това е обяснимо, тъй като медицинските сестри в тази възрастова група са с достатъчно професионален опит и по-висока зрялост и са убедени, че екипната работа е коренът на успеха в съвременният мултидисциплинарен свят.

Положителното отношение към избраната професия води до позитивна нагласа и към продължаващото обучение[17, 18, 20, 21]. При задаване на допълнителен въпрос относно водещия мотив за включване в продължаващо обучение става ясно, че анкетираните медицински сестри очакват да използват самите придобити нови професионални знания и умения за „задълбочаване на познанията“ в непосредствената им практическа дейност по оказване на здравни грижи (38,3%).

Безспорно, когато един екип работи добре, всички са мотивирани и работещи в хармония за общата цел – в случая здравето и безопасността на пациентите [6,9,13,14,15].

При сравнителния анализ на очакванията в зависимост от възрастта на изследваните лица се установи достоверна, но слаба корелационна връзка, което се потвърждава от стойностите на хи-квадрат и коефициента на корелация на Крамер ($\chi 2$= 38,708, df = 16, p=0.001; коефициент на Крамер = 0,116).



Фиг. 5. Очаквания от продължаващото обучение в зависимост от възрастта на анкетираните медицински сестри (в %)

Стремежът към продължаващо обучение за 211 (29,2%) от респондентите е обвързан и с възможността за придобиване на специалност.

Познаването на възможностите за професионално израстване за 84 (11,6%) от участващите в проучването медицински сестри е стимул и необходимо условие за удовлетворяване на изискванията за заемане на конкретна длъжност.

Анализът на резултатите от нашето проучване относно мнението на респондентите за водещите критерии при атестирането потвърждава стимулиращото значение на продължаващото обучение. Придобитият образователен ценз е посочен от 41,9% от анкетираните като първи критерий при атестирането.

Както посочва G. Fischer (2000), ученето не може повече да се разделя на място и време за придобиване на знания (учебните заведения) и място и време за прилагане на придобитите знания (работното място). Вместо това, то трябва да се разглежда като нещо, което се извършва постоянно в ежедневните взаимодействия с другите хора и със света около нас [15].

Изводи

1. Повечето медицински сестри оценяват положително значимостта на продължаващото обучение за повишаване на квалификацията, за разширяване на знанията и уменията както и възможността за по-добра реализация на пазара на труда.

2. Значимостта на професионално развитие на медицинските сестри, както и на всеки здравен специалист е тясно свързано и със стремежа за постигане на по-високо образователно ниво.

3. Продължаващото обучение е значимо, защото е основа за професионалното и личностното развитие и израстване на медицинските сестри през целия им житейски път.

Заключение

Значимостта за продължаващо образование и обучение е особено актуална през последните десетилетия и е задължително условие за поддържане и усъвършенстване на професионалните и мениджърските умения на медицинските сестри. Затова проблемите на продължаващо обучение и професионално развитие на медицинските сестри не бива да се пренебрегват, тъй като това може да доведе до неудовлетвореност от работата, конфликтни ситуации и ниско качество на здравните грижи за пациентите.

Използвана литература

1. Борисова, С. Непрекъснатото обучение – осъзната необходимост в практиката на медицинската сестра. Известия на съюза на учените в България, клон Сливен, 21, 2012, 66-71
2. Гавраилова, Д., Ж. Сурчева. Сила и авторитет на сестринската професия. Здравен мениджмънт, година II, 2003, № 6, 17-19
3. Георгиева, П. Декларация от Болоня. Стратегии на образователната и научната политика, том 8, 2000, 4, 68-76
4. Гочева, Г., А. Георгиева. Необходимост от иновации в сестринската практика. Здравни грижи, год.VIII, 2010, бр. 4 , с. 28-33
5. Драганова, М., Мотивацията на медицинските сестри – значим елемент в управлението на здравните грижи. Академично списание „Управление и образование“ на Университета „Проф. Асен Златаров“ – Бургас, том XII, 2016, № 5, 138-142
6. Колева, Г., Д. Георгиева, И. Христова, Нагласи и отношение на професионалистите по здравни грижи за продължаващо обучение и научна дейност, Здравни грижи, 17, 2018, 1, 28-34
7. Мамедова, Г. Б. и кол. Анализ эффективности непрерывного профессионального образования медицинских сестер. Молодой ученый, 82, 2015, №2, 62-64
8. Митева, К. Процесът на обучение за изграждане на професионалните компетенции на медицинските специалисти. Сестринско дело, 43, 2012, №1-2, 47-51.
9. Павловска, Ж. Иновативни образователни подходи за оценка на продължаващото обучение на акушерката, Здравни грижи бр. 3, 2019, 36-41.
10. Торньова, Б., Д. Шопов. Мотивацията на медицинските специалисти като условие за успеха на продължаващото им обучение. В: Доклади от Международна научна конференция на Съюза на учените – Стара Загора, 5-6 юни, 2008
11. Davis L., H. Taylor, H. Reyes (2014). Lifelong learning in nursing: A Delphi study. Nurse Education Today, 34 (3): 441-5
12. Doorenbos, A. et al. 2011). Enhancing access to cancer education for rural healthcare providers via telehealth. Journal of Cancer Education, 26 (4): 682–68 Duffield, C. et al. (2001). The role of nursing unit managers in educating nurses. Contemporary Nurse, 10 (3-4): 244-250
13. Eggelmeyer, S. (2010). What are the benefits of lifelong learning? Expert Answer. http://continuing-education.yoexpert.com/lifelong-learning/what-are-the-benefits-of-lifelong-learning-445.html -
14. Erdogan, G., D. & A. Zeki. (2016). The Development of Lifelong Learning Trends Scale (LLLTS). Sakarya University Journal of Education. 6. 114. 10.19126/suje.32361
15. Fischer, G. (2000) “Lifelong Learning – More Than Training,” Journal of Interactive Learning Research, Special Issue on Intelligent Systems/Tools In Training and Life-Long Learning (eds.: Riichiro Mizoguchi and Piet A.M. Kommers), 11 (3/4): 265-294
16. Gopee, N. (2003) The nurse as a lifelong learner. an exploration of nurses' perceptions of lifelong learning within nursing, and of nurses as lifelong learners. University of Warwick. Department of continuing education, February 2003. Available at: http://wrap.warwick.ac.uk/1237/

17. Gopee, N. (2005) Facilitating the implementation of lifelong learning in nursing, British Journal of Nursing, 14 (14): 761-7
18. Gopee, N. (2011) Mentoring and supervision in Healthcare. 2nd edition. SAGE, 2011, pp. 291
19. Gouthro, P. (2017). The promise of lifelong learning. International Journal of Lifelong Education, 36 (1-2): 45-59
20. Jarvis P. (2005). Lifelong education and its relevance to nursing. 1987. Nurse Education Today, 25 (8): 655-60
21. Kamariannaki, D. et all. (2016). Motivation and perceptions of nurses concerning lifelong learning and continuing education. Conference Paper from 6th International Fohneu Congress. Available in Research gate, March 2016
22. Laal, M. (2012) Benefits of lifelong learning. Procedia, Social and Behavioral Sciences, 46 (2012), 4268-4272. Достъпно на: www.sciencedirect.com
23. Laal, M., A. Laal, A. Aliramaei (2014). Continuing education; lifelong learning. Procedia, Social and Behavioral Sciences, 116 (2014) 4052-4056. Достъпно на; www.sciencedirect.com
24. Lammintakanen, J., T. Kivinen (2012). Continuing professional development in nursing: does age matter?, Journal of Workplace Learning, 24 (1): 34 – интересна статия.

ИНОВАТИВЕН МОДЕЛ ЗА ОЦЕНКА НА ПРОДЪЛЖАВАЩОТО ОБУЧЕНИЕ НА АКУШЕРКАТА

Ж. Павловска
Катедра „Здравни грижи“, Филиал – Велико Търново, МУ - Варна

Контакт: Ас. Жана Павловска, д.узг.
e-mail: jpavlovska@abv.bg

Въведение

Продължаващото обучение на акушерката в световен мащаб непрекъснато се развива и обогатява. То е част от философията на ученето през целия живот и се разглежда като процес на придобиване на нови знания, умения, опит и компетенции, както и на актуализирането им. Способства да се поддържат и развиват специфични професионални квалификации, повишаващи качеството на акушерската грижа, с което допринася за нейната актуалност и безопасност.

Продължаващото обучение в България се провежда под формата на курсове, конференции, семинари, които се оценяват по Единната кредитна система на БАПЗГ. Процесът на кредитиране взема предвид продължителността на дейностите, спазването на професионалните насоки и отчасти резултатите от обучението (придобитите умения, знания, компетенции). Тази традиционна оценка на продължаващото обучение, базираща се на входящи данни се счита за проста и рентабилна и осигурява лесно количествено измерим метод за отчитане на индивидуалните резултати [2].

През 2008 година редица професионални организации на медицинските специалисти в световен мащаб поставиха под въпрос, дали този традиционен подход е индикация за истинско учене и дали води до промяна в практиката на специалиста [4]. Подходът реално оценявя метода, използван в дейността (курс, конференция), а не знанията и уменията, придобити от проведеното обучение.

Тенденцията в съвременното продължаващото обучение е въвеждане на модели, базирани на иновативни и резултатни подходи и това е предизвикателство за онези професионални организации, които са въвели такива схеми за оценка, поради трудността да се определят окончателно резултатите [3].

Цел

На базата на проучена литература и мнение на акушерки и ръководители по здравни грижи, да се направи SWOT анализ на съществуващата действителност у нас и се предложи иновативен модел за качествена оценка на резултатите от продължаващото обучение.

Материал и методи

Социологически методи: Анкетен метод – чрез пряка индивидуална анонимна анкета е проучено мнението на 324 акушерки и 58 ръководители по здравни грижи, работещи в АГ и Неонатологични отделения на две специализирани АГ болници – СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов"– Варна и „Втора САГБАЛ Шейново" – София, три университетски болници – УМБАЛ „Д-р Г. Странски" – Плевен, „УМБАЛ – Русе", „УБАЛ Медика – Русе" и десет многопрофилни болници: МОБАЛ „Д-р Ст. Черкезов"– В. Търново, МБАЛ „Д-р Т. Венкова" – Габрово, „МБАЛ – Добрич", МБАЛ „Д-р Ат. Дафовски" – Кърджали, МБАЛ „Св. Ив. Рилски – Разград", МБАЛ „Д-р Ив. Селимински" – Сливен, „МБАЛ – Търговище", „МБАЛ – Шумен", МБАЛ „Св. Ив. Рилски" – Горна Оряховица, МБАЛ „Д-р Ст. Христов" – Севлиево. Проучването е проведено от м. март до м .август 2019 г. Всички анкетирани са подписали информирано съгласие за доброволно участие в проучването.

Документален метод – проучени са литературни източници и нормативни документи на СЗО, ЕС и в България, касаещи продължаващото обучение на акушерките.

Направен е SWOT анализ на продължаващото обучение в България.

Използвани са статистически методи. За графичния анализ са използвани MS Excel и IBM Statistics – SPSS for Windows, ver. 19.

Резултати и обсъждане

Акушерките осъзнават значението на продължаващо обучение във връзка с изпълнение на преките им компетенции и са посочили като мотивационни фактори: разширяване на знанията и уменията (66,36%), личностното самоусъвършенстване (35,49%) и възможност за по-добро реализиране на пазара на труда (25,93%).

Повишаването на квалификацията е една от основните цели на продължаващото обучение и тя се осъществява посредством различни дейности, (**Фиг.1**).



Фиг. 1 Повишаване на квалификацията *(акушерки)*
*(*Резултатите от оценката надвишават 100%, тъй като анкетираните са посочили повече от един отговор)*

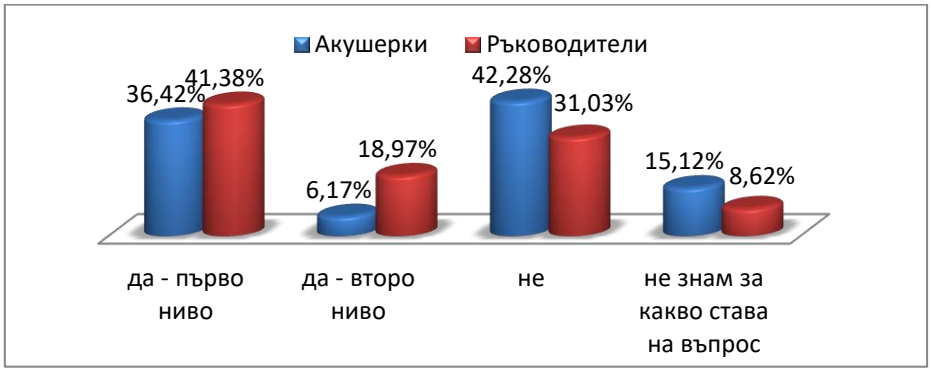
Половината от акушерките (50%) са посочили, че предпочитат курсове, 31,17% – теоретичните и практични семинари, а 21,91% – научни форуми. Тревожно е, че 15,43% от акушерките считат, че не им е необходимо да повишават квалификацията си.

Според 54,01% от акушерките продължаващото обучение допринася за усъвършенстване на практическите умения и обогатяване на професионалните знания, което повишава качеството на акушерската грижи и развива организационни умения. Една трета от анкетираните акушерки (33, 02%) не могат да преценят къде прилагат усвоените знания, придобити от продължаващо обучение.

Ръководителите по здравни грижи (74,14%) са по-активни от акушерките (58,02%) при участие в научни форуми, както и в участия с научни разработки (ръководители (6,9%); акушерки (3,7%).

Факторите, възпрепятстващи продължаващото обучение при двете групи са идентични: липса на финансови средства при 69,44% от акушерките и 91,38% от ръководителите, отдалечеността от дома (акушерки – 32,10%, ръководители – 36,21%) и продължителността на обучението (акушерки – 20,9%, ръководители – 32,76%). Идентифицирането на основните бариери – липса на време и ресурси, поставя пред ръководителите по здравни грижи необходимостта от прилагане на гъвкавост по отношение на рационалното използване на времето и полагане на усилия, позволяващи на всички акушерки да се ангажират с участие в дейности по продължаващо обучение.

Една от основните функции на БАПЗГ, като регулаторен орган е да сертифицира придобитите компетенции. Сертификатът за професионална квалификация удостоверява, че акушерката е преминала дейности, съответстващи на 150 кредита през предходните 3 до 5 години, но така също показва лично отношение и персонална отговорност към професионалното и развитие. Сертификат за професионална квалификация първо ниво притежават 36,42% от анкетираните акушерки, а второ ниво – едва 6,17%. Откроява се високият относителен дял на непритежаващите сертификат (42,28%), но още по-обезпокояващо е, че 15,12% от акушерките дори не знаят за какво става на въпрос, (**Фиг. 2**).



Фиг. 2. Притежание на сертификат за професионална квалификация от акушерки и ръководители

Ръководителите са малко по-активни по отношение на сертифицирането, но и при тях една трета (31,03%) не притежават сертификат, а 8,62% посочват, че не са запознати с процеса на сертифициране. Висок е относителният дял на ръководителите, които нямат „План за продължаващо обучение“ и не са организирали нито една дейност по продължаващо обучение в структурата, която ръководят (43%). Подобни резултати и изводи се срещат и в защитения през 2019 г. дисертационен труд по продължаващото обучение на медицинските сестри в Плевенска област, включително непознаването на мястото и ролята на БАПЗГ като основен организатор на продължаващото обучение, непознаването на процеса на сертифициране и нежеланието на значителна част от изследваните за сертифициране, което доказва, че проблемите и при двете съсловия (акушерки и медицински сестри) са идентични и изискват общ подход към решаването им [1].

Резултатите от проведеното анкетно проучване и направеният SWOT анализ, (**Табл.1)** очертават съществени проблеми при осъществяване на продължаващо обучение, които продължават да се задълбочават и демотивират акушерките да повишават квалификацията си.

Осъществяването на ефективно продължаващо обучение, което да гарантира качество, изисква промяна в системата, но за да е успешна, тя трябва да се реализира с активното участие на медицинските специалисти, работодатели, образователни институции и регулаторния орган – БАПЗГ. Местните структури на БАПЗГ и ръководителите по здравни грижи в лечебните заведения, биха могли да помогнат много, за да се засили активността и информираността на акушерките, тъй като са най-близо до тях.

Редовната оценка на продължаващото обучение, както и цялостна система за подобряване на качеството са от съществено значение, съгласно препоръките на СЗО, които у нас до сега не са въвеждани.

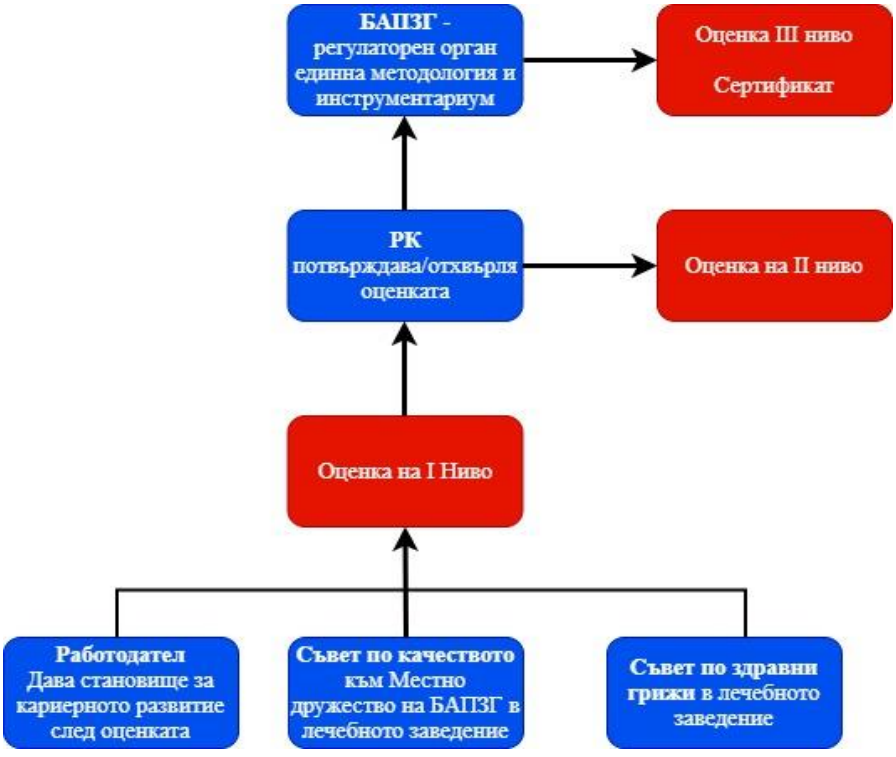
Табл. 1 SWOT анализ на продължаващо обучение на акушерките в България

Силни страни	**Слаби страни**
1.Продължаващото обучение на акушерките е регламентирано в „Закон за здравето", в ЗСОМСААМС и е задължително от 2016 г. 2. Регулаторен орган е БАПЗГ, който сертифицира по „Правила за издаването на сертификат", чрез които се прилагат разпоредбите на „Закона за признаване на професионалните квалификации" в съответствие с Европейските директиви. 3. Включено е като етично задължение в „Етичен кодекс за професионална етика". 4. Извършените дейности се оценяват съгласно „Единна кредитна система" и се вписват за всяка акушерка в „Национален професионален регистър". 5. Предоставя се чрез най-разнообразни дейности и акушерките се обучават съвместно с лекари, медицински сестри и други специалисти, което подобрява работата в екип и повишава качеството на грижите. 6. Към медицинските университети има отдели за СДО, които предлагат обучение. 7. Наредба 1/2015 г. дава възможност за придобиване на специалност. 8. Акушерката има възможности за придобиване на ОКС „магистър" по УЗГ и възможности за развитие на академична кариера в професионална област „Здравеопазване и спорт". 9. Професията на акушерката е регулирана, придобива се съгласно ЕДИ, съобразени с Директива 2005/36 ЕО, нова 2013/55 ЕО. 10. Наредба 1/2011 г. регламентира автономните дейности за професията.	1. Няма национални стандарти за акушерски грижи, както и за продължаващото обучение. 2. Методиката на оценяването на продължаващото обучение се основава на количествено измерими показатели, а не на качествени такива. 3. Липсват задължителни изисквания за включване на безопасността на пациентите и персонала в продължаващото обучение, съгласно европейските директиви. 4. Придобиването на специалност, както и другите дейности не се изискват от работодателите и не са обвързани с кариерното развитие на акушерката. 5. Дейностите по продължаващо обучение са свързани предимно с общите грижи и по-малко с акушерската теория и практика. 6.Финансирането е предимно за сметка на акушерките. 7. Липсват разработени и законно регламентирани стимули, които да мотивират акушерките да участват в продължаващо обучение – платен отпуск за обучение, реимбурсация на финансови средства, данъчни облекчения и др. 8. Придобиването на „Сертификат" е обвързано единствено с пожелателно заплащане по КТД. 9. Липсва обратна връзка за удовлетвореността и личните предпочитания, свързани с провежданите дейностите. 10. Няма санкции за акушерки, които не се включват във формите за ПО.
Заплахи	**Перспективи**
1.Демотивация за професионално усъвършенстване и развитие. 2.Нисък социално-икономически статус, поради недостатъчно заплащане и подчинена роля при изпълнение на компетенциите.	**Ситуацията не изглежда оптимистично ако няма:** 1. Държавна политика за развитие на акушерската професия, която да обединява усилията на

3. Намаляващ интерес към професията, липса на кандидати за обучение и качествен подбор на бъдещите акушерки. 4. Изтичане на кадри в чужбина и намерения за работа в чужбина на значителен дял от бъдещите и работещите акушерки. 5. Изместване и намеса в основните компетенции от други заинтересовани групи. 6. Прекалено високи изисквания към акушерката и ръководителите – вменяване на неспецифични задължения и претоварване.	БАПЗГ, образователни институции, работодатели и акушерки. 2. Качествено оценяване, обвързано с диференцирано заплащане и кариерно развитие на акушерката. 3. Финансиране и стимулиране на дейностите по продължаващо обучение от държавата и работодателите, финансиране на самостоятелни практики и развитие на автономната функция, което ще стимулира придобиването на нови знания, умения и квалификации.

Предложеният **Модел за оценка на продължаващото обучение** е един иновативен подход, предоставящ качествена, периодична оценка, която ще мотивира акушерките и ще гарантира ефективна и безопасна акушерска практика.

Оценяването е дейност, с която се отчита напредъка при реализирането на поставените цели. Пренебрегването на тази част от обучителния процес води до занижаване на качеството и обратно, оценката е силен мотивиращ фактор когато е обективна, позитивна и стимулираща, (**фиг. 3**).



Фиг. 3 Модел за оценка на продължаващото обучение

В предложения **Модел**, оценката се фокусира върху степента на изпълнение на изискванията за професионалното развитие на акушерката – предприети обучения, придобити компетенции за определен период. В процеса на оценяване трябва да се има предвид поведението на акушеркта и връзката и с пациентите, получаващи грижа, както и поведението и спрямо другите членове на екипа. Това е един от доводите оценяването да се осъществява по месторабота – има възможност за по-обективна информация, относно етичното поведение на акушерката.

Оценяването на първо ниво се извършва от комисия – „Съвет по качество“, сформиран към Местното дружество на БАПЗГ на съответното лечебно заведение, с участие на представител/и на работодателя и представител/и на „Съвет по здравни грижи“. Така се избягва субективността при оценяването. Оценката може да бъде междинна и крайна.

Периодът между две оценявания не трябва да е нито много кратък, нито много дълъг, а достатъчен, за да се изпълнят по-дългосрочни цели, изискващи години – придобиване на ОКС, специализация. Пет годишен период, като на третата година се извършва междинна оценка е достатъчен, за да се ориентират оценяващите дали акушерката ще се справи с поставените цели. При необходимост се прави корекция и се дават предписания за покриване на желания резултат. На следващия етап оценката се подава на Регионалната колегия, която потвърждава или отхвърля становището на „Съвет по качество“. При положителна оценка, документите на акушерката се препращат към Централата на БАПЗГ, където се извършва оценка на трето ниво и при положителна такава, тя получава сертификат.

Изводи:

1. Проведеното анкетно проучване на акушерки и ръководители по здравни грижи и SWOT анализът на продължаващото обучение показват, че съществуват проблеми при осъществяване на продължаващото обучение, които имат тенденции да се задълбочават и да демотивират акушерките.
2. Въвеждането на **Модел за оценка на продължаващо обучение** ще засили контрола по осъществяване на дейностите, ще повиши информираността на акушерките и ще ги мотивира за по-активно участие в процеса на продължаващо обучение.
3. **Моделът** ще допринесе за повишаване на качеството и ефективността на продължаващото обучение, които са пряко свързани с безопасността на акушерските грижи.
4. **Моделът** ще гарантира качествена оценка на продължаващото обучение, която ще служи за основа на обективен модел за заплащане, обвързан с професионалната компетентност.
5. Включването на работодателите в процеса на оценка ще засили информираността и участието им в планирането, управлението, финансирането, оценката и стимулирането на продължаващото обучение, както и по отношение на кариерното развитие на персонала.

Заключение

Въвеждането на иновативни модели е предизвикателство, което трябва да става на базата на задълбочени проучвания и ясна визия за крайния резултат. Иновативните модели не предлагат най-ефективните методи за обучение или оценка, те предлагат ефективно управление на самия процес и осъществяване на основните му цели, които обвързани с продължаващото обучение на акушерката гарантират ефективна и безопасна професионална практика.

Литература:

1. Дюлгерова, С. Автореферат: Мотивация и проблеми на продължаващото обучение на медицинските сестри (Проучване в Плевенска област). 2019. с. 55
2. Friedman, A., Woodhead, S. Approaches to CPD measurement research project. Accounting Education //An International Journal, 2007, N16, с. 431–432.
3. Jones, R., Jenkins, F. Developing the Allied Health Professional. Radcliffe Publishing. 2006.
4. IAESB Approaches to continuing professional development measurement: International Accounting Education Standards Board Information Paper. 2008.
5. www.ifac.org/sites/default/files/publications/files/approaches-to-continuing-pr.pdf дата на последно влизане: м. ноември 2019 г.

АКРЕДИТАЦИЯТА КАТО ИНСТРУМЕНТ ЗА ОЦЕНКА И УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО В ХИПЕРБАРНАТА МЕДИЦИНА

К. Цанкова, М. Димитрова

Катедра по икономика и управление на здравеопазването, Факултет по обществено здравеопазване, Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов“ – Варна

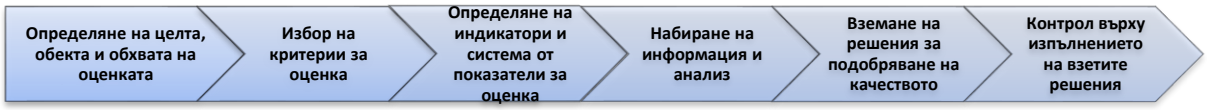
Контакт: Докторант Красимира Цанкова
e-mail: kezaja10@abv.bg

Въведение

Предоставянето на качествени, безопасни и ефективни здравни услуги е основна цел и приоритет на здравните системи и политики навсякъде по света. Качеството на здравеопазването продължава да бъде актуален въпрос предвид влиянието на редица фактори: бързото развитие на медицинската наука и практика, създаването на нови и по-ефективни методи, средства и апаратура за диагностика, лечение и рехабилитация, засилващата се конкуренция между различните здравни заведения, нарастването на здравната култура на пациентите, които имат по-високи очаквания и са по-критични към оказваната им медицинска помощ.

Поначало качеството в здравеопазването е трудно за дефиниране, което е свързано със спецификата на здравните услуги - едновременното им производство и потребление, силно индивидуализирани услуги, асиметрични взаимоотношения между лекар и пациент. Нивото на качество на здравните услуги зависи и може да варира според професионалната компетентност на ангажираните медицински и немедицински специалисти, използваните технологии, достъпа и условията, при които се извършват медицинските дейности, конкретното състояние на пациентите, което определя и бинарния характер на качеството, т.е. наличието на професионален и потребителски аспект [1].

За да може да се управлява ефективно качеството на здравните услуги, то трябва да се оценява. Оценката на качеството в здравеопазването е сложен процес и представлява съпоставяне на фактическото равнище на качеството с общоприетите норми и изисквания (стандарти, нормативи и др.), установяване на резултат и вземане на решение (**фиг. 1**).



Фиг. 1. Процес на оценка на качеството

В процеса на управление на качеството в здравните организации, включително в центровете и клиниките за хипербарна терапия, се използват различни методи за оценка и контрол на качеството и безопасността. От една страна се прилагат различни инструменти за вътрешна оценка (самооценка, комисии и „кръгове“ по качество), а от друга страна се прави външна оценка на качеството и неговото управление в здравните заведения чрез методите на акредитация, сертификация, одит (визитация), модели за съвършенство, свързани с т.нар. „награди по качество“ (Excellence Model).

Целта на настоящото изследване е да се проучат основните характеристики на акредитацията като инструмент за оценка на качеството с оглед приложението му при

хипербарната оксигенотерапия (ХБО) в международен и национален план.

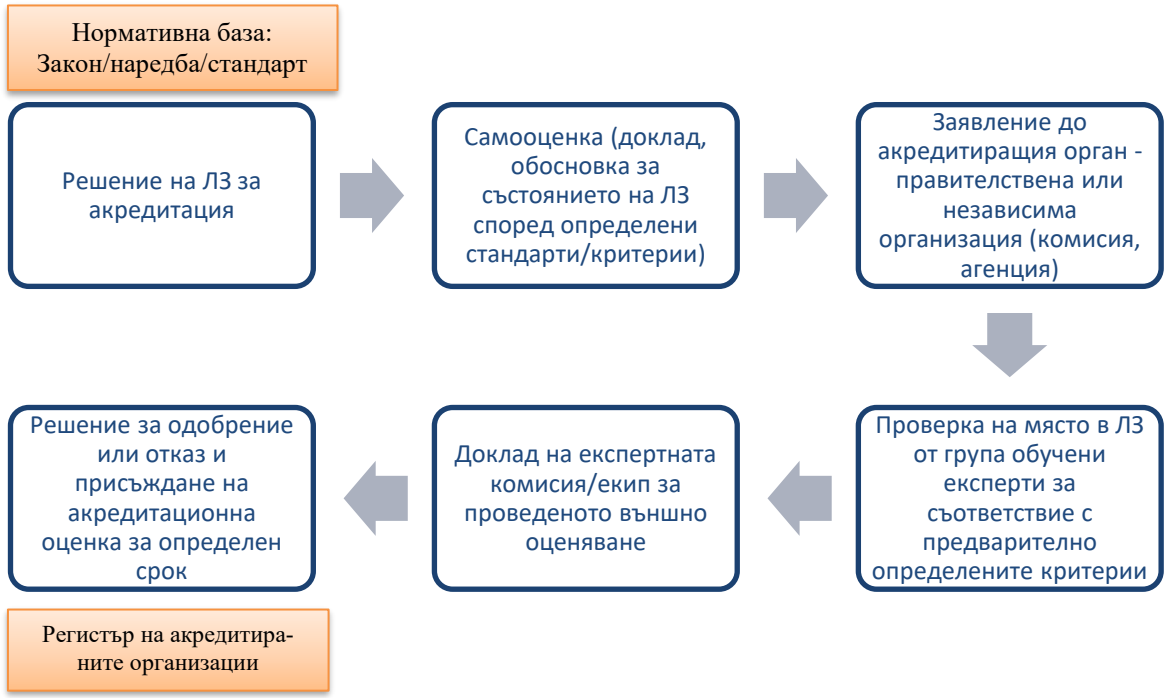
Материали и методи

Извършен е преглед и анализ на научни публикации в научни бази данни и специализирана литература, нормативни документи (закони, наредби, стандарти), препоръки и доклади на различни организации.

Резултати и обсъждане

Акредитацията на лечебните заведения е въведена в САЩ от Е. Кодман като инструмент за оценка на качеството на хирургичните дейности в болниците [2]. От средата на XX в. моделът постепенно се развива и усъвършенства със създаването на Обединената комисия за акредитация на здравните организации (JCAHO) и разработването на редица акредитационни програми, както в САЩ, така и в други страни. В основата на акредитацията, а и на повечето модели за управление на качеството, са залегнали трите подхода за изследване и оценка на качеството на здравните услуги, създадени от А. Донабедян: структура (структурни и материални условия, сгради, персонал, техника, управление и организационна култура на здравното заведение), процеси (дейности и процедури по диагностика, лечение, профилактика, рехабилитация) и резултати (ефекта от дейностите спрямо пациента, удовлетвореността му от грижите).

Изхождайки от необходимостта да се извършва външна независима и компетентна оценка на способностите на лечебните заведения да осигуряват и предоставят качествени услуги на потребителите се създават специални алгоритми и регулаторни експертни органи за оценяване. На **фиг. 2** са представени схематично основните етапи на акредитационния процес.



Фиг. 2. Основни етапи на акредитационния процес

Развитието на акредитацията в клиничната хипербарна медицина през последните две десетилетия се утвърждава като положителна стъпка в осигуряването на качествени

грижи и безопасност за пациентите и управлението на организационния риск в хипербарните съоръжения, за което свидетелстват и нарастващия брой акредитационни програми в тази област [5, 11].

Основните резултати от направения преглед и анализ на препоръки, стандарти и доклади за акредитационни програми в хипербарни терапевтични центрове в САЩ, Канада, Австралия, страни от Европейския съюз [6, 7, 8, 9, 10, 11] са обобщени според обхвата и законовата им регулация и са представени в **табл. 1.**

Табл. 1. Акредитация на хипербарни клиники и медицински центрове в международен план

Държава	Законова регулация и обхват
САЩ	• Акредитацията е доброволна, но широко застъпена и необходима при изпълнение на медицински дейности, сключване на договори със здравнозастрахователните дружества и др. • Акредитационни програми от независими, неправителствени организации - Обединена комисия за акредитация на здравните организации (JCAHO), - Общество за подводна и хипербарна медицина (UHMS) с единствената АП, сертифицирана по ISO 9001:2015 • Над 180 акредитирани хипербарни центрове; наличие на специфична акредитационна схема и стандарти за хипербарната медицина; • UHMS акредитация на 3 нива на хипербарните клиники: 1) болнично базирани, 24/7 + спешни случаи и интензивно лечение; 2) амбулаторни ХБО центрове, базирани или свързани с болнично заведение; 3) извънболнични лечебни заведения за ХБО
Канада	• Канадския съвет за акредитация на здравните услуги, Канадска асоциация за подводна и хипербарна медицина (CUHMA) – национални, независими, работещи не за печалба институции • **Колегията на лекарите и хирурзите отговаря за осигуряването на безопасни и качествени медицински грижи в центровете за ХБО чрез издаването на стандарти във всички аспекти на качеството и дейностите.** • **Всички частни съоръжения предоставящи лечение с ХБО подлежат на регистрация и акредитация от Колегията на лекарите и хирурзите в Алберта (CPSA), съгласно Законът за здравните професии.** • Задължителна акредитация за болници и частни лечебни заведения за ХБО съобразно приетите стандарти и програми
Австралия	• Различни акредитационни органи със съответни програми, критерии, показатели (Съвет по безопасност и качество • Специфични стандарти за работа и акредитиране на болничните заведения и частните центрове за хипербарна медицина • Акредитирани програми за хипербарно обучение и квалификация на персонала
Европа	• Акредитацията е задължителна или доброволна; • Държавни или неправителствени организации за оценка на качеството • Европейска колегия за баромедицина **(ECB)** – действа като акредитационен орган относно хипербарната медицинска специалност в Европейския съюз; • Независима система за акредитация на хипербарните медицински центрове в Европа - програми за обучение и сертифициране на хипербарния персонал, в съответствие с изискванията на Европейския кодекс за добра ХБО практика, Наръчника за квалификационни нива и утвърдената акредитационна схема • **За 2020 г. общо 8 хипербарни центъра (7 в Европа и 1 в Австралия) са акредитирани по тази схема да извършват обучение на хипербарни техници, медицински сестри и оператори.**

Акредитацията в България е въведена като задължителна процедура за оценка на

дейността на болници и диагностично-консултативни центрове през 2000 г. С промяна в Закона за лечебните заведения през 2010 г. акредитацията става доброволна, като само лечебните заведения, които извършват обучение на студенти и специализанти трябва да бъдат акредитирани. Също така през годините се разширява и обхвата на лечебните заведения, които подлежат на акредитация. В Наредба №18 от 20 юни 2005 г. са посочени критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения, която може да бъде за цялостна дейност, за отделни медицински и други дейности и за обучение на студенти и специализанти; критерии и условия относно: структура и организация на дейността, оборудване и квалификация на персонала [3].

Наредбата за акредитация на лечебните заведения у нас е отменена през 2019 г. с приемането на Наредба №8 от 13.10.2019 г. за изискванията към лечебните заведения, които извършват обучение на студенти и специализанти [4]. Тя се отнася за всички видове лечебни заведения (за болнична и извънболнична помощ, център за спешна медицинска помощ, център по хематология и трансфузиология, диализен център, медико-дентален център, лаборатория, комплексен онкологичен център, център за психично здраве, за кожно-венерически заболявания и т.н.), като за всеки вид са определени критериите и условията, на които трябва да отговаря структурата и организацията на дейността в лечебното заведение, необходимото оборудване и квалификацията на персонала, за да може да осъществява дейностите по клинично обучение на студенти и докторанти и следдипломно обучение за придобиване на специалност в системата на здравеопазването. В наредбата са посочени условията и редът за проверка на съответствието на лечебното заведение с критериите и условията от експертна комисия, определена от министъра на здравеопазването.

По отношение на хипербарната медицина в България липсва специфична нормативна база и съответно акредитационна схема за ХБО центрове. Хипербарните медицински центрове принципно са част от общата здравна система и функционират в съответствие с общата нормативна уредба и регулаторни изисквания, касаещи всички изпълнители на медицински услуги в дадена страна. През последните няколко години у нас нараства броя на хипербарните терапевтични камери в различни по вид и дейност организации, което създава и необходимост от единни правила и ръководства за работа, регулация, обучение и квалификация на специалистите с оглед осигуряване на качество и безопасност на извършваните медицински дейности.

Предвид факта, че България е част от Европейския съюз, повечето от европейските норми и стандарти следва да се прилагат и у нас, вкл. и в областта на хипербарната медицина. На практика няма въведена специална регулация и акредитация на хипербарните лечебни заведения от държавен или друг независим професионален орган.

От направеното проучване и сравнителен анализ на акредитационната практика в лечебните заведения за хипербарна оксигенотерапия могат да се изведат следните основни моменти:

- Наличието на специфична нормативна база, която регулира и подкрепя адекватно създаването и функционирането на лечебни заведения за ХБО, е важна предпоставка за развитието на акредитационния модел за управление на качеството.
- Съответно приложението на акредитационна програма, която е специфична за сферата на хипербарната медицина, може да допринесе и да гарантира, че в дадено лечебно заведение за ХБО са въведени и се следват утвърдените стандарти и протоколи за хипербарни грижи и безопасност на пациентите, персонала и оборудването, така че да се осигури високо качество на услугите.
- Алгоритъмът на акредитационната процедура е почти еднакъв в разгледаните страни, а срокът на присъдената оценка варира от 2 до 5 години.

- Забелязва се напредък в утвърждаването и хармонизирането на акредитационните програми в европейските хипербарни клиники, ориентирани към оценка на резултатите както по отношение на пациентите, така и на хипербарния персонал и потенциалът му за професионално развитие.
- Потвърждава се ролята на акредитацията за повишаване имиджа на здравната организация, подобряване качеството на предоставяните услуги от гледна точка удовлетвореността на пациентите, подобряване на организационния климат, повишаване на мотивацията и компетентността на служителите.

Заключение

Акредитацията е полезен и надежден инструмент за оценка на дейността на здравните организации. Приложението на подходяща програма за акредитация, гарантираща, че хипербарните центрове разполагат с квалифицирани специалисти, качествено оборудване и предоставят безопасни терапевтични услуги, може да бъде част от общата система за осигуряване, постоянно усъвършенстване и тотално управление на качеството в хипербарната медицина както в световен мащаб, така и в България.

Създаването на национален стандарт за лечение с хипербарна оксигенация, съобразен със съществуващите европейски и международни норми и стандарти в тази област и допълващ нормативната база в здравеопазването у нас, е необходима и полезна стъпка за приложението на адекватна акредитационна система. Това може да допринесе и за повишаване на качеството и ефикасността на здравеопазването в България като цяло.

Литература:

1. Димова А. Управление на качеството в болницата. Стено, Варна, 2004.
2. Иванова Т., Димова А., Гарева Г. Качество на здравните услуги, В: Иванов Л., Големанова Ж. (ред.) Болничен мениджмънт, изд. НЦОЗ, 2005, с.260-334
3. Наредба № 18 от 20 юни 2005 г. за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения, Обн. ДВ. бр.54 от 1 Юли 2005г., посл. изм. ДВ бр. 25 от 20.03.2018г., отм. ДВ бр.91 от 19.11.2019 г.
4. Наредба № 8 от 13 ноември 2019 г. за изискванията към лечебните заведения, които извършват обучение на студенти и специализанти, Обн. ДВ бр.91 от 19.11.2019 г., изм. и доп. ДВ бр.68 от 31.07.2020г.
5. Burman F. Quality assurance for a hyperbaric treatment centre. ECHM 9th Consensus conference, Belgrade, September 2012.
6. CPSA. Standards HBOT, March 2014 v.8, available from https://cpsa.ca
7. CSCF companion manual v4.3, available from https://www.health.qld.gov.au/
8. European Code of Good Practice for HBO Therapy. European Science Foundation, Mannheim, Germany, May 2004
9. LeDez K. et al, CUHMA standards of practice HBO, 1st ed., 2015.
10. UHMS Clinical Hyperbaric Facility Accreditation Manual, Fourth Edition, 2018.
11. Workman W. The internationalization of clinical hyperbaric facility accreditation: quality improvement and risk management in action, In: Abstracts and Proceedings book, EUBS Annual Scientific meeting, Belgrade, 2012, p.59.

ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ, ОКАЗВАНИ ОТ МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ И ЗНАЧЕНИЕТО ИМ В УСЛОВИЯТА НА СЪВРЕМЕННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

С. Борисова

Катедра „Здравни грижи“, Факултет „Обществено здравеопазване“, МУ – Варна

Контакт: Проф. Силвия Борисова, доктор на науките
e-mail: silvia.borisova@mu-varna.bg

Въведение

Развитието на сестринството и неговата подкрепа като професия, зависи от възприемането, разбирането и оценката на значимостта на здравните грижи, оказвани от медицинската сестра. Сестринството като наука се развива в самостоятелно направление, включващо парадигми, рамки и теории. В медицинската терминология сестринските теории, често се определят като „организирана рамка от понятия и цели, предназначени да ръководят практиката на сестринството“ [9]. От гледна точка на цялостното познание, в сестринската дейност се използват надграждащи познания и насоки в развитието на сестринската професията. Практиката може да бъде описана като набор от установени правила и норми, която валидност може да бъде доказана чрез критерии за добра сестринска грижа [7]. Теоретично ръководената практика, основана на доказателства, е отличителна черта на всяка професионална дейност. Това определя големия брой изследователи, които са развили различни концепции, относно същността на сестринството и сестринските грижи. Съветът за сестрински грижи и акушерство посочва, че медицинските сестри трябва да оказват грижа, „основана на най-добрите налични доказателства или най-добри практики"[8].

Цел

Да се проучат и анализират силните и слаби страни, възможностите и заплахите на съвременните сестрински грижи за разрешаване на проблеми, отнасящи се до индивидуалното и обществено здраве.

Материал и методи

С цел установяване на възможностите на съвременните грижи за разрешаване на проблеми, отнасящи се до индивидуалното и обществено здраве, определихме критичните фактори за успех на професията днес. Приложен е метод на SWOT анализ за оценка на здравните грижи, оказвани от медицинската сестра, в извънболничната медицинска помощ, както възможности и заплахи пред тях за въвеждане на професионални стандарти. За постигане на тази цел, идентифицирахме слабостите, които, ако не бъдат коригирани, ще възпрепятстват развитието на професията от зависима към независима. Идентифицирахме и външните заплахи, които застрашат утвърждаването на професията на медицинската сестра със значим и социален обществен статус в извънболничната помощ. Разкрихме и вътрешните сили на сестринството, тъй като те посочват вътрешните фактори, които можем да използваме за постигане на желаната цел. Слабостите, силните страни, възможностите и настоящите заплахи в професията са еднакво многобройни и разнообразни. Настоящият SWOT анализ на здравните грижи, направихме в контекста на съществуващата сестринска практика у нас.

Резултати и обсъждане

Медицинските професионалисти притежават компетенции, защитени с придобит висок образователен ценз и имат мотивация за предоставяне на качествена здравна помощ, съобразена със стандартите на Европа. Професионалната подготовка на медицинската сестра отговоря на постоянно растящите здравни потребности на населението. Липсата на специфична сестринска документация, която да регистрира и отчита дейностите на медицинската сестра, както и липсата на критерии за оценка на качеството на грижи влияние негативно върху оценката за грижите. Сестринството е изправено пред редица здравно политически и мениджърски предизвикателства, от решаването на които зависи обществения и професионалния престиж на професията.

Интерес за нас, представлява оценката на сестринските грижи по отношение на тяхната обществена и практическа значимост. Анализът на съдържанието и

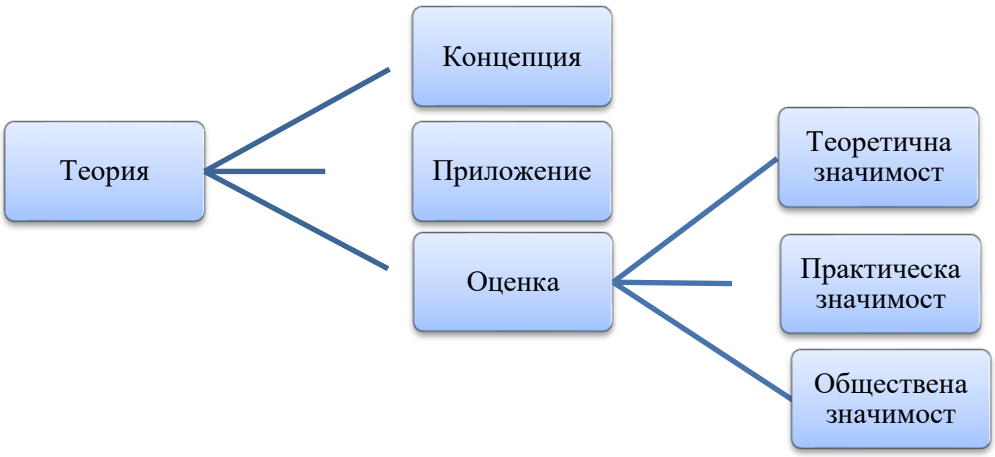
значимостта, направихме въз основа на проучени методики, които използват изследователите в областта на сестринството.

Според методиката предложена от Johnson, D.E. (1974), анализа на теориите се основава на редица социално ориентирани критерии [6]. Според автора, сестринството е необходимо да изпълнява мисията на ниво постигане на конкретни задачи, съответстващи на функциите, които трябва да изпълнява в обществото. В проучената методика, откриваме критерии, които се извеждат като значими за оценката на сестринската практика:

- съответствие с обществените задачи;
- възможност за приложение на нови подходи и критерии;
- значимост за конкретна област на сестринството.

Приложението на този подход създава възможност за извеждане на задачите пред сестринството за разрешаване на значими проблеми в областта на грижите. Много автори откриват недостатък в методиката на Джонсън поради това, че критериите за оценка не съдържат елемент на обществена критика и създават затрудненията при съпоставян по отношение на степен на изпълнение на задачите, възложени от обществото. Автори като Alsvog, H. (1985) и Martinsen, K. (1975) изключително точно предлагат социално-критичен и едновременно философски подход в оценката на сестринските теории [4]. Отговорът на въпросите, свързани с ценностите, етичните норми и поведение, определят обществена насоченост на теорията. Тези автори не формулират конкретна методика на анализ и считат за единствено значим отговора на въпроса до каква степен проучваната теория има основополагащата идея в сестринството.

В проучените методики на Diers, D. (1984), Barnum, B.S. (1990), и Meleis, A.I. (1991) основен критерий за оценка е значимостта на практическата приложимост на основните постановки в сестринските грижи [5, 6] . В методиките на Diers и Ellis, R. (1968) откриваме универсалност в приложението. Във основа на тях, разработихме критерии, посредством които да съпоставим съдържанието и резултатите от приложението на теоретичните схващания в практиката (**Фиг. 1**).



Фиг. 1. Критерии за оценка на съществуващите теории

Критериите определихме, извеждайки основните положения на моделите на сестринските грижи, описани от Мухина и Тарновская (2006) [3]. Според авторите, ядрото на всеки модел са различията в разбирането на същността на пациента като обект на сестринска дейност, целта на грижите, набора от сестрински интервенции и особеностите в оценката на резултатите от тях:

- пациента, като обект на дейността на сестринския персонал;

- източника на проблемите на пациента;
- насоката на сестринската намеса;
- целта на грижите;
- начините на осъществяване на сестринска намеса;
- ролята на сестрата;
- оценка на качеството и резултатите от грижите.

Интегрирането на теориите за сестринство е израз на еволюция по пътя на развитие на съвременната сестринска практика. Добрата практика, базирана на доказателства, създава възможност за приложение на съвременни подходи, адаптирани към конкретните условия за оказване на сестрински грижи:

- принципи, задачи и състояние на здравната система;
- демографски показатели;
- социално-икономически условия на обществото;
- доминиращи морално-етични принципи и култура.

Съществуващите концептуални модели и теории за сестринство осигуряват основа на практиката и помагат тя да се организира в предоставяне на дейности базирани на подходящи решения, свързани със сестринските интервенции (**Фиг. 2**).



Фиг. 2. Концепция за добра практика

За постигане на професионална идентичност в системата на извънболничната помощ, като модерна, организирана, социално значима и уважавана професия, анализирахме сестринските грижи в настоящата практика. С цел установяване на възможностите на съвременните грижи за разрешаване на проблеми, отнасящи се до индивидуалното и обществено здраве, определихме критичните фактори за успех на професията днес. За постигане на тази цел, идентифицирахме слабостите, които, ако не бъдат коригирани, ще възпрепятстват развитието на професията от зависима към независима. Идентифицирахме и външните заплахи, които застрашат утвърждаването на професията на медицинската сестра със значим и социален обществен статус в извънболничната помощ. Разкрихме и вътрешните сили на сестринството, тъй като те посочват вътрешните фактори, които можем да използваме за постигане на желаната цел. Слабостите, силните страни, възможностите и настоящите заплахи в професията са еднакво многобройни и разнообразни.

Професията на медицинските сестри е от изключително голямо значение, тъй като има отношение към общото благосъстояние на населението, чрез предоставянето на здравни грижи, които да отговарят на промените в околната среда и на нарастващите потребности. Като най-голяма група здравни професионалисти, работещи в различни

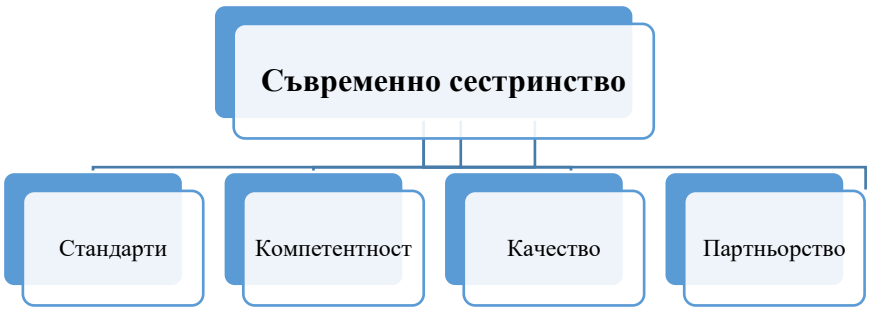
здравни заведения, медицинските сестри са ключов ресурс за осъществяване на наложилите се здравни реформи. Медицинските професионалисти притежават компетенции, защитени с придобит висок образователен ценз и имат мотивация за предоставяне на качествена здравна помощ, съобразена със стандартите на Европа. Професионалната подготовка на медицинската сестра отговоря на постоянно растящите здравни потребности на населението.

Все още в България няма стандарт за оптимално съотношение сестра/пациент. Липсата на специфична сестринска документация, която да регистрира и отчита дейностите на медицинската сестра, както и липсата на критерии за оценка на качеството на грижи влияние негативно върху оценката за грижите на болния. Ниският обществен и социален престиж на професията, не наложената все още система за кариерно развитие, трудните условия за изпълнение на научни изследвания са слабости, които ако не бъдат преодоляни ще се отразят негативно върху развитието на здравните грижи. Професионалната идентичност на медицинската сестра е свързана с ценности за равенство и свобода, съответстващи на концепцията за автономност и независимост при оказване на сестрински грижи в практиката на извънболничната помощ.

Все още откриваме твърде големи различия между нашето и европейско законодателство. Аспектите за развитие на сестринството в България за съжаление не са приоритет на Министерство на здравеопазването. Основна заплаха пред сестринството в България е недостиг на специалисти по здравни грижи в национален мащаб. Създаденият дефицит, създава условия, в които трудно би се осъществила новата философия на сестринството. Ниското заплащане, липсата на обществен и социален престиж на професията води до отлив в желанието за практикуване на професията и поставя обществото в кризисна ситуация по отношение на качеството на здравните услуги.

Хуманната роля на сестринската професия изисква от медицинските сестри да се грижат за хората като индивиди, семейства и групи (социални, професионални, рискови и др.) по време на целия им жизнен цикъл; да определят и подпомагат развитието на техния физически, психически и социален потенциал в рамките на трудовата и битовата им среда.

Автономията на медицинските сестри е свободата и правото да действат независимо и самостоятелно в своята практика. Отговорностите и пълномощията на професионалистите по здравни грижи се установяват в процесите на организация и поддържане на основните компоненти в съвременната практиката - стандарти, качеството, продължаващо обучение и партньорство (**Фиг. 3**).



Фиг. 3. Основни компоненти на съвременното сестринство

Нарастването на потребността на населението от болнична помощ и реформата в сестринството предполага значителни изменения във функциите и организацията на труда на медицинските сестри, което ще създаде възможност за по-рационално

използване на потенциала на медицинските специалисти. От всичко това възниква потребността за развитие на автономия на сестринството, отнасяща се до поемане на управлението и отговорността за здравните грижи, в рамките на придобитите компетенции. В този смисъл сестринството е изправено пред редица здравно политически и мениджърски предизвикателства, от решаването на които зависи обществения и професионалния престиж на сестринската професия. Необходимо е значително да се разшири спектъра от взаимосвързани и независими сестрински намеси в практиката на медицинската сестра.

Промените в сестринството се провеждат не заради измененията произтичащи в сестринска практика, а защото тя се явява част от огромния процес на промени в обществото. В литературата и практиката не откриваме автори разработили критерии и условия, отнасящи се до въвеждането на стандарти по здравни грижи. Литературният обзор и проученият международен опит ни дават основание да определим следните направления в приложението на стандарти за здравни грижи:

- обхват и стандарти за добра практика;
- компетентно ниво на оказване на сестрински грижи.

Прилагането на стандарт по здравни грижи е продиктувано от необходимостта от създаване на рамка, която обезпечава ефективността на самостоятелните сестрински дейности в практиката.

Разширяването на пълномощията на медицинската сестра, повишаването на престижа на професията, прилагането на съвременни подходи към оказване на сестринска помощ изисква внедряване на нови форми на организация на труда на медицинските сестри.

Заключение

Пред сестринството са поставени сериозни задачи, изпълнението на които позволява коренно да се измени съществуващото положение в сестринските грижи, като съставна част в организационната технология на здравеопазването, насочена към решаване на проблеми отнасящи се към индивидуалното и обществено здраве в днешните сложни и бързо променящи се условия. Ролята на медицинската сестра в екипа при оказване на извънболнична медицинска помощ и дейности е насочена към провеждане на научни проучвания, повишаване на качество на сестринската практика, разширяване на взаимодействията в екипа, комуникация, лидерство, оценка на здравните грижи, използването на ресурсите и околната среда за постигане на здраве.

Литература

1. Давидов Б., Измерване на здравето теории, практики, дискусии. Академично издателство „Проф. Марин Дринов“, С., 2011.
2. Златанова Р., Т. Златанова, Е. Радев, Д. Лалева, Качеството в първичната извънболнична медицинска помощ в България регламентирано в нормативните документи, III, 7, 2013 Social studies, 75-77.
3. Мухина С., И. Тарновская, Теоретични основи на сестринските грижи. Издателски център на МУ Плевен, 2006, 10-12.
4. Basford L., Slevin, O., Theory on practice of nursing, An integrated approach to caring practice, Study skills in health care, Nelson Thornes, 2003, 203-210.
5. Davis, Ch., The importance of professional standards, Nursing made Incredibly Easy, 2014,12,5,4.
6. Fawcett, J. ,Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. 2nd edition. F. A. Davis Company,2011.
7. Jenkins, P., Turick-Gobson, T., An exercise in critical thinking using role playing. Nurse educator, 24, 1999, 6, 11-14.
8. Masters, K., Role development in professional nursing practice. WY16 R745, 2005, 36.
9. Roy, C., Jones, D., Nursing knowledge development and clinical practice. Springer Publishing Company, LLC, 2007, 42

СЕКЦИЯ К. МЕДИЦИНСКА И СОЦИАЛНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ И ИНТЕГРАЦИЯ“

КИНЕЗИТЕРАПИЯ И ЕРГОТЕРАПИЯ ПРИ КОКСАРТРОЗА СЛЕД ЕНДОПРОТЕЗИРАНЕ НА ТАЗОБЕДРЕНА СТАВА

Н. Михайлова
Катедра „Физикална медицина, медицинска рехабилитация, ерготерапия и спорт“, Факултет „Обществено здраве“, МУ – Плевен

Контакт: Доц. Нина Михайлова, д.п.
e-mail: mihailova.nina@abv.bg

Въведение

При лечението на хронични ставни заболявания и фрактури в областта на тазобедрената става се прилагат различни видове оперативна терапия. Целите на оперативното лечение и последващата кинезитерапия и ерготерапия са осигуряване на безболезнена тазобедрена става, стабилна става за адекватно поемане на тежестта при обременяване, достатъчен обем и сила за извършване на дейности от ежедневието.

Началото на болестта е бавно и неусетно. Явяват се болки в тазобедрената става и нерядко в колянна става със скованост на движенията. Постепенно настъпва ограничаване на движенията най-напред на вътрешната ротация, а при продължително ходене започва и куцане (усещат и хрущене) [1, 8].

Заболяването протича в четири стадии:

Оплакванията се появяват според стадия на заболяването.

1. ***Обтягане на капсулата (вътреставно налягане)*:** Появяващите се при натоварване леки, частично ревматични по вид оплаквания в тазобедрената става, особено medio-ventralno, сутрешна скованост и болка.

2. ***Обтягане на мускулите*:** Болка в областта на аддуктурите и gluteus minimus, болки в коляното (от стремеж към компенсация), болезнена абдукция и ротация и крайноградусно ограничение на движението с щадящо куцане.

3. ***Дегенерация на хрущяла*:** Болезнено ограничение на движението, недостатъчна натовареност, щадящо куцане, спонтанно заемане на облекчаващо положение - аддукционно положение, ходене с поддържане.

***Контрактури*:** Най-рано се ограничават вътрешната ротация и абдукцията, а покъсно и екстензията. Едновременно се наблюдава контрактура на мускулите - аддуктори, външни ротатори и флексори [2, 8].

Ерготерапевтичното и кинезитерапевтичното лечение се съобразяват с това, че при увеличаване на амплитудата на движение при активните движения не трябва да се надвишава разрешения обем. Избягва се флексия над 90° и аддукция извън неутрална позиция [2, 8]. Акцентира се върху развитие на мускулния контрол и стабилизиращата функция на тазобедрената мускулатура, а не на развитие на максималната й сила т.е. предпочита се упражняване срещу леко съпротивление, но с многократни повторения. За нормалната локомоция особено важно е да се възстанови силата на екстензорите и абдукторите в тазобедрената става. Затова трябва да се акцентира върху засилването им в отворена и затворена кинетична верига, както и върху увеличаване на издръжливостта им без допускане на риск за ендопротезата [7, 8, 9]. Използват се дейности с долните крайници срещу леко съпротивление и многократни повторения.

Прилагането на дейности, водещи до големи усилия, е неадекватно и противопоказано, тъй като може да предизвика микродвижения между стеблото на ендопротезата и бедрената кост и да доведе до разхлабване на ендопротезата. Избягват се дейности с рязко обременяване на ставата и движения предизвикващи значителни ротаторни усилия в долния крайник. И двете биха предизвикали разхлабване и опорочаване на ендопротезирането [2, 3].

Проведохме проучване на ефективността на кинезитерапевтичната методика при пациенти с тазобедрено ендопротезиране и **целта на нашето изследване** е да се допълни рутинната методика с упражнения в затворена кинетична верига за умерено протективната фаза на кинезитерапия и да се проучи ефекта от нея.

Материал и методика на изследването

Проведе се кинезитерапия и се извършиха функционални изследвания с единадесет пациента. Всички те са с едностранно ендопротезиране на тазобедрената става, поради напреднал стадий на коксартроза. При всички болни са поставени механични ендопротези. Пациентите са разделени на две групи – контролна и експериментална.

И при двете групи пациенти жените преобладават.

Пациентите са на възраст между 51 и 62 години, като при експерименталната група средната възраст е 57 години, а при контролната е 57.6 години.

При повече от пациентите и от двете групи е засегната дясната тазобедрена става.

Периода на кинезитерапия е между 4 и 6 месеца след извършване на операцията и при двете групи – умерено протективна фаза на кинезитерапия.

Методи за функционално изследване

За изследване на ефекта от приложената кинезитерапия при двете групи пациенти използвахме стандартни методи за функционално изследване:

- Ъглометрия; Мануално-мускулно тестуване; Сантиметрия; Отчитане на болката при ходене; Изследване на походката.

Проведохме начални изследвания преди първата кинезитерапивтична процедура и крайни след десет кинезитерапевтични процедури.

Целта на приложената кинезитерапевтична методика е да се възстановят двигателните качества на засегнатия крайник и така да се създадат предпоставки за максимално функционално възстановяване в по-късните етапи на рехабилитационния процес. Допълвайки методиката за кинезитерапия с **упражнения в затворена кинетична верига при експерименталната група пациенти** се търси засилване на ефекта от кинезитерапията за възстановяване на локомоторните способности на пациентите и ускоряване на цялостния възстановителен процес.

Задачи на кинезитерапията в умерено-протективната фаза:

1. Увеличаване на силата и издръжливостта на мускулите на долните крайници и торса с акцент върху двигателите на ендопротезираната става.
2. Достигане на пълния обем на движение, позволяван от ендопротезата.
3. Преодоляване на дисбаланса на мускулите в ендопротезираната става.
4. Намаляване на болката.
5. Обучение в ходене с едно помощно средство.
6. Подобряване на общото състояние и приспособяване на сърдечносъдовата и дихателната система към вертикализиране, ходене по равно, качване и слизане по стълби.

Средства на кинезитерапията

1. За увеличаване на силата и издръжливостта на мускулите на долните крайници и трупа приложихме:

- Активни упражнения срещу гравитацията и срещу мануално съпротивление.

• Изотоничен и изометричен режим на мускулна работа.

• Упражняване на динамичните мускули, които най-често са хипотрофични и с намален тонус – коремните и седалищните мускули, и абдукторите в ендопротезираната става.

• При експерименталната група допълнително приложихме упражнения в затворена кинетична верига.

За увеличаване на силата и издръжливостта на мускулите на долните крайници и трупа приложихме активни упражнения срещу гравитацията и срещу мануално съпротивление. Използвахме изотоничен и изометричен режим на мускулна работа. Акцентирахме върху упражняването на ключовите динамични мускули, които най-често са хипотрофични и с намален тонус – коремните и седалищните мускули, както и абдукторите в ендопротезираната става. При експерименталната група допълнително приложихме упражнения в затворена кинетична верига.

За увеличаване на ставната подвижност и достигане на позволения от ендопротезата обем на движение, приложихме пасивни упражнения и активни упражнения от отбременено изходно положение. Упражненията пациентите изпълняваха в безболезнен обем на движение във физиологичните равнини до границите, позволявани от ендопротезата (флексия до 90°, абдукция до 25°, екстензия и аддукция до неутрална позиция, ротации до 30°).

За мускулите с повишен тонус и скъсяване приложихме постизометрична релаксация, с цел преодоляване на мускулния дисбаланс. Това са аддукторите, флексорите и външните ротатори в ендопротезираната става. Беше приложена методика с използване на минимално изометрично напрежение на скъсените мускулни групи, което пациента задържа 10-15 секунди. След това релаксира като издишва и леко се подпомага увеличаването на обема на движение, без да се прилага усилие, което да предизвиква стречинг.

За намаляване на болката приложихме релаксиращи масажни прийоми в областта на ендопротезираната тазобедрена става.

• Обучение в ходене с едно помощно средство и усъвършенстването в качване и слизане по стълби се извърши, като на пациента се демонстрира как да ги изпълнява правилно. При ходенето е необходимо да се обърне внимание на изравняването на дължината на крачките и преодоляване на симптомите на Дюшен и Тренделенбург при ходене. Активни упражнения за малки, средни и големи мускулни групи на горните и долните крайниците от легнало и седнало положение;

• За подобряване на общото състояние и приспособяване на сърдечносъдовата и дихателната система се прилагат активни упражнения за малки, средни и големи мускулни групи на горните и долните крайниците от легнало и седнало положение [4]

Включват се и упражнения за постепенно вертикализиране, ходене в стаята, коридора, качване на един етаж стъпала [5, 6].

Резултати и обсъждане

Резултатите от началните и крайните изследвания с ъглометрия на движенията в сагиталната равнина се показаха и при двете групи пациенти ниски средни стойности на ставната подвижност. Пациентите не могат да изпълняват позволения от ендопротезата обем на движение. Ограничението е изразено при всички движения. Най-много е ограничена екстензията. Невъзможността на ендопротезираното бедро да заема неутрална позиция, пречи на заемане на правилен стоеж и на придвижване с правилна походка. Ограничената екстензия в ендопротезираната става е причина за скъсяване на крачката със здравия крайник.

При крайните изследвания се установи значително подобрение в подвижността на ендопротезираната става и при двете групи пациенти.

Подобрението в движенията са незначителни, разликите са малки, с изключение на екстензията. При екстензията се установиха значително по-добри резултати при експерименталната група, като средната екстензия надминава неутралната позиция. Това се дължи на приложените упражнения в затворена кинетична верига, които стимулират екстензията до неутрална позиция.

Резултатите от началните изследвания с мануално-мускулно тестуване (ММТ) на двигателите в тазобедрената става показаха изразена слабост на мускулите двигатели на ендопротезираната тазобедрена става при всички пациенти. Най-голяма слабост се установи при абдуктори и екстензори. Изследваните мускули не достигат степен 3. При част от пациентите се установи степен 2. Това прави невъзможно повече от пациентите да ходят все още с едно помощно средство и е причина за лошата им походка.

Резултатите от крайните изследвания с мануално-мускулно тестуване (ММТ) на двигателите в тазобедрената става показват значително подобрение на мускулната функция при всички пациенти.

Изследваните мускулни групи показаха резултати над степен 3. Разлика в резултатите между контролната и експерименталната група се установиха само при силата на екстензорите и абдукторите, които са мускули с най-голямо значение за тазобедрената става при ходене.

Функцията на екстензорите е да участват в изтласкването на трупа напред, когато ходилото на крайника е фиксирано към пода и този крайник е в опорна фаза.

Абдукторите задържат хоризонталното положение на таза през едноопорната фаза. Тогава таза трябва да балансира само върху едната тазобедрена става и абдукторите са много натоварени. При слабост на абдукторите се развива симптом на Тренделенбург.

При експерименталната група има по-ефективно засилване на екстензорите и абдукторите, което се дължи на приложените допълнително упражнения в затворена кинетична верига. Тези упражнения стимулират мускулната контракция в цялата кинетична верига на долния крайник, което от своя страна стимулира по-бързото възстановяване на отслабналите мускулни групи. Такива разлики не се установиха по отношение на флексорите и ротаторите, защото те не се натоварват толкова при упражняване в затворена кинетична верига.

Резултатите от началните и крайните изследвания със сантиметрия за отчитане на хипотрофията на бедрената мускулатура показаха, че хипотрофията на бедрената мускулатура е силно изразена при всички изследвани пациенти. Това се дължи на намалената двигателна активност преди и след ендопротезирането, както и на тежката операция. Най-голяма е хипотрофията на първо ниво, следва на второ и най-малка на трето при всички пациенти. Знае се, че най-бързо и най-силно хипотрофира m. vastus medialis, помалко останалите три глави на m. quadriceps femoris и най-малко ишиокруралната мускулатура (m. semitendinosus, m. semimembranosus и m. biceps femoris-caput longum), което се вижда и при изследваните пациенти.

При крайните изследвания не се установи голямо редуциране на хипотрофията, както при експерименталната така и при контролната група, въпреки значително увеличената мускулна сила. Единствено се отчете, по-значително намаляване на хипотрофията на първо ниво (m. vastus medialis) при експерименталната група пациенти.

Прилагането на упражнения в затворена кинетична верига, които натоварват подобре m. vastus medialis, който е стабилизатор на коляното, повлияха по-добре хипотрофията му при експерименталната група пациенти. Отчетохме, че десетте процедури по кинезитерапия не са достатъчни за преодоляване на хипотрофията на бедрената мускулатура.

Началните и крайните резултати от изследването на болката при ходене са показани на диаграма 5. Отчетена е средната аритметична степен на болката при двете групи пациенти.

При началните изследвания установихме умерена болка по време на ходене (степен 4-7) при всички пациенти. Разликите в средноаритметичните стойности между контролната и експерименталната група болни са малки.

При крайните изследвания се установи намаляване на болката по време на ходене при всички изследвани пациенти. При експерименталната група пациенти намаляването на болката е по-голямо. При тях установихме средноаритметична степен на болка 2,4 (между 0 и 3) срещу 4,9 (между 3 и 6) при контролната група. По-добрите резултати при експерименталната група се дължат на включените упражнения в затворена кинетична верига, които осигуряват по-бързо привикване към обременяване на оперираният крайник с тежестта на тялото и оттам с намаляване на болката, изпитвана по време на ходене.

При началните изследвания установихме силно проявен симптом на Тренделенбург при всички пациенти. Това се дължи на слабостта на абдукторите, които не могат да задържат таза в хоризонтално положение през едноопорната фаза.

При крайните изследвания се наблюдава отслабване на симптома. При контролната група той е умерено изразен, а при експерименталната слабо изразен. По-добрите резултати при експерименталната група се дължат на приложените допълнително упражнения в затворена кинетична верига, които осигуряват по-бързо възстановяване на абдукторите и по-добър мускулен контрол върху таза при опора върху оперираният крайник.

При началните изследвания установихме, че пациентите и от двете групи не могат да ходят с едно помощно средство, а използват 2. Повече от тях могат да се качват и слизат по стълби, да сядат и да стават, но със затруднение.

След проведената кинезитерапия всички пациенти от експерименталната група могат да ходят добре с едно помощно средство, да се качват и слизат по стълби, да сядат и да стават. При един пациент ставането и сядането е със затруднение, поради наднормено тегло.

При контролната група пациенти, повече от тях могат да ходят с едно помощно средство, но със затруднение. Един от пациентите не може да ходи с едно помощно средство. Всички могат да стават и сядат и да се качват и слизат по стълби, но при повече от тях това е трудно. Затова може да се каже, че приложените допълнително упражнения в затворена кинетична верига, при експерименталната група водят до по-бързо и ефективно възстановяване на локомоторните способности на пациентите в умерено-протективната фаза на кинезитерапията.

Изводи

Упражненията в затворена кинетична верига са подходящи кинезитерапевтични средства за умерено-протективната фаза след ендопротезиране на тазобедрена става, подобряват ефективността на цялостната кинезитерапия за увеличаване на екстензията в ендопротезираната тазобедрена става, стимулират и ускоряват възстановяването на мускулите, участващи при ходенето – екстензорите и абдукторите в ендопротезираната става, ефективно средство за намаляване на болката при ходене и възстановяване на локомоторните способности на пациентите в умерено-протективната фаза на кинезитерапия след ендопротезиране на тазобедрената става.

Заключение

Приложената цялостна кинезитерапевтична методика е ефективна и подходяща в умерено-протективната фаза след ендопротезиране на тазобедрената става.

Библиография

1. Илиева, Е. Ендопротезиране на стави. В: *Физикалните* фактори в практичната медицина. Ред. М. Маринкев. Пловдив, 1999, с. 220-225.
2. Илиева, Е. Особености на рехабилитацията и ерготерапията след артропластика на тазобедрена става. *Физикална медицина, рехабилитация, здраве*, 2007, 4, с. 14-18.
3. Михайлова, Н. Ерготерапия при коксартроза. В: *Ерготерапия*. Ч. 2. Ред. И. Топузов. София, Симел, 2008, с. 143-147.
4. Мегова Т. Апробирана методика за рехабилитация на болни с остър миокарден инфаркт по време на първа фаза – вътреболнична рехабилитация. Спорт & наука, 2012, 3)
5. Мегова Т. Въздействие на физическата тренировка при болни със сърдечни заболявания.- Сборник доклади ТОМ 2 от Юбилейна научна конференция с международно участие «Здравеопазването през 21 век-реалности и перспективи» Медицински Университет – Плевен факултет «Обществено Здраве»30сеп-2окт, 2010г. стр 630-632.
6. Мегова. Т. Рехабилитация при често срещани сърдечно-съдови заболявания. Дайрект Сървисиз ООД, София 2016, 64 стр ISBN 978-619-7171-38-9).
7. Попов, Н. Клинична патокинезиологична диагностика на ортопедично – травматологичната кинезитерапия. София, НСА-ПРЕС, 2003.
8. Попова, Д. Лечение на мускулни дисфункции в ортопедичната диагностика. София, НСА-ПРЕС, 2007.
9. Ergotherapie : Grundlagen und Techniken. Herausgeber Wolfgang Presber, Wilfried de Neve. 4. [erw.] Aufl. München, Urban und Fischer, 2003.

ВЛИЯНИЕ НА ВЪТРЕБОЛНИЧНАТА РЕХАБИЛИТАЦИЯ ВЪРХУ СЪРДЕЧНАТА ЧЕСТОТА ПРИ БОЛНИ С ОСТЪР МИОКАРДЕН ИНФАРКТ

Т. Мегова

Катедра „Физикална медицина, медицинска рехабилитация, ерготерапия и спорт“, Факултет „Обществено здраве“, МУ – Плевен

Контакт: Доц. Таня Мегова, доктор
e-mail: tmegova@abv.bg

Въведение

Миокардният инфаркт е водеща причина за смърт и инвалидизация в световен мащаб. България не прави изключение в това отношение. За разлика от страните в северната и западната част на Европа, където честотата на исхемичната болест на сърцето (ИБС) и острият миокарден инфаркт (ОМИ) намалява през последните десетилетия, в нашата страна все още има увеличение на честотата на тези заболявания. Важно значение за преодоляване на посочената негативна тенденция имат редица мерки – първична профилактика, основно чрез контрол на рисковите фактори, вторична профилактика, ефективни методи за лечение и рехабилитация на болните с ИБС.

Целта на настоящето проучване е изследване на влиянието на вътреболничната рехабилитация върху сърдечната честота при пациенти с остър миокарден инфаркт със ST елевация и проведена първична перкутанна интервенция.

Материал и методи

Организация на проучването. За период от около 1 година проведохме проучване относно ефекта от приложението на комплексна рехабилитационна програма при пациенти с остър миокарден инфаркт. Проучването осъществихме в Специализирана болница за активно лечение по кардиология – гр. Плевен.

Характеристика на контингента. Болните с проведена вътреболнична рехабилитация разделихме на три групи, както следва:

- Първа група - пациенти с ОМИ и проведена PCI до 12-я час от началото на инфаркта;
- Втора група - пациенти с ОМИ и проведена PCI след 12-я час от началото на инфаркта;
- Трета група - пациенти с ОМИ без проведена PCI (само вътреболнична рехабилитация).

Тъй като локализацията на миокардния инфаркт има голямо значение за рехабилитационния потенциал на болните, допълнително разделихме всички пациентите с проведена вътреболнична рехабилитация на две групи – с преден ОМИ - 46 и с долен ОМИ - 65. Средната възраст на пациентите с преден миокарден инфаркт е 60,78 години, а на пациентите с долен миокарден инфаркт 62,31 години.

Методи за оценка на резултатите от приложената рехабилитационна програма.

Сърдечната честота определяхме петкратно по време на всяка процедура от вътреболничната и извънболничната рехабилитация: преди стартиране на процедурата, в края на подготвителната част, по време на достигане на пиковото натоварването в основната част, в края на заключителната част и на петата минута от възстановителния период.

По време на вътреболничната рехабилитация определяхме стойностите на сърдечната честота посредством специализирана апаратура за мониториране на сърдечните показатели (през първите 2 дни) и палпаторно през останалите дни.

Методика на рехабилитацията през първа фаза

Цел на рехабилитационната програма: Достигане ниво на двигателна активност, което да осигури самообслужване на болния.

Задачи на рехабилитационната програма:

- Редуциране на наличната симптоматика (задух, отпадналост и др.)
- Намаляване на риска от усложнения (белодробни тромбоемболии, пневмонии и др.) [6].
- Оптимизиране на контрола на рисковите фактори.
- Подобряване на общото състояние и приспособяване на сърдечносъдовата и дихателната система към вертикализиране, ходене по равно, качване и слизане по стълби.
- Обучението на пациентите по отношение на тяхната двигателна активност в домашни условия.

Контрол на интензивността на физическото натоварване: При всяка процедура се контролира артериалното кръвно налягане (RR), сърдечна честота (HR) и се проследява болния за наличието на субективни оплаквания (стенокардна симптоматика, чувство на задух и умора) и нежелана вегетативна симптоматика. Хемодинамичните показатели се контролират чрез измерване на: изходните стойности, стойностите в края на подготвителната част, по време на върховото натоварване в основната част, в края на заключителната част и на петата минута от възстановителния период. По време на последната процедура, през четвъртия ден, хемодинамичните показатели се проследяват и по средата на основната част (след ходене по равен терен 100 метра). Болните се инструктират да съобщават за провокиране на стенокардна симптоматика, задух и/или умора.

Методични указания

По време на вътреболничната рехабилитация се започва с много леки физически натоварвания като постепенно се увеличава времетраенето, броят и интензивността им [5]. Двигателният режим се разширява в рамките на натоварвания с ниска интензивност при повишение на сърдечната честота с не повече от 10 – 25 за уд./мин., повишаване на систоличното артериална кръвно налягане с не повече от 20 mmHg над изходното и

субективно усещане за минимално (в началото) до умерено натоварване (ходене с бавно до умерено темпо, бавно изкачване на стълби)[7].

Задължително болният се инструктира за двигателната активност в домашни условия, дават се препоръки за здравословно хранене и обучение за самостоятелно отчитане на хемодинамичните показатели [2, 8].

При хемодинамично стабилни болни, с овладяна стенокардна симптоматика и липса на усложнения се преминава към промяна в положението на тялото (седеж на леглото, седеж със спуснати крака, стоеж)[3].

Показания за прекратяване на процедурата са:

- Поява на субективни оплаквания (задух, отпадналост и др.);
- Превишаване на хемодинамичните показатели над допустимите стойности;
- Патологична ортостатична реакция;

Противопоказани упражнения

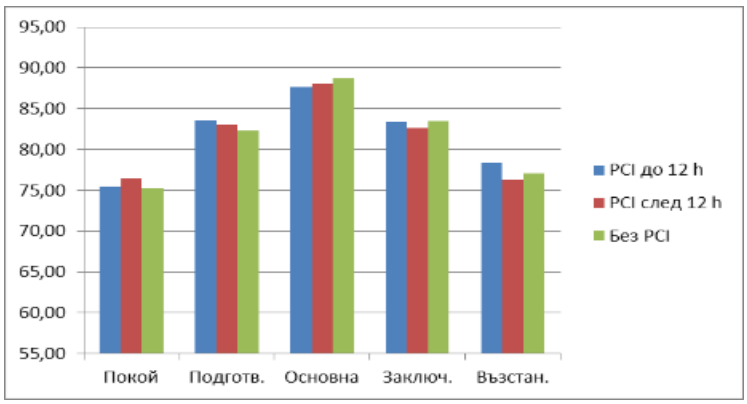
1. Упражнения с голяма интензивност, бърз темп и задържане на дишането.
2. Резки наклони на трупа и главата.
3. Изометрични упражнения [1].
4. Статични дихателни упражнения.
5. Дихателни упражнения с максимално дълбоко вдишване.
6. Рязка смяна на изходното положение [4].

Резултати

Резултати от проведената вътреболнична рехабилитация

Сравнителен анализ между групите от пациенти с проведена PCI до 12-я час, с проведена PCI след 12-я час и без проведена PCI

Методиката на приложената рехабилитационна програма не се различаваше при трите групи включени в проучването лица. Като основен критерии за оценка на хемодинамичния отговор към приложените физически натоварвания и степента на обременяване на организма използвахме промените в сърдечната честота. На **фиг. 1 и 2** е онагледена динамиката на сърдечната честота по време на проведени процедури в периода на вътреболнична рехабилитация.



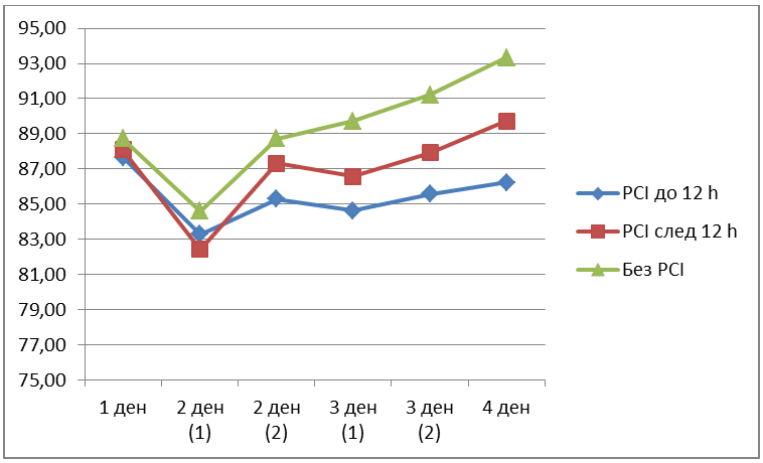
Фиг. 1. Промяна на сърдечната честота по време на процедурата през първия ден при трите групи включени в проучването лица.

На **фиг. 1** се вижда, че стойностите на сърдечната честота в покой са най-високи при първата процедура, като постепенно намаляват в хода на проведената рехабилитация. Обяснение за това е не само адаптацията на сърдечносъдовата система към физическите натоварвания, но вероятно на първо място е включването на бета-блокери в

терапията на пациентите (обичайно бета-блокер се включва още през първия ден, като дозата му се коригира в рамките на болничния престой).

Важно е да се отбележи, че бета-блокер е включен при 41 (89,1%) от болните в групата с проведена PCI до 12-я час, 48 (94,1%) от болните в групата с проведена PCI след 12-я час и 11 (78,6%) от болните в групата без проведена PCI. Не намираме статистически достоверни разлики между сърдечната честота в покой и при трите групи изследвани лица.

По отношение на достигнатите максимални стойности на сърдечната честота по време на основната част на процедурите се наблюдава интересна тенденция. Между първата и втората процедура отчитаме понижение на стойностите, въпреки лекото увеличаване на интензивността на приложените натоварвания. Това отново може да се обясни с действието на бета-блокерите, които моделират сърдечната честота не само в покой, но и при физически натоварвания. След втората процедура има постепенно нарастване на стойностите на сърдечната честота, като при последната процедура тя отговаря на натоварвания с ниска към умерена интензивност. Следователно приложената рехабилитационна програма отговаря на предварително заложените принципи.



Фиг. 2. Стойности на сърдечната честота в края на най-тежкото натоварване в основната част на процедурите при трите групи включени в проучването пациенти

Друг съществен момент е постепенното формиране на разлика в максималните стойности на сърдечната честота между трите групи пациенти. Най-малко е нарастването при групата с PCI до 12-я час, а най-голямо е в групата без проведена PCI. При последната процедура разликите между трите групи пациенти са статистически достоверни **(фиг. 2).**

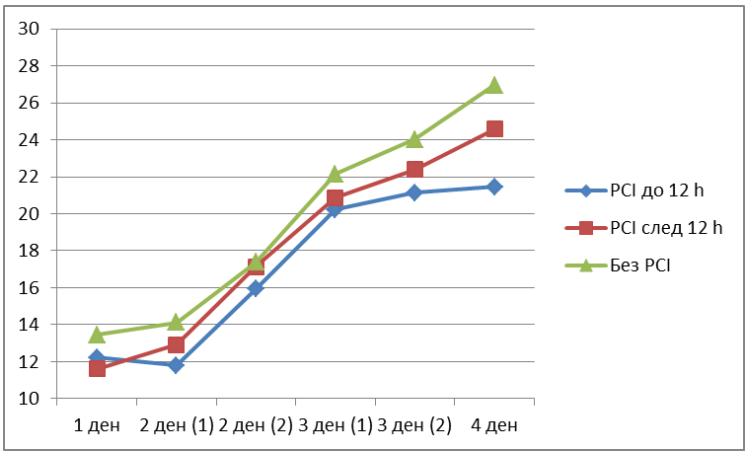
Хемодинамичният отговор към приложените физически натоварвания по време на процедурите и степента на обременяване на сърдечносъдовата система се преценяват по-добре на базата на степента на нарастване на сърдечната честота спрямо стойностите в покой. Тези зависимости се онагледени още по-добре на **фиг. 3.**

През първия ден (първа процедура) нарастването при групата с PCI до 12-я час е 12,22 уд./мин., при тези с PCI след 12-я час - е с 11,61 уд./мин. и при пациентите, без проведена PCI, нарастването е с 13,44 уд./мин.

Динамиката на сърдечната честота в хода на процедурите съответства на заложените методични указания като най-голямо е нарастването по време на най-интензивното натоварване в основната част, след което се възстановява приблизително до изходните стойности.

По отношение на скоростта на възстановителните процеси също се наблюдават съществени разлики. При последните процедури е очевидно, че възстановяването на

сърдечната честота става най-бързо при пациентите с проведено PCI до 12-я час, а най-бавно при пациентите без проведена PCI.



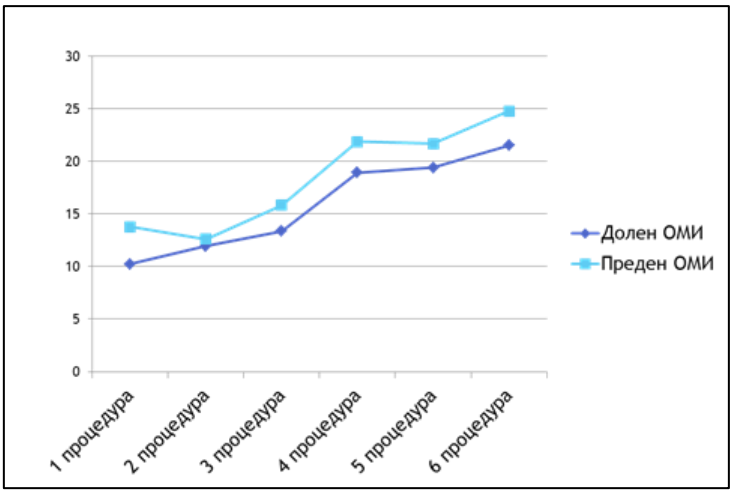
Фиг. 3. Разлика между стойностите на сърдечната честота в покой и по време на основната част (пикови стойности) на процедурите при трите групи изследвани лица

Представените резултати показват, че приложената програма за вътреболнична рехабилитация при болни с остър миокарден инфаркт води до бързо възстановяване и възможност за изпълнение на дейностите от ежедневието. Тя е в синхрон със съвременните принципи на лечение на миокардния инфаркт, при което болничният престой е значително съкратен. Реваскуларизацията на болните, и в частност първичната перкутанна интервенция, не намалява значението на кардиорехабилитацията. Напротив, интервенираните пациенти, особено тези с проведено лечение до 12-я час от началото на инфаркта, имат по-добра поносимост и адаптация на сърдечносъдовата система към физическите натоварвания в сравнение с консервативно лекуваните пациенти. Важно е да се отбележи, че приложената рехабилитационна програма не е свързана с развитието на сериозни усложнения и не увеличава риска за болните.

Сравнителен анализ между пациентите с преден и пациентите с долен миокарден инфаркт

Логично е да се предположи, че локализацията на миокардния инфаркт има съществено значение за рехабилитационния потенциал на болните. В основата на това предположение е степента на засягане на левокамерната функция. По тази причина разделихме всички, включени в проучването пациенти, на две групи – с преден миокарден инфаркт (46) и с долен миокарден инфаркт (65).

Динамиката на сърдечната честота по-време на основната част на процедурите спрямо тази в покой показва, че още по-време на първата процедура нарастването на сърдечната честота е по-голямо при групата с преден ОМИ (10,22 уд./мин.) в сравнение с групата с долен инфаркт (13,78 уд./мин.) като разликите са статистически достоверни. В хода на процедурите разликите между двете групи се задълбочават като при последната процедура нарастването на сърдечната честота е 21.54 уд./мин. при групата с долен миокарден инфаркт и 24.80 уд./мин. при групата с преден миокарден инфаркт **(фиг. 4).**



Фиг. 4. Нарастване на сърдечната честота по време на основната част на процедурите спрямо тази в покой при пациентите с преден и при пациентите с долен ОМИ

Обсъждане

Представените резултати показват, че рехабилитационният потенциал на болните с остър миокарден инфаркт зависи от редица фактори. Безспорно обширността на инфаркта има съществено значение. Зоната на некроза предопределя в голяма степен потискането на систолната функция на лявата камера, което се отразява както върху прогнозата на пациентите, така и върху техния физически работен капацитет. Навременната реваскуларизация на миокарда намалява зоната на некроза, съхранява по-добра левокамерна функция и намалява честотата на развитие на левокамерна аневризма. По тази причина включените в проучването пациенти с проведена перкутанна интервенция до дванадесетия час имат най-добър хемодинамичен отговор, работен капацитет, липса на оплаквания и усложнения. Трябва да се подчертае, че обширността на инфаркта зависи и от неговата локализация. Независимо от методите на лечение, болните с преден миокарден инфаркт обикновено имат по-широка зона на некроза и съответно по-лоша левокамерна функция. В този смисъл получените от нас резултати са логични като те показват, че болните с преден миокарден инфаркт имат по-лоша адаптация към физическите натоварвания.

Рехабилитационният потенциал на болните зависи и от други фактори като възраст, пол, предходна физическа активност и др., но доказването на тяхното значение не е предмет на настоящето проучване.

Заключение

Приложената вътреболнична рехабилитационна програма се понася добре от болните с остър миокарден инфаркт, като не предизвиква значими субективни оплаквания. Вътреболничната рехабилитационна програма е свързана с достигане на ниво на физически капацитет, което осигурява самообслужване на болния и изпълнение на елементарните дейности от ежедневието.

Литература

1. Костов Р. Основи на мускулно-скелетната рехабилитация. София: Авангард Прима, 2014, сс. 168-172.
2. Михайлова Н. Движението основа на ерготерапията. Рехабилитационна медицина и качество на живот, I. 2007, №2, сс. 27-28.
3. Михайлова Н. Кинезиологията и кинезитерапията като основи на ерготерапията. В: *Ерготерапия*. Ч. II. Под ред. на Ив. Топузов. София: РИК Симел, 2008, сс. 25-37.

4. Тотева Л., К.Тотев. Епидемиология на паданията при възрастни хора.. Сборник от доклади на Годишна международна научна конференция на ВВВУ „Георги Бенковски“”- Долна Митрополия,16 октомври 2020 г., стр. 286, ISSN 2738-716X
5. Тотева Л, Тотев К. Особености от страна на дихателната и сърдечно съдовата системи при изпълнение на упражнения от хора в напреднала възраст. „Седемнадесета национална научна сесия за студенти и преподаватели“, 24-25 октомври 2019, Плевен: доклади /Издателски център при МУ – Плевен/ 2019, стр. 220-26, ISBN 978-954-756-232-5
6. Filipova M, Popova D, Bogomilova S, Nenova G. Kinesitherapeutic approach in patients with ischemic stroke treated with venous thrombolysis. J of IMAB. 2020 Oct-Dec;26(4):3371-3373. DOI: 10.5272/jimab.2020264.3371
7. Filipova M, Popova D, Bogomilova S, Nenova G, Kantchev D. Physiotherapy's methodology of testing for patients with familial amyloid polyneuropathy. J of IMAB. 2020 Oct-Dec;26(4):3368-3370. DOI: 10.5272/jimab.2020264.3368
8. Filipova M. Thrombolysis at kinesitherapy. Activit PhysEduc Sport.2014; 4(1):67-68. Filipova M, Popova D. Kinesitherapyand health care in patients with ischemic stroke treated with intravenous thrombolysis. Activit Phys Educ Sport.2015; 5(2):194-196.

ОЦЕНКА ЧРЕЗ СКАЛАТА НА CONSTANT-MURLEY НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ РАННИЯ ВЪЗСТАНОВИТЕЛЕН ПЕРИОД НА РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ФРАКТУРА НА ПРОКСИМАЛНИЯ ХУМЕРУС

Л. Тотева
Катедра „Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт“, Факултет „Обществено здраве“, МУ – Плевен

Контакт: Ас. Любомира Тотева
e-mail: lestoianova@abv.bg

Въведение

Фрактурите на проксималния хумерус (ФПХ) са третите по честота счупвания при възрастните пациенти след фрактурите на проксималния бедрен край и фрактурите на дисталния радиус. Те представляват около 4-5% от всички фрактури. Скалата на Constant-Murley е най-често прилаганата скала за оценка на раменната функция. Тя оценява следните субективни и обективни фактори: болка, дейности от ежедневния живот, обем на движение и сила. Оценъчната скала на Constant-Murley (Constant score, CS) представлява система за оценка на функционалния статус на рамото в условията на липсваща патология, при наличие на заболяване и след проведено лечение. Този тест е предложен от Европейското дружество по хирургия на рамото и лакътя (SECEC) като метод за сравняване на раменната функция преди и след проведеното лечение

Цел на проучването

Анализ на резултатите от рехабилитацията в ранния възстановителен период при пациенти с фрактура на проксимален хумерус чрез прилагане на скалата на Constant-Murley.

Материал и методи

В проучването са включени 50 пациента с фрактури на проксимален хумерус, при които са приложени стандартни за клиниката рехабилитационни методики, съчетани с мекотъканни мобилизиращи и масажни техники.

Оценъчна скала на Constant-Murley (Constant score, CS) - тази скала дава възможност за оценка на функционалния статус на рамото при хора без патология, при

наличие на заболяване и след проведено лечение. Този тест е предложен от Европейското дружество по хирургия на рамото и лакътя (SECEC) като метод за сравняване на раменната функция преди и след проведеното лечение. Скалата на Constant се препоръчва от SECEC и Journal of Shoulder and Elbow Surgery като минимум при представянето на презентации и статии [3,4].

Тази скала измерва субективни и обективни параметри на раменната функция. Субективните са: болка, дейности от ежедневието и позиция на горния крайник. Обективните са: безболезнен обем на движение (флексия, абдукция, вътрешна и външна ротация) и мускулна сила.

Максималният брой точки, които може да получи пациент са 100.

Изисквания за прилагане на скалата: *При оценка на болката* – оценява се най-силната болка в последните 24 часа, получена при изпълнение на ежедневни дейности. *Оценка на обема на движение* се извършва в позиция седеж на стол с гониометър. Измерват се флексия, абдукция, външна и вътрешна ротация. Измерването на вътрешната и външната ротация става в условията на комбинирано движение, тъй като чистите външна и вътрешна ротация не се приемат за физиологични движения.[4] *Оценка на силата* – за оценка на силата се използва динамометър. Измерването се извършва при елевация 90˚ на крайника в равнината на скапция. Пациентът е с пронирана предмишница и изискваме от него да окаже съпротивление и да го задържи 5 сек. Ако този обем на движение е невъзможен пациентът получава 0 точки. *Оценка на дейностите от ежедневието* – оценява качеството на съня на пациентите (скала от 0-2), възможността за извършване на трудови дейности, възможността за извършване на дейности свързани със забавление и отмора (скала от 0-4), определяне на мксимално елевираната позиция на горния крайник, при която пациентът извършва комфортно дейностите от ежедневието.

Методика на рехабилитацията: Прилаганата от нас методика на рехабилитацията включва класическата за клиниката методика с добавени към нея мекотъканни методи за масажна обработка. Терапията се прилага в три фази като е адаптирана към нуждите и възможностите на пациентите във всяка една от тях. При проведени от Е. Димитрова проучвания е изследван ефекта на специализирани кинезитерапевтични методики, включващи различни варианти за мекотъканна обработка. Постигнатите от нея резултати показват добра ефективност на тези методи за рехабилитация [1, 2, 5, 6, 7]. Прилаганата от нас специфична методика включва мобилизиращи масажни техники за раменния пояс и горния крайник, съчетани със ставно-мобилизиращи техники.

Резултати и анализ

Табл. 1. Показател болка – експериментална група . Сравнение между първа и втора визита

Средни стойности на първа визита	Средни стойности на втора визита	ΔX
7,60	10,50	2,90

При първата визита на пациентите средната оценка на болката е 7,60, което влиза в стойностите описвани като умерена болка. След приключване на първата фаза от рехабилитацията, средната оценка на болката е 10,50, което отговаря на стойностите на слаба болка, макар и гранично с умерена болка. Болката е симптом, персистиращ дълго във времето при пациенти с фрактури на проксимарния хумерус, тъй като причините за нея са многофакторни. Поради продължителния период на имобилизация, околоставните тъкани се ангажират от контрактури, при които настъпва адаптивно скъсяване на околоставните и ставните меки тъкани, характерно е наличието на оток. Всички тези промени

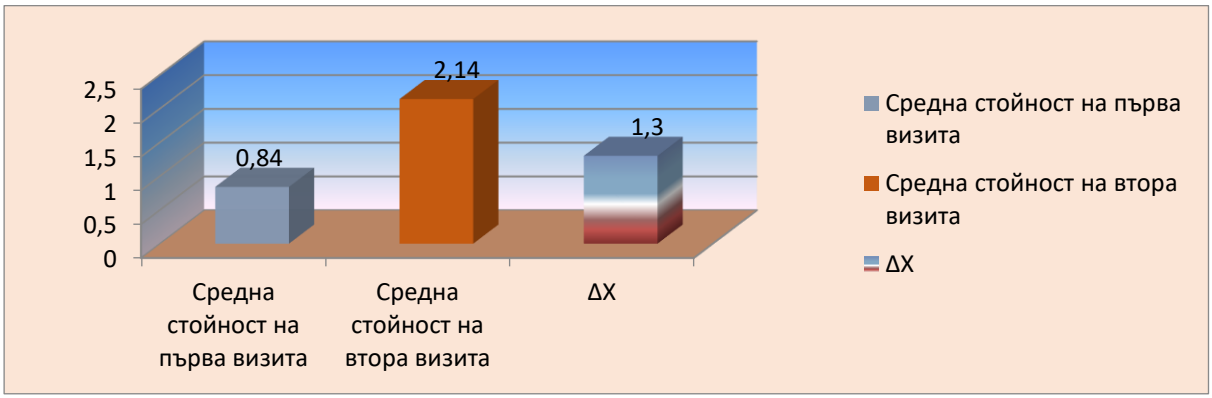
в тъканите провокират болка, която се увеличава при опит за движение в засегнатата става. Повлияването и контрола на болката са важна цел на рехабилитацията. Постигнатите при пациентите резултати във първата фаза на възстановяване са удовлетворителни.

Показател „Дейности от ежедневието“ носи 20 точки, като е разделен на две големи групи – „Ниво на активност“ и „Позиция на горния крайник“. Всяка от групите носи по 10 точки.

„Ниво на активност“ от своя страна е разделена на:

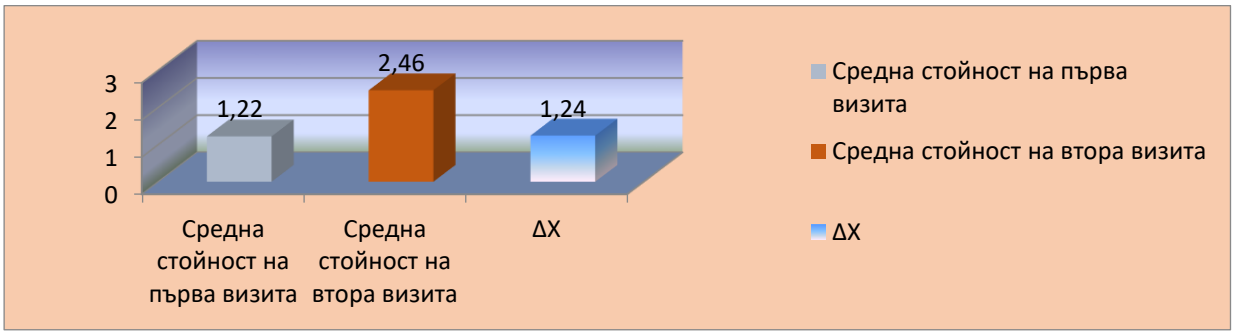
- Възможност за извършване на нормалните трудовите задължения;
- Възможност за извършване на дейностите свързани със забавление и отмора;
- Влияние върху съня.

При разглеждане на стойностите на *показател „Възможност за извършване на нормалните трудовите задължения”* се установява значителна прогресия на стойностите в посока на подобрение. Стойностите на показателя при първа визита показват невъзможност на пациентите да се справят с обичайните си трудови задължения, докато при втората визита средните стойности на този показател са над 2, което показва че пациентите макар с умерено затруднени успяват да извършват работни дейности. Разликата е статистически значима (p<0,05). **(Фиг. 1.)**



Фиг. 1. Средни стойности на показател „Възможност за извършване на нормални трудови задължения“

При анализ на *показателя „Възможност за извършване на дейностите свързани със забавление и отмора“* установяваме положителна динамика. Стойностите на показателя при първа визита показват силно затруднение в извършването на развлекателни дейности. При втора визита има статистически значимо повишаване в стойностите, като те са междинни между умерено и слабо затруднение (p<0.05). Това показва подобрена възможност на пациентите да извършват развлекателни дейности. **(Фиг. 2.)**

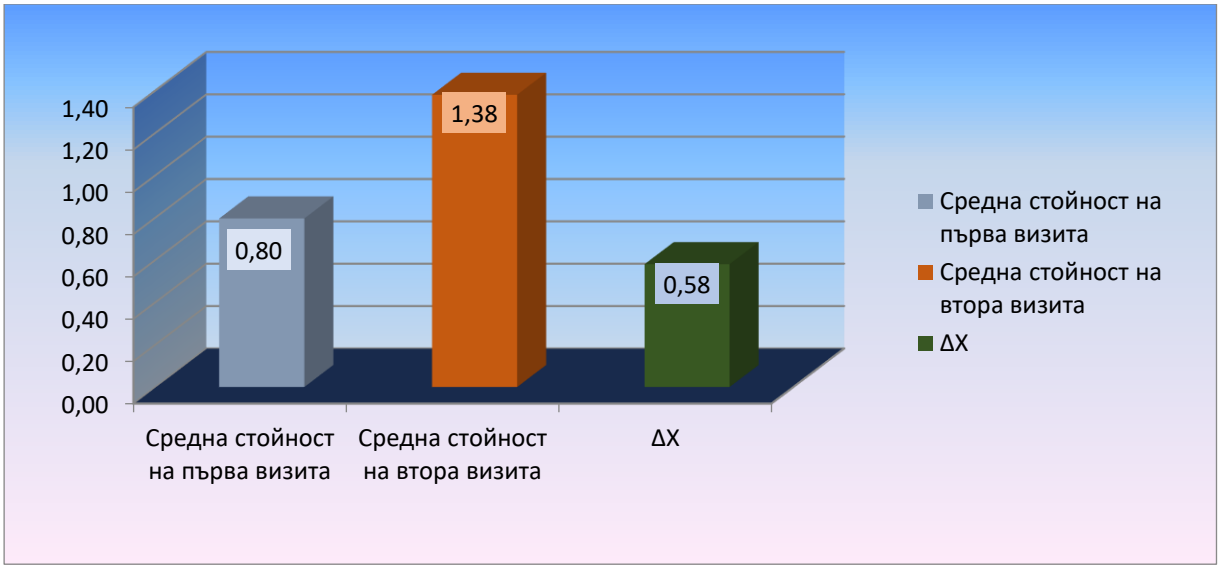


Фиг. 2. Средни стойности на показател „Възможност за извършване на дейностите свързани със забавление и отмора“

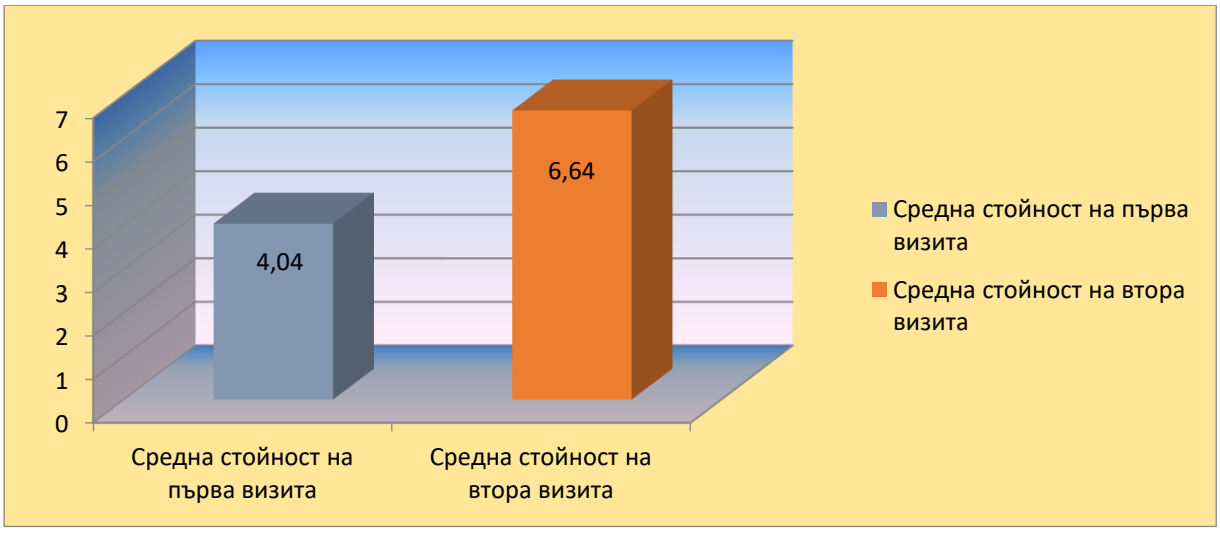
Средните стойности на на показател „Влияние върху съня“ също се подобряват и пациентите при втора визита показват вече едно умерено към леко влияние на състоянието върху съня. Има статистически значимо подобрение на стойностите на този показател ($p<0.05$). **(Фиг. 3)**.

При описанието на позицията на горния крайник се има предвид нивото, на което пациента може да елевира горния крайник при извършване на ежедневните дейности. Макар и с бавно темпо стойностите му се подобряват. Извършването на голяма част от дейностите в ежедневието е свързано с необходимост от елевация на крайника. **(Фиг. 4).**

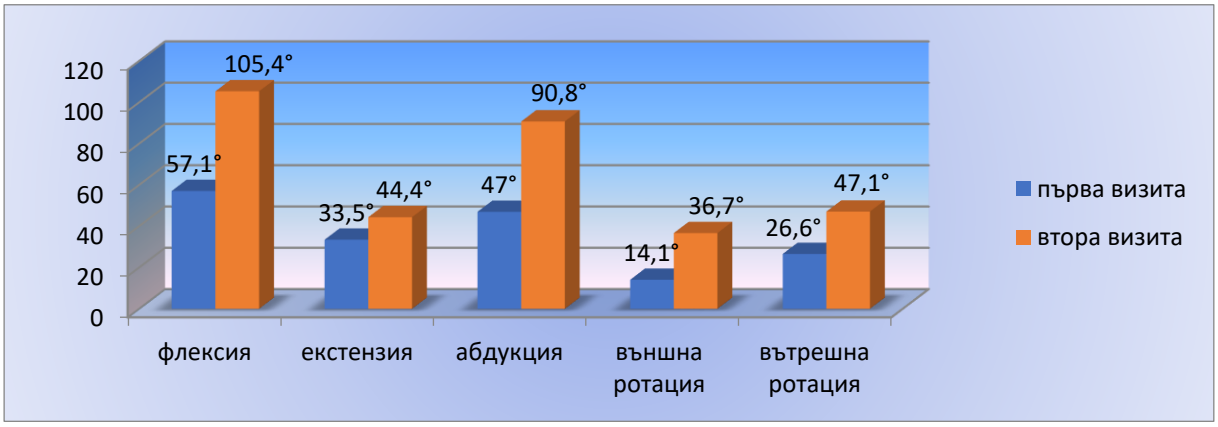
Важен показател включен в скалата на Constant-Murley е „Активния обем на движение” Измерват се и се проследяват стойностите на флексията, абдукцията, вътрешната и външната ротация. При и разглеждането на измерените стойности в двете визити се наблюдава подобрение в обемите на всички движения. Най-голямо подобрение се наблюдава при флексията - 48°. Има статистически значимо подобрение на стойностите ($p<0.05$) **(Фиг. 5)**.



Фиг. 3. Средни стойности на показател „Влияние върху съня“



Фиг. 4. Средни стойности на показател „Позиция на горния крайник“



Фиг. 5. Стойности на показателите за активен обем на движение в рамото на първа и втора визита

Разглежданата от нас оценъчна скала завършва с обобщаваща оценка на получените от пациента резултати по отделните показатели. При анализа на тази оценка се установява статистически значимо ($p<0,05$) повишаване на резултата на пациентите след прилагането на нашата методика на рехабилитация, включваща мобилизиращи масажни техники. В началото на проследявания период на рехабилитация средната оценка на пациентите е 28,4, в края на периода е 52,8.

Заключение

Приложената от нас методика на рехабилитация води до подобряване на резултатите във всички изследвани компоненти. Скалата на Constant-Murley е лесно приложима и подходяща за целта на нашето проучване. Фрактурите на проксималния хумерус са състояние налагащо продължителен период на рехабилитация. Възстановяването на пациентите е бавно и нерядко непълно. Проследяването на функционалното възстановяване на пациентите по време терапията дава възможност за правилен подход на рехабилитационните методи и постигане на резултати удовлетворяващи индивидуалните нужди на пациента.

Библиография

1. Димитрова, Е. Изследване ефективността на специализирани кинезитерапевтични методики при мускулно-скелетни дисфункции. Дис., С. 2010.54-718-188-2, ISBN 13: 978-954-718-188-5, С., 2007, с. 187-208.
2. Димитрова, Е. Методи за възстановяване на мускулната функция и кинематиката на раменния комплекс в хроничен стадий на възстановяване. В кн: Кинезитерапия при травми и заболявания на горния крайник. Попов, Н., Димитрова, Е. НСА ПРЕС, ISBN 10: 9
3. Baker P, Nanda R, Goodchild L, Finn P, Rangan A. A comparison of the Constant and Oxford shoulder scores in patients with conservatively treated proximal humeral fractures. J Shoulder Elbow Surg 2008;17:37-41
4. Constant C, Gerber C, Emery R, Søjbjerg J, Gohlke F, Boileau P. A review of the Constant score: Modifications and guidelines for its use. J Shoulder Elbow Surg 2008;17:355-361
5. Dimitrova E. Application of Neurodynamic Techniques After Humeral Shaft Fractures. Journal of Biomedical&Clinical Research (ISSN 1313-6917), Vol. 3, Number 1, Supplement 1, 2010, p. 96.
6. Dimitrova, E., Ivanov, D. Kinesitherapy after Proximal Humeral Fractures. 6-th Congress of Balkan Military Medical Committee, Plovdiv, Bulgaria, 1-3 october, 2001.
7. Dimitrova, E. Mobilization with Movement after Fractures of the Proximal Humerus. 5-th Nordic Research Symposium in Physiotherapy, Reykjavik, Iceland, Abstract Book, 2000, p.140.

КОМПЛЕКСЕН ПОДХОД ЗА ОКАЗВАНЕ НА ГРИЖИ В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ ЗА ПАЦИЕНТИ С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА

В. Станева
Катедра „Логопедия и медицинска педагогика“, Факултет „Обществено здравеопазване“, МУ – Варна

Контакт: Гл. ас. Виолета Станева, доктор
e-mail: violetaistaneva@abv.bg

Въведение

Множествената склероза е хронично, пристъпно и прогресиращо заболяване, което се характеризира със засягане на множество мозъчни структури и проява на двигателни, сетивни, дизавтономни и когнитивни нарушения [4. 5, 6]. Инвалидизацията, неувереността, тревожносттта и потиснатостта са фактори за нарушаване на ежедневието и качеството на живот [3, 11]. Социалните аспекти на МС са в центъра на внимание на медицинските среди, на държавните и международни органи и организации(8). Съществен компонент в концепцията за третиране на лицата с МС през целия живот са грижите в извънболничната помощ с признатата роля на медицинската сестра. Оптималните резултати не са възможни без познаване на нуждите, комплексно решаване на проблемите и особено важно, без утвърдени алгоритми на действие.

Цел

Да се предложи Алгоритъм за комплексни сестрински дейности в извънболничната помощ.

Контингент и методи

Проведено е анкетно проучване при 238 респонденти, (26 мъже, 29,5% и 62 жени, 70,5%), разпределен в 4 групи: първа група от 88 пациенти с диагностицирана през последните 5 години МС, които не провеждат лечение с медикаменти, модифициращи хода на заболяването (n=36) и провеждащи такава терапия, (n=52), втора група от 50 близки на пациентите, трета група от 50 общопрактикуващи лекари и 50 невролози от извънболничната помощ и четвърта група от 50 медицински сестри от извънболничната помощ, които работят с пациенти с МС.

Резултати

Анкетно проучване: Необходимостта от система за комплексни грижи и медицинска сестра е потвърдена от 96% от пациентите с МС, а от специализирана МС медицинска сестра, от 95,5% тях. Ролята на сестрата в работата на общопрактикуващия лекар е определена като важна в 50% от отговорите, помощна в 28/% и помощна и административна в 18%. Според 58%, от невролозите от ИБМП ролята на медицинската сестра в работата им с пациентите с МС е важна, за 24%, тя е важна, за 16% е административна, а за 2% е едновременно важна, помощна и административна.

Алгоритъм: дейностите, включени в отделните етапи се основават на медицинската документация, на собствения опит и на тясната колаборация с лекуващия/наблюдаващия невролог. Те са представени в схема от последователни или разклонени стъпки, резултатите от които определят следващите действия в зависимост от изпълнението или неизпълнението на дадено условие. **(Фиг. 1)**

Специализираните медицински дейности осигуряват информация, която, допълнена с индивидуални беседи (анкети) с пациента и негови близки, е основа за планиране

на комплексните грижи. Пътят на пациента с МС го отвежда до грижите на медицинската сестра специалист по МС. Планирането на комплексната дейност от медицинската сестра се осъществява след определяне на индивидуалните характеристики на заболяването (давност, клинична форма, ход, състояние на пристъп или извън пристъп); на степента на инвалидизация (оценка по EDSS); организацията и проследяването на лечението (вид; честота, отношение на пациента, желани и нежелани ефекти). Според индивидуалните потребности на пациента се извършват съставяне на дневен режим (обсъждане на хранителни, трудови, семейни и други социални навици и техните промени); обучение на пациента и неговите близки за справяне с промените, съпътстващи различните етапи на заболяването; обучение за самоинжектиране на медикаменти, модифициращи хода на заболяването; подготовка на документи за лечение с такива медикаменти (Специализирана комисия; Независима комисия; НЗОК); планиране на задължителните контролни прегледи при невролог, контролни кръвни и образни изследвания; планиране на комплексни грижи с определяне на индивидуалните потребности, съдействие за осъществяване на информиране, обсъждане допълнителни изследвания, консулти с други специалисти, симптоматично лечение, физиотерапия, рехабилитация; изработване на индивидуална стратегия за оценка и управление на планираните сестрински дейности. Резултатите от комплексните грижи се отчитат на всяко шестмесечие.



Фиг. 1. Пътят на пациента до медицинска сестра специалист по МС

Обсъждане

Анализът на резултатите потвърждава гледната точка на пациентите за необходимостта от система за комплексни грижи с участие на професионално компетентна, специализирана медицинска сестра. Потвърдената необходимост от специализирана медицинска сестра може да се свърже не само с осъзнатите потребности, но и с добрия им опит. Същевременно, само 12,50% от респондентите са запознати с възможностите за предоставяне на социални услуги в България. Резултатите от анализа на отговорите на близките на пациентите потвърждава необходимостта от обучени медицински сестри, които да оказват комплексни грижи на техните близки. Мнението на близките показва нуждата от повече знания и информация, както и от социална подкрепа. В същата посока са и отговорите за информацията относно рехабилитационните програми. Тези данни потвърждават, че предоставяните социални придобивки за пациентите с МС в различните етапи на болестта не са достатъчно познати и прилагани. Професионалистите са изправени пред предизвикателството да изследват и познават както обективните потребности, обусловени от неврологичните дефицити, включително социалните потребности, така и свързаните със специфичните психологични реакции на пациентите и на техните близки [5, 7]. В редица европейски здравни системи сестринската дейност се анализира и реорганизира с оглед именно на доказани ползи за пациентите и обществото.

Анкетното проучване, проведено сред общопрактикуващи лекари, които имат пациенти с диагноза МС, потвърждава важната роля на медицинската сестра и необходимостта от комплексни грижи при пациенти с хронични заболявания, каквато е МС. Невролозите от извънболничната помощ също определят ролята на медицинската сестра като важна, оценявайки знанията и уменията на сестрата в хода на дългосрочното лечение и наблюдение на пациенти с хронични заболявания.

В същата посока водят резултатите от проучване на удовлетвореността от здравните и социални грижи, проведено сред 714 лица с клинично диагностицирана МС. На въпроса „Какво може да е най-полезно за Вас в настоящите Ви потребности?“, са отговорили 445 души по следния начин: медицинско лечение (29%, n = 126); социално-екологична подкрепа и адаптация (19%, n = 81); засилено предоставяне на грижи (18%, n = 79); предоставяне на информация (9%, n = 38); рехабилитационна терапия (7%, n = 29); непрофесионални грижи (6%, n = 28) и психологична подкрепа (3%, n = 15). Тези резултати се сочат като основа за развитие на специфичен за МС инструмент за удовлетвореност от услугата, който да се използва и от медицинските сестри за оценяване на грижите, изясняващи пропуските. [9]. Професионално компетентната медицинска сестра е необходима както за организиране на комплексни мероприятия, така и за обучение на пациентите и техните близки в извънболничната помощ. Неслучайно в съвременните общества сестринството се извежда на позиция на самостоятелна професия в образователната и в здравната система. Продължават усилията за организиране на специализация не само в рамките на класификатора на клиничните дисциплини, но и в рамките на отделните специалности [1, 2].

Представеният Алгоритъм включва задължителни елементи на действия и решения, базирани на утвърдени източници и показатели. Изработен е в отговор на необходимостта от унифицирани комплексни сестрински дейности в извънболничната помощ, насочени към пълноценно решаване на медико-социалните аспекти на сестринските грижи при пациенти с МС в отговор на техните потребности. Планирането на сестринските дейности, представени във вид на Алгоритъм, позволява управление и самоуправление в процеса на индивидуално осъществяване на грижите при всеки от пациентите.

Познаването и системното прилагане на последователните стъпки осигурява изпълнение на изискванията за достатъчност на информацията, за спазване на специализираните правила, за пълноценно осъществяване на здравните грижи. Спазването на

посочените последователно указания позволява адекватно включване на медицинската сестра, специалист по МС, в ежедневната работа и за прилагане на комплексен подход в решаване на проблемите, обуславящи индивидуалните потребности на пациентите и свързаното със заболяването им качество на живот.

Разработеният Алгоритъм за комплексни сестрински дейности, насочени към пациенти с МС в извънболничната помощ, е ясен и лесен за приложение, като осигурява унифициран, систематичен поглед върху изпълнението на необходимите действия в процеса на осъществяване на здравните грижи.

Литература

1. Аспарухова, П., Ламбрева, Д., Владимирова, Е. Комуникативните умения –съществен елемент в работата на медицинската сестра. Здравни грижи, 2015, 1, 28-32.
2. Без План - разписание за продължаващо обучение на медицински сестри, акушерки и асоциираните медицински специалисти за 2015 година: Медицински Университет – София, 2015.
3. Дренска, К. Множествена склероза и коморбидност – влияние върху качеството на живот. Автореферат на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „доктор“. Варна: Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов”, 2016.
4. Масларов, Д.,Александрова, М. Сестрински грижи за неврологично болните. Сестринско дело, 2010, 42, 1.
5. Масларов, Д.,Нисимов, И. Алгоритми за сестринска дейност в неврологично отделение. Сестринско дело, 2010, 42, 2-3, 35-41.
6. Миланов, И.Р. Български Алгоритъм за диагностика и лечение на множествена склероза. Двигателни нарушения, 2014, 11, 1, 5-40.
7. Тончева, С. Медико – социални аспекти на здравните грижи за хронично болни. Здравни грижи, 2014, 4, 5-10.
8. Beckerman, H., van Zee, I.E., de Groot, V., van den Bos, G.A., Lankhorst, G.J., Dekker, J. Utilization of health care by patients with multiple sclerosis is based on professional and patient-defined health needs. Mult Scler, 2008, 14, 9, 1269-1279.
9. Crayton, H.J.,Rossman, H.S. Managing the symptoms of multiple sclerosis: a multimodal approach. Clin Ther, 2006, 28, 4, 445-460.
10. Gulick, E.E.,Halper, J. Value, challenges, and satisfaction of certification for multiple sclerosis specialists. Int J MS Care, 2014, 16, 2, 83-90.
11. Halper, J. The psychosocial effect of multiple sclerosis: the impact of relapses. J Neurol Sci, 2007, 256 Suppl 1, S34-38.

ТРЕНИНГ НА ВАРИАБИЛНОСТ НА СЪРДЕЧНАТА ДЕЙНОСТ С БИО-ФИЙДБЕК ПРИ ВЪЗРАСТНИ ЛИЦА КОИТО ЗАЕКВАТ

Е. Горанова
Катедра "Логопедия", Факултет по Обществено здраве, здравни грижи и спорт, ЮЗУ "Неофит Рилски", Благоевград

Контакт: Гл. ас. Елка Горанова, доктор
e-mail: elkalogo@swu.bg

Въведение

За възрастните лица които заекват (ВЛКЗ), заекването е съвкупност от преживявания по време на неплавната реч, което започва с усещане за очакване, блокиране или загуба на контрол. Това усещане може да накара ВЛКЗ да реагират по различни начини, включително с афективни, поведенчески и когнитивни реакции, тъй като изпитват огромни трудности да кажат това, което искат. Тези реакции могат да бъдат свързани с неблагоприятно въздействие върху живота им и да бъдат засилени от външни фактори

на околната среда, като например реакциите на слушателите. Но освен видимите аспекти на нарушението като повторения, блокажи, удължавания, вмъквания, паузиране, съпътстващи движения, и др, голяма част от ЛКЗ преживяват страх, фрустрация, срам, гняв, отчаяние. Достатъчен брой изследвания през последното десетилетие доказват "соматизирането на социалната тревожност", проявяваща се като потене, изчервяване, повишена сърдечна честота, сърцебиене, хипервентилация, задух, гадене, главоболие, треперене, усещане за зачервяване и мускулно напрежение. Тези физиологични симптоми могат да предизвикат блокиране, затруднена концентрация или негативни мисли и оценки [9;8]. Моделът на Clark and Wells обяснява случващото се не само в момента на проявата на нарушените плавности, но описва подробно преживяванията на ЛКЗ преди и след провалената комуникация-очакване, борба и избягване на заекването. Съществува дисбаланс в автономните нервни процеси при ВЛКЗ, който може да се демонстрира чрез параметрите на вариабилност на сърдечната дейност (HRV parameters: HRV Amplitude, HR LF%, HR/Resp Coherence) [1;2;5]. Установено е, че HRV е чувствителен към промени в емоционалното състояние. За разлика от други психофизиологични променливи, HRV предоставя информация по отношение както на парасимпатиковата, така и на симпатиковата активност, позволявайки изводи както за инхибиторни, така и за възбуждащи процеси в регулирането на емоциите. Ефективната емоционална регулация зависи от възможността за гъвкава регулация на физиологичната реакция към променящата се среда. Сърцето реагира непрекъснато на вътрешни и вътрешни стимули. Например, по време на стресова ситуация, сърцето коригира реакцията си, като увеличава скоростта на удари в минута - или се настройва по-фино, като променя вариацията на един удар до друг удар. С други думи, HRV е мярка за вродоното взаимодействие между симпатиковите и парасимпатиковите влияния върху сърдечната честота. HRV дава информация за автономната гъвкавост и представлява способността за регулирана емоционална реакция. Изследванията показват, че депресията, паническите разстройства и тревожността имат отрицателно въздействие върху вегетативните функции, като обикновено причиняват изчерпване на парасимпатиковия тонус, отразено от ниската HRV. Пациенти с тревожни разстройства показват по-нисък HRV от контролните пациенти. Като цяло негативните емоции като гняв и тревожност са склонни да причиняват неравномерен модел на HRV, докато положителните емоции и релаксираност представляват гладка HRV.

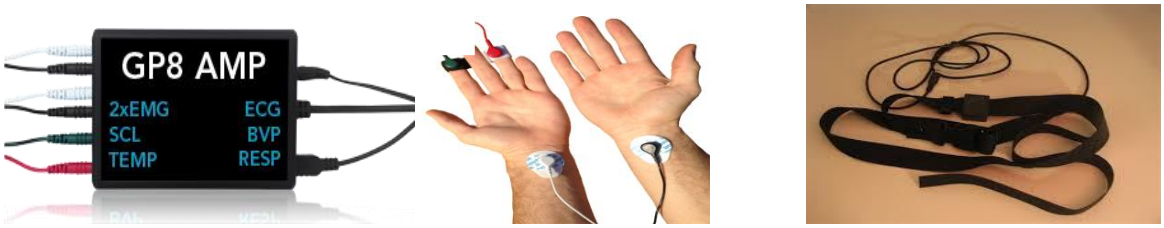
Цел

Целта на това изследване е да се установи дали има намаляване на степента на тежест на заекването при възрастни лица, които заекват след прилагането на тренинг за вариабилност на сърдечната дейност (HRV) в логопедичната терапия.

Материал и методи

Изследването се проведе с 18 лица, които са на средна възраст 25,1 години, и с възрастов диапазон от 18–46 години. Съотношението мъже към жени е 1:3. Изследването е проведено в периода от 2015 до 2020 г. в логопедичен кабинет в гр. София, и в Центъра по логопедия, УК 8 към ЮЗУ "Н. Рилски", гр. Благоевград. За диагностиката на логопедичните параметри се приложи Инструмент за определяне степента на тежест на заекването (Stuttering Severity Instrument, SSI-4; [8] който включва: а) Оценка на нарушената плавност на реч при диалог, емотивен разказ (монолог) и четене; б) Измерване на средната продължителност на трите най-дълги спазъма в секунди; в) идентифициране на съпътстващите движения (ако има такива). Изчислява се общ коефициент на нарушената плавност на речта при посочените по-горе логопедични параметри, чрез който се определя степента на тежест на заекване. За оценката на физиологичните показатели беше използвана компютъризирана система за регистрация, мониториране и обработка на

физиологични сигнали "ALIVE GP8 Amp", включваща следните сензори: Дихателен сензор за определяне на дихателна амплитуда и честота (Resp sensor); Плетизмографски сензор за пулсметрия-(BloodVolumePuls); два сензора за кожна проводимост (SCL), и сензор за измерване на температурата (t). Оценката включва: а) определяне на дихателния цикъл за минута; б) базисни стойности на дихателна амплитуда и честота; в) параметри на вариабилността на сърдечната честота (HRV): относителен дял на ниските честоти на ВСЧ (HRVLF%) и максимална амплитуда на ВСЧ (HRVAmpl).



Фиг. 1. Сензори и хардуер за регистрация на функционални параметри. А:8-канален хардуер GP8 Amp Alive Clinical Versio; Б:Сензори за кожна проводимост и сърдечен ритъм (пулс);В: Дихателен сензор –еластичен колан.

Резултати

Терапията се проведе в рамките на 3 месеца и премина през 3 основни фази, които се оформиха в процеса на работа:

Първа фаза - диагностициране. Логопедичната диагностика на заекването (1) и оценката на физиологичните показатели (2) се проведе в логопедичен кабинет в рамките на 90 минути, като беше направен аудио запис на речта. (1) Първоначалната диагностика на логопедичните параметри при изследваните лица, показа следните резултати: при четене - 4% нарушени плавности (НП), проявяващи се най-вече с удължавания при съгласни звукове и блокажи. Общият процент на нарушени плавности при диалог и емотивен разказ е 15%, проявен отново с удължавания и блокажи. Средната продължителност на трите най-дълги спазъма е 3 секунди, а съпътстващите движения - стискане на очите и премигване е с коефициент 3 по скалата от 0 до5. Общият коефициент на НП при посочените по-горе логопедични параметри е 27, което е на границата между лека и тежка степен на заекване. (2) При първоначалната оценка на параметрите на вариабилността на сърдечната честота (HRV) като цяло се наблюдава значително по-ниска симпатикусова активност при ВЛКЗ, и по-ниско ниво на нервно-емоционално напрежение. Реакции при блокажи и избягване на говорното поведение, които се наблюдават при ВЛКЗ провокират ваготоничния тип АНС, и тази реакция е придобита като компенсация на симптомите на заекването. Беше наблюдавана също отчетлива разлика в параметрите, които бяха измервани, между мъжете и жените, които заекват, [3].

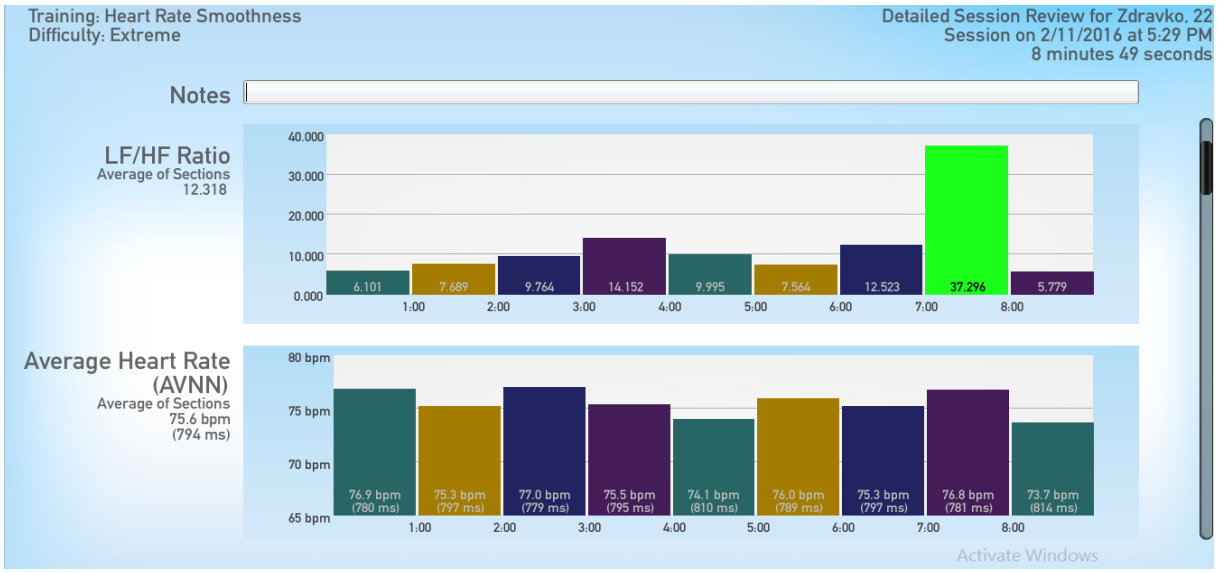
Втора фаза: Провеждане на терапията. Основен протокол, който се ползва при терапията е трениране на промяната на основните параметри на вариабилността на сърдечната честота и по-точно съотношения между -амплитуда на вариабилността, съотношенията HF/LF, гладкост на сърдечния ритъм и др.). Задължително условие при този протокол е неговото модифициране и индивидуализиране за всеки отделен заекващ **(фиг.2).** Целта на тази фаза е директна конфронтация с факторите, които отключват заекването и тяхното преодоляване чрез десенсибилизация. Преминава се през 8 стъпки:

- идентифициране чрез диалог на рисковите фактори довели до развитие на заекването;

- десенсибилизиране на реакциите на пациента към рисковите фактори – овладяване на сигнала за HRV в присъствие на фактора или представата за него чрез използване на еднообразни и динамични презентации;
- използване на динамични игри, в които клиентът трябва да се идентифицира с обект в самата игра и го управлява чрез промените във вътрешното си състояние в условията на конкуренция, времева преса и чрез клавиатура;
- постепенно изграждане на субективни преживявания, кореспондиращи с овладения сигнал за кожно съпротивление чрез създаване на нови представи;
- трансфер на уменията за контрол върху сигнала за кожно съпротивление в присъствието на фактора, но без активен биофийдбек;
- ключов момент в инструментализирането на вегетативният модел е трансфера;
- и генерализацията на новия балансиран вегетативен инструментален рефлекс, [3, 5].

Трета фаза - последваща диагностика. Крайните резултати от изследването се проследиха и оцениха чрез повторна оценка с SSI-4; [9;8]. веднага след приключването на терапията и отново се измери степента на тежест на заекването. Резултатите показват 56 % намаление на честотата на нарушените плавности, с което общият коефициент на степен на тежест се намали от умерена към много лека степен.

При всички говорни задачи се отчита значимо подобряване плавността на речта на изследваните лица. Общият процент на НП при диалог и емотивен разказ е 6%, изразен отново с удължавания и блокажи, но вече с лека степен на тежест. Средната продължителност на трите най-дълги спазъма е 2 секунди, а съпътстващите движения - стискане на очите и премигване е с коефициент 1 по скалата от 0 до5. Тези подобрени показатели са основните за промяната на степента на тежест от умерена към лека степен. Общият коефициент на НП при посочените по-горе логопедични параметри е 13, което е със 14 точки разлика преди терапията. При четене НП са намалели с 1%, което е и най-малката наблюдавана промяна след терапията, проявяващи се най-вече с удължавания при съгласни звукове. Това се дължи заради малкият процент при първата диагностика - 3%.



Фиг. 2. Вариабилност на сърдечната честота (HRV Amplitude, LF/HF) след проведена терапия на лице, което заеква

Дискусия

Провеждането на HRV тренинги е задължително за постигане на баланс в автономната нервна система за стабилизиране на емоциите, за намаляване на тревожността и за трансформиране на преживяванията на стрес и тревожност в продуктивна активност. По-високите нива на HRV в покой са свързани с ефективни стратегии за справяне. Заекването може да бъде успешно повлияно само когато клиентът с помощта на терапевта идентифицира областите на нарушените си функции, и осъзнае как те влияят върху физиологичното, психологично и емоционално му състояние. Крайната цел на биофийдбек терапията е лицето да изгради достатъчно богати, конкретни и точни субективни преживявания и усещания за вътрешните процеси (интероцепция), които до голяма степен да корелират с обективно измерваните чрез сензорите сигнали. Когато това бъде постигнато ЛКЗ във всеки един момент, във всяка една ситуация ще може да владее себе си и да контролира реакциите си на тревожност.

Заключение

Методите на биологична обратна връзка (Биофийдбек) имат широко поле за приложение-използват се при въздействието върху психосоматични, психични и неврологични разстройства. Информация за физиологичните процеси с връща към лицето като по този начин се изостря вниманието му към тях и той се научава да ги повлиява съзнателно. **Интегрираната моментална корективна обратна връзка осигурява точния баланс между разнообразие и предсказуемост на физиологичните процеси, и увеличава мотивацията на ВЛКЗ за активно участие в терапевтичния процес.**

Литература

1. Везенков, С. Р. (2011). Приложна неврофизиология на човека. ЕЕГ фийдбек и биофийдбек. УИ „Неофит Рилски“, Благоевград.
2. Везенков, С. Р., Горанова, Е. Г. (2013) Соматична поведенческа терапия. Биофийдбек – парадигми, проблеми, приложения, ефикасност. Издателство Neofeedback, София.
3. Горанова, Е. Г. (2016). Модел за комплексно логопедично и функционално изследване, идетифициране и диференциране на видове и подвидове плавностни нарушения на речта, Докторска дисертация, ЮЗУ "Н. Рилски", гр. Благоевград, http://rd.swu.bg/media/46550/avtoreferat.pdf.
4. Райчев, Р., Райчева, М., Матанова, В., Стоянова, К. (2001).Невропсихология. Артик. София.
5. Goranova, E., Kostdinova, D., Vezenkov, St. (2018). Struggle, Avoidance and Expectancy in Stuttering Relate to Arousal Systems in Different Speech Tasks Performed by Adults who Stutter. Balkanistic Forum, 18 (2), 146-161.
6. MacIntyre, V. A., MacIntyre, P. D., & Carre, G. (2010). Heart Rate Variability as a Predictor of Speaking Anxiety. *Communication Research Reports, 27(4), 286–297.*
7. Riley, G.D. (2009). Stuttering severity instrument for children and adults (SSI-4) 4th ed. Pro-Ed Inc; Austin, TX: Pro-Ed.
8. Walsh, B., Smith, A., Christ, S. L., & Weber, C. (2019). Sympathetic nervous system activity in preschoolers who stutter. Frontiers in Human Neuroscience, 13, 356
9. Zengin-Bolatkale, H., Conture, E. G., Walden, T. A., & Jones, R. M. (2018). Sympathetic arousal as a marker of chronicity in childhood stuttering. Developmental Neuropsychology, 43, 135–151.

ТЕСТОВЕ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА КИНЕЗИТЕРАПЕВТИЧНИЯ ПОТЕНЦИАЛ ПРИ НЕВРОЛОГИЧНО БОЛНИ,

М. Филипова*, Д. Попова*, Т. Мегова, Н. Михайлова****
** Катедра „Кинезитерапия“, Факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“, ЮЗУ - Благоевград*
*** Катедра „Физикална медицина, медицинска рехабилитация, ерготерапия и спорт“, Факултет „Обществено здраве“, МУ – Плевен*

Контакт: Доц. Мариела Филипова, доктор
e-mail: mariela_redm@yahoo.com

Въведение

Определянето на кинезитерапевтичния потенциал при неврологично болни изисква много познания и умения. Поради пъстрата клинична картина и изразен двигателен дефицит има големи изисквания към избора на тестова батерия [1,2]. Освен това в последно време, все по-често се прилага тъканен плазминогенен активатор, който редуцира значително пирамидния синдром [3,4,5] . Това от своя страна изисква голяма гъвкавост, с включване и изключване на специализирани тестове, за определяне на двигателния дефицит. Средство за избор са: тестове за определяне на мускулната сила, мускулен тонус, избор на тестове за дискоординационна симптоматика, изследване на фина моторика на горен крайник, тестове за определяне на сетивност, изследване на походката и специализирани тестове за определяне на качеството на живот [6,7,8] . За пълноценното възстановяване на пациенти с придобити неврологично базирани комуникативни нарушения е необходимо да се направи оценка от логопед с последваща специализирана логопедична терапия [9,10].

Целта на изследването е да се проследи използването на специализирани тестове за определяне на кинезитерапевтичния потенциал при неврологично болни. Да се пробират и сравнят използваните в неврологичната практика скали за определяне качеството на живот.

Материал и/ методи

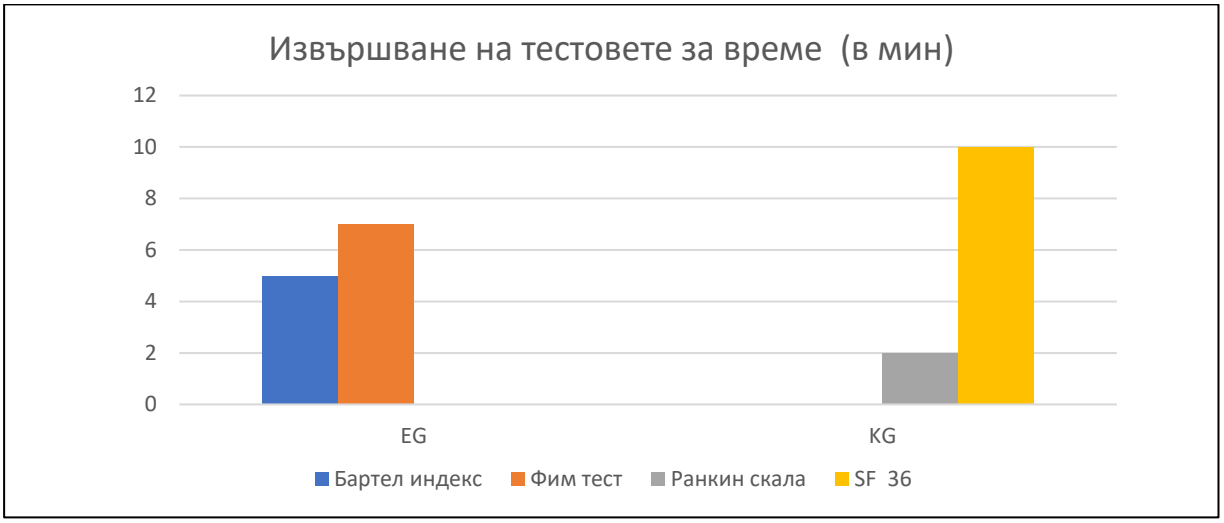
Изследването е проведено за периода 2013-2015 година в Многопрофилна болница за активно лечение-Благоевград. Петнадесет пациенти участват в настоящото изследване. Изследваният контингент беше разделен в две групи (експериментална и контролна). Експерименталната група се състои от 8 пациенти, а контролната група от 7 пациенти. В методите на изследване бяхме включили и изследване на сетивността като качествена оценка.

За пълен анализ на кинезитерапевтичният потенциал изследвахме сравнихме четирите най-използвани теста за определяне на дейностите от ежедневния живот – Бартел индекс, Фим тест, Ранкин скала и SF 36 и времето, за което се извършват.

Като първите два теста използвахме в експерименталната група, а другите два в контролната група. За статистическа обработка на данните и графично представяне е използван статистически пакет Prizm.

В случая, това е определящо при пациенти в болнична обстановка. От направеното изследване се визуализира, че Бартел индекс и Ранкин скала се извършват за кратко време, но това не влияе на качеството на изследването. Тестовете са бързи и в същото време надеждни. За по-обстойно изследване е удобно да се ползват скалите Фим тест и SF 36, като в тях се включват и въпроси, свързани с психичното състояние на пациента

и неговата мотивация. Независимо от всичко, този тип изследвания са изключително недостатъчни за една обща и комплексна оценка за определяне на кинезитерапевтичния потенциал.



Фиг. 1. Извършване на тестовете за определяне качеството на живот (в мин).

Резултати

Резултатът от нашите изследвания определя Бартел индекса като тест, който е с отлична оценка за състоянието на болния, по отношение на качеството на живот и двигателните възможности. Лесно приложим и не изисква специална подготовка или апаратура. Статистическа обработка на данните чрез непараметричен Wilcoxon test удостоверява, че групите са еднородни - Asymp. Sig. $p<0,05$ (в нашето изследване $p=0,003$). Това дава възможност за коректно сравняване, със статистически значима разлика на началните и крайни резултати .

Обсъждане

В заключение можем да кажем, че оценката трябва да бъде комплексна. За правилното определяне на кинезитерапевтичният потенциал трябва да се използват и специализирани тестове, и тестове за определяне качеството на живот,

Заключение

Резултатите от нашите изследвания сочат, че избора на специализирани тестове ще дават възможност за качествен и бърз анализ и правилното определяне на кинезитерапевтични потенциал, а това ще спомогне за по-бързото възстановяване на пациентите.

Литература

1. Abukaresh A, Al-Abadlah R, Böttcher B, El-Essi K. Ischaemic stroke management at Al-Shifa Hospital in the Gaza Strip: a clinical audit. Lancet. 2018 Feb 21;391 Suppl 2: S7. [PubMed] [Crossref].
2. Baehr M, Frotscher M. Corticospinal Tract (Pyramidal Tract); Corticonuclear (Corticobulbar) Tract. In: Duus' Topical Diagnosis in Neurology: Anatomy, Physiology, Signs, Symptoms. 4th edition. Thieme. August 10, 2005. Chapter 3. p.59. [Internet]
3. Bambauer KZ, Johnston SC, Bambauer DE, Zivin JA. Reasons why few patients with acute stroke receive tissue plasminogen activator. *Arch Neurol.* 2006 May;63(5):661-4. [PubMed] [Crossref]
4. Bamford J, Sandercock P, Dennis M, Burn J, Warlow C. Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. *Lancet.* 1991 Jun 22;337(8756):1521-6. [PubMed] [Crossref]

5. Barreto AD, Sharma VK, Lao AY, Schellinger PD, Amarenco P, Sierzenski P, et al. Safety and Dose-Escalation Study Design of Transcranial Ultrasound in Clinical SONolysis for Acute Ischemic Stroke: The TUCSON Trial. *Int J Stroke.* 2009 Feb;4(1):42-8. [PubMed] [Crossref]
6. Milanov I. [Neurology.] Sofiia: Meditsina i fizkultura. 2012. pp.28-31. [in Bulgarian]
7. Filipova M. Thrombolysis at kinesitherapy. *Activit PhysEduc Sport*.2014; 4(1):67-68.
8. Filipova M, Popova D. Kinesitherapyand health care in patients with ischemic stroke treated with intravenous thrombolysis. *Activit Phys Educ Sport*.2015; 5(2):194-196.
9. Simonska M., Valsamidou F., Analysis of Application of the Screening Test for developmental Apraxia of Speech (STDAS – 2) in Children Greek Speakers , Proceeding International Conference „Speech-Language Treatments“ 2017: 63-72.
10. Симонска М., Костова Р. Приложение на спирометрия при лица с придобити неврологично базирани комуникативни нарушения , Сборник с доклади от международна логопедична конференция – „Логопедични терапии“ 2017: 144-152.

ВКЛЮЧВАНЕ НА ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНИ И ТРУДОТЕРАПЕВТИЧНИ ДЕЙНОСТИ ПРИ РАБОТАТА С ДЕЦА В НЕРАВНОСТОЙНО СОЦИАЛНО ПОЛОЖЕНИЕ

Д. Вачева*, И. Петкова, М. Иванов*, И. Стоянова****

** Катедра „Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт”, Факултет „Обществено здраве“, МУ - Плевен,*

*** Катедра „Социални и фармацевтични дейности”, Медицински колеж, МУ – Плевен,*

Контакт: Доц. Данелина Вачева, доктор
e-mail: danelina@abv.bg

Въведение

Република България, като пълноправен член на Европейския Съюз е поставена пред предизвикателството да гарантира бъдещето на своите граждани, като поставя на фокус формиране на определени качества на личността, осигуряващи гъвкавост и адаптивност към новите икономически и социални реалности. За една от най-уязвимите групи от населението, децата, тази адаптация е изключително трудна, защото те се нуждаят от стратегия за защита, социална сигурност и подкрепа за успешна социална реализация. В основата на изграждане умения за независим живот на детето стоят процесите на обучение и възпитание, които се изразяват в усвояване на умения за самообслужване и практическо усвояване на трудови навици [9].

Терминът “деца в неравностойно социално положение” се използва за деца, обособени в следните групи:

- деца, живеещи и възпитавани в семейна среда, при които причините за неравностойното социално положение са вътре в самото семейство. Това са така наречените “семейства със специфични проблеми”;
- деца, живеещи и възпитавани извън семейството, в домовете за деца или центрове за настаняване от семеен тип, като алтернативна социална услуга на институционалната (деца – сираци; деца, чиито родители са лишени или са се отказали от родителски права). Неравностойното социално положение тук се обуславя от липсата на семейно среда;
- деца с увреждания (тази група се включва към първите две) [3].

В резултат на редица проучвания са установени особености в развитието на детето в неравностойно социално положение [10]. Едни от основните проблеми са свързани с: липсата на умения и навици за самообслужване при самостоятелно хранене, обличане и хигиенно обслужване и непознаване на основните правила за опазване на здравето чрез

спазването на хигиенни норми в реални житейски ситуации; недостатъчно добре овладяна комуникативна функция на речта; липсват познания за частите на човешкото тяло, предметите от бита и обкръжаващата действителност, особено при по-малките деца [11]; слабо е развита волевата регулация; социалният статус е занижен, липсва трайна емоционална насоченост и привързаност; отсъствие на положителни емоционални контакти, неувереност от приемане и обич [8].

Социално-педагогическата и медико-социалната работа с деца в неравностойно социално положение изисква професионални компетентности, адекватни на динамичните социални промени свързани с подготовката на децата за самостоятелен и независим живот [2, 4]. Проблемът свързан с необходимостта от формиране на умения за самостоятелен и независим живот на децата в неравностойно социално положение се обуславя от социалната действителност:

- недостатъчно ефективна връзка и подкрепа от семейната среда, особено за тези, които ползват институционална социална грижа или алтернативна такава (Център за настаняване от семеен тип) или особеностите и негативното влияние на семейната среда (ниско ниво на култура и бит на родителите);
- особености в здравословното състояние и социалния статус на децата, водещи до проблеми в социалната им подкрепа и защита, ограничаващи тяхната успешна реинтеграция и социализация;
- не винаги добро познаване на социалните, здравните и образователните услуги в общността.

В нормална семейна среда отговорността за формиране на умения за самостоятелен и независим живот се поема от родителите, но в случаите на неадекватна родителска грижа се налага детето да бъде обучено да извършва многообразните дейности от ежедневния живот от служителите на „Центровете за настаняване от семеен тип" (ЦНСТ). В съответствие с изискванията на Закона за закрила на детето и Правилника за прилагане на ЗЗД [12] и Закона за социално подпомагане и Правилника за прилагане на ЗСП [12] усилията се насочват към изграждане на Центрове, които предоставят социални услуги за деца в риск. Важно е да се знае, че приемът на деца в тези Центрове означава, че са изчерпани всички други мерки за закрила или че детето се нуждае от спешна намеса, за да се гарантира физическото му оцеляване. Основна задача на Центровете за деца в неравностойно социално положение е социализацията и ресоциализацията на детето, т.е. формирането на детето с оглед неговото връщане в социума. От съществено значение е да се установят причините за извеждането на детето от семейството му и да се използват комплексните възможности на всички дейности – корекционни, рехабилитационни и т.н. за успешния процес на ресоциализация [3]. Дейностите в разкритите Центрове се регламентират от Методическо ръководство, разработено и утвърдено от Държавна агенция „Закрила на детето" [5]. Целта е да се осигури качество на живот, което гарантира пълноценно физическо, емоционално и познавателно развитие и социално включване на всяко дете в естествената за него среда чрез осигуряване на индивидуализирана грижа и подкрепа [9]. Практическият опит на специалистите, работещи в тази социална услуга показва, че Методическото ръководство само маркира минимални изисквания за функционирането и качеството на услугата „ЦНСТ". С него се определя задължителният минимум услуги и дейности, които трябва да бъдат осигурени в Центъра и се задават минималните изисквания за качество на услугата, материална база, персонал и процедури. При осъществяване процеса на ресоциализация се извършва подготовка на детето и координиращи действия между всички страни, участници в процеса [1, 6].

Всичко казано дотук обуславя необходимостта от разработване на подходяща трудотерапевтична и ерготерапевтична програма, съобразена с възрастовите и индивидуални здравословни особености на децата, отглеждани и възпитавани в условията на

„Център за настаняване от семеен тип", която да подпомогне процеса на формиране умения за независим живот [1, 7].

Целта е да се проучи мнението на студентите, свързано с възможностите на ерготерапевтичните и трудотерапевтични дейности за формиране умения за независим живот при работата с деца в неравностойно социално положение.

Материали и методи

Методи за изследване

Методи на емпирично изследване – анкетно проучване сред студенти от специалност „Медицинска рехабилитация и ерготерапия" на Медицински университет – Плевен, включващо оценка на: мотивация, активност, повишаване интереса към дейността; стремеж за изява и независимост в дейността; развитие на умения; равнище на оценка и самооценка.

Процедура и обхват на изследването

Логиката и технологията на емпиричното изследване следва определени *процедурни стъпки* на планиране и осъществяване:

- Определяне на критериите и показателите на анкетното проучване;
- Осъществяване на анкетно проучване;
- Анализ на резултатите от анкетното проучване: представяне и количествен анализ на относителната честота (в %) на отговорите на респондентите; качествен анализ за възможни причини, зависимости, тенденции и др.

Обхват на изследването

В анкетното проучване на доброволен принцип са включени общо 51 студента от специалност „Медицинска рехабилитация и ерготерапия" на Медицински университет – Плевен.

Инструментариум на изследването

Разработена е стандартизирана анкетна карта, съдържаща основен въпрос „До каква степен, според Вас, участието в програма по трудотерапия за децата настанени в Център за настаняване от семеен тип ще окаже влияние върху..." Показателите са структурирани в четири групи както следва: I група – мотивация, активност, повишаване интереса към дейността (3 показателя); II група – стремеж за изява и независимост в дейността (3 показателя); III група – развитие на умения (5 показателя); IV група – равнище на оценка и самооценка (3 показателя). Оценките се определят със степените: 1– не; 2 – по-скоро не; 3 – не мога да преценя; 4 – по скоро да; 5 – да.

Резултати и обсъждане

Изследването е проведено със студенти от специалност „Медицинска рехабилитация и ерготерапия" на Медицински университет – Плевен през м. декември 2019 г. На доброволен принцип са изследвани общо 51 студента (N=51) от трети и четвърти курс. Резултатите от оценките на първата група показатели свързани с мотивация, активност, повишаване интереса към дейността са отразени в **табл. 1.**

Табл. 1. Мотивация, активност, повишаване интереса към дейността

Показатели	Степен на оценка в %				
	1	2	3	4	5
1. Мотивацията за включване в различни дейности					
2. Активността в процеса на дейността					
3. Повишаване на интереса към дейността					

Отговорите на респондентите за първата група въпроси показват, че те оценяват в най-висока степен (5 – „да") възможността децата да повишат мотивацията си за включване в различни дейности (54,90%) и активността им в процеса на дейността (45,10%), както и интереса им към дейността (54,90%). За тези показатели няма оценки в степените 1 – „не" и 2 – „по-скоро не". Само за показател „Повишаване активността в процеса на дейността" оценката за степен 4 – „по скоро да" е по-висока с 1,96% от степен 5 – „да". Резултатите от трите показателя дават основание да се приеме, че включването на трудотерапевтични дейности с децата, настанени в Център за настаняване от семеен тип ще окаже положително влияние за повишаване на мотивацията, активността и интереса им към предлаганите дейности.

В **табл. 2** са представени резултатите от оценките на втора група показатели свързани със стремежа за изява и независимост в дейността.

Резултатите от оценките на респондентите при тази група показатели отново са в полза на най-високата степен 5 – „да" за всеки от показателите. За показател „Независимост при осъществяване на дейности свързани със самообслужването" резултатите са 49,02% и 43,14% за показател „Независимост при осъществяване на дейности от ежедневния живот". За показател „Стремеж за личностна изява" 45,10% от анкетираните са посочили най-добрата оценка. В рамките от 1,96% до 5,88% варират оценки за степените 1 – „не" и 2 – „по-скоро не". Анкетираните студенти изразяват категоричното си мнение, че включването на ерготерапевтичните и трудотерапевтични дейности при работата с деца в неравностойно социално положение ще повлияе върху формирането на независимост при осъществяване на дейности свързани със самообслужването и дейностите от ежедневния живот както и при изграждане на стремеж за личностна изява.

Табл. 2. Стремеж за изява и независимост в дейността

Показатели	Степен на оценка в %				
	1	2	3	4	6
1. Стремеж за личностна изява	1.96	5.88	9.80	37.25	45.10
2. Независимост при осъществяване на дейности свързани със самообслужването	0	3.92	13.72	33.33	49.02
3. Независимост при осъществяване на дейности от ежедневния живот	0	0	15.69	41.18	43.14

Резултатите от оценките на третата група показатели свързани с развитието на умения са отразени в **табл. 3.**

Таблица 3: Развитие на умения

Показател	Степен на оценка в %				
	1	2	3	4	5
1. Развитие на уменията за самостоятелно мислене	0	0	15.69	56.86	27.45
2. Развитие на уменията за вземане на решения	0	7.84	29.41	45.10	17.65
3. Развитие на уменията за общуване	0	1.96	5.88	52.94	39.22
4. Развитие на уменията за партньорство и сътрудничество	0	7.84	19.61	39.22	33.33
5. Развитие на умения за работа с различни материали и техники	0	0	7.84	29.41	62.75

При тази група показатели оценките на респондентите са предимно за степен 4 – „по скоро да" при показателите: „Развитие на уменията за самостоятелно мислене" – 56,86%; „Развитие на уменията за общуване" – 52,94%; „Развитие на уменията за вземане на решения" – 45,10%. Само за показател „Развитие на умения за работа с различни материали и техники" преобладават оценките за степен 5 – „да" (62,75%). Сравнително малка е разликата (от 5,89%) в стойностите на оценките за тези две степени за показател „Развитие на уменията за партньорство и сътрудничество". За степен 1 – „не" не са посочени резултати, а за степен 2 – „по-скоро не" варират от 1,96% до 7,84%. Резултатите дават основание да се обобщи, че включването на децата, потребители на социална услуга „Център за настаняване от семеен тип" в ерготерапевтични и трудотерапевтични дейности ще окаже положително влияние върху развитие на уменията им да работят с различни материали и техники, да общуват в условията на партньорство и сътрудничество. Тези дейности ще повлияят върху процеса на формиране на умения за самостоятелно мислене и вземане на решения.

В **табл. 4** са представени резултатите от оценките на четвърта група показатели свързани с равнището на оценка и самооценка.

В резултатите на тази група показатели се запазва тенденцията за оценки в степен 4 – „по скоро да" за всички показатели: „Повишаване равнището за самооценка" – 52,94%; „Приемане мнението и идеите на другите" – 49,02%; „Повишаване равнището на оценка на съвместната работа" – 47,06%. За степен 5 – „да" стойностите на показателите „Повишаване равнището на оценка на съвместната работа" и „Приемане мнението и идеите на другите" са в рамките на 33,33%. Степен 1 – „не" отново е с нулеви стойности на резултатите, а степен 2 – „по-скоро не" със стойности само от 1,96% и 3,92%. Тези резултати от оценката на четвърта група показатели показват, че респондентите оценяват възможностите децата да повишат равнището си за самооценка, оценката на съвместната работа с партньори, като зачитат мнението и идеите на другите членове на групата.

Табл. 4. Равнище на оценка и самооценка

Показатели	Степен на оценка в %				
	1	2	3	4	5
1. Повишаване равнището за самооценка	0	3.92	21.57	52.94	21.57
2. Повишаване равнището на оценка на съвместната работа	0	0	19.61	47.06	33.33
3. Приемане мнението и идеите на другите	0	1.96	15.69	49.02	33.33

В заключение може да се обобщи, че анкетираните студенти оценяват включването на ерготерапевтични и трудотерапевтични дейности при работата с деца в неравностойно социално положение като положително и ще стимулират формирането на умения за самостоятелен живот. Тези дейности ще повлияят върху процеса на формиране на умения за самостоятелен живот, на уменията за работа с различни материали и техники, на общуване в условията на партньорство и сътрудничество, на умения за самостоятелно мислене и вземане на решения и ще повишат равнището им за самооценка и съвместна работа с други членове на групата.

Литература

1. Вачева Д. Ръководство за учебно-клинична практика по ерготерапия. ИЦ МУ – Плевен. 2017.
2. Ивков Б. Кратък терминологичен речник по рехабилитация. Социология на инвалидността. https://bojidarivkov.wordpress.com 2012/08/17

3. Колева И. Концепция за социализация на деца от ромски произход в неравностойно социално положение (в условията на детската градина). София: Микра, 1994.
4. Костадинов Д., Бусаров С. Основи на медико-социалнатарехабилитация. София: Медицина и физкултура, 1982.
5. Методическо ръководство за ЦНСТ, 2008.
6. Мизгаров Е. О. Трудотерапия как направление социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. https://esstu.ru/library/free/Konf/SocialRab/137_2.pdf
7. Минчева П. Ерготерапия в педиатрията. Русе: АИ РУ „А. Кънчев", 2018.
8. Петкова И. Социално-педагогическа работа с деца, лишени от родителска грижа. Габрово: ЕКС-ПРЕС, 2012.
9. Попова Ю. Ръководство за обучители. Формиране на умения за независим живот. Смарт ИА ЕООД, 2007.
10. Рангелова Ц., Пенева З., Петева С., Манолова П. Развитие на умения за самостоятелен живот. Пособие за работа с деца. Фондация „Партньори – България", София, 2007.
11. Факирска Й. Особености във възпитанието и развитието на децата от домовете за деца от предучилищна възраст. София: Резонанс – НИО, 1997, (2), 36.
12. www.lex.bg

ЕКИПЕН ПОДХОД В ДИАГНОСТИКАТА И ТЕРАПИЯТА НА КОМУНИКАТИВНИТЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЛИЦА СЛЕД МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ

М. Симонска
Катедра „Логопедия", Факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт", ЮЗУ –Благоевград

Контакт: Доц. Миглена Симонска, доктор
e-mail: miglena_simonska@swu.bg

Въведение

Мозъчният инсулт е едно от най-често срещаните състояния, който често води до смърт или трайно ограничаване на редица функции и лимитиране на качеството на живот. Според данни на Националния статистически институт в България, годишно се регистрират над 30 000 случая на мозъчен инсулт. При една голяма част от тях се установяват комуникативни нарушения като дизартрия, афазия и апраксия, както и дисфагия. Посочените нарушения за обект на компетенциите на логопедите по отношение на тяхната превенция, диагностика и терапия. В световен аспект в болниците и рехабилитационните центрове логопедите работят в диагностични и терапевтични екипи за въздействие над тези нарушения. За съжаление у нас логопедичната помощ е изключително лимитирана, частично включена, което пречи на възстановяването и ресоциализацията на лицата претърпели мозъчен инсулт. Не могат да се посочат добри практики, включващи дейностите на логопеда за възстановяване на езиковите, говорните, дъвкателните и гълтателните функции при тези пациенти.

Целта на настоящата презентация е да бъдат представени комуникативните нарушения, които се проявяват вследствие от прекаран мозъчен инсулт и да се посочат пътищата на екипното въздействие при тяхната диагностика и терапия.

Материал и методи

За целта на настоящото проучване са използвани световни бази от данни, доказващи необходимостта от екипен подход при диагностицирането и терапевтирането на комуникативните нарушения при лица след мозъчен инсулт.

Резултати

Афазията се определя като придобито неврогенно езиково нарушение, резултат от увреждане на мозъка, по-характерно за лявата хемисфера, рефлектиращо над езиковите модалности, тежестта на което варира в различна степен в следните области: експресивен език, импресивен език, писмен език (писане и четене) [10]. Около 15% от лицата с мозъчен инсулт под 65 годишна възраст проявяват афазия, като този процент нараства до 4 % след 85 годишна възраст [5]. Всяка една от формите на афазия се проявява с вариации на степента на тежест на нарушението, което ограничава нормалната комуникация на индивида.

Говорната апраксия и дизартрията са от категорията речеви-моторни нарушения. В дефиницията за апраксия се посочва, че тя е резултат от неврологична увреда, засягаща планирането и програмирането на сензомоторните команди, необходими за насочване на движенията, които обезпечават фонетичната и прозодичната страна на говорната продукция. Проявата на нарушението в изолирана форма се среща по-рядко в сравнение с комбинирането му с афазия или дизартрия. Дизартрията също е обусловена от неврологични увреди. Характеризира се с абнормално функциониране на силата, скоростта, обхвата, стабилността, тонуса или точността на движенията, необходими за обезпечаването на респираторните, фонаторните, резонаторните, артикулаторните или прозодичните аспекти на говорната продукция [4]. Обобщените данни за честота на разпространение на дизартрия сред лицата претърпели мозъчен инсулт варира от 8% до 60% [11]. В зависимост от локализацията на увредата, парезите и парализите на мускулите, инервиращи респираторните, фонаторните и артикулаторните органи, се проявяват различни форми на дизартрия със специфична симптоматика. Тя рефлектира над разбираемостта на речта и може да варира с различна степен на тежест: от разбираема до напълно неразбираема от околните реч.

Дисфагията засяга нормалното функциониране на дъвкателните и гълтателните функции на индивида вследствие от разнообразни патогенни фактори, в това число и от неврологични увреди, следствие от мозъчен инсулт. Perlman (2004) обобщава характерните симптоми при дисфагия. От тях специфични за неврологично обусловените форми са: липса на фарингеален рефлекс, невъзможност за затваряне на устните, остатъчна храна в устната кухина, лошо орално управление на хапката, усилия и болка при преглъщане и др. Те водят до дехидратация, чести задавяни и аспирация по време на хранене, както и до респираторни инфекции и аспираторна пневмония [9, p. 133]. Честотата варира от 37% при скринингова диагностика и достига до 78% при използването на обективна инструментална диагностика. [8]

Проучвания на Flowers et al. (2013) показват, че около 44% от лицата с мозъчен инсулт проявяват едновременно афазия, дизартрия и дисфагия, а при 28% се установяват комбинации от две от нарушенията. [7]

Обсъждане

Представените данни дават основание за твърдение, че неврологично базираните комуникативни нарушения и дисфагията се срещат с висока честота при лица след мозъчен инсулт и те повлияват значително тяхното благоденствие. Независимо, че диагностицирането и лечението им е обект на компетенциите на логопеда, не трябва да се подценява фактът, че постинсултните състояния се характеризират и с редица други увреждания, като парези и парализи на двигателния апарат, когнитивни нарушения, увреждане на общото здравословно състояние на индивида, съпътствани при някои от тях и с хронични заболявания. Необходим е екипен подход, който да включва редица специалисти за повлияване на нарушенията и подобряване на всички нарушени функции и състояния.

Подобно мнение изказват и Филипова и Попова (2019), интерпретиращи оценяването на пациентите с мозъчно-съдов инцидент. Според тях оценката на състоянието на болния е комплексна. В екипният подход, наред с методологията за определяне на кинезитерапевтичния потенциал, в тестовата батерия е удачно да се включи и изследване на вида на говорното нарушение. За правилното определяне на кинезитерапевтичният потенциал трябва да се използват специализирани кинезитерапевтични и логопедични тестове, които от своя страна дават качествен и бърз анализ на състоянието на пациента [2]. В зависимост от индивидуалните нужди на пациента, в интердисциплинарните екипи следва да се включат:

- невролози – на основата на полученото от инсулта увреждане определят здравословното състояние на пациента и назначават съответното лечение
- специалисти по физикална медицина – определят физиотерапевтичните и рехабилитационни процедури, необходими за подобряване на функциите на пациентите
- кинезитерапевти – оценяват кинезитерапевтичния потенциал и прилагат специализирани методи за възстановяването на двигателната активност
- невропсихолози – оценяват когнитивните и висшите корови функции и ги терапевтират
- ерготерапевти – подобряват и/или възстановяват автономното изпълнение на ежедневните дейности на индивида, основано на оценка на индивидуалните му нужди
- медицински сестри – подпомагат лечението и възстановяването
- диетолози – участват в изготвянето на хранителния режим на пациента в зависимост от възможностите му за приемане на течни, полутвърди и твърди храни
- социални работници – координират дейностите на институциите и/или лечебните и/или рехабилитационни звена за подпомагане на възстановяването на индивида, в това число и осигуряване на подкрепа на неговите близки
- логопеди – диагностицират и терапевтират нарушените езикови, говорни, дъвкателни и гълтателни функции.

В интердисциплинарния екип, в зависимост от индивидуалните потребности на пациентите, могат да бъдат привличани и други специалисти. Например, при необходимост от прилагане на алтернативни методи за комуникация, може да бъде включен и инженер (специалист по информационни технологии) [3]. При извънболнично и извън санаториално лечение, могат да бъдат включени и специално обучени лични асистенти и др.

Посоченият модел за екипен подход е доказал своята ефективност в много държави. За съжаление, в България все още здравната система не предлага необходимите услуги за възстановяването на езиковите, говорните и дъвкателните функции при лица след мозъчен инсулт. В рехабилитационните центрове и неврологичните отделения към болниците не се назначават логопеди, които да участват в комплексното въздействие на тези състояния.

През 2018 година в списание „Българска неврология“ бе публикуван Национален консенсус за профилактика, диагноза и лечение на мозъчносъдовите заболявания по инициатива на Българското дружество по неврология. В т. 2.2.1.3. Симптоматично лечение на последиците от инсулта, се препоръчват „мултидисциплинарни грижи, двигателна и речево-говорна рехабилитация на пациентите с мозъчен инсулт“. В документа се посочва, че се препоръчва провеждането на ранна когнитивна и езикова рехабилитация в зависимост от състоянието на пациента от клиничен невропсихолог (или психолог и логопед с допълнителна специализация по афазиология/невропсихология). В допълнителна фигура е разяснено, че езиковата и речево-говорната рехабилитация се провеждат в

доболнична помощ (специализирани кабинети) или в отделения по физикална и рехабилитационна медицина [1].

Заключение

Получените резултати сочат, че в световен аспект повече от една трета от лицата с прекаран мозъчен инсулт проявяват комуникативни нарушения като афазия, дизартрия и говорна апраксия, често съпътствани и от дисфагия. Проучвания, публикувани в Lancet (2014), базирани на данни на експертната група GBD/Stroke Expert Group сочат, че към 2030 година в световен аспект се очакват около 70 млн. случая на оцелели от мозъчен инсулт [6]. Този факт следва да насочи вниманието към разработването на ефективен здравен продукт, който да обезпечава възстановяването на всички нарушени функции на тези лица, в т.ч. и на езиковите, говорните, гълтателните и дъвкателните.

Библиография

1. Миланов, И., Стаменова, П., Касо, В. Национален консенсус за профилактика, диагноза и лечение на мозъчносъдовите заболявания. *Сп. Българска неврология,* том 19, доп. 1, 2018.
2. Filipova M., Popova (2019). Algorithm for determination of kinesitherapy potential in patient with subarachnoid hemorrhage, knowledge. *International Journal, Medical science and health,* Vol.40:5, March, 2019, pp. 993-996.
3. Bowen, A., James, M., Young, G. National clinical guideline for stroke, Prepared by the Intercollegiate Stroke Working Party, Fifth edition. Royal College of Physicians, 2016, p. 64.
4. Duffy, J. R. *Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management.* St. Louis, MO: Elsevier, 2013.
5. Engelter, S. T., Gostynski, M., Papa, S., Frei, M., Born, C., Ajdacic-Gross, V., Lyrer, P. A. Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: Incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. *Stroke, 37*, 2006, pp. 1379–1384.
6. Feigin, V., Mohammad, H., Forouzanfar, R., Krishnamurthi, G. and colleagues. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* Jan 18; 383(9913), 2014, pp. 245–254.
7. Flowers, H. L., Silver, F. L., Fang, J., Rochon, E., & Martino, R. The incidence, co-occurrence, and predictors of dysphagia, dysarthria, and aphasia after first-ever acute ischemic stroke. *Journal of Communication Disorders, 46, 2013, pp. 238*–248.
8. Martino, R., Foley, N. Bhogal, S.,Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke, 36,* 2005, 2756–2763.
9. Perlman, A. Dysphagia, Oral and Pharengial. In *The MIT Encyclopedia of Communication Disorders*, ed. by R. Kent, Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 2004, pp. 132-134.
10. Threats, T., Worrall, L. Classifying communication disability using the ICF. *Advances in Speech Language Pathology, 2004, № 6, pp.* 53–62.
11. American Speech-Language-Hearing Association. https://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Dysarthria-in-Adults/#collapse_8.

ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ ПРИ ЛИЦА С АФАЗИЯ

М. Симонска, В. Цацова

Катедра „Логопедия“, Факултет „Обществено здраве, здравни грижи и спорт“, ЮЗУ -Благоевград

Контакт: Доц. Миглена Симонска, доктор
e-mail: miglena_simonska@swu.bg

Въведение

Афазията е едно от най-често срещаните комуникативни нарушения при възрастни. Определя се като придобито нарушение на езиковите функции, което е следствие от локално или дифузно засягане на зоните в кората на главния мозък, специализирани в

езиковата обработка. Едно от най-цитираните определения, при което се акцентира над неврогенния характер на нарушението и локализацията на увредата е на Threats & Worrall (2004). Те определят афазията като придобито неврогенно езиково нарушение, резултат от увреждане на мозъка, по-характерно за лявата хемисфера, което рефлектира над езиковите модалности. Приема се за нарушение, тежестта на което варира в различна степен в следните области: експресивен език, импресивен език, писмен език (писане и четене) [3]. В съвременните дефиниции за езикова и говорна патология вниманието е насочено и над влиянието на нарушенията над социалното функциониране на индивида. Една от тях гласи: „Афазията се отнася до увреди във функциите на езика, които засягат уменията за говорене, разбиране на речта, четене и писане. Афазията засяга около една трета от хората, претърпели инсулт, и може да има значително въздействие върху живота на пациентите и техните близки. Афазията може да засегне настроението, представата за себе си, благоденствието, социалните контакти и връзки на индивида, професионалната му дейност, почивката и развлечението и социалните умения. Проблемите с комуникацията може да се появят и при поражения на недоминантната хемисфера“[1]. Посочената дефиниция разглежда нарушението не само от позицията на увредените функции, но и от гледна точка на тяхното влияние върху качеството на живот на лицата с афазия.

Качеството на живот е концепт, предложен от Световната здравна организация (СЗО) през 1997 г. Конституцията на СЗО определя здравето като състояние на пълно физическо, умствено и социално благоденствие не само при липсата на болест. От това следва, че измерването на здравето и последиците от здравните грижи трябва да включват не само индикация за промени в честотата и тежестта на заболяванията, но и оценка на благосъстоянието на индивида. Това може да бъде оценено от измерване на подобрението в качеството на живот, свързано със здравните грижи. Този концепт оказва влияние над комплексното ранжиране на физическите фактори, психичното състояние, личностните качества и убеждения, социалните взаимодействия и връзки по посока на характерните черти на средата на индивидите [4]. Представеното твърдение се явява основа за разработването на Международната класификацията на увреждания, нарушенията и инвалидността (ICIDH), по-късно наименована като Международна класификация на функционирането, увреждането и здравето с абревиатурата ICF. Класификацията на функционирането, увреждането и здравето е представена в окончателния си вариант през месец май 2001 година от СЗО.

Цел

Целта на настоящото изследване е да се проучи влиянието на афазията над качеството на живот при възрастни лица след прекаран мозъчен инсулт.

Материал и методи

Бяха използвани адаптирана версия на Мисисипи скрининг-тест за афазия на Nakase-Thompson [2], преведен и адаптиран от М. Симонска и Въпросник за оценяване на качеството на живот, разработен от М. Симонска. Скрининг тестът е разделен на две части. Едната оценява експресивния език (назоваване, повторна реч, автоматизирана реч, вербална плавност, писане), а другата – импресивния език (отговор на въпроси с „да“ и „не“, разпознаване на обект, изпълнение на устни инструкции, изпълнение на писмени инструкции).

Въпросникът за оценка на качеството на живот е базиран на ICF модела на СЗО и съобразен с най-често изпълняваните дейности от ежедневието. Целта е въпросникът да се попълва от лицето с афазия, но ако е невъзможно за него да го попълни, да се даде на някой от неговите близки. Структуриран е за отговори с отметка сред 5 възможни

варианти: справям се отлично, имам малки затруднения, имам затруднения, трудно се справям, не се справям.

В останалите две секции вариантите за избор от изследваните лица са: никога, рядко, понякога, често, винаги.

Целият въпросник включва 60 въпроса, разделени в 5 секции, както следва:

- Физически фактори – обличане/събличане, къпане, придвижване, грижа за здравето, задържане на предмети в ръка, самостоятелно хранене и др. (общо 20 въпроса)
- Психосоциални фактори – самостоятелно вземане на решения, преодоляване на стреса, общуване, извършване на любими дейности и др. (общо 9 въпроса)
- Енергия – „Чувствам се уморен като цяло“ и др. (общо 3 въпроса)
- Чувства – „Чувствам гняв, заради трудностите с говоренето“, „Срамувам се от моето говорене“, „Не мога да запазя спокойствие, когато не ме разбират“ (общо 8 въпроса)
- Комуникация – разговор с близки/приятели/колеги, разказване на случки, разбиране на команди, самостоятелно писане, устно пазаруване в магазин и др. (общо 20 въпроса).

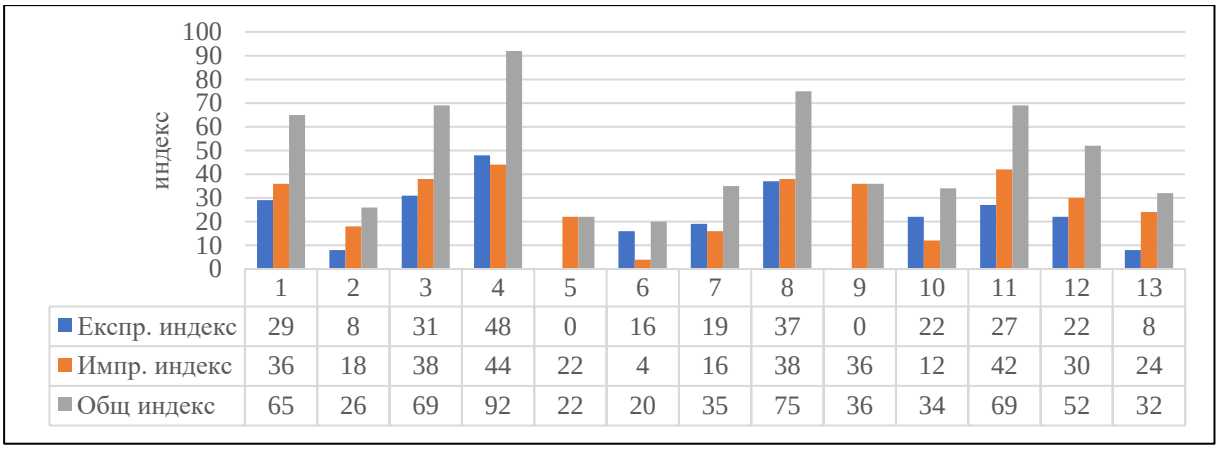
Контингент на изследването: В научното изследване участват 13 лица с афазия. Част от тях посещават Центъра по логопедия в ЮЗУ „Неофит Рилски“, друга част са лица от хосписа в гр. Бобов дол, както и лица, изследвани в домашни условия след съгласие на техните близки. За по-голяма нагледност обобщени данни за контингента на изследването са представени в **Таблица 1.**

Табл. 1. Контингент на научното изследване

Разпределение по пол на ИЛ		Разпределение по възраст на ИЛ	
Брой жени	7	Под 50	1
Брой мъже	6	50-60г.	3
Общ брой лица	13	61-70г.	2
		над 70г.	7
Средна възраст на всички лица		66 г.	

Резултати

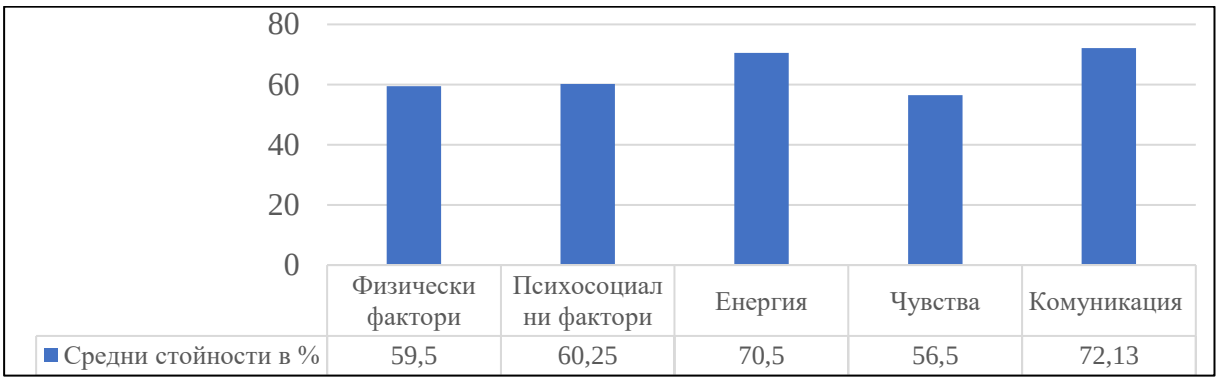
Според получените резултати от приложението на Мисисипи скрининг-тест за афазия едно от лицата е със значително по-високи стойности за успеваемост, което се дължи на продължителната логопедична терапия и е с диагноза „амнестична афазия“, а други две от лицата са с неплавна афазия. Останалите 10 лица са със смесена форма на афазия, като при две от тях преобладава импресивният дефицит, а при другата част от тях - експресивният дефицит **(фиг. 1).**



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Експр. индекс	29	8	31	48	0	16	19	37	0	22	27	22	8
Импр. индекс	36	18	38	44	22	4	16	38	36	12	42	30	24
Общ индекс	65	26	69	92	22	20	35	75	36	34	69	52	32

Фиг. 1. Резултати от приложението на Мисисипи скрининг-тест за афазия.

Получените резултати от приложението на Въпросника за оценяване на качеството на живот при лица с афазия показват значителни промени и в петте категории за оценяване: физически фактори, психосоциални фактори, енергия, чувства и комуникация **(фиг. 2).**



	Физически фактори	Психосоциални фактори	Енергия	Чувства	Комуникация
Средни стойности в %	59,5	60,25	70,5	56,5	72,13

Фиг. 2. Резултати от приложението на Въпросник за оценка на качеството на живот при лица с афазия

Обобщените резултати за физическите фактори са основание за заключение, че по отношение на тези фактори лицата с афазия се справят със свързаните с най-елементарни движения дейности от ежедневието, но изпитват значителни затруднения при дейности, които изискват планиране, ориентация, добра обща и фина моторика и най-вече самостоятелност.

По отношение на психосоциалните фактори, дейностите и участието, при които изследваните лица изпитват значителни затруднения са следните:

- самостоятелно вземане на решения
- излизане навън
- увереност при изпълнение на задачите
- извършване на любими занимания
- общуване с роднини и приятели
- общуване със съседи
- общуване с непознати.

Обобщените отговори от секция „Енергия“ показват, че всички изследвани лица често изпитват умора и демонстрират липса на енергия. Отговор „често“ е общо 41% от

всички дадени от лицата отговори, „понякога“ са 30.7%, „винаги“ 23.08%. „Никога“ като опция не е избрана от никого.

В секция „Чувства“ единственият отговор, при който средният резултат от всички изследвани лица е по-нисък (50% успеваемост) е въпрос №8 „Не мога да запазя спокойствие, когато не разбирам какво ми говорят“. При останалите твърдения лицата с афазия срещат значителни трудности при овладяването на чувствата и емоциите, вследствие от преживяното заболяване и проявата на афазията, което показва, че нарушението силно влияе на чувствата и психиката им. Те често демонстрират негативни емоции и чувства, дължащи се на затрудненията във физическото им състояние и неспособността за пълноценна комуникация.

В секция „Комуникация“ се наблюдава най-голям процент отговори „Не се справям“ – 42,7%, следван от „Трудно се справям“ – 26,15%. Всички изследвани лица срещат средни до големи трудности в комуникацията, както в разбирането на речта на околните, така и в продуцирането на собствено изказване. Само при ИЛ №3 общият резултат (41%) е по-нисък от този на останалите ИЛ, но въпреки това не може да се каже, че това лице не изпитва затруднения в комуникацията. По отношение на отделните твърдения, най-добра успеваемост се установява като цяло при разбиране и изпълнение на команди и разбиране значението на думите. Най-често срещаните отговори за тези въпроси са „имам малки затруднения“, „имам затруднения“ и отчасти „справям се отлично“. За останалите въпроси преобладаващите отговори са „не се справям“, „трудно се справям“ и „имам затруднения“.

Обсъждане

Данните категорично сочат, че афазията води до засягане на качеството на живот. Базирайки се на ICF модела на СЗО бе установено, че нарушените езикови функции водят до лимитиране на дейности и участие в тях, както и на факторите на средата. Увреждането на мозъчния кортекс в челните и/или темпорални, и/или нискотеменни отдели причинява нарушаване на езиковите функции. Засягат се говоримият и писменият език. От своя страна засегнатите езикови функции са причина за ограничаване на изпълнението на редица дейности и участието в тях на лицата с афазия. Нарушената комуникация вследствие от проявата на афазия често води до разнообразни психо-емоционални реакции при тези лица. Използвайки кодирането при ICF модела на СЗО, можем да посочим следните сфери на затруднения при лица с афазия:

1. Дейности и участие

1.1. Научаване и прилагане на знанията

- повтаряне на слухови елементи [d135]
- умения за плавно четене [d166] и писане [d170]
- умения за формулиране и реализиране на идеи [d163]
- умения за разрешаване на проблеми [d175]
- вземане на решения [d177]

1.2. Ежедневна рутинност

- организиране на времето и подготовка на необходимите материали за работа [d210]
- координиране и ръководене на дейностите и задачите [d220-d230]
- справяне с изискванията и преодоляване на стресовите ситуации [d240]

1.3. Комуникация

- получаване на информация [d310-d329]
- продуциране на информация [d330-d349]
- започване и поддържане на разговор [d350-d360]

1.4. Домашен живот

- пазаруване [d6200]
- получаване на ежедневни необходимости като пари, вода, ток [d6201]
- приготвяне на храна [d630]
- почистване [d640]
- грижа за дрехите, мебелите, градината, колата и т. н. [d650-d669]

1.5. Взаимоотношения

- показване и получаване на уважение, толерантност и критичност [d710-d729]
- общуване с близки, приятели, непознати, ръководители [d720-d740]
- намиране или запазване работата си [d840-d859],
- откриване на собствени банкови сметки и осъществяване на транзакции [d860-d879]
- вземане на участие в социалния и културен живот [d910-d999]

2. Фактори на средата

- поддържане на колегиални отношения, взаимоотношения с професионалисти и др. [e310-e345]
- ползване на системи и служби за обслужване, подкрепа, транспорт [e510-e575]
- индивидуални нагласи спрямо членовете на семейството, приятели, здравни работници [e410-440].

Анализът на получените данни от изследването дава основание да обобщим, че увреждането на качеството на живот при лица с афазия е значим проблем за тях и техните близки, което е предпоставка и за нарушено благосъстояние във всички сфери на живот.

Заключение

Афазията е нарушение, което винаги води до намаляване на качеството на живот на индивида в множество дейности. Терапията следва да бъде насочена към комплексни подходи, които чрез подобряването на нарушените езикови, говорни и когнитивни функции да доведат до социална реинтеграция на лицата с афазия.

Библиография

1. Bowen, A., James, M., Young, G. National clinical guideline for stroke, Prepared by the Intercollegiate Stroke Working Party, Fifth edition. Royal College of Physicians, 2016, p. 64.
2. Nakase-Thompson, R. The Mississippis Aphasia Screening Test. *The Center for Outcome Measurement in Brain Injury. 2004,* http://www.tbims.org/combi/mast (accessed November 15, 2020).
3. Threats, T., Worrall, L. Classifying communication disability using the ICF. *Advances in Speech Language Pathology, 2004, № 6, pp.* 53–62.
4. World Health Organization. WHOGOL. Measuring Quality of Life. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, 1997.

ПРОФИЛ НА ЛИЦАТА, КОИТО НЕПРОФЕСИОНАЛНО ПОЛАГАТ ГРИЖИ В ДОМАШНА СРЕДА

К. Кънчева

Катедра „Социални и фармацевтични дейности“, Медицински колеж, МУ - Плевен

Контакт: Ас. Калина Кънчева
e-mail: kalinakk@abv.bg

Въведение

Оказващите грижа в домашни условия са доста разнородна група, но незаетите на трудов договор по национални програми и в общински социални услуги в домашна среда

са с обща характеристика – повечето от тях са близки/роднини на лицата за които полагат грижи. Основната разлика между тях и професионалните асистенти (лични и социални, както и болногледачи, домашни помощници и наетите лица по новите програми за интегрирани здравно-социални грижи) е в предварителната подготовка, обучението и информираността им.

"Системата за медицинска експертиза в страната, която и в момента е обект на обществен дебат, не предоставя бърз и безболезнен начин за хората, които са пострадали и имат нужда от специализирана подкрепа, да я получат в обозрими срокове. От друга страна имаме проблема с изключително недоразвитите социални услуги в страната, особено социалните услуги за зависими възрастни хора в дома, в общността“[1].

Грижата за тежко болни, лежащи лица е трудна задача. За нея се изискват познания, разпределени в няколко основни групи, като: битови, административни и социални.

„Дългосрочните грижи съчетават широк набор от медицински и социални услуги за хора, нуждаещи се от помощ при основни ежедневни дейности поради хронични физически или психически увреждания. Тези грижи често се извършват поне отчасти от непрофесионалисти, като например роднини или приятели. Дългосрочните грижи са на границата между медицинските и социалните грижи и обикновено се предоставят на хора с физически или психически заболявания, на възрастни хора и на определени групи хора, които имат нужда от помощ при изпълнение на ежедневните си дейности” [2].

От дългосрочни грижи нужда имат освен възрастните хора и хората с увреждания, които са в трайна невъзможност да изпълняват дейности от ежедневието си.

Дори в най-добрите си версии, следвоенната социална държава от 50-те и 60-те години на XX-век осигурява грижи и лечение, но не успява да гарантира правото на хората с увреждания да бъдат равнопоставени и независими участници в обществения живот. Множество хора с увреждания са лишени от избор и контрол в ежедневието си, прекарвайки дните си затворени или в своите домове, или в резидентни институции за социална грижа. Увреждането се свежда до индивидуален и медицински проблем, който трябва да бъде третиран от специални места или да бъде облекчаван чрез благотворителност.[3] Въпреки, че услугите се предоставят според потребностите, на практика хората с увреждания рядко са консултирани и вместо това остават пасивни получатели на услуги, предписвани и често налагани от медицински или други професионалисти.[4]

1. Според Националната стратегия за дългосрочна грижа 2020 - Географското покритие на дългосрочните грижи и другите социални услуги по райони в България е неравномерно, въпреки че то обикновено отразява различията в числеността на населението. В административни центрове с по-голямо население са разположени повече социални услуги с по-голям капацитет. Все още преобладава институционалният модел на грижа, особено за хората с увреждания и възрастните хора, като понякога институционалната грижа се характеризира с деперсонализация, липса на гъвкавост в дневния режим и програма, групов подход и социална дистанция.

2. Един от сериозните проблеми, характеризиращ системата на услугите в България е недостатъчният брой превантивни социални и здравни услуги за възрастни с ранна степен на интервенция. Предоставянето на тези услуги има ключова роля за предотвратяването на риска от социално изключване сред целевите групи. Продължава да е проблем и предоставянето на услуги от неквалифицирани лица, най-често членове на семействата със зависим възрастен човек. Ниската икономическа добавена стойност и отсъствието на социално признание за тези услуги са фактори, ограничаващи тяхното развитие като реален сектор на икономиката. Някои от основните фактори, които оказват влияние върху институционалния модел на грижа и върху търсенето на такъв вид грижа, са:

- Недостатъчен брой услуги за възрастни хора и хора с увреждания, които да отговарят комплексно на потребностите и неравномерното им разпределение на територията на страната;
- Недостатъчни финансови ресурси, което често става причина за социалното изключване на възрастни хора и хора с увреждания и настаняването им в институция;
- Липса на приобщаваща социална и архитектурна среда;
- Търсене на институционалната грижа, най-вече за стари хора. Като причина за това може да бъде посочена липсата на реална и сигурна алтернатива на грижи, която да осигури достоен и независим живот в естествената домашна среда и в общността;
- Невисоката добавена стойност в заплащаните услуги, предоставяни в домашна среда за възрастни хора и хора с увреждания, както и липсата на социално признание и отсъствието на мотивация у заетите социални работници;
- Скромен дял на предлаганите на предприемаческа основа специализирани грижи за възрастни хора и хора с увреждания;
- Липсата на отговарящи на потребностите на възрастните хора и хората с увреждания комплексни (здравни и социални) услуги в домашна среда, както и на финансиране на дейностите по долекуване и продължително лечение [5].

Цел

Да се проучи и анализира профилът на непрофесионалиста, оказващ подкрепа в домашна среда.

Материали и методи

Стандартизирана анкетна карта, която съдържа 20 затворени въпроса, обработена със статистически метод.

Резултати и обсъждане

Проучени бяха 80 лица, необхванати от Национални програми на общинско или национално ниво полагащи грижи в домашни условия за хора с увреждания. От тях 77,5% са жени, останалите 22,5% - мъже. Разпределени по възраст: повече от половината лица, полагащи грижи са във възрастова група от 46 г. до пенсионна възраст (63,8%), 22,5% са лицата във възрастова група от 26 г. до 45 г., над трудоспособна възраст са 7,5%, останалите 6,3% са до 25 г. възраст.

Разпределението им по образование е: най-висок е дела на лицата с висше образование – 47,5%, на следващо място са със средно образование – 43,8%, останалите 8,8% са хора с основно образование.

Изводи от паспортната част:

- В домашни условия, без да са обхванати от национални програми за лица с увреждания и невъзможност за самообслужване се грижат предимно жени;
- Над половината полагащи грижи лица са във възрастова група от 46 г. до пенсионна възраст;
- Лицата, които се грижат за хора с увреждания в дома им са образовани, преобладават хора с висше образование.

Запитани как се самоопределят, според задълженията които изпълняват при грижата за лицето, на което оказват подкрепа: над половината от респондентите 56,3% са близък/роднина на лицето за което полагат грижи и не могат да определят към коя от професиите се доближават според задълженията си по него. Като личен асистент се определят 3,8% от запитаните, като социален асистент – 5,0%, за 17,5% задълженията се

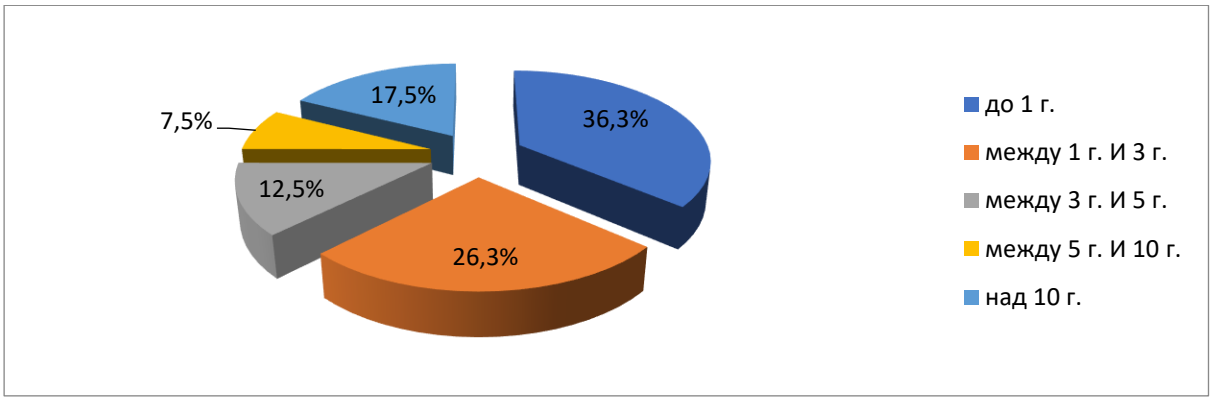
доближават до тези на домашния помощник, 17,5% са частно наети и извършват разнородни дейности, характерни за всяка една от тези професии.

По-голям е дела на лица, който не са преминали курс на обучение в някоя от подпомагащите професии, свързани пряко за грижа за лица с увреждания в дома – 91,3%, а останалите 8,7% са били включени в такъв.

Трябва да бъде преминат такъв курс според 85% от анкетираните, еднакъв е дела на отговорили с „не" и „не мога да преценя" по 7,5%.

За да установим валидността на проведеното проучване включихме и въпрос за продължителността на времето през което полагат грижи за лице с невъзможност да изпълнява дейности от ежедневието си самостоятелно:

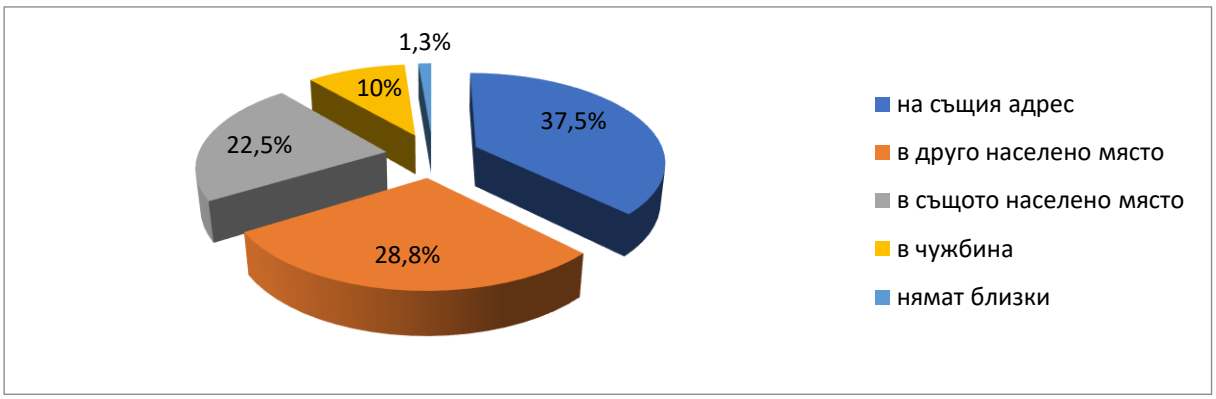
Най-голям е дела на полагащи грижа до 1 г. – 36,3%, на следващо място са лица, полагащи грижи между 1 г. и 3г. – 26,3%, 17,5% полагат грижи за лице с увреждане над 10 г., 12,5% са посочили период 3 г. до 5 г., останалите 7,5% са оказвали грижа от 5 г. до 10 г. (**фиг.1**).



Фиг. 1. От колко време полагате грижа за лице с намалена възможност за самостоятелно справяне с дейности от ежедневието/лице с увреждане?

Повече от половината – 71,3% полагат грижи за 1 лице, 22,5% се грижат за 2 лица, останалите 6,3% се грижат за повече от 2 лица.

За да установим има ли други близки/роднини, освен полагащите грижи запитахме анкетираните „Близките на лицата, за които се грижите се намират...". На същия адрес са отговорили 37,5%, 28,8% от запитаните са в друго населено място, в същото населено място са 22,5%, 10,0% от близките са в чужбина, останалите 1,3% нямат близки. **(фиг. 2).**



Фиг. 2 Близките на лицата, за които се грижите се намират...?

Опитахме се да установим и до колко може да разчитат полагащите грижи и на други лица: „Потребителя за когото се грижите, разчита ли на подкрепа и от други лица"

Най-голям е дела на разчитащи на помощ от членове на семейството – 37,5%, на следващо място са посочили „други близки и роднини" – 20,0%, еднакъв е дела по 16,3% на ползващите помощ от лице срещу заплащане или съпруг/партньор, останалите 10,0% получават подкрепа от съседи.

Изводи от общата част:

- Лицата, които полагат грижи в домашни условия, но не получаващи регламентирано възнаграждение са близки/роднини;
- Болшинството от тях не са преминали курс на обучение, но отчитат, че трябва да преминат;
- Няма точен период, които да служи за база за заключение по отношение на продължителността на гледане на болен човек, но не е малък дела, на тези лица, които оказват подкрепа за по-продължителен период от 3 г., като между тях има висок процент грижещи се за повече от едно лице;
- Непрофесионалистите разчитат на помощ и на други хора – близки, роднини, дори съседи, т. к. на много от поверените им лица задължените по закон лица се намират в друго населено място или извън страната;

Въпроси свързани с информираността:

Над половината (58,8%) от анкетираните смятат, че е правилно още при поставяне на диагнозата да бъдат запознати със съществуващите възможности по отношение на грижата, за 18,8% момента е при изписване от лечебното заведение, 12,5% не могат да преценят, еднакъв е дела на отговорили с „няма значение" и „не е нужно да се информира" с по 5,0%.

Близо половината (45,0%) от респондентите не са били информирани за услугите и помощните средства при грижите за техния потребител, 28,8% от тях в процеса на работа са установили сами нуждите на конкретния потребител, останалите 26,3% са били информирани.

Малко под половината от респондентите (40%) не са получавали информация относно особеностите при работата с конкретния потребител, от близки на лицето – 26,3%, малък е дела и на получилите от здравното заведение – 18,8%, от самото лице – 10,0% а останалите 5,0% са получили информация от човека, който до момента е полагал грижа.

Не смятат, че са получили необходимата информация повече от половината (57,5%), 36,3% са дали положителен отговор, останалите 5% не могат да преценят.

За да установим според тях има ли значение кога е получена информацията ги запитахме: „Смятате ли, че ако информацията е получена на време, ще окаже положително влияние при качеството на грижа на Вашия потребител?" Почти всички (81,3%) са дали положителен отговор, 12,5% от отговорилите не смятат, че информацията ще повлияе на качеството на грижата, останалите 6,3% не могат да преценят.

Здравното заведение, в което е диагностицирано лицето за което полагат грижи дали е дало необходимата информация:

По отношение на въпроси свързани с приспособяването на дома: 83,8% са категорични, че такава информация не им е предоставяна, останалите 16,3% са дали положителен отговор.

По отношение на подходящите за лицето социални услуги: 80% не са получили необходимата информация, останалите 20% са отговорили положително.

По отношение на социалните помощи – 83,8% не са получили необходимата им информация, 16,3% са отговорили положително.

По отношение на подходяща форма на грижа – 80% не са получили информация, останалите 20% смятат, че са получили необходимата им информация.

Изводи от въпросите свързани с предварителната информираност:

- Повече от половината от изследваната група са на мнение, че момента да се запознат със съществуващите възможности е при поставяне на диагнозата;
- Почти половината от респондентите не са били информирани за услугите и помощните средства за грижите при техния потребител;
- ¼ От тях са получили информация за особеностите при работа с конкретния потребител от близки/роднини;
- Но повече от половината не смятат, че са получили навреме необходимата информация;
- 2/3 от тях смятат, че ако информацията е получена на време, ще окаже положително влияние при качеството на грижа на потребителя им;
- От здравното заведение, получено ли е за лицето, предложение за - приспособяване на дома е получила под 1/6 от изследваната група;
- От здравното заведение, получено ли е за лицето, предложение за - социални услуги е получила под 1/6 от изследваната група;
- От здравното заведение, получено ли е за лицето, предложение за - социални помощи е получила под 1/6 от изследваната група;
- От здравното заведение, получено ли е за лицето, предложение за - подходяща форма на грижа е получила под 1/6 от изследваната група;

Общи изводи

Липсата на ясна и ефективна политика за същността на увреждането като социална последица рефлектира на качеството и своевременността на оказване на подкрепата. Следователно, лицата, които полагат грижи трябва да са добре запознати с всички аспекти на конкретния потребител във възможно най-ранен етап. За жалост към този момент в страната за много голяма част от хора, зависещи в ежедневието си от подкрепа се грижат непрофесионалисти, научаващи необходимите им знания и умения в хода на работа и които не притежават базови умения за развитие и съхраняване на потенциала на потребителите си. „В бъдеще определени професии ще се трансформират, други ще изчезнат, но свързаните с образование, здравеопазване и социални услуги ще имат все по-голямо развитие, както по отношение на кариерните възможности, така и в иновациите и използването на технологиите“ [6].

Заключение

Приспособяването към увреждането е умението на всеки човек да се адаптира по собствен начин. Приспособяването е функция на съответствието между личността и външната среда. Ако се напаснат приспособяването е успешно и се случва по-бързо и успешно. Това е процес на последователност от ситуации, изискващи специфични умения. Това налага създаването на устойчив модел при предоставянето на индивидуална грижа за помощ в дома във всичките й аспекти – от лична помощ при поддържане на дома, вкл. хранене, хигиена, социална подкрепа при общуване и социални контакти до битово-комунални и административни услуги.

Литература:

1. Кръстев И., фондация „Социално общество“,2020 г.
2. Европейска комисия; http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/long_term_care/index_bg.htm
3. Младенов Т. „Приобщаващото образование и хората с увреждания: от грижа, лечение и благотворителност към справедливост и права, „Социологически проблеми“, том 51/кн.1/2019
4. Slorach,R`.(2014). Out of the shadows: disability movement. Critical and Radical Social Work.2(2)

5. Национална стратегия за дългосрочна грижа, достъпна на: http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=882
6. М. Сачева: Професиите на бъдещето са в образованието, здравеопазването и социалните услуги, интервю, достъпно на https://www.mlsp.government.bg/httpswwwmlspgovernmentbg-4

ГРАФОМОТОРНИТЕ УМЕНИЯ ПРИ ДЕЦАТА С ДИСФАЗИЯ НА РАЗВИТИЕТО В ПРЕДУЧИЛИЩНА И НАЧАЛНА УЧИЛИЩНА ВЪЗРАСТ 6 – 7 Г., ПРЕДПОСТАВКА ЗА ФОРМИРАНЕ И РАЗВИТИЕ НА ПИСМЕНИЯ ЕЗИК

К. Спасова
Катедра „Логопедия и медицинска педагогика“, Факултет „Обществено здравеопазване“, МУ - Варна

Контакт: Ас. Калинка Спасова, доктор
e-mail: spasova.kalina@abv.bg

Въведение

Нарушенията на графомоторните умения и писмената реч са сред най-разпространените и поради тази причина са сред най-проучваните комуникативни нарушения. Може да се твърди, че графомоторните умения имат пряка връзка с екзекутивните функции, като и двете групи са свързани със съзряване на структури от челния дял на мозъчната кора. Понятието „екзекутивни функции” е събирателно и обединява в себе си редица явления, които осигуряват съзнателната регулация на поведението и дейността на детето. Сред тях са: целеобразуване, планиране, контрол върху импулсивността и целенасочено търсене на обекти и начини за действие. [1]

Повечето изследвания в тази насока са базирани на концепцията за дефицит на психичните процеси, биофизични и психични състояния като зрение, слух, тактилна чувствителност, моторика, обратна връзка, памет и др.

Първоначално изследователите се фокусират върху етиологията и клиничното третиране на нарушенията на устната реч. Първото съобщение за нарушение на четенето и писането прави Kussmaul през 1878 г., като пръв се насочва и към изследвания на деца със затруднения в усвояването на писмената реч забелязвайки, че между тях и възрастните съществуват определени различия. Morgan през 1896 г. определя разстройството congenital word blindness и причините за него и ги приема за неврологични, както тези при възрастните с мозъчни нарушения и алексия.

В началото на XX век създаденият медицински модел започва постепенно да отстъпва и нарушенията на писмената реч при възрастни и особено при деца започват да стават обект на изследване на различни науки извън областта на медицината, а именно - педагогика, психология, невропсихология, социология и др.

Физиологът К. Монаков публикува свое проучване върху нарушения на писането като прави изводи, че дисграфиите могат да бъдат свързани със същността на речевото разстройство, само ако са налице елементи на сензорна недостатъчност и не се обвързват единствено със загубата на оптико - моторните образи. Той за първи път въвежда в своята система и класификацията на дисграфиите: оптическа, акустична, моторна и идеомоторна. [4]

С въвеждането на концепцията за еволюционната дислексия от Orton през 1930 г., проучванията на дислексията се развиват във втората половина на 20-ти век, като изясняват, че тя не се проявява като изолирано нарушение на четенето и писането, а като комплексен феномен на когнитивна недостатъчност с цялостно отражение върху училищните постижения и психосоциалното функциониране на детето.

Много от научните проучвания и данните, които са получени от тях се свързват предимно с разпространението на специфичната дислексия и отражението й в процеса на огрaмотяването. Данните често са много различни и противоречиви и категорично резултатите от тези проучвания не са окончателни отчитайки факта, че проявите на развитийното нарушение на писмената реч могат да се проявят още към 3-4 годишна възраст и то в изявени графомоторни нарушения. Но на тях не се обръща особено внимание, тъй като езиковото развитие в тази възраст е с много бързи темпове и е строго индивидуално като динамика на усвояемост.

Структурните компоненти на езика се овладяват успоредно с усъвършенстването и физиологичното укрепване на мускулно-речевата дейност. Нарушението на редицата структурни компоненти и операции, свързани с преработка на слухова, кинестетична, визуална, зрително-пространствена информация дори и в незначителна на пръв поглед степен, води до нарушения във формирането на графомоторните умения при децата.

Целта на настоящото проучване е да представи нивото на графомоторните умения на деца с дисфазия на развитието в начална и предучилищна възраст (6 -7 г.), като предпоставка за формирането и развитието на писмената реч - преди и след прилагане на система от терапевтични техники, подходи и методи, основани на световния и българския опит в областта на терапията на нарушенията в графомоторните навици.

Материал и методи

Проучването е проведено на територията на град Варна и обхваща общо n=43 деца в предучилищна и начална училищна възраст - 6 до 7 години, които са преминали логопедична терапия насочена към преодоляване на нарушенията на графомоторните умения. Извършено е за период от пет години (2012-2017). Провежданата терапия е индивидуална или в някои от случаите в групи от по две деца.

Децата, обект на проучването постъпват за логопедична терапия след диагностициране от лекарска комисия със следните диагнози по МКБ 10: F80.9 - „Специфични разстройства на развитието на речта и езика, неуточнено“, F81 - „Специфични разстройства на развитието на училищните умения“, F81.3 - „Смесени разстройства на развитието на училищните умения“, F81.8 - „Други разстройства в развитието на училищните умения. Разстройство в развитието на експресивното писане.“, F81.9 - „Разстройства в развитието на училищните умения, неуточнено“. [8]

Децата, обект на изследването са n= 43, от които М - 19; Ж – 24. Разпределението по брой лекувани деца в периода на проучването е описано в **Табл. 1.**

Таблица 1

Възрастова група	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017	Общо
6 – 7 г.	n=9	n=12	n=8	n=7	n=7	n=43

Обследвани са първоначално преди започване на логопедична терапия и в края на всяка учебна година с авторска разработка на тестова проба:

„Тестова проба за нивото на графомоторните умения“ (Приложение 1).

Тестовата проба е авторски вариант, като в основата й стои фактът, че от зрително – моторната координация зависи графичната продукция, а в последствие писането, рисуването и чертането, които са основни цели в училищното обучение. Разделена е на пет части.

Първа част

Свързана е с графична продукция на ниво фигури и има рисувателен характер. Целта е не оценката на индивидуалните рисувателни умения, а правилното разположение в пространството чрез прерисуване на основните геометрични фигури.

Втора част

Състои се в разпознаване и назоваване на схематични и зашумени картинни изображения.

Трета част

Състои се в назоваване на скрити фигури. Това е проба за оценяване на състоянието на предметния зрителен гнозис в затруднени условия. Целта е детето да идентифицира образа на предмета, като го отдели от фона, при което се активизира взаимодействието между перцепция и внимание. Цели се избягване на несправянето със задачата поради непознаване на изобразения обект.

Четвърта част

Състои се в дорисуване на геометрични фигури с липсващи елементи, разположени по оста горе-долу, ляво дясно. Не се отчита лимитиране на времето за изпълнение.

Това е проба за изследване на зрителен – пространствен гнозис в затруднени условия. Предполага активизиране на структури от окципитално-темпоралния дял на дясна хемисфера и на префронталната кора.

Петата част състои се в довършване на започнат ред с геометрични изображения и възпроизвеждане на същия самостоятелно. Пробата изследва възможността за усвояване на двигателна програма на представен графичен модел с плавно превключване между елементите и автоматизацията на двигателната серия. Пробата дава допълнителна информация за състоянието на зрително-моторната координация и пространствените функции.

Описателна (дескриптивна) статистика – мерки за централна тенденция, ширина на реда, степени на грешка.

Корелационен анализ - за свързаността на данните

Т-тест - за сравнение на средните величини при различните условия на зависимата променлива.

Резултати

Описателни статистики на сравняваните методики при групата обект на изследването

Статистическият анализ на сравняваните методики на възрастовата групата (6–7 г.) на „Тестова проба за нивото на графомоторните умения“ представени в **Таблица 2,** потвърждават повишаването на резултатите на изходящите нива.

Таблица 2

Методики	Средно	Брой	Станд. отклонение	Средна статистическа грешка
Тестова проба входящ	18.8333	43	3.01958	.46593
Тестова проба входящ изходящ	21.1667	43	2.64959	.40884

При проверка за взаимовръзката между входящите и изходящите нива, представените резултати са с корелационни коефициенти, които показват свързаността на изследваните групи **(Табл. 3)**. Като цяло, корелациите са високи и значими: Correlation = .821, Sig.=.000, наблюдават се сравнително високи корелационни зависимости със

статистическа значимост. Това се обяснява с приложени подходящи терапевтични техники, основаващи се на спецификата на предучилищната и начална училищна възраст.

Резултатите при прилагане на Т-тест за сравнение на средните стойности при различните условия на зависимата променлива по показателите на приложената тестова проба, описани в **Табл. 4** показват отново, че най-голяма тежест има при разликите на t = -8.719 и статистическа значимост Sig. = .000.

Таблица 3

Тестова проба	Брой	Корелация	Значимост
Тест - входящ & Тест - изходящ	43	.821	.000

Таблица 4

Тестова проба	Средно	Станд. отклонение	95% Confidence Interval of the Difference		Време	Брой	Значимост
			Ниско	Високо			
Вх.Тест- Из. Тест	-2.33333	1.73440	-2.87381	-1.79286	8.719	43	.000

Дискусия

Получените резултати от първата част на тестовата проба могат да се тълкуват в посока възрастова специфика. Възрастта (6–7 г.) е ключова за развитието на гнозисните функции. В този период задно-асоциативните зони се специализират в разпознаване и проектиране на сложни изображения. Подобрената зрително-моторна координация и повишеното функциониране на зрителната и двигателна памет води до високия процент при прерисуване, със и без зрителна опора. Получените данни се потвърждават от изследванията на Глозман [3], в които той обследва деца с дисфазия на развитието. Той доказва, че в зрително-двигателната памет почти не се регистрират признаци на недоразвитие. Riccio [9] и Prunty [10] също доказват, че зрителната информация и нейното съхранение и извличане при децата с дисфазия на развитието е съхранено. Резултатите получени при входящото обследване на възрастовата група (6–7 г.) показват, че прерисуването на по-сложните фигури предизвиква повече грешки, но причините не са в разпознаването на фигурите, а в процеса на тяхното изобразяване, т.е. те са по-скоро следствие от трудности в зрително-моторната координация.

Описаните данни от втората и третата част на тестовата проба потвърждават наличието на динамика в развитието на зрителния гнозис в периода на предучилищна възраст и начална-училищната възраст (6-7 г.). Освен специализацията в разпознаването на задноасоциативните зони се увеличава и възможността на проекционната кора да реализира по-прост анализ - отделяне на контур и контраст. В периода на начална училищна възраст продължават да се усложняват операциите на зрителния гнозис и да се активират и предните асоциативни отдели. В свои проучвания Doniger [6] и Hsu [11] доказват, че във възрастта след 6 г. се увеличава активността на структурите, отнасящи се към вентралната зрителна система.

Резултатите получени от четвъртата и пета част на теста показват отново най-ниски стойности спрямо общия брой точки. Това може да се обясни също от една страна с незрялост на механизмите на екзекутивния контрол, а от друга с недостатъчното участие на вентралната зрителна система в разпознаването, което говори за увеличаване на активността на структурите отговорни за разпознаване по модално - специфични признаци. Едновременно с това се наблюдават и трудности при пресъздаване на цялостния

образ обекта на база на интеграция на отделните му признаци, предполага се, че причината за това е относителната незрялост на механизмите на зрително възприятие.[2] Тези резултати се потвърждават от проучванията и на други автори [6, 7, 5].

Заключение

Получените резултати от приложената тестовата проби на възрастовия период 6-7 години, отразяващи състоянието на идеомоторния праксис, дават основание да се твърди, че в сравнение с другите праксисни функции, идеомоторният праксис се развива по-бавно при децата с езикова патология при дисфазия на развитието. Затова този възрастов период е от особено значение за формиране на зрително-пространствената ориентация и идеомоторния праксис. Терапевтичният процес започва с формиране на представи, понятия и отношения, основаващи се на теориите за установяване на четирите степени на отдаленост (вътре, извън, в близост, далеч) на тялото от обектите, както и между самите тях. Началото на терапевтичното въздействие се свързва с осъзнаването на положението на предметите и обектите към себе си и към други обекти.

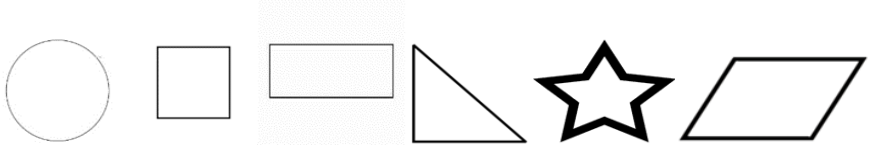
В заключение можем да обобщим, че придържайки се към комплекс от терапевтични насоки, подпомагаща развитието на пространствената ориентация по осите горе-долу, ляво-дясно, децата с дисфазия на развитието обект на проучването ни, след минимум едногодишна логопедична терапия показват положителна динамика в развитието си по отношение на формирането и развитието, както на графомоторните умения, така и на писмената форма на речта.

Приложение 1

„Тестова проба за нивото на графомоторните умения“

I. Геометрични форми - преписуване.

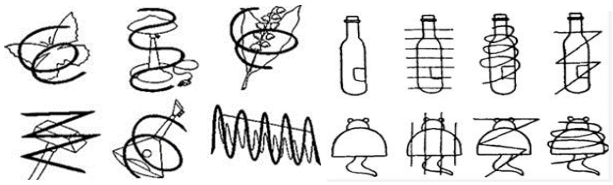
1. Нарисувай същата фигура, като тази която виждаш!



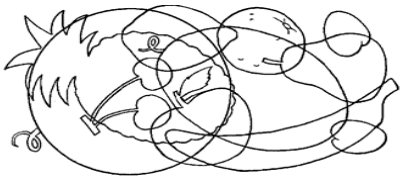
2. Погледни тези фигури, гледай ги колкото време ти е нужно, след това аз ще ги скрия и ти ще нарисуваш същите.



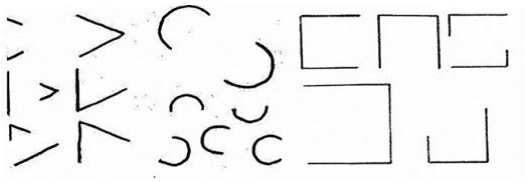
II. Какво е нарисувана на картинките?



III. Назови какви картинки виждаш!



IV. Дорисувай фигурите.



V. Нарисувай същите фигури!

1. Продължи и дорисувай същите фигури на реда!
2. Нарисувай един ред с фигури на празното място под дадения ред!



Литература:

1. Василева Н. Динамика на графомоторните умения при деца от предучилищна възраст (невропсихологична оценка).).: Сборник доклади от Конференция с международно участие ”Съвременни предизвикателства пред педагогическата наука”, СУ „Св. Кл. Охридски”. 2015. с. 587 - 597.
2. Василева Н. Детска невропсихология. Университетско издателство „Св. Кл. Охридски“. София 2018.
3. Глозман Ж. М., Нейропсихология детского возраста. Москва. 2008.
4. Жеков Ж. Предиктори за ранна диагностика на дисграфиите в предучилищна и начална училищна възраст. Автореферат. Шумен. 2010.
5. Крупская, Е. В., Мачинская, Р. И. Возрастные изменения параметров распознавания йерархических стимулов в условиях направленного внимания у детей от 5 до 10 лет. Журнал высшей нервной деятельности им. ИП Павлова. 2010;60(6):679-690.
6. Doniger, G. M., Foxe, J. J., Murray, M. M., Higgins, B. A., Snodgrass, J. G., Schroeder, C. E., & Javitt, D. C. Activation timecourse of ventral visual stream object-recognition areas: high density electrical mapping of perceptual closure processes. Journal of cognitive neuroscience. 2000;12(4):615-621.
7. Dukette, D., & Stiles, J. The effects of stimulus density on children’s analysis of hierarchical patterns. Developmental science. 2001;4(2):233-251.
8. International statistical classification of diseases and related health problems
9. Tenth Revision Психични и поведенчески разстройства. С, НЦОЗ/БПА (второ издание) 2003.
10. Riccio, C. A., Cash, D. L., Cohen, M. J. (2007). Learning and memory performance of children with specific language impairment (SLI). Applied Neuropsychology. 2007:14(4):255-261.
11. Prunty M. M, Barnett A. L, Wilmut K, Plumb M. S. An examination of writing pauses in the handwriting of children with Developmental Coordination Disorder. Research in Developmental Disabilities. 2014;35:2894–2905.
12. Hsu H. J., Bishop D. V. M. Sequence-specific procedural learning deficits in children with specific language impairment. Developmental Science. 2014;17(3):352–365.

ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ДЪЛГОСРОЧНИ ГРИЖИ ЗА ХОРА С УВРЕЖДАНИЯ – МЕХАНИЗМА „ЛИЧНА ПОМОЩ“

В. Спасова
Катедра „Социални и фармацевтични дейности“, Медицински колеж, МУ - Плевен

Контакт: Ас. Вероника Спасова, доктор
e-mail: spasova_v@abv.bg

Въведение

Хората с тежки увреждания зависят от помощта на други хора, за да се обслужват в ежедневието си, за да осъществяват дейности, свързани с поддържане на лична хигиена, с хранене, обличане и съблича не, домакински дейности, дейности извън дома и др. Да се грижиш за член от семейството в нужда е израз на любов, привързаност, лоялност, а често и задължение. И така е било от векове, без значение от конкретната болест или състояние. Какво жертват хората предоставящи грижи за член от семейството или близък? Това са хиляди хора, отказали се от работа, кариера, социален живот, пренебрегнали личния си живот и отдали се на денонощни грижи за свой роднина [9].

Изложение

В Конвенцията за правата на хората с увреждания се казва, че те имат право на независим живот и включване в общността [4]. Това право, залегнало в КПХУ, се отнася до всички хора, независимо от тяхната възраст, способности, естество на увреждането или интелектуалното затруднение. То означава, че всеки трябва да има възможност да живее и да участва в общността, която избере. Хората трябва да участват във вземането на решения за грижата и/или подкрепата, която получават, и да имат пълен контрол върху живота си [2].

В ситуацията на икономическа и социална криза, подсилена от негативните демографски промени, осигуряването на дългосрочна грижа за възрастните хора и хората с увреждания е сериозно предизвикателство, което придобива още по-актуално измерение в процеса на деинституционализация. Посоката на развитие е заложена в стратегическите цели на Националната стратегия за дългосрочна грижа и в Плана за действие за периода 2018-2021 г. за изпълнението й: [8]

1. Подобряване на качеството на живот и възможностите за социално включване на хората с увреждания и възрастните хора, чрез осигуряване на мрежа от услуги и мерки за подкрепа в общността и домашна среда и изграждане на подходящ материален и кадрови капацитет за предоставянето им;
2. Превенция на институционализацията на хора с увреждания и възрастни хора и изграждане на приемаща и подкрепяща нагласа в обществото;
3. Ограничаване на мрежата от специализирани институции и на достъпа до тях, извеждане от специализирани институции на хора с увреждания и закриване на 10 специализирани институции за хора с увреждания с най-неприемливи условия за живот [7].

От 1 септември 2019 година в България влезе в сила Закона за личната помощ, който има за цел чрез осигуряване на лична помощ да подпомогне хората с увреждания да упражняват основните си права, да имат възможности за избор, независим живот, активно включване и участие в обществото и достъп до услуги и дейности [3].

Броят на ползвателите на механизма за лична помощ се увеличава прогресивно - от около 5000 през септември 2019 г. до почти 20 000 през първия месец на 2020 г. Предвижда се през 2021 г. техния брой да нарасне до 80 000 души. Отделените бюджетни

средства за заплащане на личните асистенти за следващата година са над 214 млн. лева. От 2021 г. право на асистентски услуги ще имат и хората над 18 годишна възраст с ТЕЛК между 70% и 89% с чужда помощ [1].

Същност на личната помощ: лична помощ е механизъм за подкрепа на хора с увреждания за упражняване на правата им, за пълноценно участие в обществото, за извършване на дейности, отговарящи на индивидуалните им потребности от личен, домашен или социален характер и за преодоляване на бариерите на функционалните им ограничения. Механизмът гарантира възможност на хората с увреждания да изберат от кого, кога, къде и по какъв начин да се осъществят дейностите [3].

Ползватели на лична помощ: ползвател на лична помощ е човек с увреждане, довело до ограничения в способността му за самостоятелно обслужване в ежедневието и до зависимост от чужда помощ, която да компенсира функционалния дефицит и да осигури подкрепа за упражняването на основните му права и пълноценно участие в обществото.

До 31 декември 2020 г. ползвателите на лична помощ са:

- хората с право на чужда помощ с определени 90 и над 90 на сто вид и степен на увреждане или степен на трайно намалена работоспособност;
- децата с право на чужда помощ с определени 50 и над 50 на сто вид и степен на увреждане или степен на трайно намалена работоспособност;
- децата без право на чужда помощ с определени 90 и над 90 на сто вид и степен на увреждане или степен на трайно намалена работоспособност [3].

Когато ползвател на лична помощ получава добавка за чужда помощ по чл. 103 от Кодекса за социално осигуряване, в заявление-декларацията заявителят дава съгласие добавката да се превежда на Агенцията за социално подпомагане от Националния осигурителен институт след сключването на трудовия договор и определянето на асистент на човека с увреждане.

Включване в механизма лична помощ: личната помощ се предоставя въз основа на изготвена индивидуална оценка на потребностите и издадено направление с определен брой часове от Дирекция „СП“. Човек с увреждане, който иска да му бъде предоставена лична помощ, подава заявление – декларация за предоставяне на лична помощ. В заявлението лицето декларира, че не получава друга подкрепа за задоволяване на същите потребности и посочва асистент. Когато в заявлението не е посочен асистент, доставчикът на лична помощ може да предложи асистент на лицето с увреждания [3].

Оценка на потребностите: оценката на потребностите отчита цялостната житейска ситуация на човека, така че той да заеме достойното си място в семейството, общността и обществото, с всички произтичащи от това задължения и отговорности, които носят останалите граждани. Тя се изразява в общ брой часове месечно, които посрещат всички нужди на ползвателя. При личната помощ съществува тясна обвързаност между потребностите на човека с увреждане и броя часове, платими на един асистент. Изготвя се от Д“СП“.

Броят на часовете за лична помощ се определя въз основа на четири степени, както следва:

1. първа степен на умерена зависимост/затруднения;
2. втора степен на тежка зависимост/затруднения;
3. трета степен на много тежка зависимост/затруднения;
4. четвърта степен на тотална зависимост/затруднения.

Асистенти: асистентът е физическо лице, избрано от ползвателя на лична помощ, да предоставя лична помощ. Кандидатът за асистент подава до доставчик на лична помощ заявление по образец. Асистентът предоставя лична помощ въз основа на трудов договор, сключен с доставчика на лична помощ. Асистентът представя месечен отчет по

образец за отработените часове, подписан и от ползвателя на личната помощ или упълномощеното от него лице. Възнаграждението на асистента се определя на въз основа на отработените часове за един календарен месец. Часовата ставка за положен труд се определя въз основа на коефициент 1,4 от размера на минималната часова работна заплата, установена за страната за съответната година, социалноосигурителните и здравноосигурителните вноски за сметка на работодателя, ако асистентът не е осигурен на друго основание, и допълнителното трудово възнаграждение за трудов стаж и професионален опит [3].

До 31 декември 2020 г.

1) максималният брой часове, финансирани от държавния бюджет са следните:

- за първа степен на умерена зависимост/затруднения - до 15 часа месечно право на лична помощ;
- за втора степен на тежка зависимост/затруднения - до 42 часа месечно право на лична помощ;
- за трета степен на много тежка зависимост/затруднения - до 84 часа месечно право на лична помощ;
- за четвърта степен на тотална зависимост/затруднения - до 168 часа месечно право на лична помощ.

2) коефициентът на часовата ставка за положен труд: 2019 г. – 1.0; 2020 г. – 1.2.

Цел

Проучване мненията на лица, наети по механизма „Лична помощ“ по отношение на уреждането на грижите за лица с увреждания.

Материали и методи

Литературен обзор по темата и анкетно проучване с разработена анкетна карта с 16 отворени и затворени въпроси.

Резултати и обсъждане

През периода м. януари - м. февруари 2020 г., бях анкетирани 27 лица, включени в механизма „Лична помощ” от стартирането му през м. септември 2019 г. Всички респонденти са от община Долни Дъбник, която включва гр. Долни Дъбник и шест села на територията на общината.

Разпределението на анкетираните по пол е следното: жените са 85,1%, а мъжете са 14,9%. Средната възраст на респондентите е 55.4 г., като най-младият е на 30г., а най-възрастният на 73г. Значителен дял - 59,2% от наетите лица са над 55-годишна възраст.

Според образователната степен, която имат, разпределението е както следва: 2/3 от всички анкетирани лица (66,6%) са със средно образование, на следващо място с дял от 18,5% са тези с основно, 7,4% имат висше образование (магистър) и с по равен дял от 3,7% са лицата, които декларират завършен четвърти и шести клас.

Разпределението на респондентите според заетостта им до започването на работа по механизма „Личната помощ”, е следното: 1/3 (33,3%) са били безработни, на следващо място с дял от 25,9% или всеки четвърти е пенсионер, 18,5% са работили на непълен работен ден и 3,7% са работели на частно – гледане на болен човек.

Механизма „Лична помощ“ дава възможност за регламентиране като трудова заетост, на грижите, които полагат близките за хората с тежки увреждания. Резултатите показват, че почти ¾ (74%) от анкетираните са роднини на човека за когото се грижат: 37% гледат съпруг/съпруга, 25,9% са тези, които са майка на лицето, 7,4% са дъщеря и 3,7% свекърва на лицето с трайно увреждане. Останалите 25,9% нямат родствена връзка.

На въпроса: „Имате ли придобита квалификация/обучение за грижи в домашна среда за лица с увреждания?", малко над половината от респондентите – 51,9% посочват, че имат подготовка придобита по: програма асистенти на хора с увреждания; завършен курс в ДП "БГЦПО"; домашен санитар по програма „Помощ в дома". Останалите 48,1% не са изкарали курс на обучение за грижи за лица с увреждания.

Възрастта на лицето, за което полагат грижи варира от 26-годишна до 90-годишна възраст. Средната възраст на лицата с увреждания е 58 г.

По отношение периода, през който е настъпило увреждането на лицето за което полагат грижи, разпределението е както следва: при 2/3 (66,6%) е придобито по-късно (след 35г), 18,5% са с увреждания по рождение, при 11,1 % увреждането е настъпило в младежка възраст (до 35г), а при 3,7% датира от ранна детска възраст.

Според водещата диагноза, посочена в ЕР на ТЕЛК, можем да разграничим уврежданията на лицата в следните категории:

- Проблеми в опорно-двигателния апарат и придвижването – 8 лица;
- Алцхаймер и деменция – 4 лица.
- ДЦП – 2 лица.
- Инсулт – 2 лица.
- Слепота – 2 лица.
- Психични заболявания – 2 лица.

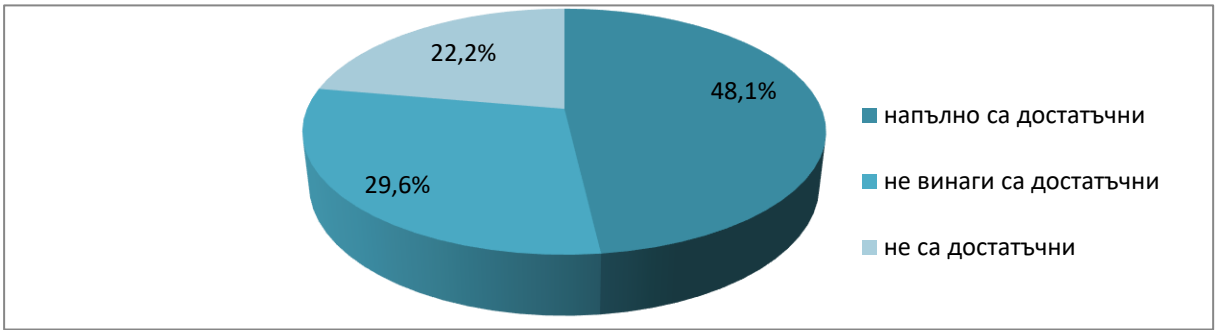
Срещат се още диагнози като: диабет, паркинсон и аутизъм.

Запитани кой е полагал грижи за лицето с увреждане до влизане в сила на механизма „Лична помощ", най-голям дял от респондентите – 48,1% споделят, че те самите са гледали своя близък. На следващо място 1/3 (33,3%) са имали личен/социален асистент по програма. При 7,4% никой не е полагал грижи и по равен дял от 3,7% са били ангажирани дъщеря и зет, бивш съпруг и син.

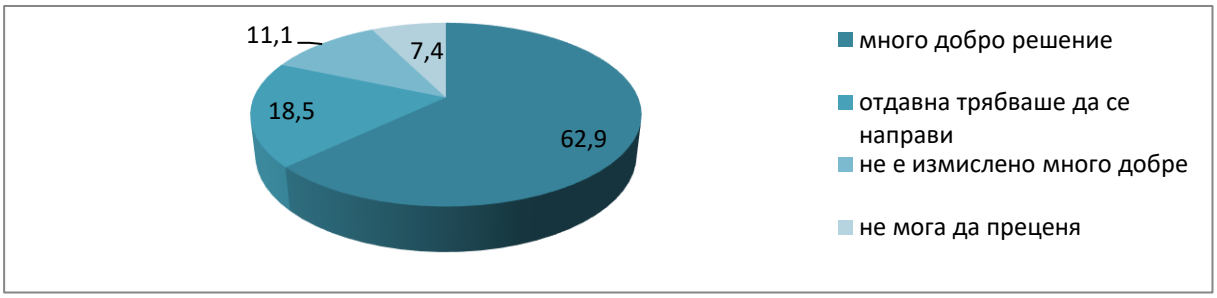
Регламентирането на предоставянето на „Личната помощ", наемането на лицето, което ще предостави грижи, както и заплащането му зависят от месечния пакет часове, определени в индивидуалната оценка на потребностите. Анкетираните декларират определена заетост между 5 и 8 часа дневно в изпълнение на дейности за потребителите.

На въпроса: „Според Вас, достатъчни ли са определените часове за изпълнение на дейностите от които се нуждае лицето с увреждане?", почти половината от анкетираните (48,1%) отчитат, че са напълно достатъчни , на следващо място 29,6% изказват мнение, че не винаги са достатъчни, а останалите 22,2% са категорични, че определените за гледане часове не са достатъчни. Нито един от респондентите не е посочил, че са повече от необходимото **(фиг. 1).**

Разпределението на мненията на анкетираните относно „регламентирането на грижата за лицата с увреждания в домашна среда от роднини, като трудово-правно отношение със съответното заплащане", е следното: най-голям дял - 62,9% считат, че това е много добро решение, 18,5% споделят, че отдавна е трябвало да се направи, според 11,1% не е измислено много добре, а останалите 7,4% не могат да преценят **(фиг. 2).**



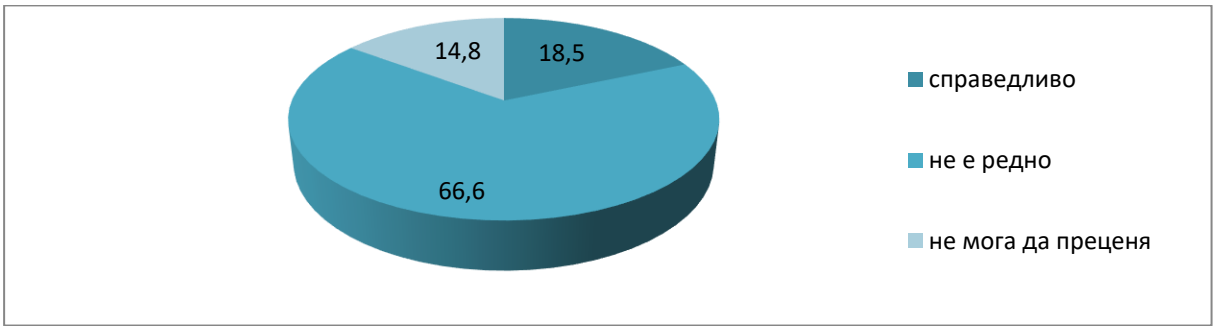
Фиг. 1. Разпределение на мненията на респондентите относно достатъчни ли са часовете за изпълнение на дейностите



Фиг. 2. Разпределение на мненията на респондентите относно регламентирането на грижата за лицата с увреждания в домашна среда

Запитани, удовлетворени ли са от заплащането, което получават по механизма „Личната помощ", над половината от анкетираните - 55,5% са напълно удовлетворени, 1/3 (33,3%) „отчасти" и само 11,1% не са удовлетворени.

Запитани за мнението им относно „удържането на сумата за чужда помощ от пенсията на лицето с увреждане и превеждането на парите за финансиране на разходите за личната помощ", 2/3 от респондентите (66,6%) считат, че това не е редно, 18,5% намират това за справедливо, а останалите 14,8% не могат да преценят **(фиг. 3).**



Фиг. 3. Разпределение на мненията на респондентите отностно удържането на сумата за чужда помощ от пенсията на лицето с увреждане

На въпроса: „Според Вас, уреждането на грижите за лица с увреждания по механизма „Лична помощ", ще намали ли броя на желаещите за настаняване в специализирани институции?", значителен дял от респондентите - 85,1% отговарят, че със сигурност ще има превантивен ефект, 7,4%, са на мнение, че отчасти ще намалее броя на желаещите и по равен дял от 3,7% са мненията, че няма да окаже влияние и тези, които не могат да преценят.

Изводи:

- ¾ от анкетираните са роднини на лицето с трайно увреждане;
- Половината лица, наети по механизма „Лична помощ" имат завършен курс на обучение за грижи за лица с увреждания в домашна среда;
- Почти половината лица отчитат, че часовете за изпълнение на дейностите, определени в индивидуалната оценка на потребностите, са напълно достатъчни;
- 62,9% считат, че регламентирането на грижата за лицата с увреждания в домашна среда от роднини, като трудово-правно отношение със съответното заплащане е много добро решение;

- Над половината от анкетираните - 55,5% са напълно удовлетворени от заплащането, което получават по механизма „Лична помощ“;
- 2/3 от респондентите (66,6%) считат, че удържането на сумата за чужда помощ от пенсията на лицето с увреждане и превеждането на парите за финансиране на разходите за личната помощ не е редно.
- 85,1% от анкетираните са на мнение, че със сигурност уреждането на грижите за лица с увреждания по механизма „Лична помощ”, ще намали броя на желаещите за настаняване в специализирани институции.

Заключение

В България организации на хора с увреждания над десет години работят активно за разработване и приемане на Закон за личната помощ. Запознати с най-добрите европейски практики в тази сфера, експерти разработват вариант на такъв закон за България, който гарантира равнопоставеност и пълноценно участие на хората с увреждания в обществения живот – без еквивалент сред предлаганите в страната асистентски услуги. Приемането му дава на хората с увреждания достъп до една качествено нова услуга, радикално нов, различен механизъм за овластяване и самоопределяне на хората с увреждания.

Литература

1. АСП. Достъпен на: https://asp.government.bg/, (14.11.2020).
2. Деинституционализация и живот в общността — резултати и разходи: доклад от европейско проучване, том 2: Основен доклад, Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. and Beecham, J.: Deinstitutionalisation and community living — outcomes and costs: report of a European Study, Canterbury: Tizard Centre, University of Kent, 2007.
3. Закон за личната помощ, информацията е налична на: https://lex.bg/bg/laws/ldoc/2137189250
4. Конвенция за правата на хората с увреждания, приета от Общото събрание на ООН на 6 декември 2006 г.и Факултативният протокол към нея.
5. Личната помощ – гарант за правото на хора с трайни увреждания да живеят независим и достоен живот в избраните от тях общности, информацията е налична на: http:/Лична%20помощ.pdf
6. Национална стратегия за дългосрочна грижа, Министерство на труда и социалната политика, 07.01.2014 г.
7. План за действие за периода 2018-2021г. за изпълнение на националната стратегия за дългосрочна грижа. Достъпен от: PLAN_LTC_20.11.2017.docx
8. Spasova V.,Current state and future prospects of social services in community for people with disabilities in Bulgaria. (P. Robert Dimitrovski, Ed.) International Journal, Institute of Knowledge Management , 22.6, 1757 - 1763. ISSN 1857-923X, (GIF) 1.322 (2016)
9. Spasova, V.,Problems of those providing cares for persons with intellectual impairments in family environment. Сборник с научни изследвания, стр. 317-322. Университетско издателство „Св. св. Кирил Методий“, Велико Търново, 2018. ISSN 2603 – 4093
10. http://www.selmira.net/node/124

ЗНАЧЕНИЕТО НА СОЦИАЛНОЗНАЧИМИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ ЗА КАЧЕСТВОТО НА СОЦИАЛНАТА УСЛУГА "ПРИЕМНА ГРИЖА"

И. Петкова
Катедра „Социални и фармацевтични дейности", Медицински колеж, МУ – Плевен

Контакт: Доц. Искра Петкова, доктор
e-mail: Petkovai@abv.bg

Въведение

Социалнозначимите заболявания се определят като болести на съвременния начин на живот. Те до голяма степен обременяват икономически и психологически хората и семействата им и често водят до влошено оптимално функциониране при изпълнение на ежедневните дейности [8]. Особено актуален е този въпрос когато семейството е поело ангажимента да се грижи за дете в ролята на приемно такова.

В основата и същността на социалната работа с приемните родители стои изискването да се извърши оценка на капацитета на приемното семейство да полага адекватни грижи за настаненото дете от гл. т. на: възможности за задоволяване на основните жизнени и ежедневни потребности на детето, задоволяване на емоционалните и познавателните му потребности, да отговори на социалните му нужди [4].

Със специална Наредба за условията и реда за кандидатстване, подбор и утвърждаване на приемни семейства и настаняване на деца в тях [5] се регламентират изискванията, на които трябва да отговарят кандидатите за приемни родители. В чл. 8, ал. 1, т. 4 от Наредбата се поставя условие кандидатите да представят „медицинско удостоверение, че не страдат от болестите по чл. 32, т. 8 от Закона за закрила на детето" [5]. Във връзка с чл. 32, т. 8 от Закона за закрила на детето лица „които страдат от СПИН и болести по чл. 61, ал. 1 и чл. 146, ал. 1, т. 1 и 2 от Закона за здравето" [2] не могат да кандидатстват за приемни родители. В рамките на Закона за здравето по смисъла на чл. 61, ал. 1 това са лица болни или заразоносители на конкретни заболявания, които подлежат на задължителна изолация и болнично лечение [3], а според чл.146, ал. 1, т. 1 и 2 това са „лица с психични разстройства, нуждаещи се от специални здравни грижи" [3]. В чл. 22, ал. 1, т. 1 на Наредба за условията и реда за кандидатстване, подбор и утвърждаване на приемни семейства и настаняване на деца в тях се регламентира задължението на приемните родители да уведомяват дирекция „Социално подпомагане", работеща с детето за промените в обстоятелствата по чл. 32 от Закона за закрила на детето, а именно и случаите на настъпила промяна в здравословното състояние на член от семейството [5]. Практиката показва, че при такива случаи, с цел опазване живота и здравето на настаненото детето се предприема прекратяване на настаняването в приемното семейство и търсене на варианти за последваща подкрепа, включително предприемане на нова мярка за закрила [4].

Такава промяна в живота на едно дете поставя въпроса за уязвимостта на детето, ползващо социалната услуга „приемна грижа", която е обвързана с проблемите на изоставеното дете и възможността то да развие разстройство на привързаността. Един от факторите за развитието му е честата смяна на приемни семейства продиктувано от хоспитализиране или непреодолима хронична болка на обгрижващия приемен родител.

Този проблем определя необходимостта от провеждане на специализирано обучение по темата свързана с появата на социалнозначимо заболяване на член от приемното семейство и влиянието му върху качеството на приемната грижа

По инициатива на специалисти, работещи в областта на социалните дейности по приемна грижа, в рамките на продължаващо обучение по Проект „Приеми ме 2015" - BG05M9OP001-2.003-0001-C01, финансиран от Оперативна програма „Развитие на

човешките ресурси“, съфинансирана от Европейския съюз чрез Европейския социален фонд се проведе обучение на тема „Социалнозначимите заболявания в контекста на приемната грижа“. Темата е структурирана в три модула:

1 модул – водещи социалнозначими заболявания [1, с. 182];

2 модул – рискови фактори за социалнозначимите заболявания [1, с. 183]

3 модул – Проблемът социалнозначими заболявания в приемното семейство: законова рамка – Наредба за условията и реда за кандидатстване, подбор и утвърждаване на приемни семейства и настаняване на деца в тях [5]; Закон за закрила на детето [2]; Закон за здравето [3]; Наредба за критерии и стандарти за социални услуги за деца [6]; Методика за условията и начина на предоставяне на социална услуга „приемна грижа“ [4]; Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020[7]; пречки за успешно осъществяване на приемната грижа.

В три модулното обучение по темата „Социалнозначимите заболявания в контекста на приемната грижа“ се работи с разнообразни методи: мултимедийна презентация свързана с отдиференциране на рисковите фактори за социалнозначимите заболявания; мозъчна атака за определяне на пречките за успешно осъществяване на приемната грижа когато член на приемното семейство страда от конкретно заболяване; работа в малки групи, които разглеждат появата на проблеми от гл. т. на качеството на грижа за детето когато член (приемен родител) на приемното семейство се разболее от социалнозначимо заболяване; обсъждане и анализиране приложението на законовите рамки (според Закон за закрила на детето, Закон за здравето и другите нормативни документи) по темата; коментиране на случаи и решаване на казуси от практиката.

Цел

Да се оцени мнението на специалистите в областта на социалната работа по проблема свързан със социалнозначимите заболявания в приемните семейства и качеството на извършваната от тях социална грижа.

Материали и методи

Методи за изследване:

Методи на емпиричното изследване – анкетно проучване сред специалисти, работещи в областта на социалните дейности по приемна грижа, включващо оценка на: рисковите фактори за социалнозначими заболявания; влияние на обучението по тема свързана със социалнозначимите заболявания върху интереса, информираността, отговорността към здравето като ценност върху членовете на приемното семейство; влияние на налично социалнозначимо заболяване на член от приемното семейство върху качеството на грижа за детето.

Процедура и обхват на изследването: логиката и технологията на емпиричното изследване следва определени *процедурни стъпки* на планиране и осъществяване:

- Определяне на критериите и показателите на анкетното проучване;
- Осъществяване на анкетно проучване;
- Анализ на резултатите от анкетното проучване: представяне и количествен анализ на относителната честота (в %) на отговорите на респондентите; качествен анализ за възможни причини, зависимости, тенденции и др.

Обхват на изследването: В анкетното проучване на доброволен принцип са включени общо 53 специалиста, работещи в областта на социалните дейности по приемна грижа в област Плевен и област Ловеч.

Инструментариум на изследването: разработена е стандартизирана анкетна карта, съдържаща три основни въпроса:

1 въпрос – Как оценявате рисковите фактори за социалнозначимите заболявания от гледна точка на: стил и начин на живот; генетични и биологични фактори; рискови фактори на околната среда; рискови фактори, свързани с дейността на здравните служби.

2 въпрос – До каква степен обучение по тема свързана със социалнозначимите заболявания ще повлияе върху членовете на приемното семейство за: нарастване на интереса; повишаване на информираността; търсене на възможности за достъп до различна информация; нарастване на личната отговорност към собственото здраве; повишаване на отговорността към здравето на детето.

3 въпрос – До каква степен наличието на социалнозначимо заболяване на член от приемното семейство би довело до: риск от повторно изоставане на детето; невъзможност за задоволяване на ежедневните потребности на детето; риск за здравето на детето; невъзможност за задоволяване интересите на детето; невъзможност за пълноценно общуване с детето.

Оценките се определят в петстепенна скала на Ликерт: 1– не; 2 – по-скоро не; 3 – не мога да преценя; 4 – по скоро да; 5 – да.

Резултати и обсъждане

Изследването е проведено със специалисти, работещи в областта на социалните дейности по приемна грижа в област Плевен и област Ловеч през м. октомври и м. ноември 2019 г. На доброволен принцип са изследвани общо 53 специалиста (N=53), участници в продължаващо обучение по Проект „Приеми ме 2015“ - BG05M9OP001-2.003-0001-C01, финансиран от Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“, съфинансирана от Европейския съюз чрез Европейския социален фонд.

Резултатите от оценките на специалистите на въпроса „Как оценявате рисковите фактори за социалнозначимите заболявания“ са отразени в **табл. 1**.

Табл. 1: Оценка на рисковите фактори за социалнозначимите заболявания

Показатели	Степен на оценка в %				
	1 – не	2 – по-скоро не	3 – не мога да преценя	4 – по-скоро да	5 – да
1. Стил и начин на живот	0	0	3,77	43,40	52,83
2. Генетични и биологични фактори	0	0	9,34	41,51	49,06
3. Рискови фактори на околната среда	0	3,77	16,98	50,94	28,30
4. Рискови фактори, свързани с дейността на здравните служби	9,34	5,66	39,62	26,42	18,87

Отговорите на респондентите на този въпрос показват, че те оценяват в най-висока степен (5 – „да”) рисковите фактори „стил и начин на живот“ (52,83%) и „генетични и биологични фактори“ (49,06%). Половината от анкетираните специалисти са оценили „рисковите фактори на околната среда“ (50,94%) със степен 4 – „по скоро да”. Само за показател „рискови фактори, свързани с дейността на здравните служби“ преобладаващите отговори са за степен 3 – „не мога да преценя“ (39,62%). Резултатите от отговорите на този въпрос дават основание да се приеме, че анкетираните специалисти определят като особено важни за социалнозначимите заболявания рисковите фактори като стилът и начинът на живот както и генетичните и биологичните фактори. Те отдават значение също така на рисковите фактори на околната среда.

В **табл. 2** са представени резултатите от оценките на въпроса „До каква степен обучение по тема свързана със социалнозначимите заболявания ще повлияе върху членовете на приемното семейство“.

Табл. 2. Оценка влиянието на обучението на приемни родители по тема свързана със социалнозначимите заболявания

Показатели	Степен на оценка в %				
	1-не	2-По-скоро не	3 – Не мога да преценя	4 – По-скоро да	5 –да
1. Нарастване на интереса	0	0	9,34	39,62	50,94
2. Повишаване на информираността	0	0	7,55	41,51	50,94
3. Търсене на възможности за достъп до различна информация	0	3,77	7,55	49,06	39,62
4. Нарастване на личната отговорност към собственото здраве	0	5,66	13,21	32,08	49,06
5. Повишаване на отговорността към здравето на детето	0	0	7,55	37,74	54,72

Резултатите от оценките на респондентите на този въпрос са в полза на най-високата степен 5 – „да" за показателите: „нарастване на интереса" и „повишаване на информираността" по 50,94%, „нарастване на личната отговорност към собственото здраве" – 49,06% и „повишаване на отговорността към здравето на детето" с 54,72%. Показателят „търсене на възможности за достъп до различна информация" е оценен предимно със степен 4 – „по скоро да". Анкетираните специалисти единодушно оценяват възможностите при обучението на приемните родители по тема свързана със социалнозначимите заболявания да се повиши интереса, информираността, отговорността към здравето като ценност.

Резултатите от оценките на респондентите на въпроса „До каква степен наличието на социалнозначимо заболяване на член от приемното семейство би довело до..." са отразени в **табл. 3.**

Табл. 3. Оценка влиянието на налично социалнозначимо заболяване на член от приемното семейство върху качеството на грижа за детето

Показател	Степен на оценка в %				
	1–не	2 –По-скоро не	3 –Не мога да преценя	4 – По-скоро да	5 –да
1. Риск от повторно изоставане на детето	0	0	3,77	22,64	73,58
2. Невъзможност за задоволяване на ежедневните потребности на детето	0	7,55	7,55	26,42	58,49
3. Риск за здравето на детето	3,77	3,77	7,55	52,83	32,08
4. Невъзможност за задоволяване интересите на детето	0	5,66	9,34	30,19	54,72
5. Невъзможност за пълноценно общуване с детето	0	0	5,66	37,74	56,60

В отговорите на този въпрос отново преобладават резултатите за степен 5 – „да". Анкетираните специалисти убедително посочват, че наличието на социалнозначимо заболяване на член от приемното семейство би довело до риск от повторно изоставане на детето (73,58%). Повече от половината от респондентите са убедени, че пълноценното общуване с детето ще бъде невъзможно (56,60%). Подобни са стойностите за показателите „невъзможност за задоволяване на ежедневните потребности на детето" (58,49%) и „невъзможност за задоволяване интересите на детето" (54,72%). Само за показател „риск

за здравето на детето“, оценките на анкетираните преобладават за степен 4 – „по скоро да” (52,83%). Тези резултати дават основание да се обобщи, че наличието на социалнозначимо заболяване на член от приемното семейство би довело до риск от повторно изоставане на детето. Не се пренебрегват проблемите с пълноценното общуване с детето и със задоволяване интересите и ежедневните му потребности.

Заключение

Включването на темата за социалнозначимите заболявания в социалната работа с приемните семейства ще обогати информираността им свързана със същността, особеностите и негативното влияние на заболяването за оптимално функциониране при изпълнение на ежедневните дейности. В резултат на това ще се повиши отговорността им към личното здраве и здравето на детето като ценност.

Оценява се фактът, че наличието на социалнозначимо заболяване на член от приемното семейство би довело до влошаване качеството на грижа и риск от повторно изоставане на детето.

Литература

1. Грънчарова Г, Александрова-Янкуловска С. Социална медицина. Издателски център МУ – Плевен, 2015, стр.182-183
2. Закон за закрила на детето. ДВ 58/2019;
3. Закон за здравето. ДВ 98/2010
4. Методика за условията и начина на предоставяне на социална услуга „приемна грижа“. asp.government.bg › uploaded › files › external › 9100... (29.10.2019)
5. Наредба за условията и реда за кандидатстване, подбор и утвърждаване на приемни семейства и настаняване на деца в тях. ДВ 100/2006 , ДВ 68/2012
6. Наредба за критерии и стнадарти за социални услеги за деца. ДВ 7/2011
7. Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020. Решение на МС № 538/12.09.2013 http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/ (29.10.2019)
8. Социално значими заболявания. Сърдечно-съдови заболявания. social.framar.bg › социално-значим...(29.10.2019)

ОТНОШЕНИЕТО НА РОМСКАТА ДЕВОЙКА КЪМ СОБСТВЕНОТО ОБРАЗОВАНИЕ И ТРАДИЦИИ НА ЕТНОСА

М. Гуновска

Катедра „Социални и фармацевтични дейности“, Медицински колеж, МУ – Плевен

Контакт: Ас. Мариета Гуновска
e-mail: m_gunovska@abv.bg

Въведение

Ромите в България биват класифицирани като междугрупова етническа общност, съставена от групи, метагрупови обединения и субгрупи със своя идентичност. Подобно на ромите по света, в България те не са единна и еднородна, а хетерогенна общност, като най-важна, от гледна точка на идентичност и норми на поведение, е груповата принадлежност. В България е приета класификацията на ромските общности на Елена Марушиакова и Веселин Попов [3].

От гледна точка на етнокултурата на ромските общности, подобно на всички потрадиционни общности, индивидът е такъв, какъвто го прави принадлежността му към дадена група. Положението му в определената група определя идентичността за самия

него и за останалите членове на групата. Социалният контрол гарантира стабилността и трайността на групата като социална структура, а системата от правила, които всеки член на групата „научава“ израствайки в нея включва модели на поведение, според възрастта, пола, брачния статус, и пр. [2, 81].

С. Георгиева (2009) определя ромската общност като „най-хетерогенната малцинствена общност у нас...“. При провеждане на структурирано интервю по време на теренно изследване сред роми за определяне на идентичността им „изследваните лица засягат не толкова етническия си произход, колкото културните традиции, свързани с общността...“ [1, 173].

Семейството е основната възпитателна единица, която осигурява социалното възпроизводство, сигурността и протекцията на индивида, като в повечето случаи се състои не само от нуклеарното семейство, но от няколко поколения.

В ромското семейство има строго разпределение на задълженията по пол и по възраст, което не излиза извън характерната за всяко традиционно общество норма за мъжки и женски приоритети и дейности, остатъци от която, в по-малка или по-голяма степен са съхранени сред всички общности до наши дни.

Социалното неравенство и социалната несправедливост се определят от високата раждаемост, при която ромските жени се превръщат в „жертвен агнец”, като се поставят в подчиненост без право на лично мнение, отношение и решение. Това принуждава младото момиче да спазва стриктно неписаните ромски закони, като при тяхното нарушаване изтърпява безкомпромисни наказания, които понякога са жестоки и безпощадни. Друг негативен фактор за нейното развитие е липсата на полова солидарност или равенство в семейството, което оказва влияние върху жизнената траектория, перспективи и социална реализация на децата с женска полова идентичност [4, 224].

В традиционното ромско семейство водеща роля има мъжът, който трябва да бъде ръководещият фактор, затова на момчетата се предоставят възможности за завършване на образование и усвояване на специфични за ромите занаяти. При момичетата е точно обратното, смята се, че те нямат нужда от образование, тъй като тяхно задължение е само да раждат деца и да се грижат за домакинството.

Друг фактор, който влияе върху по-ниската грамотност при ромските жени е по-ниската възраст, в която те раждат деца и започват семеен живот.

Родителите гледат на момичето като на жена, която е готова да създава семейство и да ражда деца, въпреки че съзряването й не е приключило още [5, 41].

Сериозен проблем за ромският етнос е ниската сексуална култура, която е типична за семействата, които спазват традициите на общността. Ниската сексуална култура е предпоставка за ранното започване на полов живот, висока и ранна раждаемост. В този „еднопосочен“ кръг сложните проблеми изглеждат невъзможни за разрешаване от ромското семейство със собствени ресурси [6, 28].

Жените при ромите са подложени и на тотален контрол поради много причини от различен характер. Младият ром става пълноправен мъж единствено, ако е женен и има дете. Затова младите хора са подложени на социален натиск от семейството и етноса за много ранно раждане, обикновено още през първата година от брака [8, 173].

В Европейски мащаб става известен случая в Румъния от 2003 година на Ана-Мария Чиоба, дъщеря на т. нар. ромски крал Флорин Чиоба, която е омъжена на 12 години в уговорен съгласно традицията на ромите кардараши за момче на 15 години [9].

Интересното в този случай е опитът на самата общност да „реши“ този проблем десетилетие по-късно. През 2014 г. синът на вече покойният Флорин Чиоба, Дорин, в качеството си на ромски лидер обявява, че традиционният орган за разрешаване на проблеми в общността (*Stabor*), който се състои от уважавани от мъже е взел решение „нашите момичета първо да ходят на училище и после да се женят“, защото „се срещаме с

нов, модерен свят. Време е всички ние да се променим, така че решихме, че ромският брак не трябва да обвързва хора под 16 години, което все още се случва“ [10].

В нашата страна ромските деца и младежи, и по-специално момичетата в някои общности в страната отпадат от образователната система, въпреки конституционно гарантираното право на образование и регламентирането на задължителния му характер за всички български граждани от 5 до 16 години.

По данни на НСИ в последните години се наблюдава тенденция към повишаване на образователното ниво сред ромите и особено при ромските момичета. Намалява броят на детските бракове и ранни раждания като абсолютна стойност и като процент от всички бракове и раждания. Детските бракове не са единствената причина за незаписване или отпадане от образователната система сред ромите. [7].

Това ме провокира да проведа и настоящото проучване сред ромски девойки в малко населено място.

Цел

Проучване мнението и нагласите на девойки от ромски произход, по отношение на традициите и образованието им.

Дизайн на изследването: изследването е проведено през месеците май – юни 2020 г. и обхваща девойки от ромски произход.

Материал и методи

Изследването включва полустандартизирана анкетна карта, която включва 15 затворени и 2 отворени въпроси. Въпросите насочени към демографските характеристики на изследваните лица (възраст, клас) не са включени в тези 17 въпроса.

Изследвани лица: Четиридесет и една девойки от ромската махала на гр. Тръстеник.

Резултати и обсъждане

Демографски показатели*:* *По възраст:* 13 год. – 19,51%; 14 год. – 24,39%; 15 год. – 34,15%; 16 год. – 17,07%; 17 год. – 2,44%, 21 год. – 2,44%.

Клас: 7 клас – 19,51%; 8 клас – 24,39%; 9 клас – 29,27%; 10 клас – 17,07%; 11 клас – 2,44%; 4,88% – не учат; 2,44% – без средно образование.

Средната възраст на респондентите е 14,7 години, като две от тях са прекъснали обучението си, а 21-годишната не е завършила средно образование, останалите са учащи се.

Повече от половината (51,22%) от анкетираните живеят с родителите си и разширеното семейство, което е характерна особеност за по-голяма част от етноса, 43,90% живеят само с родителите си. Останалите (4,88%) съжителстват с други роднини.

Почти всички девойки (92,68%) споделят, че когато трябва да се вземе някакво решение всички заедно го обсъждат, може да се допусне, че вече в ромското семейство, патриархалният стил на възпитание отстъпва място на по-либерален, само 7,32% са отговорили, че родителите им имат последната дума по съответния проблем.

Почти всички респонденти (97,56%) празнуват най-характерните за етноса празници – Василица и Прощапулник. Повече от половината (68,29%) споделят, че спазват Бари Богородица. Всяка трета девойка е посочила, че спазва традицията „къпане в солена вода“, 14,63% запазват все още традицията „сюнет“. Притеснителен е фактът, че повече от половината (51,22%) все още изпълняват обичая „купуване на булката“, което в повечето случаи е предпоставка за ранни бракове, преждевременно напускане на образователната система и последващи ранни раждания **(фиг. 1).**

Значителна част (85,36%) от анкетираните декларират, че родителите им не правят разлика между братя и сестри, по отношение на образованието, което потвърждава резултатите от въпроса, свързан с вземането на решенията в патриархалното ромско семейство. Незначителен дял (9,76%) са посочили, че родителите им правят разлика, и по равен дял (2,44%) смятат, че „родителите им по-скоро проявяват различно отношение към децата в зависимост от техния пол“, и „не могат да преценят“.

Почти половината от ромските девойки (48,78%) са на мнение, че образованието в тяхното семейство се счита, по-скоро за ценност, 17,07% са категорични, че образованието е важно, 14,64% не могат да преценят, което зависи от възпитанието и отношението на родителите им. Малка част от анкетираните (17,07%) посочват, че в тяхното семейство образованието не се цени, а за останалите 2,44% то е ценност, която не се зачита от тях.



Фиг. 1. Празници и традиции, които спазват анкетираните

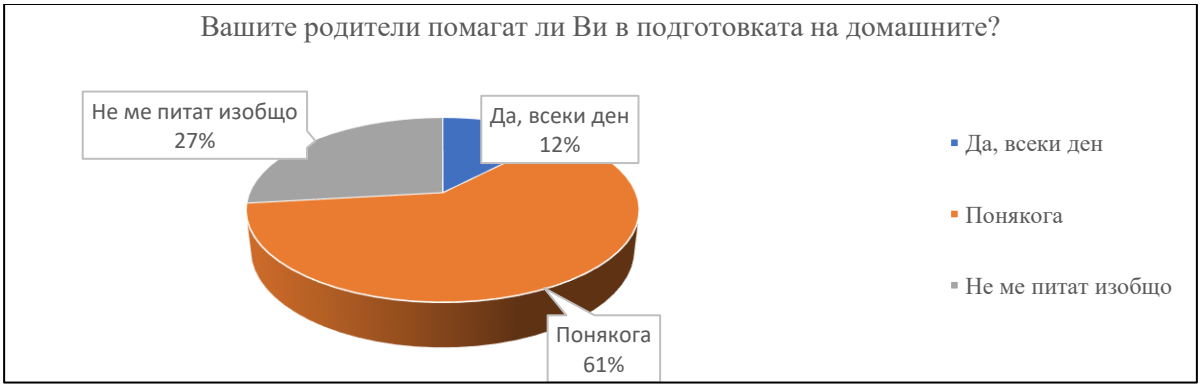
На въпроса „Смятате ли, че образованието е фактор за благополучие в живота?“ повече от половината (51,22%) споделят положително мнение затова, 27,39% от анкетираните смятат, че образованието е гаранция за успешен старт в живота, 14,64% от девойките не могат да преценят, 7,32% отговарят отрицателно, а 2,44% посочват, че по-скоро това не оказва влияние върху бъдещето на човек, което вероятно е „предадено“ от родителите им.

Положителен е фактът, че 70,73% от родителите на анкетираните са със завършено средно образование, което го определя като ценност в семейството, 12,19 % са отговорили, че родителите им са с основно образование, 9,76% са посочили висше образование, 4,88 % от респондентите споделят, че родителите им нямат никаква придобита степен на образование, а при 2,44%, от родителите на ромските девойки са само с начално образование. Получените резултати са обнадеждаващи, тъй като по-голямата част от момичетата се възпитават от образовани родители, което ще окаже влияние и на тяхната мотивация за учене и постигане на желаните цели в живота.

Затова и следващите въпроси са насочени към мотивацията, която получават ромските девойки от своите родители за редовно посещаване на училище. Почти половината (46,34%) споделят, че родителите им по-скоро ги мотивират да ходят на училище, 24,39% дават категоричен положителен отговор, 14,63% не могат да преценят, по равни дялове от 7,32%: посочват, че „родителите им не ги мотивират, да посещават училище“ и по-скоро не ги насърчават за това.

Относно подкрепата, която получават от родителите си в подготовката за училище, мненията се разпределят по следния начин: повече от половината (60,98%) споделят, че родителите понякога им помагат в подготовката на домашните, може да се

допусне, че помощта е само когато те срещат някаква трудност в подготовката на самостоятелните задачи, една четвърт (26,83%) дават отговор, че родители им не ги питат изобщо за домашните и не им помагат, което е обезпокоително. Само при 12,19% родителите се включват всеки ден при подготовката на домашните и се интересуват непрекъснато от учебния процес **(фиг. 2).**

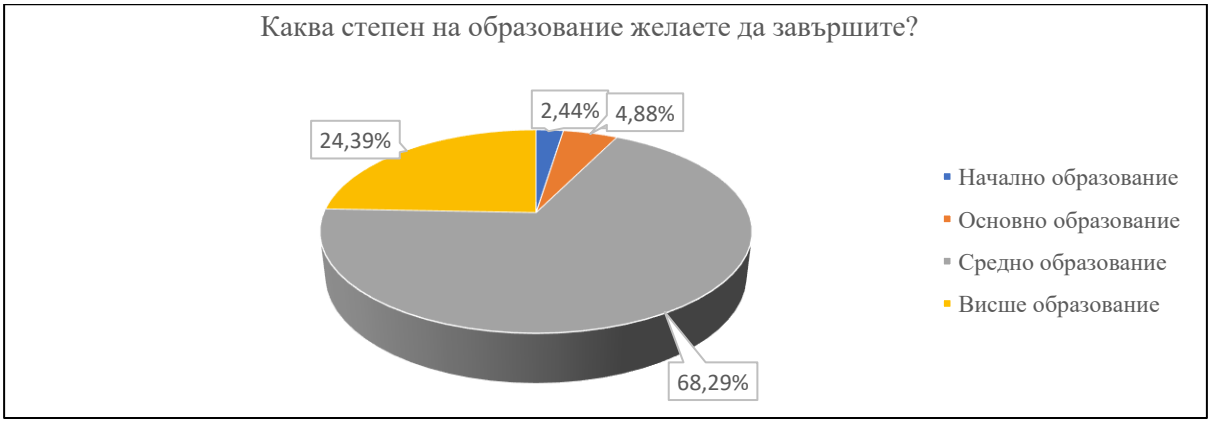


Фиг. 2. Отношение на родителите към образователния процес

Положителен е фактът, че значителна част от ромските девойки (85,37%) смятат, че е по-важно да завършат образованието си, а за останалите 14,63% от анкетираните приоритет е да спазват традициите и обичаите на етноса.

Аналогични са и получените резултати за ценността на образованието през погледа на ромските девойки за техните родители. Голяма част от респондентите (82,93%) споделят, че за родителите е важно децата им да завършат образованието си. Това само по себе си показва, че те осъзнават важността на образованието, а не само спазването на традициите и обичаите. Останалите 17,07% посочват, че спазването на традициите и обичаите е по-важно от придобиването на образователна степен.

Следващите въпроси са насочени към мотивацията на ромските девойки за успешно завършване на училище. Повече от половината от тях (68,29%) желаят да завършат средно образование, една четвърт (24,39%) имат по-високи образователни цели – да продължат в по-висока степен: висше образование, което е положително, защото ще имат повече перспективи пред себе си, 4,88% не са толкова амбициозни, което зависи и от родителите им, за които е достатъчно основното образование, а 2,44% от анкетираните посочват „начално образование“, тъй като не са го завършили **(фиг. 3)**.



Фиг. 3. Мотивация на анкетираните за продължаване на образованието

На въпроса „Как мислите, имате ли добри шансове за постигане на целите в образованието, които сте си поставили?“ Осем от десет (80,48%) от девойките смятат, че имат добри шансове, което може да се приеме като увереност в собствените сили и оказваната подкрепа от родителите и семейството, по равен дял от 9,76% анкетираните посочват следните отговори: „нямам добри шансове“ и „не мога да преценя“.

Изводи от резултатите от проучването сред ромските девойки:

1. Почти всички респонденти (97,56%) празнуват най-характерните за етноса празници.
2. Повечето (78,61%) момичета искат да учат, да се развиват и не желаят да сключват ранни бракове;
3. Значителна част от родителите (60,98%) желаят децата им да учат и да се развиват;
4. Почти всички (80,48%) споделят мнение, че имат добри шансове, за да постигнат образователните цели, които са си поставили.

Изводите показват, че нагласата на ромските девойки по отношение на образованието е положителна и е водещ мотив за тях в живота, в сравнение с традициите и обичаите им.

Заключение

Обичаите и традициите са се утвърдили през годините при ромите, ромската девойка често избира да поеме по пътя на традициите, за да не „посрами“ семейството си, защото така е редно според техните разбирания. Някои ромки обаче избират да поемат по пътя на образованието си, за да оспорят този мит, че всички ромски жени са неграмотни, и за да се противопоставят на семействата си.

Увеличава се броят на ромските момичета, които желаят да завършат образованието си, което зависи до известна степен и от техните родители. Все повече от момичетата, предпочитат, да посещават училище вместо да спазват традициите и обичаите си. Това е предпоставка за намаляване на дела на сключването на ранните бракове, а от там и постигане на по-висока степен на образование при ромския етнос, което ще доведе до намаляване на социалната му изолация.

Литература

1. Георгиева, С. Възможности за здравно възпитание, базирано на етническата характеристика на циганските групи. Научни трудове на Русенския университет, 2009, том 48, серия 6.2, 173–176.
2. Лиежоа, Ж.П. *Роми, Цигани, Чергари*. София: Литавра, 1999.
3. Марушиакова, Е., Попов, В. Циганите в България. София: Клуб ’90, 1993.
4. Мизов, М. Ромската раждаемост жизнени проекции и перспективи. В: *Раждаемостта* в България и държавната политика. Доклади от научна конференция с международно участие "Насърчаването на раждаемостта - многоликата практика на държавна намеса във възпроизводството на населението: българският и европейският опит", София, 13-14 март 2009 г. София : Център за изследване на населението БАН, 2009, с. 201-229.
5. Петров, П. Раждаемостта сред ромския етнос в България - реалности и перспективи. Пловдив : Амарт, 2009.
6. Попкочев, Тр. Социално-педагогически профил на ромското семейство (по автобиографични разкази). Благоевград : УИ Неофит Рилски, 2004.
7. Национален статистически институт. Достъпно на: https://infostat.nsi.bg/
8. Томова, И. Раждаемост и репродуктивно здраве при ромите: културни специфики, обезсилващи програмите за семейно планиране в някои ромски субгрупи. В: *Раждаемостта* в България и държавната политика: Доклади от проведената научна конференция с международно участие "Насърчаването на раждаемостта-многоликата практика на държавна намеса във възпроизводството на населението: българският и европейският опит", София, 13-14 март 2009 г. София : Център за изследване на населението БАН, 2009, с. 160-181.

9. Bițu, N., Morteanu, C. Are the rights of the child negotiable? The vase of Early Marriages among Roma Communities in Romania.Bucharest: UNICEF and Romani Criss. Bițu, N., Morteanu, C, op. cit, 2010, p. 120.
10. Marian Chiriac Gypsy King Bans Child Marriages, Community ‚king' says he and clan elders have agreed that the tradition of Roma marrying under the age of 16 must go - and those defying the ruling will face exclusion. 26 March 2014, http://www.balkaninsight.com/en/article/romania-s-roma-to-drop-early-marriage-tradition

ФУНКЦИОНАЛНО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА КОЛЕННИЯ КОМПЛЕКС ЧРЕЗ ПРИЛОЖЕНИЕ НА СТАВНО-МОБИЛИЗАЦИОННИ ТЕХНИКИ

Р. Костов

Катедра „Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт", Факултет „Обществено здраве", при МУ – Плевен

Контакт: Доц. Ростислав Костов, д.м.
e-mail: rostislav_kostov@abv.bg

Въведение

В съвременната рехабилитация на пациенти с дисфункции на коленния комплекс, основно място при възстановяване на ставната механика заема приложението на техники за ставна мобилизация с аналитичен и комплексен ефект [1,2]. В настоящето проучване се фокусирахме върху проследяване ефекта от мануално-мобилизационни техники по Maitland за възстановяване артрокинематиката в коленния комплекс при пациенти след мекотъканни увреди и оформен двигателен дефицит.

Цел

Проследяване ефекта от мануално-мобилизационни техники по Maitland за възстановяване артрокинематиката в коленния комплекс.

Материали и методика

Клиничният контингент пациенти е оформен на случаен принцип, според конкретни **критерии за включване** в изследването:

- Пациенти след мекотъканни увреди на коленния комплекс лекувани чрез миниинвазивни хирургически методи, с период на относителна имобилизация в рамките на 4-6 седмици.
- Обективно установен двигателен дефицит на коленния комплекс изразяващ се с нарушена ставна кинематика в пателo-феморалната и тибио-феморалната става.
- Пациенти в минимално-протективен възстановителен период.

Стриктно са спазени и **критерии за изключване** на пациенти от изследването:

- Пациенти в максимално и умерено протективен период на възстановяване.
- Пациенти с налични данни от функционалното изследване за ставна нестабилност и хипермобилност на коленния комплекс.
- Пациенти с отрицателен терапевтичен отговор спрямо еднократно приложение на апробираната методика.
- Пациенти с доминиращи мекотъканни контрактури и усложнения, при които водещият патофактор не е нарушената ставна механика.

Контингентът пациенти (табл. 1), обект на настоящето изследване е 20 души, разпределен в две сравними групи:

1. Контролна група съставляваща 11 души, при които приложихме характерен за клиниката рехабилитационен подход изграден на базата на предимно активни лечебни средства **(табл. 2).**

2. Експериментална група включваща 9 от лекуваните пациенти, при които апробирахме мануално-терапевтични техники по Maitland в съчетание с приложените лечебни средства при контролната група болни **(табл. 3).**

Вътрегрупово разделихме пациентите според следните характеристики:

- Пол
- Възраст
- Спортната насоченост
- Водещ патофактор за оформяне на двигателен дефицит

Вътрегруповото разпределение на клиничния контингент е представено в **табл. 1.**

Табл. 1. Клиничен контингент

Пол	Възраст		Спортисти	Неспортисти	Артроскопска менисцектомия	Реконструкция на ПКВ	Общо пациенти
	17±3	20±5					
Мъже	4	7	8	3	3	8	11
Жени	3	6	5	4	4	5	9
Общо	7	13	13	7	7	13	20
*ПКВ-Предна кръстна връзка.							

Табл. 2. Контингент на контролната група пациенти

Пол	Възраст		Спортисти	Неспортисти	Артроскопска менисцектомия	Реконструкция на ПКВ	Общо пациенти
	17±3	20±5					
Мъже	3	5	1	1	5	6	
Жени	1	3	2	2	3	5	
Общо	4	8	3	3	8	11	
*ПКВ-Предна кръстна връзка.							

Табл. 3. Контингент на експерименталната група пациенти

Пол	Възраст		Спортисти	Неспортисти	Артроскопска менисцектомия	Реконструкция на ПКВ	Общо пациенти
	17±3	20±5					
Мъже	1	3	2	2	3	5	
Жени	2	2	2	2	2	4	
Общо	3	5	4	4	5	9	
*ПКВ-Предна кръстна връзка.							

Рехабилитационен подход при пациентите от контролната група: В началото на възстановителния период с цел поддържане лакситета на мекотъканните структури, в т.ч и ставната капсула са подходящи за приложение пасивни и активно-асистирани упражнения. Работният обем на упражненията трябва да се съобразят както с индивидуалния терапевтичен отговор, така и от вида, спецификите и давността на увредата [2,3].

В по-късните етапи от възстановяване, ако е възможно и не противопоказано се назначават активни упражнения за коляното. Поради факта, че болшинството пациенти са претърпели реконструкция на ПКВ, съобразявайки се с актуалните терапевтични протоколи, първоначално включихме упражнения в затворена, а по-късно и такива в отворена кинетична верига. Резистивни упражнения се прилагат с цел възстановяване на мускулната трофика, сила и издръжливост, поради максималното включване на двигателни единици в мускулните контракции [3, 4].

Механотерапията е също предпочитан метод от пасивните рехабилитационни средства. В по-ранните етапи от функционалното възстановяване е показано използването на уреди с постоянно пасивно движение – артромот.

Рехабилитационен подход при пациентите от експерименталната група: При тези пациенти апробирахме комплексна рехабилитационна програма, в която обогатихме характерно прилаганата за клиниката рехабилитация с мануално-мобилизационни по G. Maitland. Според G. Maitland (1991) **нарушената ставна механика е резултат от комплексна дисфункция на физиологичната и аксесорната подвижност [5, 6].** За да се подобри обемът на движение в ставата трябва да се стимулира физиологичната й подвижност. При невъзможност за пълноценно възстановяване на ъгловите движения след различни посттравматични (или оперативни) състояния, то корекцията на ставната кинематика е функция от подобряване на вътреставната мобилност.

Вентро-дорзална мобилизация на тибио-феморалната става. Първи вариант. За степен IV на движение, пациентът заема изходно положение-лег. Коляното е флектирано до наличния обем на движение. Терапевтът поставя подбедрицата на пациента да лежи на бедрото му. От тази позиция обхваща проксимално тибиалните кондили, като пръстите му (II-IV) са по вентралната част на os tibiae, а палците обхващат кондилите от към дорзално.

Съществуват две техники за мобилизация на тибио-феморалната става от това изходно положение. Задължително е да се избягва грубият костен контакт, между палците на терапевта и тибиалните кондили на пациента, тъй като това би предизвикало дискомфорт. От това положение се прилага вентро-дорзална мобилизация в тибио-феморалната става.

Вентро-дорзална мобилизация на тибио-феморалната става. Втори вариант.

Изходно положение на пациента-лег. Терапевтът флектира коляното колкото позволява състоянието на пациента, като го фиксира посредством бедрото си, а дистално разположената му ръка обхваща малеолите на пациента от към вентрално. С проксималната си ръка терапевтът обхваща проксималната част на подбедрицата на пациента непосредствено под коляното, като дланта му е в областта на ставната цепка, а пръстите сочат към петата на пациента. От това положение се осъществява вентро-дорзална мобилизация в тибио-феморалната става (за степен II до IV в зависимост от възстановителния период на пациента).

Дефицитът в крайните градуси на екстензията, както беше споменато по-рано е с много по-неблагоприятно отражение от механична гледна точка. При непълното му възстановяване и наличие на дори минимална по обем флексионна контрактура се създават предпоставки за увеличено биомеханично натоварване, поради невъзможност за ставно заключване в условия на затворена кинетична верига. За преодоляване на функционалния остатъчен дефицит и стимулиране на заключващия ставен механизъм, в края на минимално протективния период приложихме няколко аналитични мануално-терапевтични техники.

Преодоляване на функционалния остатъчен дефицит на екстензията в коляното чрез прилагане на **допълнителен натиск преминаващ прага на мекотъканната**

бариера. В крайните градуси на екстензията в коляното, с дистално разположената си ръка терапевтът извършва осцилаторни, минимални по обем движения по посока екстензия, обхванал долния крайник под малеолите. С проксимално разположената си ръка, терапевтът осъществява вентрална мобилизация след края на мекотъканната бариера при изчерпване на наличната екстензия.

Възстановяване на екстензията в коляното чрез допълнителен натиск, в края на ограничения обем на движение, в съчетание с абдукция на подбедрицата. За тази цел предварително долният крайник трябва да бъде поставен в положение на лека вътрешна ротация в ТБС. С дистално разположената си ръка терапевтът осъществява екстензия на подбедрицата, а с проксимално разположената си ръка осъществява медиодорзален (кос) натиск върху латералната част на подбедрицата. Резултатът от тази техника е абдукция на подбедрицата, дистракция на дорзо-медиалния ставен отдел, в съчетание с екстензия в коляното.

Съчетаване на екстензия в коляното с аддукция на подбедрицата. Предварително долния крайник трябва да бъде поставен в позиция на външна ротация в ТБС. С дистално разположената си ръка терапевтът осъществява екстензия до механичния праг в коляното посредством подхват в областта на малеолите. С проксимално разположената си ръка, терапевтът осъществява дорзо-латерален (кос) натиск в областта на тибията. Тази техника позволява мобилизиране на дорзо-латералните ставни структури на коляното, включително т. нар. аркуатен комплекс. Техниката има и аналитично въздействие върху късата глава на m. biceps femoris, която остава относително индиферентна при стандартната техника за мекотъканна мобилизация на ишио-круралните мускули.

При провокиране на рязка болка в ставата техниката се модифицира по посока на безболезненото осъществяване, или не се прилага при съответния пациент.

Допълнителният натиск в оказаната посока о т страна на терапевта се прилага внимателно, в минимален обем на движение. Натискът се контролира съобразно реакцията на пациента и не бива да предизвиква болка и дискомфорт. Нормалният краен усет трябва да бъде костен стоп, или еластично съпротивление от страна на ставната капсула и другите меки тъкани. Техниките се прилагат чрез няколкократни осцилации и в зависимост от индивидуалната реакция на пациента в 3 до 6 серии.

Супинация в глезенно-ходилния комплекс. Чрез тази техника целим мобилизиране на проксималната тибио-феморална става чрез извършване на вътрешна ротация на тибията. По своята същност предизвиканото движение е аксиална вътрешна ротация в тибио-феморалната става. Положение на пациента е тилен лег, а оперираният долен крайник в положение на 90° флексия в коляното, поддържана от терапевта. С пронираната си предмишница терапевтът обхваща плътно подбедрицата на пациента, а с пръстите си обхваща латералната част на пета метатарзална кост. С дисталната си ръка, терапевтът обхваща дорзо-латералната част на ходилото, обхващайки областта на Ахилесовото сухожилие, калканеусът и латералния малеол. Глезена на пациента е в неутрално изходно положение (НИП). От така описаното положение терапевтът извършва внимателно супинация в ходилото чрез постепенни, дозирани осцилиращи движения.

Аксиална външна ротация на тибията посредством пронация на ходилото. Чрез тази техника целим мобилизация на проксималната тибио-феморална става чрез пронация в глезенно-ходилния комплекс. Изходното положение на пациента е лег, коляното е флектирано до 90° и подържано в тази позиция от бедрото на терапевта. От това изходно положение терапевтът прилага внимателно дозиран натиск по посока на пронация на ходилото.

Резултати

Получените резултати обработихме по метода на вариационния анализ. От тях изчислихме средните величини на всеки измерим показател, които характеризират типичното за даденото явление, търсим отклоненията (разсейката) около средните стойности.

Изследванията са проведени в началото и края на рехабилитационния курс. При всички пациенти работихме на амбулаторен принцип. Терапевтичния курс продължи 15 процедури, провеждани през ден.

Приложени бяха следните функционално-диагностични метода:

- Стандартна **ъглометрия** на колянната става (табл. 4)
- **Сантиметрия** на бедрената мускулатура на I-во ниво (5-7см. краниално от горния ръб на пателата) и II-ро ниво (10-12см. краниално от горния ръб на пателата) **(таб. 4).**

Табл. 4. Статистически анализ на получените резултати

Показател	Контролна група						Експериментална група					
	X_1	$\pm S_1$	X_2	$\pm S_2$	X_2-X_1		X_1	S_1	X_2	$\pm S_2$	X_2- X_1	P%
Флексия	31,1°	3,2	82,2°	2,8	51,1°	1 %	29,8°	6,2	105,2°	30,1	75,4°	1%
Екстензия	-18,5°	2,33	-7,2°	2,2	11,3°	1 %	-20,5°	8,33	-0,4°	1,2	20,1°	1%
Сантиметрия на бедрената мускулатура/разлика между двата крайника в см/												
I-во ниво	-1,12	1,2	-0,4	0,6	0,8	1%	-1,46	1,37	0.88	0,2	0,58	1 %
II-ро ниво	-2,12	0,42	-0,7	0,8	1,42	1 %	-2,02	0,35	-1,4	0,4	0,80	1 %
X_1 – Средна стойност на отделния показател, в началото на изследването; **X_2** – Средна стойност на отделния показател след края на процедурите; **S** – Средно квадратно отклонение; **P** – Степен на статистическата достоверност.												

Изводи

След обработка и анализ на получените резултати представяме следните изводи относно ефикасността на апробираната от нас методика:

1. Сравнителният анализ на данните от ъглометрията сочи, че приложението на мануално-мобилизационните техники по Maitland, като допълнение към характерните за клиниката методи на рехабилитация е ефективна комбинация относно крайното възстановяване артрокинематиката на коленния комплекс.

2. Резултатите от сантиметрията сочат предимството на апробираната от нас комплексна методика относно преодоляване на миохипотрофията и възстановяване двигателните мускулни характеристики. Подобряването на този показател отдаваме предимно на вторичното повлияване върху артрогенната мускулна инхибиция вследствие на смутената проприорецепция, остатъчна вътре и извънставна ефузия и намалената ъглова подвижност между ставните партньори. Този непряк ефект отдаваме и на факта, че побързото и значимо възстановяване комплексната функция на долния крайник при пациентите от експерименталната група, дава възможност за по-ранно и ефективно включване на долния крайник в тренировъчен режим и дейности от ежедневния живот.

Заключение

В заключение подчертаваме предимствата на апробираната от нас мануално-терапевтична методика, поради лесната й дозировка и индивидуална приложимост при пациенти с нарушена артрокинематика на коленния комплекс. Нашите изследвания доказват благоприятния ефект на комплексната методика относно подобряване вътреставната подвижност в коляното и преодоляване на двигателния дефицит. Въпреки добрите резултати от представения рехабилитационен подход при изследвания контингент си

поставяме за цел бъдещи по-мащабни проучвания в тази насока и доразвиване на приложените мануално-терапевтични техники.

Литература

1. Димитрова Е, И. Василев. Приложение на мануално-мобилизационни техники и мускулен стречинг при гонартроза. Научни трудове от конференция с международно участие по проблемите на човешкото движение. Русе, 2003; с. 118-123.
2. Попов Н. Кинезиология и патокинезиология на опорно-двигателния апарат. - София: НСА-прес, 2009.
3. Boyce, DA, Hanley, ST: Functional based rehabilitation of the knee after partial meniscectomy or meniscal repair. *Orthop Phys Ther Clin North Am*. 1994, 3:555.
4. Lippert L. Clinical kinesiology and anatomy 4-th ed. – Philadelphia: Davis Company, 2006.
5. Maitland G. Peripheral manipulation. 3rd edn. – London: Butterworths. 1991.
6. Maitland G, Hengeveld E, Banks K. M

КОМУНИКАТИВЕН МОДЕЛ ПРИ ПАЦИЕТИ С МУЛТИПЛЕНА СКЛЕРОЗА

Ст. Павлова, В. Станева
Катедра „ Логопедия и медицинска педагогика“, Факултет „Обществено здравеопазване“, МУ - Варна

Контакт: Гл. ас. Виолета Станева
e-mail: violetaistaneva@abv.bg

Въведение

Общуването, като процес си изучава и анализира от различни научни направления, като психологически, педагогически, социологически и др. В него се разграничат няколко етапа и три взаимно свързани страни – комуникативна, интерактивна, перцептивна. Успехът от общуването до голяма степен се определя от индивидуалните особености на човек, невербалните знаци, комуникативните бариери и др. Ефективната комуникация между пациента и медицинските професионалисти е предпоставка за информираността на болния в цялостния лечебен процес.

Комуникацията е от основно значение за качеството на живот и неразделна част от поддържането на взаимоотношения.

Езиковите процеси при устната комуникация се организират и ръководят от структури на централната и периферна нервна система. В лингвистичните процеси вземат участие множество мозъчни отдели, а общомозъчната интегративна дейност се извършва от висшите слоеве на кората. Вербализираната реч е кодиране и двигателно програмиране на изказването [7].

Промени в способността за комуникация повлияват социалното участие и емоционалното благополучие. Интензивно се проучва отражението на мултиплена склероза (МС) върху функционирането на пациентите в семейна и професионалната среда, комуникацията и трудоспособността му. Все по-ясно се очертават медико-социалните аспекти на здравните грижи за хронично болните, в това число и за лицата с множествената склероза. МС е инвалидизиращо заболяване, сред най-често срещаните причини за сериозно физическо увреждане при възрастни в трудоспособна възраст. МС е хронично, пристъпно и прогресиращо заболяване на нервната система. Демиелинизационнията и невродегенеративният процес засягат в хода на болестта множество структури в мозъчното вещество, като причиняват специфични клинични прояви. Независимо от индивидуалните различия и клиничната форма, тя обичайно води до редица двигателни, сетивни, дизавтономни и когнитивни нарушения [4].

Цел

Да се проучи и анализира комуникативния модел при пациенти с МС.

Материал и методи

Направен е теоретичен анализ и е използван документален метод за да се проучи и анализира общуването и взаимодействието при пациенти с Множествена склероза.

Резултати

Общуването се определя като многостранно взаимодействие и трикомпонентна схема за реализиране, включваща психическото отражение на участниците (познание), отношението на единия към другия (емоционалния отклик) и обръщането на единия към другия (особеностите на поведението). Разглежда се не просто като поредица от последователни действия между субектите, участващи в него, а като въздействие от човек на човек, като взаимодействие между хората [5].

В общуването като процес, могат да се разграничат няколко етапа: оценяване и опознаване на партньора, установяване на психологически контакт, обмяна на речеви съобщения и прекъсване на психологическия контакт. В структурно отношение то се състои от три взаимно свързани страни: комуникативна (взаимен обмен на информация, знания, мисли, чувства чрез речта), интерактивна (междуличностно взаимодействие за реализиране на обща дейност) и перцептивна (познаване и разбиране на хората с последващо установяване на взаимоотношения) [7, 57]. Успехът от общуването до голяма степен се определя от тона, интонацията, дистанцията и съществуващите бариери; от индивидуалните и типологични особености на участващите във взаимодействието.

Във взаимоотношенията между хората съществуват разнообразни проблеми, създаващи трудности в общуването и произтичащи от *индивидуалните различия*, житейска активност и инициативност, особености на темперамента и интересите, нарушаване на доверието, водещо до намаляване на взаимното уважение. Преодоляването им зависи от умението за взаимна толерантност по отношение на индивидуалните различия и възможностите на индивида.

Ефективната комуникация между пациента и медицинските професионалисти е предпоставка не само за информираността на болния, но и необходимо условие в цялостния лечебен процес. Отношенията между медицинските професионалисти и пациента в процеса на въздействие и взаимодействие се формират под влияние на сложен комплекс от *фактори*. Те могат да се разграничат на:

- ✓ фактори от страна на пациента, към които се отнасят:
  - мястото и ролята на личността по отношение на другите хора, социалните групи и обществото като цяло;
  - съвкупността от черти и качества на индивида, по които се отличава от останалите (културност, съзнателност, материална заинтересованост, характер, тип нервна дейност, възрастово-полови характеристики и др.).
- ✓ фактори от страна на медицинския професионалист – личностови и възрастови особености, професионален ценз, удовлетвореност и др.
- ✓ фактори от страна на работната среда – организация на работата в здравния екип, материално-техническа обезпеченост, микроклимат на работната среда [2]. Към факторите**,** влияещи на взаимоотношенията между медицинските специалисти и пациента, могат да се отнесат и болният човек, който се нуждае и търси помощ; професионалното действие – предлагана помощ, при която медицинските специалисти ще използват знанията и уменията си в интерес на пациента и лечението [2].

В съвременните концепции за анализ на свързаните с болестта фактори и за оптимална организация и управление на дейностите, неизменно се съвместяват идеите и подходите, свързани, от една страна с медицинската и от друга със социалната сфера.

Влиянието на МС върху качество на живот е обект на разностранни проучвания. Интензивно се проучва отражението на заболяването върху функционирането на пациентите в тяхната по-тясна семейна, в професионалната среда и в цялото общество, в конкретен културен, административен и финансов аспект. Проучванията обсъждат и реалните и желаните измерения на отношението на обществото към пациентите и към всички, ангажирани с грижите за тях [9, 16, 20]. Голяма част от съществуващите проучвания на пациенти с МС се фокусират повече върху прогнозирането на медицински променливи (като диагноза, лечение) и например появата на заболяването, пола на пациента т.н., а не върху по-широките социално-контекстуални фактори. Rimaz и сътр. [14] се насочват към търсене на липсващо звено, определящо връзката между социалния капитал и качеството на живот при пациенти с множествена склероза.

Субективните фактори за качеството на живот при пациентите с МС включват усещането на болестните прояви, нивото на добро здравословно състояние, представата за собственото аз, удовлетвореността от семейния живот, работата, икономическата ситуация, отношенията с останалите, социалната подкрепа и живота като цяло. Посочените фактори в различна степен повлияват поведението на пациента и отношението му към околните и себе си, което допълнителна усложнява процесите на комуникация и взаимодействие. Обективните фактори, като клиничната картина на болестта, социалният статус, социалните и житейски условия, както и броят и интензивността на социалните контакти, като отговор също повлияват комуникативният акт при взаимодействие между пациента и околните. Прилагат се специализирани изследователски дизайни и модели за постигане на възможно най-достоверни резултати при решаване на комплексни задачи свързани с болестта. Те обикновено касаят оценки на предпочитанията, свързани с дадени атрибути на качеството на живот, като се взема предвид хетерогенността на пациентите [15].

Социалните аспекти на МС се определят от сложен комплекс разнородни фактори, произтичащи от епидемиологичните, демографските, клиничните, психологичните и социоикономическите особености на заболяването. Те представляват интерес за редица автори през годините и все повече се налагат на вниманието както на медицинските среди, така и на държавни и международни органи и организации. Разглеждайки ги заедно с психологическите, И. Миланов представя сложната картина на редица взаимосвързани фактори, които би трябвало да се познават, за да се постигне максимален ефект както в комуникацията с пациента, така и по отношение на мерките за преодоляването им [3].

Желанието за комуникация при пациенти с МС е свързано и със социалните аспекти на болестта. Здравните професионалисти би следвало да обучават членовете на семейството в подкрепа на пациентите и по отношение на комуникативните им умения. Важен е изводът, че обясняването и разбирането на пациентския опит за подкрепата, получена от съпрузите, подпомага и съпрузите, и здравните професионалисти да реформират действията си с оглед позитивни резултати. Abolhassani и сътр. [9]. Твърди се, че усилията за изясняване на психологичните и обучителните интервенции, които да подобряват социалната подкрепа и да облекчават натоварването от болестта със сигурност могат да усъвършенстват клиничната практика. Разбирайки дефицита в комуникацията и информацията за лицата с МС са разработени и публикувани редица информационни и подкрепящи вземането на решения програми. В ретроспективен анализ на литературата е посочено, че предоставянето на информация за хората с МС повишава знанията относно болестта, но резултатите по отношение на вземането на решение и качеството на

живот са по-малко ясни, като вероятно няма негативни нежелани реакции от информирането на пациентите относно тяхното заболяване. Придобиването на информация и комуникацията с персонала могат да компенсират влошаването на качеството на живот. Подчертава се значението на информационни програми, осигурени от сестрите – МС специалисти, като се отчита гледната точка на пациентите върху службите, промотиращи самоуправлението [13].

Комуникацията се обсъжда и от гледна точка на информационни потребности на пациентите с МС. Пациентите с ранна МС се срещат с редица неясноти, отнасящи се до диагнозата, прогнозата, ефективността на имунотерапията, симптоматичното лечение и нефармакологичните интервенции. Те се нуждаят от адекватна информация, за да могат да участват активно в процеса на изработване на медицинското решение и да управляват своето заболяване. Препоръчва се предоставяне на източници на информация, съвети и подкрепа, за да могат пациентите да се научат да живеят с болестта и да се справят с нея [12]. Разбираем е фактът, че пациентите с МС и членовете на техните семейства често търсят здравна информация в Интернет. Има обаче малко данни за това как пациентите интегрират здравната информация с техните нужди, предпочитания и ценности при вземане на решения. Разработен е проект, целящ да направи материали с високо качество, достъпни за пациентите с МС и техните семейства, като се разработват уеб-базирани ресурси от основана на факти информация. Полагат се усилия за създаване на уебсайтове, предоставящи базирана на доказателства информация в Интернет [11].

Изключително важното значение при пациентите е и здравната информация. Необходимостта от специално насочено обучение на пациентите в различните етапи от развитието на заболяването се обсъжда и с оглед неговата информираност. Съществени са въпросите за домашните грижи, реалната подкрепа и рехабилитацията. Ключов момент за решаването им е сътрудничеството между медицинските екипи и други специалисти в рамките на мултидисциплинарен екипен подход - невролози, общопрактикуващи лекари, МС-сестри, говорни терапевти, физиотерапевти, психолози и др. [3, 10, 17, 20, 21].

Важен аспект от социалния живот на пациентите с МС е възможността им да работят. Имайки предвид младата възраст в началото на заболяването се изследва влиянието на МС върху трудоспособността, започването и поддържането на работата на пациентите. Негативни фактори, свързани с поддържането на работата, като отношенията на работното място, са свързани с по-малката вероятност за наемане на работа, с лошото качество на живот и с тежестта на заболяването, както и с някои демографски характеристики [8].

Пряко отражение върху комуникативната способност на пациент с МС намират и комуникативни нарушения свързани с болестта. Описани са широк спектър от комуникационни нарушения, които засягат пациенти с МС. Дори лекото увреждане на комуникативните способности окозва голямо влияние върху различни аспекти от живота на пациентите, като трудова заетост и социален живот.

Качеството на живот при пациенти с МС както и комуникацията се влияе от промените в говора, които се проявяват при около половината от пациентите [18].

Комуникативните нарушения са патологични отклонения от нормите на езика и говора, неадекватно използване на лингвистичните и екстралингвистичните средства за общуване. Тези нарушения препятстват комуникацията и се отразяват неблагоприятно върху различни сфери – когнитивна, професионална, социална и др. [7]. В съвременната наука езикът и говорът се разглеждат, като взаимно свързани, но не и тъждествени. Езикът е система от кодове (символи и сигнали), чиято комбинация е подчинена на правила, чрез която се извършва лингвистична комуникация – генериране и разбиране на вербални съобщения. Говорът се разглежда, като система от двигателни физически актове за предаване на устна информация чрез звукови сигнали, осъществени от говорните

органи. Говорната перцепция е способността за диференциране и идентифициране на чутите фонеми, които образуват думите и веригите от думи [7].

Нарушения на комуникацията при пациенти с МС, са свързани със затруднения с гласа и речта. Симптомите могат да са свързани с объркване на думи, размяна на букви при говор, твърде висок или нисък глас, който е необичаен за пациента [10, 18].

Към симптомите на речеви нарушения при МС могат да се отнесат неточната артикулация (дизартрия), при която речта може да бъде бавна и неясна, с неточни гласни и съгласни, внезапни сривове или голяма дължина на звуците. Тези трудности са причинени от слабост в движенията на езика, устните и челюстите. Друга проява е дисфонията при която има различни видове гласови смущения, като задъханост, пресипналост, напрегнат глас и др. С повишаване на умората намалява и интензитета на гласа. В някои случаи пациента може да продуцира само кратки изказвания. Посочените нарушения са поради промени в дишането или в хипо- или хиперфункция на ларингиалната система. В някои случаи може да се наблюдава и назален резонанс. Диспрозодията се характеризира с бавност или прекомерна речева скорост и сила на звука, причинени от слаба координация на дишането или артикулационна дисфункция или лоша координация между тези компоненти [18,19]. Някои пациенти с МС имат проблеми с преглъщането или дисфагия, които са епизодични или леки. Варират от случайна кашлица при хранене или пиете до проблеми свързани с дехидратация, лошо хранене или аспирационна пневмония. Много от проблемите с преглъщането могат да се лекуват.

Заключение

Адекватната информация е предпоставка за изработване на решение за управление на заболяването. За много от пациентите поставянето на диагнозата създава чувство на изоставеност и изолация. Изпъква необходимост от различни форми на образователни и психологически услуги за подкрепа. Ефективната комуникация е предпоставка не само за повишаване информираността на болния, но и необходимо условие в цялостния лечебен процес. Важна част от работата на медицинските професионалисти е да обучават членовете на семейството в подкрепа на пациентите и по отношение на комуникативните им умения. Речеви нарушения препятстват ефективната комуникация, но предоставянето на информация за хората с МС повишава знанията относно болестта. Сътрудничеството между медицинските екипи и други специалисти в рамките на мултидисциплинарен екипен подход подобрява домашните грижи, подкрепата и рехабилитацията.

Литература

1. Винарова, Ж.,Михова, П., eds. Здравната информация като социален регулатор. София: Захарий Стоянов, 2012, 315.
2. Грънчарова Г., Управление на здравните грижи“, Изд.център МУ-Плевен, 2017.
3. Миланов, И. Множествена склероза и автоимунни демиелинизиращи заболявания на централната нервна система. София: Медицина и физкултура, 2014, 319.
4. Миланов, И.Р. Български Алгоритъм за диагностика и лечение на множествена склероза. Двигателни нарушения, 2014, 11, 1, 5-40.
5. Попов, Т., Ж. Христов, П. Балканска, Л. Чакърова, Б. Торньова, М. Александрова, Г. Петрова, С. Младенова, Н. Петрова, Медицинска педагогика, учебник за студентите от факултета по обществено здраве, София, Изд. ЕКС-ПРЕС, 2010.
6. Тончева, С. Медико – социални аспекти на здравните грижи за хронично болни. Здравни грижи, 2014, 4, 5-10.
7. Цветанка Ц. Логопедия. Описание, диагностика и терапия на комуникативните нарушения. 2019. УИ „Св. Климент Охридски“.
8. (Ponzio, M., Brichetto, G., Zaratin, P., Battaglia, M.A. Workers with disability: the case of multiple sclerosis. Neurol Sci, 2015, 36, 10, 1835-1841.
9. Abolhassani, S., Yazdannik, A., Taleghani, F., Zamani, A. Social aspects of multiple sclerosis for Iranian individuals. Disabil Rehabil, 2015, 37, 4, 319-326.

10. Alroughani, Raed A. Improving communication with multiple sclerosis patients. Neurosciences 2015; Vol. 20 (2). https://www.neurosciencesjournal.org/
11. Colombo, C., Filippini, G., Synnot, A., Hill, S., Guglielmino, R., Traversa, S., Confalonieri, P., Mosconi, P., Tramacere, I. Development and assessment of a website presenting evidence-based information for people with multiple sclerosis: the IN-DEEP project. BMC Neurol, 2016, 16, 30.
12. Fallahi-Khoshknab, M., Ghafari, S., Nourozi, K., Mohammadi, E. Confronting the diagnosis of multiple sclerosis: a qualitative study of patient experiences. J Nurs Res, 2014, 22, 4, 275-282.
13. Kopke, S., Solari, A., Khan, F., Heesen, C., Giordano, A. Information provision for people with multiple sclerosis. Cochrane Database Syst Rev, 2014, 4, CD008757.
14. Rimaz, S., Mohammad, K., Dastoorpoor, M., Jamshidi, E., Majdzadeh, R. Investigation of relationship between social capital and quality of life in multiple sclerosis patients. Glob J Health Sci, 2014, 6, 6, 261-272.
15. Rosato, R., Testa, S., Oggero, A., Molinengo, G., Bertolotto, A. Quality of life and patient preferences: identification of subgroups of multiple sclerosis patients. Qual Life Res, 2015, 24, 9, 2173-2182.
16. Ysrraelit* C. Maria, Marcela P. Fiol, Maria I. Gaitán and Jorge Correale Institute for Neurological Research Dr. Raúl Carrea, Frontiers in Neurology.8. 2018 http://www.frontiersin.org/
17. http://multiplesclerosis-bg.com/bg/Etichen_kodeks-c48
18. http://www.nationalmssociety.org/NationalMSSociety/media/MSNationalFiles/Brochures/Brochure-Speech-and-Swallowing-Problems.pdf
19. https://www.eurims.org/
20. https://www.mh.government.bg/bg/informaciya-za-grazhdani/prava-i-zadlzheniya-na-pacienta/zadlzheniya-na-pacienta/
21. https://mstrust.org.uk

СЕКЦИЯ L. ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ

ОРТОРЕКСИЯ И БИГОРЕКСИЯ – НОВИТЕ ЛИЦА НА НАРУШЕНИЯТА В ХРАНЕНЕТО. КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ

Д. Найденова
Катедра „Хигиена и епидемиология“, Факултет „Обществено здравеопазване“, МУ - Варна
Контакт: Доц. д-р Дарина Найденова, д.м.
e-mail: Dary_nay@mail.bg

Въведение

Нарушенията в хранителното поведение (НХП) са чести, нерядко хронифициращи и потенциално животозастрашаващи състояния, засягащи предимно младите хора. Разбирането за хранителните разстройства през последните 10 години се промени бързо и понастоящем те включват 4 основни типа нарушения. Според 11-та ревизия на Международната класификация на заболяванията и свързаните със здравето проблеми на Световната здравна организация, публикувана през 2019 г., това са: нарушение, свързано с преяждане (binge eating disorders, BED); нарушение с избягване/ ограничаване на приема на храна (avoidant/ restrictive food intake disorder - ARFID); анорексия нервоза (AN) и булимия нервоза (BN), [10]. Обединяващото звено между различните форми на НХП е абнорменото хранене и фанатична обсебеност от идеята за контрол на храненето и/ или на телесното тегло. Освен добре познатите и лесно разпознаваеми анорексия нервоза и булимия нервоза, в последните години все по-често на преден план излизат други две нарушения в хранителното поведение: орторексия нервоза (ON) и мускулна дизморфия, по-популярна като бигорексия (Big). Често пъти тези нарушения в храненето са добре маскирани и не влизат в диференциалната диагноза на медицинските специалисти. Подкрепата и разбирането от страна на семейството са от изключително значение за благоприятния изход на заболяването [7].

Терминът „Orthorexia“ е използван за пръв път от американският лекар д-р Братман, в научна статия през 1997г. [1]. Наименованието идва от гръцкия език: ορθο (ortho) - правилен, верен и ρρεξις (-orexis) - апетит. С този термин Братман се опитва да обясни странното поведение на някои от пациентите си, характеризиращо се с патологична фиксация в здравословното хранене. През 2000г. е предложено това нарушение в храненето да се нарича Орторексия нервоза (ON) [2]. В своята същност орторексията представлява чрезвичайно силен интерес и стремеж към здравословно хранене, водещи до стереотипно поведение (фиксация) [3]. Фокусът при ON е изместен върху качеството на консумираните храни, за разлика от Bullimia nervosa и Anorexia nervosa, където фокусът е върху количеството на приетата храна [6,9]. Пациентите с ON ангажират голямата част от времето си в търсене на здравословни продукти и приготвянето им с кулинарна технология, която смятат за най-здравословна. Избягват да се хранят навън, в заведения за хранене. Интересуват се много силно от състава на храните, четат популярна и псевдонаучна информация за ползите и вредите от различни групи храни и постепенно редуцират асортимента от „здравословни” продукти до няколко групи. Често изключват от менюто си глутен – съдържащи храни (хляб, тестени изделия, особено с мая), млечни храни (заради съдържанието на казеин, лактоза и вероятен риск от антибиотици и хормони), на месо и риба (потенциално замърсени с токсини и антибиотици), на ядки (съдържат алергени, а вероятно и микотоксини) и т. н. Изпитват вина и/или тревожност при приемане на

нездравословна храна. ОН е хранително нарушение, което може да причини както психоемоционални, така и соматични проблеми на индивида. Към днешна дата диагностичните критерии за ON са все още дискутабилни [4], но най-важните са: фиксация върху хранене, което се асоциира с оптимален ефект върху здравето (вкл. самоналожени рестрикции за храни, образоване и постоянни занимания, свързани с приготвяне на храната и др.); при значителна давност на нарушението се разгръщат соматични увреждания (напр. нарушения във важни области на функционирането) [7]. НХП са по-често срещани сред: женския пол, бялата раса, младата възраст, вкл. пубертет и предпубертетна възраст и сред по-високите социално-икономически слоеве, при интелигентни, образовани индивиди. Болшинството пациенти с НХП са амбициозни, дисциплинирани и самокритични, стремящи се към перфекционизъм във всяка сфера [5].

Бигорексия (от англ. big – голям) е позната в психиатричната литература като мускулна дисморфия. Интересът към това нарушение се засилва в края на 20 век. От бигорексия страдат предимно юноши и мъже с добре развита от тренировки мускулатура. Независимо от добрата си физическа форма те са обсебени от външността си и се виждат слаби, дребни, с незадоволителен релеф. Цялото им ежедневия е подчинено на стремежа да коригират "дефекта" си чрез тренировки, специални диети и субстанции (биоанаболи, ефедрин, фетбърнари, човешки соматотропен хормон и др.) и интервенции (липосукции, импланти и др.). Независимо от усилията и постиженията си остават неудоволетворени от вида и телата си. Клинични проучвания установяват по-ниско качество на живот сред страдащите от мускулна дисморфия [8]. Особено тревожни са случаите на бигорексия при млади жени. В стремежа си към неестествено ниски за женския пол телесни мазнини, силно изразен мускулен релеф и видими „плочки" на корема, младите жени сериозно застрашават здравето, хормоналния баланс и репродуктивната си функция. Обикновено младите момичета с бигорексия имат нарушения в менструалния цикъл (аменорея, хипо и олиогоменорея и др.).

Материал и методи

Представени са два случая от практиката на лекаря по хранене и диететика на млади жени с орторексия нервоза и бигорексия.

Резултати

<u>Клиничен случай I, орторексия нервоза</u>: Р. П. е жена на 37 години.

Силният интерес към храната при нея се появява в тийнеджърска възраст. Тогава установява, че яденето на зеленчуци, зеленчукови супи и пълнозърнести храни облекчава тежкия запек, от който е страдала. Завършва гимназия с отличие, започва да следва в университет. За да се издържа работи като манекен и модел. След дипломирането си няколко години живее и работи в САЩ. За този си период споделя, че е бил много тежък и тогава е имала най-сериозни проблеми с храненето си. Била е „фиксирана" и се е опитвала да се храни „чисто", „защото американците ядат само боклуци". Това е периодът, в който Р. е била с най-ниско телесно тегло (около 52 кг. при ръст 175 см., ИТМ=17 кг/м^2). След няколко години започва работа като стюардеса, но възможностите за хранене на борда на самолета „не отговарят на нуждите на тялото и" и тя отново сменя работата си. Междувременно се омъжва, забременява и ражда дете. За цялата бременност качва едва 4 кг. и достига 58 кг. при ръст 175 см. (ИТМ преди бременността = 17,6 кг/м^2)ъст

Преживява много тежко раждането на детето си, тъй като е планирала това да стане по естествен път, но в хода на раждането се появяват спешни нндикации за Цезарово сечение. Приема този развой на раждането като предателство на собственото и тяло... След раждането изпада в тежка депресия (6-7 месеца), но упорито кърми детето

си (до 2.г. и 7 месеца). Теглото и спада до 50 кг. Детето не е ваксинирано според задължителния имунизационен календар, захранено е по нейните разбирания за здравословно хранене и не консумира много групи храни (млечни, глутен, добавена захар под каквато и да е форма, шоколад, пакетирани храни, бял ориз и др.). Около 5-6 години след раждането е диагностицирана с Тиреоидит на Хашимото, което приема тежко. Отказа да приема медикаменти, лекува се само с прочистващи процедури (клизми с кафе и солена вода, компреси на черния дроб с рициново масло и етерични масла, вани на краката със специални смеси и др.), ТЕС (техника на емоционална свобода, използваща самовнушения + тейпинг в определени точки по тялото) и диета. Отказва да проследява нивата на антителата и щитовидните си хормони „за да не се стресира". Решава да победи заболяването с промяна в храненето си. Минава през няколко много рестриктивни диети (детокс): гладуване на вода и плодове; „сух" глад без вода; хранене само със сокове; суровоядство; хранене без млечни продукти и глутен (въпреки че са най-любимите и храни).

Междувременно контролът (до сега упражняван предимно върху храненето) обхваща и други сфери на функциониране при Р. Тя не допуска детето да посещава детска градина (заради храната и гледането на телевизия), не разрешава гледане на телевизия и стоене пред екран. На 7 години записва детето в частно училище, където то се храни с ястия, приготвени от вкъщи. Всяка покана за детски празник с почерпка се изживява от Р. драматично, тя се сърди, кара се на детето, че е яло забранени храни и често след такива нарушения в диетата изпада в реактивни депресии. Страхува се, че дъщеря и е „изключително лакома, а вече има голям корем и целулит" и затова я ограничава. Когато детето е гладно между основните хранения му предлага сурови ядки или домашно приготвени сушени плодове или зеленчуков чипс (от цвекло, батат, моркови).

У дома се хранят предимно с био храни (членуват в обществен кооператив за полесно снабдяване); не ползват пластмасови съдове, прибори за хранене и опаковки за еднократна употреба. Изключително критична е по отношение на козметиката и битовата химия, която ползва в домакинството: не боядисва косата си (която е побеляла), изкарала е курсове за ароматерапия и производство на домашна натурална козметика; пере само със специално „яйце за пране", избелва дрехите с лимонена киселина и др. Когато някои в семейството боледува не се прилагат конвенционални медикаменти, а различни алтернативни: шуслерови соли, Бахови капки, етерични масла, ТЕС, ненасилствена комуникация, Рейки, Юмейхо терапия и други енергийни методи.

Повод за консултацията е опит да реши репродуктивните си проблеми отново с алтернативен метод – храненето. От 6-7 години иска да роди още едно дете, но не успява да забременее. Отказва препоръчаните процедури и медикаменти (вкл. методи за асистирана репродукция), иска „всичко да стане по естествен начин" и затова е решила, че ако промени храненето си и приема суплементи, това ще помогне. Съобщава, че от години е с нисък хемоглобин и най-вече ниско желязо. Менструалният и цикъл е много обилен, с кръвоизливи и продължителност около 7-8 дни. Не ползва обичайните хигиенни материали, а менструална чашка за многократна употреба.

Обективно се касае за жена, отговаряща на календарната си възраст. Прави впечатление силно редуцираната подкожна маста тъкан и слабото тяло, почти без извивки на типичните за жена места. Кожата е бледа, жълтеникава, суха, крайниците са студени. Жената е силно зиморничава, облечена с няколко слоя дрехи. Споделя, че няма никакво самочувствие, не се чувства красива и женствена. Не харесва тялото си, иска да е по-стройна, да няма целулит и да има стегнат корем (корем практически няма никакъв).

Р. беше насочена към клиничен психолог за поведенческа терапия. Срещите с нея продължават. Към момента тя е малко по-щастлива и приема по-спокойно излизането си от „границите на здравословното хранене". Теглото и продължава да е много ниско все още не е успяла да забременее.

Клиничен случай II, бигорексия: Н. Т. Е жена на 26 г., с медицинско образование.

Насочена е към специалист по хранене и диететика от акушеро-гинеколог по повод на вторична аменорея и липса на овулация (при желание за бременност). Още като студентка с настоящият си партньор (той работи като фитнес инструктор) и се увлича по тренировките. Двамата се хранят „по режим", много внимават какво ядат. Въпреки, че е изключила почти напълно въглехидратите от менюто си тя не успява да поддържа „изчистен от мазнини" релеф като партньора си и е недоволна от физическата си форма. Целта и е по-релефни мускули и липса на подкожни мазнини в областта на корема. Съобщава, че менструацията и е нередовна. В последните 2,5-3 години няма спонтанен цикъл и го предизвиква с приема на хормонални препарати, изписани от гинеколог. Споделя, че се замисля за дете, но при евентуална бременност иска да запази релеф на коремните си мускули и се страхува да не качи мазнини. Към момента тренира 5 дни от седмицата (персонални тренировки в зала с треньор – фитнес, бокс + 3 пъти плуване в закрит басейн). След всяка тренировка посещава сауна или парна баня (за възстановяване на мускулите). Не пие никакъв алкохол, сокове, газирани и подсладени напитки. Не консумира пържени храни, свинско месо, колбаси, хляб, картофи, царевица, прясно мляко, захар, мед. Храни се по режим (**табл. 1**):

Табл. 1. Режим на хранене на Н. Т.

До обяд	7.00 часа (на гладно) Гореща вода с лимон Кафе чисто 8.00 часа (закуска преди тренировка) овесени ядки (сурови) + суроватъчен протеин 11.00 (закуска след тренировка) омлет от 3 яйчни белтъка с 1 цяло яйце и овесени ядки, извара + авокадо и прясна краставица (рукола, зеле)
Обяд и следобяд	12.30 часа месо (пиле, телешко, конско) + зеленчукова салата, 2 пъти седмично + варена гречка, батат или оризови крекери 16.00 часа извара с плодове (боровинки, ягоди, цитруси, ябълка)
Вечеря	18.00 часа Риба / морски дарове / месо + зеленчукова салата или задушени зеленчуци (броколи, карфиол, аспержи, моркови, гъби) Преди сън протеинов шейк

Приема много добавки (аминокиселини BCAA (branched-chain amino acid), суроватъчен и казеинов протеин, п-3 мастни киселини, мултивитамини, магнезий, селен, цинк, ламинария (под формата на гел за ядене), коензим Q10 и др. Антропометричният статус на Н. показа ръст 180 см., тегло – 76,4 кг., телесни мазнини – 11,5% (при норма за млада жена 20-32,9%), мускулна маса – 64,6 кг., ИТМ – 23,6 кг./ м^2, висцерални мазнини - 1, metabolic age - 12. Лабораторни изследвания не показват отклонения в кръвната картина, железния статус, серумните липиди и останалите биохимични показатели с изключение на ниските нива на прогестерон (0, 52 nmol/ l при норма 3-68 nmol/ l).

Терапевтичният подход при Н. включваше изясняване на функциите на мазнините в женското тяло и по-специално есенциалната им роля за нормалната яйчникова функция, както и обучение в режим на хранене с избор на подходящи храни. Младата жена е насочена към специалист по когнитивна поведенческа терапия (опитен в сферата на хранителните нарушения).

Обсъждане и заключение

Представените два случая на нарушения демонстрират, че при диагностирането на хранителните нарушения не винаги има големи отклонения в клинико-лабораторните показатели и само внимателното снимане на хранителната анамнеза и задълбочения, емпатичен разговор с пациента позволяват поставяне на правилната диагноза. Диагностиката изисква скрининг за подлежащи ендокринни, гинекологични и други заболявания. За дългосрочния успех на терапията е необходим комплексен подход, включващ екип от комуникиращи помежду си специалисти – семеен лекар, лекар по хранене и диететиката, психолог, психиатър, акушеро-гинеколог. Необходими е допълнително обучение на медицинския персонал, което да направи по-лесно разпознаваеми нарушенията в хранително поведение.

Литература:

1. Bratman S (1997) Health food junkie. Yoga (September/October). http://www.beyondveg.com/bratman-s/hfj/hf-junkie-1a. shtml. Accessed August 18, 2018
2. Bratman S, Knight D (2000) Health food junkies. Orthorexia nervosa. Overcoming the obsession with healthful eating. Broadway Books, New York
3. Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., Bratman, S. et all. (2018). Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. doi:10.1007/s40519-018-0606-y
4. Dunn TM, Bratman S (2016) On orthorexia nervosa: a review of the literature and proposed diagnostic criteria. Eat Behav 21:11–17. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006
5. Johnston J., Shu C.Y., Hoiles K.J. et al. Perfectionism is associated with higher eating disorder symptoms and lower remission in children and adolescents diagnosed with eating disorders. Eat Behav (2018)Aug;30:55-60. doi: 10.1016/j.eatbeh.2018.05.008.
6. Missbach B, Hinterbuchinger B, Dreiseitl V. et all. (2015) When eating right, is measured wrong! A validation and critical examination of the ORTO-15 Questionnaire in German. PLoS One 10(8):e0135772. https://doi.org/10.1371/ journal.pone.0135772 (eCollection 2015)
7. Murray SB, Griffiths S. Adolescent muscle dysmorphia and family-based treatment: a case report. Clin Child Psychol Psychiatry. 2015;20(2):324–330. [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]
8. Pope CG, Pope HG, Jr, Menard W, Fay C, Olivardia R, Phillips KA. Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. Body Image. 2005;2(4):395–400. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] [Ref list]
9. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5); 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. Feeding and eating disorders; pp. 329–354. [Google Scholar]
10. World Health Organization . International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision. Geneva: World Health Organization; 2019. [Google Scholar]

ЗАГУБА ПОРАДИ СМЪРТ НА ЕМОЦИОНАЛНО ЗНАЧИМА ЛИЧНОСТ – СПЕЦИФИКА НА ПРЕЖИВЯВАНИЯТА

Д. Русева

Катедра „Логопедия и медицинска педагогика“, Факултет „Обществено здравеопазване“, МУ - Варна

Контакт: Гл. ас. Десислава Русева, доктор
e-mail: d_valruseva@abv.bg

Въведение

Загубата на любим човек генерира пространство, от което бягаме в мислите си. Пространство, което е изпълнено с пустота, самотност и емоционална болка.
Опитваме се да се скрием от темата, да я оставим зад вратата на съзнанието си, правейки се, че не съществува.

В хода на човешката история, преживяването на смърт на емоционално близък е заемало водещо място сред критичните събития, отключващи психични разстройства, психосоматични или соматични заболявания. Знание за това може да бъде открито в различните култури – възникването на ритуали, чиято насоченост е към справяне с тежкото психично бреме.

Непосредствено след досега до ситуацията, свързана със загуба на емоционално близък поради смърт, се поражда буря от преживявания със силен отрицателен заряд, по-силни от онези, които човек умее да носи [1, 2, 6. 7, 8]. Интензивността им надхвърля обичайните възможности за адаптация.

В рамките на първите часове, след случване на събитието, личността се придвижва през етапите на кризисното състояние, с характерните за него емоции [9].
Подобна загуба поражда скръбта - много интимно, много индивидуално преживявана и същевременно съдържаща в себе си основни общи характеристики. Това позволява изграждането на модели, по които преминава разгръщането и [6,7]. Подобен е моделът на Елизабет Кюблер-Рос [1, 10] включващ етапите „Отричане“, „Гняв“, „Преговаряне“, „Депресия“ и „Приемане“. Всеки един е наситен с характерни проявления. Позовавайки се на техните характеристики се улеснява възможността за извършване на своевременна психологична подкрепа.

Материал и методика

Използваните данни са събирани в период от шест години. Психологичното кризисно консултиране е извършвано на територията на Съдебна медицина и в соматичните клиники на УМБАЛ ” Св. Марина” – Варна

За целта на проучването са обхванати 170 случая – близки на починали, от които 77 жени (45,3%) и 93-ма мъже (54,7%).

Мястото на провеждане на кризисната интервенция позволи разделянето на проучените случаи в две подгрупи според вида на смъртта на близкия:

- *група А*: починали след продължително боледуване (период, не по-малък от два месеца) (n = 59; 34,7%) и техни близки
- *група Б*: починали в резултат на инцидентна смърт (n = 111; 65,3%); (инсулт/инфаркт извън болнично заведение, травматизъм, насилствена смърт, самоубийство) и техни близки

Допълнително са събрани по документи на болничната структура и съдебната медицина данните на 170-те починали. Те са обработени и систематизирани по демографските фактори: вид на смъртта, пол, възраст на починалия, семеен статус.

В условията на кризисното консултиране необходимите данни са регистрирани

посредством използване на двата основни метода на психологично проучване: Психологично наблюдение и Психологична експлорация.

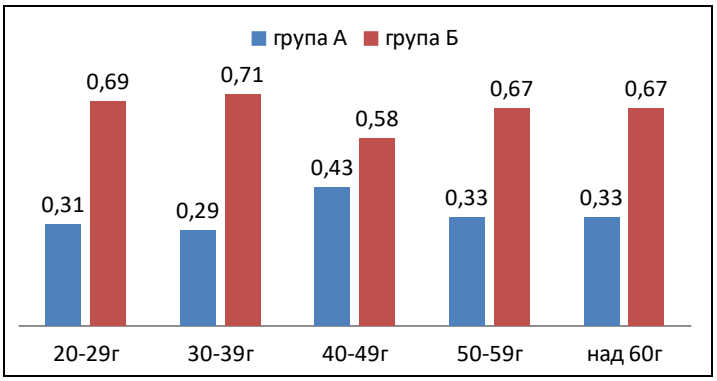
Данните от психологичното наблюдение по време на психологичната интеракция са представени върху собствена Бланка за наблюдение – Част 1 (наблюдавани и споделени преживявания преди провеждане на кризисното консултиране). Оформянето й е базирано на теоретичните постановки, разглеждащи преживяванията при тежка загуба и в състояние на психологичен шок.

Резултати

Починалите са разпределени в пет възрастови групи. С увеличаване на възрастта се повишава смъртността в разгледаната извадка. Най-висок е процента в групата над 60г. до 75 г.– 40,6%. В ранна зряла възраст са 4,7% .

Мъжете са 74,1%, а жените – 25,9%. Висок процент е ангажиран от починали в резултат на инцидент – 65,3%. Групата на хора с настъпил екзитус, след продължително боледуване заема 34,7% от цялата извадка.

Разгледани според половата специфика, сред мъжете е висока смъртността във възрастта 50 – 59 г., следвана от групата на починали над 60г. При жените смъртността е предимно в ранна зряла възраст – 20-29 г. Според вида на смъртта, сред починалите мъже и жени се установява леко преобладаване на група А.



Фиг. 1. Възрастово разпределение на починалите според вида на смъртта

Инцидентно починалите (**фиг.1**) с възраст между 50-59г. преобладават над останалите възрастови групи. Висок е процента и на хората, при които е настъпила смърт, след период на боледуване в късна зряла възраст – над 60г.

Близките, с които е провеждана кризисна консултация и чиито скръбни преживявания са регистрирани обхващат възрастта от 20г. до 72г. (**табл. 1**). По-често във възрастта между 40 и 60 години.

Табл. 1. Възрастово разпределение на близките (в брой и %)

	Брой	Процент
20-29г.	16	9,4
30-39г.	24	14,1
40-49г.	40	23,5
50-59г.	51	30
Над 60г.	39	22,9
Общо	170	100,0

Разгледано според възрастовото разпределение на скърбящите, рядко разговори са осъществявани с близки в ранна зряла възраст. Преобладават контактите с хора в средна зрялост.

Спрямо позицията в семейството психологичното консултиране е провеждано предимно с деца на починали, навършили 18г. - 45,3% и брачни партньори (32,4%). Рядко е осъществяван контакт с братя и сестри (15,9%), а най-малко с родители – в около 7% от случаите.

По-често информирани за настъпила подобна загуба са жените. Контакт с тях е осъществен в 55% от случаите. Групата на мъжете е по-слабо представена с 10%.

При смърт на брачен партньор са се отзовавали предимно съпругите, за разлика от загубата на брачна партньорка. В подобни случаи, контакт с медицинските екипи е осъществяван предимно с близки от останалите три групи.

Най-често наблюдаваните реакции в хода на интеракцията са разпределени в четири групи – когнитивни, емоционални, поведенчески и соматични. Те са проследени при близки на починали след продължителна хоспитализация (група А) и при близки на починали в резултат на инцидент (група Б).

Независимо от вида на смъртта с висока честота на проява в *когнитивната сфера* се откриват смущения, отнасящи се до концентрацията на активното внимание и възприемането на събитието.

От всички близки, с които е провеждано психологично кризисно консултиране приблизително 22% споделят за наличие на усещания за нереалност на ситуацията. В останалите 78% „усещане за нереалност" не е било коментирано.

При 34% от близките, наблюдаваните смущения са слабо проявени или бързо се копират. В останалите 66% смущенията са с различна интензивност, но надвишаващи слабата.

Табл. 2. Регистрирани смущения в когнитивните функции

Реакции/Статус	Съпрузи	Деца	Братя/сестри	Родители
Усещане за нереалност	32,4%	22%	24%	22,6%
Затруднена концентрация	35,5%	42,8%	15,1%	72,7%

В зависимост от позицията в първичното семейство (табл.2), най-висока честота на смущения в концентрацията на активното внимание е наблюдавана в родителската група (72,7%). Неспособността за възприемане на събитието като реално е с висок процент сред брачните партньори, предимно съпруги (26,6%).

Като цяло жените се оказват по-емоционално засегнати от събитието, отколкото мъжете. Трудности във възприемане на загубата като реална се споделя при 70%. Смущенията в концентрацията на активното внимание се наблюдават с превес сред жени – в 55% от случаите.

Преобладаващите *емоционални реакции* в представената извадка включват емоционална анестезност, тревожност, тъга и чувство на вина.

Тревожни преживявания се споделят едва от 15% от близките. Обектът на тревожност е субективно определен, различен при всеки скърбящ. При 85% не се коментира наличие на преживяване на тревожност.

Прояви на тъга с различна интензивност се наблюдават при 62% от близките в извадката, при отваряне и в началните етапи на психологичното кризисно консултиране. Лицевата експресия на скърбящите, представяща преживяване на тъга не се вербализира като предпоставка за наличие в актуалното преживяване на тревожност. Скърбящите са

толкова дълбоко в преживяването на загубата, че не възприемат себе си с наличните психо-вегетативни прояви.

Когнитивната преработка на случилото се е също блокирана. Преживяването на вина е споделено от малък процент близки в извадката – 7%. 93% от скърбящите не са в състояние да коментират наличие на виновностни изживявания, т.е. не са в състояние да търсят причинно- следствена връзка.

Ако тъга се наблюдава при всички представители на семейната група в приблизително еднакви граници, то тревожността е характерна предимно при брачните партньори (30,9%). Установява се относително висок процент на емоционална анестезност сред родители (18,1%), вероятно поради по-голяма сила на наличните емоции, които са покрити от психологична защита.

Виновностни изживявания споделят по-често близки на починали във възрастта между 40 и 59г., предимно жени. Преживяването на „емоционална анестезност" е коментирано предимно от мъжете.

Поведенческите прояви в рамките на извадката включват повишена активност, емоционален ступор, гняв, плач.

Повишена активност се наблюдава при 3% от скърбящите. Тя се свързва със стремежа към извършване на дейности, често хаотични, без предварително поставена цел. Едва при 2% от близките се наблюдава „застиване" и намалена способност да се реагира на слаби външни стимули. Сред по-големия процент скърбящи от извадката, емоционален ступор не е наблюдаван.

Представените два вида реакции – повишена действеност и емоционален ступор, показват дълбочината на преживяването. Вместо емоционална реакция навън, тя се интериоризира и замества с регресивно поведение (1,8%).

Относително нисък е процентът на „плач" – 26%. При по-голямата част (74%), в началото на психологичното кризисно консултиране не се наблюдава представената поведенческа реакция. Факт, който отново илюстрира дълбочината на изтласкване на емоциите.

Проявите на гняв в зависимост от обекта, към който са насочени, се разделят на:

- прояви на ***гняв тип А*** – обект са медицинските работници, полагали грижи за починалия или екипите на „Спешна медицинска помощ", отзовали се на мястото на инцидента;
- прояви на ***гняв тип Б***, чийто обект може да е както починалия, така и абстрактен по своята същност – Съдбата, Бог.

В извадката по-високият процент принадлежи на „гняв А"- 17%. „гняв Б" е проявен едва сред 7% от скърбящите. При 77% от близките не са наблюдавани прояви на гняв.

Реакции като „емоционален ступор", „плач" и „повишена активност" са наблюдавани само сред жените или преобладаващо се проявяват в тази група. Гневът е с превес сред мъжете. Повишената активност е наблюдавана в контакта и с двата пола, предимно във възрастта между 50г. и 59г.. Групата се характеризира и с висока честота на гняв, независимо от обекта. Сред близки над 60 години се увеличава честотата на плача, но намаляват гневните прояви – вероятно възрастово специфична характеристика.

При разглеждане на *соматичните реакции* се коментират „тремор", „световъртеж", „втрисане", „сухота в устата", „усещане за трудност при дишане", „схванатост". За наличието им в периода на контакта се установява чрез наблюдението и при споделяне, в хода на психологичната експлорация: „Бихте ли ми дали чаша вода..... суха ми е устата и трудно говоря....", „Тук е много студено (сезонът е лято, температурите са високи)... Извинете, много ми стана студено....." и др.

Проявите на реакции в соматичния спектър са с висока честота сред брачни партньори и деца. В родителската група проявите рядко се наблюдават и споделят. Висок е

процента на наблюдаван „тремор" и споделяне за пресъхване на устата, затруднено дишане и „замайване".

Обсъждане

Преживявания сред близки на починали от група А

Близките на починали в болнично заведение са имали известен период на притеснения за здравословното състояние на болния, преди съобщаването за настъпил екзитус. Този факт, вероятно вече ги прави в известна степен психологически подготвени за събитието. В душевните им терзания е вървяла борба между страха, притеснението и оптимистичните очаквания. С узнаване на факта на смъртта, те застават дефинитивно в единия полюс на своите преживявания. Показаната картина в началото на контакта с клиничния психолога се очертава видимо като бързо настъпване на ***депресивният етап на скърбене.***

Съгласно обобщените резултати от бланката за наблюдение (част 1) плачът, тъгата и тревожността, при липса на действена активност (в 100% от случаите), създават много характерен за депресивния етап на скърбене облик. Те се оказват с висока честота на изява и в този смисъл - водещи и определящи преживеличната картина. Външният израз на тъга (71%) и плач (54%) са водещата емоционално-поведенческа проблематика в началото на вербалния контакт Независимо от демографските фактори като пол, възраст, семеен статус добре очертани са наличните в този начален момент смущения в когнитивната сфера, главно невъзможността да ползват адекватно концентрацията и превключваемостта на активното внимание. Проявените и наблюдавани в изследването соматични особености в около 10% от скърбящите (тремор, втрисане, сухота в устата, затруднено дишане) не се отразяват вербално от самите тях. Единствено чувството за „схванатост" (блокиране дейността на мускулатурата) се вербализира като оплакване в 48% от случаите. Вероятната причина за това бихме могли да търсим отново в предварителната когнитивно-емоционална подготовка на хората за евентуален лош край. Това, при сблъсъка с факта на смъртта, бързо ги въвежда в преживявания, свързващи ги с предстоящите събития.

В такъв момент, на когнитивно ниво, те включват психологична защита (разцепване) и ангажират себе си с починалия и организацията на събитието, а не със собствените си депресивни чувства и прояви. Регистрираните, едва 11,9%, случаи на споделяне на „Усещане за нереалност" също провокират мисълта за изтласкване на съдържанието на същинското скърбене като преживяване.

Известен външен израз в картината, депресивността намира у онези, които си позволяват да дадат външен израз на гнева (гняв А- 42%; гняв Б – 22,1%). В периода на скърбене и предвид ситуацията, в която са поставени, хората делегират отговорността по лечението на ангажираните с това професионалисти. Реализирането на загубата провокира нуждата от търсене на виновник за случилото се. С това тази част от скърбящите преобразуват депресивните си чувства в агресивни (отново психологична защита).

Преобладаващо попадане в етапът на ранимост, коментиран от автори като Rapaport, Calhoun, Kanel [2, 3, 5. 8] в представеното изследване нямат пълно покритие. Наблюдават се отделни прояви на психичен дисбаланс с преживявания предимно в емоционалния спектър, но са слабо представени или изобщо липсват кризисни реакции, характерни за шоковия стадий.

Както е видно и от останалите данни (по-висока проява на гняв А - сред жени в 19%; плач под формата на хлипане, не само просълзяване – в 35,4%; „недостиг на въздух" - в 21,5%) жените показват с относително по-голяма (всъщност характерен за пола) експресивност, депресивния начин на скърбене.

Мъжете изнасят преживяванията си поведенчески. Те демонстрират единствено „подреденост" (32,8%) и „гняв" навън (30,2%), с което се опитват да не допускат тъгата в полето на актуалното си преживяване.

Възрастта на починалия е фактор, оказващ влияние върху наблюдаваните соматични реакции. Близките на починали в млада възраст от група А демонстрират висока честота на соматични прояви. Може да се предположи, че с това те дават външен израз на неподготвеността си за такова ранно разделяне. С покачване на възрастовия диапазон на починалите, реагирането на ниво тяло намалява.

Преживявания сред близки на починали от група Б

Сблъсъкът с неочакваната смърт поставя човек в състояние на неподготвеност, с характерните за нея емоционално – поведенчески прояви. Тази внезапност, рязкото скъсване на емоционалната нишка с починалия изисква бързо (в същото време резултатите показват и бурно) реагиране за съхранение на психиката, не толкова за справяне със ситуацията.

Картината на преживяване и реагиране в групата на скърбящи по инцидентно починал се характеризира с по-висок процент проявление на цялата палитра от когнитивни, емоционални, соматични и поведенчески промени при скърбене. Този факт съответства на описаните от Calhoun и Kanel [2, 3, 5], специфики на ***психологичния шок***. Характерен негов белег е използването на психологична защита. Основен механизъм, използването на който се наблюдава в извадката *е отричането.* Основание да се мисли за използването на този защитен механизъм е наличието на „усещане за нереалност".

В спектъра на емоциите се набелязва приоритетно споделяне на тъга (74%); ($p< 0,01$). Наличие на тревожност съобщават само 15,3% от роднините на инцидентно починалия, а виновностни преживявания – само 9%. Останалите 96% не са в състояние да правят контакт със собствените си емоции и чувства.

От поведенческите реакции, наблюдавани в групата, най-чести са проявите на плач (27,9%) и гняв (съответно в двата варианта - гняв А при 18%; гняв Б при 6,3%). Всичките 18% процента, показващи гняв А са насочени срещу представителите на „Спешна и неотложна помощ". Двигателна активност липсва (налице е едва в 4,5% от всички). Липсва и споделяне на преживяване на емоционален ступор. Личните емоции се разпознават и вербализират едва от 1,8 % от близките.

Разбираемо най-психотравмиращо е преживяването в групата на скърбящите родители. При 89% от тях се констатира „усещане за нереалност". Изводима е от разбирането, че „Детето надживява родителя си.". Загубата на дете, независимо от неговата възраст се преживява трагично, „защото оцелелият губи своето бъдеще". Породилата се силна емоционална болка от рязкото попадане в обратната постановка: „Родителят да надживее детето си" провокира активиране на механизъм на психологична защита – „отричане".

Подобно на усещането за нереалност, смущенията в концентрацията на активното внимание (77,8%) са най-често наблюдавани в родителската група и при възраст на починалия 20 – 29г. Виновностни ипреживявания споделят 56% от родителите. Може би за да копират тези тежки чувства те са склонни към повишена двигателна активност (в 33%). Сред тях не са наблюдавани прояви на емоционален ступор, но за сметка на това поведението им носи характеристики на непоседливост, ажитираност и хаотичност. Само 1/3 от скърбящите родители успяват да демонстрират външна реакция - просълзяване.

Високият процент на „емоционална анестезност" и „чувство на вина" в тази група се дължат на използването на механизмите на психологична защита – „изтласкване" и „изместване". Изтласкването е насочено към „отнемане" силата на възникващите емоции, с което би се свързала възникналата „емоционална анестезност". По подобен начин

могат да се разгледат проявите на чувство на вина. Преживяването на вина в шоковия етап на кризата представлява несъзнаван опит за създаване на друг вид „болезнено огнище", което човек би могъл да „управлява". Чувството на вина се явява проява на гняв – гняв спрямо себе си. При това споделяните виновностни преживявания, установени в групата на родителите, са с незначителни полови разлики. Поради тяхната сила, родителите проявяват слаба готовност да реагират с гняв А (11%).

Изводи

Проследяването на спецификите в преживяванията да бъдат изведени етапите, в които пребивават близките на починали след продължителна хоспитализация (гр.А) или в резултат на инцидентна смърт (гр. Б).

1. Скърбящите от гр. (А) покриват депресивния етап на скърбене, с характерните за него прояви на плач, тъгата и тревожност, при намалена действена активност.

2. В гр. (Б) преживяванията на близките дават характеристики, специфични за етап „ Отричане".

Библиография:

1. Кюблър-Рос (1996), Е. За смъртта и умирането. Наука и изкуство. София
2. Малкина И. (2010). Психологическая помощь в кризисных ситуациях. Эсмо, Москва,;
3. Calhoun L. G., Tedeschi, R. G. (2006) Handbook of Posttraumatic growth. Research and Praxis. NJ, Erlbaum
4. Calhoun L.G. (2006) (Eds.). Posttraumatic growth: Future directions. Mahwah, NJ, Erlbaum
5. Greenberg K. Pyszczynski. (2004) Handbook Of Experimental Existential Psychology The Guilford Press; 1 edition
6. Kannel, K. (2012) A Guide to Crisis Intervention. 4rth ed. Brooks/Cole, New York
7. KastV. (2006) Zeit der Trauer. Stuttgart, Kreuz Verlag
8. KastV. (2008) Sich einlassen und loslassen. Neue Lebensmöglichkeiten bei Trauer und Trennung. Freiburg, Herder
9. Kessler D., Kubler-Ross E. (2005), On Grief and Grieving. Scribner, New York;
10. Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. et al. (1995) Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. Psychiatry Research
11. Smaldone MC, Uzzo RG. (2013) The Kubler-Ross model, physician distress and performance reperting.Nature Reviews Urology

ВЛИЯНИЕ НА КОГНИТИВНИТЕ НАРУШЕНИЯ ВЪРХУ ИНВАЛИДНОСТТА ПРИ БОЛНИ С ПАРАНОИДНА ШИЗОФРЕНИЯ

И. Велева, М. Стоименова, П. Чумпалова, К. Стойчев, Г. Доганджали
Катедра „Психиатрия и медицинска психология". Факултет „Обществено здраве", МУ – Плевен

Контакт: Гл. ас. Иванка Велева, д.м.
e-mail: ivanka.sirashky@gmail.com

Въведение

Шизофренията е тежко психично разстройство, от което по данни на Световна Здравна Организация (СЗО) към 2018 г. са засегнати над 21 милиона души. В целия свят тази болест е свързана със значително увреждане и често засяга обучението, и професионалните дейности. Нарушението в психиката и поведението възникващи в хода на заболяването изключват от активна дейност почти 1% от населението в трудоспособна възраст и водят до значителна социална дезадаптация.

Шизофренията причинява висока степен на увреждане, което представлява 1,1% от общите DALY (години на живот, адаптирани към увреждането) и 2,8% от YLD (години, преживени с увреждане). В световен мащаб във възрастовата група 15–44 години шизофренията е изброена като осмата водеща причина за DALY [18]. Шизофренията е на трето място по инвалидизация, намалена продължителност на живот (10–12 години), главно поради по-честите соматични заболявания и твърде честите самоубийства. Социалната цена на боледуването е огромна, а в някои аспекти, като загуби от нереализирана работоспособност и бреме за близките е трудно измерима. Въпреки провеждането на антипсихотично лечение, болните от шизофрения имат лоша прогноза по отношение на социалното и професионално функциониране, социален живот, и качество на живот. Наред с високо ниво на инвалидност (около 40%) 20-30% от пациентите с адекватна терапия достигат до ниво на социално възстановяване или ремисия с минимални симптоми [2]. Епидемиологичните проучвания показват, че в сравнение с други психотични разстройства, лошото психосоциално функциониране е най-често при болни от шизофрения [15]. Най-ранната и устойчива последица при шизофрения е влошаването на функционирането в обществото. Изразената социална дезадаптация, обхваща повечето сфери на живота и се открива при 56% от пациентите, страдащи от шизофрения [3].

Когнитивните функции са необходими за правилното функциониране на хората в социума. В мета-анализ Ventura J. et al. [19] показват, че социално-професионалният спад при пациенти с шизофрения се дължи най-вече на основните когнитивни дефицити. Нивото на разстройството в социалната адаптация варира от леко до много тежко.

В много изследвания [7,8,9,10] е установено, че когнитивните нарушения в голяма степен са свързани с различни аспекти на социалния живот, не само с психопатологичните симптоми на болестта. Те се явяват свързващо звено между патологичните прояви на заболяването и социално икономическото бреме, което налагат. Според Антохин Е. Ю. и сътр. [1] неврокогнитивните дефицити при болните от шизофрения играят същата важна роля както позитивната и негативната симптоматика. Те са тясно свързани и оказват значително влияние върху социалното им функциониране. Тежестта на когнитивните нарушения корелира с професионалната активност, социалната автономия (възможност за самостоятелен живот) [8], способност за задържане на работа [7]. В редица изследвания е установено, че нивото на когнитивните възможности се отразява върху последиците за функционирането [8,9]. По отношение на връзките с отделните когнитивни домейни е установено следното: нарушението на екзекутивните функции и вниманието са свързани с последиците за функционирането [4], лошата когнитивна гъвкавост с качеството на живот и междуличностните отношения, вербалната памет и скоростта на обработката на информацията/внимание са предиктори за лошо социално функциониране[14]. Невропсихологичните показатели за лошо функциониране на префронталните отдели са свързани с професионалната заетост и с качеството на симптоматичната ремисия [10]. На поведенческо ниво генерализираното когнитивно увреждане при болни с параноидна шизофрения се проявява с влошено качество на живот, ниско ниво на образователни постижения и професионална заетост, затруднения в намирането, и задържането на брачен партньор, и намалена продължителност на живота.

Целта на настоящия доклад е да се оцени влиянието на когнитивните нарушения върху инвалидността при болни с параноидна шизофрения

Материали и методи

В проучването взеха участие 108 изследвани лица (ИЛ) с диагноза: Параноидна шизофрения (66 мъже и 42 жени) на средна възраст 38,9 ± 10,0 години и продължителност на заболяването 12,8 ± 8,2 години, със средно начало на заболяването на 24 години,

лекувани в Първа психиатрична клиника на УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ ЕАД-гр. Плевен Плевен през 2017-2018 г. след подписване на Информирано съгласие. От тях 52 (48,15%) са пенсионери по болест, N=15 (13,89%) са безработни, N=41 (37.96%) са заети (33 са работещи и 8 са учащи). Средната тежест на заболяването според скалата за позитивни и негативни синдроми (PANSS) е 71,8 ± 5,1 точки. Инвалидността е оценена със скалата WHO-DAS 2.0. пълната версия, която съдържа 36 елемента в шест домейна включващи: D_1. Познание-разбиране и комуникация; D_2. Мобилност; D_3. Грижа за себе си; D_4. Разбиране с хората; D_5. Ежедневни дейности; D_6. Участие в обществото**.** Приложена е неврокогнитивна батерия в следната последователност на тестовете: Заучаване на десет думи по Лурия (ЗДДЛ), Тест за зрително проследяване част А и В (TMT A&B). Тест за логична памет (ЛП);Тест за заместване на числа със символи (DSST); Тест за вербална флуентност (ВФ) - семантична и летерална; Бентон тест за ретенция на зрителна информация (BVRT вариант А, серия Е). Изследването на връзката между социалното функциониране и резултатите от някои от неврокогнитивните тестове е осъществена посредством корелационен анализ за праволинейна зависимост, коефициент на корелация на Пиърсън (R) и коефициент на рангова корелация на Спирман (r_s) при вероятност $p<0,05$. Всички резултати на WHO-DAS 2.0 са изчислени с помощта на сложния IRT (item-response-theory) метод. Обработката на данните е извършена чрез IBM SPSS v.24.

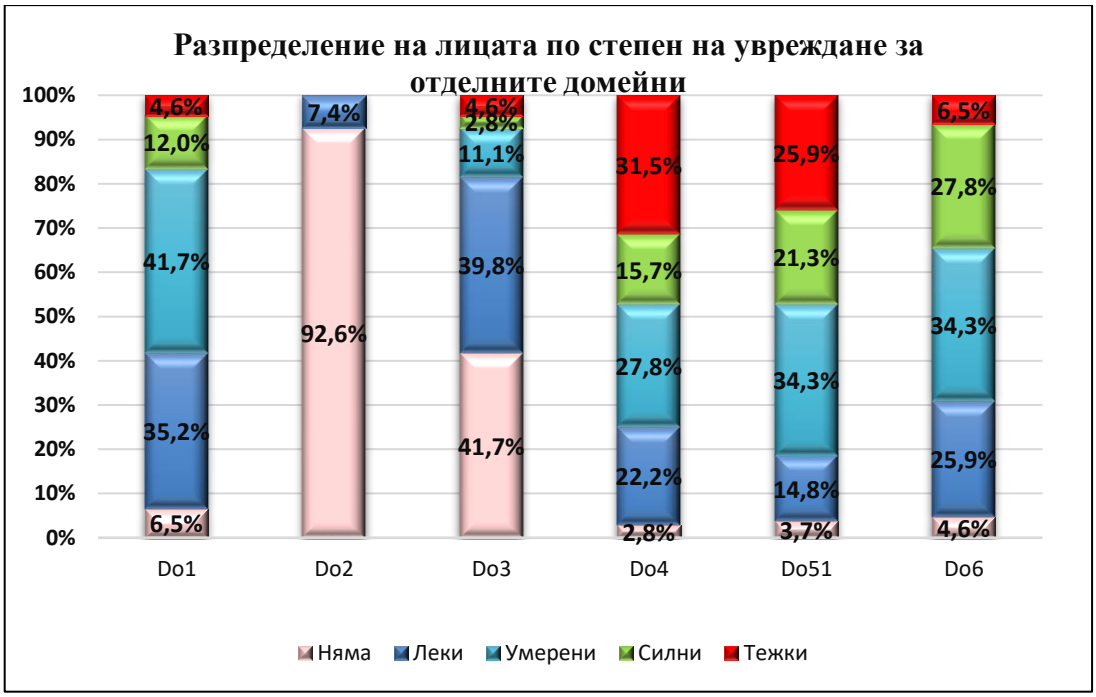
Включващите критерии в проучването са: (1) Параноидна шизофрения, според критериите на МКБ-10; (2) Продължителност на заболяването не по-малко от 1 година; (3) Формално образование – ≧ 8 години; (4) Възраст – 18-59 години; (5) Липса на анамнеза за друго вродено или придобито мозъчно заболяване, декомпенсирано соматично заболяване, прием на психоактивни вещества, вкл. и на алкохол; (6) Липса на анамнеза за прием на бензодиазепини, антиепилептични и ноотропни медикаменти, и сходни на тях, по какъвто и да е повод в близките 7 дни преди изследването; (7) Следват редовна, дозово адекватна антипсихотична терапия и са на поддържащо лечение с един антипсихотичен медикамент от второ поколение;(8)Психичното им състояние е стабилно и нямат обостряне на заболяването в последните 3 месеца; (9) Подписано информирано съгласие за участие в проучването. Дизайнът на проучването, формата на Информираното съгласие и използваните диагностични и оценъчни инструменти бяха предварително одобрени от Комисия по етика на научно-изследователската дейност при Медицински университет - Плевен. Нито една от процедурите заложени в проучването не крие риск за живота и здравето на пациентите.

След обстойни соматичен, неврологичен статус, и диагностично интервю, участниците в проучването бяха оценени посредством скалите PANSS и WHO-DAS 2.0. Всички участници, отговарящи на включващите критерии и без регистрирани изключващи критерии, бяха изследвани посредством неврокогнитивна батерия.

Резултати

Анализираните резултати показват, че при ИЛ най-съществени са дефицитите в домейните D_4 „разбиране с хората“ (61.34±25.77), „комуникация“ (41,67 ± 17.66), „участие в обществото“ (51,13 ± 19.11) и „ежедневните дейности“ (55,74 ± 23.45). Резултатите, след изчисляване на общите балове по отделните домейни и разпределението на лицата по групи според степента на затруднение са представени на **фиг. 1.**

Във всяка една сфера от социалното функциониране мъжете са по-засегнати ($p=0.0001$), особено в разбиране с хората (D_4) и участие в обществото (D_6). Само способността за придвижване (D_2) не се влияе от пола. Възрастта оказва влияние само на мобилността ($R=0.29$; $p=0.0027$).



Фиг. 1. Разпределение на лицата по степен на увреждане за отделните домейни

Установени са значителни разлики (F (2,104) = 7,565, p <0,01) между групите по ниво на образование. Болните с по-висок образователен статус показват по-слабо засягане в отделните домейни. Установени са и разлики по отношение на заетостта (наети / учащи, безработни и инвалиди) – (F (3 103) = 16,734; p <0,001). Тези, които учат или работят имат по-добро социално функциониране. Единствено върху домейна „мобилност“ образованието не оказва значение. Фиксацията при слухово речевата памет (ЗДДЛ) има слаби корелации с всички домейни на скалата WHO-DAS 2.0 (R=–0.28; p= 0.0032), с изключение на (D_2) „мобилност“. Ретенцията има слаби корелации с домейните (D_3) „грижа за себе си“ (R=–0.20; p= 0.0362), (D_4) „разбиране с хората“ (R=–0.21; p= 0.0329), (D_5) „ежедневни дейности“ (R=–0.24; p= 0.011) и (D_6) „участие в обществото“ (R=–0.24; p=0.0128). Репродукцията корелира слабо и единствено с домейна (D_3) „грижа за себе си“ (R=–0.29; p= 0.0020). Логичната памет показа слаби корелации с всички поддомейни на WHO-DAS (R=–0.23;p=0.017) с изключение на (D_2),„мобилността“; Вербалната флуентност – семантична (r_s =–0.29; p=0.0018) и литерална (r_s =–0.27; p= 0.0048) също показват слаби корелации с (D_1),„познанието“, (D_3),„грижата за себе си“, (D_4),„разбирането с хората“, (D_5),„ежедневните дейности“ и (D_6) „участието в обществото“. Психомоторната скорост [измерена с TMT-A] (r_s =0.32; p=0.0008), фокусираното внимание [измерено с DSST] (r_s =–0.33; p=0.0005) и екзекутивните функции [измерени с TMT-B] (r_s = 0.38; p=0.0001) показаха умерени корелации с всички домейни на скалата WHO-DAS 2.0. Умерено изразени корелации бяха установени с броя на грешните отговори при зрителната памет (r_s = –0.30; p=0.0014), измерена с Бентон тест и слаби корелации – с броя на верните отговори (r_s =–0.28; p=0.0038).

Дискусия

СЗО класифицира шизофренията като едно от 10-те заболявания с висока социална тежест в глобален мащаб поради ранното начало на заболяването и дългосрочния, прогредиентен ефект върху нарушената работоспособност, и грижа за себе си. В мета-анализ на Ventura J. et al. [19] показват, че социално-професионалният спад при пациенти с шизофрения се дължи най-вече на основните когнитивни дефицити.

В хода на изследването намерихме връзка между когнитивното и социалното функциониране при болните с параноидна шизофрения. Всички демонстрирани корелации в изследването сочат, че при по-съхранени когнитивни възможности в съответния домейн е налице и по-добро психосоциално функциониране.

Лошото или отсъстващото професионално функциониране при лица с шизофрения е резултат от множество различни фактори свързани със заболяването, някои от които предшестват началото на болестта. Два от най-значимите фактора са лошото преморбидно функциониране и ниското ниво на образователни постижения. В нашето изследване болните с по-висок образователен статус показват по-слабо засягане в отделните домейни. По-ниският образователен статус поставя хората в неизгодно положение на пазара на труда както в общата популация, така и сред лицата с шизофрения. По такъв начин и двата фактора (увреденото преморбидно функциониране и ниското образование) са пречка за професионална реализация при хора, заболели впоследствие от шизофрения. Дори когато лицата с шизофрения получат работа, те често имат трудности да я задържат поради несправяне със задълженията си или трудности в комуникацията. Нивата на безработица при шизофрения е висока, като по-малко от 20% се връщат на работа след първи психотичен епизод. Намалена е производителността на труда, което води до повишен професионален стрес [11]. В лонгитудинално проучване на Националния институт по психично здраве на САЩ за дългосрочните перспективи при шизофрения е установено, че 66% от пациентите са безработни, а 50% нямат социални контакти [20].

Глобалното психосоциално функциониране се прогнозира от негативните симптоми и вниманието. Нашите данни показват, че нарушеното внимание влияе върху трудовата заетост. Вниманието и негативните симптоми прогнозират ангажирането с работа/учене. В нашето изследване фокусираното внимание/контрол върху интерференцията са свързани повече с (D_6) „участие в обществото“, както и с двата показателя за скорост на обработка на информацията. Корелацията отново е по-силна за DSST, отколкото за TMT-A. Фактът, че и двата теста демонстрират връзка с функционирането показва, че скоростта на обработка на информацията определено има съществено значение върху (D_6) „участието в обществото“. Най-високото ниво на социално функциониране се оказа свързано със съхранеността на фокусираното внимание и обработката на информацията, които са непосредствено свързани с екзекутивните функции. За много болни ограничените финансови средства възпрепятстват участието им в обществени дейности**.**

Когнитивният дефицит на болните от шизофрения ги ограничава в ангажираността в различни ежедневни дейности и пречи на способността им да бъдат активни членове в обществото [5, 11]. Когнитивните увреждания намаляват способността им да се ориентират в по-усложнена обстановка и обществения транспорт [13]. Същевременно, независимият транспорт е ограничен поради финансови затруднения и усложнен от намалените способности за самостоятелно шофиране, свързани с когнитивната ефективност [17] и повече злополуки [6]. Автономността при вземане на решения зависи от съхранеността на вниманието [1]. Епизодичната памет и вербалната флуентност са тясно свързани с “ (D_1) „разбиране и комуникация“. Вербалната памет е значимият показател за степента на увреждане на дейностите в общността и комуникацията, и междуличностните отношения. В изследването ние установихме, че при относително съхранени механизми на слухово речевата памет се наблюдават изразени нарушения в мисловния процес по типа на халтавост на асоциациите, разноплановост и тенденция към когнитивни грешки и дисфункционални вярвания. Поотделно вербалната памет, фокусираното внимание и скоростта на обработка на информацията имат умерен ефект върху функционирането, но общият им ефект е значителен. Трудността при ангажиране със задача/работа може да бъде ключово увреждане при пациентите с шизофрения. Установихме, че скоростта на обработка на информацията и зрителната памет са свързани повече с

дейностите в общността (D_6). В обзора си за невралните корелати на възприемането на социално–емоционалните стимули, Green M. & Leitman D. [9] повдигат хипотезата според която, отклоненията във възприемането и интегрирането на визуалната информация може да е в основата на нарушеното социално функциониране. По този начин, нарушенията в зрителното възприятие при шизофрения се оказват базисен компонент на социалната дезадаптация. Неправилната интерпретация на визуалните стимули деформира възприемането на социално значимите стимули, необходими за адекватните интеракции. Счита се, че тези нарушения могат да бъдат обусловени от особеностите на т.н. „огледални неврони“ в теменната кора, отговорни за разпознаването на психическото състояние на другите хора [9].

Изводи

Широкият обхват от увреждания при шизофрения, включващ абнормно преморбидно функциониране, ниски нива на образователни постижения, позитивни и негативни симптоми, дефицити на социалните умения и увредено когнитивно функциониране допринасят за ниските възможности за наемане/задържане на работа при конкурентни условия. Трудностите в когнитивното функциониране при болните от шизофрения рефлектират в по–лоши професионални резултати на конкурентния пазар на труда. Присъединяваме се към установеното в литературата, че когнитивните нарушения допринасят най-много за непълноценното възстановяване и функциониране на пациентите с шизофрения. Неврокогнитивните тренинги в съчетание с атипични антипсихотици способстват за възстановяването на социалното функциониране и е уместно да се включат в комплексната терапия при болни с шизофрения.

Библиография

1. Антохин Е. Ю., Ерзин А. И., Епанчинцева Г. А., & Крюкова Е. М. Роль когнитивных нарушений в формировании особенностей проактивности и социального функционирования у больных шизофренией. *Неврологический вестник. Журнал им. ВМ Бехтерева* 2017; *49*(2):5-12.
2. Вишневская О. А., Гвоздецкий, А. Н., & Петрова Н. Н. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией в ремиссии. *Социальная и клиническая психиатрия.2012*; *22*(4)
3. Дмитриева Е. Г. Комплаенс и адаптация пациентов страдающих шизофрении. Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Томск, 2018
4. Bilder R., Goldman R., Robinson D., et al. Neuropsychology of first-episode schizophrenia:initial characterization and clinical correlates. Am J Psychiatry 2000;157:549
5. Bowie C, Reichenberg A., Patterson T., et al. Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: correlations with cognition, functional capacity, and symptoms Am J Psychiatry. 2006;163(3):418–425
6. Edlund M., Conrad C, Morris P. Accidents among schizophrenic outpatients. Compr Psychiatry. 1989;30(6):522–526.
7. Gold J., Goldberg R., McNary S., Dixon L., Lehman A. Cognitive correlates of job tenure among patients with severe mental illness. Am. J. Psychiatry. 2002;159:1395–1402.
8. Green M., Kern R., & Heaton, R. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. Schizophr. Res.2004; 72(1), 41-51.
9. Green M., Leitman D. Social Cognition in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2008; 34(4):670–672
10. Hofer A., Biederman F., Yalcin N., Fleischhacker W. Neurocognition and social cognition in patients with schizophrenia or mood disorders. Neuropsychiatrie. 2010;24:161–169.
11. Lepage M., Bodnar M., & Bowie C. Neurocognition: clinical and functional outcomes in schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2014; *59*(1): 5-12
12. Laroi F, Canlaire J, Mourad H., et al. Relations between a computerized shopping task and cognitive tests in a group of persons diagnosed with schizophrenia compared with healthy controls. J Int Neuropsychol Soc. 2010;16(1):180–189.
13. McClure M., Bowie C., Patterson T., et al. Correlations of functional capacity and neuropsychological performance in older patients with schizophrenia: evidence for specificity of relationships? Schizophr Res. 2007;89(1–3):330–338.

14. Milev P., Ho B. Arndt S., Andreasen N. Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7-year follow-up.Am J Psychiatry. 2005;162(3):495-506.
15. Morgan V., McGrath J.,Jablensky A.,et al. Psychosis prevalence and physical, metabolic and cognitive co-morbidity: data from the second Australian national survey of psychosis. *Psychol Med.* 2014; 44:2163-2176
16. Rempfer M., Hamera E., Brown C., & Cromwell R. The relations between cognition and the independent living skill of shopping in people with schizophrenia. Psychiatry Res. 2003;117(2):103–112
17. St Germain S., Kurtz M., Pearlson G., et al. Driving simulator performance in schizophrenia. Schizophr Res. 2005;74(1):121–122.
18. Theodoridou A., Rössler W. Disease Burden and Disability-Adjusted Life Years Due to Schizophrenia and Psychotic Disorders. In: Preedy V.R., Watson R.R. (eds) Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures. Springer, New York;2010:1493-1507
19. Ventura J., Wood R., Hellemann G. Symptom domains and neurocognitive functioning can help differentiate social cognitive processes in schizophrenia: A meta-analysis. Schizophr Bull. 2013;39:102–11.
20. Wojtalik J., Smith M., Keshavan M., & Eack, S. A systematic and meta-analytic review of neural correlates of functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin* 2017; *43*(6): 1329-1347

ЗАКРИЛА НА ПСИХИЧНОТО ЗДРАВЕ В УСЛОВИЯТА НА COVID -19

М. Мавров, М. Христозова
Катедра "Управление на здравните грижи", Факултет по обществено здраве, МУ-Пловдив

Контакт: Доц. Момчил Мавров, доктор по право
e-mail: msmavrov@abv.bg

Въведение

Човечеството неведнъж в историята си се е сблъсквало с тежки здравни кризи, за чието преодоляване са прилагани различни мерки от страна на компетентните международни органи и държавни власти. Въпреки натрупания опит, настоящата глобална здравна криза, породена от инфекциозното заболяване COVID-19, постави сериозни предизвикателства пред целия свят. В началото на тази криза международните организации и държавните органи наложиха строги ограничения с цел овладяване разпространението на заболяването и намаляване броя на жертвите. Тъй като предприетите мерки доведоха и до тежки икономически последици, общите усилията бяха насочени към намиране на адекватни решения за опазване живота на гражданите и преодоляване на негативните последици в икономическата сфера. Безспорно описаните първоначални цели следва да бъдат приоритетни, но извън вниманието на международната общност и държавите остана въпросът за закрилата на психичното здраве на населението.

Цел

Да се оцени закрилата на правото на психично здраве в международноправната уредба и нейната ефективност в условията на здравната криза, предизвикана от инфекциозното заболяване COVID-19.

Материал и методи

Представеният анализ и оценка на закрилата на психичното здраве се базират на основните международни универсални и регионални актове, приети в международноправната система за защита на правата на човека.

Резултати и обсъждане

Още преди десетилетия международната общност заявява, че психичното благоденствие на всеки човек е неделима част от неговото право на здраве, дефинирано в международноправната уредба като *„право на ползване на най-високия достижим стандарт на физическо и **психично здраве**“*.[1] За първи път правото на здраве е изрично прогласено в Устава на Световната здравна организация (СЗО) от 1946г. [11]. В преамбюла на този акт международната общност определя здравето като *„състояние на пълно физическо, **психическо** и социално благополучие, а не просто липса на болести или недъзи“*, и признава правото на здраве за основно право на всяко човешко същество без разлика на раса, религия, политически убеждения, икономическо или социално състояние.[3] Психичното здраве според СЗО е *„състоянието на емоционално и психологическо благосъстояние, при което човекът може да използва своите познавателни и емоционални способности, да изпълнява своята функция в обществото, да отговаря на всекидневните изисквания на живота, да установява задоволителни и зрели отношения с другите, да участва конструктивно в промените на средата, да се адаптира към външните условия и вътрешните конфликти“.* [2]

Прогласяването на правото на здраве в Устава на СЗО има важно значение не само за неговото утвърждаване като фундаментално човешко право, а и за гарантиране на закрилата му на най-високо равнище. В тази връзка, в Устава на СЗО изрично е записано, че *„правителствата носят отговорност за здравето на своите народи, което може да бъде изпълнено само чрез осигуряване на адекватни здравни и социални мерки“.*

Друг важен универсален международен акт, който регламентира правото на здраве, е Всеобщата декларация за правата на човека, приета на 10 декември 1948г. от Общото събрание на Организацията на обединените нации [10,13,17]. Съгласно чл. 25 от декларацията *„Всеки човек има право на жизнено равнище, включително прехрана, облекло, жилище, медицинско обслужване и необходимите социални грижи, което е необходимо за поддържане на неговото и на семейството му здраве и благосъстояние“.*

Позитивната тенденция за признаване правото на здраве в основните международни актове за защита на правата на човека продължава и през 1966г., когато е приет Международният пакт за икономически, социални и културни права [18]. В чл. 12 от Пакта е записано, че държавите-членки признават *„правото на всеки да се ползва от най-високия достижим стандарт за физическо и **психическо здраве**“*.

Анализираното фундаментално човешко право е регламентирано и в редица универсални актове, чиято цел е да закрилят най-уязвимите лица в обществото. Такива са например:

- Конвенцията на ООН за правата на хората с увреждания - в чл. 25 е посочено, че: *„Държавите-страни по настоящата конвенция, признават правото на хората с увреждания на **достъп до най-високия постижим стандарт на здравеопазване** без дискриминация по признак увреждане“.* [19]
- Конвенцията на ООН за правата на детето - съгласно чл. 24 от акта *„Държавите – страни по Конвенцията, признават правото на детето да се ползва от най-високия достижим стандарт на здравословно състояние и от здравните услуги за лечение на заболяванията и за възстановяване на неговото здраве“.* [20]

Правото на физическо и психично здраве е регламентирано и в редица актове за закрила на човешките права, приети от Европейския съюз (ЕС) и Съвета на Европа. Така например, Общността изрично заявява, че при разработването и изпълнението на всички политики и дейности на Съюза се осигурява **високо равнище на закрила на човешкото здраве** (чл. 9 от ДФЕС във вр. с чл.168 от ДФЕС) [4]. Конкретните политики и действия на Европейския съюз в областта на общественото здраве допълват приетите от

държавите-членки, като те са насочени към подобряването на общественото здраве, предотвратяването на болестите и заболеваемостта при хората и на източниците на опасност **за физическото и психичното здраве**.

Закрилата на човешкото здраве е изрично регламентирана и в чл. 35 от Хартата за основните права на Европейския съюз [7]. Съгласно посочената разпоредба *„всеки има право на достъп до здравна профилактика и да ползва медицински грижи при условията, установени от националните законодателства и практика. При определянето и осъществяването на всички политики и действия на Съюза се осигурява висока степен на закрила на човешкото здраве“*.

На следващо място, в Част I, чл.11 от Европейската социална харта (ревизирана) на Съвета на Европа е записано, че *„всеки има право да се ползва от всички мерки, съдействащи му да постигне възможно най-добро здравословно състояние“*, а в чл. 13 са прогласени правото на социална и медицинска помощ [5]. В Част II, чл. 11 и чл. 13 от Хартата са предвидени редица задължения за държавите-страни по акта, които имат за цел да гарантират ефективното упражняване на правото на опазване на здравето и правото на медицинска и социална помощ. Такива са например: премахаване, доколкото е възможно, на причините за заболявания; предотвратяване, доколкото е възможно, на епидемиите, ендемиите и на другите болести, както и на злополуки, и други задължения.

Изключително важен акт за закрила на човешките права, приет от Съвета на Европа, е Европейската конвенцията за защита правата на човека и основните свободи (ЕКЗПЧОС) [6]. Следва да се отбележи, че ЕКЗПЧОС не прогласява изрично конкретни здравни права на лицата. В резултат на еволютивното тълкуване на Европейския съд по правата на човека обаче, допуснати нарушения на някое от субективните права на гражданите при или по повод на осъществяване на лечение или други медицински дейности, се разглеждат на основание разпоредбите на чл. 2, чл. 3, чл. 5, чл. 8 и чл. 14 от ЕКЗПЧОС [1]. Съдът в Страсбург неведнъж се е произнасял по жалби, в които се повдигнати оплаквания за допуснати нарушения на здравни права на лицата, например на правото на информирано съгласие, правото на достъпна медицинска помощ, случаи на медицинска небрежност, казуси, свързани с менталното здраве на лицата и други [9, 14, 15].

С цел осигуряване високо равнище на закрила на психичното здраве, международната общност приема и редица специфични документи, изцяло посветени на тази цел. Такива са например: Всеобхватният план за действие за психичното здраве 2013-2020г. на СЗО [21], Принципите на ООН за защита на лица с психични заболявания и за подобряване на грижите за психичното здраве [16], Резолюция на Европейския парламент от 19 февруари 2009 г. относно психичното здраве [12] и други актове.

Признаването на правото на здраве в международноправната уредба е безусловно необходим подход на международната общност, но не винаги достатъчен за гарантиране на ефективната закрила на посоченото фундаментално право. В този смисъл, през последното десетилетие все по-често се установява, че по отношение на защитата на психичното здраве съществуват редица пропуски, както в нормативната уредба, така и в действията на държавните органи. В редица съобщения СЗО посочва, че в глобален план проблемите, свързани с психичното здраве на населението, нарастват през последното десетилетие [23,24]. Тази негативна тенденция се наблюдава и в рамките на ЕС. В този смисъл, Европейският парламент в Резолюция от 19 февруари 2009 г. относно психичното здраве прави следните тревожни изводи:

- *„проблемите, свързани с психичното здраве, са широко разпространени, като един на всеки четирима граждани имат такива проблеми поне веднъж в живота си, а на непреките последици от тези проявления са изложени много повече хора, като същевременно стандартът за грижи, свързани с психичното здраве, се различава значително между отделните държави-членки, особено между старите държави-членки и*

някои от новите държави-членки (Буква Г); самоубийствата остават сериозна причина за преждевременна смърт в Европа, с над 50 000 случая на година в ЕС, като в девет от десет от тях самоубийството е предшествано от проявени психични нарушения, често депресия (Буква Е); социално-икономическото неравенство може да увеличи броя на проблемите, свързани с психичното здраве, и процентът на хората с проблемно психично здраве е по-висок при уязвимите и маргинализирани групи като безработни, имигранти, затворници и бивши затворници, лица, употребяващи психотропни вещества, инвалиди, и лица с хронични заболявания (Буква К), в сравнение с останалото население, хората с проблеми, свързани с психичното здраве, са изложени на по-голям риск да развият физическо заболяване и е по-малко вероятно да получат лечение на тези психически заболявания; (Буква М); нарушенията на психичното здраве са на първо място сред причините за морбидност у човека (Буква Ч). [12]

В настоящата здравна криза международната общност и националните държави предприемат приоритетно различни мерки за опазване живота на хората, т.е. за закрила на физическото здраве. Встрани от вниманието им остават изводите от посочените по-горе актове за психичното здраве на населението. Подценяването на силното отрицателно въздействие на епидемията върху психичното благосъстояние на хората може да доведе до редица негативни и трайни последици. Именно в условията на извънредна здравна ситуация необходимостта от предприемане на адекватни политики, действия и мерки за гарантиране на психичното здраве на населението, е още по-осезаема. Негативните последици от пандемията от COVID-19, като появата на силен страх у хората за загуба на техния живот или този на близките им, физическата изолация, несигурността, загубата на доходи, представляват рискови фактори, които могат да предизвикат развитие на психични разстройства на здравето или да изострят съществуващите такива. В тази връзка според СЗО *„психичните разстройства обозначават диапазон от психични и поведенчески разстройства, като депресия, биполярно афективно разстройство, шизофрения, деменция, аутизъм“* [2], както и генерализираните тревожни разстройства, посттравматичното стресово разстройство, социалното тревожно разстройство и паническите разстройства и други заболявания.[8]

На следващо място, в условията на пандемията от COVID-19 достъпът до различни услуги за психично здраве и психосоциална подкрепа е силно ограничен, което води до влошаване на психичното здраве на гражданите и повишаване на неврологичните оплаквания. В определени случаи ограниченият достъп може да доведе и до животозастрашаващи ситуации, например при лечението на хронични психични заболявания като епилепсия и опиоидни зависимости.

Посочените изводи са застъпени и в проучване на СЗО относно въздействието на COVID-19 върху достъпа до услуги, необходими за лечението на психични и неврологични заболявания, проведено в периода юни-август 2020г.[22] С оглед ограничаването на подобни рискове през юни 2020г. СЗО публикува временното ръководство *„Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context“.* [25] В документа са очертани базовите принципи и практически препоръки, подкрепящи вземането на решения за осигуряване непрекъснатост на основните здравни услуги (включително и услугите за психично здраве), както и ключови действия, които държавите следва да предприемат.

Заключение

Независимо че правото на здраве е регламентирано в международноправната уредба като сложно комплексно право, което включва в съдържанието си два основни взаимно свързани компонента - физическото и психичното здраве, на практика последното остава често извън вниманието на държавните органи и провежданите от тях

политики. Известно е, че от години в не малък брой държави не се отделят достатъчно финансови ресурси за опазване и подобряване на психичното здраве. Този неправилен подход трябваше да бъде преустановен отдавна, тъй като пълноценното упражнява на субективното право на здраве е възможно само при едновременно гарантиране на неговите два компонента. В настоящата здравна криза, която оказва все по-силно негативно влияние върху психичното здраве на населението, международната общност и националните държавни органи трябва да предприемат приоритетно действия и мерки за гарантиране му, особено на уязвимите групи лица, като децата, хората с увреждания, възрастните лица, хората с нисък социално-икономически статус. Тези действия могат да обхващат: приемане на адекватни политики и стратегии за насърчаване и превенция на психичното здраве в условията на COVID-19; изработване на дългосрочни концепции за възстановяване на психичното здраве на населението от последиците на пандемията; гарантиране и разширяване на достъпа на гражданите до различни услуги за психично здраве и психосоциална подкрепа, включително в лечебните и здравните заведения; продължаващо обучение и повишаване квалификацията на здравните специалисти, с оглед оказване на подходяща и своевременна подкрепа на лицата, страдащи от или с риск от психични разстройства; увеличаване на държавните разходи за психичното здраве и други мерки.

Преодоляването на настоящата здравна криза и бъдещите последици от нея изисква международните организации и държавните органи, с общи усилия и в тясно сътрудничество, да предприемат своевременни и комплексни действия и мерки. Единствено този подход би могъл да доведе до ограничаване и смекчаване на бъдещите негативни последици от пандемията COVID-19, които намират отражение както върху физическото и психичното здраве на населението, така и върху социалните детерминанти на здравето, сред които са доходите, бедността, социалното изключване и безработицата.

Литература

1. Мавров, М. *Правният институт на информираното съгласие на пациента*, Пловдив, 2018, Изд. „Стови Груп България“;
2. Предложение за Резолюция на Европейския парламент относно насърчаването на равенството между половете в рамките на изследванията в областта на психичното здраве и клиничните изследвания, 2016/2096(INI), достъпно на: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2016-0380_BG.html, последно посетен на 15.11.2020г.
3. Comfort B. Asanbe, Ayorkor, G., Yang, J. (2018). *Mental Health is a Human Right. APA-UN representatives highlight mental health's important place in the UN's Universal Declaration of Human Rights.* Psychology International, available at: https://www.apa.org/international/pi/2018/12/mental-health-rights, [accessed 1 November 2020];
4. Consolidated versions of the Treaty on European Union and the Treaty on the Functioning of the European Union - Consolidated version of the Treaty on the Functioning of the European Union - Protocols - Annexes - Declarations annexed to the Final Act of the Intergovernmental Conference which adopted the Treaty of Lisbon, signed on 13 December 2007 - Tables of equivalences**,** *Official Journal C 326, 26/10/2012 P. 0001 – 0390,* available at:https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A12012E%2FTXT, [accessed 1 November 2020];
5. Council of Europe, *European Social Charter (Revised)*, 3 May 1996, ETS 163, available at: https://www.refworld.org/docid/3ae6b3678.html, [accessed 1 November 2020];
6. Council of Europe, *European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, as amended by Protocols Nos. 11 and 14*, 4 November 1950, ETS 5, available at: https://www.refworld.org/docid/3ae6b3b04.html, [accessed 15 November 2020];
7. European Union, *Charter of Fundamental Rights of the European Union*, 26 October 2012, 2012/C 326/02, available at: https://www.refworld.org/docid/3ae6b3b70.html, [accessed 1 November 2020];
8. F Amati, C Banks, G Greenfield, J Green, Predictors of outcomes for patients with common mental health disorders receiving psychological therapies in community settings: a systematic review, *Journal of Public Health*, Volume 40, Issue 3, September 2018, Pages e375–e387, https://doi.org/10.1093/pubmed/fdx168, [accessed 1 November 2020];16 цитат
9. Glass v. U.K., App. No. 61827/00, 39 Eur. H.R. Rep. 15 (2004);

10. Hunt, Paul. (2016). *Interpreting the International Right to Health in a Human Rights-Based Approach to Health.* Health and Human Rights Journal, available at: https://www.hhrjournal.org/2016/12/interpreting-the-international-right-to-health-in-a-human-rights-based-approach-to-health/, [accessed 1 November 2020];
11. International Health Conference.(2002).Constitution of the World Health Organization. 1946. *Bulletin of the World Health Organization,80 (12),*983 - 984. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/268688, [accessed 1 November 2020];
12. Mental Health European Parliament resolution of 19 February 2009 on Mental Health (2008/2209(INI)), *OJ C 76E, 25.3.2010, p. 23–30,* https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX% 3A52009IP0063 , [accessed 1 November 2020];
13. Mavrov, M., Hristozova , M. (2019). *International standards for the protection of the right to mental health,* Knowledge-International Journal, Institute of Knowledge, Medical Sciences and Health, Vol. 35.5, pp. 1455- 1460;
14. N.B. v Slovakia, App. No. 29518/10, Eur. Ct. H.R. (2012);
15. Romanov v Russia 63993/00 [2005] ECHR 933;
16. UN General Assembly, *Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care,* Resolution 46/119 of 17 December 1991, In: Human rights: a compilation of international instruments. Volume 1, 1st part, Universal instruments. - ST/HR/1/Rev.6(Vol.I/Part1). - 2002. - p. 236-247.;
17. UN General Assembly, *Universal Declaration of Human Rights,* 10 December 1948, 217 A (III), available at: https://www.refworld.org/docid/3ae6b3712c.html, [accessed 1 November 2020];
18. UN General Assembly, *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights,* 16 December 1966, United Nations, Treaty Series, vol. 993, p. 3, available at: https://www.refworld.org/docid/3ae6b36c0.html, [accessed 1 November 2020];
19. UN General Assembly, *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*: resolution/adopted by the General Assembly, 24 January 2007, A/RES/61/106, available at: https://www.refworld.org/docid/45f973632.html,[accessed 15 November 2020];
20. UN General Assembly, *Convention on the Rights of the Child*, 20 November 1989, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, p. 3, available at: https://www.refworld.org/docid/3ae6b38f0.html , [accessed 16 November 2020];
21. World Health Organization.(2013). *Mental health action plan 2013-2020,* available at: https://apps.who.int/iris/handle/10665/89966, [accessed 1 November 2020];
22. World Health Organization; Department of Mental Health and Use. *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment.* Geneva: 2020.Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, available at: https://www.who.int/publications/i/item/978924012455 , [accessed 1 November 2020];
23. World Health Organization. (2019). *The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health.* World Health Organization. License:CC BY-NC-SA3.0IGO, available at: https://www.who.int/mental_health/evidence/special_initiative_2019_2023/en/, [accessed 1 November 2020];
24. World Health Organization, Ministerial round tables 2001, 54TH World Health Assembly, Mental health a call for action by World Health Ministers, 2001, available at: https://www.mhinnovation.net/resources/ mental-health-call-action-world-health-ministers, [accessed 1 November 2020];
25. World Health Organization, *Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context interim guidance,* WHO/2019-nCoV/essential_health_services/2020.2, 1 June 2020, available at:https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.1, [accessed 1 November 2020].

СЕКЦИЯ М. ВАРИА

СЪЗДАВАНЕ, ПЪРВИ СТЪПКИ И РАЗВИТИЕ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА СЪДЕБНОМЕДИЦИНСКА СЛУЖБА В РЕГИОН ПЛЕВЕН

Д. Деков*, Д. Димитрова, И. Иванов*****

** Катедра „Обща и съдебна медицина и деонтология“, Факултет „Обществено здраве“,МУ - Плевен*

*** Катедра „Превантивна медицина“, Факултет Обществено здраве“, МУ - София*

**** Катедра „Обща и клинична патология“, Факултет „Медицина“, МУ – Плевен*

Контакт: Доц. д-р Данчо Деков, д.м.
e-mail: drdekov@abv.bg

Въведение

Създадена с цел да обслужва правораздаването, съдебната медицина като наука и практика е неразривно свързана с държавата и правото, медицината и здравеопазването. Тук трябва да се търсят и нейните исторически корени [1,8].

Цел и задачи

Да се издирят, проучат, систематизират и обобщят всички данни за създаването и първите стъпки на специализираната съдебно медицинска дейност в региона на град Плевен и нейното по-нататъшно развитие до наши дни.

Материал и методи

Проучени са архивни медицински документи и научни историко-медицински публикации по темата, записани са спомени на първия съдебен лекар в Плевен и създателя на Катедрата по Съдебна медицина. Използвани са архивно-документални, издирвателни и анкетни методи на изследване.

Резултати

В разпадащата се полуфеодална османска империя, където особено в районите населени с българи царяло беззаконие и липсвала медицинска помощ, няма наченки на съдебна медицина. През този период обаче [1865 г.] в град Плевен, по лично нареждане на валията Митхад паша се открива една от първите граждански болници по нашите земи с 40 легла, ръководена от военния лекар французина д-р Ла Брюс [5,6].

След освобождението на България през есента на 1878г. руското военно командване предава Плевенската болница на Градския общински съвет. Пръв неин управител става д-р Георги Странски, виден наш лекар, революционер, политик и дипломат, приятел на Христо Ботев, също роден в Калофер. Той едновременно е градски и окръжен лекар [5, 6]. На него съгласно „Временните правила за устройство на медицинското управление в България“, утвърдени от руския императорски комисар княз Дондуков- Корсаков е поверена и експертната съдебномедицинска дейност [1, 8].

Първите данни за три медицински аутопсии се появяват в годишните отчети на болницата през 1906 година [5, 6].

През 1949 година медицинския управител д-р Стефан Стоенчев, поставя началото на „клиничните патологоанатомични срещи“, а няколко месеца след това през 1950 година разкрива Патологоанатомично отделение [понастоящем структура със седемдесет годишна традиция]. В него започват да се извършват аутопсии и на съдебните

случаи. В този период с разкриването на други специализирани клинични кабинети и отделения към Плевенската болница, за вещи лица в съда започват да се призовават техните ръководители [5].

Първия съдебен лекар в град Плевен, който поставя началото на специализирана съдебномедицинска служба и развива на нов, значително по-висок етап съдебномедицинската експертиза в района е д-р Пенко Николов Тотев. Той е роден в Троянското село Априлци [сега град] през 1940 година. Завършва медицина в град Пловдив през 1966 година. От ноември същата година е назначен за завеждащ кабинет по съдебна медицина, към Плевенската болница. Веднага, след това е изпратен на курс по патологична анатомия и на курс по съдебна медицина, в съответните катедри в град София. Специализира при професор Ружа Василева и през 1971 година успешно полага изпит за специалност по съдебна медицина [10].

Преди назначаването на д-р Тотев, в Плевен съдебномедицинските експертизи на труп са били извършвани от д-р Ради Николов, завеждащ Патологоанатомично отделение [10].

Прегледите и заключенията по повод на полови престъпления били извършвани предимно от акушер-гинеколозите д-р Асен Илиев и д-р Христо Димитров [10].

Съдебномедицински експертизи по повод на нанесени телесни повреди при транспортни произшествия и други престъпления против личността били поверени на ортопедите д-р Асен Попов, д-р Стефан Кръстанов [по късно доцент] и д-р Марин Ганчев [по късно професор и Ректор на Висшето медицинско училище в Плевен, тогава наричано Висш медицински институт- ВМИ] [4].

Със Заповед № 3406/27 юни 1973г. на тогавашното Министерство на народното здраве, към Плевенската окръжна болница се създава „Отделение по съдебномедицинска експертиза“, което се оглавява от д-р Пенко Тотев. Значително нарастват обемът и качеството на работата. В периода от 1973 до 1978 година започват да се извършват средногодишно по 200 съдебномедицински експертизи за изследване на труп, 180 съдебномедицински експертизи по писмени данни по следствени и съдебни дела и по 1200 съдебномедицински прегледи на живи лица по желание на граждани при телесни повреди и полови престъпления. Започва издаването на специален документ „Медицинско удостоверение за пред съда“, дейност, която не е извършвана в Плевен, преди назначаването на д-р Тотев [2, 10].

Легловата база и специализацията на клиничните звена в Плевенската първостепенна окръжна болница стават предпоставка за създаването през 1974 година на Медицински факултет към Медицинска академия в София, който през есента на същата година приема първите си студенти по медицина [5, 6, 10].

На 22 март 1978 година към Медицинския факултет се създава Катедрата по съдебна медицина, с назначаването на нейния пръв ръководител доц. д-р Георги Цеков и на първата лаборантка Снежана Маринова [7, 9]. Той е роден на 17 март 1923г. в гр. Луковит. Завършил е Медицинския факултет на СУ "Св. Климент Охридски" в 1952г. Като млад лекар започва работа в Комисията за държавен контрол към Министерския съвет - по изследване и контролиране на Министерството на народното здраве и социалните грижи.

От ноември 1957г. започва интернатура в катедрата по съдебна медицина в град София, при професор Марко Марков (участник и съдебномедицински експерт в ексхумацията на телата от масовия гроб на убитите полски офицери в Катинската гора, близо до град Смоленск през Втората световна война).

От 1959 година д-р Цеков става асистент и в съавторство с професор Марков пише една от първите си научни публикации озаглавена: „За границите на сперматогенезата“, публикувана в списание „Хирургия“.

През 1964 и 1965 година посещава институтите по съдебна медицина в Белград, Виена, Рим, Женева и Дрезден, изучавайки техния опит и съдебномедицинска практика, както и организацията на съдебномедицинската експертиза в тези държави. След това специализира една година съдебна медицина във Франция (Париж и Лион) и две години в Москва, в катедрата на известната професор Клавдия Хижнякова.

В 1967 година е избран за главен асистент в катедрата, ръководена от първата жена-професор по съдебна медицина в България, професор Ружа Василева. През 1977 година е избран за доцент [9,11,13].

Има повече от 160 научни труда, публикувани у нас и в чужбина, над 270 научно-популярни статии, над 70 интервюта, очерци и репортажи, а също и много рецензии на книги и дисертации. Член е на съюза на свободните писатели. Автор е на четири книги - документална белетристика. Най-значителните от тях са: "Вина и възмездие"(1997), "Професорът по съдебна медицина разказва"(2002), "Има ли граница между живота и смъртта и къде е тя" (2004) [11,13].

След назначаването на доц. Г. Цеков в Плевен се обявяват конкурси и се назначават първите двама асистенти д-р Антон Кацарски и д-р Петко Лисаев. Следващата година постъпва третия асистент д-р Владимир Кузманов. Отделението по съдебна медицина към Плевенската болница се интегрира в новосъздадената катедра. Д-р Пенко Тотев също започва да обучава студенти като хоноруван асистент [3, 9, 10].

Катедрата се оборудва с нова широка зала за аутопсии, добре обзаведени хистологична лаборатория, физико-техническа лаборатория и лаборатория за изследване на веществени доказателства. През 1980 година в Плевен се създава и специализирана химическа лаборатория за изследване на алкохол и други упойващи вещества, разполагаща с модерна за времето газ-хроматографска апаратура [3].

Наличието на модерни лаборатории издига качеството на експертизите. Основно заслуга за това има доцент Георги Цеков, създал университетска катедра на съвременно ниво.

Ежегодно започват да се обучават по 220 студенти по медицина. Катедрата става и база за специализация. В нея започват да се обучават млади лекари-специализанти по съдебна медицина и патологоанатомия. Практическата и консултативна работа излиза извън рамките на Плевенски регион и обхваща съседните Ловешки, Габровски, Великотърновски и Врачански, особено при извършване на комисионни съдебномедицински експертизи, ексхумации на трупове, реаутопсии и други случаи на тежки криминални престъпления. Броят на съдебномедицинските аутопсии и експертизи достига до 350 годишно, на съдебномедицински експертизи по писмени данни по следствени и съдебни дела до 360, а на съдебномедицинските прегледи на живи лица по желание на граждани при телесни повреди и полови престъпления - до 2500 [3].

Развива се и научно-изследователската работа. Асистентите участват с доклади и научни съобщения в редица регионални и национални научни форуми- сесии, конгреси, конференции.

В 1983 година доц. Георги Цеков защитава докторска дисертация на тема „Влияние на острото алкохолно опиване върху шофьора“, и придобива научната степен „Доктор на медицинските науки“, а след това е избран за професор.

В 1986 година д-р Петко Лисаев успешно защитава дисертация на тема „Възможности на отливките и контрастните рентгенови изследвания при съдебномедицинско проучване на прободно-порезните рани на белите дробове“ и става „кандидат на медицинските науки“.

През 1988 година професор Цеков се пенсионира [11, 13]. Катедрата се оглавява от новоизбрания доцент д-р Петко Лисаев. От 2005 година до 23 септември 2020 година той ръководи Катедра по „Обща и съдебна медицина и деонтология“, състояща се от две

секции, преподаващи „Обща медицина“ и „Съдебна медицина и деонтология“ на студентите по медицина към новосъздадения „Факултет по обществено здраве“.

Всички създадени от професор Цеков, модерни за времето си диагностични лаборатории, отдавна са морално остарели и понастоящем, за съжаление не са заменени с нови. Броят на академичния състав и останалия медицински персонал е намалял наполовина, въпреки значителното увеличение на преподавателската работа. При разделянето на университетските болници от Медицинските университети след 2000-та година, съдебна медицина е прехвърлена към университетската болницата и от миналата година отново е със статут на „отделение“, оглавявано от нехабилитирано лице. Двамата лекари, които работят в него наближават пенсионна възраст. Те са на втори трудов договор на „четвъртинка длъжност“ към секцията по „Съдебна медицина и деонтология“. Ръководител на секцията (сектора) по „Съдебна медицина и деонтология“, който според Чл. 31 (3) на Правилника на Медицински университет- Плевен следва да бъде на основен трудов договор към Университета няма. Млади хора не проявяват интерес към тази специалност.

Наше анкетно проучване през 2017 година сред студенти пети курс от специалността медицина показа липса на интерес към изучаването и практикуването на съдебна медицина. Едва един от анкетираните 90 студенти от МУ-Плевен, тогава заявява свое потенциално желание да специализира съдебна медицина. Вероятно този студент до своето дипломиране, по някаква причина е променил своето мнение, тъй като при продължението на нашето проучване се оказа, че нито един млад лекар от този випуск не е започнал работа като съдебен лекар. Като мотивиращи фактори, които биха допринесли за ориентация на младите лекари към специализирането и практикуването на съдебна медицина, анкетираните изтъкват необходимостта от подобряване на условията на труд, подобряване на материалната база и повишаване на основните трудови възнаграждения [12].

Последната година от МЗ еднократно бяха отпуснати средства за нови микроскопи и хладилна камера, но целево финансиране на цялостната дейност от държавния бюджет или здравната каса липсва.

Заключение

1.Наченките на съдебномедицинска дейност в Плевенски регион се появяват с появата на Третата българска държава и следват развитието на една от първите граждански болници в страната.

2.Истинска специализирана съдебна медицина в Плевенско, започва да се развива в 1966 година от д-р Пенко Тотев.

3.Връх в развитието на съдебната медицина като наука и практика се достига в периода 1978-1988, когато под ръководството на професор д-р Георги Цеков се създава и оборудва с модерна за времето си техника „Катедра по съдебна медицина“, към тогавашния „Медицински факултет“.

Литература:

1. Апостолов М., История на медицината, Медицина и физкултура, С.1981.
2. Архивни журнали на Отделението по съдебномедицинска експертиза при Плевенската Първостепенна окръжна болница, проучени от авторите.
3. Архивни журнали на Катедрата по Съдебна медицина на ВМИ-Плевен, проучени от авторите.
4. Ганчев М. 25 години ортопедична помощ в Плевен, Юбилейна брошура, Плевен, 1981.
5. Драгански М. Плевенската окръжна болница и нейната роля в развитието на здравеопазването в окръга (1865-1975), автореферат на кандидатска дисертация.
6. Драгански М. 140 години болнично дело – Плевен (1865 – 2005).
7. Деков, Д. Медицината в служба на правораздаването. Защита не само на човешкото здраве и живот, но и на правдата (Интервю с доцент Г. Цеков), в. Септемврийска победа, бр.92, 1982.

8. Марков М. Съдебна медицина, Медицина и физкултура, София, 1972.
9. Спомени на проф. д-р Георги Цеков, ръкопис от архива на първия автор от 1990.
10. Спомени на д-р Пенко Тотев, ръкопис от архива на първия автор от 2020.
11. Цеков, Г. Професорът по съдебна медицина разказва. София, 2002.
12. Dekov D., Ivanov Iv., Ivanova Zl. Investigation of the attitude of medical students from Medical University of Pleven-town (Bulgaria), towards forensic medicine and deontology as a subject and as medical specialty and practice [preliminaryreport]. Science & Technologies (Medicine) 2017 ;7(1): 35-40.
13. http://www.svobodenpisatel.org/index.php/2012-12-31-12-12-03/10-prof-d-r-georgi-tzekov.

РАЗВИТИЕ НА МЕДИЦИНАТА НА БЕДСТВЕНИТЕ СИТУАЦИИ ДО 2000 Г. В БЪЛГАРИЯ: СЪВРЕМЕННА ДИСЦИПЛИНА С ТРАДИЦИИ ОТ 20 ВЕК

Д. Димитрова*, Д. Деков**

** Катедра „Превантивна медицина“, Факултет „Обществено здраве“, МУ - София*

*** Катедра „Обща и съдебна медицина и деонтология“, Факултет „Обществено здраве“, МУ – Плевен*

Контакт: Доц. д-р Диана Димитрова, д.м.
e-mail: d.dimitrova.dd@mail.bg

Въведение

Медицината на бедствените ситуации (МБС) се определя като наука за медицинското осигуряване на населението [1, 4, 7, 8, 10, 14, 16] при спешни състояния [6] с масов характер, бедствия, аварии и катастрофи (БАК). [16, 17] Интердисциплинарна наука с допирателни не само с други медицински специалности (предклинични и клинични, терапевтични и хирургични) [6], но така също и с други научни направления (химия, физика, математика, мениджмънт и много други) [2, 3, 5, 11, 12, 15]. Тясно свързана е както с една от най-младите медицински специалности с обществена значимост "Спешна медицина", така също и с една от най-древните – "Токсикология". [6, 9, 13]

Цел

Да се проучи и представи **развитието на медицина на бедствените ситуации до 2000г. в България като съвременна дисциплина с традиции от 20 век.**

Материали и методи

Архивно-документални и издирвателни методи на изследване.

Резултати и обсъждане

В България от края на 20 в. се създава дисциплината МБС (през 1990 г.). [2, 4, 7, 16] Създадената дисциплина е приемник на изградената в средата на 20 в. през 1951г. [1, 7, 10, 14, 16, 17] и развила се с годините дисциплина „Медико-санитарна защита” (МСЗ) като следва стриктно и последователно ясно поставената цел за опазване на живота на хората и възстановяване на състоянието на здраве. Характерен принцип [1, 2, 4, 7, 10, 13] е пренасочване от „максимална медицина” за отделния човек, към оказване на медицинска помощ на всички пострадали при масов травматизъм с различна генеза в условия на силно ограничени ресурси при БАК.

Първи научни и литературни данни за дисциплината се свързват с приетата

през 1936г. [1, 7, 10, 14] Наредба и закон за противовъздушна и химическа защита (ПВХЗ). През 1951 г. [1, 7, 10, 14, 16, 17] се създава Местна противовъздушна отбрана (МПВО) *за подготовка* на населението и страната за противовъздушна, противохимическа и противоатомна отбрана. След въвеждането на въоръжение на оръжията за масово поражение съществено значение придобива изграждането през 1962г. [1-5, 7, 11, 12, 14] на общодържавна система за защита Гражданска отбрана (ГО) *за медицинското осигуряване* на населението.

*В **медицинските учебни заведения в страната*** до 1957г. [1, 7, 10, 14, 15] подготовката на кадрите в системата на здравеопазване в страната по МСЗ се осъществява частично в катедра "22" както и във военномедицински лагери. За средните медицински училища съгласно специално създадени училищни програми се обучават гимназисти по проблемите на медико-санитарната защита. Обучение се провежда и за здравни кадри в запас [7, 10, 15] в рамките на сборове и курсове провеждани в ИСУЛ.

През 1972г. [4, 7, 10, 14, 15] в структура на Медицинска академия-София със заповед №35-25/ от 21.10.1960г. [7] се създават и изграждат сектори по МСЗ с ръководител проф. д-р Йордан Наумов за ИСУЛ (1960-1979г.) и проф. д-р Теофил Дронзин за ВМИ-София [7] (на база и в рамките на съществуващи други катедри във ВМИ - София и в ИСУЛ).

С развитието на специалността медико-санитарна защита до 2000г. [1-5, 7, 8, 10-17] се свързват и *имената на значими просветители, между които*: проф. д-р Лулчо Кръстанов (1979-1986г.), доц. д-р Веселин Консулов (1986-1989г.), проф. д-р Христо Нечев (1989-1992г.), доц. д-р Стефан Крусев (1992-1997г.), и към трудния преход в новия век от 1997г. - доц. д-р Райна Чакърова, доц. Михайлова И.; доц. Попзахариева В.; проф. Съловски П., и др,

Планирана научно-изследователска работа по въпросите на медико-санитарната защита на населението започва от ***1962г.*** (Заповед 006 от 14.02.61г. на Министъра на НЗ). [1-5, 7, 8, 10, 11, 13-17] Очертават се няколко периода според основната научна посока на развитие на дисциплината.

1. До 1968г. се акцентира върху организацията на лечебно-евакуационното осигуряване (ЛЕО) в огнище на масово поражение и управление на медицинската служба на ГО.
2. През периода от 1971 до 1975г., усилията са насочени към санитарно-химична тематика със смъртоносни отровни вещества.
3. След 1980г. подготовката се насочва към оказване на медицинска помощ в различни видове огнища на масово поразяване (ОМП).
4. През 1987-89г. се обсъждат и разработват модели за организация на лечебно-евакуационното и хигиенно-противоепидемично осигуряване (ЛЕО и ХПЕО) на населението при БАК.

Промените в България след 1989г. и в Европа, пренасочват усилията към подготовка и защита на населението от оръжията за масово поражение към овладяване на мирновременните бедствени ситуации. [2, 4, 6, 7, 8] През ***1990г***. с решение на МА - София се разформирова катедрата по МСЗ и на нейно място се създава катедра по „Медицина на бедствени ситуации" (МБС), която по-късно е преструктурирана в секция „Медицина на бедствените ситуации" към катедра „Социална медицина и организация на здравеопазването", а след това „Социална медицина и здравен мениджмънт" при МУ-София. [2, 7, 8] Дисциплината МБС е включена в обучението на студентите в медицинските учебни заведения на територията на страната.

Дисциплината МБС през своето развитие включва базисни направления като: токсикология, радиологична и биологична защита, хирургична помощ, реанимация, спешни състояния при БАК, триаж и др.

Постепенно и естествено организацията на медицинското осигуряване, а в по-ново време и разбирането на *здравен риск мениджмънт* са насочени не само към ограничаване и справяне с БАК, но и към *редукция на риска* в новото време.

Заключение:

1. Фокусирана върху опазването на живота на хората при БАК, дисциплината Медицина на бедствените ситуации се развива и разгръща във времето в полза на общественото здравеопазване в страната.
2. Дисциплината претърпява една основна трансформация: от Медико-санитарна защита в Медицина на бедствените ситуации.
3. Много видни български учени през изследвания период са посветили себе си на Медицина на бедствените ситуации допринасяйки за развитието на тази дисциплина.
4. Риск мениджмънтът при бедствия, аварии и катастрофи се развива паралелно и е значим, както и дейностите по медицинското осигуряване за дисциплината Медицина на бедствените ситуации.
5. Дисциплината Медицина на бедствените ситуации се развива като **съвременна дисциплина с традиции от 20 век.**

Литература

1. Дронзин Т., Медико-санитарна защита, Изд. Х.Г.Данов, Пловдив, 1970 г.
2. Дронзин Т., Наумов Й., Андреев Ц., Организация и тактика на медицинската служба, НИ, София, 1995 г.
3. Крусев С., Задачи и организация на санитарно-химичната защита и санитарно-химическия контрол на обекти от външната среда, За защитата на населението от химическо оръжие, ДВИ, София, 1980 г., 58-84.
4. Крусев С., Чакърова Р.,, Попзахариева В., и съавт., Развитие на системата за медицинско осигуряване на населението при бедствени ситуации, ІІНКВМА, С., 1993 г.
5. Кръстанов Л.,За защитата на населението от химическо оръжие, София, 1980 г.
6. Миланов М., и колектив, Спешна медицина, ФАР, София, 1995 г.
7. Михайлова И., Развитие на системата на защита на населението, МБС, 2011 г.
8. Михайлова И., Попзахариева В., Предмет и задачи, МБС, 2011 г.
9. Монов А., Клинична токсикология, МФ, София, 1979 г.
10. Наумов Й., Медико-санитарна защита, МФ, София, 1983 г.
11. Наумов Й., Панайотов Н., Нечев Х., Някои организационни въпроси на МСЗ на населението, МФ, София, 1968 г.
12. Наумов Й., Ницов М., Панайотов Н., Организация и тактика на медицинската служба, МФ, София, 1961 г.
13. Нечев Х., Пъководство по МСЗ и първа помощ, С, 1969 г.
14. Николов И., Андреев Е., Михайлов М., Медико-санитарна защита, МФ, София, 1977 г.
15. Орманов, Програма за поддържане и разширяване на подготовката на населението, ДВИ, София, 1975 г.
16. Чакърова Р., Михайлова, И., Медицина на бедствените ситуации, София, 199 г.
17. Якимов Л., Леков Д., Кръстанов Л., Петров Т., Основи на медицинската защита, ДВИ, София, 1962 г.

МЯСТО НА КОМУНИКАТИВНИТЕ УМЕНИЯ В СТУДЕНТСКОТО И СЛЕДДИПЛОМНОТО ОБУЧЕНИЕ ПО МЕДИЦИНА

Цв. Валентинова, В. Недкова-Миланова
Катедра „ Обща и съдебна медицина и деонтология“, Сектор „Обща медицина“, Факултет „Обществено здраве“, МУ – Плевен

Контакт: Доц. д-р Цветелина Валентинова, д. м.
e-mail: tsvm2002@yahoo.com

Въведение

Седемдесетте години на XXв. са може би преломния момент по отношение на идеята за преподаване на комуникативни умения на студентите по медицина. До този момент клиничните умения на лекаря включват медико-технически познания и умения за физикален преглед и решаване на клинични проблеми. Комуникацията с пациента не е обект на обучение в никой медицински университет, всеобщото мнение е, че общуването е вродено умение и не е нужно да се изучава специално [4,5]. Някои автори смятат, че традиционното медицинско обучение, в същността си доста трудно и стресиращо, често дори води до формиране у бъдещите лекари на нагласи за безсърдечие и цинизъм [13]. Това е времето, в което се появяват първите плахи опити за включване на обучението по комуникативни умения в преподаването на студентите-медици. Възниква обаче и противопоставяне в университетските среди. Аргументите против изучаването на комуникативните умения в този период на първо място са свързани със схващането, че повечето и по-добрите студенти по медицина няма нужда да учат тази материя, те просто си го знаят и го правят интуитивно, а това, което принципно знаят ще доразвият наблюдавайки по-опитните си колеги. На второ място като спънка в изучаването на комуникативните умения в университетите стои консерватизма в някои преподавателски среди, които считайки, че тяхното обучение е било достатъчно добро, не намират за нужно и не желаят да въвеждат нови дисциплини в медицинското обучение, особено дисциплини „не толкова медицински“ като комуникативните умения [5].

През 80-те години излизат първите публикации в подкрепа на обучението по комуникативни умения на медиците. В Обединеното кралство Общият медицински съвет обявява целите на това обучение и то става често срещано в студентските учебни програми по медицина в тази страна. Малко по-късно комуникативни умения под формата на кратки курсове започват да се преподават в някои от медицинските училища на САЩ и Канада [4,9,13]. В испаноговорящите страни публикациите и решенията, свързани със студентското преподаване на комуникативни умения се появяват малко по-късно. През 2014г. в Испания вече 30 от съществуващите 42 медицински /частни и държавни/ училища са включили комуникативните умения в учебните си програми като тенденцията е да се обхванат всичките медицински университети в страната [4]. В страните от Централна и Източна Европа това обучение също започва да навлиза все по-широко в студентските програми по медицина. Днес в редица европейски медицински университети вече има изградени лаборатории по комуникативни умения [1,2,3, 4].

Цел

Да се проучи опита на страните с традиции в областта на добрата медицинска практика по отношение на обучението на студентите-медици по комуникативни умения и да се сравни с опита на нашата страна в тази област.

Материал и методи:

Като материал са използвани и анализирани широк кръг проучвания, налични в медицинските бази данни. Разгледани са учебните планове на висшите медицински училища в страната.

Резултати и дискусия

Всички публикации по темата в последните години застъпват тезата, че комуникативните умения могат да се подобрят чрез обучение и трябва да се изучават от студентите по медицина. В резултат на това, обучението за умения по клинична комуникация сега е задължителна част от учебната програма на голям брой медицински училища в англо и испаноговорящите страни и набира популярност в останалия свят – Русия, Хърватска, Япония, Шри Ланка [1,4,6,7,8,10,12,13,14].

Все още има дискусии относно оптималната продължителност и мястото на това обучение в студентските програми. В повечето университети то обикновено стартира с ограничен брой часове теоретично и практическо обучение с тенденция към увеличение. Понастоящем в различните страни обучението е с различна продължителност – теоретичната лекция варира между 40 минути и 2 часа, а практическото занятие - между 1 и 3 часа, като един курс е между 3 и 16 сесии и включва повече практическа отколкото теоретична част [5]. По отношение на мястото в учебната програма също има различия – в САЩ обикновено е през третата година от обучението, в други страни е малко по-рано или малко по-късно. Повечето от авторите приемат, че обучението трябва да е около обучението по клиничните дисциплини – малко преди или по време на обучението в клиниките, като препоръките са да не бъде ситуирано едномоментно – в един курс, няколко часа, а под формата на задължителен „надлъжен“ курс, който да протича през няколко семестъра от II до V курс от студентското обучение. Преподаването трябва да е по-скоро с превес на практическите занятия с малко лекции и повече упражнения, извършвани в групи от 8-12 студенти [1,5,10,14]. В повечето университети това обучение е координиран процес, в който участват специалисти от клиничните катедри и поведенческите науки. Най-често това са преподавателите от катедрите по Обща медицина, подпомагани от преподаватели в катедрите по Психиатрия и катедрите по поведенчески науки, а понякога и от преподаватели от катедрите по Педиатрия, Акушерство и гинекология, онкология и хирургия [1,5,8].

Интерес представляват и методите за обучение, използвани за овладяване на знанията по тази дисциплина от студентите. Те са много разнообразни за различните училища, но според болшинството автори, е добре да включват групови дискусии, ролеви игри, работа със симулирани пациенти, работа с реални пациенти, видеофилми, видеозаписи с разглеждане в последствие на филма и обратна връзка от страна на преподавателя [1,4,6,7,8,10,12,13,14].

Тематиката в различните университети също в известна степен варира, но обикновено е концентрирана около пациент-центрираното интервю, начините за събиране на информация от пациенти и близките им, даване на обяснения, умения за договаряне, умения за разчитане езика на тялото, съобщаване на лоши новини, емпатия и справяне с трудни за общуване пациенти [5]. Обучението в повечето случаи се оценява официално след преминаване на определен етап. Оценката трябва да е посредством точни техники, установяващи минимален стандарт от компетентност. Съществуват различни методи за изследване на придобитите комуникативни умения, както в студентското, така и продължителното медицинско обучение, описани от различни автори [1,6,7,14]:

- Субективна преценка на участниците в курса относно съдържание и полезност, отчетена с въпросници;
- Попълване на самооценъчни скали за притежаваните комуникативни умения;

- Изпълнение на психометрични тестове, корелиращи с комуникативните умения;
- Видео и аудиозапис на провеждано интервю с пациента;
- Мнение на реални или симулирани пациенти относно комуникативните умения на медицинските специалисти, с които са имали контакт;
- Обективно структуриран клиничен преглед /OSCE/ с оценка от наблюдаващ оценител.

Като цяло обучението по Комуникативни умения трябва да е подчинено на следните принципи:

- Систематизиране и определяне на уменията, които трябва да бъдат научени;
- Наблюдение на другите при използване на уменията /на живо или на видеозапис/;
- Добронамерена, подробна и описателна обратна връзка от обучаващия.
- Практикуване и проиграване на уменията;
- Повторение в развитие /т.е., спираловиден модел, а не линеен – еднократно/.

В България обучението на студентите по медицина не е застъпено в задължителните учебни програми за момента. То не е част от Единните Държавни Изисквания за обучението по медицина като регулирана професия.

В Медицински Университет – Плевен началото на преподаването по тази дисциплина стартира след натрупване на известен опит от преподавателите в сектор „Обща медицина“ след изработване и участие в проект на тема: „Обновяване учебното съдържание по Обща медицина и въвеждане на нови форми и методи за преподаване и оценяване“, финансиран по програма „Образование“ на фондация „Отворено общество“ през 2003-2004 г. По този проект преподавателите са запознаха с опита на други университети, провеждащи такова обучение, посещавайки катедрите по Обща медицина и лаборатория по Комуникативни умения в Медицинските университети на Манчестер, Брюксел и Маастрихт. През следващите години колективът на сектор „Обща медицина“ разработи програма за обучение по Комуникативни умения на студентите по медицина, която влезе в учебните програми като свободно избираема дисциплина в обучението на втори курс, четвърти семестър през учебната 2007/2008г. и от тогава обхваща все повече студенти както българоезиково, така и англоезиково обучение (**табл.1**.)

Табл.1. Студенти по медицина, преминали обучение по комуникативни умения в МУ-Плевен в периода 2007-2020г.

Учебна година	Студенти II курс БЕО		Студенти II курс АЕО	
	Студенти в курса	Брой избрали КУ	Студенти в курса	Брой избрали КУ
2007/2008	91	11	Дисциплината стартира при АЕО студенти 1 г. по-късно	
2008/2009	94	93		
2009/2010	90	86	20	17
2010/2011	84	78	22	20
2011/2012	95	94	39	18
2012/2013	105	77	32	28
2013/2014	91	70	42	39
2014/2015	99	67	98	81
2015/2016	106	85	107	97
2016/2017	121	85	133	110
2017/2018	86	86	186	151
2018/2019	142	132	175	160
2019/2020	144	118	224	180

Програмата за обучение е с превес на практическите упражнения като в общо 30 учебни часа са включени малко лекции и повече практически упражнения в студентски групи от по 8-12 студенти.

Използваните методи за обучение при практическото обучение са груповите дискусии, обсъждане на казуси и учебни филми, ролеви игри, самооценка на собствените комуникативни умения и бариерите за общуване чрез обособени за целта въпросници.

Тематиката е свързана с провеждане на пациент-центрираното интервю в общата медицинска практика, начините за събиране на информация от пациента, даване на обяснения, разчитане езика на тялото, емпатия, справяне с конфликти и с трудни за общуване пациенти, работа в екип.

Изпитът се провежда в края на обучението чрез решаване на тест и казуси.

Лекарите, както и студентите все по-осезаемо осъзнават необходимостта от добри комуникативни умения в тяхната практика и заявяват желание да получат допълнително обучение в тази област [13, 14]. Установено е, че пациентите на лекари, преминали през обучение по комуникативни умения са по-удовлетворени от работата им, отчита се вече и факта, че застрахователните компании, изплащащи медицинските застраховки в някои страни, насърчават активно обучението на лекарите в тази област Комуникативните умения и на лекарите, както на студентите, могат да бъдат променяни и подобрявани чрез обучение [13, 14]. Курсовете са част от продължаващото медицинско развитие и обучение на лекарите и е препоръчително да са под формата на кратки и интензивни учебни блокове - например 20 учебни часа, в два или три дни с кратка теоретична част и повече практически групови сесии и семинари. Методите на обучение са сходни с тези при студентите – лекции, дискусии и работа в малки групи със симулирани пациенти, с учебни филми и ролеви игри. Докато тематиката на студентското обучение е свързана в по-голямата си част с провеждането на медицинското интервю на пациента, то при лекарите се набляга повече на консултацията като цяло и справянето с трудни пациенти и трудни ситуации в медицинската практика като съобщаването на лоши новини [2,13,14].

Заключение:

Все още не е напълно изяснен най-оптималният вариант за обучение на студентите по комуникативни умения, но болшинството от авторите се обединяват около идеята за задължителен „надлъжен“ курс, който да протича през няколко семестъра, да включва предимно практическо обучение на студентите и да използва лекции, семинари, групови дискусии, ролеви игри, симулирани пациенти. Комуникативните умения и на лекарите, както на студентите, могат да бъдат променяни и подобрявани чрез обучение. Методите на обучение при лекарите са сходни с тези при студентите, но тематиката е свързана повече с трудни за общуване пациенти и справяне с конфликтни ситуации в медицинската практика.

Литература

1. Aspegren K, Lonberg-Madsen P. Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained? Med Teach. 2005;27:539–543
2. Aspegren K. Teaching and learning communication skills in medicine: a review with quality grading of articles. BEME guide. AMEE 1999. Centre for Medical Education, University of Dundee, Scotland, UK
3. Aspegren K.. BEME Guide No. 2: teaching and learning communication skills in medicine – a review with quality grading of articles. Med Teach.1999, 21: 563-570
4. Ferreira-Padilla G, Ferrández-Antón T and Đorđević V. Communication skills in medicine: where do we come from and where are we going? Croat Med J. 2015, 56(3): 311–314.
5. Hargie O., Dickson D., Boohan M., Hughes K. A survey of communication skills training in UK Schools of Medicine: present practices and prospective proposals. Medical Education 1998, 32, 25-34

6. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C Consultation skills of young doctors: II – Most young doctors are bad at giving information. British Medical Journal. 1986, 292: 1576-1578
7. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I – Benefits of feedback training in interviewing as students persist. British Medical Journal. 1986, 292: 1573-1576
8. Mukohara K, Kitamura K, Wakabayashi H, Abe K, Sato J, Ban N. Evaluation of a communication skills seminar for students in a Japanese medical school: a non-randomized controlled study. BMC Med Educ. 2004;4:24
9. Novack DH, Volk G, Drossman DA, Lipkin M., Jr Medical interviewing and interpersonal skills teaching in US medical schools. Progress, problems, and promise. JAMA. 1993;269:2101–5.
10. Perera H.J.M. Effective Communication Skills for Medical Practice. Journal of the Postgraduate Institute of Medicine 2015; 2:E20:1-7
11. Perron NJ, Nendaz M, Lois – Simonet, Sommer Johanna, Gut Anne, Cerutti B, van der Vleuten CP, Dolmans D. Impact of postgraduate training on communication skills teaching and training on communication skills teaching: a controlled study. BMC Medical Education 2014, 14 :80 doi:10.1186/1472-69-14-80
12. Richards T. Chasms in communication. BMJ. 1990;301:1407–8.
13. Simpson M, Buckman R, Stewart M, et al. Doctor patient communication: the Toronto consensus statement. British Medical Journal. 1991; 303:1385 – 7.
14. Taveira-Gomes I.T, R.Mota-Cardoso, M.Figueiredo-Brag. PortoBiomed. J.2016,1(5):173–180

АНАЛИЗ НА СПЕЦИФИКАТА В ОБУЧЕНИЕТО НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКИ ЛАБОРАНТ“ В БЪЛГАРИЯ И ЕС

Н. Саркисян*, Е. Георгиева*, М. Милев, Т. Костадинова***, С. Ангелова*****
** УС „Медицински лаборант“, Медицински колеж, МУ – Варна*
*** УС „Зъботехника“, Медицински колеж, МУ – Варна*
**** Катедра „Икономика и управление на здравеопазването“, Факултет „Обществено здравеопазване“, МУ – Варна*

Контакт: Доц. Емилия Георгиева
e-mail: Emiliya.georgieva@mu-varna.bg

Въведение

Професиите в здравеопазването са включени в списъка на регулираните професии в Република България. Те са с обществена значимост и имат съществено значение за здравето и живота на хората. Списъкът на регулираните професии в Република България се приема с решение на Министерски съвет, в съответствие със Закона за висшето образование и Закона за професионалното образование и обучение [26]. Достъпът до тези професии се определя от законови, подзаконови или административни разпоредби във връзка с притежаването на специфична професионална квалификация, правоспособност или членство в професионална организация [1, 23]. Медицинският лаборант е част от здравния екип и има свои специфични задачи, професионална отговорност и лични умения. Нивото на подготовката му трябва да отговаря на съвременните изисквания. Лабораторният специалист притежава професионална подготовка, знания и умения за работа в пред аналитичния, аналитичния и след аналитичния етап на лабораторните изследвания [4].

Цел на настоящото проучване да се изведат спецификата и особеностите на обучението и професионалната дейност на медицинския лаборант и да се сравни информацията свързана със специалността в някои страни членки на ЕС.

Материал и методи

Използван е документален метод за сравнителен анализ на спецификата и особеностите на обучението и професионалната дейност на медицинския лаборант в България и страни членки на ЕС. Направена е литературна справка с научни публикации, законови и подзаконови нормативни документи, интернет сайтове на професионални организации и на учебни институции, както и различни платформи, предлагащи насоки и информация относно проучването.

Резултати и обсъждане

Придобиване на образователно-квалификационна степен „професионален бакалавър" по специалност „Медицински лаборант" се придобива в колежи, които отговарят на изискванията на Закона за висшето образование в България. Медицинският колеж е основно звено на висшето медицинско училище. Процесът на обучение в колежа притежава всички характерни особености на традиционния процес на обучение, но и се отличава със своя специфика, която се определя от неговата насоченост, съдържание и условията, в които се реализира [25]. Обучението на Медицински лаборанти продължава три години (6 семестъра) и се провежда в редовна форма, завършва с държавни изпити по Клинична лаборатория и Микробиология и специалистите придобиват образователно-квалификационна степен „професионален бакалавър". Общият минимален хорариум е 3200 академични часа, като образователния минимум на теоретична и практическа подготовка се определя от „Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите от професионално направление Здравни грижи за образователно-квалификационна степен професионален бакалавър по…". Теоретичната подготовка продължава не по-малко от 5 семестъра, а практическата подготовка - минимум 1140 академични часа. Практическата подготовка се провежда под формата на учебна практика от първи до пети семестър. Учебните часове по практика са минимум 50% от общия хорариум. Предвиден е и пред дипломен стаж, който е с продължителност най - малко един семестър [1, 24].

Целта на обучението в Медицински колеж - Варна е да се формират в специалистите практически умения и навици, овладени до автоматизъм, формиране на умения за общуване и работа в екип, възпитаване на хуманизъм, милосърдие, състрадание, емпатия, отговорност и комуникативност [3, 4]. Учебното съдържание се определя от учебните цели, заложени в квалификационните характеристики на отделните специалности. Най-широко приложение за преподаване на съдържанието са методи като: демонстрация, обяснение, инструктаж, лабораторни занятия, практически упражнения, самостоятелна работа, работа в малка група и др. [25]. Обучението на студентите се осъществява чрез аудиторна и извън- аудиторна работа, организирана в теоретични и практични форми. Към формите за теоретично обучение се отнасят лекциите, семинарите и практическите занятия (вкл. лабораторните), а към практическите – учебните практики и стажовете [2].

В процеса обучение във висшето медицинско училище студентът се изявява като активен субект. Като такъв той изпълнява нормативно определени задължения, овладява и осъществява многообразие от функции и роли. Студентът се определя и като възрастен учащ се. Това води до проява на по – голяма заинтересованост по отношение на учебния процес, по-висока вътрешна мотивация за учене, с оглед ефективно справяне със ситуации и роли от реалния живот [3].

Специалността „Медицински лаборант" има своя история и традиции. До 1944г. в България медицинските лаборанти са се обучавали частно в лаборатории. През месец септември 1951г. се разкрива училище за медицински лаборанти, а от 1956г. до днес медицински лаборанти се обучават в медицински училища, които многократно сменят

статута си [7]. Последната промяна е от 1997г., когато с Постановление № 16 на МС от 27.01.1997г. Полувисшите медицински институти са преобразувани в Медицински колежи и стават част от структурата на университетите [8].

В Таблица №1 е представена сравнителна характеристика на Медицинските колежи, които обучават студенти по специалност „Медицински лаборант". От представените данни в таблицата се вижда, че специалността „Медицински лаборант" е разкрита най-рано в София, а най-млада е в Стара Загора (**Табл.1**). Наблюдава се разлика във формата на приемния изпит. По отношение на срока и формата на обучение, както придобиваната образователно-квалификационна степен, разлика няма, тъй като те са заложени в Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите от професионално направление „Здравни грижи" за образователно - квалификационна степен „Професионален бакалавър по…" [4,5,6,7].

Табл. 1. Сравнителна характеристика на специалността „Медицински лаборант" в Медицинските колежи в България.

	МК - София	МК – Пловдив	МК – Плевен	МК - Стара Загора	МК – Варна
Година на откриване на МК	1900 г.	1942 г.	1948 г.	1947 г.	1942 г.
Година на разкриване на специалността МЛ	1951 г.	1961 г.	1974 г.	1991 г.	1963 г.
Приемен изпит	Устен изпит с писмена част	Писмен изпит по Етика	Писмен изпит по Биология	Писмен изпит по Биология	Тест по Биология
Срок на обучение	3 години	3 години	3 години	3 години	3 години
ОКС	професионален бакалавър	професионален бакалавър	професионален бакалавър	професионален бакалавър	професионален бакалавър
Форма на обучение	Редовна	Редовна	Редовна	Редовна	Редовна

Учебният план е основен документ за съдържанието на образованието във висшето медицинско училище. Изготвя се от Директора на колежа, по предложение на ръководителите на УС (учебен сектор), съобразно Закона за висшето образование и Единните държавни изисквания [2, 27]. Учебното съдържание, включено в учебния план се обособява в задължителни, избираеми и факултативни учебни дисциплини. Структурата и съдържанието на учебния план са заложени така, че в резултат на тригодишното си обучение медицинският лаборант да получи достатъчно теоретични познания и практически умения. Практическото обучение осигурява професионална компетентност и квалификация на медицинския лаборант да работи самостоятелно и под ръководството на лекар специалист [8, 12]. При сравнителния анализ на учебните планове на Медицинските колежа, които обучават студенти по специалност „Медицински лаборант", се откриха разлики единствено в списъка с избираеми и факултативни учебни дисциплини, тъй като задължителните са заложени в ЕДИ за специалността. [4].

В квалификационната характеристика на специалност „Медицински лаборант" е заложено, че възможност за повишаване на квалификацията е включването в бакалавърска и магистърска програма по Управление на здравни грижи. Програмата осигурява квалификация и професионална реализация в две взаимно допълващи се направления: „ръководител на здравните грижи" и „преподавател по медицинска

практика". Недостатък е продължителността на курса на обучение – бакалавърската програма продължава 5 семестъра, а магистърската както следва – след „бакалавър" по същата специалност - 2 семестъра, а след „бакалавър" по друга специалност - 3 семестъра. Също така програмата не предоставя възможност за разширяване на познанията и повишаване на квалификацията в областта на клиничната лаборатория, микробиология, паразитология и хистология с хистотехника. Откроява се необходимостта от проектиране на магистърска специалност, специфична за отделните лабораторни направления.

Съгласно Договора за създаване на Европейската общност, премахването между държавите - членки се очертаван няколко пречки пред свободното движение на хора и услуги, които са основни цели на Общността. За гражданите това включва и правото на упражняване на професия в държава - членка, различна от тази, в която са получили професионалната си квалификация. С Директива 2005/36/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 7 септември 2005г. се урежда реда, по който става признаването на професионалната квалификация. От медицинските професии в тази директива са застъпени само „лекар", „лекар по дентална медицина", „медицинска сестра", „акушерка" и „фармацевт". Граждани на Р България, придобили диплома по специалност „медицински лаборант" не могат да се възползват от признаване на професионалната си квалификация в Европа [26,28].

Събирането на информация, свързана със специалността „Медицински лаборант" в ЕС се оказа сложен процес. Установиха се различия в образователните системи и образователно-квалификационните степени. Бяха анализирани интернет сайтове на професионални организации и на учебни институции, както и различни платформи, предлагащи насоки и информация за младото население в избора на кариера [11].

Ролята на медицинския лаборант в мултидисциплинарния здравен екип, както у нас, така и в Европа, е да подпомага останалите медицински специалисти в диагностичния и лечебния процес, като извършва различни тестове, назначени от лекар. Основните дейности на медицинските лаборанти в разгледаните страни са сходни и включват: вземане на проби, подготовка и анализ на пробите; подготвяне на оборудването, устройствата, пробите за тестване и др. Информацията показва, че спецификата на обучение и професионалната дейност на медицинския лаборант у нас и в други европейски страни е сходна. Обичайно специалистите са заети в болнични, амбулаторни или изследователски лаборатории с различен профил, както в публичния, така и в частния сектор. Според разгледаните източници има добри възможности за реализация [20, 21, 23] .

Обучение по специалността се провежда в професионални училища, университети или в различни агенции, които организират технически курсове. Продължителността на процеса е различна в зависимост от образователната институция. В Португалия и Испания, за да практикуват лабораторните специалисти, е необходимо да притежават сертификат от технически курс. Курсовете се провеждат в редовна форма, дистанционно или онлайн. В Испания курсът се предхожда от бакалавърска степен по медицински технологии, като лабораторните специалисти имат възможност да продължат обучението си в магистърска програма в същата област. Предвидени са и специализации в отделните направления (микробиология, имунология, молекулярна биология) [11, 13, 23].

В професионално училище се обучават медицински лаборанти в Германия, Ирландия и Гърция [9, 11, 19]. В Естония обучението протича в медицински колежи, като продължава три години и половина и се провежда на модулен принцип и придобиват бакалавърска степен. В сайта на професионалната асоциация е представена богата програма от курсове за допълнителна квалификация и продължаващо обучение [12, 22,

24]. В университети лаборантите се обучават в Швеция, Финландия, Австрия и Румъния [14, 19, 21, 30]. Във Франция продължителността на обучението е 2 или 3 години след завършен 12 клас. За да се упражнява професията е необходимо придобиване на диплома BAC +2 или диплома BAC +3 [29]. В Англия лабораторните техници могат да завършат университетски курс, курс в колеж или да влязат в професията чрез стаж [10]. В Германия обучението е три години след завършено средно образование, което протича в редовна форма [15,16]. Обучението в Швеция и Франция се провежда в редовна форма с продължителност три години. Завършилите придобиват бакалавърска степен в областта на биомедицинската лабораторна наука и имат възможност да продължат обучението си в магистърска програма [14, 21]. В Австрия биомедицинските анализатори се обучават три години, придобиват бакалавърска степен по биомедицински технологии. Продължаващото обучение е в магистърски програми и допълнителни квалификации в технически колежи [18,19]. В Гърция обучението се провежда в професионални гимназии по специалността „Асистент в медицински и биологични лаборатории". Продължава три години след средно образование и завършилите получават сертификат за трето ниво на специализация [30, 31].

В учебните програми са застъпени ключовите дисциплини, които съставят списъка със задължителни учебни дисциплини и в България. В Таблица № 2 е представено наименованието на специалността „Медицински лаборант" в някои страни членки на ЕС [17].

Табл. 2. Наименование на специалността „Медицински лаборант" в Европа

Държава	Наименование на специалността
Испания	Técnico superior en laboratorio de diagnóstico clínico
Финландия	Laboratoriohoitaja / laboratorieskötare
Франция	Technicien de laboratoire médical
Гърция	Technologos iatrikón ergastiríon (TEI)
Ирландия	Medical Laboratory Scientist
Португалия	Técnico de análises clínicas e de saúde pública
Австрия	Biomedizinische Analytikerin / Biomedizinischer Analytiker
Германия	Medizinisch-technischer Laboratoriums-Assistentin
Естония	Bioanalüütikute
Швеция	Biomedicinsk analytiker
Румъния	Asistent medical

Източник: База данни на европейската комисия за регулираните професии в ЕС

Студентите, придобили диплома по специалност „медицински лаборант" в Р България не могат да се възползват от признаване на професионалната си квалификация в ЕС. Обучението и професионалната реализация на медицински лаборанти в ЕС са сходни с тези в България. Необходима е промяна, която да улесни признаването на дипломите на медицинските лаборанти и професионалната им реализация на Европа.

Заключение

Проучването показва нуждата от оптимизиране и усъвършенстване на системата за висше образование, която да е способна да отговори на динамиката на обществените процеси чрез устойчиво развитие.

Промяната на ОКС и проектирането на магистърска програма за медицинските лаборанти ще повиши качеството на обучение и ще отговори на специфичните особености на специалността. Желаещите да се реализират като ръководителите по здравни грижи и преподаватели по практика ще имат възможността да го направят за две

години, вместо за шест, а специалистите, които желаят да повишат квалификацията си в областта на лабораторната медицина, ще имат възможност да специализират в новата магистърска програма.

Литература

1. Георгиева. Л., С. Попова. (2017). Професии в здравеопазването. Варна
2. Грудева, М., С. Павлова. (2018). Теория на обучението на студенти от професионално направление „Здравни грижи". Варна
3. Грудева, М., С. Пенева, Д. Близнакова, Х. Групчева (2018). Методика на практическото обучение на студентите от професионално направление „Здравни грижи". Варна
4. Медицински колеж - Варна http://www.mu-varna.bg/BG/AboutUs/MedicalCollege
5. Медицински колеж – Плевен http://www.mu-pleven.bg/index.php/bg/structure/medical-college
6. Медицински колеж – Пловдив http://www.medcollege-plovdiv.org/
7. Медицински университет – София, Медицински колеж "Й. Филаретова" – София https://mc.mu-sofia.bg/?page_id=117
8. Милчева, Хр., П. Тенева. (2016). Поглед върху обучението на медицинските лаборанти – история, тенденции на развитие, перспективи. - Сборник с доклади „10 години специалност „медицински лаборант" в МК Стара Загора 2016 г.
9. Academy of Clinical Science and Laboratory Medicine https://acslm.ie/
10. Applied Science Laboratory Technician https://nationalcareers.service.gov.uk/job-profiles/laboratory-technician#HowToBecome
11. Asociación Española de Técnicos de Laboratorio https://aetel.es/
12. Association of Estonian biomedical Laboratory Sciencistshttps www.nooruse.ee/en/about-college/applied-sciences-curricula/biomedical-science
13. Associação Portuguesa Dos Tecnicos De Analises Clinicas E Saude Publica https://www.aptac.pt/pt/home
14. Att arbeta som biomedicinsk analytiker https://ibl-inst.se/biomedicinska-analytiker/att-arbeta-som-biomedicinsk-analytiker/
15. Dachverband für Technologen/-innen und Analytiker/-innen in der Medizin Deutschland e.V.
16. Eesti Bioanalüütikute Ühing http://www.ely.ee/
17. Generic name of profession - laboratory assistant https://ec.europa.eu/
18. International federation of Biomedical laboratory science http://www.ifbls.org
19. Österreichischer Berufsverband der Biomedizinischen AnalytikerInnen biomed austria https://biomed-austria.at/
20. Pan Hellenic Association of medical Laborato https://www.petie.gr/
21. Soumen Bioanalyytikkoliitto ry Finlands Bioanalytikerforbund rf http://www.bioanalyytikkoliitto.fi/
22. Tartu Tervishoiu Korgkool Tartu Health Care College, Nooruse, Estonia www.nooruse.ee
23. Universidade de Belas UNIBELAS http://www.unibelas.ga/cursos/analisesclinicas.php
24. Наредба № 1 от 31.01.2014 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Клинична лаборатория" (обн., ДВ, бр. 13 от 14.02.2014 г., изм. и доп., бр. 37 от 17.05.2016 г.)
25. Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалности и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно (обн. ДВ. бр. 15 от 18 февруари 2011 г., изм. ДВ. бр. 50 от 1 юли 2011 г)
26. Наредба за условията и реда за поддържане на списъка на регулираните професии в Република България (обн. ДВ. бр. 35 от 28 април 2006 г)
27. Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите от професионално направление „Здравни грижи" за ОКС „Професионален бакалавър"(приета с ПМС № 238 от 26.09.2008 г., обн. ДВ. бр. 87 от 7 октомври 2008 г.)
28. Директива 2005/36/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 7 септември 2005 г. относно признаване на професионалната квалификация
29. https://www.orientation.com/metiers/laborantin.html?fbclid=IwAR3_NHyKXA71T8wm9NfH4Re7DElBYAwzuKlDEuCyZ6r-yysTZp_UhUwZHjA#qualites
30. https://www.optiuni.ro/specializations/2270
31. http://edujob.gr/node/22985

АНАЛИЗ НА УЧЕБНИТЕ ПРОГРАМИ ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА СПЕЦИАЛНОСТ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ

Е. Григоров
Катедра „Организация и икономика на здравеопазването“, Факултет „Фармация“, МУ „Проф. Д-р П. Стоянов“ - Варна, България

Контакт: Доц. Евгени Евгениев Григоров, д.м.
e-mail: evgeni.grigorov@mu-varna.bg

Въведение

Следдипломното обучение е насочено към магистри, бакалаври и специалисти с медицинско и немедицинско образование в системата на здравеопазването и се провежда по ред и условия, определени в Наредба на Министерство на здравеопазването.

Следдипломното обучение включва:

• специализация за овладяване на основна или профилна специалност от номенклатурата на специалностите в системата на здравеопазването по определени учебни програми за определен срок, която приключва с полагане на изпит пред държавна изпитна комисия;

• продължителна квалификация - непрекъснато обучение след придобиването на правото за упражняване на професия, което се провежда под формата на курсове, индивидуално обучение, програми за професионална квалификация за придобиване на определена правоспособност, програми за дистанционно обучение. За продължителна квалификация се счита и участието в семинари, конгреси, конференции, симпозиуми и други форми.

В началото на 2015 година в България беше приета **Наредба № 1 от 22 януари 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването**. В този нормативен документ императивно е посочено задължението, обучението по всяка специалност да се провежда по утвърдена от министъра на здравеопазването учебна програма.

НАРЕДБАТА се издава от Министъра на здравеопазването и е обнародована е ДВ. бр.7 от 27 Януари 2015г., и има няколко изменения и допълнения:

- ДВ. бр.83 от 27 Октомври 2015г.,
- ДВ. бр.88 от 8 Ноември 2016г.,
- ДВ. бр.58 от 23 Юли 2019г.,
- ДВ. бр.54 от 16 Юни 2020г.

Цел

Да се направи анализ на съдържанието на действащите учебните програми за придобиване на специалност в системата на здравеопазването в България.

Материал и методи

Беше събрана и обобщена информация за учебните програми за придобиване на специалност в системата на здравеопазването в нашата страна. Използвани са методите на сравнение и експертна оценка. Информацията е обработена със статистическа програма SPSS и са проверени няколко изследователски хипотези.

Резултати

Анализираните програми за специализация се разпределят както следва:

- Програми за специализация приети по реда на Наредба № 34 / 2006 г. – 17%;
- Програми за специализация приети по реда на Наредба № 1 / 2015 г. - 83%.

В отговор на въпроса «Има ли актуализиране на програмата за специализация след приемането на Наредба № 1 / 2015 г.» се установи актуализиране в 7% от анализираните програми.

Броят модули за теоретично обучение в различните програми варира от 0 до 32 (за СДО по Пневмология и фтизиатрия)

Броят модули за практическо обучение варира от 0 до 36 (за СДО по Ортопедия и травматология)

На въпроса «Към учебната програма има ли КОНСПЕКТ за Държавен изпит?» се установи, че има 14 програми без конспект

Специалност в системата на здравеопазването се придобива след изпълнение на учебната програма и успешно положен практически и теоретичен изпит пред държавна изпитна комисия, определена със заповед на министъра на здравеопазването. Към септември 2020 година, съгласно Наредбата съществуват общо 148 специалности в системата на здравеопазването. За две от тях не беше открита налична програма, която да е утвърдена от министър на здравеопазването. Направеният анализ показва изключително голямо разнообразие в структурата и съдържанието на програмите. Актуализирането им се случва през големи периоди от време, като една трета от действащите програми са утвърдени преди повече от 10 години.

Обсъждане

Резултатите показват необходимост стандартизиране при структурата и съдържанието на учебните програми. Необходима е по-голяма активност от страна на председателите на държавните изпитни комисии за придобиване на специалност, които съгласно наредбата са отговорни за предлагането на корекции и промени в тях.

Заключение

С приемането на нова наредба за придобиване на специалност в системата на здравеопазването бяха направени много промени в реда и организацията на този процес. Все още обаче, министерството на здравеопазването не полага достатъчно грижи и усилия за актуализирането на съдържанието на учебните програми за провеждане на специализациите. Необходима е също и по-голяма активност от страна на председателите на държавните изпитни комисии.

МНОЖЕСТВОТО ИНТЕЛИГЕНТНОСТИ ЗА ЛИЧНОСТНО РАЗВИТИЕ

Е. Манасиев*, Е. Григоров **

** Докторант, Национален център по обществено здраве и анализи – София*
*** Катедра „Фармацевтични науки и фармацевтичен мениджмънт“, Фармацевтичен факултет, МУ – Варна*

Контакт: Докторант Емануил Манасиев
e-mail: emon@abv.bg

Въведение

Според класическата психо-динамична традиция интелигентността е потенциалната (вродена) способност на даден съзнателен индивид да прави изводи (умозаключения) върху дадена информация. Най-често се измерва като способността да се решават задачи от тестове за интелигентност [1].

Тестовете за интелигентност се оказват сериозна трудност за хора, които владеят по няколко езика и са добри специалисти в своята си област. Това разминаване разглежда Хаурд Гарднър и противопоставя „Теория за множествената интелигентност“, посочвайки, че има различни типове интелигентност, които са независими една от друга. Според него всички човешки същества притежават всички типове интелигентност, но те са развити в различна степен. На тази база е разгледана възможността за личностно развитие.

Личностното развитие от друга страна, може да бъде разгледано като подобряване на различни специфични умения. Светът се развива все по динамично, все по-бързо навлизат нови технологии, нови професии, появяват се нови обстоятелства, с които човечеството трябва да се съобразява и да се напасва по тях. Свидетели сме на поява на взаимодействия от съвсем нов тип, виртуално обучение, работа във виртуална среда, използването на частни компании в правителствени проекти на най-високо ниво, както беше в случая с колаборацията между НАСА и Спейс Хикс. Все по-силно навлизат новите технологии и методи за радикално удължаване на човешкия живот. На този фон с оглед на последните събития, свързани с епидемичната ситуация, постави и опазването на човешкото здраве и живот в центъра на прожекторите и същевременно предопредели личностния и професионалния напредък в една много по-висока значимост. От тази гледна точка, личностното развитие, или възможността то да се ускори, трансформира и да даде възможност за бърз прогрес на професионални знания и умения и усвояването на личностни качества в кратки срокове на база на новопоявилите се потребности изглежда все по-необходимо.

Стремежът към личностно развитие е стар колкото е стара човешката цивилизация. Хората са се опитвали да подобрят своите физически и ментални капацитети, понякога успешно, друг път не толкова [1] [2] [3]. Основно, подобрения са търсени в преодоляването на дефицити свързани с физиологията, като зрение, слух и подвижност. На този етап, външните подобрения, като анаболни стероиди, Риталин/ Ritalin, Ноотропил, изкуствени стави и т.н. имат само частично и дори незначително отношение към общия човешки напредък [7]. Почти всичко значимо в понятието за човешки напредък, се визира предимно подобрението на биологията, включително и ДНК, чрез механични процедури и подобрения. Особено внимание се отделя в последно време на CRISPR, чрез което може да се подобри човешкия геном.

Автори като Николас Агар стигат до там, че вече не стои въпросът, дали искаме да се подобряваме, или не. Ние живеем във време на постоянно подобрение [8].

Човешкият напредък е неизменна част и от популярната култура, от древногръцките митове за Икар, през Франкенщайн, до популярните кино продукции като Гатака и комиксовите герои като Капитан Америка.

В биотехнологиите, ключов се явява труда на James Watson и Francis Crick, открили структурата на ДНК молекулата, а 50 години по-късно Francis Collins and Craig Venter успяват да я разкодират и прочетат [9]. Разбира се, напредъкът се е разглеждал и като развитие не само на физиологията, но и на умствения капацитет, особено след въвеждането на понятието IQ[10].

Цел

Публикацията цели да представи идеята за множеството интелигентности и да я пречупи през национално културните характеристики.

Разглеждайки въпроса за Множеството Интелигентности (МИ) можем да очертаем основната разлика с традиционните теории за интелигентността, а от тук да направим връзка къде спрямо МИ теорията имаме най-голям за потенциално развитие.

Материали и методи

Според класическата психометрична традиция интелигентност е способността да се решават задачи от тестове за интелигентност. Също така интелигентността може да се разгледа като изчислителен капацитет за обработване на определен вид информация. Интелигентността е способността да се решават проблеми да се създават продукти, които са ценни за дадена култура среда или общество. МИ теорията се основава на биологичния произход на всяко умение за решаване на проблеми и според същата теория можем да разграничим 8 вида интелигентност: музикална, телесно - кинестетична, логико - математическа, лингвистична, пространствена, между личностна, вътре личностна, натуралистична и след последните добавки на автора екзистенциална интелигентност.

Развитието на интелигентностите минава по определени хронологични цикли. Според МИ теорията те са три. От 0 до 7 годишна възраст, където интересите са поставени широко и са свързани със своеобразно търсене на полето, периода 7-14 години поставя намереното поле в по-тясна специализация и последния период от 14-21 години са периода на постигане на нови хоризонти и висини и отново поставяне на по-широка рамка.

Ако разгледаме най-общо начините, по които може да се постигнат определени подобрения на човешките качества, то подобрението може да се постигне най-общо по две отделни направления - чрез външна намеса, с помощта на устройства, медикаменти, процедури, които да водят до определени изменения, които да водят до подобрение, на определени ментални, или физиологически характеристики и вътрешни- намеси, които са свързани с извършването на определени действия, мисли, операции, които да водят във времето до подобрение на определени характеристики, резултати, усещания.

За втората група, най-често се мисли, като за тренировка, определена тренировка, която да развие определени качества. Добивайки тези качества, в т.ч. и знания, човек напредва. Това е особено силно изразено в организационен контекст, където за успеха, или провала на една организация, влияние има преди всичко качеството на човешките ресурси. Добре обучените и развити служители са в основата на корпоративните успехи. Добре обучените служители се справят по-добре, те са по-успешни и същевременно по-удовлетворени. По-слабо представящите се от своя страна, имат по-ниска нива на мотивация, по-неудовлетворени и като цяло са в по-рискова здравна група.

И тук връзката, която може да бъде направена е да съобразим зоните, направленията, в които ще предприемем стъпки към съответните подобрения. По този начин напредъкът в максимална степен ще бъде съобразен с изпълване на потенциала на човека,

като това може да има ефект както в индивидуално, така и на организационно и обществено ниво. Нивото на напредък, зависи в голяма степен от начините, по които се извършва, методите по които се прави, както и подкрепящите, или стопиращите фактори, с които се сблъсква [11].

Да го насърчим в областите, където човек има най-голяма възможност да бъде подкрепен и от специфичния потенциал на собствената си биология ще даде дава възможност за по-бърза и ефективна трансформация.

Човешкото развитие е свързано с възможността за реализиране на пълния потенциал на всеки един през целият си жизнен цикъл, във всеки един аспект от своя живот, всяка една сфера, всяко едно умение. Тази универсалност изкушава да се потърси уникален подход на човешкото развитие, но откриването и реализирането му на практика е голямо предизвикателство. През последния четвърт век сме свидетелите на впечатляващ напредък по много фронтове в развитието на човека. Хората вече живеят много по-дълго, повече хора се откъсват от крайната бедност и все по-малко хора са недохранени. Човешкото развитие обогатява човешкия живот - но за съжаление не всички в еднаква степен и не всеки живот. В доклад на ООН от 2016 свързан с човешкото развитие [12] се посочва, че ангажимент на световните лидери да не оставят никого „навън“ и да изградят пътека на развитие беше поет още през 2015г. като централна предпоставка на Програмата за 2030г. Отразявайки този универсален стремеж е своевременно докладът за човешкото развитие от 2016г., където бе посветена на темата за човешкото развитие за всички. Докладът започва с широка четка, за да нарисува картината на предизвикателствата, пред които е изправен светът, и надеждите, които човечеството има за по-добро бъдеще. Някои предизвикателства са продължителни (лишения), някои се задълбочават (неравенства), а някои се очертават (насилствен екстремизъм), но повечето взаимно се засилват. Независимо от тяхната природа или обхват, тези предизвикателства оказват въздействие върху благосъстоянието на хората както в настоящите, така и в бъдещите поколения. Същевременно обаче Докладът ни напомня какво е постигнало човечеството през последните 25 години и ни дава надежда, че възможни са допълнителни обявления. Можем да над градим постигнатото, можем да изследваме нови възможности за преодоляване на предизвикателства и можем да постигнем онова, което някога изглеждаше недостижим. Надеждата е в обхвата ни, за да осъзнаем. Като се има предвид този по-широк контекст, докладът поставя два основни въпроса: кой е изоставен в развитието на човешкото развитие и как и защо се случи това. Също така остава и открит въпроса как да се постигне това развитие и този напредък. [13]

Науката и технологиите са съществени за цялостното развитие на индивида и на обществото, особено когато са насочени правилно. Развитието е всеобхватен процес - включително физическото, умственото, психическото и професионалното благополучие. Науката и технологиите, насочени правилно, могат да помогнат за тяхното развитие.

Световната общност подчертава важността на образованието - на обучението в изкуствата и науките в универсален мащаб. [14] Растежът на ума, широтата на човешкото учене, физическата култура, способността на човека да решава сложни проблеми са причина за индивидуалното щастие, а от там и за световното такова. [15]

Ако се разгледа личностния напредък от гледна точка на цялостното функциониране на човешкия индивид, то може да разграничим няколко направления: 1. Напредък на физиологията, 2. Умствен напредък, който условно може да се разгледа като а. Умствено рационален, б. Умствено творчески и в. Психологически напредък и вече следствието от всичко това пренесено в организационен контекст, може да се обобщи като 3. Професионален напредък, който от своя страна може да бъде формален и неформален. Именно тук ограничаването на био-психичния потенциал, къде именно имаме потенциал и

струпване на повече невронни структури може да даде насока в коя част ние да предприемем развитието, увеличавайки шансовете за бърз и ефективен напредък.

Резултати и заключение

В реализирането на този модел за личностно развитие и неговия основен катализатор е интегрирането на теорията за множеството интелигентности, а именно насочването към сфери за които имаме по-добра биологична предпоставка от една страна и от друга, съобразяването на самия напредък с възрастовите периоди, свързани с развитието и определящи начина, по който следва да се усвояват новите неща. Споменавайки за периодите, за които Х. Гарднър съответно от 0 до 7 годишна възраст, където интересите са поставени широко, от 7-14 години с по-тясната специализация и последния период според него от 14-21 години където отново имаме широка рамка се очертава и поне още един период, който беше наблюдаван сред професионалистите в България и няколко глобални изследвания а именно периода от 21-28 годишна възраст, където търсенето е свързано донякъде с културната специфичност. Използвайки МИ теорията по-лесно можем да открием професионалните дейности и интереси, които имат най-силно подкрепен потенциал от собствената биология, а професионалните дейности ще могат да се свържат с психологията на оптималните преживявания.

Литература

1. Хауърд Гарднър, Множеството Интелигентности. Нови хоризонти в теорията и практиката. „Изток–Запад“ 2014
2. Михай Чиксентмихай, Поток. Психология на оптималото преживяване.”Херемс“ 2016
3. Михай Чиксентмихай, Креативност.”Херемс“ 2019
4. May Rollo “The meaning of Anxiety”w.w.Norton&Company, Inc, 2015 ISBN 978-619-01-0224-3
5. Taleb Nassim Nicholas “Skin in the game” ISBN 978-619-244-000-8
6. Taleb Nassim Nicholas “The Black Swan” ISBN 978-1-4000-6351-2
7. Masci, D. Human Enhancement: The Scientific and Ethical Dimensions of Striving for Perfection. Policy File (2016).
8. Agar, N. Liberal Eugenics: In Defence of Human Enhancement. Liberal Eugenics: In Defence of Human Enhancement (2008). doi:10.1002/9780470775004
9. Funk, C., Kennedy, B. & Sciupac, E. U.S. Public Wary of Biomedical Technologies to ‘Enhance’ Human Abilities. Pew Res. Cent. (2016).
10. Baldwin, A. L. The relative difficulty of Stanford-Binet items and their relation to IQ. J. Pers. (1948). doi:10.1111/j.1467-6494.1948.tb02297.x
11. Elnaga, D. A. & Imran, A. The effect of training on employee performance. Int. J. Recent Technol. Eng. (2018).
12. Brown, K. G. & Sitzmann, T. Training and employee development for improved performance. in APA handbook of industrial and organizational psychology, Vol 2: Selecting and developing members for the organization. (2010). doi:10.1037/12170-016
13. United Nations Development Programme. Human Development Report 2016: Human Development for Everyone. United Nations Development Programme (2016). doi:eISBN: 978-92-1-060036-1
14. Lundby, C. & Robach, P. Performance enhancement: What are the physiological limits? Physiology (2015). doi:10.1152/physiol.00052.2014
15. Joyner, M. J. & Coyle, E. F. Endurance exercise performance: The physiology of champions. Journal of Physiology (2008). doi:10.1113/jphysiol.2007.143834