

## РЕЗЮМЕТА НА НАУЧНИТЕ ТРУДОВЕ НА БЪЛГАРСКИ ЕЗИК

### Г.7.1.

#### РИСК ОТ БЕДСТВИЯ, ПРИЧИНЕНИ ОТ ЧОВЕКА - ОФИЦИАЛНО ИЗЯВЛЕНИЕ И ИНФОРМИРАНост НА РАБОТНИЦИТЕ

В. СЛАВОВА а\*, Ю. МАРИНОВА б, В. ИВАНОВ а, Е. КАРАСЛОВОВА с,

Р. ТАЛЕВА-РУСИНОВА г, Б. ПАРАШКЕВОВА б, Г. ПЕТРОВА б,

М. ПЛАТИКАНОВА е

а) Катедра „Неврология, психиатрия и медицина на бедствията”, Факултет по Медицински университет, Тракийски университет, ул. "Армейска" 11, 6000 Стара Загора, България E-mail: vslavova71@yahoo.com

б) Катедра „Социална медицина и здравен мениджмънт”, Факултет по Медицински университет, Тракийски университет, ул. "Армейска" 11, 6000 Стара Загора, България

в) Биомедикал Анализ ООД, Юрдан Гавазов 39, Пловдив, България

г) Катедра „Хирургия, неврохирургия, урология и анестезиология”, Факултет по Медицински университет, Тракийски университет, ул. "Армейска" 11, 6000 Стара Загора, България

д) Катедра "Хигиена, инфекциозни болести и епидемиология", Факултет по медицина, гр. Медицински университет, Тракийски университет, ул. "Армейска" 11, 6000 Стара Загора, България

**Резюме.** През последните години намаляването на риска, свързан с бедствени ситуации, се превърна в глобален приоритет. Информираността на хората, изложени на риск от причинени от човека бедствия в региона, в който живеят и работят, е от съществено значение за намаляване на риска и повишаване на готовността за защита и оказване на първа помощ. Целта на изследването е да се анализира готовността на работниците за справяне с бедствени ситуации, като се има предвид информираността на респондентите за най-рискските техногенни бедствия. Проведено е емпирично социологическо изследване чрез пряк групов въпросник за самоопределяне на 322 работници в различни сфери на националната икономика в област Стара Загора, България. Изследването е проведено в периода януари - декември 2016 г. Местата на изследване бяха предприятия и фирми от

различни отрасли, някои от които са включени в списъка на обектите от критичната инфраструктура в България. Анализът на резултатите от проучването показва недостатъчна осведоменост относно риска от причинени от човека бедствия, тъй като по-голямата част от анкетиранияте посочват, че не съществува или съществува малък риск от възникването им. Възможни последици в случай на причинените от човека бедствия изискват непрекъснато и целенасочено повишаване на информираността за най-рисковите причинени от човека бедствия и средствата за защита и оказване на първа помощ.

**Ключови думи:** риск от причинени от човека бедствия, намаляване на риска, свързан с причинени от човека бедствия, информираност на работниците за риска от техногенни бедствия, емпирично социологическо проучване.

## Г.7.2.

### РЕЗУЛТАТИ ОТ АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ НА ДЕЙНОСТТА НА ДЕТСКИТЕ ЗДРАВНИ ЦЕНТРОВЕ В ТРИ БЪЛГАРСКИ РЕГИОНА

Петрова Г., Б. Парашкевова, В. Славова, Ю. Маринова

*Медицински факултет, Тракийски университет – Стара Загора*

**Цел:** Да се анализира организираната здравна помощ за деца в ранна детска възраст - от 0 до 1 г. с оглед наличие на неравенства и се проучат факторите, които ги пораждат, с фокус местоживеене, образование, етническа принадлежност.

**Материал и методи:** В три области в Южна България, на гнездови принцип с цел представителство на трите етноса-български, турски и ромски - е проучено мнението на майките (242), чрез анкета "лице в лице" относно: i превантивната грижа за децата им оказвана от Детската консултация (ДК) и условията на живот; ii самооценката им по отношение на знанията и умения и източници на информация за отглеждане на детето.

**Резултати:** Здравните грижи за децата в градовете са значително по-добри в сравнение с тези в селата.  $P < 0,001$ . Децата от ромски произход получават по-малък обем превантивни грижи.  $P < 0,001$ . Статистически значими разлики са установени в обема на дейностите на Детските консултации по местоживеене. Жилищните условия, при които се отглеждат децата значимо се различават по местожителство и етнос на майките. Самооценката на знанията на майките от селата за отглеждане на деца в ранна възраст е много по-ниска от тази на майките от градовете  $P < 0,001$ . Най-предпочитани източници за повишаване на знанията за отглеждане на деца са „немедицински близки лица“, най-често сред ромите - 84%. По-образованите майки получават повече съвети в сравнение с тези с ниско образование,  $P < 0,001$ .

**Заключение:** Разкрити са неравенства в профилактичното здравно обслужване на деца от 0 до 1 г. по местоживеене, образование и етнос на майките. Обсъждат се мерки за подобряване на превантивните здравни грижи.

**Ключови думи:** профилактични здравни грижи, детско здраве, достъп до здравни грижи за деца, роми, неравенства в ранния живот

### Г.7.3

## НЕРАВНОПОСТАВЕНОСТ В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ЗА ДЕЦА ПОД 1 ГОДИНА В БЪЛГАРИЯ

Г. Петрова<sup>1</sup>, Н. Фесчиева<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Катедра по социална медицина и здравен мениджмънт, Медицински

Факултет, Тракийски университет, Стара Загора, България

<sup>2</sup> Катедра по социална медицина, Факултет по обществено здраве, Медицински университет, Варна, България

**Въведение:** Здравните грижи за децата могат да имат съществен принос за равен старт в живота, ако са насочени към специфичните нужди на различни групи от населението.

**Цел:** Да се анализират организираните здравни услуги за деца до 1 година и факторите, които предизвикват неравнопоставеност, с акцент върху местоживеене, образование, етническа принадлежност.

**Дизайн на проучването:** В три области в Южна България, за да бъдат представени трите етноса - български, турски и ромски, е проучено мнението на майките (242), чрез интервю "лице в лице", относно профилактичните грижи за техните деца. Приложени са статистически методи - описателни, за оценка и проверка на хипотезите.

**Резултати:** Здравните грижи за децата в градовете са значително по-добри в сравнение с тези в селата.  $P < 0,001$ . Повечето деца от ромски произход не получават достатъчна здравна услуга.  $P < 0,001$ . Статистически значими разлики се установяват в капацитета на дейностите на Детски консултации по местоживеене. Самооценката на майките от селата за отглеждане на децата в ранна възраст е много по-ниска от тази на майките от градовете  $P < 0,001$ . Образователното равнище на майките има значителна връзка с нивото на техните знания. Майките с по-ниско образователно равнище в 43% декларират нуждата си от допълнително обучение, но предпочитат немедицински източници. Това е най-често срещано сред ромите - 84%. Най-голяма готовност да посетят училището на родителите имат по-образованите жени, а с най-малка готовност - по-ниско образованите  $P < 0,05$ . Готовността е по-ниска сред майките от ромски произход, 55% от които са в групата на по-ниско образованите майки. По-образованите майки получават повече съвети, докато по-ниско образованите са склонни към по-малко  $P < 0,001$ , което се дължи на езиковата бариера.

**Изводи:** Кумулирането на няколко неблагоприятни фактора - ниско образование, етническа принадлежност, местоживеене в по-ниско населено място - показва, че сред семействата с малки деца има необслужвани групи.

**Ключови послания:** Мисията на специалистите по обществено здраве е да разкриват здравните неравенства във всички сегменти на човешкия живот и да ги поставят в дневния ред на здравната политика на всички нива. Както здравните политики на високо равнище, така и здравното образование на ниво общност и организационните промени са важни за равния здравословен старт на живота

## Г.7.4

### **МОТИВАЦИЯ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ ОТ ДОМ ЗА МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ГРИЖИ ЗА ДЕЦА (ДМСГД) – СТ. ЗАГОРА ЗА ВКЛЮЧВАНЕ Е КУРСОВЕ ПО СЛЕДДИПЛОМНО ОБУЧЕНИЕ**

**Г. Узунов, Г. Петрова**

ДМСГД – Ст. Загора, ул. „Каменец” 53

#### **Резюме:**

**Въведение:** Националният план за развитие на България в периода 2000-2006г., посочва като приоритет развитието на човешките ресурси и качествени подобрения в образованието и професионалното обучение. За медицинските специалисти работещи в социални институции (ДМСГД) е необходимо постоянно да повишават, както своята теоретична подготовка така и да развиват практическите си умения за работа с деца съобразно съвременните стандарти.

**Цел:** Настоящото проучване има за цел да проучи мотивацията сред медицинските специалисти за включване в курсове за следдипломно обучение.

**Материали и методи:** За постигането на поставената цел са използвани: документален метод и метода на анонимна индивидуална анкета. Резултатите са анализирани описателно.

**Резултати и обсъждане:** Голям дял от изследваните – 78% нямат завършен курс по следдипломно обучение. Важно е да отбележим, че 62,5% имат желание да включат такъв курс. Като основен аргумент медицинските специалисти посочват възможността за придобиване на нови знания, чрез повишаване на образованието и неговата евентуална инвестиция в бъдеще. Като най-предпочитани тематични направления се посочват: детска педагогика, детска психология, комуникации в практиката на медицинските специалисти.

**Заклучение:** За медицинските специалисти работещи в социални институции е необходимо постоянно да повишават, както своята теоретична подготовка така и да развиват практическите си умения за работа с деца съобразно съвременните стандарти.

**Ключови думи:** Дом за медико-социални грижи за деца, медицински специалисти, мотивация, следдипломно обучение



## **Г.8.1**

### **ЗАЧИТАНЕ НА АВТОНОМИЯТА НА ПАЦИЕНТА КАТО ЦЯЛО. ПРАКТИКАТА - ВЪЗМОЖНОСТИТЕ НА ПРЕДВАРИТЕЛНИТЕ УКАЗАНИЯ**

**Св. Димитрова 1\*, Б. Парашкевова 1, Ю. Маринова 1, Кр. Бенкова 2, Г. Петрова 1, Г. Чамова 1**

1 Катедра по социална медицина и здравен мениджмънт, Медицински факултет Тракийски университет, Стара Загора

2 Катедра "Социални дейности", Медицински факултет, Тракийски университет, Стара Загора

## **РЕЗЮМЕ**

Зачитането на автономността на пациентите е основно морално изискване в съвременната обща практика. Предварителните директиви са начин за признаване на правото на автономност в перспектива чрез предварително предоставяне на инструкции за това какво би искал пациентът, след като вече не е в състояние да съобщава своето решение.

**ЦЕЛ:** Целта на настоящото изследване е да се опише настоящата чуждестранна практика относно зачитането на правата на пациентите в общата практика чрез предварителните директиви. **МЕТОДИ:** Направен е преглед на литературата в областта на изследваната тема. **РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ:** В САЩ употребата на предварителни напътствия е широко проучена. Няколко проучвания са се опитали да идентифицират факторите, свързани с формулирането на предварителните директиви, и да намерят възможности за увеличаване на тяхната употреба. В Европа Нидерландия е страна, в която концепцията за предварителните директиви е широко приета. В настоящата статия са разгледани причините и пречките за наличие на предварителните директиви и някои подходи за повишаване на спазването им. **ЗАКЛЮЧЕНИЯ:** Предварителни директиви са сравнително ново явление в медицинските грижи. Предложени са промени в медицинските практики, в информираността на обществото и в самите документи, за да се насърчи използването им. Лекарят от първичната медицинска помощ е ключовата фигура и инициатор на тази промяна.

**Ключови думи:** Предварителни директиви, обща практика, общопрактикуващ лекар



## Г.8.2

### **ПРЕДВАРИТЕЛНИ ДИРЕКТИВИ ЗА ЗДРАВНИ ГРИЖИ - КЛИНИЧЕН ДОКУМЕНТ ПЪТЕКА В БЪЛГАРИЯ: СЪВМЕСТИМА ЛИ Е ТЯ С БЪЛГАРСКАТА ЗАКОНОДАТЕЛСТВОТО НА БЪЛГАРИЯ?**

**В. Парашкевова 1, Ю. Маринова 1, Г. Петрова 1, Св. Димитрова 1, Кр. Бенкова 2,**

**Г. Чамова 1, Н. Неджетова 3**

1 Катедра "Социална медицина и здравен мениджмънт", Тракийски университет, Стара Загора

2 Катедра "Социални дейности", Тракийски университет, Стара Загора

3 Студент по медицина, Тракийски университет, Стара Загора

#### АБСТРАКТ

Целта на настоящата статия е да инициира дискусия относно основните етични и правни въпроси при признаването на предварителните директиви в България, както и да се разгледат условията, при които директивите ще се реализират като механизъм за разширяване на правата на пациента.

Задачите, които сме си поставили, са следните: 1. да представим концепцията за предварителните здравни директиви (Advanced Health Directives - AHD); 2. да представим факти относно актуалното състояние на проблема в България - съществуващата практика и нейната съвместимост с действащото законодателство; 3. да открием причините за неприложимостта на AHD в настоящата ситуация на българското здравеопазване.

Критично сме настроени към българския модел на AHD, поради неговото механично пренасяне или липсата на правни позиции за прилагането му, както и поради противоречията с основните принципи на медицинската етика. Концепцията за AHD е част от концепцията за разширяване на правата на пациента. Освен това съвременната медицина е усложнила смъртта. Всяко общество трябва да разработи морални и медицински стандарти относно най-подходящото прекратяване на смъртта. Поддържащо лечение на пациенти в терминален стадий, като се вземат предвид най-новите постижения в областта на медицината и непрекъснато променящите се технологии. Важно е пациентите и техните семейства, когато е възможно, да имат значителна роля при

вземането на такива решения, но без да се чувстват притиснати, объркани или безнадеждни.

**Ключови думи:** предварителни директиви за здравни грижи, права на пациентите, жива воля, зачитане на автономията, принцип на благотворността и принцип на немилосърдието.

### Г.8.3

## **РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ПРЕДВАРИТЕЛНАТА ДИРЕКТИВА НА ПАЦИЕНТА КАТО АСПЕКТ НА ЕТИЧНИТЕ СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ В КРАЯ НА ЧОВЕШКИЯ ЖИВОТ**

**Г. Петрова\*, Г. Чамова, Св. Димитрова, Б. Парашкевова, Ю. Маринова, Д. Петров, К. Пеева**

Катедра "Социална медицина и управление на здравните грижи", Медицински факултет, Тракийски университет, Стара Загора, България

### **АБСТРАКТ**

**ЦЕЛ:** да се разкрие мнението и отношението на студентите от специалност "Управление на здравните грижи" и „Медицинска сестра” бакалавърски програми относно зачитането на автономията на пациентите чрез предварителни указания в случай на онкологично заболяване в терминален стадий. **МЕТОДИ:** През април-май 2010 г. в Медицинския факултет на Тракийския университет в Стара Загора, България, е проведено анкетно проучване с 52 студенти, обучаващи се в бакалавърски програми "Управление на здравните грижи" и "Медицински сестри". **РЕЗУЛТАТИ:** Мнозинството от изследваните лица (76,9%) смятат, че зачитането на свободната воля е оправдано с принципа на зачитане на автономията. Според (57,7 %) от отговорите предварителните указания трябва да бъдат незадължителни, за да не се отнема правото на избор. Според (35,5 %) от участниците пациентът трябва да избере лицето, което да съхранява документа - личния лекар, семейството, онкоболните. Като се има предвид фактът, че предварителните директиви отразяват свободната воля на пациента и потвърждават модела на автономност, пациентът трябва да инициира изработването на документа, с помощта на клиничния психолог. **ЗАКЛЮЧЕНИЯ:** Тази тема е голямо предизвикателство за медицинските специалисти и дава възможност за повишаване на квалификацията им в областта на палиативните грижи.

**Ключови думи:** палиативни грижи, предварителни директиви, планиране на напреднали грижи, мнение, отношение, студенти в областта на управлението на здравните грижи

## Г.8.4

### **ТЕОРЕТИЧНИ ОСНОВИ И ПРИНЦИПИ НА „МОДЕЛ ЗА ОКАЗВАНЕ НА ПОМОЩ ПРИ ХРОНИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ”**

**Г. Чамова, Ю. Маринова, Б. Парашкевова, Св. Димитрова, Г. Петрова**

*Катедра Социална медицина и здравен мениджмънт, Медицински факултет, Тракийски университет - Стара Загора*

#### **Резюме**

**Увод:** Едно от най-големите предизвикателства, пред които се изправя всяка национална здравна система е растящото бреме на хроничните заболявания. В същото време организацията на здравните услуги е в значителна степен несъответна на нарастващите потребности от дългосрочни грижи при хронично болните пациенти. Това провокира създаването на различни модели и подходи за оказване на интегрирана медицинска помощ при хроничната патология.

**Цел:** Да се представи разработения в САЩ от група експерти „Модел за оказване на помощ при хронични заболявания” (Chronic Care Model - CCM) в качеството му на комплексна теоретична основа за организация на медицинското обслужване при тази категория пациенти.

**Материали и методи:** Направен е преглед на научни статии и публикации на СЗО, посветени на интегрираната медицинска помощ при хронични заболявания. При търсенето на информация са използвани ключови думи: мениджмънт на хроничните заболявания, интегрирана медицинска помощ, продължителна грижа.

**Резултати и обсъждане:** В основата на CCM е залегнало виждането, че качествената медицинска помощ при хронични заболявания се основава на ефективното взаимодействие между информирания, активен пациент и екип от професионалисти, осъществяващи активно лечение, наблюдение и подпомагане на болния. CCM включва в себе си шест взаимодействащи си в системна цялост компоненти, считани за ключови по отношение осигуряването на качествена медицинска помощ при хронични заболявания: подкрепа на само помощта, структура на системата на медицинско обслужване, подпомагане вземането на решения, клинични информационни системи, обществени ресурси и политики и здравна система.

**Заключение:** Основните принципи и компоненти на ССМ са надеждна теоретична основа за разработване на политики за осигуряване на интегрирана медицинската помощ при хронични заболявания

**Ключови думи:** мениджмънт на хроничните заболявания, интегрирана медицинска помощ, ССМ

## Г.8.5

### **Д-Р ХРИСАНТ БОДУРОВ – ПЪРВИ ОПИТ ЗА ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ ПО ВРЕМЕ НА БЪЛГАРСКОТО ВЪЗРАЖДАНЕ**

**Боряна Парашкевова, Ваня Ценкова, Галя Чамова, Юлияна Маринова, Светлана Димитрова, Галина Петрова, Катя Пеева**

**Резюме:** Възраждането е епоха на дълбоки промени в социално-икономическото, политическото и културно състояние на българския народ. Това е времето, когато формират българските църковни общини, които започват да определят обществено-духовния живот и най-вече да предприемат действия за просвета сред българското население, както и мерки за обезпечаването му с квалифицирана лекарска помощ.

**Целта** на настоящата разработка е да се проучи дейността на първия лекар в Стара Загора и да изясни неговата роля в здравно-социалната политика на Старозагорската българска община, която през 1848 г. организира за първи път абонаментно здравеопазване.

**Използвана методика:** Проучване на исторически документи.

**Изводите** посочват, че през втория период на Възраждането една българска община започва да формира отговорност и грижа за здравето на своето население и чрез привличане в града на правоспособен лекар полага основите на българското обществено здравеопазване.

**Ключови думи:** Национално възраждане, българска община, Стара Загора, първи общински лекар, абонация.

## Г.8.6

### ПАЦИЕНТ – ЦЕНТРИРАНАТА ГРИЖА В ДЕФИНИЦИИ

Св. Димитрова, Б. Парашкевова, Г. Чамова, Г. Петрова, К. Пеева, Ю. Маринова

#### Резюме:

Пациент-центрираната грижа е модерен и често експлоатиран термин, без да се изяснява неговото съдържание и истински смисъл. Той се крие в разбирането, че пациентът заслужава да бъде партньор в собствената си здравна грижа, която може да се развива ефективно, когато и той е въввлечен в нея.

**Цел:** Да се проучат актуални термини, особености и характеристики на пациент-центрираната грижа посредством най-широко възприетите дефиниции.

**Методи:** Извършен е систематичен литературен обзор на електронно публикувани източници на английски език в периода от 2001 до 2010г. Използвани са следните бази данни: Medline, Cochrane library, Google Scholar.

**Резултати и обсъждане:** Като основен източник на полезна информация за нашата цел са използвани материали от проекта на Международния алианс За анализ са подбрани пет дефиниции, които се очертават като най-широко възприети на базата на избраната от нас методика. За нас особено елегантна макар и лаконична се явява дефиницията на Американския национален здравен съвет (2004)

**Заключение:** Разгледаните от нас дефиниции за пациент – центрираната грижа определят някои от ключовите характеристики на една относително нова парадигма в здравеопазването – изместване на фокуса от медицински детерминанти към личностно – центрирани грижи.

**Ключови думи:** пациент центрирана грижа, участие на пациента, дефиниции

## Г.8.7

### **АНАЛИЗ НА СЪДЪРЖАНИЕТО НА ЖАЛБИТЕ, ПОСТЪПИЛИ В КОМИСИЯТА ПО ПРОФЕСИОНАЛНА ЕТИКА НА РЕГИОНАЛНАТА ЛЕКАРСКА КОЛЕГИЯ СТАРА ЗАГОРА – ОТРАЖЕНИЕ НА ЕТИЧНИТЕ ПРОБЛЕМИ СЪПРОВОЖДАЩИ ЗДРАВНАТА РЕФОРМА В Р. БЪЛГАРИЯ**

**Ю. Маринова, Б. Парашкевова, Св. Димитрова, Г. Чамова, Г. Петрова**

Катедра "Социална медицина и управление на здравните грижи", Медицински факултет, Тракийски университет, Стара Загора, България

Процесът на реформа в здравеопазването се съпровожда със сериозни етични предизвикателства. Върху лекарското съсловие в голяма степен рефлектират неблагоприятията на здравната система. Целта на настоящата разработка е да се опишат основни етични проблеми, съпровождащи реформата в здравеопазването в България, посредством анализ на жалби, постъпили в Комисията по професионална етика (КПЕ) на Регионалната колегия на Българския лекарски съюз в Стара Загора. От проведеното проучване изпъкват проблеми, отразяващи етични конфликти в процеса на реформа в здравеопазването. Негативните явления като ограничен достъп и разрушено доверие в системата лекар-пациент са свързани с възможности за разрешаване на ниво управление на здравната система. Следователно изпъква необходимостта от насърчаване на добри практики при зачитане на правата, интересите и потребностите на всички участници в системата на медицинското обслужване.

Ключови думи: комисия по професионална етика, права на пациентите, качествен анализ на съдържанието



## Г.8.8

### УПРАВЛЕНИЕ НА КОНФЛИКТИ В БЪЛГАРСКАТА СЕСТРИНСКА ПРАКТИКА - РЕЗУЛТАТИ ОТ ЕМПИРИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ

Св. Димитрова, Г. Петрова, Ю. Маринова, Б. Парашкевова, Г. Чамова

Катедра „Социална медицина и здравен мениджмънт“, Медицински факултет на Тракийски университет - Стара Загора, България

#### Резюме

**Въведение:** Българската система на здравеопазване е в динамичен преход от двадесет години насам. Съвременният етап се развива в трудни икономически, социални и политически условия. Българската система на здравеопазване страда от изключително малък брой медицински сестри. Този контекст предопределя трудни ежедневни етични и организационни конфликти, в които участват медицинските сестри.

**Цел:** да се открият и анализират някои от най-често срещаните и трудни конфликти и тяхното управление в българската медицинска практика, особено в сестринското здравеопазване, въз основа на мнението на медицинските сестри.

**Задачи:** 1. Да се идентифицират, класифицират и анализират конфликтите с акцент върху етичните аспекти. 2. Да се опишат прилаганите методи за управление на конфликти и да се обсъдят най-предпочитаните стратегии за решаване на конфликти. Методи: Извършен е контент-анализ на писмени казуси. Случаите са подготвени от студенти по специалност "Управление на здравните грижи" в Медицински факултет на Тракийски университет - Стара Загора и описват реални конфликти в професионалния им опит. Идентифицирани и изследвани са етични конфликти и сложни такива, които включват етичен компонент. Прилагат се качествени критерии за определяне на вида, източниците, етапа, методите и стратегията за управление на конфликта.

**Резултати:** Повечето от конфликтите не са ясно етични, а сложни и се дължат на неефективна комуникация. Недостатъчното време за разговори с пациентите води до грешки и междуличностни конфликти. Екипните конфликти най-често са свързани с неясни професионални роли и взаимно зависещи отговорности, а понякога и с подценяване на медицинските сестри от страна на лекарите. За разрешаването на конфликтите обикновено авторите на казуси съчетават добре познати методи с иновативни. Компромисът и сътрудничеството са най-предпочитаните модели. Нашият

анализ показва, че в повечето случаи стратегиите за решаване на конфликти са неагресивни, неконкурентни и творчески.

**Изводи:** Въпросът за управлението на конфликти е голямо предизвикателство за българските мениджъри на медицински сестри. За извършването на деликатната дейност по решаване на конфликти са необходими теоретични знания, адекватни управленски умения и етично отношение. Необходимо е да се вземат и определени политически решения в посока намаляване на източниците на конфликти от страна на мениджърите на стратегическо ниво.

**Ключови думи:** медицински сестри мениджъри, конфликти, стратегии за решаване, България

## Г.8.9

### АВТЕНТИКАЦИЯ МА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ, РАБОТЕЩИ ВЪВ ВИСОКОТЕХНОЛОГИЧНИ БОЛНИЦИ В БЪЛГАРИЯ

Дамян Петров<sup>1</sup>, Емил Енчев<sup>2</sup>, Галина Петрова<sup>1</sup>

1 Социална медицина и здравен мениджмънт, МФ, Тракийски университет – Стара Загора

2 Студент V курс, МФ, Тракийски университет – Стара Загора

#### РЕЗЮМЕ

**Въведение:** Електронното здравеопазване включва редица средства, базирани на информационните и комуникационни технологии. Тези средства се използват за подпомагане и подобряване на профилактиката на заболявания, поставяне на диагнози, лечението, контрола и управлението на здравето и начина на живот.

**Цел:** Да се онагледят автентикацията на медицинските специалисти при работа с различни приложения, както и да се изследва има ли зависимост между сложността и дължината на паролата, използвани от различните специалисти във високотехнологични болници.

**Методи:** Проведено представително научно-анкетно проучване сред 551 медицински специалисти. За анализ на получените резултати са използвани описателната статистика, анализ на зависимости, чрез непараметрични методи.

**Изложение:** Паролите осигуряват първото ниво на защита на един компютър или Интернет приложение. Въпреки че в болниците, има IT отдели и се използва съвременен софтуер и методи за защита на мрежите медицински специалисти заявяват, че се притесняват от неоторизиран достъп до компютъра, на който работят. Използването на слаби пароли е съществен проблем за сигурността. Най-сигурният начин за влизане в дадена операционна или информационна система е т.нар. биометрична автентикация. Само 15,43%; от анкетираните медицински специалисти притежават електронни подписи.

**Заклучение:** Внедряването на електронното здравеопазване в практиката на медицинските специалисти е предизвикателство което ще улесни натоварената работа. Използването на силни пароли ще направи процесът на автентикация по-сигурен.

**Ключови думи:** Електронна автентикация, медицински специалисти , парола, електронен подпис.

## Г.8.10

### ЗДРАВНО-ВЪЗПИТАТЕЛНИ И ОРГАНИЗАЦИОННИ ИНТЕРВЕНЦИИ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА ДЕТСКОТО ЗДРАВЕ В СЕЛАТА В ПЕРИОДА 1925–1965 г.

Г. Петрова<sup>1</sup>, Хр. Петров<sup>2</sup>, Н. Фесчиева<sup>3</sup> (Варна)

**Резюме:** През периода 1920-1930 г. детската смъртност в България е с около 2,5-3,4 по-висока в сравнение с развитите европейски страни. 77,2% от населението на България живее в селата, така че горепосоченото явление се наблюдава най-вече в селските райони. Ниското образователно равнище на майката, неграмотността, лошото качество на здравните услуги, липсата на мрежа от здравни услуги като цяло са основните причини за високото ниво на детската смъртност. По това време не съществува национална политика в областта на здравеопазването, но мерки за подобряването ѝ се предприемат от Съюза за закрила на детето в България (СЗДБ), неправителствена организация, работеща с институциите и обществото. Настоящото изследване представя предоставянето на здравни услуги за децата и образователните възможности, с които разполагат майките в селата, като възможност за подобряване на услугите, което ще намали детската смъртност. Чрез проучване и анализ на законодателството, наредбите и публикуваните материали се изтъкват: а) Приносът на консултативните здравни станции (ЗЗС), създадени от СЗДБ (1925-1950 г.), които определят непрекъснатото наблюдение и оценка на здравните грижи за децата до 3-годишна възраст и здравното образование и консултиране на майките в селата. Представени са диференцирани образователни инициативи, използвани за обхващане на семействата с малки деца в селата: б) ролята на т.нар. учител/съветник за предоставяне на социални и здравни грижи за децата, където няма медицински услуги (1927-1942 г.); в) институционализиране на здравните грижи и профилактичните услуги след 1950 г. с фокус върху децата в селата, укрепване на детските здравни консултации - наследници на ЗЗС като крайъгълен камък в системата на здравеопазването в България. Популяризирането на знанията в областта на здравеопазването и развитието на уменията за отглеждане на децата в селата се подкрепят от местните политики. Въпросът с намаляването на детската смъртност се превръща в приоритет както за националните, така и за местните власти. Резултатите са значителни - от 144,50‰ през 1945 г. до 30,8‰ през 1964 г. - 25,6‰ в градовете и 35,4‰ в селата, което очертава бъдещата работа по намаляване на неравенствата.

**Ключови думи:** детско здраве, здравно образование, здравна консултация за деца, дете в село, детска смъртност, неравенства

Г.8.11

## СОЦИАЛНО-ИКОНОМИЧЕСКИ ФАКТОРИ ЗА УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА ОТ РАБОТАТА НА ЛЕКАРИТЕ В БЪЛГАРСКИТЕ БОЛНИЦИ

П. Атанасов<sup>1</sup>, Б. Парашкевова<sup>1</sup>, Ю. Маринова<sup>1</sup>, Г. Петрова<sup>1</sup>, С. Симеонов<sup>2</sup>,

И. Ненчева<sup>3</sup>, Н. Пенев<sup>3</sup>

1 Медицински факултет, Тракийски университет, Стара Загора, България

2 Национална здравноосигурителна каса, Стара Загора, България

3 Икономически факултет, Тракийски университет, Стара Загора, България

### Резюме:

Удовлетвореността от труда и мотивацията за работа на лекарите са основен компонент на качеството на здравните услуги в условията на непрекъсната реформа на общественото здравеопазване.

**Цел** на настоящата статия е да се анализира влиянието на някои социално-икономически фактори върху професионалната удовлетвореност и мотивацията за работа на болничните лекари.

**Материали и методи.** През периода 2013-2015 г. е проведено пряко индивидуално самонасочено анкетно проучване, съдържащо 31 въпроса, сред 612 лекари, 320 жени и 292 мъже от 11 болници (5 областни и 6 общински) в Южна и Югоизточна България. Данните са обработени чрез дескриптивен, корелационен и графичен анализ с помощта на софтуера SPSS, версия 13.0.

**Резултати и обсъждане:** Бяха изследвани и анализирани шест социално-икономически фактора: непрекъснато повишаване на квалификацията; заплащане на труда; организация на работата; администриране на болничните дейности; спазване на клиничните пътеки и баланс между работата и личния живот. За всички тези социално-икономически фактори преобладават умерените оценки, въпреки че относителният им дял варира значително между 39 % и 61 %. Установени са съществени разлики между оценките на лекарите в зависимост от вида на болницата - общинска или областна. Удовлетвореността от работата

на лекарите в общинската болница преобладава значително по отношение на организацията на работата и управлението на болницата, а неудовлетвореността им от заплащането е почти два пъти по-силна.

**Заключение:** Резултатите от изследването, фокусирано върху най-ценния човешки капитал, целят по-добро разбиране на функционирането на болничното здравеопазване в България и перспективите за неговото подобряване.

**Ключови думи:** удовлетвореност от работата, социално-икономически фактори, самоадресиран въпросник, болнични лекари

## Г.8.12

### МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА И ПРОФИЛАКТИЧНИ ГРИЖИ ПРИ ДЕЦАТА В РАННА ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

Галина Петрова, Светла Димитрова

**Резюме:** Профилактичните грижи за децата в ранна възраст, традиционно оказвани от Детската консултация (ДК), днес са поверени на ОПЛ като ролята на медицинската сестра е липсваща или минимизирана.

**Цел:** да се направи анализ на нормативната уредба за здравно-промотивни дейности в ранна детска възраст, в т.ч. и на медицинската сестра и на тази база да се очертаят проблемите, чието разрешаване би допринесло за подобряване качеството на тези грижи.

**Методи:** анализ на документи, анкета с медицински сестри (188) работещи в детското здравеопазване.

**Резултати:** Анализът на документи показва: няма регламент за задължително участие на медицинската сестра в екипа на първичната здравна помощ в т. ч. в профилактиката при децата; не са достатъчно добре определени и разграничени ролята на медицинската сестра в регламентираните дейности на ОПЛ по отношение на профилактичната грижа в ранна детска възраст; налице е противоречие между утвърдените професионални компетенции на медицинската сестра и ограниченията наложени от съществуващите наредби в детското здравеопазване. Анкетиранияте медицински сестри определят своето място в подобряване качеството на здравните грижи в ДК, както като подпомагат лекаря в традиционните за ДК дейности: изпълнение на имунизационния календар, антропометрични измервания, така и в разширяване на обучителната работа с майки по отношение на здравната им култура. Патронажни посещения се посочват като подходящо средство за постигане на тази цел.

**Заключение:** законодателни промени и организационни преустройства, съобразени със спецификата на обслужваното население могат да доведат до по-добро използване повишените компетенции на медицинската сестра за подобряване профилактичните грижи за децата в ранна възраст.

**Ключови думи:** детска консултация, промотивни здравни грижи, медицински сестри



**Г.8.13**

## **РОЛЯТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА В ПРОЦЕСА НА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ**

**Светлана М. Димитрова**

Медицински факултет Тракийски университет Стара Загора България, svdimitr@abv.bg

**Юлияна Маринова**

Медицински факултет Тракийски университет Стара Загора България, marinova@mf.uni-sz.bg

**Боряна Парашкевова**

Медицински факултет Тракийски университет Стара Загора, България, b\_par@abv.bg

**Галя Чамова**

Медицински факултет Тракийски университет Стара Загора България, galia.chamova@gmail.com

**Галина Петрова**

Медицински факултет Тракийски университет Стара Загора България, gpetrova@mf.uni-sz.bg

**Резюме:** Информираното съгласие е парадигма, чиято родина се счита САЩ, а времето на поява – втората половина на двадесети век. То е в основата на връзката и взаимоотношението лекар-пациент, първоначално израз на практическото зачитане на автономността на пациента – първият съвременен етичен принцип съгласно четирипринципния подход. От деветдесетте години на 20 век включително и до днес

информираното съгласие се разглежда като предпоставка за споделеното медицинско решение в контекста на свещената връзка с лекаря, базирана на взаимно доверие и зачитане на достойнството на личността на пациента. Днес медицинската грижа се осъществява не само от лекаря, но и от други членове на медицинския екип, които значимо могат да въздействат върху етичните взаимоотношения с пациента. Централна фигура в медицинския екип, особено на ниво болнична помощ е медицинската сестра. По силата на

своите професионални задължения, тя се намира най-близо до пациента и прекарва по-дълго време от лекаря с него. Медицинските сестри в Република България познават своите деонтологични и етични задължения. Повече от 20 години те се обучават целенасочено по медицинска етика според най-добрите съвременни стандарти на ниво студентско и следдипломно обучение. Темата за информираното съгласие се разглежда многократно – във връзка с основните етични принципи, правата на пациента, моделите на взаимоотношения с пациента и други. Повечето от работещите сестри имат богата практика не само при получаването на информирано съгласие за сестрински процедури, но и като участници в процеса на получаване на специализирано информирано съгласие за хирургични процедури, за инвазивни диагностични изследвания, за агресивна терапия с особено изразени и опасни за живота и здравето странични ефекти и други. Целта на това изследване е да се проучи и анализира ролята и участието на медицинската сестра в процеса на получаване на информирано съгласие за лекарски процедури при т.н. „трудни пациенти” в условията на хоспитализация. Методът на изследване е съдържателен анализ на писмени действителни казуси на търсене и получаване на информирано съгласие, предоставени от медицински сестри, работещи в МБАЛ в градовете Стара Загора, Сливен, Хасково и Кърджали. Изследвани са 12 казуса. Приложен е стандартен въпросник, базиран на елементите на информираното съгласие като процес съгласно неговия медико-легален модел. По-подробно са анализирани 4 реални казуса. В заключение, ролята на медицинската сестра при получаването на информирано съгласие от трудни пациенти може да бъде решаваща, особено при предоставянето и разбирането на медицинската информация.

**Ключови думи:** сестринска практика, информирано съгласие, медицинска етика

## Г.8.14

### СЕМЕЙСТВО И МЕДИЦИНСКИ ЕКИП - В СПОДЕЛЕНИ ГРИЖИ ЗА ЗДРАВЕТО НА ДЕЦА В РАННА ВЪЗРАСТ

Г. Петрова<sup>1</sup>, Хр. Петров<sup>2</sup>, Н.Михайлова<sup>3</sup>,

<sup>1</sup> Тракийски университет, Стара Загора, Медицински факултет,

Катедра Социална медицина и здравен мениджмънт,

<sup>2</sup> Магистър по Обществено здраве, РЗИ –гр. Бургас

<sup>3</sup> Докторант МУ – Варна „Проф. Д-р П. Стоянов“, Факултет Обществено

здравеопазване, Катедра Социална медицина и организация на здравеопазването

**Въведение:** Ранната детска възраст е поле на взаимодействие между екипа на ОПЛ и семейството на детето. Разкриването на факторите, повишаващи ефективността на това взаимодействие имат съществено значение.

**Цел:** Да се проучи обема и качеството на здравните грижи за деца до 1 год. през погледа на майките на децата и извеждане на факторите, които влияят върху него.

**Материал и методи:** Чрез интервю „лице в лице” е проучено мнението на 242 майки на деца до двегодишна възраст за дейността на ДК; самооценката им по отношение на знанията и умения и източници на информация за отглеждане на детето, както и факторите влияещи върху тях

**Резултати и обсъждане:** Установява се висок процент на наблюдение на децата в ДК - 96,7%, но с различна степен на регулярност. Според самооценката на участничките за техните знания: 42,4% имат потребност от допълнително обучение. По отношение на най-важните източници на знания, прави впечатление относително високият процент на избралите отговора „немедицински лица (роднини, приятели, съседи и др.)” - 64,7% Около 50% от майките смятат, че се нуждаят от по-чести патронажни посещения.

**Заключение:**Значими са различията в предоставените профилактични грижи за деца в ранна възраст по етнос, образование и местоживееене, които представляват бариери пред необходимото за тази възраст взаимодействие между семейство и медицински екип.

**Ключови думи:** детска консултация, качество на здравните грижи, ранна детска възраст.

## Г.8.15

### МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА И ПРОМОТИВНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ ЗА ДЕЦАТА В БЪЛГАРИЯ

**Г. Петрова<sup>1</sup>, Н. Михайлова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Катедра „Здравни грижи“, <sup>2</sup> Катедра Социална медицина и организация на здравеопазването“

Факултет Обществено здравеопазване, МУ – Варна „Проф. Д-р П.Стоянов“

**Въведение:** Промотивните грижи за децата във възрастта от 0-6 години, традиционно оказвани от Детската консултация (ДК), днес са поверени на общопрактикуващия лекар в програмата „Детско здравеопазване“, където ролята на медицинската сестра е липсваща или минимизирана. Проучване на традиционното в миналото участие на медицинските сестри в детското здравеопазване, както и причините за принизената им роля в сегашния етап може да бъде отправна точка за оптимизиране на здравните грижи за деца.

**Цел** да се проследи в динамиката и оцени организацията на сестринските здравно-промотивни грижи за деца (0-6 г) от създаването им до днес.

**Методи:** Исторически, документален, SWOT-анализ на съвременната организация на сестрински промотивни грижи за деца.

**Резултати и обсъждане:** Начало на организирани профилактични здравни грижи за деца са създадените от неправителствената организация Съюз за защита на децата в България през 1920<sup>те</sup> здравно-съвещателни станции. В тях значителна е ролята на сестрата-посетителка, прототип на патронажната сестра. През 1950-те детското здраве става приоритет на социалната и здравната политика. Утвърждава се законодателна рамка, регламентираща здравната защита на майките и децата. Създава се здравна система от централизиран тип. Организационна форма на профилактично обслужване са ДК, в които медицинската сестра има място като съветник, обучител и практикуващ професионалист. В реформиращата се здравна система (1990-2000) е налице противоречие между новата нормативна уредба и професионалните компетенции на медицинските сестри, техният потенциал е слабо използван за профилактика при децата.

**Заключение:** Предложени са организационни форми за промотивна педиатрична грижа – както традиционни, така и иновативни.

**Ключови думи:** промотивни здравни грижи за деца, медицински сестри, детско здравеопазване

## Г.8.16

### ДЕТСКА СМЪРТНОСТ В БЪЛГАРИЯ В ПЕРИОД НА СОЦИАЛНО-ИКОНОМИЧЕСКИ ПРЕХОД

Н. Михайлова<sup>1</sup>, Г. Петрова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> докторант Катедра Социална медицина и организация на здравеопазването, ФОЗ, МУ-Варна

<sup>2</sup> гл. асистент Катедра Здравни грижи, ФОЗ, МУ-Варна

Детската смъртност (ДС) е важен показател за оценка на общественото здраве. Изследванията показват, че детската смъртност и свързаните с нея перинатологични показатели силно се повлияват от войни и резки социално-икономически трансформации. Уникалният преход, който страните от бившия социалистически блок преживяха след 1989 г. е подходящ период за изследване на тези показатели.

**Цел:** да се проучат показателите на обща и по възрастови периоди ДС в България (1990-2015 г.) в контекста на промени в национални политики и местни практики и се сравнят тенденциите им с тези в други 10 страни в преход.

**Методи** - исторически, документален, статистически; дълбочинни интервюта с 15 личности, имащи отношение към управлението и/или практиката на детското здравеопазване през периода.

**Резултати и обсъждане.** Общата ДС в България още в 1990 г. се увеличава - 14,8‰, задържа се до 2000 г. и спада с по-бавен темп от другите страни в преход до 6,6‰ през 2015г. Същите са и тенденциите при неонаталната (7,7‰ до 4‰) и при ранната неонатална ДС - начално влошаване и бавно намаление. Перинаталната смъртност се увеличава до 12,2‰ и задържа така почти 2 десетилетия, при значителен принос на мъртворождаемостта. В началото на прехода е установен висок ръст на ранните раждания, съчетани с ниски нива на образование и социално-икономически статус. Като фактори за хода на ДС интервюираните посочват социално-икономически проблеми и изоставяне на добри практики по отношение на борбата с ДС - анкета за причини и обстоятелства за смърт на починало дете, патронажната дейност, грижа за повишаване културата на отглеждане на децата и други.

**Заклучение:** През прехода България влошава или задържа показателите за ДС, с което се отличава от другите страни, които имат добър темп на снижение.

**Ключови думи:** детска смъртност, България, социално-икономически преход,

## **II. 1**

### **ОТНОШЕНИЕ НА СТУДЕНТИТЕ МЕДИЦИНИ КЪМ ЕТИЧНОТО ПОВЕДЕНИЕ КЪМ НЕИЗЛЕЧИМО БОЛНИ ПАЦИЕНТИ**

**Г. Чамова 1\*, К. Пеева 1, Г. Петрова 1, Ю. Маринова 1, Св. Димитрова 1, Б. Парашкевова 1, Д. Петров 1, Н. Ходжова 2**

1 Катедра Социална медицина и здравен мениджмънт, Медицински факултет, Тракийски университет, Стара Загора, България

2 Студент по медицина, Медицински факултет, Тракийски университет, Стара Загора, България

#### **РЕЗЮМЕ**

ЦЕЛТА на този документ е да проучи мнението, разбирането и отношението на студентите по медицина за етично поведение към терминално болни пациенти и по-специално по отношение на Предварителните директиви за здравни грижи.

МЕТОДИ: Проведено е директно групово проучване през първата година студенти по медицина през май 2010 г. в Медицински факултет на Тракийски университет, Стара Загора.

РЕЗУЛТАТИ: Повечето от анкетираните студенти, 72,9%, смятат, че имайки предвид професионалното поведение с предварително изразеното желание на пациентите е обосновано от принципа на зачитане на автономията. Според 59,4% от изследваните ученици предварителните директиви за здравни грижи не трябва да е задължителен. Основанията са, че всеки потенциален задължителен характер би граничил с принуда и би лишил правото на избор. 31,3% от учениците смятат, че лицето, което ще води документа и носи отговорност за изпълнението му трябва да се уточни от пациента. Тъй като предварителните директиви за здравни грижи отразява свободното желание на пациента и е механизъм за упражняване на основните си права, попълването на което пациентът трябва да инициира сам предварителните директиви за здравни грижи, според 41,7% от отговорилите ученици.

ИЗВОД: Мнозинството от запитаните учениците имат положително отношение към предварителните директиви за здравни грижи. Уважаването на предварително изразено желание се основава на принципът за зачитане на автономията.

**Ключови думи:** предварителни указания за здравеопазване, палиативни грижи, терминално болни, права на пациентите, автономия на личността

## II 2.

### **ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, РАЗШИРЯВАЩИ СЕ ПРЕЗ НЕДВИЖИМИТЕ ДИРЕКТИВИ ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И БЪЛГАРСКАТА ДЕЙСТВИТЕЛНОСТ**

**Ю. Маринова 1\*, Св. Димитрова 1, К. Бенкова 2, Б. Парашкевова 1, Г. Чамова 1, Г. Петрова 1, Д. Христова 3**

1 Катедра Социална медицина и здравен мениджмънт, Медицински факултет Тракийски университет, Стара Загора

2 Катедра Социални дейности, Медицински факултет, Тракийски университет, Стара Загора

3 Студент по медицина , Медицински факултет, Тракийски университет, Стара Загора

#### **РЕЗЮМЕ**

Целта на този документ е да обсъди фундаментални етични и правни аспекти на усъвършенстваните директиви като механизъм за разширяване правата на пациентите и техния потенциал в условията на живот в Република България. Това трябва да стане в съответствие с европейската тенденция за утвърждаване на директивите като правен инструмент за изразяване на желание. В контекста на развитието на правата на пациентите, усъвършенстваните директиви се налагат като необходим инструмент за световното им признаване, включително в Европа, където законодателството отразява сложността и противоречията на тяхното тълкуване и прилагане. Въпросите около напредналите директиви се обсъждат в Европейската комисия с ясното разбиране за сложността на проблема при твърде различни обстоятелства, но и от гледна точка на необходимостта от обединяване в една обща платформа за тях. Що се отнася до България, като част от Европейския съюз, темата за Предварителни директиви за здравеопазване е на дневен ред и изисква сериозен дебат, проучване и регулаторни инициативи. Повдигнати са въпроси и съображения относно съществуващата практика в България и нейната съвместимост с действащите правила. Съвременната практика в страната, свързана с предварителните директиви за здравеопазване , повече „накърнява” правата и интересите на пациентите, отколкото ги подкрепя.

**Ключови думи:** предварителни указания за здравеопазване, права на пациентите, предишно решение, зачитане на автономията.



### II 3.

## **РИСК ОТ ПРИРОДНИ БЕДСТВИЯ – ОФИЦИАЛНА СТАНОВИЩА И ИНФОРМИРАНост НА РАБОТЕЩИТЕ В ОБЛАСТ СТАРА ЗАГОРА, БЪЛГАРИЯ**

**В. Славова 1\*, В. Иванов 1, П. Талева–Русинова 2, Ю. Маринова 3, Б. Парашкевова, Г. Петрова 3, М. Платиканова 4**

1 Катедра по неврология, психиатрия и МДС, Медицински факултет, Тракийски университет, Стара Загора, България

2 Катедра по хирургия, неврохирургия, урология и анестезиология, Медицински факултет, Тракийски университет, Стара Загора, България

3 Катедра „Социална медицина и управление на здравеопазването”, Медицински факултет, Тракийски университет, Стара Загора, България

4 Катедра „Хигиена, инфекциозни болести и епидемиология”, Медицински факултет, Тракийски университет, Стара Загора, България

### **РЕЗЮМЕ**

**Въведение:** В България често се случват бедствия, причинени от природни явления. Те причиняват голям брой загинали, изчезнали и медицински загуби в зоната на поражението. Социалните и икономически последици оказват значително неблагоприятно въздействие върху развитието и икономическия растеж. Поради тази причина намаляването на риска от бедствени ситуации и готовността за защита са изключително важни за устойчивото развитие. Информираността на хората, изложени на риск от природни бедствия в региона, в който живеят и работят, е от съществено значение за намаляване на риска и повишаване на готовността за защита.

**Цел:** Проучване и анализ на готовността на работниците за справяне с бедствени ситуации в област Стара Загора, като се има предвид информираността на анкетираните за най-рисковите природни бедствия.

**Материал и методи:** Проведено е емпирично социологическо изследване чрез директно групово самозапълване на въпросник (SAQ) на 322 работещи в различни сфери на народното стопанство в област Стара Загора. Проучването е проведено от януари до декември 2016 г. Местата на изследване са предприятия и фирми от различни отрасли в

област Стара Загора, някои от които са включени в списъка на обектите на критичната инфраструктура в България.

**Резултати:** Анализът на резултатите от анкетата сред работещите в различни сфери на народното стопанство в област Стара Загора показва недостатъчна осведоменост относно риска от природни бедствия, като мнозинството от анкетиранияте посочват, че рискът от настъпването им липсва или е малък.

**Извод:** Възможните последствия при природни бедствия изискват непрекъснато и целенасочено повишаване на осведомеността относно най-рисковите природни бедствия в района, в който хората живеят и работят, и средствата за защита и оказване на първа помощ.

**Ключови думи:** бедствие, гражданска защита, риск от природни бедствия, информираност на работниците за риска от природни бедствия, емпирично социологическо проучване