

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ“-ВАРНА
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ
КАТЕДРА ПО ИКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Анета Илиева Докова

КОНЦЕПТУАЛЕН МОДЕЛ ЗА УСТОЙЧИВО УПРАВЛЕНИЕ
НА ЗДРАВНИ ПРОЕКТИ, БАЗИРАНИ НА ОБЩНОСТНО-
АКАДЕМИЧНИ ПАРТНЬОРСТВА

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд

за присъждане на образователна и научна степен „доктор“

НАУЧНА СПЕЦИАЛНОСТ

Организация и управление извън сферата на материалното производство

Научен ръководител
проф. Тодорка Костадинова, д.и.

Официални рецензенти
Проф. д.ик. н. Ангел Мирчев
Доц. д-р Невяна Фесчиева, д.м.

В а р н а

2016

Дисертационният труд е одобрен и насочен за защита на заседание на Катедрата по икономика и управление на здравеопазването при Медицинския университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“-Варна.

Дисертационният труд съдържа общо 244 страници, структуриран е в три глави и включва 89 фигури, 19 таблици и 8 приложения. Книгописът включва 287 заглавия, от които 3 на кирилица и 284 на латиница.

Публичната защита ще се състои на 22 април 2016 г. (петък) от 11.30 часа в III-та аудитория на Медицинския университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“-Варна.

Материалите по защитата са на разположение на интересуващите се в Научния отдел на Медицинския университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“-Варна.

СЪДЪРЖАНИЕ

ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Актуалност на темата	4
Цел и задачи на изследването	5
Обект, предмет, работна теза и ограничения на изследването	6
Методология	7
Обем и структура на дисертационния труд	8

ОБОБЩЕНО СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Първа глава. Общностното участие като инструмент за управление на проекти в здравеопазването	11
Втора глава. Анализ на модели за устойчиви международни проекти с участие на общността в областта на здравеопазването	15
Трета глава. Проучване на информираността и нагласите относно включването на представители на общностите в управлението на здравни проекти в България	21

Изводи	48
---------------	----

ЗАКЛЮЧЕНИЕ	49
-------------------	----

СПРАВКА ЗА ОСНОВНИТЕ ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	51
--	----

СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	52
---	----

ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Актуалност на темата

Понятието „общност“ вече е особено популярно в чуждестранната научна литература. В специфичните рамки на общественото здравеопазване това понятие включва групи от хора, живеещи в определен географски регион, които са обединени от някакъв общ интерес или от социално-икономически, професионален, демографски, етнически, религиозен или друг принцип или интерес. Това могат да бъдат общности от пациенти с различни заболявания, здравни работници, изследователи, малцинствени и маргинални групи, общности в неравностойно образователно и/или социално-икономическо положение и др. През последните години тези хора са обект на конкретни здравни проекти и програми както в чужбина, така и у нас.

Подходът, при който представителите на научната общност и на някои общности от населението участват съвместно при разработването и провеждането на специализирани регионални или национални проекти и програми в здравеопазването е познат като СВРР (подход за научни изследвания, базирани на общностно участие) и има за цел същественото подобряване на здравето на определени, най-често недостатъчно обслужвани общности от населението, най-често в условията на ограничени икономически и медицински ресурси.

Въпросите на планирането, управлението и провеждането на проекти с участието на общности в областта на здравеопазването все още не са разработвани в българската научна литература. Натрупаният положителен опит в развитите страни не е достатъчно анализиран. Поради това няма достатъчно благоприятна среда за внедряването на най-добрите модели и опит в българската социално-медицинска практика.

Имайки предвид нарастващата обществена значимост на тази интердисциплинарна проблематика за провеждането на успешна здравна реформа у нас, ние решихме да проведем настоящото системно проучване

върху ролята на общностното участие в моделите за управление на проектите в здравеопазването и да се опитаме да разработим адекватен концептуален модел за устойчиво управление на здравни проекти, базирани на общностно-академични партньорства, приложим в условията на реформиращото се българско здравеопазване.

Цел и задачи на изследването

Целта на настоящата разработка е да се проучат същностните характеристики на моделите за участието на общностите при управлението на устойчиви проекти в общественото здравеопазване, както и информираността и нагласата на млади учени, студенти и общественици за приложимост на моделите, базирани на общностно-академичните партньорства, в българските условия.

Ние си поставихме за изпълнение следните основни **задачи**:

1) да анализираме достъпната ни литература по съществените въпроси на общностното участие при управлението и реализацията на проектите в здравеопазването;

2) да анализираме характерните особености, предимства и ограничения на различни успешни модели на общностно участие за управлението на здравни проекти в чужбина;

3) да проведем комплексно социологическо проучване за информираността както на млади учени и студенти, така и на представители на университетската общност, целевите общности от населението, неправителствените организации и заинтересованите страни за ролята на общностно-академичните партньорства при управлението на здравните проекти;

4) да анализираме нагласите на българските млади учени и студенти, на представители на университетската общност, целевите общности, неправителствените организации и заинтересованите страни за приложимостта

на общностно-академичните партньорства при управлението на здравните проекти и

5) да разработим концептуален модел за устойчиво управление на здравни проекти у нас, базирано на общностно-академичните партньорства.

Обект, предмет, работна теза и ограничения на изследването

Обект на изследването в дисертационния труд са устойчиви международни здравни проекти, базирани на общностно-академични партньорства.

Предмет на изследването са информираността и нагласите на случайна извадка от представители на студенти, докторанти и научни работници в български медицински университет, както и на административната власт и неправителствените организации, за ролята на общностно-академичните партньорства при провеждането на здравни проекти.

Работна теза

В конкретните социално-икономически условия в България съществуват реални възможности и предпоставки за постигане на устойчиво развитие на здравни проекти под формата на общностно-академични партньорства.

Времеви параметри на изследването: 2013 – 2015 г.

Ограничения на изследването

Дисертационният труд не покрива всички аспекти на изследвания проблем и се подчинява на следните ограничения:

- 1) Представени са предимно актуалните дефиниции и същностни характеристики на основните понятия поради голямото им разнообразие и противоречивост.
- 2) Социологическото проучване по тази конкретна проблематика е единствено по рода си у нас, поради което не са възможни съпоставителни изследвания в рамките и на други институции.
- 3) Касае се за моментна снимка на ситуацията по отношение на респондентите, а не за ретроспективно или проспективно проучване.

Последните две ограничения могат да се преодолеят при бъдещи изследвания в регионален, национален или дори международен мащаб.

Методология

Методологическата база на настоящото изследване е комбиниран подход от количествени и качествени методи:

1. **Съдържателен анализ** на близо 300 публикации, достъпни в *PubMed*, *SCOPUS* и *Web of Science*. Касае се целенасочено, тематично-ориентирано идентифициране на съществените характеристики на международни проекти, базирани на общностно участие, от които са избрани седем мащабни научно-изследователски проекта в областта на първичната здравна помощ (ПЗП) и на профилактиката на социално-значимите заболявания, реализирани в чужбина и публикувани през периода 2010-2014 г. в чуждестранни списания. Представят се участниците в проектите, целите, основните резултати и изводите от тях.

2. **Социологическо проучване чрез пряка анонимна анкета** по интердисциплинарни въпроси на подхода за изследванията, базирани на участието на общността при 42 докторанти по медицина, 19 магистри по здравен мениджмънт, 27 магистри по управление на здравните грижи, 38 бакалаври по здравен мениджмънт и 16 бакалаври по управление на здравните грижи.

3. Метод на фокусните групи и дълбочинни интервюта

Използвана е методологията на фокусните групи, описана подробно от J. Brown и G. Sas (1994). Касае се за хетерогенна извадка, включваща представители на академичната общност, на неправителствените организации и на органите на местната власт (заинтересованите страни) от гр. Варна.

Фокусните групи и дълбочинните интервюта са проведени през периода от м. май до юли 2015 г. и обхващат 14 университетски преподаватели от 7 научни звена от МУ-Варна, 15 представители на 11 неправителствени организации от гр. Варна и 19 представители на администрацията от 15

институции в гр. Варна, а дълбочинните интервюта - 6 представители на 3 различни научни звена и организации от гр. Варна.

Всички изказвания на участниците по време на дискусиите във фокусните групи и дълбочинните интервюта са записани с диктофон и обработени под формата на анонимни транскрипти. Тези текстове са подложени на структурен анализ на съдържанието, кодирани са специфични теми и проблемни кръгове и са идентифицирани редица ключови области и нерешени въпроси на настоящия етап.

4. Статистически методи. Статистическата обработка на данните включва както следва:

- ✓ дескриптивен анализ
- ✓ independent *t*-test (при ниво на статистическа значимост $p \leq 0,05$)
- ✓ вариационен анализ (с *t*-критерия на Student Fisher при уровень на статистическа значимост $p < 0,05$)
- ✓ ANOVA) (при ниво на значимост $p < 0,05$)
- ✓ корелационен анализ (с критериите на Pearson и Spearman)

Използван е програмният продукт SPSS, version 19.0.

Обем и структура на дисертационния труд

Дисертационният труд съдържа общо 244 страници, структуриран е в три глави и включва 89 фигури, 19 таблици и 8 приложения. Книгописът включва 287 заглавия, от които 3 на кирилица и 284 на латиница.

За постигането на поставената цел и конкретните задачи дисертационният труд е структуриран по следния начин:

ВЪВЕДЕНИЕ

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

ОБЕКТ, ПРЕДМЕТ И ОГРАНИЧЕНИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

МЕТОДОЛОГИЯ

ПЪРВА ГЛАВА. ОБЩНОСТНОТО УЧАСТИЕ КАТО ИНСТРУМЕНТ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА ПРОЕКТИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

1.1. Исторически преглед на общностното участие като инструмент за управление на проекти в здравеопазването

- 1.2. Обща характеристика на понятията „общност“ и „общностно участие“ в проектния мениджмънт в здравеопазването
 - 1.2.1. Дефиниране на понятието „общност“
 - 1.2.2. Концептуална рамка (новата парадигма) на понятието „общност“
 - 1.2.3. Дефиниране на понятието „общностно участие“
 - 1.2.4. Концептуална рамка (новата парадигма) на понятието „общностно участие“
 - 1.2.5. Роля на общностното участие в здравните проекти
 - 1.2.6. Методи за измерване на общностното участие в здравните проекти
- 1.3. Обща характеристика на понятието „устойчивост“ в проектния мениджмънт в здравеопазването
 - 1.3.1. Дефиниране на понятието „устойчивост“
 - 1.3.2. Концептуална рамка (новата парадигма) на понятието „устойчивост“
- 1.4. Общностното участие като ключов фактор за постигане на устойчивост на здравните проекти
- 1.5. Дефиниране на понятието „овластяване“ в проектния мениджмънт в здравеопазването
- 1.6. Овластяването като инструмент на проектния мениджмънт за постигане на устойчивост на промените в здравеопазването
- 1.7. Дефиниране на понятието „създаване на капацитет“ в проектния мениджмънт в здравеопазването
- 1.8. Предпоставки за участието на общностите в проектния мениджмънт в здравеопазването
 - 1.8.1. Фактори на обществената среда
 - 1.8.2. Мотивация на участниците и бенефициентите
- 1.9. Характеристики на академично-общностното партньорство
 - 1.9.1. Стереотипи на партньорството
 - 1.9.2. Нагласи и очаквания от партньорското участие в проектите
 - 1.9.3. Фактори за успешно академично-общностно партньорство
- 1.10. Критичен анализ на публикациите по проблемния кръг

ВТОРА ГЛАВА. АНАЛИЗ НА МОДЕЛИ ЗА УСТОЙЧИВИ МЕЖДУНАРОДНИ ПРОЕКТИ С УЧАСТИЕ НА ОБЩНОСТТА В ОБЛАСТТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

- 2.1. Представяне на успешни проекти, базирани на общностно участие, в здравеопазването
 - 2.1.1. Модел за устойчивост, академично-общностно партньорство и изграждане на капацитет: Neighborhoods Working in Partnership (NWP)
 - 2.1.2. Модел за успешно и устойчиво приложение на CBPR-подхода: Южно-азиатска програма за оценка и управление на сърдечно-съдовото здраве (SA-CHAMP)
 - 2.1.3. Модел за повишаване на изследователския капацитет чрез двупосочно партньорство: взаимно повишаване на изследователския капацитет в общественото здравеопазване
 - 2.1.4. Модел за местно приложение на CBPR-подхода за профилактични цели: Развитие на профилактика на HIV-инфекция сред латино-американки в САЩ на нивото на общността (MuJEReS)
 - 2.1.5. Модел за сътрудничество, овластяване и модел на управление на здравни грижи: Project Leonardo

- 2.1.6. Модел за качествено проучване върху сътрудничеството между лекари, родители и учители
- 2.1.7. Модел за многоцентрово проучване върху сътрудничеството между лекари, родители и учители
- 2.2. Предимства и ограничения за устойчивото управление на здравните проекти чрез общностно-академично партньорство
- 2.2.1. Предимства на СВРР-подхода за управление на проекти в здравеопазването
- 2.2.2. Ограничения на СВРР-подхода за управление на проекти в здравеопазването
- 2.3. Инструменти за развиване на СВРР-подхода в проекти, базирани на общностно-академични партньорства
- 2.4. Приложение на метода на фокусните групи в здравеопазването

ТРЕТА ГЛАВА. ПРОУЧВАНЕ НА ИНФОРМИРАНОСТТА И НАГЛАСИТЕ ОТНОСНО ВКЛЮЧВАНЕТО НА ПРЕДСТАВИТЕЛИ НА ОБЩНОСТИТЕ В УПРАВЛЕНИЕТО НА ЗДРАВНИ ПРОЕКТИ В БЪЛГАРИЯ

- 3.1. Резултати от анкетно проучване на докторанти от Медицинския университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“- Варна
- 3.2. Резултати от анкетно проучване на магистри от Медицинския университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“- Варна
- 3.2.1. Резултати от анкетно проучване на магистри по здравен мениджмънт
- 3.2.2. Резултати от анкетно проучване на магистри по управление на здравните грижи
- 3.3. Резултати от анкетно проучване на бакалаври от Медицинския университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“- Варна
- 3.3.1. Резултати от анкетно проучване на бакалаври по здравен мениджмънт
- 3.3.2. Резултати от анкетно проучване на бакалаври по управление на здравните грижи
- 3.4. Съпоставителен анализ на анкетираните докторанти, магистри и бакалаври от Медицинския университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“-Варна
- 3.5. Анализ на фокусна група с представители на университетските среди
- 3.6. Анализ на фокусна група с представители на заинтересованите страни
- 3.7. Анализ на фокусна група с представители на общностите
- 3.8. Анализ на дълбочинните интервюта
- 3.9. Съпоставителни характеристики на мненията и нагласите на българските участници в анкетите, фокусните групи и интервютата
- 3.10. Концептуален модел на общностно-академично партньорство

ИЗВОДИ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПРАВКА ЗА ОСНОВНИТЕ ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

ПРИЛОЖЕНИЯ

ОБОБЩЕНО СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Основният акцент в първа глава *„Общностното участие като инструмент за управление на проекти в здравеопазването“* се поставя върху изпълнението на първата задача на дисертационния труд, свързана с анализа на достъпната литература и теоретичните постижения по въпросите на общностното участие в проектния мениджмънт в здравеопазването.

Прави се исторически преглед на общностното участие като инструмент за управление на проекти в здравеопазването. Поради голямото разнообразие и многозначността на научната терминология, използвана от различните автори, се наложи дефиниране на понятията „общност“, „общностно участие“, „устойчивост“, „създаване на капацитет“, „овластяване“ с цел да се улесни съпоставимостта на конкретните изследвания. Разгледани са и концептуални рамки, които водят до нови парадигми и схващания при динамично променящите условия в здравеопазването и по-конкретно в научните изследвания, базирани на общностно участие.

В т. 1.2. се представя общата характеристика на понятията „общност“ и „общностно участие“ и се възприема, че общностното участие е социален процес, при който конкретни групи със споделени нужди, живеещи в определен географски регион, търсят активно идентифициране на своите потребности, вземат решения и установяват механизми за удовлетворяването им (W. Vichman и съавт., 1989). В т. 1.2.5. се разглежда ролята на общностното участие в здравните проекти, като се идентифицират няколко области на възможните приноси на сътрудниците, които не са от научната общност, за разработването на СВРР по отношение на проектите. В т.1.2.6. вниманието се фокусира върху някои методи за измерване на общностното участие в здравните проекти, които позволяват да се опише процесът и резултатите му, съдържат качествени и количествени показатели и са сигурни и гъвкави, така че индикаторите да отразяват конкретната програма и нейния контекст. Представя се предложението от S. B. Rifkin и съавт. (1988) континуум за оценка на участието в здравни програми.

Разбирането за устойчивост се разглежда в т. 1.3., като тя се определя като продължаване на конкретна интервенция във времето, след намаляване или прекратяване на външното финансиране, респ. като степента, в която една здравна програма (проект), основана на доказателствата, може да продължи да доставя целевите ползи през дълъг период от време след спиране на външната финансова, мениджърска или техническа помощ (R. Van Acker и съавт., 2011). В новата концептуална рамка са необходими показатели за планиране на това, което ще се поддържа, как и от кого, доколко и докога. Тези индикатори служат за мониториране на целите на устойчивостта по време на проектния период и след него. Точка 1.4. води до заключението, че общностното участие е ключов фактор за постигане на устойчивост.

В т. 1.6. и 1.7. се представят различни определения за овластяване и то се разглежда като инструмент за постигане на устойчивост при управлението на здравни проекти. В сферата на общественото здравеопазване този инструмент дава възможности на хората без власт да придобият знания, умения и увереност, че могат да вземат решения, засягащи собствения им живот. Овластяването се фокусира върху социалните детерминанти на здравето, развитието на концептуалните модели, толерантността към професионалната саморефлексия и нарастването на формалните организации, контролирани от потребителите. Неговите потенциални последици се състоят в подобряването на здравните резултати, създаването на по-ефективно използване на здравните услуги и намаляване на неравенствата в здравеопазването, като по този начин се вижда релевантността на това понятие към общественото здравеопазване и промоцията на здравето.

След обсъждането на различни дефиниции на понятието „създаване на капацитет“ и различните видове капацитет в т. 1.7. се подчертава неговото значение за изпълнението на определена програма, независимо от постоянството на институцията, от промените на личности, технологии, социални структури и ресурсни кризи, т.е. от него произтича развитието на устойчиви и силни системи. СВРР-подходът може да подпомогне създаването

на капацитет и промяната в политиката чрез равнопоставено ангажиране на разнообразни партньори.

Основните фактори, които влияят върху здравните системи, ориентирани към обществени грижи, се обсъждат в т. 1.8. и включват политическо ръководство, което да подкрепя социалната демокрация, организирано гражданско общество, защитници вътре в рамките на бюрокрацията на общественото здравеопазване, плуралистични медии и междукласова солидарност (защитници вътре в елитните групи). Наред с тях се разглеждат факторите на проектно и контекстуално ниво.

Сред предпоставките за участието на общностите в управлението на проекти в здравеопазването основен фактор е мотивацията на участниците и бенефициентите, която може да бъде личностна и проектно ориентирана.

Точка 1.9. се спира на характеристиките на общностно-академичните партньорства като модел за подобряване качеството на научните изследвания, засилване на капацитета на общността и подобряване на здравните резултати. Той е предпочитан модел, когато се касае за провеждане на проучвания, свързани с уязвими популации за намаляване на расовите и етнически неравенства в здравеопазването. В. А. Israel и съавт. (1998) дефинират деветте основни принципа на СВРР-подхода, а именно: 1) признаване на общността като единица за идентичност; 2) основаване върху силните страни и ресурсите вътре в общността; 3) подпомагане на партньорствата през всички фази на проучванията; 4) поощряване на съвместното учене и изграждането на капацитет сред партньорите; 5) интегриране и постигане на баланс между изследванията и действията за взаимна полза на всички партньори; 6) поставяне на ударението върху местното значение на проблемите на общественото здраве и екологичните перспективи, като се отчита и обръща внимание на множеството детерминанти на здравето и болестта; 7) включване на системно развитие чрез цикличен и повтарящ се процес; 8) разпространяване на резултатите и натрупаното познание до всички партньори и включване на

всички партньори в процеса на разпространение; 9) дългосрочен процес и ангажираност.

Преодоляването на стереотипите, отразени в т. 1.9.1., е сериозно предизвикателство при провеждането на СВРР. Академичните изследователи считат, че партньорите от общностите не разполагат с инфраструктура и капацитет, за да бъдат пълноправни партньори за постигането на изследователските задачи на проектите. Това от своя страна може да доведе до напрежения и властова диференциация (при която академичните изследователи се чувстват некомфортно да отстъпват контрола върху който и да било аспект на проекта). От друга страна, общностните групи могат да стигат до циничност във вярванията си, че изследователите се включват в сътрудничеството просто за да напреднат в кариерите си, да намерят достъп до субекти и данни и да пишат статии, а после се оттеглят в „кулите си от слонова кост“. Вероятността за успех се засилва, когато целите на всички участници се обсъждат лице в лице и всички предразсъдъци и нагласи се откриват за дискусия. Нагласите и очакванията, с които всеки един от партньорите се включва в здравен проект, се анализират в т.1.9.2.

Критичният анализ, завършващ тази част на дисертационния труд, отбелязва мащабността и комплексността на редица новопубликувани проучвания на авторите от Канада, САЩ, Австралия, Великобритания, Холандия и някои други страни от Западна Европа, често в съавторство с изследователи от страните от третия свят. Тези публикации се характеризират със значителна критичност към недостатъците на системите на здравеопазването и съществуващото неравенство по отношение на здравното обслужване на отделните групи на населението в техните страни. Една от основополагащите причини за бурното развитие на тази сравнително тясна проблематика е осъзнатата необходимост от разработването, финансирането и устойчивото развитие на проектите като възможност за решаване на някои сложни проблеми на съвременното здравеопазване.

За целите на изследването във втора глава „*Анализ на модели за устойчиви международни проекти с участие на общността в областта на здравеопазването*“ са представени и анализирани успешни проекти с участие на общността в областта на здравеопазването. Проучените проекти са реализирани в различни точки на света през периода между 2006 г. и 2013 г., и са публикувани през периода между 2010 г. и 2014 г. в общо 6 списания. Касае за общо 68 автора, работещи в общо 29 институции в 25 града от 11 страни.

Приложени са следните критерии за селекция на чуждестранните проекти: 1) в тях да се прилагат принципите на CBPR-подхода; 2) да има академично участие на университет; 3) да участват представители на водещи факултети по обществено здравеопазване/изследователи от страни в различни точки на света; 4) да са насочени към промоция на здраве и обществено значими заболявания; 5) да са приключили между 2006 и 2013 г.; 6) да са доказано успешни; 7) да са доказано устойчиви.

Въз основа на съдържателния анализ е изработена рамка за анализ на проектите, включени в настоящото проучване, която включва национална и институционална принадлежност на авторите; описание и цел на проекта; участници; основни резултати; ограничения; уроци и последици за практиката; фактори за успеха и устойчивост. Съдържателният анализ откроява редица характерни особености на подготовката, провеждането и оценката на тези проекти. Тези конкретни характеристики гарантират успешното и устойчиво развитие на съответните проекти и позволяват използването им като модели, приложими и в други страни, вкл. и у нас.

Модел за устойчивост, академично-общностно партньорство и изграждане на капацитет

Наименование на проекта: **Neighborhoods Working in Partnership (NWP)**

Главен изследовател: Barbara A. Israel

Научна институция на главния изследовател: Катедра по здравно поведение и здравно образование, Факултет по обществено здравеопазване, Университет в Мичигън, Ан Арбър, САЩ

Цел: укрепване на уменията за подкрепа на политиките за изграждане на здрави квартали; алгоритъм за обосноваване на необходимостта от изграждане на капацитет на нивото на общността; описание на процеса на NWP и резултатите от него, обсъждане на поуките и последиците за CBPR и за защитата на политиките, насочени към елиминиране на здравните неравенства.

Модел за успешно и устойчиво приложение на CBPR-подхода

Наименование на проекта: **Южно-азиатска програма за оценка и управление на сърдечно-съдовото здраве (SA-CHAMP)**

Главен изследовател: Charlotte A. Jones

Научна институция на главния изследовател: Катедра по медицина, Сърдечно-съдов институт "Либин", Университет в Калгари, Калгари, Канада

Цел: определяне на приложимостта на устойчива, културално адаптирана скринингова програма, базирана в общността, за определяне на рисковите фактори за ССЗ за населението от южно-азиатски произход.

Модел за двупосочно партньорство при повишаване на изследователския капацитет

Наименование на проекта: **Взаимно повишаване на изследователския капацитет в общественото здравеопазване чрез двупосочно партньорство**

Главен изследовател: Michelle Redman-MacLaren

Научна институция на главния изследовател: Факултет по медицина и дентална медицина, Университет „Джеймс Кук“, Керн, Австралия

Целта на това качествено проучване с ръководителите на семинара и участниците в него е да се анализират ползите за изследователите от Австралия

и от Соломоновите острови, като се отговори на въпроса: Двупосочен и взаимен процес ли е дейността за повишаване на капацитета?

Модел за местно приложение на CBPR-подхода за профилактични цели

Наименование на проекта: **Развитие на профилактика на HIV-инфекция сред латиноамериканки в САЩ на нивото на общността (MuJEReS)**

Главен изследовател: Scott D. Rhodes

Научна институция на главния изследовател: Катедра по обществени науки и здравна политика, Секция по науки за общественото здраве, Факултет по медицина в Уейк Форест, Уинстън-Салем, Северна Каролина, САЩ

Цел: намаляване на риска от HIV-инфекцията и заболяванията, предавани по полов път, сред испански говорящите и по-малко адаптирани към културната среда латиноамериканки в селските югоизточни райони на САЩ, чрез систематичен подбор, внимателно обучение и продължаваща подкрепа за латиноамериканките, които трябва да изпълняват ролята на непрофесионални здравни съветници.

Модел за сътрудничество, овластяване и модел на управление на здравни грижи

Наименование на проекта: **Project Leonardo**

Главен изследовател: Marco Matteo Ciccone

Научна институция на главния изследовател: Институт по кардиология, Медицински факултет, Университет на Бари, гр. Бари, Италия

Цел: доказване приложимостта на програмите за управление на грижите при пациенти със ССЗ, захарен диабет, сърдечна недостатъчност или сърдечно-съдов риск в гр. Лече, оценка на възприятията и удовлетвореността от услугите за лечението на заболяването и управлението на грижите от пациенти, лекари и специалисти по здравни грижи и усъвършенстване лечението на заболяванията

и управление на здравните грижи, за да съответстват те на местната среда с цел потенциално разширяване на програмата в целия регион Апулия.

Модел за качествено проучване върху сътрудничеството между лекари, родители и учители

Наименование на проекта: **Физическа активност и консумация на напитки от деца в предучилищна възраст - фокусни групи от родители и учители**

Главен изследовател: Marieke De Craemer

Научна институция на главния изследовател: Катедра по науки за движението и спорта, Факултет по медицина и здравни науки, Университет в Гент, гр. Гент, Белгия

Цел: качествена оценка на възприятията на родителите и учителите за физическата активност и консумацията на безалкохолни напитки при децата в предучилищна възраст, факторите, влияещи върху поведението на децата, стратегиите за промените в това поведение и бариерите пред тези промени.

Модел за многоцентрово проучване върху сътрудничеството между лекари, родители и учители

Наименование на проекта: **Проектиране и осъществяване на интервенция в детските градини с участието на семейството за профилактика на затлъстяването в ранното детство (изследване „ToyBox”)**

Главен изследовател: Yannis Maniouis

Научна институция на главния изследовател: Катедра по хранене и диететика, Университет „Харокопио“, гр. Атина, Гърция

Цел: проектиране и осъществяване на профилактична интервенция по отношение затлъстяването на малките деца в детските градини с включване на членовете на техните семейства.

Въз основа на съдържателния анализ на проучените проекти, в т. 2.2. се очертават някои предимства и ограничения за устойчивото управление на здравните проекти чрез общностно-академично партньорство. Предимствата са постигнатите положителни резултати - засилване на релевантността на изследователските въпроси за общностите в най-висок риск и на надеждността и валидността на инструментите за измерване; увеличаване на набирането и задържането на участниците; засилване на интервенциите чрез включването на културни вярвания в научно валидни подходи; подпомагане на ефективното разпространение на резултатите за въздействие върху общественото здраве и политики и увеличаване на транслирането на изследванията, основани на доказателствата, на езика на устойчива промяна в общността.

Към основните предимства на СВРР-партньорския подход към научните изследвания спада и това, че той включва наравно членовете на общността, практиците и университетските изследователи във всички аспекти на процеса, позволявайки на всички партньори да допринесат със своята експертиза и да споделят отговорността и собствеността. СВРР-подходът е подходящ при усилия за защита на политики при наличието на знания у партньорите от общността за местния контекст и връзките им с формиращите политики, както и предвид факта, че всяко едно партньорство е позиционирано уникално, за да идентифицира проблеми, да ангажира членовете на общността в проучванията и интервенциите, разпространението на резултатите от тези изследвания и мобилизирането на членовете на общността и организациите за защита на промени в политиките.

Идентифицирани са следните области на възможните приноси на сътрудниците, които са във от научната общност, за разработването на СВРР по отношение на проектите за подобрене на здравето на населението: ръководство и управление на проектите, дефиниране и уточняване на изследователските теми и задачи, набиране и задържане на участниците, дизайн и засилване на интервенциите, осъществяване на интервенциите, събиране, анализ и обсъждане на данните, разпространяване на получените резултати,

осигуряване на устойчивост на взаимоотношенията, свързани с готовността за планиране, оптимизиране на усъвършенстването и преносимостта на модела и улеснено мултиплициране на резултатите от конкретното проучване (O. L. McCabe и съавт., 2012).

Моделите за CBPR-подхода стимулират университетските изследователи да си сътрудничат с общностите, за да могат да идентифицират и изследват научни проблеми, процеси и резултати, ценни и за двата партньора. Концептуалните модели, основани на принципите на CBPR-подхода, печелят все по-голямо признание за своя потенциал да ръководят изследователите при осъществяването на научно стойностни проекти, които да отговарят на приоритетите на непривилегированите общности.

Анализират се и някои ограничения на CBPR-подхода в здравеопазването. Те са важни за практическото му приложение, но в никакъв случай не намаляват съществено неговата социална значимост. Тези ограничения са свързани с използването на CBPR-подхода при защитата на политики, вкл. продължителността от време, което той може да отнеме, трудностите при прилагането му за промяна в държавните и местни политики и във връзката с дейностите за поддържане на устойчивост и мониториране. Целта на този подход е да се достигне до разбиране на определено явление и да се интегрират знанията, придобити от мерките за подобряване здравето на засегнатите общности.

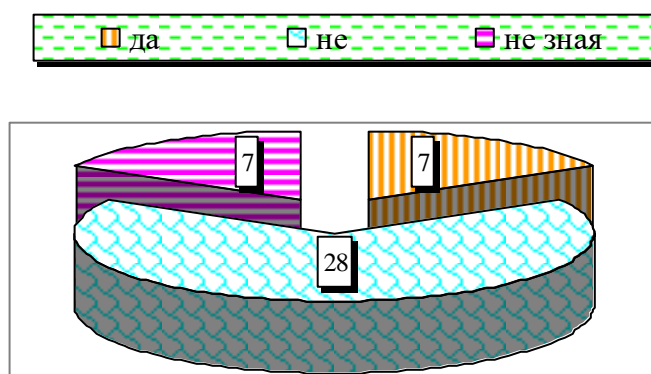
В т.2.3. се дават примери за различни инструменти за развиването на CBPR-подхода в проекти, базирани на общностно-академични партньорства. Тези модели екплицират връзките между процеса, въздействията на нивото на общностната система и промените в здравето на населението.

В т. 2.4. се изследва опитът от прилагането на метода на фокусните групи в здравеопазването както в проучените модели на проекти, така и в проекти, за които се съобщава в специализираната литература.

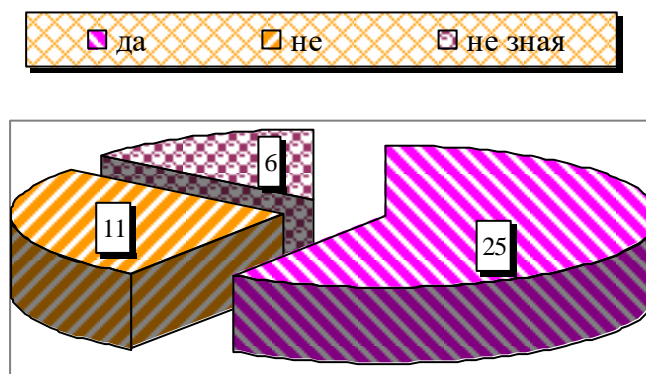
В трета глава на дисертационния труд *„Проучване на информираността и нагласите относно включването на представители на общностите в управлението на здравни проекти в България“* се представят резултатите от изпълнението на третата и четвъртата задача на изследването, а именно проучване на информираността и нагласите на представители на младите български учени, студентите, академичната общност, неправителствените организации и заинтересованите страни относно включването им в управлението на здравни проекти съвместно с целевите общности.

Резултатите от анализа на отговорите на анкетиранията лица са систематизирани по отношение на петте обособени групи - докторанти по медицина, магистри по здравен мениджмънт, магистри по управление на здравните грижи, бакалаври по здравен мениджмънт и бакалаври по управление на здравните грижи в общо 13 таблици и 88 цветни фигури. Представяме само някои от статистически достоверните различия между отделните групи респонденти по отношение на общия брой и относителния дял на техните положителни и отрицателни отговори на конкретните въпроси в анкетите.

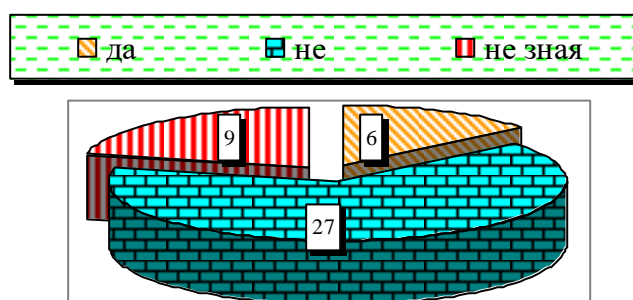
Отрицателните отговори докторантите по медицина на въпроса за участието на представителите на общността при анализа и интерпретацията на данните (фиг. № 1) преобладават статистически значимо спрямо положителните ($t=2,98$; $p<0,01$). Положителните им отговори преобладават спрямо отрицателните относно възможността за предоставяне на доклада и изследователските резултати на вниманието на представителите на общността (фиг. № 2) ($t=2,00$; $p<0,05$). Отрицателните отговори на въпроса за заплахите или рисковете от включването на представителите на общностите в научните изследвания преобладават пред положителните (фиг. № 3) ($t=2,96$; $p<0,01$).



Фиг. № 1. Разпределение на броя на отговорите на докторантите с „да“, „не“ и „не зная“ на въпроса за участието на общността при анализа и интерпретацията на данните

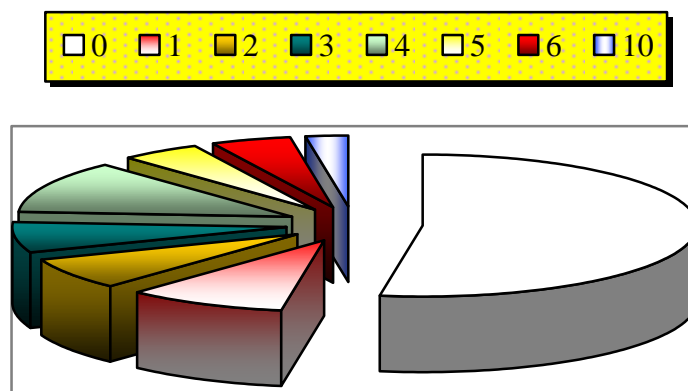


Фиг. № 2. Разпределение на броя на отговорите на докторантите с „да“, „не“ и „не зная“ на въпроса за предоставянето на доклада и резултатите от проучването на представителите на общността



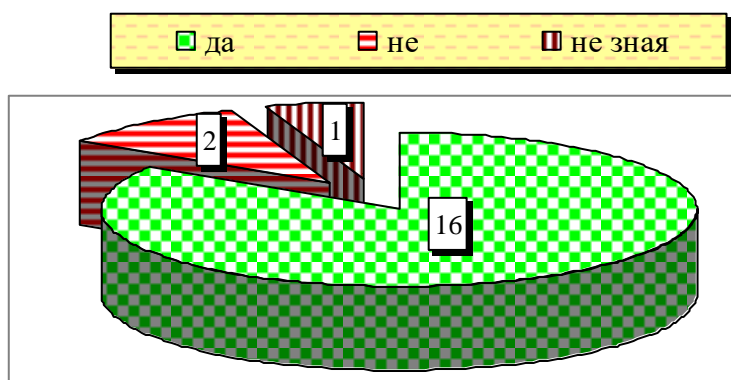
Фиг. № 3. Разпределение на броя на отговорите на докторантите с „да“, „не“ и „не зная“ на въпроса за заплахите или рисковете от включването на представители на общностите в научните изследвания

Заслужава да се отбележи, че значителен брой докторанти не коментират допълнително откритите въпроси от анкетата (фиг. № 4).



Фиг. № 4. Разпределение на броя на коментарите на докторантите към 11-те въпроса от анкетата

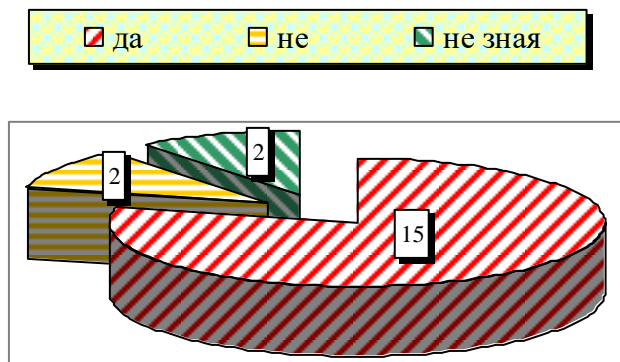
Резултатите от анкетното проучване на магистрите по здравен мениджмънт показват статистически значимо преобладаване на броя и относителния дял на отрицателните отговори спрямо тези на положителните отговори на въпроса за включването на представителите на общността в изследователския екип ($t=2,10$; $p<0,05$), на въпроса за мотивирането на тези представители за участие в проучването ($t=2,85$; $p<0,01$) и на въпроса за възможния принос на представителите на общността в анализа и интерпретацията на събраните данни ($t=2,95$; $p<0,01$).



Фиг. № 5. Разпределение на броя на отговорите на магистрите по здравен мениджмънт с „да“, „не“ и „не зная“ на въпроса за заплахите или рисковете от включването на общностите в научните изследвания

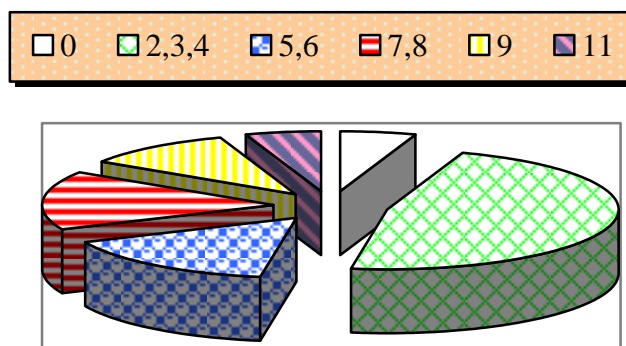
Налице е статистически значимо преобладаване на броя и относителния дял на положителните отговори спрямо тези на отрицателните отговори както

на въпроса за възможните заплахи или рискове от включването на общностите в научните изследвания (фиг. № 5) ($t=3,05$; $p<0,01$), така и на въпроса за възможните предимства от такова включване (фиг. № 6) ($t=2,77$; $p<0,02$).

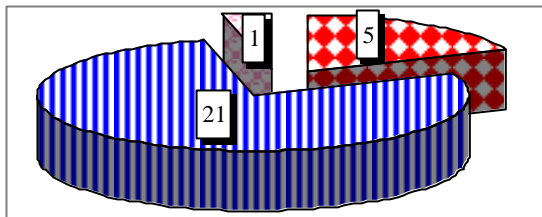
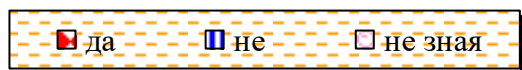


Фиг. № 6. Разпределение на броя на отговорите на магистрите по здравен мениджмънт с „да“, „не“ и „не зная“ на въпроса за предимствата от включването на общностите в научните изследвания

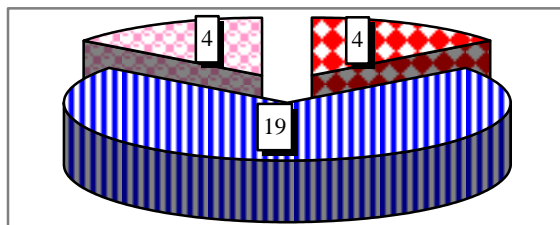
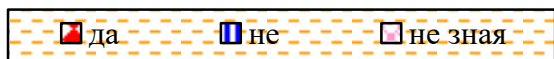
Значителен брой магистри по здравен мениджмънт коментират допълнително откритите въпроси от анкетата (фиг. № 7). При магистрите по управление на здравните грижи броят и относителният дял на отрицателните отговори преобладават спрямо тези на положителните отговори на въпроса за възможния принос на представителите на общността в анализа и интерпретацията на събраните данни (фиг. № 8) ($t=3,09$; $p<0,01$).



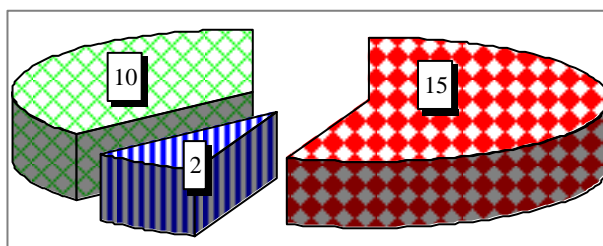
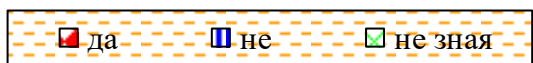
Фиг. № 7. Разпределение на броя на коментарите на магистрите по здравен мениджмънт към въпросите от анкетата



Фиг. № 8. Разпределение на броя на отговорите на магистрите по управление на здравните грижи с „да“, „не“ и „не зная“ на въпроса за приноса на представителите на общността в анализа и интерпретацията на данните



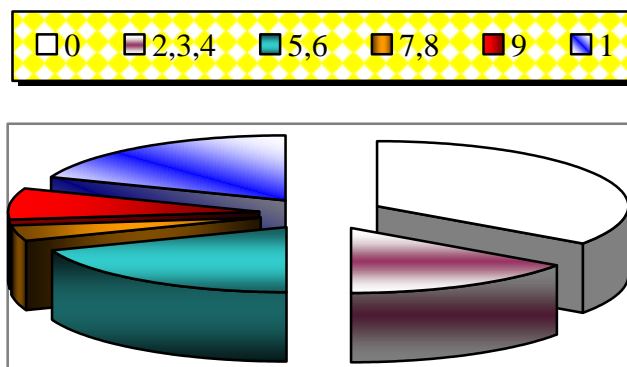
Фиг. № 9. Разпределение на броя на отговорите на магистрите по управление на здравните грижи с „да“, „не“ и „не зная“ на въпроса за възможните заплахи или рискове от включването на общностите в научните изследвания



Фиг. № 10. Разпределение на броя на отговорите на магистрите по управление на здравните грижи с „да“, „не“ и „не зная“ на въпроса за предимствата от включването на общностите в научните изследвания

Броят и относителният дял на отрицателните отговори преобладават спрямо тези на положителните отговори на въпроса за възможните заплахи или рискове от включването на общностите в научните изследвания (фиг. № 9)

($t=2,65$; $p<0,02$), докато по отношение на въпроса за възможните предимства от такова включване се касае за обратното (фиг. № 10) ($t=2,21$; $p<0,05$).

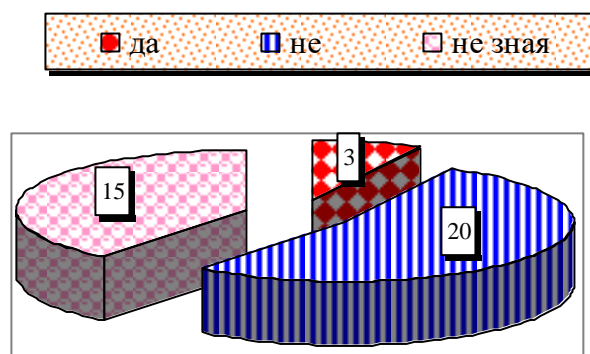


Фиг. № 11. Разпределение на броя на коментарите на магистрите по управление на здравните грижи към въпросите от анкетата

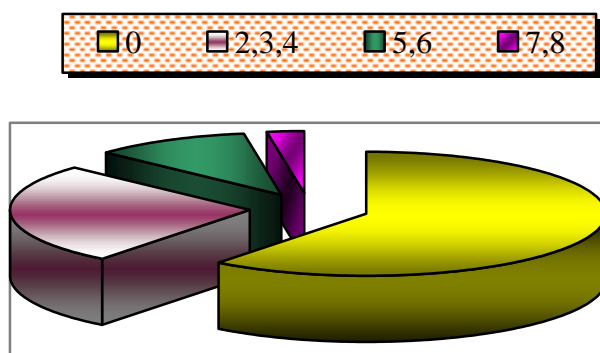
Преобладават магистрите по управление на здравните грижи, които или не коментират откритите въпроси от анкетата, или коментират само по един въпрос от нея (фиг. № 11).

При бакалаврите по здравен мениджмънт се установява статистически значимо преобладаване на броя и относителния дял на положителните отговори спрямо тези на отрицателните, на въпроса за възможния принос от включването на представителите на общностите в събирането на данните (фиг. № 12) ($t=2,10$; $p<0,05$), докато по отношение на въпросите за възможния принос от включването на тези представители в анализа и интерпретацията на данните (фиг. № 13) ($t=2,21$; $p<0,05$) и при представянето на проведените изследвания пред научната общност (фиг. № 14) ($t=2,10$; $p<0,05$) се касае за обратното.

Броят и относителният дял на отрицателните отговори на бакалаврите по здравен мениджмънт на въпроса за възможните заплахи или рискове от включването на общностите в научните изследвания (фиг. № 12) са статистически значимо по-големи от тези на положителните отговори ($t=2,34$; $p<0,02$).



Фиг. № 12. Разпределение на броя на отговорите на бакалаврите по здравен мениджмънт с „да“, „не“ и „не зная“ на въпроса за заплахите или рисковете от включването на общностите в научните изследвания

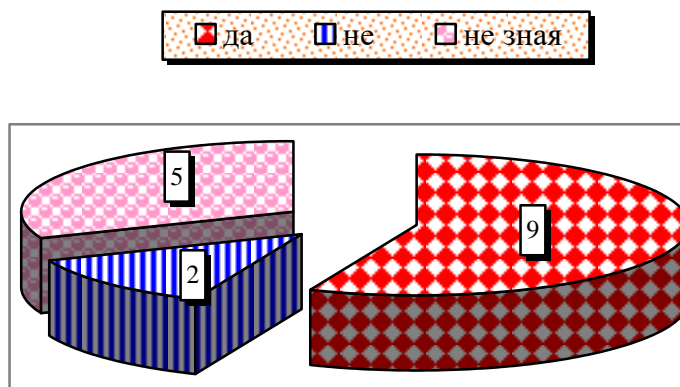


Фиг. № 13. Разпределение на броя на коментарите на бакалаврите по здравен мениджмънт към въпросите от анкетата

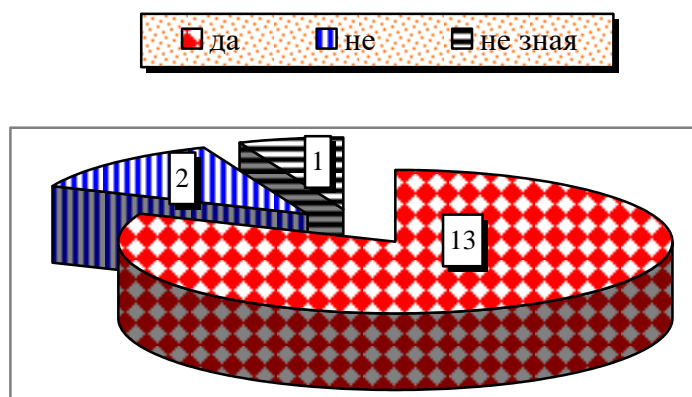
Болшинството от бакалаврите по здравен мениджмънт не са се възползвали от възможността да коментират въпросите от анкетата (фиг. № 13).

Броят и относителният дял на положителните отговори на бакалаврите по управление на здравните грижи на въпросите за включването на представители на общността в изследователския екип (фиг. № 14) ($t=2,12$; $p<0,05$) и в събирането на данните (фиг. № 15) ($t=2,10$; $p<0,05$) преобладават статистически значимо спрямо тези на отрицателните отговори. Броят и относителният дял на отрицателните отговори на бакалаврите по управление на здравните грижи на въпросите за включването на представители на общността в анализа и интерпретацията на данните (фиг. № 16) ($t=2,16$; $p<0,05$) и за възможните заплахи или рискове от включването на общностите в научните изследвания

(фиг. № 17) ($t=2,03$; $p<0,05$) преобладават статистически значимо спрямо тези на положителните отговори.

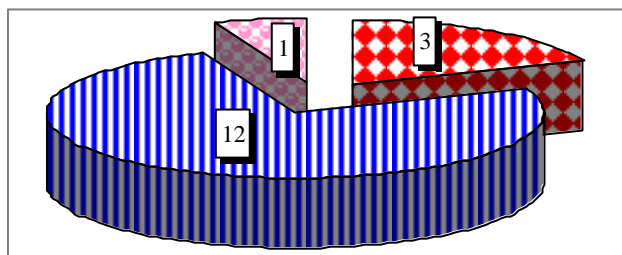


Фиг. № 14. Разпределение на броя на отговорите на бакалаврите по управление на здравните грижи с „да“, „не“ и „не зная“ на въпроса за включването на общността в изследователския екип

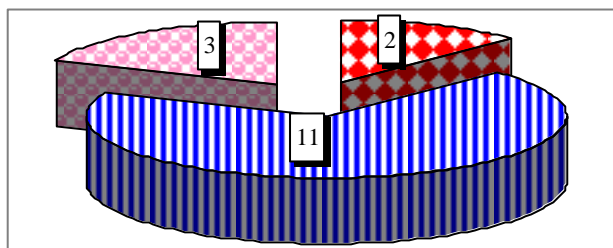


Фиг. № 15. Разпределение на броя на отговорите на бакалаврите по управление на здравните грижи с „да“, „не“ и „не зная“ на въпроса за включването на общността в събирането на данните

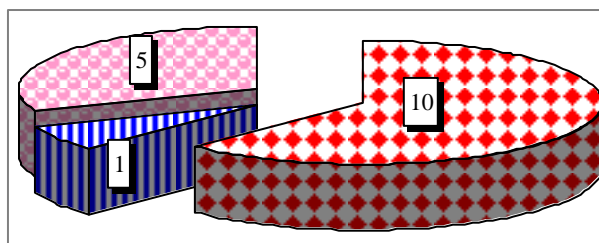
Броят и относителният дял на положителните отговори на бакалаврите по управление на здравните грижи на въпроса за предимствата от включването на общностите в научните изследвания преобладават статистически достоверно спрямо тези на отрицателните отговори (фиг. № 18) ($t=2,02$; $p<0,05$).



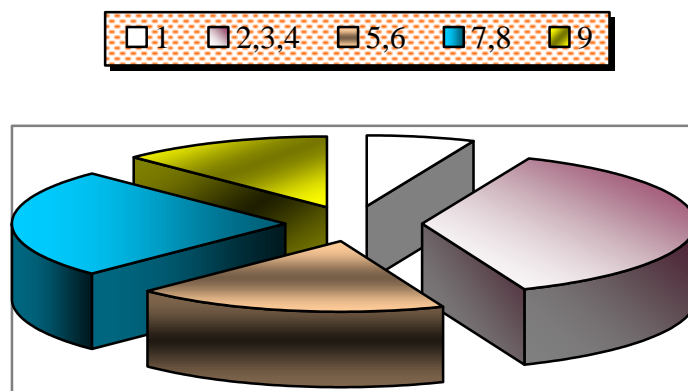
Фиг. № 16. Разпределение на броя на отговорите на бакалаврите по управление на здравните грижи с „да“, „не“ и „не зная“ на въпроса за включването на общността в анализа и интерпретацията на данните



Фиг. № 17. Разпределение на броя на отговорите на бакалаврите по управление на здравните грижи с „да“, „не“ и „не зная“ на въпроса за възможните заплахи или рискове от включването на общностите в научните изследвания



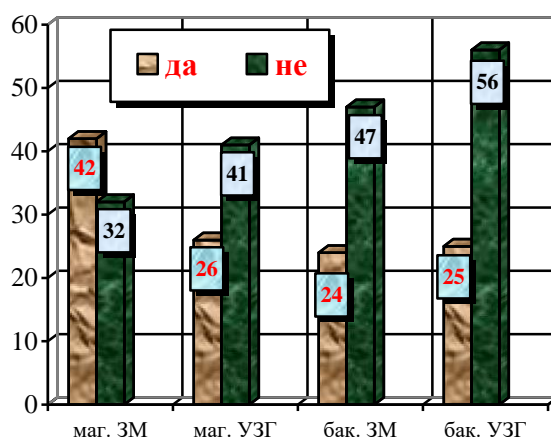
Фиг. № 18. Разпределение на броя на отговорите на бакалаврите по управление на здравните грижи с „да“, „не“ и „не зная“ на въпроса за предимствата от включването на общностите в научните изследвания



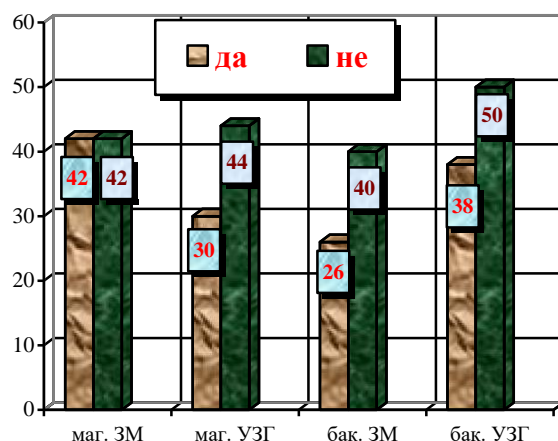
Фиг. № 19. Разпределение на броя на коментарите на бакалаврите по управление на здравните грижи към въпросите от анкетата

За разлика от останалите участници в анкетата, бакалаврите по управление на здравните грижи са проявили значителна активност при коментирането на отговорите си на въпросите от анкетата (фиг. № 19). Само един бакалавър е направил коментар само по един въпрос, а двама бакалаври са направили коментари по девет въпроса.

Съпоставителният анализ на анкетираните докторанти, магистри и бакалаври от Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“-Варна е илюстриран в т. 3.4. на фиг. № 20 до фиг. № 33

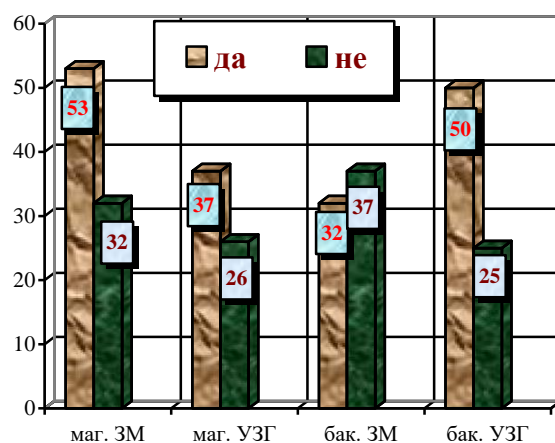


Фиг. № 20. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните студенти с „да“ и с „не“ на въпроса за участие на общността при формулиране на темата на проучването

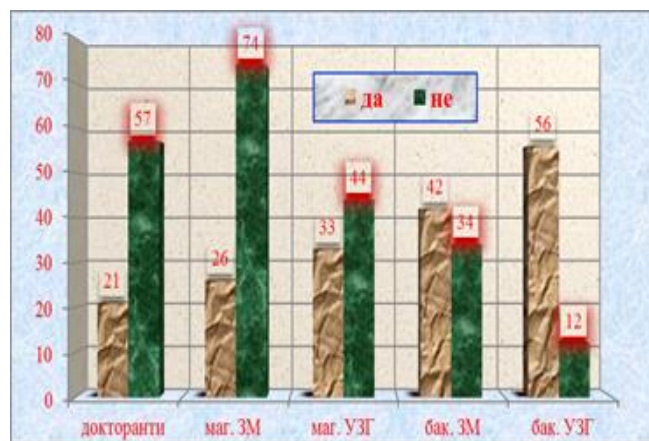


Фиг. № 21. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните студенти с „да“ и с „не“ на въпроса за участие на общността при определяне на дизайна на проучването

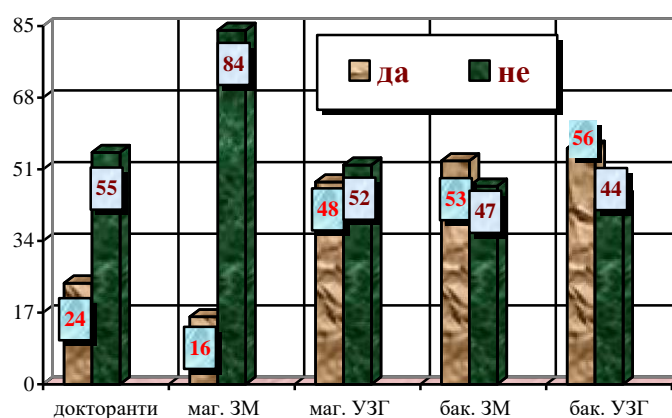
Стойността на коефициента на Pearson χ^2 от $p=0,017$ свидетелства за статистически достоверна корелация между нагласата на анкетираните студенти за включване на представителите на общността в различните етапи на планирането на научното изследване, от една страна, и образователното ниво на тези анкетираните студенти, от друга.



Фиг. № 22. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните студенти с „да“ и с „не“ на въпроса за участие на общността при определяне на приоритетите на проучването



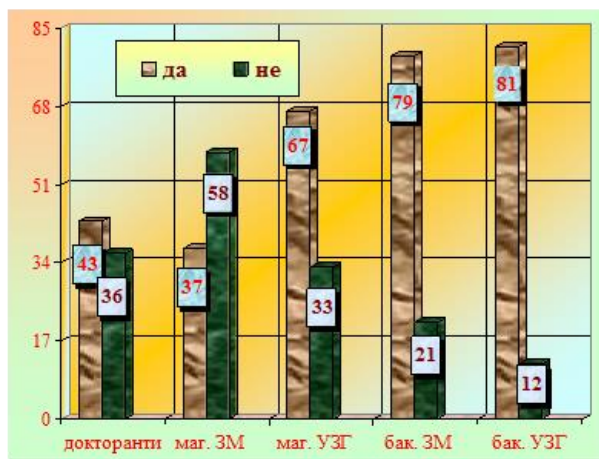
Фиг. № 23. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните с „да“ и с „не“ на въпроса за участие на общността в изследователския екип



Фиг. № 24. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните с „да“ и с „не“ на въпроса за необходимостта от мотивация на общността за участие в проучването

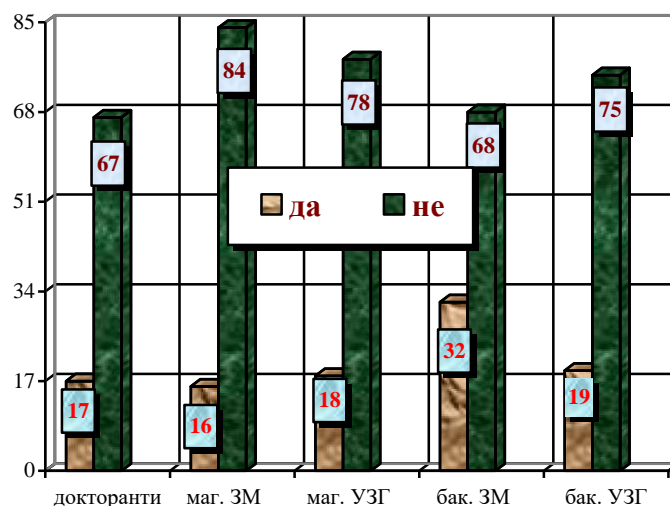
Броят и относителният дял на отрицателните отговори на въпроса за включването на представителите на общността в изследователския екип преобладават статистически значимо спрямо положителните отговори при докторантите ($p < 0,02$) и при магистрите по здравен мениджмънт ($p < 0,05$), докато при бакалаврите по управление на здравните грижи се касае за противоположни резултати ($p < 0,05$). Стойността на коефициента на Pearson χ^2 от $p = 0,023$ показва статистически значима корелация между нагласата на анкетираните лица за включване на представителите на общността в изследователския екип на научното изследване, от една страна, и образователното ниво на тези анкетирани лица, от друга.

При магистрите по здравен мениджмънт броят и относителният дял на отрицателните отговори на въпроса за необходимостта от мотивиране на участниците от общността чрез средства от бюджета на проекта преобладават статистически значимо спрямо тези на положителните ($p < 0,01$). Налице е статистически значима, но слаба положителна корелация между нагласата на анкетираните лица за необходимостта от мотивация на представителите на общността за участието им в научното изследване, от една страна, и образователното ниво на тези анкетиранни лица, от друга (коефициент на Pearson χ^2 от $p = 0,001$).



Фиг. № 25. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните с „да“ и с „не“ на въпроса за участие на общността при събиране на данните на проучването

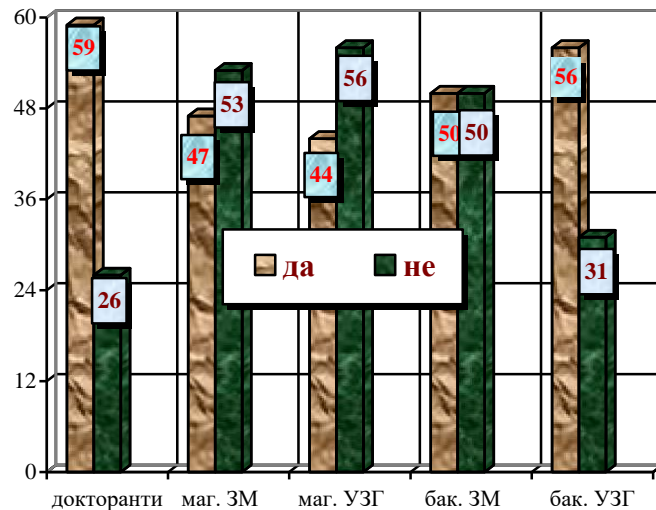
При бакалаврите по здравен мениджмънт броят и относителният дял на положителните отговори на въпроса за възможния принос на представители на общността в събирането на данните в хода на проекта преобладават статистически значимо спрямо тези на отрицателните отговори ($p < 0,05$). Стойността на коефициента на Pearson χ^2 от $p = 0,001$ свидетелства за достоверна, но слаба положителна корелация между нагласата на анкетираните лица за възможното участие на представителите на общността при събирането на данните по време на научното изследване, от една страна, и образователното ниво на тези анкетиранни лица, от друга.



Фиг. № 26. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните с „да“ и с „не“ на за участие на общността при анализа и интерпретацията на данните на проучването

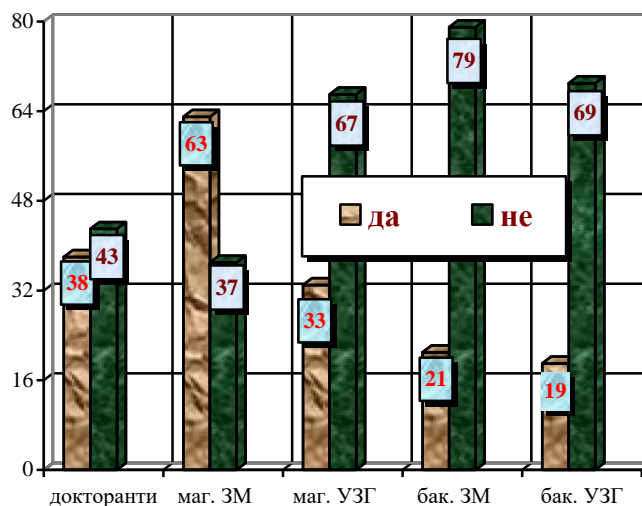
Броят и относителният дял на отрицателните отговори въпроса за включването на представителите на общността в анализа и интерпретацията на събраните данни преобладават статистически значимо спрямо положителните отговори при всички анкетирани лица: при докторантите ($p < 0,01$), при магистрите по здравен мениджмънт ($p < 0,01$), при магистрите по управление на здравните грижи ($p < 0,01$), при бакалаврите по здравен мениджмънт ($p < 0,05$) и при бакалаврите по управление на здравните грижи ($p < 0,05$). Налице е статистически достоверна, но слаба положителна корелация между нагласата на анкетираните лица за възможното участие на представителите на общността при анализа и интерпретацията на данните в хода на научното изследване, от една страна, и образователното ниво на тези анкетирани лица, от друга (стойност на коефициента на Pearson χ^2 от $p = 0,051$).

При докторантите броят и относителният дял на положителните отговори на въпроса за възможното предоставяне на доклада и изследователските резултати от проекта на групите от основни участници в общността преобладават статистически достоверно пред положителните отговори ($p < 0,05$) (фиг. № 27).



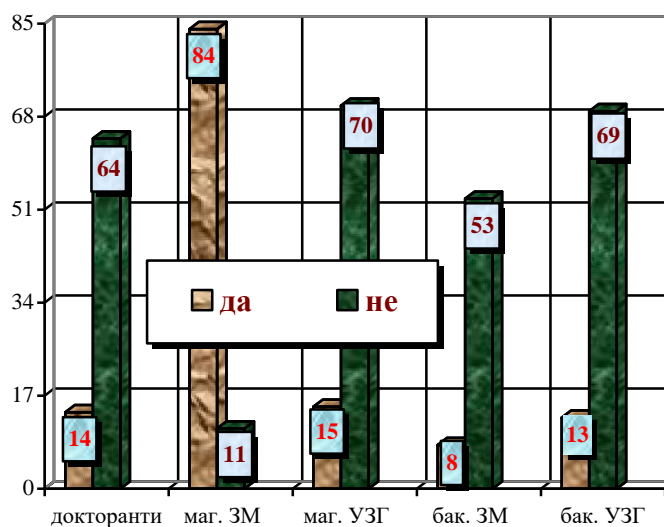
Фиг. № 27. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните с „да“ и с „не“ на въпроса за предоставяне на общността на доклада от проучването

При бакалаврите по здравен мениджмънт броят и относителният дял на отрицателните отговори на въпроса за възможното включване на представителите на общността в представянето на изследванията им пред научната общност преобладават статистически значимо спрямо тези на положителните отговори ($p < 0,05$) (фиг. № 28).



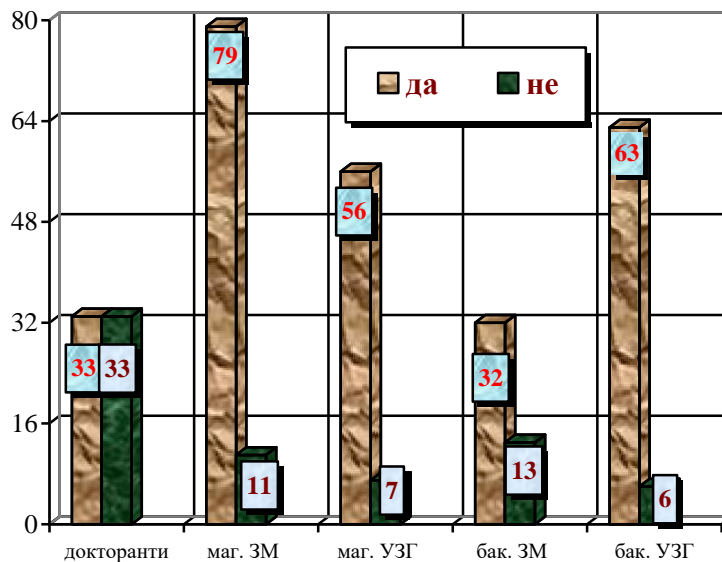
Фиг. № 28. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните с „да“ и с „не“ на въпроса за участие на представителите на общността при представянето на резултатите от проекта пред научната общност

Броят и относителният дял на отрицателните отговори на въпроса за възможните заплахи или рискове от включването на общностите в научните изследвания преобладават статистически достоверно пред положителните отговори при докторантите ($p < 0,01$), при магистрите по управление на здравните грижи ($p < 0,02$) и при бакалаврите по управление на здравните грижи ($p < 0,05$), докато при магистрите по здравен мениджмънт се касае за противоположни резултати ($p < 0,01$) (фиг. № 29).



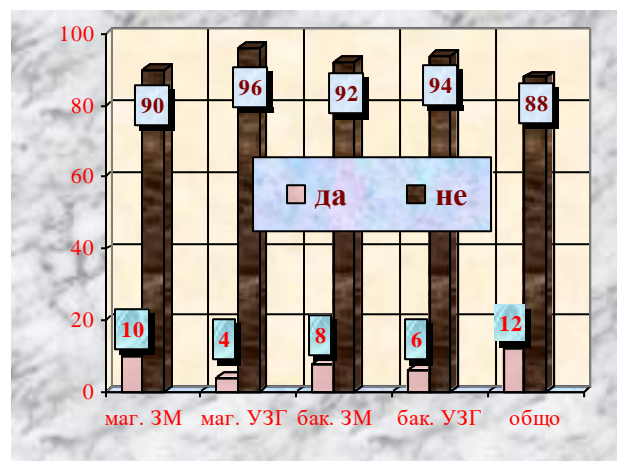
Фиг. № 29. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните с „да“ и с „не“ на въпроса за заплахите и рисковете от участието на общността

Броят и относителният дял на положителните отговори на въпроса за възможните предимства от включването на общностите в научните изследвания преобладават статистически достоверно спрямо тези на отрицателните отговори при магистрите по здравен мениджмънт ($p < 0,02$), при магистрите по управление на здравните грижи ($p < 0,05$) и при бакалаврите по управление на здравните грижи ($p < 0,05$) (фиг. № 30). Относителният дял на положителните отговори само на анкетираните студенти значително преобладава спрямо този на отрицателните относно предимствата от включването на представители на общността в научните изследвания. Стойността на коефициента на Pearson χ^2 от $p = 0,001$ показва статистически значима разлика, но не и някаква корелация по отношение на образователното ниво на анкетираните лица.

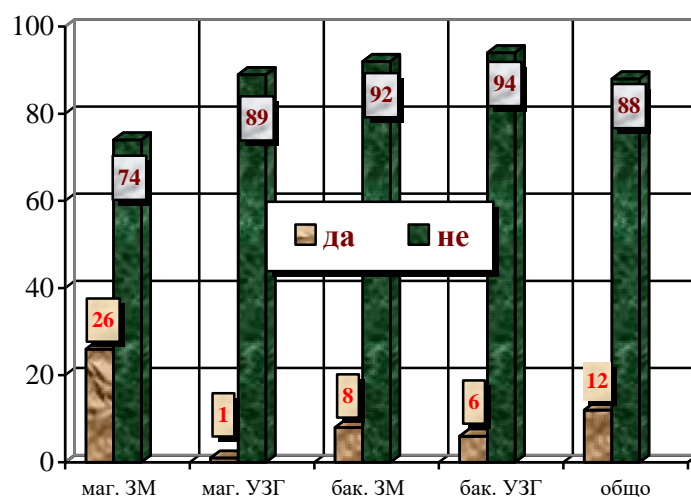


Фиг. № 30. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните с „да“ и с „не“ на въпроса за предимствата от участието на общността

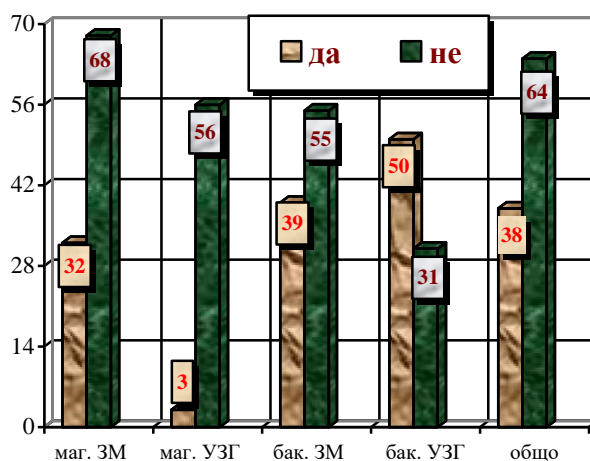
Броят и относителният дял на отрицателните отговори на магистрите по здравен мениджмънт и на магистрите по управление на здравните грижи на въпросите за досегашното им участие в провеждането на научен проект, за получаването от тях на покана за участие в научен проект и за намеренията им за участие в научни проекти след дипломирането преобладават значително спрямо тези на положителните отговори (фиг. № 31 и фиг. № 32).



Фиг. № 31. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните студенти с „да“ и с „не“ на въпроса за тяхно предишно участие в проекти



Фиг. № 32. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните студенти с „да“ и с „не“ на въпроса за вече получена покана за участие в проекти



Фиг. № 33. Процентно разпределение на отговорите на анкетираните студенти само с „да“ и с „не“ на въпроса за намерението им да участват в бъдещи проекти

При бакалаврите по здравен мениджмънт и при бакалаврите по управление на здравните грижи броят и относителният дял на положителните отговори на въпроса за намеренията им за участие в научни проекти след дипломирането са по-големи от тези на отрицателните отговори (фиг. № 33).

Анализът на взаимната зависимост между положителните и отрицателните отговори на всеки един въпрос един спрямо друг на анкетираните студенти показва разнопосочност и недостатъчна логична съгласуваност между техните положителни и отрицателни отговори на

отделните групи въпроси. Прави впечатление и големият брой на респондентите, които са дали отговори „не зная“ или не са се възползвали от възможността да коментират редица въпроси с открити отговори в анкетата.

За по-нататъшно задълбочаване на анализа в изпълнение на трета и четвърта задача на настоящия дисертационен труд, в т. 3.5., т. 3.6. и т. 3.7. се представят анализите от проучване на информираността и нагласите на фокусните групи от представители на университетските среди, заинтересованите страни и общностите. Всички мнения на участниците отразяват степента на тяхната компетентност въз основа на натрупания опит, индивидуалните им нагласи към разискваните нерешени проблеми на реализацията на здравни проекти и очакванията им за промяна в положителна посока. Открояват се няколко съществени взаимно свързани проблемни кръгове, систематизирани в основни групи посредством конкретни тематични рубрики: обща характеристика на общността (терминологични уточнения); представителство; комуникация; партньорство; участие на общността; роля на академичната общност; роля на неправителствените организации; роля на заинтересованите лица; устойчивост; планиране и управление на проектите; мотивация; законова регламентация; доброволчество и др.

Анализът в т.3.5 показва, че според представителите на научната общност ролята им в процесите на общностно-академичното партньорство може да включва следното: промяна на нагласите на изследователите и преодоляване на стереотипите чрез възпитание и обучение в дух на партньорство, общностно участие и доброволчество; обучение на студентите по проектен мениджмънт, включване на студентите в научно-изследователски проекти и проучвания на терен сред общностите и организиране на стажове в общностите съвместно с представители на неправителствените организации; осъществяване на обратна връзка с общностите и обществото като цяло; изработване на стратегии за дългосрочни партньорства и „овластяване“ на общностите.

Обсъждат се и начините за мотивиране на участниците в проектите и разнообразните пречки при реализацията на научните изследвания с включване

на общностите - липса на информация, приемственост, устойчивост (работа на „парче“), както и на култура и традиции на междуинституционални партньорства; дублиране на дейности, административни пречки и проблеми, свързани с несъвършената законодателна рамка.

Анализът в т.3.6 показва, че представителите на заинтересованите страни изразяват своите схващания по няколко особено актуални според тях проблеми, свързани непосредствено с участието на общностите в здравни проекти съвместно с университетските преподаватели и с подкрепата на местните власти: терминологични уточнения; представителство на общността; участие в отделните фази на проекта; роля на консултативния съвет и на партньорствата; комуникационни проблеми; комплексност на проблемите; липса на информация; устойчивост; мотивация на участниците; участие на доброволци и на студенти в здравните проекти.

В т.3.7. се представят вижданията на представителите на общностите по конкретни въпроси за сътрудничеството с научната общност и местната власт при осъществяването на здравни проекти. Техните мнения и коментари имат преимуществено емпирична окраска. Налице е сходство или дори припокриване със схващанията на представителите на научната общност и заинтересованите страни. Специално внимание е обърнато на представителството, работата в мрежа, липсата на приемственост и текучеството, неправилното планиране на проекта, ролята на академичната общност за дейността на неправителствените организации и на самите неправителствени организации, устойчивостта, партньорството, финансирането и доброволчеството.

Тези резултати налагат извода, че мненията както на университетските преподаватели, така и на представителите на неправителствените организации и заинтересованите страни са сходни по болшинството от обсъжданите теми. Установява се неудовлетвореност от съвременната ситуация, критично отношение към многобройните нерешени и нерешавани проблеми, но така

също и известен оптимизъм и нагласа за постигане на положителни промени в бъдеще.

В т.3.8 са обсъдени дълбочинните интервюта с експерти, проведени с цел по-нататъшното изясняване на някои основни проблеми. Касае се за значително по-критични мнения относно сегашното състояние на управление на проектите, включващи някои целеви общности в гр. Варна през последните години, базирани на общностно участие. Тези ентузиастични са недоволни от многобройните нерешени и нерешавани проблеми, но изразяват известен оптимизъм и нагласа за постигане на положителни промени в бъдеще.

В т.3.9 се обобщават мненията на българските участници в анкетите, фокусните групи и дълбочинните интервюта.

В точка 3.10. се представят фазите, през които преминават здравните проекти, базирани на общностно-академични партньорства, съпоставят се основните характеристики на традиционния модел на научни изследвания с модела на CBPR и се представя концептуален модел за трансформиране на традиционната парадигма в нова, основана на CBPR-подхода. Управлението на такива проекти преминава през следните три основни фази:

I. Предпроектна фаза

1. Намиране на партньор за сътрудничество от общността
2. Намиране на партньор за сътрудничество от академичните среди
3. Определяне на нуждите и приоритетите на общността
4. Изработване на дизайна и планиране на изследването
5. Кандидатстване за финансиране на изследването

II. Проектна фаза (осъществяване на изследването)

1. Процес на определяне на рисковете и ползите за страните в изследователския процес чрез постигане на информирано съгласие
2. Набиране и задържане на участниците в изследването
3. Събиране на данните
4. Анализ и интерпретация на данните
5. Оформяне на резултатите под формата на публикация (научно съобщение)

6. Разпространение на резултатите от научното изследване сред участниците от общността

7. Разпространение на резултатите от научното изследване сред научната общност

III. Следпроектна фаза

1. Определяне на ползите за общността

2. Създаване на устойчиви партньорства

3. По-нататъшно развитие и усъвършенстване на проекта с цел постигане на устойчивост.

Сравнителният анализ на основните характеристики на традиционния модел на научни изследвания и на CBPR-модела е обобщен в Таблица № 1.

Таблица № 1. Характерни особености на традиционния модел на общностно-академичните партньорства и на CBPR-модела

Традиционен модел	CBPR-модел
Поддържане на статуквото за водещата функция на академията и потискане на иновативните изследователски модели с участие на „непрофесионалисти“.	Това е иновативен модел на основата на равностойното участие на академията и общностите, към които са насочени проучванията и интервенциите.
Академията определя изследователските теми, като планира и осъществява проучванията.	Общността определя своите проблеми и генерира инициативи за решаването им.
Изследователските идеи се генерират в самата академична дисциплина.	Общността участва със знания и решения.
Дисциплината определя изследователските приоритети, а целта е разширяване на базата от знания по дисциплината на изследователя.	Целта е не само разширяване на знанията, достъпни за общността, но и включването на членовете на общността в изследователския процес, подобрявайки капацитета му и подпомагайки социална промяна чрез участие в него.
Изследванията са определени и насочвани от дисциплината и обикновено са затворени в нея.	Налице е взаимодействие с общностите. По своята природа изследванията са холистични и интердисциплинарни.

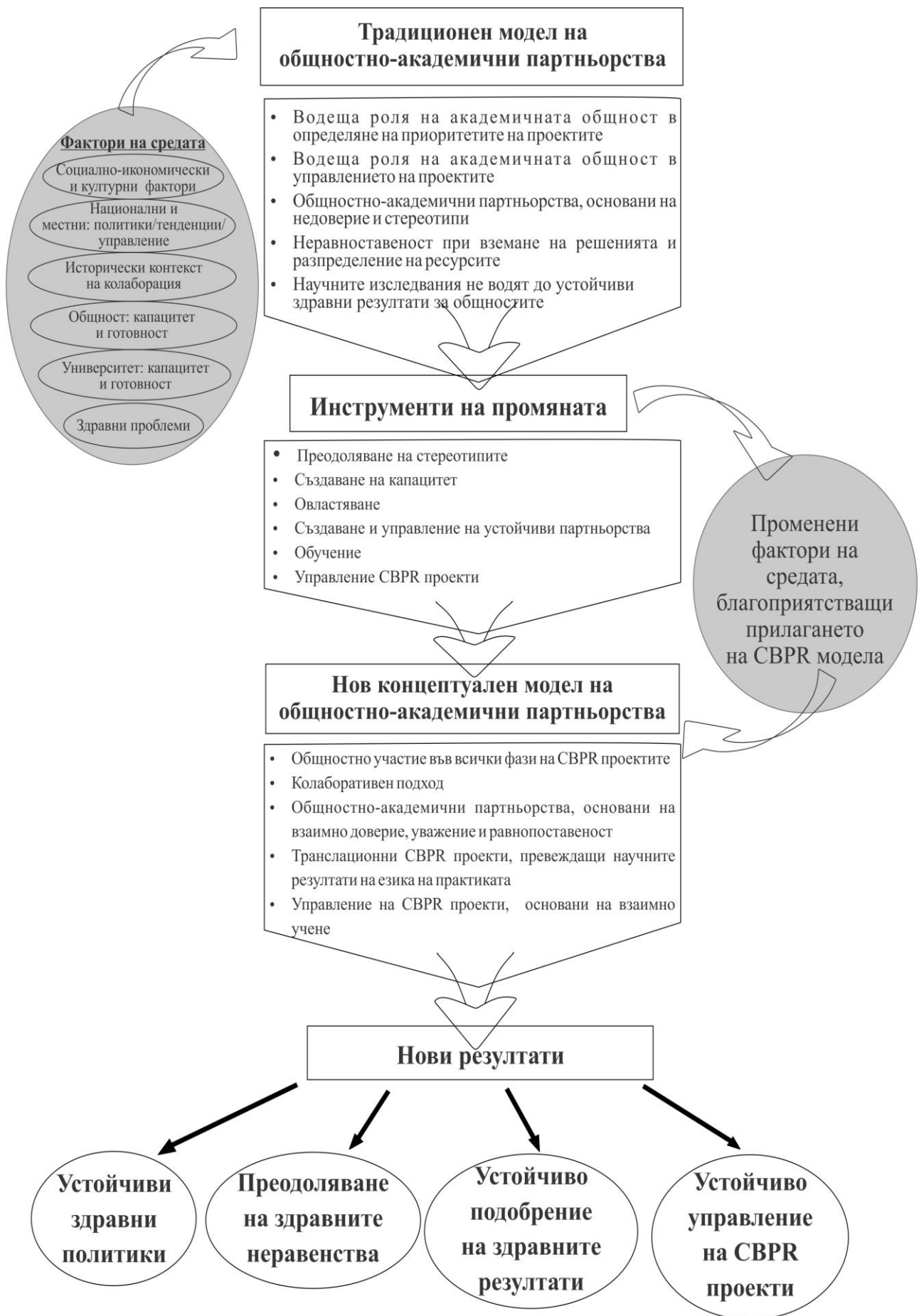
Традиционен модел	СВРР-модел
Изследванията могат да бъдат генерализирани.	Изследванията не могат да бъдат генерализирани.
Учените считат, че СВРР-изследванията са политически пристрастни и водят до политизиране на научно-изследователския процес и пристрастност на изследователските резултати, а самият избор на предмета на изследване е политически.	Включването на общностите в определянето на изследователските проблеми и концептуализирането на изследователския дизайн не означава, че изследователските резултати са пристрастни.
Учените считат СВРР за ограничен по отношение на географския обхват и на възможностите за генерализация.	СВРР е насочен към общностите в конкретен географски регион, а възможността за генерализация не винаги е приложима и желана.
Счита се, че тези изследвания са с национален обхват.	По природа тези изследвания са ограничени по обхват, което не намалява въздействието им.
Тези изследвания поставят ударение предимно върху теорията и подценяват практиката.	Тези изследвания са ориентирани към практически приложения и резултати.
Касае се предимно за количествени методи на изследване.	Касае се предимно за качествени методи на изследване.
Развиват се в „академична“ среда, индиферентна към участието на общностите.	Развиват се в среда, възприемчива към участието на общностите.
Основната функция на университетските преподаватели е да преподава и/или в подспециалности в катедрите, определени от основната дисциплина. Те гледат на СВРР като на отклонение от основните им задължения.	Академията съвместява функциите на изследователи и работа в общностите.
Кариерното израстване се измерва чрез броя на публикациите, презентациите, участията във форуми и получените стипендии.	Измерва се въздействието върху местната общност, общественото здраве или областта.
Касае се предимно за елитарност на знанието.	Касае се за демократизация на знанието и изследователския процес.

Дава се пример на концептуален логически модел на проучванията в здравеопазването, базирани на участието на общностите (N. Wallerstein и В. Duran, 2010), който включва следните компоненти: контекст, групова динамика, интервенция/ научни изследвания, резултати - промени в системата на СВРР и капацитета, както и здравни резултати. В конкретния случай той е подходящ за преодоляване на здравните неравенства.

Въз основа на анализа на публикациите по тези проблеми, както и на резултатите от анкетното проучване, фокусните групи и дълбочинните интервюта ние разработихме модифициран концептуален модел на общностно-академично партньорство, адаптиран към нашите конкретни социално-икономически условия на все още реформиращо се здравеопазване (Фиг. № 34).

Ние открояваме някои важни характеристики на общностно-академичното партньорство и се съобразяваме с променените фактори на обществената среда, благоприятстващи прилагането на СВРР-модела при провеждането на устойчиви здравни проекти в България. Очакват се следните положителни резултати: възможно разработване на устойчиви във времето здравни проекти; устойчиво подобрене на постигнатите вече здравни резултати и устойчиво по-нататъшно управление на СВРР-проекти с мултиплициран ефект.

Фигура № 34. Концептуален модел за управление на здравни проекти, базирани на общностно-академични партньорства



В традиционните общностно-академични партньорства водеща роля имат представителите на академичната общност. Те определят научните приоритети, доминират в управлението на проектите, а това води до неравнопоставеност при вземането на решения и разпределението на ресурсите. Тези общностно-академични партньорства се основават на недоверие и от двете страни и се доминират от стереотипи. В резултат на това научните изследвания не водят до устойчиви здравни резултати за общностите.

Проектният мениджмънт предлага инструменти, с помощта на които моделът на управление на проектите, базирани на общностно-академични партньорства се променя така, че се постигнат устойчиви резултати. Тези инструменти са следните: 1) преодоляване на стереотипите; 2) създаване на капацитет; 3) овластяване; 4) създаване и управление на устойчиви партньорства; 5) обучение; 6) управление на СВРР-проекти.

Преодоляването на стереотипите е дълъг процес и е свързан факторите на средата. Те са както социално-икономически, културни, така и национални и местни от гледна точка на политиките, тенденциите и управлението. Промяната зависи до голяма степен от историческия контекст на колаборация и естеството на характерните за дадена общност здравни проблеми. Ключови фактори за постигане на промяна обаче са нагласите, готовността и капацитета за включване в СВРР-проекти, базирани на общностно-академични партньорства на общностите и на самите университетски среди.

Процесът на трансформация протича в самите общности, в научните и в заинтересованите страни. Създаването на капацитет в университетските среди за управление на устойчиви партньорства и СВРР-проекти се постига чрез обучение на студенти, докторанти и научни изследователи и също е свързано с нагласите и готовността за подобни общностно-академични партньорства. Обучението и промяната в нагласите са ключови за преодоляването на недоверието, готовността за сътрудничество от страна на общностите и в крайна сметка на тяхното овластяване.

С помощта на тези инструменти се постига промяна във факторите на средата, която да благоприятства прилагането на принципите на СВРР-подхода. По своята същност това е колаборативен подход, при който общностното участие е във всички фази на СВРР-проектите, а общностно-академичните партньорства са основани на взаимно доверие и равнопоставеност. За неговото прилагане е необходима среда, възприемаща транслационните СВРР-проекти, които превеждат научните резултати на езика на практиката, а управлението им е основано на взаимно учене. Само с взаимно общностно-академично учене и натрупване на опит в създаването и устойчивото управление на такива партньорства може да се постигнат промени в политиките, да се преодоляват здравните неравенства и в края на краищата да се подобряват здравните резултати за общностите.

Подходът СВРР в университетите може да бъде стимулиран чрез организация, признание, промяна на институционалните практики и институционализация.

В тази насока се предлагат следните конкретни **стратегии**:

- 1) развиване на академични изследователски мрежи;
- 2) екипни подходи към СВРР;
- 3) менторство на преподаватели и студенти посредством съществуващите национални и международни СВРР-мрежи;
- 4) модифициране на условията и насоките за промоция, развиване на мероприятия за СВРР-стипендии;
- 5) определяне на университетски ресурси за подкрепа на СВРР чрез институционални съвети на рецензенти с цел стимулиране на СВРР;
- 6) провеждане на срещи между университетските преподаватели, ориентирани към СВРР;
- 7) създаване на СВРР-центрове, сертификационни програми и на програми по основни специалности и дисциплини за бакалаври, магистри и докторанти.

СВРР представлява нова изследователска парадигма, която се опитва да направи научните изследвания един по-инклузивен и демократичен процес чрез насърчаване развитието на партньорства между общностите и академията, за да се вземат под внимание общностно релевантните изследователски приоритети, както и да се преодолеят някои етични проблеми, произтичащи от по-традиционните парадигми.

ИЗВОДИ

Въз основа на литературните данни и на получените резултати можем да направим следните основни изводи:

1. Подходът СВРР намира все по-широко приложение в системите на здравеопазването в редица страни, което се дължи на съществените му предимства спрямо традиционния академичен подход към целевите общности от населението, изразяващи се главно с неговата непосредствена и устойчива във времето медицинска и социално-икономическа ефективност.

2. В резултат на комплексно социологическо проучване се установява, че в конкретните социално-икономически условия в България съществуват реални възможности и предпоставки за постигане на устойчиво управление на здравни проекти, базирани на общностно-академични партньорства.

3. В хода на нашето изследване се установяват някои съществуващи различия между проектния мениджмънт в здравеопазването в България и този в развитите страни като липса на традиции и реален опит при управление на устойчиви здравни проекти, недостатъчна компетентност на представителите на целевите общности, заинтересованите страни и дори на университетските среди, недостатъчна или дори липсваща положителна нагласа сред бъдещите изследователи и специалисти по обществено здравеопазване към проблематиката на СВРР.

4. Разнопосочните нагласи, установени при студентите и докторантите в един български медицински университет, свидетелстват за недостатъчна информираност по отношение на същностните особености на общностно-академичното партньорство при планирането и осъществяването на здравни проекти в нашата страна.

5. Разработеният концептуален модел на общностно-академично партньорство отразява успешния чуждестранен опит и може да се използва за целите на управлението на устойчиви здравни проекти у нас.

6. Необходимо е организирането и провеждането на специализирани програми за обучение по въпросите на общностно-академичното партньорство и на СВРР-подхода, предназначени за студентите по здравен мениджмънт и управление на здравните грижи, за докторантите в българските медицински университети, както и за представители на заинтересованите страни и неправителствените организации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ние открихме редица успешни проекти в здравеопазването на някои страни, базирани на СВРР-подхода и на общностно-академичното партньорство. С помощта на комплексната социологическа методология идентифицирахме някои социално значими, взаимно допълващи се оценки на разнообразните характеристики на общностното участие в и извън рамките на този подход и на сътрудничеството между представителите на заинтересованите страни, академичните среди и целевите общности. Тези общности се нуждаят от непрекъснато подобряване на здравето им обслужване и състояние, за което трябва да допринесат координираните усилия на неправителствените организации, здравната администрация и органите на държавната власт, от една страна, и университетските научни работници и бъдещите учени и специалисти, от друга страна.

Определяща роля и в нашата страна ще играят следните фактори на академичната среда: интердисциплинарната ориентация университетите поради холистичното и интердисциплинарно естество на потребностите на общността; внедряването на обучение за представителите на общността от страна на университетските преподаватели; мотивацията на преподавателите и студентите чрез успешното взаимно изгодно сътрудничество с партньорите от общността за подобряване качеството на реализираните здравни програми и проекти, както и насърчаването и защитата на академичния състав, който се занимава активно с общностите - посредством съвременна организация, признание за научните постижения, промяна на институционалните практики, наред с проблемно или дисциплинно ориентираната институционализация на научно-изследователската дейност.

Основните предпоставки за подобряване на средата, благоприятстваща прилагането на СВРР-подхода, са следните: изграждането на академични изследователски мрежи; внедряването на екипните подходи към СВРР; менторството на преподаватели и студенти; предоставянето на цели

стипендии за студенти и млади учени; ежегодното определяне на университетски ресурси за подкрепа на СВРР-проектите и за разработка на дисертационни трудове и изграждането на специализирани СВРР-центрове по места.

Ние установяваме незадоволителна информираност на студентите по здравен мениджмънт и управление на здравните грижи и особено на докторантите по медицина в Медицинския университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“-Варна по проблематиката на СВРР-подхода. Преобладават отрицателните нагласи относно възможностите за приложението му в българските условия на настоящия етап. Тази научно обоснована констатация поставя остро въпроса за необходимостта от провеждане на проблемно-ориентирано обучение на студентите в горните курсове на бакалавърските програми и в хода на магистърските и докторантските програми.

Заслужава да се отбележи, че представителите на университетските среди, неправителствените организации и заинтересованите страни са наясно с трудностите и бариерите в тази социално значима област. Те осъзнават необходимостта от провеждане на широка разяснителна работа сред целевите общности, усъвършенстване на нормативната уредба, иновативно обучение по СВРР на бъдещите специалисти в системата на общественото здравеопазване и научните работници в рамките на традиционните и новите адекватно институционализирани университетски структури и задълбочаване на сътрудничеството между общността и изследователите.

СПРАВКА ЗА ОСНОВНИТЕ ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Приносите на настоящия дисертационен труд са с потвърдителен характер и могат да се окачествят като научно-теоретични и научно-приложни.

1. Допълнени са съществуващите становища за взаимовръзки между успеха на здравните проекти, базирани на СВРР-подхода, и устойчивостта на общностно-академичните партньорства.
2. Направен е многоаспектен анализ на нагласите на различни групи от обществото чрез специално структурирани групи от респонденти, включващи студенти и докторанти, представители на университетската общност, целевите общности от населението, неправителствените организации и заинтересованите страни.
3. Анализирани са характеристиките и особеностите на традиционни модели за управление на проекти с общностно-академично партньорство и тези с приложение на СВРР-подхода при управлението на здравни проекти.
4. Разработен е концептуален модел на управление на здравни проекти с общностно-академично партньорство, съобразен с конкретните условия в българското здравеопазване.
5. Предложени са стратегии за подобряване на академичната среда, благоприятстваща прилагането на СВРР-подхода при управлението на устойчиви проекти в здравеопазването.

СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **Докова, А.** Проектът като инструмент за управление на промяната в здравеопазването.- *Здравна икономика и мениджмънт*, **4**, 2004, № 1, 3-21.
2. Georgieva, M., E. Mutafova, **A. Dokova**. Managing the change in Bulgarian healthcare sector through project management.- *Bulletin of the Medical Institute after Mehrabyan (Erevan)*, 2006, 73-77.
3. **Докова, А.** Общностно-базираният партиципативен модел като съвременна тенденция в управлението на проекти в здравеопазването.- *Здравна икономика и мениджмънт*, **13**, 2013, № 3, 3-7.
4. **Докова, А., Л. Георгиева.** Устойчивост на проектите в здравеопазването - абстрактно понятие или показател за успех в проектния мениджмънт.- *Здравна икономика и мениджмънт*, **13**, 2013, № 3, 8-12.
5. **Докова, А., Л. Георгиева, М. Георгиева, Т. Костадинова.** Мнение на докторантите по медицина за сътрудничеството между учените и целевата общност на здравните проекти в България.- *Варненски медицински форум*, **3**, 2014, прил. № 2, 138.