



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН МЕДИЦИНСКИ КОЛЕЖ – ПЛЕВЕН



ДЕВЕТНАДЕСЕТА НАЦИОНАЛНА НАУЧНА СЕСИЯ ЗА СТУДЕНТИ И ПРЕПОДАВАТЕЛИ

СБОРНИК ДОКЛАДИ

28 – 29 ОКТОМВРИ 2021, ПЛЕВЕН

ИЗДАТЕЛСКИ ЦЕНТЪР МУ – ПЛЕВЕН
2021



**ДЕВЕТНАДЕСЕТА
НАЦИОНАЛНА НАУЧНА СЕСИЯ
ЗА СТУДЕНТИ И ПРЕПОДАВАТЕЛИ**

сборник от доклади, изнесени на Националната научна сесия
за студенти и преподаватели

28 – 29 октомври 2021 г.

Медицински колеж към Медицински университет – Плевен

Българска
Първо издание
Издание в електронен вид на CD
© Издателски център на МУ-Плевен
ISBN 978-954-756-267-7 (PDF) - online

ОРГАНИЗАЦИОНЕН КОМИТЕТ

ПОЧЕТЕН ПРЕДСЕДАТЕЛ:

проф. д-р Добромир Димитров, д.м. – Ректор

ПРЕДСЕДАТЕЛ:

проф. д-р Николай Колев, д.м.
Директор на Медицински колеж – Плевен

РЕДАКЦИОННА КОЛЕГИЯ

ГЛАВЕН РЕДАКТОР:

доц. Теодора Вълова, д.п.

ЧЛЕНОВЕ:

доц. д-р Евгения Бързашка-Христова, д.м.
доц. Искра Петкова, д.п.
доц. д-р Фредерик Григоров, д.м.
доц. д-р Мариела Камбурова, д.м.
доц. д-р Стела Георгиева, д.м.
доц. Надя Велева, д.м.
доц. Евгения Димитрова, д.м.
доц. Нина Михайлова, д.п.
ас. Мариета Гуновска

ОРГАНИЗАЦИОНЕН КОМИТЕТ

ЧЛЕНОВЕ:

ас. Мариета Гуновска
ас. Хрета Аспарухова
пр. Валентина Козова
пр. Силвия Габърска
пр. Незабравка Ненкова
пр. Цветелина Иванова
пр. Елина Иванова

ПАНЕЛ: МЕДИКО – ДИАГНОСТИЧНИ ДЕЙНОСТИ

ДОКЛАД	Стр.
ПЛЕНАРЕН ДОКЛАД: ЕКЗЕМА НА РЪЦЕТЕ <i>Ж. Казанджиева</i>	5
НАГЛАСА НА СТУДЕНТИТЕ РЕНТГЕНОВИ ЛАБОРАНТИ ОТ МК СОФИЯ ОТНОСНО ПРИЛАГАНЕТО НА ВАКСИНА СРЕЩУ КОВИД-19 <i>Н. Бонинска, Здр. Иванова</i>	11
СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА СПЕЦИФИКИТЕ В ОБУЧЕНИЕТО НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „РЕНТГЕНОВ ЛАБОРАНТ” В БЪЛГАРИЯ И ЕС <i>М. Йорданова</i>	18
НАГЛАСИ ЗА РАЗШИРЯВАНЕ НА КОМПЕТЕНТНОСТИТЕ НА РЕНТГЕНОВИ ЛАБОРАНТИ В СЕВЕРОИЗТОЧНА БЪЛГАРИЯ <i>М. Йорданова</i>	25
ОПАСНИ ЛИ СА ЗА НАШЕТО ЗДРАВЕ ЕЛЕКТРОМАГНИТНИТЕ ЛЪЧИ? <i>М. Карчева</i>	34
НАГЛАСИ НА РОДИТЕЛИТЕ КЪМ ИМУНИЗАЦИЯТА СРЕЩУ ГРИП В УСЛОВИЯТА НА COVID-19 ПАНДЕМИЯ В ОБЛАСТ ПЛЕВЕН, БЪЛГАРИЯ <i>М. Карчева, М. Стойновска, Н. Коларова-Янева, В. Недкова-Миланова</i>	47
ПОДХОДИ ЗА ИНДИРЕКТНО РЕДУЦИРАНЕ НА ДОЗАТА ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИЯ <i>Н. Михайлова, М. Камбурова</i>	55
КЛИНИЧЕН ОДИТ В АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНАТА ПРАКТИКА <i>С. Радева</i>	65
ПОДКРЕПЯЩИЯТ МОДЕЛ НА ПАТРОНАЖНА ГРИЖА ЗА БРЕМЕННИ И РОДИЛКИ <i>С. Радева</i>	77
РОТАВИРУСИТЕ – ВОДЕЩИ ПРИЧИНИТЕЛИ НА ГАСТРОЕНТЕРИТ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ <i>С. Тодорова, П. Лачовска, Кр. Лисаева, М. Моллова</i>	86

ПЛЕНАРЕН ДОКЛАД

ЕКЗЕМА НА РЪЦЕТЕ

Ж. Казанджиева

Медицински Университет – София, Катедра Дерматология и Венерология

HAND ECZEMA

J. Kazandjieva

Medical University – Sofia, Department of Dermatology

ABSTRACT: *Hand eczema is an inflammatory, long-lasting skin disease. The cause is often multifactorial. Classification of hand eczema is based both on aetiology and clinical appearance. Irritant contact dermatitis is most frequent in chronic, dry hand eczema, pulpitis, and nummular hand eczema, whereas allergic contact dermatitis dominated in vesicular types of hand eczema. Patch testing and exposure analysis are mandatory for the diagnosis. The treatment follows the rule of the “4R” – recognize the causative agent; remove the irritant/allergen; reduce the inflammation; restore the skin barrier.*

Keywords: hand eczema, irritant contact dermatitis, allergic contact dermatitis, patch test

Екземата е едно от най-честите възпалителни заболявания в кожните болести. Трябва да се подчертае, че днес понятията „екзема“ и „дерматит“ се приемат за еднозначни и се използват като синоними. Трите големи групи екзема – контактна, себорейна и атопична заемат съществена част от дерматоалергологията. Екземата на ръцете се разглежда в групата на контактните екземи, въпреки че атопичната екзема на ръцете е съществена част от клиничната изява при атопичен дерматит. Екземата на ръцете е важен проблем в кожната патология, не само поради обривите по една от най-видимите части от тялото, но и заради субективните оплакванията от сърбеж и болка. Безспорно този вид екзема допълнително затруднява социалните и обществени контакти и води до сериозно нарушение на качеството на живот.

Според повечето проучвания, честотата на ЕР варира между 10-14% (Kazandjieva, 2014). Етиологията е мултифакторна и включва множество различни причинители – иританти или алергени. Най-честите алергени са никел, кобалт, хромати, парфюми и консерванти. При наличие на сенсibiliзация дори минимална експозиция на тези алергени може да предизвика кожни промени.

От иритантите най-значителна роля играят сапуни, детергенти и разтворители, често миене на ръцете и механичната травма – т.нар. фрикционен дерматит. Влошаващи фактори от околната среда са ниската влажност, високите температури, оклузия, чести контакти с вода, изпотявания. Рискови фактори са контакт на ръцете с вода повече от 2 часа дневно, миене на ръцете повече от 20 пъти дневно и използване повече от 2 часа дневно на ръкавици.

Допълнителни усложняващи фактори са нарушена кожна бариера, наличието атопия, професионални нокси (чистачи, масажисти, козметици, градинари, механици). Някои автори включват в тази група и генетична предиспозиция и контактна алергия към никел. При изследване на близнаци с екзема на ръцете се открива генетична предиспозиция при 30% от пациентите (Lerbaek, 2007), но се отрича връзката с мутациите на филагрина (Lerbaek, 2007). Някои автори установяват висока честота на никеловата алергия при жените (Menne, 1982). Интересно е, че асоциацията с никелова алергия е много по-значима при силно положителен пач тест (Bryld, 2003).

Класификация на екземата на ръцете може да бъде различна в зависимост от критериите – етиопатогенетични или клинични. Най-илюстративна е класификацията съобразно клиничната изява, която разделя екземата на ръцете на 7 основни типа – иритативна екзема; алергична екзема; атопична екзема; дисхидроза; хиперкератотична екзема, първи смесен тип – комбинация от иритативна и алергична екзема и втори смесен тип – комбинация от иритативна и атопична екзема. В острия стадий на заболяването преобладават еритем, едем, папуло-везикули, ерозии и крусти. При подострите и хронични форми се наблюдава питириозна или ламелозна десквамация, лихенификация и хиперкератоза (Darlenski, 2012). Обривът обикновено е локализиран по дланите, но може да засегне и пръстите (пулпит) или да бъде по-широко разпространен, но все пак в рамките на ръцете. Засягането на нокътния вал понякога води до дистрофия на ноктите и трансверзално набраздяване.

Атопията е единственият рисков фактор за развитие на екзема на ръцете под 30-годишна възраст. При атопичната екзема на ръцете е характерна

локализацията по гърба на ръцете, засягане на ноктите и върховете на пръстите, засягане на флексорните участъци на китките и т.н. анатомична табакера, засягане на други области от тялото – шия, флексорни повърхности.

Дисхидрозиформената екзема се проявява с два клинични субтипа – остро начало с везикули и були и хронични, повтарящи се ерупции от малки, силно сърбящи мехурчета.

Особена форма на екземата на ръцете е и протеиновият контактен дерматит. При него кожните промени са разположени най-често на върховете на пръстите. Причинява се от контакт с молекули с високо молекулно тегло - предимно протеини – зеленчуци, месо, риба и др., но също ензими като алфа амилаза, протеази, целулази. Протеиновият контактен дерматит най-често се проявява при продавачи на храна, пекари. Често се съпровожда от нокътни промени – онихолиза и паронихия.

В условията на ковид-пандемия, една от първите кожни изяви, вследствие на многократното измиване и дезинфекциране на ръцете е т.н. „ковид екзема“ (Kazandjieva, 2019).

Диагнозата се поставя чрез подробна анамнеза и клиничен преглед. Може да се направи елиминационен и експозиционен тест при подозрение за професионална генеза или хоби на пациента. Необходимо е уточняване на патогенетичните фактори (иританти, алергени, смесени, атопия), както и определяне на вида на екземата съобразно локализацията на лезиите. Епикутанното тестуване доказва съответните алергени „виновни“ за поява на екземата на ръцете. Започва се с тестуване със стандартна или разширена европейска серия и след това, особено при професионална генеза, се включват козметична серия, серия метали, серия акрилати, фризьорска серия. При съмнение за протеинов контактен дерматит се прави прик тест със съответната храна.

Диференциална диагноза се прави с псориазис на дланите, палмо-плантарна пустулоза, микотична инфекция на ръцете, кератодермии, пиодермии, питириазис рубра pilaris.

Лечението е комплексно и изключително важно, поради силно влошеното качество на живот при тези пациенти (Gergovska, 2018). Използва се алгоритъмът „4R“, който включва – разпознаване и елиминиране на алергена, редуциране на възпалението и реставриране на кожната бариера (Antonov, 2011).

Първата стъпка е откриването на причината. Терапията включва приложение на локални и системни противовъзпалителни средства. Локалните кортикостероиди са безспорно най-ефективната част от лечението, но те се използват за кратко време. Дълготрайното им приложение се избягва, поради бързите рецидиви след спиране на лечението и страничните явления като атрофия, трайно нарушаване на епидермалната бариера и тахифилаксия. При хронични екземи кортикостероидите се заместват от калциневринови инхибитори, които имат по-малко странични ефекти. Емолиентите са част от основната терапевтична стратегия при пациенти с екзема на ръцете. Те възстановяват нарушената бариерна функция на кожата. Хидратацията на кожата се осигурява с минимум два пъти дневно нанасяне на емолиент в хидрофилна основа. За идеално се смята нанасянето на емолиенти на 4 часа или поне 3-4 пъти на ден. Емолиентите трябва да се използват след всяко измиване на ръцете. Бариерните кремове осигуряват физикална бариера спрямо иритантите и контактните алергени. Те намират широко приложение в случаите на професионална екзема на ръцете.

Въпреки Ковид пандемията, не трябва да се използват мокри кърпички при наличие на дерматоза в областта на ръцете (Kazandjieva, 2014). Голяма част от този тип продукти съдържат консерванти и парфюмни съставки, които са със сериозен алергичен потенциал (Darlenski, 2015).

При тежки форми на екзема на ръцете се препоръчва фототерапия. Може да се използва широкоспектрна UVA и UVB, тясно спектрна UVB, UVA1 и PUVA. С най-голяма ефективност е локалната PUVA терапия. Фототерапията изисква повече време, но при липса на ефект от локалното лечение може да доведе до добри терапевтични резултати.

Системното лечение включва кортикостероиди при резистентна на локална терапия екзема или при наличие на тежки рецидиви. Кортикостероидите се прилагат за кратко време – не повече от 3 седмици. Други системни лекарства, които се използват при екзема на ръцете са Азатиоприн (най-вече при atopична екзема на ръцете), Циклоспорин, Микофенолат мофетил, Ацитретин. Единственото лекарство специално създадено за лечение на хронична екзема на ръцете е Алитретиноин. Алитретиноин (9-cis-retinoic acid) е изомер на изотретиноина. Препоръчва се като средство на избор при тежка хронична екзема на ръцете, резистентна на локални КС. Алитретиноин повлиява възпалителния процес на няколко нива: намалява продукцията на хемокини; намалява левкоцитна активация и намалява антиген/алергенната презентация. В последните години се провеждат множество проучвания за овладяване на екземата на ръцете с биологични средства и перорална терапия с инхибитори на янус-киназите.

При започване на терапията водеща е промяната в начинът на живот. Трябва да се направи индивидуална протективна програма на пациента. Това включва избягване на иританти и алергени, използване на бариерни кремове, емолиенти, избягване на често мокрене на ръцете и механично дразнене. Използването на ръкавици не винаги се препоръчва – от една страна те предпазват ръцете, но от друга могат да доведат до влошаване поради оклузивният ефект.

Много проучвания сочат дълготрайно протичане на екземата на ръцете, като посочват срок от 11.6-12 години. Неблагоприятни прогностични критерии са разширяване на засегнатите зони на кожата; анамнеза за екзема в детска възраст; начало на екземата преди 20-годишна възраст. Пациенти, положителни и по трите критерия, имат много по-лоша прогноза и удвоен риск за дълготрайно протичане на заболяването.

Екземните промени по ръцете са социална стигма. Проучванията установяват нарушения на дневната активност, избягване на социалните контакти, спиране практикуването на различни видове хобита, нарушения в

настроението и съня (Герговска, 2018). Около 50% от пациентите смятат че околните ги избягват заради възможност да се заразят. В света по време и след COVID 19 пандемията е важно да вземем мерки за профилактиката и лечението на екземата на ръцете.

Литература

Kazandjeva, J., R. Darlenski, M. Gergovska i satr. (2014). Ekzema na ratsete – Natsionalen konsensus za diagnostika i lechenie na Balgarskoto dermatologichno druzhestvo (seksia po dermatoalergologia). *Dermatol i venerol*, LII(1), 72-80.

Lerbaek, A., K. Kyvik, J. Mortensen et al. (2007). Heritability of hand eczema is not explained by comorbidity with atopic dermatitis. *J Invest Dermatol*, 127, 1632–1640.

Lerbaek, A., H. Bisgaard, T. Agner et al. (2007). Filaggrin null alleles are not associated with hand eczema or contact allergy. *Br J Dermatol*, 157, 1199–1204.

Menné, T., O. Borgan, A. Green. (1982). Nickel allergy and hand dermatitis in a stratified sample of the Danish female population: an epidemiological study including a statistic appendix. *Acta Derm Venereol*, 62, 35–41.

Bryld, E., C. Hindsberger, K. O. Kyvik et al. (2003). Risk factors influencing the development of hand eczema in a population-based twin sample. *Br J Dermatol*, 149, 1214–1220.

Darlenski, R., M. Gergovska, J. Kazandjeva. (2012). Ekzema na ratsete: diagnostichen i terapevtichen algoritam. *GPNews*, 4, 5-6.

Kazandjeva, J., R. Darlenski, N. Tsankov. (2019). Algoritam za terapevtichno povedenie pri patsienti s ekzema na ratsete v usloviyata na pandemiyata COVID 19. *Dermatol i venerol*, 58(4), 24-27.

Gergovska, M., J. Kazandjeva, D. Gospodinov. (2018). Kachestvo na zhivot pri patsienti s hronichna ekzema na ratsete. *Dermatol i venerol*, 57(2), 11-18.

Antonov, D., S. Schliemann, P. Elsner. (2011). Therapy and Rehabilitation of Allergic and Irritant Contact Dermatitis. In: Johansen JD, Frosch PJ, Lepoittevin JP, editors. *Contact Dermatitis 5th ed. Heidelberg: Springer - Verlag*; p. 963-79.

Kazandjeva, J., M. Gergovska, R. Darlenski. (2014). Contact Dermatitis in a Child from Methlychloroisothiazolinone and Methylisothiazolinone in Moist Wipes. *Pediatr Dermatol*, 31(2), 225-227.

Darlenski, R, Z. Demerdzhieva, J. Kazandjeva. (2015). Alergichen kontakten dermatit v detska vazrast. *Prakt pediatria*, 3, 18-21.

✉ Ж. Казанджиева, доцент, д.м.
Медицински университет – София
Катедра Дерматология и Венерология
e-mail: janaderm@abv.bg

НАГЛАСА НА СТУДЕНТИТЕ РЕНТГЕНОВИ ЛАБОРАНТИ ОТ МК СОФИЯ ОТНОСНО ПРИЛАГАНЕТО НА ВАКСИНА СРЕЩУ КОВИД-19

Невенка Бонинска, Здравка Иванова

МУ-София, МК „Й.Филаретова“, спец. „Рентгенов лаборант“

THE ATTITUDE OF THE STUDENTS X-RAY LABORATORIES FROM MC SOFIA REGARDING THE APPLICATION OF THE VACCINE AGAINST KOVID-19

Nevenka Boninska, Zdravka Ivanova

MU-Sofia, MC „J. Filaretova“, speciality X-ray technician

ABSTRACT: *The aim of the study is to study the opinion and attitude of the student's X-ray technicians from MK, Sofia regarding the immunization against coronavirus infection COVID-19. Documentary, sociological and statistical methods were used. The survey was conducted in June 2021 through its own anonymous survey, as the subject of the survey are 97 students. After the analysis we received the following results: the information received about the types of vaccines is informative enough for 77% of the respondents, but many of them think that it is contradictory, unreliable and unclear; the percentage of vaccinated students is very small /11%, as well as of those wishing to be vaccinated /6%/; the reluctance to vaccinate is explained by fear of the unknown and the doubt that the vaccine will protect them.*

Keywords: coronavirus, immunization, students, X-ray technician

Въведение

В края на 2019 г., в град Ухан, Китай, бе идентифициран коронавирусен щам, наречен SARS-CoV-2. Заболяването, причинено от този вирус е класифицирано от Световната здравна организация /СЗО/ като COVID-19 (Galev, Pravova, 2012). Поради бързото разпространение, броя на пострадалите и броя на жертвите, бе обявена пандемия. Вече почти две години, тази обстановка оказва влияние върху всички сфери на живота на хората по света. Наложил се бързо взимане на мерки срещу вируса. Много водещи фирми и лаборатории, се заеха с разработването на ваксини срещу COVID-19.

През март 2020 г. в Сиатъл, Вашингтон започва първото клинично изпитване на ваксина срещу новия коронавирус.

През декември 2020 г., започна масовата употреба на ваксините, като предимство имаха работещите „на първа линия“, сред които са и работещите в сферата на здравеопазването. Водещи експерти споделят мнение, че масовата

вакцинация не само ще намали тежките случаи и хоспитализации, но и ще спре появата на нови варианти на коронавируса.

Цел

Да се установи нагласата на студентите рентгенови лаборанти от МК-София ваксинацията срещу коронавирусната инфекция Ковид-19.

Материали и методи

1. Социологически метод – проведена е собствена анонимна анкета сред 97 студенти рентгенови лаборанти в МК-София.
2. Статистически метод – получените резултати са анализирани, обработени математически и представени в таблици и диаграми.

Обсъждане и резултати

В началото на 2020 г., човечеството се сблъска с нов щам коронавирус, който бързо прогресира до глобална пандемия, причинявайки безпрецедентно и мащабно въздействие и сериозни последици върху здравето, социалното и икономическото ни благосъстояние.

Съвсем нормално е отношението на хората към ваксинацията да бъде противоречиво.

Ваксините действат като имитират инфекциозен агент – вируси, бактерии и други микроорганизми, които могат да причинят заболяване. По този начин имунната ни система се „учи“ да реагира бързо и ефективно срущу него, може да го разпознае и пребори, преди той да ни разболее. Така са проектирани и ваксините срущу Ковид-19.

Много хора са разколебани дали да се ваксинират, защото се опасяват от евентуални странични въздействия на ваксините. Те изпитват съмнения, главно поради факта, че ваксините срущу Ковид-19 бяха твърде бързо разработени.

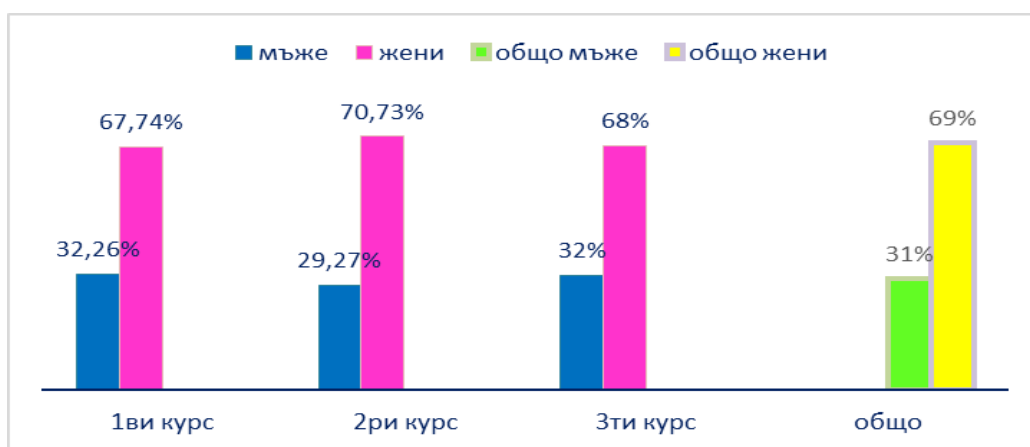
В тази връзка проведохме проучване, за да установим каква е нагласата към ваксините срущу Ковид-19 сред студентите рентгенови лаборанти от МК „Йорданка Филаретова“ – София.

През м. юни 2021 г. бяха анкетирани 97 студенти от трите курса на специалност „Рентгенов лаборант“ в МК „Й. Филаретова“, София.

От тях 30 са мъже и 67 жени, като преобладаващата възрастова група са тези до 25 г. (таблица 1 и фигура 1).

Таблица 1. Разпределение на анкетираните по пол и възраст.

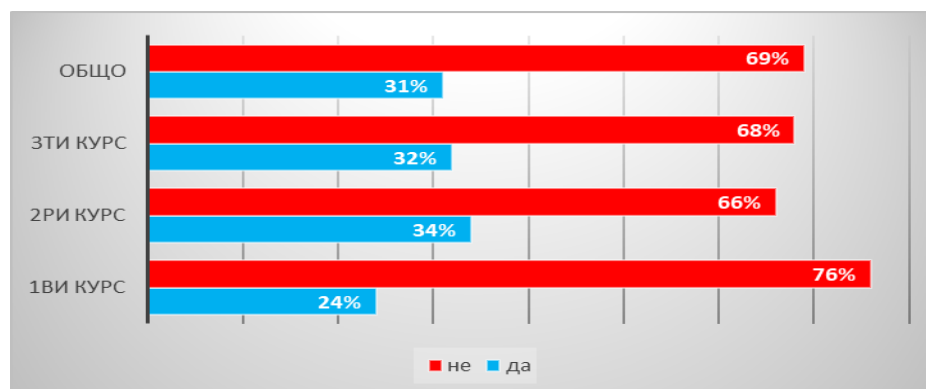
	1ви КУРС		2ри КУРС		3ти КУРС		ОБЩО	
	МЪЖЕ	ЖЕНИ	МЪЖЕ	ЖЕНИ	МЪЖЕ	ЖЕНИ	МЪЖЕ	ЖЕНИ
До 25 г.	60%	52%	66%	44%	50%	58%	19%	40%
26-35 г.	10%	14%	25%	12%	25%	12%	6%	10%
36-45 г.	20%	24%	9%	7%	25%	18%	5%	11%
Над 45 г.	10%	10%		7%		12%	1%	8%



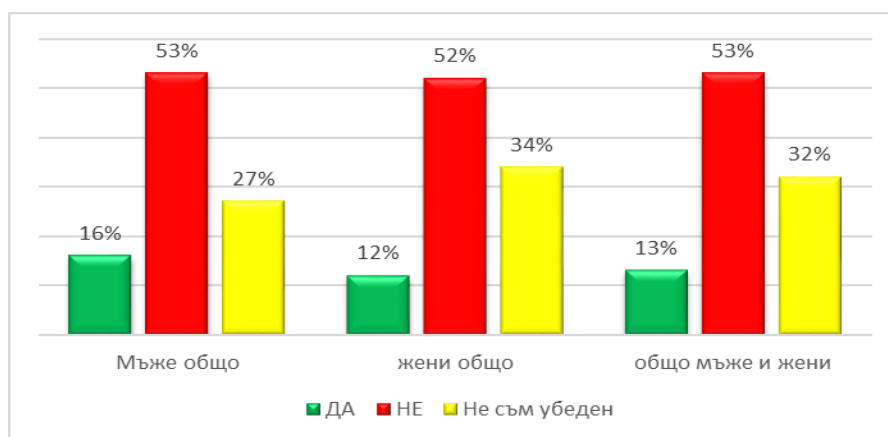
Фигура 1. Сравнителен и обобщен анализ на анкетираните по пол.

От голямо значение за заразяването с коронавирус и за поставянето на ваксина е да знаем дали сме се срещали с вируса и имаме ли изградени антитела. В нашия случай такова изследване са направили: 24% от първи курс, 24% от втори курс и 32% от трети курс, общо 31% от респондентите са правили изследване за наличие на антитела (фигура 2).

Все още има много хора, които се въздържат, плашат или са категорично против да се ваксинират срещу Ковид-19. Въпреки провежданите ваксинационни кампании само 13% от анкетираните студенти смятат да се ваксинират, 32% не са убедени, че трябва да го направят и 53% категорично не желаят да се ваксинират. Няма разлика в мненията на мъже и жени (фигура 3).



Фигура 2. Сравнителен и обобщен анализ на извършените изследвания за антитела сред анкетираните.

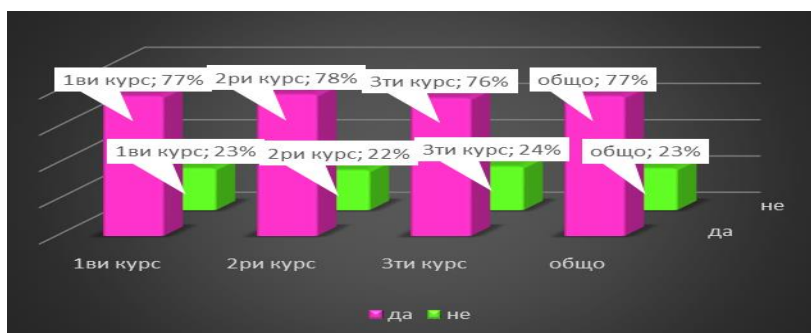


Фигура 3. Желание на анкетираните за имунизация срещу Ковид-19 /сравнителен и обобщен анализ по пол/.

За ваксините има много дезинформация онлайн, така че е важно винаги да получаваме информацията от надеждни източници. Не сме проучили източниците на информация сред респондентите, но за 77% от анкетираните, предлаганата в момента в България информация за видовете ваксини е достатъчно информативна, докато за 23% тя е противоречива, недостоверна и неясна (фигура 4).

Ваксините са най-ефикасните и надеждни медицински продукти за всички времена за предотвратяване на заболяемост и смъртност. Повишавайки имунитета те предпазват и от други заболявания (Manolova, 2021). Въпреки очертаващата се перспектива, че ваксинирането е най-добрият вариант за справяне с коронакризата и въпреки достатъчната информация, която получават анкетираните само 11% от тях са ваксинирани в момента.

Проблем е и нарастващата тенденция от антиваксинални движения –



Фигура 4. Мнение на анкетираните за получаваната в България информация за ваксините /сравнителен и обобщен анализ/.

пациентите се притесняват от появата на странични ефекти, вседствие прилагането на ваксината (Galev, 2018). Това обяснява и получените от нас резултати, при които желание да се ваксинират имат само още 6% от анкетираните, 7% се колебаят, а останалите 76% не желаят да се ваксинират (фигура 5).



Фигура 5. Желание за ваксинация и ваксинирани в момента на анкетирането /обобщен анализ/.

Като изключим ваксинираните 11%, причините, поради които останалите респондентите не са се ваксинирали досега и не желаят да се ваксинират са:

- Притеснения от неизвестното за 40%;
- 26% не вярват, че ваксината ще ги защити;
- 11% вече са боледували и имат антитела;
- 8% непрекъснато отлагат и
- 4% просто не желаят да се ваксинират (таблица 2).

Чрез масовата ваксинация се цели постигане на колективен имунитет, който е изключително важен за ограничаване и разпространение на заразата и

Таблица 2. Причини, поради които респондентите не са се ваксинирали.

	Притеснявам се от неизвестното	Не вярвам, че ваксината ще ме защити	Вече съм боледувал и имам антитела	Непрекъснато отлагам	Не желая да се ваксинирам
1ви курс	49%	23%	6%	9%	
2ри курс	44%	20%	17%	10%	
3ти курс	20%	40%	8%	4%	4%
ОБЩО	40%	26%	11%	8%	4%

предпазва от заболяване рисковите групи, хронично болни с противопоказания за имунизация, както и хора, които са скептични към здравните ползи от ваксините (Manolova, 2021). Само 13% от нашите респонденти смятат, че ваксината е важен фактор за ограничаване и предпазване от Ковид-19, 33% са на противоположно мнение и 54% не могат да преценят (фигура 6).



Фигура 6. Мнение на анкетираните за ваксината като фактор за защита и ограничаване на коронавируса /обобщен анализ/.

Изводи

В резултат на получените данни и направения анализ, както и мненията на анкетираните относно информацията, която получават за ваксините, направихме следните изводи:

1. Получаваната информация относно видовете ваксини е достатъчна за 77% от анкетираните, но немалка част от тях смятат, че тя е противоречива, недостоверна и неясна.

2. Много малък е процентът на ваксинираните студенти /11%/, както и на желаещите да се ваксинират /6%/.

3. Има дефицит в убедеността на студентите от имунопрофилактика с ваксина против КОВИД-19, потвърдено от данните, че само 13% от тях считат за нужно да се ваксинират.

4. Нежеланието за ваксинация, останалите анкетирани обясняват със страх от неизвестното, непрекъснато отлагане и съмнението, че ваксината ще ги защити.

Заключение

Ваксините спасяват милиони животи всяка година. Ваксинираните защитават не само себе си, но по този начин предотвратяват разпространението на заразните болести и сред останалите членове на обществото (Galev, 2018).

Разработването на ефикасни и безопасни ваксини срещу Ковид – 19 е ограмна крачка напред в глобалните ни усилия да прекратим пандемията и да се върнем към нещата, които ни радват, и към хората, които обичаме.

Спирането на пандемията изисква използването на всички налични мерки. Ваксините подготвят имунната ни система, така че тялото да бъде готово да се бори с вируса.

Ваксинацията срещу COVID-19 заедно със спазването на останалите противоепидемични мерки е най-добрата защита от КОВИД-19 (Edinen informatsionen portal).

Литература:

Galev, A. (2018). Znachenie na vaksinite za namalyavane na antibiotichnata upotreba i antimikrobnata rezistentnost, *Prevantivna meditsina*, br. 2, str. 4-6.

Galev, A., R. Pravova. (2012). Prevantivni merki sreshtu koronavirusna infektsia. *Prevantivna meditsina*, br.1, str. 5-7.

Manolova, I. (2021). Natsionalna kampania na BAPZG „Vaksinite – aktivniyat izbor za pozdravo badeshte.“, *Zdravni grizhi*, br.6, str. 34-39.

Edinen informatsionen portal <https://coronavirus.bg/bg/>. Accessed June 2021.

✉ **Невенка Бонинска**

Гр. София, ул. „Х. Филаретова“ №3

Медицински колеж „Й. Филаретова“

Спец. Рентгенов лаборант

e-mail: nevenabo@abv.bg, GSM +359888970625

СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА СПЕЦИФИКИТЕ В ОБУЧЕНИЕТО НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „РЕНТГЕНОВ ЛАБОРАНТ” В БЪЛГАРИЯ И ЕС

М. Йорданова

Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов”, Варна,
специалност „Рентгенов лаборант”

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE SPECIFICATIONS IN THE TRAINING OF STUDENTS OF THE "X-RAY LABORATORY" SPECIALTY IN BULGARIA AND THE EU

M. Yordanova

Medical University "Prof. Dr. Paraskev Stoyanov" Varna, specialty "X-ray technician"

ABSTRACT: *Advances in technological development raise the question of the specifics of the training and competencies of the X-ray technician in modern healthcare. The regulation of the profession "X-ray laboratory assistant" is carried out in specific ways in different European countries. The role of the professional organizations of X-ray technicians in the regulation and development of the profession through the guidelines developed by them for education (formal and informal) and for practicing the profession is strongly growing. The education of X-ray technicians proves to be a key factor for an adequate response to the dynamically developing scientific achievements and multisectoral needs of the practice. The existence of a European Qualifications Framework in the field of education necessitates a study of its compliance with the situation in our country with regard to the training of X-ray technicians.*

Keywords: comparative analysis, specifics, education, training, X-ray technicians

Въведение

Напредъкът в технологичното развитие повдига въпроса за спецификата на обучението и компетентностите на рентгеновия лаборант в съвременното здравеопазване. Регулирането на професията „рентгенов лаборант“ се осъществява по специфични начини в различните европейски страни. Ролята на професионалните организации на рентгеновите лаборанти в регулирането и развитието на професията чрез разработените от тях насоки за образование (формално и неформално) и за упражняване на професията силно нараства. Образованието на рентгеновите лаборанти се оказва ключов фактор за адекватен отговор на динамично развиващите се научни постижения и многосекторни нужди на практиката. Наличието на Европейска квалификационна рамка в областта на образованието налага проучване на

спецификите и съответствието ѝ със ситуацията в нашата страна по отношение на обучението на рентгеновите лаборанти (Evropeyska kvalifikatsionna ramka, 2014).

Цел

Да се направи оценка на спецификите в образованието на рентгеновите лаборанти в България с оглед на съответствието им на европейските стандарти и възможностите за усъвършенстването им.

Материали и методи

Теоретично изследване на нормативни документи, регламентирани специфичните особености в обучението на рентгеновите лаборанти в България и другите европейски страни в контекста на препоръките, заложи от образователното крило на Европейската федерация на рентгенологичните дружества.

За нуждите на сравнителния анализ е разработена рамка включваща 7 елемента: институция, в която се провежда обучението, продължителност на базовото обучение на рентгенови лаборанти (брой години и брой семестри), кредити присъждани за обучението, тип на програмата – комбинирана или специализирана, съотношение практика – теория, съотношение между технически и медицински дисциплини в Учебния план, лицензионен и регистрационен режим.

Резултати и обсъждане

Тенденцията в света за преход към университетско образование на рентгенови лаборанти се забелязва в началото на века, като последица от Болонския процес, особено интензивно проявен в Европа. Болонският процес, целящ паневропейска хармонизация на националните степени на образование инициира транснационални образователни реформи, с цел постигане на по-висока степен на интегрираност чрез стимулиране на мобилност от най-ранен етап на висшето образование и професионалната подготовка (EFRS Survey 3“, 2015).

Бакалавърското обучение на специалисти – рентгенови лаборанти се провежда преобладаващо в университети в това число в университетски структури, които най-често са колежи. В Западна Европа обучението е позиционирано в университети с приложен характер, например в Австрия, Холандия, Хърватия, Финландия и други, докато у нас колежаите, обучаващи рентгенови лаборанти са в структурата на Медицинските университети. Съществена отлика между Единните държавни изисквания за рентгенови лаборанти у нас и рамката на Европейската федерация на рентгенологичните дружества, по която е организирано обучението на рентгенови лаборанти в Европа е образователно-квалификационната степен, с която завършват дипломантите. У нас те завършват като „професионален бакалавър“ по (Naredba za edinnite darzhavni iziskvania, 2008), а според Европейската федерация на рентгенологичните дружества следва да придобиват ниво 6 от ЕКР, т.е, *бакалавър* (EFRS European Qualifications Framework, 2014). Въпреки, че тригодишната продължителност на обучение на рентгенови лаборанти в България съответства на най-често срещаните практики в Европа, отликите в названието на ОКС съответно „Професионален бакалавър по...“ у нас и „Бакалавър“ в европейските страни, създава затруднения при верифициране на дипломите в Европа на завършилите у нас рентгенови лаборанти и възможностите им да надграждат в ОКС „магистър“ и „доктор“ по специалността.

По отношение продължителността на обучението в европейските държави преобладава тригодишната продължителност на обучение в бакалавърска степен. В тази група са страните от Източна Европа, Франция, Германия, Швеция, Швейцария, Италия, Исландия, Норвегия и Белгия.

Съществува преходната група, в която влизат Дания, Естония и Финландия, в които продължителността на обучението е седем семестъра или 3,5 години. В други страни като Австрия, Ирландия, Холандия, Гърция, Португалия и Латвия обучението е четири годишно. Профилът на подготовка на рентгеновите лаборанти в бакалавърска степен в Европа се характеризира с

наличие на комбинирани програми, които подготвят професионалистите за всички основни области на Радиологията: образна диагностика, нуклеарна медицина и лъчетерапия.

В Европа изключение в това отношение е Великобритания, където се предлагат и специализирани бакалавърски програми само по някои от тези направления. При преглед на структурата на обучението по отношение теоретично/клинично базирано практическо обучение прави впечатление, че всеки учебен план на специалността включва два основни компонента теоретично базирано и клинично базирано практическо обучение. На второто се отдава много по-голямо внимание, защото то гарантира формирането на специфичните професионални компетентности на бъдещия професионалист – рентгенов лаборант. Обикновено това съотношение е 1:3 или 1:4.

Има някои изключения където двата компонента са равностойно представени в съотношение 1:1. У нас Единните държавни изисквания за специалността „Рентгенов лаборант“ регламентират 600 астрономически часа преддипломен стаж и 1095 учебни часа учебна практика, като и двете форми на обучение се провеждат в акредитирани клинични бази или това са общо 1895 учебни часа клинично базирано практическо обучение, т.е. съотношението е 1:2 (практическо към теоретично базирано обучение), което ни поставя в благоприятно положение спрямо останалите страни в Европа.

В Европа могат да бъдат открити различни подходи в организацията на програмите. Някои университети използват блок система, при която теоретичните лекции, клиничното обучение, насоките и груповите дискусии са комбинирани. При такива програми се отделя специално внимание на клиничното обучение, което често започва на ранен етап и обхваща около половината от програмата. В други университети програмите са разделени на две части: въвеждаща теоретична фаза през първата година от програмата и последваща практическа фаза в следващите години, като студентите трябва да положат изпит след въвеждащата (теоретична) фаза, за да продължат обучението си (Akimoto et al., 2009, pp. 333-340).

Голяма роля за осигуряване на достъп до практикуване на професията имат професионалните организации. Примери в това отношение са професионалните организации най-вече във Великобритания. На европейско ниво такава роля изпълнява Европейската федерация на рентгенологичните дружества чрез образователното крило на организацията (Naredba za edinnite darzhavni iziskvania, 2008).

Освен с лицензирането на новите професионалисти, професионалните организации регламентират, организират, планират и провеждат контрол върху продължаващото непрекъснато следдипломно обучение на рентгеновите лаборанти. Получените знания са входна врата за израстване в официално регламентирана йерархия при практикуване на професията.

В държавите, където продължаващо следдипломно обучение функционира адекватно, има разработена тристепенна система на йерархични длъжности, включваща: нерегистриран практикуващ (асистент), регистриран практикуващ и консултант. Заемането на всяка по-висока позиция е свързано с по-големи отговорности, финансово стимулиране и по-висок престиж.

Всичко това създава предпоставки за повишаване на мотивацията и потребност от непрекъснато развитие.

Заключение

Професията на рентгеновия лаборант е относително нова в исторически аспект, тясно свързана с напредъка на технологиите, с разнообразни практики и правила, които я регламентират. Факторите, които определят развитието на образованието и практиката на рентгенови лаборанти, крият значителен потенциал за развитието на професията в контекста на задълбочаващия се международен обмен в здравеопазването.

Литература

Ahonen, Sanna-Mari, and Eeva Liikanen. Development and Challenges of a New Academic Discipline, Radiography Science. *European Journal of Radiography*, vol. 1, no. 3, 2009, pp. 81–84., doi:10.1016/j.ejradi.2009.10.001.

Akimoto, Tatsuhito, et al. A qualitative comparative survey of First Cycle radiography programmes in Europe and Japan. *Radiography*, vol. 15, no. 4, 2009, pp. 333–340., doi:10.1016/j.radi.2009.04.002.

Bachelor of Medical Imaging and Radiotherapy (Brussels). ODISEE, onderwijsaanbod.odisee.be/opleidingen/v/e/SC_51858227.htm. (11.08.2019).

Bachelor's Studies. Uppsala University, Sweden, www.uu.se/en/admissions/bachelor (11.08.2019).

Banerjee, Arpan K., et al. The Story of Radiology. European Society of Radiology, 2012.

Biedrzycki A. The Radiography Procedure and Competency Manual. 2nd ed. Philadelphia, PA:F.A. Davis; 2008.

Brealey S., et al. *Accuracy of radiographer plain radiograph reporting in clinical practice: a meta-Analysis*. Clinical Radiology, vol. 60, no. 2, 2005, pp. 232–241., doi:10.1016/j.crad.2004.07.012.

BSc (Hons) Diagnostic Radiography and Imaging. University of Hertfordshire, 13 June 2019, www.herts.ac.uk/courses/bschons-diagnostic-radiography-and-imaging. (10.08.2019)

BSc Radiography. Gjøvik University College, english.hig.no/course_catalogue/student_handbook/2015_2016/study_programmes_2015_2016/faculty_of_health_care_and_nursing/bsc_radiography. (18.08.2019).

Castillo J., et al. The changing concept of competence and categorization of learning outcomes in Europe: Implications for the design of higher education radiography curricula at the European level.” *Radiography*, vol.17, no.3,2011, pp. 230–234., doi:10.1016/j.radi.2010.12.008.

Challen V. A European perspective on the role of radiographers in imaging departments. *Imaging Manag.* 2011;11:14–7.

Challen V., Radiography in Europe: The HENRE perspective. *Radiography*, vol. 12, no. 3, 2006, pp. 183–185., doi:10.1016/j.radi.2006.03.010.

Cohen A., A. Boulrier. Manager par les competences. Paris; Editions Liasons: 2004.

Common European Principles for Teachers Competences and Qualifications. European Commission www.ec.europa.eu/education/policies/2010/doc/principles_en.pdf (07.08.2019)

Cowling C., A global overview of the changing roles of radiographers. *Radiography*, vol. 14, 2008, doi:10.1016/j.radi.2008.06.001.

Decker S., and R. Iphofen. Developing the profession of radiography: Making use of oral history. *Radiography*, vol. 11, no. 4, 2005, pp. 262–271., doi:10.1016/j.radi.2005.01.009.

Department of Radiological Methods. Palacký University Olomouc, www.fzv.upol.cz/en/departmentsand-facilities/departments/.(11.08.2019).

Department of Radiology & Radiation Therapy. Technological Educational Institute of Athens, www.xr.teiath.gr/?lang=en. (11.08.2019).

Diagnostic Radiography BSc (Hons). University of Liverpool, www.liverpool.ac.uk/study/undergraduate/courses/diagnostic-radiography-bsc-hons/entry-requirements/.(11.08.2019).

ECR Significantly Expands Radiographers Program. Healthcare Business News, Trends & Developments, 2 Mar. 2017, healthcare-in-europe.com/en/news/ecr-significantly-expands-radiographers-program.html. (29.07.2019).

EFRS Survey 3. *Radiographer Societies in Europe*. June 2015.

EFRS. European Qualifications Framework (EQF) Benchmarking Document: *Radiographers*. Feb. 2014.

ESTRO - European Society for Radiotherapy & Oncology. ESTRO, www.estro.org/Education.(16.02.2019).

Evropeyska kvalifikatsionna ramka. Lyuksemburg, 2009, 2014. Sluzhba za ofitsialni publikatsii na evropeyskite obshtnosti.

Jacob, J., et al. Undergraduate Radiology Teaching in a UK Medical School: a Systematic Evaluation of Current Practice. *Clinical Radiology*, vol. 71, no. 5, 2016, pp. 476–483., doi:10.1016/j.crad.2015.11.021.

Kilgour, A J. Assessment of competency in radiography students - a new approach. *Radiographer*, vol. 58, no. 3, 2011, pp. 32–37., doi:10.1002/j.2051-3909.2011.tb00153.x.

McNulty, J.p., et al. A picture of radiography education across Europe. *Radiography*, vol.22, no.1, 2016, pp. 5–11., doi:10.1016/j.radi.2015.09.007.

Naredba za edinnite darzhavni iziskvania za pridobivane na visshe obrazovanie po spetsialnostite ot profesionalno napravlenie "Zdravni grizhi" za obrazovatelno-kvalifikatsionna stepen profesionalen bakalavar po", prieta s PMS № 238 ot 26 septemvri 2008 g, DV, br. 87 ot 7.10. 2008 g.

National Transcript for Medical Imaging and Radiotherapy Bachelor programme in the Netherlands. June 2015.

Radiography Education. EFRS, efrs.eu/education. (12.03.2019).

Radiography. Durban University of Technology, www.dut.ac.za/wp-content/uploads/career_leaflets/HSc%20Radiography.pdf. (01.08.2019)

Radiography. UCD School of Medicine & Medical Science, www.ucd.ie/medicine/studywithus/undergraduatecourses/radiography/. (03.08.2019)

Radiography. University of Prince Edward Island, www.upei.ca/programs/bachelor-applied-science-radiography. (09.08.2019)

Radiography. Tartu Health Care College, www.nooruse.ee/en/about-college/applied-sciences-curricula/radiography. (05.08.2019)

Radiologic Medical Imaging Technology: HES-SO University of Applied Sciences and Arts WesternSwitzerland.HES, www.hes-so.ch/en/bachelor-radiologic-medical-imaging-technology-586.html.

✉ Мариана Йорданова

Медицински университет - Варна

УС „Рентгенов лаборант”

гр. Варна, бул. Цар Освободител 84

e-mail: kupenova@gmail.com

НАГЛАСИ ЗА РАЗШИРЯВАНЕ НА КОМПЕТЕНТНОСТИТЕ НА РЕНТГЕНОВИ ЛАБОРАНТИ В СЕВЕРОИЗТОЧНА БЪЛГАРИЯ

М. Йорданова

Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ Варна, специалност
„Рентгенов лаборант“

ATTITUDES TOWARDSEXPANDING THE COMPETENCES OF RADIOGRAPHERS IN NORTH-EASTERN BULGARIA

M. Yordanova

Medical University „Prof. Dr. Paraskev Stoyanov“ Varna, specialty „X-ray technician“

ABSTRACT: *The radiographer`s profession holds a significant place among the healthcare professionals in Bulgaria. Applying the medical imaging methods and techniques, performing the nuclear medicine tests and the radiotherapy procedures would be unthinkable without the participation of highly competent radiographers. The introduction of new high-tech equipment and technologies as well as of diagnosing and treating methods pose new challenges to the radiographers who now have to adopt new knowledge and skills and to perfect their competences in order to respond to the challenges of modern healthcare. This study aims at establishing the attitudes and tendency of practicing radiographers towards expanding their professional competences in their field of practice. Documentary, sociological, and statistical methods have been used. Sources related to the topic have been researched.*

Keywords: competences, radiographers, medical imaging, nuclear medicine, radiotherapy, attitudes, possibilities

Въведение

Професията на рентгеновия лаборант заема важно място сред професиите на здравните специалисти в България. Сферите, в които практикуват рентгеновите лаборанти в България, са: образна диагностика, нуклеарна медицина и лъчелечение (Evropeyska kvalifikatsionna ramka. Lyuksemburg, 2014). Те се характеризират с използването на високотехнологична медицинска апаратура за диагностика и лечение, която изисква отлично подготвени специалисти с придобити знания и умения (компетенции) за прилагане на всички нови методи и техники в съответните области, така че да се отговори на предизвикателствата на съвременното здравеопазване (Naredba № 1, 2011). Усвояването на базовите компетентности е заложено в програмите за обучение в медицинските колежи, където се подготвят тези специалисти. Практиката показва, че компетентностите, които трябва да се усвоят, не са равнопоставени

в трите направления, в които се практикува професията. Това налага допълнително обучение за работа в секторите по нуклеарна медицина и лъчелечение. Недостатъчната подготовка се дължи на по-малките хорариуми по дисциплините „Нуклеарна медицина“ и „Лъчелечение“, предвидени в Единните държавни изисквания за придобиване на професията „рентгенов лаборант“, който е залегнал и в учебните планове на специалността (Naredba za edinnite darzhavni iziskvania, 2008).

Цел

С настоящото проучване си поставихме за задача да установим нагласите и склонността на практикуващите в Североизточна България рентгенови лаборанти относно разширяването на професионалните им компетентности в сферата, в която практикуват.

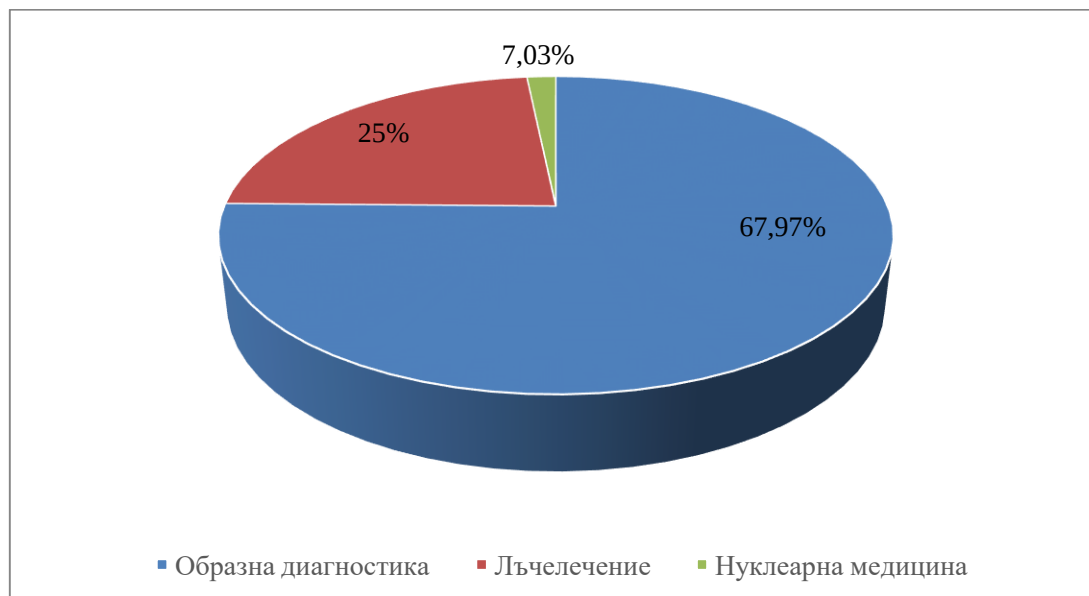
Материал и метод

За осъществяване на поставената цел разработихме конкретни въпроси, касаещи пряката работа в съответното направление. На доброволен принцип предложихме на практикуващите в трите сфери – образна диагностика, нуклеарна медицина и лъчелечение – рентгенови лаборанти от Североизточна България да се включат в допитването, за да установим възможностите, нагласите и склонността им да разширят професионалните компетентности в сферата, в която практикуват. Изявиха желание и се включиха в допитването 128-ма рентгенови лаборанти, разпределени както следва: 87 (67,97%) рентгенови лаборанти практикуващи в образната диагностика, 32 (25%) – в лъчелечението и 9-ма (7,03%) в нуклеарната медицина. Малкият брой анкетирани от сектор „Нуклеарна медицина“ се дължи на факта, че този сектор е развит само в Университетската болница във Варна за Североизточния регион. Получените резултати обработихме с математическо-статистически методи и ги представяме в графичен вид.

Резултати

Участващите в проучването рентгенови лаборанти бяха разпределени в три групи в зависимост от сферата, в която практикуват и техния

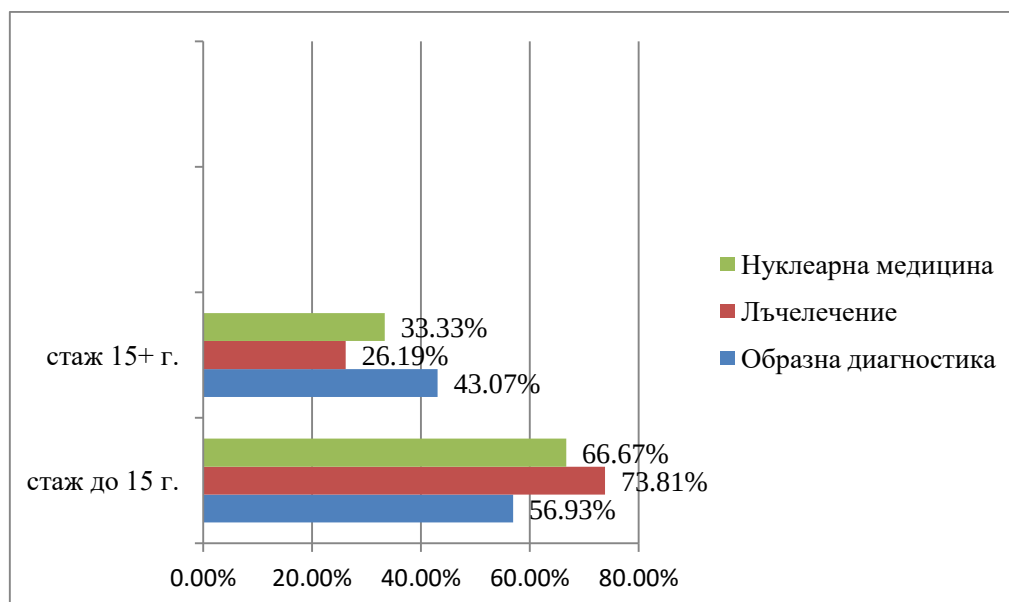
професионален опит в съответното направление. На фигура 1 е представено разпределението им:



Фигура 1. Разпределение по сфера на практикуване.

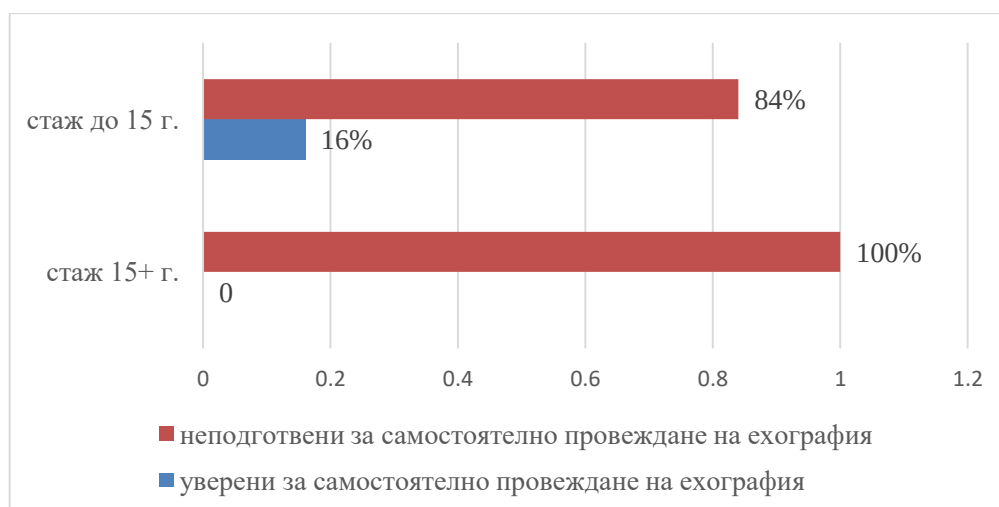
По отношение на професионалния им опит участващите в проучването респонденти бяха разпределени в две групи за всяко от направленията: Първа група – с професионален опит до 15 г. и втора група – с професионален стаж по специалността 15+ години, разпределени по направления както следва: От практикуващите в образната диагностика, повече от половината рентгенови лаборанти (56,93%) са с опит до 15 г., а 43,07% – със стаж 15+ г. От рентгеновите лаборанти, работещи в „Лъчелечение“, съотношението е 73,81% към 26,19% в полза на лаборантите със стаж до 15 г., а в направление „Нуклеарна медицина“ – съответно 66,67% към 33,33%, отново в полза на тези със стаж до 15 г. (фигура 2).

Поради различното естество на работата на практикуващите рентгенови лаборанти бяха зададени въпроси, свързани със спецификата на дейността, която извършват. Групата, практикуваща образна диагностика, бе помолена да отговори на въпроса: „Смятате ли, че рентгеновият лаборант е достатъчно компетентен да провежда самостоятелно ехографско изследване?“ На респондентите беше дадена възможност за изкажат и свои предложения в тази



Фигура 2. Разпределение по професионален опит.

посока. От получените отговори едва 16% от рентгеновите лаборанти със стаж до 15 г. демонстрират увереност в компетентността си и считат, че биха се справили с изследването, докато 84% от същата група и 100 % от групата със стаж 15+ г. смятат, че нямат съответната компетентност или тя е недостатъчна за да провеждат самостоятелно ехографското изследване. Респондентите и от двете групи се обединяват около предложението да се въведе следдипломно обучение с последваща възможност за самостоятелно прилагане на ехографското изследване от рентгенови лаборанти (фигура 3).



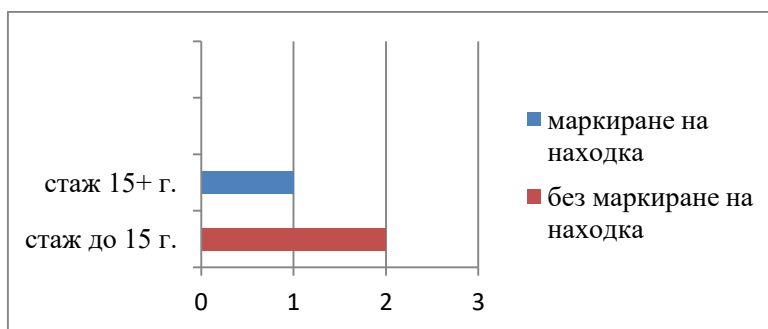
Фигура 3. Компетентност за самостоятелно провеждане на ехографско изследване.

На респондентите им бе дадена възможност при отговор „Не съм компетентен“ да посочат поради каква причина не се чувстват достатъчно подготвени. Групата на рентгеновите лаборанти със стаж 15+ г. са посочили като причина, че ехографията е изучавана при обучението им в медицинските колежи само като методика в общ план или като свободно избираема дисциплина, а не като самостоятелна дисциплина със специфичните за нея ехографска анатомия, практическо обучение под контрол на специалист, диагностични възможности на ехографската методика, усвояване на алгоритми за изпълнение на ехографските изследвания. Рентгеновите лаборанти със стаж до 15 г. са изучавали „Ехография“ с хорариум от 100 часа, който се счита за недостатъчен за овладяване на методиката в детайли, като така не се чувстват компетентни за самостоятелното ѝ прилагане. При рентгеновите лаборанти със стаж 15+ г. методиката не е била предвидена за изучаване, поради което липсват компетентности в тази област.

На практикуващите рентгенови лаборанти в сектор „Нуклеарна медицина“ зададохме въпроса: „Смятате ли, че рентгенов лаборант, практикуващ в нуклеарната медицина би могъл да бъде в помощ на лекаря при поставяне на диагнозата, ако му се даде възможност да маркира по подходящ начин наличието на евентуална патология в проведеното изследване?“.

Прави впечатление, че двама от тримата респонденти, практикуващи в нуклеарната медицина, които са със стаж до 15 години, не биха поели отговорност да се ангажират със становище за наличие на евентуална патология и считат, че това е възможно да се приложи след допълнително обучение, докато останалите респонденти със стаж 15+ години смятат, че чрез опита – придобит от практиката, биха били полезни в интерпретацията на някои находки. Според тази група респонденти това би дало възможност на лекаря да обработи по-голям обем изследвания за по-кратко време (фигура 4).

Всички респонденти от направление „Нуклеарна медицина“ са на мнение, че усвояването на допълнителни компетентности им дава възможност за по-голяма изява.



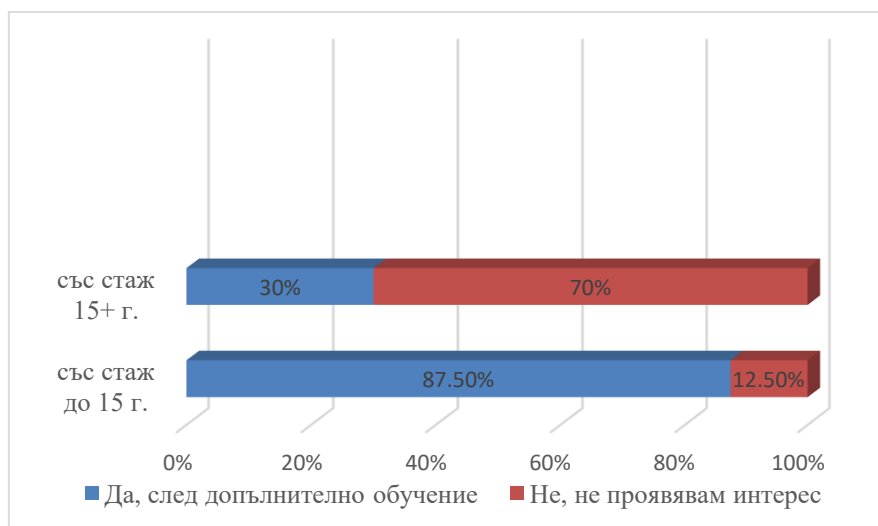
Фигура 4. Разширяване на компетентностите чрез маркиране на находки.

Практикуващите в сектор „Лъчелечение“, поради факта, че естеството на дейността им е свързано с лечение, а не с диагностика на заболяванията, попитахме и си поставихме за цел да установим техните възможности и нагласи във връзка с разширяването на професионалните им компетентности. Дескриптор за това е по-активното им включване в етапа на планиране на лъчелечебния процес, който към момента се извършва от медицинските физици. Попитахме рентгеновите лаборанти, практикуващи в сектор „Лъчелечение“: „Бихте ли приели във функционалните ви задължения да бъде включен етапа на планиране на лъчелечебните процедури?“. Положителен отговор „Да, след допълнително обучение“ дадоха 87,5% от респондентите в групата (със стаж до 15 г.), а 12,5% от респондентите в същата група не желаят да се включат в процеса, дори и след обучение. Що се касае до другата група практикуващи, с опит над 15 г., 70% от тях са на мнение, че планирането не е от тяхната компетентност и не проявяват желание да го изпълняват дори и след осигуряване на допълнително обучение. Едва 30% от същата група споделят, че тази дейност представлява интерес за тях и след обучение биха я изпълнявали (фигура 5).

Изводи

От направеното проучване и анализиране на получените резултати можем да направим следните изводи:

1. В България ехографско изследване се провежда само от лекари специалисти в различни области на медицината и рентгеновите лаборанти със



Фигура. 5. Участие в планиране на лъчелечебния процес.

стаж до 15 г., въпреки че са изучавали „Ехография“ не се чувстват достатъчно компетентни за самостоятелното ѝ прилагане, тъй като предвиденият хорариум за изучаване на дисциплината е недостатъчен за самостоятелно практикуване. За практикуващите с опит 15+ г. дисциплината не е била предвидена за изучаване в учебния план, поради което за тях това е дейност, изискваща задълбочена подготовка. Предложенията на всички практикуващи образна диагностика се обединяват в посока към въвеждане на следдипломно обучение в това направление с право на самостоятелно практикуване.

2. При рентгеновите лаборанти, практикуващи в „Нуклеарна медицина“, склонност и нагласа за разширяване на компетентността чрез маркиране на находки логично имат лаборантите с по-голям професионален опит, който им дава самочувствие. Групата със стаж до 15 г. има още какво да учи от практиката и споделя, че след допълнително обучение и практика може да се ангажират с възможността, която им се дава.

3. Значителен дял от лаборантите, практикуващи в сектор „Лъчелечение“, са отворени за придобиване и прилагане на нови компетентности, включително и вменяване на нови функционални задължения, но също изказват становище, че е необходимо допълнително обучение.

Заклучение

Основавайки се на получените резултати от проучването установихме, че рентгеновите лаборанти и от трите направления във възрастовата група 22-40 години (със стаж до 15 г.) са по-склонни да разширят своите компетентности в сферата на практикуване, но след допълнително обучение отколкото другите във възрастовата група 40-60 години (със стаж 15+ г.), които считат, че компетентността, която притежават им позволява да изпълняват поставените задачи и усвояването на нови компетентности се тълкува като възможност за увеличаване на натовареността им. Интерес представляват данните получени от допитването по отношение на сферата на практикуване. По-склонни да усвоят нови компетентности са рентгеновите лаборанти практикуващи в лъчелечението, отколкото тези практикуващи в образната диагностика и нуклеарната медицина. Това според нас се дължи на факта, че работещите в образната диагностика рентгенови лаборанти трябва да се справят с по-голям обем работа, често и в условия на спешност, което би затруднило поемането на допълнителни отговорности. Категорично можем да заявим, че възможности за разширяване на компетентностите и в трите сфери на практикуване има, но на този етап нагласите на практикуващите рентгенови лаборанти са ограничени, което ни дава основание да се предприемат действия в посока за повишаване на мотивацията още при обучението в коледите и корекции в програмите за обучение на рентгенови лаборанти.

Литература

EFRS Survey 3. *Radiographer Societies in Europe*. June 2015.

Evropeyska kvalifikatsionna ramka. Lyuksemburg, 2014. Sluzhba za ofitsialni publikatsii na evropeyskite obshtnosti, http://ec.europa.eu/education/pub/pdf/general/eqf/broch_bg.pdf (03.03.2017).

HCPC (health & care professions council). *Standards of proficiency – Radiographers*. 28 May 2013.

Naredba № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асистираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да изпалняват по назначение или самостоятелно, ДВ. br.15 от 18.02.2011 г.

Naredba за edinnye darzhavni iziskvania za pridobivane na visshe obrazovanie po spetsialnostite ot profesionalno napravlenie "Zdravni grizhi" za obrazovatelno-kvalifikatsionna stepen "profesionalen bakalavar po", prieta s PMS № 238 от 26 септември 2008 г, ДВ, br. 87 от 7.10. 2008 г.

Price, R. C. *Developing Practice In Radiography And Diagnostic Imaging*. Oct. 2006.

✉ Мариана Йорданова
Медицински университет Варна
УС „Рентгенов лаборант“
Гр. Варна, бул. „Цар Освободител“ 84
e-mail: kupenova@gmail.com

ОПАСНИ ЛИ СА ЗА НАШЕТО ЗДРАВЕ ЕЛЕКТРОМАГНИТНИТЕ ЛЪЧИ?

М. Карчева

Медицински университет-Плевен, факултет „Обществено здраве“,
сектор „Епидемиология, паразитология и тропическа медицина”

ARE THE ELECTROMAGNETIC RAYS DANGEROUS TO OUR HEALTH?

M. Karcheva

Medical University-Pleven, Faculty of Public Health,
Sector of Epidemiology, parasitology and tropical medicine

ABSTRACT: *The purpose of the study was to determine the levels of non-ionizing radiation as a factor of the living environment in residential, public buildings and urban areas in Dobrich district Method and Materials: Normative grounds: Health Act, Ordinance №9 / 1991 on maximum permissible levels of electromagnetic fields in populated areas and determination of hygienic protection zones around radiating objects; Sites subject to monitoring according to the schedule for 2015 - 2020. a total of 102 sites - base stations (BS) of the telecommunications network. Technical means with which the measurements were carried out and method for control of RHI Varna. Results: For the period 2015-2020, the number of non-ionizing beams in Dobrich district increased from 111 for 2015 to 147 for 2018 and 174 for 2020, ie 1.5 times increase. From the 1216 measurements of exposed parts in areas with high population concentration from different distances to the EMF emitters, show that the lowest measured instantaneous value of power density and the highest are far below the maximum allowable level of $10 \mu W / cm^2$. for the whole study period Conclusions: 1) The lowest measured levels are $0.01 \mu W / cm^2$ and the highest - $2.20 \mu W / cm^2$, which varies from 4.5 to 1000 times below the limit value; 2). The inspected antennas of mobile operators do not pose a health risk to the population living and residing near them.*

Keywords: electromagnetic field, non-ionizing radiation, protected object

Въведение

Електромагнитното поле е биологически активен фактор и поради това, като поле с изкуствен произход, оказва неблагоприятно въздействие върху околната среда и здравето на хората. То поражда тревоги, но все още не е намерило подобаващото си място в регулациите на екологичната политика. То е фактор, присъстващ в живота на нашата планета от самото ѝ раждане. Нейонизиращите лъчения са част от електромагнитния спектър, като това са: ултравиолетови и инфрачервени лъчи, радиочестотни и микровълнови полета, свръхнискочестотни, статични (постоянни) електрически и магнитни полета.

Електромагнитното поле (ЕМП) е съвкупност от променливи, взаимно индуциращи се електрични и магнитни полета. Източниците, създаващи електромагнитното поле могат да бъдат както естествени, така и изкуствени. Естествени източници на електромагнитно поле са електричното и постоянното магнитно поле на Земята, електричните явления в атмосферата, радио излъчванията от слънцето и звездите и също така космическото излъчване. Изкуствените източници на електромагнитно поле са многообразни, излъчват в широк честотен диапазон и с различни мощности (високо и ниско ниво на електромагнитно излъчване).

Мониторингът на околната среда по електромагнитния фактор, поставя сериозно теоретични, технически и организационни задачи и е пряко свързан с проблемите на защита на хората и околната среда от неблагоприятните въздействия на електромагнитните полета в широка честотна област от 0 Hz до 300 GHz. Налице е устойчива тенденция в технологичното и техническо усъвършенстването на средствата за телекомуникация, излъчващи електромагнитна енергия и увеличаване на броя им (Andreeva-Nesheva, 2018; Bulgarian State Standard; Health Act, prom. SG, no. 70/2004, 2016; Stoyanova, Monov, Kolarova, 2017, pp. 312-319; Teodosiev, Mardirosyan, Gurov, 2010, pp. 85-90). От друга страна, няма технология, съоръжение, продукт, използващ електрически ток, който да не излъчва някакъв вид електромагнитно лъчение. Много нови технологии получиха широко развитие и приложение, като например комуникационните технологии – 3G, 4G, WI-MAX, WI-FI, енергетиката и други, без които съвременният живот е немислим.

Дискусията в обществото е актуална. Според проф. Израел от НЦОЗА, „Биологичният ефект от електромагнитните вълни може да е положителен, здравните зависят много от честота на излъчване, ТВ ефирните станции излъчват с мощност до 40KW, радиостанциите до 500W, а мобилните клетки между 10 и 50W. Много хора правят научни изследвания, но много малко от тях могат да се използват за оценка на риска от мобилните технологии. Само проверени научни изследвания, отговарящи на съответния протокол, могат да

се използват за някакви заключения свързани с риска от радиовълни. Най-голямата гордост на мен и моя екип са стриктните ограничения за излъчване в България, които са 5000 пъти под потенциално опасните за здравето нива“ (WHO, Fact sheet 181, May 998).

Диагностичните методи в медицината разчитат на системи като лазери, апарати за образна диагностика, ядрено-магнитен резонанс и физиотерапевтични уреди. Всички тези технологии излъчват някакъв вид електромагнитно поле. Значителното нарастване на броя и разновидностите на тези източници през последните години, предопределя електромагнитните полета като един от основните фактори на жизнената и околната среда, което изисква и непрекъснат контрол и мониторинг.

Въпросът, който вълнува всички, но на който еднозначен отговор до момента няма, е опасни ли са за нашето здраве електромагнитните лъчи? Все още не се отделя достатъчно внимание на електромагнитните полета, като фактор – замърсител на околната среда и с риск за здравето на човек.

Когато човешкото тяло е изложено на радиочестотни полета, то натрупва енергия с течение на времето. Стойностите на електромагнитните полета са най-високи около източника и намаляват бързо с разстоянието, което означава, че човек натрупва повече енергия от устройство, което използва отблизо – напр. мобилен телефон в ръката, отколкото от по-силен източник, като радиопредавателна кула, която е доста по-отдалечена.

Поради по-ниската честота на излъчване, при приблизително еднакви нива на експозиция, тялото абсорбира (поглъща) до пет пъти повече енергия, излъчена от радио и телевизионни предаватели, в сравнение с тази от базовите станции. Това е така, тъй като честотите, използвани при FM радио предавателите (около 100 MHz) и телевизионните предаватели (около 300-400 MHz), са по-ниски от тези, използвани в мобилната комуникация (900 MHz и 1800 MHz) и поради факта, че височината на изправен човек превръща тялото му в ефективна приемаща антена (Izrael, 2020).

Българското законодателство установява два етапа на контрол върху ЕМП. Първият се отнася до изчисляване на хигиенно-защитните зони около излъчващите съоръжения, а вторият се отнася до проверка на хигиенно-защитната зона чрез измерване на стойностите на ЕМП с прилагане на стандартни методи. За контрол на влиянията на ЕМП са създадени норми за защита на населението от вредното им въздействие в честотния обхват от 30 kHz до 30 GHz, регламентирани в Наредба № 9/1991г., Д.В. брой 35/03.05.1991 г. на МЗ и МОСВ. Европейската политика в областта на околната среда и по-конкретно с електромагнитното замърсяване днес включва повече от 300 правни акта, сред които директиви, регламенти, решения и препоръки (Andreeva-Nesheva, 2018; Directive 2004/40/EC, 2004). По данни на Световната здравна организация (СЗО), населението в развитите страни в света се облъчва със стойности от 0.002% до 2% от граничните стойности, определени от европейските препоръки. Препоръчаните норми от Международния комитет по защита от нейонизиращи лъчения – ICNIRP са многократно по-високи от пределно допустимите нива (ПДН) за население, регламентирани в законодателството на нашата страна. Световната научна общественост, въз основа на изследванията, извършвани в последните 10 години, счита, че при спазване на нормите на ICNIRP, не може да има вредни ефекти за здравето на населението. Повечето европейски страни са приели за гранични стойности препоръчаните от Международния комитет по защита от нейонизиращи лъчения - ICNIRP. Влиянието на ЕМП върху човешкият организъм зависи от характеристиките на полето (Directive 1999/5/EC; European Commission Directorate-General for Research and Innovation Directorate, 2020; Eurobarometer 73.3 ELECTROMAGNETIC FIELDS, pp. 8; Izrael, 2020; WHO, 2010).

Според честотата и енергията си, електромагнитните вълни могат да се класифицират като йонизиращи лъчения и нейонизиращи лъчения. Интензитетът на излъчване на изкуствените източници зависи от мощността им – колкото по-голяма е тя, толкова по-висок е интензитетът. Около източника той е максимално висок, а с увеличаване на разстоянието бързо намалява. За

честоти от 300 MHz до 30 GHz (нейонизиращи лъчения), съгласно нашето законодателство, се нормира величината „плътност на мощност“ ($S, \mu\text{W}/\text{cm}^2$). Приетата гранична стойност за тези честоти у нас, осигуряваща достатъчна защита на здравето на населението е $10 \mu\text{W}/\text{cm}^2$ (микроват на квадратен сантиметър). Наредба №9 от 1991 г. за пределно допустимите нива на електромагнитни полета в населени територии и определяне на хигиенно-защитни зони около излъчващи обекти на Министерство на здравеопазването (ДВ, бр. 35 от 3 май 1991 г., с изм. и доп. ДВ, бр. 8 от 22 януари 2002 г.) е нормативният документ, който въвежда гранични стойности (пределно допустими нива – ПДН) за защита на населението. Тя регламентира граничните стойности за определен честотен диапазон за стационарни комуникационни източници, излъчващи в населените места. Съгласно цитираната наредба, преди въвеждане на всеки нов източник в експлоатация, се изисква изчисляване на хигиенно-защитни зони, т.е. пресмятане на разстоянието от източника, на което стойностите на ЕМП достигат пределно допустимите нива за защита на населението. Следващият етап е измерване в реални условия, след пускане в експлоатация на източника. Поради нарастналият брой на мобилни устройства за комуникация, нараства и броя на базовите станции, които ги обслужват. Най-голямо струпване на БС има в градовете. От гледна точка защита на населението върху тях се осъществява мониторинг и контрол съгласно действащото нормативно законодателство (Andreeva-Nesheva, 2018; Bulgarian State Standard; Teodosiev et al., 2010, pp. 85-90; Directive 2004/40/EC, 2004).

Цел

Да се проучат нивата на нейонизиращите лъчения като фактор на жизнената среда в жилищни, обществени сгради и урбанизирани територии в област Добрич като се сравнят с пределно допустимото ниво от $10 \mu\text{W}/\text{cm}^2$ за 2015-2020г. и да се извърши мониторинг на електромагнитните полета на базови станции за мобилна комуникация в райони на детски, учебни и лечебни заведения в общините Добрич, Добричка, Каварна и Шабла, за установяване съответствието със здравните изисквания за 2015-2020 г.

Материали и методи

Нормативни основания: Закон за здравето, (Наредба №9/1991 г.) за пределно допустими нива на електромагнитни полета в населени територии и определяне на хигиенно-защитни зони около излъчващи обекти. Обекти, подлежащи на мониторинг по план-график за периода 2015-2020 г. общо 102 обекта – базови станции (БС) от телекомуникационната мрежа. Технически средства, с които са проведени измерванията и метод за контрол. При измерванията са използвани: апарат NARDA NBM-550-SN-B0596; антена – изотропна; работна честотна лента 100 kHz до 3 GHz; неопределеност +/-20% от измерената стойност. Метод за контрол: „Методика за измерване и оценка на електромагнитното поле в населената околност на предавателни антени към системи за мобилни връзка“; Сборник методи за хигиенни изследвания; НЦХМЕХ (настоящ НЦОЗА), том IV, Селищна среда.

Резултати и обсъждане

Област Добрич е административно-териториална единица в съвременното административно-териториално деление на България. Съществуващите днес 28 области са образувани през 1999 г. с президентски Указ № 1 от 5 януари 1999 г. за утвърждаване границите, административните центрове на области и общини включени в тях (обн., ДВ, бр. 2 от 8 януари 1999).

По площ Област Добрич (на 8-мо място в България) е най-голямата в Североизточния регион, а гъстотата е 44 души на кв. км./доста под средното за страната-74,2. Към областта принадлежи плажна ивица от Черноморското крайбрежие на региона с дължина 110 км. Населението на областта е 189 677 души (от Преброяване 2011 г.) По този показател областта е на 14 място в страната. Поради благоприятните физико-географски фактори - равнинен релеф и много добра почвена структура, следва и големият дял на земеделските територии – 80,3% при средно за страната 58%.

Бързото нарастване на мобилните телекомуникации и разширяващият се спектър от лично, домашно, търговско и медицинско оборудване увеличи

значително броя на източниците на експозиция на ЕМП и значително промениха нивото, типа и разпределението на ежедневната експозиция на населението. Проучване на Евробарометър 2 показва, че въпреки по-голямата си загриженост по отношение на химикалите, качеството на храната, околния въздух и качеството на питейната вода, половината от населението в ЕС има опасения също и за потенциалните рискове за здравето от ЕМП. Мнозинството граждани считат, че публичните органи не ги информират по адекватен начин за мерките, предприети за тяхната защита, по-специално във връзка с въздушните електропроводи високо напрежение и базовите станции, разположени близо до домовете им (ICNIRP statement on emf-emitting new technologies. Health physics (2008), 94(4):376-392).

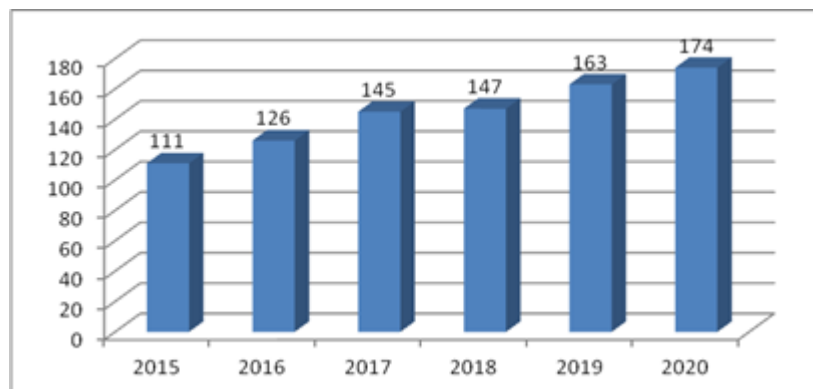
Въпросът, който вълнува всички, но на който еднозначен отговор до момента няма е – опасни ли са за нашето здраве електромагнитните лъчи? За честоти от 300 MHz до 30 GHz (нейонизиращи лъчения), съгласно нашето законодателство се нормира величината „плътност на мощност“ ($S, \mu\text{W}/\text{cm}^2$). Приетата гранична стойност за тези честоти у нас, осигуряваща достатъчна защита на здравето на населението е $10 \mu\text{W}/\text{cm}^2$ (микроват на квадратен сантиметър) (Andreeva-Nesheva, 2018; Bulgarian State Standard).

Разглеждаме разпространението на ЕМП на територията на област Добрич чрез Регионалния регистър на източниците на нейонизиращи лъчения на територията на област Добрич. За периода 2015 - 2020 г. те нарастват от 111 за 2015 г. до 147 за 2018 г. и 174 за 2020 г., т.е 1,5 пъти броя. Здравният контрол се извършва по план график съвместно с РЗИ – Варна, в чиято лаборатория се извършват изследванията на областите в Североизточна България: Добрич, Шумен.

На фигура 1 са представени източниците на нейонизиращи лъчения по години в област Добрич за периода 2015-2020 г.

Рамката, която регламентира обществените отношения в системата на здравеопазването е Законът за здравето, обн. ДВ, бр. 70/2004 г. Съгласно

разпоредбите на този закон, нейонизиращите лъчения в жилищни, производствени, обществени сгради и урбанизирани територии са фактор на



Фигура 1. Източници на нейонизиращи лъчения по години в област Добрич за периода 2015-2020 г.

южизнената среда и подлежат на контрол, а обектите, източници на нейонизиращи лъчения са обекти с обществено предназначение. Те подлежат на държавен здравен контрол, който се извършва в съответствие с разпоредбите на Наредба № 36/2009 г. за условията и реда за упражняване на държавен здравен контрол (ДВ бр. 63 от 7 август 2009 г., изм. дв. бр.38 от 17 май 2011 г., изм. и доп. ДВ бр. 82 от 3 октомври 2014 г.).

На таблица 1 са представени Базовите станции в област Добрич за 2015-2020 г., населеното място и резултатите от измерена плътност на мощност $S[\mu\text{W}/\text{cm}^2]$ най-ниската и най-висока стойност за всяка година.

Таблица 1. Мониторинг на Базови станции, разположени на територия с голяма концентрация на население и жилищни сгради (централна градска част и жилищни комплекси) по години в област Добрич за 2015-2020 г.

Година	Базови станции (брой)	Населено място (община)	Измерена плътност на мощност $S[\mu\text{W}/\text{cm}^2]$ най-ниска и най-висока	ПДК
2015	10	Добрич	0,01 $\mu\text{W}/\text{cm}^2$, а най-високите – 2,20 $\mu\text{W}/\text{cm}^2$	10 W/cm^2
2016	14	Добрич, Добричка, Каварна, Шабла	<0,1 $\mu\text{W}/\text{cm}^2$, до – 0,7 $\mu\text{W}/\text{cm}^2$	10 $\mu\text{W}/\text{cm}^2$

2017	13	Добрич	$<0,1\mu\text{W}/\text{cm}^2$, а най-високата $-1,2\mu\text{W}/\text{cm}^2$	$10\mu\text{W}/\text{cm}^2$
2018	14	Балчик, Каварна, Шабла	$<0,1\mu\text{W}/\text{cm}^2$, а най-високата $1,1\mu\text{W}/\text{cm}^2$	$10\mu\text{W}/\text{cm}^2$
2019	15	Добрич, Добричка	$<0,1\mu\text{W}/\text{cm}^2$, а най-висока – $2,1\mu\text{W}/\text{cm}^2$	$10\mu\text{W}/\text{cm}^2$
2020	12	Балчик, Каварна, Шабла	$<0,1\mu\text{W}/\text{cm}^2$, до $-0,7\mu\text{W}/\text{cm}^2$.	$10\mu\text{W}/\text{cm}^2$

За 2017-2020 г. в базовите станции на област Добрич от извършените 1216 измервания на открити части в райони с голяма концентрация на население от различни разстояния до излъчвателите на ЕМП, (336 за 2017 г., 224 за 2018 г., 308 за 2019 г., 348 за 2020 г.) всички получени резултати от проведените в защитавани обекти измервания са далеч под пределно допустимото ниво от $10\mu\text{W}/\text{cm}$ (Таблица 1). Приетата гранична стойност (пределно допустими нива - ПДН) за тези честоти у нас, за всички години (2015-2019 г.) осигурява достатъчна защита на здравето на населението – под $10\mu\text{W}/\text{cm}^2$. [4].

На таблица 2 показваме базовите станции и защитени обекти в област Добрич по години и населени места.

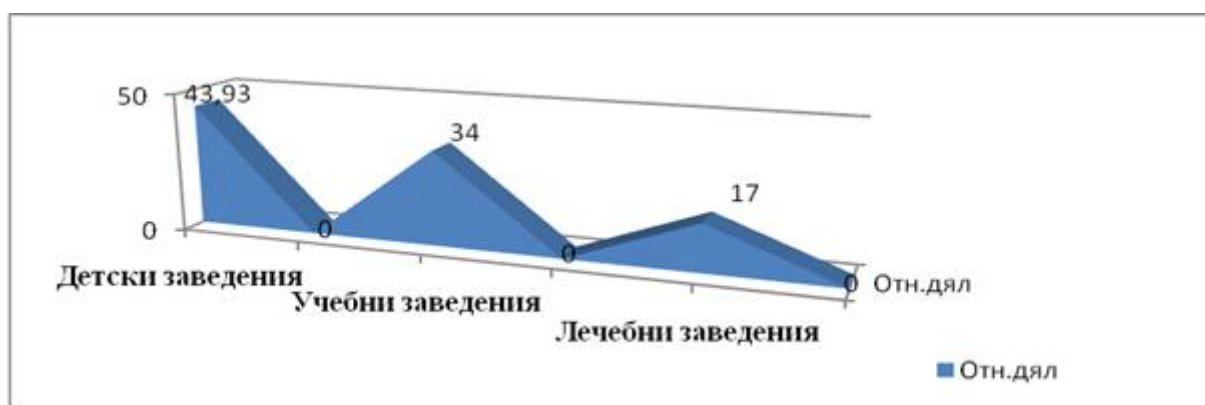
Таблица 2. Източниците на нейонизиращи лъчения на територията на област Добрич и базови станции в защитени обекти (детски, учебни, лечебни заведения) за 2015-2020 г.

Година	Източници на нейонизиращи лъчения брой	Базова станция брой	Защитени обекти брой	Община
2015	111	9	12	Добрич
2016	126	5	7	Добрич, Добричка, Каварна, Шабла
2017	145	4	4	Добрич
2018	147	4	6	Каварна
2019	163	4	3	Добрич, Българево
2020	174	14	15	Шабла

Относителният дял на защитените обекти 47 броя, в обсега на 40 базови станции, разположени в четири общини в област Добрич показваме на фигура

2. Най-голям е броят на детските заведения (23 бр.), следвани от учебните (16 бр.) и лечебните заведения (8 бр.).

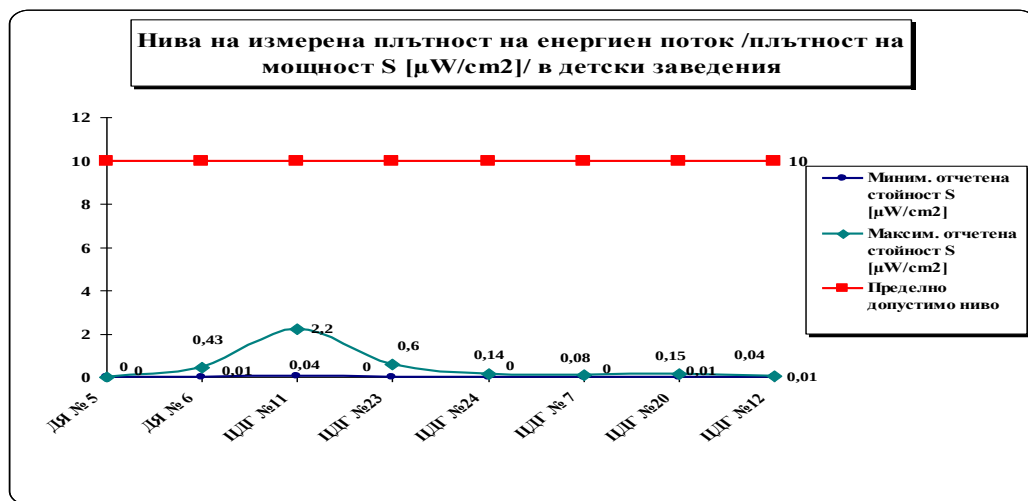
Източниците на нейонизиращи лъчения за наблюдаване за 2015-2020 г. нарастват от 111 броя през 2015 г., 126 броя за 2016 г. до 163 броя за 2019 г. и 174 броя за 2020 г. Базовите станции, общо 40 броя, които са в районите на защитени обекти, осигуряват редовен мониторинг в четири общини (град Добрич, община Добричка, Каварна, Шабла) от общо 8 общини в областта.



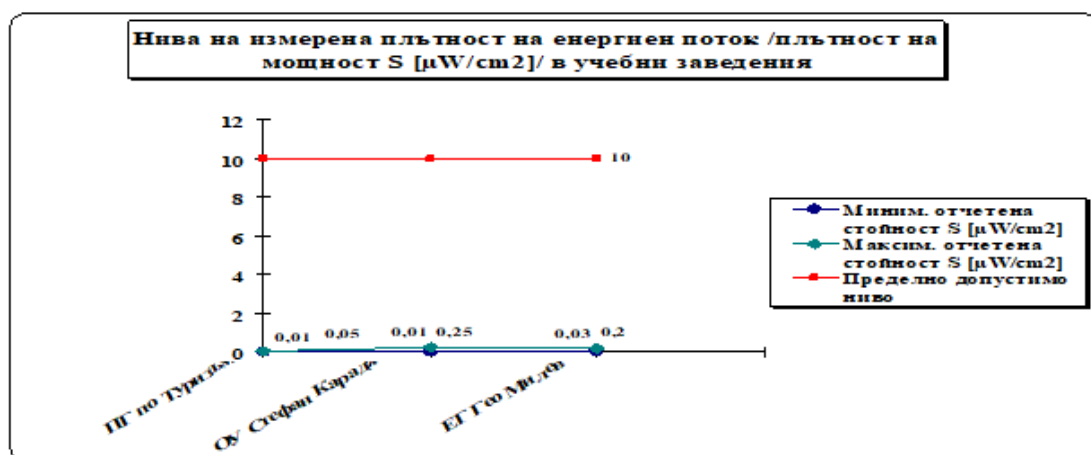
Фигура 2. Относителен дял на защитени обекти (детски, учебни, лечебни заведения) от ЕМП в област Добрич за 2015-2020.

Мониторингът на електромагнитните полета на 9 базови станции за мобилна комуникация в райони на 1 лечебно, 3 учебни и 8 детски заведения в община Добрич за установяване съответствието със здравните изисквания за 2015 г. са представени на фигури 3, 4, 5, 6.

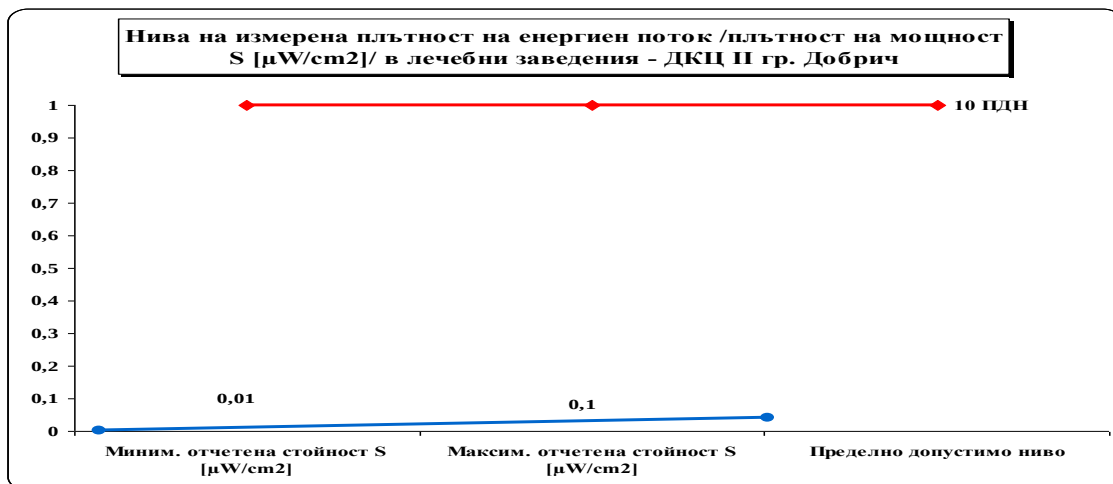
Вижда се, че всички показатели нива на плътност на енергиен поток/плътност на мощност $\mu\text{W}/\text{cm}^2$ в лечебни заведения, учебни и детски заведения са под ПДК за 2015 г. Най-ниските измерени нива са $0,01 \mu\text{W}/\text{cm}^2$, а най-високите – $2,20 \mu\text{W}/\text{cm}^2$, което варира от 4,5 до 1000 пъти под пределно допустимата стойност.



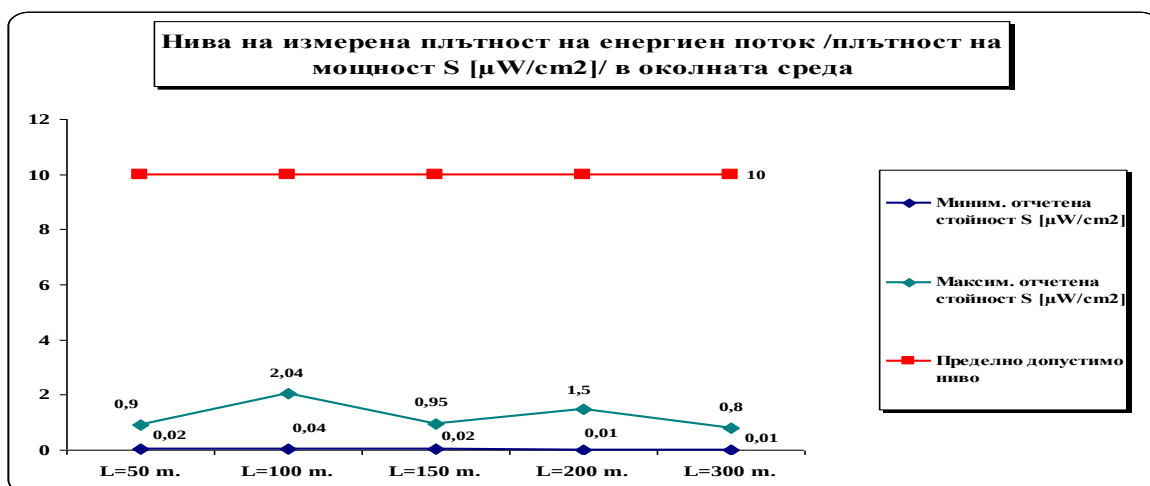
Фигура 3. Нива на плътност на енергиен поток /плътност на мощност $\mu\text{W}/\text{cm}^2$ в детски заведения в Добрич за 2015 г.



Фигура 4. Нива на плътност на енергиен поток /плътност на мощност $\mu\text{W}/\text{cm}^2$ в учебни заведения в Добрич за 2015 г.



Фигура 5. Нива на плътност на енергиен поток /плътност на мощност $\mu\text{W}/\text{cm}^2$ в лечебни заведения в Добрич за 2015 г.



Фигура 6. Нива на плътност на енергиен поток /плътност на мощност $\mu\text{W}/\text{cm}^2$ в околната среда в Добрич за 2015 г.

За 2017 г. най-ниската измерена моментна стойност на плътност на мощност е $< 0,1 \mu\text{W}/\text{cm}^2$, а най-високата – $1,2 \mu\text{W}/\text{cm}^2$. Най-ниската средна стойност на плътността на мощност за 6 минутен интервал е $< 0,1 \mu\text{W}/\text{cm}^2$, а най-високата – $0,8 \mu\text{W}/\text{cm}^2$. За 2018 г. $< 0,1 \mu\text{W}/\text{cm}^2$, а най-високата – $1,1 \mu\text{W}/\text{cm}^2$. Най-ниската средна стойност на плътността на мощност за 6 минутен интервал е $< 0,1 \mu\text{W}/\text{cm}^2$, а най-високата – $1,0 \mu\text{W}/\text{cm}^2$. За 2019 г. $< 0,1 \mu\text{W}/\text{cm}^2$, а най-високата – $2,1 \mu\text{W}/\text{cm}^2$. Най-ниската средна стойност на плътността на мощност за 6 минутен интервал е $< 0,1 \mu\text{W}/\text{cm}^2$, а най-високата – $2,0 \mu\text{W}/\text{cm}^2$ и 2020г. $< 0,1 \mu\text{W}/\text{cm}^2$, а най-високата $1,7 \mu\text{W}/\text{cm}^2$. За 2020 г. най-ниската измерена моментна стойност е $< 0,1 \mu\text{W}/\text{cm}^2$, а най-високата $1,7 \mu\text{W}/\text{cm}^2$.

Заклучение

От извършените 1216 измервания на открити части в райони с голяма концентрация на население от различни разстояния до излъчвателите на ЕМП като последните са далеч под пределно допустимото ниво от $10 \mu\text{W}/\text{cm}^2$. Най-ниските измерени нива са $0,01 \mu\text{W}/\text{cm}^2$, а най-високите – $2,20 \mu\text{W}/\text{cm}^2$, което варира от 4,5 до 1000 пъти под пределно допустимата стойност. Обследваните антени на мобилни оператори не представляват здравен риск за населението, живущо и пребиваващо в близост до тях.

Литература

Andreeva-Nesheva, T. (2018). Metod I sistema za integriran GIS baziran monitoring “Method and system for integrated GIS based monitoring, for forecasting and management of electromagnetic pollution on the territory of Sofia Municipality, according to data from ground measurements”.http://space.bas.bg/bg/contests_and_procedures/konkursi/T.Andreeva/AReferat.pdf

Bulgarian State Standard (BDS) 17137-90-1990. Electromagnetic microwave fields. Permissible values and control requirements. T 58.

Directive 1999/5 / EC on radio and telecommunications equipment establishes a regulatory framework for placing on the market, free movement and putting into service in the Community of radio equipment and telecommunications terminal equipment

Directive 2004/40/EC of the European Parliament and of the Council of 29 April 2004 on the minimum health and safety requirements regarding the exposure of workers to the risks arising from physical agents (electromagnetic fields) (18th individual Directive within the meaning of Article 16(1) of Directive 89/391/EEC)

Eurobarometer 73.3 ELECTROMAGNETIC FIELDS, p. 8

EUROPEAN COMMISSION Directorate-General for Research and Innovation Directorate A – Policy Development and Coordination Unit A.1 – Internal and external communication, Horizon 2020 First result

Getsov P., D. Teodossiev, E. Roumenina, et al. (2008). Development of Strategy and Methods for Monitoring of Electromagnetic Pollution in the Environment of the Western Balkans - Scientific Report of the Project ID 10374, SEE-ERA-NET Regional Program for Cooperation with South-East Europe.

Health Act, prom. SG, no. 70/2004 Promulgated, in force since 1.01.2005, last amended. and add., no. 27 of April 5, 2016.

ICNIRP statement on emf-emitting new technologies. Health physics (2008), 94(4):376-392.

Izrael M.: Bulgariya ima silno zashtitavashti ogranicheniya za mobilnite mrezi I 5G, <https://www.techtrends.bg/2020/05/07/michel-israel-5g-interview-6723/> Accessed May 7, 2020

Report from the commission on the application of council recommendation of 12 July 1999 (1999/519/ec) on the limitation of the exposure of the general public to electromagnetic fields (0 hz to 300 ghz) second implementation report 2002-2007 <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2008/BG/1-2008-532-BG-F1-1.Pdf>

Stoyanova, P., D. Monov, M. Kolarova, et al. The ancient control of electromagnetic radiation for the safety of the population. Collection of abstracts and reports "Health Care - Science and Technology". Fifth National Student Session with International Participation, MU- Pleven - 2017, 312-319.

Teodosiev, D., G. Mardirosyan, R. Gurov, et al. Mapping of electromagnetic pollution in urban areas. Reports X International Scientific Conference VFU 2010, Sofia, pp. 85-90.

WHO, Fact sheet 181, May 998, *Electromagnetic field and public health*, превод на български език, Фондация „Фарадей”

WHO, The international EMF project, Progress Report May 2010 – 201.

✉ Доц. д-р Милена Карчева, д.м.

МУ-Плевен, Факултет „Обществено здраве”

milena_karcheva@abv.bg

НАГЛАСИ НА РОДИТЕЛИТЕ КЪМ ИМУНИЗАЦИЯТА СРЕЩУ ГРИП В УСЛОВИЯТА НА COVID-19 ПАНДЕМИЯ В ОБЛАСТ ПЛЕВЕН, БЪЛГАРИЯ

М. Карчева¹, М. Стойновска², Н. Коларова-Янева³, В. Недкова-Миланова⁴

¹Медицински Университет-Плевен, Сектор Епидемиология, ² Медицински Университет – Плевен, Сектор Хигиена, ³ Медицински Университет – София, Катедра Педиатрия, ⁴Медицински Университет – Плевен, Сектор Обща медицина

INFLUENZA IMMUNIZATION IN THE CONDITIONS OF COVID-19-PARENTAL ATTITUDES IN PLEVEN REGION, BULGARIA

M. Karcheva¹, M. Stoynovska², N. Kolarova-Yaneva³, V. Nedkova-Milanova⁴

¹Medical University-Pleven, Pleven, Bulgaria, Faculty of Public health, Department of Epidemiology, ²Medical University-Pleven, Pleven, Bulgaria, Faculty of Public health, Department of Hygiene, ³ Medical University-Sofia, Sofia, Bulgaria, Faculty of Medicine, Department of Paediatric, ⁴ Medical University-Pleven, Pleven, Bulgaria, Faculty of Public health, Department of General Medicine

ABSTRACT: The Coronavirus disease (COVID-19) spread to a significant extent during the winter months in Bulgaria. The epidemic situation overlapped with the influenza season. Infection with both viruses could have serious consequences. Influenza affects all age groups, but children are particularly vulnerable to these infections and their complications. Our **aim** was to describe the attitude of parents towards immunization with an influenza vaccine in a COVID-19 pandemic. **Material and methods:** A cross-sectional study was applied for the period from February to March 2021. In an interview, we examined parental attitudes towards influenza immunization among 15 children with chronic diseases and 30 healthy children aged 6-18 years, in the Pleven Region, Bulgaria. **Results:** 45 parents were interviewed, 15 of which were parents of children with chronic diseases (bronchial asthma - six, cystic fibrosis - two, cerebral palsy - two, epilepsy - three, cardiovascular disease - two). Analysis of the data shows that 9 out of 45 children have been immunized against influenza, two of whom have chronic diseases. Among the healthy children, 7 were immunized and 23 were not immunized, respectively. The influenza immunization is recommended for all children by paediatricians. The leading reasons for parents to refuse immunization were, 'Fear of side effects from the vaccine' - 11 (73%), 'Doubt in the quality of the vaccine' - 8 (53%), 'Medical contraindications' - 5 (33%). **Conclusion:** In Bulgaria, children's health is entrusted to GPs and paediatricians. The results of the study show the need to expand the role of GPs in supporting families in the decision-making process based on evidence, and in improving the quality of prevention and control of the infectious diseases in children. It is necessary to increase the role of a GP in raising the parents' awareness of the influenza vaccine and providing expert medical advice regarding their children. The influenza vaccine protects against the severe course and complications of the flu infection.

Keywords: Influenza immunization, parental attitudes, children

Въведение

Коронавирусните заболявания (COVID-19) се разпространяват в значителна степен през зимните месеци в България. Рискът от пандемия стана

реалност. Бързото разпространение на вируса и неговата новост доведе до необходимостта от създаване на ваксина (Buyuktiryaki, Soyer, Erkoglu, Dogan, Azkur, Kocabas et al. 2014; Fogel, Schaefer, Hicks, 2021).

Координирани от СЗО повечето правителства планираха стратегии и препоръки за справяне с тежкия вирусен причинител. Епидемичната ситуация се припокрива с грипния сезон. Инфекцията с двата вируса може да има сериозни последици за здравето на населението. Грипът засяга всички възрастови групи, но децата са особено уязвими към тези инфекции и техните усложнения (Robbins, Leask, Booy, 2011; Grech, Borg, 2020).

Грипът е едно от най-масовите инфекциозни заболявания при човека с голямо клинично, епидемиологично и социално-икономическо значение. Грипът и породените от него вторични респираторни инфекции са причина за 13% от смъртните случаи в световен мащаб. Грипният вирус причинява значителна заболяемост и смъртност сред децата (Grohskopf, Alyanak, Broder, Blanton, Fry, Jernigan, 2020). Ваксинацията е ефективна стратегия за предотвратяване заразяването с грип, намалява хоспитализациите и тежките форми на заболяването. Консултативният комитет относно имунизационните практики (ACIP) в САЩ препоръчва имунизация при деца над 6 месечна възраст от 2008 г. (Fiore, Shay, Broder, Iskander, Uyeki, Mootrey, Bresee, 2008). Ваксинацията срещу грип е препоръчителна за лица от рисковите групи: възрастни над 65 години, деца над шест месечна възраст, възрастни с отслабена имунна система или хронично болни (с бронхиална астма, сърдечно-съдови проблеми, диабет), при които е по-вероятно да се развие тежка форма на заболяването. Въпреки тази препоръка малка част от населението и деца от 6 месеца до 18 години се имунизират през грипния сезон (Godongwana, Myburgh, Adedini, Gutland, Radebe, 2021; Head, Kasting, Sturm, Hartsock, Zimet; 2020; Kahn, Santibanez, Zhai, Bridges, 2018).

Ползи от ваксината:

- Ваксините са необходими за опазване здравето на децата;

- Ваксините предотвратяват заболяванията, за които са предназначени;

- Ваксините са безопасни;

- Ако детето не се имунизира, то може да се зарази със заболяване.

Вреда от ваксината:

- След ваксинация може да се появят странични реакции.

Доверие:

- Медицинските специалисти са отговорни за здравето на децата;

- Родителите се доверяват на лекаря на тяхното дете и поддържат добри взаимоотношения с него.

Нашата задача беше да проучим отношението на родителите към имунизацията с противогрипна ваксина при пандемия с COVID-19 и да установим какви са най-честите причини за отказ от ваксинация.

Материал и методи

Приложихме срезово проучване за периода февруари - март 2021 г. В интервю изследвахме нагласите на родителите към имунизацията срещу грип сред 15 деца с хронични заболявания и 30 здрави деца на възраст 6-18 години в област Плевен, България. Разгледахме три основни въпроса:

- Какви фактори оказват влияние върху намеренията на родителите да ваксинират детето си срещу грип?

- Възприемането на риска от пандемия определя ли намерението за ваксинация?

- Заразяването със сезонен грип оказва ли значение в намерението на родителите за ваксинация?

Изследвахме четири ключови измерения на възприятията за риск в условията на COVID-19:

- Тревожност: „Колко сте притеснени за тази пандемия?“

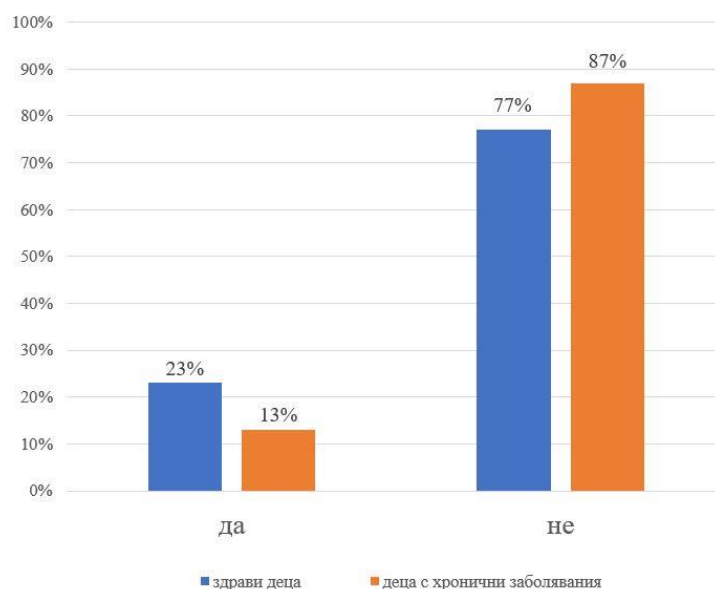
- Тежест: „Колко сериозна според Вас е тази пандемия?“

- Разпространение: „Каква част от населението би могло да се зарази?“

- Уязвимост: „Колко висок според Вас е рискът да се заразите с болестта?“

Резултати и обсъждане

Интервюирахме 45 родители, 15 от които на деца с хронични заболявания (бронхиална астма - 6, муковисцидоза - 2, детска церебрална парализа - 2, епилепсия - 3, сърдечно - съдови заболявания - 2). Анализът на данните показва, че 9 от 45 деца бяха имунизирани срещу грип, две от които с хронични заболявания (фигура 1). Сред здравите деца 7 бяха имунизирани и 23 не имунизирани. Имунизацията срещу грип се препоръчва за всички деца от педиатри и ОПЛ.



Фигура 1. Имунизирани деца с противогрипна ваксина.

Проучихме демографските фактори на родителите на здравите деца и децата с хронични заболявания (таблица 1).

В проучените групи не установихме статистически значима разлика между образованието на родителите на здравите деца и децата с хронични заболявания. В двете изследвани групи преобладаваха семейства със средно и висше образование, с предимно градски тип местоживееене. Около 53% (n=16) от контролите бяха от градовете, а 47% (n=14) - от селата. Аналогични се

Таблица 1. Социално-демографска характеристика на изследваните лица (родители).

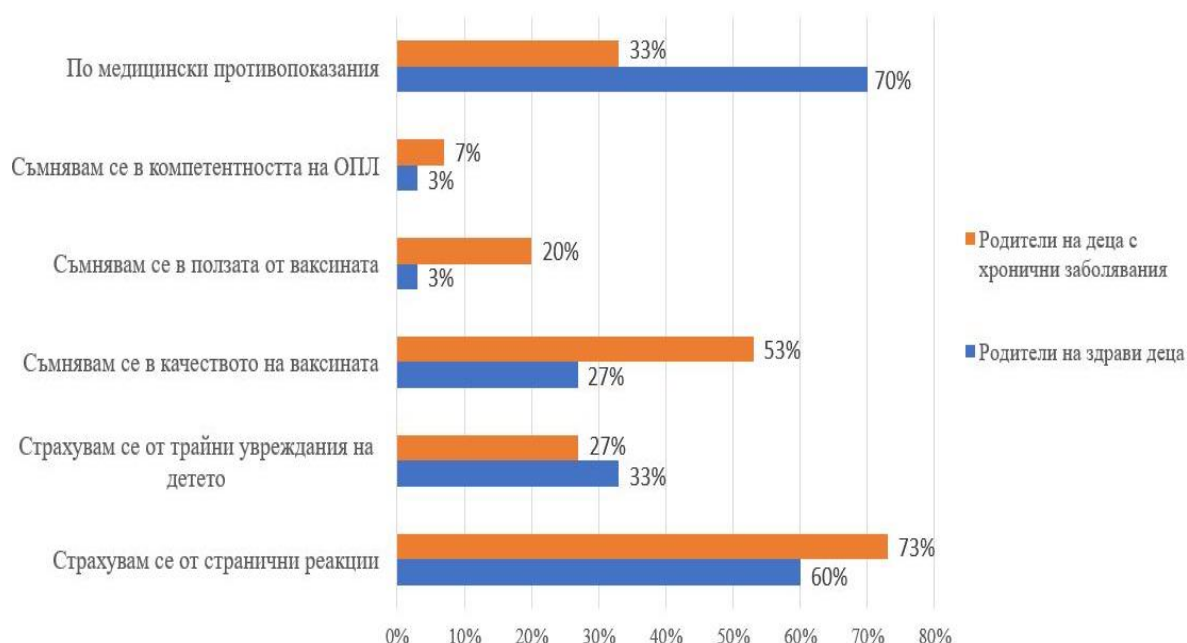
Характеристика	Контроли		Случаи		p
	Брой	%	Брой	%	
Образование на майката					P>0,05
Висше	9	30	9	60	
Средно	13	43	6	40	
Основно	3	10	0	0	
Начално	2	7	0	0	
Без образование	3	10	0	0	
Общо	30	100	15	100	
Образование на бащата					P>0,05
Висше	9	30	8	53	
Средно	15	50	7	47	
Основно	2	7	0	0	
Начално	0	0	0	0	
Без образование	4	13	0	0	
Общо	30	100	15	100	
Етнос					P>0,05
Български	16	53	9	60	
Турски	2	7	3	20	
Ромски	12	40	3	20	
Общо	30	100	15	100	
Местоживеене					P>0,05
Град	16	53	12	80	
Село	14	47	3	20	
Общо	30	100	15	100	

оказаха резултатите и при случаите – 80% (n=12) бяха от градовете, а 20% (n=3) – от селата. При 60% (n=9) от децата с хронични заболявания родителите бяха с български етнос, а при здравите деца - 53% (n=16).

Средната възраст на майките на контролната група деца беше $36,56 \pm 4,43$ години, а на майките на хронично болни деца - $35,36 \pm 4,29$ години. Получените резултати показват, че няма статистически значима разлика по образование, етнос и възраст на майките при изследваните групи (p>0,05).

На фигура 2 са изобразени най-честите причини на родителите за отказ от имунизация. Най-често родителите не ваксинираха децата си поради „Страх от страничните реакции на ваксината“ – 73%; „Съмнение в качеството на ваксината“ – 53%; „Медицински противопоказания за имунизация“ – 33%. Образователната подготовка на родителите, предишна ваксинация на детето срещу сезонен грип и ваксиниране на член на семейството оказаха значително влияние върху нагласата на родителите за имунизация на детето, като страхът от странични реакции (73%) беше основната причина за отказ на родителите от ваксинация. Въпреки високите нива на страх от странични реакции от ваксината, родителите на проучените деца не съобщиха за сериозни оплаквания след ваксинация. Препоръките на лекарите за ползата на ваксината (84,8%) се оказаха важни за вземане на решения за имунизация.

Знанията, вярванията и отношението на родителите към противогрипната ваксина са оказали влияние за приемане или отхвърляне на ваксината. Родителите са били по-склонни да имунизират детето си ако са смятали, че заболяването протича тежко, а ваксината – безопасна.



Фигура 2. Най-чести причини за отказ от имунизация.

Положителното влияние на ваксинирането на член от семейството срещу грип предполага склонността на индивида към ваксинация. Хората с ваксиниран член на семейството са по-склонни да приемат имунизация.

Заключение

В България здравето на децата е поверено на личните лекари и педиатрите. Необходимо е да се разшири ролята на общопрактикуващите лекари в подкрепа на семействата в процеса на вземане на решения и в подобряване на качеството на превенцията и контрола на инфекциозните заболявания при децата. Трябва да се повиши ролята на общопрактикуващия лекар за информираност на родителите, относно противогрипната ваксина и предоставяне на експертни съвети за ваксинацията на техните деца (Grohskopf, Alyanak, Broder, Blanton, Fry, Jernigan, 2020).

Имунизацията срещу грип предпазва от тежкото протичане и усложненията на грипната инфекция. Въпреки че децата с астма се считат за високоприоритетна група за ваксинация срещу грип, установихме ниско усвояване на ваксината сред нашите пациенти. Вярата и нагласата на родителите повлияха върху техните решения за имунизация. Разбирането на основните детерминанти за отказ от ваксинация ще помогне за подобряване на кампаниите за ваксиниране.

Литература:

Buyuktiryaki B, O. Uysal Soyer, M. Erkoglu, A. Dogan, D. Azkur, C.N. Kocabas. What a pandemic teaches us about vaccination attitudes of parents of children with asthma. *Vaccine* 2014;32: 2275-2280.

Cooper Robbins S.C., J. Leask, R. Booy. Parents attitudes towards the influenza vaccine and influencing factors. *J Paediatr Child Health* 2011; 47:419-22.

Fiore A.E., D.K. Shay, K. Broder, J.K. Iskander, T.M. Uyeki, G. Mootrey, J.S. Bresee. Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2008. *National Library of Medicine*.

Fogel B., E.W. Schaefer, S.D. Hicks. Early Influenza vaccination rates decline in children during the COVID-19 pandemic. *Vaccine* 2021; 39:4291-4295.

Godongwana M, N. Myburgh, S.A. Adedini, C. Gutland, N. Radebe. Knowledge and attitudes towards maternal immunization: perspectives from pregnant and non-pregnant mothers, their partners, mothers, healthcare providers, community and leaders in a selected urban setting in South Africa. *Heliyon* 2021; 7: e05926.

Grech V, M. Borg. Influenza vaccination in the COVID-19 era. *Early Hum Dev* 2020;148.

Grohskopf L.A., E. Alyanak, K.R. Broder, L.H. Blanton, A.M. Fry, D.B. Jernigan. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, 2020-21 Influenza Season. *MMWR* 2020; 69:1-24.

Head K.J., M.L. Kasting, L.A. Sturm, J.A. Hartsock, G.D. Zimet. A National Survey Assessing SARS-CoV-2 Vaccination Intentions: Implications for Future Public Health Communication Efforts. *Sci. Commun* 2020; 42:698-723.

Kahn K.E., T.A. Santibanez, Y. Zhai, C.B. Bridges. Association between provider recommendation and influenza vaccination status among children. *Vaccine* 2018; 36:3486-3497.

✉ Доц. д-р Милена Карчева, д.м.

МУ-Плевен, Факултет „Обществено здраве”

milena_karcheva@abv.bg

ПОДХОДИ ЗА ИНДИРЕКТНО РЕДУЦИРАНЕ НА ДОЗАТА ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИЯ

Н. Михайлова¹, М. Камбурова²

¹ Медицински университет – Плевен, Медицински колеж, специалност „Рентгенов лаборант“

² Медицински университет – Плевен, факултет „Обществено здраве“, катедра
„Общественоздравни науки“

APPROACHES TO INDIRECT DOSE REDUCTION IN X-RAY EXAMINATION

N. Mihaylova¹, M. Kamburova²

¹ Medical University - Pleven, Medical College, specialty „X-ray Technician“

² Medical University - Pleven, Faculty of Public Health, Department of Public Health

ABSTRACT: *The harmful effects of radiation and the increasing the number of X-ray examinations pose a challenge to achieve an optimal image with a minimum dose. The X-ray technician is responsible for the implementation of X-ray examinations. The aim of the report is to present indirect approaches leading to decreasing of errors and to dose reduction.*

Direct methods are mainly used to reduce the dose on radiography. Reduction of the dose received by the patient can be achieved through effective communication, informed consent, instruction and training of the patient.

For effective communication, the X-ray technician must develop understandable communication skills.

Keywords: ionizing radiation, X-ray technician, patient dose, informed consent, communication

Въведение

Човечеството е изложено на непрекъснатото въздействие на йонизиращите лъчения от природния и техногенен радиационен фон.

Естественият радиационен фон (фигура 1) е физична характеристика на околната среда, зависи от географския район и надморската височина и трудно може да бъде контролиран и избегнат.

Средногодишната доза фоново облъчване, която получава българинът от външно и вътрешно облъчване, вкл. радон, е около 2,3 mSv (Natsionalen tsentar po radiobiologiya i radiatsionna zashtita, 2021).

Надфоновото облъчване се получава от изкуствено създадени източници, а дължащото се на медицински процедури, превишава всяко друго облъчване, причинено от човека.



Фигура 1. Естествен радиационен фон.

В световен мащаб броят на медицинските рентгенови прегледи е над 4 милиарда годишно. Според Научния комитет за действието на атомната радиация към ООН (UNSCEAR), медицинското облъчване допринася за над 99% от надфоновото облъчване и около 21% от общото облъчване на населението (СЗО, 2016).

По последни данни за България надфоновото облъчване е 26% от общото. Както е видно на фигура 2, най-голям дял се пада на рентгеновите изследвания (Natsionalen tsentar po radiobiologiya i radiatsionna zashtita, 2021).

Диагностичните методи, използващи рентгенови лъчи, са конвенционалната рентгенография, рентгеноскопията (флуороскопия), компютърната томография, мамографията, денталните рентгенови изследвания и интервенционалните процедури под рентгенов контрол.

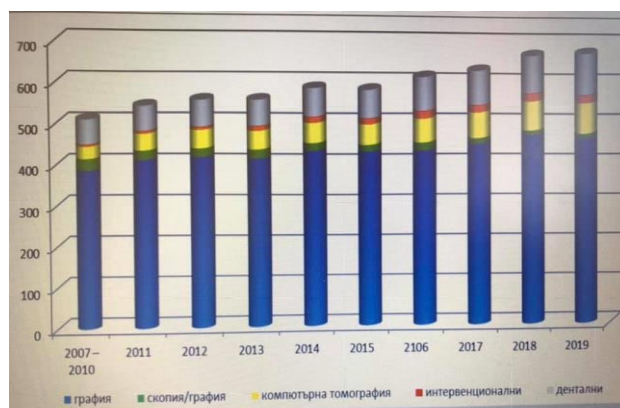


Фигура 2. Принос на природни и техногенни източници в общото облъчване на българското население.

Около 60% от рентгеновите изследвания водят до многократно облъчване, в резултат на повишения брой процедури за скрининг, и тези за проследяване ефекта от дадена интервенция или терапия. Това означава, че въпреки стремежа към ниска индивидуална доза, общата кумулативна доза значително нараства, а с всяка получена доза нараства и радиационния риск (United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation, 2010).

Обобщените данни от последния Доклад на НЦРРЗ (фигура 3) сочат, че за 2019 г. с най-голям принос към общия брой рентгенови изследвания, около 70%, е рентгенографията – основно графии на бял дроб и на крайници (Natsionalen tsentar po radiobiologiya i radiatsionna zashtita, 2021).

Данните за 2020 г. и 2021 г. със сигурност ще увеличат този процент, заради Ковид-19 и значението на белодробната рентгенография и компютърната томография за диагностика и проследяване на болестта.

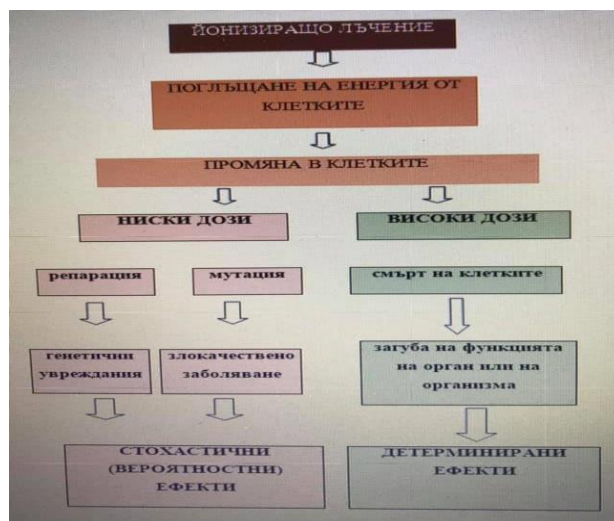


Фигура 3. Честота на петте основни групи рентгенови изследвания за периода 2007-2019 г.

Йонизиращите лъчения (ЙЛ) в медицината са ценни за създаване на изображения, но водят до нежелани ефекти:

- детерминирани, за които има праг на дозата, над който праг ефектът задължително се проявява (ICRP, 2012);
- стохастични (безпрагови), които имат вероятостен характер, проявяват се месеци или години след облъчването, могат да възникнат, но могат и никога

да не настъпят (фигура 4). Проявяват се като генетични увреждания или онкологични заболявания (Dauer, 2011).



Фигура 4. Ефекти от взаимодействие на ЙЛ с материята.

Детерминирани ефекти са характерни за високодозовите процедури (интервенционалните и компютър – томографските изследвания). Стохастичните ефекти са резултат от многократно облъчване с относително ниска радиационна доза (International Atomic Energy Agency, 2014).

Съвременната радиационна защита има за цел да елиминира детерминирани и да сведе до минимум вероятността от настъпване на стохастични ефекти за човека и неговото поколение (Natsionalen tsentar po radiobiologiya i radiatsionna zashtita, 2020). На особена защита подлежат жените във фертилна възраст, бременните и децата, при които рискът е по-висок.

Рентгенографията – като най-често прилаганият метод, използващ сравнително ниски дози, трябва да бъде обоснована, непрекъснато оптимизирана и ограничавана.

За намаляване на дозата на пациента, в практиката се използват предимно средства и мерки, които директно лъчезащитават пациента – оловна защита, блендиране (колимация) на лъчевия сноп, използване на РА (posterior-anterior) проекция, когато е възможно, използване на твърда техника и т.н. Важен аспект, който остава в страни от ползрението на специалистите, но криещ

висок потенциал за намаляване както на индивидуалната, така и на колективната доза, са т.н. индиректни подходи, чиято основа е ефективната комуникация – идентифициране на пациента, информирано съгласие, инструктаж и обучение.

Цел

Целта на доклада е да привлече вниманието на аудиторията върху три индиректни подхода, водещи до намаляване на индивидуалната доза при рентгенови изследвания.

Материали и методи

Използван е документален метод. Проучена е научната литература, международните и национални нормативни документи и стандарти по представения проблем от последните 10 години.

Резултати и обсъждане

При конвенционалната рентгенография реализираните дози са много ниски и при спазване на добра рентгенографска практика рисковете за пациента са сведени до минимум (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2006). Детерминирани ефекти при нея не могат да се наблюдават, но стохастичните са твърде вероятни, поради по-големия дял рентгенови изследвания с цел скрининг, планиране и проследяване на болестта (Brenner, 2003, 2005, 2007).

Единствената възможност за намаляване на дозата изглежда е спазването на добра медицинска практика, включваща основните принципи за радиационна безопасност – обосноваване на всяко изследване, контролиране дозите на пациента и оптимизиране на всички аспекти на медицинското облъчване.

Освен класическите, директни лъчезащитни методи и средства имат една група подходи, които крият голям потенциал в намаляването, както на индивидуалната, така и на колективната доза – информирано съгласие, ефективна комуникация, инструктаж за поведение, които все по-често се

коментират в научните публикации през последните години (Cocanour, 2017; Agentsiya za yadreno regulirane, 2021).

По време на една диагностична рентгенова процедура, цялостният подход към грижите за пациента е от съществено значение (Lightfoote, 2014). Холистичната грижа трябва да започне с ефективна комуникация между лаборант и пациент. Такъв тип диалог намалява безпокойството у пациента и увеличава вероятността за сътрудничество (Cardinal, 2011).

Диалогът и информираността с цел получаване на съгласие са първата стъпка в алгоритъма на едно рентгенографско изследване. Много специалисти смятат тази първа стъпка за формалност и я изпълняват фиктивно. Нужно е обаче да ѝ се обърне по-голямо внимание и да ѝ се отдели повече време.

1. Ефективна комуникация.

Ефективната комуникация с пациентите и техните близки е едно от изискванията на Международните основни стандарти за безопасност и е в основата на добрата медицинска практика (Sherer, 2014). В спокойна психоемоционална обстановка болният е в състояние да преодолее страха и притеснението от диагнозата и да се съсредоточи върху разговора.

При над 90% от рентгенографските изследвания рентгеновият лаборант е единствения медицински специалист, който се среща с пациента, поради което ефективната комуникация представлява важен аспект от цялостното изследване. Част от основните задачи на лаборанта са правилната идентификация, предразположението, мотивирането, инструктажа и обучението на пациента, така че той да изпита доверие и да стане активен участник в собственото си изследване. Това улеснява и осигурява качествено, безпроблемно и безопасно провеждане на рентгенографията.

2. Идентификация на пациента.

Защитата на пациента трябва да започне с правилната идентификация. Въпросът: „Как се казвате?“ е много по-уместен и правилен от въпроса: „Вие Иван ли се казвате?“. В непозната обстановка и тревожност пациентът може да не е чул или разбрал въпроса, но въпреки това да потвърди, или просто да има

двама пациенти с еднакви имена. Грешки от този вид трябва да се предвидят и не бива да се допускат, тъй като водят до повторно изследване.

3. Информирано съгласие.

Информираното съгласие е задължителен елемент на лечебно-диагностичния процес. При рентгенографията, като рутинно изследване с нисък риск, устното информирано съгласие се взима от рентгеновия лаборант. Според Закона за здравето чл.89, ал.1 писмената форма на информирано съгласие е задължителна само когато се прилагат методи, водещи до повишен риск или до временна промяна в съзнанието на пациента (Zakon za zdraveto, 2011). Писменото информирано съгласие се взима от лекар със специалност образна диагностика.

Информираното съгласие е част от ефективната комуникация. Преди всяко изследване рентгеновият лаборант е длъжен ясно, точно и разбираемо за пациента да обясни какво му предстои като продължителност, усещания, поведение, подготовка (Dauer, 2011). Да инициира разговор за радиационния риск, като даде възможност на пациента да задава въпроси. Това касае най-вече жените във фертилна възраст, бременните и семействата с пациенти деца. В повечето случаи пациентите знаят, че всяко рентгеново изследване крие риск, но не са малко и случаите, в които пациентите не знаят това. Не рядко се случва изследваните да задават въпроси, свързани с дозата. От изключителна важност е ползата и рисковете от предвидената процедура да се съобщават по начин, който те могат да разберат. Една от целите на комуникацията е преодоляване на разликата между начина, по който специалистите определят риска и начина по който го възприемат пациентите и техните близки. Социални фактори, убеждения, предишни преживявания, ценностите и мирогледа на индивида могат да повлияят на възприемането на риска (Zewdu, 2017).

Специалистите съветват да се направи аналог между дозата от процедурата със същата дозата, която би се получила от естествения радиационен фон. Уместно е информация по проблема (фигура 5) да се постави и на стратегически места (напр. в коридора или на вратата), за да могат

заинтересованите да я прочетат и осмислят предварително (Cardinal, 2011; Sherer, 2014).

Рентгеново изследване	Еквивалентен период на облъчване от природния фон
Рентгенография на кости на крайник	пог 1,5 дни
Рентгенография на зъб	1,5 - 7 дни
Рентгенография на белите дробове	3 - 10 дни
Рентгенография на череп	11 дни
Рентгенография на шийни прешлени	2 седмици
Рентгенография на бедро	7 седмици
Рентгенография на торакални прешлени	4 месеца
Рентгенография на таз или корем	4 месеца
Рентгенография на лумбални прешлени	7 месеца
Рентгеноскопия на белите дробове (1 минута)	12 месеца
Венозна урография (изследване на бъбреците)	14 месеца
Контрастно изследване на стомаха	16 месеца
Иригография (изследване на дебелото черво)	3 години
Компютърна томография на глава	1 година
Компютърна томография на гръден кош	3,6 години
Компютърна томография на корем или таз	4,5 години
Сърдечна катетеризация, коронарна ангиография, коронарна ангиопластика	над 6 години

Фигура 5. Сравнение на рентгеновите изследвания на някои органи с еквивалентен период на облъчване от естествения радиационен фон (НЦРРЗ).

4. Обучение и инструктаж на пациента.

След идентификацията и устното информирано съгласие е необходимо операторът да проведе инструктаж – какво положение и каква позиция да заеме пациентът, кога да спре дишането си и движенията и т.н. Трудности се срещат при малки деца, тежко болни, неадекватни и/или възрастни. Малки деца, които не могат да бъдат фиксирани с подходящи средства или от техните близки, се седират. За рентгенографиите, които се правят в инспириум и апное (поемане на въздух и задържане на дишането) са уместни 1-2 предварителни тренировки.

Сниманите части на тялото трябва да са открити и всички протези, украшения, вързана или сплетена коса и др. в изследваната област да се отстранят. По изключение, от морални и естетически съображения, някои области от тялото (таз) се снимат през бельо, но без това да компрометира изследването.

Някои рентгенографии изискват предварителна двудневна подготовка (почистване на дебелото черво). Подходящо е ясното и разбираемо обяснение

да е придружено от листовка за пациента, информацията от която да бъде препрочетена на по-късен етап, осмислена и изпълнена правилно.

Неподвижността, задържането на дъха, отстраняването на дрехи и украшения от изследваната зона, правилно изпълнената подготовка и адекватното поведение от страна на пациента елиминират вероятността от повторно изследване заради динамична нерязкост, артефакти и не добро почистване (Brenner, 2003).

Заклучение

Рентгеновият лаборант е ключова фигура, отговаряща за практическото изпълнение и оптимизацията на рентгенографските изследвания. От теоретичните му знания и добри практически и комуникативни умения, приложени в практиката зависи качествено и безопасно провеждане на всяка процедура.

Ефективната вербална и невербална комуникация намаляват тревожността и емоционалния стрес, повишават доверието у пациента и подобряват професионалния имидж. Пациентите трябва да получат цялата необходима информация, свързана с изследването, на разбираем език и да имат възможност да задават въпроси, на които да получат адекватни и удовлетворяващи отговори.

Индиректните подходи не водят до пряка защита на пациента, но спомагат за избягване на грешки, водещи до повторение на изследването, а от там и на получената доза. Всяко повторно изследване, причинено от лоша комуникация, техническа грешка, незнание, невнимание или небрежност, е в разрыв с добрата рентгенографска практика.

Литература

Brenner, D. J., & E. J. Hall. (2007). Computed tomography--an increasing source of radiation exposure. *The New England journal of medicine*, 357(22), 2277–2284. <https://doi.org/10.1056/NEJMr072149>.

Brenner, D. J., R. Doll, D. T. Goodhead. (2003). Cancer risks attributable to low doses of ionizing radiation: assessing what we really know. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100(24), 13761–13766. <https://doi.org/10.1073/pnas.2235592100>.

Brenner, R. J., & L. Bartholomew, (2005). Communication errors in radiology: a liability cost analysis. *Journal of the American College of Radiology : JACR*, 2(5), 428–431. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2004.08.009>.

Cardinal, J. S., R. B. Gunderman, & R. D. Tarver, (2011). Informing patients about risks and benefits of radiology examinations: a review article. *Journal of the American College of Radiology : JACR*, 8(6), 402–408. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2010.09.007>.

Cocanour C. S. (2017). Informed consent-It's more than a signature on a piece of paper. *American journal of surgery*, 214(6), 993–997. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.09.015>

Dauer, L. T., R. H. Thornton, J. L. Hay, R. Balter, M. J. Williamson, & J. St Germain. (2011). Fears, feelings, and facts: interactively communicating benefits and risks of medical radiation with patients. *AJR. American journal of roentgenology*, 196(4), 756–761. <https://doi.org/10.2214/AJR.10.5956>.

http://mail.ncrrp.org/wp-content/uploads/2020/04/IP-1-X_ray_brochure_9.pdf Accessed July 28, 2021.

Improving Diversity, Inclusion, and Representation in Radiology and Radiation Oncology Part 1: Why These Matter. (2014) <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2014.03.007>

Lightfoote, J. B., J. R. Fielding, C. Deville, R. B. Gunderman, G. N. Morgan, P. V. Pandharipande, A. J. Duerinckx, R. B. Wynn, & K. J. Macura (2014). Improving diversity, inclusion, and representation in radiology and radiation oncology part 1: why these matter. *Journal of the American College of Radiology : JACR*, 11(7), 673–680.

Naredba za radiatsionna zashtita, DV. br.110 ot 29.12. 2020 g.

Natsionalen tsentar po radiobiologiya i radiatsionna zashtita. <https://ncrrp.org/bg/otcheti-i-dokladi/> Accessed Juli 28, 2021.

NRC (2006). Health risks from exposure to low levels of ionizing radiation: BEIR VII, Phase 2. Washington (DC), USA: *National Academies Press*.

Radiation Protection and Safety of Radiation Sources: International Basic Safety Standards (2014), IAEA Safety Standards Series No. GSR Part 3, IAEA, Vienna.

Sherer M., Visconti P., Russell E., Haynes K., (2014) Radiation Protection in Medical Radiography 7th Edition, Maryland Heights, Mosby, **ISBN: 978-0-323-17220-2**

UNSCEAR (2010), Sources and effects of ionizing radiation. 2008 Report. United Nations Publications, New York.

World Health Organization. (2016). Communicating radiation risks in paediatric imaging: information to support health care discussions about benefit and risk. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205033>.

Zakon za zdraveto, DV br. 101 ot 27.12.2019 g.

Zewdu, M., Kadir, E., & Berhane, M. (2017). Analysis and Economic Implication of X-Ray Film Reject in Diagnostic Radiology Department of Jimma University Specialized Hospital, Southwest Ethiopia. *Ethiopian journal of health sciences*, 27(4), 421–426. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v27i4.13>.

✉ Нина Михайлова

Медицински университет – Медицински колеж – Плевен

Катедра Медико-диагностични дейности

Гр. Плевен 5800, ул. „Климент Охридски” 1

Ректорат 2, ет. 4

nina_mihajlova@abv.bg

КЛИНИЧЕН ОДИТ В АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНАТА ПРАКТИКА

С. Радева

СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов“ Варна
МУ Варна, Катедра „Здравни грижи“

RISK MANAGEMENT IN HOSPITAL OBSTETRIC STRUCTURES

S. Radeva

SHOGAT Varna, MU-Varna, Department of Health Care

ABSTRACT: *Medical activity in the specialties is carried out in accordance with medical standards that determine the necessary levels of qualification and competence of specialists, the structure and organization of activities. The current development is aimed at identifying and systematizing management impact indicators in connection with improving the quality of the organization, activities and resources.*

The results showed that the standards of medical specialties and the National Framework Contract are the main regulatory documents on activities that determine the intra-normal regulation in hospital structures. There is no established policy for conducting an internal clinical audit of activities that guarantees the involvement of activities and resources to the desired, achievable level of quality.

The conclusions relate to the accentuation and ensuring the quality and safety of obstetric and gynecological services provided in hospital structures through a policy of continuous monitoring of managed facilities.

Keywords: audit, quality, obstetric and gynecological structure, management.

Въведение

Клиничен одит е процес, който се дефинира като процес на подобрене на качеството, който се стреми да подобри грижата за пациента и резултатите, чрез систематично преглеждане на грижата спрямо определени формулирани критерии и прилагането на промяна (Petrova et. all, 2020; Petrova, Genev, Dzheretto, 2019). Редица фактори влияят върху формирането на работната среда (Radeva, 2020). и компетентността на човешките ресурси (Radeva, Kovachev, 2018, pp. 103-108; Radeva, 2019, pp. 1609-1614), но ролята на мениджмънта е безспорна по отношение на кадровата политика по подбор (Radeva, 2021, pp 82-85; Radeva, 2021), развитие и обучение на персонала с различни методи. Одитът дава ясна информация на мениджмънта за състоянието на човешките ресурси (Naredba № 1, 2015; Naredba № 18, 2005; Natsionalen ramkov dogovor za deynosti, 2020-2022), за необходимостта от тяхното развитие, за да отговори на

стратегията и мисията на здравната организация в сектора (Radeva, 2021, pp. 167-173; Radeva, 2019, pp. 1141-1146). Ключовият компонент на клиничния одит е изпълнението да бъде преразглеждано (Kulikova, 2008) (или одитирано) (Radeva, 2021, pp. 82-85), за да се осигури това, което трябва да бъде направено е направено, и ако не е, да се зададе рамка (MZ - Meditsinski standarti za deynosti), която да направи възможно въвеждането на подобрения (Dzhereto, Bakalinova, Mirazchiyski, Petrova, 2020). Медицинските дейности оказвани в акушеро-гинекологичната практика се основават на доказателства, клиничен опит (Radeva, 2020, pp. 27-31; Radeva, 2020, pp. 54-57), и подобряване на диагностичните и клинични аспекти, на база технологичния прогрес и въвеждането на висококачествени дейности в практиката, като се гарантира безопасността на работната среда и процесите (Gyurov, 2019; Petrova, Chamov, Gladilov, 2008).

Първите клинични одити са документирани още по време на Кримската война, които въвеждат строги санитарни практики и стандарти на хигиена в болниците и оборудването. Клиничният одит бавно навлиза в практиката и се използва за оценяване на качеството на здравните грижи, които се оказват на пациентите. В Бялата книга, „Работейки за пациентите“ на Великобритания (Roberts, 1989) се отбелязва първата стандартизация на клиничния одит, като част от професионалното здравеопазване. Книгата дефинира медицинския одит (както се нарича тогава) като: „систематичен критичен анализ на качеството на медицинската грижа, включително на процедурите, използвани за диагностика и лечение, на използването на ресурси и на резултатите, както и на качеството на живот на пациента“ (Roberts, 1989).

Изложение

Клиничният одит обхваща различни насоки на дейностите, ресурсите и структурата, които обуславят дейността на всяка акушеро-гинекологична структура и може да има смисъла на акредитация и да се прилага включително и за онлайн здравна информация и услуги.

Клиничният одит, може да бъде класифициран в 4 направления (Dzhereo at all, 2020; Petrova, Genev, Dzheretto, 2019; Petrova, Chamov, Gladilov, 2008):

1. Одит, базиран на стандарти – дейности с обхват, който включва дефиниране на стандартите за изпълняваните дейности, събиране на данни за измерване на текущата практика спрямо тези стандарти и прилагане на промени, които са оценени като наложителни.

2. Анализ на неблагоприятни/неприемливи случаи и критични инциденти от клиничната практика – изисква се спешен мониторинг на осъществените дейности, на медицинските записи и предприемане на спешни коригиращи мерки по отношение на клиничното поведение. Изисква се оценяване на тези случаи, водещи до нежелан и неочакван резултат.

Изисква се провеждане на Медицински съвети, лечебно-контролни комисии, комисии по етика, които на основание вътрешни проверки за одитиране на клиничното поведение, което да анализира събитията довели до крайния резултат (одит на значително събитие).

3. Взаимно оценяване – това е оценяване на качеството на здравна грижа, което се прави от клиничен екип, притежаващ необходимата квалификация, с перспективата за подобряване на клиничната грижа. Индивидуалните случаи трябва да се дискутират от наблюдаващия и оценяващ екип, за да се определи с ползата от припомнянето и изясняването, дали най-добрата практика е дадена като медицинска грижа.

4. Мониторинг сред пациенти и фокусни групи – проучване на мнението и нагласите, от гледната точка на потребителите на акушеро-гинекологични грижа, за качеството на лечение, което са получили.

Управлението на акушерските структури изисква провеждането то на непрекъснат контрол и одит, с които се гарантира безопасност на структурата, на процесите, на служителите и пациентите и потребителите. Това изисква обезпечаване на всеки един процес и задачи, включително и оповестяването на различни нормативни указания за изпълнение, за да се гарантира привеждане на дейността към изискванията и разпоредбите на външната среда. Одитът на

организацията, цели поставяне факторите на средата, водещи до несигурност под контрол.

Проведено е наблюдение и анкетно проучване сред 232 медицински специалисти от болничната акушеро-гинекологична помощ в гр. Варна от 3 лечебни заведения. Разпределението на респондентите е представено на фигура 1.



Фигура 1. Разпределение на респондентите по професионално направление.

Важен акцент е поставен по отношение на факторите на трудовата среда – натоварване, условия на труд, безопасност на работното място, конфликти, обучение, развитие на персонала, осигуреност. От анкетираните 55,78% определят високо натоварването на работната среда. Най-интензивни и натоварени са секторите в хирургичния блок, родилните зали, интензивните неонатологични отделения, интензивни отделения, Ковид структурите. Натовареността произтича от естеството на работа, спешността на изпълнение на задачите, внезапно настъпилите усложнения свързани с бременността, раждането или екстрагенитални състояния (заболявания на различни органи и системи, Ковид инфекция и др.).

Промените в нормативната база изискват силно администриране на дейности, което води до намаляване на времето за общуване с пациентите и ранното откриване и диагностициране на рисковите фактори свързани с работната среда и медицинското обслужване. Дълго време липсата на стандарти по определени медицински специалности засилваше несигурността при изпълнение на съответните дейности, позовавайки се единствено на

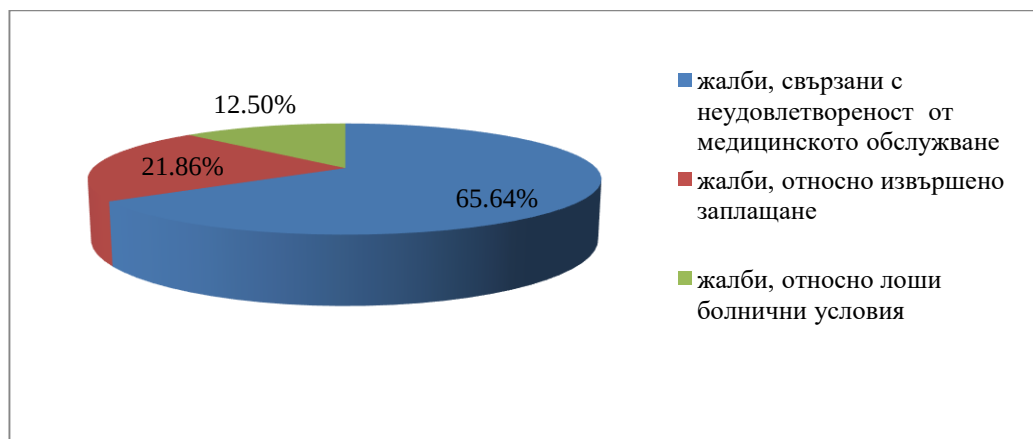
разпоредбите на рамковия договор и клиничните протоколи. Критериите за оценка на акушерските дейности се детерминират от действащия Национален рамков договор (НРД), който определя критериите и на вътрешно нормативната уредба, по която се осъществява лечебно-диагностичният процес и последващият контрол от Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), респективно Районната здравноосигурителна каса (РЗОК), Регионалната здравна инспекция (РЗИ), Министерството на здравеопазването (МЗ) и др.

За намаляване на несигурността по отношение на администрирането и документирането на медицинската дейности, голяма част от медицинските специалисти (213 – 91,81%) заявяват необходимостта от длъжностно лице, за да осъществява своевременно последващ контрол на медицинската документация и ясно осъзнават нуждата от обучение, и ежедневен инструктаж. Подтикнати от нуждата от самоусъвършенстване, 207 (89,22%) от респондентите споделят, че имат нужда от обучения в работата си по отношение на: изисквания за дейност по НРД; работа с нови технологии; обучения за работа с БИС (болнични информационни системи). Обучението като средство за повишаване на квалификационните умения е насочено съобразно нуждите на структурата и обезпечава дейностите, съобразно нормативно изискване или появила се необходимост.

Проведен е ретроспективен анализ на извършени проверки от РЗОК (142), РЗИ (32) и ИАМН (22) в три акушеро-гинекологични структури на болнични лечебни заведения във Варна за последните 3 години, като основна част от жалбите са свързани с неудовлетвореност от медицинското обслужване, от конкретни медицински лица, предимно свързани с крайният резултат от провежданото лечение и/или настъпили нежелани събития (усложнения свързани с бременността, раждането и послеродовия период). Дефинираните рискове в акушерските структури се отнасят до качеството на оказваните медицински услуги, до квалификацията на медицинските специалисти и лечебно-диагностичния план.

Проверките на РЗИ се отнасят до жалби на пациенти, както и установяване на съответствието на структурата към изискванията. Над 50% от жалбите, са свързани с неудовлетвореност от медицинското обслужване (фигура 2).

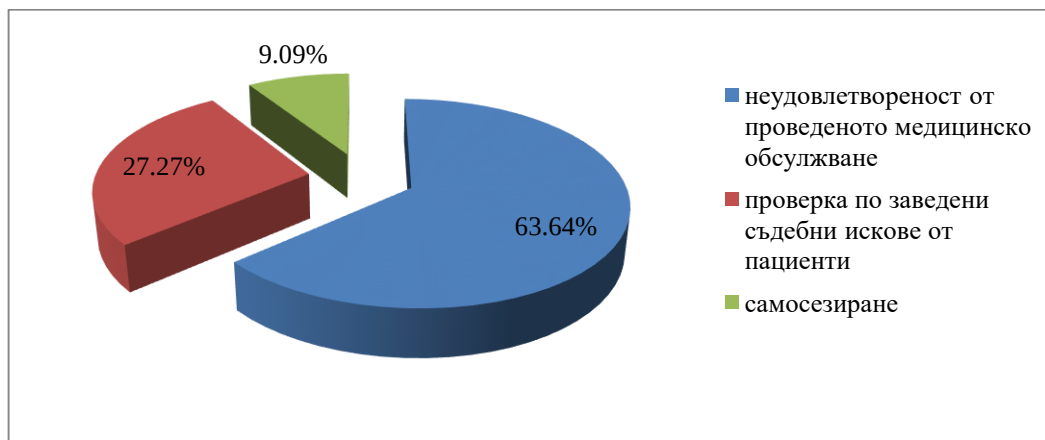
Резултатите от проверките постановяват коректно изпълнени лечебно-диагностични мероприятия, спазване на съществуващите медицински стандарти, спазване на принципите на достъпност, своевременност и адекватност на медицинското обслужване. Пациентите не познават нормативната уредба, правото на достъп до медицинска помощ и отказвайки хоспитализация или медицинско наблюдение не съобразяват последиците от направения избор. В резултат на направения избор възникват сериозни медицински и правни последици.



Фигура 2. Анализ проверки по жалби към РЗИ.

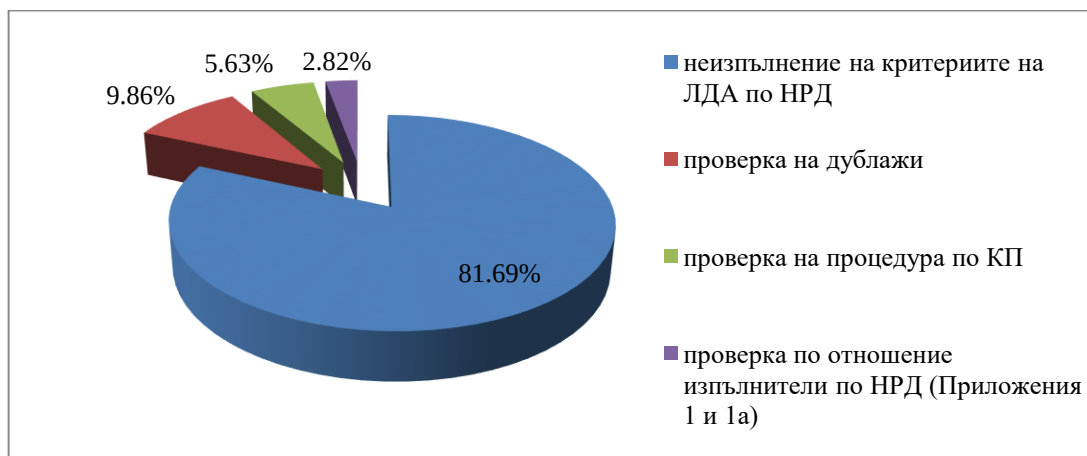
Проверките на ИАМН (Изпълнителна агенция Медицински надзор на МЗ) показват, че основна част от жалбите са свързани с неудовлетвореност от медицинското обслужване, конкретни медицински лица/институции, предимно свързани с крайният резултат от провежданото лечение и/ настъпили нежелани събития (усложнения или неблагоприятен изход). Извършените проверки са на основание медицинските критерии съгласно Медицинските стандарти, по които се осъществява медицинското обслужване, правилниците за организация на дейностите и разписаните протоколи за поведение в ЛЗ по различните медицински специалности, анализирайки пътя на пациента и поведението на медицинските екипи (фигура 3). В едва 2% са установени сериозни пропуски

относно начина на организация на акушерската дейност, или ненавременно оказана такава.



Фигура 3. Анализ извършени проверки ИАНМ.

Най-сериозни пропуски откриват проверките на РЗОК по отношение на извършения обем дейности, воденето на медицинска документация и критериите за хоспитализация или дехоспитализация. В 81,99% от протоколите на РЗОК се отнасят до неизпълнение на лечебно-диагностичния алгоритъм (ЛДА) по изпълнение на КП, съгласно НРД при дехоспитализация (фигура 4). В 74,3% от протоколите за дейност по КП, се касае за липсващи подписи или имена на лекаря, час на направен преглед или диагностична манипулация, липсващи реквизити в епикризата, липсващ подпис на пациент за получаване на епикриза.



Фигура 4. Анализ проверки РЗОК.

Нормативно задължение на всяка структурна единица е да разпише технически фишове, правила, протоколи, алгоритми по отношение на всички възможни дейности в областта на акушерството, гинекологията, неонатологията и свързаните с тях подпомагащи ги клинични специалности (анестезиология и интензивно лечение; микробиология; образна диагностика; клинична патология; клинична лаборатория; вътрешни болести, епидемиология; физиотерапия и др.), касаещи медицинските услуги, информирани съгласия (с представяне на предимствата и недостатъците, по отношение на извършваната дейност/манипулация/изследвания), правото на избор на лекар/екип и допълнително поискани услуги, които се предоставят от структурата, правото на отказ от лечение и всички възможни дейности.

Резултатите на проведените проверки от контролни органи, дефинира редица неясноти по отношения на причините и фактите довели до настъпване на инциденти в акушерска практика, свързани предимно с бременността, раждането и първите грижи за новороденото. Тези събития могат да варират според нивото на спешността, готовността на медицинските специалисти да овладеят и ръководят проблема, съпътстващите обстоятелства и придружаващата патология, като не на последно място е и поведението на самите субекти. Последната година и половина допълнително показва несъвършенствата на сектора и постави много въпроси пред законодателната власт и контролните органи.

Необходимо изискване е да се дефинират отговорностите на длъжностите и методите за контрол, с цел подобряване на организацията и процесите. Ежедневните задачи са разписани в дейности, които се изпълняват в предварително зададен срок, а изпълнението на видовете дейностите се дефинира със длъжностните характеристики. Работното място, особено в здравният сектор, често е източник на физически и психологически стресови ситуации, които предизвикват емоционални разстройства и намаляват ефективността във функционално отношение. Прилагането на корективи, се извършва на основание информацията от провежданата обратна връзка, от

резултатите, от проведените проверки и при проучване на потребителското мнение, както и мнението на служителите. На фигура 5 е предложен модел на провеждане на клиничен одит на акушеро-гинекологичните структури.

Към настоящия момент основни насоки на дейностите в лечебните акушеро-гинекологични структури са медицинските стандарти, законови и подзаконови нормативни документи (Закона за лечебните заведения; Закона за здравето; Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина; Наредба № 49 за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи; Националният рамков договор за дейности, съгласно който лечебните заведения осъществяват и отчитат медицинска дейност; Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ; Наредба № 28 за устройството, реда и организацията на работата на аптеките и номенклатурата на лекарствените продукти и други), на основание на което се определят вътрешният ред на дейностите на болничните



Фигура 5. Модел на клиничен одит в АГ структури.

структури, регламентират се правилата за координация между тях и се гарантира реда на болничен прием, лечение и дехоспитализация на пациентите. Клиничният мениджмънт изисква прилагането на непрекъснат мониторинг на структура, ресурси и процеси, за да намали нежеланите събития, да осигури безопасността на пациенти и служители, да гарантира непрекъснато повишаване на качеството на предоставяните услуги (фигура 6), чрез фокус върху:

- Клинична ефективност;
- Изследване и развитие;
- Отвореност;
- Управление на риска;
- Обучение и подготовка;
- Клиничен одит.



Фигура 6. Цикъл на клиничен одит (Изт. ИАМН).

Изводи

Динамичните условия, при които се осъществява акушеро-гинекологичната помощ, изискват провеждането на непрекъснат контрол на факторите на средата по отношение на структурата, процесите и ресурсите. Основна функция на мениджмънта е обезпечаването на всички дейности и свързаните с тях процеси и съблюдаване на принципите на своевременност,

достъпност, ефективност и ефикасност чрез провеждане на клиничен одит, който цели минимизиране на неблагоприятните инциденти, възникващи на уязвими места в болничната акушеро-гинекологична структура, както и да намали големината на възможната загуба.

Проучването извежда необходимостта от обучение на работното място като водещ фактор, който изисква провеждането на политика на развитие на медицинските кадри. За да се сведат до минимум пропуските в медицинската документация, съгласно изискванията на НРД, е необходимо да се прилага мониторинг на факторите на средата чрез провеждането на непрекъснат анализ на системата; анализ на възможните рискове; анализ на уязвимостта на системата; изграждане на система на сигурност; оценка на заплахите. Крайният ефект е разработване на правила за поведение на често повтарящи се дейности и при спешни ситуации за овладяване на риска и минимизиране на последиците за ресурсите и структурата.

Литература

- Dzhereto, E, L. Bakalinova, B. Mirazchiyski, Z. Petrova (2020). Risk menidzhmant – baza za savremenna zdravna politika. *Knowledge International Journal*, 42(4), 767-775.
- Gyurov, R. (2019). *Organizatsia na upravlението na riska*. Sofia: Studia Analytica.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/014473948900900103>.
- Kulikova, E. (2008). *Upravlenie riskami: innovatsionnyy aspekt. Berator-Pablising*. MZ - Meditsinski standarti za deynosti.
- Naredba № 1 ot 22 yanuari 2015 g. za pridobivane na spetsialnost v sistemata na zdraveopazvaneto, izm. i dop. DV. br.54 ot 16 Yuni 2020g.
- Naredba № 18 ot 20 yuni 2005 g. za kriteriite, pokazatelите i metodikata za akreditatsia na lechebnite zavedenia. V sila ot 16.07.2005 g. DV. br.91, posl. izm. i dop. DV br. 68 ot 31 yuli 2020.
- Natsionalen ramkov dogovor za deynosti 2020-2022.
- Petrova, Z, Cherkezov, T. Zlatanova, R. Velikova, E Dzheretto (2020). *Risk bazirani proverki v zdraveopazvaneto*. Bivalia OOD.
- Petrova, Z., K. Chamov, S. Gladilov (2008). *Kachestvo v zdraveopazvaneto. Savremenni izmerenia i tendentsii*. Helt media grup, Sofia.
- Petrova, Z., S. Genev, E. Dzheretto (2019). *Savremenni nasoki v upravlението na zdravната sistema*. PIKS OOD, Sofia.
- Radeva S. (2020). Challenges before the management of human resources in the health organization. *Evrziyskiy soyuz uchennyh*, 1 (70), 54-57.
- Radeva, S. (2019). Development of human resources in medical institutions. *Knowlege international journal*, 34(4), 1141-1146.
- Radeva, S. (2019). On-the-job training as a model for adapting to the working environment. *Knowlege international journal*, 31(5), 1609-1614.

Radeva, S. (2020). Upravlenie rabochey sredy v meditsinskoy organizatsii v usloviyah riska. *Interaktivnaya nauka*, 7 (53), 50-56;

Radeva, S. (2020). Vnutrennyaya organizatsionnaya politika dlya formirovaniya kommunikativnykh metodov vklucheniya personala v meditsinskie struktury. *Interaktivnaya nauka*, 4 (50), 27-31.

Radeva, S. (2021). Atestatsia na personala v zdravnata organizatsia – instrument za povishavane na kachestvoto na zdravnite grizhi. *Doklad 3-ta mezhdunarodna konferentsia „Zdravnite grizhi – prinos za kachestvoto na zhivot“*, Varna.

Radeva, S. (2021). Odita, sredstvo na upravlenie v zdravnata organizatsia. V *International Scientific and Practical Conference: Ukraine, Bulgaria, EU: Economic and Social Development Trends*, 82-85.

Radeva, S. (2021). Pokazатели za odit na choveshkite resursi v zdravnata organizatsia. *Upravlenie i obrazovanie*, 17 (6), 167-173.

Radeva, S., E. Kovachev. (2018). Obuchenieto na rabotното myasto – predpostavka za dobra adaptatsia za praktikuvane na profesiyata na rabotното myasto. *Varnenski meditsinski forum*, 7(3), 103-108.

Roberts, D. A. (1989). Working for Patients. White Paper on the Health Service: An Over-Review and Commentary.

Tsankova, M. (2020). *Aspekti na kachestvoto i bezopasnostta na meditsinskata pomosht v SBALAG „Maychin dom“ otsenka na riska*. MU Sofia, disertatsionen trud.

✉ Светлана Радева, д.оз.

МУ Варна, ФОЗ

СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов“ Варна

Адрес: гр. Варна, бул. „Цар Освободител“ 150

e-mail: sv.radeva@abv.bg

ПОДКРЕПЯЩИЯТ МОДЕЛ НА ПАТРОНАЖНА ГРИЖА ЗА БРЕМЕННИ И РОДИЛКИ

С. Радева

СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов“ Варна
МУ Варна, Катедра „Здравни грижи“

THE SUPPORTING MODEL OF OBSTETRIC INSTITUTIONAL CARE FOR PREGNANT AND MATERNITY

S. Radeva

SHOGAT Varna, MU-Varna, Department of Health Care

ABSTRACT: *An obstetrician independently or jointly with a doctor provides medical care to a pregnant woman, a maternity woman, a newborn and a gynecologically ill woman.*

The purpose of the current development is to study the attitude of pregnant women and childbirth to patronage care.

The results of the study conducted among pregnant women and maternity patients showed low awareness after pregnancy and childbirth, regarding the possibility for patronage care. More than half of the female respondents, users of obstetric care (54.3% of pregnant women and 68.4% of births) are not familiar with the activities that provide independent patronage care, and 45.7% of pregnant women and 71.1% of births will use the services of an independent practice consultant regarding the upcoming birth. For 65.2%, the initial choice for the method of delivery is operative delivery.

In conclusion, the care of a pregnant and giving birth woman requires a new approach that guarantees good socio-psychological training of women in accordance with international standards carried out by midwives next to them.

Keywords: patronage care, pregnant women, moles, support, awareness.

Въведение

Всяка една здравна дейност е свързана с качество и удовлетвореност, предоставено и търсено. Качеството се постига не само с покриване на необходимите елементи и критерии (Zakon za vissheto obrazovanie; Zakon za saslovnata organizatsiya na meditsinskite sestri, akusherkite i asotsiiranite meditsinski spetsialisti), но и чрез предоставяне на пълен обем от грижи (Naredba №1, 2011), като процеса е непрекъснат и продължителен (Dimitrova, 2010). Бременността и раждането са свързани с оказването на специфични акушерски грижи (БАПЗГ; Dimitrova, 2021; Naredba za edinnite darzhavni iziskvaniya za pridobivane na vissheto obrazovanie), които да доведат до раждането на здраво и доносно дете (Hadzhiev, Yarakov, Vasilev, 1998). По данни на НСИ и НЗОК се отчита тревожно висок процент на оперативните раждания (табл.1), като

зачестяват случаите на патологични бременности (Serbezova, 2014). Все по-голям е процентът на жените, които заявяват желание за безболезнено раждане, поради страх от болката, планирано, съобразно астрологически насоки раждане (с избор на дата, дори час), избор на медицински екип, което предполага прилагането на цезарово сечение (Nikolova, Radeva, Borisova, 2021).

Таблица 1. Относителен дял оперативни раждания и раждания с усложнения (изт. НЗОК).

Данни регистър	2018г.	2019г.	2020г.
раждания България	55 796	54 762	53 968
% оперативни раждания	46,90%	47,35%	47,16%
% раждани чрез вакуум/форцепс	0,71%	0,78%	0,78%
% доносени бебета с усложнения	36,16%	36,26%	36,01%
% недоносени бебета	13,14%	13,37%	12,37%
% починали бебета	0,53%	0,52%	0,62%

Част от рутинните за акушерския модел практики са слабо познати на жените у нас (European Federation of Nurses Associations - Model na grizhi za bremenni i rodilki), твърде малко са и специалистите, които могат да им ги предложат (Zheleva, 2013, pp. 234-236; Tsvetkova, 2007, pp. 36-38). В световен мащаб продължаващият модел на акушерска грижа (European Forum of NNMA - Preporaki za akusherski grizhi) е припознат от СЗО, именно като най-добрата практика, която може да се предложи на жените с неусложнени бременности и раждания (Unitsef - Preporaki za povedenie; ICM - Protokol za rabota). Препоръките на организацията са насочени към постигане на емоционален комфорт на раждащата и предоставяне на подкрепящи грижи от медицински екип (WHO - Model na dobra akusherska praktika).

Продължаващата акушерска грижа има множество предимства – дава по-позитивно усещане на майките, по-висока професионална удовлетвореност на акушерките и в крайна сметка – подобри здравни резултати (NSI - Baza danni; Tsekulova, 2020).

Цел на изследването

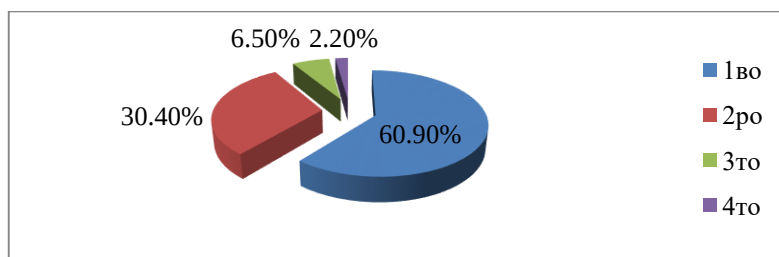
Проучване нагласите на бременните и родилките относно патронажните грижи.

Материали и методи

Проведено е анкетно проучване след 84 респонденти (46 бременни и 38 родилки). За оценка на статистическата значимост на наблюдаваните количествени разлики в отговорите на различните групи анкетираните се използват: Excel и SPSS. За статистическа достоверност на резултатите се приемат тези със стойност $p < 0,05$.

Резултати и обсъждане

Група на бременните: Проведено анкетно проучване обхваща 46 жени, провеждали женска консултация, в различен етап от своята бременност в 3 лечебни структури (2 от специализираната извънболнична помощ и 1 ЛЗ за болнична помощ) в гр. Варна. Средната възраст на бременните жени в общата извадка е 26,7 години. Повече от половината от тях са с висше образование. Основният дял на бременните жени, участвали в проучването, е на тези с първа бременност: 28 от общо 46 бременни и най-малък на тези с трета и четвърта поредност на бременността (фигура 1).

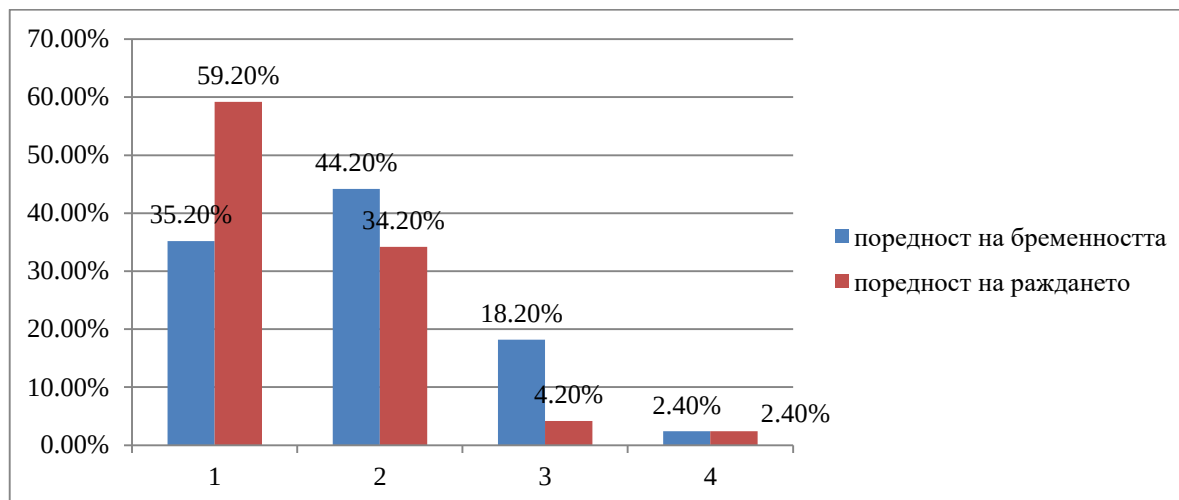


Фигура 1. Поредност на бременността.

Не се установява статистическа зависимост между възрастта и поредност на бременността ($\chi^2=10,979$, $p=0,531$).

Група на родилките: Участието в анкетното проучване на жените, родили в периода април-май 2021 година е значително - 38. Преобладава възрастовата група от 26 години до 30 години, като повече от половината са с висше

образование. Най многобройни са родилките с първо раждане, като 35,20% от тях са били бременни за първи път, а 59,20% са родили за първи път (фигура 2).



Фигура 2. Разпределение на респонденти според поредност на бременността и раждането.

Бременността и раждането са важен и сложен етап от живота на жената и бебето. Интересен е факта, че малко от тях са имали готовност за раждането (21,1%), а близо една трета не са били въобще подготвени за този процес (28,9%). Психическият комфорт, увереността в собствените сили и липсата на страхове и притеснения се отразяват директно на процеса на раждане. Той е ръководен от специфичен хормонален баланс, който много бързо се нарушава ако има наличие на негативно отношение и притеснения. Комфортът и спокойствието се отразяват цялостно благотворно на организма, в частност дори на кръвообращението, което е важно за развитието на плода. В този смисъл е от значение и подготовката за раждането като естествен процес.

Над половината от респондентите са направили своят избор на родоразрешение, а само 4,3% (2) все още не са мислили по този въпрос (таблица 1). Първоначален избор за метод на раждане е оперативното родоразрешение при 65,2% (30 от анкетираните).

Не се установява статистическа зависимост между поредността на бременността и избора за начин на родоразрешение ($\chi^2=4,976$ $p=0,547$). Над половината от анкетираните 58,7% (27) споделят, че са готови за предстоящото

раждане, като само 13% (6), споделят че нямат готовност за предстоящото събитие.

Таблица 1. Насочване към начин на раждане.

Избор на начин на раждане	брой	относителен дял (в %)
да, нормално	14	30,4%
да, оперативно	30	65,2%
не съм мислила	2	4,3%
общо	46	100%

Бременните жени ранжираха факторите имащи значение за тях, по отношение на избора на начин на раждане. Водещи са бързото възстановяване, условията в болницата, специалистите, доброто отношение, избраният акушер-гинеколог (таблица 2). Сумата от процентите е повече от 100%, защото запитаните са давали повече от един отговор.

Таблица 2. Водещи фактори за избора на начин на раждане.

Фактори	Брой анкетиращи
Бързо възстановяване	43 (93,47%)
Условията на ЛЗ	42 (91,30%)
Добри специалисти	41(89,13%)
Добро отношение	40(86,95%)
Избрания акушер-гинеколог	41(89,13%)
Добрият екип	39 (84,78%)
Безопасност за родилката и детето	38 (82,60%)
Насочване от приятели и близки	25 (54,34%)

Попитани дали има към кого да се обърнат за помощ или съвет, голяма част отговарят утвърдително (89,1%), като половината от тях от тях имат нужда от подготовка за предстоящото раждане (52,2%), а биха се възползвали от услугите за консултант от самостоятелна практика, по отношение на предстоящото раждане 45,7%.

При направения анализ се установява статистическа зависимост между насочване към метод на родоразрешение и възможността за ползване на консултант от самостоятелна акушерска практика ($\chi^2=10,310$, $p=0,036$).

Запитани дали посещават курсове или училище за родители по отношение на подготовката на бременните за предстоящото раждане, 69,6% не са

се възползвали, във връзка със ситуацията, в която се намира страната и света като цяло (пандемията от Ковид 19) и наложените рестрикции и противоепидемични мерки.

Над половината от анкетиранияте съобщават, че биха се обърнали за помощ към близък роднина, по отношение на предстоящото раждане или към наблюдаващият гинеколог (таблица 3). Сумата от процентите е повече от 100%, защото запитаните са давали повече от един отговор.

Таблица 3. Обръщане за помощ за предстоящото раждане.

Избор за помощ за раждането	брой (отн. дял)
към близък роднина	41 (89,13%)
към избраният акушер-гинеколог	40 (86,95%)
към приятелка	32 (69,56%)
по препоръка към специалист	24 (52,17%)

На бременните жени беше предоставена възможността да ранжират водещите за тях фактори по отношение на избора на ЛЗ за предстоящото раждане. Водещи се оказват факторите опита на избраният лекар-специалист (акушер-гинеколог), вниманието на екипа, условията в болницата и др. (таблица 4).

Таблица 4. Ранжиране на факторите за избор на ЛЗ за предстоящото раждане.

Ранжиране на факторите за избор на ЛЗ	брой (отн. дял)
Опита на лекаря - акушер-гинеколог	44 (95,65%)
Внимание на екипа	42 (91,30%)
Условията в ЛЗ	41 (89,13%)
Осигуреност с апаратура	40 (86,95%)
Имиджа на ЛЗ	36 (78,26%)
Доброто местоположение	32 (69,56%)
Достъпни цени	31 (67,39%)

Сумата от процентите в таблица 4 е повече от 100%, защото запитаните са давали повече от един отговор. Едва една трета от анкетиранияте биха избрали акушерка по отношение на предстоящото раждане (39,1%).

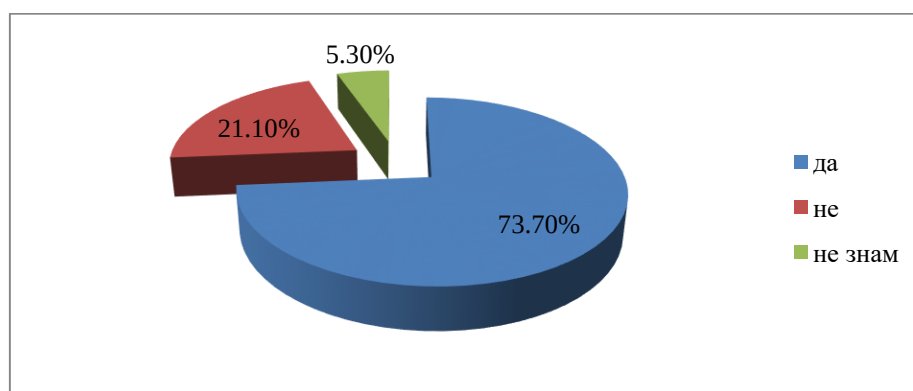
Над половината от тях съобщават че не са запознати с практиките за раждане по света, съгласно указанията на СЗО (54,3%), а 69,6% от тях не са

запознати с дейностите, които се осъществяват от самостоятелните акушерски практики.

Това потвърждава наблюдението, че бременните нямат възможността да се обслужват от акушерски патронажни практики, поради липсата на правна регламентация и институционализация на процеса на проследяване на бременността в такива структури. Тази дейност се осъществява по програма майчино и детско здравеопазване от лекари специалисти в доболничната помощ, съобразно регламентацията по НРД за дейност в доболничната специализирана помощ.

ICM препоръчва редица мерки, които излизат извън чисто медицинската експертиза, и са свързани с насърчаване на физиологичния ход на раждането чрез създаване на комфорт и спокойна среда за раждащата. От респондентите 97,4% са имали съветник, на когото да разчитат за помощ и подкрепа по отношение на раждането (близки, приятели или познати медицински лица).

На въпроса дали биха се възползвали от услугите на патронажна акушерка, по отношение на съвети и грижи за новороденото голяма част от анкетираните жени отговарят утвърдително (73,7%) (фигура 3).



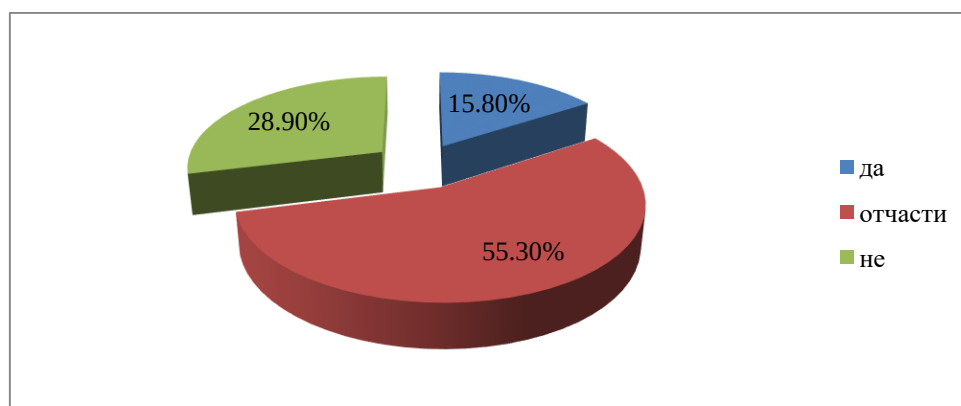
Фигура 3. Ползване услуги на патронажна грижа.

Запитани дали са се възползвали от допълнителни услуги в лечебното заведение, родилките отговарят утвърдително (71,1%). В поясненията, предпочитаните услуги са следните: избор на екип за раждането, подобрени битови условия, епидурална упойка. Избор на самостоятелен акушерски пост,

по отношение на грижите за новороденото, въпроси за кърменето и хигиена на възстановяването е направила само една родилка.

Повече от половината от родилите жени не са запознати с насоките на СЗО по отношение на препоръките за раждането родилната грижа и насоките на професионалните организации за подобряване на майчиното и детско здраве (68,4%). Липсата на информираност е особено показателна в последната година и половина, когато епидемията наруши грижата за бременните, родилките и новородените, което доведе до повишаване на майчината и перинатална смъртност у нас и в световен мащаб.

По отношение на информираността на родилките за съществуващите патронажни практики и предлаганите грижи едва 15,8% от тях отговарят утвърдително (фигура 4).



Фигура 4. Информираност патронажна дейност.

Това изисква реализиране на дейности за повишаване на информираността на бременните и родилките по отношение възможностите, които съществуват, съгласно ЗЛЗ, и дейността на патронажните практики.

Заклучение

Според международните експерти, процент раждания с операция, имащ медицинска обосновка е около 20%. В България този процент нараства с между 1 и 2 пункта на година, като през 2020 надминава 47%. За осъществяването на ефективна и своевременна грижа, съобразно породената необходимост е необходимо да се прилага модел на подкрепяща грижа за бременната жена, за родилката и новороденото, съобразени с нуждите и усещанията им.

Необходимо е да бъде информирано обществото, защото нивото на майчиното и детско здраве определят нивото на здравната система и бъдещето на нацията. Предоставянето на качествени грижи изисква мотивирани и подготвени здравни специалисти, които да предоставят на потребителите нужната грижа.

Литература

Balgarska asotsiatsiya na profesionalistite po zdravni grizhi. Metodika za deynostta na svobodno praktikuvashiti meditsinski sestri, akusherki, rehabilitatori i feldsheri/lekarski asistenti (Proekt) (<http://www.nursing-bg.com/>).

Dimitrova, D. (2010). *Akusherki na praktika – uchebno pomagalo*. Sofiya.

Dimitrova, D. (2021). *Narachnik na patronazhnata akusherka*. Veliko Tarnovo.

European Federation of Nurses Associations. (<http://www.efn.be/> - Model na grizhi za bremenni i rodilki.

European Forum of National Nursing and Midwifery Associations. (<http://www.efnnma.org/>)- Preporaki za akusherski grizhi.

Hadzhiev, Al., Al. Yarakov, N. Vasilev (1998). *Akusherstvo*. Sofiya: Arso.

International Confederation of Midwife. (<http://www.internationalmidwives.org/>)

Naredba №1 ot 08.02.2011g. za profesionalnite deynosti, koito meditsinskite sestri, akusherkite, asotsiiranite meditsinski spetsialisti i zdravnite asistenti mogat da izvarshvat po naznachenie ili samostoyatelno. DV, br. 15 ot 18.02.2011, izm. DV, br. 50 ot 01.07.2011.

Naredba za edinnite darzhavni iziskvaniya za pridobivane na visshe obrazovanie po spetsialnostite „Meditsinska sestra“, „Akusherka“ i „Lekarski asistent“ za obrazovatelno-kvalifikatsionna stepen „Bakalavar“. DV, br. 95 ot 29.11.2005, izm. i dop. DV, br. 32 ot 22.04.2016.

Nikolova, D., S. Radeva, S. Borisova. (2021). Akusherski kompetentsii v praktikite po patronazhni grizhi, vazmozhnosti za razvitie. *Doklad 3-ta mezhdunarodna konferentsia „Zdravnite grizhi – prinos za kachestvoto na zhivot“*, Varna.

NSI. <http://www.nsi.bg/bg/content/2958> - Protokol za rabota.

Serbezova, I. (2014). *Spetsialni akusherski grizhi za bremenni, razhdashti, rodilki i novorodeni*. Ruse.

Tsekulova, N. (2020). Akusherskiyat model za prodalzhavashta grizha kato lekarstvo za maychinoto zdraveopazvane. *Intervyu - Svobodna Evropa*.

Tsvetkova, A. (2007). Razhdaneto - vremena i nravi. *Kenguru*, br. 10:36-38.

Unitsef. www.unicef.bg/proekti/ Nay-dobar-start-za-vsyako-dete/18 - Preporaki za povedenie.

World Health Organization. (<http://www.who.int/>) - Model na dobra akusherska praktika.

Zakon za saslovnata organizatsiya na meditsinskite sestri, akusherkite i asotsiiranite meditsinski spetsialisti. br. 103 ot 27.12.2016.

Zakon za vissheto obrazovanie, posl. izm. i dop. DV br. 98 ot 09.12.2016.

Zheleva, E. (2013). *Sestrinski i akusherski grizhi, filosofski aspekti*. EKS-PRES, Gabrovo.

☒ Светлана Радева, д.оз.

МУ Варна, ФОЗ

СБАГАЛ „Проф. д-р Д. Стаматов“ Варна

Адрес: гр. Варна, бул. „Цар Освободител“ 150

e-mail: sv.radeva@abv.bg

РОТАВИРУСИТЕ – ВОДЕЩИ ПРИЧИНТЕЛИ НА ГАСТРОЕНТЕРИТ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

С. Тодорова, П. Лачовска, Кр. Лисаева, М. Моллова

Медицински Университет – Плевен, МК, Специалност „Медицински лаборант“

ROTAVIRUSES – LEADING CAUSE FOR GASTROENTERITIS DURING CHILDHOOD

S. Todorova, P. Lachovska, K. Lisaeva, M. Mollova

Medical University – Pleven, MC, specialty „Medical Laboratory Assistant“

ABSTRACT: Rotavirus-caused gastroenteritis is one of the most common diseases worldwide and poses a serious public health problem.

The present study focuses on the incidence of rotavirus gastroenteritis in children under 18 years of age, hospitalized in the University Hospital „Dr. G. Stranski” - Pleven.

A retrospective study of medical records was conducted for a period of four years (November 2017 - March 2021). A total of 609 cases were examined for the period, of which 243 cases (39.90%) were positive for rotavirus infection. The results of the study are conclusive that rotavirus gastroenteritis, which required hospitalization, increased during the autumn-winter season. The study shows that the most affected group by rotavirus infections are young children (1-3 years, followed by 0-1 years and very rarely children over 10 years of age.)

According to an accumulation of studies, conducted in Europe and worldwide, gastroenteritis caused by a rotavirus infection and requiring hospitalization in young children is one of the most common causes of hospitalization.

Keywords: rotavirus gastroenteritis, seasonality, children 0-1 years.

Въведение

Ротавирусните гастроентерити са едни от най-често срещаните заболявания в световен мащаб и представляват сериозен проблем за общественото здравеопазване. Тези инфекции обхващат в по-голяма степен развиващите се страни, поради ниско ниво на хигиена, недостатъчен достъп до чиста питейна вода и ограничена медицинска помощ. В развитите страни леталитетът е по-нисък, но се наблюдават чести хоспитализации, които са свързани с голям разход на медицински и обществени средства.

Изложение

Чревните вируси са широко разпространени в природата. Едни от най-честите причинители и водещ патоген на вирусен гастроентерит, в детска възраст, са вирусите от род Rotavirus, семейство Reoviridae.

Ротавирусите са с малки размери и не могат да се видят със светлинен микроскоп. Електронномикроскопската им картина наподобява колело, откъдето идва от латински – rota, колело.

Те се разделят на серотипове, серогрупи и подгрупи поради голямата си, както генетична, така и антигенна изменчивост. Най-важната за човешката патология е серогрупа А, а по-рядко групи В и С (Atanasova, 2011).

Заразяването с вируса става основно по фекално-орален път, чрез контаминирана вода, храна или ръце.

Ротавирусите са повод за хоспитализация на 30-50% на случаите на остри гастроентерити в детска възраст. Те са високо контагиозни, тъй като инфекциозната им доза е ниска – 10-100 вирусни частици (Carrol, 2016).

Ротавирусните гастроентерити са остри заболявания с диаричен синдром, който включва тежка водниста диария, повръщане и температура.

Клиничната изява на инфекцията варира в широки граници от безсимптомно носителство до тежка дехидратация с нарушения във водния и електролитен баланс и възможен летален изход.

Диагностиката на ротавирусните инфекции се основава на методи за детекция на специфичен антиген и на вирусен геном. Поради високата концентрация на ротавирусите във фецес се взима фекална проба в стерилен контейнер 1-3 дни след появата на симптомите. Доказването на ротавирусен антиген във фекална проба се осъществява посредством латекс-аглутинация, имунохроматографски или имуноензимни (ELISA) тестове.

Антиген-доказващите методи са подходящи за бърза детекция на ротавируси при случаи на остри гастроентерити. Такива тестове се използват в лабораторията по микробиология и вирусология към УМБАЛ „Д-р Георги Странски” - гр. Плевен.

Цел на проучването

Целта на настоящата разработка е да се проучи честотата на ротавирусните гастроентерити при деца до 18-годишна възраст, хоспитализирани в УМБАЛ

„Д-р Георги Странски”, град Плевен, за периода от ноември 2017 – март 2021 година.

Задачи

1. Да се направи анализ на общия брой положителни проби на хоспитализирани деца до 18-годишна възраст в УМБАЛ „Д-р Георги Странски“.
2. Да се установят случаите на ротавирусен гастроентерит по години.
3. Да се проследи честотата на ротавирусен гастроентерит по месеци през годината.
4. Да се анализира честотата на заболялите по възрастови групи.
5. Да се направи анализ на сезонната характеристика на ротавирусните гастроентерити.

Методи

1. Проучване на литературата по проблема.
2. Ретроспективно проучване на честотата на инфекцията по учетна документация на Микробиологична и вирусологична лаборатория към УМБАЛ „Д-р Георги Странски“, гр. Плевен.
3. Анализ и синтез на получената информация.

Обект на проучването

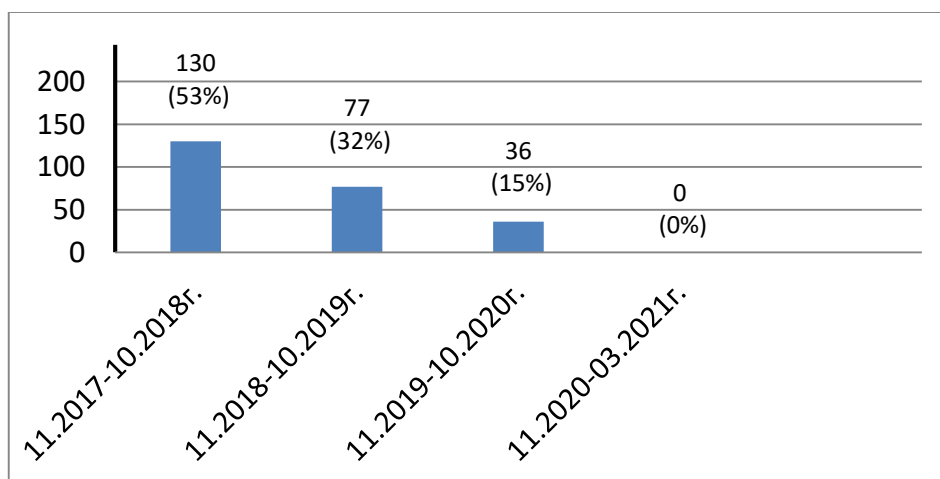
Изследвани лица на възраст до 18 години чрез хроматографски комбиниран тест за Ротавируси и Аденовируси в Микробиологична и вирусологична лаборатория към УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен за 4-годишен период.

Резултати и обсъждане

За посочения период са изследвани общо 609 случая, от тях положителни за ротавирусна инфекция са 243 случая (39,9%).

● Общият брой на положителните резултати регистрирани за периодът 11.2017 – 03.2021 г. е 243. Делът на регистрирани в периода 11.2017-10.2018 г. е 130 (53%) случая, за периода 11.2018-10.2019 г. – 77 (32%) случая. За периода 11.2019-10.2020 г. са регистрирани общо 36 случая (15%), като няма

хоспитализирани с ротавирусен гастроентерит в периода 11.2020 - 03.2021 г., (5 месечен период) – фигура 1. Този рязък спад в броя на случаите може да се свърже с факта, че от месец март 2020 г. България, както и целият свят, обяви пандемична обстановка, породена от COVID 19, и се премина към редица ограничения, включително и приемите в болнични заведения.



Фигура 1. Годишно разпределение на случаите представени в общ брой за съответната година и в процентно съотношение.

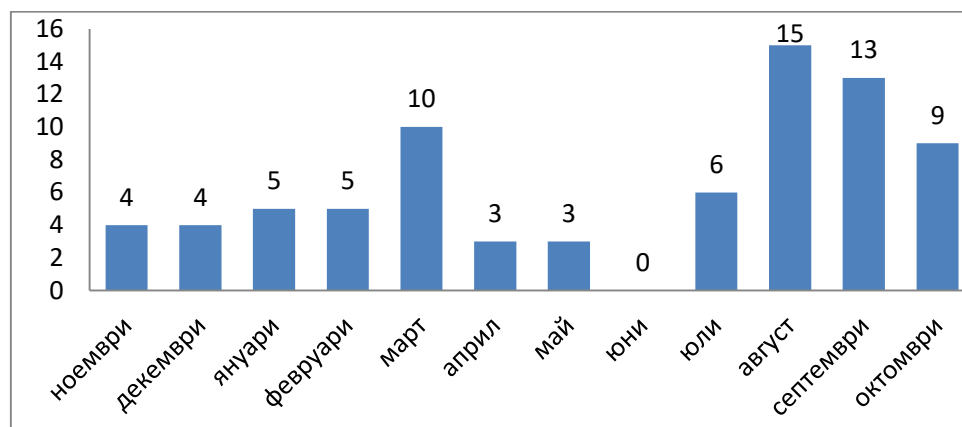
- Както можем да се види фигура 2, отразяваща периода 11.2017-10.2018 г., случаите на гастроентерит през студените месеци се увеличава. Пик от 33 хоспитализирани лица се достига през месец януари, като и през останалите зимни месеци броят им многократно надвишава останалия период от годината.



Фигура 2. Разпределение на пациентите по месеци за периода 11.2017 г.-10.2018 г.

- За периода 11.2018-10.2019 г. броят на хоспитализираните деца с гастроентерит, причинен от ротавирус, запазва тенденция за увеличаване на

случаите през студените месеци, но пикът на регистрираните за този период е през август (15 случая), което не е много характерно за тази част от годината.



Фигура 3. Разпределение на пациентите по месеци за периода 11.2018 г.-10.2019 г.

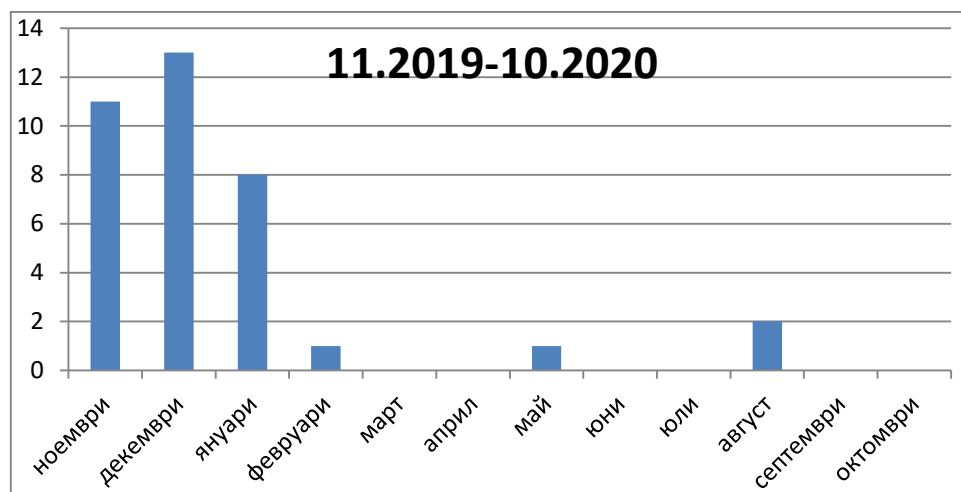
- За периода 11.2019-10.2020 г. се наблюдава пик в регистрираните 13 случая за месец декември 2019 г. и отново наблюдаваме и в този годишен период, че случаите са увеличени през студените месеци. Тъй като периодът включва и въведената извънредна ситуация и пандемична обстановка, обявени от март 2020 г., в следващите месеци има съществено намаляване до липсващо хоспитализиране на ротавирусни гастроентерити.

- Поради тази причина за периода от 11.2020 - 03.2021 г. няма хоспитализирани пациенти с ротавирусна инфекция.

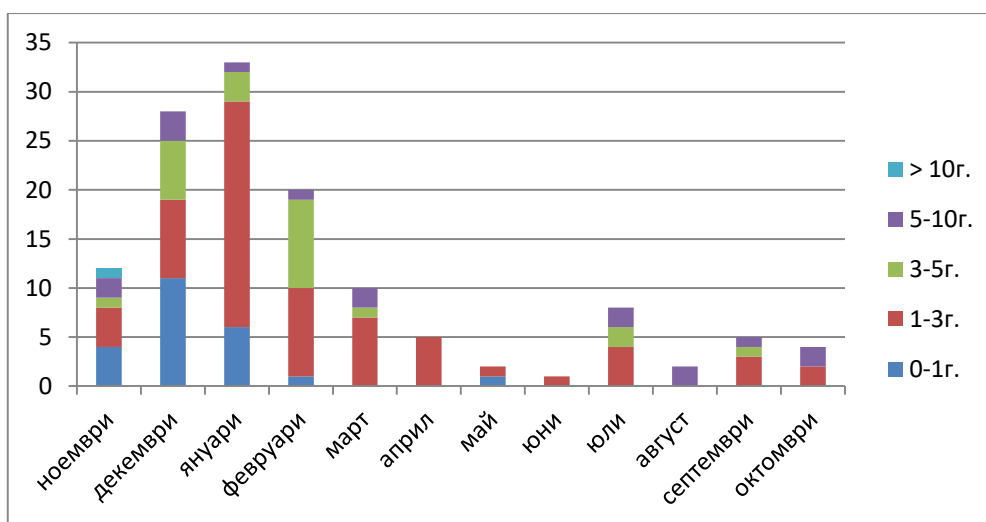
Разпределение на пациентите по възрастови групи

Проучването ни включва анализ на разпределението на децата по възрастова група и най-засегнатата възрастова група за съответния годишен период. Децата са разпределени в 5 възрастови групи: 0-1 г., 1-3 г., 3-5 г., 5-10 г. и над 10 г.

- За периода от 11.2017-10.2018 г. най-засегнати са децата от 1-3-годишна възраст. Пик на хоспитализираните е през януари с общ брой на пациентите от 1-3-годишна възраст е 23 от общо 33 за месеца, следвани от група 0-1 г. с 6 случая (фигура 5).



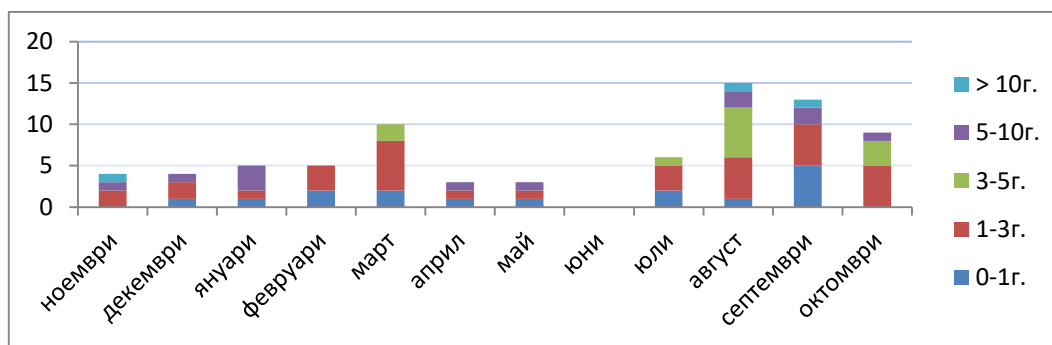
Графика 4. Разпределение на пациентите по месеци за периода 11.2019 г.-10.2020 г.



Фигура 5. Разпределение на пациентите по възрастови групи за периода 11.2017 г.-10.2018 г.

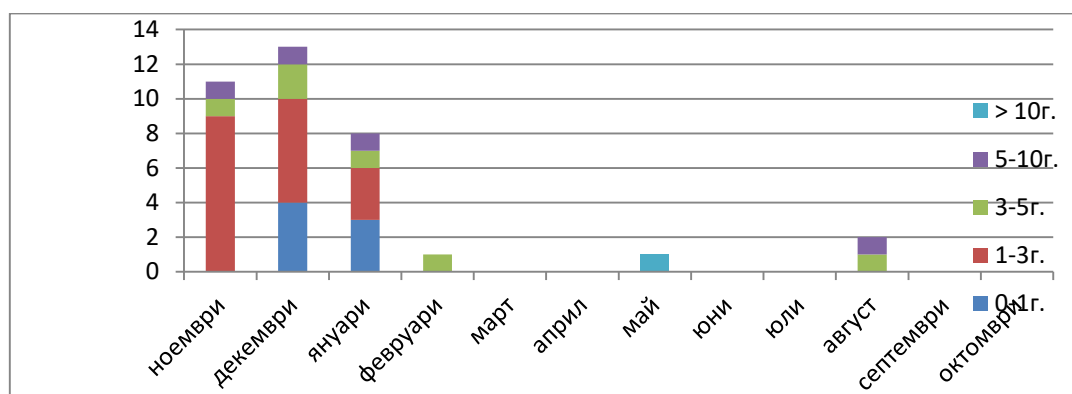
• За периода 11.2018-10.2019 г. се наблюдава стабилна тенденция от заболяли деца в групата от 1-3 г., както през студените, така и през останалите месеци от годината, с изключение на м. юни, когато няма хоспитализирани. През този период броят на боледувалите деца в групата от 1-3 г. е най-висок през месеците август, септември и октомври (с по 5 случая месечно) и месец март – с 6. Групата 0-1 г. е втората по честота на заболяли с пик през септември с 5 случая (фигура 6).

• На фигура 7 за периода 11.2019-10.2020 г. наблюдаваме отново превес на случаите на деца от 1-3 годишна възраст. Пик на регистрираните е през ноември с 9 от общо 13. След обявяване на извънредното положение можем да



Фигура 6. Разпределение по възрастови групи за периода 11.2018-10.2019 г.

забележим, че се е налагало хоспитализация на единични случаи на деца от по-горните възрастови групи - 3-5 г.



Фигура 7. Разпределение на пациентите по групи за 11.2019-10.2020 г.

Изводи:

1. От анализа на данните може да се види, че процентът на случаите с ротавирусен гастроентерит е значително висок спрямо общият брой изследвани лица.
2. За целият разгледан период ротавирусните гастроентерити, наложили хоспитализация, се увеличават през студените месеци. На базата на събраните и анализирани данни се добива представа за сезонната характеристика на вируса - зачестява през студените месеци, но се наблюдават и целогодишно спорадични случаи.
3. Най-уязвимата група е от 1-3-годишна възраст, следвана от 0-1 г., от 3-5 г., от 5-10 г. Групата на деца над 10 години е рядко представена, което може да

се обясни с факта, че на тази възраст децата са се срещали многократно с вируса и имат по-устойчив имунитет.

Заклучение

Според проучвания, направени в редица страни, гастроентеритите, предизвикани от ротавируси и налагащи хоспитализация при деца, са на първо място в света.

Най-уязвими са децата до 5 годишна възраст, като най-тежко протича клиничната картина при пациенти от 1 до 3-годишна възраст и те са водещата група на хоспитализирани. Тези данни се потвърждават и от нашето проучване. Тежката дехидратация, която се явява като последствие от триадата – честа водниста диария, повръщане и висока температура, е водеща причина за смъртност при децата.

Икономическите и социалните последствия от ротавирусните инфекции са наложили масови кампании за справяне с проблема, което довежда до въвеждането и промотирането на ваксини, прилагани перорално с доказани 100% защита от хоспитализация.

Литература

Atanasova, M. i kol. (2011). Meditsinska Mikrobiologia, Plovdiv: Meditsinsko izdatelstvo VAP.

Carroll, K. C., S. A. Morse, T. Mietzner, S. Miller. (2016). Jawetz, Melnick and Adelberg's Medical Microbiology 27e; McGraw-Hill Education USA.

Dundarov, S. (1993). Mikrobiologia, Meditsina i fizkultura, Sofia

Eisenstein, B.I., G. Medoff, M. Schaechter. (1993). Mechanisms of Microbial Disease 2e; Williams and Wilkins. Maryland 21202, USA.

Gotseva, A. (2014). SBALIPB „Prof. Ivan Kirov” - gr. Sofia; MedInfo-Meditsinsko spisanie za lekarite v Bulgaria; broj 6. <https://www.medinfo.bg/spisanie/2014/6/statii/rotavirusni-infekcii-1698>.

Natsionalna programa za kontrol i lechenie na rotavirusnite gastroenteriti v Republika Bulgaria 2017-2021 g. https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2019/07/29/17rh008pr1.pdf.

Rusev, V., G. Husebikyan, F. Tsekova. (1990). Sofia: Meditsinska Mikrobiologia, Meditsina i fizkultura.

✉ Ас. Петринка Тодорова Лачовска

Катедра „Медико-диагностични дейности“, Медицински колеж

Специалност „Медицински лаборант“

Медицински университет – Плевен, България

Телефон: 064884297, petrinkalachovska61@abv.bg

ПАНЕЛ: СОЦИАЛНИ И ФАРМАЦЕВТИЧНИ ДЕЙНОСТИ

ДОКЛАД	Стр.
ЛЕЧЕБНИ РАСТЕНИЯ И ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА АДЮВАНТНА ТЕРАПИЯ ПРИ COVID-19 <i>Т. Гешева, Б. Хаджиева</i>	96
ОСНОВНИ ИЗМЕРЕНИЯ НА СОЦИАЛНАТА РАБОТА С РОМИ – ПРОБЛЕМИ И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА <i>М. Гуновска</i>	104
ИНТЕРАКТИВНИ МЕТОДИ В ОБУЧЕНИЕТО ПО ФАРМАЦИЯ НА СТУДЕНТИ 1. КУРС В МУ ВАРНА <i>Й. Колева</i>	114
СЪДЪРЖАНИЕ НА ФЕНОЛНИ СЪЕДИНЕНИЯ В ИНФУЗИИ И ДЕКОКТИ НА БЪЛГАРСКИ МЕДИЦИНСКИ РАСТЕНИЯ <i>П. Колева, Сл. Панева, С. Цанова-Савова</i>	123
МУЛТИФУНКЦИОНАЛНОСТ ПРИ ПРЕДОСТАВЯНЕ НА СОЦИАЛНИ УСЛУГИ В ОБЩНОСТТА ЗА ХОРА С УВРЕЖДАНЯ И СТАРИ ХОРА <i>К. Кънчева</i>	131
ОЦЕНКА НА СОЦИАЛНИТЕ УМЕНИЯ НА ДЕЦА С ТЕЖКИ ИНТЕЛЕКТУАЛНИ И МНОЖЕСТВО НАРУШЕНИЯ <i>П. Марчева-Йошовска</i>	136
МЯСТОТО НА ХОМЕОПАТИЧНИТЕ МОНОПРЕПАРАТИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ И ПРЕВЕНЦИЯ НА ГРИП И ГРИПОПОДОБНИ СИМПТОМИ <i>Н. Ненкова, Т. Димитрова</i>	146
ПРИЛОЖЕНА ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНА ПРОГРАМА ПРИ ДЕЦА, ПОТРЕБИТЕЛИ НА СОЦИАЛНА УСЛУГА – ПОЗИТИВНА ПРОМЯНА <i>И. Петкова, Д. Вачева, Д. Николова, Б. Иванов</i>	156
ПУБЛИЧНО-ЧАСТНО ПАРТНЬОРСТВО ПРИ ПРЕДОСТАВЯНЕ НА СОЦИАЛНИ УСЛУГИ В ОБЩИНА БЕЛЕНЕ <i>В. Спасова</i>	165
ПЕДАГОГИЧЕСКИ ДИЗАЙН НА МОДЕЛ ЗА ТРАНСФОРМАЦИЯ НА АГРЕСИВНО ПОВЕДЕНИЕ В АСЕРТИВНО ПОВЕДЕНИЕ	175

(ВЪРХУ ПРИМЕРИ ЗА СЪЗДАВАНЕ НА ПРИКАЗКИ ОТ УЧЕНИЦИ В НАЧАЛЕН ЕТАП НА ОБУЧЕНИЕ /3.-4. КЛАС/) <i>В. Стоянова</i>	
АДАПТОГЕНИТЕ КАТО СРЕДСТВА ЗА ПОДСИЛВАНЕ НА ОРГАНИЗМА <i>Г. Цветанова – Краева</i>	183
ВИРТУАЛНА РАБОТА И СТРЕС <i>Ем. Манасиев, Евг. Григоров</i>	189

ЛЕЧЕБНИ РАСТЕНИЯ И ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА АДЮВАНТНА ТЕРАПИЯ ПРИ COVID-19

Т. Гешева, Б. Хаджиева

Медицински университет – Пловдив, специалност „Помощник-фармацевт“

MEDICINAL PLANTS AND OPPORTUNITIES FOR ADJUVANT THERAPY FOR COVID-19

T. Gesheva, B. Hadzhieva

Medical University – Plovdiv, specialty Assistant Pharmacist

ABSTRACT: COVID-19 disease, caused by the new coronavirus (SARS-CoV-2), has become a serious threat to public health around the world. It has led to social distancing, significant losses, expressed mainly in human casualties and severe economic consequences.

Control of viral infections is achieved through vaccines. COVID-19 therapy is not yet well established. Currently, the treatment of coronavirus infection includes well-known antiviral and antimicrobial drugs.

In this article we present widely used traditional medicinal plants with proven antiviral and anti-inflammatory capabilities and their potential for use in various stages of COVID-19 disease. Some of the herbal medicines in question are effective in other coronaviruses.

The pharmaceutical industry faces the challenge of developing an effective drug that will be a revolutionary solution globally.

Keywords: medicinal plants, phytotherapy, COVID-19, antiviral, anti-inflammatory activity

Въведение:

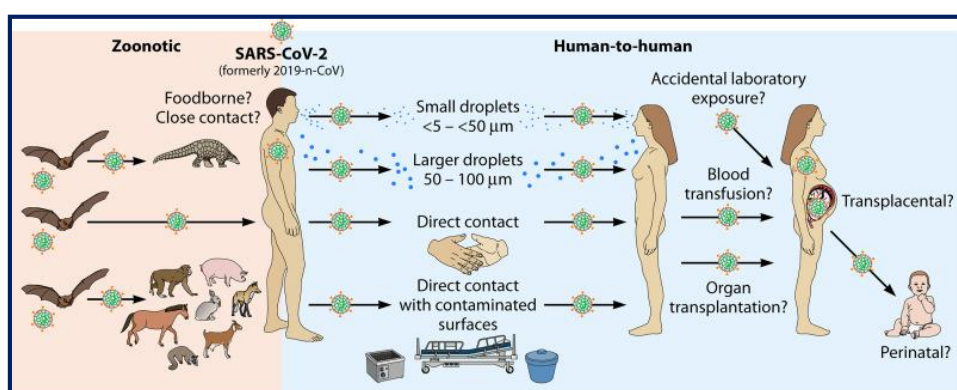
Нов коронавирус, означен като SARS-CoV-2, се появи в град Ухан, Китай в края на 2019 г. Той предизвика огнище на необичайна вирусна пневмония (Hu, Guo, Zhou et al., 2021).

Световната здравна организация (СЗО) нарече заболяването, причинено от възникващия вирус, Коронавирусна болест 2019 (COVID -19) [WHO]. Тази болест (COVID-19) се превърна в глобална криза поради бързото и широко разпространение по света (Zhang, You, Cai et al., 2020).

За последните 2 десетилетия 2019-nCoV е третият по ред вирус от семейството на Коронавирусите в предвид (SARS-CoV) през 2002 г. и епидемията от коронавирус от блискоизточния респираторен синдром (MERS-CoV) през 2012 г. (Munster, Koopmans et al., 2020). Избухването на COVID-19 е заплаха за здравето в световен мащаб. Броят на случаите на COVID-19,

регистрирани по света към 15 октомври 2020 надхвърли 38 милиона, а броят на смъртните надхвърли 1 000 000 човека (Besançon, Peiffer-Smadja, Segalas et al., 2021).

Счита се, че вируса на SARS-CoV-2 е от животински гостоприемник и се предава от човек на човек, като предаването му чрез храна може да бъде изключено чрез допълнителни изследвания. Подобно на другите респираторни вируси потенциалните пътища на предаване са чрез директен контакт, като ръкостискане на замърсени ръце, контакт със замърсени повърхности. Възможностите за предаване чрез кръвопреливане, по трансплацентарен и перинатален път трябва да бъдат допълнително проучени (Dhama, Khan, Tiwari, et al., 2020) (фигура 1).



Фигура 1. Потенциални пътища за предаване на вируса на SARS-CoV-2 (Dhama, Khan, Tiwari, et al., 2020)

Клиничните симптоми при заболяването COVID-19 са неспецифични и се проявяват по различен начин при отделните хора. Честите симптоми включват треска, кашлица, мигалгия и умора. В проучванията се посочва, че често пъти симптоми като диария и гадене могат да предшестват треската, което предполага, че тя не е първият симптом въпреки, че е доминираща за инфекцията. Симптоми като главоболие и хемоптиза много по-рядко се проявяват. При отделни пациенти заболяването може да протича асимптоматично (Zu, Jiang, Xu, et al., 2020); (Alimohamadi, Sepandi, Taghdir, Nosamirudsari, 2020).

Контролът и овладяването на вирусните инфекции се постига чрез ваксини. Терапията на COVID-19 все още не е добре установена. Тя се основава в три направления: антивирусна терапия, засилване на имунитета и агресивна противовъзпалителна терапия (Rodriguez-Guerra, Jadhav, Vittorio, 2021).

Въпреки широкото разпространение на инфекцията, причинена от вируса на SARS-CoV-2, все още няма налични лицензирани противовирусни средства (Maurya, Kumar, Bhatt, Saxena, 2020).

Прилагането на фитотерапия е доказала своята ефективност в световен мащаб по време на тежкия остър респираторен синдром (SARS) през 2003 (Zhang, Wu, Zhang, Deng, Peng, 2020).

Цел

В проучването представяме някои широко известни традиционни лечебни растения, които присъстват в състава на редица лекарства с доказана ефикасност при грипopodobни симптоми и биха могли да се прилагат като адювантна терапия при заболяването COVID-19.

Материали и методи

Прегледани са научни статии в базите данни PubMed, Google Scholar и Scopus, публикувани в периода януари 2020 – юни 2021. Проучването проведохме по ключови думи лечебни растения, фитотерапия, COVID-19, противовирусна/противовъзпалителна активност. Критерий на изключване: китайски билкови лекарства; хомеопатия; добавки.

Резултати и обсъждане

Лечебни растения и лекарства съдържащи растителна компонента, са доказали своята ефикасност при грипopodobни симптоми (треска, кашлица, хрема и др.) Не без значение са предимствата на тези лекарства, а именно: сравнително ниска токсичност; възможност за закупуване без лекарско предписание и приложение в домашни условия; използване от хора, които имат и други здравословни проблеми.

Според Sytar и колектив растенията са източник на разнообразни химични съединения, като някои от тях могат да са безопасни и ефикасни и биха могли да подпомогнат в защитата на човешкия организъм срещу COVID-19 (Sytar, Brestic, Hajhashemi et al., 2021).

Проведеното изследване акцентира на лечебните растения – *Glycyrrhiza glabra* L., *Echinacea* spp., *Sambucus nigra* L. *Hedera helix* L., и *Allium sativum* L., които са показали имуностимулираща, противовирусна и протвовъзпалителна активност. Посочените лечебни растения са с потенциал за прилагане при заболяването COVID-19.

Glycyrrhizae radix et rhizome е идентифицирана, като дрога с висока честота на употреба при всеки стадий на заболяването (Ang, Lee, Kim et al., 2021).

Проведено изследване установява активността на *Glycyrrhiza glabra*, която се изразява в инхибиране размножаването на вируса на SARS-CoV, което може да бъде използвано срещу SARS-CoV-2, поради сходство между вирусите на SARS-CoV и SARS-CoV-2 (Cinatl, Morgenstern, Bauer, et al., 2003) (Hoever, Baltina, Michaelis et al., 2005).

Редица проучвания показват, че видовете от род *Echinacea*, предимно *Echinacea angustifolia* DC., *E. purpurea* (L.) Moench и *E. pallida* (Nutt.) Nutt.) подпомагат имунната система да се справи с инфекциите и вирусите и да може организма да се възстанови по-бързо от заболяването (Kim, Oh, Lim, et al., 2014); (Melchart, Linde, Worku et al., 1994); (Sloley, Urichuk, Tywin et al., 2001).

Плодовете на черния бъз (*Sambucus nigra* L), показват противовирусна активност срещу някои вируси, включително обикновена простуда и грип, което е видно, както при in-vitro, така и in-vivo модели (Roschek, Fink, McMichael et al., 2009).

Проведени клинични изпитвания удостоверяват бронхоспазмолитичен, секретолитичен, отхрачващ и от своя страна антитусивен ефект на

фитопрепарати, съдържащи *Hedera helix folium extractum siccum* (Lang, Röttger-Lüer, Staiger, 2015).

Фитопрепаратите съдържащи *Hedera helix* L., също така и в комбинация с други растителни суровини са с доказана терапевтична ефикасност при кашлица, като отхрачващо средство, за намаляване на честотата и интензивността на кашлицата, както при възрастни, така и при деца. Екстрактът от *H. helix* подобрява отделянето на секрета при кашлица и други симптоми, свързани с вируса (например треска, умора, болки в гърлото, болки в тялото и др.). Понастоящем няма достатъчно доказателства относно използването на екстракт от бръшлян за лечение или профилактика на COVID-19 (Barnes, Leach, Anheyer et al., 2020).

В традиционната медицина чесънът (*Allium sativum* L.), се използва за облекчаване на симптомите на настинка. Чесънът (пресен, чесън на прах) проявява потогонно, антисептично, бактериостатично и антивирусно действие. Използва се също за лечение на хроничен бронхит и повтарящи се инфекции на горните дихателни пътища (El-Saber Batiha, Magdy Beshbishy, Wasef et al., 2020). Лечебните растения, в това число и посочените оказват ефект върху организма на човек чрез биологично активни вещества (БАВ) – първични и вторични метаболити.

На Таблица 1 са представени най-важните БАВ за *Glycyrrhiza glabra* L., *Echinacea* spp., *Sambucus nigra* L. *Hedera helix* L., и *Allium sativum* L. Тези БАВ допринасят за ефекта на въздействие върху организма на човек, също така биха могли да бъдат отговорни за превенцията/лечението на заболяването COVID-19.

Таблица 1. Описание състава на БАВ на лечебни растения - *Glycyrrhiza glabra* L., *Echinacea* spp., *Sambucus nigra* L. *Hedera helix* L., и *Allium sativum* L.

Растителен вид	Семейство	Растителна част	Съдържание на БАВ	Източник
<i>Glycyrrhiza glabra</i>	Fabaceae	корен (radix)	• Сапонини (глициризин); • Тритерпени (глициретинова киселина); • Флавоноиди (ликвиритин,	(Sharma V., Agrawal R.C., 2013)

			ликвиритигенин); • Кумарини • Етерично масло	
<i>Echinacea spp.</i>	Asteraceae	цвят (flos)	• Алкиламиди • Деривати на кафеената киселина (ехинакозид, цихорова киселина, цинарин)	(Binns S.E., Arnason J.T., Baum B.R., 2002) (Kabganian R., Carrier D. J., Rose P. A., et al. 2003) (Sloley B.D., Urichuk L.J., Tywin C., et al., 2001) (Douglas L.S., Ron B., Wills H., 2003)
<i>Sambucus nigra</i>	Adoxaceae	цвят, плод (flos, fructus)	• Флавоноиди (кемпферол, кверцетин рутин и др.) • Тритерпени (урсолова, олеанолова к-ни) • Фенолни киселин • Етерично масло • Антоциани (предимно цианидин 3-глицозид и цианидин 3-самбубиозид)	(Knudsen B. F., Kaack K. V., 2015) (Vlachojannis J. E., Cameron M., Chrubasik S., 2010) (Torabian G., Valtchev P., Adil Q., Dehghani, F., 2019)
<i>Hedera helix</i>	Araliaceae	лист (folium)	• Сапонини; • Флавоноиди; • Етерично масло	(Süleyman H., Mshvildadze V., Gepdiremen A., Elias R., 2003)
<i>Allium sativum</i>	Amaryllidaceae	луковица, прах (bulbus, pulvis)	• Сярни съединения (алицин, метил трисулфид, диалил дисулфид, диалил трисулфид, S-алил цистеин сулфоксид и др.); • Глюкозиди; • Аминокиселини	(Martins N., Petropoulos S., Ferreira I. C. F. R., 2016)

Заклучение

Клиничните прояви на COVID-19, както и наличието на съпътстващи заболявания обуславят използването на лечебни растения/ фитофармацевтици с доказана противовирусна и/или противовъзпалителна активност. Необходимо е

провеждането на рандомизирани клинични проучвания за изясняване ефикасността от прилагането на фитофармацевтици, като адювантна терапия при COVID-19.

Литература

Alimohamadi, Y., M. Sepandi, M. Taghdir, H. Hosamirudsari (2020). Determine the most common clinical symptoms in COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *Journal of preventive medicine and hygiene*, 61(3), E304–E312.

Ang, L., H. W. Lee, A. Kim, et al. (2021). Network Analysis of Herbs Recommended for the Treatment of COVID-19. *Infectioon and Drug Resistance*, 14:1833-1844.

Barnes, L. A., M. Leach, D. Anheyer, et al. (2020). The effects of *Hedera helix* on viral respiratory infections in humans: A rapid review. *Advances in integrative medicine*, 7(4), 222-226.

Besançon, L., N. Peiffer-Smadja, C. Segalas, et al. (2021). Open science saves lives: lessons from the COVID-19 pandemic. *BMC Med Res Methodol*, 21, 117.

Binns, S.E., J.T. Arnason, B.R. Baum, (2002). Phytochemical variation within populations of *Echinacea angustifolia* (Asteraceae). *Biochemical Systematics and Ecology* 30, 837-854.

Cinatl J., B. Morgenstern, Bauer G., et al. (2003). Glycyrrhizin, an active component of liquorice roots, and replication of SARS-associated coronavirus. *The Lancet*, 361(9374), 2045–2046.

Dhama, K., Khan S., Tiwari R., et al. (2020). Coronavirus Disease 2019-COVID-19. *Clinical microbiology reviews*, 33(4), e00028-20.

Douglas, L.S., B. Ron, H. Wills (2003). Effect of drying temperature on alkylamide and cichoric acid concentrations of *Echinacea purpurea*. *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, 51(6), 1608-1610.

El-Saber Batiha, G., A. Magdy Beshbishy, G. Wasef L., et al. (2020). Chemical constituents and pharmacological activities of Garlic (*Allium sativum* L.): A Review. *Nutrients*, 12(3), 872.

Hoever, G., L. Baltina, M. Michaelis, et al. (2005). Antiviral Activity of Glycyrrhizic Acid Derivatives against SARS–Coronavirus. *Journal of Medicinal Chemistry*, 48(4), 1256–1259.

Hu B., Guo H., Zhou P. et al. (2021). Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nat Rev Microbiol*, 19, 141-154.

Kabganian, R., Carrier D. J., Rose P. A., et al. (2003). Localization of alkamides, echinacoside and cynarin with *echinacea angustifolia*. *Journal of Herbs, Spices & Medicinal Plants*, 10(2), 73-81.

Kim, H.-R., Oh S.-K., Lim W., et al. (2014). Immune enhancing effects of *Echinacea purpurea* root extract by reducing regulatory t cell number and function. *Natural Product Communications*, 9(4), 1934578X1400900.

Knudsen B. F., K. V. Kaack (2015). A review of human health and disease claims for elderberry (*Sambucus nigra*) fruit. *Acta Horticulturae*, (1061), 121-131.

Lang C., P. Röttger-Lüer, C. Staiger (2015). A Valuable option for the treatment of respiratory diseases: Review on the clinical evidence of the ivy leaves dry extract EA 575. *Planta Medica*, 81(12/13), 968–974.

Martins N., S. Petropoulos, Ferreira I. C. F. R. (2016). Chemical composition and bioactive compounds of garlic (*Allium sativum* L.) as affected by pre- and post-harvest conditions: A review. *Food Chemistry*, 211, 41-50.

Maurya, V. K., Kumar, S., Bhatt, M. L. B., Saxena, S. K. (2020). Antiviral activity of traditional medicinal plants from Ayurveda against SARS-CoV-2 infection. *Journal of Biomolecular Structure and Dynamics*, 1–17. DOI:10.1080/07391102.2020.183257

Melchart D., K. Linde, F. Worku, et al. (1994). Immunomodulation with *echinacea* — a systematic review of controlled clinical trials. *Phytomedicine*, 1(3), 245 – 254.

- Munster V.J., M. Koopmans, N. van Doremalen, D. van Riel, E. de Wit. 2020. A novel coronavirus emerging in China-key questions for impact assessment. *N Engl J Med*, 382:692-694.
- Rodriguez-Guerra M., P. Jadhav, T. J. Vittorio. (2021). Current treatment in COVID-19 disease: a rapid review. *Drugs in context*, 10, 2020-10-3.
- Roschek Jr. B., C. R. Fink, D. M. McMichael, Li D. and R. S. Alberte. (2009). Elderberry flavonoids bind to and prevent H1N1 infection in vitro. *Phytochemistry*, 70(10), 1255-1261.
- Sharma, V., R. C. Agrawal. (2013). Glycyrrhiza glabra- a plant for the future, *Mintage Journal, Pharmaceutical and Medical Sciences*, 2(3), 15-20.
- Sloley B.D., L.J. Urichuk, C. Tywin, et al. (2001). Comparison of chemical components and antioxidant capacity of different Echinacea species. *J. Pharm. Pharmacol.*, 53, 849-857.
- Süleyman H., V. Mshvildadze, A. Gepdiremen, R. Elias. (2003). Acute and chronic antiinflammatory profile of the ivy plant, *Hedera helix*, in rats, *Phytomedicine*, 10(5), 370-374.
- Sytar, O., M. Brestic, S. Hajihashemi, et al. (2021). COVID-19 Prophylaxis Efforts Based on Natural Antiviral Plant Extracts and Their Compounds. *Molecules*, 26(3), 727.
- Torabian G., P. Valtchev, Q. Adil, F. Dehghani (2019). Anti-influenza activity of elderberry (*Sambucus nigra*). *J. Funct. Foods* 54, 353-360.
- Vlachojannis J. E., M. Cameron, S. Chrubasik. (2010). A systematic review on the sambuci fructus effect and efficacy profiles. *Phytotherapy Research*, 24(1), 1-8.
- Zhang D., K. Wu, X. Zhang, S. Deng, B. Peng. (2020). In silico screening of Chinese herbal medicines with the potential to directly inhibit 2019 novel coronavirus. *Journal of Integrative Medicine*, 18(2), 152-158.
- Zhang Y., C. You, Z. Cai et al. (2020). Prediction of the COVID-19 outbreak in China based on a new stochastic dynamic model. *Sci Rep*, 10, 21522.
- Zu Z. Y., M. D. Jiang, Xu, P. P., et al. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Perspective from China. *Radiology*, 200490.
- World Health Organization [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it).

✉ Божидарка Хаджиева

Медицински университет – Пловдив, Медицински колеж
специалност „Помощник-фармацевт“
Пловдив, ул. „Братя Бъкстон“ № 120, 4004 Пловдив, България
bozhidarka.hadzhieva@mu-plovdiv.bg; yara@abv.bg

✉ Таня Гешева

Медицински университет – Пловдив, Медицински колеж
специалност „Помощник-фармацевт“
Пловдив, ул. „Братя Бъкстон“ № 120, 4004 Пловдив, България
gesheva99@abv.bg

ОСНОВНИ ИЗМЕРЕНИЯ НА СОЦИАЛНАТА РАБОТА С РОМИ – ПРОБЛЕМИ И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА

М. Гуновска

Медицински университет – Плевен, Медицински колеж,
катедра „Социални и фармацевтични дейности“

MAIN DIMENSIONS OF THE SOCIAL WORK WITH ROMA – ISSUES AND CHALLENGES

M. Gunovska

Medical University of Pleven, Medical College,
Department of Social and Pharmaceutical Activities

ABSTRACT: *Along with the democratic changes, taking place for more than 30 years in our country, a number of reforms in the social sector are being inevitably undertaken. New principles and objectives of the social work are being adopted, new methods and means are being imposed and new social workers' competencies are being formed. All these changes lead not only to shaping new vision on the nature and contents of the social work with Roma people, but also require new dimensions and scope of social workers' duties. The changes call for new requirements to the professional qualification, knowledge and skills that shall be possessed by social workers so they can meet the enhanced requirements and manage to provide to a maximum extent the help, needed by all people.*

Key words: social work, Roma people, issues, challenges.

Въведение

Според Концепцията на Международната федерация на социалните работници централно място в работата на всяка социална организация е борбата със социалната несправедливост. Навсякъде по света социалните работници стават защитници за възстановяване правата на човека, като се позовават на знания, умения и компетентности.

В България през годините на прехода се правят редица реформи в социалната сфера. Възприемат се нови принципи и цели на социалната работа, налагат се нови методи и средства, формулират се нови компетентности на социалния работник. Всички тези изменения водят, не само до формирането на нови възгледи за същността и съдържанието на социалната работа с роми, но и налагат нови измерения и обхват на задълженията на социалния работник.

Официална и неофициална статистика за броя на ромите в България

През последните години „ромският въпрос“ все повече привлича вниманието в общественото пространство на обединена Европа и съответно политиките, насочени към ромите, се превръщат в сериозно предизвикателство на национално и европейско равнище. Все по-голям брой учени, експерти, журналисти, ромски активисти, а вече и някои политици, говорят повече или по-открито за провала на тези национални и европейски политики. Този провал вече става публична тайна, въпреки че политическите елити продължават да смятат, че е неудобно да се признае открито тази горчива истина. В същото време обаче почти няма проучване, посветено на състоянието на съвременното положение на ромите в Източна Европа, което да не отбелязва силното влошаване на икономическото и социалното им положение през последния четвърт век на преход към демокрация и пазарна икономика, както и значителното увеличаване на междуетническите дистанции, предразсъдъците, скритата дискриминация и откритата публична враждебност към ромите (Marushiakova, Popov, 2017).

Една от най-разпространените масови обществени представи е тази, че ромите са малцинствена общност, която незаслужено се радва на редица привилегии, недостъпни за мнозинството (насърчавана и подкрепяна от европейските институции и множество чужди фондации).

„Малцинство“ е понятие, което се конструира на основата на политическо акцентиране върху значимостта на дадена социална характеристика, при което „притежателите“ на определени нейни разновидности се оказват негативно белязани (Grekova, 2008).

Според същия автор „Всекидневното мислене за „малцинство“ ...се формира под въздействието на националната образователна политика и на медийното говорене на политици, журналисти и социални учени – на излъчваните от медиите образи и представи“.

Mehandzhiyska посочва, че когато се дефинират малцинствата „се подхожда от позициите на различни критерии – численост, социално-

икономически условия, културни възприятия, достъп до власт и др.“ (Mehandzhiyska, 2009).

Към тези критерии може да се добави, че традициите, ценностната система, културалните особености на всеки един етнос различни от доминиращия се възприемат от него *като малцинство*, когато живеят в една и съща държава.

М. Grekova дефинира „традиционната общност“ в чистата и форма като „затворена и самодостатъчна, единна и за себе си единствена, Светът“. „Живеещият в традиционната общност има като единствено възможна нашата „гледна точка“ (Grekova, 2017).

Спорен е въпросът свързан с реалния брой на ромския етнос от една страна от гледната точка на националната статистика, и от друга на различните изследователи, работещи по тази проблематика. Важно е да се изясни този факт, доколкото това е възможно, тъй като човешкият ресурс има огромно значение при социалната работа с роми.

По данни на Европейския Парламент в Европа живеят от 12 до 15 милиона роми. Те са най-голямото европейско малцинство. Живеят във всички европейски страни. Групата е изключително хетерогенна. Ромите в различните страни и дори в рамките на една и съща страна често се различават по езика, който използват в ежедневието, по религиозната си принадлежност, по признака уседналост, по традиционния или модерния занаят на групата, по социалния си статус, по субгруповата си идентичност.

Според Marushiakova и Popov (1993) и Tomova (1995) групата на ромите е 8% - 10% от цялото население на Р България.

Лиежоа през 1994 г. публикува данни за „циганските населения“ в някои европейски страни. Специално за България, изнесените от него резултати са, че броят на ромите е между 700 000 и 800 000 души (цит. по Ramirov).

Според Ramirov „Може да се очаква, че Лиежоа е повлиян от българските си сътрудници Marushiakova и Popov, които през 1993 г. оспорват резултатите

от преброяването и определят броя на ромите към 800 000. Според същият автор Кенрик (2001) базирайки се на изнесените данни от Marushiakova, Popov и Лиежоа „фиксира“, че броят на ромите е 750 000 (цит. по Ramirov).

Пампоров посочва, че Лиежоа „не споменава как е стигнал до подобна оценка“. За данните, които изнасят Marushiakova и Popov, авторът смята, че „За съжаление, тази цифра при тях е определена посредством „редица наблюдения и съображения“, но без конкретна експлицирана методика и не може да се приема безусловно“ (пак там).

Според статистически данни на Националния статистически институт (НСИ) – преброяване от 2001 г., в България живеят общо 7 928 901 души, от които 6 655 210 души - 83,9% българи, 746 664 души - 9,4% турци, 370 908 души - 4,6% роми и други по-малки етнически групи.

Chavdarova-Kostova посочва, че в „различни източници, в т.ч. на неправителствени организации, се посочват други числа, съответно процент на живеещите в България роми – между 600 000 и 800 000 души на базата на неофициални преброявания. Налице е едно значително разминаване между цифрите на официалната и неофициалната статистика (Chavdarova-Kostova, 2007).

Ramirov акцентира върху това, че „раждаемостта при ромите в България намалява, и да се говори за демографски „бум“ сред ромите не е коректно, защото той не съществува. Съществува твърде рязък спад сред останалото население. Не е коректно да се говори и за „ниска сексуална култура“, защото това е просто различно репродуктивно поведение (Ramirov, 2006).

По данни на НСИ през 2001 г. малко повече от половината ромски жени (51%) са родили своето първо дете преди навършване на пълнолетие.

Според същия автор, „...процесите, свързани с раждаемостта и репродуктивното поведение на ромите, могат да бъдат обяснени с някои промени в колективната идентичност, които настъпват успоредно със социалните промени в България. Търсенето и формирането на идентичност в

либерализирането и разширяващо се социално поле усилва онзи аспект на колективната идентичност, който я свързва с представите за минало и традиционни ценности“ (Pamirov, 2006).

Chavdarova-Kostova счита, че разминаването в броя на ромското население в България се дължи на „Фактът е, че българските роми се самоидентифицират по твърде различен начин... Докато част от тях се идентифицират като роми, други не приемат тази дума и предпочитат да бъдат наричани цигани. Авторът посочва, че „проблемът за идентификацията на членовете на ромската група стои в началото на проблема за интеграцията на ромската етническа група в българското общество и зависи от езика, който говорят (български, турски, ромски), етноса на хората, с които контактуват, местоживеенето (с компактни български или турски групи). Самоидентификацията на ромите зависи и от размера на доходите и степента на образование. Липсата на контакти с представители на българския етнос води до невъзможност от усвояване на ценностите на доминиращия етнос (Chavdarova-Kostova, 2007).

Последното преброяване през 2011 г. публикува следните данни: Българската етническа група обхваща 5 664 624, или 84,8% от лицата, доброволно декларирали етническото си самоопределение. Турската етническа група е втората по численост – 588 318 лица. Те представляват 8.8% от населението. Ромският етнос традиционно е третият по численост и наброява 325 343 души, според самоопределянето на лицата, с относителен дял от 4.9%, лицата които не се самоопределят съставляват 0,8%, а 51,7% от тях са млади хора под 19-годишна възраст.

Прави впечатление, че малко повече от половината от лицата (51,7%), които не се самоопределят са млади хора под 19-годишна възраст.

Според Томова основната хипотеза за тези резултати е, че много от тези лица са от групата на българските мюсюлмани, на ромите и групата на лицата,

които местното население назовава като роми или цигани, но те предпочитат да се самоопределят като „миллет“, българи, турци или агюпти.

Друга хипотеза на същия автор е, че разминаването в прогнозите и резултатите от самоопределянето се дължат на външната емиграция на ромите след 2008 г. Третата хипотеза тя свързва с намаляващата раждаемост, която най-малко засяга ромската етническа общност. Томова смята, че продължава тенденцията лицата, които местното население идентифицира като роми или цигани да се самоопределят като турци, българи или румънци. Като основна причина за този факт тя изтъква ниския социален статус и стигматизацията на ромския етнос (Tomova, 2013).

Mehandzhiyska посочва, че „определянето и самоопределянето на етноса е един специфичен проблем в практическата социална работа, който е предмет на различни интерпретации“ (Mehandzhiyska, 2009).

От всички изложени факти до тук (които не претендират за изчерпателност), може да се обобщи, че има противоречие и разминаване между данните изнесени от националната статистика и данните, които посочват изследователите при емпирични проучвания (Marushiakova, Popov, Chavdarova-Kostova, Tomova, Ramporov).

В основата на тези факти стои въпросът: *Кои и колко са ромите?* Тези, които се самоопределят като такива или и тези, които другите определят като такива по различни социални характеристики. Възниква въпросът по какъв начин се събира информация за реалния брой на ромското население. И, ако не се знае истинската цифра, може ли да има адекватна държавна политика и социална работа, отговаряща на потребностите на етноса.....

Традиции и ценности при ромския етнос в контекста на социалната работа – проблеми и предизвикателства.

Погледнато от друг ъгъл всеки етнос има свои собствени традиции, обичаи и ценности (стремежът към образование е една от тях и се възпитава в семейството).

Според Chavdarova-Kostova българският и ромският етнос имат общи ценности като семейство, деца., но от друга страна имат и известно разминаване в тези ценности, защото н.п. при българите „образованието е традиционна основна ценност“, докато „при ромите образованието не се дефинира като традиционна ценност“. Авторът издига следната хипотеза: „По отношение на това твърдение: Включването на образоваността в рамките на ценностната система на дадена етническа общност е детерминирано от традицията на тази общност по отношение наличието на писменост, чрез която представителите ѝ се самоидентифицират“.

„Семейството и родът“ са най-високо в йерархията на ромската ценностна система и винаги вървят заедно. Всички останали ценности ги следват и са в пряка зависимост от тях. Точно ромското семейство е средата, в която се е създавала, развивала, съхранявала и предавала от поколение на поколение материалната и духовна култура на далечните предшественици на днешните роми. Така дори и без наличие на писменост се е съхранил ромският език“ (Chavdarova-Kostova, 2006).

Разликата в ценностната система между българския и ромския етнос се корени в разбиранията им за „дете“ и „образование“, и ако те са неразделни и едно цяло при българите, то при ромите те са две различни ценности, което е водеща причина за необхващането на една част от ромските деца в детските заведения, преждевременно напускане на образователната система и „порочният кръг“ се затваря и се предава от поколение на поколение.

Като се има предвид особено важната роля на семейството и общността като ценност при ромите, важно е да се повиши информираността на етноса, по отношение на последиците от преждевременното напускане на училище на децата, личностното им развитие, както и тяхната социална и икономическа интеграция в бъдеще. От особено значение е социалният работник да фокусира превантивната работа с ромските семейства върху образованието на момичетата, които са най-засегнати от ранно отпадане от образователната

система. Това едновременно е и проблем, и предизвикателство пред социалната работа.

При работата с роми социалният работник е необходимо да притежава редица професионални компетентности: **специална компетентност** (професионални умения); **комуникативна компетентност** (професионална комуникация); **организационна компетентност** (умения за планиране, адекватна оценка на резултатите от дейността, умение за контрол на поведението); **аналитична компетентност** (анализ, синтез, сравнение, генерализация, конкретизация, професионално мислене); **рефлексивна компетентност** (адекватно оценяване на резултатите от собствената дейност, тя изпълнява ролята на контролор на личните постижения, професионалното развитие и самоусъвършенстване); **мотивационно-лична компетентност** (наличие на стабилна професионална мотивация, готовност за обучение, самообразование и саморазвитие, уважение към представителите на другите култури) и **социалната компетентност**, която е интегративно лично качество, което се разкрива в адекватното решаване на професионални проблеми и социални задачи, социална отговорност, толерантност, както и способност за прогнозиране, контрол и разрешаване на конфликтни ситуации (Davletkaliev, Zueva, Lebedeva, Mkrtumova, Timofeeva, 2015).

Chavdarova-Kostova посочва, че социалният работник е необходимо да развие „интеркултурна и като част от нея етнокултурна и международна компетентност“, което е предизвикателство пред образователната подготовка на тези специалисти. Относно „съдържанието на интеркултурността тя се разглежда от автора като ценност, която включва идеята за мирното и съвместно съжителство между представители на различни взаимодействащи помежду си култури“. Интеркултурността е „ценност, която акцентира върху взаимоотношения, взаимодействия, взаимно общуване, взаимно разбирателство и уважение към „различното“ в другата култура (Chavdarova-Kostova, 2003).

Към посочените от авторите професионални компетентности, които е необходимо да притежава социалния работник, може да се добави и „културна компетентност“ (чувствителност и разбиране на спецификите на етноса), която би превърнала предоставянето на социална подкрепа на индивиди и семейства в качествена и ефективна.

Заключение

В контекста на всичко посочено дотук, проблемите и предизвикателствата, които стоят пред социалната работа с роми могат да се формулират по следния начин.

Необходимо е картографиране на районите и уточняване на броят на ромите, които живеят в тях с цел адекватно отговаряне на техните потребности.

Осъществяване на ранна интервенция, която да започне още от детската градина (Включването на социалния работник в училищните екипи се регламентира законово едва през 2017 г. в Наредбата за приобщаващото образование, като неговата роля е на медиатор между семейството и обкръжението на ученика и образователната институция, с акцент върху учениците в риск.) с прилагането на холистичен подход, т.е. работа с цялото семейство, по отношение на образованието като ценност, семейното планиране, здравната и сексуална култура, като се съобразяват особеностите и спецификата на всяко отделно семейство, имайки предвид хетерогенността на етноса.

Предизвикателството пред социалната работа е подготовката на социалните работници във висшето образование, по отношение на формиране на професионални компетентности за работа с лица от ромската етническа общност. Бъдещият социален работник да не бъде просто само социален работник, а да се превърне в „семеен социален работник“, който да е чувствителен към проблемите на ромската общност и конкретно към семейството, с което работи.

„Промените не е това, което се случва с нас, а това, на което можем да повлияем. Само, ако поемем отговорност за промените, можем да вървим напред. Както е известно, страните от Европейския съюз запазват своята идентичност като провъзгласяват многообразието за ценност“.

Европейското мото е „Единни в многообразието“. Необходимо е то да се превърне и в мото на социалната работа.

Литература

Chavdarova-Kostova, S. (2006). Otsenyavane na etnokulturnata kompetentnost (Evropeyskiyat opit - didakticheski izmerenia). *Interkulturno obrazovanie*, 1(1), pp. 5-21.

Chavdarova-Kostova, S. (2007) Fakti i interpretatsiite im za naimenovaniето i elementi na sotsialnia status na romite – kak mogat da badat vklyucheni v podgotovkata na sotsialni rabotnitsi? V: *Problemi na sotsialnata rabota. Obrazovanie, praktika, nauchni izsledvania*. Sofiq: IK „KOTA“.

Chavdarova-Kostova, S. (2003) Problemi na vzaimodeystviето s detsa i semeystva s razlichna etnicheska i religiozna prinadlezhnost v bakalavarskata podgotovka na studenti ot spetsialnost "Sotsialni deynosti". V: *Teoria i praktika na sotsialnata rabota. Problemi i perspektivi*. Sofiq.

Davletkaliev, D. K., Zueva, N. K., Lebedeva, N. V., Mkrumova, I. V., & Timofeeva, O. (2015). Professional Competence Development of the Social Work Specialists in the Period of Study in the System of Additional Education. *International Education Studies*(8), pp. 176-183.

Grekova, M. (2008). Romite v Sofia: ot izolatsia kam integratsia? (M. Yakimova, Red.) Sofia: "Iztok-Zapad".

Grekova, M. (2017). *Obshtnost s druga, Lektsii po sotsiologia na sotsialnite obshtnosti*. Sofiq: Universitetsko izdatelstvo "Sv. Kliment Ohridski".

Marushiakova, E., V. Popov. (2017). *Patishta za nikade: Evropeyski politiki za sotsialno vklyuchvane na romite*, 31. Sofia.

Mehandzhyska, G. (2009). *Obshtnostni izmerenia na sotsialnata rabota*. Sofiq: Aprikom OOD.

Natsionalen statisticheski institut. Prebroyavane 2011(okonchatelni dannii). Dostapni na: <https://www.nsi.bg/census2011/newsbg.php?n=68> (15.08.2021)

Natsionalen statisticheski institut. Prebroyavane 2001. Dostapni na: <https://www.nsi.bg/Census/CensusList1.htm> (15.08.2021)

Pamporov, A. (2006). Balkanistichen forum. *Razhdaemost i reprodutivno povedenie na romskite obshtnosti v Bulgaria, Kn.1-2-3*, pp. 183-189.

Pamporov, A. (2006). *Romskoto vsekidnevie v Bulgaria*. (A. Zhelyazkova, Red.) Sofia: Mezhdunaroden tsentar za izsledvane na maltsinstvata i kulturnite.

Tomova, I., I. Tarnev, L. Makaveeva. (2013). *Dobri praktiki za integratsia na romite: Kavarna, Ostrava i Gent*. Kavarna: Asotsiatsia Integro.

✉ Мариета Гуновска
Медицински университет – Плевен
Медицински колеж
катедра „Социални и фармацевтични дейности“
ул. „Климент Охридски“ №1
тел. 064 884 297
e-mail: m_gunovska@abv.bg

ИНТЕРАКТИВНИ МЕТОДИ В ОБУЧЕНИЕТО ПО ФАРМАЦИЯ НА СТУДЕНТИ 1. КУРС В МУ-ВАРНА

Й. Колева

Факултет Фармация, МУ-Варна

INTERACTIVE METHODS IN TEACHING PHARMACY TO 1ST-YEAR STUDENTS AT THE MEDICAL UNIVERSITY OF VARNA

J. Koleva

Faculty of Pharmacy, Medical University of Varna

ABSTRACT: *The knowledge gained during the theoretical and practical training of pharmacy students in the 1st year lays the foundation for updating and teaching specialty-specific knowledge and skills. Effective and non-standard forms are preferred, especially over the past year and a half - in the conditions of a pandemic, which constantly improve not only the teaching methodology to optimize the educational process, but also create prerequisites for continuous creative manifestations of participants. They provoke innovative processes in the context of fast-growing information and communication technologies.*

The popularity of e-learning is steadily growing and finds its place among modern teaching methods. The lack of "live" communication is compensated by interactive activities " The purpose of this report is to study various interactive teaching methods in an electronic environment and summarize their application in higher education.

Interactive learning determines the current status and appearance of the educational process at the Medical University of Varna, as the University of the future.

Keywords: interactive methods, electronic training, students, interaction, learning process.

Въведение

Интерактивността като термин се отнася до взаимодействието между два или повече индивида и възникващите у тях вследствие на това взаимодействие промени в поведението и нагласите. В Университета интерактивността се отнася до взаимодействието между обучаващ и обучаван, както и между самите учащи или в по-широк смисъл – между членовете на една учебна (работна) група. Тя предполага наличието на интерактивни умения – термин, използван за характеристика на умения, отнасящи се до личната ефективност, взаимоотношенията човек – човек, човек – група (Guyrova, 2006, pp. 40). Интерактивните методи могат да осигурят благоприятна учебна среда, като стимулират познавателната активност на студентите и улесняват процеса на усвояване на знания. Стандартните методи следва да отстъпят място на ученето с разбиране. Тази практика поставя обучаващият се в центъра учебния процес,

независимо от формата на обучение пряка или виртуална. Тези форми на обучение са особено необходими са в условията на Covid-19 пандемия и необходимостта от спазване на протиепидемичните мерки на общонационално ниво.

Приложението на добри практики в областта на информационните и на комуникационните технологии успешно се адаптират и прилагат към съвременната система на обучение в Медицинския университет, като се разглеждат постиженията и проблемите в съответната област на науката.

Обучението по специалността „Фармация“ осигурява:

1. Задълбочени познания за науките, на които се основават дейностите на магистър фармацевтите.

2. Достатъчни познания за професионалната етика на професията и на нормативните актове, които я регламентират.

3. Достатъчни общомедицински и специфични познания (История на фармацията; Физика и биофизика; Химия – органична, неорганична, аналитична; Висша математика; Статистически методи във фармацията; Латински език с медицинска терминология; Факултативна дисциплина Чужд език; Факултативна дисциплина Околна среда и здраве и др.), знания по фармакология и фармакокинетика в медицинската област, както и знания за връзката между здравословното състояние и физическата и социалната среда на човека, и неговото поведение;

4. Достатъчен клиничен (практически – чрез семинари и упражнения) опит, за да поема отговорност за оценка на терапевтичното поведение в нормални условия и оценка при патологични отклонения.

Изложение

Интерактивните методи са вид систематични начини, съдържащи последователност от съвместните действия на университетските преподаватели за постигането на определена цел в определена научна област. Те са подходящите пътища за осъществяване на дейността, свързана с предаването и

усвояването на научни знания. В процеса на преподаване интерактивните методи се основават на основите на обучителния процес, според който ученето е резултат от социално и научно общуване в определен контекст. Общуването се извършва между студентите самостоятелно или в екип, между студенти и преподаватели, между студенти и външни експерти. Към тях се отнасят: груповата работа, работата в екип, наблюдение, дискусия, екологичен експеримент, моделиране, проучване и решаване на казуси, дебати, инциденти, прекъснати лекции, мозъчна атака, демонстрация, изпълнение на роли, интервю, анкетиране, компютърно-базирано обучение, практическо упражнение за развитие на умения и сръчности и други (Keen-Rhinehart, Eisen, Eaton, McCormack, 2009).

Интерактивните методи на преподаване и учене включват техники за комуникация на студентите помежду им и с преподавателите в различните дисциплини и катедри. Използват се традиционни и иновационни техники, на хардуерни и софтуерни системи, които отговарят на въздействие от страна на потребителите, предлагат им диапазон от възможности и избори или им предоставят разнообразие от ресурси, за да действат спонтанно и да реагират конструктивно, да изследват определен обем от знания и да създават диалог между потребителя и системата.

Днес обучението по Фармация има за цел да представи най-съвременната информация без да подценява значението на утвърдени научни достижения от миналото. Използването на съвременни технически и научни достижения спомага за атрактивно предоставяне на информацията. Представянето на учебния материал като интерактивна система от модели на преподаване, изпълнени с изчерпателна и структурирана информация улеснява възприемането на учебната информация в електронна среда [5].

Важно е студентите да се чувстват част от общността както в университет, така и навън. Ключът към желанието е да се обучават в on-line среда, да се

съсредоточават и полагат усилия по различни теми, задачи и курсови работи, осигурява ползотворност и потребност във виртуалната класната стая.

Видове интерактивни методи и техники: Интерактивните методи и техники според Gyurova (Gyurova, 2006) са: SWOT-анализ; Пирамида; Светкавица; Мозъчна атака; Записване на идеи; Лавина; Завъртане; Съчинения; Панелна дискусия; Светофар; Аквариум; Мозъчни карти; Рисуване на идея; Ролеви игри; Стимулационни; Ситуационни и др.

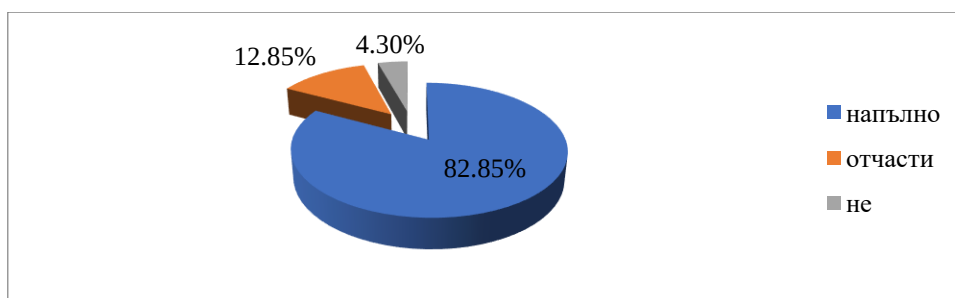
Всеки интерактивен метод може да бъде ефективен, ако бъде представен чрез подходящи технически, дигитални средства и технологии. Обучението по фармация разполага със съвременни информационни и комуникационни средства за обучение – мултимедии, специализирана апаратура съобразена със спецификата на специалността, съвременни електронни форми на достъп до база данни и представяне на съдържанието по учебните дисциплини и др. (Grudeva, M. 2010).

Най използвани са следните интерактивните методи и техники, описани от Ivanov (Ivanov, 2005).

- Ситуационни методи – метод на конкретна ситуация, казус, симулация, игра, ролева игра (във всички изучавани дисциплини в 1-ви курс);
- Дискусионни – анкета, беседа, мозъчна атака, дискусия, обсъждане, дебати (във всички изучавани дисциплини в 1-ви курс);
- Опитни (емпирични) методи – метод на проектите (в над 70% от изучаваните предмети в 1-ви курс).

При проведено допитване сред студентите от първи курс в специалността „Фармация” в МУ Варна, над 80% изразяват своята удовлетвореност от обучението в електронна среда по различните дисциплини (фигура 1).

Всички тези технически обучителни средства създават възможност за по-ефективна интерактивна среда по време на теоретичното и практическото обучение (упражнения и семинари), учебното съдържание става по-достъпно и



Фиг. 1. Удовлетвореност от е-обучение, студенти 1-ви курс, Фармация.

по-лесно за усвояване, което повишава интереса и активността на студентите за самостоятелна работа и работа в екип.

Най-използваните методи в процеса на обучение в различните предмети в 1-ви курс, в електронна среда, са:

1. Брейнсторминг: Брейнстормингът е вид интерактивен метод на обучение, който обикновено се изпълнява в групи. Процесът е подходящ за генериране на креативни мисли и идеи. Помага студентите да развиват научно мислене, да се сплотят и сработят в групи.

2. Колективна дейност, по модела „Мисли, разбери и сподели“: Форма при която преподавателя задава въпроси, към различни студенти, самостоятелно или предварително разпределение в групи (например работа по проект, презентация, реферат и др.). В процеса на работа за да определят нивото на знания по конкретната тематика обучаващият задава насочващи въпроси и предоставя време (напр. в края на занятието) да помислят и да стигнат до някакво заключение. Студентите могат да представят своето заключение по зададената тема, независимо че не разполагат с голям обем информация. По този начин преподавателя чрез методите на анали и обяснение, предоставя на студентите информация по зададената тема, на достъпен език и/ по модела на сравнение на отговорите им.

3. Неформална/ отворена дискусия: При този интерактивен метод на преподаване студентите се разделят в групи от по двама или трима, като всяка група трябва да представи проект или конкретна тема. При представяне на проекта или темата, всеки студент, трябва да вземе участие и да изкаже или

отговори на поставените му въпроси (напр. проект на тематични разработки по биофизика; химия, околна среда и здраве, спорт и др.). Във всяка група, всеки студент трябва да участва пълноценно за да постигне удовлетворяващ резултат. Позволява обсъждането на различни казуси, като двете страни са събеседница в разговора, а не изпитващ и отговарящ.

4. Ситуационен/ практически метод: Обсъждане на реален проблем: Този метод на обучение включва формат, подобен на този с примерите от реалния живот (case studies), но процесът не е толкова строг. Фокусът е върху това как студентите могат да се научат да разрешават реални проблеми, които включват реални ситуации. Стимулира се приложението на придобитите знания в реална ситуация, където могат да се приложат и изпитат. Практическото решаване на проблеми позволява да се добие представа за това как студентите още в 1-ви курс могат да приложат знанията си в дадена ситуация, в която търсят решение на конкретен казус (Grancharova, Htistova, 2011).

Тези методи са изключително подходящи за трансформиране на общоприетия модел на обучение в интерактивен и ползотворен модел на успешно усвояване на знания [1]. Обучението в електронна среда предоставя успешно на студентите необходимите знания и информация по различните предмети, чрез опит и разбиране, постигайки го успешно с различни дейности и иновативни образователни методологии (фигура 2).

Важно е още в 1-ви курс на обучението да се прилагат продуктивни и ефективни методи при обучението в различните предмети, което води до подобряване на учебния процес. Интерактивните практики подтикват учащите да разсъждават и анализират, а не само да приемат механично предоставената информация. Интерактивните техники представят средствата за взаимното участие в процеса на учене, т.е. похвати и логически, технически, лингвистични средства на обучение, като например: задаване на въпроси, осмисляне и формулиране на отговори, използване на работни задачи, приковаване на внимание, приложение на наученото, ангажиране, запаметяване и други.



Фигура 2. Интерактивни методи на обучение в МУ Варна.

Конкретните похвати, които преподавателя използва, за да пита студентите, да им обяснява идеи и концепции, да коригира грешки, да ги подпомага да формулират отговори, да изказват мнения и да се изслушват, да говорят пред аудиторията, да разграничават правилното от грешното знание и да предлагат корекции. Интерактивните техники подпомагат установяването на контакти и оживяването на класа и групата, създаването на мотивация и на приятно усещане от взаимната полза в работата, преодоляването на рутината и на съпротивата към новото, концентрирането върху конкретните задачи, критичната оценка на собственото поведение и принос (So, Hyo-Jeong, 2016).

Разграничаваме четири типа интерактивност (Gyurova, 2006):

- Между обучаващия се и учебното съдържание;
- Между обучаващия се и учителя;
- Между отделните обучаващи се.

Между обучаващия се и е-средата, в която се реализира обучението. Въвеждането на интерактивността съдейства за реализирането на няколко ключови цели в учебния процес в електронна среда [4]:

- Въвличане на обучаващия се в учебния процес и подобряване на неговото представяне;

- Подпомагане на взаимодействието на обучаващия се с учебното съдържание, преподавателите и студентите в 1-ви курс Фармация;
- Осигуряване на интелектуален стимул за учене и развитие на уникалните качества, интереси и умения на обучаващите се (Kostova, 1980);
- Стимулиране на критичното мислене, поставяне в близки до реалността ситуации.

Студентите от 1-ви курс Фармация споделят, че интерактивните методи са полезни за тяхната подготовка като бъдещи специалисти, тъй като те предоставят за по-кратко време повече информация, по-достъпен и разбираем език.

Blackboard платформата и Web students на МУ Варна [1] осигуряват база данни за лекционен материал, възможност за провеждане на лекции и упражнения, възможност за виртуална пряка връзка и комуникация със преподаватели, асистенти, студенти и технически сътрудници, по отношение на информация за обучението и техническите възможности на приложенията [2, 3].

Заключение

Чрез използването на съвременните интерактивни технологии за обучение, се стимулира образователния процес, усъвършенства се общуването „преподавател- студент“ и „студент-студент“, в резултат на което се повишава качеството на обучението (равнището на познанията и равнището на обратната връзка, чрез успеваемост на студентите при изпълнение на поставените задачи), а това води до изграждане на социалнозначими личностни качества, необходими при усвояване на професията на магистър фармацевт и за придобиване на необходимите знания и практически умения.

Съвременните информационни и комуникационни технологии предлагат широк набор от възможности и интерактивност в процеса на обучение. Те напълно съответстват на възприятията, мисленето и стила на учене на съвременните студенти. Това са основателни аргументи и мотивационна основа

за пренастройване на университетската образователна среда и интегриране на новите технологии в нея.

Интерактивните методи на обучение отговарят напълно на съвременните предизвикателства към образованието, изискващо насоченост към студента, с неговите характерни особености и способности. Чрез използването на съвременните технологии, които са напълно познати на младите хора в процеса на обучение студента, се създава интерактивна среда, която предоставя по-голяма активност и мотивация за получаване на по-пълноценни знания и прилагането в практиката умения. По този начин се стимулират интересът им към образователния процес, а от тук и създаването на качествени професионалисти по здравни грижи.

Бележки

1. Общи условия за ползване на платформата за електронно обучение BLACKBOARD на МУ – Варна, в сила от 10.06.2016
2. Правилник за дейността на Медицински университет „Проф. д-р П. Стоянов” – Варна от 25.03.2021г.
3. Правилник за учебната дейност от 13.07.2020г.
4. Правилник за устройството, дейността и управлението на Интернационалния център за електронно и дистанционно обучение към Медицински университет „Проф. д-р Параскев Иванов Стоянов“ от 18.06.2018г.
5. Учебен план за специалност „Фармация”, в сила за прием 2020-2021 г.

Литература

- Grudeva, M. (2010). Uchebno-prakticheskoto zanyatie kato interaktivna sreda za obuchenie. *Interaktivnite metodi v savremennoto obrazovanie*. Blagoevgrad, 107-117.
- Grancharova, G., P.Hristova (2011). *Medicinska statistika*. IC: MU Pleven.
- Gyurova. (2006). *Interaktivnostta u uchebniya protses*. Sofiya.
- Ivanov, Iv. (2005). *Interaktivni metodi na obuchenie*. Sofiya.
- Kostova, Z. (1980). *Izdattelski podhod v obuchenieto po biologiya*. Sofiya: Narodna prosveta.
- Keen-Rhinehart, E., Eisen, D., Eaton, D., McCormack, K. (2009) Interactive methods for teaching action potentials, an example of teaching innovation from neuroscience postdoctoral fellows in the Fellowships in Research and Science Teaching Program. *Journal of Undergraduate Neuroscience Education*, 7 (2), 74-79.
- So, Hyo-Jeong. (2016). Designing Interactive and Collaborative E-Learning Environments. *Handbook of Research on Instructional Systems and Technology*. IGI Global, 8, 596-613.

✉ Йоанна Колева

Студентка, Факултет Фармация, МУ Варна
Гр. Варна, бул. „Цар Освободител” №150
e-mail: yoanna.v.koleva@abv.bg

СЪДЪРЖАНИЕ НА ФЕНОЛНИ СЪЕДИНЕНИЯ В ИНFUЗИИ И ДЕКОКТИ НА БЪЛГАРСКИ МЕДИЦИНСКИ РАСТЕНИЯ

**П. Колева¹, Сл. Панева²,
С. Цанова-Савова²**

¹ Медицински колеж „Йорданка Филаретова“, Медицински университет – София, специалност „Помощник Фармацевт“, ² Медицински колеж „Йорданка Филаретова“, Медицински университет – София, специалност „Инспектор по общественото здраве“,

PHENOLIC CONTENT IN INFUSIONS AND DECOCTS OF BULGARIAN MEDICAL PLANTS

P. Koleva¹, Sl. Paneva², S. Tsanova-Savova²

¹ Medical College Yordanka Filaretova, Medical University – Sofia, specialty „Assistant Pharmacists“, ² Medical College Yordanka Filaretova, Medical University – Sofia, specialty „Public Health Inspector“

ABSTRACT: Phenolic compounds and flavonoids are powerful antioxidants in plant material. They are biologically active substances with wide range of pharmacological activities, including anti-inflammatory, cardioprotective and anticarcinogenic properties. In the present study, the content of Total phenolic compounds and Total flavonoids in aqueous infusions and decocts of 18 Bulgarian medicinal plants was determined using validated spectrophotometric methods. The results show that among the studied samples the richest source of phenolic compounds and flavonoids are the flowers of hawthorn (*Crataegus monogyna*) - 191.35 mg GAE/100 ml and 178.31 mg RE/100 ml, respectively. In the present study new data on polyphenolic antioxidants in Bulgarian medicinal plants have been provided, which will allow the identification of the most accessible sources of polyphenols among them for the preparation of effective antioxidant combinations.

Keywords: Total Phenolics, Total Flavonoids, Medical Plants

Въведение

В много страни по света са съхранили познанието за благотворното действие на билките върху здравето. Билките или медицинските растения, наричани лечебни, обхващат голяма група растения, които се използват в медицинската практика за профилактика или лечение на много болести. Флората в България предлага голямо разнообразие на растения – познати са над 4000 висши растения, а за поне 800 от тях се знае, че притежават лечебни свойства.

Според СЗО днес 80% от населението на земята разчита на лечебните свойства на растенията под различни форми (Gurib-Fakim, 2006). Приблизително около 40% от всички лекарствени средства са фитопрепарати, а

лечебните растения, необходими за получаването им са над 20 000. Според доклад на Американската агенция за маркетингови изследвания , повече от една четвърт от лекарствата, които се предписват в Европа, САЩ и Канада са получени от растения.

Поради голямото разнообразие на растения и голям брой съединения от растителен произход, става ясно, че лечебния потенциал на растенията е голям и все още недостатъчно изследван. Значителна част от тези изследвания са свързани с антиоксидантния ефект на съединенията, които се съдържат в лечебните растения.

Известно е, че медицинските растения и плодове, които се използват широко в народната медицина са богат източник на антиоксидантни полифеноли и в частност на флавоноиди (Krasteva et al., 2016). Полифенолите, сред които и групата на флавоноидите са вторични метаболити във висшите растения, като понастоящем са известни над 8000 съединения (Kumar et Padney, 2013). В редица публикации се описва тяхната мощна антиоксидантна активност (Michailova et al, 2011, Okuda et al. 1994, Tepe et al., 2006), антиканцерогенно действие, антибактериално действие, активни са като кардиопротективни агенти, противовъзпалително действие, промотори на имунната система, могат да предпазват кожата от УВ радиация и др. (Zhishen et al., 1999; Wink et al., 2015; Wang et al., 2016; Okpuzor et al., 2009; Oki et al., 2002). Редица епидемиологични проучвания са изследвали ефекта на полифенолните от групата на флавоноидите върху сърдечно-съдови заболявания, ракови заболявания, затлъстяване, захарен диабет и др (Hertog et al., 1994, Mink et al., 2007, Rautiainen et al., 2010, Hui et al., 2013, Hossian et al., 2016).

В основата на извличането на биологично активни вещества от растителните дроги стои процеса на твърдо/течна екстракция с подходящ екстрагент. Водата често се използва като екстракционен агент, поради уникалните си свойства на разтваряне, които могат да се променят с промяна на

температурата. Приготвянето на водни екстракти от лечебни растения в домашни условия е с дългогодишни традиции и е широко разпространено в нашата страна. Именно по тази причина в настоящето изследване е подбрана водата като солвент за получаване на различни растителни екстракти (инфузии и декокти), при спазване на предписанията, предоставени от билковите аптеки.

Цел

Целта на настоящето изследване е определяне на общите фенолни съединения и общите флавоноиди във водни инфузии и декокти на серия български медицински растения.

Материал и методи

Растителен материал

Изследвани са 18 различни български лечебни растения закупени в изсушен вид от специализиранат търговска мрежа в гр. София, както следва: червена боровинка (*Vaccinium vitis-idaea*) - плод, арония (*Aronia*) – плод; черен бъз (*Sambucus nigra*) - цвят и плод; трънка (*Prunus spinose*) – плод; дрян (*Cornus mas*) – плод; глог (*Crataegus monogyna*) - цвят и плод; дива мащерка (*Thymus serpyllum*) – стрък; шипка (*Rosa canina*) – плод; жълт кантарион (*Hypericum perforatum*) – стрък; бабини зъби (*Tribulus terrestris*) – стрък; невен (*Calendula officinalis*) – цвят; мурсалски чай (*Sideritis scardica*) – стрък; маточина (*Melissa officinalis*) – листа; риган (*Origanum vulgare*) – стрък; мента (*Mentha piperita*) – листа; коприва (*Urtica dioica*) – листа.

Получаване на инфузии и декокти

Водните екстракти се приготвят под формата на инфузии с дестилирана вода: 1 грам сух растителен материал се залива с 100 ml кипяща вода и се оставя да престои съгласно рецептата за традиционна употреба от опаковката, охлажда се и се филтруват. За получаване на отвари от плодовете бяха използвани следните методи: към 5 грама плод се прибави 100 g дестилирана вода. Плодовете се варят в кипяща вода 5 - 10 минути, съгласно предписанието от производителя. Киснат 30 минути. Охлаждат се и се прецеждат. Получените

проби се съхраняват при температура 4 °C до използването им за анализ, без добавяне на консерванти.

Определяне на общи феноли

За определяне на общите феноли се използва реактив Фолин - Чокалто, който окислява фенолните съединения до син комплекс, който се определя спектрометрично при $\lambda = 750 \text{ nm}$ (Marinova et al., 2005). За изчисляване на количеството на общите феноли бе използван методът на абсолютната калибровка. Определянето се извършва като аликвотна част от 1 ml на подходящо разредени екстракти или стандартни разтвори на галова киселина (GA), се добавят към 25 ml мерителна колба, съдържаща 9 ml дестилирана вода. Към разтвора се добавя 1 ml реагент на Фолин-Чокалто и след 5 минути се добавят 10 ml 7% Na_2CO_3 . Разтворът се довежда до марката с дестилирана вода, разбърква се и се оставя да престои 90 минути при стайна температура. След това абсорбцията се измерва срещу празна проба при дължина на вълната $\lambda = 750 \text{ nm}$. Резултатите се изразяват като галова киселина еквивалент (mg GAE / 100 ml воден екстракт).

Определяне на общи флавоноиди

Общите флавоноиди се определят чрез поставяне на аликвота от 1 ml от екстрактите или стандартните разтвори на рутин в 10 ml мерителна колба, съдържаща 4 ml дестилирана вода. Към разтвора се добавят 0,3 ml 5% NaNO_2 и след 5 минути 0,3 ml 10% AlCl_3 . След 6 минути се прибавят 2 ml 1 M NaOH и разтворът се довежда до марката с дестилирана вода, разбърква се и след това се оставя да престои 30 минути (Marinova et al., 2005). Измерването на абсорбцията на формирания комплекс с розово оцветяване спрямо празна проба при дължина на вълната $\lambda = 510 \text{ nm}$. Общото съдържание на флавоноиди се изразява като рутинен еквивалент (mg RE / 100 ml воден екстракт) чрез метода на абсолютната калибровка.

Спектрофотометрично измерване на абсорбцията на общите фенолни съединения и общите флавоноиди се извършва на спектрофотометър Lambda

25, Perkin Elmer. Всички измервания в настоящето изследване са проведени трикратно. Резултатите, изразени като средна стойност и са получени след обработка с MS-Excel software. Използваните методи са валидирани с граница на определяне съответно – 0.21 μg GAE /ml и 0.47 μg RE /ml. Корелационните коефициенти на линейните калибрационни прави на галова киселина (при определяне на общи феноли) и рутин (при определяне на общи флавоноиди) са $> 0.999 R^2$.

Резултати и обсъждане

Подбраните български лечебни растения са често използвани в бита на българите като билки и подправки. Именно под формата на запарка или отвара традиционно консумираме билките. Ето защо и точно този вид екстракция бе избран за настоящето изследване.

На таблица 1 е представено съдържанието на общи фенолни съединения и на общите флавоноиди на изследваните лечебни растения, екстрахирани с гореща вода до тяхното изстиване в рамките на 30 минути, изразено съответно като mg GAE/ 100 ml и mg RE/ 100 ml воден екстракт.

Резултатите показват, че съдържанието на общи фенолни съединения надвишава това на общите флавоноиди във всички изследвани проби, с изключение на трънка, където са установени еднакви количества.

Съдържанието на общи фенолни съединения сред получените водни екстракти е в границите от 2,45 до 191,35 mg GAE/100 ml. От изследваните плодове и дроги най-високо съдържание на общи феноли съединения се установява при глог – цвят - 191,35 mg GAE/100 ml, шипка – плод - 166,5 GAE/100 ml и жълт кантарион – стрък -103,61 GAE/100 ml, а най-ниско е отчетено при трънка – плод – 2,45 GAE/100 ml.

Съдържанието на общи флавоноиди е най-високо отново при глог – цвят (178,31 mg RE/ 100 ml), следвано от шипка (85,45 mg RE/ 100 ml) и риган (78,16 mg RE/ 100 ml). Най-ниски стойности са установени в плодовете на трънката.

Таблица 1. Съдържание на общи фенолни съединения и общи флавоноиди в инфузии и декокти в серия български медицински растения.

Растение	Българско наименование	Изследвана част от растението	Общи фенолни съединения, mg GAE/100 ml	Общи флавоноиди, mg RE/100 ml
<i>Vaccinium vitis-idaea</i>	Червена боровинка	плод	5,35	3,85
<i>Aronia</i>	Арония	плод	34,95	3,25
<i>Sambucus nigra</i>	Черен бъз	плод	83,15	70,85
<i>Sambucus nigra</i>	Черен бъз	цвят	55,90	53,53
<i>Prunus spinosa</i>	Трънка	плод	2,45	2,45
<i>Cornus mas</i>	Дрян	плод	43,95	12,63
<i>Crataegus monogyna</i>	Глог	плод	35,55	8,00
<i>Crataegus monogyna</i>	Глог	цвят	191,35	178,31
<i>Thymus serpyllum</i>	Мащерка	стрък	33,42	30,37
<i>Rosa canina</i>	Шипка	плод	166,5	85,45
<i>Hypericum perforatum</i>	Жълт кантарион	стрък	103,61	73,77
<i>Tribulus terrestris</i>	Бабини зъби	стрък	11,68	4,06
<i>Calendula officinalis</i>	Невен	цвят	17,45	11,15
<i>Sideritis scardica</i>	Мурсалки чай	стрък	43,21	31,27
<i>Melissa officinalis</i>	Маточина	листа	64,51	50,54
<i>Origanum vulgare</i>	Риган	стрък	90,80	78,92
<i>Mentha</i>	Мента	листа	67,65	56,16

<i>piperita</i>				
<i>Urtica dioica</i>	Коприва	листа	16,82	13,95

Настоящото проучване ясно показва, че българските лечебни растения са с много високо полифенолно съдържание, обуславящо и антиоксидантния им потенциал. Прилагането на фракционен анализ при изследване на водни извлеци позволява по-детайлно проучване на фитохимичния състав на растителния материал. Резултатите от изследванията на фитохимичния състав на растения като глог, шипка и жълт кантарион и идентифицирането на съставки от значение за проявата на антиоксидантна активност и/или противовъзпалителното действие на билките дават възможност за проучване на биологичното им действие в модели на живи системи, включващи клетъчни култури, експериментални животни и хора. Необходими са допълнителни задълбочени изследвания на отделните съставки, получени чрез различни методи на екстракция, и изследване на антиоксидантния потенциал на всяка отделна фракция, за да могат те да бъдат използвани като активни субстанции във фармацевтичната индустрия.

Заклучение и благодарности

В настоящото изследване са определени общи фенолни вещества в осемнадесет различни вида водни екстракта получени от широко прилагани в практиката растителни видове. Получените резултати позволяват да се направи заключението, че сред изследваните български растения има такива, които са потенциални източници на водоразтворими антиоксиданти. Най-високи стойности на общите фенолни съединения и общите флавоноиди бе установено в цветовете на глог – 191,35 mg GAE/ 100 ml и 178, 31 mg RE/ 100 ml съответно. Предоставени са нови данни за полифенолни антиоксиданти в български лечебни растения, което ще позволи идентификация на най-достъпните източници на полифеноли сред тях за изготвяне на ефективни антиоксидантни комбинации.

Настоящият доклад е разработен с финасовата подкрепа на Съвета по медицинска наука, Медицински университет – София, във връзка с проект по Конкурс „Грант - 2020“ - „Сравнителна оценка на съдържанието на антиоксидантни полифенолни съединения в медицински растения, техни плодове и хранителни добавки“, Договор № Д-127/24.06.2020 г.

Литература

- Gurib-Fakim, A. (2006). Medicinal plants: Traditions of yesterday and drugs of tomorrow. *Mol Aspects Med*, 27, 1-93.
- Hertog, M. G. L., E. J. M. Fekens, P. C. H. Hollman, M. B. Katan, and D. Kromhout. 1994. Dietary flavonoids and cancer risk in the Zutphen Elderly study. *Nutr. Cancer.*, 22(2), 175-184.
- Hossain, M. K., A.A. Dayem, J. Han, Y. Yin, K. Kim, S.K. Saha, G.M. Yang, H.Y. Choi, S.G. Cho. (2016). Molecular Mechanisms of the anti-obesity and anti-diabetic properties of flavonoids. *Int. J. Mol. Sci.*, 17(4), 569-701.
- Hui, C., X. Qi, Z. Qianrong, P. Xiaoli, Z. Jundong. (2013). Flavonoids, Flavonoid Subclasses and Breast Cancer Risk: A Meta-Analysis of Epidemiologic Studies. *PLoS ONE*, 8(1): e54318. DOI:10.1371/0054318.
- Krasteva, I., A. Shkondrov, I. Ionkova, et al. (2016). Advances in phytochemistry, pharmacology and biotechnology of Bulgarian Astragalus species. *Phytochem Rev*, 15, 567–590.
- Kumar, S., A. K. Pandey. (2013). Chemistry and Biological Activities of Flavonoids: An Overview. *The Scientific World Journal*. DOI:org/10.1155/2013/162750.
- Marinova D, F. Ribarova, M. Atanasova. (2005). Total Phenolics and Total Flavonoids in Bulgarian Fruits and Vegetables. *Journal of the University of Chemical Technology and Metallurgy* 40(3): 255-260
- Mihaylova, D., S. Bahchevanska, V. Toneva. (2011). Examination of the antioxidant activity of *Haberlea rhodopensis* leaf extracts and their phenolic constituents, *Journal of Food Biochemistry*, DOI:10.1111/j.1745-4514.2011.00609.x.
- Mink, P., C. Scrafford, L. Barrai, L. Harnak, C.P. Hong, J. Nettleton, D. Jakobs. (2007). Flavonoid intake and cardiovascular disease mortality: a prospective study in postmenstrual women. *Am. J. Clin. Nutr.* 85(3), 895-909.
- Okudu, T., T. Yoshida, T. Hatano, in: C.T. Ho, T. Osawa, M.T. Huang, R.T. Rosen (Eds.). (1994). Food phytochemicals for cancer prevention II, Chemistry and antioxidative effects of phenolic compounds from licorice, tea and Compositae and Labiateae herbs, *American Chemical Society Washington, DC*, pp. 132-143.
- Rautiainen, S., S. Larsson, J. Virtamo, A. Wolk. (2012). The total antioxidant capacity of diet and risk of stroke: a population-based prospective cohort of women. *Stroke*, 43(2), 335-340.
- Tepe, B., M. Sokmen, H. A. Akpulat, A. Sokmen. (2006). Screening of the antioxidant potentials of six *Salvia* species from Turkey, *Food Chemistry*, 95, 200-204.

✉ Петя Колева

Медицински университет – София, Медицински колеж „Йорданка Филаретова“

Адрес: ул. Й. Филаретова № 3, София 1606

e-mail: p.koleva@mc.mu-sofia.bg

МУЛТИФУНКЦИОНАЛНОСТ ПРИ ПРЕДОСТАВЯНЕ НА СОЦИАЛНИ УСЛУГИ В ОБЩНОСТТА ЗА ХОРА С УВРЕЖДЕНИЯ И СТАРИ ХОРА

К. Кънчева

Медицински университет – Плевен, Медицински колеж,
катедра „Социални и фармацевтични дейности“

NECESSITY OF MULTIDISCIPLINARY TEAM AT ESTABLISHMENT OF DISABILITY

K. Kancheva

Medical University of Pleven, Medical College,
Department of Social and Pharmaceutical Activities

ABSTRACT: *Life expectancy and population ageing lead to the necessity of creating and implementing of appropriate politics that provide conditions for quality of life and dignity of the beneficiaries– elderly people with disabilities and solitary old people. They should meet the requirements of the beneficiaries without exceeding the allowed for the condition request that is, provided service should respond to genuine necessity of the person it shall be provided for. In order to realise that it is required individual real approach and inclusion of various in competencies specialists. The update of the social legislation had a positive impact on some of the parties but in no way cover all aspects. The improvement of the cares is possible at the existence of expanded in competency team.*

Keywords: social services, people with disabilities, multidisciplinary team

Въведение

Социалните услуги в общността са регламентирани в Закон за социалните услуги (Zakon za sotsialnite uslugi, 2019) и Закон за Лична помощ (Zakon za lichnata pomosht, 2019). Целта на тези услуги е да подобри качеството на живот на ползвателите си, чрез равен достъп, качество на предоставяните услуги и насърчаването на интегриран подход.

За да бъде предоставена една социална услуга в общността коректно и качествено е необходима реална оценка на ситуацията (икономическа, физическа, емоционална и др.) в която се намира лицето, на което ще се предоставя.

Дългогодишните опити на държавата да се справи с проблемите на хората с увреждания превеждайки ги в социални заведения (социални услуги извън

общността – домове), изолирани от обществото, с не изцяло доказана възможност за качествена грижа, не подобри качество им на живот. На практика в момента промяната е регламентирана в чл. 15, т. 8 на ЗСУ: „В зависимост от основните групи дейности видовете социални услуги са: 8. резидентна грижа“, но единствената разлика в това лицата да не са настанени в дом, а в услуга от резидентен тип е регламентирането на срока за който те ще я ползват.

В момента е налице интензивно развитие на законодателството свързано с хората с увреждания и стари хора, но положителната трансформация е един доста продължителен процес, изискващ адекватна държавна политика и участие на местната власт.

На базата на тежкото наследство в съвременните условия в страната, реформата и активността при деинституализацията, съобразена с европейските регламенти и практики се свързва с:

- Разработване на нови социални услуги, по-пряко ангажирани с качествени услуги за лица с увреждания;
- Промяна на националната практика на институционализация;
- Разработване на социални услуги, предимно в общността, в дома на потребителя;
- Разработване на критерии и стандарти за предоставяне на социални услуги по отношение на качеството;
- Повишаване качеството на обслужване от административните служители;
- Промяна нагласата на населението;
- Достатъчност на предлаганата услуга;
- Разпознаване на социалните услуги от страна на обществото.

Изпълнявайки на практика така заложената нова социална политика, държавата се стреми да гарантира както на хората с увреждания, така и на техните близки преодоляване на социалната изолация и повишаване качеството им на живот.

За да е успешна социалната политика трябва в планирането и изпълнението и да бъдат включени различни специалисти, с чиято помощ да бъдат овладяни всички аспекти на състоянието на всеки един потребител (реален индивидуален подход).

Към настоящия момент хората с увреждания, които са с над 90 на 100 ТУ и призната чужда помощ се насочват за включване в „Механизъм лична помощ“, а на лица в напреднала възраст с невъзможност за самообслужване без ЕР на ТЕЛК се предлага почасовата услуга „Асистентска подкрепа“.

Тези услуги не могат да гарантират на ползвателите си „активен живот“ или „превенция на социалното изключване“, т.к. при тях не се осигурява включването на различни по компетентност специалисти във всяка една проблемна област.

За да се изясни изцяло значението на включването на всички аспекти е добре да се разгледа понятието **мултидисциплинарен**, то означава събиране на множество дисциплини в преследване на крайната цел.

Мулти е латинска дума (multus), което означава многократно, т.е. това, което обхваща много фактори.

Например:

Мултидисциплинарният екип е набор от специалисти в няколко области, работещи в екип, в търсене на обща цел. Ех: Специалисти в областта на физиотерапията, логопедията, лекарите, медицинските сестри, диетолозите, работещи заедно за възстановяване на пациента.

Думата **мултифункционален** означава с много функции, универсален. Това е сложна дума съставена от мулти (в смисъл много) и функционален.

За съжаление, включването на различни специалисти при работа с тези целеви групи не е дори и изцяло документално регламентирано и независимо от опитите държавата да го приложи, на практика не се случва. В „Механизма лична помощ“ оказващите грижа – асистенти трябва да отговарят на минимум изисквания за да бъдат назначени: „Чл. 24. Асистентът е физическо лице,

избрано от ползвателя на лична помощ, упълномощеното от него лице или лицето, да предоставя лична помощ; Чл. 25. Асистентът е лице, което не е:

1. поставено под запрещение;

2. осъждано за умишлено престъпление от общ характер и спрямо него като извършител на домашно насилие не са налагани мерки за защита по Закона за защита от домашното насилие на ползвател на лична помощ.

(2) Доставчикът на лична помощ може да поставя и други изисквания към асистентите по своя преценка в зависимост от потребностите на ползвателя.“

Втората алинея допуска допълнителни изисквания, но те не са по отношение на квалификацията, пр. да е трудотерапевт, да владее жестмимичесен език и др. умения.

По-голямата част от ползвателите на услугата „Асистентска подкрепа“ избират за себе си грижи да полага биологичен роднина (съпруга, дъщеря и др.) с което качеството му на живот не се променя, промяна се наблюдава по отношение на доходите в семейството. За жалост системата не разполага с достатъчно подготвени кадри, които да могат да бъдат наемани в такива случаи. Асистентите които кандидатстват за такива позиции в повечето случаи са ниско квалифицирани за тези дейности, и не разполагат с необходимите знания и умения за тази работа. Опитът с който разполагат е на базата на личен опит или са наемани по-рано за други хора, което не ги прави универсални специалисти. От друга страна, лицата, които се нуждаят от такава грижа предпочитат близки по няколко причини – доходите на семейството се повишават, чувството на неудобство и срам е по-малко и не на последно място - страха, че в дома им ще влезе „чужд“ човек.

Екипът, с който разполагат услугите, е предимно административен, въпреки, че в почасовите услуги има назначени медицинска сестра и рехабилитатор, които трябва да поемат ангажимента за всички обхванати лица в услугата, което на практика е невъзможно и се отразяването е по-скоро формално.

За да стане пълноценна и да повишава качеството на живот на ползвателите си една услуга трябва да отговаря на условието за реален индивидуален подход, който може да се получи само при наличието на навременното включване на различни, според случая специалисти.

Заключение

Независимо от зачестилите напоследък промени в законодателството, свързано с хората с увреждания, качеството на грижата остава не достатъчно променено, променен е избора на лице (избягвайки непременно заложената политика на заетост), предоставящо грижата в дома, частично променено е и заплащането. Тези два елемента от грижата са положителни, но в никакъв случай не изчерпват необходимите компоненти. Попълването на формулярите, които лицата или техните близки подават водят до неприемливи обобщения, които не водят до индивидуален адаптивен модел и рационално използване на ресурса. Налице е необходимост от промяна в подхода, а не само в нормативната уредба.

Литература

Zakon za lichnata pomosht, Obn. DV. br.105 ot 18 Dekemvri 2018g., izm. i dop. DV. br.103 ot 4 Dekemvri 2020g., dostapen na: <https://www.lex.bg/bg/laws/ldoc/2137189250> (30.08.2021).

Zakon za sotsialnite uslugi, Obn. DV. br.24 ot 22 Mart 2019g., izm. i dop. DV. br.14 ot 17 Fevruari 2021g., dostapen na: <https://www.lex.bg/bg/laws/ldoc/2137191914> (30.08.2021).

✉ Калина Кънчева

Медицински университет – 5800 Плевен

Ул. „Климент Охридски“ № 1

Катедра „Социални и фармацевтични дейности“

e-mail: kalinakk@abv.bg

ОЦЕНКА НА СОЦИАЛНИТЕ УМЕНИЯ НА ДЕЦА С ТЕЖКИ ИНТЕЛЕКТУАЛНИ И МНОЖЕСТВО НАРУШЕНИЯ

П. Марчева-Йошовска

ВТУ „Св. св. Кирил и Методий“, Педагогически факултет, Катедра „Педагогика“,
специалност „Теория на възпитанието и дидактика“

EVALUATION OF SOCIAL SKILLS OF CHILDREN WITH HEAVY INTELLECTUAL AND MULTIPLE DISABILITIES

P. Marcheva-Yoshovska

St. Cyril and St. Methodius University of Veliko Tarnovo, Faculty of Education,
specialty „Theory of education and didactics“

ABSTRACT: *The report provides a brief overview of the scientific literature on the issues under consideration and reveals opportunities to support the overall development of learners. Results of the assessment of the social skills of children with severe intellectual and multiple disabilities are presented through the methodology of Arsova-Tzvetkova, Radulov and Balkanska.*

Keywords: multiple disabilities, social skills, inclusive education, intellectual insufficiency

Въведение

По официална статистика на Министерство на образованието и науката в България, от началото на 2015 г. общият брой на децата и учениците с множество нарушения е 3479 и те съставляват 18,3% от всички 18 974 ученици със СОП, които се обучават в страната ни.

В научната литература понятията *социална компетентност*, *социална компетенция*, *социални умения* се употребяват като синоними без да има основание за това. Според Levterova, „подобна синонимност не е коректна, защото няма съдържателно припокриване на значение и смисъл, въпреки често срещаните обяснения на единия конструкт чрез другия“ (Levterova, 2007). Социалните умения са форми на поведение, които ни помагат да изразим емоции и потребности в социалната среда и да постигнем цели по отношение другите около нас. (Levterova, Stamatov, 2007). Уменията варират от възможността да се споделят искания до постигане на значими цели в индивидуалното израстване, свързани с материален и духовен просперитет и пълноценен живот в общността.

Разсъждавайки върху проблема за формирането на социални умения и социално поведение у децата със специални образователни потребности, Terziyska посочва, че „използването на една технология, на един метод е малко вероятно да доведе до успех. Необходими са както педагогически, така и терапевтични методи, като задължително се идентифицират силните страни на детето със СОП...“ (Terziyska, 2011, р. 103). Авторката подчертава в този процес на „създаването на атмосфера на доверие и защитеност, на интерес и желание за общуване, на позитивни емоции.“ (пак там).

Същност на понятието „множество увреждания“

Англоезичната литература разглежда понятието *profound intellectual and multiple disabilities* (PIMD) като „дълбоки интелектуални и множествени увреждания“, с цел избягване на конотацията, че не е възможно обучението или развитието на личността. Френската концепция и дефиниция на *polyhandicapé* се заражда през 60-те години, за да характеризира населението, което не се вписва в структурите за хора с увреждания и означава „множество увреждания“. Тя е по-широка – в сравнение с англо-саксонската концепция за дълбоки интелектуални и множествени увреждания. През 1989 г. понятието се представя в анализа „*La personne polyhandicapée Concept et besoins*“ като „деца или юноши с тежко увреждане с множество движения, включващо моторни и тежки или дълбоки умствени увреждания и водещи до екстремно ограничаване възможностите за възприемане, изразяване и взаимоотношения.

В чуждестранната литература, като синоним на понятието *множество увреждания*“, се посочват следните термини за такива деца с: (по Tsvetkova-Arsova, 2015) „комбинирани нарушения (Enerstvedt 1996); асоциация от увреждания (Hogg & Seba 1986); допълнителни увреждания (McKendrick 1991); дълбоки образователни нарушения (Porter 1993; Riley 1993); дълбоки множествени увреждания (Downing 2008); значителни или дълбоки обучителни/образователни нарушения; дълбоки и комплексни увреждания; сложни (или комплексни) нарушения.“ (пак там, р. 17).

През 1974 година *Американският отдел по образование* предлага една от първите дефиниции на децата с множество увреждания: „тези, които поради дълбочината на своите физически, умствени, сензорни или емоционални проблеми, се нуждаят от образователни, социални, психологически и медицински грижи, надхвърлящи традиционните грижи, осигурявани в масовите и специални образователни програми, с цел да се достигне максимума на социално взаимодействие.“ (пак там, р. 19).

Основаната през 1975 година американска Асоциация TASH – на лица с тежки и дълбоки увреждания е международен лидер в защитата на най-уязвимите – хората с увреждания. Тя се застъпва за правата на човека, противопоставя се на сегрегацията им, на злоупотребата с тях, пренебрегването и институционализацията им. Асоциацията акцентира в работата си върху вида помощ и грижа, крайно необходими за лицата с множество нарушения. Според институцията TASH, „това са хора от всякаква възраст, изискващи значителна и непрекъсната помощ в повече от една значими житейски, с цел да участват в обществения живот и да се радват на такова качество на живота, достъпно за гражданите с по-леки или без никакви нарушения“ (Tsvetkova-Arsova, 2011, р. 19). Nunev коментира формите на дискриминация и акцентира, че „понятието *сегрегация* произлиза от латинското *segragatio* и означава отделяне, отлъчване от цялото“ (Nunev, 2009, р. 64).

Tsvetkova-Arsova извежда следните критерии за класификация на лицата с множество увреждания: „степен на проявление; възраст на настъпване на уврежданията; комбинацията от увреждания.“ (пак там, р. 20). Авторката формулира някои възможни комбинации от нарушения: зрителни и слухови (сляпоглухи); зрителни и моторни; зрителни нарушения и интелектуална недостатъчност; слухови и моторни; слухови нарушения и интелектуална недостатъчност; умствена изостаналост и моторни нарушения“ (пак там, р. 21).

Изграждането на социални умения у лицата с множество увреждания е грижа както на семейството и училището, на различните институции, които се

занимават с образователна, възпитателна и корекционна дейност, така и на обществото като цяло.

Понятието умение, според Radev и Budeva, е „способност да се върши нещо, основано на знания и опит, вещина, умелост, сръчност, ловкост, похват“ (Radev, Budeva, 2011, р. 11). За социалното вграждане на личността е необходимо да се формират у тях специални социални умения, като тези за успешно взаимодействие с околните, за общуване, умения за съблюдаване на адекватно поведение, готовност за оказване и получаване на социална подкрепа.

Десев подчертава, че уменията са зависими от „възможности за успех в изпълнението на начинания и задачите“ (Desev, 1999, р. 611). Авторът ги интерпретира като упражненост и тренираност на субекта, като начин за самостоятелно ползване на знания, понятия, умствени процеси и физически действия, чрез които могат да се решават практически и теоретически задачи. Равнищата в развитието на уменията, според Десев, се определят в зависимост от регулацията и характера на познавателната дейност. Те са следните: да се действа в стандартна ситуация по определен образец; чрез избиране на начин от по-рано известни начини в променена ситуация; за продуктивни действия чрез анализ; за изследователски, творчески действия. Подразделят се на: общи, които се формират или използват по всички учебни предмети, специални – изграждат се в рамките на определен учебен предмет и междинни (спортно-игрови, художествено-естетически, социалнокомуникативни и др.).

Овладеяването на социални умения е от първостепенна важност за личността. От още по-голямо значение са те за ученици с множество увреждания, тъй като играят водеща роля за успешното им приобщаване в обществото. Уменията следва да са съобразени с календарната възраст на ученика, с неговото функционално ниво, както и със степента и комбинацията от увреждания. Важно е да подчертаем, че отношението, с което учителите подхождат към децата и обучаемите, както и възприемането на проблема

изискват определени знания и ниво на разбиране. Кутева подчертава, че „колкото по-добре опознаеш детето си, толкова по-добре ще се ориентираш на какво да го научиш“ (Kuteva, 2000, p. 160). Едва тогава идва необходимостта от умения, за да може знанието да бъде използвано на практика.

Налице са четири основни нива на социално взаимодействие, които ученик с множество увреждания следва да достигне при социално общуване: започване на социално взаимодействие от ученика; отговор спрямо молба за взаимодействие от друг; избиране на вида взаимодействие; приключване (край) на взаимодействието“ (Tsvetkova-Arsova, 2011, p. 159).

Считаме, че в основата на социалната компетентност са уменията, които преди всичко в практически план допринасят за пълноценния живот на човека в рамките на социума и за развиването на социалното му поведение. Анализирайки значението на практическите дейности за формирането на социалните структури на учениковата личност, Valova подчертава, че те са „от важно значение в наблюдаваната възраст поради натрупване и структуриране на личен опит, свързан с особеностите на отношенията в заобикалящия предметен свят и с цялостното развитие на индивида. Чрез отразителните механизми на сензориката, подкрепени от дейността за практическо преустройство на предметите, се осигурява възможност за опознаване на вътрешните страни, свойства и отношения в предметния свят, създават се образи и се оперира с тях“ (Valova, 2019, pp. 21-22).

Учените Radulov, Tsvetkova-Arsova и Balkanska групират социалните умения в следните главни области: *„свободно време; социални умения; социални умения на работното място; живот в обществото; справяне с времето; лични знания и умения; достъп до обществото; социално чувство и поведение“* (Radulov, Tsvetkova-Arsova, Balkanska, 2015, p. 72).

Цел

Представено е емпирично изследване, имащо за цел да установи нивото на формиране на социални умения у учениците с множество увреждания от средна

училищна възраст (11-18 години), свързването на уменията им със съвременната концепция за пълноценното личностно развитие, приобщаване в обществото и оптимизиране на образователните и социални подходи, подобряващи качеството на живот. Предмет на проучването са социалните и емоционалните умения на учениците (11-18 години), проектирани в самооценката и междуличностните взаимодействия. По-конкретно, това са специфичните области на общуване, описани по-горе в статията.

За постигане на целта е необходимо да се реализират следните научноизследователски задачи: 1. Да се проучат литературните източници, свързани с разглеждания проблем. 2. Да се проведе изследване, което да установи нивото на формиране на социални умения у учениците с множество увреждания на възраст 11 – 18 години. 3. Да се обработят чрез подходящи статистически методи получените резултати от изследването. 4. Да се анализират резултатите и да се изведат конкретни изводи и препоръки.

Обект на изследването са 40 ученици с множество нарушения, от областите Велико Търново и Пазарджик, чиито профили са представени в дискусията на резултатите.

Методология на проучването

За постигане на целта и решаване на задачите на изследването се приложи комплексна методика, включваща следните методи:

1. Теоретични: проучване, анализиране, подбор и систематизиране на литературни източници. Теоретичният обзор има за цел да изясни актуалността на разглежданата тема. 2. Емпирични: стандартизиран чек-лист за оценка на социалните умения на дете или ученик с множество увреждания (Radulov, Tsvetkova-Arsova, Balkanska, 2015, p. 72). 3. Математико-статистически методи за обработка на получените качествени и количествени резултати: обработката на резултатите е извършена с програмата „*Статистически пакет за социални науки – IBM SPSS*“, версия 19.0. Чек-листът, предложен от учените Radulov, Tsvetkova-Arsova, Balkanska, се състои от общо 153 айтеми, а скалата за

оценяване включва пет степени за нивото на лицето (в точки) изпълнява: 0: никога не изпълнява айтъма по никакъв начин; 1: указанието рядко и/или със значително подсказване, насочване и/или с помощ; 2: айтем понякога и/или частично, с известно подсказване, насочване и/или с помощ; 3: инструкцията често и с вещина, с минимално подсказване, насочване и/или с помощ; 4: указанието постоянно, напълно, правилно и спонтанно, без подсказване, насочване или помощ (по Radulov, Tsvetkova-Arsova, Balkanska, 2015, p. 72).

Резултати и обсъждане

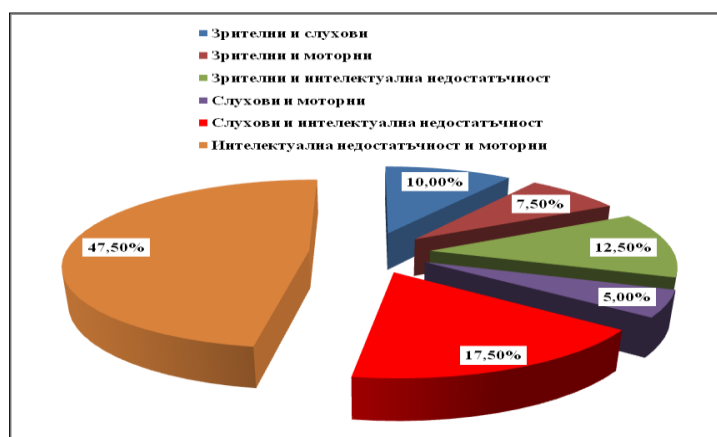
Профилът на изследваните лица е изграден на базата на характеристиките: пол и възраст. Диференциацията на изследваните ученици по пол показва, че момичетата са 22 и съставляват 55.0%, а момчетата са 18, с относителен дял 45.0% .

Относно възрастта на учениците с тежки интелектуални и множество нарушения могат да се направят следните констатации (в години): на 11 – е само едно лице (2.5%); на 12 – 4 ИЛ (10.0%); на 13 – 2 ИЛ (5.0%); на 14 – 8 ИЛ (20.0%); на 15 – 3 ИЛ, съставляващи 7.5%; на 16 – са 5 лица с относителен дял 12.5%; на 17 – 8 ИЛ (20.0%, а 9 ИЛ (22.5%) – са на 18-годишна възраст.

Средната възраст на изследваните ученици е 15 години и 5 месеца. От данните е видно, че сравнително голяма част от изследваните ученици са с интелектуална недостатъчност, в комбинация със следните съпътстващи нарушения: *двигателни* – 19 ИЛ (47.5%); *слухови* – 7 ИЛ (17.5%); *зрителни* – 5 ИЛ (12.5%).

Изследваните ученици със *зрителни и слухови* нарушения, включени в проучването, са 4, с относителен дял 10.0%, следват 7 ИЛ със *зрителни и двигателни проблеми*, съставляващи 7.5% и двама ученика със *слухови и моторни увреждания* (фигура 1).

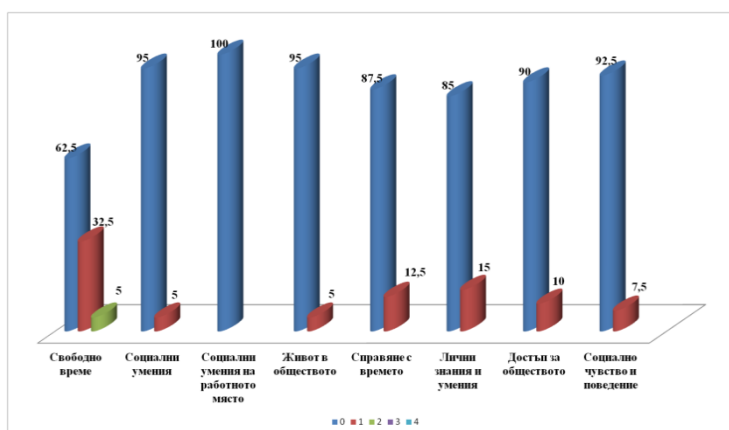
В текущото изследване, извършено по методиката на Radulov, Tsvetkova-Arsova, Balkanska, резултатите показаха ниски стойностите по отношение на областите: *социални умения; социални умения на работното място; живот в*



Фигура 1. Комбинация от увреждания.

обществото; справяне с времето; лични знания и умения; достъп до обществото; социално чувство и поведение. Данните могат да се проследят на фигура 2.

Единствено в областта свободно време се наблюдават оценки 1 и 2, т.е. изпълнява указанието рядко и/или със значително подсказване, насочване и/или с помощ и 2: понякога и/или частично, с известно подсказване.



Фиг. 2. Социални умения (в %)

Изводи

Направеният анализ и получените резултати от изследването ни дават основание да изведем извода, че голяма част от изследваните деца имат ниски нива на формиране на социални умения. Анализът на данните от анкетното проучване за отношението на учителите към приобщаващото образование насочва към следните препоръки:

1. Осигуряване на комплексна рехабилитация на учениците с тежки интелектуални и множество увреждания като задължително условие за пълноценното им включване в живота на обществото.

Рехабилитацията е цялостен и непрекъснат процес. Ето защо следва да се създадат структури и програми в България, които да осигурят последователното реализиране на стъпките – медицинска, професионална и социална рехабилитация. Янкова отбелязва, че „помощните средства и технологии са изключителни помощници в образователно-възпитателния процес, защото оказват силно влияние върху личното развитие на детето и ученика с интелектуална недостатъчност, а също така и в участието им в извънкласните дейности, клубове, школи, на детската площадка, в живота на детската градина и училището. Помощните средства и технологии са ценен ресурс не само в постигане на академичните знания, но дават възможност за развиване на способностите им“ (Yankova, 2014, pp. 38-39).

2. Трениране в социални умения. Подобряване на социалната адаптация и способността за независим живот на тежко инвалидизирани лица, като учителите формират модели на поведение, необходими за установяване и поддържане на междуличностни отношения. За осъществяване на ефективно обучение на деца с тежки интелектуални и множество нарушения следва да се подпомага развитието им на социалните умения и компетенции чрез структурирани занятия и занимания.

3. Комплексно прилагане на биопсихосоциален подход, целящ максимално задържане в общността.

Индивидуална оценка на възможностите им за самостоятелност и непрекъснато усилие за справяне с трудно преодолимите ефекти от стигмата, предразсъдъците, стереотипите и дискриминацията в обществото ни.

Заклучение

В заключение можем да обобщим, че социалните умения са разнообразни, но еднакво необходими за изграждането на човешката личност и за

гарантирането на нейния успех в живота. За младите хора – с тежки интелектуални и множество нарушения, тези умения оказват съществена роля. Не е за пренебрегване значението им за корекцията на поведението на обучаемите. Успехът в работата на педагогическите специалисти в процеса на обучение на децата с множество нарушения – за изграждането им като зрели и самостоятелни личности – в голяма степен ще бъде гарантиран от правилното формиране и развитие у тях на социални умения, които гарантират справяне с многобройните трудности в живота.

Литература

- Desev, L. (1999). *Rechnik po psihologia*. Sofia: „Bulgarika“.
- Radulov, V., M. Tsvetkova-Arsova, N. Balkanska. (2015). *Metodika za otsenka na individualnite potrebnosti na detsa i uchenitsi s mnozhestvo uvrezhdania*. Sofia: Izdanie po Proekt BG051PO001-4.1.07-0001 „Vkluychashto obuchenie“.
- Kuteva, V. (2000). *Problemi na semeynata pedagogika*. Veliko Tarnovo: Universitetsko izdatelstvo „Sv. sv. Kiril i Metodiy“.
- Levterova, D. (2007). *Integrirano obrazovanie*. Plovdiv: Universitetsko izdatelstvo „Paisiy Hilendarski“.
- Levterova, D., R. Stamatov. (2009). *Sotsialna kompetentnost*. Chast 3. Plovdiv: Universitetsko izdatelstvo „Paisiy Hilendarski“.
- Nunev, Y. (2009). *Menidzhmant na etnokulturnoto raznoobrazie v obrazovaniето (s fokus kam integratsiyata na uyazvimite maltsinstva)*. Sofia: Fondatsia „S.E.G.A – Start za effektivni grazhdanski initsiatiivi“.
- Radev, N., S. Budeva. (2011). *Sotsialni umenia*. Veliko Tarnovo: Faber.
- Terziyska, P. (2011). *Sotsialno povedenie na uchenitsite sas spetsialni obrazovatelni potrebnosti v usloviyata na integriranoto obuchenie*. // *Obrazovanie*, br. 4, yuli – avgust, Sofia.
- Tsvetkova-Arsova, M. (2011). *Pedagogika na detsa i uchenitsi s mnozhestvo uvrezhdania*. Sofia: Izdatelska kashta „Fenomen“.
- Valova, T. (2019). *Poznavatelni vazmozhnosti na konstruiraneto pri integriraneto mu v obuchenieto*. Vtoro izdanie. Izdatelstvo i pechat: izdavam.com.
- Yankova, Zh. (2014). *Kvalifikatsia na resursnia uchitel za vavezhdane na pomoshtni sredstva i tehnologii v obuchenieto na detsa i uchenitsi s umstvena izostanalost*. // *Pedagogicheski forum (elektronno spisanie)*, br. 2., s. 34 – 39. Stara Zagora: Trakiyski universitet, Departament za informatsia i povishavane kvalifikatsiyata na uchitelite.

✉ Петя Марчева-Йошовска
ВТУ „Св. св. Кирил и Методий“
Педагогически факултет
Катедра „Педагогика“
телефон: +359 878836414
e-mail: petiamarcheva@abv.bg

МЯСТОТО НА ХОМЕОПАТИЧНИТЕ МОНОПРЕПАРАТИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ И ПРЕВЕНЦИЯ НА ГРИП И ГРИПОПОДОБНИ СИМПТОМИ

Н. Ненкова¹, Т. Димитрова²

¹ Медицински университет - Плевен, катедра "Социални и фармацевтични дейности",

² Медицински университет - Плевен, специалност „Помощник-фармацевт“

HOMEOPATHIC MONOPREPARATIONS IN TREATMENT AND PREVENTION OF INFLUENZA AND FLU-LIKE SYMPTOMS

N. Nenкова¹, T. Dimitrova²

¹ Medical University - Pleven, Department of Social and Pharmaceutical Activities,

² Medical University - Pleven, specialty Assistant Pharmacist vities

ABSTRACT: *Statistics show that almost every person has viral infections of one to three times a year. The average duration of such illness is three to ten days, often leading to serious complications.*

Traditional medicine applies a range of medicines from different treatment groups to control the symptoms present, which do not prevent the disease, but only relieve the condition of the patients.

However, homeopathy has a great deal to offer in both prevention and treatment of influenza. The purpose of this study is to show the place of homeopathic monopreparations for the treatment and prevention of influenza and flu-like conditions. This report will try to answer questions what influenza is and what preventive measures we could take by applying alternative methods. The results of the questionnaire carried out in a pharmacy on the territory of the town of Pleven indicate the most preferred homeopathic monopreparations before and during the illness.

Keywords: flu, flu-like symptoms, homeopathy, monopreparations.

Въведение

Същност и разпространение на грипа

Според литературните източници грипът е „остра дихателна антропоноза, причинявана от influenza A и B вируси и протичаща с катарално възпаление на горните дихателни пътища и интоксикация. Предаването на заразата се осъществява по въздушно-капков механизъм. Разпространява се както в епидемична, така и в пандемична форма в зависимост от имунологичната структура на населението и динамиката в изменчивостта на причинителите“ (Angelov, 2001, p. 319).

Както твърдят много автори в научните си публикации, грипът в днешно време е глобален здравен проблем. Той се оказва инфекция, която през 20 век получава максимално благоприятни условия за разпространение. Особеностите на епидемичния процес се обуславят от съчетанието на следните характеристики: лесен въздушно-капков механизъм на предаване, кратък инкубационен период, всеобща възприемчивост, бърза и лесна изменчивост на причинителите и тясната зависимост от социалните условия. Важна особеност на грипа е бързото му териториално разпространение и масов обхват на населението.

Източникът на инфекцията е болният човек, който е заразен за околните през цялото време на боледуването си и най-вече през първите 5-6 дни, когато катаралните явления са най-силно изразени и предизвикват сериозни неразположения.

Според учебника „Епидемиология на инфекциозните болести“ грипът протича в три стадия, съпроводени с разнообразна клинична картина (Angelov, 2001). Симптоматиката през всеки от трите стадии е представена в Таблица 1.

Таблица 1. Стадии на грип и симптоматика според стадия на заболяването

Стадий	Симптоматика
I – Стадий на инвазия	Остро начало и температура, втрисане и изразен токсикоинфекциозен синдром със силна отпаднаост, болки по мускулите, ставите и очите, главоболие и фотофобия. Тази интоксикация е по-изразена в сравнение с другите остри респираторни вирусни заболявания и нерядко е единствената клинична изява на грипа.
II – Клиничен стадий	Необилна секреция от носа, болки в гърлото, суха дразнеща кашлица и болки зад гръдната кост. При някои епидемии, особено при деца, е налице умерено изразен диаричен синдром. Клиниката е максимално разгърната на втори-трети ден, след което започва подобрение. В периода на отслабване на интоксикацията, ексудативната компонента може да се засили, хремата става по-обилна и със сериозно гноен характер, кашлицата е по-продуктивна. Това се свързва с лека вторична бактериална инфекция, която не променя благоприятния ход на заболяването.
III - Оздравяване	Настъпва около пети-седми ден. Възможно е в периода на реконвалесценция да се задържат уморемостта и отпаднаостта.

Лечение с хомеопатични препарати

Въпреки че в повечето случаи грипът преминава за няколко дни с домашно лечение, лекарите препоръчват никога да не се предприема самолечение, което може да доведе до опасни последици.

Медицинските специалисти недвусмислено подчертават, че конвенционалното лечение на грип е симптоматично и с него се цели облекчаване на симптомите. Защитниците на холистичната медицина изтъкват, че редом с това лечение се прилагат успешно и други, нетрадиционни методи, какъвто е хомеопатичният метод.

Литературните източници определят хомеопатията като ефикасен научен метод на лечение, при който с индивидуално подбрани хомеопатични лекарства се стимулират естествените оздравителни реакции на организма. Наричат я още „нежната медицина“, защото тя действа според природните закони на лечебния процес, без да внася в организма токсични вещества. При лечение с хомеопатия се съкращава боледуването, срокът за възстановяване и се избягват усложненията, които не са редки, когато се прилага обикновеният, алопатичен подход (Епев, 2009). Хомеопатичната терапия трябва да бъде назначена от лекар-хомеопат, който подбира най-адекватното лекарство, съответстващо на индивидуалните симптоми и поведение на всеки пациент.

Хомеопатичните продукти се разделят на две групи: *хомеопатични специалитети*, които съдържат смес от няколко вещества в ниски разреждания с допълващи се показания, и *хомеопатични монопрепарати*, съдържащи само едно лекарствено вещество в определено разреждане. В България разрешените за употреба разреждания са: по Ханеман (десетични: 1/10-DH и стотични 1/100-SH) и разреждания по Корсаков, наричани още метод на единствения флакон.

За всеки от етапите на лечение се използват различни монопрепарати, тъй като симптомите и състоянието на пациента са различни, а целта на хомеопатичното лечение е не само облекчаването на дадено оплакване, а подобряване на здравето на човека на всички нива.

Нашите наблюдения по време на настоящото изследване потвърждават литературните данни относно избора и употребата на конкретни хомеопатични монопрепарати през различните стадии на грип, както и в периода на профилактика (Galabov, 2011); (Peychev, Boyadzhian, 2009); (Falala, 2002). Обобщената информация е онагледена в Таблица 2.

Таблица 2. Критерии за избор на хомеопатични монопрепарати през различните стадии на грип

Стадий	Монопрепарат	Критерии за избор
I – Стадий на инвазия	<i>Aconitum napellus</i>	Внезапно начало с висока температура над 38.5°C, редуване на зачервено и бледо лице. Пациентът изпитва силна жажда за студена вода, има суха болезнена кашлица и желае да бъде отвит.
	<i>Belladonna</i>	Внезапно начало и висока температура. Болният обикновено е отпуснат или „отнесен“, а при много висока температура дори е делириозен. Често се съобщава за пулсиращо главоболие или суха дразнеща кашлица, гореща и пареща кожа.
	<i>Sulfur</i>	Използва се по-рядко и може да се даде само една доза след първия прием на <i>Oscillococcinum</i> , защото дава тласък на заболяването да протече по-бързо и да премине към фазата на излекуване.
	<i>Oscillococcinum</i>	Традиционно използван за профилактика и лечение на грипни състояния в начален и клиничен стадий, протичащи с температура, втрисане и мускулни болки.
II – Клиничен стадий	<i>Gelsemium</i>	По-бавно начало - след един-два дни на общо неразположение и висока температура. Пациентът има главоболие и хрема, изпитва болки по мускулите и обща разбитост. Клепачите са натежали и има болки в очите при движението им. Болният се чувства много отпаднал и иска да бъде оставен на спокойствие. Често има студени тръпки по гърба и обикновено липсва жажда.
	<i>Rhus Toxicodendron</i>	Подходящ при средно висока до висока температура. Пациентът иска да бъде топло завит и се влошава от студено. Често изпитва силна жажда, замаяност и има болки в очните ябълки при движението им. Препаратът е подходящ при поява на херпес по устните, както и при силна хрема с гъст секрет и суха дразнеща кашлица.
	<i>Eupatorium perfoliatum</i>	Препоръчва се при усещане за силни болки в костите, поради което болният не смее да помръдне. Съобщава за болка в областта на кръста и очните ябълки, съчетани със силно главоболие.
	<i>Arnica Montana</i>	Предписва се при температура, мускулни болки и скованост с чувство на натъртено.

	<i>Bryonia</i>	Подходяща при кашлица с ретростернална болка, главоболие и температура 39-39,5°C на фона на влошено общо състояние, притискане на гърдния кош и много силна жажда.
	<i>Ferrum phosphoricum</i>	Удачен избор в случаите, когато температурата е 38-38,5°C и се наблюдават зачервени лигавици с инфекция по тях, зачервено тъпанче, трахеит, кашлица и болки. Може да се даде и при всяко състояние, което започва нетипично: зачервено гърло и жилки кръв в носния секрет.
	<i>Pyrogenium</i>	Хомеопатичен антибиотик и биотерапевтик, който може да се дава с всички изброени медикаменти и има великолепен ефект при грипopodobни синдроми.
III – Оздравяване	<i>Sulfur iodatum</i>	Действа като деконгестант при остатъчната кашлица и оказва противовъзпалително действие върху лигавиците.
	<i>China rubra</i>	Повлиява физическата слабост и бледост, ниското кръвно налягане, което се среща при пациентите, загубили голямо количество течности от обилни изпотявания или диарии.
	<i>Kalium phosphoricum</i>	Удачен избор при психическа астения с липса на желание за работа, когато всяко интелектуално усилие води до огромна умора, болните са свръхчувствителни и лесно раздразними
	<i>Kalium sulfuricum</i>	Подходящ при загуба на вкус и обоняние.

Хомеопатични монопрепарати за превенция на грип

Хомеопатията е много добър метод за профилактика и чрез приложението ѝ могат да се коригират „дребните“ функционални смущения преди да се появят сериозни заболявания и патологични промени в органите.

Публикуваните твърдения по разглежданата тема сочат, че през есенно-зимния сезон е разумно да се приема профилактично *Oscillococcinum* по една доза на 1-2 седмици. На този етап се включва и *Influenzinum 9 CH* 1-2 пъти седмично в условията на епидемична обстановка, а в края ѝ – *15 CH* за лечение на постгрипните остатъчни симптоми.

По време на епидемична обстановка са подходящи хомеопатичните монопрепарати *Echinacea* и *Silicea* в разреждане 15 CH. Според Falala Zh. и M. Floren *Echinacea* е хомеопатичен монопрепарат, който е успешно приложим за лечение на ангина, температура с втрисане и гадене, както и в случаите, когато е необходимо да се стимулират естествените защитни сили на организма през есенно-зимния сезон. *Silicea* е добър избор при имунна недостатъчност и след злоупотреба с антибактериални, имуносупресивни лекарства или многократни ваксинации (Falala, Zh., M. Floren, 2002).

Цел

Целта на настоящото изследване е да се проучи мнението на пациентите относно хомеопатията като метод на лечение и да се определи кои са най-често използваните хомеопатични монопрепарати за лечение и превенция на грип и грипоподобни симптоми.

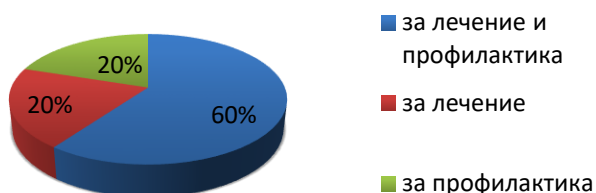
Материали и методи

За постигане на изследователската цел са използвани документален, социологически и статистически методи, интервю и анкета. Проведената анонимна частично стандартизирана анкета съдържа 12 въпроса от затворен тип и 2 въпроса с отворен отговор. Анкетирането е осъществено след предварителни разяснения за целта на проучването. Информацията е събрана в продължение на два месеца (февруари – март 2021 г.) в аптека „Санита“, гр. Плевен, и е обработена по стандартните методи за анонимност и достоверност.

Резултати и обсъждане на проучването

В проведеното интервю и последващо анкетиране участват 50 респондента с грипоподобни симптоми, от които 65% жени и 35% мъже в различен възрастов диапазон. Значителна част от анкетираните (90 %) познават хомеопатията като метод за лечение, а само 10% (предимно над 61 г.) не са запознати. Диаграма 1 илюстрира мнението на респондентите относно въпроса за какво използват хомеопатичните препарати. Данните сочат, че повече от половината анкетирани (60%) прилагат хомеопатичния метод за лечение и профилактика; 20% от тях използват този метод само за лечение, а други 20% се доверяват и употребяват хомеопатични продукти под различни форми само за профилактика.

Аптечните наблюдения установяват, че все повече лекари изписват хомеопатични препарати. На половината от пациентите (50%) лекарите им препоръчват хомеопатично лечение, а останалите черпят информация от Интернет или от познати.



Диаграма 1. Употреба на хомеопатичните препарати

Значителен дял от анкетираните (90%) употребяват хомеопатични продукти при грип и грипоподобни симптоми и са убедени, че хомеопатичните лекарства са безвредни, ефективни и подходящи за всички възрастови групи и могат да се комбинират с лекарства от традиционната медицина. Около 10% са против този метод на лечение, изтъквайки особен вид причини, като някои ограничения или затруднения, а не ефекти от самото лечение. Те споделят своите категорични убеждения, че при тежки нелечими заболявания хомеопатичните препарати нямат ефект.

Настоящото проучване установява, че повечето от анкетираните предпочитат монопрепаратите. Този извод можем да направим от отговорите на въпроса за това какво препоръчва източникът на информация, т.е. лекарят най-често, а това са монопрепаратите. Те се изписват индивидуално и ефектът е по-бърз, ако е използвано точното лекарство в точното време.

Всички анкетирани, при първи симптоми на инфекция, използват Oscillococcinum, защото монопрепаратът е много популярен и са напълно убедени в положителния му ефект. Както е посочено в диаграма 2, след него се нареждат Belladonna 45% и Aconitum napellus 50%, а само 5% от анкетираните използват Sulfur.

В клиничния стадий най-често се използва Gelsemium (40%), Ferrum phosphoricum и Pyrogenium (по 20%). По-рядко се приема Eupatorium perfoliatum (10%), рядко – Arnica Montana и Bryonia (по 4%), а Rhus toxicodendron – едва 2 %.

В стадия на оздравяване графиката показва следното: Sulfur jodatum – 50%, Kalium phosphoricum – 25%, China rubra – 15% и Kalium sulfuricum – 10%.



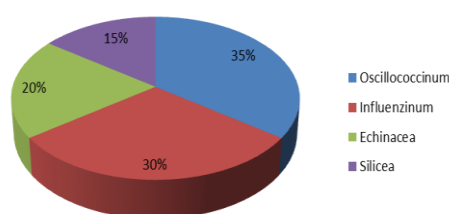
Диаграма 2. Графично представяне на най-често използваните монопрепарати според стадия на заболяването

На един от важните въпроси от проучването, свързан с ефикасността на хомеопатичното лечение, близо 80% от анкетираните отговарят, че вярват на монопрепаратите и смятат лечението с тях за ефективно, ако се приложи при наличие на първи симптоми. Те са категорични, че биха ги препоръчали на техни близки, защото са убедени най-вече в това, че по никакъв начин не могат да им навредят.

Във връзка с превенцията на грип и грипоподобните състояния, преобладаващата част от анкетираните (85%) споделят, че тя е много важна и човек трябва да вземе мерки преди да се разболе, защото първите симптоми се появяват много преди да се появят сериозните проблеми. Те смятат, че имунитетът е основната защита срещу вирусите. Голяма част от респондентите (80%) биха използвали хомеопатични продукти за превенция на грип и

грипоподобни състояния и вече са използвали такива, а другите 20% не правят профилактика.

От отговорите на целевата група анкетирувани следва констатацията, че най-често използваните хомеопатични препарати за превенция на грип и грипоподобни състояния са Oscillocochinum и Influenzinum и след тях се нареждат Silicea и Echinacea. Респондентите са запознати с факта, че тези монопрепарати увеличават защитните сили на организма и предотвратяват заболяването.



Диаграма 3. Използвани хомеопатични монопрепарати за профилактика

В отговор на последния въпрос анкетираните споделят мнението си за бъдещето на хомеопатията като алтернативен метод на лечение. Малко над половината (55%) отговарят в полза на този метод, защото според тях той е безвреден и щадящ за организма. Една четвърт дават колебливи отговори, смятайки, че това зависи от диагнозата, симптомите, лечението и т.н. Почти 20% са привърженици на традиционната медицина и я смятат за по-сигурен, познат и надежден метод, макар и с голям риск от странични ефекти. Имайки предвид това процентно съотношение, стигаме до извода, че по-голяма част от хората вярват в хомеопатията и виждат бъдеще в нея.

Заклучение

Времето, в което живеем, се характеризира с бум на познати или нови вируси и алергии, атакуващи човешкия организъм. За да се защити и предпази човек, се налага той да използва щадящи лекарства, за да не се стига до тежки и трудно лечими състояния.

Хомеопатията има бъдеще в 21. век за лечение и превенцията на грип и грипоподобни състояния чрез използването на богат набор от хомеопатични

монопрепарати и специалитети. Хомеопатичното лечение е съвместимо с всички останали видове лечения. Може да се прилага при различни възрастови групи и не налага преустановяване на основното и поддържащото алопатично лечение.

Хомеопатията е ефикасен метод и лекува именно поради факта, че прилаганите от нея лекарства действат в същата посока, както и защитните сили на организма, помагайки му да се справи с болестта. Колкото по-остро и тежко протича заболяването, толкова по-бърз е и отговорът в резултат на хомеопатичното лекарство. Това означава, че при остри случаи, какъвто е грипът, подобрението трябва да започне от няколко минути до няколко часа. Ако такова не се установява дори след повторен прием на лекарството, най-вероятно то е погрешно избрано и трябва да се търси по-подходящо.

На базата на анкетата и интервютата, проведени в посочения период на изследването, установяваме, че хомеопатията е познат и разпространен метод на лечение и превенция при грип и грипоподобни симптоми.

Литература

Angelov, L. (2001). *Epidemiologiya na infektsioznite bolesti*. Plovdiv: Meditsinsko izdatelstvo ET „V.Petrov“.

Galabov, A. (2011). *Parva pomosht s homeopatiya za vsichki*. Sofiya: Paralaks.

Enev, I. (2009). *Prakticheska homeopatiya*. Sofiya: Iztok - Zapad.

Pechev, L., H. Boyadzhian. (2009). *Homeopatichen spravochnik. Ot simptoma kam medikamenta, ot medikamenta kam simptoma*. Sofya: Iztok - Zapad.

Falala, Zh., M. Floren. (2002). *Da oblekchavame i lekuваме s homeopatiya*. Boaron.

✉ Незабравка Ненкова

Медицински колеж към МУ – Плевен, катедра „Социални и фармацевтични дейности“

Плевен, ул. „Климент Охридски“ 1

тел. 0886040377

e-mail: na_nenkova@abv.bg

✉ Таня Димитрова

Медицински колеж към МУ – Плевен, специалност „Помощник-фармацевт“

Плевен, ул. „Климент Охридски“ 1

тел. 0878831297

e-mail: t_becheva@abv.bg

ПРИЛОЖЕНА ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНА ПРОГРАМА ПРИ ДЕЦА, ПОТРЕБИТЕЛИ НА СОЦИАЛНА УСЛУГА – ПОЗИТИВНА ПРОМЯНА

И. Петкова¹, Д. Вачева², Д. Николова³, Б. Иванов⁴

¹Медицински Университет – Плевен, катедра „Социални и фармацевтични дейности“,

²Медицински университет – Плевен, катедра “Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт“, ³Медицински университет – Плевен, специалност „Социални дейности в здравеопазването“, ⁴Медицински университет – Плевен, специалност „Медицинска рехабилитация и ерготерапия”

IMPLEMENTED OCCUPATIONAL THERAPEUTIC PROGRAM FOR CHILDREN, USERS OF SOCIAL SERVICE - POSITIVE CHANGE

I. Petkova¹, D. Vacheva², D. Nikolova³, B. Ivanov⁴

¹Medical University - Pleven, Department of Social and Pharmaceutical Activities,

²Medical University - Pleven, Department of Physical Medicine, Rehabilitation, Occupational Therapy and Sports, ³Medical University - Pleven, specialty „Social Activities in Healthcare“,

⁴Medical University - Pleven, specialty „Medical Rehabilitation and Occupational Therapy“

ABSTRACT: *Developed and tested in practice is an occupational therapy program for the formation of skills for independent living of children raised and educated in a social service of the resident type. The aim of the study is to determine the positive change from the application of additional occupational therapy activities under the program. Developed and used in the study is the author's rating scale for assessment by children in three main criteria (positive change, sustainability and effectiveness) and respectively certain indicators to them. The results of the research show that the social service is differentiated as a therapeutic environment, in the center of which stands the child with his individual characteristics and needs. Practical and applied activities for formation, development and enrichment of skills and competencies for independent living are organized and carried out.*

Keywords: children, program, independent living, occupational therapy, positive change.

Въведение

Проучвания по проблемите на децата, отглеждани и възпитавани в условията на социална услуга, показват, че в различна степен те са застрашени от изоставане и недостатъчно формиране на умения за независим живот (Ророва, 2007). Политиката насочена към тези деца изисква стратегия за защита, социална сигурност и подкрепа за успешната им реализация, основана на прогнозиране на развитието. Подготовката за самостоятелен и независим живот е част от цялостния процес на работа с децата, получаващи социална подкрепа. Планирането на прехода към самостоятелен живот е процес на управление на промяната, свързана с личностното им израстване и подпомага

по-лесното адаптиране към новите реалности, свързани с повишаване отговорността и засилване независимостта на личността (Rangelova, Peneva et al., 2007). Прилагането на комплекс от дейности за формиране на умения от ежедневието е приоритетна цел в работата на отговорните институции и специалисти за повишаване качеството на грижа за децата. Тази цел е залегнала в основата на законодателната рамка (Metodicheskoto rakovodstvo za TSNST, 2008), гарантираща правата на детето, както и в националните стратегии, планове и програми за прилагането им в социалната практика.

В резултат на проведен научно-изследователски проект Mehandzhiyska посочва, че трудовата терапия и терапевтичната рекреация намират приложение сред кръга от интервенции в клиничната социална работа и притежават методически и функционален потенциал да служат за целите и потребностите на потребителите (Mehandzhiyska, 2018).

Проведено анкетно проучване сред служителите на социална услуга в рамките на работата по научен проект „Изследване ефекта от включване на ерготерапевтични дейности в медико-социалната рехабилитация на деца, ползващи социална услуга „Шест центъра за настаняване от семеен тип“ – Плевен, финансиран от Медицински университет – Плевен, показва необходимост от прилагане допълнителни трудо- и ерготерапевтични дейности за формиране на умения за независим живот при деца в неравностойно социално положение (Petkova, Vacheva, 2020). За целите на проекта е разработена и апробирана в практиката ерготерапевтична програма, дейностите в която са съобразени с възрастовите и индивидуалните интереси и потребности на децата (Vacheva, Petkova, 2020).

Целта на настоящата разработка е да се изследва положителната промяна от прилагането на допълнителни ерготерапевтични дейности върху формиране на умения за самостоятелен и независим живот при деца, отглеждани и възпитавани в социална услуга от резидентен тип.

Задачи

1. Да се потърсят позитивните промени от прилагането на ерготерапевтична програма за формиране на умения за самостоятелен и независим живот при деца, отглеждани и възпитавани в социална услуга.

2. Да се определят параметрите на устойчивост на усвоените знания и умения свързани с планираните по програмата ерготерапевтични дейности.

3. Да се установи степента на овладените знания, умения, компетенции и отношение на децата към формиране на умения за самостоятелен и независим живот.

Материал и методи

Обхват на изследването

В проведеното изследване са включени деца, потребители на социална услуга „Център за настаняване от семеен тип“ на територията на Община Плевен, Република България. Изследвани са 27 потребители на възраст от 7 до 12 години, от които 16 са момичета и 11 са момчета (полът има значение при подбор на подходящи трудови и битови дейности). Включените в изследването деца са участници в проект „Изследване ефекта от включване на ерготерапевтични дейности в медико-социалната рехабилитация на деца, ползващи социална услуга „Шест центъра за настаняване от семеен тип“ – Плевен“ финансиран от Медицински университет – Плевен.

Методи и инструментариум на изследването

Разработена и използвана в изследването е авторска рейтинг-скала за оценка от децата в три основни критерия и съответно определени показатели:

- **позитивна промяна** – *планирам дейностите си в свободното време; практически прилагам усвоените знания за самостоятелен и независим живот; нося отговорност за изпълнение на наобелязаните задачи; отчитам постиженията и пропускам ги; планирам следващите си действия;*

- **устойчивост** – *активно участвам в различни дейности по програмата, съчетавам усвоените знания в различните дейности, обоготявам знанията си за самостоятелен и независим живот;*

- **ефективност** – *знания* – използвам разнообразни материали, използвам разнообразни инструменти; *умения* – прилагам различни техники на работа, прилагам в ежедневието си усвоените знания от програмата; *компетенции* – разбирам същността на усвоените знания и умения за самостоятелен и независим живот, разбирам необходимостта от практическото прилагане на усвоените знания и умения за личностното ми развитие; *отношение* – имам положително отношение към дейностите от програмата, имам положително отношение към собствените си умения за самостоятелен и независим живот.

Степените за оценки се отразяват с буквени индекси: „**a**“ – не; „**b**“ – по-скоро не; „**c**“ – не мога да преценя; „**d**“ – по-скоро да; „**e**“ – да.

Резултати от изследването

Резултатите се представят в процентно отношение за всеки отговор и се нанасят в обобщени таблици за всеки критерий.

По критерий „**позитивна промяна**“ стойностите от оценките на респондентите са отразени в таблица № 1. Отговорите на изследваните деца показват, че по показателите на този критерий никой не е оценил дейността си с индекс „**a**“ (не). За следващите два индекса: „**b**“ (по-скоро не) и „**c**“ (не мога да преценя) отговорите са в стойностите от 3,70% до 11,11%, като за четири показателя има и стойност 0%. За индекс „**d**“ (по-скоро да) най-високи са резултатите за показател „*отчитам постиженията и пропускам си*“ (29,63%), следван от другите показатели със стойности от 18,52% до 25,92%. Този резултат е за сметка на индекс „**c**“ (да), където стойностите са най-високи (от 55,56% до 74,07%). За всички показатели на този критерий стойностите от оценките на децата по рейтинг-скалата са предимно за степените „**d**“ (по-скоро да) (предимно над 20%) и „**e**“ (да) (от 55,56% до 74,07%).

Таблица 1. Критерий: Позитивна промяна.

Показател	„а“ в %	„в“ в %	„с“ в %	„d“ в %	„e“ в %
Планирам дейностите си в свободното време	0	0	7,41	22,22	70,37
Практически прилагам усвоените знания за самостоятелен и независим живот	0	0	11,11	25,92	62,95
Нося отговорност за изпълнение на набеязаните задачи	0	0	7,41	18,52	74,07
Отчитам постиженията и пропуските си	0	3,70	11,11	29,63	55,56
Планирам следващите си действия	0	0	11,11	18,52	70,37

Тези стойности дават основание да се обобщи, че в резултат на приложените ерготерапевтични дейности децата, участници в проекта са усвоили умения да изпълват със съдържание свободното си време. Търсят възможности за приложение на усвоените практически умения за самостоятелен и независим живот. Отговорно се отнасят към изпълнението на поставените задачи и умеят да отчитат своите силни и слаби страни – постижения и пропуски при изпълнението на планираните дейности.

Получените резултати по критерий „устойчивост“ са отразени в таблица 2. В този критерий също няма определени стойности за индекс „а“ (не), а за индекс „в“ (по-скоро не) за всички показатели стойностите са от 3,70% до 7,41%. За индекс „с“ (не мога да преценя) стойностите също са незначителни (от 11,11% до 14,84%). Значително по-високите стойности в оценките на изследваните деца за всички показатели са за индекс „d“ (по-скоро да) (от 18,52% до 25,92%) и в най-висока степен за индекс „e“ (да) (от 55,56% до 66,67%).

Получените стойности по критерий „устойчивост“ показват, че в резултат на прилаганата ерготерапевтична програма, децата активно се включват в разнообразните дейности, като непрекъснато разширяват и обоготвяват усвоените знания за самостоятелен и независим живот.

Таблица 2. Критерий: Устойчивост.

Показател	„а“ в %	„в“ в %	„с“ в %	„d“ в %	„е“ в %
Активно участвам в различни дейности по програмата	0	3,70	11,11	18,52	66,67
Съчетавам усвоените знания в различните дейности	0	7,41	14,84	22,22	55,56
Обоготявам знанията си за самостоятелен и независим живот	0	3,70	14,84	25,92	55,56

Стойностите от изследването по критерий „ефективност“ са отразени в таблица № 3.

Таблица 3. Критерий: Ефективност.

	Показател	„а“ в %	„в“ в %	„с“ в %	„d“ в %	„е“ в %
Зна ния	използвам разнообразни материали	0	0	3,70	18,52	77,87
	използвам разнообразни инструменти	0	0	7,41	29,63	74,07
Уме- ния	прилагам различни техники на работа	0	3,70	11,11	18,52	66,67
	прилагам в ежедневието си усвоените знания от програмата	0	3,70	14,81	22,22	59,26
Ком- пе- тен- ции	разбирам същността на усвоените знания и умения за самостоятелен и независим живот	0	0	14,81	18,52	66,67
	разбирам необходимостта от практическото прилагане на усвоените знания и умения за личностното ми развитие	0	0	11,11	29,63	59,26
Отно- ше- ние	имам положително отношение към дейностите от програмата	0	0	7,41	14,81	70,37
	имам положително отношение към собствените си умения за самостоятелен и независим живот	0	0	11,11	22,22	66,67

Прави впечатление, че и при този критерий, както при предходните два, не се наблюдават отговори с индекс „а“ (не), но за индекси „в“ (по-скоро не) и „с“ (не мога да преценя) за всички показатели отново варират стойности от 0% до 14,84%. И при този критерий се запазва тенденцията стойностите на оценките

за всички показатели да са в рамките на 20% до 30%. Отново най-високите стойности са за индекс „е“ (да) където всички нива надвишават 60%. С най-високи стойности за този критерий е показател „знания“ (77,78% и 74,07%), следван от показател „отношение“ (70,37% и 66,67%) и показателите „умения“ и „компетенции“, които са с еднакви стойности (66,67% и 59,26%).

В своите отговори изследваните деца отчитат, че в резултат на участието си в разнообразните дейности от ерготерапевтичната програма са усвоили знания и практически умения за използване на различните материали, инструменти и техники. Изградили са положително отношение към дейностите от програмата и към собствените си умения за самостоятелен и независим живот.

Получените стойности от рейтинг-скалата за оценка на положителната промяна от прилагането на допълнителни ерготерапевтични дейности върху формиране на умения за самостоятелен и независим живот при деца, отглеждани и възпитавани в социална услуга дават основание да се направят следните **изводи и обобщения**:

1. След прилагането на допълнителни ерготерапевтични дейности с децата отглеждани и възпитавани в социална услуга „Център за настаняване от семеен тип“ е настъпила позитивна промяна по отношение на планиране на дейностите в свободното време и практическо прилагане на усвоените от програмата знания за самостоятелен и независим живот. Те се отнасят отговорно към следващите си действия и критично отчитат както постиженията, така и пропуските се в планирането на действията си.

2. Устойчивостта на усвоените знания и умения свързани с планираните по програмата ерготерапевтични дейности се изразява в: активно участие на децата в разнообразните дейности, планирани в програмата; в съчетаване на усвоените знания от различните дейност; в разширяване и обоготяване на знанията за самостоятелен и независим живот.

3. Ефективността от използването на допълнителните ерготерапевтични дейности се изразява в процеса на натрупване на знания, във формиране на умения и изграждане на положително отношение към самостоятелния и независим живот от децата, отглеждани и възпитавани в социална услуга.

Заключение

Резултатите от изследването дават основание да се приеме, че социалната услуга се обособява като терапевтична среда, в центъра на която стои детето с неговите индивидуални особености и потребности. Организиран се и се провеждат практико-приложни дейности за формиране, развитие и обогатяване на уменията и компетенциите за самостоятелен и независим живот.

Благодарности

Настоящото научно проучване е финансирано със средства от бюджета на МУ – Плевен по научноизследователски проект №11/2020 г. Осигурени са материали, консумативи, инструменти и уреди за извършване на ерготерапевтична и трудотерапевтична програма в Центровете за настаняване от семеен тип на територията на Община Плевен.

Литература

- Vacheva, D., I. Petkova. (2016). Programa za mediko-sotsialna rehabilitatsia na detsa v neravnostoyno sotsialno polozhenie. *Upravlenie i obrazovanie*, 2020; tom HVI (6): s. 138-147.
- Metodicheskoe rukovodstvo za TSNST. (2008). Sofia: Agentsia za sotsialno podpomagane. Sofiya, pp. 4-6.
- Mehandzhiyska G. (2018). *Psihosotsialna trudova i rekreatsionna terapia v klinichnata sotsialna rabota*. Sofia: Universitetsko izdatelstvo „Sv. Kliment Ohridski“, pp. 7-8.
- Petkova I., D. Vacheva. (2020). Trudoterapiyata i ergoterapiyata kato faktori za formirane na umenia za nezavisim zhivot. V: Rangelova E. red. *Sbornik materialy ot HVIII-ta Mezhdunarodna nauchno-praktichna konferentsia „Teoria i praktika na psihologo-pedagogicheskata podgotovka na spetsialista v universiteta“*, organizirana ot Asotsiatsiyata na profesorige ot slavyanskite strani. Kiten, 2-6 septemvri 2020; Gabrovo: „EKS-PRES“, 2020; pp. 64-69.
- Popova Yu. (2007). *Formirane na umenia za nezavisim zhivot. Narachnik za obuchiteli*. „Smart AY“ EOOD, 2007, pp. 7-11.
- Rangelova Ts., Z. Peneva, S. Peteva, P. Manolova. (2007). *Razvitie na umenia za samostoyatelen zhivot. Posobie za rabota s detsa*. Sofiya: Fondatsia „Partnyori – Bulgaria“, pp. 3-7.

✉ Доц. Искра Цанкова Петкова, д.п.

Рък. катедра „Социални и фармацевтични дейности“

Медицински университет – Плевен

ул. „Климент Охридски“ 1

GSM 0887865267

Email: petkovai@abv.bg

✉ Доц. Данелина Емилова Вачева, д.м.

Медицински университет – Плевен

Катедра “Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт“

ул. „Климент Охридски“ 1

GSM 0888770355

Email: danelina@abv.bg

✉ Димитринка Георгиева Николова, студент

Медицински университет – Плевен

специалност „Социални дейности в здравеопазването“

ул. „Климент Охридски“ 1

GSM 0895868208

Email: dimabres@abv.bg

✉ Борис – Александър Иванов Иванов, студент

Медицински университет – Плевен

специалност „Медицинска рехабилитация и ерготерапия“

ул. „Климент Охридски“ 1

GSM 0896796306

Email: stappforever@abv.bg

ПУБЛИЧНО-ЧАСТНО ПАРТНЬОРСТВО ПРИ ПРЕДОСТАВЯНЕ НА СОЦИАЛНИ УСЛУГИ В ОБЩИНА БЕЛЕНЕ

В. Спасова

Медицински университет – Плевен, Медицински колеж,
катедра „Социални и фармацевтични дейности“

PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP AT PROVIDING OF SOCIAL SERVICES IN BELENE MUNICIPALITY

V. Spasova

Medical University of Pleven, Medical College,
Department of Social and Pharmaceutical Activities

ABSTRACT: *The end of XX and the beginning of XXI century marks real boom of public-private partnerships on World scale. The idea for public-private partnership in Bulgaria enters with the adhesion of the country to European Union. In 2013 the Act for the public-private partnership entered into force in particular the legislation frame for partnership between the state, respectively the municipalities and private partners to achieve certain public objectives. The long term experience of Belene municipality is presented in this report, regarding the public-private in the field of social services with the eparchy organization of the catholic church „Caritas“, that is a good example to follow for good practice in the field of social agreement.*

Key words: public-private partnership, municipality, social services, Catholic Church.

Въведение

Краят на XX век и началото на XXI век бележи истински бум на публично-частните партньорства в световен мащаб. Международната практика показва, че то е един от успешните финансови инструменти за осигуряване на инвестиции в публична инфраструктура – транспорт, образование, здравеопазване, административно обслужване, предоставяне на социални услуги и др.

В социалната сфера публично-частното партньорство може да бъде основният инструмент за намаляване на значителни социални и икономически разходи от страна на държавата и общините, осигурявайки едновременно подобряване на благосъстоянието и повишаване качеството на живот на населението.

В България идеята за публично-частно партньорство (ПЧП) навлиза първоначално през преговорите за присъединяване към Европейския съюз и постепенно придобива широка популярност.

Предпоставка за приемането на законови и подзаконови нормативни документи по отношение на публично-частното партньорство са ограничените социални, природни и публични финансови ресурси и технически възможности на общините, поради което регламентирането и насърчаването на дейностите на други субекти в това отношение може да увеличи и подобри техният обхват и възможности и да оптимизира тяхното използване.

Освен ограниченост на финансовите ресурси в резултат на финансовата и икономическа криза, страната ни е изправена и пред сериозна демографска ситуация – застаряване на населението, увеличаване дела на самотните възрастни хора и лица с увреждания, съчетана с процеса на деинституционализация, е сериозно предизвикателство пред държавата, респективно местните власти за осигуряване на качествени и достатъчно на брой социални услуги за нуждаещите се лица. Общините са изправени пред сериозно предизвикателство да разработват и прилагат модели за социални услуги посредством изграждане на публично-частни партньорства.

Изложение

В България от 01.01.2013 г. влиза в сила **Закон за публично-частното партньорство**, с който за първи път се въвежда ясна законова рамка на партньорството между държавата, респективно общините и частните партньори за постигане на дадени обществени цели.

Основните цели на закона са да осигури развитие на висококачествени и достъпни услуги от обществен интерес чрез постигане по-добра стойност на вложените средства, да даде възможност за насърчаване на частните инвестиции в изграждането, поддържането и/или експлоатацията на обекти на техническата и социалната инфраструктура и на извършването на други дейности от обществен интерес, и да осигури публичност, прозрачност,

свободна и лоялна конкуренция, недопускане на дискриминация, равно третиране и пропорционалност при сключването на договорите за ПЧП (Zakon za publichno-chastnoto partnyorstvo, 2013).

Публично-частното партньорство е всяко дългосрочно договорно сътрудничество между един или повече публични партньори, от една страна, и един или повече частни партньори – от друга, за извършването на дейност от обществен интерес при оптимално разпределение на ресурси, рискове и отговорности между партньорите. Основните характеристики на ПЧП са свързани с финансирането на проекта, със срока на взаимоотношенията между публичния и частния партньор и с разпределение на рисковете и съответстващите им отговорности. ПЧП е средство за извършване на дейности от обществен интерес (Zakon za publichno-chastnoto partnyorstvo, 2013).

Публично-частното партньорство играе значителна роля за реализирането на големи проекти с обществено значение. Той се явява един от инструментите на публичния сектор за осигуряване на финансиране, за развитие, изграждане и поддръжка на инфраструктура, за подобряване на икономическото развитие на страната. Съществено значение има за подпомагане или финансиране на проекти от социален, образователен, религиозен, научен, културен и пр. характер или на отделни граждани чрез отпускане на финансова или експертна помощ. Ограничените бюджетни средства за изграждане, поддържане и развитие на публичната инфраструктура, оказват съществено влияние за използването и разпространението на формата публично-частно партньорство при сътрудничество между публичния и частния сектор. Чрез тази иновативна форма на финансиране се компенсират в голяма степен паричните ограничения, особено в условията на финансова и икономическа криза, и се въздейства положително върху икономическото и социалното развитие на страната. Затова трябва да се насърчава прилагането на публично-частното партньорство като подходяща форма на финансиране на проекти (Todorova, 2017).

Предоставянето на качествени услуги за населението, когато държавния и общинските бюджети не разполагат с необходимия финансов ресурс налагат търсене и прилагане на публично частното партньорство в сферата.

Представянето на добри практики на общини в публично-частното партньорство е пример за прилагане на алтернативни подходи при предоставяне на социални услуги. Община Белене има традиции по отношение на публично-частно партньорство в сферата на социалните услуги с епархийната организация на католическата църква „Каритас“.

Профил на община Белене

Географско положение. Община Белене е разположена в Свищовско-Беленската низина, в централната част на Дунавската равнина, непосредствено до река Дунав. По територия и населени места е една от малките общини в България. Състои се от шест населени места – общинският център Белене и пет села (кметства) – с. Деков, с. Татари, с. Петокладенци, с. Кулина вода и с. Бяла вода. Градът се намира на 60 км. от областния център – Плевен (Obshtina Belene, 2021).

Демографска характеристика на община Белене

Население

Населението на община Белене към 05.07.2020 г. е 9394 души, съставляващо 3.24% от населението на област Плевен. Средногодишният абсолютен прираст е отрицателен – т.е. общината обезлюдява средно с 244 души на година, като най-чувствително е намалението през 2018 г. – 280 човека. За периода 2014-2019 г., средногодишният темп на изменение на броя на населението е -2.71%, при средно за област Плевен от -1.54%. Средният отрицателен прираст за общината е -1.84%. Населението в общината застарява средно с 2.37% на година (NSI, 2020).

Структура на населението на община Белене

В структурно отношение, населението в община Белене е с относително постоянни характеристики при изразена тенденция за намаляване на общия

брой жители. Съотношението между възрастовите групи, отразено чрез броя на населението в зависимост от степента на трудоспособност, очертава тенденция за постепенно застаряване. Относителният дял на населението над трудоспособна възраст от общия брой, средно за периода 2014-2019 г. е 29.55%.

Населението на община Белене е концентрирано в общинския център, в който, към 31.12.2019 г., живеят 86.02% от общия брой жители (вж. Фиг. 1. 4). Най-слабо заселено е землището на с. Кулина вода със 130 души (1.37%), следвано то с. Татари с 222 жители (2.34%) (Obshtina Belene, 2021).

Религиозна принадлежност

Писмени извори определят възникването на селището през 1086г. През Средновековието селището се е наричало Дунавград (Tunaburgos). Селото се споменава в османски регистри от 1479/80 година, като по това време е павликянско село с 49 домакинства. По-късно павликяните от селището приемат католицизма. Независимо от приемането в лоното на Римокатолическа църква, населението запазва езика и българското самосъзнание. До днес католицизмът е най-разпространената религия в града. Приемането на католическата вяра се отразява позитивно върху икономическото и социално развитие на Белене и традиционната за района културна и религиозна толерантност (NSI, 2011).

Социални услуги в община Белене

Община Белене разполага с развита мрежа и система от социални заведения и услуги. Предоставяните дейности са свързани с подпомагане на хора в неравностойно положение, като пенсионери, хора с увреждания и самотно живеещи възрастни хора. Предоставяните социални услуги в общината имат за цел да се подобри социалната закрила, да се преодолее социалната изолация и да осигури по-добри и достойни условия на живот и възможности за социално включване на групите в социален риск – хора с увреждания, самотно живеещи възрастни и лица в неравностойно положение.

В община Белене се предоставят редица специфични публични услуги чрез функциониращите на територията обществени институции, сред които:

- Център за обществена подкрепа;
- Център за социална рехабилитация и интеграция;
- Домашен социален патронаж (ДСП);
- Домашен помощник;
- Личен асистент по Закона за лична помощ;
- Общинска основна организация на хората с увреждания;
- Пенсионерски клубове. В гр. Белене (3 клуба) и по 1 в селата Деков, Татари, Бяла вода, Кулина вода и Петокладенци (Obshtina Belene, 2021).

На територията на община Белене се предоставят и още обществено значими социални услуги:

- Проект „Топъл обяд“;
- Медицински грижи по домовете, финансиран по проект от „Каритас“-Русе. Дейността е свързана с предоставяне на медицински и социални услуги на 75 възрастни и болни граждани на територията на община Белене;
- Приемна грижа.

В община Белене се предоставят социални услуги само в общността, в семейна или близка до семейната среда и съобразно нуждите на рисковите групи, което улеснява процеса на деинституализация. Няма разкрити услуги, които да се предоставят в специализирани институции.

През последните години предлаганите в общността услуги се развиват динамично, което налага засилена активност на общината към разширяване вида и обхвата на услугите за покриване на нуждите и потребностите (Obshtina Belene, 2021).

Външни доставчици и предоставяни от тях социални услуги

Единственият външен доставчик на социални услуги в община Белене е „Каритас“. „Каритас Белене“ е първият енорийски „Каритас“ в България, който се учредява през 1994 г. и по настоящем е част от епархийната организация

„Каритас Русе“. Услугите, които се управляват от „Каритас“ в община Белене са:

1. Център за социална рехабилитация и интеграция за деца и лица с увреждания „Св. Винкенти“ – Белене.
2. Център за обществена подкрепа.
3. Медицински грижи по домовете (Obshtina Belene, 2021).

Цел

Представяне на добър пример за успешно публично-частно партньорство в сферата на социалните услуги.

Материали и методи

Дълбочинно интервю, в случая стандартизирано телефонно интервю с въпросник от 6 въпроса (Chengelova, 2016, pp. 35-38).

Резултати и обсъждане

В условията на извънредна епидемична обстановка беше проведено дълбочинно интервю, в случая стандартизирано телефонно интервю с г-жа Анна Несторова, гл. експерт в община Белене, отдел „Здравни и социални дейности, Образование, МКБППМН“ относно социалното договаряне в общината. Интервюто се състоя на 25.06.2021 г., от 10 до 10,30 часа, след предварително представяне на изследователя и целта на проучването. Разговорът беше записан с диктофон за максимално точно отразяване на информацията.

Въпрос 1: Какви традиции има община Белене по отношение на публично-частното партньорство в сферата на социалните услуги?

А. Несторова: Община Белене от години има ползотворно сътрудничество и партньорство в социалната сфера с „Каритас Белене“, който е част от епархийната организация „Каритас Русе“. Населението в общината е предимно католическо, ние сме втората община, след Раковски, в която има най-голяма общност католици. Характерно за католическата общност е възпитанието в

милосърдие към бедните, страдащите, нуждаещите се и обединяване на усилията на всички енорияши за доброто на нуждаещите се хора.

Въпрос 2: Каква е процедурата за кандидатстване и по какъв начин е регламентирано партньорството?

А. Несторова: Общинският съвет приема решение за откриване на процедури за публично-частно партньорство в областта на социалните услуги, заинтересованите страни представят предложение, оферта за дейностите, които ще развиват. След това следва приемане на решение за определяне на частен партньор и сключване на договор с него.

Въпрос 3: Какви услуги са възложени на външния доставчик?

А. Несторова: Преди 10 години „Каритас“ в Белене стартира Център за Домашни грижи, реализиращ дейности в подкрепа на възрастни хора. Центърът функционира и до днес. През 2014 година създадоха Център за социална интеграция и рехабилитация за деца с увреждания. От 2019 година ЦСРИ приема и лица с увреждания, като има потребители и на 80 годишна възраст. От 1 април 2021 г. „Каритас Белене“ е доставчик и на услугата Център за обществена подкрепа.

Въпрос 4: Какво е Вашето мнение за възложените дейности?

А. Несторова: В годините „Каритас Белене“ се доказва като коректен и отговорен партньор, отворен и отговорен към проблемите на нуждаещите се хора в общността. Дейностите, които осъществяват подобряват живота на хората и високо се оценяват от тях. Резултатите говорят сами за себе си.

Въпрос 5: Има ли допълнителни дейности, изпълнявани от доставчика?

А. Несторова: Към момента „Каритас Белене“ развива много дейности със социална насоченост, извън социалните услуги, на които е доставчик, например подпомага социално слаби лица със суми от 3 до 50 лева за закупуване на лекарства, предоставят технически помощни средства на нуждаещи се лица, които не попадат в обсега на Дирекция „Социално подпомагане“ или няма кой да придвижи документите им. От над 10 години предоставят медицински грижи

по домовете на болни хора. Също така, от основаването си, „Каритас Белене“ привлича доброволци, които да работят в помощ на бедните – събират и даряват дрехи и хранителни стоки, помагат с труд и със средства, според нуждите на хората. Миналата година откриха и Център за изслушване, където всяка седмица доброволци от „Каритас“, сестрите и енористът приемат нуждаещите се, изслушват проблемите им и решават как и с какво да съдействат.

Въпрос 6: Каква е вашата оценка за прилагането на социалното договаряне?

А. Несторова: Оценката ми е положителна, т.като в съвременните условия много хора живеят бедно или са затруднени да се справят с различни жизнени ситуации. Сега и в условията на здравна и икономическа криза социалната система е претоварена, а ресурсите с които разполага общината са ограничени. Всяка протегната ръка за партньорство и сътрудничество е възможност да се помогне на много хора, които имат нужда от различен вид подкрепа и тук е важна ролята на социалното договаряне.

Изводи

Дългогодишният опит на община Белене по отношение на публично-частно партньорство в сферата на социалните услуги с епархийната организация на католическата църква „Каритас“, е добър пример и може да послужи за добра практика в областта на социалното договаряне.

Заклучение

Прилагането на ПЧП в сферата на социалните услуги предполага разработване на финансово–икономически модел на интегрирани социални услуги. Мрежата от социални услуги може да е ефективна само чрез обединяване на ресурсите на различните партньори (централни и местни власти и доставчици) и прилагане на междусекторен подход при предоставянето им.

Въвеждането на съвременни методи на взаимодействие на държавата и частния сектор като ПЧП създава предпоставки за развитието на ориентирани

към потребностите качествени социални услуги, насърчаването на конкурентни механизми за предоставянето им, както и възможност за оценка на ефективността от използването им.

Литература

Zakon za publichno-chastното partnyorstvo, v sila ot 01.01.2013 g., izm. i dop. DV. Br.13 ot 16 Fevruari 2016 g., dostapen na: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135798101> (27.08.2021)

Natsionalen statisticheski institut. (2011). Balgarskoto naselenie po veroizpovedanie. Dostapno na: <https://www.nsi.bg/Census/StrReligion.htm> (28.08.2021)

Natsionalen statisticheski institut. (2020). Statisticheski dannii. Dostapni na: <https://www.nsi.bg/bg/content/766/статистически> (28.08.2021).

Plan za integrirano razvitie na obshtina Belene za perioda 2021 – 2027 g. Dostapen na: <https://belene.bg/2020/12/piro-2021-2027/> (20.08.2021)

Todorova, D. (2017). Publichno-chastno partnyorstvo – alternativna forma na finansirane na proekti s obshtestveno znachenie, dostapen na: <https://mtc-aj.com/article.1455.htm> (31.08.2021).

Chengelova, E. (2016). *Intervyuto v sotsialnite nauki*. Sofia: Izd. Omda.

✉ Гл. ас. Вероника Спасова, доктор
Медицински университет – Плевен
ул. „Климент Охридски“ №1
Тел. 0890581873
e-mail: spasova_v@abv.bg

**ПЕДАГОГИЧЕСКИ ДИЗАЙН НА МОДЕЛ ЗА ТРАНСФОРМАЦИЯ
НА АГРЕСИВНО ПОВЕДЕНИЕ В АСЕРТИВНО ПОВЕДЕНИЕ
(ВЪРХУ ПРИМЕРИ ЗА СЪЗДАВАНЕ НА ПРИКАЗКИ ОТ УЧЕНИЦИ
В НАЧАЛЕН ЕТАП НА ОБУЧЕНИЕ /3.-4. КЛАС)**

В. Стоянова

Бургаски свободен университет, докторант,
специалност „Предучилищна и начална училищна педагогика“

**PEDAGOGICAL DESIGN OF A MODEL FOR TRANSFORMATION OF
AGGRESSIVE BEHAVIOR INTO ASSERTIVE BEHAVIOR
(ON EXAMPLES OF FAIRY TALES CREATION BY STUDENTS IN
THE PRIMARY LEVEL OF EDUCATION (3rd-4th GRADES))**

V. Stoyanova

Burgas Free University, doctorate student,
PhD Programme in Pre-school and Primary school pedagogy

ABSTRACT: *This report examines an excerpt from the research part of the dissertation, enrolled in the Center for Humanities of Burgas Free University in 2021, and is aimed at Art Pedagogy, which is a relatively new field of science and allows to generate models that research a certain technology of application. The discussed and researched topic, as well as the final products that result from this work, have the potential to be turned into a board and electronic game for wide use and are a provocation for the school environment as well as for the family, friends and professional community. Aim of the empirical research: To develop a model for transformation of aggressive behavior into assertive behavior by creating stories by creating fairy tales for students in the primary level of education (3rd-4th grades), which is suitable for practical application, with a proven effect. An important aspect of the research work in the dissertation project is the fairy tale.*

Keywords: pedagogical model, aggressive, assertive, fairytales, primary students

Въведение

Настоящият доклад има характер на теоретично изследване. Изследователският интерес е продиктуван от въвеждането на нови подходи, чрез които агресивното поведение в начална училищна възраст може да бъде трансформирано в асертивно чрез средствата на изкуството, творчеството и вдъхновението на малките ученици. В рамките на приложното изследване това се извършва чрез специфичен методически подход за съставяне на приказки от наблюдаваните ученици.

Научната област, към която е насочена настоящата разработка, е актуална и недостатъчно изследвана. Артпедагогиката – като относително нова научна

област, дава възможност за генериране на модели, чието доказване по изследователски път спомага за прилагане на доказани в практиката ефективни технологии. Дискутираната тема е провокация както за училищната среда, така и за семейната, приятелската и професионалната общности. Целта на научните търсения е водеща и съизмерима с поставеното работно заглавие. Тя прозира в текста, в изследователския подход и в разработката на модела в неговата цялостност. Стремешът ни е чрез количествени и качествени методи убедително да докажем ефективността на предложения педагогически модел да преобразува агресията у учениците в наблюдаваната възраст в способност за толерантност към съучениците и защита на собствената позиция и права, уважавайки позицията и правата на другите.

Цел

Докладът представя теоретично проучване на технологията при изработването на **Дизайн на емпирично изследване** на тема „Модел за трансформация на агресивно поведение в асертивно поведение чрез създаване на приказки при ученици в начален етап на обучение 3.-4. клас“. Основните конструкти, изяснени във фокуса на технологичния модел за формиране на асертивно поведение, са: модел, агресивно поведение, асертивно поведение, приказки, ученици в начален етап на обучение (3.-4. клас).

Материали и методи

Конструктът „изследване“ в неговия широк смисъл означава „изучаване, подробно проучване с цел установяване на факти и нови знания или систематичното им събиране и анализ. В по-тесен смисъл, научно изследване е прилагането на научен метод за изучаване на нещо (Andreychin, 2005, p. 314).

Практическата основа на конструирания работещ модел е намерила своето обосноваване в резултат на многогодишни наблюдения върху процеса на полисубектното взаимодействие между учениците в училищната общност на СУ „Димитър Талев“, град Добрич. В посочената институция е апробиран и пилотният проект, резултатите от който дадоха основание темата да бъде

проучена задълбочено, да се направи цялостен анализ на публикациите на наши и чужди изследователи на проблема, да се провери ефективността от приложението на модела на различни равнища: социални, педагогически, методически с цел извеждането на техните функциониращи методологически проекции.

За целите на настоящата разработка приемаме дефиницията на „модел“, изведена от представителя на експерименталната психология Херман Ебингхауз и неговият съвременник Едуард Ли Торндайк (1874-1949) в **Модела на ученето**: „формално представяне на изменението на качествени, или количествени променливи в процеса на ученето и моделиране на промените в състоянието или в поведението по време на ученето в зависимост от външни и вътрешни условия и така служат на цели поставени пред теорията на скалирането.“ (Rechnik po psihologia, 1989, pp. 288-289). За теоретична основа на проучването екипът избира идеите, развити в т.нар. „моделно учене“ на Кристоф Крайкер. Според него, *ученето по модели* води до „промяна на вероятността за дадено поведение на едно лице в резултат на наблюдаване на това поведение при други хора и обсъждане на впечатленията. Моделното учене се подчинява на класически принципи за формиране на умения за научаване на образци на коректни взаимоотношения. Поведението е по-близо до примера, когато е налице идентификация. Функционира предимно несъзнателно, но може да се усили, чрез съзнателно и често подражание. Същото важи и за *отрицателното моделно учене*, т.е. за разграничаването и промяната на поведението в обратна посока.“ (пак там).

Резултати и обсъждане

Целта на емпиричното проучване е да се разработи педагогически дизайн за трансформация на агресивното поведение в асертивно поведение чрез технология за създаване на приказки от ученици в начален етап на обучение /3.-4. клас/. Апробирането на конструирания модел е основа за последващото му практическо приложение и доказва неговата ефективност. За създаването на

универсален модел с оглед на поставената цел в дисертационния труд се използва процесът за създаване на приказка. В нея е „ключът“ към трансформация на поведението на малките ученици. Разработката отделя специално внимание на структурата на приказките, алгоритъма на създаване, както и специално приложения инструмент към тях – *додекаедър*. В създадения иновативен педагогически модел додекаедърът предлага послания от асертивното (увереното) поведение, които да акцентират по нов начин върху формиране мисленето и изразяването на децата. Тук се очаква и основният стимул и мотивация за усвояване на ново, уверено, асертивно поведение, различно от агресивното.

Задачите на емпиричното изследване са:

1. Задачи с теоретико-изследователски характер: да се проучи актуалната литература по темата; да се изгради дизайн на изследване; да се разработи модел за трансформация на агресивно поведение в асертивно поведение чрез създаване на приказки при ученици в начален етап на обучение /3.-4. клас/.
2. Задачи с експериментално-практически характер: да се приложи разработеният модел; да се визуализират и анализират получените резултати; да се направят изводи и отправят препоръки на база на получените резултати.

Обект и предмет на емпиричното изследване:

Обект на емпиричното изследване в изследователския проект са агресивното и асертивно поведение сред 500 ученици в 3.-4. клас от 4 училища в гр. Добрич, в условията на педагогическия модел за създаване на приказки.

Предмет на емпиричното изследване са моделите на асертивно и агресивно поведение, проявяващи се чрез действията на положителните и отрицателните герои в създаваните от учениците приказки.

Основни етапи на проучването:

Първи етап: включва изграждане на основната концепция и разработка на структура на проекта за дисертация, проучване на научната литература по темата и планиране на дейностите по научното изследване.

Втори етап (Констатиращ експеримент): включва провеждане на педагогическо научно наблюдение и внасяне на данните в предварително разработен Протокол. Констатиращият етап е свързан и с подробна разработка на **Дизайн на изследването**. Дизайнът включва утвърждаване на обект, предмет на изследването, хипотези и избор на подходящи изследователски методики. Дискутира се приложението им сред 250 ученици в начален етап на обучение (3.-4. клас) в две училища в гр. Добрич: СУ „Димитър Талев“ и СУ „Св.Климент Охридски“. На този етап следва и визуализиране на резултатите от изследването чрез подходяща методика.

Трети етап (Формиращ експеримент): включва структурирането на **Педагогически модел**, създаден на базата на получените данни в „Констатиращия етап“. Целта на приложението на Модела е да предизвика трансформация (на агресивното поведение в асертивно поведение) у учениците. Неговото апробиране се извършва в предварително подбрана на случаен принцип експериментална група обучаеми. Останала част от респондентите съставлява „контролната група“.

Четвърти етап (Контролен етап): включва анализ на данните от апробирания вече модел върху експерименталната група – постига се с повторно приложение на първоначално подбраната и приложена методика върху общия брой участници в изследването. Целта е да открие възможна промяна в резултатите на експерименталната група, отличаващи се от тези на участниците в контролната група. Следва обработка на резултатите, анализ и интерпретация на обобщените данни от проучването, изводи, препоръки за практическото приложение на модела.

Формулирани са следните **работни хипотези**:

Хипотеза 1. Предполага се, че у учениците в 3.-4. клас на СУ „Димитър Талев“ и СУ „Св. Климент Охридски“, град Добрич, има наличие на агресивни прояви от различен вид. Допуска се, че вербалната агресия е изразена в по-

висока степен при момчетата, а физическата агресия е по-изразена при момчетата от същата възраст.

Хипотеза 2. Предполага се, че разработването и прилагането на „Модела за трансформиране на агресивното поведение в асертивно поведение при ученици от начален етап на обучение (3.-4. клас)“, включващ създаване на приказки, може да доведе до реални промени в поведението в положителна посока. Допуска се, че промяната на поведението от агресивно в асертивно при момчетата ще бъде по-изразено в сравнение с това при момчетата.

Методи на изследване

Систематизацията и класификацията на емпиричния материал се осъществява в зависимост от неговия вид и характер. Избрани са критерии и показатели, подходящи за количествена обработка и представяне в табличен вид. Обобщените и систематизирани данни се анализират с цел открояване на психологическите условия, пораждащи агресивните прояви. Тези резултати са анализирани, интерпретирани и обобщени чрез качествена и количествена обработка на събрания материал. Целта на качествения анализ е да се установят различните свойства и особеностите на изучаваните психични явления. За количествен анализ широко се използват методите на математическата статистика, които позволяват да се установи средното количествено значение на показателите, степента на разнообразие и разминаване на данните, наличието или липсата на връзка между различните явления. Използваните статистически методи повишават степента на достоверност на резултатите от изследването. Те позволяват с голяма точност да се съди за надеждността на различните показатели, за точността на даденото явление и параметрите на неговото отклонение от нормата, за оптималното количество респонденти, което да гарантира добра представителна извадка на експеримента. В резултат от статистическата проверка на истинността на издигнатите хипотези и анализа на емпиричния материал се формира технология за решаване на поставените задачи.

За целите на дидактическия експеримент е използвана авторската адаптация на **Теста за агресивност, гняв и враждебност** на Арнолд Бъс и Марк Пери (AQ или ВРАQ), чийто създател е Панайот Рандев. Предложената версия на теста е актуална през последното десетилетие. Тя е подобрена, съкратена и концептуално и психометрично изчистена модификация на теста на Бъс-Дюрки и е приложима с оглед постигането на научните цели. Основният вариант на теста е с 29 айтеми, в 4 скали – *словесна агресия, физическа агресия, гняв и враждебност*. Приложеният вариант на теста на Бъс-Пери се придържа към оригиналната авторова методика. При адаптацията на този тест се ръководехме от постигането на практическа значимост и надеждност на изследователския инструментариум.

В следствие на това ние предлагаме два варианта за ползване на методиката:

- 1) В „чист“ вид, т.е. 29-те атеми на оригиналния въпросник с 4 подскали.
- 2) Оригинална методика, допълнена със скала „лъжа“ и още валидизационни айтеми и индекси.

В рамките на научното търсене се представят основните идеи и характеристиките на този тест. Излагат се обосновани аргументи за неговия избор измежду сходни диагностични методики. Доказва се неговата полезност при решаването на широк кръг от изследователски и практически задачи и цели. Използван е аналитичен подход, като се позоваваме на множество мнения и схващания по въпроса за трансформацията на агресивно поведение в асертивно в наблюдаваната възраст.

Заклучение и благодарности

В заключение можем да обобщим, че предлаганият тест и неговата съкратена версия са целесъобразни за масови скринингови проучвания в училищата, при приложение в подходящ контекст и спрямо различни целеви групи (при тестване на лица с девиантно поведение, пациенти, страдащи от различни заболявания, породени от гняв и враждебност, лица в риск и др.). Чрез

методиката се анализира нивото на отделните елементи на агресията: *Инструментален (моторен) елемент* – отнасящ се за действия, които причиняват физическо или психическо страдание; *Афективен елемент* – гняв, склонност на изследваното лице да изпада в гневни състояния; *Когнитивен елемент* – враждебност, която се характеризира с негативизъм, чувство на преживяна несправедливост и озлобеност.

Авторът изказва дълбока и най-искрена признателност на доц. д-р Пепа Митева за професионалните консултации и ценните препоръки, които оказа във връзка с проведеното теоретично проучване, засягащо настоящата проблематика.

Литература

- Andreychin, L. (2005). *Balgarski talkoven rechnik*. Nauka и izkustvo.
 Boyadjieva, N., Miteva P. (2008). *Gnyav i agresivno povedenie pri detsata*. S.
 Kalinov, Kr. (2001). *Statisticheskite metodi i sotsialnite nauki*. Sofia: Nov balgarski universitet.
 Kentauic, H. Bari. (2011). *Eksperimentalna psihologia*. Sofia.
 Prodanov, M. (2002). *Psihologichni metodi za izmervane i otsenka (skali i vaprosnitsi)*. Baltika.
 Rechnik po psihologia. (1989). Sofia: DI Nauka i izkustvo.
 Starnbarg, R. Dzh. U. M. Uilyams. (2014). *Pedagogicheska psihologia*. Sofia: Iztok-Zapad.
 Tasevska, D. (2011). *Kak da rabotim s agresivni detsa*. Raabe Bulgaria.
 Todorkov, K. (2002). *Eksperimentalna psihologia*. V. Tarnovo: Faber.
<http://www.topconsult-bg.com/index.php>

✉ Весела Стоянова, докторант

Бургаски свободен университет

специалност „Предучилищна и начална училищна педагогика“

телефон: +359 884 311 471

e-mail: ves_el@abv.bg

АДАПТОГЕНИТЕ КАТО СРЕДСТВА ЗА ПОДСИЛВАНЕ НА ОРГАНИЗМА

Г. Цветанова – Краева

Медицински Университет – Плевен, специалност „Помощник – фармацевт”

ADAPTOGENS AS A MEANS OF STRENGTHENING THE BODY

G. Tsvetanova - Kraeva

Medical University – Pleven, specialty: Assistant - Pharmacist

ABSTRACT: *From early times there was a hypothesis that under the influence of a huge number of adverse stimuli, the human body disturbs its internal balance, known as “homeostasis” and as a result it was more susceptible to stress, emotional tension, fatigue and significantly reduced endurance. The intense daily life of 21st century puts us in stressful moments, as well as taking responsibilities which further affect human health. In these situations, a person resorts to the indiscriminate use of medical drugs, which, although their temporary positive effects, after a period of time return the body to its pathological levels of stress and fatigue, and it’s even possible the improper intake to lead to significant reduced immunity and delayed recovery. Adaptogens help the body adapt and increase the body’s resistance to environmental factors. Other qualities are their ability to restore the balance of hormones in the endocrine glands as well as to regulate disturbed homeostasis and return it to optimal condition.*

Keywords: adaptogens, homeostasis, stress, immunity, fatigue.

Въведение: Въпреки широкия спектър от ползи за организма, много хора не са запознати с терминът „адаптоген“. Съществуват няколко особености, които могат да формулират определението за тези растения. Те са дадени от Израил Брехман и д-р И. В. Дардимов през 1968, а именно:

1. Адаптогените са нетоксични за реципиентите. Не бива да предизвикват каквито и да е било функционални или психически нарушения. Едно растение с евентуални адаптогенни качества, но токсично за индивида не бива да се включва в тази група.

2. Адаптогените предизвикват неспецифична реакция в организма. Това се изразява във повишаване на резистентността към стресови фактори или вредни влияния, както и поддържане на вътрешната среда в баланс.

3. Адаптогените влияят нормализиращо върху физиологията, независимо от посоката на отклонение от физиологичните норми, причинено от стресовия фактор.

Съществуват и някои по-съвременни твърдения за адаптогените, а именно, че те са вещества, които подсилват имунната, нервната и ендокринната система, нормализират метаболитните функции (Mejms, Uinstan 2007). Също така те представляват лечебни растения, повишаващи съпротивителните сили и издръжливостта към стрес, като помагат съответно за предотвратяване развитието на колапс чрез адаптация към проблема. Комбинират в себе си тонизиращи и балансиращи вещества. (Thomas 1995). Играят ролята на метаболитни регулатори. Предполага се, че благотворното им влияние е свързано главно с ендокринната ос хипоталамус-хипофиза-надбъбречни жлези (НРА), играеща основна роля при реакциите към стрес и адаптация (Berris 2000).

Цел

Целта на настоящето проучване е да определи до каква степен пациентите прилагат в лекарствената си терапия продукти от растителен произход, в частност при стрес, преумора, понижена издръжливост и имунитет, както и дали са запознати с термина „адаптогени“ по отношение на ефектите им. Задачите, които бяха необходими да се реализират за постигането на тази цел, са:

- Събиране на литературни сведения относно поставения проблем;
- Разработване и прилагане на анкетен метод за получаване на информация от пациентите;
- Представяне под формата на графики, както и анализ на получените резултати.

Методика на проучването

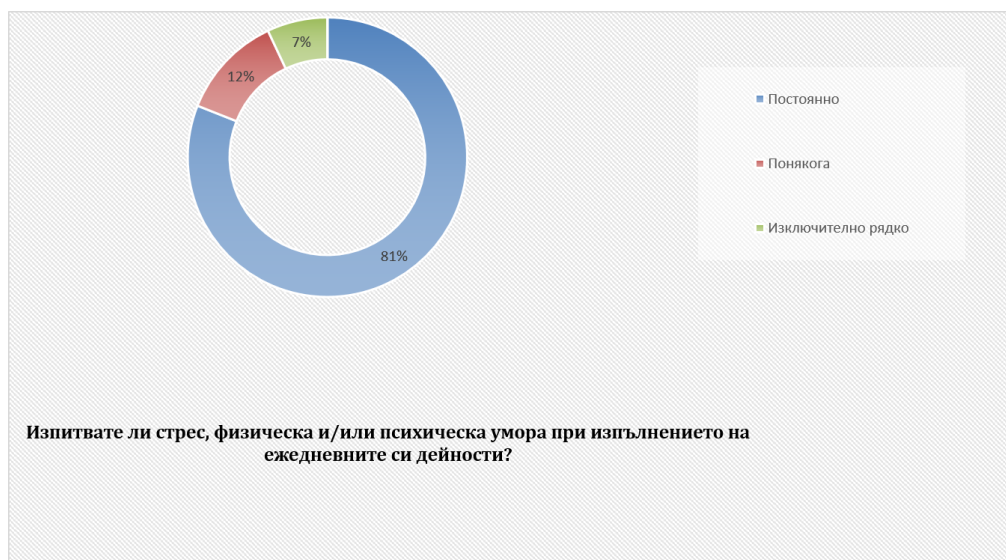
Проведено е анкетно проучване за периода 25.02 – 10.05.2021 г. на територията на град Плевен. Анкетираните лица са пациенти, посетили аптека „Феникс“, които е трябвало да попълнят данни за своята възраст, пол, завършена квалификационна степен. От 55 анкетирани жители, 38 (69%) са на

възраст между 51-70 г., 12 са между 30-50 г. (22%) и едва 5 попадат в категорията 18-29-годишна възраст (9%).



Графика 1. Разпределение по възраст.

На първия въпрос „Изпитвате ли стрес, физическа и/или психическа умора при изпълнението на ежедневните си дейности?“ висок процент от анкетиранията (81%) посочват, че постоянно се сблъскват с тези проблеми, 12% понякога и 7% – изключително рядко.

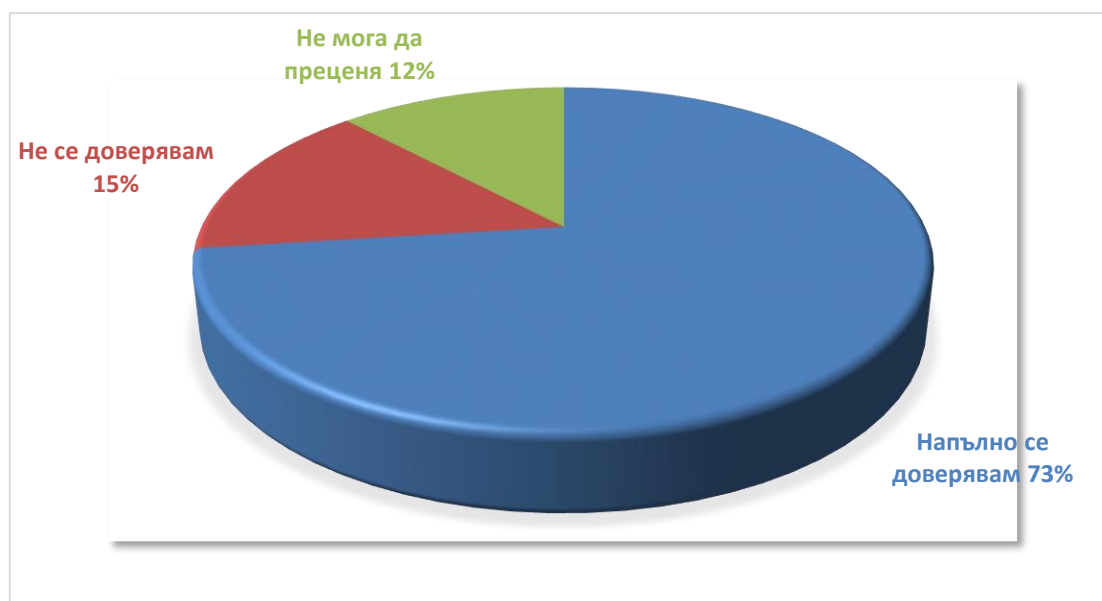


Графика 2. Данни при стрес, физическа и/или психическа умора при изпълнението на ежедневните дейности.

На въпроса „Употребявате ли някакви средства за понижаване на стреса и умората?“, над 90% от лицата потвърждават, че използват, а 10% отричат

употребата на каквито и да е вещества. Като допълнение към въпроса, поискахме от пациентите в отворен текст да споделят с какво редуцират симптомите на стрес, преумора, депресивни състояния и др. Повечето от тях споделиха, че приемат хранителни добавки (53%), следвани от мултивитамини (24%), медикаменти по лекарско предписание (14%) и малък процент казват, че използват единствено напитки с тонизиращо действие или прибягват до прием на сладко.

Висок процент от анкетираните граждани изразяват своята положителна гледна точка върху приема на растителни медикаменти – около 73%, предимно във възрастовата група 51-70 г., 15% са скептични относно употребата им, докато 12% не могат да преценят дали има полза от тях (графика 3).



Графика 3. Доверие към продуктите от растителен произход при лечение.

На следващия въпрос, целящ да проучи доколко хората са запознати с определението „адаптоген“ при споменаването на дадено растение, отговорите бяха в голяма степен необнадеждаващи. Над 61% от анкетираните пациенти признават, че досега не са попадали на този термин, 17% споделят, че са разбрали за адаптогенните ефекти от разговори с фармацевти, лекари или билколечители. 14% са срещнали понятието в медиите и интернет, докато 8%

са отбелязали други източници. В отворен въпрос помолихме гражданите да дадат своето определение за адаптогени. Обобщено, те бяха следните:

„Растения, адаптиращи действието си според заболяването“ – 56%;

„Билки, които помагат да се чувстваш по-свеж и ефективен“ – 6%;

„Растения, успокояващи нервите и напрежението“ – 17%;

„Стимулират нервната система в определена посока“ – 12%;

„Не мога точно да определя какво представляват“ – 9%.

Около 52% от анкетираните пациенти споделят, че непременно ще обърнат повече внимание и ще се информират относно ползите на адаптогените, 27% решават, че биха потърсили консултация за тях само ако терапията със синтетични медикаменти се окаже недостатъчна, 11% отговарят „по-скоро не бих“, докато 10% категорично смятат, че те са неефективни и нямат място при лечението на заболявания.

Таблица 1. Средства използвани за понижаване на стреса, умората и емоционалното напрежение.

Какви средства използвате за понижаване на стреса, умората, емоционалното напрежение и/или депресия?		
1.	Хранителни добавки	53%
2.	Мултивитамини	24%
3.	Медикаменти по лекарско предписание	14%
4.	Храни и напитки (кофеин, сладко и др.)	9%

Заклучение

Въпреки изключителната им употреба в традиционната медицина на Китай и Индия, адаптогените са сравнително ново понятие пред голяма част от населението. Благодарение на съвременните проучвания, те започват да добиват популярност чрез своите стимулантни свойства и да спомогнат на организма да се адаптира към променливата среда на ежедневието (Donillard 2005). Повечето от тях се смятат за нетоксични за организма, но това не бива

да е повод за безразборната им употреба. Изследванията, извършени върху хора са сравнително малко и както всяко едно вещество, употребено в големи дози, те могат да се окажат токсични или да предизвикат алергични реакции. Необходимо е дозировката да бъде съобразена с множество фактори като възраст, състояние на организма, както и самото качество на билковия продукт (Steven 1996).

Адаптогените могат да изиграят значима роля при контрола върху нивата на стрес, тревожност, депресия и умора, но те не са заместител на здравословния начин на живот. Тази теза защитава и д-р Д. Уинстън, етноботаник и регистриран в Американската гилдия на билколечителите: „Основата на здравето е разумният начин на хранене, адекватното количество и качество на съня, движението и здравословните решения в начина ни на живот“.

Литература

- Bartram, Th. (1995). *Encyclopedia of Herbal Medicine*. Dorset, England: Grace Publishers.
- Bergoyne, B. (2000). Adaptogens in the 21st century. *Modern Phytoterapist* 6. No.1 8-13.
- Dean W., B., Tabachnik. (1999). *Adaptogens: Natural Protection for Stress*. Vitamin Research Products, Inc. www.vrp.com.
- Douillard, J. (2005). *Ayuverdic Adaptogens Herbs*. <http://www.lifespa.com>.
- Foster, St. (1996). *American Ginseng, Panaxquinquefolius*”. 2nd ed. Botanical Series, No.308. Austin, TX: American Botanical Council
- Goldman, E., (2003). *Adaptogens and Tonic Herbs: Old World Preventive Health Care for the Modern World*. Holistic Primary Care.
- Hobbs, Ch. *Adaptogens: Herbal Gems to Help Us Adapt*. Health-World Online. <http://www.healthy.net/scr/Article.asp?Id=934>.
- Meyms, St., D. Uinstan (2007). Adaptogenite – Lekoviti rastenia za sila, izdrazhlivost i borba sas stresa, USA.
- Panossian, A. (2003). Adaptogens: A Historical overview and perspective. *Natural Pharmacy*, 7, no. 4, 19-20.

✉ Галя Николаева Цветанова - Краева
Медицински Университет - Плевен
ул. „Климент Охридски“ № 1
Тел. 0888295970

ВИРТУАЛНА РАБОТА И СТРЕС

Емануил Манасиев¹, Евгени Григоров²

¹НЦОЗА, Социална медицина и здравен мениджмънт, ²МУ Варна, Фармация

VIRTUAL WORKS AND STRESS

Emanuil Manasiev¹, Evgeni Grigorov²

¹NCPHA, Social medicine and health management, ²MU Varna, Pharmacy

ABSTRACT: Virtual work has emerged as a leading trend in recent years, largely catalyzed by the Covid situation. If before the end of 2019, work from home was rather an exception and was used mainly as a motivating element of the supplementary benefits package, after the restrictive measures due to the Covid spread, it became widespread in a number of sectors, such as IT, remote support, consulting and other services. Virtual works gave companies the flexibility to solve the problem of quarantine in case of established illnesses in the office, as well as the opportunity to reduce some costs, such as office rent, maintenance, consumables and others. At the same time, the employees accepted the virtual work as the main motivator in choosing a new job. What are the consequences of this trend and the connection with stress levels, remains to be seen.

Keywords: work from home, virtual work, stress, flow, multitasking

Въведение

Работата от вкъщи се появи като водеща тенденция последните години, основно катализирана в следствие на Ковид ситуацията. Ако преди края на 2019 година, работата от вкъщи беше по-скоро изключение и се използваше основно като мотивационен елемент от пакета на допълнителните придобивки, след рестриктивните мерки в следствие на Ковид разпространението, тя стана широко разпоронанен в редица сектори, като ИТ, центрове за отдалечен съпорт, консултантски и други услуги. Работата от вкъщи предостави на компаниите гъвкавост при решаването на проблема с карантинирането при евентуални случаи на установени заболявания в офиса, както и възможността за намаляването на някои разходи, като наем за офис, поддръжка, консумативи и други.

Дигитализацията и развитието на платформите за споделяне и взаимодействие, доведе до много лесна интеграция на всички работни процеси във виртуална среда. Това създаде условия дори за надграждане на работата от вкъщи с това да може да се работи от всякъде, което от своя страна даде

възможност за ангажирането на хора в работния процес без ограничения на географската им локация. Ефективността на работния процес в тази обстановка сякаш не пострада, а много компании дори отчитаха повишение. Същевременно служителите приеха работата от вкъщи с ентузиазъм и към момента се явява основен мотиватор при избора на нова работа. Въпросът, който следва да изясним е какви може да са последиците от тази тенденция и има ли невидима част на айсберга на работата от вкъщи, свързана с промяна на емоционалната рамка, междуличностите отношения, възможността за получаване на обратна връзка и нивата на стрес.

Цел

Да се изследват възможните последствия свързани с отдалечената работа и емоционалното състояние на служителите, нивата им на стрес и тяхната продуктивност.

Материали и методи

Преглед на проучвания свързани с ефекта от отдалечената работа, резултати от интервюта на служители и представители на отделите човешки ресурси.

Резултати и обсъждане

Отдалечената работа даде възможност за оптимизация на разходите на компаниите и същевременно предоставя гъвкавост при търсенето и наемането на нови служители, както и предоставя възможности за ефективни и мащабируеми обучения в неограничени по размер групи, а служители могат да оптимизират работните си задачи и трудовото си представяне, в следствие на икономии на време от пътуване, приготвяне за работа, време за хранене и други.

Същевременно се наблюдават и негативните последици като спад на ангажираността и ефективността и трудности при навлизането на нови служители и са възможност за изцяло ново поле на изследване.

Заклучение и благодарности

Разглеждането на последниците при работата от вкъщи очертава изцяло нови полета на развитие в управлението на персонала и приоритизираните на работните задачи.

Литература:

Balazs Aczel, Marton Kovacs, Tanja van der Lippe et al. (2021). *Researchers working from home: Benefits and challenges*, Plos One.

Charalampous M, Grant CA, Tramontano C, et al. (2019). *Systematically reviewing remote e-workers' well-being at work: a multidimensional approach*. Eur J Work Organ Psychol.

Waizenegger Lena, McKenna Brad, Cai Wenjie, et al. (2020). An affordance perspective of team collaboration and enforced working from home during COVID-19. *European Journal of Information Systems*.

Mairead, O'Connor, Kieran Conboy, Denis Dennehy et al. (2021). COVID-19 affected remote workers: a temporal analysis of information system development during the pandemic. *Journal of Decision Systems*.

Yasenov, V. (2020). Who can work from home, SSRN.

Schade, H., Digutsch Jan, Kleinsorge, Thomas et al. (2020). Having to work from home: Basic needs, well-being, and motivation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.

May Rollo. (2015). *The meaning of Anxiety*. Norton&Company, Inc.

Lakshmi Narahari, C. & Koneru, K. (2018). *Stress at work place and its impact on employee performance*. Int. J. Eng. Technol.

✉ Емануил Манасиев, МУ Варна, Фармация
НЗОЗА
Тел: 0878501840
emon@abv.bg

ПАНЕЛ: ВАРИЯ

ДОКЛАД	Стр.
ПЕДАГОГИЧЕСКИ МОДЕЛИ ЗА ИЗГРАЖДАНЕ НА ХУМАНИИ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ И ТЯХНОТО ОНЛАЙН ПРИЛОЖЕНИЕ В ЧУЖДООЕЗИКОВОТО ОБУЧЕНИЕ ЗА МЕДИЦИНСКИ ЦЕЛИ <i>Т. Въллова, Б. Петкова</i>	193
КОМУНИКАЦИОННАТА ПОЛИТИКА НА ОБЩИНА ПЛЕВЕН, ПРЕДСТАВЕНА В ДИГИТАЛНА СРЕДА <i>С. Ваикова</i>	204
ОБУЧЕНИЕ НА СТУДЕНТИТЕ В ДИНАМИЧНА СРЕДА <i>Й. Михайлова, Е. Георгиева</i>	215
СИМУЛАЦИОНЕН 3D МОДЕЛ НА СРЕДНОТО УХО ЗА ТЕОРЕТИЧНО И ПРАКТИЧЕСКО ОБУЧЕНИЕ НА СТУДЕНТИ, СПЕЦИАЛИЗАНТИ ПО УНГ БОЛЕСТИ И НАЧИНАЕЩИ ОТОХИРУРЗИ <i>С. Мирчев, А. Вълков, Г. Николов, Р. Георгиева, Г. Георгиев</i>	221
СТАРОГРЪЦКИТЕ КОРЕНИ В СЪВРЕМЕННАТА ПСИХИАТРИЯ <i>Б. Чомаковска</i>	228

ПЕДАГОГИЧЕСКИ МОДЕЛИ ЗА ИЗГРАЖДАНЕ НА ХУМАНИИ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ И ТЯХНОТО ОНЛАЙН ПРИЛОЖЕНИЕ В ЧУЖДООЗИКОВОТО ОБУЧЕНИЕ ЗА МЕДИЦИНСКИ ЦЕЛИ

Т. Въллова¹, Б. Петкова²

¹Медицински Университет – Плевен, Департамент за езиково и специализирано обучение,

²Медицински Университет – София, ДЕОС

PEDAGOGICAL MODELS FOR BUILDING HUMAN RELATIONSHIPS AND THEIR ONLINE APPLICATION IN FOREIGN LANGUAGE TEACHING FOR MEDICAL PURPOSES

T. Valova¹, B. Petkova²

¹Medical University – Pleven, Department of Language and Specialized Training,

²Medical University – Sofia, DEOS

ABSTRACT: *The paper presents a theoretical-applied analysis of some classical theoretical models for humanization of education. Their projections in foreign language training for medical purposes during a pandemic are brought out. Some deficits of e-mediated learning are characterized, which set specific conditions and place additional barriers to the academic communication. Special attention is paid to the deepening deficit of personal contacts. Ideas humanizing the pedagogical practice, applicable in the teaching and learning of a specialized foreign language in the higher medical school in remote and mixed environment are proposed.*

Keywords: *human relationships, pandemic, medical students, e-learning, foreign language*

Въведение

Въпросът за хуманизацията на образователния процес присъства трайно като проблематика в педагогическата и психологическата литература. Разглеждана в контекста на чуждоезиковото обучение, темата за етичните взаимоотношения *преподавател – чуждестранни студенти* заема водещо място в семинарните занятия за формиране на комуникативна компетентност по общ и специализиран чужд език за медицински цели. Ключовото значение се обуславя от спецификата на общата и специалната подготовка на бъдещите лекари и специалисти от други страни за общуване в здравната практика, която се извършва на езика на страната-приемник. В противовес на това, академичната комуникация по всички останали дисциплини се извършва на английски език, което води до спад на мотивацията за изучаването на езика-цел. Към посочената специфика трябва да посочим онези характеристики, които

отличават медицинското образование от образованието по други специалности, а именно:

- осигуряване и поддържане на високо качество на висшата медицинска подготовка на кадрите в здравеопазването;
- реализиране на учебните цели, формулирани в квалификационните характеристики на отделните специалности;
- усвояване на учебното съдържание в академична и реална болнична среда;
- наличие на трети субект – пациент, с неговите притеснения, емоции, необходимост от грижи, внимание и подкрепа.

Към цитираните характеристики пандемията от COVID-19 добави ограничения пред провеждането на традиционното присъствено обучение. Оказали се в изолация от своите студенти, висшите институции трябваше да пренастроят образователната инфраструктура в дигитален режим. В условията на рязко променена ситуация, в която липсваха условия и време за адаптация, се наложи преподавателите да преминат от аудиторна към дистанционна форма на подготовка. Посочените фактори на средата налагат по-задълбочено проучване на широката гама от проблемни сечения в онлайн взаимодействието *преподавател-студент-пациент*. Корпус на изследването са утвърдени хуманистични модели на обучение с цел продължаване и задълбочаване на личния контакт с обучаваните.

Цел

Настоящата публикация анализира известни педагогически концепции за възпитаване на хуманни взаимоотношения в учебния процес и очертава възможностите за тяхното адаптирано приложение в чуждоезиковото обучението на чуждестранните студенти с медицински профил в условията на електронно и дистанционно преподаване.

От така поставената цел произтичат следните **задачи**:

1. Да се изведат основните понятия в тематичната област на хуманистичното образование.

2. Да се очертаят възможностите на представените модели за изграждане на етични взаимоотношения в обучението с акцент върху тяхната адаптация им към чуждоезиковата подготовка на бъдещите медицински специалисти.

За постигане на целта, решаване на задачите на проучването и изграждане на авторски хуманистичен възглед са използвани следните **методи** на теоретичното изследване: **анализ** и **синтез**.

Литературният обзор се основава на проучване в две направления:

1) публикации, изясняващи основните методологични понятия на хуманизацията на учебния процес;

2) публикации, посветени на теоретичните модели за изграждане на хуманни взаимоотношения *преподавател – чуждестранни студенти* в обучението.

Материали и методи

Понятието произхожда от латинската дума *humanitas*, която означава хуманност, човечност.

Според Dimitrova, хуманизмът „отразява стремежите към човечност, към добри нравствени взаимоотношения между хората, изразява благородството на онези, които го проявяват и уважението към тези, към които се проявява“ (Dimitrova, 2005, р. 73). Други изследователи го определят като нравствена категория, присъща само на човека, ориентирана е към него и към неговите нужди и потребности от човешко поведение (Tornyova, Hristov, 2010, р. 258).

В медицинската педагогика, деонтология и етика понятието хуманизъм (като вид идеология, теоретична концепция, съвкупност от нравствени, психологически черти на индивида) се разграничава от *хуманността*.

Според посочените двама автори, „хуманността е сложно интегрално качество на личността, което обуславя поведението ѝ в различни житейски ситуации“, а „хуманността – едно от най-важните качества на личността,

представлява съвкупност от нравствено-психологични свойства, отразяващи осъзнатото отношение към човека като към най-висша ценност“ (пак там, pp. 259-260). По-нататъшните ни разсъждения се основават върху тезата на Petkova, която подчертава, че „хуманността означава идеал, преди всичко нравствен, цел и резултат при хуманистичното възпитание, свойствени на общото и непреходно добродетелното при различните направления на хуманизма“ (Petkova, 2016, p. 45).

Изграждането на етични качества на личността у медицинските специалисти е немислимо без *хуманизация* на учебния процес, която да гарантира овладяване на изследваните конструкции в процесите на *педагогическото общуване* и *педагогическото взаимодействие*. Разглеждайки я в методологически план, някои автори я определят като „процес на овладяване на хуманизма като идея и възпитаване на хуманността като качество на личността, изявяващо се в поведението ѝ и във взаимоотношенията ѝ с другите“ (Tornyova, Hristov, 2011, p. 260). Това дефинира концепта като интегрална част от всички основни функции на учебния процес: образователна, възпитателна, развиваща, професионална.

Интеракцията между преподавателя и студента изисква готовност и на двете страни да общуват помежду си, да проявяват взаимно уважение, търпимост, доброжелателност, загриженост за другия, за неговото бъдеще и реализация (Rangelova, 2019, p. 92). С основание може да се каже, че всяка от посочените детерминанти е свързана с хуманизацията на цялостното професионално образование на бъдещия медицински специалист.

Представените схващания извеждат хуманизма и хуманността като приоритетни нравствени качества, които са **определящи за социално-психологическото и морално-етичното отношение на лекаря към пациента**. Предизвикателствата пред усъвършенстването на тези качества у бъдещите специалисти в онлайн среда са големи, защото общуването между лекар и пациент на живо е трудно заменимо и поставя ред въпроси пред медицинската

етика. Оттук произтича и акцентът, който поставяме върху съществуващите хуманистични концепции в българската научна литература и тяхната творческа интерпретация в рамките на мултилингвистичната и мултикултурната среда на чуждоезиковата подготовка във висшето медицинско училище.

Резултати и обсъждане

За формирането на авторска концепция за хуманно взаимодействие между преподавателя и студентите са разгледани и анализирани концептуалните идеи на M. Andreev, S. Chernev, E. Rangelova и N. Kulishev.

В своите трудове Andreev конкретизира, че определящи фактори на взаимоотношенията между преподавателя и студентите са техните статут и роли. Статутът отрежда мястото, което даден човек заема в социалната общност. Ролята се свързва със структурата на извършваната дейност и позицията, която човек заема в социалната организация, създадена за тази цел. Анализът на полисубектните отношения трябва да започва от реалния статут и от действителната роля, които изпълняват преподавателят и студентите в педагогическия процес. Те са йерархизирани и това е базисният детерминант на съвместната им дейност и отношения (Andreev, 2004). Класическото схващане за учебния процес, фокусирано върху учителя и преподаването, отстъпва място на образователната технология, центрирана върху обучаваните и ученето (т.нар. *лично ориентиран подход* по Е. Василева и *learner-centred approach* на М. Ноулис). Студентът се превръща в активен субект на учебно-възпитателния процес, а обучаващият – в негов партньор. В практиката стажантът от обучаван влиза в ролята на професионалиста-медик, от когото се очаква да решава реални диагностично-лечебни казуси. В чуждоезиковото обучение по медицински английски език подготовката за тази роля се извършва чрез темите, които усъвършенстват уменията за успешно снемане на анамнеза. Те са следните: *Presenting complaints*, *Communication between doctor and patient*, *Working in a team*. Тези уроци имат своя еквивалент в обучението по български език като втори (чужд) език за медицински цели: *В кабинета на лекаря по*

вътрешни болести, Въпроси за снемане на анамнеза, Прием на пациента, В спешното отделение, Болести на различните системи и др. Тук е мястото да подчертаем, че възникването на технически проблеми води до прекъсването на онлайн връзката. Това затруднява представянето на учебното съдържание в неговата цялостност, пълнота и логическа последователност. Възстановяването на дигиталната класна стая – заедно с въведените учебни данни до момента, позволява урокът да бъде продължен. На практика обаче се нарушава създадената емоционална атмосфера между участниците, което компрометира поднесената информация. Нейното изучаване се свежда само до рационално усвояване на граматичен и лексикален материал, а изграждането на умения за етично и хуманно отношение към пациентите се формализира и дебалансира.

Насочен към задълбочаване на баланса в личния контакт между преподавателите и студентите е моделът на Chernev. Авторът акцентира, че целенасоченото, систематично и специално организирано взаимодействие е: между субектите на възпитанието, между обществото и личността и между социалните общности. Отделните етапи на приложение на педагогическия дизайн засягат следните сфери:

- усвояване на знания в областта на етиката, естетиката, правните норми и културното поведение;
- формиране на убеждения и ролята на чувствата за тяхното изграждане;
- възпитаване на привички (Chernev, 2005, pp. 83-91).

Авторът насочва вниманието към аспектите на общуването като процес, в етапа на който се формират **ценности**. Присъствието на трети субект – болния, с неговите емоции и притеснения, с необходимостта от внимание, грижи и подкрепа, разширява и усложнява ролята на преподавателя. Трябва отчетливо да подчертаем факта, че формирането на ценности в медицинските университети е с цел изграждане на умения за облекчаване на психическото състояние на третия субект в учебния процес – пациента. Ето защо на учителя му се налага да приема нови и специфични педагогически роли на:

организатор, авторитет, възпитател, координатор, експерт, модератор, източник на информация, медиатор, приятел и др. Следва да открием и някои допълнителни белези на учебната среда, които влияят върху статуса на лектора. Те са свързани със спецификата на чуждоезиковото обучение за академични и професионални цели, с езиковата бариера поради началното ниво на владеење на езика от чуждестранните студенти, с общуването в мултикултурна, многоезична аудитория, с използването на език-посредник в подготовката, с нагласите и готовността за участие в електронно обучение. Други адаптивни бариери са съществуващите различия в социокултурната и комуникативната среда на приемащата страна. В нея практикантите трябва да използват професионално чуждия език (в случая – български език, преподаван чрез посредничеството на английски език) при работата с пациенти, носители на националния език. Този модел има своето приложение при изучаване на темите за: *работа в екип, комуникация между лекар и пациент, начин на живот и др.* Тяхното визуализиране е възможно да се осъществи и в електронен формат. Творческият елемент в подхода за изпълнението на задачите за разширяване на контактите между участниците в практическите упражнения е включването и на други преподаватели, които в момента се намират на различни места, но имат достъп до Интернет. Участието и на други събеседници, носители на езика, обогатява и развива комуникативните компетентности на чуждестранните практиканти.

Хуманизацията на обучението е една от централните теми в изследванията на Rangelova, която го разглежда през призмата на нравственото възпитание и развитие. Авторката подчертава, че нравственото възпитание е важен фактор и гарант в процеса на очовечаването на личността. Съдейства за овладяване на моралните ценности и превръщането им в притежание на индивида. Като основна цел в концепцията е изведена хуманизацията в различните общности и постигането на висока степен на нравствена възпитаност. Rangelova обобщава, че изграждането на етични качества у човека „мотивиращ хуманните му прояви в

социума. Формира у него умения и навици за ежедневната изява на човечността, за търсене и намиране на морален изход от всяка жизнена ситуация“ (Rangelova, 2005, pp. 229-230). В следващи изследвания на същата авторка взаимодействието *преподавател-студент* се определя като „едно от решаващите условия и фактор за оптимално формиране на бъдещия специалист, на бъдещия професионалист. То изисква, от една страна, готовност и на двете страни да общуват помежду си, да проявяват взаимно обучение, търпимост, доброжелателност за другия, за неговото бъдеще и реализация“ (Rangelova, 2019, p. 92).

Интерес представлява концепцията на Kulishev, в която като водещи в създаването на хуманни взаимоотношения между участниците в учебния процес, са изведени педагогическите умения. Те са позиционирани в системите от високоорганизирани интелектуални и практически действия на педагога. Чрез тях той управлява взаимоотношенията си с останалите субекти, които авторът определя като обект на изменението. Тези отношения се реализират на три взаимодействиени равнища (Kulishev, 2018, pp. 168-169). Ще проследим разновидностите на тяхното проявление в подготовка на чуждестранните студенти-медици за хуманно общуване с пациентите и ще ги разгледаме като своеобразен социално-професионален маркер на двустранните отношения.

1) По отношение на социалната ролята на преподавателя

В социален план ролята на преподавателя във висшето медицинско училище е ясно дефинирана от обществото и конкретната институция. Статусът е регламентиран от съществуващата университетска нормативна база. Социалната роля не може да се разглежда изолирано. Между нея и останалите роли съществуват връзки и взаимозависимости, но тя е доминираща от гледна точка на хуманистичната педагогика. В социолингвистичен план това означава преподавателят да насърчава студентите да употребяват достъпна лексика, вместо специфичните медицински термини, да спазват речевият етикет на етичното общуване и др.

2) Според професионално-личностния стил на изпълнение на социалната роля

Проявлението на професионално-личностния стил е натоварено от симетрични по своята същност очаквания: от една страна, на студентите към преподавателя – да ги въвлече в активен учебен процес, и от друга – от очакванията на преподавателя към студентите – да участват активно в него. Тук е мястото да подчертаем, че е необходимо да има готовност, желание и нагласи и у двете страни да отговорят на взаимните очаквания от педагогическото взаимодействие. Пример за оформяне на такъв индивидуален стил са темите за употребата на учтивите императивни форми в българския език. Тук важно място има овладяването и на синтетичните форми за повелително наклонение, използвани най-често при назначаването на изследване и лечение. Поради спецификата на електронната среда, усвояването на посочените структури се затруднява.

3) Според индивидуалния стил на изпълнение на социалната роля

В практиката преподавателят изпълнява една социална роля в учебното заведение, но извън него той осъществява множество други публично-обществени роли. Те са социокултурно, личностно и ситуативно предопределени. Според конкретния случай преподавателят „активизира“ тази система от роли, която попада в „пространството“ на социалните детерминанти и практическите равнища на съответния медицински казус. В този смисъл, стилът на общуване е индивидуален и субективен, като някои основни негови черти се транслират, мултиплицират, „закотвят“, но и модифицират у студентите. С други думи, обучаемите също формират индивидуален подход към болния, изразяващ се в избор на целесъобразна лексика и достъпна терминология, позитивен тон и изразност, ясна дикция, подходяща интонация. Усвояването на паралингвистичните и прозодическите елементи на устната комуникация в дигиталната класна стая е истинско предизвикателство за участниците в педагогическото общуване. Една от причините за изпитваните

затруднения е разликата в темпа на преподавателското говорене и по-късното възприемане на информацията от студентите. Удачно решение е изчакването и изслушването на студентите от преподавателите, въпреки загубата на учебно време. Подходящи теми са: *Instructions and procedures, Explaining and reassuring, Dealing with medication, Communication* – на английски език и техните варианти на български език.

Заклучение и благодарности

Направеният теоретичен обзор и резултатите от педагогическото наблюдение върху ефективността на използваните хуманистични модели очертават практико-приложните им аспекти за придобиване на социално-етични и лингвокултурни компетентности от чуждестранните студенти в обучението по втори (чужд) език. В съответствие с профила на бъдещата специалност – хуманна медицина, влизането в нови социални отношения и приемането на нравствените ценности на чуждата социокултурна среда водят до формирането на нагласи, норми и правила за професионална пригодност у бъдещите специалисти. Постигането на целите за усъвършенстване на уменията на обучаемите да изпълняват ефективно социалната си роля в медицинската практика налага създаването на подходящи организационно-педагогически условия и приложението на действени подходи в електронната учебна среда.

Литература

- Andreev, M. (2004). *Образование и obshtestvo*. Pedagogicheska sotsiologia. S.
- Chernev, S. (2005). *Vazpitatelen protses. V: Teoria na vazpitaniето*. Sast. L. Dimitrov. Sofia: VEDA-SLOVENA - ZhG.
- Dimitrova, G. (2005). *Humanizmat, tselostnostta i harmoniyata na choveka - tsel na vazpitaniето*. V: *Teoria na vazpitaniето*. Sast. L. Dimitrov. Sofia: VEDA-SLOVENA - ZhG.
- Kulishev, N. (2018). *Teoria na pedagogicheskите umenia na uchitelite*. Sofia: Zahariy Stoyanov.
- Petkova, I. (2016). *Rakovodstvo po pedagogika. Teoria na vazpitaniето i didaktika*. Uchebno rakovodstvo za studenti ot spetsialnost „Sotsialni deynosti“ Meditsinski kolezh kam Meditsinski universitet – Pleven. Izd. Tsentar MU – Pleven.
- Tornyova, B., Zh. Hristov. 2010. *Humanizatsiya i demokratiya na uchebniya protses vav Vissheto meditsinsko uchilishte*. V: T. Popov (red.) i kol. *Meditsinska pedagogika. Uchebnik za studenti ot fakultetite po obshtestveno zdrave*. Gabrovo: Izdatelstvo Eks-Pres, 259-260.

Rangelova, E. (2005). Nравstveno vazpitanie i razvitie. V: *Teoria na vazpitaniето*. Sast. L. Dimitrov. Sofia: VEDA-SLOVENA - ZhG.

Rangelova, E. (2019). Riskove vav vzaimodeystvieto prepodavatel-student. V: *Vzaimodeystvie na prepodavatelya i studenta v usloviyata na universitetskoto obrazovanie: Teorii, tehnologii, upravlenie*. Sbornik s nauchni dokladi. Izd.: Eks-Pres - Gabrovo.

✉ Теодора Димитрова Въллова, доцент, доктор
Департамент за езиково и специализирано обучение
Медицински университет – Плевен, България
телефон: Служебен: +359 64 884 115; Личен: +359 889905955
e-mail: valova.teodora@gmail.com

✉ Бойка Валериева Петкова, гл. асистент, доктор
Медицински Университет – София, ДЕОС, България
телефон: +359 878 444 512
e-mail: b.v.petkova@abv.bg

КОМУНИКАЦИОННАТА ПОЛИТИКА НА ОБЩИНА ПЛЕВЕН, ПРЕДСТАВЕНА В ДИГИТАЛНА СРЕДА

С. Вашкова

Военна академия „Г.С. Раковски“ – София, България

THE COMMUNICATION POLICY OF THE MUNICIPALITY OF PLEVEN, PRESENTED IN A DIGITAL ENVIRONMENT

S. Vashkova

Rakovski National Defence College – Sofia

ABSTRACT: *The scientific report presents the results of surveys conducted among citizens and employees of the municipal administration of the city of Pleven. The high values of the two target groups are shown in building a positive image and implementing an effective communication strategy to local audiences. Citizens are of the opinion that the administrative staff carries out fruitful cooperation, dialogue, transparency to the interested public in order to raise awareness on all issues related to the prosperity and ennoblement of the region.*

Keywords: communication, Pleven municipality, citizens, administration, information, social media, official site

Въведение

Гражданите са движещата сила и енергия на едно демократично общество и те имат законовото право да бъдат информирани. За да има истинско демократично общество, се изисква управляващите посредством медиите да са в непрекъсната комуникация с гражданите. Тази теза се защитава от Stephen Hess – пресслужбите са „задължителен елемент на гражданското общество, неотменна част от релацията държава – граждани“ (Hess, цит. по Salivan, 2012, р. 9). Общественото мнение е най-значимата цел и е във фокуса на умелото управление от страна на правителствените отдели в дейността по връзки с обществеността. В условията на непрекъснато нарастваща конкуренция, повишени изисквания за прозрачност и все по-голяма гласност важна роля заема публичността на дадена организация чрез успешна и умела комуникационна стратегия. Спечелването на доверието на широката общественост е основен фактор за успеха и реализацията на нейната политика. В последните години се наблюдава тенденцията към **дефицит на доверие** (Doklad za doverieto v institutsiite may 2014), което произтича от тази нарушена

комуникация. Тези процеси, както и новата дигитална среда предизвикват ново преструктуриране на комуникационната политика за осъществяване на комуникационен мост между организацията и нейните публики. Според Serafimova както институционалният, така и правителственият PR търпят сериозни кризисни поражения в епохата на глобализацията, която е носител на дезинформация и фалшиви новини. Това се дължи на факта, че „институциите са засегнати от ерозия на доверието към тях, генерирана най-вече в социалните медии“ (Serafimova, 2020, р. 118). Поради тази причина анализът на отношението на публиките към институцията е важен елемент в измерването на доверието, което има обществото към съответната организация.

Община Плевен е една от институциите в България, която се придържа към отговорна, почтена, прозрачна, публична, професионална и практична политика на общуване спрямо своите граждани. Осъществява взаимодействие чрез социалните дигитални канали за комуникация и поддържа иновативна и информационна визия на официалния си сайт. Експертите по връзки с обществеността, които ежедневно комуникират с публиките, се стремят да имат градивен диалог за благото на града и за неговата естетическа визия.

Цел

Настоящата публикация анализира степента на информативност, ефективност и прозрачност на публичната администрация чрез реализирано анкетно онлайн проучване както сред граждани (103 респонденти) от град Плевен, така и сред служители (122 респонденти) на общинската администрация.

От така поставената цел произтичат следните **задачи**:

1. Да се получат оценките на гражданите и на служителите относно комуникационната политика на Община Плевен.
2. Да се извърши сравнителен анализ между двете оценки на целевите групи и да се очертаят възможностите за надграждане и по-ефективно взаимодействие в общуването.

Материали и методи

Анкетно проучване се провежда с две версии на анкетни карти – за служители и за граждани и е направен анализ на информацията от тях. Анкетата е проведена по електронен път, чрез онлайн инструмента Google forms.

Резултати и обсъждане

В резултат от проведеното допитване са следните резултати, които са подложени на количествен и качествен анализ:

1. На поставения въпрос дали гражданите на Плевен познават сайта на Община Плевен 50,5% от анкетираните отговарят положително, 34,0% имат представа „в известна степен“, а 15,5% не го познават. Резултатите показват активност и желание на анкетираните да се включат в проучване на административните процеси в своя град. Своевременното получаване на актуална информация спомага за тяхната активност и информираност, което е важен фактор за изграждане на гражданска позиция.

На същия въпрос служителите на администрацията отговарят с по-висок процент на положителните отговори (86,9%) в сравнение с гражданите, което недвусмислено показва тяхната компетентност и професионализъм спрямо функциите и дейността на Общината, проявени в онлайн среда.

2. Над 70% от гражданите са на мнение, че официалният сайт на Общината е достъпен, което е доказателство за тяхната висока удовлетвореност. Те посочват, че могат да намерят информацията, която ги интересува, както и че се информират своевременно за политиките, които Общината предприема. На фигура 1 са представени резултатите от отговорите на въпроса дали анкетираните намират сайта на Община Плевен за достъпен. Данните показват, че за над 90% от административния персонал на Общината сайтът е достъпен, което на практика означава, че той има лесни функции за ползване, висока адаптивност и гъвкаво меню. На страницата може да се намери необходимата информация за Общината.

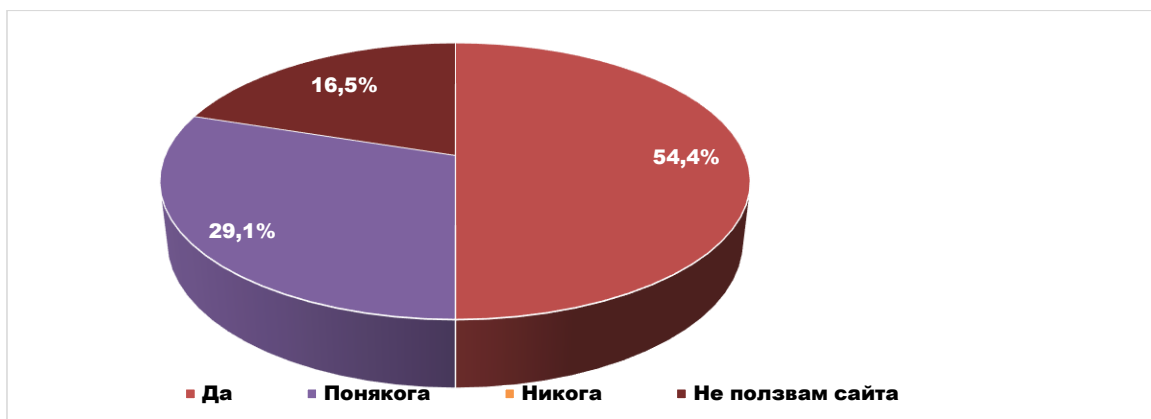
Следващият въпрос в анкетата „В сайта намирате ли информацията, която Ви интересува?“ е свързан с функционалността на официалния сайт на общината. Високият процент служители (78,7%), посочили, че намират актуална информация в сайта, е показател за неговата систематичност при поднасяне на новините и за компетентности на местната администрация да поддържа постоянен интерес в провеждането на адекватни политики по осведомяване на обществеността.



Фигура 1. Достъпност на официалния сайт на Община Плевен (в %).

Над половината от анкетиранияте граждани (54,4%) на Плевен считат, че на официалния сайт на Общината се публикува достатъчно информация относно дейностите на институцията, което я прави прозрачна и предсказуема във водените политики по обществено осведомяване. Оценява се стремежът на общинската администрация да поддържа своевременна комуникационна диалогичност, което спомага за предотвратяването на кризи и паракризис, както и за високия професионализъм на служителите, които вършат на компетентно ниво своята работа (фигура 2). Резултатите дават основание да се направи изводът, че сайтът на Общината е направен достъпно и целесъобразно спрямо нуждите на администрацията и гражданите.

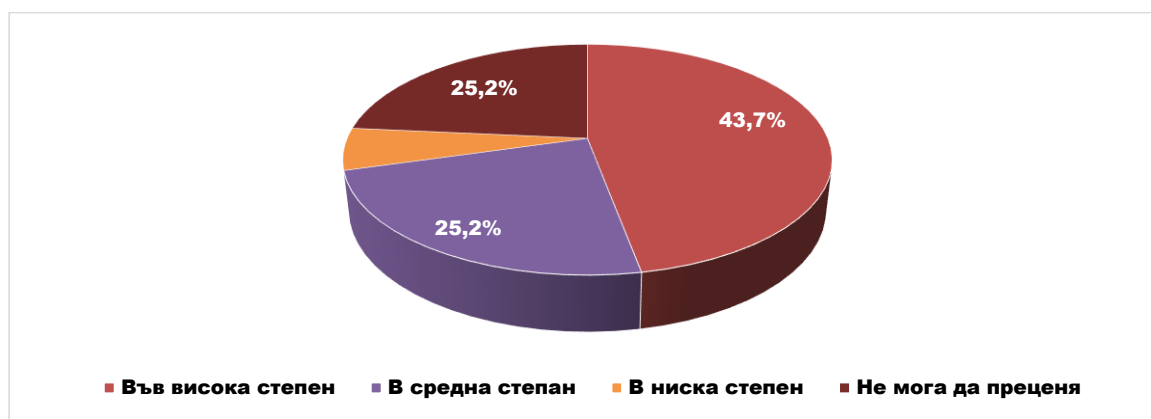
3. Следващият въпрос цели да се проучи мнението на респондентите за степента, в която официалният сайт на Общината спомага за популяризирането на дейността на нейното ръководство. Ефективната визия на Община Плевен



Фигура 2. Информативност на официалния сайт на Община Плевен (в %).

получава положително потвърждение в отговорите на гражданите, които споделят обективното си мнение. Над 40% от тях са на мнение, че във висока степен официалният сайт спомага за популяризирането на дейността на нейното ръководство. На фигура 3 са представени графично получените данни.

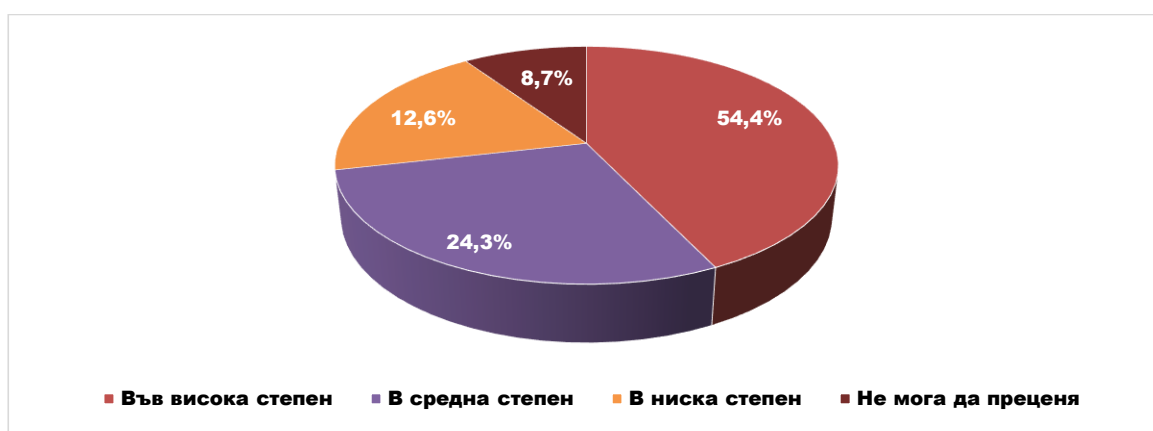
Данните показват, че две трети от запитаните служители (75,4 %) също споделят мнението, че във висока степен официалният сайт на Общината спомага за популяризирането на дейността на нейното ръководство.



Фигура 3. Степен, в която официалният сайт на Общината спомага за популяризирането на дейността на нейното ръководство (в%).

4. Следващият въпрос изследва оценката на респондентите за значението на социалните медии. Факт е, че електронните медии оформят съвременния информационен облик на дигиталното общество. Интернет пространството се промени след появата на модерните социални мрежи – днес почти всеки онлайн активен българин има профил в социалните мрежи. Резултатите от проведеното

проучване показват, че над 50% от респондентите са на мнение, че официалната Facebook страница на институцията във висока степен спомага за популяризиране дейността на ръководството на Общината. Темпът на информираност през социалните платформи, а в частност – от една от най-големите социални медии Facebook, допринася за бързото, навременно и адекватно споделяне на информация с потребителите. Това е медиен канал с висока популярност и един от най-предпочитаните източници в дигиталното общество (фигура 4).



Фигура 4. В каква степен официалната Facebook страница на Общината спомага за популяризирането на дейността на нейното ръководство (6%)

Процентът на отговорите „във висока степен“ този въпрос служителите е 76,2%, което доказва тяхната професионална ангажираност относно визията и информираността на социалната медия.

5. Процесите на мащабна и бърза информираност от каналите на Facebook, както и значимата роля на информационния гигант за навременното осведомяване на хората, се изследва с въпроса „Смятате ли, че социалните мрежи играят значима роля за бързо и навременно осведомяване на хората?“. Според мнението на 86,4% от гражданите, електронната платформа е със значимо присъствие в информационното обслужване и е източник на навременна и бърза информация за обществеността. Мнението на 93,4% от административния персонал е, че социалните мрежи играят значима роля за бързо и навременно осведомяване на хората (фигура 5).



Фигура 5. Роля и значимост на социалните мрежи за бързото и навременното осведомяване на хората (в %).

6. Преобладаващата част от анкетираните граждани (83,5%) са на мнение, че социалните мрежи улесняват комуникацията между Общината и гражданите, което е ефективна стратегия за масово осведомяване на заинтересованите публики и за провеждането на информационни кампании (Фигура 6).

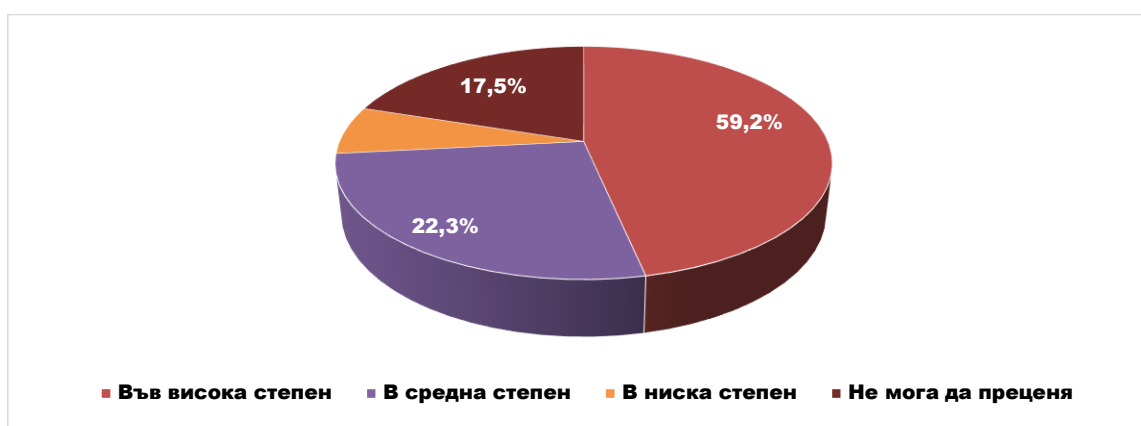


Фигура 6. Социалните мрежи като посредник между общината и гражданите (в %).

Същото мнение застъпват и преобладаващата част от служителите на Община Плевен (91,8%), като и според тях социалните медии улесняват комуникацията между администрацията и гражданите.

7. Правилното и адекватното позициониране на дейността на Община Плевен в електронна среда спомага за одобрението на местните граждани спрямо провежданите комуникационни политики. На фигура 7 са представени

резултатите от отговорите на въпроса: *В каква степен официалната Facebook страница на Община Плевен улеснява процеса за по-бързото откликване на сигнали на граждани?* Приблизително 60,0% от респондентите са на категоричното мнение, че във висока степен официалната Facebook страница на Община Плевен улеснява процеса за по-бързото откликване на сигнали на граждани. Чуваемостта и адекватното реагиране на служителите при информация от гражданите през социалните канали изгражда доверие и авторитет към институцията.



Фигура 7. Степен, в която официалната Facebook страница на Община Плевен улеснява процеса за по-бързото откликване на сигнали на граждани (в %).

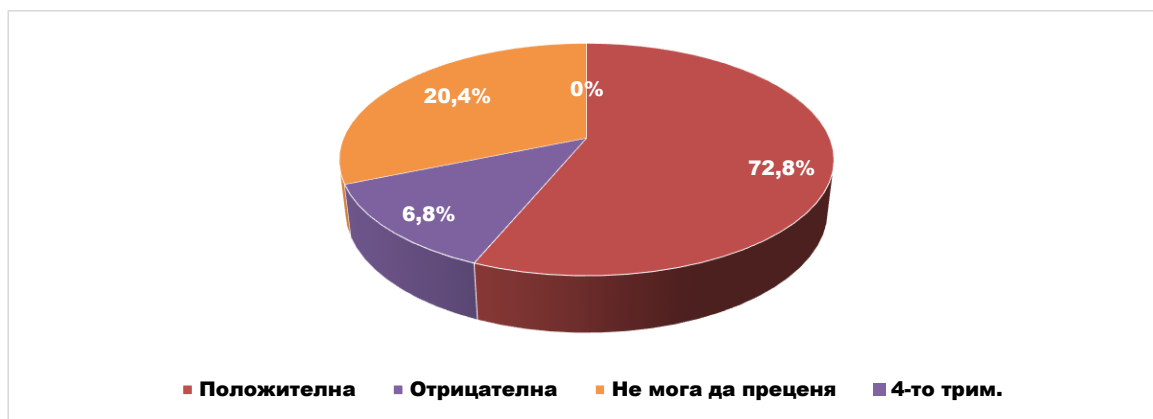
страница на Община Плевен улеснява процеса за по-бързото откликване на сигнали на граждани? Приблизително 60,0% от респондентите са на категоричното мнение, че във висока степен официалната Facebook страница на Община Плевен улеснява процеса за по-бързото откликване на сигнали на граждани. Чуваемостта и адекватното реагиране на служителите при информация от гражданите през социалните канали изгражда доверие и авторитет към институцията.

Според мнението на над 75,4% от представителите на административния персонал, дали отговор на същия въпрос, във висока степен официалната Facebook страница откликва на подадените чрез нея сигнали от гражданите (фигура 8).



Фигура 8. Ефективност на официалната Facebook страница на Община Плевен по отношение на процеса за по-бързото откликване на сигнали на граждани (в %).

8. По отношение на следващия въпрос: *Каква е Вашата оценка за работата на Община Плевен?* (фигура 9) оценката на 72,8% от гражданите е положителна и висока за работата на местната администрация.



Фигура 9. Оценка на гражданите за за работата на Община Плевен (в %).

9. Повече от половината анкетирани граждани (54,4%) са на мнение, че провежданите политики на Общината благоприятстват развитието на региона, което изследва следващият въпрос. Респондентите дават висока оценка за административните структури на институцията, и в частност – на отдела „Връзки с обществеността“ за популяризирането на местните политики и за адекватното сътрудничество в изграждането на ползотворен диалог с публиките (фигура 10).



Фигура 10. Провежданите политики на Община Плевен благоприятстват за развитието на региона (в %).

10. В анкетното проучване се даде възможност на участниците да отговорят на още един въпрос с отворен отговор, свързан с примерни препоръки и предложения към ръководството на Община Плевен и административното обслужване и усъвършенстване на тяхната дейност.

От общо 103 анкетирани граждани, реални препоръки са предоставили 9,0%. Конкретните препоръки и предложения от гражданите към ръководството на Община Плевен и отдел административно обслужване с цел подобряване и усъвършенстване на дейността и услугите, са по отношение на следните проблемни области: по-бързо съдействие за решаване на проблеми, конкретни казуси (ремонт на улици, по-често косене на тревните площи, чистота на градската среда, осигуряване на приют за бездомните кучета), жалби и сигнали, по-лесен достъп до приемните дни на кмета на Община Плевен, подобряване поддръжката на местната инфраструктура, оптимизиране състава на администрацията, изграждане на съвременна и достъпна спортна база, в т.ч. многофункционална зала и открити спортни площадки и повишаване прозрачността на работата по проектите с висока стойност, финансирани с европейски средства. Резултатите и мненията са визуализирани на фигура 11.



Фигура 11. Конкретни препоръки и предложения към ръководството на Община Плевен и административното обслужване с цел усъвършенстване на тяхната дейност (в %).

Заклучение и благодарности

В резултат от получените данни от анкетно проучване сред граждани и административен персонал на Община Плевен се налага изводът, че местната администрация съдейства на високо ниво за поддържането на диалогичност, чуваемост, прозрачност, публичност и информираност на своите граждани. Висок професионализъм и компетентност на администрацията се потвърждава и от отговорите на гражданите, които оценяват във висока степен ефективността на институцията и мерките, които тя предприема за облагородяването и развитието на региона.

Литература

- Doklad za doverieto v institutsiite may 2014: Doklad s analiz i prognoza za (ne)doverieto v institutsiite. (2014). Laboratoriya za upravlennie na riskove. Sofiya: Nov balgarski universitet. <http://eprints.nbu.bg/2761/1/%D0%94%D0%94%D0%98%20%D0%9C%D0%94%2C%20%D0%BC%D0%B0%D0%B9%272014.pdf>
- Obshtestvenoto mnenie v Evropeyskiya sayuz. Esen 2018. Natsionalen doklad Balgariya. (2018). Standarten Evrobarometar 90.
- Salivan, M. (2004). *Otgovornata pressluzhba. Rakovodstvo za „Vrazki s obshtestvenostta“*. Izdanie na tsentar za razvitie na mediite – Sofiya, s lyubeznoto sadeystvie na Posolstvoto na SASHT v Balgariya. http://www.mediacentr.bg.org/wp-content/uploads/2012/03/pr_book.pdf
- Serafimova, M. (2020). *PR v digitalnata era*. Sofia: Enthusiast.

✉ Стоянка Христова Вашкова, докторант
Катедра „Психология и лидерство“
Военна академия „Г.С. Раковски“ – София, България
телефон: +359 878 112 877
e-mail: delizia@abv.bg

ОБУЧЕНИЕ НА СТУДЕНТИТЕ В ДИНАМИЧНА СРЕДА

Й. Михайлова¹, Е. Георгиева¹

¹Медицински университет – Варна, УС „Медицински лаборант“

TRAINING OF STUDENTS IN A DYNAMIC ENVIRONMENT

Y. Mihaylova¹, E. Georgieva¹

¹Medical University of Varna, Training and Research Sector of Medical Laboratory Assistant

ABSTRACT: *Online training is gaining more and more popularity, especially after the spread of dangerous viral infections (Covid 19), as well as the development of newer electronic Information systems. Distance learning via the Internet provides an easy and accessible way to teach part of the lecture teaching. The online format is a great challenge for the education; it is increasingly entering the learning environment of the university and provides different levels in the development of university education. A literary reference made with scientific publications on the topic and a survey among 70 students studying in The Training and research sector of Medical Laboratory Assistant at The Medical University of Varna. The results of the analysis of the students' opinion show a predominantly positive attitude towards a mixed form of education. The most important thing for them is to have practical skills in a real environment.*

Keywords: hybrid training, e-learning, students, medical laboratory assistant

Въведение

Променящата се среда обуславя промени в обучението на студентите. Онлайн обученията днес са по-актуални от всякога. Те се използват както в подготовката на ученици и студенти, така и в изграждането на професионална компетентност на най-различни специалисти. Онлайн обучение е един по-общ термин, с който обхващаме различни други термини като например „електронно обучение“ (е-обучение), уеббазирано обучение, виртуално обучение, както и някои форми на дистанционно или хибридно обучение (Kichukova, 2018).

За първи път методите на дистанционното обучение във висшето образование се прилагат през 1946 г. в Университета в Южна Африка. През 1969 г. Британският Отворен Университет определя модела на интегриране на педагогичните методи и мултимедийни технологии в дистанционното обучение. В историята предшественик на дистанционното обучение е

обучението чрез кореспонденция (*correspondence learning*), което започва в Европа и САЩ в средата на 19 век (Denev, 2009). Замислено е за обучение на студенти, които не достигат до учебните зали и използват пощата за доставяне на учебни и изпитни материали. В началото на 20 век, чрез телевизията започват да се осъществяват различни телевизионни курсове на обучение. След навлизане на новите комуникационни технологии и информационни системи започва действителното осъществяване на дистанционно обучение. Електронното обучение набира популярност и в България. То е в услуга на хора в неравностойно положение, както и за хора в отдалечени райони.

Дистанционното обучение с Интернет предоставя лесен и достъпен начин за преподаване на част от лекционния материал. Това е начина да се избегне струпване на студенти в учебните зали по време на вирусни епидемии. От март 2020 г. епидемията от Ковид 19 наложи този подход и начин на преподаване. Това даде възможност на студентите да реализират своето обучение, без то да се прекъсва дори за седмица. Така те не губят учебно време, както по време на грипните вируси (грипни ваканции). Грешно е да се мисли, че дистанционното обучение е най-добрият вариант за обучение в медицински университет, тъй като практическата част е немислима да се провежда по този начин. След направено анкетно проучване се установи, че студентите предпочитат хибридна форма на обучение, тъй като това им дава възможност за по-добра мобилност и повече реално време за самоподготовка в практическото обучение в реална среда. Има лекционни предмети, които те определят че няма нужда от присъствена среда. Именно това улеснява запълнения им ежедневен разпис. Силните страни на хибридно обучение, според Neychev, са:

- Спестяване на време до мястото на преподаване (част от преподавателите имат заетост в болничните заведения);
- Съществуват системи за изкуствен интелект, които чрез прилагане на тест позволяват да се идентифицират стиловете на обучение, типа интелигентност на студента или техните интереси;

- Предоставя на обучаващите се възможност да станат по-независими и да придобият умения, ценни за професионалното им развитие – като напр.: управление на времето (time management), разрешаване на проблеми, допълнителни компютърни умения и други с ключово значение.

Слабите страни на хибридно обучение са:

- Необходимост от добра информационно-техническа база
- Допълнително обучение на преподавателите в използваните платформи за обучение (Blackboard, Zoom, SoftUni, Google Classroom и др.) и операционни системи;
- Обучаващите губят от възможността да обменят опит и знания с колегите си, тъй като общуването онлайн не е толкова богато, колкото офлайн (Neychev, 2021)

Цел

Целта на публикацията е да представи резултати от проучване на интереса към хибридната форма на обучение сред студентите от УС „Медицински лаборант“ в Медицински колеж – Варна и тяхното отношение към промените в обучението им.

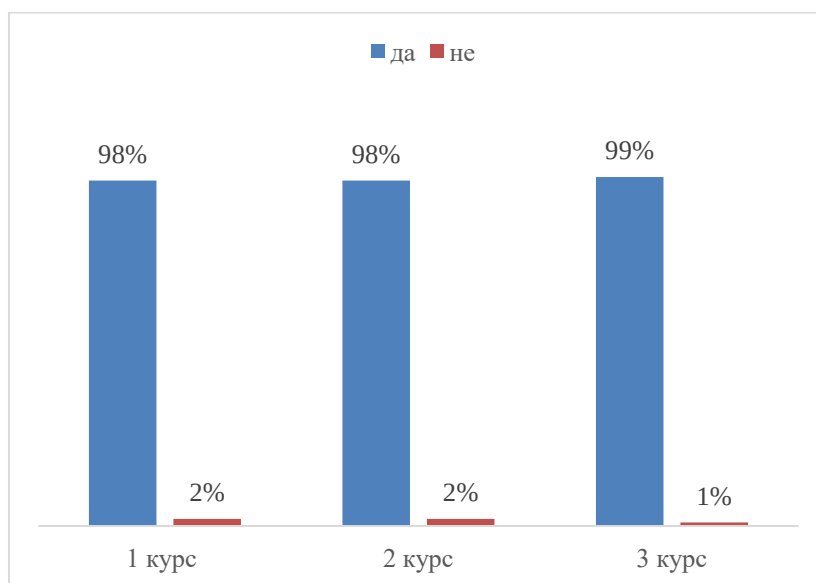
Материали и методи

Направено е анкетно проучване със 70 студенти от първи, втори и трети курс, от специалността „Медицински лаборант“ в Медицински колеж – Варна. Използван е документален метод относно изследване на спецификата на хибридно обучение. Направена е литературна справка във връзка с историята и развитието на електронното обучение. Статистическата обработка на емпиричните данни е извършена с помощта на пакета за статистически анализи SPSS.v.20.0.

Резултати и обсъждане

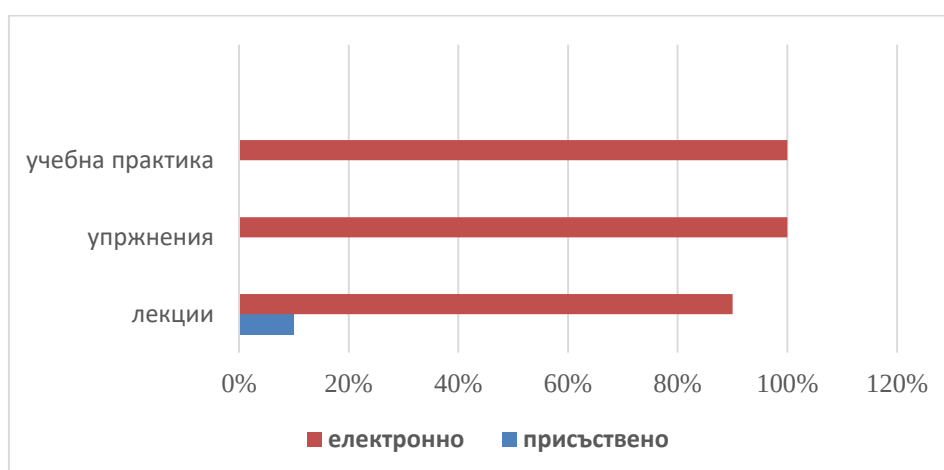
Обучението в електронната среда е сравнително нов процес у нас. Това налага проучването сред студентите, което цели удовлетвореност и оценка на качеството на преподаване. От данните на фигура 1 е видно, че повече от

половината анкетирани студенти имат готовност и нагласи за обучение в електронна среда. Не се открива статистически значима разлика между мнението на студентите от трите курса ($\chi^2 = 0.09$; $p = 0.92$).



Фиг. 1. Готовност и нагласи за обучение в електронна среда.

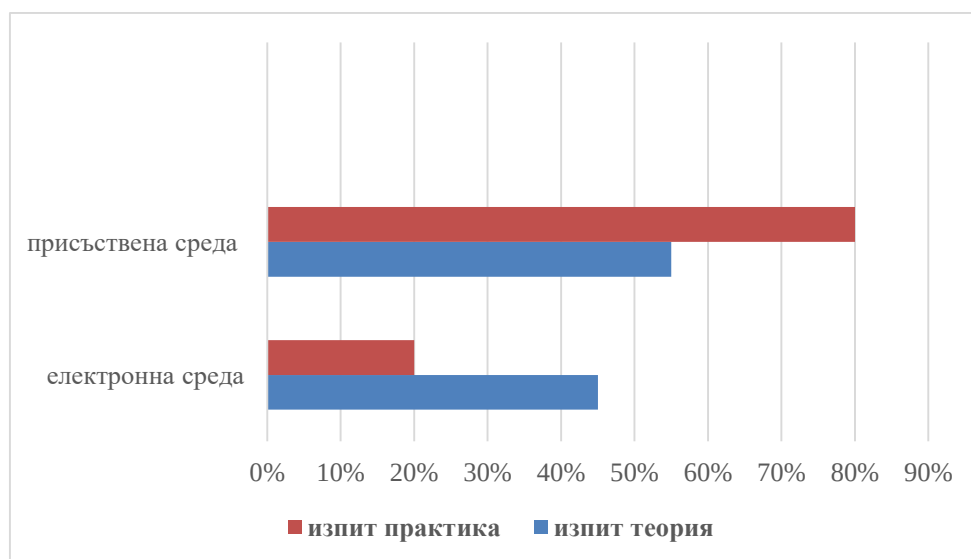
В хода на дигитализацията на учебния процес се дава възможност на студентите за избор в начина на обучение. Във връзка с този избор проучихме мнението на студентите. Интерес към всички или някои възможности за обучение по дисциплините е показано на фигура 2.



Фиг.2. Възможности за обучение в електронна и присъствена среда.

Студентите са категорични, че не е необходимо от присъствено посещение на лекции. Те предпочитат презентационния и лекторски материал да изслушат в електронната платформа. Това не се отнася за практическите занятия, тъй като в медицинската професия това е най-важната част, която трябва да се провежда в реална среда, и обучаемите оценяват това.

Интерес представлява отношението на студентите при провеждането на изпитите (фигура 3).



Фигура 3. Интерес на студентите към начина на изпитване.

Почти сходни са мненията за изпитване в електронна и присъствена среда. Човешкият фактор по време на изпит е незаменим и повечето от тях са на мнение, че изпита трябва да е присъствен. От друга страна, тестовата форма е по-благоприятна в електронна среда. Става по-бързо и лесно. Създадена е възможност в базата на Медицински университет – Варна, студентите да провеждат присъствено в реално време тестовите изпитвания. Това позволява на студентите, които са преминали успешно теста, да продължат със следващата част или ниво от изпита.

Обяснимо е пълното единодушие за практическите изпити, които е желателно да се провеждат в реална присъствена среда. Медицински лаборант е професия, която обслужва пряко пациента в болничната или доболничната

помощ. Манипулативните умения следва да се усвояват от самото начало до приключването на обучението в присъствен формат.

Заключение: От направеното проучване и създадената практика през последните години във връзка с пандемичната обстановка данните, че смесеният начин за преподаване и изпитване се оказва приемлив и значително ефективен по отношение на фактора време. Променящата среда оказва влияние в обучението и в университетското преподаване. Електронното обучение се оказва необходимост и придобива все по-важно значение. Известно е, че медицинската практика се усвоява единствено в реална среда, поради което хибридният начин на обучение се оказва идеален вариант за студентите. В Медицински университет – Варна има отлична база за преподаване в реална и електронна среда. Опазване здравето на студенти, преподаватели, пациенти е от съществено значение в условия на пандемия.

Бележки

Naredba za darzhavnite iziskvaniya za organizirane na distantsionna forma na obuchenie vav visshite uchilishta obn. Dv. br.99/9 noemvri 2004g.

Литература

Kichukova, K. (2018). E-learning of continuing education of medical laboratory technicians, Knowledge. *International Journal*, Vrnjacka Banja, Serbia, March, 2018, vol.22.5, p. 1285-1294.

Peicheva-Forsaiyt, R. (2010). Elektronното обучение – teoriya, praktika, aspekti na pedagogicheski dizayn. // Spisanie na Sofiiskiia Universitet za elektronno obuchenie, 1.

Zehry, K, N. Halder, L. Theodosiou. (2011). E-Learning in medical education in the United Kingdom // *Procedia Social and Behavioral Sciences*. Volume 15, 2011, 3063- 3164 <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.04.265>.

Denev, D. (2009). Pedagogicheski osnovi na savremennite obrazovatelni tekhnologii - (Kratka e-Metodika) [retrieved from] <https://moodle.org/mod/forum/discuss.php?d=12866>.

Neichev, P. (2021). Ot 100% onlain do hibridno obuchenie: novo predizvikatelstvo za uchitelite: <https://optela.com/novini/hibridno-obuchenie/>.

✉ Йорданка Михайлова
Медицински университет – Варна
Медицински колеж,
Бул. „Цар Освободител“ 84
e-mail: jordanka.mihaylova@mu-varna.bg

СИМУЛАЦИОНЕН 3D МОДЕЛ НА СРЕДНОТО УХО ЗА ТЕОРЕТИЧНО И ПРАКТИЧЕСКО ОБУЧЕНИЕ НА СТУДЕНТИ, СПЕЦИАЛИЗАНТИ ПО УНГ БОЛЕСТИ И НАЧИНАЕЩИ ОТОХИРУРЗИ

С. Мирчев, А. Вълков, Г. Николов, Р. Георгиева, Г. Георгиев

Медицински университет – Плевен, Клиника по УНГ болести

SIMULATED 3D MODEL OF THE MIDDLE EAR FOR THEORETICAL AND PRACTICAL TRAINING FOR STUDENTS, POST-GRADUATE ENT DISEASES STUDENTS AND BEGINNING OTOSURGEONS

S. Mirchev, A. Valkov, G. Nikolov, R. Georgieva, G. Georgiev

Medical University, Pleven, ENT Clinic

ABSTRACT: *Post-graduate ENT diseases students and beginning otosurgeons go through a very important initial training period. Simulated models bridge the gap between theory and practice and contribute to a more effective training.*

Aim: Developing a simulated 3D model of the mastoid process in real size and the part of the facial nerve passing through it; using a simulated 3D model of mastoid process for anatomical visualization of the hard to find and invisible structures of the middle ear and facial nerve and for nosological training.

Material and methods:

1. Cadaver temporal bone
2. Elaborating a silicone model
4. 3D printing of the models
5. Putting electrical conductors and their connection

Results:

The model:

- presents the hard to find and invisible microstructures
- contributes to more lasting preservation of knowledge

Conclusion:

The model is developed for tuition, precedes training models and can be improved.

Keywords: Temporal Bone Dissection, Temporal Bone simulation

Въведение

Специализантите по УНГ болести и начинаещите отохирурзи преминават през много важен начален период на обучение и тренировки. Той е безусловно необходим поради факта, че:

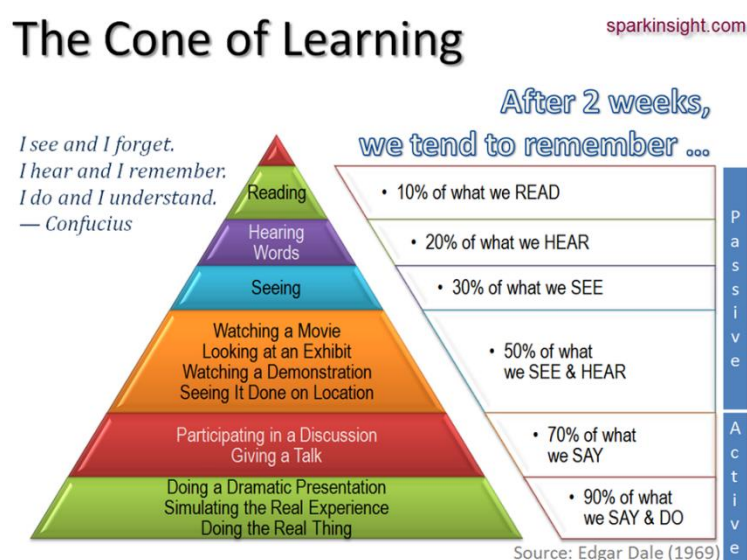
1. Микроструктурите и ориентирите на средното ухо са трудно видими и разграничими.
2. Част от тях се достигат чрез постепенно отнемане на надлежаша кост.

3. Ятрогенните усложнения при отохирургия са с честота 2 – 6%: увреждане на dura mater, увреждане на sinus sigmoideus, ликворея, лабиринтна фистула, увреждане на слуховите костици, увреждане на nervus facialis.

Превенцията на ятрогенните постоперативни усложнения при отохирургия включва: добро анатомично познание, практически упражнения върху трупен материал и алтернативни методи, усъвършенстване на оперативните техники, използване на високотехнологична апаратура.

Първите стъпки в отохирургията се осъществяват step by step. Преходът от теоретични познания за микроанатомията на ухото и в частност – темпоралната кост – към курсовете по Temporal Bone Dissection е труден и продължителен. Курсистът трябва да е максимално подготвен на теория, с добра предварителна ориентация за микроструктурите. Липсата на предварителна подготовка опорочава и оскъпява упражненията по дисекция на темпорална кост.

Симулационните модели прехвърлят мост между теорията и практиката и допринасят за ефективност, която ще се докаже в професионалния път на изградените специалисти. Добре онагледените атласи със CD по УНГ болести дават добри знания, но съчетаването им със симулационни модели ще допринесе 90% от знанията да се запазят трайно, на принципа на активното обучение (Фигура 1).



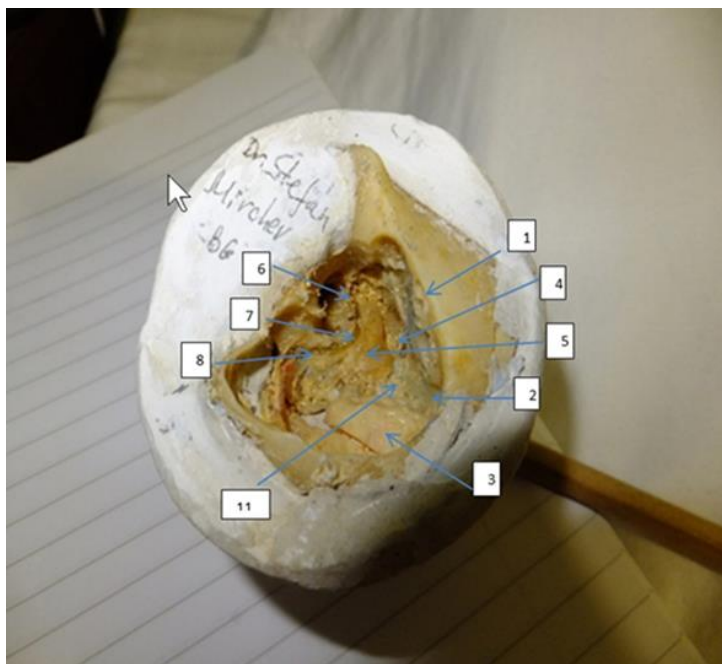
Фигура 1. Пирамида на ученето по Едгар Дейл.

Цел

Създаване на симулационен 3D модел в реални размери на processus mastoideus и частта на лицевия нерв, преминаваща през него; използване на симулационен 3D модел на processus mastoideus за анатомично онагледяване на трудно откриваемите и невидими структури на средното ухо и лицевия нерв; използване на симулационен 3D модел на processus mastoideus за нозологично обучение.

Материал и методи

1. Трупна темпорална кост, върху която е извършена Postauricular Facial Nerve decompression (снимка 1).



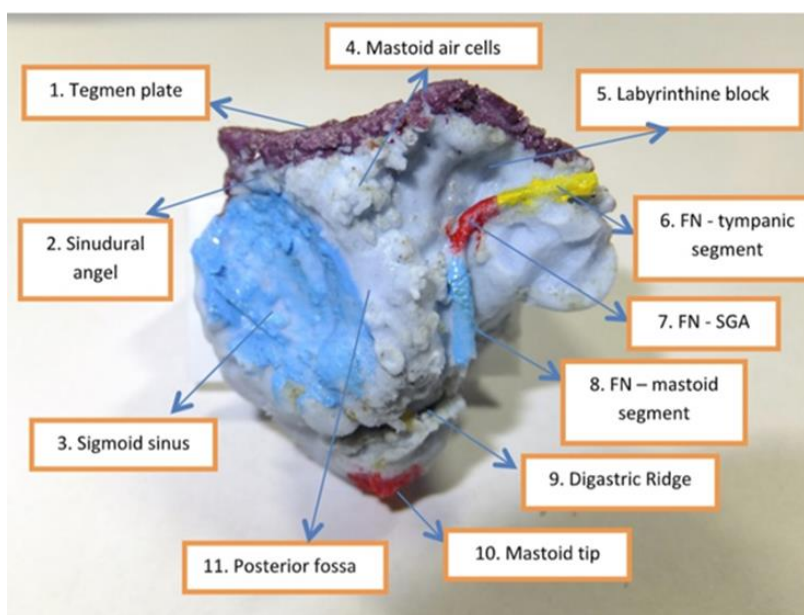
Снимка 1. Трупна темпорална кост, върху която е извършена Postauricular Facial Nerve decompression.

2. Пластичен материал за вземане на отпечатък.

3. Изработен в лаборатория силиконов модел (снимка 2).

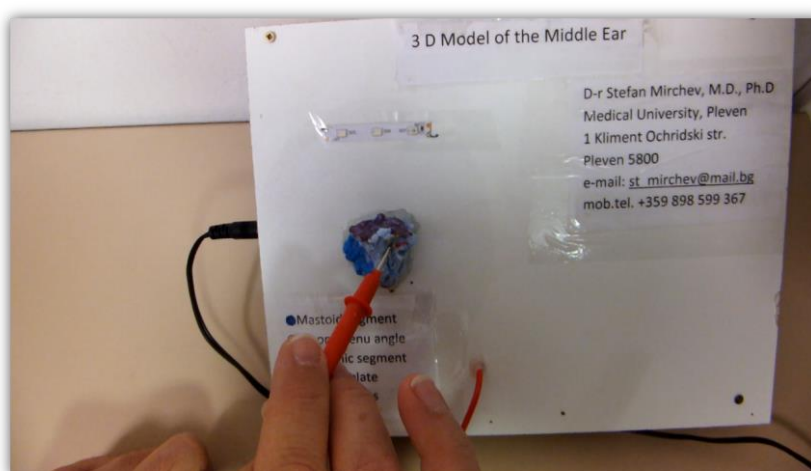
Идейният проект предвижда:

- 3D принтинг на моделите от снимка 1 и снимка 2.
- Отбелязаните структури да бъдат оцветени с различни цветове, с особен акцент към преминаването на лицевия нерв.



Снимка 2. Изработен в лаборатория силиконов модел.

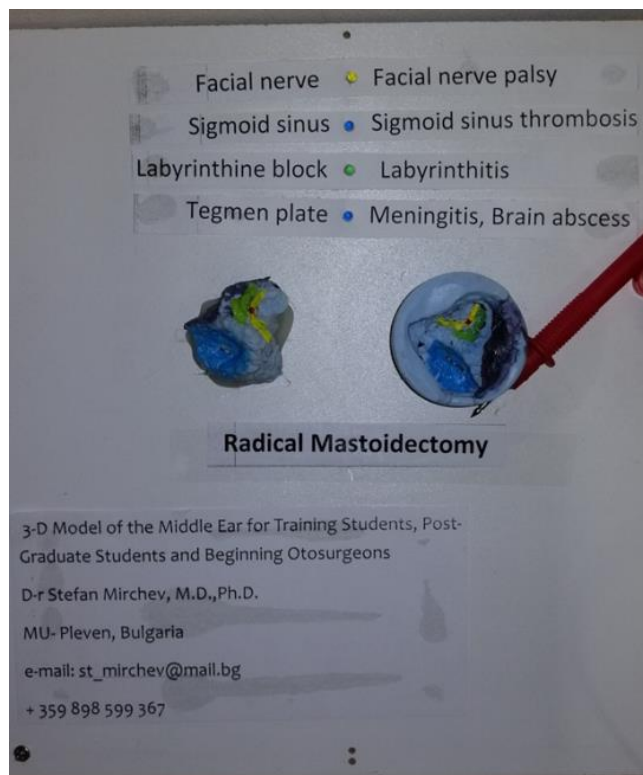
- Във всяка структура и важните ориентири е положен тънък електрически проводник.
- Съответните структури от снимка 1 и снимка 2 са свързани със светещи в съответен цвят индикатори, както и с тактилна показалка. При докосването им се получава съответния светлинен сигнал (снимка 3).



Снимка 3. 3D модел с тактилна показалка.

- В страни от светлинните индикатори е разположен текст: вляво – с анатомични, а вдясно – с нозологични наименования. Това позволява работа в два режима: анатомичен и нозологичен (снимка 4).

- Всички компоненти са поставени върху работен плот (снимка 5).



Снимка 4. Работа в два режима: анатомичен и нозологичен.



Снимка 5. Визуализация на работен плот.

Резултати

1. Моделът представя нагледно трудно откриваемите и невидими микроструктури на средното ухо и частта на лицевия нерв, преминаваща през него.

2. Моделът представя анатомията на мастоидния израстък от двете страни на дисекционната линия (огледален образ на микроструктурите): от едната страна е оперативната кухня, а от другата – нейният огледален образ, представляващ лицевия нерв и отстранената по време на операцията костна тъкан.

3. Моделът е полезен за симулация и работа в два режима: анатомичен и нозологичен.

4. Моделът е удобен за използване по време на обучение и при провеждане на изпит.

5. Моделът допринася за по-трайно запазване на знанията, използвайки принципа на активното обучение и тренирането на зрителната и тактилната памет.

Обсъждане

3D моделът на средното ухо е създаден за обучение и предхожда използването на моделите за тренинг.

3D моделът на средното ухо е свързващо звено между теоретичните знания и последващите практически тренировки по отохирургия.

Заклучение

Моделът може да има следните приложения:

1. Да служи за приблизителни измервания.
2. Да се използва при обучение и изпитване на студенти и специализанти.
3. Да се приложи към учебни издания като онагледяващ материал.
4. Подходящ е за придобиване на основни познания по отохирургия.
5. Да се използва при беседата с пациента за получаване на информирано съгласие преди предстоящи интервенции.

Перспективи:

- Усъвършенстване на дизайна;
- Разработване на виртуален вариант на модела и прилагането му самостоятелно или към електронни издания по анатомия и отохирургия;

- Разработване на нови варианти, с повишена степен на трудност;
- Прилагане като „ноу хау“ в други области на анатомичното познание.

Литература:

Mirchev S. (2017). *Vazmozhnosti za monitorirane na litsevia nerv pri operatsii na uho*. Disertatsia za pridobivane na ONS „Doktor“. MU- Pleven. Green, JDJ. (1994). *Iatrogenic facial nerve injure during otologic surgery. Laryngoscope* 104:922-6.

Sieber, D., P. Erfurt, S. John et al. (2019). *The Open Ear library of 3 D models of the human temporal bone based on computed tomography and micro- slicing. Scientific data*.

✉ Д-р Стефан Мирчев, д.м.

МУ – Плевен

Катедра „Очни болести, УНГ и ЛЧХ“, Клиника по УНГ болести

Гр. Плевен, ул. „Свети Климент Охридски“ №1

e-mail: st_mirchev@mail.bg, stmirchev@abv.bg

СТАРОГРЪЦКИТЕ КОРЕНИ В СЪВРЕМЕННАТА ПСИХИАТРИЯ

Боряна Чомаковска

Медицински университет – Плевен, Департамент за езиково и специализирано обучение

ACIENT GREEK ROOTS IN THE CONTEMPORALY PSYCHIATRY

Boryana Chomakovska

Medical University – Pleven, DLST

ABSTRACT: *The contemporary medical terminology is based upon Latin terms, but contains many Greek word-forming morphemes. They are solid component in the clinical terminology. Here medical psychiatric terms and their structure from the point of view of etymology, has been reviewed. They are included in Psychiatric clinic dictionary by Yordan Stoimenov and Ivan Rachev.*

Keywords: medical terminology, clinical terminology, Greek word-forming morphemes, etymology, dictionary

Въведение

Старогръцките термини са обект на изучаване и проучване в продължение на много години от страна на различни учени и граматични школи. Интерес за настоящето проучване представляват най-често употребяваните префикси и коренни морфеми от гръцки произход. В този аспект отделните виждания за навлезлите в медицинския латински език гръцки термини се подлагат на съпоставителен анализ, за да се изведат онези техни характеристики, които биха послужили за конструиране на работещ модел за усвояване на производните латински понятия, приложим към реалностите на обучението по езика-цел за нуждите на Медицински университет – Плевен.

Цел

Настоящата публикация разглежда медицински психиатрични термини, включени в Психиатричния клиничен речник на Йордан Стоименов и Иван Рачев. От гледна точка на етимологията и структурата им, корпусът от термини е подложен на сравнителен морфеман анализ. На базата на анализ на получените данни понятията са класифицирани според словообразователните им елементи и морфологичната им принадлежност.

Материали и методи

„Болестта е нездраво състояние на живо тяло“ [1]. Производните думи от болест са: болестен, болестник, болестница; използва се корена *бол-*: болка, болест, болен. На латински език болест е *morbus, i, m.* Според Българския тълковен речник, болестта е телесно или душевно разстройство, нарушение на нормалната жизнена дейност на организма, липса на здраве [2].

Концептуализацията на болестта и свързаните с нея понятия е различна в българския език и в другите езици. Българинът профилира болката в цялото словообразователно гнездо: глаголите *боледувам, боля*; съществителните имена *болест, boleж, boleжка, болница, болничар, болногледач*, прилагателните имена *болен, болнав, болестен, болезнен, болничен*. Болестта се определя като трайно отклонение от нормалната жизнена дейност на човешкия организъм. Вместо болест често се използват следните думи: *страдание, болка, заболяване, слабост, неразположение, болезненост зараза, епидемия, недъг, недостатък, страст, порок, зло* [3].

Съвременната медицинската терминология е изградена предимно на базата на латински термини, но в лексикалния си пласт съдържа много гръцки словообразователни елементи. Те са солиден компонент в клиничната терминология, съставна част от която представляват психиатричните термини.

В основата на медицинската терминология лежат гръцки термини, които водят началото си от Хипократ (около 460 до около 377 г. преди н. е.), а също така и термини, които са възникнали през средните векове. По-късно заедно с развитието на науката се създават нови термини, използващи почти същата гръцко-латинска основа. През 19 век в медицинската терминология започват да проникват и думи, които имат произход от съвременните европейски езици.

Навлезлите в медицинския латински език гръцки термини са подложени на латинизиране. Това се отразява както на тяхната транскрипция, така и на произношението и измененията на ударенията и окончанията им.

Голям брой от латинските медицински термини са със старолатински произход (класически латински език), също така голям е и броят на новите медицински термини, които се зараждат в латинския език през Средните векове (от 600-1500 г. от. н. е.) или във времето от 1500г. до днес.

Латинският език е от голямо значение за медицинската наука, защото е приет като международен език за медицинската терминология. Познаването му от лекаря е необходимо не само за да може да разбира названията на болестите, да изписва правилно диагнозите, да предписва правилно рецептите, но и за да може да разбира текстове на стари и средновековни писатели и лекари, които са отпечатвали на латински език монографични работи, залегнали в основата на днешната медицина.

Резултати и обсъждане

Когато се изучават съществителните и прилагателните имена, се запомнят думите като самостоятелна речникова единица. Тя е цялостна по форма и значение, но всъщност се явява градивна част от латинския словоред и елемент от медицинската терминология. За да използваме тези думи е необходимо да запомним тяхната речникова форма и значение, но за да определим защо дадено заболяване е наречено така, а не по друг начин, и кой е бил признакът, който е обусловил конкретния термин, то трябва да се погледне етимологията на думата. Например *Atlas,antis,m* – първият шиен прешлен носи името на Атлант – гигант от гръцката митология, който на плещите си държал небесния свод.

По съвсем различен начин се разглеждат сложните термини. Например: *metapsychosis* (преселяване на душата от едно тяло в друго; *meta*-помежду, после и *psyche*-душа), *synpsychalgia* (възникване на болков пристъп под влияние на емоции; *syn*-с, *psyche*-душа и *-algia*-болка), *psychotherapia* (лечебен комплексен метод, използващ психичното въздействие върху болния за отстраняване на редица заболявания както от психично, така и от соматично естество; *psyche*-душа и *-therapia*-лечение), *psychrophobia* (невротичен страх от

хлад; psychro-хладен и –phobia - страх. Ако съпоставим тези термини, ще открием сходство на кореновите морфеми и различие в афиксите (префикси и суфикси). Така могат да се различат отделните съставки на термините и да се разделят на части, при което конкретната лексическа индивидуалност на думата като цяло остава на втори място. Така изпъкват терминоелементите и афиксите, които остават с непроменено значение, въпреки промяната на отделните думи като цяло.

Съществуват два метода на словообразуване: *афиксални и неафиксални*. Чрез афиксалния от един основен терминоелемент се образуват нови думи, като към основата добавяме окончания или представки. Дори да няма представка, то всяка дума си има окончание, а всяко окончание носи определено значение. Затова не може да се говори за рязка граница между двата метода. Най-често използваният суфикс е –ia, който обикновено се използва за означаване на процес или патологично състояние – например psychopathia – psycho+pathos+ia, /букв. болест на душата/.

Неафиксалният метод се прилага за образуване на сложни термини чрез комбинация на няколко терминоелемента. Ако в структурата на един термин има повече от една основа, то той е сложен. Например: psychoanalysis – психоанализа /букв. освобождаване на душата/; psychogenes – психогенен /букв. душевно причинен/; psychotherapia – психотерапия /букв. лечение чрез психично въздействие/.

Не трябва да се търсят в старогръцкия език термини като pathia и algia, защото те са имали различна форма като самостоятелни думи: πᾶθος и ἄλγος и само коренът им се използва в медицинската терминология. Но и не всички съставни елементи на сложните термини, които са били самостоятелни думи в латински или в старогръцки език, са запазали своята самостоятелност. Например старогръцки думи като ἰατρεία и λᾰλῖᾰ се използват единствено като терминоелементи. Други терминоелементи като -phobia/ φοβός +ia/ – патологичен страх, не са били употребявани самостоятелно в езика-източник,

но в медицинската терминология са добили статут на термини, които могат да се използват и самостоятелно, и в комбинация с друг терминоелемент.

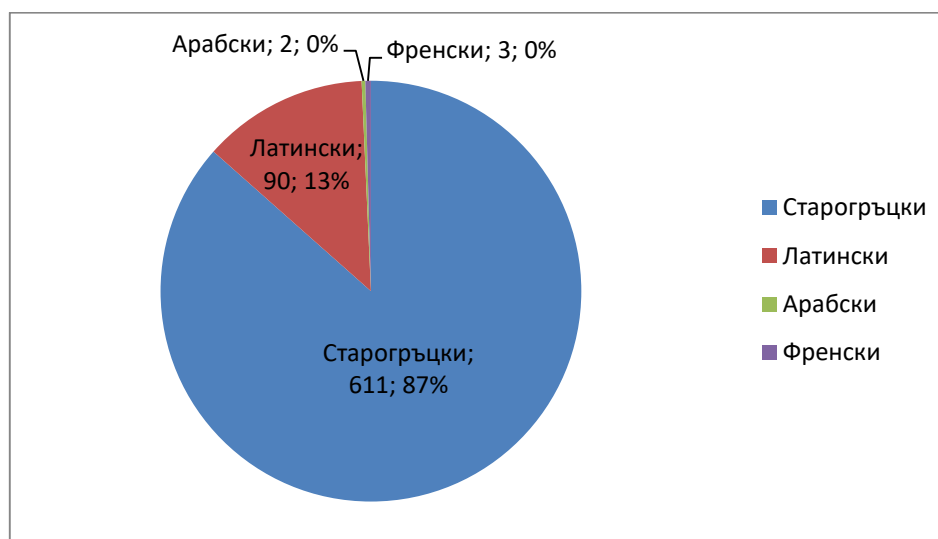
Два или повече терминоелемента се свързват със съединителните гласни *o* и *i*. Първата се използва в сложни термини от гръцки и латински произход, а втората – само в латински термини. Среца се, макар и рядко, свързване на гръцки с латински терминоелемент с гръцки. От около 8000 термина, обслужващи психиатрията, 87% са еднословни и са изградени на гръцка основа.

Таблица 1 представя какъв брой термини в психиатрията са от старогръцки и какъв от латински произход:

Таблица 1. Брой термини в психиатрията от старогръцки и латински произход.

Произход на съставния терминоелемент	Брой изследвани
Старогръцки език	611
Латински език	90
Арабски език	2
Френски език	3
Общо термини:	706

В проценти съотношението термини в психиатрията от старогръцки и латински произход е визуализирано на фигура 1:



Фигура 1. Съотношение между броя термини в психиатрията от старогръцки и латински произход (в %).

Разглеждайки всички префикси и коренни морфеми, употребявани най-често при образуването на психиатричните термини, ще направим и

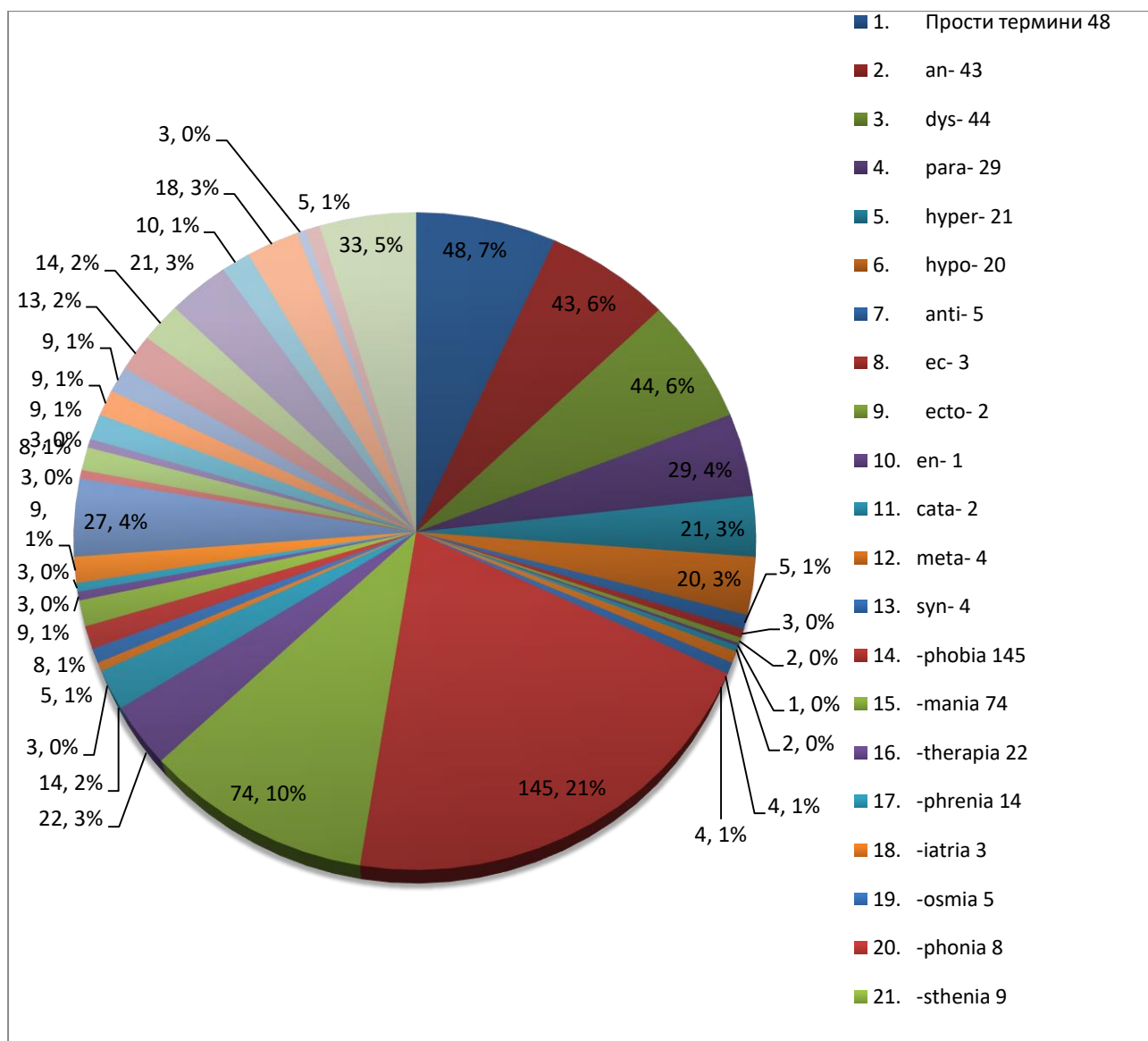
статистически анализ относно тяхната честотност. При всички посочени примери са отбелязани и суфиксите, участващи в образуването им. Всички изследвани термини са общо 706 на брой, като от тях 48 са прости, 178 са образувани с помощта на представки и 480 са сложни. В таблица 2 се представят видовете представки и терминоеlementи и техният брой.

Таблица 2. Видове представки и терминоеlementи (брой).

Име	Значение	Брой
Прости термини:		48
Термини с представки:		
an-	липса	43
dys-	нарушение	44
para-	положение от двете страни	29
hyper-	над, свръх	21
hypo-	под	20
anti-	против	5
ec-	отделяне	3
ecto-	навън	2
en-	вътре	1
cata-	движение надолу	2
meta-	промяна	4
syn-	със	4
Сложни термини със следните терминоеlementи:		
-phobia	страх	145
-mania	пристрастяване	74
-therapia	лечение	22
-phrenia	ум, разум	14
-iatria	лечение	3
-osmia	обоняние	5
-phonia	глас	8
-sthenia	сила	9
-acusia	слух	3
-thymia	настроение	3
-kinesia	движение	9
-logia	наука	27
-mnesia	памет	3
-algia	болка	8
-genesis	произход	3
-gnosis	знание	9
-graphia	снимка	9
-opsia	зрение	9
-phagia	хранене	13
-philia	страст	14
-pathia	болест	21

-lalia	говор	10
-aesthesia	воля, желание	18
-bulia	обезчувствяване	3
-phasia	говор	5
Прилагателни имена		33
Общо:		706

Фигура 2 онагледява в процентно отношение колко често се използва всяка една представка и всеки един терминоелемент.



Фигура 2. Използване на всяка една представка и на всеки един терминоелемент (в %).

От морфологична гледна точка еднословните термини от гръцки произход са съществителни имена, с изключение на 33 (5%) от тях, които са относителни

прилагателни имена: например маниакален (*maniacalis* от гр. *mania* страстно влечение, мания + лат. *al* за свойство + *is* лат. окончание за прилагателно в м. и ж. р.) – с непреодолимо влечение.

Резултатът от анализа на работния корпус от термини дава основание да се направят следните статистически обобщения и изводи: Еднословните психиатрични термини са 7 % от всички, употребявани в този клон на медицината. По състав понятията са прости и сложни, като по-голяма честотност имат сложните. С представки са образувани 25 % от разглежданите термини. От морфологична гледна точка еднословните термини от гръцки произход са съществителни имена, с изключение на 5% от тях, които са относителни прилагателни имена. Сложните съществителни имена са 63%.

Заклучение и благодарности

Практически изследването би могло да се свърже с учебния процес при изучаването на медицински латински език. Установявайки най-често употребяваните префикси и коренни морфеми от гръцки произход, акцентираме върху тях и разясняваме и тяхното медицинско значение. Доброто усвояване на отделните компоненти и изискванията при терминообразуването, както и медицинското значение на словообразователните елементи улеснява процеса на по-добро заучаване и овладяване на терминологията в медицинската наука. Чрез познанията за морфемен анализ могат да се отделят словообразователните афикси и коренни морфеми в непознати термини. Знаейки медицинското им значение и с помощта на контекста, студентите биха могли правилно да декодират значението на всеки непознат термин.

Бележки

1. Български етимологичен речник. Вл. Георгиев, Ив. Гълъбов, Й. Заимов, Ст. Илчев. София: БАН, 1971.
2. Български тълковен речник, Наука и изкуство. София 1995 /70
3. <http://sinonimen.onlinerechnik.com/duma/%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%81%D1%82>.

Литература

Andreychin, L. (1995). *Balgarski talkoven rechnik*. Sofiya: Nauka i izkustvo.

Arnaudova, P. (2004). *Nova meditsinska poliglotna i eponimna terminologiya na sedem ezika*. Sofiya: Meditsina i fizkultura.

Georgiev, Vl, Iv. Galabov, Y. Zaimov, St. Ilchev. (1971). *Balgarski etimologichen rechnik*. Sofiya: BAN.

Gandeva, R., Al. Milev, Y. Bratkov, Portalski M. (1975). *Latinska gramatika*. Sofiya: Nauka i izkustvo.

Milev, Al., Mihaylov G. (1957). *Starogradska gramatika*. Sofiya: Nauka i izkustvo.

Nikolova, V., I. Koleva. (2004). *Lingua Latina Medicinalis*. Sofiya: Gera art.

Petrinska, T. (2019). *Latinski ezik s meditsinska terminologiya*. Sofiya: Steno.

Rechnik po psihiatriya i klinichna psihopatologiya. (2000). Zhak Postel. Pleven: „EA“ AD.

Sinonimen rechnik: <http://sinonimen.onlinerechnik.com/>

Stankova, I., A. Dzhabarova-Popova. (2018). *Uchebnik po latinski ezik za meditsinski spetsialnosti*. Sofiya: Iztok-Zapad.

Starogratsko-balgarski rechnik. M. Voynov i dr. (sast). (1992). Sofiya: Otvoreno obshtestvo.

Stoimenov, Y., I. Rachev. (1988). *Psihiatrichen klinichen rechnik*. Sofiya: Meditsina i fizkultura.

✉ Боряна Чомаковска

Департамент за езиково и специализирано обучение

Медицински университет – Плевен, България, ул. „Климент Охридски“ 1

e-mail: boryana_chomakovska@abv.bg