

К 61/Д 93



120000867964

и симпозиум по профилактична
и социална медицина

Third Danube symposium on preventive
and social medicine

НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНИ СТРАТЕГИИ
- ПРОБЛЕМИ И ПЕРСПЕКТИВИ
NATIONAL HEALTH CARE STRATEGIES
- PROBLEMS AND PERSPECTIVES



РЕЗЮМЕТА
ABSTRACTS

14-16 ЮНИ 1990, РУСЕ, БЪЛГАРИЯ
JUNE 14th-16th, 1990, ROUSSE, BULGARIA



III ДУНАВСКИ СИМПОЗИУМ ПО СОЦИАЛНА И ПРОФИЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА
III DANUBEAN SYMPOSIUM OF PREVENTIVE AND SOCIAL MEDICINE

НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНИ СТРАТЕГИИ - ПРОБЛЕМИ И ПЕРСПЕКТИВИ
NATIONAL HEALTH CARE STRATEGIES - PROBLEMS AND PERSPECTIVES

РЕЗЮМЕТА
A B S T R A C T S

14-16 юни 1990, РУСЕ, БЪЛГАРИЯ

June 14th - 16th, 1990, ROUSSE, BULGARIA

Регионална библиотека
"Любен Каравелов"



120000867964

447233

K $\frac{61}{A 93}$

ВЪПРОСИ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА ПОЛИТИКА
NATIONAL HEALTH POLICY PROBLEMS

ЕКОЛОГИЧНИ ПРОБЛЕМИ И ЗДРАВНА ПОЛИТИКА В НР БЪЛГАРИЯ
Д. Поневоки

Авторът разглежда в статията екологокризисните райони в страната, източниците на замърсяване, основните замърсители в новата организация на мониторинг – физичен, химичен, биологичен и социален. Предлага се разработването и организирането на автоматизирана система за създаване на банка от данни в МНЗСГ и МОСС с цел създаване на екологична карта. След пълното изясняване на екологичния статус на страната се предвижда провеждане на масов скрининг на населението в рисковите райони за оценка на здравето, състояние на населението и въздействието на основните замърсители на околната среда върху здравето.

СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СССР
О. П. Щепин

В здравеохранении СССР трудятся 4,6% от общей численности занятых в народном хозяйстве, в т.ч. более 1,2 млн. врачей и 3,3 млн. средних медицинских работников. Научно-исследовательские разработки в области медицинской науки ведут около 500 институтов и научных центров. Однако многие показатели состояния здоровья населения и развития здравоохранения, которыми мы по праву гордились, сегодня не являются наилучшими в сопоставлении с развитыми странами, что свидетельствует о серьезном отставании. К числу причин, приведших к такому положению следует отнести:

1. Ориентация на экстенсивное ведение народного хозяйства в период застоя привела к значительному росту числа людей, занятых в сфере производства. В основном этот рост происходил за счет вовлечения в народное хозяйство женщин. Несмотря на принимавшиеся меры социальной защиты, некоторое улучшение условий труда, совершенствование медицинского обслуживания рабочих, напряженный, а зачастую и недостаточно механизированный труд, работа в ночные смены, вредные факторы современных производств ощутимо

сказались на состоянии здоровья в первую очередь работающих женщин, а затем и на состоянии здоровья детей.

2. Все большую тревогу вызывает влияние загрязнения окружающей среды на репродуктивную функцию женщины, на состояние здоровья беременных, детей, в особенности в некоторых сельскохозяйственных регионах. Исследованиями доказано безусловно негативное влияние все увеличивающихся выбросов в атмосферу промышленных предприятий, транспорта на рост аллергических, онкологических, генетических заболеваний. Огромный вред здоровью миллионов людей нанесло потребление спиртных напитков.

3. Очевидно, что органы и учреждения здравоохранения, медицинская наука не смогли своевременно и в полном объеме довести до сведения государственных и общественных органов угрозу нарастания негативных тенденций в общественном здоровье, выработать стратегию их преодоления, основанную на использовании всех возможностей, заложенных в социалистическом строе. Десятилетиями господствовал т.н. "остаточный принцип" финансирования здравоохранения. На его нужды выделялось 5-6%, а в последние годы и того меньше, от расходной части бюджета страны. Это привело к резкому отставанию в развитии материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений, замедлению модернизации на основе научно-технических инноваций.

В последние два-три года на основе предложений ученых, после широкого общественного обсуждения, были разработаны и утверждены документы, определяющие основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения на период до 2000 года. Основная мысль этих важнейших документов такова: охрана здоровья народа — не узковедомственная задача органов здравоохранения, это стратегическая задача партии, государства, всего народа. Подход к здравоохранению как общегосударственной комплексной проблеме первостепенной важности коренным образом меняет ориентацию охраны здоровья населения с медицинских мероприятий на социальные, социально-экономические, медико-социальные и принципиально новые способы решения проблемы в самой системе здравоохранения.

Для совершенствования управления системой здравоохранения, повышения качества ее работы предусматривается перестройка социально-экономического функционирования отрасли, имея в виду: 1) отход от жесткой централизации управления здравоохранением на основе регионально-экономической обособленности развития отрасли

в каждой конкретной территории; 2) создание и усиление экономических стимулов в здравоохранении; 3) изменение системы показателей оценки деятельности служб здравоохранения, переход преимущественно к показателям оценки по конечному результату (сохранение и укрепление здоровья, качество трудового потенциала, эффективность использования ресурсов, социальная удовлетворенность населения и ряд др.); 4) совершенствование системы материального поощрения и дифференцированной оплаты труда медицинского персонала.

В отрасли здравоохранения начата работа по перестройке управления здравоохранением. Идет передача текущих управленческих функций и полномочий сверху вниз, сосредоточения усилий централизованного руководства прежде всего на главных процессах. Баланс объемов стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи постепенно меняется в сторону последней. Разработана программа ускоренного развития сети и существенного укрепления материально-технической базы амбулаторно-поликлинических учреждений. В целях более полного и своевременного проведения диагностики заболеваний организуется сеть диагностических центров. Жизнь поставила вопрос о подготовке врача широкого профиля, способного разобраться в состоянии здоровья всех своих жителей, и более высокой квалификации, то есть специалиста, в достаточной мере владеющего нестложной помощью, навыками терапевта, педиатра, акушера-гинеколога, и оказывающего при консультации с другими специалистами медицинскую помощь не отдельным категориям населения, а всему населению по типу "семейного врача". Новый экономический механизм, внедряемый в здравоохранение, должен стимулировать наиболее эффективную технологию оказания медицинской помощи — усиление профилактической направленности, перенос центра тяжести в оказании медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническое звено при одновременном повышении качества и интенсификации деятельности стационаров, преемственность на всех этапах наблюдения и лечения пациентов.

БОЛГАРСКИЙ КРАСНЫЙ КРЕСТ И ЕГО РОЛЬ В ФОРМУЛИРОВАНИИ
И ОСУЩЕСТВЛЕНИИ СОВРЕМЕННОЙ СТРАТЕГИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
С. Гладиллов

Суть деятельности Болгарского Красного креста в том, что она осуществляется в тесном союзе, в близком сотрудничестве с органами здравоохранения, основная цель которых охрана, укрепление здоровья, улучшение трудоспособности болгарского народа. Сообщение рассматривает некоторые основные аспекты стратегии Болгарского Красного креста в его совместной работе со здравоохранением. Анализируются современные подходы в выполнении задач санитарного просвещения. Особенно подчеркивается оказание первой помощи в системах Горноспасательной службы, Водноспасательной службы, оказание первой помощи на дорогах. Серьезное внимание уделяется профилизации, даже специализации санитарных формирований на предприятиях, а также и воспитанию молодого поколения в духе здорового образа жизни. Совместно с органами здравоохранения и всеми заинтересованными институтами (церковь, благотворительные фонды и общества) намечается внедрение форм милосердия в дело медико-санитарной и социальной помощи.

В сообщении выражается точка зрения, что в качестве общественной организации, наряду с функциями широкой опоры здравоохранения, БКК обязан в дальнейшем выступать в защиту интересов населения, формировать общественное мнение о деятельности и результатах обслуживания в системе здравоохранения, в процессе оценки уровня медико-санитарной помощи отправлять критические замечания с точки зрения потребителя медицинской помощи, давать рекомендации относительно деятельности органов здравоохранения с целью ее усовершенствования.

RECENT DEVELOPMENTS IN YUGOSLAV HEALTH CARE SYSTEM
AND THEIR CONCORDANCE WITH NATIONAL STRATEGY FOR
"HEALTH FOR ALL"

H. Remic

New reform of the society as a whole in terms of introduction of political and economic pluralism, pluralistic ownership including private one and free market economy has been considered as a proper way and framework for the reform of health sector too. The changes could be shown shortly in following characteristics: 1) Individuals become much more responsible for their health; 2) Private ownership is equal to societal or state ownership; 3) Health care system and health insurance system are fully separated; 4) Only basic health services are to be guaranteed by government; 5) Community participation and intersectoral collaboration have been fully marginalized; 6) There is general tendency for centralization of health institutions.

POLITICAL CHANGES AND CHANGES IN THE HEALTH
SYSTEM IN HUNGARY

P. Lópes

The reform policy became a political reality for Eastern Europe through its "principle of non-intervention", thus creating a favourable atmosphere for a "change of system". The most important basic principles of health policies of the Reform Secretariat are the following: health is a political and economic value, state responsibility, each individual is responsible for his/her own health, basic health services are provided free of charge, profit oriented undertaking, financing based on services rendered, social control. The present three-branch system will be replaced by a new system consisting of primary health care and in-patient institutions.

THE QUESTION OF HEALTH PROMOTION

B. Kozusznik

The value of health in the historical process of development of mankind is under estimated by the humanity. This is the sequel

of lack of scientific approach to the essence of health and the lack of general theory concerning the value of health in the process of development of mankind. Process of production of life called health determines interactions between organism and the rest of the nature. To be able to understand and adopt correctly the notion of the essence of healthiness we must regard also such laws as regularities phenomena, transition from quantity to quality, unity and diversity, problem of time and space, law of universal interconnection of phenomena, feedback etc.

THE NATIONAL HEALTH PROMOTING PROGRAMME IN HUNGARY T. Angelus

Using the European health for all targets as basis, the expert committee elaborated detailed analysis of specific areas and formulated suggestions for their action programme in the form of separate studies. The long-term Programme rests on the principle that lifestyles, favourable or harmful to health as they may be, depend on the individual's choice which is greatly influenced by economic, social and political factors. The programme must enhance the control of risk-factors of chronic noncommunicable diseases, the revaluation of healthy lifestyles as well as the shaping of positive health behaviour on both the individual and community levels. The main objective of the programme is to increase the number of years lived without chronic diseases by at least 10%.

БЕНТЕРСКИЙ КРАСНЫЙ КРЕСТ И СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Имре Хорват

В Венгрии была разработана национальная программа сохранения здоровья с целью улучшения состояния здоровья населения и обеспечения более эффективной деятельности, направленной на профилактику. Суть программы состоит в том, чтобы побуждать людей к здоровому образу жизни. Поэтому она предусматривает совместные действия общественного характера с участием населения, общественных организаций и служб здравоохранения. Программа была разработана по реше-

нию правительства с широким участием людей, с сотрудничеством специалистов и была опубликована в 1967 году под названием "долгосрочная общественная программа здравоохранения" как правительственная программа.

Программа имеет рабочий план для настоящего периода до 31-го декабря 1990 года, в котором определены конкретные задачи, осуществляемые с участием правительства, общественных организации и населения. В осуществлении программы - и таким образом и в реализации рабочего плана, действительного до конца этого года - принимает участие и Венгерский Красный крест.

Сферы участия Венгерского Красного креста: 1) подготовка к материнству, здоровый образ жизни беременных женщин, забота о младенцах и маленьких детях, их воспитание; 2) предотвращение гипертонии, обнаружение этой болезни, активное привлечение населения к медицинской проверке и к уходу за больными, а также созданию правильного образа жизни с целью предотвращения этой болезни; 3) задачи сокращения численности курящих, в сотрудничестве с населением и особенно среди молодежи, с целью предотвращения злокачественной опухоли; 4) изменение в правильном направлении традиций питания и употребления напитков с целью установления здорового питания.

Присоединение Венгерского Красного креста к национальной программе здравоохранения означает, что у него и другие деятельности превентивного характера, кроме вышеупомянутых, но в настоящий период именно эти отмеченные цели представляют собой порядок важности, приоритет проблем.

СОВЕТСКИЙ КРАСНЫЙ КРЕСТ И СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н. И. Дунин

В СССР создана общенародная система здравоохранения, основанная на ленинских принципах бесплатности и общедоступности медицинской помощи, приоритетного развития профилактики, единства науки и практики, активного участия общественности в оздоровительных мероприятиях. Впечатляющие достижения советского здравоохранения получили всеобщее признание. Под влиянием опыта СССР в последние годы на крупнейших форумах медиков мира - Всемирных ассамблеях здравоохранения, Международной конференции в Алма-Ате по

первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) были приняты важнейшие решения о принципах создания и организации национальных служб здравоохранения, первоочередной роли профилактической медицины, широком участии населения в здравоохранении.

Однако, как показывает объективный анализ, достигнутые успехи и возможности социалистического общества в решении проблем охраны здоровья народа использовались не в полной мере. Этому способствовало снижение темпов экономического роста в стране, уменьшение расходов на здравоохранение в государственном бюджете, замедление процессов обновления материальной базы здравоохранения, освоения новых лекарств и методов лечения, недостатки в организации, планировании развития отрасли, ослабление внимания к профилактической работе - ведущему направлению в охране здоровья народа.

В связи с этим в 1987 году вышло постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР "Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года", в котором с новой силой подчеркивается, что профилактическое направление является генеральной линией советского здравоохранения.

В настоящее время в СССР разработана Государственная программа по профилактике заболеваний и формирований здорового образа жизни населения страны на период до 2000 года, в которой предусмотрен широкий комплекс медицинских, экономических, правовых, организационных и воспитательных мер.

Программа состоит из двух разделов:

Первый - это комплекс практических мер, направленных на внедрение разработанных и имеющихся на сегодняшний день технологий, методов и отдельных видов помощи в повседневную жизнь, имеющих целью укрепление здоровья людей и профилактику заболеваний.

Второй - это научно-техническая программа научных исследований на период до 2000 года и на перспективу, направленных на изучение механизмов возникновения и распространения наиболее важных заболеваний и на этой основе разработка и внедрение мер их медико-социальной профилактики.

Для Советского Красного креста важнейшими аспектами в государственной профилактической программе являются следующие:

1. Санитарное просвещение населения и формирование здорового образа жизни с детства, развитие общей физической культуры, борьба против вредных привычек, воспитание человека в духе гуманизма, здоровья и мира.

2. Общественный санитарный контроль и борьба против нарушений санитарно-гигиенических правил и норм на производстве, в быту, в системе общественного питания и так далее; расширение этого контроля вплоть до защиты окружающей среды, то есть до решения экологических проблем.

3. Проведение в целях пропаганды профилактики и организации действия масс широких кампаний (пропаганда действия и через действие). К числу таких программ может быть отнесено: экстренная программа помощи населению Приаралья, программа борьбы за безопасность на дорогах, программа профилактики распространения СПИД и другие. Выбор и организация этих программ требует дополнительного внимания.

Многообразие форм и методов совместной работы органов здравоохранения и комитетов СОКК и КП СССР диктуется требованиями времени, необходимостью постоянного поиска места и роли организаций Красного креста во взаимосвязанной многофакторной системе современного мира.

СОЦИАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЧЕХОСЛОВАЦКОГО КРАСНОГО КРЕСТА И СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Б. Кушова

Чехословацкий Красный крест – добровольная, самостоятельная гуманитарная организация, которая развивает свою деятельность под лозунгом "Гуманность к миру". В его богатую программу входит тоже и работа в области социального обеспечения. Он обеспечивает настоящую социальную помощь нуждающимся гражданам, особенно посредством ухода за больными на дому и вообще за больными. В этом особеном деле нужна исследовательская и сигнализационная деятельность. В этой деятельности пользуемся современными знаниями, методами и техническими пособиями. Кроме того Чехословацкий Красный крест проводит консультационную службу о возможности решения неблагоприятных ситуаций. В рамках гуманитарной деятельности принимают участие в проверке соблюдения прав человека в исправительно-воспитательных учреждениях, контроля их среды, условий и отношений к заключенным, тоже и в домах социального обеспечения. Кроме этих задач, Чехословацкий Красный крест принимает участие в выработке программы общегосударственного обеспечения. Для социального обеспечения, для оказания помощи гражданам, пенсионерам, инвалидам, Чехословац-

кий Красный крест учредил фонд помощи. Чехословацкий Красный крест сотрудничает со всеми организациями, которые занимаются социальным обеспечением.

ПОВЫСИТЬ ИНДИВИДУАЛЬНУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ЗДОРОВЬЕ

- ЗАДАЧА ЛЮДЕЙ 90-Х ЛЕТ 20-ГО ВЕКА

Я. Бенякова

В работе анализируются главные атрибуты индивидуального медицинского сознания во вновь создающихся условиях общественной жизни в Чехословакии. Перемены, к которым в последнее время пришли и все еще приходят в экономической сфере, во внедрении денежно-торговых отношений во всех областях общественной жизни включительно здравоохранения, предпринимательского движения, реформ в школьном деле, решающие изменения во всей политической системе создали практически для каждого человека новые жизненные ситуации. Приведенные изменения являются очень сложными для адаптационных способностей каждого члена общества и требуют индивидуального подхода к их применению. В работе обращено внимание на аспект индивидуального медицинского сознания, которое в новых условиях должно приобрести новое качество. Дело касается в первую очередь вопроса свободы и свободного принятия решения по отношению к здоровью. И по новому понимаемая свобода имеет с точки зрения охраны здоровья свои границы и необходимые регуляторы.

УЧАСТИЕТО НА ОБЩЕСТВЕННОСТТА В ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ - ФОРМИ И ПОДХОДИ

Е. Големанова

Участието на обществеността е задължителен елемент в разработването на целите, планирането и изпълнението на основните програми, включени в националната стратегия "Здраве за всички". Политиката, отразена в "Основни насоки за по-нататъшното преустройство на здравеопазването", е формулирана на основата на всенародно обсъждане. Непосредствените форми на участие на обществеността се развиват на национално, регионално и локално равнище (общодържавно, областно и общинско). На тези равнища обществеността взема

участие през съществуващите организации - Български Червен кръст, Отечествен съюз, Независими професионални съюзи, спортни, физкультурни и туристически организации, младежки организации, групи с екологична ориентация, движението на българските жени. Известно значение имат и някои неформални клубове и движения от типа на "Екогласност", както и фондове като "Здравно осигуряване", "Детство" и др.

НАУЧНО ОСИГУРЯВАНЕ НА НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВНИ СТРАТЕГИИ SCIENTIFIC PROMOTION OF NATIONAL HEALTH STRATEGIES

RESEARCH AS THE BASIS HOW TO REALIZE THE PROGRAMME
"HEALTH FOR ALL TO 2000"
R. Vrabelova

It is a challenge for the research and the whole society to look for a better way in the field of health care. In the research, it is necessary to give a complete sight about the health problems and the most important task is to find out how the human organism responds to the environmental factors and what are the reasons for, e.g. the different answer to various pathogene, toxic or other noxious factors. Therefore various scientific fields like genetics, immunology, cardiology, oncology belong to the most important parts of the biomedical research.

DER EINFLUSS DES DISKOTHEKEN BESUCH AUF DIE
GESUNDHEIT UND DAS FAHRVERHALTEN
H. Traun

Untersucht wurden im Rahmen dieser Studie neun Diskotheken und ein Livemusiklokal. Die Gesamtzahl der untersuchten Jugendlichen betrug 1290, sowie 18 Jugendliche die sich selbst in

die Kategorie Lauthörer einordneten. Die nachfolgenden Ausführungen versuchen die Auswirkungen von Schallimmissionen in Diskotheken auf die Gesundheit, vorwiegend über das Gehörorgan zu schildern. Darüber hinaus sollen die Kombinationswirkungen von Schallimmissionen mit Alkoholeinwirkungen und mit anderen typischen Einflüssen in Diskotheken aufgezeigt werden. Zusammen fassend kann man an allgemeinen Auswirkungen des Diskotheken besuches folgende Faktoren ausführen: 1) Es findet eine allgemeine Aktivierung statt; 2) Das Fahren zur ungewohnten Nachtzeit; unter Berücksichtigung der cirkadianen Tagesrhythmen; 3) Das persönliche Erlebnis in der Diskothek; 4) Die Ablenkung des Fahrens bei der Heimfahrt durch das laute Autoradio oder durch die Mitfahrer im Auto.

CINDI PROGRAMME CZECHOSLOVAKIA

J. Boukal

In the Institute of Social Medicine and the Organization of the Health Services is established Managing Commission of the CINDI Programme, members of this Commission, Institute of Health education, Institute of Health informations and statistics, Stomatological institute and another members from districts, which concerned with the methodological control of this programme in 12 districts of the CSR, where similar commissions were established. A special position is held by the managing and implementation commission of this programme in the state enterprise Skoda Plzen. In CINDI Programme CSR are developed principles covering and selectively contribute to the achievement of a number of 36 targets. This way, CINDI Programme provides opportunity to serve as a kind of "field laboratory" in which to develop and test the procedures of HEA methods and RIFA.

Components of the CINDI programme CSR: primary Health Care; stomatological Component; Tobacco programme; pediatrics and Youth Health programme; psychology of Health and stress management, psychological.

Methods focused on primary prevention, intervention risk factors and influencing III: Health promotion at the workplace and risk prevention; familiar hyperlipoproteinaemia programme.

A pilot study was made in 1983 in 9 districts in 1985 a survey in 12 districts and in 1990 a survey in 12 districts will be made.

Screening, monitoring and intervention is done according to a uniform standardized method (Ieparski-Nüssel). In 1989 was made Process Evaluation of CINDI Programme WHO according Questionnaire WHO. Results were presented.

QUALITY ASSURANCE - AN ESSENTIAL COMPONENT OF THE STRATEGY "HEALTH FOR ALL BY THE YEAR 2000"

L. A. Ivanov

To provide a realistic basis for quality assurance national programme in primary health care an experiment has been planned and carried out in two polyclinics in the city of Sofia. It was a controlled trial to determine the reasibility and effectiveness of evaluations of the health care provided to out patients. Examination of criteria answers of both sites for the 12 months investigation period reveals that the quality inadequacies of the care provided are higher for therapeutic tasks (68,92% variant cases) relative to pediatric tasks (38,12%) ($P_{(t)} < 0,001$). The average annual deficiencies in ambulatory care of both sites that are important to patient outcome are less in patients with diabetes mellitus (65,44%) in contrast to those with low hemoglobin (91,5%). The statistical difference is significant ($P_{(t)} < 0,001$). The same situation is observed, when the variation status is compared for cases with preventive pediatric care (31,78%) and otitis media (58,89%) ($P_{(t)} < 0,001$).

The change in the experimental period by gasks from the baseline values indicated by growth rates shows that the improvement of experimental sites is much higher than that of controls.

RISK FACTORS FOR DEATH FOR MALES AND FEMALES

Anna Volná

The data about men and women aged from 45 to 64 years died in Bratislava in the years 1983 - 1987 was studied. A total of 2821 deaths (1761 men and 1060 women) were analysed in relation to cause of death and some social and behavioral risk factors. Cardiovascular diseases were found as cause of death in 42,2 per cent of men and 32,6 per cent of women in contrary to neoplastic which

caused 42,4 per cent death of women and 33,0 per cent of men. The third cause were diseases of digestive system in both sexes (proportion about 8,2 per cent) and fourth were accident - related deaths (about 6,0 per cent) for both sexes as well. Many known risk factors occurred frequently in men than in the women.

ИНФОРМАЦИОННО ОСИГУРЯВАНЕ НА НАЦИОНАЛНАТА СТРАТЕГИЯ "ЗДРАВЕ ЗА ВСИЧКИ ДО 2000 ГОДИНА"

Ал. Вълчев, Т. Чолакова

Успешното осъществяване на националната стратегия "Здраве за всички до 2000 г." стои в най-тясна зависимост от същността на предоставяната на управлението на здравеопазването информация. Нашият анализ показва, че осигуряваната понастоящем информация не може да удовлетвори потребностите на националната стратегия, не дава достатъчно ясна и пълна представа за проблемите на здравето и здравеопазната система, които трябва да бъдат решавани, за да се постигнат поставяните стратегически цели. В най-висока степен това се отнася до липсата на информация за така нареченото между-секторно сътрудничество между различните сфери на икономиката и културата и неговото отражение върху здравето на населението. Очевидна е и необходимостта от промяна на редица показатели за дейността на здравните служби. Върху правилната здравеопазна политика дава негативни отражения недостатъчната информация за отраженията на влошената екологична обстановка в някои райони на страната върху здравето на някои възрастови и професионални групи население (деца, девойки и жени в плодовата възраст, работници в химически и радиоактивни производства).

Всичко това налага да се разработи и внедри целенасочена система на информационно осигуряване на националната стратегия "Здраве за всички до 2000 г.". Тази система смятаме да се изгради на основата на сега съществуващата система за регистрация и статистическа отчетност, като се внесат нови елементи, отнасящи се до екологичната обстановка, разпространението на социалнозначимите заболявания и до здравето на тези групи население, които формират сегашното и стратегическото бъдеще на нацията. Същевременно информационното осигуряване на националната стратегия "Здраве за всички до 2000 г." предвижда провеждането на еднократни социални

епидемиологични проучвания за определяне степента на здравния риск в различни райони на страната, като основа за разработка и осъществяване на мерки за ограничаване на негативните отражения върху здравето на населението. Тези проучвания ще търсят и ролята, и отговорността на различните икономически, социални и управленски структури за съществуването на здравнонегативни условия и фактори.

SOCIAL PROBLEMS CAUSED BY ALCOHOL CONSUMPTION
BY THE YOUNG
Cz. Baran, P. Sieliwonczyk

The purpose of the paper was to estimate the amount of and the way of alcohol consumption by the secondary school pupils. Studies were carried out among pupils chosen at random from all the types of secondary schools in Gdansk, Gdynia and Sopot. The data from the study indicate that the majority of the young (65,5%) have drunk some alcohol or the other. Actually, it emerges that frequency of drinking alcohol and vodka in particular is rather high among the young. It is worth noting at the same time that the subjects remained fairly well aware of the dangers alcohol consumption creates.

SOZIALMEDIZINISCHE PROBLEME DURCH ALKOHOLMIßBRAUCH
IN DER DDR UND BEKÄMPFUNGSTRATEGIEN
Erika Sieber

Mit diesem Thema soll auf ein nicht zu unterschätzende soziales Problem in unserem Land aufmerksam gemacht werden. Auf dem Hintergrund der bisher praktizierten Alkoholpolitik, den Traditionen des Alkoholkonsumverhaltens und der erreichten Lebensqualität der Bevölkerung ist der jährliche Pro-Kopf-Verbrauch auf 11 Liter Reinalkohol gestiegen. Daraus resultieren neben den Normalverbrauchern etwa 5-15% Mißbräucher und 2-3% Alkoholabhängige. Wenn diese der Literatur entnommenen Häufigkeitsschätzungen auf die DDR übertragen werden, so bedeutet dies bis zu 2 Millionen Alkoholmißbräucher und bis zu 390 000 Alkoholabhängige.

Nur ein Teil dieser Personen ist in den Einrichtungen des Ge-

sundheits- und Sozialwesens bereits bekannt. Der medizinische Betreuungsbedarf fällt zu 70-80% in den ambulanten Bereich, d.h. auf die Haus- und Betriebsärzte sowie auf die Beratungsstellen für Suchtkrankheiten. Es besteht ein großer Informationsbedarf in der Bevölkerung zu Wirkungen und Folgen von Alkoholmißbrauch, der zielgruppenspezifisch befriedigt werden muß. Bei der Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals (Ärzte, Psychologen, Schwestern, Pflegerinnen u.s.) muß verstärkt auf die Vermittlung von suchttherapeutischen Bildungsinhalten orientiert werden.

Der weitere Ausbau der Tätigkeit von Selbsthilfebzw. Patientengruppen ist dringend erforderlich. Da die Bereitschaft der Betroffenen zur Alkoholentwöhnung relativ gering ist, meist erst im weit fortgeschrittenen Krankheitsstadium erreicht wird und die Erfolgsquoten der Behandlung sehr bescheiden ausfallen, rücken Präventionsstrategien mit in den Vordergrund. Dabei kann es nicht nur um beschränkende Maßnahmen beim Zugriff zum Alkohol gehen sondern auch um alternative Angebote im alkoholfreien Getränkesortiment sowie um das Schaffen eines sehr breit gefächerten Spektrums von Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung. Eine wesentliche Aufgabe muß darin bestehen, Lebensbewältigungsstrategien zu trainieren.

KNOWLEDGE OF HEALTH EDUCATION PROBLEMS AMONG GRADUATES FROM MEDICAL SCHOOLS

B. Balkowska, Cz. Baran, M. Zarzeczna - Baran

The study was conducted among the graduates from the Medical Faculty to find out how much they know about health education problems. A questionnaire with 12 questions was used to collect data concerning the matter.

The results of the study presented allow one to conclude as follows: 1) The fresh graduates from schools of medicine have a fairly good knowledge on the problems of health education and training; 2) Visual, verbal and audiovisual forms of such education are best known to the graduates; 3) The graduates subjected to the study declared the dialog between the doctor and patient along with verbal and audio-visual forms as the most important methods of education in doctor's practice; 4) A half of the questioned expressed the opinion that in conducting health training one should employ a variety of forms.

FAHRLÄSSIGE STRAFTATEN GEGEN LEBEN UND GESUNDHEIT
DURCH MEDIZINISCHE BETREUFUNG
Miroslav Mitlöhner

Der wissenschaftlich-technische Fortschritt verbindet sich in der Medizin mit dem Recht der Mitarbeiter des Gesundheitswesens auf Risiko und vom Gesichtspunkt seiner Zulässigkeit aus spielen hier eine grosse Rolle auch moralische und ethische Normen - wobei man mit Bestimmtheit grössere Tendenzen zur Liberalisierung - bis hin zum Verlassen einiger moralischer und ethischer Normen - voraussehen kann. Die Grenze des zulässigen Risikos in der Medizin wird grundsätzlich durch den Stand der Bedrohung des Lebens oder der Gesundheit des Patienten gegeben und den entscheidenden Faktor stellt die Proportion zwischen der einer Krankheit oder einem Unfall entspringenden Gefährdung und der Gefährdung, die mit einem Eingriff verbunden ist, dar, wobei die mit einem diagnostischen Eingriff verbundene Gefahr nicht grösser als die durch eine Erkrankung oder einem Unfall verursachte Gefahr sein kann. Diese Proportion muss vom Zustand ausgehen, der zur Zeit der Realisierung des Eingriffes existiert, und kann nicht ex post festgelegt werden.

БОЛЕЗНИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА - СИТУАЦИЯ И УМЕНЬШЕНИЕ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
Витолд Зиеленьски

Проблема научного обоснования мероприятий по совершенствованию форм и методов медицинского и социально-бытового обслуживания населения пожилого и старческого возраста является одной из наиболее актуальных проблем социальной геронтологии. Принимая во внимание, что основные причины смертности и инвалидизации лиц старших возрастных групп определяются заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в настоящей статье исследованы особенности заболеваемости населения 60 лет и старше болезнями системы кровообращения, организации их медицинского и социально-бытового обслуживания с целью уменьшения заболеваемости. Исследования проведены в 1986 - 1988 г. в двух лечебно-профилактических участках г. Щецина с большим числом пожилых людей. Обследовано 2000 лиц в возрасте

60 лет и старше. Обнаружено, что в отношении обращаемости по поводу болезни системы кровообращения в участке I первое место заняла гипертоническая болезнь, а в участке II - ИБС. Кроме того обнаружена зависимость особенности заболеваемости от пола и места проживания. Подтвержден неудовлетворимый уровень охвата диспансеризацией пожилых лиц по поводу болезни системы кровообращения, а также увеличение удельного веса этих болезней в общей структуре причин госпитализации. Обнаружены большие потребности в области помощи сестрами ЛКК и социальными опекунами. Подтверждено, что настоящая система здравоохранения и социального обеспечения на основном уровне не удовлетворяет нужд исследованной популяции. Замечено, что усовершенствование медико-социального обслуживания лиц пожилого и старческого возраста, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, будет способствовать уменьшению заболеваемости.

VERHALTEN VON EISENPARAMETERN WAHREND EINER AKUTEN RESPIRATORISCHEN ERKRANKUNG UND IN IHRER REKONVALE- ZENZ BEI KRIPPENKIND

Inrid Passauer

Von 90 Krippenkindern im Alter von 13 bis 36 Monaten aus 8 Krippen einer Großstadt wurde das Verhalten der Blut- und Serum-
eisenwerte bei einer akuten respiratorischen Erkrankung (APE) bis hin zur 4. Rekonvaleszenzwoche verfolgt und mit den im gesunden Zustand ermittelten Werten verglichen. Nicht im Referenzbereich lagen vor allem das Transferrin, das Serum-
eisen und der Transferrinsättigungsindex. In der 4. Rekonvaleszenzwoche sind die Ausgangswerte des gesunden Stadiums noch nicht wieder erreicht.

ПРОБЛЕМИ НА ОРГАНИЗАЦИЯТА НА ЗДРАВНОТО ОБСЛУЖВАНЕ

HEALTH SERVICE ORGANIZATION PROBLEMS

ОРГАНИЗАЦИЯ НА БЪРЗАТА И НЕОТЛОЖНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В СВЕТЛИНАТА НА СЪВРЕМЕННАТА ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЗДРАВЕ- ОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ

Й. Трайков, Г. Каменов, К. Петков

През 1986-1988 г. обемът на оказаната неотложна медицинска помощ в гр. София представлява 26% от посещенията на лекарите по домовете. В амбулаторни условия тя е 3,25% от всички посещения при лекарите. На всеки жител се падат по 0,24 посещения в неотложен порядък по домовете и 0,30 посещения в амбулаторията. В същото време станция за бърза медицинска помощ е извършила по 0,13 посещения годишно на един жител в гр. София - от тях около 77% са поради тежки заболявания. Същата тенденция се запазва и за страната като цяло. Значимостта на разглеждания проблем определя и редица организационни решения при изграждане на системата за бърза и неотложна медицинска помощ в България, необходимостта от изграждане и внедряване на единни концепции и доктрини за най-ефективно решаване на клиничко-организационните проблеми на всеки етап от медицинското обслужване на населението.

СЪСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВИ НА ДОМАШНИЯ СТАЦИОНАР (ДС) ПРИ ДЕЦА ДО ЕДНОГОДИШНА ВЪЗРАСТ

П. Хинков

Ползвайки алтернативния и вариационния анализ, авторът проучва анкетно 1980, експертно 427 и експериментално 425 деца, лекувани на ДС в гр. Русе, и установява:

Най-честите условия за разкриване на ДС - детето да не е тежко болно, пълна заетост на педиатричните длъжности, по възможност от педиатри със специалност, оптимално работно време за участък на педиатъра и сестрата, осигуряване на транспорт и звена за манипулация по домовете; индикациите за разкриване на ДС - добрите или много лоши битови условия, диспансеризирани деца, неопитни-

те майки, проблемните семейства, инфекциозните болести, отказващите болнично лечение, живеещите далеч от поликлиниката и осиновените деца; влиянието на някои медико-биологични, социални и медико-психологични фактори в семейството; намаляване на средната продължителност на лечение на едно дете в сравнение с болничния стационар и увеличаване средния брой посещения от педиатър и сестра; подобряване на консултативната помощ; нецелесъобразно прилагане на антибиотици при децата на ДС; разширяване ползването на експресните лабораторни тестове; подобряване наблюдението на по-важните симптоми на болестите, приложението на домашната диета и физиотерапия, медицинската (увеличаване броя на децата с пълно оздравяване) и икономическата ефективност (намаляване стойността на медикаментозната терапия при едно дете на ДС и при един леглоден, в сравнение с болничния стационар). Извършеното социологическо проучване сред майки и участъкови педиатри е доставило информация, позволяваща да се вземат управленчески решения за по-нататъшно усъвършенстване на ДС.

ПО БЪПРОСА ЗА ПРЕУСТРОЙСТВОТО НА СТАЦИОНАРНАТА
ПОМОЩ В НРБ
Б. Китов

Съгласно програмните документи за преустройството на стационарната помощ в нашата страна се предвижда създаване на болници за различни контингенти болни в зависимост от степента на тежест на състоянието им. За рационално структуриране на легловия фонд са необходими данни за величината на съответните контингенти болни. В резултат на проведени проучвания бе установено, че 24,5% от постъпващите болни са в тежко състояние, 33% - в средно и 43,5% - в леко. Установи се също така, че 3,3% от постъпващите болни се подлагат само на изследване, 19% са със заболяване в остър стадий, а 81% в хроничен. Получените резултати ще послужат за планиране и управление на легловия фонд на стационарните звена от нов организационен тип.

ПОТРЕБНОСТИ ОТ ЗДРАВНА ПОМОЩ И РАЗВИТИЕТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

З. Чучулиева, П. Балабанов, Ел. Ненчева,
Евг. Павлова, Б. Симова, Д. Янкова

Свързващо звено между здравето състояние на населението и системата на здравното дело са здравните потребности. Тяхното установяване по лица помага да се видят най-съществените проблеми на развитието на здравеопазването. Така например около 57% от населението се нуждае от амбулаторно и стоматологично лечение, т.е. амбулаторно-поликлиничната помощ следва да се развива с предимство и през следващите години. Потребност от санаториално лечение имат 26,54% от лицата, а се задоволяват едва 17% от тези потребности. Това поставя проблема за изработване на национална програма за развитието на санаторно-курортната помощ. Проблемът става още по-значим като се има предвид, че 8,91% от населението се нуждае от физиотерапевтична и рехабилитационна помощ. Потребност от диспансеризация по повод на заболяване имат 37% от лицата, а тя се удовлетворява почти наполовина. В настоящия етап от развитието на здравеопазването се задоволяват напълно нуждите от хоспитализация (15,01% от лицата). Потребности от лечебно хранене имат 26,49% от лицата, от социален патронаж – 1,52% и от трудоустройство (вкл. бременни и майки) – 6,52% от тях, но тези потребности се задоволяват едва в 7-8%. Приведените данни създават основа за оценка на достигнатото равнище в задоволяването на здравните потребности и оттам за преценка на ефективността на съществуващите методи и форми на медицинската помощ.

УСЪЪРЪШЕНСТВУВАНЕ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧНАТА ПОМОЩ НА НАСЕЛЕНИЕТО И ПРЕУСТРОЙСТВОТО В ЗДРАВЕ- ОПАЗВАНЕТО

Игн. Добрев, З. Чучулиева

Една от важните цели на започналото у нас преустройство на здравеопазването е решаването на основните проблеми, характеризиращи здравето на населението, т.е. постигането на по-добър социален и икономически здравен ефект. Особено актуални са промените, които ще настъпят в амбулаторно-поликлиничната помощ и преди всичко в участъковата здравна служба. С въвеждането на системата

на семейния лекар нейната дейност коренно ще се промени. Това ще става етапно с преминаване през един преходен период, характеризиращ се със: 1) свободен избор на лекар; 2) разширяване функциите на участъковия лекар чрез усвояване на необходимите знания по основните медицински специалности. Семейният лекар трябва да играе не само координираща и интегрираща роля, но и да изследва, лекува и консултира, да провежда профилактични и рехабилитационни мероприятия. В този аспект ще се променят правата и задълженията на семейния лекар. Очаква се да настъпят коренни промени във функциите на поликлиниката - тя ще се превърне в център за оказване на висококвалифицирана консултативна и рехабилитационна помощ на населението.

ХОРАТА В ТРЕТАТА ВЪЗРАСТ - ОБЕКТ НА ЗДРАВНО ОБСЛУЖВАНЕ В ПРАКТИКАТА СЕМЕЙЕН ЛЕКАР

З. Глутникова

Въз основа на данни от проведения експеримент "Здраве и здравно обслужване на семейството" в една териториална градска поликлиника са проучени здравните проблеми, които поставят за решаване хората от третата възраст и техните семейства. За периода 1986-1988 год. относителният им дял е значителен и показва тенденция за нарастване. При това процентът на жените преобладава в сравнение с този на мъжете. Здравните проблеми на лицата в тази възрастова група са разгледани в зависимост от вида и множествеността на заболяванията, от които те страдат. Направена е оценка на тяхното здраве на фона на характеристиката на техните семейства според числеността им, живеещите в тях генерации и други проблемни членове като деца, работещи, тежко болни и инвалиди. Познаването на здравните проблеми и произтичащите от тях здравни потребности на хората в третата възраст, съобразени с условията и характеристиките на техните семейства, е важна предпоставка за един по-адекватен подход на семейния лекар за цялостното познаване и комплексно решаване на здравните проблеми на тези хора.

СЕМЕЕН СТАТУС, ПОТРЕБНОСТ ОТ МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ И РОЛЯТА НА СЕМЕЙНИЯ ЛЕКАР

Ел. Ненчева, Евг. Павлова, Б. Симова, З. Чучулева,
П. Балабанов, Д. Янкова

През 1986 г. се проведе репрезентативно проучване на здравното състояние и здравните потребности на населението в НРБ. То обхваща около 22 000 души и даде възможност за комплексно изследване на здравното състояние на населението във връзка с неговия семеен статус.

Във възрастта 15-24 г. 81,72% от неженените нямат хронични заболявания и не се нуждаят от медицинска помощ. В същата възраст при женените в I брак с почти около 6% е по-нисък дялът на лицата без хронични заболявания (76,00%), като различията между двете семейни групи са достоверни ($5 > 0,05$). В следващата възрастова група - 25-34 г. се запазва значимостта на различията между разглежданите два типа семейно положение - без хронични заболявания са съответно 68,62% срещу 60,43%. Такава закономерност се наблюдава и в следващите възрастови групи. Това показва, че основната клетка на обществото - семейството - е тясно свързана с потребността от медицинска помощ. Закономерностите в това отношение следва да се изучават, за да се подпомогне работата на бъдещия семеен лекар. Нуждата от редовна медицинска помощ е в по-голяма зависимост от възрастта, отколкото от семейното положение, като и тук, разбира се, има различни нюанси.

ИЗНАСЯНЕ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ - ЕДИН ОТ ПЪТИЩАТА ЗА СЪЛИЖАВАНЕ НА МЕДИЦИНСКОТО ОБСЛУЖВАНЕ НА СЕЛСКОТО С ТОВА НА ГРАДСКОТО НАСЕЛЕНИЕ

Б. Дочев

С цел да се подобри специализираната медицинска помощ за селското население Министерството на народното здраве нареди оказване на такава помощ под формата на прием по желание, което е свързано и с известни средства, давани от здравеопазването. Затова е необходимо да проучим икономическата ефективност от тази наша дейност. Проблемът за уеднаквяване на условията, начина и равнището на живот в града и селото не се свежда само до преодоляване на

различията в културните и битовите условия на населението в тях. Навлизането на промишления начин на селскостопанско производство, както и издигането на културата на живота в селото, подобряването на условията на труда, бита и повишената необходимост на селското население значително увеличиха изискванията към получаваната медицинска помощ. В нашата страна с развитието на социалистическото здравеопазване на селското население е осигурена възможност да получава медицинска помощ на всички нива на здравната служба – селските здравни заведения, общинските болници, първостепенните районни болници и републиканските здравни заведения.

**ДНЕВНИЯТ СТАЦИОНАР – АЛТЕРНАТИВАН ВАРИАНТ
НА ТРАДИЦИОННАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ**
Н. Фесчиева, Е. Мутафова, Л. Коева

Един от подходите за разрешаване на проблема за оптимално задоволяване на потребностите от стационарната помощ е търсенето на алтернативни организационни форми, надеждни в медицински аспекти, и икономически изгодни. Дневният стационар се разглежда като такава форма, тъй като е съчетание на технологични приложения на съвременната медицинска наука с адекватни организационни решения. Повишената ефективност при него се обсъжда като резултат от редица условия, като: подбор на контингент и точни цели, утвърден алгоритъм за диагностично-лечебни процедури, определяне мястото на дневния стационар в комплексните грижи за болния. На базата на конкретен опит се анализират медико-икономически показатели за дейността на 3 типа дневни стационари. Посочва се мястото на дневния стационар за формиране на адекватно здравно поведение при хронично болните.

**ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ В ДНЕВЕН СТАЦИОНАР – СТРАТЕГИЯ
ЗА ИНТЕНЗИВНО ИЗПОЛЗВАНЕ НА БОЛНИЧНИЯ СТАЦИОНАР**
М. Милева, Г. Маринкова, Т. Георгиев, Б. Китов

Описани са резултатите от анкетно-статистическо проучване на мненията на 217 лекари, обхванати в стационара и болничните заведения в Благоевград и Видин и в 4 необединени поликлиники в София.

Според 60,0% от анкетираните лекари внедряването на дневния стационар е сериозен резерв за интензивно използване на болничния стационар. Посочват се предимствата и някои отрицателни страни на дневния стационар. Описани са заболяванията, които са подходящи за лечение в дневен стационар, като изострени хронични гастрити и колити, изострени хронични белодробни заболявания, леки и умерени артериални хипертонии и др. Разгледани са и някои социални показания, като многодетни майки и пациенти, които се грижат за възрастни родители, и отсъствието им от дома за по-дълъг период е невъзможно.

ТЪРСЕНЕТО НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ ОТ МЪЖЕТЕ И ЖЕНИТЕ

Е. Шипковенска

Проведено е проучване в община "Люлин" – София, през 1989 г. с цел изучаване на заболяемостта на населението и респ., търсенето на медицинска помощ. При определяне честотата на посещенията при лекаря са взети предвид не само обръщенията по повод заболяване през годината, но и участието на мъжете и жените в масови профилактични прегледи. Проведено е интервю с 886 души с оглед преценяване на собственото здравно състояние от анкетираните в момента и отговорността им за собственото здраве. Получените резултати свидетелствуват, че жените по-често посещават лекаря не само по повод на заболяване, но и за профилактичен преглед. Честотата на заболяванията при жените превъзхожда тази на мъжете. Различията са най-силно подчертани във възрастовите групи 30–39 години. По отношение отговорността към собственото здраве жените отново проявяват по-голямо внимание за здравето си: над 50% подчертават, че до известна степен променят начина си на живот (контролират храненето си, употребата на кафе, алкохол, пигари). В същото време 42% от мъжете споделят, че определено биха могли да направят повече за здравето си, но не го вършат, а 19% смятат, че не могат много да направят за собственото си здраве. Трудно би могло да се определи дали жените действително имат по-често оплаквания, които повишават обръщаемостта им за медицинска помощ, или са по-наблюдателни по отношение на някои ранни симптоми и са готови по-лесно да възприемат ролята на болни.

МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА ЛЕЧЕНИЕТО НА БОЛНИ
СЪС СОЦИАЛНОЗНАЧИМИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ДОМАШЕН СТАЦИОНАР
М. Милева, Г. Маринкова

Анализирани са някои резултати от проучване на организацията на домашния стационар, провеждан при лица над 14 навършени години от 2 необединени поликлиники в София. В структурата на лекуваните болни по видове заболявания 76,1% се падат на болни със социално-значими заболявания. Преобладаващата част от болните са лекувани на домашен стационар над 20 дни. Установява се необходимост от увеличаване броя на домашните посещения от медицинските сестри, увеличаване на лабораторните и рентгеновите изследвания на болните, осъществяване на тясна връзка между поликлиниката и стационара за долекуване на болни след стационарно лечение, съобразяване на продължителността на лечението и наблюдението в дома с характера и тежестта на заболяването, осигуряването на диетична храна и транспорт. Множеството проблеми, които поражда лечението на болни със социалнозначими заболявания на домашен стационар могат да бъдат решени с комплексен подход при отчитане на всички медицински, социални, организационни, професионални и други фактори.

ОТНОСНО ОРГАНИЗАЦИЯТА И ЕФЕКТИВНОСТТА НА КОНСУЛТАТИВНАТА ПОМОЩ, ОКАЗВАНА НА ТЕРАПЕВТИЧНО БОЛНИТЕ
В НЯКОИ ПОЛИКЛИНИКИ В ГР. СОФИЯ
К. Кырлов, Ел. Ненчева

Настоящото съобщение е част от по-голямо научно проучване, чиято цел е търсенето на нови възможности за подобряване на качеството и ефективността на консултативната помощ на поликлинично болните. Проучването е осъществено в три самостоятелни поликлиники на гр. София. Необходимата информация е събрана с помощта на специално разработени карти, попълвани от лекарите консултанти. Обект на наблюдение е контингентът от болни, изпратени от участъкови и цехови лекари за консултация в терапевтичните консултативни кабинети на трите поликлиники. Въз основа на събраната информация относно организацията на консултативните прегледи в дадените здравни заведения, подготовката на болните за консултация по отношение обема на извършените параклинични изследвания и необходи-

мата документация, целесъобразността от изпращането им при съответния специалист, броя на консумираните дни с временна нетрудоспособност, съпадението между диагнозите, поставени от двете категории лекари, и др. се правят целесъобразни препоръки за усъвършенстване на консултативната медицинска помощ.

ПРОБЛЕМИ НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ ЗА ТЕРМИНАЛНО БОЛНИТЕ

С. Николова, Н. Ташкова, Л. Иванов

Чрез интервю са обхванати 222 терминално болни (121 в стационара и 101 в дома), техните близки, лекуващите лекари, секторните сестри (в стационара) и като експерти – зав. отделенията. Всички те оценяват оказаната медицинска помощ и определят потребностите от такава. Основният извод е, че тя не е на необходимото ниво: участъковият лекар не изпълнява ролята си на основна интегрираща фигура в медицинското обслужване на терминално болните; ниска (често липсваща) активност на наблюдението на болния в дома му, осъществявано от участъковия лекар и особено от специалистите от поликлиниката (положителна оценка за участъковия лекар дават 58,3% от болните и 55,7% от експертите); недостатъчно наблюдение в дома, осъществявано от диспансерите; незадоволително (в 76,4% липсващо) участие на участъковия лекар в организирането на хоспитализацията на болните; несвоевременност на хоспитализацията на терминално болните – в 45,7% (18,4% по вина на болния и близките и 14,9% на амбулаторно-поликлиничното звено) – повече от една трета се хоспитализират в неподходящо отделение или здравно заведение; недоволство от работата на сестрите изразяват 34,9% от болните в стационара; положителна оценка на лечебно-диагностичния процес в стационара дават 49,1% от болните (30,3% не могат да преценят), лекарите – за 70,5% и зав. отделенията – за 59,7% от терминално болните.

ДОМАШЕН СТАЦИОНАР – СЪСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВИ

Т. Чолакова, С. Христова

През 1988 г. броят на леглата за домашен стационар достига 4766, като осигуреността с този вид легла нараства на 5,3 на 10 000 души от населението. Успоредно с увеличаването на легловия фонд за домашен стационар продължава и тенденцията към все по-тясната му

специализация. Анализът на използваемостта на леглата за домашен стационар показва увеличаване на този показател за неврологичните легла от 260 на 268 дни; на хирургичните – от 243 на 388; на акушеро-гинекологичните от 240 на 265 и т.н., като използваемостта на хирургичните и акушеро-гинекологичните легла е по-висока от тази в стационара. Интензитетът на хоспитализация на болните на домашен стационар достига 1,15 на 100 души от населението или 1/20 от хоспитализациите се осъществяват в домашния стационар. През 1988 г. от домашен стационар са изписани 89 273 болни. Водеща причина за хоспитализация са болестите на дихателната система, чиято честота достига 0,65 на 100 души, следвана от болестите на сърдечно-съдовата система – 0,11, болестите на пикочно-половата система – 0,06 и т.н. Средната продължителност на престоя на лекуваните на домашен стационар е най-голяма при болните с психични смущения – 27,19 дни, но в сравнение със стационарно лекуваните е около два пъти по-ниска, което потвърждава необходимостта от тази форма на стационарна помощ, при която се осигурява, от една страна, наблюдение и болнично лечение, и, от друга – се постига по-пълно удовлетворяване на потребностите на населението от такъв вид помощ.

ПРОБЛЕМИ НА ДОМАШНИЯ СТАЦИОНАР

Цв. Алексиева, К. Недев, Л. Асенов, М. Белчинова

Задачата на проучването е да разкрие проблемите на хронично болните при лечение в домашни условия. Използвано бе полувободно интервю на хронично болни. Анкетирани са 100 хронично болни от различни полклайдики в гр. Русе. Обхванати са предимно болни със социалнозначими заболявания (относителен дял на болните със заболявания на дихателната система – 30%, на сърдечно-съдовата система – 21%). Пациентите заявяват, че домашният стационар е предпочитана форма за лечение при обостряне на заболяванията, особено при заболяване на дихателната, храносмилателната и сърдечно-съдовата система. Хронично болните дават положителна оценка на лечението в условията на домашния стационар, но същевременно изискват ежедневно наблюдение от медицински работник, осигуряване на диетично хранене и безплатно медикаментозно лечение. Изследваната група пациенти проявява активност при оценка организацията на медицинското им обслужване в домашна обстановка.

КАЧЕСТВО НА ДИСПАНСЕРНОТО НАБЛЮДЕНИЕ, ПРЕЖИВЯЕМОСТ И ТРУДОСПОСОБНОСТ ПРИ БОЛНИ, ПРЕКАРАЛИ МИОКАРДЕН ИНФАРКТ

Г. Грънчарова, Р. Кермова, Ст. Пенков

Проучени са 992 болни, прекарали остър миокарден инфаркт и наблюдавани в продължение на 3 години. Проследена е съдбата на 614 лица, пряко наблюдавани и лекувани от специалист кардиолог и 378 лица, лекувани в районни болници и диспансеризирани по местоживее от участъков лекар. Последните са консултирани един път годишно от кардиолог. Сред групата болни, прекарали остър миокарден инфаркт и наблюдавани от лекар неспециалист, след 3-тата година са преживели 61,4% от диспансеризираните лица, а сред наблюдаваните от специалист кардиолог – 79,2% ($P < 0,05$). Достоверно по-висок относителен дял е установен и по отношение на завърналите се на работа след заболяването лица, наблюдавани от специалист кардиолог в сравнение с наблюдаваните от участъков лекар. На основата на конкретните данни от проучването се правят изводи за голямото значение на диспансеризацията на болните, прекарали миокарден инфаркт, от специалисти кардиолози и необходимостта от усъвършенстване на амбулаторната кардиологична помощ.

ОТНОСНО НЕОБХОДИМОСТТА ОТ СЕМЕЙНА ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРИ БОЛНИ С МИОКАРДЕН ИНФАРКТ

Р. Кермова, Г. Грънчарова, Ф. Григоров

Проучена е заболяемостта от исхемична болест на сърцето (ИБС) сред 2264 първостепенни родственици на 465 болни от миокарден инфаркт и сред контролна група от 786 първостепенни роднини на 103 клинично здрави лица. Диагнозата ИБС е поставяна съгласно критерията на СЗО. Данните са нанасяни на специални карти, включващи редица социални фактори, клинични, биохимични и функционални показатели. Установена е значително по-висока заболяемост от ИБС сред първостепенните родственици на болните с миокарден инфаркт в сравнение с тези от контролната група ($P < 0,001$). Миокардният инфаркт се среща в 8,57% сред роднините от първата група и само в 0,98% при контролната група ($P < 0,001$). Заболяемостта сред братята и сестрите на болните е 32,59% при 14,36% за контролната група (P

<0,001). Честотата на ИБС сред сестрите на болните с миокарден инфаркт е 34,61% при 9,78% за контролната група ($P < 0,001$). Честотата на вегетативната дистония от хипертоничен тип сред синовете и дъщерите на болните с миокарден инфаркт достига 29,55% при 14,89% за контролната група, а артериалната хипертония се среща съответно в 12,88% и 4,26% ($P < 0,001$). Получените данни подчертават важно-то практическо значение на генетичните изследвания при болни с миокарден инфаркт с оглед ранно откриване на рисковите контингенти и обосновават целесъобразността от провеждане на семейна диспансеризация при тях, с което би се повишила ефективността на първичната и вторичната профилактика на миокардния инфаркт.

ПРЕОЦЕНКА И ПРЕОРИЕНТАЦИЯ В СТРАТЕГИЧЕСКИТЕ НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИЦИНАТА

Ив. Красналиев

Разглежда се промяната на стратегическите направления на медицината в транскултурален аспект. Обсъждат се не само тенденциите в социалистическите и европейските страни, но и постигнатото и претвореното в практиката на много от напредналите страни по света. Обект на изследване са ранжираните мероприятия в областта на профилактиката, научно-техническият прогрес, намерил място в диагностика, лечение и рехабилитация на различни нива, проблемът за информационния шум в медицината и преосмислянето на нормативите около икономиката и управлението на здравеопазването. Особен интерес представляват проблемът за общата и семейната медицина в светлината на натрупания в чужбина опит, както и икономическите проблеми, свързани с националните програми за здраве до 2000-та година. Посочва се промяната в стратегията на здравеопазването във връзка с новата дисциплина социална екология.

МЕДИЦИНАТА И НАЦИОНАЛНИТЕ ПРОФИЛАКТИЧНИ ПРОГРАМИ - ОСНОВЕН ПОДХОД В РАБОТАТА С ХРОНИЧНИТЕ НЕИНФЕКЦИОЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Ив. Яначков, Г. Цанев, Ст. Гладилев, Ел. Шипковенска,
Л. Касева

Направен е сравнителен анализ на методичните подходи, използ-

вани в международните програми МОНИКА, СИНДИ, ЕРИКА, ИНТЕРХЕЛТ и националните програми на САЩ, Финландия и СССР за борба с хроничните неинфекциозни заболявания. Отбелязва се, че независимо от някои специфични особености на програмите, общата им цел е да се установи възможно ли е посредством насочени лечебно-профилактични мероприятия и здравно възпитание да се намали рискът от появата на масовите хронични неинфекциозни заболявания сред определени групи от населението. Посочват се положителните резултати от приложението на програмите по отношение снижението на заболяемостта и смъртността от сърдечно-съдовите заболявания. Така за 10-годишен период на наблюдение смъртността от сърдечно-съдови заболявания в САЩ намалява с 28%, във Финландия – с 12% при мъжете и с 26% при жените, в Австралия и Нова Зеландия – с 23%, и т.н. Наред с това се отчитат и определени трудности за изясняването на степента на риска от възникването на най-разпространените хронични неинфекциозни заболявания.

ЛЕКАРЯТ КАТО ОБЕКТ НА ИЗУЧАВАНЕ –

ТРУД, БИТ, ЗДРАВЕ

П. Тодорова, Й. Красналиев

Разглеждат се някои аспекти от труда, бита и здравето. С всяка измината година се променят условията на труд на лекарите, което е свързано с научно-техническата революция и въвеждането на нови дисциплини. Интензификацията на лекарския труд засяга всички структурни звена и сфери на дейност. Технизацията в медицината увеличава относителния дял на времето, което следва да се отдели за квалификация. Увеличават се формите на квалификация "на място", а се затруднява специализацията във висшите учебни заведения. Особено са затруднени общопрактикуващите лекари. Създаването на нови специалности и въвеждането на АСУ променя много от програмите на обучение в институтите, като създава и допълнителни трудности за лекарите. Липсва синхронизация между обучението на лекарите и на помощния персонал. Всичко това се отразява и на здравето на лекарите, които невинаги успяват да съчетават медицинския труд с бързите темпове на специализация и преквалификация. От друга страна, битовото устройване на лекарите и тяхната финансова обезпеченост не съответствуват на възможностите и изискванията на общест-

вото. В бюджета на своето свободно време лекарят отделя много часове за задоволяване на битови нужди, а много често отделя малко внимание на собственото си здраве. Иакар и неантагонистични, проблемите на труда, бита и здравето на лекарите пораждат и виктимологични проблеми.

СТИМУЛИРАНЕ НА ДОБРИТЕ СТУДЕНТИ – РЕЗЕРВ ЗА ПОВИШАВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА ПОДГОТОВКАТА НА БЪДЕЩИТЕ ЛЕКАРИ

Л. Гатева, Н. Петрова

Студентите, които проявяват специални интереси към определени медицински дисциплини, заслужават особено голямо внимание от страна на преподавателите. Още в самото начало на клиничната и предклиничната подготовка на тези студенти трябва да се създават условия за задълбочаване на тези интереси. За такива студенти, особено сега при академичната автономия на висшите медицински институти, трябва да се организират специални и факултативни курсове, в които да се преподава на по-високо ниво, индивидуални планове, самостоятелни научноизследователски задачи. Същевременно трябва студентите да се запознаят целенасочено с техниката и методите на научна дейност, да се осигури регламентирано свободно време за творческа и клинична работа, да се стимулира самостоятелното изучаване на определен обем учебно съдържание, както и участие в научни форуми. Задачите, които се поставят на студентите през курса на обучение, трябва постепенно да се усложняват и да се повишават изискванията към резултатите от тях. Този подход ангажира много повече и самите преподаватели, изисква се приемственост между катедрите, за да може тези студенти да се изведат с общи усилия до възможно най-високо ниво на теоретична и практическа подготовка.

ЕДНА ПОДЦЕНЕНА НАСОКА В МЕДИЦИНСКОТО ОБРАЗОВАНИЕ

Н. Петрова, Л. Гатева

Медицинската професия поради самото си естество изисква от тези, които я упражняват не само солидни специални знания и умения, но и високи нравствени качества на личността. Тази особеност е необходимо да се взема под внимание както при подбора на сту-

дектите, така и в процеса на обучение, който същевременно е и възпитателен процес. При сегашния начин на обучение студентите получават минимални, откъслечни познания върху психологичните и социалните проблеми на болните и върху нормите и принципите на медицинската етика и деонтология. Тези познания са предимно на информативно ниво в единични занятия, учебната програма не осигурява възможност за целенасочено формиране на деонтологично издържано професионално поведение. Това е една от причините, поради което в медицинската практика се наблюдават не малко случаи на повърхностно, чиновническо отношение към професията, дефицит на милосърдие и хуманизъм в отношението към болните и техните близки. Зачестяват оплакванията от пациенти и близките им за взаимоотношенията лекар - болен. Тези негативни явления се отчитат както от преподавателите, така и от студентите.

Препоръчително е в програмата за обучение да бъдат включени като задължителни дисциплини системни курсове по медицинска психология и по обща медицинска етика и деонтология преди влизането на студентите в етапа на клинично обучение и контакта им с болните. Въпросите на специалната деонтология трябва да са неразривна част от обучението по всяка клинична дисциплина. В студентското обучение е полезно да се въведат факултативни курсове по медицинска социология, право, философия (в смисъл на исторически преглед на философските течения и влиянието им върху медицинската наука). В курсовете за следдипломна квалификация е належащо да се разглеждат етико-деонтологичните проблеми на отделните специалности.

ОТНОШЕНИЕТО НА СТУДЕНТИТЕ МЕДИЦИ КЪМ НЯКОИ НОВИ АСПЕКТИ НА ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА

Ст. Маркова, Ю. Маринова, Св. Димитрова, К. Пеева

Извършено е социологическо проучване на мнението и отношението на студентите петокурсници от ВМИ - гр. Стара Загора, по някои нови аспекти в политиката за развитие на здравеопазването. Особено внимание е отделено на следните въпроси: 1) семейният лекар - основна фигура на здравеопазването; 2) оказване на допълнителна здравна помощ от лекаря срещу заплащане; 3) потребност на практическото здравеопазване от обучение по дисциплината "социални хигиена" във висшите медицински институти. Прави се опит проблемите

да се анализират не само в организационен и икономически аспект, но и от позициите на лекарския морал. Резултатите се съпоставят с тези от подобно изследване от 1988 г.

ИЗБОР НА ПРИОРИТЕТИ ПРИ ПЛАНИРАНЕ НА НАУЧНИТЕ ИЗСЛЕДВАНИЯ В МЕДИЦИНАТА

Е. Павловска

В основата на разработването на оптимална стратегия на научните изследвания в областта на медицинската наука и здравеопазването стои определянето на приоритетни научни направления. Това позволява органите на управлението и планирането на медицинската наука да създават в избраните перспективни научни направления продуктивен научен потенциал. В съобщението се прави критичен анализ на използваните през последните години методи за определяне на приоритетни направления. Предлага се методика за избор на приоритети, базираща се върху анализа на световни информационни масиви от медицински публикации. Методиката включва следните процедури: създаване и обработване на локален масив в конкретна област на медицината на РС IBM/AT; определяне на временни интервали на проучването, морфологичен анализ и нормиране на лексиката на научните документи от масива; създаване на честотни речници от термини, характеристики за дадената научна област, анализ и обработване на честотните речници от термини и групиране на термините в зависимост от динамичната характеристика на тяхната честота; предоставяне на заключения за ново развиващо се направление на изследванията в анализираната област. Посочват се резултати от приложението на методиката в областта на "Медицинската биотехнология".

СИМУЛАЦИОННИТЕ МОДЕЛИ В УПРАВЛЕНИЕТО НА ЗДРАВООПАЗВАНЕТО

Ел. Петкова

Математизацията на науката е атрибут на съвременното развитие. С помощта на математически модели, вместо с масови емпирични и организационни експерименти, варианти на решаването на проблемите се реализират с добре осмислени алгоритми, правилно поставена концепция и електронноизчислителна техника. Един от най-ефективните

управленчески методи се явява симулационното моделиране. Изчислените модели, отразяващи отделни елементи от дейността на здравната мрежа, дават възможност за: оценка на варианти решения на текущото управление; варианти на прогнози на управляеми процеси; доказване ефективността на здравни мероприятия и програми; оценка ефективността на здравната система. Авторът разглежда приложението на симулационното моделиране за нуждите на управлението на здравеопазването, като разглежда основните проблеми и евристични качества на метода.

ДЕМОГРАФСКИ АСПЕКТИ НА НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВНИ СТРАТЕГИИ NATIONAL HEALTH STRATEGIES. DEMOGRAPHIC ASPECTS

ПРОБЛЕМИ НА СМЪРТНОСТТА В БЪЛГАРИЯ Хр. Грива

Анализира се развитието на общата смъртност в България през последните 15-20 години. Очерталата се негативна тенденция на нарастване на смъртността се разглежда в светлината на демографския режим на възпроизводството на населението. Извършени са изследване в оценка на състоянието и динамиката на смъртността от основни социалнозначими заболявания (новообразувания, захарен диабет, болести на органите на кръвообращението, мозъчно-съдова болест, болести на дихателната система, травми и отравяния) в България и някои дунавски страни (Австрия, ФРГ, Унгария, Румъния и Югославия). Обръща се внимание на темповете на прираст на смъртността от тези причини за последните 12-13 години. Анализират се различията между наблюдаваните страни по отношение на диференциалната смъртност по пол и причини за умирање.

РАЗВИТИЕ НА ДЕТСКАТА СМЪРТНОСТ В ДУНАВСКИТЕ СТРАНИ

Й. Василева, Кр. Дикова

Анализирано се състоянието и динамиката на детската смъртност (общо и по пол) в България, Австрия, ФРГ, Чехословакия, Унгария, Румъния и Югославия през 1975 - 1987 г. В началото на разглеждания период най-висок е интензитетът на умираанията сред децата до 1 година в Югославия - 39,7 на 1000 живородени, а най-нисък във ФРГ - 19,8 на 1000 живородени. При проследяване на динамиката на показателя за последните 13 години се наблюдава значително снижение на детската смъртност във всички страни. Резултатите показват, че най-високи са темповете на снижение на интензитета на детската смъртност във ФРГ (58,1%) и Австрия (51,7%), а най-малко е намалението на показателя в Румъния (18,5%). От характеризирането на детската смъртност според пола на починалите деца се вижда, че интензитетът на умираанията сред момчетата е по-висок, отколкото сред момичетата, но както при момчетата, така и при момичетата смъртността проявява тенденция на снижение.

СМЪРТНОСТ СРЕД ДЕЦАТА ОТ 1 ДО 14 ГОД. В ДУНАВСКИТЕ СТРАНИ ЗА ПЕРИОДА 1975 - 1987 ГОДИНА

Кр. Дикова, Й. Василева

В настоящия материал се разглежда изменението на смъртността сред децата от 1 до 14 години по възрастови групи, по пол и някои основни причини за смърт. Данните показват, че нивото на смъртност във възрастовата група 1 - 4 год. е значително по-високо от това във възрастовата група 5 - 14 год. Съществени различия се наблюдават и в умираанията по пол. Смъртността сред момчетата е по-висока от тази сред момичетата. Проследява се и изменението на смъртността от някои основни причини за смърт сред този контингент от населението за посочения период. Съпоставянето на коефициентите за смъртност показва, че е налице обща за всички наблюдавани страни тенденция на снижение на смъртността за периода 1975-1987 г. В отделните страни темповете на снижение са различни. Не особено благоприятното развитие на този процес в нашата страна налага борбата за снижаване на смъртността да се води активно не само във възрастовата група 0-1 год., а да продължи и в следващите

възрасти (1 - 4 год.), където нивото на смъртност е относително високо.

СТРУКТУРА НА СМЪРТНОСТТА СРЕД НАСЕЛЕНИЕТО ОТ
РУСЕНСКИ РАЙОН ПРЕЗ ПЕРИОДА 1980-1988 ГОДИНА
ВЪВ ВЪЗРАСТОВ И НОЗОЛОГИЧЕН АСПЕКТ

З. Рашева

Въз основа на данните за умиранията по причини и възрастови групи е анализиран показателят смъртност по възрастови групи в Русенски район през периода 1980-1988 г. Проследена е структурата на смъртността по отделните възрастови групи по причини. Анализът на смъртността и нейната структура в Русенски район за периода 1980-1988 г. даде възможност да се направят следните по-съществени констатации: 1) за периода 1980-1988 година в Русенски район показателите за смъртност нарастват за възрастовите групи 1-14 год., 40-59 год. и над 60 год.; 2) травмите и отравянията заемат първо място като причини за умиранията във възрастовите групи 1-14 год., 15-19 год., 20-29 год. и 30-39 год.; 3) заболяванията от новообразувания проявяват тенденция за поява в по-млада възраст, като във възрастовата група 1-14 год. и до края те са на второ място в структурата на смъртността; 4) болестите на органите на кръвообращението като причина за смъртността се явяват също и в по-млада възраст и от възрастовата група 40-49 год. до края те са на първо място в структурата на смъртността; 5) болестите на дихателната система изискват съответно внимание във възрастта до 14 год., а също и във възрастовия период 15-19 год., където са на трето място в структурата на смъртността. Изводите още веднъж подчертават изключителното социално, икономическо и медицинско значение на борбата със социалнозначимите заболявания - сърдечно-съдовите, мозъчно-съдовата болест, новообразуванията, хроничните неспецифични белодробни заболявания.

ВЛИЯНИЕ НА СМЪРТНОСТТА ОТ ОСТЪР ИНФАРКТ НА МИОКАРДА
ВЪРХУ СРЕДНАТА ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ НА ЖИВОТА В НРБ И
ИКОНОМИЧЕСКИТЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ОТ ТОВА ЗАБОЛЯВАНЕ
И. Н. Николов

От социално-икономическа гледна точка е важно да се анализират не само общата динамика на смъртността на населението, но и данните за смъртността от отделни социално-значими форми на заболяване. Ето защо в работата е направена социално-икономическа оценка на последствията от смъртността от остър инфаркт на миокарда (клас VII, рубрика 410 от МКБ - ревизия 1975 г.) в НРБ през периода 1983-1985 год., тъй като това заболяване нанася сериозни щети върху здравето на населението и води до значителни икономически загуби. За изчисляване на показателя средна продължителност на предстоящия живот е използван съкратен метод. За проучвания период смъртността от остър инфаркт на миокарда съкращава средната продължителност на предстоящия живот в градовете с 1,6 години при момчетата и с 0,7 години при момчетата, а в селата с 1,54 години при момчетата и с 0,75 години при момчетата. Изчислени са и икономическите загуби във връзка със смъртността от тази нозологична единица.

СМЪРТНОСТ ОТ БОЛЕСТИ НА ОРГАНИТЕ НА КРЪВООБРАЩЕНИЕТО
В НЯКОИ КРАЙДУНАВСКИ СТРАНИ ЗА ПЕРИОДА 1981 - 1986 Г.

Кр. Кумев, Евг. Павлова

Авторите провеждат ретроспективно проучване върху смъртността от болести на органите на кръвообращението за период от шест години в страните България, Австрия, Чехословакия, ФРГ, Унгария, Румъния, Югославия. Като източник на данни са използвани официалните статистически справочници на СЗО, усреднени за периода. Получените данни са анализирани по пол и възрастови групи - за ИЕС (410 - 414) и МКБ (430 - 438). Установи се, че във възрастта 45-54 год. мъжете умират от два до три пъти по-често отколкото жените, като при ИЕС различията се задълбочават до пет и повече пъти. Най-висока честота на умираанията в класа и по групи болести общо и във възрастта 45-54 год. има в Унгария (ИЕС 170,4‰) и най-ниска във ФРГ (ИЕС - 76,7‰).

ПО ВЪПРОСА ЗА ВЪЗМОЖНОСТИТЕ ЗА РЕАЛИЗАЦИЯ
НА ЖЕЛАНИЯ БРОЙ ДЕЦА В СЕМЕЙСТВОТО
Л. Петкова

Поради актуалността и значимостта на проблема за желан брой деца в семейството се извърши проучване на брачната плодовитост сред кохорти млади семейства и факторите, които я обуславят от социалнохигиенен аспект. Проучиха се социалното положение, образованието, възрастта при встъпване в брак, материалното състояние, жилищните условия и промените, които са настъпили по време на брака. Установена е зависимостта на отделните фактори при формиране желан брой деца в момента на встъпване в брак, първите пет години от съвместния брачен живот и в момента на проучването, като е приложен непараметричен анализ по логаритмично-линеен модел. Проучи се още желаният и фактическият брой деца по мнението на жената и мъда, причините, поради които не желаят повече деца и средствата за предпазване от забременяване. Средно за цялата кохорта на 100 жени се падат 271 бременности и 184,1 раждания. Разпределението на ражданията в зависимост от образованието е: основно – 209,1 на 100 жени; със средно образование – 185,7; със средно специално и полувисше 182,1 и с висше образование – 173,7. Анализирайки броя на ражданията на 100 жени в зависимост от възрастта при сключване на граждански брак, се установи: до 19 год. – 186,9 раждания, на 100 жени, от 20–24 год. – 183,7 и във възрастовата група 25–30 год. – 160,0.

СМЪРТНОСТ ОТ БОЛЕСТИ НА ДИХАТЕЛНАТА СИСТЕМА
В НЯКОИ КРАЙДУНАВСКИ СТРАНИ ЗА ПЕРИОДА 1981–1987 Г.
П. Купев

Авторът проучва структурата и динамиката на смъртността от болести на дихателната система в крайдунавските страни (с изключение на Молдавска ССР). Установява, че в структурата на класа "Болести на дихателната система" с най-голямо относително тегло са групите на пневмонията и хроничните бронхити, включително емфизем и астма. Последните заемат в различните страни от 70 до 80% от всички умиралия в този клас. Това определя и тяхната важност при насочване на профилактичните мероприятия в борбата с тяхното намаляване. Анали-

зът на данните в динамика показва значителни различия. В някои страни като Австрия – смъртността значително намалява; в НРБ е налице колеблива тенденция към намаление; в Чехословакия – тенденция към стационаране и т.н. Унгария, в сравнение с другите крайдунавски страни, се отличава с много нисък показател на смъртността от пневмонии и значително по-висок от хронични бронхити, астма и емфизем. Това ни навежда на мисълта, че са налице известни различия при групирането и регистрирането на данните за смъртността от тези заболявания. Големи различия се наблюдават между отделните крайдунавски страни при смъртност от група "Други заболявания на дихателната система", където при средно за всички страни показателят е от 5 до 10‰ население, а в Румъния – 30‰. Това ни подсказва за наличие на дребни в диагностиката и групирането.

НЕУТОЧНЕНА ДИАГНОЗА В СТАТИСТИКАТА НА СМЪРТНОСТТА ПРИ МЪЖЕТЕ В АКТИВНА ВЪЗРАСТ Н. Големанов

Изследвани са в динамика относителният дял и интензитетът на умираанията с неуточнена диагноза при мъжете на възраст от 15 до 64 години в България. Обхванат е периодът 1964–1983 г. Сравнени са показателите на мъжете от градовете и селата. Относителният дял на умираанията с неуточнена диагноза не е показал зависимост от възрастта. Установено е обаче, че той е нараснал след въвеждането на Деветата ревизия на МКБ, за да достигне 4% при мъжете от градовете през подпериода 1980–1983 г. Интензитетът на умираанията с неуточнена причина е показал ясно нарастване с възрастта и е бил по-висок при мъжете от селата през по-голямата част от периода. След 1980 г. честотните показатели във всички възрастови групи са нараснали значително. През подпериода 1980–1983 г. показателите за мъжете от градовете надвишават тези за мъжете от селата и достигат съответно 19 и 17 случая на 100 000 мъже във възрастта 15–64 год. Прави се опит да се прецени значението на регистрационния фактор (въвеждането в България на Деветата ревизия на МКБ, промяна на системата за кодиране на причините за смърт и др.) при формирането на тези показатели. Авторът заключава, че установените тенденции в относителния дял и честотата на умираанията с неуточнена диагноза предизвикват тревога за качеството на медицинската помощ при населението в активна възраст.

ДЕТСКА СМЪРТНОСТ ПРИ НЕДОНОСЕНИ ДЕЦА В РУСЕНСКИ
РЕГИОН (БЪВШ РУСЕНСКИ ОКРЪГ) ПРЕЗ ПЕРИОДА 1977-
1989 Г.

Св. Досев, Д. Досев

Извършено е проучване на детската смъртност, което обхваща 271 починали недоносени деца от 50 575 живородени, от които 3027 са недоносени. Детската смъртност (ДС) сред недоносените за проучвания период (1977-1989 г.) е 89,53% живородени недоносени деца срещу 11,38% при доносените деца или 7,9 пъти по-висока. Относителният дял на недоносените деца представлява 34,24% от детската смъртност от всички починали деца. Детската смъртност при първа степен недоносеност е 43,86%, при втора степен - 100,87%, третата степен - 279,13%, а при четвърта степен - 225,81%. Ранната неонатална детска смъртност е 59,80%. Късната неонатална ДС е 14,54%, а постнеонаталната - 15,19%. Много ниска е ДС във възрастта от 6 до 12 месеца - 2,31%. Най-много са починалите деца от болести на ранното детство - 45,8% и ДС - 40,96%. На второ място са вродените малформации - 23,6% и ДС - 21,16%. На трето място са пневмоните - 14% и ДС - 12,55%, и т.н. По-нататъшното снижение на детската смъртност ще е възможно със снижението на честотата на недоносеността сред живородените.

РИСКОВИ ФАКТОРИ И ЗДРАВЕ

RISK FACTORS AND HEALTH

ПРОФИЛАКТИКА НА ЗЛОКАЧЕСТВЕНИТЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ
В РАЙОНА НА ОНКОЛОГИЧНИЯ ДИСПАНСЕР - РУСЕ
Г. Ганчева, Е. Русев, С. Бочкова, Св. Иванова

В настоящото съобщение се анализират организираниите от Онкологичен диспансер - Русе, профилактични прегледи за ранно откриване на злокачествените новообразования в Разградска област от

1971 до 1989 година. Отчетните резултати от масовите гинекологични прегледи на жените с цитонамазки и тези сред рисковите контингенти – термоблинични на млечните жлези и с хемокулт-тест, се съпоставят със заболяемостта и равната диагностика на рака на маточната шийка, млечна жлеза и дебело черво. Очертават се тенденции и се правят изводи за ефективността от всеки вид при конкретните условия на региона.

ВЛИЯНИЕ НА ЗАМЪРСЯВАНЕТО НА АТМОСФЕРНИЯ ВЪЗДУХ ВЪРХУ ЗДРАВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО

М. Тошева, Ст. Попова, Р. Чутуркова, Х. Стойчева,
Е. Мутафова

Извършено е епидемиологично проучване върху интензитета, структурата и динамиката на общата заболяемост сред населението от район с развита химическа промишленост (означен условно А) и селище в близост до горното (В) за периода 1980–1988 год. Резултатите са сравнени със заболяемостта на населението от контролно селище (С) без промишлени замърсители и близка възрастова структура. Характеристиката на замърсяването на атмосферния въздух и в двата района е направена по показателите: прах, серен диоксид, сярна киселина, сероводород, флуороводород, амоняк, азотни окиси и хлор, като за целта са използвани индексите на замърсяване по въведената у нас канадска система. Установено е високо ниво на заболяемост и в двата района спрямо контролния. При възрастното население по-висока е заболяемостта в район В, а за детското население – в район А. В динамика заболяемостта в район А се повишава с особено висок темп в края на периода. В район В заболяемостта е също с положителен базисен прираст за целия период при най-високи стойности в интервала 1983–1985 год. Потвърсена е корелационна зависимост между нивото на заболяемостта и някои от атмосферните замърсители.

ЗДРАВНО ПОВЕДЕНИЕ НА ЧЕСТО И ПРОДЪЛЖИТЕЛНО

БОЛЕДУВАЩИ ЛИЦА

Ем. Мутафова

Често и продължително боледувачите лица (ЧПБ) представляват около 4% от средносписъчния състав на работещите в основните за

град Варна отрасли, като в текстилната и машиностроителната промишленост, те съставляват съответно 8,27 и 5,45%. Анализирани са за тригодишен период показателите на заболяемостта с временна нетрудоспособност (ЗЕН). Най-висока честота на случаите при ЧПБ е регистрирана в корабостроенето, строителството и текстилната промишленост. Ранжирането на отраслите по честотата на загубените дни при ЧПБ поставя на първите места здравеопазването, строителството, химическата и текстилната промишленост. Утежнените показатели на ЗЕН при ЧПБ са съпоставени със същите за всички осигурени. Честотата на случаите при ЧПБ е 4,49 пъти по-висока, като в някои отрасли съотношението достига до стойности 5,16, 6,34, 7,57 (химическата промишленост, строителство, здравеопазването). Обсъждат се резултатите от проведеното анкетно проучване относно здравното поведение на ЧПБ. Коментира се готовността на изследваните лица и на здравната служба активно да съдействуват за промяна в жизненото поведение. Важността на излагания проблем се свързва с динамичния характер на състава на групата ЧПБ, детерминиран от социално-профилактични въздействия.

НЕРАЦИОНАЛНОТО ХРАНЕНЕ И СВЪРЗАНИТЕ С НЕГО ЗАБОЛЯВАНИЯ В НАРОДНА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ Д. Янкова

Анализира се ретроспективно официалните статистически данни за производството и консумацията на основни хранителни продукти и алкохолни напитки в България. Определя се промяната в състава на храната (витамини, минерални вещества и относителен дял на мазнините в общите дневни калории). Приложен е анализ на динамични редове. Получените резултати са съпоставени с нормите на СЗО за здравословно хранене и с резултатите в някои страни от Европейския регион. За същия период е разгледана тенденцията в заболяемостта и смъртността от сърдечно-съдови и ракови заболявания. Търси се причинно-следствена връзка между променения хранителен режим и нарасналата заболяемост и смъртност от сърдечно-съдови и ракови заболявания. Приложен е многофакторен анализ. Формулира се необходимостта от здравословен начин на хранене и от съответна хранителна стратегия.

ЗДРАВНО ПОВЕДЕНИЕ И НАЧИН НА ЖИВОТ НА ДЕТСКИТЕ УЧИТЕЛКИ

С. Даскалова, Н. Весчиева

Здравното поведение на 300 детски учителки се оценява чрез вредните им привычки, формиращи рискови фактори за някои широко разпространени неинфекциозни заболявания. Изследвано е разпространението на такива рискови фактори като тютюнопушене, наднормено тегло, прекомерна употреба на сол, ниска физическа активност, наследствена обремененост с хипертония и др. Установява се, че пушат 21% от изследваните, с наднормено тегло са 33%, 13,15% системно солят допълнително храната, 55% определят своята физическа активност като недостатъчна и 53% са наследствено обременени с хипертония. Според броя и вида на рисковите фактори у всяко изследвано лице са формирани рискови групи. Същите се съпоставят с групировка на учителките според характеристиката на бита им и бюджета на извънработното им време. Търсят се зависимости между здравно поведение и елементите на начина на живот; тип семейство, тежест на извънпроизводствените фактори и други.

ЗДРАВЕ И ЗДРАВΟΣЛОВЕН НАЧИН НА ЖИВОТ НА РАБОТНИЧКИТЕ

- ПРОБЛЕМИ И ОТГОВОРНОСТИ

Н. Весчиева, Ст. Попова, Н. Радужева

Проучено е здравето на работнички от текстилната промишленост на основа данните за ЗВН, моментната болестност и инвалидност. Отдиференцирани са проблемните заболявания по възрастови групи. Във възрастовата група 20-30 год. на първо място са усложненията на бременността и ОИГДП, в групата 30-40 год. - неврозите и болестите на женската полова система, в групата 40-50 год. - болести на костно-мускулната, дихателната и сърдечно-съдова система. Изучени са здравните рискове от страна на личността и трудовата среда чрез методика, включваща стандартизирано интервю с работничките, хигиенна характеристика на работното място, медицинска документация. Очертани са основните проблеми пред здравната служба и другите заинтересовани институции и тяхната отговорност в първичната и вторичната профилактика.

ЗДРАВОСЛОВЕН НАЧИН НА ЖИВОТ И ЗДРАВЕ НА СЕМЕЙСТВОТО

З. Глутникова

Сред най-важните фактори, обуславящи здравето на населението, на първо място по степен на влияние е начинът на живот. Здравето на семейството в неговата цялост и на всеки член се определя от утвърдилите се в семейството обичаи, традиции, навици, хигиена на храненето, почивката, психологическият климат, наличието на вредни привички, материално-битовите условия и др. В тази връзка са проучени 503 семейства по отношение начина на живот и тяхното здравно състояние. Начинът на живот и неговото влияние върху здравето характеризирахме чрез "нездравословния начин на живот" на отделните семейства, който се изразява чрез наличието на проблеми, произтичащи или свързани с жилищните условия, храненето в семейството, организацията на труд и почивка в семейството, вредните привички (тютюнопушене, системна употреба на алкохол), материалните възможности и семейните взаимоотношения. Здравното състояние на семействата като цяло се оценява на базата на два индекса. Потърсена е връзка между някои характеристики на нездравословния начин на живот и здравното състояние на семейството. Обсъжда се въпроса какви са функциите на лекаря в семейството. Счита се, че една от тях е работата му за формиране и изграждане на елементите на здравословен начин на живот. Лекарят е този, който може да направлява хигиенното поведение на отделните лица, а оттук да се влияе върху начина на живот на цялото семейство.

ВЛИЯНИЕ НА ТЮТЮНОПУШЕНЕТО ВЪРХУ ДИХАТЕЛНАТА И СЪРДЕЧНО-СЪДОВАТА СИСТЕМА

А. Панев, Д. Николова, Хр. Гугушев

Проучени са 2256 лица от 25 до 65 години, от които 1985 (88%) мъже и 261 (12%) жени. От тях 52,6% са пушачи, 7,4% - бивши пушачи и 40% - непушачи. На всички лица са извършени функционални изследвания на дихателната и сърдечно-съдовата система. С нормална белодробна вентилация са 88,2%, с рестриктивен тип - 3,8%, с obstructивен тип - 2,7% и със смесен тип - 3,1%. С електрокардиографски промени са 19% от изследваните, разпределени както следва: проводни 7,6%, ритъмни 3,6%, волтажни 1,4% и други 6,4%. При пу-

пачите мъже се установява, че 12,71% имат промени във външното дишане и 9% в електрокардиографското изследване при следното разпределение: рестриктивен тип - 3,5%, обструктивен тип - 3,4% и смесен тип - 5,7%; проводни нарушения имат 7,7%, ритъмни нарушения - 3,1%, волтажни промени - 1,5%, и други промени - 6,7%. Направени са съответните изводи и препоръки.

РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА ТЮТЮНОПУШЕНЕТО В ЗАВИСИМОСТ ОТ ВЪЗРАСТТА, ПОЛА И ВИДА НА УПРАВЛЯВАНИЯ ТРУД

А. Панев, Д. Николова, Хр. Гугушев

Проучени са 2256 лица от 20 до 65 години. От тях 1985 (88%) са мъже и 271 (12%) жени. Преобладават лицата във възрастта 30-49 години (71,8%). Общо от изследваните лица 52,6% са пушачи, 7,4% - бивши пушачи и 40% - непушачи. От мъжете пушачи са 54,5%, а от жените - 34,1%. В зависимост от възрастта се установява, че относителният дял на пушачите е по-голям в по-младите възрастови групи. Така например във възрастта до 29 години пушачи са 64,1%, от 30 до 39 - 59,6%, от 40 до 49 - 47,2%, от 50 до 59 - 34,6% и над 60 години - 36,4%. Честотата на тютюнопушенето зависи от образователното равнище, вида и характера на упражнявания труд и т.н. На базата на конкретните резултати са направени съответните изводи и препоръки.

ПРОУЧВАНЕ ДИНАМИКАТА НА ТИОДИГЛИКОЛОВА КИСЕЛИНА В УРИНА ПРИ ЕКСПОНИРАНИ НА ВИНИЛХЛОРИД РАБОТНИЦИ

Ю. Събева, Р. Чутуркова, А. Янева, М. Спасовски

Изследвани са работници с експозиции на винилхлорид от три основни цеха на завод за производство на поливинилхлорид: "Винилхлорид" (ВХ), "Поливинилхлорид - емулсионен" (ПВУ-Е) и "Поливинилхлорид - суспензионен" (ПВХ-С). Двукратно (в началото и края на работния ден) е определено съдържанието на тиодигликолова киселина в урината (ТДК) - главен краен продукт на биотрансформацията на ВХ. Паралелно с това е определяна концентрацията на ВХ във въздуха на работната среда. За анализ на въздуха и урината са приложени газхроматографски методи с използване на пламъчно-ионизационен детектор. Резултатите са разработени по цехове, професии, трудов

стаж, възраст, индекс на експозиция и са сравнени с данните от изследване на неекспонирани на БХ лица. Статистическата обработка е направена с метода на вариационния анализ, като значимостта на намерените различия е оценена с t -критерия на Студент-Фишер. Установено е достоверно повишение на елиминирания ТДК с урината в края на работната смяна при изследваните работници и спрямо контролната група.

ПРОБЛЕМИ И ПЕРСПЕКТИВИ НА СПЕЦИФИЧНАТА ПРОФИЛАКТИКА НА ГРИПА И ДРУГИ ОРЗ

В. Русев

През последните години в областта на профилактиката на грипа и други ОРЗ не се забелязва прогрес. Счита се, че спрямо RS и паратрипните инфекции разработката на ваксини е преустановена. Установено е, че ежегодно от ОРЗ умират над 2,2 млн. деца особено под едногодишна възраст. Този бавен прогрес в областта на борбата с ОРЗ е обусловен от различни фактори: а) все още липсват достатъчно познания относно имунологията на болестите на респираторния тракт, и б) липсва адекватен експериментален модел за повечето респираторни инфекции с изключение на грипа. Перспективата за решаването на този проблем има две основни тенденции: а) създаване на атенюирани ваксини и възможността за тяхното непосредствено въвеждане в дихателните пътища, и б) получаване на ваксини, състоящи се от повърхностните антигени на респираторните вируси. Разработването на тези ваксини може да се осъществи на основата на изолирането на повърхностните антигени непосредствено от вируса или тяхното получаване с помощта на генноинженерни методи. Правят се опити и за тяхната изкуствена синтеза. Независимо, че през последните години има прогрес, синтетичните ваксини са все още далече от практическото им използване. През последните години се работи и над създаването на асоциирана ваксинапрофилактика на грипа и най-важните ОРЗ с друга етиология.

ОТНОШЕНИЕТО НА ЛЕКАРИТЕ КЪМ НЯКОИ НОВИ АСПЕКТИ НА ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА

Ст. Маркова, Б. Димитрова, Ю. Маринова, Св. Димитрова

Авторите анализират мнението и отношението на лекарите от Първа поликлиника при ОР болница – Стара Загора, по някои нови аспекти в политиката за развитие на здравеопазването. Особено внимание се отделя на мнението и отношението на лекарите към семейния лекар и към оказването на допълнителна здравна помощ срещу заплащане. Прави се опит проблемите да се анализират не само в организационен и икономически аспект, но и от критериите на лекарския морал.

ЗДРАВОСЛОВНИЯТ НАЧИН НА ЖИВОТ – ИНФОРМИРАНOST И ЗДРАВНО ПОРЕДЕНИЕ НА НЯКОИ ГРУПИ ОТ НАСЕЛЕНИЕТО

Г. Грънчарова, А. Велкова, М. Балашкова,
В. Аспарухова, П. Христова

В стратегията на нашата страна за постигане на "Здраве за всички към 2000-та година", както и във всички развити страни, централно място заема формирането и утвърждаването на здравословен начин на живот (ЗНЖ). Информираността на населението за значението на различните фактори за здравето, за елементите на ЗНЖ и неговото осъществяване се явява ценен критерий за потребностите на населението от здравно възпитание и образование, а оттук и за правилно насочване на цялостната дейност по повишаване на здравната култура на населението. През периода 1984–1989 г. в Катедрата по социална медицина при БМИ – Плевен, са проведени проучвания на проблемите на ЗНЖ, в които са обхванати 534 работници, 749 служители и 200 студенти медици от II курс. Информацията е събрана по метода на пряка групово анкета като в анкетните карти са включени въпроси, разкриващи степента на информираност на анкетираните лица за самото движение за ЗНЖ и основните му елементи, за наличното здравно поведение и интереса на изследваните лица към допълнителна здравна информация, тематичната и насоченост и начина на получаването ѝ. Установи се съществен дефицит на информационното покритие по елементите на ЗНЖ и сред трите разглеждани групи от населението. Само 13,5% от анкетираните работници и служещи са посочили повече от 3 основни елемента на ЗНЖ, а при студентите – около 25%. Отговорите на въпросите за наличното здравно поведение разкриват зна-

чителни отклонения от изискванията за ЗНХ, като най-силно се подценяват активният двигателен режим, тютюнопушенето и профилактиката на травматизма.

ФИЗИОПРОФИЛАКТИКА И ЗДРАВΟΣЛОВЕН НАЧИН НА ЖИВОТ

Ст. Пенков

Внедряването на физиопрофилактиката с естествени и преформирани физикални фактори представлява важен раздел на първичната профилактика и създава условия за по-ефективно противодействие на рисковите фактори, предизвикващи заболявания през всички етапи на жизнения цикъл на човека. Особено значение имат физиопрофилактичните мероприятия, осъществявани още в най-ранната детска възраст, чрез които не само се повишават адаптационните и защитните сили на подрастващия организъм, но и се задават основите на формирането на трайни навици за здравословен начин на живот. Направените изводи се подкрепят с данни от конкретно проучване на влиянието на физиопрофилактиката и закалителните процедури върху здравето на организирани детски контингенти. Наблюдавани са 80 деца от седмична ясла, при които в течение на една година е проведен пълен закалителен комплекс и системно профилактично ултравиолетово облъчване при еднакви условия за всички деца. Здравното им състояние в годината на наблюдението е сравнявано с предходната година и с контролна група на същата възраст, при които не е провеждана системна физиопрофилактика. Установено е благоприятно повлияване на системно провежданите профилактично ултравиолетово облъчване, двигателен и закалителен режим върху основните показатели за физическо развитие на децата (ръст, тегло, гръдна обиколка), върху общата им заболяемост и особено върху заболяемостта от катар на горните дихателни пътища.

ХАРАКТЕРИСТИКА НА ПРОИЗВОДСТВЕНИЯ ТРАВМАТИЗЪМ
И ЗАБОЛЯЕМОСТТА С ВРЕМЕННА НЕТРУДОСПОСОБНОСТ
В КОРАБОСТРОЕНЕТО

Л. Петкова

Проведено е лонгитудинално проучване за периода 1970-1985 год. в корабостроителния комбинат "Г. Димитров" - Варна, като е приложен полицев учет на всички случаи с производствена травма въз основа на регистрираните актове за злополуки при отдел "Охрана на труда" на комбината. Основните показатели, характеризирани ЗВН на 100 работещи през 1985 год.: честота на случаите с ВН - 3,7 случая; честота на дните с ВН - 76,0 дни и средна продължителност с ВН на един случай - 20,4 дни, показват, че травмите през последните години са по-малко на брой, но с по-голяма тежест. Тежките злополуки (над 30 дни) са 16,3%, тяхното разпределение по локализация е следното: на първо място - гръбначния стълб, ребрата и гръдния кош - 28,6%; на второ място - горните крайници - 21,7%; на трето място са множествените травми - 14,3%, и т.н. Разпределението на всички производствени травми по основни причини се подреждат: технически неизправности - 27,3%; нарушение на правилата по охрана на труда - 26,2%; нарушение на санитарно-хигиенните правила - 16,9%, и т.н.

ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ НА ЛИЦАТА С ЕДИНСТЪЕН БЪБРЕК

А. Панев, Т. Златанов

Изследвани са 118 лица с единствен бъбрек за периода 1967 - 1967 г. С оглед правилното поведение на здравната служба към тях се проучиха морфологичните и функционалните промени, както и придружаващите заболявания на единствения бъбрек. Преди нефректомията 40,7% от лицата са били със заболявания на оставащия бъбрек, до 10 години след нея техният относителен дял се увеличава на 73,5% и в късния период (след 10 г.) намалява на 52,2%. Воден

щи са хроничния пиелонефрит, конкрементите в бъбрека и уретера, хидронефрозата, туберкулозата и хроничната бъбречна недостатъчност. Намерената динамика при тях в различните периоди се обяснява с провежданото консервативно и хирургическо лечение.

СОЦИАЛНА И ТРУДОВА АДАПТАЦИЯ НА ЛИЦАТА С ЕДИНСТВЕН БЪБРЕК

Т. Златанов, А. Панев

Проучена е временната нетрудоспособност, равнището, тенденцията и измененията в първичната инвалидност на нефректомираните лица. Изследвани са 95 лица с единствен бъбрек. От нефректомираните лица 85,5% са били временно нетрудоспособни до 180 дни. На 46,3% от лицата е определена група инвалидност, главно трета група (68,2%), и втора (31,8%) и то предимно в старшите възрастови групи. Най-голям е броят на лицата със срок на инвалидност над 10 год. (63,6%). След нефректомията лицата, упражняващи умствен труд почти не променят характера на работата си. Лицата, упражняващи тежък физически труд, се насочват главно към лек и средно тежък и към умствен труд. На базата на конкретните данни да направени съответните препоръки, изводи и насоки.

МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА ИНВАЛИДНОСТТА

В. Диловска

Инвалидността е сложно медико-социално явление и същевременно мерило за здравното състояние на една нация. В настоящото съобщение се разглеждат промените, настъпили в структурата по тежест на инвалидност у нас през последните години (1976-1988 г.), които се манифестират с трайно установила се тенденция към увеличаване на тежестта. Обръща се внимание на възрастовия фактор и влиянието му върху тежестта на инвалидността - с най-висока тежест е групата от 16 до 19 год. Установява се динамиката в изменението на тежестта за отделните възрастови групи. Участието на социалнозначимите заболявания - болести на органите на кръвообращението, злокачествените новообразувания, травматичните увреждания, хроничните белодробни заболявания, захарния диабет и психичните разстрой-

ства - при формирането на инвалидността, е значително (около 70%). Характерна особеност за тези заболявания е тяхната по-голяма тежест.

АНАЛИЗ НА ЗДРАВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА ЛИЦА В ТРУДОСПОСОБНА ВЪЗРАСТ, УСТАНОВЕНО ПРИ КОМПЛЕКСНО МЕДИЦИНСКО ОБСЛЕДВАНЕ

А. Панев, Н. Големанов, В. Дамянов

Проведено е целенасочено комплексно изследване на 4500 лица от 20 до 59-годишна възраст. Определена е структурата на общата, хоспитализираната и заболяемостта по обрачаемост, както и връзките и зависимостите между факторите от външната среда и равнището на здравното им състояние. За обективизиране на данните е проведен комплексен медицински преглед и са извършени функционални изследвания на сърдечно-съдовата и дихателната система. Разкрити са корелационните зависимости на артериалното налягане, общия холестерин и кръвната захар в зависимост от възрастта, теллото, вида на упражняваната работа и др. Направени са изводи относно влиянието и редуцирането на факторите върху здравното състояние на лицата във възрастта от 20 до 59 години.

ПРОФИЛАКТИКА НА ЕСЕНЦИАЛНАТА ХИПЕРТОНИЯ (ЕХ)

Г. Стефанов

При неясната етиология, като се изключат данните за фамиленост и мултифакторната патогенеза на ЕХ, построиването на една сигурна профилактика е трудно решим въпрос. И все пак появилите се възможности за откриване на различни дефекти в мембранный транспорт на Na^+ , K^+ , Cl^- и Ca^{++} през мембраната на еритроцита и у деца, преди да са развили ЕХ, дават възможност да се определят рисковите групи. Известно е, че без наличие на фенотипна предиспозиция към ЕХ такава не може да се развие; че и при наличие на фенотипна предиспозиция към ЕХ тя не може да се развие над не-големи стойности, ако не се наместят външни фактори. Лекарят трябва да проучва много старателно има ли фамилен обремененост при даден болен с ЕХ. В София и Плевен вече може да се определя мембранный дефект при даден болен. Отделните дефекти предпопре-

делят до известна степен тежестта на ЕХ и нейната податливост на лечение. За рисковата група е нужно ранно построяване на цялостна профилактика: приучване към боден на сол режим, съответно ориентирване към професии с по-малко психоемоционално натоварване, избягване на конфликтни ситуации в живота, двигателна активност, поддържане на нормално телесно тегло още от най-ранна възраст, избягване на тютюнопушене и консумация на алкохол. Всичко това е много важно, защото ЕХ е широко разпространено заболяване. Само в САЩ има около 60 млн. болни от ЕХ, а и у нас процентът не е по-малък, а отражението и върху трудоспособността и скъсяването на човешкия живот е огромно.

ЕПИДЕМИОЛОГИЯ НА ПРОФЕСИОНАЛНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ В НРБ А. Савов, Цв. Алексиева

Проучена е професионалната заболяемост през последните десет години – структура, интензитет, тенденции в различни разрези. Установено е, че в течение на годините настъпват значителни промени в общата поразеност и заболяемост на населението в трудоспособна възраст. Докато в миналото са били водещи пневмокониозите, интоксикациите и др., днес съотношенията се променят. На преден план излизат заболяванията, свързани с пренапрежение, вибрационна болест, шумовите увреждания, алергичните белодробни заболявания, отравянията с тежки метали и др. Данните за динамиката на професионалните заболявания показват тенденция за снижение. На фона на задълбочен епидемиологичен анализ се обсъждат причините за нерешително ниската регистрирана професионална заболяемост у нас и се посочват пътищата за усъвършенстване организацията на профпатологичната помощ.

НОВИ ПОДХОДИ ПРИ МЕДИКО-ПРОФЕСИОНАЛНАТА ЕКСПЕРТИЗА НА РАВНОВЕСНИТЕ СИСТЕМИ У ВОДАЧИ НА ТРАНСПОРТНИ СРЕДСТВА С ОГЛЕД ПРОФИЛАКТИКАТА НА ПЪТНОТРАНСПОРТ- НИТЕ ПРОИЗШЕСТВИЯ

Н. Бумбаров, А. Черкезова

Все по-често като причина за тежки пътнотранспортни произшествия са разстройствата във функциите на равновесните системи при

водачите на транспортни средства. Относителният им дял съставлява около 7% от проучените експертизи на пътнотранспортни произшествия. Научният доклад отразява ново направление при подхода за експертиза на равновесните органи преди и след натоварване на вестибуларния анализатор. На базата на изследвания на 130 вестибуларно устойчиви, 120 вестибуларно неустойчиви и 130 с оплаквания от страна на равновесието шофьори по време на работа са изведени методи и критерии с количествена и качествена характеристика, които могат да послужат за комплексна оценка на равновесните системи на водачите на транспортни средства. Разработените методи и критерии могат да се използват в експертната практика при освидетелствуване и преосвидетелствуване на водачите на транспортни средства с оглед предприемането на съответни профилактични мерки при тези системи, а оттук подобряване на сигурността на движението. Включването им в профилактичните програми за намаляването на пътнотранспортните произшествия ще регулира обхващането на тази рискова група транспортни работници.

ЕПИДЕМИОЛОГИЯ НА ПРОФЕСИОНАЛНИТЕ СЛУХОВИ УВРЕЖДАНЯ В НРБ

Ем. Иванович, А. Савов, Л. Горанова, Ст. Енев, П. Амуджев

През последните години слуховите увреждания заемат водещо място в структурата на професионалните заболявания в НРБ след болестите от пренапрежение на опорнодвигателния апарат. Данните от регистрираните заболявания на слуховия орган, потвърдени от диагностично-експертните комисии, са съпоставени с резултатите от динамичното наблюдение на шумовия фактор във водещи промишлени отрасли. По система, създадена и внедрена в НИХЛЗ, основните източници на шум са класирани според нивото и спектралната характеристика на шума. Значителният процент на работните места с наднормен шум в добивната промишленост, машиностроенето, енергетиката, металургията, текстила, дърводобива определя водещото място на регистрираните слухови увреждания. Техният относителен дял в структурата на професионалните болести за периода 1978-1988 г. варира от 9,10 до 16,92% при най-висока честота за стажовите групи 10-14 години. Установената от нас честота на кохлеарните неврити е в зависимост от нивото на шума: 5% - при експонираните на шум 85 дБ(А). 10% - при 90 дБ(А), 27% - при 100 дБ(А) и 48% при ниво над 110 дБ(А). Системното наблюдение на шумовия фактор обаче показва възможности за

идентифициране на професионалния риск за слухови увреждания не само във връзка с ГГК-статуса на шума. Редица други фактори, напр. вида на шума, характера на експозицията, комбинираното действие с други производствени вредности обуславят по-висок риск. Това налага необходимостта от подобряване на системата за регистриране на професионалните слухови увреждания и по-ефективно взаимодействие между хигиенните и профпатологичните звена.

ОПИТ ЗА ПРОГНОЗИРАНЕ НА СМЪРТНОСТТА ОТ ИСКЕМИЧНА БОЛЕСТ НА СЪРЦЕТО

С. Николаева, Р. Петрова, М. Вуков

На базата на данни, получени от аутопсии на 1311 починали (827 мъже и 434 жени) с ИБС за петгодишен период (1982 - 1986 г.) в Катедрата по патология, I база на МА, с използване на математико-прогностични методи бяха потърсени прогнози за смъртността от хронична искемична болест на сърцето и миокарден инфаркт за 1987 и 1988 г. Прогнозите бяха получени с използване на четири основни прогностични методи и един, получен като комбинация от тях, по пол-възрастови групи и пол, диагнози и пол по следните важни морфологични показатели: пресен миокарден инфаркт, слединфарктен цикатрикс, миокардиосклероза. Получените резултати бяха сравнени с данните за смъртността за съответните години от катедрата по патология на I база - МА.

ДИНАМИКА И ТЕНДЕНЦИИ НА ЗАБОЛЯЕМОСТТА И СМЪРТНОСТТА ОТ МОЗЪЧНОСЪДОВА БОЛЕСТ В 10 СЕЛИЩА НА ЧЕРВЕНОБРЕЖИЯ РАЙОН

М. Попова, Ст. Пенков

Проведено е епидемиологично проучване на мозъчносъдовата болест в 10 селища от IV, V и VI функционален тип от Червенобрежкия район на бившия Плевенски окръг. Данните са разработени в динамика за първите 1976-1978 г. и 1984-1986 г. Заболяемостта е най-висока през първите 3 години на наблюдението и достига 400 на 100 000 жители през 1978 г. През 1984-1986 г. тя е по-ниска, но с тенденция отново към нарастване - от 302,3 до 360,3‰. Динамиката на смъртността от мозъчен инсулт е възходяща и достига 264,4‰ през 1986 г.

И двата показателя са значително по-високи при селските жители, където е изразено силно застаряване на населението и медицинското обслужване често е на фелдшерско ниво. Лицата над 60-годишна възраст заемат 94,2% от всички болни от инсулт. Относителният дял на мозъчния инсулт в структурата на умиращите е в границите на 13,3% за 1984 г. до 26,8% за 1978 г. Тревожно висок и с тенденция към нарастване е дялът от мозъчен инсулт – от 52,8% за 1976 г. до 73,6% за 1986 г., което поставя сериозни проблеми по отношение качеството на медицинското обслужване на болните.

ЗАБОЛЯЕМОСТ ОТ НЕВРОЗА НА БЪЛГАРСКОТО НАСЕЛЕНИЕ В ЗАВИСИМОСТ ОТ СОЦИАЛНАТА ПРИНАДЛЕЖНОСТ

Е. Павлова, П. Балабанов, Е. Ненчева, З. Чучулиева,
Б. Симова, Д. Янкова

По време на преброяване на населението в НРБ през 1985 г. бе проведено репрезентативно проучване за установяване здравното състояние на населението в страната. На базата на получените данни правим опит да характеризираме разпространението на неврозите сред населението. Анализират се заключенията от неврологичните прегледи, проведени на всички лица от извадката на възраст над 14 години. Установяват се следните закономерности: 1) С възрастта се увеличава разпространението на неврозите, като във възрастовата група от 45-54 г. относителният дял на боледувашите е най-голям. 2) Във всички възрастови и социални групи жените боледуват по-често от мъжете. 3) Относителният дял на работниците с невроза в някои възрастови групи превишава относителния дял на заболялите сред служителите. 4) От всички неврози, неврастенцията се среща най-често, следвана от органичната невроза, психастенията и хистерията.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА С ПЧЕЛЕН ПРАЩЕЦ НА БОЛНИ С МОЗЪЧНА АТЕРОСКЛЕРОЗА

В. Василев, Е. Георгиева

След кратък литературен обзор върху химичния състав, биологичните и фармакологичните свойства на пчелния прашец се съобщават резултатите от проведеното лечение с пчелен прашец на 40 болни с мозъчна атеросклероза. В клиничната обстановка пчелният прашец е при-

даден два пъти дневно половин час преди ядене по една супена лъжица. Лечението е продължило 30 дни. Като резултат от проведеното лечение се отчитат благоприятното повлияване на неврастенно-адинамичните смущения, намаляването на главоболието, разсеяността, повишената раздразнителност у болните, подобряването на съня, паметта, самочувствието. Повишава се жизненият тонус, активността и интереса към околната среда. Подобрява се и липидният спектър у болните от болните – снижение на бета-липопротеините, триглицеридите, подобрява се белтъчната обмяна. На част от болните е проведено ЕЕГ преди и след лечението с пчелен прашец – отчита се подобрене. Пчелиният прашец се понася добре в прилаганите дози без странични явления. Проучването с пчелиния прашец дава основание той да се прилага широко в комплексното лечение и профилактиката на атеросклерозата.

МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ПРОБЛЕМИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ НА ГЛЕЗЕННИТЕ СЧУПВАНИЯ Г. Бонев

Като се има предвид, че глезенните счупвания представляват 17% от всички травматични увреждания на опорнодвигателния апарат, същите се явяват със социална значимост. Нетрудоспособността на пациентите е в пряка зависимост от компетентната манипулация на хирурга и травматолога в спешен порядък. Според известни автори, както и според нас, възстановената функция на ставата е правопрпорционална на точното анатомично съпоставяне на костните отломъци и конгруентността на ставните повърхности. За период от 3 години ние лекувахме и проследихме 635 случая с глезенни счупвания, лекувани амбулаторно или в клинична обстановка. При 11 от тях предприехме оперативен метод на лечение в планов порядък. Уточненн са индикациите за приложение на оперативния метод на лечение по спешност. В процеса на лечение на глезенните счупвания е необходимо да се отдели достатъчно внимание за профилактика на възможните усложнения. Травматичният синовит и остеоартрозата възникват в резултат на механическа дезорганизация в ставата вследствие на нарушената конгруентност и дегенерация на хрущяла. По литературни данни процентът на тези усложнения се движи в граници 43-86%. Освен здравното неблагоприятно положение на пациента нетрудоспособността не само се удължава по време, но се стига до трудоустрояване или пенсиониране. Изключително голямо значение в лечебния дял има рехабилитацията.

САМООЦЕНКА НА ЗДРАВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО И НЯКОИ ПРОБЛЕМИ НА ЗДРАВНАТА ПРОСВЕТА

П. Балабанов, З. Чучуниерска, Ел. Ненчева,
Евг. Павлова, Д. Янкова, Б. Симова

Разглежда се самооценката на здравното състояние на население-
то като особен анамнестичен вариант на анкетния метод, допълва-
ящ данните от комплексната оценка на здравето на населението. Анкети-
рани са 16 977 лица от проведеното през 1986 г. репрезентативно
проучване. Приемат се 5 степени на здравното състояние. Установява
се, че около 21,6% от анкетираните лица имат много добро самочув-
ствие за собственото си здраве. Около половината от населението
(50,4%) смятат, че здравното им състояние е добро. Висок е относи-
телният дял на лицата, оценяващи своето здраве като "задоволител-
но" (19,8%). В малка степен оценяват здравното си състояние като
"незадоволително" (6,5%) и "лошо" (1,7%). Различия се наблюдават и
по пол - 76,6% от мъжете считат, че тяхното здравно състояние е
"добро" и "много добро", докато при жените този процент е 67,6%.
По-висок е дялът на жените, които оценяват здравето си като "задо-
волително" (22,6% спрямо 16,9% при мъжете) и "незадоволително"
(7,8% спрямо 5,1% при мъжете). 1,4% от мъжете и 2,0% от жените
оценяват здравното си състояние като "лошо".

ОПИТ ЗА ПРОГНОЗИРАНЕ НА ПРОФЕСИОНАЛНАТА ЗАБОЛЯЕМОСТ

М. Вуков, А. Савов

Показателите на професионалната заболяемост са в непосредст-
вена връзка с рисковите фактори на работната среда, организацията
на работния процес и състоянието на профпатологичната помощ. Пра-
вилно разработени и анализирани, те подпомагат процеса на усъвър-
шенстване на здравната организация. Подредените по години (за
периода 1975-1987 г.) показатели на регистрираната професионална
заболяемост образуват временен (динамичен) ред. Той може да бъде
прогнозиран в зависимост от изменението на други динамични редове,
свързани с него, или самостоятелно. Направен е опит за краткосроч-
но прогнозиране на броя на лицата с професионални заболявания без
да се търси връзка с други динамични средства. Изхожда се от хипо-
тезата, че един ред се формира под влияние на редица фактори, в
това число и от чисто количествени такива. Използвани са няколко

различни метода за количествено краткосрочно прогнозиране. Избранни са подходящи модели за прогнозиране, чрез които са получени прогнози за две години напред. Прави се съдържателна интерпретация на получените резултати и се обсъждат възможностите на този подход за прогнозиране.

МЕТОДИЧНИ ПОДХОДИ ЗА КОМПЛЕКСНА ОЦЕНКА НА ЗДРАВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА ЛИЦАТА В ТРУДОСПОСОБНА ВЪЗРАСТ

А. Панев, Н. Големанов, Г. Попов

За оценка здравното състояние на лицата в трудоспособна възраст е проведено комплексно изследване, обхващащо 4500 лица. За целта е разработена специална карта, включваща следните раздели: социално-битова и професионална характеристика, антропометрични показатели, функционална диагностика на сърдечно-съдовата и дихателната система, велоергометрични показатели, психологичен статус, хоспитализирана заболяемост, заболяемост по обрачаемост, заболяемост, установена при комплексни медицински прегледи и заболяемост с временна нетрудоспособност. Освен това специален раздел е отделен за сърдечно-съдовата и акушеро-гинекологичната заболяемост на жените. За провеждането на изследването е създадена специална организация както по отношение на медицинския персонал, така и по отношение на помещенията, времето за изследване и т.н. Направени са изводи за възможностите на метода за комплексна оценка на здравното състояние и препоръки за неговото приложение в здравната мрежа.

НЯКОИ ЕПИДЕМИОЛОГИЧНИ АСПЕКТИ ПРИ ИНВАЛИДИЗИРАНЕТО НА ЗДРАВНИТЕ РАБОТНИЦИ ПРЕЗ 1989 Г.

Ц. Пеевски

От направеното изчерпателно наблюдение е установено, че през 1989 г. са инвалидизирани 552 лица, имащи трудовоправни отношения със здравни заведения. От тях 25% са мъже и 75% жени. Най-голям е дялът на лицата, работещи в лечебно-профилактичните заведения - 79,5%, в заведенията за социални грижи - 6,3%, в аптечните заведения - 3,1%, и т.н. От общата съвкупност по професионални групи най-много са санитарите - 26,8%, медицинските сестри - 21,6%, ле-

карите - 8,5%, и т.н. Средната възраст на инвалидизираните лица е 47,01 години. В структурата на заболяванията като основна причина за инвалидност на първо място са новообразуванията (22,8%), като между тях с основен превес са злокачествените новообразувания на женската гърда, маточната шийка, стомаха и яйчника (повече от половината от всички злокачествени новообразувания), на второ място са болестите на органите на кръвообращението (19,9%) и на трето място - болестите на нервната система и сетивните органи (13,4%). По тежест на инвалидизирането най-много (56,0%) са инвалидите в трета група, 26,4% са втора група, 13,4% са първа група с чужда помощ и 4,2% са първа група без чужда помощ.

ЗАБОЛЯЕМОСТ С ВРЕМЕННА НЕТРУДОСПОСОБНОСТ

ОТ БОЛЕСТИ НА ДИХАТЕЛНАТА СИСТЕМА

Сл. Иванова

Заболеемостта с временна нетрудоспособност (ЗЕН) от болести на дихателната система е с определено значение за нивото на общата ЗЕН, тъй като тези заболявания заемат водещи места в структурата и както по отношение на случаите, така и по отношение на загубените календарни дни. На тях се дължат над 30% от случаите, над 15% от загубените дни с временна нетрудоспособност поради заболявания в злополуки. Настоящото съобщение, изготвено въз основа на данни от Автоматизирани системи за ЗЕН-НН, разглежда ЗЕН от болести на дихателната система както общо, така и по групи болести и нозологични единици. Посочва се водещото значение на острият инфекционен ГДП (№ по МКБ 465), ангина (№ 463) и острия бронхит (№ 466) сред острият белодробни заболявания и на пневмоните и хроничния бронхит - след хроничните. Разглежда се в динамика патологията при тях.

УВРЕЖДЕНИЯ НА ДИХАТЕЛНАТА ФУНКЦИЯ НА ЖИВЕЩИ

В кв. "МИДЕН РУДНИК", БУРГАС

Б. Петрова

Въпросът за нарушенията във вентилаторната белодробна функция като показател за промените в дихателната система на отделни групи от населението представлява съществен интерес от профилактична гледна точка. Такива проучвания дават ориентировъчна оценка за влия-

янието на вредните фактори в атмосферния въздух върху белите дробове. Цел на проучването е да оцелят отклоненията в дихателната функция при 210 лица с различно социално положение, живеещи в кв. "Меден рудник", Бургас. Включени са работници и пенсионери от мъжки и женски пол. Осъществени са вентилаторните показатели витален капацитет (ВК), форсиран експираторен обем (ФЕО₁ %), индекс на въздушна скорост (ИВС) и индекс на Тифно (%), като въз основа на тях са оформени три типа вентилаторни промени (рестриктирен, obstructивен и смесен тип вентилаторна недостатъчност) от лека, средна и тежка степен. Преценено е влиянието на факторите от атмосферния въздух върху дихателната функция. Подчертано е значението на функционалното изследване на дихателната система за извършване на скринингови теренни проучвания и са дадени препоръки за етични насоки при извършване на профилактични прегледи на определени групи от населението и диспансерното им наблюдение.

СОЦИОЛОГИЧНИ, ПСИХОЛОГИЧНИ, ДЕОНТОЛОГИЧНИ ПРОБЛЕМИ SOCIOLOGICAL, PSYCHOLOGICAL, DEONTOLOGICAL PROBLEMS

ДОВЕРИЕТО ВЪВ ВЗАИМООТНОШЕНИЯТА ЛЕКАР-ПАЦИЕНТ X. Е. Емкова

Важен момент във взаимоотношенията лекар-пациент е въпросът за доверието. Доверието на пациента към лекаря - това е убежденост, вяра в способностите и добросъвестността на лекувания го лекар. Кон са факторите, които оказват въздействие при формирането на доверието - те са много и най-различни, но могат да бъдат определени няколко по-съществени. На първо място това е предварителната информация за компетентността на лекаря. Нито един пациент не е безразличен към този критерий. Към нагласата, че лекарят въобще трябва да е компетентен, се прибавя и формираната се нагласа за компетентността на конкретния лекар от информацията на бившите пациенти. На второ място пациентите поставят непосредствените впечатления от срещата и разговора с конкретния лекар. От първата среща с лекаря

предварителната нагласа или се затвърдява или се разрушава. За това съществен дял имат взаимната симпатия или антипатия, умението на лекаря да разговаря с пациента, вниманието, с което се отнася към пациента, умението да го предразположи за разговор и т.н. Друг важен фактор за доверието е подходът на лекаря при лечението – дали то се насочва към следствието, или търси причините и т.н. Не на последно място е и общата формирана се обществена нагласа на доверие или недоверие към медицината въобще.

СОЦИОЛОГИЧЕСКИ АНАЛИЗ НА ТРУДА НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧНИЯ И РЕАНИМАЦИОННИЯ ПЕРСОНАЛ ВЪВ ВАРНЕНСКА ОБЛАСТ

Д. Няголова

Анестезиологичният и реанимационният труд се характеризират с висока интелектуална, психологическа и физическа натовареност, което обуславя актуалността на задълбоченото му проучване. Чрез пряко анкетиране и анализ на документи бе извършено социологическо проучване на анестезиологичния и реанимационния персонал във Варненска област по следните показатели: пол, възраст, квалификация, условия на труд, степен на интензивност на труда, удовлетвореност от положения труд, уплътняване на свободното време, социално-битова характеристика, заболяемост. Извършена бе хигиенна оценка на труда. Установено бе многократно надвишаване ПДК на най-често употребявания анестетик – халотан, в ОРКБ "Д-р Р. Ангелов" – Варна. Установява се висока степен на феминизация сред лекарите, средна степен на удовлетвореност от положения труд поради неизползване на съвременна техника и достатъчно материално възнаграждение. Заболяемостта в проучения контингент е по-висока ($P > 0,05$) от средната заболяемост сред медицинските работници в страната. Данните са сравнени с литературни източници, посочени са препоръки за оптимизиране на анестезиологичния и реанимационния труд.

МНЕНИЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО – БАЗА ЗА НОВА НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ НА ПРЕДНИЯ ФРОНТ НА ТЕРАПЕВТИЧНАТА ПОМОЩ

Л. Иванов, Г. Цанев, Г. Маринкова, Л. Панчева, Л. Касева

С анкетно-статистически методи са проучени мненията на 632-ма

граждани от София за степента на удовлетвореността им от оказаната им амбулаторнополиклинична терапевтична помощ. Изследвани са причините както за неудовлетвореността от терапията, така и за предпочитането му. Ранжирането на лекарите според степента на предпочитане е както следва: познат лекар – 27,69%, участъков терапевт – 26,90%, лекар според конкретната нужда и желание – 21,20%, лекар по месторабота – 7,60%, и т.н. Проучено е и мнението за участъковата организация на терапевтичното обслужване и възможността за свободен избор на терапевт, при което 82,44% от анкетираният искат да имат такава възможност. Ранжирани са препоръките на гражданите за подобряване качеството на амбулаторнополиклиничната терапевтична помощ.

МНЕНИЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО – БАЗА ЗА НОВА НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ НА ПРЕДНИЯ ФРОНТ НА ПЕДИАТРИЧНАТА ПОМОЩ

Л. Иванов, Г. Цанев, Л. Касева, Г. Маринкова, Л. Панчева

С помощта на анкетно-статистически методи са проучени мненията предимно на майките от 2 педиатрични участъка в София за степента на удовлетвореността им от оказаната амбулаторнополиклинична педиатрична помощ. Изследвани са причините както за неудовлетвореност от педиатъра, така и за предпочитането му. Извършено е ранжиране на лекарите според степента на предпочитане. Оказва се, че участъковият педиатър е предпочитан от 68,84% от анкетираният, 14,86% предпочитат познат лекар, 8,37% – лекар според конкретната им нужда и желание, и т.н. Проучено е и мнението за участъковата организация на педиатричното обслужване и възможността за свободен избор на педиатър, при което 80,56% от анкетираният искат да имат такава възможност. Ранжирани са препоръките на гражданите за подобряване качеството на амбулаторнополиклиничната педиатрична помощ.

МНЕНИЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО – БАЗА ЗА НОВА НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ НА ПРЕДНИЯ ФРОНТ НА СТОМАТОЛО- ГИЧНАТА ПОМОЩ

Л. Иванов, Г. Цанев, Л. Панчева, Л. Касева, Г. Маринкова

С анкетно-статистически методи са проучени мненията на 638 граждани в София за степента на удовлетвореността им от оказаната

ни стоматологична помощ. Изследвани са причините както за неудовлетвореност от стоматолога, така и за предпочитането му. Ранжирането на стоматолозите според степента на предпочитане е както следва: познат стоматолог - 34,80%, участъков стоматолог - 30,25%, стоматолог по месторабота - 14,26%, стоматолог според конкретната нужда и желание - 8,31%, специалист от районната поликлиника - 4,55%, и т.н. Проучено е и мнението за участъковата организация на стоматологичното обслужване и възможността за свободен избор на стоматолог, при което 81,03% от анкетираните искат да имат такава възможност. Обсъждат се препоръките на гражданите за подобряване качеството на стоматологичната помощ.

ДЕОНТОЛОГИЧНИ ПРОБЛЕМИ ПРИ ОБСЛУЖВАНЕ НА РАБОТНИЧЕСКИ КОНТИНГЕНТИ

П. Тодорова, Й. Красналиев

Дискутират се проблеми относно планирането, финансирането и управлението на работническото здравеопазване на съвременния етап. Авторите обръщат внимание на сложните ситуации, възникващи в резултат на възраст, пол, и трудов стаж на работниците от Западния промишлен район на Русе. Особено внимание се обръща на претовареността на работниците със селскостопански труд, полаган в извънработно време. Обект на изследване са и някои неантагонистични противоречия между ръководството на здравната служба и административно-управленческия апарат на заводите. Възможността да се сключват договори с отделни лекари извън състава на районната поликлиника по искане на колективите създава понякога свръхобезпеченост със специалисти, а оттук и неупълнение на работното време на тези лекари, използването им не по предназначение и без медикосоциален ефект. От позициите на деонтологията и социалната хигиена интерес представляват и взаимоотношенията между медицинския персонал, претоварен с пряко обслужване на работническите контингенти, и консултираните чрез договори специалисти.

СОЦИОЛОГИЧЕСКИ И СОЦИАЛНОПСИХОЛОГИЧЕСКИ ИЗСЛЕДВАНИЯ
НА ПОТРЕБНОСТИТЕ И ИНТЕРЕСИТЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО ОТ
ПРОФИЛАКТИЧНАТА ДЕЙНОСТ НА ПОЛИКЛИНИКАТА
Л. Черкезова, М. Пенчева

Потребностите и интересите на населението от профилактична дейност стоят в основата на нейното формиране и функциониране. Ето защо те представляват важен компонент на профилактичните прог. — за увеличаване и опазване на здравето, за предотвратяване на заболяванията и тяхното своевременно лечение при възникване. Ефективността на профилактичните мерки на поликлиниката зависи в значителна степен от познаването и съобразяването на потребността на населението от профилактична дейност. Всеки член на нашето общество кумулира върху себе си въздействието на социологическата структура на обществото — материалното производство, възпроизводството на хората, духовното производство, социалното управление и комуникациите. Това въздействие и съответно отражение е различно по количество и качество и определя многофакторната обусловеност на потребностите и интересите на населението от профилактична помощ. Така например 12,4% от изследваните лица не се нуждаят от профилактичната помощ на поликлиниката. На този етап според тях е важна личната отговорност за опазване на здравето и възможностите, създадени от обществото за това. Останалите посочват значителна потребност от социална профилактика и психопрофилактика. Икономическите интереси са важен фактор за определяне на отношението към профилактичната дейност, както и доверие то към нея като социалнопсихологически феномен. Посочените изследвания са източник на полезна информация в тази насока.

НЯКОИ ПСИХОСОЦИАЛНИ АСПЕКТИ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ
НА ТЕРМИНАЛНО БОЛНИТЕ

Н. Ташкова, С. Николова, Л. Иванов

Обхванати са 222 терминално болни в стационара и в дома в София (I градска болница) и Благоевград (ПОВ). Над 70% от тях са в пенсионна възраст. Най-висок е относителният дял на болните с новообразувания, болести на сърдечно-съдовата и на нервната система и сетивните органи — над 70%. Около 60% от обхванатите са напълно или частично приковани на легло. Броят на самотните терминално бол-

ни в София е два пъти по-голям от този в Благоевград. Проучени са отношението на болните към собственото им заболяване, към близките и техните потребности, както и мнението на родствениците. Около 70% от обхванатите болни независимо от тежестта на състоянието си проявяват интерес към книгите, пресата, радиото и телевизията, контактите с други хора. Медицинската помощ и грижи за терминално болните създават много психосоциални и материални проблеми на семействата им. За разрешаването им е необходим комплексен подход към болния и семейството му, съвместните усилия на лекари, психолози, социолози, социални работници, обществени организации и др.

СПИН И ОБЩЕСТВО – НЕОТЛОЖНИ МЕДИКОДЕОНТОЛОГИЧНИ И ВИКТИМОЛОГИЧНИ ПРОБЛЕМИ

Николай Предов, Страхил Предов

Все по-бурно разрастващата се пандемия от СПИН поражда многообразни и сложни проблеми: медицински, социалнопсихологични, деонтологични и др. Особено сложни и практически нерешени са социалните аспекти на тази интердисциплинна тематика, свързани със семейството, трудоспособността, социалната активност, социалната отговорност и изобщо – със социалния статус на заразените и на боледувашите от СПИН. В рамките на задължителното системно интердисциплинно изследване се открояват като особено актуални медикодеонтологичните проблеми и въпросите за соматогенетичното, психосоциалното или тоталното увреждане (виктимизиране) при СПИН. Всички те следва да бъдат неизменно решавани от екипи различни специалисти – при водещото участие на лекарите в тях.

ДИНАМИКА НА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧНИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ АПАРАТЧИЦИ ОТ ПРОИЗВОДСТВО НА АЗОТНИ ТОРОВЕ

А. Янева, Р. Чутуркова

Изследвани са апаратчици от производство на азотни торове, като е приложен комплекс от физиологични, психофизиологични и психологични методи. Трикратно (в началото, средата и края на работния ден) са определяни: пулсова честота; артериално кръвно налягане; тест за диференциална самооценка на функционалното състояние – САН-тест; тест за определяне обема, скоростта и точността от преработка на

информацията – с ландолтови пръстени; изследване на зрителните възприятия чрез тахистоскопичен метод и тест за субективна оценка на умората – в края на работната смяна. Установената динамика на работоспособност и високата степен на умора в края на работния ден са израз на значителното нервно-емоционално напрежение и динамичното физическо натоварване на организма, поставен в условията на въздействие на редица неблагоприятни производствени фактори.

МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА БЪЛГАРСКАТА ДЕФЕКТОЛОГИЯ С. Мутафов

Дефектологията е типична гранична област на познанието, разположена на границата между педагогиката, медицината, психологията и социологията. Тя се занимава предимно с изучаването, обучението, възпитанието, трудовата и всестранната адаптация на децата с различни психо-физически дефекти. Авторът разглежда основните медико-социални проблеми не само за четирите "класически" клона на дефектологията, занимаващи се с интелектуалната недостатъчност (олигофренопедагогика), сензорните увреждания (сурдопедагогика и тифлопедагогика) и речевите аномалии (логопедия). Посочват се острият медико-социален проблеми и на другите недостатъчно разработени у нас клонове на дефектологията – етопедия, соматопедия, децата със задръжка в психическото развитие и др., като съответно се предлагат и необходимите мероприятия. Чрез тяхното провеждане в периода на преустройството ще се преустанови досегашното изоставане на българската дефектология.

ДЕФЕКТОЛОГИЧНАТА ЕРГОНОМИЯ В МЕДИКО-СОЦИАЛЕН АСПЕКТ С. Мутафов, Р. Велкова

Спецификата на дефектологичната ергономия се корени в нейната основна система "инвалид – оръдие на труда – производствена среда" главно в две насоки, които особено ясно личат на фона на реализирането на т.нар. "антропометрично съответствие" между човека и машината. Тук е необходимо в редица случаи освен "трудовото оръдие" да се приспособи към машината и самият инвалид, като примерно към техническите протези се монтират съответни "трудова" протези. Освен това е наложително да се осигури достатъчно място и специфично при-

способяване на производствената среда, което особено манифестно протича например по отношение на индивидуалния и групов транспорт на инвалидите. Авторите разглеждат въз основа на собствени проучвания в специалните училища у нас медико-социалните проблеми на дефектологичната ергономия. Тези проблеми в значителна степен се покриват не само с трудовата, но и с битовата адаптация на инвалидите и болните деца, израстнали и подрастващи.

ОТНОСНО НЯКОИ ПРОБЛЕМИ ПРИ ОСЪЩЕСТВЯВАНЕТО НА СОЦИАЛНИТЕ ДЕЙНОСТИ В НАРОДНИТЕ СЪВЕТИ

А. Бояджиева

Отношението към хората от "третата възраст" и към тези в активна възраст, но със загубена или частична трудоспособност, както и към инвалидите, нуждаещи се от помощ от обществото, на настоящия етап става все по-актуално. Контингентът на лицата, потенциален обект на социални грижи, възлиза на около 18% от населението на страната като около 400 хил. са само трудоустроените вследствие на производствен и битов травматизъм и на вродени аномалии. Тревожно нараства и броят на автомобилните катастрофи, водещи до инвалидизирани. При направеното от нас проучване на многообразните форми на подпомагане на социално слабите по местоживее от отделите "Социални грижи" към народните съвети се налагат следните основни изводи: а) дейността по социално подпомагане ще се увеличава, което налага усъвършенстване на организацията на работа на съответните отдели; б) в повечето общини предоставената материална база е недостатъчна и оказва неблагоприятно отражение на качеството на работата на социалните работници; в) нерешен е проблемът с транспорта особено в сферата на домашния социален патронаж; г) в много общини липсват щатни бройки, или ако има служител за социална дейност, много често той няма необходимата квалификация и компетентност. Всичко това налага научното установяване на потребностите на народните съвети по общини от различните видове социална помощ и какъво осигуряване.

НЕОБХОДИМОСТ ОТ МЕДИКО-СОЦИАЛНИ МЕРОПРИЯТИЯ
В РИСКОВИ СЕМЕЙСТВА
Т. Троева, Л. Иванов

В рамките на цялостното изследване "Здравно състояние на децата от предучилищна възраст в семейства с повишен медико-социален риск" се представя анализ на рисковата характеристика на 100 пручени семейства. 33% от тях попадат в една, 45% - в две, а 22% - в три рискови групи едновременно. Показана е необходимостта от различни медико-социални мероприятия в тези семейства. С най-висок относителен дял - 96%, са представени нуждите се от диспансеризация като застрашени, в 60% от рисковите семейства е наложително отпускане на безплатни лекарства поради нисък материален доход. Анализът на получените данни показва, че по-голямата част от изследвания контингент се нуждае от няколко вида медико-социална помощ едновременно, което потвърждава необходимостта от създаване на организирано медико-социално обслужване на населението и особено на рисковите групи от него.

ПРОБЛЕМИ НА ИНФОРМАЦИЯТА
PROBLEMS OF INFORMATION

ИНФОРМАЦИОННО-ДОКУМЕНТАЛНИ ПРОБЛЕМИ НА МЕДИЦИНСКОТО
ОБСЛУЖВАНЕ
П. Понов

Информационно-документалното осигуряване на процеса на медицинското обслужване се характеризира с трудоемка регистрация, интензивна аналитична дейност и непрекъснато усложняващ се документооборот. Причината за недостатъчно ефективното решаване на информационно-документалните проблеми на медицинския персонал следва да се търси в това, че предприеманите организационно-технически мерки до сега не са обхващали целия информационен процес на нивото на медицинското обслужване с неговите основни елементи: информационни носители, спо-

соби за регистрация и обработка на информацията и документооборота. При прогнозирането и планирането на развитието на информационно-документалната дейност на медицинското обслужване трябва да се отчита влиянието на редица аспекти - технологичен, организационен, технически, икономически, социален и психологически. Авторът предлага циклична информационна схема, илюстрираща развитието на информационно-документалния процес на медицинското обслужване.

ДЕСКРИПТИВНАТА ИНФОРМАЦИЯ В УПРАВЛЕНИЕТО НА
ПРОФИЛАКТИЧНАТА ДЕЙНОСТ НА ПОЛИКЛИНИКАТА -
СОЦИОЛОГИЧЕСКИ АСПЕКТИ

Д. Черкезова

Поликлиниката извършва голям обем профилактична дейност, управлението на която е от съществено значение за нейната целесъобразна реализация. Научният социологически подход в управлението на тази дейност е гаранция за комплексно и обективно отражение на състоянието ѝ, на съществуващите проблеми и затруднения от обективно и субективно естество. Получаването на дескриптивна информация от управляващата подсистема за отношението на управляваната подсистема към този вид помощ е съществен и задължителен елемент в системата на управлението на профилактичната дейност на ниво поликлиника. Социологическите аспекти на дескриптивната информация позволяват по-точно и по-пълно обхващане на причините за съществуващите проблеми в тази област. Нерядко тези причини стоят извън поликлиниката, извън здравеопазването. Важен източник на информация е ръководителят в поликлиниката, медицинските работници и пациентите, респективно населението. Известно е, че лекарственото лечение често е безсилно, ако не се решават проблемите в труда и бита. Лекарите от поликлиниката обаче имат недостатъчна насоченост към медико-социалните проблеми на своите пациенти (43,8%). Пациентите на поликлиниката не са доволни от отношението на всички медицински сестри (39,9%), т.е. те се отнасят различно към своя труд и неговия обект. Социологическите аспекти на дескриптивната информация разкриват причините за тези явления.

КОМПЮТРИЗАЦИЯ - БИОЕТИКА - ВИКТИМОЛОГИЯ
(АКТУАЛНИ МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ПРОБЛЕМИ)

Н. Предов

Компютризацията, контактът на все повече хора с "умните машини", усъвършенствването на "изкуствения интелект" поражда все по-сложни проблеми (медицински, социални, психологични, правни, ергономични и др.) в ергатичните системи "човек - машина - среда". Системният интердисциплинен подход към тази жизнено важно тематика има и следните актуални аспекти: свързан с биоетиката, комплексно изучаваща многостранното взаимодействие между "социално", "нравствено" и "биологично"; свързан с виктимологията, интердисциплинарната наука за соматогенетичните, психосоциалните или тоталните увреди (виктимизирания) на съвременния човек. Тази сложна тематика е и важен медико-социален проблем, особено във връзка с осъществяването на ефективна профилактика.

ПОТРЕБНОСТИ ОТ НАУЧНА МЕДИЦИНСКА ИНФОРМАЦИЯ
В МНОГОПРОФИЛНО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ

Ек. Шопова

Проучени са потребностите от научна медицинска информация. Анализирани са данните, получени от анкетирането на 100 потребители в многопрофилно лечебно заведение - хабилитирани лица (40%), научни работници (42%) и специалисти (18%); от тях - 34% са хирурзи, 24% - терапевти, 18% - токсиколози, 18% - епидемиолози и хигиенисти и 6% - невролози и психиатри. Анкетното проучване включва следните групи въпроси: предпочитани информационни източници и комуникационни канали; видове, форми и методи на информационното обслужване; оценка на получаваните информационни продукти и услуги; ефективност на дейността на органите за научна медицинска информация; релевантност на получаваната информация. Направени са изводи относно: комплектуването на справочно-информационния фонд на системата за научна медицинска информация (96% от потребителите поставят на първо място периодичните и поредичните специализирани медицински списания; 60% - комплектуването на непубликувани материали от конгреси, конференции и симпозиуми, 60% - обзорно-аналитичната информация); предпочитаните форми и начини за информационно обслужване (76% от анкетираните желаят да бъдат информирани текущо чрез

използване на автоматизирани системи, работещи в режим ИРИ; 68% - считат автоматизираното обсъждане за много необходимо, а 32% - за необходимо); ефективността на дейността на органите за научна медицинска информация (72% от потребителите считат получаваната информация за релевантна). В заключение е подчертана необходимостта от прилагането на новите информационни технологии и информационна техника за задоволяване потребностите от научна медицинска информация.

ОЦЕНКА НА ПОЗНАВАТЕЛНИТЕ КАЧЕСТВА НА ЗДРАВНИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ

С. Бачев

Основните показатели за оценка ефективността на здравеопазната дейност имат стохастичен характер. При тяхното изчисление в зависимост от използвания показател те са заредени с един или друг вид и размер на грешка на "представителността" на показателя. Теорията на статистиката е разработила алгоритми за оценка размера на тази грешка. Авторът разглежда факторите, които довеждат до наличието на репрезентативната грешка и оценява качествата на показателите за здравното състояние на населението като резултат на стохастичност. По категоричен начин - чрез обективни количествени математико-статистически методи доказва, че добрите познавателни качества на ниво област се влошават на по-ниски йерархически нива на здравната система - община, участък, отделение. В заключение се прави критична оценка на използването на тези показатели в нашата практика.

МЕТОДОЛОГИЧНИ ПОДХОДИ В ТЕРМИНОЛОГИЯТА НА СОЦИАЛНАТА МЕДИЦИНА

Ел. Ненчева

Изучаването на проблемите на възникването, развитието и усъвършенствуването на системата на социалномедицинската терминология е поприще за научна дейност както в областта на социалномедицинското познание, така и в наукознанието изобщо. При разработване на своя предмет и при осъществяване на практическата си дейност социалната медицина използва комплексен понятийно-терминологичен апарат, който се нуждае от всеостранно изучаване, систематизация и

управление. Целта на съобщението е да се поставят някои методологични проблеми и подходи в терминологията на социалната медицина. Анализират се термини от "Многоязычный терминологический толковый словарь в области социальной гигиены и организации здравоохранения". Бухарест, 1985, г., 189 с. Правят се изводи относно значението на терминологията за развитието на науката и в частност за развитието на социалната медицина. Изучаването на понятиyno - терминологичната система улеснява разбирането на взаимоотношенията между медицинската терминология и медицинското познание в социалната медицина, защото езикът на тази наука е продукт на медицинското познание и практика и е фактор за по-нататъшното ѝ развитие.

БОЛНИЧНА ИНФОРМАЦИОННА СИСТЕМА

П. Амуджев

Основните задачи на стационара - запазване и възстановяване здравето на индивида, се осъществяват чрез съвкупност от различни дейности (процеси) - лечебна, профилактична, просветна и др. Оценката и регулирането (управлението) на тези процеси се извършва на основата на анализ на информацията, описваща процесите. Големият обем на тази информация, документалният ѝ характер, както и разредоточените източници създават проблеми при оперативния анализ и вземане на управленски решения, а, от друга страна, изискват голямо количество труд за поддържане на документалната информационна база. Задачата на Болничната информационна система е да подпомогне управлението на дейностите на различни нива в стационара чрез създаване и поддържане на единна (за заведението) информационна база данни, съдържаща информация, която отразява възможно най-пълно различните дейности. За реализирането на тази задача се предлага разработването на информационна система с централна база данни от релационен тип в условията на локална мрежа от микрокомпютри.

ИЗГРАЖДАНЕ НА ИНДИВИДУАЛНО ЗДРАВНО ДОСИЕ

М. Петров, М. Фъртунова, Ю. Дочев

Предложена е структурата и организацията за изграждане на индивидуално здравно досие на военнослужещия (ИЗД), включващо данни от всички обръщания за медицинска помощ, стационарно лечение и други

данни, характеризиращи неговото здравно състояние (от първото обръщане за медицинска помощ до неговото пенсиониране). Експериментирано е използването на лична електронна карта (ЛЕК) върху електронен носител (чип-карта) в поликлиниката на БМА. ЛЕК е носител на индивидуални данни за здравето на пациента и съдържа информация за: идентификация на пациента; общи сведения за пациента; кръвна група, Rh съвместимост; имунизации; рискови фактори; алергичност; фамилна анамнеза; хронични заболявания; минали заболявания; обръщания за медицински прегледи; стационарно лечение и други. С въвеждането на ЛЕК в здравеопазването се постига икономически, медицински и социален ефект, състоящ се във: въвеждане на безхартиена технология, премахване на картотеките с медицински книжки, лични амбулаторни карти, диспансерни карти, карта за кръводарителя и свързаните с тях разходи за хартия, отпечатване, съхраняване, регистриране; премахване на трудоемката писмена работа на медицинския персонал; многоцелево използване на информацията за отделния пациент; значително ускоряване на диагностично-лечебния процес чрез увеличаване реалното време за преглед на пациента; бързо търсене на информация за пациента, лесна актуализация и качествено съхранение. ЛЕК дава възможност за създаване на индивидуален запис с максимален обем полезна информация, минимално време за достъп до нея, работа в реално време и отвореност на системата, позволяваща добавянето на нови информационни параметри.

МЕТОД ЗА ИНТЕГРИРАНА ОЦЕНКА НА ДЕЙНОСТТА НА СТАЦИОНАРА

Ив. Димитров, Ст. Христова

Новите насоки в развитието на здравната мрежа и навлизането на кибернетичните методи и технологии дават основание да се прилага интегрирана оценка, която позволява комплексна оценка на болничното заведение като цяло и по отделни негови звена. За целта се използва матричен способ, при който множеството от показатели образуват матрици. Във вид на матрици са представени и нормативите. Въведената безразмерна оценка във вид на отношение между показателите и съответните норми и получените резултати позволяват да се създадат нови матрици за комплексна оценка, както следва: 1. За оценка на съвкупност от дейности (D); 2. За оценка на дейността на отделни звена (Z): а) по отделен род дейности; б) за оценяване дейността на звеното като цяло. С помощта на интегрираната оценка, която

е лесно приложима и удобна за работа, може да се получи цялостна представа за обема и характера на стационарната помощ, да се оцени качеството ѝ, да се формират информационни масиви, като се спазва технологията за оказване на стационарна помощ.

ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ВНЕДРЯВАНЕ НА ПОЗОМЕТРИЧНИ СИСТЕМИ
В КЛИНИЧНИТЕ И ПОЛИКЛИНИЧНИТЕ ЗВЕНА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
Г. Д. Генчев, Ж. И. Минева

В настоящия момент съществува трудно изброимо множество от нозометрични системи. Широкото разпространение на компютърната техника и в частност на микрокомпютрите позволи тяхното внедряване във всяко здравно заведение и лекарски кабинет. Възможностите за това внедряване са разгледани съобразно спецификата на лекарския труд в клиничното и поликлиничното здравно заведение. Анализирани са някои от основните фактори, влияещи върху успешното използване на нозометричните системи, както и специфичните им предимства по сравнение с експертните системи.

ИКОНОМИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВНИ СТРАТЕГИИ
ECONOMICAL ASPECTS OF NATIONAL HEALTH STRATEGIES

ЗДРАВНА ИКОНОМИКА И НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА ПОЛИТИКА
И. Сечанов, Ст. Гладилев

Основната цел на всяка национална здравна политика е опазването и укрепването на здравето и трудоспособността на населението. Икономиката на здравеопазването, която е в пряка зависимост от икономиката на народното стопанство, е съществен елемент на националната здравна политика. Разглеждат се основните аспекти на влиянието на икономическите фактори върху националната здравна политика. Съществено внимание се обръща на относителния дял на средствата, отделени от националния доход за здравеопазването, необходимостта от

внедряване на здравноосигурителна система, плурализъм и равнопоставяне пред закона на отделните видове собственост в здравеопазването, разкриване на благотворителни здравни и за социални грижи заведения и други. Изразява се надеждата, че тези нови подходи ще съдействуват за сформирването на една по-действена национална здравна политика.

ОЦЕНКА НА СОЦИАЛНАТА И ИКОНОМИЧЕСКАТА ЕФЕКТИВНОСТ
НА ДЕЙНОСТТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И НА НАЦИОНАЛНИТЕ
ЗДРАВНИ ПРОГРАМИ - ВАЖЕН МОМЕНТ В НОВАТА ЗДРАВНА
СТРАТЕГИЯ НА НРБ

Д. Мирчева, Г. Илиев

В теоретичен план, на базата на специална разработка авторите излагат накратко основни методически подходи при решаването на задачата за определяне на социалната и икономическата ефективност на здравеопазването. В тази връзка правят опит за оценка на социалната и икономическата ефективност от дейността на цялата здравна система, нещо което е твърде условно и все още може да се счита като първа крачка в тази насока. Разработени и накратко представени са методическите подходи за определяне на ефективността от дейността на стационарните и амбулаторнополиклиничните звена чрез използване на коефициент, отразяващ изменението на качеството на дейността при алтернативно приета позиция - повече средства, по-високо качество. Прави се извода, че е възможно с известна условност да се определя ефектът и ефективността от изпълнението на комплексни целеви програми за борба със социално значими заболявания и др. Посочени са някои задължителни изисквания в методическо отношение при определянето на социалната и икономическата ефективност в различните здравни структури.

ИКОНОМИКА И ПРОФИЛАКТИКА

М. Пенчева, Л. Черкезова

Политиката в областта на здравеопазването е свързана с изясняване стратегията за решаването на кадровите, финансовите и материално-техническите проблеми. Постиганията на съвременната наука и медицинската практика позволяват тази стратегическа ориентация на

здравеопазването да се реализира неотклонно и последователно в на-
правление осигуряване на здраве през живота на човека чрез профил-
лактика. В този смисъл здравеопазването е грижа за способността на
човека да се труди, за неговото състояние в обществото, в колектив-
а, в семейството и в личния живот. Намаляването и недопускането
на смъртна загуба или заболяемост вече говори за постигане на опре-
делен икономически ефект от подобряването на здравното състояние
на трудещите се. В условията на НТР възниква обективна необходи-
мост от съединяване на нейните постижения с развитието на система-
та на здравеопазването. Тя става органическа съставна част на ико-
номическото развитие. Затова и здравословният начин на живот е важ-
но условие за пълноценна производствена дейност. Предметът на ико-
номическото изучаване на здравето е неговата материално-производст-
вена основа, неговите специфични възпроизводствени аспекти. Под-
държането на здравето изисква разход на финансови, материални и
други ресурси, а това само по себе си прави необходима съответна
икономическа оценка. Възможностите в тази насока ще се определят
преди всичко от резултатите в икономиката, от темповете на растеж
на националния доход през следващите години. Държавата и занапред
ще полага грижи за нарастване на инвестициите в тази сфера.

МЕТОД ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА НАРОДНОСТОПАНСКИТЕ ЗАГУБИ ОТ ХОСПИТАЛИЗИРАНАТА ЗАБОЛЯЕМОСТ И. Дамянов

През последните години все по-често се търсят методи за иконо-
мическа оценка на заболяемостта и здравните дейности. Известни са
подходите на съветските автори за изучаване на загубите от заболя-
емостта с временна нетрудоспособност, инвалидността и смъртността
на населението. Като изхождаме от основните принципи в техните под-
ходи, предлагаме метод за бързо изчисляване на загубите от хоспита-
лизираната заболяемост. Народностопанските загуби от хоспитализи-
раната заболяемост могат да се изчислят по следната формула:

$$Z_{xz} = \sum_{i=1}^n m_i [(Z_d + Z_{co} + Z_{np}) t]_i, \quad \text{където}$$

Z_{xz} - икономически загуби от хоспитализираната заболяемост, Z_d -
разходи за лечението на един болен за един ден, Z_{co} - разходи за
социално осигуряване на един болен за един ден, Z_{np} - загуби от
непроизведена продукция (национален доход) от един работоспособен

болен за един ден, i – вид заболяване, m – брой болни от дадено заболяване, t – брой дни за стационарно лечение. Загубите от непроизведена продукция и социално осигуряване се изчисляват само за болните, получили болничен лист, като се използва и коефициент "к" за определяне на работните дни. Коефициент "к" е равен на 0,7. Тъй като в болничните заведения по нозологични единици не се изчисляват показатели за среден престой, тези разчети могат да се правят по отделения или общо за болницата. Получените резултати могат да се разглеждат като обобщаващ икономически показател, разгледан в динамика по години и съпоставен със структурата (по отрасли) на хоспитализираните болни, както и като показател за икономическа ефективност на здравното заведение.

ПРОУЧВАНЕ ФИНАНСОВИТЕ РАЗХОДИ ЗА НЯКОИ ПАРАКЛИНИЧНИ ЗВЕНА НА ИНФЕКЦИОЗНА БОЛНИЦА – СОФИЯ

К. Кирилов, М. Китанова

Все по-широкото прилагане на икономическия подход в сферата на здравеопазването ни задължава да търсим начини и средства за установяване на каква цена се осъществяват определени здравеопазни дейности. Ето защо цел на настоящото проучване е установяването на размера и структурата на паричните разходи за различните клинично-лабораторни и рентгенови изследвания, проведени на болните от инфекциозна болница – София. Установено бе, че размерът на разходите за едно параклинично изследване се състои от постоянен и променлив разход. Постоянният разход включва работната заплата и социалните осигуровки на заетите медицински работници в клиничната лаборатория и рентгеновото отделение, амортизационните отчисления за съответната апаратура, разходите за техническо обслужване на оборудването и частта от общите разходи на болницата, падащи се на даденото звено. Разчетите бяха съобразени и със средните нормативни времена, необходими за извършването на едно рентгеново и лабораторно изследване. Към променливия разход бяха отнесени средствата за химикали, реактиви, стъклария, рентгенови филми, контрастни вещества и други консумативи. Резултатите от проучването показваха, че приложният методически подход за анализ и оценка на финансовите разходи е подходящ за параклиничните звена и дава възможност за тяхното рационално финансово и организационно управление.

ФОРМИРАНЕ НА ИКОНОМИЧЕСКО МИСЛЕНЕ ПРИ ОБУЧЕНИЕ
НА СТУДЕНТИ И В ЛЕКАРСКАТА ПРАКТИКА (СЪВРЕМЕННИ
АСПЕКТИ НА ПРЕУСТРОЙСТВОТО)

Ив. Красналиев, Л. Красналиев

Авторите застъпват становището, че проблемите на медицинската икономика следва да се разглеждат не само в катедрите по социална хигиена, но и във всички медицински дисциплини. Обучението в икономическо мислене е обект и на хигиенните дисциплини, на епидемиологията, на клиничните дисциплини и в много от параклиничните звена. Икономиката на медицинската наука и практика налага дългогодишно обучение на студентите и поддържане на постигнатото ниво във формите на следдипломна квалификация и в ежедневната професионална дейност. Посочените аспекти налагат преценка и във водената болнична документация, където следва да намерят място икономическите загуби, свързани с лечението на болните. Това се отнася и за дейността на патологоанатомичните служби от обсъждането на отделния случай до воденето на патологоанатомичната конференция. Предлага се система за преподготовка на кадрите в рамките на съществуващите учебни планове. Застъпените становища засягат и средните медицински училища.

ПОДХОДИ ПРИ ЗАПЛАЩАНЕ НА ТРУДА НА СЕМЕЙНИЯ ЛЕКАР
Е. Делчева

Подходите при заплащането на труда на семейния лекар, прилагани в различни страни, са разнообразни и обикновено се прилагат в съчетание. Съществуват тенденции на усъвършенствването им чрез преход към многофакторни системи на заплащане, които са по-чувствителни към количеството и качеството на извършваната дейност и стимулират реализирането на адекватно на здравните потребности и ефективност здравно обслужване. Провеждането на реформата в заплащането на труда в здравеопазването от 1.1.1990 г. не отговаря на съвременните изисквания за обвързване на икономическите интереси с резултатите от труда и в този смисъл няма да стимулира ефективната работа и на семейния лекар. Предлага се нов подход за заплащане на труда на семейния лекар, основан на икономическото регулиране в здравеопазването в условията на свободен избор на лекар. В него се съче-

тава минимално, гарантирано от държавата заплащане за екипа на семейния лекар със заплащане според броя и възрастовата структура на обслужваното население, избрало съответния екип за определен период от време. Предвижда се да се предостави възможност на семейния лекар да наема съответен брой медицински сестри и други кадри в зависимост от средствата, които му се дават и конкретните потребности и преценка на същия.

Поръчка № 104, тираж 200, формат 60 x 90/16
Печатни коли 5,25

Печатна база при ВПЛК-МА

